令和3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　富田　元

平素より愛知県看護協会研究助成事業にご理解ご協力をいただきありがとうございます。ここに看護研究助成報告論文集が発行できましたことを報告させていただきます。

令和 4 年度も COVID-19 による社会生活への影響は続き、感染者数の増加や新たな変異株の出現など、様々な課題に直面しました。日常生活においては、感染予防行動の定着とともに、外出自粛や人との接触を避けるための行動制限が続いたことで、人間関係の希薄化や孤立感の増大が懸念されています。医療保健福祉の現場では、感染症対策によるケアの提供体制の混乱や、従事者の心身の負担が課題となっています。このような状況の中で多くの方々が懸命に対応し、社会全体で困難な状況を乗り越えようと努めてきました。

看護職の皆様におかれましては、COVID-19 の診療・感染防止対策や病床管理だけでなく、患者様やそのご家族のメンタルヘルスケアなど多岐にわたる役割を果たされたことと思います。また、公衆衛生活動として、感染症に関する情報提供や啓発活動、PCR 検査やワクチン接種の実施など、地域社会と連携しながら社会貢献をしてこられました。

看護研究は、人々の生命や健康を守るためのケアの質向上や、地域社会の健康に貢献することを目的として行われます。その多くは、看護実践の経験をもとに課題や問題点を特定し、科学的手法を用いて解決策を模索します。看護研究の成果は、現場の看護職や患者様のケアに反映され、より良いサービスを提供するために欠かせないものです。この報告論文集は、本研究助成事業を受けて研究に取り組んだ方々の成果物です。

今年度は令和元年度助成金受給者 1 編、令和 2 年度助成金受給者 1 編、令和 3 年度助成金受給者 4 編、合計 6 編の報告論文を掲載しています。助成金受給者の方々は、看護実践のエビデンス向上や臨地実習指導に関することなど、様々なテーマで研究に取り組み、論文をまとめてくださいました。是非、ご高覧いただきたいと思います。

最後になりますが、執筆者の方々には、多大なるご尽力をいただきましたことを深く感謝いたします。また、論文集発行にあたり、関係者の方々にご協力を賜りましたことを厚く御礼申し上げます。本論文集が、看護職の皆様をはじめ多くの方々にとって有益な情報源となることを願っております。本委員会は今後も研究助成活動を継続し、看護職の皆様の研究を推進するための基盤整備に努めてまいります。

令和 5 年 3 月吉日

令和３年度　愛知県看護協会看護研究助成報告論文集　目次

愛知県看護協会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　富田　元

令和３年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

Ⅰ．令和３年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文
１．子どもの頃に母親から受けた性教育に関する思いについての研究
岡崎市立看護専門学校　伏田　綾　P.1

２．退院１ヶ月後までにおけるPICSの実態調査
名古屋大学医学部附属病院　宮﨑　直美　P.10

３．臨地実習指導者の役割遂行自己評価指標の開発
国家公務員共済組合連合会　名城病院　近　直子　P.18

４．離島へき地における診療看護師（NP）の役割の考察
愛知医科大学大学院看護学研究科　山本　篤　P. 27

Ⅱ．令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文
１．産科病棟に勤務する日本人看護職の外国人産婦ケアにおける困難感とその関連要因
名古屋大学大学院医学系研究科　坂本　昌子　P.36

Ⅲ．令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　報告論文
１．特別養護老人ホームに勤務する看護職を対象とした
経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムの開発
特別養護老人ホーム平安の里　伊藤　美和　P.44

Ⅲ．規程
公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成規程
公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成要領

令和３年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

伏田　綾

発表演題：**子どもの頃に母親から受けた性教育に関する思いについての研究**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第63回日本母性衛生学会学術集会	令和４年 ９月９日～10日	神戸国際会議場	公益社団法人 日本母性衛生学会

宮﨑　直美

発表演題：　**退院１ヶ月後までにおけるPICSの実態調査**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第49回日本集中治療医学会学術集会	令和４年 3月18日～20日	WEB開催	日本集中治療医学会

近　直子

発表演題：　**臨地実習指導者の役割遂行自己評価指標の開発**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第22回日本赤十字看護学会学術集会	令和４年 7月3日～4日	WEB開催	日本赤十字 豊田看護大学

山本　篤

発表演題：　**離島へき地における診療看護師（NP）の役割の考察**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第7回 日本NP学会学術集会	令和４年 11月19日～21日	出島メッセ長崎	日本NP学会

令和２年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告一覧

坂本　昌子

発表演題：**産科病棟に勤務する日本人看護職の外国人産婦ケアにおける困難感とその関連要因**

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第63回日本母性衛生学会学術集会	令和４年 ９月９日～10日	神戸国際会議場	公益社団法人 日本母性衛生学会

令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金受給者　学会報告

伊藤　美和

発表演題：　**特別養護老人ホームに勤務する看護職を対象とした**
経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムの開発

発表学会名	学会開催日	開催場所	主　　催
第26･27回　日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会	令和3年 8月19日～21日	名古屋国際会議場	日本摂食嚥下リハビリテーション学会

Ⅰ．令和３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

子どもの頃に母親から受けた性教育に関する思いについての研究

○伏田綾（岡崎市立看護専門学校）
神谷摂子（愛知県立大学看護学部）

Ⅰ．はじめに

性教育は人生教育・人権教育ともいわれ、人々の人生・生活に大きな影響を与えている。1994年の第3回国際人口開発会議においてリプロダクティブヘルス/ライツが提唱されたにもかかわらず、予期せぬ妊娠の予防に関する情報が平等に提供されていない等、その一部において尊重されていない現状もある。これは、その後の人生に大きな影響を及ぼすことも考えられるため、リプロダクティブヘルス/ライツを維持・増進するための自己決定能力を養うためにも性教育は必須である。UNESCO の「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」では包括的な性教育を推奨しており、性教育をすることで、初交年齢が上昇すると述べられている。[1)]これにより性に関する自己決定能力も上昇するため、安全な性行動をとることができると考える。

吉村ら[2)]は、保護者がきちんと性について子どもと向き合い望ましい性について伝えることが子どもの安易な性行為に歯止めをかけることに繋がると述べている。また三浦ら[3)]は仲間同士からの情報交換は簡単で頼りやすいという長所がある反面、単なる憶測や間違った情報に気づきにくいという短所もあるとも述べている。その結果正しく知識を得られないまま商業的な性情報環境から興味本位な部分のみを選択してしまい、付随して得るべき知識を得ないで大人になり行動を起こす。正しい知識を得られない結果、予期せぬ妊娠・中絶を余儀なくされ心と身体を痛める子ども達もいる[4)]。高柳[5)]の著書に「子どもに本当のこと（性に関する科学的な知識）を教えないで責任だけを要求することはできません」と述べられているように、子どもの人権を尊重するうえでも、性に関する科学的な知識を保護者・教育者が責任をもって伝えることは重要である。

亀石ら[6)]によると、84.6％の保護者は家庭での性教育を必要だと考えているものの、実施している保護者は32.1％であったこと、また、家庭での性教育に戸惑いや困難さを感じる項目で最も多かったものが「性行為（セックス）について」であったことを明らかにしている。さらに性教育を実施していても、二次性徴に関する内容に限定される傾向にあることも明らかにしている。

保護者が十分な性教育を実施できない理由として、保護者も十分な性教育を受けていない[7),8),9)]ことまた日本においては性についてタブー視される傾向にある[3),8),10)]現状もあり、研究者が20年間の性の出前講座をするなかでも、子どもからこれら性行為に関する質問を受けると戸惑うという意見がたくさん聞かれている。石沢ら[10)]が、「一番身近にいる保護者が子ども達の問いかけを受け止めることは重要である」と述べているように、多くの研究者が保護者に対して知識を提供する必要性がある[2),6),11), 12),13)]と述べているものの、具体的な方法・内容について研究しているものは少ない。

岡崎ら[14)]は、性教育を躊躇する理由として、知識不足を感じ、子どもに教えるタイミングや教え方が分からず自信がないという理由を親の語りから明らかにしているが、性教育を受ける子ども側の語り（ニーズ）を調査した研究は少ない。そのため、母親から性教育を受けた子ども達がどのような

思いを抱いたのか子ども側からの視点を明らかにすることで、子どもへの性教育に関して保護者に知識を提供する際の一助となると考え、本研究に取り組みたいと考えた。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、19 歳までに母親から性教育を受けた経験のある成人男女が、子どもの頃に受けた性教育についてどのような思いを抱いているかを明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

子どもの頃に受けた性教育についてどのような思いを抱いているかを明らかにするために、自然主義的探求をもとに記述を解釈する必要があるため、質的記述的研究方法を用いた。

2. 研究参加者

研究者から書面と口頭で説明し同意を得られた 20 代の男女を対象とした。20 代を対象にしたのは、性教育が成長する過程でどのような影響を及ぼしたかを明らかにするためである。どちらから話しかけたかは不問とし、教育機関や研究者の知人を介して紹介していただいた。

3. データ収集方法

子どもの頃に性教育を受けたと認識している研究参加者が、性教育を受けた時のきっかけ・内容、母親の態度またそれらからその時どう感じたか、性教育を受けたことが自分の人生にどう影響しているかについてインタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。インタビュー内容は対象者の了解を得て IC レコーダーに録音した。面接場所は研究参加者の希望した場所で、公共施設やプライバシーが保護される場所とした。またオンライン面接においては、会話が他者に聞こえないよう配慮した。データ収集期間は、2020 年 8 月～2022 年 2 月であった。

4. 分析方法

インタビューで語られた内容から逐語録を作成し、それを繰り返し読み、全体の文脈を正しく把握できるように努力した。そして、母親から受けた性教育についてどのような思いを抱いているか語られた内容に注目し、意味のある文節で区切り第一次コードとした。次に、その内容の相違性、同質性に従って分類・要約して第二次コードを抽出した。各コード間の比較を行いながらグループを作り、グループごとに最も意味をよく表すと考えられる名前を付けて、抽象度を上げたサブカテゴリーを作成し、更に抽象度を上げカテゴリーとしてまとめた。結果の信頼性・妥当性を確保するために、分析段階ごとに研究者間で確認・検討を行いながら、結果の確証性を確保するため、承諾の得られた研究対象者のメンバーチェッキングを受け、解釈と分析の厳格性を確保した。また分析過程において解釈と判断のプロセスを丁寧に記載して反復性を保ち、どの過程においてもデータに戻れるようにすることで研究の一貫性を確保した。

5. 倫理的配慮

本研究は、岡崎市立看護専門学校研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 7）。研究参加者に、自由意思による参加と研究の途中辞退の保証、プライバシーと匿名性の保持、データの取り扱い方法、結果の公表方法について口頭と書面にて説明し同意を得た。研究参加者の心理的負担を考慮し、適宜、休憩時間の確保や面接の中断・延期など研究参加者の体調に十分配慮して実施した。研究者所属施設の学生は、研究の協力について強制力が発生する可能性があるため研究依頼の対象から除外した。

用語の定義

「性教育」:本研究における「性教育」とは、自他尊感情と性に関する自己決定能力を養うために、発達段階に合わせた科学的な知識や性における人間関係の知識をあらゆる年代の人々に提供することとし、「いのちのはじまり」について保護者が子どもに語ることも含むものとする。

「母親から受けた性教育についての思い」:本研究における「母親から受けた性教育についての思い」とは、実際に自分が母親から受けた性教育について、今振り返って感じたこと、考えたこと、捉えたこと、どのように聞きたかったかも含むものとする。

Ⅳ. 結果

1. 研究参加者の概要(表 1)

研究参加者は 20～28 歳の男女各 8 名の計 16 名で、性教育を受けた年齢は 5 歳から 19 歳であった。職業は、医療関係者は6名で、その他会社員・学生等であった。母親の職業は医療職・介護職・教育職・主婦の順で多く、そのうち医療関係者は 10 名であった。インタビュー時間は 20～47 分で、平均 25 分であった。

表 1 研究参加者の概要

研究参加者	性自認	職業	初めて性教育を受けたと認識している年齢	母の職業
A	女	教育職	10	教育職
B	女	医療職	5	教育職
C	男	学生	13	医療職
D	女	医療職	6	介護職
E	男	学生（医療系）	15	医療職
F	女	医療職	10	教育職
G	女	会社員	6	医療職
H	女	会社員	12	主婦
I	男	学生	18	医療職
J	男	会社員	10	医療職
K	男	会社員	12	医療職
L	男	会社員	9	主婦
M	女	学生（医療系）	6	主婦
N	男	学生	16	医療職
O	男	会社員	10	医療職
P	女	学生（医療系）	15	介護職

2. 子どもの頃に母親から受けた性教育に関する思い(表 2)

母親から性教育を受けたことに対してどのような思いを抱いているかについて【性に関する新しい知識が得られた】、【心配事が解決し安心につながった】、【性に関してのセルフケア行動につながった】、【母親からの性教育を素直に受け入れた】、【性に関して相談しやすくなった】、【他者を尊重する態度につながった】、【性教育が大切だと認識した】、【他者への役立ち感を得ることができた】、【母親から性教育を受けたことに感謝している】、【性教育を受けて視野が広がった】の 10 のカテゴリーを抽出し、それらは 22 のサブカテゴリーと、37 の二次コード、212 の一次コードから構成された。

以下に母親から性教育を受けた思いについて記述する。本文中の【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、「*斜体*」は参加者の語り、( ) は研究者による補足を表す。また、末尾のアルファベットは対象者を示す。

1)【性に関する新しい知識が得られた】

このカテゴリーは、《知らないことが多く新鮮だった》《性教育の内容が意外だった》という 2 つのサブカテゴリーで構成された。そのうち《知らないことが多く新鮮だった》は、「*女性のサイクルとかそういうのが、それこそ学校の教育でも男子はあまり聞いてこなかったので、(中略)一から全部、新しい情報だったので全部ですね。(中略)聞いて分かった、聞かないと駄目だったなって感じですね。*」(I)と語られ、母親からの性教育を受けなければ、他に受ける機会がなかったり、機会を得たとして

も、浅い内容であった。そのため、母親からの性教育の内容は、全て初めて聞く内容であり、本人や異性の二次性徴に関する知識を得たことに新鮮さを感じていたことが示された。

表 2　子どもの頃に母親から受けた性教育に関する思い

カテゴリー	サブカテゴリー
性に関する新しい知識が得られた	知らないことが多く新鮮だった
	性教育の内容が意外だった
心配事が解決し安心につながった	性教育を受けて安心につながった
	二次性徴に対する心の準備ができた
性に関してのセルフケア行動につながった	月経時のセルフケア行動につながった
	避妊に対する自己決定につながった
母親からの性教育を素直に受け入れた	科学的に説明してくれたので素直に受け入れることができた
	母親から聞いたので性教育を素直に受け入れた
性に関して相談しやすくなった	母親に性知識があったので相談するハードルがさがった
	何でも話せる関係性だったので、相談しやすかった
他者を尊重する態度につながった	パートナーの気持ちを大切にする必要性を感じた
	異性の避妊方法について学ぶ必要がある
	性の多様性を受け入れることができた
性教育が大切だと認識した	真剣な態度だったので大切な話だと認識した
	性教育は性のトラブルを回避するために必要だと思った
	他者にも性教育が必要だと思った
他者への役立ち感を得ることができた	他の友達よりも性知識があると認識している
	他者から相談を受け役立ち感を得た
母親から性教育を受けたことに感謝している	正確な性知識を教えてもらい感謝している
	相手を尊重することを学んだので感謝している
性教育を受けて視野が広がった	性に関する学びのきっかけになった
	社会問題に対する意識が向上した

2)【心配事が解決し安心につながった】

このカテゴリーは、《性教育を受けて安心につながった》《二次性徴に対する心の準備ができた》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《二次性徴に対する心の準備ができた》は、「*突然、(初経が)来たときよりも、心の準備は、(母親から月経について聞いたので)できたんじゃないかなとは思います。*」(F)と語られ、二次性徴の過程で、通るであろう初経に関して、学校ではなく、母親から教育を受けたことが、安心感につながっていることが示された。

3)【性に関してのセルフケア行動につながった】

このカテゴリーは、《月経時のセルフケア行動につながった》《避妊に対する自己決定につながった》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《避妊に対する自己決定につながった》は、「*妊娠してしまって、おろさなきゃいけなかった子の話だったり、病気の話だったりとかを、もう等しく入ってきたんですよね。それがすごく自分の中の、日常生活を送る上でのブレーキになるというか、女性とお付き合いするときのさまざまな場面でも、自分の理性を、正しい振る舞いをさせてくれたのかなと思っています。*」(J)と語られ、学校では避妊に関する教育はそれほど詳細には受けなかったが、母親から避妊具の実物を使用する等印象に残る性教育を受けたことが、避妊に対する動機付けや行動決定につながったことが示された。

4)【母親からの性教育を素直に受け入れた】

このカテゴリーは、《科学的に説明してくれたので素直に受け入れることができた》《母親から聞

いたので性教育を素直に受け入れた》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《科学的に説明してくれたので素直に受け入れることができた》は、「*理科の勉強の一環って感じですね。（中略）特別、緊張感とかも何もなくて。そういう仕組みなんだと、自然と受け入れましたね。*」（J）と語られ、母親が得ている性に関する知識を科学的に説明してもらったことで、恥ずかしいこととしてではなく、普段学校で学習している科目と同じように、自然なこと・必要なこととして素直に受け入れることができたことが示された。

5)【性に関して相談しやすくなった】

このカテゴリーは、《母親に性知識があったので相談するハードルがさがった》《何でも話せる関係性だったので、相談しやすかった》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《母親に性知識があったので相談するハードルがさがった》は、「*（母親からことある事に性について教えてもらったので、相談するという）ハードルがぐっと下がるというか、そういう感じはしましたね。全然躊躇しなかったとは思います。*」（O）と語られ、母親に性知識があり、家庭内で母親から性教育をことあるごとに受けていたことから、性教育を受けることが日常となり、母親への相談がしやすくなったことが示された。

6)【他者を尊重する態度につながった】

このカテゴリーは、《パートナーの気持ちを大切にする必要性を感じた》《お互いの避妊法について学ぶ必要がある》《性の多様性を受け入れることができた》という 3 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《異性の避妊方法について学ぶ必要がある》は、「*（自分にとっては異性の避妊方法を母親から聞いておくと）パートナーと避妊について語るときに情報提供ができた*」（O）と語られ、自分の性別での避妊方法だけでなく、異性の避妊方法について母親から知識を得ていたため、パートナーと避妊について話し合うきっかけとなり、避妊方法の決定に役立ったことから、お互いの避妊法について学ぶ必要があるという思いを抱き、お互いを思いやる気持ちに繋がっていたことが示された。

7)【性教育が大切だと認識した】

このカテゴリーは、《真剣な態度だったので大切な話だと認識した》《性教育は性のトラブルを回避するために必要だと思った》《他者にも性教育が必要だと思った》という 3 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《性教育は性のトラブルを回避するために必要だと思った》は、「*（膣外射精をすれば）妊娠しないと思っている 35 歳がいるっていうことに衝撃だったんです。それを周りに伝えたら、こんだけ知識がある私のほうが特殊って言われて。身を守るために、いろいろ知っておかなきゃいけないことはあると思うんですけど、その中でもかなり大事なことを、（母親から）ずっと教えてもらってたんだなっていうのは、最近、改めてすごく感じて。（中略）情報の差。妊娠したらどうなるかっていうのも知らなかったりとか、どうしたほうがいいのかとか、そういうのが全く浸透してないことにかなり驚いたので、母から教育を受けて、私はよかったと思いました。*」（G）と語られ、母親から性教育を受けたことで、性に関するリスクと予防に関する知識を当然のように有しており、性のトラブルを回避することができていたが、社会生活を送るなかで、他者との性知識の差を感じ、母親から受けた性教育は自分を守るために必要なことだったという思いを抱いていることが示された。

また、《他者にも性教育が必要だと思った》は「*就活中に子どもを妊娠してて、で、子どもを殺しちゃったみたいな。でも、絶対その底辺には、子どもの旦那さん、男の人がいないとできないから、その女の人だけ実名公表されて、その女の人だけ責められるみたいな。でも、それは絶対におかしいと思うし、私は、それは社会の教育が間違ってたって感じるので。（中略）そういったちゃんとした知*

識を知ってたら、そうならなかったのかなってすごい思うので。だから小学校、中学校で、もうちょっと性教育について教えられる機会があればいいのかなって思います。」と語られ、母親から性教育を受けたからこそ、見聞きした性に関するトラブルの予防には性教育が必要だと認識しており、自分以外の他者にも学校等で平等に性知識が得られることが理想だと思っていることが示された。

8)【他者への役立ち感を得ることができた】

このカテゴリーは、《他の友達よりも性知識があると認識している》《他者から相談を受け役立ち感を得た》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《他者から相談を受け役立ち感を得た》は、「(友人にパートナーとの避妊の失敗について相談された時は) *母さんから俺が(女性の性周期に関して)聞いたときみたいに、(友人に話をしたら)ちょっと話聞いた後は落ち着いてくれてた感じがしますね。*」(I)と語られ、母親から性教育を受けたからこそ、困っている友人に知識を提供することでその不安を軽減することができ、友人の役に立てたという思いを抱いていることが示された。

9)【母親から性教育を受けたことに感謝している】

このカテゴリーは、《正確な性知識を教えてもらい感謝している》《相手を尊重することを学んだので感謝している》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《正確な性知識を教えてもらい感謝している》は、「*(避妊方法に関する)情報は、インターネットとかでももしかしたらゲットできた情報なのかもしれないですけど、そうやってお母さんって専門の知識を持ってるから、そういう人から教えてもらったのは、今となっては本当にありがたいなとは思ってます。*」(O)と語られ、インターネット等メディアから得る信憑性の不確かな情報ではなく、母親から正確な性知識を教えてもらったことで、安全な性行動をとることができ、感謝の気持ちを抱いていることが示された。

10)【性教育を受けて視野が広がった】

このカテゴリーは、《性に関する学びのきっかけになった》《社会問題に対する意識が向上した》という 2 つのサブカテゴリ―で構成された。そのうち《性に関する学びのきっかけになった》は、「*お母さんから最初に(性教育を)受けられたっていうことが、その後の学びが入りやすかったし、受け入れやすかった。*」(A)と語られ、母親から性教育を受けることで、他の教育機関で学ぶ性知識も受け入れやすく、性に関する主体的な学びの発展につながったという思いが示された。

Ⅴ. 考察

1. 性教育を受けた当時の思い

本研究の結果において、母親から受けた性教育に対し、【性に関する新しい知識が得られた】ことから、学校では教育されていない内容を母親から教えてもらっていたことが示された。石沢ら [10]が「保護者や教員の間で、性に関する指導を行うことによって反対に性行動を促すという批判的な考えが根強くあり、取り組みの姿勢には学校間、地域間による格差が見られる。」と述べているように、性教育がカリキュラム化されていない日本においては、学校間、地域間での性教育の格差が存在する。そのため、知識がより平等に子ども達に届くためには、家庭において母親が性教育を実践できることが望ましいと考える。また、男性 3 名が女性の性周期について母親から聞くことができて良かったと語っていた。相手の性について理解するために、女性である母親から、女性の性についての実際を聞くことは、より深い理解に繋がったと考える。

【心配事が解決し安心につながった】ことから、母親から性教育を受けたことが安心感につながっていることが示された。学校での性に関する集団教育を受ける前に初経を迎えた参加者もいた。波川ら [15]は「小学校 6 年時頃は妊娠、出産、発毛、性器の違いなど性に関する素朴な疑問を投げか

けることが多いので、児童の性的な成長発達、交友関係での関心など両親が把握しやすい時期でもある。」と述べている。子の成長を身近でとらえることができる母親に、個人差のある二次性徴に合ったタイミングで性教育を受けたことが安心感につながったと考える。したがって、学校教育の中だけに性教育を任せるのではなく、母親には子供の成長を捉えるチャンスがあることを伝え、そのタイミングを見逃さずに性教育が家庭でもできるような働きかけが必要であると考える。

さらに、【性に関してのセルフケア行動につながった】という結果では、母親から避妊についての具体的な知識を提供され印象に残ったからこそ、予期せぬ妊娠を避ける等安全な性行動につながったことが明らかとなった。吉村[2)]は、10 代の性の知識と現状を調査し、10 代の学生が考える人工妊娠中絶の理由として避妊に関する知識不足を挙げていることを明らかにし、性交の率が増える高校生や大学入学前後までに、具体的な避妊方法も含めた性教育が必要だと述べている。このことから、リプロダクティブヘルス/ライツの維持・増進にむけてセルフケア行動がとれるために、印象に残るような具体的な避妊方法も含めた性教育を母親が実践することが必要だと考える。

母親が性教育を実践する際には、《科学的に説明してくれたので素直に受け入れることができた》という結果があるように、性に関する知識を、他の科目と同じように自然なことして教わることで受け入れやすくなることも明らかとなった。岡崎[14)]が「教育として性について学んでいない親は、性教育に対して性行動というイメージがあり、そのため、気まずさや恥ずかしさという感情が強くなり実施できなくなっていると考えられる」と家庭内で性教育が躊躇されてしまう要因として、性教育に関する狭義のイメージがあることについて説明している。松田ら＜14 歳の生物学＞はセクシャルマイノリティや避妊、性暴力についても掲載しているオランダの生物学の教科書を翻訳し、生活者の視点から人の健康に力点を置いた“ヒトの生物学”として教育を見直す必要があると提言している。[16)]

以上のことから、母親が家庭において科学的な視点で、自然な雰囲気で子どもに性について語ることが、子どもの安全・安心な生活につながることが明らかになった。このように母親が性教育のイメージを科学的な視点で見つめ直し、家庭での性教育の効果について認識できるよう教授することは母親が性教育を実践する動機づけとなり、母親に科学的な性知識を提供することは、具体的に実践するための一助となると考える。

2. 成長する過程での性教育に関する思い

本研究の結果より、【性に関して相談しやすくなった】ことから、子どもが母親に性知識があると認識することによって、性に関する相談をしようという思いになることが明らかとなった。吉村[2)]は 10 代の性の知識と現状についてアンケート調査を実施し 、他者に相談することは 性に関するリスクの予防に役立つことを説明している。また、《異性の避妊方法について学ぶ必要がある》ことが示され、母親から自分とは異なる性別の避妊方法の知識について学んだことは、パートナーと避妊について話し合うきっかけになり、避妊行動の合意に繋がったことが明らかとなった。この合意こそ、他者を尊重することを表現する方法だと考える。国際セクシュアリティ教育ガイダンスの 8 つのキーコンセプトの最初に人間関係が挙げられている。[1)]性の営みの多くは他者が関係してくるため、お互いのセクシュアリティや避妊行動という具体的な知識だけでなく、他者を尊重するという素地を養い、それを行動に移すことができる人間関係のスキルを伝えることが望ましい。性教育には、人間関係のスキルも内容として含まれていることも母親が認識する必要がある。以上のことから、必要な時に相談される存在となるよう包括的な性教育が実践できるために、母親自身の性教育に対するイメージの見つめ直しや包括的な性教育の学習を支援していく必要がある。それには、保護者予備軍として新入社員の研修会や母親学級、乳幼児からの性教育の大切さを伝えるため乳幼児健診や保育園、

各教育機関の PTA に向けて支援できることが望ましいと考える。

本研究の結果より、【性教育が大切だと認識した】では、母親から性教育を受けた後、成長して大学や職場で出会った友人との性知識の差に驚き、また友人のリスク行動を見聞きすることで、より母親から受けた性教育を大切だったと実感したことが明らかとなった。このことから、母親の性知識の豊富さが、家庭で行う性教育の充実さに影響を及ぼしていると考える。亀崎 [12] が、「性教育には医学的な内容が多く含まれていることから、専門職が積極的に介入する必要性が示唆された」と述べているように、家庭における性教育充実のためには専門職が親に性に関する知識を教授する必要性を明らかにしている。今回の研究参加者の母親は、医療職・教育職等が約 8 割を占め、その職業に就くために教育課程で性知識を学び、性知識を豊富に有している立場にあった。このような背景からも、母親がどの立場にあっても、子どもに性を語るために十分な性知識が得られよう生涯教育として位置づけて、母親の性に関する学びを支援してく必要があると考える。また、《他者にも性教育が必要だと思った》では、母親から予期せぬ妊娠や性暴力の予防について教えてもらっていたため、成長して出会った友人の経験やニュースを見て、性のトラブルが起こっている現実に意識が向き、社会全体にも自分が母親から受けたような性教育が必要だという思いを抱いていることが明らかとなった。その思いから、友人に自分が母親から得た知識を伝達する研究参加者も多く、ピアカウンセラーのような立場となり、それが【他者への役立ち感を得ることができた】という結果にもつながっている。この役立ち感は、他者から必要とされているという感覚から自己肯定感の向上にも寄与すると考える。

本研究の結果より、【母親から性教育を受けたことに感謝している】、【性教育を受けて視野が広がった】では、母親から性教育を受けたことで、母親への感謝の気持ちを抱いていることやその学びが、性について主体的に学び続けるきかっけとなったことが明らかになった。家庭で性教育を実践することで、このような効用があることを母親に伝えることも、家庭で性教育を実践する動機づけとなると考える。

Ⅵ. 結論

子どもが母親から性教育を受けた当時の思いとして【性に関する新しい知識が得られた】、【心配事が解決し安心につながった】、【性に関してのセルフケア行動につながった】、【母親からの性教育を素直に受け入れた】があり、成長する過程での母親から受けた性教育に関する思いとして【性に関して相談しやすくなった】、【他者を尊重する態度につながった】、【性教育が大切だと認識した】、【他者への役立ち感を得ることができた】、【母親から性教育を受けたことに感謝している】、【性教育を受けて視野が広がった】ことが明らかになった。

したがって、子どもへの性教育に関して保護者に知識を提供する際①母親が性教育を実践する動機付けのために性教育の効用を教授すること②母親自身の性教育に対するイメージの見つめ直しを支援すること③子どもの成長に合わせたタイミングで、自然な雰囲気のなか科学的かつ具体的な性教育が実践できるよう教授することが必要であると考える。

謝辞

本研究に御理解・御承諾下さり、協力していただいた皆様に心より感謝申し上げます。なお，本研究は、愛知県看護協会の看護研究助成を受けて実施しました。

付記

本研究は、第 63 回日本母性衛生学会にて発表した。

文献

1) UNESCO：International technical guidance on sexuality education,2018,浅井春夫ら訳,国際セクシュアリティ教育ガイダンス, 明石書店, p32-37,2020.

2)吉村浩美：10 代の性の知識と現状－性教育の実施と性教育による意識の変化及び保護者からの影響－, 永原学園西九州大学短期大学部紀要 40, 107-117, 2010.

3) 三浦陽子, 嶋田紀膺子：小学 6 年生の長子に対する母親の性教育に伴う思い－「母親の語り」の分析をとおして－, 母性衛生　51(1), p.119-125, 2010.

4) 竹俣由美子, 木村留美子：思春期の子どもの性に関する研究　第 1 報－性に関する親子の会話と性情報の入手について－, 金大医保つるま保健学会誌 34(1), p.79-90, 2010.

5) 高柳美知子：わが子に性が語れますか？　子育てのなかの＜性と生＞, 三友社, p.56,1998.

6) 亀石知美, 下見千恵：第 1 子に小学生がいる保護者の家庭で性教育を行う際の支援に関する検証－父母間での性教育に関する意識の違いについて－, 日本赤十字広島看護大学紀要 17, 1-7,2017.

7) 小倉由紀子, 谷口美智子,箕川あゆみ他：家庭での性教育における親子の意識と影響要因, 第 43 回日本看護学会論文集母性看護, p.96-99, 2013.

8) 森田薫, 齋藤益子, 木村好秀：中学生の親の性知識に関する検討－講演前後の知識の変化－, 思春期学 24(1), p.168-175, 2006.

9) 浦川智江, 出口信子：幼児期における性教育に関する保護者の意識調査－施設助産師による性教育の役割と今後の課題－, 第 34 回母性看護, p.64-66, 2003.

10) 石沢敦子, 矢島まさえ：思春期における子どもの性教育のあり方(その 1)－中学校 3 年生の家庭における性教育の現状と課題－, 群馬パース学園短期大学紀要 6(1), p.13-20, 2004.

11) 石沢敦子, 矢島まさえ,佐光恵子他：思春期における子どもの性教育のあり方(その 2)－性教育における看護職の役割－, 群馬パース学園短期大学紀要 6(1), p.13-20, 2004.

12) 亀崎明子, 田中満由美,岡本恵他：大学生が両親から受けた性教育の実態と今後の課題, 第 44 回日本看護学会　母性看護, p.73-76, 2014.

13) 松田美千子, 吉田久代,岡本美佐江他：小学生を持つ保護者の性教育に関する意識調査, 滋賀母性衛生学会誌, p.23-27, 2010.

14) 岡崎愉加：思春期の性に関する子育て支援－親が性教育を実施していない理由－, 第 44 回日本看護学会論文集　母性看護, p.66-68, 2014.

15)波川京子,林猪都子：小学校 6 年の児童と両親の性に関する親子の会話,日本母性衛生学会誌,p.464-467,1999

16)Sally Hill,Your Biology, 2018,松田良一,岡本哲治訳,14 歳からの生物学　学校では教えてくれない＜ヒト＞の科学,白水社, p182-186,2020.

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

退院１ヶ月後までにおけるＰＩＣＳの実態調査

○宮﨑直美（名古屋大学医学部附属病院）

Ⅰ．はじめに

病態の解明や治療法の進歩、デバイス選択の多岐化、手術技術の進歩などにより、ICU 入室中死亡率は 2020 年報告で 3.9%と、集中治療におけるアウトカムの一つである救命率は向上を得てきている。しかしその一方近年では、救命され ICU を退室した患者の QOL 低下が大きな問題として着目されている。

2010 年に post intensive care syndrome：集中治療後症候群（以下 PICS とする)の概念が登場した。PICS は重症疾患後に退院後も持続する、身体機能、認知機能、メンタルヘルスの障害とされ、家族にも PTSD や気分障害などのメンタルヘルスの障害を生じ、PICS-F(Family)と呼ばれる。集中治療後患者の 50～70%が PICS を発症し[1]、4 日以上の人工呼吸器治療を受けた敗血症患者の 50～75%が ICU-acquired weakness を含めた運動機能障害を有し[2]、認知機能障害が 30～80%で発症し[2),3)]、10～50%が心的外傷後ストレス障害の症状を有する[2),3)]ことが先行研究で報告されている。しかしいずれも海外における報告であり、日本における発症率の報告はまだない。発症率に幅があることからも、施設背景などによって PICS 発症の実態は異なることが推測される。

PICS ケアが困難であることの理由のひとつに、ICU から一般病棟、他施設や自宅・外来通院と短期間で多岐にわたり療養環境が変化していく点が挙げられる。これからの集中医療において PICS は紛れもなく重要課題である一方で、ICU 退室患者に関わる医療者の PICS の周知度はまだ低い。医療者が共通の問題意識をもってケア継続していくため、重症患者の人生に一体なにが生じているのか、まずはその実態を正しく認識することが最も重要であると考え、本研究に至った。

Ⅱ．研究目的

5 日以上の ICU 治療を受けた成人患者の ICU 退室 1 週間後から退院 1 ヶ月後までにおける PICS 発症実態を明らかにすること。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

実態調査・因果探索的研究

２．研究対象者

A 大学病院の ICU に 5 日以上在室し集中治療を受けた成人患者とその家族キーパーソンを研究対象者とし、ICU 入室理由および緊急入室・予定入室は問わないものとした。家族キーパーソンは研究協力依頼時に「患者と最も密接なつながりをもつご家族はどなたでしょうか？」と対象者に確認し、選定した。家族を有さない、も

しくは家族と疎遠であり結びつきを持たない患者も対象とした。自由意思により患者もしくは家族キーパーソンの一方のみが研究参加を希望された場合においても、除外は行わないとした。

A 大学病院 ICU 入室中に死亡した患者とその家族キーパーソン、ICU 入室前よりメンタルヘルス障害、認知機能障害、身体障害のいずれかの診断を受けている患者もしくは家族キーパーソン、入院時アセスメントにて寝たきり状態と判断される患者とその家族キーパーソン、日本語の読み書きができず調査用紙に回答できない患者もしくは家族キーパーソンについては対象から除外した。

対象患者が ICU に再入室した場合は、最終 ICU 退室を ICU 退室時としてデータ収集を行った。

３．データ収集期間

2020 年 10 月 1 日～2021 年 8 月 31 日

４．方法

１）データ収集

患者・家族キーパーソンに対する縦断的アンケート調査、および電子カルテより患者情報のデータ収集を行った。

（１）縦断的アンケート調査

アンケート調査用紙は患者用、家族キーパーソン用それぞれ作成した。

患者用はメンタルヘルス調査として Hospital Anxiety and Depression Scale[4]（以下 HADS とする）を用いた。家族キーパーソン用はメンタルヘルス調査として患者と同様に HADS を、また患者の認知機能評価として DASC-21 を、患者の身体機能評価として Barthel Index（以下 BI とする）を用いた。それぞれの尺度は作成者の使用許諾を得て使用した。

アンケート調査は ICU 退室 1 週間後、退院前、退院 1 ヶ月後の計 3 回実施した。入院中は研究者が訪室して調査用紙を配布・回収を行い、退院後は調査用紙を郵送し、返送をもって回収とした。

研究期間中、新型コロナウイルス感染予防として入院中面会の制限が生じたため、患者の認知機能評価 DASC-21、身体機能評価 BI は入院中には研究者が直接患者に会って生活状況などを評価し、アンケート用紙に記載を行った。

ⅰ．HADS

身体的疾患を有する患者の精神症状（不安・抑うつ）の測定を行う尺度。不安 7 項目、抑うつ 7 項目の計 14 項目から成る自記式調査票。信頼性・妥当性は検証済み[5]。不安項目、抑うつ項目を各々合計し、0-7 点＝『不安、抑うつなし』、8-10 点＝疑診、11 点以上＝確診と分類される。本研究では不安、抑うついずれかにおいて 8 点以上である場合に障害ありと判定する。

ⅱ．DASC-21

認知機能障害と生活機能障害（社会生活の障害）に関連する行動の変化を評価する尺度。21 の質問、4 件法の合計点で評価する。家族または介護者による評価も有用とされている。実際に行っていない活動については“もし行うとすれば”という観点で評価してもらう。臨床的認知症尺度との相関があ

り、妥当性が報告されている[6]。本研究では合計点が 31 点以上を障害ありと判定する。

ⅲ．BI

可能な日常生活動作を評価する尺度。身辺動作と移動動作の 2 つの観点で全 10 項目から成り、各項目 0～15 点で点数化する。合計 100 点満点であり、100 点：自立している、85 点以下：介護量が少ない、60 点以下：起居活動動作を中心に介助が必要、40 点以下：介護量が多くほぼ全ての項目に介助が必要、20 点以下：全介助レベル、と判定される。本研究では 85 点以下を障害ありと判定する。

（２）電子カルテからのデータ収集

電子カルテより年齢、性別、ICU 入室理由、主診療科、SOFA 値（ICU 入室時、ICU2 日目、ICU 退室時）、人工呼吸器装着時間、せん妄陽性回数（4 時間毎に CAM-ICU にて評価）、ICU 在室日数、入院日数、退院時転帰、家族構成、同居家族の有無についてデータ収集を行った。

２）データ分析

分析には SPSS Statistics バージョン 27 を使用し、有意水準は 5%未満とした。

（１） PICS、PICS-F の発症率

本研究では HADS、DASC-21、BI いずれかにおいて障害があると判定された場合を PICS 陽性とした。また家族キーパーソンの HADS において障害があると判定された場合を PICS-F 陽性とした。ICU 退室 1 週間後から退院 1 ヶ月後までの期間における PICS および PICS-F の発症率、および各期における PICS および PICS-F の陽性率を求めた。

（２） PICS 発症、PICS-F 発症に関わる因子分析

PICS および PICS-F の発症有無により、対象者を PICS 群と非 PICS 群、PICS-F 群と非 PICS-F 群とした。それぞれ 2 群間の比較には Mann-Whitney U test と Pearson の χ^2 検定もしくは Fisher の正確確率検定を用いた。また PICS 発症の有無に影響を及ぼす因子について検討するために、独立変数を PICS 発症の有無、説明変数に 2 群間比較で有意確率 0.2 以下程度の結果となった項目を投入し、ロジスティック回帰分析による多変量解析を行った。PICS-F 発症についてはデータ数が十分でなかったため、多変量解析は行わなかった。

５．倫理的配慮

研究対象患者には ICU 退室後 1 週間程度で研究者が病室に訪問し、文書および口頭にて研究内容（目的・意義・方法）、個人が特定されることはないこと、参加は自由意思によること、参加しない場合においても治療やケアに何ら影響を及ばさないことについて説明を行い、研究参加の意思を確認した。家族キーパーソンには可能な限り ICU 入室中面会時に研究について説明を行い、できなかった場合には初回アンケート調査時期である ICU 退室後 1 週間頃に、研究説明書および同意書を初回アンケートと共に郵送し、同意書の返送をもって同意を確認した。なお、家族キーパーソンへの研究協力依頼は患者から承諾を得て行うこととした。

本研究では、患者の認知機能・身体機能評価を他者（入院中は研究者、退院後は家族キーパーソン）が行う。そのため、回答時には患者自身に他者が回答することへの同意を確認してもらうよう家族キーパーソン用アンケート用紙にチェックボックスを設けた。また患者用アンケートにも、患者自身が同意を示すことができるようチェックボックスを設けた。

本研究は名古屋大学医学部附属病院生命倫理審査委員会にて承認（承認番号2020-0262）を得て実施した。

6．用語の定義

家族キーパーソン：血縁関係に関わらず、患者が“家族”であると認識している存在で、患者と最も結びつきが強いと患者自身が感じている家族とした。

Ⅳ．結果

調査の同意が得られた患者は65名、家族キーパーソンは41名であった。郵送アンケートの回収率は家族キーパーソン回答においてはICU退室1週間後80.5%、退院前73.0%、退院1ヶ月後85.4%であった。患者回答における回収率は退院1ヶ月後のみで81.4%であった。有効回答率は100%であった。患者協力辞退理由は、心身の余裕がないことが主であった。また家族に負担をかけたくないから協力依頼をしてほしくないと患者からの申し出が多く、家族キーパーソン協力数は低下した。

1．対象者の背景

結果を表1に示す。患者年齢平均は62.5(±15.4)歳、男女比はおおよそ2対1であった。人工呼吸器装着時間は中央値17.5(6.8-77.3)時間、ICU在室日数は中央値6(5-11)日、入院日数は中央値39(22-68)日であった。

表1 対象者の背景

		平均(±標準偏差) 中央値(四分位範囲)	割合%
患者年齢(歳)		62.5(±15.4)	
患者性別	男		67.6
	女		32.4
ICU入室理由	予定手術後入室		73.2
	緊急手術後入室		20.8
	非手術緊急入室		6.0
主診療科	心臓外科		54.4
	移植外科		16.2
	循環器内科		8.8
	その他		20.6
SOFA score 最悪値		8.9(±3.0)	
人工呼吸器装着時間(h)		17.5(6.8-77.3)	
せん妄陽性回数		0(0-2)	
ICU在室日数(日)		6(5-11)	
入院日数(日)		39(22-68)	
退院時転帰	退院		92.6
	転院		7.4
同居家族	あり		86.8
	なし		13.2
患者－回答家族キーパーソン関係	配偶者		41.2
	親		5.9
	子		4.4
	同胞		2.9
	家族なし		3.1
	非同意		42.5

２．PICS および PICS-F 発症率

ICU 退室 1 週間後から退院 1 ヶ月後までにおける PICS 発症率は 63.1%、PICS-F 発症率は 43.9%であった。PICS 病態別では、HADS 陽性率が 40.6%、DASC-21 陽性率が 50%、BI 陽性率が 22.2%であった。PICS を発症した患者のうち、29%で 2 つの病態が、21%で 3 つの病態が重複して発症していた。

期別・病態別での PICS 陽性率・PICS-F 陽性率の結果を図 1 に、HADS-A(不安)と HADS-D(抑うつ)陽性率の期別推移の結果を図 2 に示した。

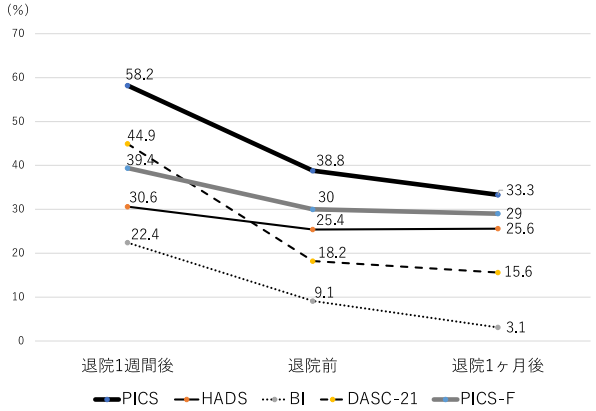

図 1　期別・病態別の PICS 陽性率・PICS-F 陽性率

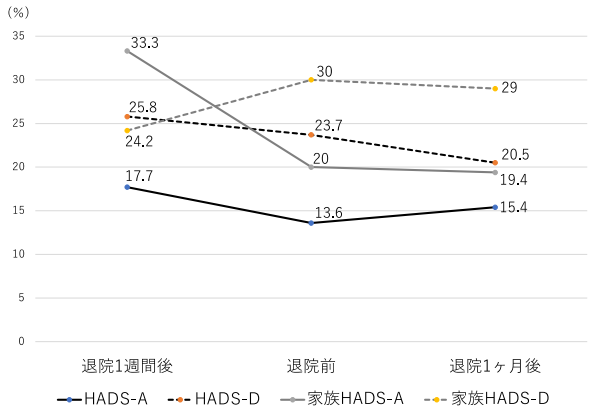

図 2　不安・抑うつ陽性率の期別推移

３．PICS 発症の要因分析

PICS 群と非 PICS 群の 2 群間比較結果を表 2 に、PICS-F 群と非 PICS-F 群の 2 群間比較結果を表 3 に示した。PICS 発症の 2 群間分析の結果、人工呼吸器装着時間(p＝0.017)とせん妄陽性回数(p＝0.013)において統計的有意差を認めた。PICS-F 発症の 2 群間分析の結果として統計的有意な関連がある項目は示されなかった。また PICS 発症の有無についてのロジスティック回帰分析結果を表 4 に示した。分析の結果、人工呼吸器装着時間(オッズ比＝1.018、95%CI＝1.000-1.035、p＝0.045)が PICS 発症に影響している可能性のある因子として示された。

表 2　PICS 発症の群間比較

	PICS 群 (n＝41) 平均±SD	非 PICS 群 (n＝24) 平均±SD	P
患者年齢	61.7±13.5	55.9±16.3	0.136
患者性別			0.386
SOFA 最悪値	9.1±3.4	8.7±2.5	0.638
人工呼吸器装着時間(h)	82.4±153.2	22.1±28.0	0.017
せん妄陽性回数	4.7±8.1	0.8±2.5	0.013
ICU 端座位達成			0.650
ICU 在室日数	10.7±10.8	7.9±5.0	0.542
入院日数	55.0±45.6	40.7±32.2	0.109

表 3　PICS-F 発症の群間比較

	PICS-F 群 (n=18) 平均±SD	非 PICS-F 群 (n=23) 平均±SD	p
家族キーパーソン性別			0.071
患者-家族キーパーソン関係：配偶者			0.251
SOFA 最悪値	9.1±3.5	9.4±3.0	0.922
人工呼吸器装着時間(h)	43.4±54.2	82.6±162.7	0.900
せん妄陽性回数	4.7±8.1	2.3±6.7	0.347
ICU 在室日数	8.6±4.4	10.5±8.1	0.790
入院日数	53.9±33.7	45.0±34.1	0.408

表 4　PICS 発症についてのロジスティック回帰分析

	オッズ比	95%CI	p
年齢	1.034	0.990-1.079	0.129
人工呼吸器装着時間	1.018	1.000-1.035	0.045
せん妄陽性回数	1.123	0.915-1.379	0.268
入院日数	1.006	0.986-1.026	0.570

Ⅴ．考察

1．6 割以上の患者が PICS を発症し、人工呼吸器装着時間が関連していた

本研究結果で示された PICS 発症率は 63.1%であり、先行研究 [3] と大きく相違はなかった。心のゆとりと不安感、抑うつとは関連が示されており [7]、実際の PICS 発症率は本研究結果よりも高いと考える。

PICS 発症に関連する因子として人工呼吸器装着時間が示された。近年、人工呼吸器装着中の浅い鎮静管理が推奨され [8]、実践されている。しかしその中で、患者は医療者からの扱いにより人間性が脅かされ全人的苦痛を強めているという実態が報告されている [9]。人工呼吸器早期離脱のための介入は当然だが、人工呼吸器装着中の患者の苦痛に気づき、寄り添い、全人的苦痛の緩和に努めることが、PICS 発症の予防ケアとしても重要と考える。

2．4 割以上の家族キーパーソンが PICS-F を発症、関連因子はまだ明らかでない

本研究では 43.9%の家族キーパーソンが PICS-F を発症していた。この結果も先行研究 [10),11] と相違ないと言える。ICU 入室中、患者家族は自身の人生にとっても大切な存在である家族の危機を目の当たりにし、時には重大な代理意思決定を迫られる。Molter[12] はクリティカルな状態にある患者家族のニード 45 項目を示しており、重症患者家族が優先するニードは情報、保証、接近であるとされる [13]。しかし、日本においてはほとんどの施設で ICU での面会制限を設けており、ICU 入室中の家族へのケアは十分とは言い難い。また今回の調査では対象から除外した死亡患者の家族では、代理意思決定後に多くがメンタルヘルス障害を来すことが報告されている [14]。PICS-F の発症率においても結果より実際の発症率は高いと推測できる。

要因分析ではいずれも有意な関連が示されなかった。本研究ではデータ数が乏しく十分な分析を行えていないため、今後データ集積し、実態を明らかにしていくことが必要である。

3．メンタルヘルス障害は時間経過での改善が乏しく、介入を要する

時間経過でのメンタルヘルス障害改善が特に乏しいことが明らかになった。これは Shima ら [15] の結果と一致している。メンタルヘルスは周囲から気付かれにくく、個々が抱えやすい問題であり、外来診療時などにおける継続的介入が必要であると考える。本研究は退院 1 ヶ月後までと比較的短期における評価を行なったが、PICS は数年間にわたり持続するという報告もある [16]。今後、長期的な縦断研究も必要である。

4．これからの集中治療の姿はどうあるべきか

救命率向上の影で、ICU 退室後に苦悩や困難を抱え続けて人生を歩む患者、家族

が存在していることが見えてきた。これからの集中治療においては、集中治療の場だけでなく、その先の患者や家族の人生に対しても責務があると携わる医療者は認識を変容すべきだと言える。ICU 在室中には ICU 退室後、退院後の姿までを想像し、患者や家族に対する包括的ケアの質の向上に努めるべきである。また、医療者、患者・家族への PICS の十分な啓発活動および一般病棟や外来と医療の場をつなぐ十分な情報伝達システム構築が急務であると考える。

Ⅵ. 結論

ICU 退室 1 週間後から退院 1 ヶ月後までにおける PICS 発症率は 63.1%、PICS-F 発症率は 43.9%であった。PICS の 3 つの病態のうち認知機能障害で最も有病率は高く、50%であった。またメンタルヘルス障害は患者、家族キーパーソンともに時間推移での低下が乏しく、退院後も比較的高い有病率であった。また PICS の発症要因として人工呼吸器装着時間が抽出された。

今後の集中治療においては ICU 退室後の患者の姿にも目を向け、PICS の予防ケアを ICU 入室中から退院後まで継続できるよう尽力していくことが求められる。

謝辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、愛知県看護協会看護研究助成を受けて実施しました。ありがとうございました。

付記

本研究は第 39 回日本集中治療医学会学術集会で発表したものを加筆・修正したものである。

文献

1) Myers EA, Smith DA, Allen SR, et al. : Post-ICU syndrome : rescuing the undiagnosed. JAAPA. 29(4):34-37, 2016.
2) Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. : Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. Crit Care Med.40(2):502-509, 2012.
3) Brummel NE, Balas MC, Morandi A, et al. : Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. Crit Care Med.43(6): 1265-1275, 2015.
4) Zigmond AS, Snaith RP 著,北村俊則 訳:Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度). 精神科診断学.4(3) : 371-372, 1993.
5) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. : Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology.28(5):333-338, 1998.
6) 粟田主一, 杉山美香, 井藤佳恵ら：地域在住高齢者を対象とする地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）の内的信頼性・妥当性に関する研究.

老年精神医学雑誌. 26(6):675-686,2015.
7) 小林亮太, 宮谷真人, 中尾敬：心のゆとりの基礎研究-不安、抑うつ、楽観性、悲観性との関連-. 広島大学心理研究. 16：35-40, 2016.
8) 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会：日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン. 日本集中治療医学会雑誌. 21(5)：539-579,2014.
9) 野口綾子, 井上智子：Light Sedation（浅い鎮静）中の ICU 人工呼吸器装着患者の体験.日本クリティカルケア看護学会誌.12(1):39-48,2016.
10) Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ：Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family.Crit Care Med. 40(2):618-624,2012.
11) Netzer G, Sullivan DR：Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. Ann Am Thorac Soc.11(3):435-441,2014.
12) Molter NC（常塚広美訳）: 重症患者家族のニード. 看護技術. 30(8)：137-143, 1984.
13) Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, et al.：Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive Care Med.27(1):160-165,2001.
14) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al.：A Communication Strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 356(5)：469-478,2007.
15) Shima N, Miyamoto K, Shibata M, et al.: Activities of daily living status and psychiatric symptoms after discharge from an intensive care unit: a single‐center 12‐month longitudinal prospective study. Acute Med Surg.7(1):e557,2020.
16) Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, et al.：Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors：a metaanalysis. Crit Care Med. 43(5):1121-1129,2015.

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

離島へき地における診療看護師(NP)の役割の考察

○山本篤　(愛知医科大学大学院看護学研究科高度実践看護師コース二年)
阿部恵子(愛知医科大学大学院看護学研究科高度実践看護学領域)
泉雅之　(愛知医科大学大学院看護学研究科高度実践看護学領域)

Ⅰ．はじめに

先行研究から，人口減少や高齢化が顕著に進む小規模離島における医療の確保は難しく[1)]，特定行為看護師制度の推進など，医師が離島へき地に赴くだけではない医療提供体制を検討すべきである[2)]と報告されている。

南北 600 ㎞に及ぶ離島面積をもつ△県の医療の現状は，住民が居住する 28 の離島のうち 14 島が無医島である。△県△町は小規模の無医島３島を行政区にもち[3)]，住民の医療への不安は大きく，「医師が常駐していない」「費用が高い」などの不安，孤独死対策の要望がある[4)]。

北米や韓国では，高度実践看護師であるナースプラクティショナーがへき地において，自律して高度な実践を行っているが，日本ではナースプラクティショナーは制度化されていない。そのため，看護師が必要に迫られ，葛藤を抱えながら救急時の対応や外科的処置をしなければならない現状が報告されている[5)]。日本では，諸外国のナースプラクティショナーの役割を担う診療看護師(NP)の育成が行われているが，離島へき地における実践事例やアウトカムはまだ少ない現状がある。

一方，ルーラルナースの実践やルーラルナーシングの役割モデルが報告されている。離島へき地は「Rural」であり，直訳すると「田舎」である。米国では，ルーラルにある病院のみならず，その地域で展開されるあらゆる場での看護職の活動をルーラルナーシングとしている[6)]。ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの「看護」の特徴は，様々なことを実践している「ジェネラリスト」であり，同時に地域をよく知っている「地域のスペシャリスト」である。実践の特徴は「独自の看護方法」，医師不在時の「救急時の対応」を的確に行うことであると述べられている[7)]。

本研究では，人口減少と高齢化が進む離島へき地の中でも，小規模の無医島３島をもつ△町に暮らす住民を研究協力者とする。離島へき地の住民が求めるルーラルナーシングには，先行研究から医師が常駐できないことに関連した緊急移送・簡単な検査・薬剤の処方・切開縫合の医療処置が述べられている[8)]。住民が，どのような経験を通してルーラルナーシングを求めているかを質的研究で明らかにし，Primary Care Provider (以下 PCP と表記する)としての診療看護師(NP)の役割を考察する。

Ⅱ．研究目的

本研究は，△町に暮らす住民が求めるルーラルナーシングを明らかにし，離島へき地における診療看護師(NP)の役割について示唆を得ることである。

Ⅲ．研究方法

研究デザインは質的記述的研究である。

１.研究期間

本学倫理審査承認後，令和３年２月１日～令和４年３月 31 日

２.研究協力者

△県△町に居住する 20 歳以上の住民３名

３.データ収集方法

インタビューガイドを用いて，オンラインでの遠隔半構造化面接を実施した。インタビューガイドはオープンエンドの質問内容を考慮して作成を行った。半構造化面接は，事前にインタビュー方法の指導訓練を受け，インタビューガイドの妥当性と研究者のインタビュー能力の保証に努めた。研究協力者１人に２回の半構造化面接を実施し，１回のインタビューは 60 分とした。１回目のインタビューの中で，より焦点化・具体化したい質問を２回目のインタビューで実施した。

４.分析方法

個人の経験からストーリーラインを記述しシークエンス分析とするため，データ分析は Steps for coding and theorization（以下，SCAT と表記する）手法を用いて行った。得られたテクスト（データ）を逐語録化し，コーディングの置換性と確証性については，指導教授による助言を受け検討を重ねて行った。

５.倫理的配慮

本研究は，愛知医科大学看護学部倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号：474）

研究協力者へ研究依頼書を用いて研究趣旨を説明し，研究同意書により研究協力を得た。研究協力は，研究協力者の自由意思に基づいている事（拒否する自由，途中辞退の自由）について説明し，研究協力しない事で不利益が生じない事を説明した。また，研究に同意した場合であっても，同意撤回書をもって同意撤回ができる事を説明した。インタビューはプライバシーに配慮して行い，録音データは専用のセキュリティ設定をした USB メモリーに保存した。インタビューの中で過去の経験した事例を想起することによって，心的負担が生じる可能性があるため，あらかじめ言いたくない事は言わなくてもよい事を説明した。研究協力者からの研究内容の問い合わせは，研究協力者個人のデータに関する内容のみ対応した。

Ⅳ．結果

オンラインでの遠隔半構造化面接を実施した研究協力者の概要（表１）を以下に示す。

表１　研究協力者概要

	Ａ氏	Ｂ氏	Ｃ氏
在住年数	約 20 年	約 25 年	約 30 年
職業	理学療法士	看護師	放射線技師

△町の住民３名の半構造面接から，57 の構成概念を抽出し，構成概念からストーリーラインの作成後，６の理論記述が得られた。構成概念は【】で示し，テクストデータは*「斜体」*で示す。テクストデータで分かりにくい箇所は*(斜体)*で言葉を補足する。

理論記述１：(△町の住民)
△町は,【道路整備による不便さの軽減】と【ネットの普及による利便性の向上】が見られ,【医薬品物流のためのドローン活用の期待】もされているが,【島嶼の移動困難】がある。【伝統文化や地域活動】があるが,【深い人との関わりの窮屈さ】にもなる。【Ｕターンする島民】と【Ｉターン者の増加】があるが,【進行する人口減少】がある。【島生活の条件であるADL自立維持】をしている【多くの高齢者世帯】からなる。

*「島で２０年以上経つんですけども，前と比べて物流通がすごい便利になってきてるから，不便っていうのが，だいぶなくなりましたよね。」*や*「今そのほら，欲しいものって言ったら，ネットですぐ買えたりする。」*から,【道路整備による不便さの軽減】と【ネットの普及による利便性の向上】が見られる。また,*「今，色々意見があって，ドローンで薬を届けるのはどうかとか，話はあるんですけど。なかなか規制が厳しくて，難しい見たいですねえ。」*から,【医薬品物流のためのドローン活用の期待】もある。しかし,*「例えばあの天気が悪くて，(船で)渡れなかったりするっていう，条件とかありますので。雨と風と台風なんですけど。」*や*「ヘリも飛ばない，船も出ない。」*から，島特有の【島嶼の移動困難】の現状がある。

また,*「集落の行事ですね。国の重要無形文化財だったかな，有名な祭りというか踊りがあったり。なんやかんや集落の人は，おんなじ歳の人が，まあまあ集まる場もあるし。なにかと田舎に行けば行くほど，そうやって，地域活動ってのは多いですね。」*から,【伝統文化や地域活動】があるが,*「人と人との関わり合いが深いっていう面は,あるんだけども,そのせいで窮屈な思いは，するっていう。」*から,【深い人との関わりの窮屈さ】も感じている。*「まあ一度，島を出て，むこうのほうで，就職なり学生なり，経験した後に，やっぱり２５から３０の間に戻ってくるケースが多いと思います。」*や*「やっぱ育った町だからっていうのは，大きいかなあと思いますけどね。」*などから,【Ｕターンする島民】が存在する。*「△町でPRしてて，結構Ｉターンの人が，来てるってゆう話を聞きますよ。」*や*「△町にも小学校何個かありますけど，ほんとに西の果ての小学校は，もう10人くらいしかいなくて，7，8人は，内地からのＩターンの人って，聞きましたね。」*などから【Ｉターン者の増加】がある。一方,*「減ってきてますよ。△町も毎年２００人かな，くらい減ってて。もっとかもしんないし。」*や*「３年４年５年生，合わせて２人とか，そういう学校もありますね。」*から【進行する人口減少】がある。

*「一人でトイレ行けなくなったら，もうねえ。動けなくなったら，無理だねえ。」*と考えており,【島生活の条件であるADL自立維持】を心から目指している。*「(ご高齢の方)増えますよね。患者さんの数は，どんどん増えていく，受け皿があるのかというと，今の状態だと，ちょっと微妙だったりするんで，そうですねえ，ん～，そこが一番問題なんじゃないんですかねえ。」*や*「独居って方が多いですねえ。」*から,【多くの高齢者世帯】が占めている島の現状がある。

理論記述２：(△町の住民)
【認知症や心不全を抱える今の島を築いたおじいおばあ】は,【容易に頼れない頼りたくない医療に対しての価値観】があるが,【複数の慢性疾患】を抱え,【夜間の病状急変の怖さ】と【救急疾患に対する不安】がある。
【増加する高齢者の需要】があり,【看取りの困難】がある。

*「今のじいちゃんばあちゃんが，畜産だとか，水産だとか，道路整備だとか，そういう産業だとか，インフラをこしらてくれたおかげで，自分たちの生活があるんですけども。」*や*「何をするにしても，ハンデの中，今のおじいおばあは，産業を興して，そういうおじいおばあが，認知症になってしまっただりとか，心不全とかなって，ちょっと立ち行かなくなってきたと。」*から，【認知症や心不全を抱える今の島を築いたおじいおばあ】が暮らしている。

*「もう無理がきかなくなってきている感じが多いですので，反対にこっちが，健康って大切ですよ，７０代８０代なって，健康で船乗るためには，健康必要ですよって，やっぱ教えてあげないといけないと思うんですよ。」*や*「島だとか，そういう治療，病院がない離島も抱えてるんですね。そこに退院した患者さんは，もう体調悪いからといって，すぐすぐ病院にかかって来れるわけではないんですね。」*から，【容易に頼れない頼りたくない医療に対しての価値観】がある。*「昔養殖でお世話になった人とかも，認知症とかで，漁船でお世話になった人も，それこそ COPD で，病気になってしまったりだとか。」*や*「長生きするのも，大変っていうけどねえ，歳とれば，いくほど。」*から，高齢者の【複数の慢性疾患】がある。

*「夜にまあ急変とかしてしまうと，退院後に。」*や*「まあ病院にいると安心だけど，退院して，いざ自宅に戻ると，昼間は比較的，人が来て色々話していいんだけど，夜がやっぱ怖いって話がありました。何かあっても，どう対応してくれるのかとか。まあ入院した経緯もあって，色々病気がある方なので，余計こう夜が怖いと言う話が多かったですね。」*から，【夜間の病状急変の怖さ】と【救急疾患に対する不安】がある。

*「高齢化で，どんどん患者さん増える一方でしょ，医者が増えることは限られてますもんね。」*から，【増加する高齢者の需要】がある。*「地元とか集落に愛着があるから，最期(看取り)は。家族が協力してくれないとダメだもんね。もちろん独居の人は無理だもんね。娘さんが来て，ちょっと面倒見てくれたりだとか，じゃないと，ちょっと無理だねえ。」*から，【看取りの困難】がある。

理論記述３：(△町の住民)
【昔から続く漁師町】であり，漁師は【過酷な自然環境】と【昼夜逆転の不規則な生活】の中で，【漁師気質と漁師観】から【飲酒と喫煙の習慣】と【潜水病の罹患】がある。

*「△町だと漁業ですね。これがほぼメインじゃないですか。」*から，【昔から続く漁師町】であり，*「潜り漁だったら，とにかく冬の寒さですね。もう体の芯から冷えて，体の感覚が，最後の方は無くなってくる感じですかね。」*や*「漁船漁業だったら，夜中 11 時とかに船乗って漁場の方に向かって，丘に上がっていられる時間は４時間くらい。万年，寝不足みたいな感じで。」*から，漁師の【過酷な自然環境】と【昼夜逆転の不規則な生活】が語られた。

*「健康意識はめっちゃ低いっすね。」*や*「共通してあるのは，どんだけ魚とれるかっすね。その自慢ですね。」*から，【漁師気質と漁師観】が伺える。*「みんな(タバコ)1 日１箱２箱吸いながら仕事してるので，船乗ってるんで。」*や*「みんな基本，飲んでるんで。」*から，漁師の【飲酒と喫煙の習慣】がある。また，*「魚って 40m を泳いでて，急に 60m まで下がったりとか，あるんですね。危険分かってながらも，魚とる事が大切だから。普通のダイビングと違って，潜り漁の漁師さんって，もう酸素ボンベの中の酸素カラカラになるまで使うので，でやっぱりもう，急に上がってしまうって感じです。」*から，【潜水病の罹患】の

リスクを承知の上で漁をしている。

理論記述４：（△町の医療）
【島嶼アクセス不可欠な医療】と【限られた医療資源】であるが，救急患者は【日中のドクターヘリ搬送】，【夜間の救急艇搬送】で対応し，【基幹病院との連携】をしている。
【医療従事者の確保問題】があり，【島外でしか学べない】【総合的知識と実践能力】も重なり，【少数島民コメディカル基盤の脆弱医療】となっている。【島育ちならではの家族的医療】から，【都会の病院】とは違い【離島の病院】は，【治療だけでなく心強さや安心感のある場所】と捉え，【医療者と患者さんのフランクな関係性】を感じている。

*「こっち来るのにフェリー使ってくるんですね。台風だとか，低気圧とかで，時化ると，定期診察ですら，来れなくなってしまうので。気軽に来れない。」*から，【島嶼アクセス不可欠な医療】がある。*「小児の先生がいないのが心配で。週に２回来てくれるんですけども，その先生がいない間は，小児の先生以外の先生に，診てもらうことになるんですけども。」*や*「△町で出産を出来る病院ってのは，ないので。」*から，【限られた医療資源】での医療提供がある。*「４，５年前にドクターヘリが，飛ぶようになったんですよ。」*や*「救急艇で，来るんですね。20 分くらいっすかね。」*から，救急患者は【日中のドクターヘリ搬送】と【夜間の救急艇搬送】で対応し，【基幹病院との連携】が行われている。

しかし，*「離島を含めてどこもそうなんですけど，特に離島は看護師さん不足してますので。色んな意味で人が充実してないと，仕事をする上でも余裕がなくなって，患者さんをちゃんと看たりする時間もないと思います。」*から，慢性的な【医療従事者の確保問題】がある。*「島で勉強して足らないものを，島外に行って勉強して，色んな分野勉強して，また島に帰ってきてもらうと，理想なんですけどねえ。」*や*「総合的に，色々見れたほうがいいと思いますし，離島のへき地とか，困った所の方が，そうやって総合的なあの知識，医療できる人のほうが，あの来てほしいとほんと思いますね。島のお医者さんとか総合内科とか取りに行く先生も多いですけども，やっぱり助かると思いますね。」*から，【島外でしか学べない】【総合的知識と実践能力】がある。*「人が足りない，人が来ないって，どうしようって事が多くて。結局あの，人が来ないと仕事もできないし，力にもなれない，じゃないですか。島の人に帰ってきてほしいと，昔は思ってたんですけど，でも△町にいて，ちょっとあきらめたと言うか。」*から，【少数島民コメディカル基盤の脆弱医療】がある。

*「離島ならでは，人と人との関わり合いが近い分，患者さんと顔なじみになったりして，「何とかさん。」とか言ったりして，「今日どうしたの？」みたいな感じで，聞けちゃったりするんですよね。」*から，【島育ちならではの家族的医療】であり，*「都会は患者さん多いんで，いっぱい来るから，あの雑になってしまうというか，そういったのも多分あると思うんですよ。」*から，【都会の病院】と【離島の病院】の違いがある。*「患者さんって病気がすぐ治るだけじゃないじゃないですか，治ってよくなっていく，そのために，もともと病院あるんですけども，それだけじゃなくて，なにかしら，心強さじゃないけど，あの病院があるんだ，知り合いが，この病院にいるんだみたいな，なんか顔なじみがいるんだっていう，安心感があったりすると，なんかそれだけで，こんな医療の，資源的には，圧倒的に少ないけども，患者さん自身は安心感をもって，病院に来れちゃったりするんじゃないかなあっていうのが，あるので。」*から，【治療だけでなく心強さや安心感のある場所】であり，【医療者と患者さんのフランクな関係性】がある。

理論記述５：(△町の医療)
【島民に多い肺炎と整形疾患】と【旅行者に多い外傷】に対する【綱渡り的な基本的医療行為】しか行えない現状があり,【難易度の高い出産】,【夜間の小児喘息発作】,【島特有のハブ咬傷】などの【基幹病院でしかできない治療】があり,【島民の精神的費用的な負担】がある。
【訪問リハビリ活動】では,【日常生活による ADL 回復】と【自主的なリハビリ】があり,【ADL の高い島民】を目指している。

*「一番多いのは，やっぱり肺炎とか，そこらへんですよね。そうですね，あと外傷とか。まあ，一番，そうですねえ，整形がやっぱ多いかなあ，腰とかですねえ，腰痛とか。」*や*「多いのは，やっぱり旅行で来て，例えば，有毒なクラゲに刺されたり，オコゼを踏んでしまっただとか，一番多いのは磯に行って切ってしまって，血が止まらない，そういうのが多いですね。」*から,【島民に多い肺炎と整形疾患】と【旅行者に多い外傷】が日常一般的である。*「専門医じゃないんですけども，その時研修に来てた，若い研修の先生が，ちゃんと縫合をして，基本的な処置だとか，そういうのを専門医でなくても，できれば，できるんだなあと，その時思ったんですよ。」*から,【綱渡り的な基本的医療行為】しか行えない現状がある。

*「妊婦さんなんですけども，切迫流産だとかで，できれば入院せずに，家で待機で様子みたい妊婦さんも。いざとなった時には，救急にならないといけない。」,「夜間の子供の喘息発作だとか。専門の先生がいないもんですから，搬送になるんですけども。自分たちが生活してくうえで不安かな，と思ってます。」,「ハブがいるんですけども。ハブ患者さんの治療とかできないんです。血を吸うだとか，そういう事はできるんですけども，すぐに血清をうって，毒を中和するだとか，そういう事ができないんですね。」*から,【難易度の高い出産】,【夜間の小児喘息発作】,【島特有のハブ咬傷】などの【基幹病院でしかできない治療】がある。*「放射線治療して帰ってきて，症状はこっちで診てるんだけど，悪くなれば，また放射線治療を再開する患者さんがいるんで，まああの渡航費もかかるんで。」*から,【島民の精神的費用的な負担】がある。

【訪問リハビリ活動】では,*「元気でないとやっていけないっちゅう所ありますけど。田舎に行けば行くほど，入院してた時よりは，帰ってくると，やらないといけない事が一杯，まあ一人だと多いじゃないですか。なんで，動いて結構元気になったり，するのかなあ，と思ったり。すごい感じるんですけどね。そういうところ。」*や*「訪問リハビリ，経過観察がてら，家の ADL とか見て，こういう時は，こうして下さいとか，こういう自主練習して下さいとか。指導しながら，するような感じですね。」*から,【ADL の高い島民】を目指している。

理論記述６：(住民が求めるルーラルナーシング)
住民が求めるルーラルナーシングは,【病状アセスメント･早期治療の補完】,【搬送の判断】と【救急処置】である。【おじいおばあへの感謝と敬意】をもち,【熱意ある関わり方】と【家族的コミュニケーション】で,【健康維持のための生活支援】である。

住民が求めるルーラルナーシングは,*「やっぱり看護師さんは一番患者さんのそばにいて，状態を一番早く観察して気づくのが，僕は看護師さんのような気がするので，ドクターに情報として共有してもらって，そうやって看護師の知識を活かして，患者さんの状態*

*が悪かったり，急変のリスクありそうだったら，島とかだったら，(医師に)来てもらったり，してほしいですね。」*から，【病状アセスメント・早期治療の補完】がある。*「△町の，この小さな病院で，できる事って限られてるんですね。なので，この病気だったら診れる，それは全力を尽くす。反対に，これは無理だなと判断したら送る。その判断を正確に。」*から，【搬送の判断】がある。*「看護師さんにこうしてほしいなあと，あるとしたら，やっぱり，ある程度，僕は挿管と胃瘻チューブ，そこらへんはねえ，やってほしいなあってのは，ありますねえ。あと簡単なナートも。ある程度できたら心強いなあと，ていうのもありますよねえ。医者がやっぱり少ない分，こう処置が遅くなってしまうのもあるんで。患者さんの負担を考えるとすると，そうして頂けるのであれば，して頂いたほうが，患者さんにとって利益になるんじゃないかとは思います。」*から，診療の補助的な【救急処置】がある。

*「なんもない島，そこから何かおこすにしては，ハンデがありすぎる島で，自分たちの今の生活のベースとなった，仕事だとか，道路だとか，そういうの全部築いてきてくれた方が，今病院の患者さんとして来るんで。そういう人たちに対して，ありがとう，ですね。」*や*「自分たちの看護の対象ってのが，島のために頑張ってきた，おじいおばあ，であるので，その方達に対するリスペクトですね。」*から，【おじいおばあへの感謝と敬意】がある。

*「診療看護師，NP さんって。何名か来てらっしゃって。で，すごくねえ熱心に，患者さんもそうだし，僕たちにも教えてくれるのもあったし，すごい熱心にして下さって。」*や*「やっぱり，退院したら病気を防ぎながら生活していくのが，結構大切なんですけども。その為には，退院後の生活を見据えて，ケアマネージャーと密に連携とって，フットワークの良さみたいなのものも必要かなって。」*から，【熱意ある関わり方】と【家族的コミュニケーション】での【健康維持のための生活支援】がある。

Ⅴ．考察

SCAT による分析結果から，△町の住民は医療へのアクセスが困難な状況から，精神的負担だけではなく，費用的負担もあることが理解できる。高齢者は複数の慢性疾患を抱えているため，医療ニーズは増加しているものと考えられ，病状急変や救急疾患，看取りの不安と怖さを常に持ちながら，ADL 自立を心掛けて生活している様子が分かる。地域に多い疾患としては肺炎と整形疾患であるが，高齢者が多く暮らすため生理機能や運動機能の低下によるものと考える事ができる。

△町は伝統的な漁師町であり，漁業に携わる住民が多いことが分かる。漁師の飲酒と喫煙など生活習慣や労働環境から，慢性疾患と潜水病の罹患が考えられる。また，住民にとっての外傷はハブ咬傷があり，観光が盛んであり旅行者の来島があるため，海辺での外傷が多いと考える事ができる。また，出産を中心とした周産期医療が脆弱であることや，小児疾患の対応が困難な状況も窺える。

医療体制については，基幹病院と連携しドクターヘリや救急艇による救急医療を行い，医療従事者の確保が困難な状況下の中，限られた医療資源での医療提供である。しかし，地域住民と医療者の関係性は家族的で，家庭的な医療が存在している。

△町の住民が求めるルーラルナーシングは，病状急変と救急疾患に対する不安から，病状アセスメントや早期治療の補完が考えられる。また，島で安心して暮らしていくためには，健康維持のための生活支援が必要とされている。

先行研究から診療看護師(NP)の役割として，患者をホリスティックに捉え，身体所見だけでなく，社会背景，精神的，環境的な情報を集め患者を診る／看ることができるかということが重要であり,それが医師との違いであり求められる姿である[9)]と述べられている。PCP として，離島へき地に暮らす小児から高齢者までの住民の健康アセスメントを行い，地域診断も加えながら住民と共に生活支援を考え，時には救急処置を行い早期治療へとつなぐことが診療看護師(NP)の役割であると考察する。

Ⅵ．結論

本研究では，△町に暮らす住民が求めるルーラルナーシングを明らかにし，得られた６の理論記述から，診療看護師(NP)の役割について示唆を得られた。

１.住民が求めるルーラルナーシング

島嶼地域での医療機関の不足と医師不在による環境から,【病状アセスメント・早期治療の補完】,【救急処置】と【搬送の判断】が求められている。また，島を支えた【おじいおばあへの感謝と敬意】をもち,【熱意ある関わり方】と【家族的コミュニケーション】で,【健康維持のための生活支援】が求められている。

２.診療看護師(NP)の役割

住民が求めるルーラルナーシングから,【病状アセスメント・早期治療の補完】,【救急処置】と【搬送の判断】,【健康維持のための生活支援】が，診療看護師(NP)の役割であることが示唆された。

謝辞

本研究は令和３年度愛知県看護協会の研究助成金を受け実施させて頂きました。研究助成を頂きました愛知県看護協会に深く感謝申し上げます。

付記

第７回日本 NP 学会学術集会の一般演題(プライマリケア離島へき地実践領域 28－P)で Poster 発表を行った。

文献

１.中島裕,横田啓,宮野肇ほか:小規模離島における医療提供体制の実態調査,月刊地域医学,Vol32,No2,134-140,2018.

２.中嶋裕,原田昌範,横田啓ほか:日本の小規模離島において診療所が常勤体制から非常勤体制に変化したことで,現状を住民や医療行政担当者,後任医師はどのように感じているか,月刊地域医学,Vol33,№2,142-148,2019.

３.青木さぎ里:PHN サギリが行くへき地の保健師活動紹介記第３回瀬戸内町,保健師ジャーナル,Vol63,№6,524-525,2007.

４.田中安平,小窪輝吉,岩崎房子ほか:加計呂麻諸島における地域住民の生活と福祉ニーズ−経変比較にみる一般成人調査より−(1),鹿児島国際大学福祉社会学部論集,第 34 巻,第 4 号,42-49,2016.

５.戸田由美子,坂本雅代,斉藤美和ほか:へき地診療所における看護実践上の戸惑い,高知

大学看護学会誌,Vol6, No1,21-31,2012.
6.大平肇子,小林文子,吉岡多美子ほか:日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究,三重県立看護大学紀要,2,641-647,2002.
7.吉岡多美子,小林文子,大平肇子ほか:ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証,三重県立看護大学紀要,6,85-94,2002.
8.田畑千穂子,八代利香:無医等に暮らす住民の新しい看護サービスに対するニーズ調査,第46回看護学会論文集,317-320,2016.
9.山田隆司,鈴木靖子:特定ケア看護師の挑戦-診療所での特定ケア看護師の活用の可能性-,月刊地域医学,Vol33,No12,1055-1057,2019.

Ⅱ．令和２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

産科病棟に勤務する日本人看護職の外国人産婦ケアにおける困難感とその関連要因

○坂本昌子（名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士前期課程）
入山茂美（名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻）

Ⅰ．はじめに

日本社会が多文化共生社会を求められる中で、産科医療では外国人妊産婦ケアの必要性が緊急課題になっている。日本人の出生数の減少とは反対に、日本で産まれる外国人の出生数は、2018 年には約 1 万 7 千人[1)]と増加している。父母の一方が外国人で出生した数を含めると、全出生数の約 3.1%[2)]を占めている。在日外国人女性では、出産可能な年齢層である 15 歳から 49 歳が 69%[1)]を占めていることから、今後も外国人の出生数の増加が予測される。それ故、日本社会の現状の中で、外国人妊産婦のケアは重要である。

日本の産科医療において外国人妊産婦のケアのニーズが高まる中、外国人妊産婦との言語や文化の相違により、看護職が意思疎通の困難を抱えている問題が報告されている。井上や Fransen は、各国の看護職と外国人妊産婦の意思疎通が困難なため、外国人妊産婦に必要な、あるいは希望するケアを提供するのは難しいと報告している。藤原は言語や出産の文化の違いによるコミュニケーションの困難さが外国人妊産婦・看護職双方のストレスを高める[5,6)]と報告している。野中は異文化間のコミュニケーションでは誤解が生じやすいことを挙げ、看護職は異文化を理解する努力が必要である[7)]と報告している。

日本人看護職が異なる文化の背景を持つ外国人妊産婦に適切なケアを提供するためには、異文化理解が必要である。Leininger や Ayers は、文化に適合したケアを提供するためには各文化の類似点と相違点を理解し、看護職と対象者が一緒にケアを考えることが重要である[8,9)]と述べている。また、橋村、杉浦や Purnell は外国人妊産婦に適切なケアを提供するためには、看護職は異文化理解能力が求められている[10,11,12)]と報告している。異文化理解するためには、異なる文化の背景を持つ人の立場を理解しようとする態度が必要であると考える。

向井は、人は異文化を受け入れる際の受け入れ方には拒否する行動と肯定する行動がある[13,14)]と述べている。Reitmanova や五十嵐は、外国人妊産婦に対して同じ言葉を話すことよりも伝えようとする姿勢や態度が、ケアの質を高めるため重要である[15,16)]と報告している。看護職の持つ外国人に対する異文化受容態度[13,14)]の現状を調査することは、分娩・産褥期の外国人産婦ケアにとって重要である。しかし、日本人看護職の異文化受容態度が外国人産婦のケアの困難感に、どの程度影響を与えているかを客観的数値で明らかにした報告は皆無である。それ故、日本人看護職の異文化受容態度と外国人産婦ケアの困難感の関係を明らかにする研究は必要がある。

Ⅱ．研究の目的

本研究の目的は、産科病棟に勤務する日本人看護職の外国人産婦ケアにおける困難感とその関連要因を明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

異文化受容態度の定義は、日本と異なる文化の背景を持つ外国人産婦の立場を理解しようとする態度で、外国人産婦ケアの定義は，日本と異なる文化の背景を持つ産婦に行う分娩期、産褥期ケアである。

2. 研究対象者

愛知・岐阜・三重県の研究に同意を得られた総合・地域周産期母子医療センターと一般病院の産科病棟に勤務する看護職を対象者とした。東海地方は、他府県に比較して在留外国人が多いこと[1)]から、同地方の産科病棟に勤務する看護職は外国人産婦ケアの提供経験が他府県の看護職に比較して多いことが予想された。取り込み基準は過去 1 年以内に外国人産婦ケアを行った看護職とし、産科病棟師長は除外対象とした。

3. 研究デザインと調査期間

無記名自記式質問紙を用いた横断研究とし、調査は 2020 年 7 月から 9 月に実施した。

4. 調査内容

1）看護職の属性：年齢、産科病棟勤務経験年数、看護職資格、学歴を調査した。

2）看護職の異文化経験：過去 1 年間の看護に携わった外国人産婦数、外国人産婦の国籍 1 か月以上の海外生活経験の有無、海外看護経験の有無、外国人との交流の有無、日常会話程度の外国語ができる有無、異文化理解に関する学習の有無を調査した。

3）異文化受容態度

異文化受容態度の測定には、異文化受容態度尺度を用いた。向井らにより開発され[13,14)]、入山らによって日本人看護師における異文化受容態度尺度として妥当性と信頼性が確保されている[17)]。外国人への拒否的態度 7 項目、対外国人緊張 3 項目、外国人の一般的受容 3 項目、外国人への個人的無関心 4 項目の 4 因子で構成されている。尺度は、1 点の「まったく思わない」～5 点の「とてもそう思う」の 5 件法で、17 項目の点数を単純加算し、合計得点が高いほど異文化受容態度は高く、肯定的であることを意味している。

4）産科病棟に勤務する日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感

尺度は、助産師の声明・綱領[18)]のなかの分娩期・産褥期のケアを参考に研究者が作成し、203 名の看護職を対象に因子分析を行い、尺度として信頼性と妥当性が確保されている。

産褥期保健指導の困難感 7 項目、精神的サポートに関する困難感 4 項目、分娩時ケアの困難感 2 項目の 3 因子の 14 項目で構成されている。1 点の「あまり感じない」～5 点の「いつも感じる」の 5 件法で、本研究の日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感は、「ときどき感じる」から「いつも感じる」の合計得点を算出した。合計得点が高いほど困難感は高いことを意味している。

5. データ収集方法

東海 3 県の 31 病院に研究協力を依頼し、17 病院の看護部長から文書で承諾を得た。産科病棟責任者に研究内容を文書と口頭で説明し、研究対象者に研究説明書、無記名自記式質問票と後納郵便封筒の配布を依頼した。 回答後の質問票の回収は、郵送法とした。

6. 分析方法

1）記述統計

異文化受容態度下位尺度の 4 因子、年齢、産科病棟勤務経験年数、過去 1 年間の看護に携わった外国人産婦数は非正規分布であったため、中央値と四分位範囲を算出した。

2）日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感の要因

独立変数「異文化受容態度」と従属変数「日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感」は Pearson の相関係数、異文化受容態度下位尺度の 4 因子と「日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感」との相関分析は Spearman 順位相関係数を用いて行った。分析には、統計ソフトパッケージ SPSS　version22.0 for Windows を使用し、有意水準を 5%とした。

7. 倫理的配慮

研究対象者には、研究参加は自由意思であり、拒否したことで不利益にならないことや個人が特定されないことを明記した文書を配布し、質問票の冒頭に記載された研究への同意のチェックがあることを確認し､返送をもって承諾を得たものとすることを文書にて説明した。本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認(承認番号 19-154)と各協力施設の看護部長の承認を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. データ収集状況

質問票の配布数は 357 部、回収は 233 部(65.2%)で、欠損値 33 部を除いた 200 部(85.8%)を有効回答とした。

2. 看護職の属性（表 1）

看護職の年齢の中央値は 35 歳（四分位範囲:27-43）で、産科病棟経験年数の中央値 7 年(四分位範囲:2.5-14.3）であった。就業施設は地域周産期母子医療センターが 145 名（72.9%）を占めた。

3. 看護職の異文化経験(表 2)

1 か月以上の海外生活経験のある看護職は 21 名(10.5%)、海外での看護研修や看護経験は 6 名(3.0%)であった。日常会話程度の外国語能力のある看護職は 17 名(8.5%)で、その内訳は英語が 13 名、英語とスペイン語が 2 名、フランス語が 1 名、不明が 1 名であった。
日本人看護職の過去 1 年間の外国人ケア件数は中央値が 10 件(四分位範囲:5-20)であった。ケアを提供した産婦の出身国は 33 か国に及び、フィリピン人へのケアの経験のある看護職は 90.4%、中国が 86.3%、ブラジルとベトナムが 64.5%を占めた。

4. 異文化受容態度、日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感の記述統計

1）異文化受容態度得点

異文化受容態度 17 項目の総得点の中央値は、85 点満点中 55.5 点（四分位範囲:49.25-61）であった。下位尺度の項目である拒否的態度の中央値は、35 点満点中 25 点（四分位範囲:22-28）で、対外国人緊張の中央値は、15 点満点中 7.5 点（四分位範囲:3.5-11）であった。一般的受容の中央値は、15 点満点中 11 点（四分位範囲:9-12）で、個人的無関心の中央値は、20 点満点中 13 点（四分位範囲:11-15）であった。

2）日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感の記述統計

日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感 14 項目の総得点の中央値は、70 点満点中 48 点

（四分位範囲:40-55）で、下位尺度の項目である産褥期保健指導の困難感の中央値は、40 点満点中 27 点（四分位範囲:20.25-32）、精神的サポートに関する困難感の中央値は、20 点満点中 9 点（四分位範囲:7-12）、分娩時ケアの困難感の中央値は、10 点満点中 6 点（四分位範囲:6-6）であった。

外国人産婦ケアの困難感の各項目を「ときどき感じる」から「いつも感じる」の合計得点で困難感を分析すると、精神的サポートに関する困難感では、「産婦の外国人家族の対応」について「ときどき感じる」から「いつも感じる」と回答した日本人看護職は 88%であった。「褥婦の外国人家族の対応」と「産婦への医療処置の説明」では 85%、「産婦の出産に対する不安軽減のケア」では 84%を占めた。

産褥期保健指導の困難感では、「褥婦と新生児に起こりやすいトラブルの説明」が 80%、「母乳育児ケア」と「育児技術指導」では 79.5%、「育児不安の軽減のケア」では 78%を占めた。分娩時ケアの困難感では、「呼吸法の説明」が 67.5%を占めた。

5. 日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感合計得点と異文化受容態度合計得点との関連（表 3）

異文化受容態度合計得点と日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感合計得点では弱い負の相関傾向があった（rs=-0.14、p=0.05）。異文化受容態度の下位尺度の対外国人緊張は外国人産婦ケアの困難感と正の相関があった（rs=0.27； p <0.001）。対外国人緊張は、他の 3 つの下位尺度に比較して、異文化受容態度(全体)と強い相関があった（対外国人緊張：rs=0.27;p<0.001、拒否的態度：rs=0.004;p=0.95、一般的受容：rs=0.06;p=0.396、個人的無関心：rs=0.08;p=0.29）。

6. 日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感と属性及び異文化経験との関連（表 4 と表 5）

外国人産婦ケアの困難感と年齢、産科病棟経験年数には弱い負の相関があった（年齢：rs=-0.15;p=0.03、産科病棟経験年数：rs=-0.15;p=0.04）。日常会話程度のできる外国語能力のない群は、外国語能力のある群に比較して外国人産婦ケア困難感が約 4 倍高かった（粗オッズ比：4.003；95%信頼区間：1.258-12.743）

Ⅴ．考察

1. 異文化受容態度と日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感との関連

本研究の結果、有意ではなかったが異文化受容態度が低い日本人看護職は、異文化受容態度が高い日本人看護職と比較して、外国人産婦ケアに対する困難感は高い傾向があった。下位尺度の「対外国人緊張」のみに正の相関がみられ、他の 3 つの下位尺度の「拒否的態度」、「一般的受容」と「個人的無関心」には関連はなかった。それ故、異文化受容態度(全体)と日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感には有意な関連がなかったのではないかと考える。向井らも「実際の異文化接触行動には、拒否的態度、一般的受容はあまり関係がなく、対外国人緊張や個人的関心が大きく影響を与えている」[13]と報告しており、本研究の結果と類似していた。

渡邉は、人間は生来、慣れない環境に置かれると緊張して、本来持っている能力を発揮できず、パフォーマンスは低下する。これは脳内の生理的覚醒が上昇し、体内ではノルアドレナリンが分泌され、心拍数が上昇したり、手に汗をかいたり、瞳孔が散大する[19]と述べている。柳内は、外国人を前にすると、考え方や行動パターンが違う場合、どうしたらよいか分

らずコミュニケーション行動はおろか、正常な思考までも停止してしまうことがある[20]と述べている。本研究でも「対外国人緊張」が日本人看護職の外国人産婦ケア提供において、負の影響を与えていた。

現在は、私たちの身の回りに多くの外国人が生活しており、若い世代では、同級生に外国人がいることも珍しくなく、外国人に接する機会が増えてきている。しかし、内閣府は日本では外国人受け入れが高い若い世代であっても、諸外国に比較すると異文化理解力、対応力は最も低い[21]と報告している。

日本においては未だ、異文化交流は多くの人には馴染みのあるものとは言い難く、本研究の日本人看護職の異文化経験（表 2）においても、多くはなかった。異文化理解やコミュニケーションの問題等、様々な心理的ストレッサーが緊張感に繋がり、外国人産婦ケアの妨げとなって看護職の困難感を上昇させていたのではないかと推測される。日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感を低下させるためには、対外国人緊張を減少させることが重要であることが、本研究で示唆された。

2. 日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感と年齢及び日常会話程度の外国語能力との関連

年齢については、年齢が高くなるほど、外国人産婦ケアの困難感が低下する傾向があった。先行文献[17]とも一致しており、年齢を経る過程で多くの外国人産婦ケアの経験をして似た状況に直面した際に、その経験を活かし、対処しているのではないかと考える。

日常会話程度の外国語能力のない看護職は外国語能力のある看護職に比較して、困難感が約 4 倍と高いことが明らかになった。日常会話程度の外国語能力は、日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感を減少させる要因であることが示唆された。

本研究の外国人産婦の出身国は 33 か国に及び、その多くは英語が母国語ではなかった。ネリエールは、世界的にみると非ネイティブ同士の 74%が英語を使ってコミュニケーションをとっている[22]と述べている。日本人看護職と外国人産婦のコミュニケーションにおいてもお互いが簡単な英語で意思疎通を図っていると推測する。また、外国語能力がありと答えた看護職の 71%は英語であり、外国語能力が日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感を減少させる結果であった。本研究の結果から、日本人看護職の英語活用能力の向上は外国人産婦ケアの質の向上に繋がる一つの手段になるのではないかと考える。現在の多文化共生社会が広がる中で、将来の看護の人材を育成する看護基礎教育における外国語教育と異文化理解教育の充実は重要であると考える。

3. 日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感の実態

外国人産婦ケアの困難感のうち、精神的サポートに関するケアの「外国人家族の対応」に対して日本人看護職の 85%以上が困難を感じていた。井上は、面会時間や病室での過ごし方のルールについて産婦本人が理解していても、面会に来院する家族が理解しておらず、トラブルが生じることもある。また、アジア諸国では身の回りの世話は家族の義務と考えられており、家族や女性の親族が付き添うことが[23]と報告している。看護職は家族の思いを傾聴し、家族の希望や意見を病院の規則に反するからと頭ごなしに否定することなく、日本における入院生活の内容を丁寧に説明することは、双方の理解を促し、日本人看護職の家族に対するケアの困難感を減少させることに繋がると考える。

精神的サポートに関する困難感のケアの中で、次に高かったケアの内容は「出産に対する不安軽減のケア」で、84%を占めた。母児の安全を守るためには、分娩時の産婦とコミュニ

ケーションをとることは重要である[23]と述べている。陣痛があり、分娩に不安を感じている時には、多くの外国人産婦は、母国語以外の言葉で上手く説明することは難しいのではないかと考えられる。五十嵐は、日本語がある程度わかる外国人産婦には、ゆっくりとやさしい日本語を使って対応すること、日本語がまったくわからない外国人産婦には、多言語の資料や翻訳アプリの活用や通訳者の利用が必要である[24]と述べている。外国人産婦は、日本語の理解度の差が大きいため､説明に対してうなずいていても理解できていない場合があるため、理解度の確認を個別に対応していく必要があると考える。

次に産褥期保健指導の困難感に関するケアが高く、「褥婦と新生児に起こりやすいトラブルの説明」が 80%、「母乳育児ケア」と「育技術指導」は 79.5%であった。出身国によっては宗教が育児に大きく影響している場合がある。大野は、中東では日本で推奨されている出産直後の初乳は子どもに有害であると考えられている[25]と述べている。日本人看護職は自身が持つ文化や知識と外国人産婦の文化との乖離に戸惑いを感じながら、保健指導に苦労しているのではないかと推測する。また、野中は、タイやシンガポールでは共稼ぎが多いため、母乳育児の比率が低い[7]と報告している。母児の健康のためには、文化、習慣、宗教や生活スタイルに配慮した個別性のある保健指導が重要であると考える。

VI. 結論

異文化受容態度が低い日本人看護職は異文化受容態度が高い日本人看護職に比較して、外国人産婦ケアに対する困難感は高い傾向を示した。さらに、異文化受容態度の下位尺度の対外国人緊張の高い日本人看護職は、対外国人緊張の低い日本人看護職と比較して、外国人産婦ケアの困難感が高いことが明らかになった。日本人看護職の外国人産婦ケアの困難感を減少させるためには、対外国人緊張を緩和させることが重要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護職の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、令和 2 年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施しました。

付記

本研究に実施にあたり報告すべき利益相反はない。愛知県母性衛生学会誌（2020.12）に掲載した。

文献

1) 法務省,(2018)平成 30 年末現在における在留外国人数について（確定値）,2020 年 2 月 12 日閲覧,https://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri
2) 総務省統計局,(2015)平成 27 年国勢調査，国籍別外国人数・男女別構成比,2020 年 2 月 12 日閲覧,https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003153720
3) 井上千尋，松井三明，李節子，他:日本語によるコミュニケーションが困難な外国人妊産婦の周産期医療上の問題点と支援に関する研究,国際保健医療,21(1),p.25-32.2006.
4) Mirjam P.Fransen, Hajo I.J.Wildschut, Johan P.Mackenbach,et al:Midwives unable

to overcome language barriers in prenatal care,Italian Journal of Public Health, 9 (3),e7531-92012,2012.
5) 藤原ゆかり:異文化圏からの人々の出産における文化を考慮したケアへの文献的考察, 日本助産学会誌,17(3),p.178,2004.
6) 藤原ゆかり:異文化圏からの人々の出産に対する助産ケアの現状,日本助産学会, 20(1),p.48-59,2006.
7) 野中千春:在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究,日本医療, 25(1),p.21-32,2010.
8) Madelene M. Leininger:CULTURE CARE DIVERSITY & UNIVERSALITY: A THE OF NURSING
(1991),稲岡文昭,レイニンガー看護論　文化ケア多様性と普遍性(1 版),医学書院,　p.45 - 46,49,1995.
9) Britni L.Ayers:Providers' s perspective of barriers experienced in maternal health care among Marshalles women,Women Birth,31(5),p.294-301,2018 Oct.
10) 橋村愛:長崎市・佐世保市の看護職が考える外国人への周産期ケアコミュニケーション能力,国際保健医,31(4),p.323-328.2016.
11) 杉浦絹子:異文化間看護能力の現状と規定要因,日本看護科学会誌,23(3),p.22-36, 2003.
12) Larry Purnell:The Purnell Model for Cultural Competence,The Journal of Multicultural Nursing & Health,11(2),p7-15,2005.
13) 向井有理子,金児曉嗣:異文化受容態度の構造,人文研究 大阪市立大学大学院研究科紀要,57,p.63-77.2006.
14) 向井有理子, 渡部美穂子:異文化受容態度:(2006)日・独・英の比較,2020 年 2 月 16 日閲覧,https://litsv.lit.osaka-cu.ac.jp
15) Relmanova S,Gustafson DL:"They can' t understand it" Maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St.John' s,Newfoundland,Maternal Child Health J,12(1),p.101-111.2008.
16) Igarashi Y,Horiuchi S,Poter SE:Immigrants' Experiences of Maternity care in Japan,Jaunal of community health,38(4),p.781-790.2013.
17) 入山茂美, 若園直美, 大林陽子:日本人看護師における異文化受容態度尺度の妥当性と信頼性の検討,国際保健医療,34(3),p.51.2019.
18) 公益社団法人日本助産師会：助産師の声明・綱領, 2020 年 2 月 12 日閲覧, http://www.midwife.or.jp/general/statement.html(2019/12/06)
19) Noriya Watanabe,Jamil P.Bhaji,Hiroki C.Tanabe,et al:Ventromedial prefrontal cortex contributes to performance success by controlling reward-driven arousal representation in amygdala,Neurolmage,202,e116136,2019.
20) 柳内忠剛:異文化間のコミュニケーションと日本人の意識,岩手大学人文社会科学部紀要,p.477-490,1986.
21) 内閣府：(2020)日本の若者意識の現状～国際比較から見えてくるもの～,2020 年 12 月 6 日閲覧,https://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper3

22) Jean-Paul Nerriere,David Hon:globish The World over(2009), 一般財団法人グローバル人材開発(1 版),世界のグロービッシュ 1500 語で通じる驚異の英語術,東洋経済新潮社,p.13,2011.
23) 井上慶子:退院後の育児を見据えた取り組み,助産雑誌,74(2),p.99-103,2020.
24) 五十嵐ゆかり:在住外国人の母子保健,公衆衛生,83(2),p.120-126,2019.
25) 大野直子:医療の現場における異文化理解,順天堂グローバル教養論集,1,p.70-79, 2016.

Ⅲ．令和元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

特別養護老人ホームに勤務する看護職を対象とした経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムの開発

○伊藤美和(特別養護老人ホーム平安の里)
百瀬由美子(日本赤十字豊田看護大学)
藤野あゆみ(愛知県立大学看護学部)

Ⅰ．はじめに

特別養護老人ホーム（以下，特養）は要介護高齢者のための生活施設である。特養には看取りの機能があり，退所理由の約 7 割が死亡退所[1)]となっている。特養に入所する中重度の要介護高齢者の多くは摂食嚥下障害を有し[2)3)4)]，それが原因で誤嚥性肺炎を合併し，入院加療が必要となり，治療により肺炎は改善しても，日常生活動作や認知機能低下をきたし，介護の重度化や医療依存度が高くなることにより，施設での生活を継続することが困難となる状況が増加している。また，特養では高頻度で窒息事故も発生している[5)6)]。このような状況から特養において食事ケアは介護職だけでは対応することが難しく，医療的な知識を持つ看護職が判断する必要性を看護・介護職ともに感じている[7)]。一方で，特養看護職を対象とした実態調査[8)]では，自身の役割として重要な業務を，経口摂取支援に関わる「食事の介助」と「口腔ケア」と回答したのは 3 割程度であり，経口摂取支援はほとんど重要視していない現状がうかがえる。特養看護職に対する経口摂取支援に関係する研修プログラムは,「介護施設における看護職のための系統的な研修プログラム」[9)]のなかで,「摂食・嚥下ケア」の項目が組まれ，内容は摂食嚥下の基礎知識と，主に胃ろうを持つ入所者の支援についてあげられるのみである。これらのことから，入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に焦点をあて，さらに看護職の配置数が少ない特養でも個々の入所者に必要な対応を明確にし，それを多職種と協働して確実に実施できるようにサポートする研修プログラムを開発する必要があると考えた。

Ⅱ．研究目的

特養看護職を対象とした入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムを開発する。

Ⅲ．研究方法

第 1 段階では，文献検討に基づき，特養の看護職を対象に入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムを作成した。

第 2 段階では，作成した研修プログラムを用いて，特養看護職 20 名(特養 1 施設につき 1 名を対象に，6 か月の期間で集合研修(講義と演習)と 2 回のフォローアップ研修(Focus Group Discussion(以下，FGD))を実施し，研修プログラムの評価を行った。

研修プログラムの評価は，ドナベディアンの医療評価モデルを平野ら[10]がアレンジしたモデルに沿って，企画・実施・結果の 3 側面で総合的に評価した。企画の側面は，目標の設定，プログラム全体の構成等について，実施の側面は，講義内容，FGD のテーマ及び運営方法について，結果の側面は，経口摂取支援に関する看護実践力が向上したかの観点から評価した。経口摂取支援に関する看護実践力は，研修プログラムの参加者に実施した質問紙調査の結果と FGD の分析結果により評価した。質問紙調査では，集合研修の理解度調査は単純集計し，清水ら[11]が開発した「摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口摂取支援のための看護職役割行動指標」(以下，行動指標)(60 項目)を用いて，研修実施前後の行動の頻度を 5 件法(1.行っていない，2.どちらかと言えば行っていない，3.どちらとも言えない，4.どちらかと言えば行っている，5.常に行っている)で自記式回答を依頼し，各項目を 1～5 点と得点化した。行動指標のデータの分析は，IBM SPSS Statistics26 を用いて Wilcoxon の符号付き順位検定により行った。有意水準は 5%とした。また，FGD の内容を質的に分析した。さらに，これらの結果をもとに，介護保険施設に勤務経験のある摂食・嚥下障害看護認定看護師 2 名と老人看護専門看護師 2 名，特養入所者の経口摂取支援に関する看護研究者 1 名と共に，パネル会議を開催した。パネル会議では，研修プログラムの内容，構成，時間配分等が妥当であったか，受講により看護実践力が向上したか等を評価した。

倫理的配慮として，研究参加者等には，研究内容について文書で依頼し，署名によって同意を得た。参加者等の安全を確保し，プライバシーの保全のための配慮を行った。行動指標は，開発者の許可を得て使用した。愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(30 愛県大学情第 6-35 号)。

Ⅳ. 結果

1. 第 1 段階研修プログラムの作成

医学中央雑誌 Web を使用し，検索範囲は「2019 年～2010 年」，検索キーワードは「特養」「教育」「要介護高齢者」「経口摂取」「摂食嚥下障害」「嚥下機能評価」を組み合わせて行い，さらにハンドリサーチにより文献検索を行った。これらの内容を精読し，研修プログラム作成に有用と判断した 4 文献を検討の対象とした。

1) 研修プログラムの構成に関する文献検討

特養看護職にはその役割が自施設で果たせているか，果たすためにはどうするとよいか等について，看護職同士で検討し取り組めるような教育体制を整えていく必要があることと[12]，また，6 か月間に 3 回の研修課題の実施で構成されたグループワークを中心として開発された看取りケア教育プログラムが有効であったことが報告されている[13]。このことから，特養看護職を対象とした研修プログラムでは，多職種との連携を焦点化し，現場のニーズに即した内容として，看護職同士で検討して取り組みを検討する FGD を取り入れることが適切だと考え，研修プログラムの構成は，6 か月間に 3 回，集合研修(講義と演習)と 2 回のフォローアップ研修(FGD)で構成することとした。

2) 研修プログラムの目標に関する文献検討

文献 9)の「摂食・嚥下ケア」の項目を参考に，本研究では，経口摂取支援に焦点をあてた研修プログラムの目標として， 目標 1「嚥下に関する基礎知識について理解す

る」，目標 2「口腔内ケアの必要性を理解し実践する」と設定した。

また，「看護師のクリニカルラダー高齢者介護施設における実践例」[14]で，「協働する力」の項に経口摂取支援に関する実践例が記されている。その実践例から，特養看護職には，より複雑な状況においても QOL を高めるケアが実践できることが求められると言える。このことから，本研究では，胃ろうを持つ入所者の問題に対する具体的な援助方法，摂食嚥下機能低下を認める入所者の問題に対する具体的な援助方法，看取り期の入所者の問題に対する具体的な支援方法について理解できるように，目標 3 として「多職種と協働した経口摂取支援について理解する」と設定した。

3) 目標に対応した集合研修(講義と演習)のプログラムの内容に関する文献検討

(1) 目標 1「嚥下に関する基礎知識について理解する」に対応した内容

文献 9)の中から，目標 1 に対応した内容として，＜嚥下の機能とメカニズム＞，＜摂食嚥下に関する基本的な知識について＞，＜加齢に伴う摂食嚥下の機能の変化について＞を研修プログラムに取り入れた。

(2) 目標 2「口腔ケアの必要性を理解し実施する」に対応した内容

文献 9)おいて，目標 2 を設定しているものの，対応した内容は記されていないため，一般的に行われている研修内容である＜口腔内の観察のポイント＞，＜口腔ケアの方法＞を研修プログラムに取り入れた。

(3) 目標 3「多職種と協働した経口摂取支援について理解する」に対応した内容

北川ら[15]は，「経管栄養法からの離脱のためのケアプロトコール」を胃ろうなどの経管栄養法に至った場合に，経口摂取を再開することを目指して，食べる機能を再獲得できるように導くことを目的として作成している。このプロトコールを活用するためには，＜経口移行加算について＞，＜摂食嚥下機能の検査＞，＜摂食嚥下障害のスクリーニング法＞，＜摂食嚥下機能のアセスメント＞，＜嚥下訓練について＞，＜嚥下調整食について＞，＜摂食状況のレベルについて＞の知識・技術が必要とされるため，これらを研修プログラムに取り入れた。

佐々木ら[16]は，適した食形態の選択，食事介助の適正化等を行うために，実際の食事場面を観察する方法取り入れており，研修プログラムには，摂食嚥下スクリーニングテストに加え，＜食事の観察について＞の内容を取り入れた。

厚生労働省では[17]，高齢者が最期まで経口摂取し，自分らしく生活するために，多職種による取り組みが必須であるとしている。このマニュアルの内容から，＜経口維持加算算定について＞と，＜食事中の特別な管理について＞の内容を研修プログラムに取り入れた。

清水ら[11]が開発した行動指標は，「摂食嚥下機能低下を認める特養入所者が，本人及び家族の意向に沿って，食べる楽しみと能力を維持し，最期まで可能な限り安全・安楽に経口摂取できる」ように開発された特養看護職の役割行動指標である。入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に焦点をあてた研修プログラムでは，看取り期の入所者の問題に対する具体的な支援方法として，この指標を資料として取り入れた。具体的な役割と行動について理解が深められるような講義内容として，＜肺炎を繰り返す入所者への経口摂取支援について＞，＜摂食嚥下機能が著しく低下した入所者への入所者や家族の思いに寄り添う経口摂取支援について＞の事例を取り入れた。

4)　目標に対応したフォローアップ研修(FGD) の内容に関する文献検討

山地ら[13]による，看取りケア教育プログラムでは，グループワーク参加によって，自施設の看取りケアについて新たな気づきや課題に向けた取り組みの方向性を見出すきっかけになった。本研究プログラムでは，経口摂取支援に関する看護を自施設で実践しているか,実践するためにはどうするとよいか等について,看護職同士で検討し，ケアについての新たな気づきや課題に向けた取り組みの方向性が見いだすことを目標とした。

(1)　1 回目フォローアップ研修(FGD)

FGD のテーマは,「経口摂取支援に関する経験を振り返り，気づきの中から方向性を導き出す」と設定し，集合研修を受講した後，自施設での看護実践についてディスカッションして，ケアについての新たな気づきや課題に向けた取り組みの方向性を見いだしていくことを目標とした。

(2)　2 回目フォローアップ研修(FGD)

FGD のテーマは,「経口摂取支援に関わる看護実践による効果を確かめる」と設定し，自施設で実践した場面などを振り返り，看護実践の継続がうまくいっていることや困難だったこと，看護実践の効果として実感していることなどをディスカッションして，経口摂取支援を継続していくための取り組みの方向性を見いだすことを目標とした。

2.　第 2 段階研修プログラムの試行

1)　研究参加者

研究参加者は，集合研修の受講者 54 名のうち，20 名であった。20 名中，2 名は，期間中に転勤したため，行動指標の分析対象から除外した。参加者の属性は，表 1 に示す。参加者は，特養での勤続年数は長くても，施設外での研修に参加する機会は少なく，摂食嚥下に関する研修を受講したことがない者が多かった。

2)　研修プログラムの評価

(1)　集合研修理解度調査

集合研修理解度調査の結果は，表 2 に示す。目標 1「嚥下に関する基礎知識について理解する」と目標 2「口腔ケアの必要性を理解し実施する」に関する項目は理解度が高く，目標 3「多職種と協働した経口摂取支援について理解する」に関する項目は理解度が低い傾向であった。

(2)　行動指標(60 項目)の研修実施前後の分析結果

60 項目のうち有意に行動の頻度が増したのは，表 3 に示すとおり，介護職に嚥下機能に応じた食事介助の方法や限界を伝える，入所者・家族の意向を尊重し介護職と協働して意思決定支援を行うなどの内容を含む 12 項目であった。

(3)　FGD の分析結果

集合研修 1 か月後の 1 回目は,「経口摂取支援に関する経験を振り返り，気づきの中から方向性を導き出す」をテーマに行った結果,「食事の介助」「食形態の選択」「好きな食べ物を食べること」「食べられなくなったとき」の各場面について，経験を振り返って共有し，気づきの中から支援の方向性が具体的に語られた。集合研修 5 か月後の 2 回目 FGD では,「経口摂取支援に関わる看護実践による効果を確かめる」をテーマについて話し合い，実践による効果も確認した。参加者から研修を受

講したことで，学んだ内容を自施設で伝達すること，外部の専門家の協力を得ることの必要性について語られた。また，入所者や家族と話し合うようになったり，介護職の方が食事介助は上手だと言って食事介助しなかった看護職が，自ら経口摂取支援に関わるようになったりした変化について語られた。入所者の中には，集合研修での学びを生かした支援により，肺炎に罹らず食形態の難易度を難しくすることができた例や，経管栄養から離脱できた例があったと語られた。さらに，看取り期の支援では，看護職がもう食べられないと思う入所者に対して，介護職が食べさせ続けるのは,職種間で価値観に違いがあるからだと気づいたとも語られた。そして，経口摂取の中止を検討しなければならない場面では，入所者や家族の思いを尊重する考えを軸にした上で，入所者の反応と介助方法の記録を介護職と共有したり，介護職同士で話し合うように促したりして，介護職が入所者に無理に食べさせないように働きかけたと語られた。

3) 専門家によるパネル会議の結果

第 1 段階，第 2 段階の結果をもとに専門家によるパネル会議を行った結果，研修プログラムは，企画・実施・結果の 3 側面から総合的に評価し，概ね適切と判断された。研修プログラムは，事例をフォローアップ研修に組み込むことが適切だと判断されたことから一部修正し，特養看護職を対象とした入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムを完成させた(表 4)。

Ⅴ． 考察

特養看護職を対象とした入所から看取り期に至るまでの経口摂取に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムを作成・試行し，企画・実施・結果の 3 側面から評価した。

企画の側面では，パネル会議で特養の看護職を対象とした目標設定は，概ね適切と判断された。集合研修と 2 回の FGD で構成したプログラムでは，集合研修で導入を受け，自施設で実践し，1 回目の FGD で自施設での実践を省察し，フィードバックを受け，再び自施設で実践し，2 回目の FGD というように，実践・省察・フィードバックのサイクルを 2 回繰り返したことにより学習が促進されたと考えた。しかし，集合研修受講後にフォローアップ研修に参加した者は少なかったため，研修プログラムの日程や時間・回数は，研修を実施する機関に予め研修プログラムの目標とプログラム構成を提示し，研修を開催する機関の実情に合わせた調整が必要だと考えた。この様な調整により，老人福祉施設協議会，複数の特養を設置する法人などで活用できると考えた。

実施の側面では，パネル会議において目標に対応した講義及び FGD が実施されており，概ね適切と判断された。FGD では，他の特養の看護職と経口摂取支援に関する看護実践を語り合ったことで，グループダイナミクスの効果が得られ，他の特養の取り組みを参考に実践してみようという動機に繋がり，経口摂取支援に関する看護をあまり重要視していなかった看護職も意識が変容し，実践できるようになったと考えた。

結果の側面では，集合研修の理解度調査と行動指標，及び FGD の内容から，本研究の参加者には以下に示す 4 つの効果があったと考えた。1.研修で学んだ自身の専門的知識を生かして経口摂取支援が実践されるようになった。2.特養では口腔ケアを看護職が実施し辛いことから，口腔ケアの評価を介護職にフィードバックし，改善策について業務調整の見

通しも含め具体的に提案し，多職種と協働して口腔ケアに関わるようになった。3.看取り期の支援において，介護職と価値観を共有した上で経口摂取支援が実践されるようになった。4.共に支援に取り組む介護職に対して教育的役割を担う必要性を感じ，研修内容を伝達した。以上のことから，経口摂取支援に関する看護実践力は向上したと考えた。さらに，特養の看護職が経口摂取支援に関する看護を実践するために，姿勢調整や食形態選択などの難しい判断では，外部の専門家のサポートを必要としていることが明らかになった。

Ⅵ．結論

本研究では，特養看護職を対象とした入所から看取り期に至るまでの経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラムを開発した。

今後取り組むべき課題は，特養看護職をサポートするために，摂食・嚥下障害看護認定看護師などの専門家が特養に介入できるようなネットワークを作り，例えば，医療機関に多く在籍する摂食・嚥下障害看護認定看護師と特養をマッチングするようなシステムの構築が必要であると考えられた。本研究では，実施評価における参加者が少ないこと，結果評価には，経口摂取支援に関する看護実践に積極的な看護職や法人施設が協力したことが影響している可能性があると考えられた。

謝辞

本研究に参加してくださった特別養護老人ホームに勤務する看護職の皆さま，研修プログラムに関して専門的なご意見をくださいました専門家の皆さまに心より感謝申し上げます。なお，本研究は令和元年度愛知県看護協会看護研究助成金を受けて実施した。本研究に利益相反はない。

付記

本研究は，令和元年度愛知県立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る。

本研究は，第 26・27 回日本摂食嚥下リハビリテーション学会学術大会で演題発表した。

文献

1) 厚生労働省:平成 25 年度介護給付費等実態調査の概要 施設サービスの状況，2020 年 3 月 26 日閲覧，
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service13/index.html
2) 才藤栄一:平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金「摂食嚥下障害に係る調査研究事業」摂食嚥下障害の臨床的重症度分類を用いた摂食嚥下障害患者の分布， 重症度調査.「摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書」，独立行政法人国立長寿医療研究センター，9-10，2012.
3) 日本健康･栄養システム学会:平成 25 年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分)『施設入居者に対する栄養管理，口腔管理のあり方に関する調査研究』介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食べること」支援のための栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究報告書，2014.
4) 日本老年歯科医学会:平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事

業 介護保険施設における歯科医師，歯科衛生士の関与による適切な口腔衛生管理体制のあり方に関する調査研究事業，2017.
5) 菊谷武，田村文誉，片桐陽香:食品による窒息の要因分析-ヒト側の要因と食品のリスク度-介護老人福祉施設における窒息事故とその要因，平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）分担研究報告書，p.16-24，2009.
6) 藤谷順子:窒息，臨床栄養（臨時増刊号），111(4)，p.471-473，2007.
7) 中山富子，伊藤加代子，井上誠:介護老人施設に入所している高齢者の摂食・嚥下機能に関わる状況と施設の対応，新潟歯科学会誌，43（2），p.31-39，2013.
8) 日本看護協会医療政策部:特別養護老人ホーム・介護老人福祉施設における看護職員実態調査報告書，公益社団法人日本看護協会，2016.
9) 日本看護協会事業開発部:介護施設における看護職のための系統的な研修プログラム（実務者向け）のご提案，2012，2020 年 3 月 26 日閲覧，
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/professional/kangoshi2/pdf/jitsumusha.pdf
10) 平野かよ子，島田美喜，山田和子:保健活動の評価第 1 版，第 3 刷，平野かよ子，尾崎米厚編，事例から学ぶ保健活動の評価，医学書院，p.95-117，2001.
11) 清水みどり，吉本照子，杉田由加里:摂食嚥下機能低下を認める特別養護老人ホーム入所者の経口摂取支援のための看護職役割行動指標の作成-看護‐介護連携に着目して-，千葉看護学会会誌，23(1)，p.11-20，2017.
12) 堀田将士，古川直美，星野純子他:特別養護老人ホームに勤務する看護職に対する人材育成の現状と課題，岐阜県立看護大学紀要，16(1)，p.121-127，2016.
13) 山地佳代，長畑多代，松田千登勢他:特別養護老人ホームの看護職を対象とした看取りケア教育プログラムの実施，老年看護学，17(2)，p.58-64，2013.
14) 日本看護協会:看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）高齢者介護施設における実践例，2016，2012，2020 年 3 月 26 日閲覧，
http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/jissen.pdf
15) 北川公子，山田律子，千葉由美:第 4 章 口から食べることを目指すケア-経管栄養から経口へ 高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール-連携と協働のために第 1 版（中島紀惠子，石垣和子），日本看護協会出版会，p.76-87，2010.
16) 佐々木力丸，高橋賢晃，田村文誉他:介護老人福祉施設に入居する要介護高齢者に対する栄養支援の効果について，老年歯科医学，26(4)，p.362-367，2015.
17) 「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班編:多職種経口摂取支援チームマニュアル‐経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援にむけて 平成 29 年度版（Ver.1.2），平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業），2017.

表 1　参加者の属性

N=18

属性	内訳	n (%)
年齢	30歳代	4 (22.2)
	40歳代	6 (33.3)
	50歳代	6 (33.3)
	60歳代	2 (11.1)
勤続年数	1年未満	4 (22.2)
	1年以上3年未満	4 (22.2)
	3年以上5年未満	4 (22.2)
	5年以上7年未満	1 (5.6)
	7年以上10年未満	3 (16.7)
	10年以上20年未満	1 (5.6)
	20年以上	1 (5.6)
看護職年数	10年未満	1 (5.6)
	10年以上15年未満	1 (5.6)
	15年以上20年未満	5 (27.8)
	20年以上25年未満	3 (16.7)
	25年以上30年未満	4 (22.2)
	30年以上	4 (22.2)
資格	看護師	17 (94.4)
	准看護師	1 (5.6)
学歴	専門学校	15 (83.3)
	短期大学	2 (11.1)
	大学	1 (5.6)

表 2　集合研修理解度調査の結果

N=18

	目標に対応した集合研修の内容	理解できた n (%)	やや理解できた n (%)	どちらでもない n (%)	やや理解できなかった n (%)	理解できなかった n (%)	未回答 n (%)
目標1	1 嚥下のメカニズム	10 (55.6)	8 (44.4)	0	0	0	0
	2 加齢に伴う摂食嚥下障害	11 (61.1)	7 (38.9)	0	0	0	0
	3 摂食嚥下機能の評価	8 (44.4)	3 (16.7)	7 (38.9)	0	0	0
	4 摂食嚥下に影響する薬	7 (38.9)	7 (38.9)	4 (22.2)	0	0	0
目標2	1 口腔ケアの必要性	12 (66.7)	5 (27.8)	1 (5.6)	0	0	0
	2 口腔ケアの方法	8 (44.4)	6 (33.3)	4 (22.2)	0	0	0
目標3	〔胃ろうを持つ入所者に対する具体的な支援〕						
	1 経管栄養法からの離脱のためのケアプロトコールの活用方法	5 (27.8)	6 (33.3)	5 (27.8)	1 (5.6)	0	1 (5.6)
	2 経口移行加算	2 (11.1)	6 (33.3)	6 (33.3)	4 (22.2)	0	0
	3 摂食嚥下機能の評価(演習)とアセスメント	6 (33.3)	6 (33.3)	4 (22.2)	1 (5.6)	0	1 (5.6)
	4 嚥下訓練	6 (33.3)	7 (38.9)	3 (16.7)	1 (5.6)	0	1 (5.6)
	5 嚥下調整食、摂食状況のレベル	4 (22.2)	7 (38.9)	3 (16.7)	3 (16.7)	0	1 (5.6)
	〔摂食嚥下機能低下を認める入所者に対する具体的な支援〕						
	6 多職種経口摂取支援チームマニュアルの活用方法	3 (16.7)	7 (38.9)	7 (38.9)	0	0	1 (5.6)
	7 経口維持加算	3 (16.7)	7 (38.9)	5 (27.8)	4 (22.2)	0	0
	8 食事の観察	7 (38.9)	7 (38.9)	4 (22.2)	0	0	0
	9 食事中の特別な管理	6 (33.3)	6 (33.3)	5 (27.8)	0	0	1 (5.6)
	〔看取り期の入所者に対する具体的な支援〕						
	10 多職種連携	9 (50.0)	6 (33.3)	3 (16.7)	0	0	0
	11 看護職役割行動指標の活用	6 (33.3)	4 (22.2)	7 (38.9)	1 (5.6)	0	0

表 3　行動指標(60 項目)の研修実施前後の分析結果

(N=18)

小項目	行動指標	前 Mdn(IQR)	後 Mdn(IQR)	p
6	摂食嚥下機能が著しく低下しても,入所者（家族）の食べたい（食べさせたい）という意思を尊重し,可否の判断に悩みつつ経口摂取継続の可能性を探る	4 (2.75-4.25)	4.5 (4-5)	.036
9	介護職と協力して誤嚥・窒息に注意しつつ,口唇刺激で開口を促し,舌・口腔内刺激で咀嚼を促しながら食事介助を試みる	3.5 (1.75-4)	4 (3-5)	.020
12	安易に経口摂取を中止しないよう,経口摂取の限界の見極めは複数の看護職で検討する	3 (2-4)	4 (4-5)	.015
20	摂食嚥下機能が低下した入所者に対する機能評価は,複数の看護職で確認するなどして精度を上げる	3.5 (2-4)	4 (3.75-5)	.002
37	家族とともに入所者の経口摂取支援の方針を検討するために,摂食嚥下状態の変化や対応策を逐一報告する	3.5 (3-4.25)	4 (4-5)	.015
41	看取り期の身体機能のバランスの崩れと症状を介護職にわかりやすく説明し,入所者の苦痛を根拠に,経口摂取が限界に近づきつつあることを伝える	4 (4-5)	4.5 (4-5)	.034
43	介護職が入所者の身体機能の変化に応じて根拠に基づいた食事介助ができるように,医学的知識や経過予測をわかりやすく伝える	3 (2.5-4)	4 (3-5)	.013
47	口腔ケアの評価を介護職にフィードバックし,改善策について業務調整の見通しも含め具体的に提案する	3 (1-3)	3 (2-4)	.032
48	終末期の入所者の食事介助を行うよう介護職に勧めたさいには,看護職も一緒に入りサポートする	4 (2.75-4)	4 (3.5-5)	.020
50	介護職が経口摂取支援の基本となる考え方を経験から習得できるように,介護職とともに支援に取り組み,実践の振り返りと意味づけを支援する	2 (1-4)	3 (2.75-4)	.046
56	研修会（歯科医師・リハビリ職・認定看護師等が講師）への参加,文献の活用,熟練看護・介護職等の工夫も活用し,自己のスキルを向上させる	3.5 (2-4)	4 (3-4.25)	.042
58	経口摂取支援の基本となる考え方を習得するために,介護職とともに支援に取り組み,実践を振り返り意味づける	3 (1.75-4)	3 (2-4.25)	.048

研修前と研修後に，行動の頻度を 5 件法(1.行っていない，2.どちらかと言えば行っていない，3.どちらとも言えない，4.どちらかと言えば行っている，5.常に行っている)で調査した．各項目を 1～5 点と得点化し，Wilcoxon の符号付き順位検定で分析した．中央値(Medeian：Mdn）と四分位範囲(InterquarterRange:IQR),有意確率(p 値:p)を示した.

表 4　特養看護職を対象とした経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラム

特養看護職を対象とした経口摂取支援に関わる看護実践力の向上を目指した研修プログラム	約 6 か月間
目標	1.　摂食嚥下に関する基礎知識について理解する 2.　口腔内ケアの必要性を理解し実践する 3.　多職種と協働した経口摂取支援について理解する 1)　胃ろうを持つ入入所者の問題に対して，具体的な援助方法を理解する 2)　摂食嚥下機能低下を認める入所者の問題に対して，具体的な援助方法を理解する 3)　看取り期の入所者の問題に対して，具体的な支援方法を理解する
集合研修　スクール形式講義，演習	**約 3 時間**
内容	目標 1「嚥下に関する基礎知識について理解する」 ①　摂食嚥下に関する基礎知識 ： 摂食嚥下のメカニズム，加齢に伴う摂食嚥下障害，摂食嚥下に影響する薬剤
	目標 2「特養における入所者の口腔内ケアの必要性を理解し実践する」 ① 口腔ケアの必要性 ： 口腔内の観察のポイント，歯科衛生士や介護職員と協働した口腔ケアの方法
	目標 3「多職種と協働した経口摂取支援について理解する」 1)　胃ろうを持つ入所者の問題に対して具体的な援助方法を理解する 北川他(2010)による「経管栄養法からの離脱のためのケアプロトコール」を参考とした内容 ① 経口移行加算 ② 摂食嚥下機能の評価とアセスメント：摂食嚥下機能の検査，摂食嚥下障害のスクリーニング法 (演習：認知機能が低下した利用者での工夫) ③ 嚥下訓練 ：　間接訓練，直接訓練 ④ 嚥下調整食，摂食状況のレベルの評価 ：（演習） ⑤ 胃ろうから離脱した事例 2)　摂食嚥下機能低下を認める入所者に対する具体的な援助方法を理解する 「要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究」研究班(2015)による「多職種経口摂取支援チームマニュアル経口維持加算に関わる要介護高齢者の経口摂取支援にむけて」を参考とした内容 ①経口維持加算(歯科衛生士との協働についての内容を含める) ②食事の観察と食事中の特別な管理 ： 食事環境の調整，食事姿勢の調整，実行機能と注意障害の対応，食事介助の方法 3)　看取り期の入所者の問題に対して，具体的な支援方法を理解する 清水他(2017)による「摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口摂取支援のための看護職役割行動指標」を参考とした内容 ① 多職種連携 ② 看取り介護加算 ③ 清水他(2017)「摂食嚥下機能低下を認める特養入所者の経口摂取支援のための看護職役割行動指標」について
1 回目フォローアップ研修（集合研修から約 1～2 か月後）　事例、FGD	**約 2 時間**
内容	① 事例　肺炎を繰り返す入所者への経口摂取支援（約 30 分） ② FGD「経口摂取支援についての経験を振り返り，気付きの中から方向性を導き出す」(約 90 分) 経口摂取支援について振り返り，実践するためにはどうすると良いか等についてディスカッションし，ケアについての新たな気づきや方向性を見いだす．ファシリテーターの進行によりディスカッションする．
2 回目フォローアップ研修　（1 回目フォローアップ研修から約 4 か月後）　事例、FGD	**約 2 時間**
内容	① 事例　看取り期の入所者や家族の思いに寄り添った看取り介護（約 30 分） ② FGD「経口摂取支援に関わる看護の実践による効果を確かめる」(約 90 分) 自施設で実践した場面を振り返り，実践がうまくいっていることや困難だったこと，看護実践の成果として実感していること等をディスカッションして，経口摂取支援を継続していくための展望や課題を見いだす．ファシリテーターの進行によりディスカッションする．

Ⅲ．規　　程

＊様式等、必要書類は愛知県看護協会ホームページから、ダウンロードしてご応募ください。

ホームページアドレス

https://www.aichi-kangokyokai.or.jp/

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成規程

（目　　的）

第１条　この規程は、看護の質の向上と臨床における質の高い看護職を育成するために、研究活動に対し奨励助成することを目的とする。

（交付の対象）

第２条　助成金は、看護教育、臨床看護、地域看護等、看護に関する領域の研究に交付する。

（応募資格）

第３条　助成金の応募資格は、愛知県内に在住または勤務している看護職の個人、あるいは前者を共同研究の代表とする研究チームとする。

（助　成　額）

第４条　助成額は次の通りとする。

研究内容、時期、他からの助成の有無を考慮し、１件ごとに定めた額とする。

（申　　請）

第５条　助成金を申請しようとする者は、募集期間内に所定の申請書を公益社団法人愛知県看護協会会長（以下、「会長」という。）に提出する。

（助成の審査・決定）

第６条　助成金の交付は、提出された申請書について、看護研究助成委員会による審査を経て理事会で決定する。

（研究の変更・中止）

第７条　助成金の交付決定を受けたものが変更中止をするときは、速やかに会長にその旨の届出書を提出する。会長が必要と認めたときは、助成金の一部または全額を返還させることができる。

（助成金の使用制限）

第８条　助成金は交付を受けた者が研究に要する経費についてのみ使用できる。

（成果の報告）

第９条　助成金を受けた者は、会長に年度末までに所定の報告書を提出する。また、看護系および関連学会等に口頭・示説発表あるいは投稿をしなければならない。

（助成審査）

第 10 条　助成金の交付については、看護研究助成委員会で審査をする。

（雑　　則）

第 11 条　この規程に定めるもののほか必要事項は会長が別に定める。

（改　　定）

第 12 条　この規程の改定は、公益社団法人愛知県看護協会理事会の承認を得て会長が行う。

附　　則　　この規程は、平成15年12月18日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成19年10月１日から施行する。

附　　則　　この規程は、平成24年4月１日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領

１　趣　旨

この要領は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成規程に基づき、必要な事項を定める。

２　留意事項

（１）研究は個人及び２名以上の共同研究とする。

（２）共同研究は、異なる施設のものでもよい。

（３）他の助成金を受けている者及び過去に助成を受けたことのある者は応募できない。なお、共同研究者はこの限りではない。

３　助成に関する金額と使途

助成申請額および助成額は、１件当たり 20 万円以内とする。

また、助成金の使途については、直接研究にかかわる経費のみとする。

＜例　示＞

物品費：研究に必要な物品を購入するための経費

人件費・謝金：研究への協力（資料整理、実験補助、翻訳・校閲、専門的知識の提供、アンケートの配付・回収、研究資料の収集、データ入力等）をする者にかかる人件費・謝金等

旅　費：研究代表者、研究分担者、その他研究への協力をする者の出張（資料収集、各種調査、研究の打合せ、研究の成果発表等）のための経費（交通費・宿泊費）

その他：上記のほか当該研究を遂行するための経費（印刷費、複写費、現像・焼付費、通信費、運搬費等）会議費（会場借料費等）レンタル料（コンピュータ、自動車、実験機器・器具等）研究成果発表費用（学会誌投稿料、研究成果広報用パンフレット作成費用等）

４　応募方法

（１）募集方法　公益社団法人愛知県看護協会から各施設に通知する。

（２）募集期間　毎年 12 月 1 日から翌年 1 月 14 日（必着）までとする。

５　選考方法

（１）助成金の申請書は、看護研究助成委員会において審査選考する。また、申請者に対して研究内容等について照会することもある。

（２）看護研究助成選考において、臨地での実践者の研究を優先して採択する。

６　決定通知

助成金の決定通知は、研究責任者に応募年度の３月末日までに文書で連絡する。

７　交付方法

助成金の交付は個人名義あてとする。

８　助成期間と成果の報告

（１）研究期間は原則として、当該年度４月から３月末日までの１年間とする。但し、やむを得ず研究期間を延長する場合は、所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」を提出する。

（２）助成金の使用期間は、助成を受けた年度限りとする。

（３）助成決定後の義務は、次のとおりとする。

ア　助成決定後は、別紙「研究計画書」に基づき研究を実施し、「公益社団法人愛知県看護協

会看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き」に従い、研究完了の報告及び収支報告を提出する。

イ　上記報告書の提出期限は、助成年度の３月末日とする。

ウ　当該年度中に使用できなかった助成金の残額の返還については、助成年度の翌年度の４月 10 日までとする。

エ　成果物は、看護協会が開催する学会及び看護系の学会等に口頭・施設発表あるいは紙上発表する。なお、学会等への発表時は、愛知県看護協会看護研究助成を受けたことを明記する。

オ　助成を受ける者は、翌年度中に発表を終了しなければならない。やむを得ず、さらに遅れる場合は、翌年度１月末日までに所定の「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」を提出し、承認を受けなければならない。

カ　学会発表後は、「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出する。

キ　発表が翌年になった場合も、発表後速やかに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成学会報告届書」を提出しなければならない。

９　その他

（１）研究発表の終了したものについては、毎年、研究助成委員会で「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」を作成する。

（２）「愛知県看護協会看護研究助成報告論文集」に掲載した論文で、研究者が承諾した論文に関しては、愛知県看護協会ホームページに論文を掲載する。

（３）独創的で、優秀な研究については、モデル研究として、愛知県看護研究学会で発表する。

（４）提出された書類は返却しない。

附　　則　　この要領は、平成 16 年 10 月 22 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 19 年 10 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 21 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 22 年 12 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 24 年４ 月 1 日から施行する。

附　　則　　この要領は、平成 29 年 10 月 10 日から施行する。

附　　則　　この要領は、令和 2 年 11 月 1 日から施行する。

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成金交付申請書記入の手引き

1　公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金の交付を申請される方は、公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成金交付申請書（以下申請書）記入の手引きをご参照の上、申請書を作成してください。

記入上の留意事項

1) 申請は、「公益社団法人 愛知県看護協会 看護研究助成金交付申請書」（様式１）を提出する。

2) 申請書には、以下のことを記入する。

① 愛知県看護協会会員番号

② 所属施設の正式名称・所属施設の所在地・氏名・自宅住所・電話番号等

なお、所属施設とは、所属する病院名及び在籍する大学院名をいう。両方に関わる場合には所属施設欄の 2 か所に記載する。

③ 共同研究者の所属施設名・職名・氏名

④ 研究課題（研究テーマ・サブテーマ）、またテーマとした理由を簡潔に記入

⑤ 研究目的は、先行研究等の状況を踏まえ具体的に記入、また記入するスペースが不足した時はコピーをして添付

⑥ 研究計画は、別紙を使用し、具体的にタイムスケジュールも記入（総数３～５枚まで）

⑦ 本研究に関連するこれまでの成果についての説明を記入

⑧ 推薦者の所属施設名・職名・氏名・所属施設の所在地（記載順を変更しています）

⑨ 本研究の予算額は、1 件当たり 20 万円以内である。

当該研究にかかわる物品、人件費・謝金、旅費、その他（「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）をできるだけ詳細に記入

記入例を参照し、算出根拠も明示する。

（記入例）

物　　品	人件費・謝金	旅費	その他	合計金額
ソフトウェア（含バージョンアップ）60,000 USB(4G)3 本組 3,000 書籍　8,000	アルバイト研究補助員の人件費（時給 1,000 × 5h × 5 日）25,000 被験者への謝金(300 円×100 人)　30,000	学会参加旅費(東京)宿泊含む　30,000	通信費（切手 82 円×100 人×2）16,400 アンケート印刷費 10,000 学会投稿料　5,000 学会参加費 10,000	197,400 円
計　71,000 円	計　55,000 円	計　30,000 円	計　41,400 円	

2　申請書の受付

1)　申請書は原本を提出する。

2)　送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

3)　送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号

公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成申請係宛

TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

公益社団法人　愛知県看護協会　看護研究助成研究報告書執筆方法

【執筆方法】

1. 原稿は、Ａ４用紙　40 字、40 行、上下余白 30mm、左右余白 25mm
   ＊８枚程度にまとめる。（資料を含む）
   ＊ローマ数字の項目から次の項目へ移るときは１行空ける。
   ＊表紙・外枠・ページ付けは不要である。

2. 字体はすべて明朝体とする。（ただし資料はそれに限らない）

3. テーマ記載について
   1）公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書　を文頭に入れる。（12 ポイント）
   2）表題はセンター寄せとし、長い場合は適当なところで折り返す。　（16 ポイント）
   3）氏名は研究者と共同研究者を区別するため、研究者氏名の前に〇印をつける。研究者・共同研究者の所属を記入し、文頭を揃えて右寄せで記入する。（10.5 ポイント）

4. 本文について
   1）文献まですべて 10.5 ポイントとする。
   2）項目立ては原則として以下の通りとする。
      Ⅰ．はじめに　Ⅱ．研究目的　Ⅲ．研究方法　Ⅳ．結果　Ⅴ．考察　Ⅵ．結論
      謝辞　付記　文献
      ＊謝辞・付記・文献は項目数字を付与しない。
   3）項目立てに使う数字について
      大項目から順に　Ⅰ→　1→　1）→（1）→ｉとする。
      ＊大項目（ローマ数字）は次の項目へ行くときに１行空ける。小項目は空けない。
   4）Ⅱ．研究方法に、研究デザイン・研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義の内容を記載する。
      ＊研究倫理審査の結果、倫理審査番号が付与されている場合は倫理的配慮の中で記載する。
      ＊用語の定義は、必要に応じて記載する。
      ＊その他研究方法で記載したほうが良いと判断されたものがある場合は追加してよい。
   5）結果・考察・結論（まとめ）についての記載方法は研究者に任せる。
   6）謝辞：愛知県看護協会看護研究助成を受けたことを明記する。（受給年度の記載は不要）
   7）付記：この研究を発表する学会が決定していれば記載する。
   8）文献について
      (1)文献は引用順に番号をつけ、本文引用箇所の右肩に [1),2)]などで示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に記載する。
      (2)雑誌・単行本・訳本などは、「日本看護学会論文集投稿規程　文献の記載方法」に準じる。
      (3)インターネットからの文献は URL と最終アクセス日を記載する。

5. 図表について
   図・表・写真は、図 1、表 1、写真 1 と番号をつけ、本文内に挿入または本文の後に一括する。ただし、白黒印刷で判別できる表記をする。
   ＊報告論文集は、提出された状態で製本されます。

6. 提出について
   原稿は原本 1 部とコピー1 部を郵送にて提出する。また、報告論文集作成のため、最終原稿は PDF ファイルと元のファイル（Word 等のファイル）の双方をメールで送付する。

〔報告書記載例〕

12 ポイント
センター寄せ

公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究報告書

＊（1 行空ける）

○○○○に関する研究

16 ポイント
センター寄せ

＊（1 行空ける）

○愛知花子　（高辻病院）
東海太郎　（高辻クリニック）

文頭を揃える

右寄せ

＊（1 行空ける）

Ⅰ．はじめに

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅱ．研究目的

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅲ．研究方法

研究対象者・研究期間・方法・倫理的配慮・用語の定義、その他必要項目

＊小項目は必要に応じて記載内容を追加あるいは削減してください。記載順も必要に応じて変更可能です。

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅳ．結果

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅴ．考察

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

Ⅵ．結論（まとめ）

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

謝辞

※「愛知県看護協会看護研究助成」を受けたことを明記する。
(例) 本研究は、愛知県看護協会看護研究助成を受けて実施しました。

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

付記

＊（文末から次の項目へ 1 行空ける）

文献

＊不明な点は愛知県看護協会看護研究助成申請担当まで、問い合わせて下さい

令和 4 年 12 月 1 日改訂

公益社団法人　愛知県看護協会
看護研究助成研究報告書・会計報告記載の手引き

1　公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告の提出

1)　公益社団法人　愛知県看護協会研究助成研究報告・会計報告等は記載の手引きを参照の上、当該年度３月末日までに提出する。

2)　当該年度３月末日までに研究報告書を提出できないときは、当該年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究期間延長願」（様式４）を提出する。

3)　翌年度３月末日までに研究発表が終了できないときは、翌年度１月末日までに「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成研究発表延長願」（様式５）を提出する。

研究報告書

1)　研究報告書は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成研究報告書執筆方法」（資料１）に従い記載し提出する。

2)　学会発表報告については、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成　学会報告届書」（様式３）を提出する。

会計報告

1)　会計報告は、「公益社団法人　愛知県看護協会看護研究助成金会計報告」（様式２）を提出する。

2)　必要な項目を記入し、一覧表を作成する。

（「公益社団法人愛知県看護協会看護研究助成要領」３　助成金額と使途　参照）

収入（助成金）・物品・人件費・謝金および旅費・その他

収　　入（助成金）	物　　品	人件費・謝金	旅費	その他
計	計	計	計	計
合計	支出合計（残高）			

3)　当該年度中に使用できなかった助成金の残金の返還については、報告書提出時あるいは助成年度翌年度の 4 月 10 日までとする。

4)　領収書はすべてのり付けし添付する。

2　公益社団法人愛知県看護協会研究助成研究報告書・会計報告送付先

1)　送付時の注意：簡易書留にて郵送する。

2)　送付先

〒466-0054

名古屋市昭和区円上町 26 番 18 号

公益社団法人　愛知県看護協会

看護研究助成研究報告書係宛

TEL(052)871-0711　　FAX(052)871-0757

令和 2 年 11 月 1 日改訂

令和3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	富 田　　元
■委員	山 本 陽 子
	西 尾 里 美
	宮 内 義 明
	加藤亜妃子
	森田恵美子

令和3年度愛知県看護協会看護研究助成報告論文集

令和5年3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