平成25年度

愛知県看護協会
看護研究助成
報告論文集

AICHI NURSING ASSOCIATION

公益社団法人 愛知県看護協会

愛知県看護研究助成報告論文集の発行に寄せて

公益社団法人愛知県看護協会　看護研究助成委員会
委員長　　新　美　綾　子

平成 16 年度より開始された看護研究助成事業は、この 3 月にて 10 年が過ぎようとしています。その間、平成 24 年度には、愛知県看護協会が公益社団法人に移行し、これまで以上に県民全体の健康と福祉に寄与する団体となりました。その看護の力を存分に発揮するために看護研究の重要性はますます高まっています。このことは同時に、本事業が果たす役割がより明確に位置付けられたと考えられ、看護実践の向上のために、本事業を利用しながら活発に研究が行われますことを望むばかりです。

本報告論文集は、平成 25 年度の研究助成を受けた方の論文を掲載してございます。これらの方たちは、愛知県看護協会が公益社団法人となって初めて応募を受け付けた方たちです。応募者 14 人の中から、厳正な審査により 7 人の方を選ばせていただきました。この 7 人の構成は、2 名の臨床看護実践者と大学院生でございました。いずれも、研究の着眼点、切り口などが私たち看護研究助成委員も大いに学ばせていただける豊かな内容で、審査の段階から研究の終了を楽しみにしておりました。

研究を遂行することは、並々ならぬ努力を要するもので、特に、臨床の看護実践者の方は、看護実践と研究との両立が大変なことであったとお察しいたします。しかし、それをやり遂げられ、ここに報告論文としての形にまとめられたことは、看護実践の確かな変革、研究に対する自信、そして新たな研究への意欲につながると確信しております。また、大学院生の方はこの研究が学位論文にも関係するものであり、大学院修了後の看護界の牽引に期待を寄せております。

この研究助成報告論文集をきっかけに、さらに多くの方々に本事業の存在を知っていただき、次の著者として研究助成事業を利用していただけますことを心より祈念いたします。

平成 27 年 1 月吉日

Ⅰ．平成２５年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者

報 告 論 文

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

精神疾患を有する患者へのターミナルケアの現状と課題

－看護師へのインタビューを通して－

○小林　純子（医療法人成精会 刈谷病院）
林　和枝(中部大学生命健康科学部保健看護学科)

はじめに

筆者らは、2011年に精神疾患を有する患者へのターミナルケアの現状と課題を明らかにするために、過去10年の精神疾患を持つ患者のターミナルケアに関する文献検討[1)]を行った。該当した51編のうち、原著論文16編について内容を分析した結果、検討した文献は個々の病棟や病院での看護の取り組みといった事例研究が主であることが明らかとなった。このことは、精神疾患を有する患者におけるターミナル期の看護に対する体系的な看護の確立までには至っていないと推察された。また、原著論文の検討では、身体的・精神的ケアに伴う問題、患者と家族の関係調整の問題、インフォームドコンセントや自己決定に関する問題、精神科病院から一般病院への受け入れに伴う問題が示唆された。

精神科病院に入院している患者の高齢化の指摘とともに、身体疾患を合併した患者も多くなってきている。長期入院の末に、悪性腫瘍などの重篤な疾患に罹患した場合には、ターミナルケアが求められることも稀なことではなくなってきた。このように、精神科単科の病院に勤務する看護師であっても、ターミナルケアを行なう機会は増加すると思われる。そのため、精神疾患を有する患者の特性に応じたターミナルケアを見出し、患者の QOL の充実を目指した看護を展開する必要がある。

筆者らが行った文献検討から明らかとなった問題や課題に対して、さらなる研究を重ね、具体化、体系化することは、この分野の看護の発展と患者のQOLの維持・向上に寄与できるものと考える。

Ⅰ．研究目的

精神科病院に勤務し、精神疾患を有する患者の看取りに関わったことのある看護師に対しインタビューを行い、先行文献から見出された課題について具体的な看護の方向性やケアを見出す。

Ⅱ．用語の定義

ターミナルケア：ターミナルケアは末期がんのように、生命予後が約6カ月以内と考えられる患者に対して提供されるケアをさす。内容としては、痛みを始めとする不快な症状のコントロール、心理・社会的なケア、家族ケアなどが含まれる。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

質的記述的研究

２．研究対象

精神科病院に勤務し、悪性腫瘍に罹患した精神疾患を有する患者のターミナルケアに携わったことのある看護師５名。

３．データ収集期間

平成25年５月～同年９月

４．データ収集方法および内容

対象者に対して半構造化面接を約30～40分間実施した。主な調査内容は、ターミナル期における看護の経過とケア、患者を取り巻く人間関係、看護をする中で気づいたことや感じたことについてである。看護師が語る患者の選定と人数については、個々の看護師の判断に委ねたが、印象に残っている患者について話をしてもらった。

５．データ分析方法

看護師によって語られたインタビュー内容から逐語録を作成した。語られた内容から共通する部分と特殊性のある部分を抽象概念化し、カテゴリー抽出を行った。分析方法の信頼性保持のため、専門家のスーパーバイズを受けて分析を行った。

６．倫理的配慮

対象者には、研究の説明書および承諾書を文書にて提示し、書面にて同意を得た。研究への参加は本人の自由意志によるものであり、研究への参加を承諾した後でも辞退可能であること、その場合であっても、何ら不利益を被ることはないこと、学会発表や論文などにまとめる時は、個人が特定されることはない表現を用いること、得られたデータは研究目的以外には使用しないことを口頭と文書で説明し、承諾書の提出をもって同意を得たとした。またインタビューの録音については、説明書および承諾書に明記をし、対象者の同意を得た。

さらに研究に先立ち、研究者の所属病院および所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した（中部大学倫理審査承認番号：250001）。

Ⅳ．結果

１．対象属性（表１）

インタビューは、男性２名、女性３名の計５名の看護師に対して行った。対象の平均年齢は36.40（±5.99）歳であった。精神科勤務経験は2～13年、精神科以外での勤務経験がある者２名、過去に精神科で患者を看取った経験がある者２名、精神科以外で患者を看取った経験がある者２名であった。

２．インタビューの分析結果（表２）

分析の結果、インタビューの内容は、〈実施したターミナルケア〉、〈家族のケア〉、〈精神科におけるターミナルケアの課題〉の３つのカテゴリーに大別された。

以下に、それぞれのカテゴリーにおけるサブカテゴリーについて、抽出された具体的内容例をもとに説明する。なお、本論文では、カテゴリーを〈　〉サブカテゴリーを[　]、具体的内容例を「　」で示す。

１）〈実施したターミナルケア〉について

〈実施したターミナルケア〉について語られた内容の分析から、６つのサブカテゴリーが抽出された。

「精神疾患患者は、痛みや症状を言葉で明確に訴えない」ため、[痛み、状態の把握]が難しく、「患者の訴えを妄想で片付けるのではなく、想像と観察をして理解することが必要」である。

精神科単科病院という[限られた治療環境でできる限りの看護]を行なったと考えながらも、[疼痛緩和・止血処置]には限界を感じ、「疼痛緩和が十分にできないことに対する無力感、やり残した感覚」を感じていた。その反面、「喫煙や売店への買い物など、患者のやりたいことを一緒に行なう」など[患者の希望に沿った援助]を実施でき、「傾聴・共感」しながら[患者に寄り添う]ことにより「精神科看護の素晴らしさを再認識」する機会と感じていた。

しかし、[患者・家族の思いを大切にする]ように努めながらも、総合病院に転院したくないと言う患者・家族に対し、「対症療法しかできない」という思いや「看取る技術に不安」を感じ、「総合病院へ転院した方がよいのではないかという思いと最期まで看取りたいという思いの葛藤」を抱いていた。

２）〈家族のケア〉について

〈家族のケア〉について語られた内容の分析からは、３つのサブカテゴリーが抽出された。

長期入院患者の場合、家族との関係が疎遠になり、面会の頻度は少なくなる傾向がある。看護師は「家族にとって何が一番大切か」を考え、「家族との外泊・外出の機会を作る」などして、[患者と家族との時間の確保]に努めた。また、「家族もケアの対象」と考えて[家族の不安への対応]として「面会に来ていない間の患者の病状や様子を説明」したり、「『お疲れではないですか?』と気遣いを言葉に表す」ようにした。その結果、家族とスタッフとの[会話量の増加]に繋がり、「母親の言葉に耳を傾け」、「家族が思いを吐き出せるように」努めた。[患者・家族の思いを大切にする]ように援助を行なったが、患者や家族が希望していた精神科病院で最期まで看取れなかったことに対して、「お母さんは、一人でいっぱい抱えて、辛い気持ちで看取ったのではないかと想像するとやり切れない」と感じ、「家族は『この病院で看てほしい』、本人も『ここにいたい』って言われていたのに。やり残した感がある」という思いを残していた。

３）〈精神科におけるターミナルケアの課題〉について

ターミナルケアの経験を通して、〈精神科におけるターミナルケアの課題〉について語

られた内容の分析からは、５つのサブカテゴリーが抽出された。

看護師によって語られたすべての患者が精神科病院での入院継続を希望していた。しかし、最期は、総合病院の一般病棟もしくは緩和ケア病棟へ転院した。

精神科病院では、精神科単科であることから、ターミナル期の患者は、原則として「身体管理が困難となった場合には転院」という治療方針をとっていた。そのため、身体症状が徐々に進行していく患者へのケアの過程で、看護師には「早めに総合病院へ転院した方がよいのではないかという思いと最期まで看取りたいという思いの葛藤」が生じていた。そして、「『精神科だからできない』と言うのは違う」「患者がずっと生活してきた病院で、知っているスタッフに囲まれて最期を迎えたいと言うのであれば、その望みをかなえられるような体制を作りたい」と感じていた。これらの思いから、[フィジカルアセスメント]、「患者の希望に沿った看護」を実施するために、[不安・恐怖を抱えた患者への看護]を含めた[ターミナルケアの知識・技術]の習得が課題として挙げられた。

また、「ターミナルケアは、個人で考えるものではなく、病院全体で考えなければならない」問題であると捉え、[多職種によるカンファレンス]の充実や、地域医療連携を図っている[総合病院との連携]の強化が望まれていた。

Ⅴ．考察

シシリー・ソンダース[2)]は、ターミナルケアを「死が確実に接近し、それがあまり遠くないと感じられる患者で治療方法をとらない方向に医療体制が傾いており、症状を軽くさせ、患者と家族の両方を支えようとするようになった時のケアである」と定義している。そして、ケアの焦点として、①患者を一人の人格者として扱う、②苦しみを和らげる、③不適当な治療を避ける、④家族のケア、死別の苦しみを支える、⑤チームワークによる働き、の５点を挙げている。

〈実施したターミナルケア〉について、看護師は、限られた治療環境の中でできる限りの疼痛緩和・止血処置等を実施できたと思う反面、環境が整っていればもっとできたことがあったのではないかという不全感・やり残した感覚も抱いていた。また、行なえる疼痛緩和・処置の限界や看護師自身のターミナルケアに対する不安から、早めに総合病院へ転院した方がよいのではないかという思いと、患者の希望に沿って最期まで看取りたいという思いの葛藤を抱えていた。つまり、看護師は、患者に対して「②苦しみを和らげる」というケアが十分にできなかったという思いを感じていた。精神科単科の病院で患者の最期を看取ることは、治療環境上「難しい」と理解する反面、感情的には納得しきれていない現状が伺われる。これは、〈精神科のターミナルケアの課題〉の一つにも挙げられている。しかし、身体的な苦痛の除去について不十分さを感じてはいたものの、精神的苦痛については、患者に寄り添うことを通して、精神科看護の素晴らしさを再認識できていた。

〈家族のケア〉として、看護師は、患者と家族との時間を確保するために、疼痛や呼吸困難などの自覚症状が出現する前の段階で、家族との外出・外泊や退院を試みた。しかし、患者・家族ともに退院は希望されず、「このままこの病院で診てほしい」という希望を述べられた。

望ましい死を実現するためのケアについて、長江[3)]は「『希望や楽しみがある』『自立している』『落ち着いた環境で過ごす』『望んだ場所で過ごす』ことが損なわれると、自

己の存在の意味や生きる意味を見いだせず、環境との関係性や自律性も損なわれ、“生きるよりどころの喪失”と“生きる意味の喪失”となると考えられる」と述べている。長期入院をし、かつ環境や状況の変化が苦手な統合失調症患者にとって、落ち着いた環境・望んだ場所が、自宅ではなく住み慣れた病院なのだと思われる。しかし、家族と患者との時間を確保することは、家族関係の修復・再構築を図る最後のチャンスである。今回語られた患者と家族の関係は、悪性腫瘍発症前と比較して、面会の回数や時間が増え、外出・外泊もできたことから、改善に向かわせることができていたと考える。ターミナル期は、患者が、残された時間を少しでも家族と共に過ごせ、家族が、患者が亡くなった後に悔いを残さずに生活を続けていけるようにするための時間でもあることを、看護師は認識して援助をする必要がある。

〈精神科のターミナルケアの課題〉として、精神科単科であっても、患者の希望に沿ったターミナルケア・看取りができるように、物理的環境を整えるとともに、スタッフのターミナルケアへの認識・知識・技術の向上を図る必要があることが示唆された。

近藤[4]は、「死を看取ることが人間としてあるいは看護師としての成長のチャンスとなり、喜びや満足感をもたらし、看護観の形成を促す」とともに、「肯定的側面と同時に、苦労や困難感を伴う否定的側面を併せて経験している」と述べている。精神科で看取りを行なうために、まず看護師が、精神科単科であっても看取りを行なうのだという意識を持つこと、そして、告知やDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の確認など、検討すべき事柄を明らかにし、看護師がターミナルケアの肯定的側面を認識できるように、看護師のサポートが十分かつ適切に行なわれる必要がある。

また、「精神科単科だからできない」と自ら限界線を引くのではなく、病院全体でどのようにターミナルケアを行なうかの基準を検討することが必要である。さらに、最期を精神科で看取るか総合病院に転院するかに関わらず、地域連携病院との連携を強化することが、看護師と患者の不安の緩和にもつながるものと考える。

なお、本研究の課題として、今回の研究では、看護師の経験を振り返り回答するという形式を取ったため、語られた内容は、選択バイアスや思い出しバイアスがかかっている可能性が考えられる。

Ⅵ．結論

精神科単科病院でのターミナルケアについて、看護師は、治療環境の限界から、身体的な苦痛の除去については不十分さを感じながらも、精神的苦痛については、患者に寄り添うことを通して、精神科看護の素晴らしさを再認識し、その希望に沿った援助が実施できることに意味を見出していた。

精神科で行なうターミナルケアの課題として、病院全体でのターミナルケアの基準の検討、看護師のターミナルケアへの認識・知識・技術の向上、および地域連携病院との連携の強化が示唆された。

謝辞

本研究のインタビューにご協力くださった看護師の皆様に心より感謝いたします。

付記

本研究は、平成25年度愛知県看護協会看護研究助成を受けて実施し、加筆・修正して日本看護研究学会第40回学術集会で発表した。

文献

1) 林和枝・小林純子：精神疾患を持つ患者のターミナルケアに関する過去 10 年の文献検討，ホスピスケアと在宅ケア，20(3)，239-246，2012.
2) Cicely M Saunders：The management of terminal disease. London：Edward Arnold；1978.
3)長江弘子：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア，日本看護協会出版会， 011，2014.
4) 近藤真紀子：死を看取り続ける看護師の悲嘆過程，風間書房，8，2011.

表１　対象者の概要

	性別	年齢	臨床経験		看取りの経験	
			精神科	他科	精神科	他科
1	男性	30 代	11.5 年	0	なし	なし
2	女性	30 代	9 年	0	あり	なし
3	男性	30 代	13 年	0	あり	なし
4	女性	30 代	2.5 年	8 年	なし	あり
5	女性	40 代	13 年	5 年	なし	あり

表２　語られたカテゴリーおよびサブカテゴリー一覧

カテゴリー	サブカテゴリー
実施したターミナルケア	痛み、状態の把握 限られた治療環境でできる限りの看護 疼痛緩和・止血処置 患者の希望に沿った援助 患者に寄り添う 患者・家族の思いを大切にする
家族のケア	患者と家族との時間の確保 家族の不安への対応 会話量の増加
精神科におけるターミナルケアの課題	早めに総合病院へ転院した方がよいのではないかという思いと最期まで看取りたいという思いの葛藤 フィジカルアセスメント 不安・恐怖を抱えた患者への看護 ターミナルケアの知識・技術 多職種によるカンファレンス 総合病院との連携

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

マタニティ･ヨーガが妊産褥婦の自己効力感、産後うつ症状に与える影響

野田　みや子　（岐阜保健短期大学）

はじめに

近年の少子高齢化･女性の高学歴化及び社会進出の増加は､女性にとって妊娠･出産･産褥期におけるストレスを増大させ､その結果産後うつ病や乳児虐待等の心理社会的問題を発生し､メンタルヘルスケアの必要性が増してきている。産後うつ病発症率(10～15%)[1)]は､非妊時のうつ病発生率(2～4%)に比べると､5～6倍となっており､また産後うつ病の予備軍であるマタニティブルーにおいては､20～50%の発症率である[2)]。うつ病はセロトニン等のホルモンと密接に関連していることが判明しており､うつ病のメカニズムから考えても､ホルモンバランスが乱れている産後はうつ病を発症しやすいことが明らかになっている。また近年の少子化社会の育児上の問題として、育児不安等に関連した虐待の増加があげられ、育児に疲れた母親が衝動的な感情で子供を思わず叩く等の虐待類似行為の経験を持つ例が90%に上ることが報告されている[2)]。そのような社会環境の中で、女性が安心して出産に臨み、育児を楽しんで実践することは、出生数の増加や虐待の低減につながると考えられ、妊娠初期から出産後まで継続的にかかわることができる助産師は、ドゥーラ的役割を担いつつ、妊産褥婦の自己効力感を向上させ、産後うつ病の軽減を図ることができる大きな存在であると考えられる。核家族化や女性の社会進出が進む中で、妊娠・出産・子育てという女性にとっての最大イベントを、国や地域レベルで支援するという観点から、本邦においても多くの施策が実践されている。平成8年の母体保護法改正において「リプロダクティブヘルス/ライツの観点から、女性の健康等に関わる施策に総合的な検討を加え、適切な処置を講ずること」と決議され、また同年策定された男女共同参画2000年プランにおいても、「生涯を通じた女性の健康支援」が盛り込まれた。これらは、今後の少子高齢化の進展に伴い、女性の能力の十分な活用と日本の経済・社会の効率的運営を迫られた現状に由来している。

Ⅰ．研究目的

マタニティ･ヨーガが、妊産褥婦に及ぼす影響、特に出産に対する自己効力感、産後うつ症状等の精神的効果と､妊娠中及び出産時の身体的効果を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

１．出産に対する自己効力感：「出産中に生じる生理的変化や状況に対応できる」という妊婦個人の主観的な自信。

２．助産師外来：継続したケアの実践で安全・安楽な出産をめざし、病産院で助産師が医師と連携しながら、健診やアドバイスを行なう外来。

３．マタニティ・ヨーガ：妊娠中の精神・肉体・呼吸を整え、心と体の安定を目指すもので、ヨーガの呼吸法に合わせた簡単なポーズを実施する。

４．産後うつ病：産後２週間～１か月以内に発症するうつ病で、一過性で自然に治るマタニティブルーとは異なり、一般的なうつ病と同様の治療が必要になる。強度の不安やイライラ感、赤ちゃんへの関心がなくなる、などといった症状が現れる。

Ⅲ．研究方法

１．研究期間　平成24 年 3 月～平成25 年 8 月の 1年 6ヶ月間とした。

２．研究方法

妊娠初期に助産師外来を受診した妊婦に対し、研究者より研究の趣旨を説明し、同意を得られた妊婦に対して、助産師の介入と自記式質問紙調査を実施した。

１）調査内容

（１）属性：年齢、婚姻の有無、子どもの数、同居家族の有無、勤労状況等

（２）妊娠経過・出産時の状況：血圧・体重・尿蛋白・浮腫、児体重、アプガースコア、分娩所要時間、分娩様式、会陰裂傷、分娩時出血量等(診療録より情報収集)

（３）自己効力感調査：亀田等の「出産に対する自己効力感尺度」より引用の 11 項目について、初回面談時(妊娠 8 週～12 週)、妊娠後期(妊娠 37 週頃)、出産後(3～4 日目)の 3 回、5 件法で回答を求めた。

（４）産後うつ調査：エジンバラ産後うつ尺度（Edinburgh Postnatal Depression Scale :EPDS）10 項目について、初回面談時、妊娠後期、出産後、すこやか検診時(産後 3 週目)、産後 3 ヶ月目の 5 回、4 件法で回答を求めた。

（５）bonding Score：(bonding質問票）10項目について、出産後、すこやか検診時、産後3ヶ月目の3回、4件法で回答を求めた。

２）介入方法

（１）介入妊婦の条件

妊娠 16 週以後で、産科医師より受講許可の出ている妊婦とした。

（２）介入プログラム

①マタニティ・ヨーガ教室：マタニティ・ヨーガ 60 分＋基本コース（①血圧･脈拍測定、腹部緊満状態チェック 5 分、②導入 5 分、③妊娠出産に関するミニレクチャー20 分、⑤座談会 20 分、⑥血圧･脈拍測定、腹部緊満状態チェック）5 分

②マタニティ・ビクス教室：マタニティ・ビクス 60 分＋基本コース

③参加型マタニティ・クラス：妊婦同士の話し合い 60 分＋基本コース

（３）介入する助産師の条件は以下の通りとした。

①助産業務実践歴 1 年以上であり、産科病棟･助産外来での指導経験がある者。

②マタニティ・ヨーガ教室運営者は、指導者研修(日本マタニティ・ヨーガ協会主催研修)を受講していること。

３）分析方法

得られたデータの集計及び分析は、統計解析ソフトウエアIBM SPSS Statistics21を用いて解析した。

３．研究対象者

Ａ県下産科３施設で出産する妊産婦であり、助産師外来を受診しており、研究のプロセスや結果を公開することへの合意がある者で、以下のいずれかの条件を満たすものとした。

ただし、抑うつ傾向が強い、医療介入が必要になったなどの、特別な事例については、データ分析対象から除外した。

１）Ａ群：マタニティ・ヨーガ教室を受講している妊婦 178 名

２）Ｂ群：マタニティ・ビクス教室を受講している妊婦 103 名

３）Ｃ群：参加型マタニティ・クラスを受講している妊婦 30 名

４．倫理的配慮

調査にあたっては事前に対象施設の施設長に研究の趣旨を口頭と文書で説明し、文書による同意が得られた施設において研究を開始した。質問紙に記載する時間は15分程度として、妊産褥婦への負担にならないよう調整した。また配布した質問紙の中に、回答は自記式無記名として個人が特定されないこと、データはコード化して処理を行うこと、データは本研究以外に使用しないこと、研究終了後はシュレッダーで破棄しパソコン内のデータも破棄することを約束した。

参加者への説明は初回受診時の説明用紙に記載し、研究への参加は自由であり同意をされなくても不利益を被ることはないこと、また途中で同意を撤回・中止した場合でも不利益を被ることは決してないことを文書で伝えた。また本研究に協力することで、妊娠期・産褥期の女性の支援や育児支援、周産期の医療従事者の質向上につながる示唆を得られることを口頭および文書で対象者に説明し、対象者より書面での同意が得られた場合に本調査を開始した。回収は配布した封筒に厳封したのち対象者自身にアンケート収集箱または郵便ポストへの投函とし、個人情報の保護に留意した。なお、この研究は人間総合科学大学大学院及び研究実施施設の倫理委員会の審査、承認を得て実施した。

Ⅳ. 結果

Ａ県下の産科3施設で出産する妊産婦388名に質問紙を配布し、344名（回収率88.7%）の回収を得た。そのうち未記入・回収不能の33名を除外した311名（有効回答率90.4%）について分析した。

１．対象の年齢・妊娠回数について（表１）

対象の年齢は 30 歳代 56.9%、20 歳代 39.5%、40 歳代 3.5%の順であった。30 歳代・40 歳代では、Ａ群（68.0%）・Ｃ群（71.0%）が多く、20 歳代では、Ｂ群（55.3%）が多かった。妊娠回数は、初産婦 44.7%、2 回目 39.5%、3 回目 13.2%、4 回目 2.6%の順であった。初産婦ではＢ群（51.5%）の割合が高く、経産婦ではＣ群（83.3%）・Ａ群（54.5%）の割合が高かった。

２．妊娠中の不快症状について（図１）

妊娠初期の不快症状「あり」は 82.3%であり、吐気・嘔吐（75.6%）、腰痛（48.9%）、便秘（46.3%）の順で多かった。不快症状改善率については、各群間での有意な差は見られなかったが、Ａ群では「嘔気・嘔吐」「頭痛」「腰痛」の項目で妊娠後期に有意に改善されており、Ｂ群では「嘔気・嘔吐」「頭痛」の項目で妊娠後期に有意に改善されていた。

３．ＥＰＤＳ得点分布について（図２、図３）

妊産褥婦のＥＰＤＳ得点の平均は、妊娠初期 6.17 点、妊娠後期 4.10 点、産後 4 日目 3.32 点、産後 2 週目 3.73 点、産後 3 ヶ月目 3.43 点であり、9 点以上の高得点者は、妊娠初期 47 名（15.1%）、妊娠後期 21 名（6.8%）、産後 4 日目 17 名（5.5%）、産後 2 週目 20 名（6.4%）、産後 3 ヶ月目 20 名（4.8%）であった。各群間での有意な差は見られなかったが、Ａ群では「ゆううつな気分で、泣けてきた」「はっきりした理由もないのに、不安になったり、心配

したりした」「物事がうまくいかない時､自分を不必要に責めた」等の項目において、妊娠初期と出産後３ヶ月の間に有意な差があった。

４．出産に対する自己効力感について（図４、図５）

妊婦の出産に対する自己効力感得点の平均は、妊娠初期 22.61 点、妊娠後期 28.49 点、産後４日目 29.82 点であり、時間経過とともに上昇していた。各群間での有意な差は見られなかったが、Ａ群では｢自分の力で、自分らしいお産ができる｣｢赤ちゃんとともに陣痛を乗り切ることができる｣｢陣痛に合わせて呼吸法ができる｣｢陣痛と陣痛の合間に体をリラックスできる｣等の項目において、妊娠初期と出産後４日目の間に有意な差があった。

５．妊娠中の母体体重増加･新生児の出生時体重･アプガースコア･分娩時出血量･分娩所要時間･異常分娩割合等について（表２）

１）妊娠中の母体体重増加は、Ａ群 9.8kg、Ｂ群 10.6kg、Ｃ群 11.7kg の増加であり、各群間の有意差はなかった。

２）新生児の出生時体重は、Ａ群 3106g、Ｂ群 3058g、Ｃ群 3037g であり、各群間の有意差はなかった。

３）新生児のアプガースコアは、Ａ群 9.3 点、Ｂ群・Ｃ群 8.9 点であり、各群間の有意差はなかった

４）分娩時出血量は、Ａ群 278ml、Ｂ群 386ml、Ｃ群 412ml であり、各群間の有意差はなかった。

５）分娩所要時間は、Ａ群９時間 11 分、Ｂ群９時間 54 分、Ｃ群 10 時間 26 分であり、各群間の有意差はなかった。

６）帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩等の異常分娩の割合は、Ａ群 7.3％、Ｂ群 11.1％、Ｃ群 12.6％であり、各群間の有意差はなかった

Ｖ．考察

１．妊娠中の不快症状について

新川等(2009)の調査[3]に比較し、不快症状体験率が高い傾向にあったが、調査時期の違いや妊婦の環境要因の違いが影響していると考えられる。

少子化･晩婚化その他の要因からくる必要以上の不安､不必要に腹部をかばう姿勢等は､肩こり･腰痛などの不快症状に発展することが多い｡このような状況から解放されたいとの思いから､妊婦(特に初妊婦)はマタニティ･ヨーガ等を希望するのではないかと考えられる。

また、初期のヨーガ群ではすべての項目について他の群より高い値となっているが、後期では他の群よりも高い割合で改善されており、特に「便秘」においては著名に改善されている｡これは､ヨーガの実施により副交感神経優位の状態となり腸蠕動が更新することと、ヨーガのポーズが内臓に直接働きかけることによるものと考えられる。

２．妊娠中の体重増加・新生児の出生時体重等について

妊娠中の過剰な体重増加の抑制効果については、初産婦で顕著に認められ、経産婦でもその傾向がみられた｡森田は｢ヨーガは、呼吸のリズムに合わせて全身の筋肉を緊張と弛緩させることにより全身をリラックスさせるストレッチング要素を含んだ体操である。｣[4]と述べている。マタニティ・ビクスやマタニティ・スイミングのように積極的に動き回る運動ではないが、大きな効果が得られた。広池は｢ヨーガには血液循環をよくし、ホルモン分

泌を促し体全体のバランスをととのえ、新陳代謝をよくする働きがあるため脂肪はどんどんエネルギーになって燃焼し消費されてしまう。」[5]と述べている。Ａ群の新生児の出生体重は他の群に比べやや大きめだったのは、妊婦だけでなく胎児血液循環や子宮胎盤血液循環をも良好にするためではないかと考えられる。

伊藤によると妊婦にとって望ましい運動の条件とは、母児にとって安全であること、運動効果が得られること、継続できること[6]と報告されているが、自宅で簡単に復習できるマタニティ・ヨーガはこの３つに条件を満たしている。

３．分娩時のマタニティ・ヨーガの効果について

九島は「分娩第２期がヨーガ群で 15 分短くなっている」[7]と報告しているが、本研究ではＡ群は分娩第１期が短くなり第２期がやや長くなる傾向があった。マタニティ・ヨーガの呼吸法をうまく活用することにより、分娩第２期は産婦自身が意識的に努責をかけずいきみたい時に 2～3 秒程度の短い自然ないきみをする呼吸法が実施できる。分娩第２期がやや長くなるのは、無理な努責をせず陣痛をうまく産婦自身でコントロールできているためであり、胎児にストレスのかからない分娩第２期の状態であると考えられる。そのため、アプガースコアはＡ群で高得点となり新生児の出生時の状態が良好であり、さらに十分なリラックスは会陰の伸展をよくし、会陰裂傷が起こりにくくなることから、母児ともに安全なお産が出来ることが示唆された。マタニティ・ヨーガの基本的なポーズは、分娩時に経産婦・初産婦ともに役に立っており、陣痛に合わせて一番楽な体位を自分なりに見つけることが出来るようになれるのではないかと思われる。

マタニティ・ヨーガで呼吸法・弛緩法の訓練を繰り返し行った効果が分娩時の陣痛の自然な受け入れに繋がっていると考えられる。綿本は「ヨーガを実施すると直接中枢神経を刺激し、また緊張弛緩のリズムは失いかけた自然のリズムを目覚めさせ、ゆっくりとした呼吸法も副交感神経優位の状態を促し、ホルモンバランスを調える」[8]と述べている。またオダンは「女性が本能的で自発的な出産をするためには、ある特定のホルモンバランスが保たれることが必要である」[9]と述べている。Ａ群では、陣痛中に自分の体のリズムを見つけながら、体に起こっている現象を受け入れて自らが分娩をコントロールする事が可能であったように思われる。ホルモンバランスを調え、失いかけた自然のリズムを目覚めさせるという点においては、マタニティ・ヨーガは現代の妊産婦には適した運動療法といえるのではないかと思われる。

４．妊産褥婦のＥＰＤＳについて

「妊娠中ＥＰＤＳ・ 出産への準備は、家事育児の心配・心身疲労・親としての自信等を経由して、産後のＥＰＤＳへ影響を与えている」（小暮, 2006）[10]の示唆同様、初産婦の高得点者が多かった。初産婦は、出産への不安や恐怖心が強いことに加えて勤労妊婦が多く、専門家の指導を受ける機会が少ないことが影響していると考えられる。このことから、妊娠早期の心的状態把握と適切な指導やサポートは、出産への準備や親になる心構え・心理教育にもつながり、妊婦の心身の負担を軽減すると考えられる。

マタニティ・ヨーガの実施によるＥＰＤＳ得点の低下は、リラックスや瞑想による自律神経系の安定と、医療従事者の出産に関する準備教育が良い影響を与えていると考えられる。

５．出産に対する自己効力感について

自己効力感(self-efficacy)は未来予測的な自己評価や自己認知の一種であり、後天的な成功体験によって上書きされるものである (Bandura A)[11]との示唆通り、マタニティ・ヨーガ実施による出産への身体的準備が妊婦の自己効力感を向上させ、精神状態の安定(精神的ストレスの低下)と努力・挑戦の肯定をもたらすものと考えられる。自己効力感の低い妊婦は、前回出産時の失敗体験や、出産・育児に対する知識不足がある(聞き取り調査より)ことから、系統的な目標設定・問題解決のノウハウの習得等を目的として、マタニティ・ヨーガを希望していると考えられる。

マタニティ・ヨーガは、一般的なヨーガとは違ってゆっくりとした動作と呼吸法を中心に妊婦が実施するために開発されたものであり、身体を動かすことによりホルモンバランスを整えて身体感覚を目覚めさせ、自分自身に自信を持ちお腹の赤ちゃんに耳を傾けようとするものであり[12]、妊娠による不快症状の改善や、出産時の呼吸法・リラックス法等を身につけ、自然分娩ができるようになることを目的として、妊娠15週以後の妊婦に実施されている。高間木[13]らの研究によると、マタニティ・ヨーガ実施による母体・胎児への悪影響はなく、実施後は胎児への血流量が増加し、またマタニティ・ヨーガ継続は、妊娠・出産・育児への不安の解消と、自己肯定感が生まれることが示唆されている。また助産師外来及びマタニティ・ヨーガ教室における助産師の密接なかかわりは、女性の妊娠・出産・育児に伴う心理的危機への支援を行なうドゥーラの効果があり、特に助産師外来における指導は、ドゥーラが行なうプレグナンシー・カウンセリングにあたると考えられる。

Ⅵ. 結論

妊産褥婦への助産師のかかわりの有用性に関していくつかの検討を行なってきた結果以下のことが明らかになった。

１．妊娠中のマイナートラブルのうち、腰痛・頭痛等においてはマタニティ・ヨーガの継続により改善された。

２.マタニティ・ヨーガの継続は、妊産褥婦の自己効力感を向上させ、呼吸法やリラックスの実施により、自然な出産・自分らしいお産の実施につながった。

３.マタニティ・ヨーガの継続は、妊産褥婦のＥＰＤＳ(Edinburgh Postnatal Depression Scale)得点を低減につながった。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

今回の研究では、研究協力機関を3施設として調査研究を進めてきた。しかし3施設のみの調査では対象も限られてしまうことから、この結果をもとに多くの施設でも同じような結果が得られるかを検証し、汎用性・法則性を見出していくことが今後の課題である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、頻回にわたる調査と介入にも関わらず研究にご協力いただきました妊産褥婦の皆様および研究協力施設の皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は平成25年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施した。

付記

本研究は、平成25年度人間総合科学大学大学院博士論文を一部抜粋・加筆修正したものであり、

第28回日本助産学会学術集会で発表したものである。

引用・参考文献

1)中野仁雄:妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究,平成 12 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究)報告書,2000.

2)岡野禎治: 産後うつ病はマイナートラブルか? 周産期医学, 32(増刊号), 31-34,2002.

3) 新川治子:妊娠中の睡眠関連の不快症状と睡眠の質及び睡眠習慣に関する研究,大阪大学大学院医学系研究科博士論文, 2009.

4) 森田俊一:医者からみたヨーガ(初版), 東宣出版, 226,1990.

5) 広池秋子:らくらくヨーガ(第 2 版) 19, 生活市場, 1995.

6) 伊藤博之:運動のすすめ一妊婦と運動ー妊婦の日常生活と運動,ペリネイタルケア, 11 巻4号, 325～329,1992.

7) 九島璋二:自然出産とマタニティ・ヨーガ(初版), メディカ出版, 131-137,1994.

8) 綿本昇:健康ヨーガ入門(初版), 日東書院, 34,1996.

9) ミシェル・オダン:バースリホーン(第 1 版), 34, 1991.

10)小暮恵:産後うつ状態と関連する心理社会的要因の縦断的検討, 人間科学研究, Vol.19,34, 2006.

11) Bandura A.: Social learning theory. Prentice Hall, 1977. (原野光太郎監訳:社会的学習理論. 金子書房)

12) Wendy Teasdill.(赤星 里栄訳):マタニティ・ヨーガー母と胎児に活力と精神安定をもたらすガイドー, 産調出版株式会社,2006.

13) 高間木静香:マタニティ・ヨーガが妊婦・胎児に及ぼす効果ー腹壁誘導法胎児心電図を利用してー, 第 49 回日本母性衛生学会総会, 2010.

14)北村俊則, 木下勝之,他: 妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究,平成 18 年厚生労働科学研究報告書,2007

15)島田啓子,亀田幸枝:妊婦の出産に対する Self-Efficacy Scale の開発に関する研究(1)-信頼性と妥当性の検討-, 金大医保つるま保健学会誌 Vol.24, No1;61-68, 2000.

16)新井陽子・高橋真理:産後うつ病の妊娠期予防的介入におけるシステマティック・レビュー,母性衛生, 47 (2), 463-473, 2006.

17) 炭原加代,植松妙代,他:マタニティ・ヨーガ継続が妊娠･分娩経過と産婦の自己評価に及ぼす影響, Japan Society of Maternal Health,2006.

18) Amy E Beddoe , et : e effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress, Journal of obstetric gynecologic and neonatal nursing JOGNN NAACOG , Volume 38, Issue: 3 ; 310-319,2009.

表１. 対象の年齢

n=311

年 齢	全 体	(割合)	ヨーガ群	(割合)	ピクス群	(割合)	参加型群	(割合)
20歳代	123	(39.5)	57	(32.0)	57	(55.3)	9	(30.0)
30歳代	177	(56.9)	115	(64.6)	43	(41.7)	19	(63.3)
40歳代	11	(3.5)	6	(3.4)	3	(2.9)	2	(6.7)
合 計	311	(100.0)	178	(100.0)	103	(99.9)	30	(100.0)

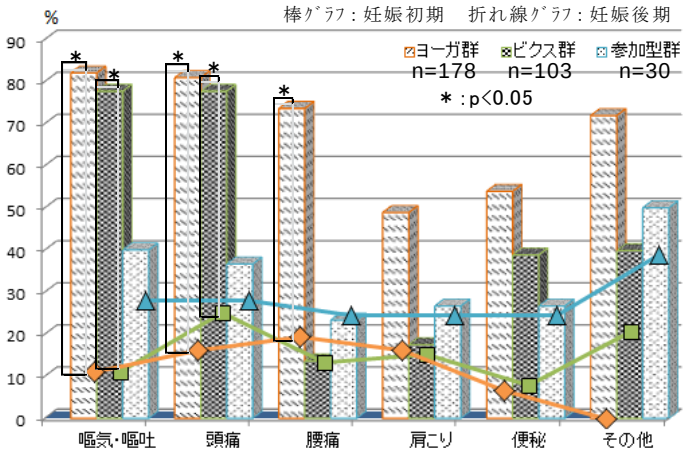

図１. 妊娠中の不快症状

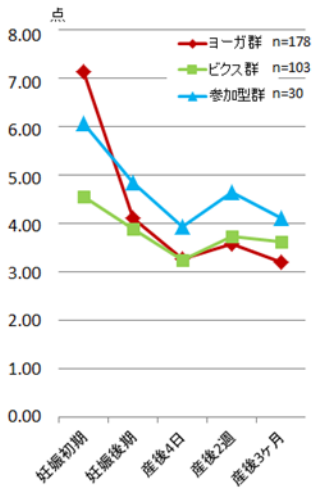

図２． 各群のEPDS合計得点推移

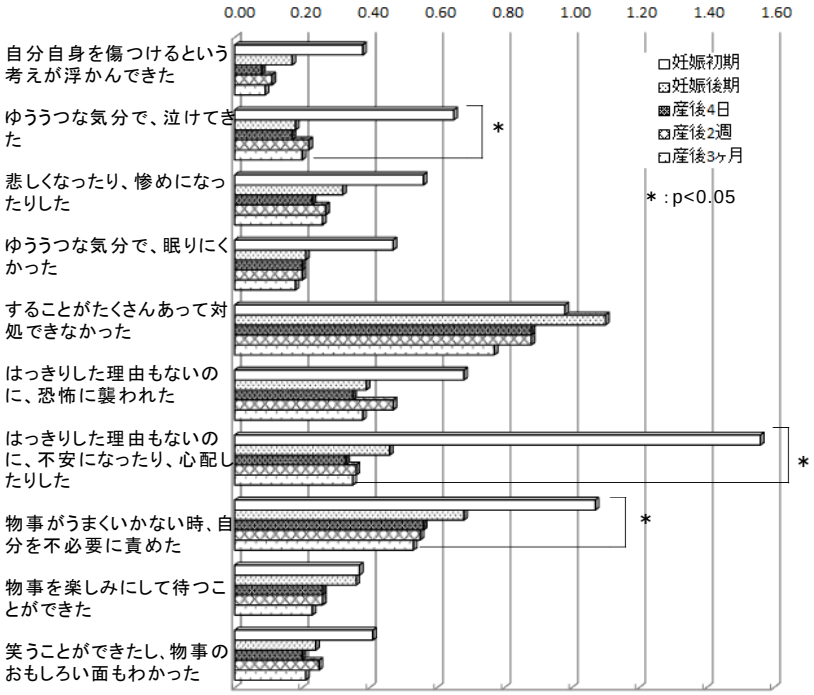

図３． ヨーガ群のEPDS項目ごとの得点

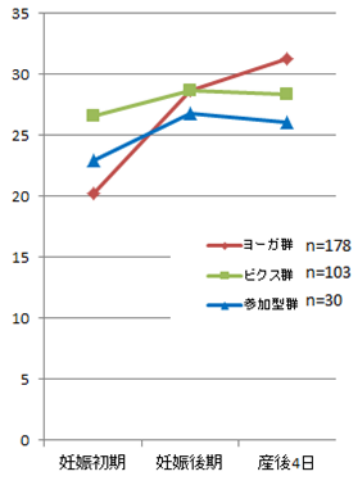

図4. 各群の自己効力感合計得点推移

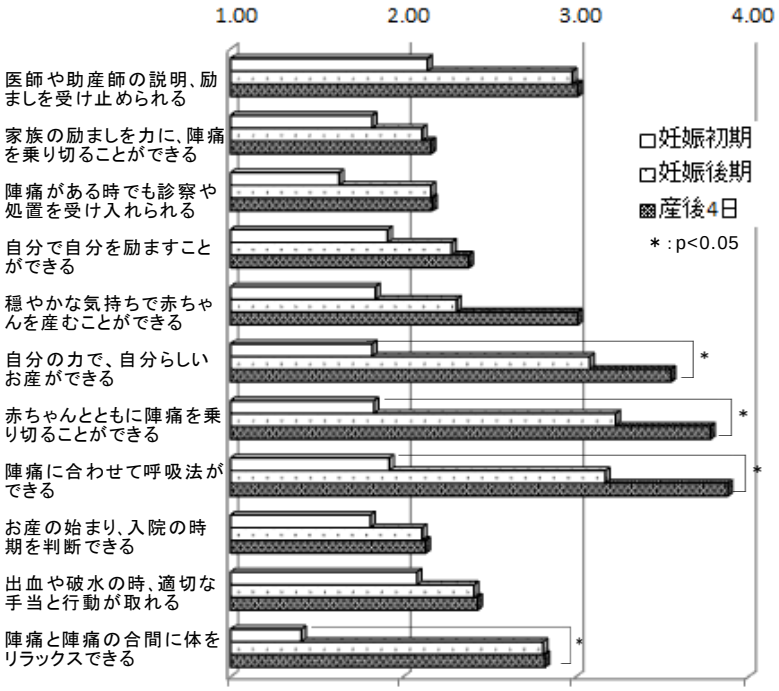

図５． ヨーガ群の自己効力感項目ごとの得点

表2. 妊娠中の体重増加・新生児体重・ｱﾌﾟｶﾞｰｽｺｱ・分娩時出血量・分娩所要時間・異常分娩等割合

	妊娠中の体重増加（kg）		新生児出生時体重（ g）		アプガースコア（点）		分娩時出血量（ml）		分娩所要時間		帝王切開・吸引分娩等割合（ %）
全　体	10.2 ±	2.9	3083 ±	315	9.1 ±	0.6	327 ±	124	間32分 ±	108分	9.1
ヨーガ群(n=178)	9.8 ±	2.9	3106 ±	312	9.3 ±	0.5	278 ±	102	間11分 ±	118分	7.3
ビクス群(n=103)	10.6 ±	2.8	3058 ±	301	8.9 ±	0.6	386 ±	138	間54分 ±	61分	11.1
参加型群(n=30)	11.7 ±	3.1	3037 ±	386	8.9 ±	0.7	412 ±	210	間26分 ±	73分	12.6

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

脳血管障害患者の急性期リハビリテーション看護実践に影響する要因の検討

○山本　義昭（日本赤十字豊田看護大学大学院）
永井　道子（日本赤十字豊田看護大学）

はじめに

我が国では高齢化が進み、一方で寝たきり患者の数も年々増加傾向にある。脳血管障害は、寝たきりになる原因の第１位にあげられている。医学の進歩により生命の危険は回避されたとしても、長く障害をもったまま生活を送らなければならない状況である。厚生労働省も寝たきりを予防するために政策をたて、急性期からのリハビリテーションを推進してきた。急性期のリハビリテーションは、チーム医療であり患者の一番近くにいる看護師が大きな役割をもっていると考える。しかし、急性期病院における急性期リハビリテーション看護が実践出来ているのかについては明らかになっていない。急性期リハビリテーション看護が十分に行われていない理由として、石神 [1]は「①早期リハビリテーションに対する認識②看護技術③看護師の主体性④病棟の生活環境⑤看護スタッフの不備」を理由にあげている。病棟の生活環境や看護スタッフの不備などの整備面やスタッフ不足を除く看護師の要因の早期リハビリテーションに対する認識、看護技術、看護師の主体性に着目し、本研究では、急性期病院における急性期リハビリテーション看護の実践状況を把握し、脳血管障害患者に対する急性期リハビリテーション看護実践に、どのような要因が関与しているのか検討した。

Ⅰ．研究目的

本研究では、脳血管障害患者に対して急性期病院の救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室に勤務する看護師の急性期リハビリテーション看護の基本援助の実施状況、急性期病院における看護実践能力、急性期リハビリテーション看護に関する看護師の認識、看護師の関わり時間・急性期リハビリテーション看護実施時間についての現状を明らかにする。また、急性期リハビリテーション看護実践に影響する要因を明らかにする。

Ⅱ．用語の定義

（１）急性期看護実践能力

救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室で働く看護師の急性期看護について、急性期病院における看護実践能力尺度で評価したものと定義する。

（２）急性期リハビリテーション看護

ベッドサイドからから行うリハビリテーションであり、入院時から実施でき安静にしている患者にも実施するべき援助である。実際の援助内容として、良肢位保持、関節可

動域訓練、口腔ケア、口腔・頸部のマッサージ運動、摂食・嚥下の評価、早期の膀胱留置カテーテル抜去、早期からの座位を急性期リハビリテーション看護の基本援助項目として、急性期リハビリテーション看護と定義する。

（３）急性期リハビリテーション看護に関する看護師の認識

急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識を看護師が持っている急性期リハビリテーション看護に関する看護師の認識と定義する。

（４）看護師の関わり時間・急性期リハビリテーション看護実施時間

看護師の主体性を看護師の関わり時間・急性期リハビリテーション看護実施時間とする。看護師が患者１人に対して、日中の勤務（8:00～17:00）の中で、患者に関われている時間と急性期リハビリテーション看護の実施している時間と定義する。

概念枠組み

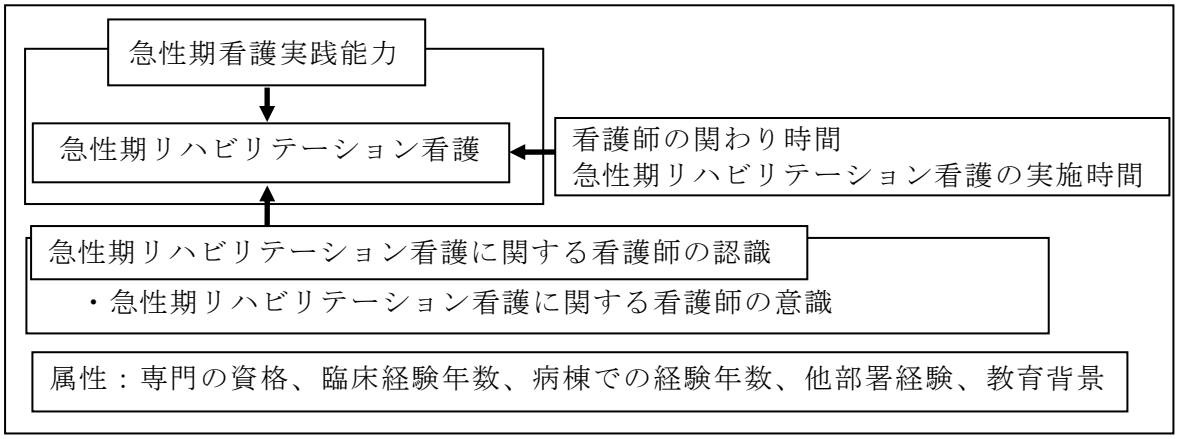

図１．概念枠組み図

Ⅲ．研究方法（研究期間・方法・対象・倫理的配慮）

１．研究期間

2013 年 9 月～10 月

２．研究方法

無記名自記式質問紙調査

３．研究対象者

急性期病院の救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室に勤務する看護師。全国の救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室をもつ 751 施設の中で、小児専門病院とがん専門病院、循環器専門病院を除く 717 施設に研究の依頼を行った。研究協力の同意が得られた施設に質問紙を配布し、個別に郵送にて回収した。回答をもって同意を得たものとした。

４．調査内容

急性期リハビリテーション看護の基本援助項目は、良肢位保持、上下肢の屈伸運動、口腔ケア時の口周囲筋・頸部の運動、摂食・嚥下障害の評価、膀胱留置カテーテルの早期抜去、早期からの座位訓練、積極的な端座位の実施とした。それぞれの項目について、「出来ている」「だいたい出来ている」「あまり出来ていない」「出来ていない」の 4 段

階評価で回答を得た。急性期看護の実践能力として、真下らの開発した急性期病院における看護実践能力尺度 [2]を用いて調査した。急性期リハビリテーション看護の認識として、急性期リハビリテーション看護に関する意識について質問した。看護師の関わり時間・急性期リハビリテーション看護実施時間について質問した。

5．データの分析

①急性期リハビリテーション看護の基本援助項目実施の有無別に、急性期病院における急性期看護実践能力得点平均値を対応のないｔ検定によって分析した。

②急性期リハビリテーション看護の基本援助項目実施の有無別に、急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識の有無をχ^2検定によって分析した。

③急性期リハビリテーション看護の基本援助項目実施の有無別に、患者への関わり時間と急性期リハビリテーション看護の基本援助項目を実践している時間をχ^2検定によって分析した。

④急性期リハビリテーション看護の基本的援助項目実施の有無を従属変数として、属性と急性期病院における看護実践能力、急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識、患者への関わり時間、急性期リハビリテーション看護の実施している時間を独立変数にしたロジスティック回帰分析より分析した。

6．倫理的配慮

研究対象病院の施設長・看護部長・看護長および研究対象者に対して、研究協力は任意であることと秘匿性などについて、文書で説明した。なお、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号 2511 号）

Ⅳ．結果

全国の救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室 717 病院へ調査協力の依頼をして、98 病院（13.7%）から調査協力が得られた。98 病院に 2121 部調査票を郵送し、837 件（回収率 39.5%）の返信があった。対象病棟以外の病棟・欠損値のある調査表を除いた調査結果 554 件（有効回答率 66.2%）を分析対象者とした。

脳血管障害患者に対して行う急性期リハビリテーション看護の基本援助項目 14 項目の実践状況を表１に示す。

急性期リハビリテーション看護と看護実践能力の関連性は、表２に示す。急性期リハビリテーション看護の基本援助項目14項目すべてに関して有意差がみられた。

急性期リハビリテーション看護と急性期リハビリテーション看護に関する看護師の認識の関連性は、表３に示す。急性期リハビリテーション看護の基本援助項目14項目の全ての項目で有意差がみられた。

急性期リハビリテーション看護と看護師の看護実施時間の関連性は、表４に示す。急性期リハビリテーション看護の「体位変換時、上肢の屈伸運動をしている」「体位変換時、下肢の屈伸運動をしている」「膀胱留置カテーテルを早期に抜去している」の3項目で有意差がみられた。

急性期リハビリテーション看護と急性期リハビリテーション看護実施時間の関連性は、表５に示す。「体位変換時、上肢の屈伸運動をしている」「体位変換時、下肢の屈伸運動をしている」「オムツ交換時、下肢の屈伸運動をしている」「清拭時、上肢の屈

伸運動をしている」「清拭時、下肢の屈伸運動をしている」「更衣時、上肢の屈伸運動をしている」「更衣時、下肢の屈伸運動をしている」「座位訓練を早期から行っている」「積極的に端座位にするようにしている」の9項目で有意差がみられた。

急性期リハビリテーション看護に影響する因子として、専門資格の有無、看護師の経験年数、現病棟の経験年数、他部署経験の有無、教育背景、看護実践能力、急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識、看護師の関わり時間、急性期リハビリテーション看護実施時間について、強制投入法によるロジスティック回帰分析を行った結果は、表６に示す。看護実践能力と急性期リハビリテーション看護における看護師の意識、急性期リハビリテーション看護実施時間に多くの項目で有意差がみられた。また、オッズ比も高い項目が多くみられた。

Ⅴ．考察

１．急性期リハビリテーション看護の現状

本研究において、急性期リハビリテーション看護の基本援助項目の実践現状は、体位変換・オムツ交換・清拭・更衣の日常生活援助時に上下肢の屈伸運動が出来ている人は出来ていない人より少なかった。これは、日常生活援助の中で行える急性期リハビリテーション看護が浸透しているとはいえないと考えられる。特に口腔ケア時の口周囲筋のマッサージ・ストレッチと頸部の屈伸運動は、14項目の中でも出来ている人が少ない項目であった。口腔ケアは、感染・誤嚥予防のための視点で行われることが多く、急性期リハビリテーション看護としての視点として考えられていないことがわかった。さらに、頸部の屈伸運動は10％程度しか出来ている人がおらず、見落とされている視点であると考えられる。一方、良肢位の保持・膀胱留置カテーテルの早期抜去・摂食・嚥下障害の評価・座位訓練・端座位にすることは、出来ている人が多かった。一般的に、急性期のリハビリテーションとして、看護師に浸透している項目であると考えられる。

２．急性期リハビリテーション看護と看護実践能力

本研究における調査対象についてみてみると、看護実践能力尺度の合計得点の平均値は、165.12（*SD*±28.13）であった。調査の結果から、急性期リハビリテーション看護の基本援助項目14項目と看護実践能力を比較した。全ての項目に関して、急性期リハビリテーション看護の基本援助項目が出来ている人は、急性期病院における看護実践能力が高い人が多かった。真下らの作成した急性期病院における看護実践能力尺度には、急性期リハビリテーション看護に関する項目はみられない。しかし、看護実践能力が高い看護師は、急性期リハビリテーション看護も行えている可能性が高い。患者に看護を実践する能力がある看護師は、急性期リハビリテーション看護を患者に提供できている可能性が高いことが示唆される。

３．急性期リハビリテーション看護と急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識

急性期リハビリテーション看護の基本援助項目14項目すべてにおいて実践出来ている人は出来ていない人に比べて、急性期リハビリテーション看護を日々の業務の中で意識している人が有意に多かった。本研究の結果から、急性期リハビリテーション看護を実践出来ている人は、急性期リハビリテーション看護を意識して行っていると推測され

る。先行研究においても、石川[3]が、「急性期リハビリテーション看護は、急性期管理をどれだけリハビリテーションの理念に基づき、その視点から患者をアセスメントし、リハビリテーションを意識して援助を行うかということになる」と急性期リハビリテーション看護を意識することの大切さを述べている。

4．急性期リハビリテーション看護と看護師の関わり時間・急性期リハビリテーション看護実施時間

患者に関われている時間を30～120分と120分以上に別けて分析した結果、急性期リハビリテーション看護の「体位変換時、上肢の屈伸運動をしている」、「体位変換時、下肢の屈伸運動をしている」の2項目において出来ている人は、患者に関われている時間が30～120分の人より120分以上の人が有意に多かった。看護師が、日中の業務の中で急性期リハビリテーション看護の基本援助項目として、一番患者のもとへ行く回数の多いのが体位変換である。そのため、急性期リハビリテーション看護が出来ている人は、体位変換時に上肢・下肢の屈伸運動を行っており、関わり時間は長くなっている可能性が考えられる。一方、急性期リハビリテーション看護の「膀胱留置カテーテルを早期に抜去している」の項目においても、出来ている人は、患者に関われている時間が120分以上の人より30分～120分の人が有意に多かった。膀胱留置カテーテルを早期に抜去すると、患者が失禁をする患者であればオムツ交換を施行する時間が取られる。さらに、患者がトイレに行けるのであれば、トイレ介助を必要としてトイレ介助に時間が取られるはずであるが、本研究に関して患者に関わる時間は少ない結果となった。この結果には、病院や病棟の看護体制や看護補助の導入などシステム的な背景も関与している可能性が考えられる。

急性期リハビリテーション看護の基本援助項目を実施している時間について述べる。急性期リハビリテーション看護の「体位変換時、上肢の屈伸運動をしている」、「体位変換時、下肢の屈伸運動をしている」、「オムツ交換時、下肢の屈伸運動をしている」、「清拭時、上肢の屈伸運動をしている」、「清拭時、下肢の屈伸運動をしている」、「更衣時、上肢の屈伸運動をしている」、「更衣時、下肢の屈伸運動をしている」、「座位訓練を早期から行っている」、「積極的に端座位にするようにしている」の9項目において、急性期リハビリテーション看護を実施している時間が30分未満の人より30分以上の人が有意に多い結果であった。急性期リハビリテーション看護が出来ている人は、急性期リハビリテーション看護を日常生活援助の中に取り入れており、体位変換・清拭・更衣といった日常生活援助の中に時間を費やしている可能性がある。また、急性期リハビリテーション看護が出来ている人は、離床に関心があり、端座位など離床に繋がる援助に時間を取っている可能性がある。

5．急性期リハビリテーション看護に影響する要因

脳血管障害患者の急性期リハビリテーション看護の実践に影響する要因として、看護師の高い看護実践能力、急性期リハビリテーション看護に関する認識、急性期リハビリテーション看護実施時間が大きな要因であったことが示唆される。看護実践の現場では、急性期リハビリテーション看護への意識を向上させるためには、日常生活援助と結び付けて急性期リハビリテーション看護を実施することや急性期リハビリテーション看護の視点を教育する必要がある。また、看護実践能力を向上させることにより、より看護

師の専門性を理解して急性期リハビリテーション看護への視点も養われていくため、日々の業務の中で看護実践能力を高められるようにする必要がある。また、急性期リハビリテーション看護の認識や看護実践能力を高めるだけではなく、急性期リハビリテーション看護を実践できる時間を作れるように、看護師の受け持ち患者の人数や業務の分担などといった看護師が看護に集中できるような環境作りが必要である。

Ⅵ．結論

①急性期リハビリテーション看護が出来ていると考えている人は、そうでない人より急性期病院における看護実践能力が高いことが認められた。

②急性期リハビリテーション看護が出来ていると考えている人は、そうでない人より急性期リハビリテーション看護に関する意識が高い人が多いことが認められた。

③急性期リハビリテーション看護の実践と患者への関わり時間は、一部で関連がみられた。急性期リハビリテーション看護の実践と急性期リハビリテーション看護の実施時間では、体位変換・オムツ交換・清拭・更衣の看護実践の関わりと座位訓練・端座位の離床への関わりで関連がみられた。

④急性期リハビリテーション看護実践への影響因子では、急性期病院における看護実践能力、急性期リハビリテーション看護に対する意識、急性期リハビリテーション看護の実施時間が強い影響因子であることがわかった。

謝辞

調査にご協力いただいた急性期病院の救命救急病棟・集中治療室・脳卒中集中治療室で働く看護師の皆様には心より感謝いたします。ここに感謝の意を表します。

本研究は、平成 25 年度愛知県看護協会研究助成金を受けて実施した。

付記

本研究は、平成 25 年度日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科修士論文を一部抜粋、加筆修正したものであり、第 15 回日本赤十字看護学会学術集会で発表した。

引用・参考文献

1)石神 重信，田中 佐智子：急性期からのリハビリテーション看護　急性期からのリハビリ看護の現状と問題点, Brain Nursing, 14(6), 472-475, (1998)

2)真下 綾子，中谷 喜美子，陣田 泰子 他:急性期病院における看護実践能力尺度の開発，日本看護管理学会誌, 15(1), 5-16, (2011)

3)石川 ふみよ:急性期リハビリテーションで予後が変わる　急性期リハビリテーションにおける看護アセスメント, エマージェンシー・ナーシング, 14(11), 1013-1018, (2001)

4)原 寛美:脳卒中急性期の病態と早期離床　脳卒中急性期リハビリテーション　早期離床プログラム, 医学のあゆみ, 183(6), 407-410, (1997)

5)Hayes, S.H., & Carroll, S.R. :Early intervention care in the acute stroke patient., *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67(5), 319-321, (1986)

6)石神 重信：脳卒中急性期のアプローチ 早期リハはなぜ必要か, *Journal of Clinical Rehabilitation*, 1(1), 10-11, (1992)

7)石鍋 圭子，野々村 典子，奥宮 暁子 他：リハビリテーション専門看護, 医歯薬出版, 2-4, (2011)

8)川上 途行，正門 由久，里宇 明元:エビデンスに基づく脳卒中ケア　脳卒中治療ガイドラインを臨床ケアに活用する 脳卒中早期リハビリテーションの効果, EB Nursing, 8(1), 60-66, (2007)

9)幸田 剣，木下 利喜生，寺村 健三 他：患者の予後につながる救急看護師が行う急性期リハビリテーション 急性期からのリハビリテーションの現状と課題, Emergency Care, 25(2), 120-126, (2012)

10)栗原 正紀：急性期から始めるリハビリテーション　急性期医療のなかで看護師に期待されるリハビリテーションとは, ナースデータ, 25(4), 5-12, (2004)

11)永嶋 扶美，畠山 涼子，石川 ふみよ：脳血管障害患者の急性期リハビリテーション看護の問題点の背景, 国際リハビリテーション看護研究会誌, 4(1), 23-29, (2005)

12)野々村 典子，宮腰 由紀子，奥宮 暁子 他:リハビリテーション領域における看護の役割・機能　職種別の認識, 茨城県立病院医学雑誌, 17(1), 19-26, (1999)

13)落合 芙美子：リハビリテーション看護が目指すもの, 看護, 43(5), 176-182, (1992)

14)篠原 幸人，小川 彰，鈴木 則宏 他：脳卒中治療ガイドライン 2009, 283-288, (2009)

表１．急性期リハビリテーション看護の基本援助

n＝554

急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護基本援助項目	出来ている	大体出来ている	あまり出来ていない	出来ていない
体位変換時、良肢位を保持している	145（26.2）	329（59.4）	73（13.1）	7（1.3）
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	28（5.1）	179（32.3）	265（47.8）	82（14.8）
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	28（5.1）	178（32.1）	263（47.5）	85（15.3）
オムツ交換時、下肢の屈伸運動をしている	25（4.5）	150（27.1）	267（48.2）	112（20.2）
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	54（9.7）	216（39.0）	215（38.8）	69（12.5）
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	54（9.7）	207（37.4）	218（39.4）	75（13.5）
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	37（6.7）	206（37.2）	224（40.4）	87（15.7）
更衣時、下肢の屈伸運動している	35（6.3）	198（35.7）	232（41.9）	89（16.1）
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	46（8.3）	137（24.7）	227（41.0）	144（26.0）
口腔ケア時、頸部の屈伸運動している	8（1.4）	47（8.5）	275（49.7）	224（40.4）
摂食・嚥下障害の評価をしている	92（16.6）	224（40.4）	155（28.0）	83（15.0）
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	75（13.5）	214（38.7）	180（32.5）	85（15.3）
座位訓練を早期から行っている	104（18.8）	263（47.5）	143（25.8）	44（7.9）
積極的に端座位にするようにしている	88（15.9）	232（41.9）	181（32.6）	53（9.6）

（　）内は、％を表記している

表２．急性期リハビリテーション看護の基本援助項目と看護実践能力との関連性

n＝554

急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護基本援助項目	実践の有無	n（%）	看護実践能力平均値	SD	t	df	p
体位変換時、良肢位を保持している	出来ている	474(85.6)	167.49	27.24	-4.92	552	.000*
	出来ていない	80(14.4)	151.09	29.37			
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	207(37.4)	172.21	24.99	-4.85	484.75	.000*
	出来ていない	347(62.6)	160.89	29.07			
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	206(37.2)	172.89	26.09	-5.12	552	.000*
	出来ていない	348(62.8)	160.52	28.32			
オムツ変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	175(31.6)	173.57	26.30	-4.90	552	.000*
	出来ていない	379(68.4)	161.22	28.13			
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	270(48.7)	169.98	26.10	-4.03	549.85	.000*
	出来ていない	284(51.3)	160.50	29.24			
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	261(47.1)	170.12	26.37	-4.00	552	.000*
	出来ていない	293(52.9)	160.67	28.93			
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	243(43.9)	170.39	28.83	-3.95	552	.000*
	出来ていない	311(56.1)	161.00	26.34			
更衣時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	233(42.1)	170.43	26.86	-3.84	552	.000*
	出来ていない	321(57.9)	161.26	28.44			
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	出来ている	183(33.0)	173.11	26.46	-4.79	552	.000*
	出来ていない	371(67.0)	161.18	28.13			
口腔ケア時、頸部の屈伸運動をしている	出来ている	55(9.9)	178.64	25.59	-3.80	552	.000*
	出来ていない	499(90.1)	163.63	28.02			
摂食・嚥下障害の評価をしている	出来ている	316(57.0)	168.66	26.52	-3.44	552	.001*
	出来ていない	238(43.0)	160.42	29.55			
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	出来ている	289(52.2)	169.84	27.29	-4.19	552	.000*
	出来ていない	265(47.8)	159.97	28.18			
座位訓練を早期から行っている	出来ている	367(66.2)	168.04	27.25	-3.46	552	.001*
	出来ていない	187(33.8)	159.39	29.02			
積極的に端座位にするようにしている	出来ている	320(57.8)	168.83	27.79	-3.67	552	.000*
	出来ていない	234(42.2)	160.05	27.86			

＊ $p < 0.05$

表３．急性期リハビリテーション看護の基本援助項目と急性期リハビリテーション看護に関する看護師の意識の関連性

$n = 554$

急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護の基本援助項目	実践の有無	急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護に関する看護師の意識		χ^2	df	p
		意識している	意識していない			
体位変換時、良肢位を保持している	出来ている	402(84.8)	72(15.2)	16.85	1	.000*
	出来ていない	52(65.0)	52(35.0)			
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	187(90.3)	20(9.7)	14.83	1	.000*
	出来ていない	267(76.9)	80(23.1)			
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	185(89.8)	21(10.2)	12.85	1	.000*
	出来ていない	269(77.3)	79(22.7)			
オムツ変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	158(90.3)	17(9.7)	11.21	1	.001*
	出来ていない	296(78.1)	83(21.9)			
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	244(90.4)	26(9.6)	24.15	1	.000*
	出来ていない	210(73.9)	74(26.1)			
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	235(90.0)	26(10.0)	20.81	1	.000*
	出来ていない	219(74.7)	74(25.3)			
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	217(89.3)	26(10.7)	14.94	1	.000*
	出来ていない	237(76.2)	74(23.8)			
更衣時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	210(90.1)	23(9.9)	17.25	1	.000*
	出来ていない	244(76.0)	77(24.0)			
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	出来ている	172(94.0)	11(6.0)	25.58	1	.000*
	出来ていない	282(76.0)	89(24.0)			
口腔ケア時、頚部の屈伸運動をしている	出来ている	52(94.5)	3(5.5)	5.64	1	.018*
	出来ていない	402(80.6)	97(19.4)			
摂食・嚥下障害の評価をしている	出来ている	273(86.4)	43(13.6)	9.13	1	.003*
	出来ていない	181(76.1)	57(23.9)			
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	出来ている	247(85.5)	42(14.5)	4.57	1	.033*
	出来ていない	207(78.1)	58(21.9)			
座位訓練を早期から行っている	出来ている	323(88.0)	44(12.0)	25.81	1	.000*
	出来ていない	131(70.1)	56(29.9)			
積極的に端座位にするようにしている	出来ている	289(90.3)	31(9.7)	34.50	1	.000*
	出来ていない	165(70.5)	69(29.5)			

＊ $p < 0.05$

表４．急性期リハビリテーション看護の基本援助項目と看護師の関わり時間の関連性

$n=554$

急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護の基本援助項目	実践の有無	看護師の関わり時間		χ^2	df	p
		120 分以上	30～120 分			
体位変換時、良肢位を保持している	出来ている	191(40.3)	283(59.7)	2.64	1	.104
	出来ていない	24(30.0)	56(70.0)			
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	97(46.9)	110(53.1)	8.49	1	.004*
	出来ていない	118(34.0)	229(66.0)			
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	92(44.7)	114(55.3)	4.34	1	.037*
	出来ていない	123(35.3)	225(64.7)			
オムツ変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	71(40.6)	104(59.4)	.24	1	.628
	出来ていない	144(38.0)	235(62.0)			
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	115(42.6)	155(57.4)	2.87	1	.090
	出来ていない	100(35.2)	184(64.8)			
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	113(43.3)	148(56.7)	3.83	1	.050
	出来ていない	102(34.8)	191(65.2)			
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	101(41.6)	142(58.4)	1.19	1	.276
	出来ていない	114(36.7)	197(63.3)			
更衣時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	100(42.9)	133(57.1)	2.57	1	.109
	出来ていない	115(35.8)	206(64.2)			
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	出来ている	64(35.0)	119(65.0)	1.46	1	.227
	出来ていない	151(40.7)	220(59.3)			
口腔ケア時、頚部の屈伸運動をしている	出来ている	18(32.7)	37(67.3)	.69	1	.407
	出来ていない	197(39.5)	302(60.5)			
摂食・嚥下障害の評価をしている	出来ている	117(37.0)	199(63.0)	.82	1	.366
	出来ていない	98(41.2)	140(58.8)			
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	出来ている	90(31.1)	199(68.9)	14.29	1	.000*
	出来ていない	125(47.2)	140(52.8)			
座位訓練を早期から行っている	出来ている	137(37.3)	230(62.7)	.83	1	.364
	出来ていない	78(41.7)	109(58.3)			
積極的に端座位にするようにしている	出来ている	119(37.2)	201(62.8)	.69	1	.408
	出来ていない	96(41.0)	138(59.0)			

＊ $p<0.05$

表５．急性期リハビリテーション看護の基本援助項目と急性期リハビリテーション看護実施時間の関連性

n＝554

急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護の基本援助項目	実践の有無	急性期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ看護実施時間		χ^2	df	p
		30 分以上	30 分未満			
体位変換時、良肢位を保持している	出来ている	214(45.1)	260(54.9)	1.85	1	.173
	出来ていない	29(36.3)	51(63.8)			
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	114(55.1)	93(44.9)	16.15	1	.000*
	出来ていない	129(37.2)	218(62.8)			
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	115(55.8)	91(44.2)	18.29	1	.000*
	出来ていない	128(36.8)	220(63.2)			
オムツ変換時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	89(50.9)	86(49.1)	4.68	1	.031*
	出来ていない	154(40.6)	225(59.4)			
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	139(51.5)	131(48.5)	11.92	1	.001*
	出来ていない	104(36.6)	180(63.4)			
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	136(52.1)	125(47.9)	13.00	1	.000*
	出来ていない	107(36.5)	186(63.5)			
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	出来ている	123(50.6)	120(49.4)	7.54	1	.006*
	出来ていない	120(38.6)	191(61.4)			
更衣時、下肢の屈伸運動をしている	出来ている	121(51.9)	112(48.1)	10.07	1	.002*
	出来ていない	122(38.0)	199(62.0)			
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	出来ている	90(49.2)	93(50.8)	2.82	1	.093
	出来ていない	153(41.2)	218(58.8)			
口腔ケア時、頚部の屈伸運動をしている	出来ている	30(54.5)	25(45.5)	2.37	1	.124
	出来ていない	213(42.7)	286(57.3)			
摂食・嚥下障害の評価をしている	出来ている	142(44.9)	174(55.1)	.25	1	.617
	出来ていない	101(42.4)	137(57.6)			
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	出来ている	127(43.9)	162(56.1)	.00	1	1.000
	出来ていない	116(43.8)	149(56.2)			
座位訓練を早期から行っている	出来ている	181(49.3)	186(50.7)	12.50	1	.000*
	出来ていない	62(33.2)	125(66.8)			
積極的に端座位にするようにしている	出来ている	170(53.1)	150(46.9)	25.51	1	.000*
	出来ていない	73(31.2)	161(68.8)			

＊ p＜0.05

表６．急性期リハビリテーション看護に影響する要因　オッズ比と有意差

$n=554$

	専門資格の有無	看護師経験年数	現病棟での経験年数	他部署での経験の有無	教育背景	看護実践能力	看護師の意識	看護師の関わり時間	リハ看護実践時間
体位変換時、良肢位を保持している	.662 .381	1.058 .057	.959 .351	.704 .312	2.208 .125	2.587 .001*	2.412 .002*	1.488 .153	1.131 .656
体位変換時、上肢の屈伸運動をしている	1.318 .396	.995 .809	1.028 .346	1.221 .431	1.277 .434	2.260 .000*	1.923 .021*	1.555 .023*	1.705 .006*
体位変換時、下肢の屈伸運動をしている	1.319 .394	.988 .531	1.008 .794	1.417 .171	1.151 .652	2.327 .000*	1.784 .038*	1.296 .182	1.852 .002*
オムツ変換時、下肢の屈伸運動をしている	1.228 .527	1.009 .633	1.028 .336	1.011 .965	1.122 .720	2.189 .000*	1.880 .034*	1.030 .883	1.363 .124
清拭時、上肢の屈伸運動をしている	.697 .270	.998 .992	1.079 .010*	1.293 .293	1.386 .286	1.645 .007*	2.521 .000*	1.221 .290	1.641 .009*
清拭時、下肢の屈伸運動をしている	.836 .580	1.005 .794	1.044 .135	1.318 .258	1.351 .324	1.726 .003*	2.281 .001*	1.275 .197	1.647 .008*
更衣時、上肢の屈伸運動をしている	.728 .328	.986 .426	1.068 .024*	2.050 .004*	1.809 .056	2.049 .000*	1.976 .009*	1.136 .502	1.501 .033*
更衣時、下肢の屈伸運動をしている	.891 .721	.993 .685	1.053 .074	1.741 .027*	1.773 .064	1.966 .000*	2.145 .005*	1.229 .280	1.560 .020*
口腔ケア時、口周囲筋のﾏｯｻｰｼﾞ・ｽﾄﾚｯﾁをしている	1.593 .150	1.009 .640	1.007 .816	1.324 .288	1.800 .065	1.864 .002*	3.989 .000*	.692 .071	1.249 .270
口腔ケア時、頚部の屈伸運動をしている	2.134 .076	.983 .549	.976 .594	4.100 .007*	1.882 .159	1.740 .079	3.134 .065	.647 .176	1.473 .210
摂食・嚥下障害の評価をしている	1.725 .115	1.023 .205	.990 .720	1.056 .820	.936 .823	1.373 .083	1.718 .022*	.814 .269	1.016 .931
膀胱留置カテーテルを早期に抜去している	1.963 .048*	1.035 .067	.888 .000*	.849 .496	1.012 .969	1.605 .011*	1.599 .051	.462 .000*	1.026 .891
座位訓練を早期から行っている	3.036 .012*	1.007 .727	.959 .165	.762 .296	1.823 .085	1.272 .222	2.763 .000*	.644 .029*	1.806 .004*
積極的に端座位にするようにしている	2.382 .026*	1.004 .818	.995 .854	.767 .296	2.051 .030	1.256 .235	3.250 .000*	.607 .012*	2.429 .000*

＊ $p<0.05$

平成25年度

愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

看護研究助成委員会

■委員長	新　美　綾　子
■委員	古　賀　節　子
	伊　藤　千　晴
	稲　垣　祐　子
	井　上　里　恵
	川　口　悦　子

平成25年度愛知県看護協会看護研究助成報告論文集
平成27年1月発行

編集・発行・印刷　公益社団法人 愛知県看護協会
〒466-0054　愛知県名古屋市昭和区円上町26番18号
TEL.052-871-0711