

日本赤十字

豊田看護大学紀要

第19巻 第1号 2024年

巻頭言	下間正隆	1
原著	小児病棟において発達障害の特性をもつ児に 入院生活中の看護援助をする看護師の困難の状況と影響要因 鷺見正子、大西文子、岡田摩理	3
研究報告	熟練介護支援専門員のターミナルケアマネジメントにおける 医療職者との顔の見える関係構築 宝木百代、小林尚司、清水みどり	19
	成人の場面緘黙当事者がポジティブな効果を感じた体験と望んでいる支援 飯田大輔、岡田摩理	33
特集	成人急性期看護学実習前シミュレーション演習の効果 栩川綾子、河村 諒、谷口純平、石田 咲、石黒千映子 田口栄子、石原佳代子、カルデナス暁東、東野督子	53
	成人慢性期看護学実習前シミュレーション演習における学習効果 石黒千映子、田口栄子、石原佳代子、谷口純平、河村 諒 和田友美、石田 咲、栩川綾子、東野督子、カルデナス暁東	67
	在宅看護学実習におけるWeb会議システムを活用したカンファレンス 深谷由美、松田優子、百瀬由美子	83
	老年看護学実習における遠隔カンファレンスを経験した教員の振り返り 橋本亜弓、小林尚司、清水みどり、近藤香苗	89
	精神看護学実習における携帯型タブレットを用いた 遠隔での実習カンファレンスについての一考察 原田真澄、飯田大輔、山本壮則	93
	基礎看護学領域における超音波画像診断装置を用いた看護技術演習の学習効果 山田聡子、巻野雄介、竹内貴子、高下 翔 近藤絵美、西久保ひろみ、福岡友理恵、中島佳緒里	99

研究の喜び

学術情報センター・図書館長 下 間 正 隆

本学が、林や池にかこまれた自然豊かな丘のうえにたつて20年目をむかえ、本紀要も19巻目になりました。

巻頭言をかくにあたり、私は何をかこうかと困りました。

昔、先輩から、論文作成では、「アクセプトの喜びが一番」とおそわったことがあります。

私にも、一度だけ、この喜びがあります。

かつて私は、胃癌の腹膜播種性転移（ふくまくはしゅせいてんい腹膜転移）について研究していた時期があります。

この転移は、胃癌が進行して、胃壁の全層にひろがった癌細胞が、腹腔内にパラパラと、種を播くかのように転移する胃癌に特徴的な転移です。

胃癌の治療法を改善するためには、播種性転移がどのようにして生じるのかを知る必要があります。

私は、毎日、手術室で切除された胃に付いてくる大網（胃からエプロンのようにぶら下がった脂肪の網）を研究室に運んで、大網のどこかに、胃癌の癌細胞がひっついていないかを様々な染色法を用いて調べていました。しかし、脂肪のかたまりのような大網の全体を顕微鏡で調べるには、大網はぶ厚く、大きすぎました。

当時、ウサギやネズミなど動物の大網には、乳白色の斑点のような乳斑（milky spots）というリンパ系組織が存在し、腹腔内の腹水や異物を吸収して、処理していることがわかっていました。

私は「腹腔内に、こぼれ落ちた胃癌の癌細胞も乳斑に吸収されるのではないか」と考え、まず、「そもそも、ヒトの大網にも乳斑があるのかどうか」を調べることにしました。

そして10ヶ月後に、実体顕微鏡で、大網に、ふわっと浮かぶ「白い乳斑の細胞のかたまり」を見つけた瞬間のことは、35年後の今も鮮明に覚えています。誠に大きな喜びでした。

早速、論文にして投稿すると、すぐに「accepted」の返事があり、喜びと同時に、ほっとしました。

その論文は、ヒトの大網に、はじめて乳斑を同定した論文になりました（Acta Anatomica, 1989）。

先日（2023年8月）、偶然、その論文が解剖学の教科書に紹介されていることを人からききました。

その本（『標準組織学 各論（第4版）』、医学書院、2010年）には、「ヒトの大網は脂肪が多く厚いので、乳斑の存否は不明であったが、外科医、下間正隆（1989）が、ヒトにも多数存在することを認め、その細胞構成を明らかにした」と記載されていました。

これもまた、35年ぶりの望外の大喜びでした。

研究には、それをきっかけとして、その研究が目的とする問題がブレイクスルーに解決に踏み出すような内容が大切であり、その結果を論文にして世の中に問うことが求められます。

論文は、知りたい、解明したい、と強く思わなければ書けません。仕方なく書く論文であってはならないと思います。

以上、私の研究上のつたない喜び話をもって、巻頭言とさせていただきます。

本誌の論文が、他の論文に数多く引用され、今後、益々、社会に貢献できる真に充実した紀要へと発展していくことを祈る次第です。

原 著

小児病棟において発達障害の特性をもつ児に 入院生活中の看護援助をする看護師の困難の状況と影響要因

鷺見 正子¹ 大西 文子² 岡田 摩理²

要旨

本研究では、小児病棟の看護師が、発達障害の特性をもつ児に入院生活中の看護援助をする上での困難の状況と影響要因を明らかにした。小児病棟で発達障害の特性をもつ児を受けもった経験のある3年目以上の看護師に面接を行い、困難の状況に関する内容を抽出しカテゴリー化した。看護師には《児の気持ちや特性を捉えることが難しい》ことや《親との協働が難しい》ことから、入院生活中の看護援助をする上で《発達障害の特性に合わせた援助方法が見出せない》という困難の状況があった。

これらの影響要因には、《看護師の経験の不足や知識活用の難しさ》《病棟の体制が整っていないと感じる》《看護師の意欲が減退してしまう》があった。

看護師への支援として、発達障害の特性をもつ児と親について十分なアセスメントができるような教育的支援を行い、多職種と協働する病棟の体制を整備していくことで、親子がより安心して入院生活を送ることができると思う。

キーワード 小児看護 発達障害 看護師 困難

I. はじめに

文部科学省の調査によると、「通級による指導を受けている児童生徒数」の中で、注意欠陥多動性障害、自閉症、情緒障害をもつ児童生徒の割合は毎年増加している（文部科学省，2022）。2005年に施行された発達障害者支援法は2016年に改正されたが、改正の目的は早期発見・早期支援の体制強化であり、乳幼児健診や学校などの教育機関における健診方法の見直しや研修の促進など、発達障害をもつ児とその家族の支援体制は以前と比べると整備されてきている（厚生労働省，2016）。しかし、専門医の不足から診療体制は不十分で、かかりつけの小児科医にも発達障害の診察や支援をする機能が求められるようになってきている（総務省，2017）。そのため、発達障害の治療を専門的に行っていない病院の小児病棟にも発達障害の特性をも

つ児が身体疾患治療目的で入院する場合があります、その対応に困難をきたした事例などが報告されている（丸山，大嶋，梅本，2017；只野，2014）。

先行研究では、瀧田、濱中（2020）は、小児専門病院と大学病院で勤務する小児病棟の看護師に量的な調査を行い、発達障害児との関わりには、日常生活援助、検査・処置、点滴管理、与薬、事前説明・準備・安静のすべての項目で困難度が高く、理由として、こだわりによる看護援助の中断・拒否、危険な行動、予測できない行動があることを示している。この研究は量的研究であるため、困難な場面の具体的な状況は詳細に明らかにされていない。一方、事例研究では、大学病院や一般病院の小児科病棟に発達障害の特性をもつ児が身体疾患治療目的で入院してきた時に援助内容などが報告されている。その中で、医師や看護師は発達障害をもつ児と親への対応に困難さを感じながらも、TEACCHプログラム（Treatment and Education of Autistic and related Communication-Handicapped Children program）を用いた児への関

¹ 日本福祉大学 看護学部

² 日本赤十字豊田看護大学

わり（濱本，大久保，井門，2007）や視覚的なツールの利用（角本，2014）、親と多職種で児の特性に合わせた情報を共有し手術や処置に導く（丸山，大嶋，梅本，2017）などさまざまな工夫をしていた。しかし、これらの研究は手術や検査などの医療行為実施時の困難に対する看護師の関わりや看護技術を明らかにした研究であり、検査や処置の対応以外の入院生活の場面の看護援助をする上での困難について具体的に明らかにした研究は見当たらなかった。

看護師は、児や親に対して、処置や検査の時だけでなく、検温や巡視、日常生活の援助など、入院時のどの場面でも個々に応じた援助をすることが必要である。感情表現や言語の表出の少ない児と関わる際、看護師が児の思いや行動の意味が捉えられないと看護師自身に不安や戸惑いが生じることが報告されている（市江，2008）。看護師が発達障害の特性をもつ児に対し、不安や困難を感じていると十分にコミュニケーションがとれず、適切な援助ができないことにつながる。また、小児の入院では親が付き添っていることが多く、児への援助において親からの情報を得なければ対応できない場合もある。しかし、発達障害の特性をもつ児の親も児の特性を理解できていない場合や、親自身が児と同様の特性をもつ場合がある（杉山，2006）ことから、親からの児の情報や協力が得られにくいこともあり、いっそう児とのコミュニケーションがとりにくく適切な援助をすることに困難を感じるものが考えられる。

そこで、本研究では、小児病棟において、発達障害の特性をもつ児に入院生活中の看護援助をする看護師の困難の状況と影響要因を明らかにすることとした。これを明らかにすることで、看護師の困難に対する教育的支援や体制整備を考えることができ、発達障害の特性をもつ児と親が入院生活を安心して過ごす対策を考える基礎資料となると考える。

II. 用語の定義

発達障害の特性をもつ児：発達障害者支援法による発達障害の定義「自閉症、アスペルガー症候群、他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠損多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるも

の」により診断されている児、および診断が未確定でも症状から医療従事者が発達障害を疑う児とする。発達障害は診断に時間を要し未確定も多いため、疑いも含む。

困難の状況：看護師が困ったり、難しいと感じた場面での出来事や看護師の感情などのありさま

III. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接法を用いた質的記述的研究

2. 研究対象者

発達障害の治療を専門的に行っていない病院の小児病棟で、かつ成人との混合病棟ではない小児病棟において、発達障害の特性をもつ児を受けもった経験のある看護師経験3年目以上の看護師を対象とした。ベナー（Benner/井部訳，2001/2005，P.21）は2～3年目になると、看護師は問題に対するきわめて意識的で理論的かつ分析的な思索の基盤を持ち始めると述べている。そのため、看護師経験3年目以上であれば、困難の状況と影響する要因について分析的に語るができると考えたためである。

3. データ収集方法

インタビューガイドにそって1時間程度の面接を行った。インタビュー内容は、最初に属性として、看護師経験年数、小児病棟経験年数、これまでに関わった発達障害の特性をもつ児のおおよその数を聞き、次に、検査や処置・診察場面の対応以外で入院生活中での援助をする上で困ったこと、難しいと感じたことを児の身体疾患や親の状況などの背景も含めて詳細に聞き取った。インタビューは研究対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。

4. 分析方法

インタビューによって得られたデータを逐語録に起こし精読した。その後、発達障害の特性をもつ児の援助をするうえでの困難に関する内容として、困難を感じた場面やその時の感情、アセスメントの内容、援助方法、普段から発達障害の特性をもつ児に関わる時に考えていることなどが語られた部分を前後の文脈も含

めて抽出しデータとした。データを繰り返し読み、意味内容を読み取ってコード化した。類似性に沿ってコードを分類しカテゴリー化した。見出したカテゴリーの関係をサブカテゴリーの内容や前後の文脈を見直しながら3名の研究者で話し合い、看護師の困難の状況と影響要因を検討した。分析は、質的記述的研究の経験が豊富な小児看護学の研究者2名を含めて結果を検討した上で、内容の妥当性を確保するために、小児看護の実践家に意見を聞きカテゴリー名の修正を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、著者が所属する機関の倫理審査委員会の承認を得た。

発達障害の治療を専門に行っていない病院の小児病棟で、かつ成人との混合病棟ではない小児病棟をもつ病院に研究協力の依頼書を看護部長宛てに送付し、承諾を得られた病院の小児病棟の看護師に研究目的・方法・倫理的配慮・研究方法の公表の方法について文書と口頭で説明し、同意書への署名をもって研究参加への同意とした。また、本研究において開示すべき利益相反はない。

IV. 研究結果

1. 研究参加者およびインタビュー時間の概要

10施設に対して協力の依頼をし、5施設から7人の研究参加者を得た。看護師の経験年数は5～26年目であり、平均12.7年目であった。小児病棟経験年数は5～14年目であり、平均8.8年目であった。発達障害の特性をもつ児に関わった人数は10～60人であった。インタビュー時間は45～72分であり平均61.8分であった。

2. 看護師の困難の状況と影響要因

本研究の分析結果において、困難の状況と影響要因に関する6コアカテゴリー、15カテゴリー、32サブカテゴリーを見出し表1に示した。コアカテゴリーは《 》、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、コードは { }、語りは「 」で示した。なお、語りの中の（ ）は前後の文脈から補足した内容である。

1) 看護師の困難の状況と影響要因の全体像

見出されたカテゴリーの関係を前後の文脈から検討し、図1に看護師の困難の状況と影響要因の関係を含む全体像を示した。

看護師は、発達障害の特性をもつ児の反応や行動から児の気持ちをよみとろうとしていたが、【児の気持ちがよみとりにくい】【児の発達障害の特性を判別しにくい】【児自身がもつ特徴的な発達障害の特性を知る情報がとりにくい】のように《児の気持ちや特性を捉えることが難しい》ことを感じていた。また、小児病棟では、親の付き添いがあることが多いため親との協働が必要であるが、【親の気持ちの理解をすることや親と関係性をもつことが難しい】【親自身の特徴によって適切な援助をすることが難しい】【親と児の捉え方が違うと援助がしにくい】などのように《親との協働が難しい》ことを感じていた。また、実際の援助の場面においては【発達障害の特性をもつ児の特徴的な行動に戸惑う】や、援助を行った後でも【行った援助に対してどう振り返りをしたらいいかわからない】があり《発達障害の特性にあわせた援助方法が見出だせない》という状況があった。これらの3つのコアカテゴリーは、看護師が感じた困難の状況であり、単独の状況の場合もあるが相互に関連している状況もあった。

困難の状況に影響する要因には、まず【チームとしての援助が難しい】【入院環境の制限によって特性に合わせた援助ができない】のように《病棟の体制が整っていないと感じる》があった。また【発達障害の特性をもつ児に関わった経験が少ない】【知識を得ても実践にいかせない】のように《看護師の経験の不足や知識活用の難しさ》が見出された。さらに困難な状況を経験することで、【発達障害の特性の強い児への援助をあきらめている】【発達障害の特性の強い児への援助に負担を感じる】のような《看護師の意欲が減退してしまう》ことをもたらし、それが困難の状況に影響する要因ともなっていた。

2) 看護師の困難の状況と影響要因の具体的な内容

1) 《児の気持ちや特性を捉えることが難しい》

このコアカテゴリーは、看護師が児の入院生活を援助する上で、児の言動から気持ちをよみとることや児の発達障害の特性を捉えられないことに困難を感じることを示している。

【児の気持ちがよみとりにくい】では、2つのサブ

表1 小児病棟において発達障害の特性をもつ児に入院生活中の看護援助をする看護師の困難の状況と影響要因

コアカテゴリー
カテゴリー
サブカテゴリー
児の気持ちや特性を捉えることが難しい
児の気持ちがよみとりにくい
児が泣く理由がわからない
児の行動の意味がわからない
児の発達障害の特性を判別しにくい
健康障害との鑑別が難しい
トラブルが起きてから発達障害の特性に初めて気がつくことがある
児自身もつ特徴的な発達障害の特性を知る情報が取りにくい
短期入院では十分に児の個別な特徴に関する情報をとることができない
親から児の特徴的な発達障害の特性を聞き出せない
親との協働が難しい
親の気持ちを理解することや親と関係性をもつことが難しい
親の気持ちをゆっくりと落ち着いて聞く時間がない
親との踏み込んだ関係性を築くことができない
親自身の特徴によって適切な援助をすることが難しい
親もこだわりが強く臨機応変に応じてもらえない
親がトラブルを起こすことに困惑する
親とコミュニケーションがとりにくい
親と児の捉え方が違うと援助がしにくい
親が児の状況について理解できていないと感じる
児への関わり方について親の意向に従わざるを得ない
診断がされていないとどう踏み込んでいいかわからない
介入の必要性を感じても診断がされていないと関わり方がわからない
発達障害の特性にあわせた援助方法が見出せない
発達障害の特性をもつ児の特徴的な行動に戸惑う
こだわりの強さに困惑する
多動で落ち着きがない児の行動に戸惑う
感覚過敏をもつ児への援助が難しい
コミュニケーションがうまく取れない
他者との距離の取り方に違和感があり戸惑う
行った援助に対してどう振り返りをしたらいいかわからない
気持ちが切り替わるきっかけがわからない
対応が正解かわからない
病棟の体制が整っていないと感じる
チームとしての援助が難しい
カンファレンスをしてチームでの統一した適切な援助方法が見出せない
医師や臨床心理士などの助言の活用の仕方がわからない
入院環境の制限によって発達障害の特性に合わせた援助ができない
部屋の制限によって発達障害の特性に合わせた援助ができない
看護師の経験の不足や知識活用の難しさ
発達障害の特性をもつ児に関わった経験が少ない
経験が浅いと発達障害の特性にあった援助を考えることができない
経験が浅いと発達障害の特性に気がつくことが難しい
知識を得ても実践にいかせない
発達検査の結果を参考にすることができない
自己学習で知識を得ても個別の事例に適用することが難しい
看護師の意欲が減退してしまう
発達障害の特性の強い児への対応をあきらめている
短期の入院では発達支援には深く介入できないと感じる
ゆっくりと児に向き合う余裕がない
発達障害の特性の強い児への援助に負担を感じる
受けもちで援助をすることを負担に感じる
受けもちで援助をすることに構えや怖さを感じる

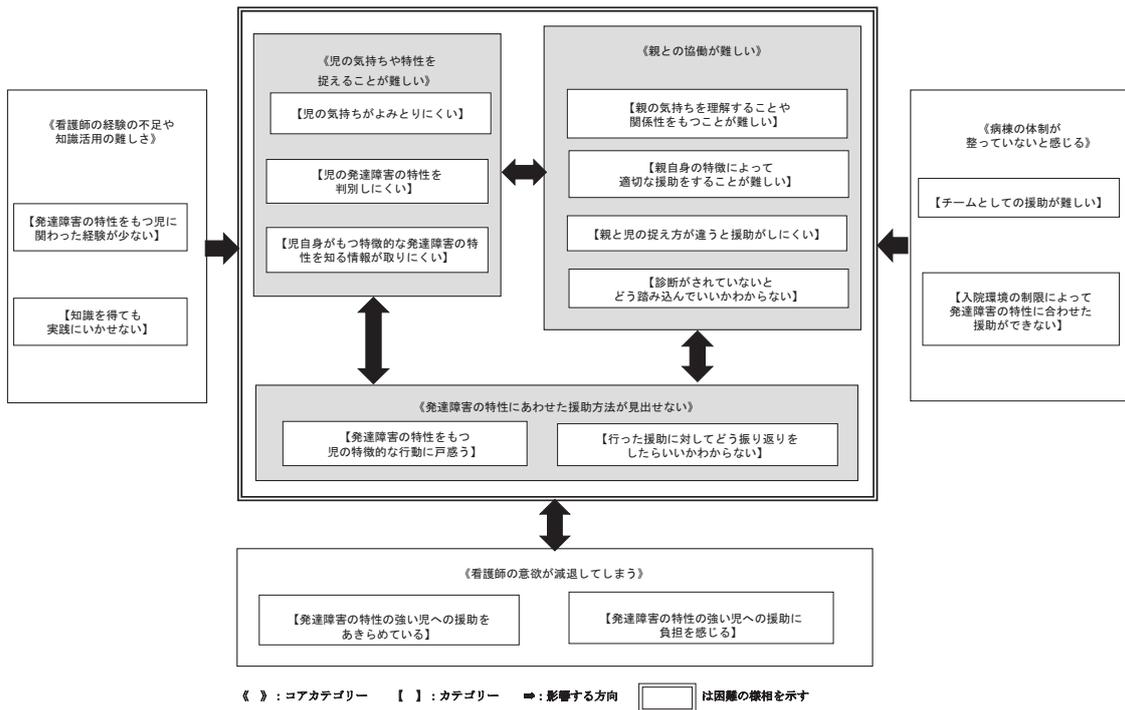


図1：小児病棟において発達障害の特性をもつ児に入院生活中の看護援助をする看護師の困難の状況と影響要因

カテゴリーが見出された。

〈児が泣く理由がわからない〉では、〈何をしてもしばり泣き続ける理由がわからない〉があった。発達障害の疑いがあり療育に通っている5歳児への対応場面では「骨折で入院してきたのですが、手術後に一晩中あばれて泣いてしまう子がいて。(看護師がなだめたり、苦痛を軽減するような工夫をしても)全然泣きやまなくて、痛みで泣いているのか、他に不快なことがあるのか全然わからなくて。痛みが強いのかなと思ってなだめても泣きやまなくて」があった。また、この児に対しては「泣いていた理由を後から考えてもわからない」があり、「ずっと泣いている子に対してどうしたら良かったのかな、とか後から考えたりしますが、結局よくわからなくて。結局なにが嫌だったんだろう。ずっと泣いていても何もしてあげられないな、というもやもやした感じでした」と語られ、看護師が児の泣く理由をよみとれないことに戸惑う様子が示されていた。

〈児の行動の意味がわからない〉では、〈パニックを起こす理由がわからない〉があった。発達障害の疑いのある8歳児の場合には「扁桃腺の摘出の術後に、少し経ってから何かがかきかけでわーっと暴れだして。お母さんに殴ったりして」のように、児が突然にパニック状態になった理由がわからないことに戸惑って

いた。〈暴力や暴言をはく理由がわからない〉では、白血病で長期入院をしている発達障害の疑いがある11歳児のケースが語られていたが、「とにかく気性の変動が激しくて、暴れたり暴言をはいたりして、看護師に手や足が出ることもありました。それが夜中にもあって」があり、寂しさかもしれない思いながらも言葉での表現がされないため気持ちを捉えきれない状況が示されていた。

〈児の発達障害の特性を判別しにくい〉では2つのサブカテゴリーがあった。

〈健康障害との鑑別が難しい〉では、〈入院時は行動が発達障害の特性によるものなのか、疾患や治療の影響によるものなのかわからない〉があった。発達障害の特性をもつ児が入院してきた場合、「入院してくるときは、いつものその子の状態と違う状態で入院されると思うので、普段の様子はどうなのかっていうところが判断できないので、それが子どもによっては、苦痛とかそういう何か不快なことが原因で騒いでしまったり、暴れたりするのか、もともとの発達障害(の特性)に影響しているのかとか」と語られ、普段と異なる行動の理由が健康障害によるものか、発達障害の特性による影響かを判別しにくいことを示していた。

〈トラブルが起きてから発達障害の特性に初めて気

がつくことがある)では、{発達障害をもっているも術後の経過が一般的だと特性に気づかないことがある}があった。

アデノイドの術後に出血で再入院してきた4歳の発達障害と診断されている児の場合「退院した後で喉から出血した原因が、実はすごい偏食があって、お菓子で好きな硬いものを、我慢できなくなって食べちゃったみたいで。(入院中には食事をほとんど食べていなかったが)術後に食事がとれないことはよくある経過なので、再入院したときにはじめて偏食の事も知ったし、実は発達障害なんですってお母さんに言われて」があり、治療の経過によっては入院中には、発達障害の特性に気がつかないまま過ごしてしまう場合があることが語られていた。{前もって情報がない場合、トラブルが起きてから発達障害の傾向があることに気づくことが多い}では「前もって(発達障害の有無)知っておかないと、点滴を抜いたり転倒したり、やっぱりそういうリスクも高くなるんですね。そこで気づくことも多くて」があり、発達障害と診断されているという事前情報がないまま入院をすると看護師の注意が不十分になることを示していた。

【児自身もつ特徴的な発達障害の特性を知る情報がとりにくい】では2つのサブカテゴリーがあった。

〈短期入院では十分に児の個別な特徴に関する情報をとることができない〉では、{短期入院では受け持ちが毎回変わるため、児の個別な特徴がつかみにくい}があったが、同様の内容は複数の参加者が語っていた。「(発達障害の特性がカルテに書いてあっても)短期の子だとやっぱり関わる機会も少ないし、受けもちが毎回変わったりしてその子自身をあまり理解できないまま退院していっちゃうし、難しいかな」と語っていた。

〈親から児の特徴的な発達障害の特性を聞き出せない〉では、{親がその児自身の発達障害の特性を話したがないことがある}があり、「お母さん自身もなんだろう、うすうす感じてるかもしれないけど、そういうふうに思われたくないとか言いたくないとかいるんな方がいると思うんですけどそういう中で(発達障害の特性を)重点的に聞くっていうのはすごく難しいなと思います」があった。また {付き添いの人によっては児の普段の情報をとることができない}では、入院時に落ち着きのない児で祖父母が付き添っていた4

歳児の場合「おじいちゃんおばあちゃんも困ってて。いつもってどんな感じですかって言っても、いやわからないんだよね、いつも見てないし、っていわれました。普段の様子が全く分からないので、いつもこんなに落ち着かないのか、いつもは落ち着いているのかも分からない」があり、児の普段の情報が取りにくい状況が語られていた。

2) 《親との協働が難しい》

このコアカテゴリーは、看護師が親の気持ちの理解をすることの難しさや、親との関わり方の困難を感じることを示している。

【親の気持ちの理解をすることや親と関係性をもつことが難しい】では2つのサブカテゴリーがあった。

〈親の気持ちをゆっくりと落ち着いて聞く時間がない〉では、{親も対応に困っていると思うが、親から児の発達について不安や悩みを聞き出すことはゆっくり時間がなく難しい}があり同様の状況は複数の参加者が語っていた。「すごく不安そうな顔をしている発達障害児のお母さんに、不安なこととか気になる事とか、何かに悩んでいるのを聞き出すのはゆっくりかかわる時間がない私たちでは難しくって」という語りがあったが、難しい場合には保育士に母の気持ちを聞いてもらうように依頼することもあると示されていた。看護師自身は「結局理解してあげられないっていうのがちょっともどかしかった」と感じていた。

〈親との踏み込んだ関係性を築くことができない〉では、{親も児との関わりに困っていると思うが、児の特性への捉え方や気持ちの確認などを踏み込んで聞くことができない}があり「本当は困っているかもしれないけど。普段の様子とかを聞いて、性格なのかなと思ったりして。じゃあ、ちょっと言わない方がいいかなとか、本当は介入してあげたら良くなるかなとか思いながら葛藤しながら関わる感じですね」という語りや、「診断されてないのにこっちが発達についてどうとらえているのかとか聞くのは失礼だから、そこは難しくって」などがあり、時間がないことに加えて、遠慮の気持ちがあって親と関係を築くことができないことが示されていた。

【親自身の特徴によって適切な援助をすることが難しい】では、3つのサブカテゴリーがあった。

〈親もこだわりが強く臨機応変に応じてもらえない〉

では、{親にも融通が利かない、臨機応変に対応できないという傾向があると感じる}があり、「発達障害かなって思うお子さんのお母さんもやっぱりちょっと同じような傾向があるという気がします。なにか融通が利かないっていうか、臨機応変に対応できないことが多い気がします。生活の中で多少の病院の中のルールがあって。例えばお母さんが入るお風呂の時間だとか、そういうのをこの時間じゃないといけないと言ったりとか。待ってもらいたいのになんかきやいけなとか」があった。また、{親が物の位置やベッドの配置などにこだわりが強いことに戸惑う}もあり、「お母さんがこれはこの位置に置かないとダメとか、ベッドはこの位置じゃなきゃダメとか、いろいろとこだわりがあって。病室がその子仕様に代わる感じで」という親自身の行動への戸惑いが語られた。

〈親がトラブルを起こすことに困惑する〉では、{同室者とトラブルをおこすことに困惑する}があり、アスペルガー症候群と診断されている児の父親の場合「お父さんが付き添っていたんですけど、お父さんも同じような傾向があって。だから親が同室者ともめることがありました」という語りがあった。また、発達の遅れが指摘されていた児の母親では「おしゃべりをずっとしていて途中から（児と）きょうだい喧嘩みたいになってしまう親子がいて、同室の人から何度もクレームが来たことがありました。一時的に治まってもまた始まって、周りのお母さんも仕方ないね、みたいになって」があり、親が周囲の人とトラブルを起こすことに戸惑いを感じていた。

〈親とコミュニケーションがとりにくい〉では、{親も会話が一方通行でコミュニケーションがうまくとれない}があった。摂食障害で発達障害を疑われている中学生の母親の場合「お母さん自身も、コミュニケーションが本当に取れない人で、会話がずっと一方通行で、こちらがしている質問に答えられない感じの人で。（入院してきた日に本人と母親に病状や治療の説明をされているが）今後の治療のこととかの話は聞いていない感じで、独特な思考回路だなと感じました」と親とコミュニケーションが取れないことに戸惑うことが示されていた。

【親と児の捉え方が違うと援助がしにくい】では、2つのサブカテゴリーがあった。

〈親が児の状況について理解できていないと感じ

る〉では、{親自身が疾患の理解をできていないと感じる}があった。発達障害の疑いがあり療育に通っている児の母親の場合「手術のあとに子どもはパニックになって泣いて暴れているのに、なんでこんなに泣いてるの？と笑いながら動画をとったりして」と、看護師は母親の行動に違和感をもち、児の術後の状況が理解できていないと感じていた。{静かな環境を好むのに大部屋に入るなど、児に適さない環境を選んでしまう}では、「親が、この子はちょっと暗くて静かじゃないといけないね、とか理解していて、個室を希望する時はまたちょっとやりやすいですけど、あんまり特性をお母さんが理解していない人は大部屋とかに入っちゃう」があり、親が児の特性を理解していないことから児にとって適切な環境で入院生活を送ることができないことで、適切な援助がしにくいことが語られた。言葉の遅れのある7歳児では、「もう少し待ってあげたらいいのと思うことをお母さんがせかすことで、余計に言葉がでなくなったりその場で動かなくなっちゃって」のように、親が児の特性を理解しないまま、児への対応をしていることで、児が行動できなくなることに困難を感じていることが示されていた。

〈児への関わり方について親の意向に従わざるを得ない〉では、{親の児への対応についての要望に対し、正しいかどうかかわからないが受け入れる}があった。発達障害児の親に対応する場合、「この子はこういう特性があるので、この時はこうしてくれないと困ります。なんでも私（母親）と一緒にしないとダメなので。と言われることもあります。関わり方とか喋り方とか、関わる前にこうして欲しいとか。こういう言葉は使わないで欲しいとか。言われたりしたことがあります。でも、長く関わっているうちに実際には母親がいなくても比較的落ち着いて話せることがわかって。親の言うことが必ずしもすべて正しいとは限らないな」と親の意見に従って関わっていたが親の言うことが必ずしもその通りではないと感じたことが語られていた。{看護師の提案に対し親の望まない反応があると援助がしにくい}では食事にこだわりがある自閉症児に対し、「違うものを食べてみようかって提案するんですけどね。でも、お母さんが多分食べないと思いますって試すこともしなかったですね」と語られ、他に児にとってよい方法があったとしても試すことができにくい状況が語られた。

【診断がされていないとどう踏み込んでいいかわからない】では〈介入の必要性を感じても診断がされていないと関わり方がわからない〉があった。{疑いのある行動はあるが、発達障害と診断されていない児と親との関わりは手探りでやっている}では、「この子発達に何かありそうだなって思っても、そういう診断をされてないとか、お母さんがそう思ってない。という場合はすごく難しいなっていうのは感じますね。グレーゾーンの子たちですね。遠回し遠回しに関わっている気がします」があり、発達障害と診断されていない場合の児と親への関わり方の難しさが語られていた。

3)《発達障害の特性にあわせた援助方法が見出せない》

このコアカテゴリーは看護師が入院中の様々な場面で、児に合わせた援助を考え実践することや、実践後の評価をして次への看護に繋げることが難しいと感じた状況を示している。

【発達障害の特性をもつ児の特徴的な行動に戸惑う】では、5つのサブカテゴリーがあった。

〈こだわりの強さに困惑する〉では、{食事に対するこだわりに困惑する}があり、同様の状況は全ての参加者が語っていた。自閉症と診断されている10歳の場合「術後の食事制限があって。その子、ラーメンとかほんとにその決まったものしか食べれなくて、家でもいつも同じものを食べているらしくて。病院食にはもう口も開けられないし、見ようともしない感じです。手で払ったりして抵抗するし、完全に拒否ですね」があった。発達障害の疑いのある8歳児の手術後の場合は「食べ物が何だろうが絶対に口を開けなかったです。薬もだめ。水分もダメ。平均の年代から見て頑固では済まされないような絶対に何があっても（病院では）食べないという感じ」があった。この児の場合、痛みがあった可能性もあるが、通常の経過では食べられる時期になっても看護師がどのような働きかけをしても食事を全く食べようとせず、看護師は対応に戸惑っていた。さらに、摂食障害で栄養不良で入院してきた15歳児では、「パンの焼き方にすごいこだわりがあって、ちょっと焦げ目があったりとか柔らかさが違ったりするとお母さんにすごく怒ってました」があり、摂食障害の背景に発達障害があることが疑われていた。また、発達障害の特性がある場合に食事に制限があると、「心臓や腎臓疾患の子が多いので、ナト

リウムや水分に制限があることが多いのですが、病院の食事そのものだったり、食器だったり、環境だったり理由はいろいろあるんだろうけど手も付けない。栄養士さんに相談して違う食べ物に置き換えたりしても食べなかったですね」のように児の食事に対するこだわりの強さに困ることが多いことを示していた。{こだわりが強く適切な清潔ケアができないことに困惑する}では、発達検査で年齢相当でも、集団生活の流れについていくことが困難という診断のある5歳児では、「清拭を何回しようと思ってもいやだとか、違う話をしてやりたがらなくて。清拭はなんとかごまかしてできても同じ服を何日も着たがって。そこは譲らなくて」のように清潔ケアが必要であるにもかかわらず、援助が適切にできないことに困惑していた。{児が思い通りにならないと次の援助に進めない状態になることに困惑する}では、言葉の遅れがあり発達障害の疑いがある7歳児の場合「一つのことをやるのにすごく時間がかかることがあって。自分のペースを乱されると動かなくなるのとかが困りました」があった。同様に、腎移植をうけにきた発達障害の疑いのある4歳児が「これがやりたいと思ったら突き通す感じで思い通りにならないと洗面所で暴れて動かなくなっちゃって」という場面や、発達障害で不登校のある6歳児の場合「病院に来た瞬間から怒っちゃって。入院は嫌だといって口を利かなくなってしまうようになって結局帰宅しました。とにかく嫌だの一点張り」などがあり、児が思い通りにいかないことがあると起こす行動に対し、適切な援助ができないことに困惑する状況が語られた。

〈多動で落ち着かない児の行動に戸惑う〉では、{多動で動き回っていることに戸惑う}があり、発達障害を疑われる6歳児の場合「(耳鼻科の診察に行く際に)エレベーターのボタンを自分で押して降りようとしたり、柱にしがみついたり、違う病棟まで走って行ってその病棟を走り回ったり大変でした」のような戸惑いがあった。また発達障害の疑いが強い幼児では「火災報知機のボタンを何度も押してしまう子がいて、何度注意をしても走って押してしまう。親もそれを制止できていませんでした」という児がいたことを語っていた。また、{児の行動が落ち着かないことに戸惑う}があり、「入院してきて落ち着かないと、シーツにペンで何かぐちゃぐちゃ書いてしまって。それを止める

と怒っちゃう感じもあるからどうしていいかわからなくて」と語られ、多動のある児の行動に戸惑いを感じていた。

〈感覚過敏をもつ児への援助が難しい〉では、{モニター類が嫌いで持続的につけることができない}があった。自閉症にちかい発達障害と診断されている11歳児の場合「持続的にモニターが必要なんですけどすぐにとっちゃうんですよ。でもそれが大嫌いで絶対につけてくれなくて。本当にもう絶対に。主治医の先生もあきらめているから、訪室したときにはかる感じがいいよって。だから1時間とか2時間おきに測りにいきました」と語られ、治療のために必要な援助をすることが児の特性によって難しいことに困難を感じていた。{病室の中では裸で過ごし服を着ようとしないことに困惑する}では、自閉症の中学生の場合「家では裸で過ごすそうで。出かけるときは仕方がなく服を着てくれるんだけど家では裸。だから病室でも裸です。そこは寝る場所だから。でも、もう中学生だからちょっとねえ」のように、触覚過敏で服を着ないことに対する対応に戸惑っていた。{光や音に敏感なことに戸惑う}では、4歳の発達障害児の場合「部屋に入っただけで大声をだしたりそわそわしたり。普通の人は感じない光がその子にとっては早く暗くしたいとか、静かにしたいとかでずっとカーテンを昼間でも閉めていました」があり、児の特性に合わせた環境だとわかっていても戸惑う様子が示されていた。

〈コミュニケーションがうまく取れない〉では{コミュニケーションがうまく取れず、治療によるルールを守ることができないことに困惑する}があった。発達障害の疑いがあるネフローゼ症候群の5歳児の場合、「話しかけてもずっとゲームをやっていて独り言を言っていて。ネフローゼ症候群なので薬の管理や水分制限があったりするし、尿も測らなきゃいけない。でも守れないから、水分量を超えたり、尿も捨てちゃって」があり、治療に必要なことがうまく伝わらないことに困難を感じていた。また、言葉の遅れがある7歳児の場合「言葉がうまく出てこないで何が言いたいかわからない感じでした。本人が言いたいことがわからないままもやもやして終わりました」があった。発達検査で異常を指摘されている6歳児の場合「挨拶はできるけど、聞いたことと答えることが全然違って。言葉のキャッチボールができない感じでした」

があり、本来言葉での会話ができる年齢に達している児であっても、会話が難しいことに戸惑っていた。

〈他者との距離の取り方に違和感があり戸惑う〉では、{看護師に対しての距離の近さに困惑する}があった。発達障害の特性をもつ児の傾向として「距離感が近かったりとか初対面なのに急にギョッとしたりとか。今まで話したことが何回もあるみたいに普通に抵抗なく話しかけてきたりとか」があった。また、腎移植で多動がある4歳児の場合、「スタッフを見つけるとすぐに遊びに行こうって言ったり、他の患者さんにも距離が近いというか」という違和感をもっていた。

【行った援助に対してどう振り返りをしたらいいかわからない】では、2つのサブカテゴリーがあった。

〈気持ち切り替わるきっかけがわからない〉では{気持ちが切り替わった理由が結局何かわからない}があった。手術に行くことをずっと拒否していた発達障害の疑いがある6歳児の場合、「手術室に行く直前に、薬を飲まない、手術したくないとお母さんにしがみついて離れなくなって。主治医と手術室の看護師や病棟の看護師が説得しても、一向に聞き入れなかったんです。(中止にせざるを得ないという状況にまできた)ところが急に、手術に行くと言い出して。何がきっかけなのかわかりませんでした」があり、かなり遅れて出棟した場面が語られていた。

〈対応が正解かわからない〉では、{意思を譲らない児に対し児の意見を取り入れたが何が正解かわからない}があった。不登校で発達障害の6歳児の場合は、入院をすすめられていたが本人の希望で中止せざるを得ない状況になったが、「入院を嫌がることを、本人の意見を取り入れて帰宅させたことがよかったのかは、ちょっと何が正解かわからないですよ」と、対応に戸惑いを感じていた。結果的に良い方向になったと看護師が感じた場合でも、その理由が曖昧なままになっている状況や、看護師の葛藤が示されていた。

4) 《病棟の体制が整っていないと感じる》

このコアカテゴリーは、看護師が児に適切な看護援助がしたくても病棟の体制により行えない状況が起こってしまうことを示している。

【チームとしての援助が難しい】では2つのサブカテゴリーがあった。

〈カンファレンスをしてチームでの統一した適切な援助方法が見出せない〉では、{発達障害の専門医がいないと適切な援助方法が見出せない}があった。「関わり方を聞きたくても、発達障害の専門の医師がいるわけではないから医師も経験で対応しているのかなと感じます」では、小児病棟で入院対象となる疾患の治療をする医師も発達障害を専門としていないため、チームとして適切な援助を見出せず、関わり方がわからないまま対応することになっていることが示されていた。{カンファレンスで毎回同じようなことを話し合っている}では、「毎回発達障害の子の対応に困るたびに同じようなことを話し合っています。」があり、発達障害の特性は個々によって違うため、話し合いをしても毎回同じように統一した関わり方ができるわけではないことが語られていた。

〈医師や臨床心理士などの助言の活用の仕方がわからない〉では、{助言を聞いても実際にいかすことが難しい}があり、発達障害の特性がある児への声のかけ方のアドバイスを臨床心理士にもらった時に「こう言ってきたらこう返せばいいよ、ズバッといえいいよと教えてもらっても、児を傷つけてしまわないかと思ったり、実際には難しく曖昧に終わる感じです」と、医師や臨床心理士の助言を有効にいかせていない現状があることが語られた。

【入院環境の制限によって発達障害の特性に合わせた援助ができない】では〈部屋の制限によって発達障害の特性に合わせた援助ができない〉の категорияがあった。{感覚過敏のある児が大部屋では対応できないことが多い}では「その子にとってベストな環境を親がつくりたい、と思っても、大部屋だから時間の兼ね合いとか周りの子がうるさかったりして難しく」があり、疾患や治療にあわせて入院環境の制限をしなければならないが、特性にあわせることができないことに対する難しさが語られていた。{大きな声で騒いでも感染症などがあると落ち着いた場所へ移動することができない}では、「大きな声で騒いでもこちらもどうしようもできない中で限界があったりします。可能な限りプレールームとかみんなのいない場所とか提供したりしますが、感染症だったりするとそれも限られていたりして」があり、病院のルールの中で特性に合わせた援助をすることの限界が語られていた。

5) 《看護師の経験の不足や知識活用の難しさ》

このコアカテゴリーは、発達障害の特性をもつ児に援助をした経験や、発達障害に関する知識を活用して考えていく力が不足していることを示している。

【発達障害の特性をもつ児に関わった経験が少ない】では、2つのサブカテゴリーがあった。

〈経験が浅いと発達障害の特性に合った援助を考えるとできない〉では {経験が浅いとパニック時にその子に合った声のかけ方がわからない}があり、「(新人看護師は)子どもがパニックになっていると固まっちゃっていますね。どうしたらいいかわからないんだと思います。」と援助の経験が少ないと予期しない状況に対応することができないことが語られていた。また {経験が浅いと児の特性による行動に対しての理由や援助方法がわからない}では、「若手の子だと、感覚過敏でモニターが持続的につけられない児に対して、指示だから頑張って(モニターを)つけている子もいるんです。絶対、本人はつけないってなったりすると、こだわりのひとつかなと経験があると考えられると思うんですが。その子にとってそれが苦痛なんだよっていう、本当にそのモニターをつけなきゃいけない状態なのか、モニター以外でみれる観察とか、本当にそういう視点が必要かなって」と、経験が浅いと児の特性による行動の意味がわからないことから優先度を考えたり、工夫をすることができないことが示されていた。

〈経験が浅いと発達障害の特性に気がつくことが難しい〉では {経験が浅いと発達障害の特性に気がつかないことがある}のように、「新人の頃は、先輩たちが感じる発達の違和感に気がつくことができなかったけど、いろいろな子をみてきて気づけるようになったと思います」や、「ちょっと普通の子と違うなと思う感性とか、いろいろな視点で特性をとらえていくのは経験しかないと思います」など、発達障害の特性のある児に援助をした経験がないと、特性の有無や程度の把握をすることが難しいことが語られていた。

【知識を得ても実践にいかせない】では2つのサブカテゴリーがあった。

〈発達検査の結果を参考にすることができない〉では、{発達検査の記録を読んで、児の特性や関わり方を参考にすることができない}があり、「発達検査とかした記録があって、

この子はこういう傾向があるから、どんなふうに関わったらいとかなんとなく書いてあるのでそういうのを読むんですけど。結局それが実際に自分の声かけまでにいたらないとか」と発達検査から得た情報があっても、実際に援助をするときには適切に活用できていない現状が示されていた。

〈自己学習で知識を得ても個別の事例に適用することが難しい〉では「教科書やインターネットで調べても色々な子がいてその通りにはならない」があり、「教科書とかインターネットとかで調べると、こういうものだよと書いてあるんですけど。それにすべて当てはまらずに色々な子がいるのでやっぱりその通りにはいかないと思います」と、一般的な発達障害の知識をもっている実践に生かすことができていないことが語られていた。

6) 《看護師の意欲が減退してしまう》

このコアカテゴリは、看護師自身が発達障害の特性をもつ児に対し適切な援助の方法を見出すことが難しいことから、児への適切な援助を考えることへの意欲が低くなり、消極的になっていることを示している。

【発達障害の特性の強い児への援助をあきらめている】では2つのサブカテゴリが見出された。

〈短期の入院では発達支援には深く介入できないと感じる〉では「短期の入院だとその場限りだと考え深く介入しない」があり「入院中は疾患のことがメインで発達障害の支援はメインじゃないんですね。短期の入院だと、一部分しか見てないので深く関わられるわけではないから。成長できるといいねーで終わっちゃいますね」や「短期の入院であれば関りがうまくいなくても、その場だけでさようならだから、と切り替えていることが多いです。だから特に何も支援をしないことが多いですね」など、援助に困難を感じてもゆっくりとかかわる時間がなく、その後の支援につながっていない状況が示されていた。

〈ゆっくりと児に向き合う余裕がない〉では、「援助するためにゆっくりと児に向き合う気持ちの余裕がない」があり「対応に時間がかかることが多いので最初から最後までその子につきっきりで関わられるような、気持ちの忍耐力もないし、忙しさとかもあるし、難しいですね」と一人の児にゆっくりとかかわる時間や気持ちに余裕がないことが示されていた。

【発達障害の特性の強い児への援助に負担を感じる】では2つのカテゴリがあった。

〈受けもちで援助をすることを負担に感じる〉では「受けもちことが負担で援助することに疲弊している」があり、食事にこだわりのある発達障害が疑われる15歳児の場合には「私達ももう受けもちするのがしんどくて。決まり事もたくさんあるし、関わり方も難しいし、何か負担になるというか」や、長期的に入院をしている発達障害児への援助については「カンファレンスをしたり対応策を話し合ったりしていてもみんなストレスというか疲労感がありますね」があり、関わり方の決まり事が多いことや、対策を立ててもうまくいかないことに負担を感じていた。

〈受けもちで援助をすることに構えや怖さを感じる〉では「受けもちとわかると構えてしまったり怖さを感じる」があり、「発達障害の子が入院してくるとわかると、物事がスムーズに進まないだろうな、説明がうまくいかないんだろうなと構えてしまいます」や、食事にこだわりのある発達障害が疑われる15歳児の場合「食事がすすまないことをせかしたら、お皿を投げられて。うまくかかわれなかったこともお皿が割れたこともショックでした」があった。また、発達障害の疑いがある長期入院をしている暴言暴力がある10歳児の場合には「人の言ったことに敏感で話したことを覚えていて。余計なことが言えないから一つ一つの言葉にすごく気を使っていて怖かったです」があり、受けもちで援助をすることへの恐怖感が語られていた。

V. 考察

1. 発達障害の特性をもつ児の個別の特徴を捉えて援助を見出すことの難しさ

看護師の困難の状況には、《児の気持ちや特性を捉えることが難しい》や《親との協働が難しい》があり《発達障害の特性にあわせた援助方法が見出だせない》ことが明らかとなった。一般的に小児病棟の看護師は児と関わりながら性格や特徴を捉え、援助を見出している。本研究でも看護師は、児が泣いている理由は何か、行動をとる意味は何かなどを考え、児の気持ちをよみとろうとしていたが、発達障害の特性をもつ児はコミュニケーションをとることが難しく、反応の意味も健常児とは異なる場合があることなどから《児の気

持ちや特性を捉えることが難しい》ことが考えられる。また、看護師は児の言動の理由を発達障害の特性と結び付けて、特性に影響された反応であることを推測していたが、〈健康障害との鑑別が難しい〉〈トラブルが起きてから発達障害の特性に初めて気がつくことがある〉のように、病気や手術などを行う非日常的な場面では、行動を起こす理由の根拠までをアセスメントすることは難しい状況が示されていた。また、理由が予測できたとしても、《発達障害の特性にあわせた援助方法が見出だせない》のように、それぞれの特性に合わせた対応方法がわからないため、戸惑う状況が起ると考えられる。このことから看護師は発達障害の特性をもつ児の特徴的な行動の解釈や適切なケア方法の判断が難しく、対応しにくい状況になることが考えられる。

発達障害の治療を専門に行っていない病院の小児病棟の看護師は、勉強会や自己学習で発達障害の専門的な知識を学んでいても、実際に児と親に関わる際には、こだわりの強さへの対応や、感覚過敏をもつ児の援助に困難を感じ【発達障害の特性をもつ児の特徴的な行動に戸惑う】ことが多くみられた。例えば、感覚過敏の児の場合、モニターを拒否するのは、感覚的に耐えられないからであるが、経験の少ない看護師は必要性の理解を求めれば、我慢して何とかつけてくれるのではないかと考えて対応しようとするのが語られていた。特性を知識として得ていても、一般的な児への対応と同じ方法で対応しようとしており、困難を感じる事が考えられた。発達障害をもつ児は、生まれつき脳の情報処理の仕方が違い（石川，2015）嫌だと拒否する理由には特性に応じて異なる理由があるため、個々の児の特徴から理由を理解して対応する必要がある。理解を深めるためには、発達障害の特徴的な症状を学習するとともに、発達障害の特性をもつ児の個別の特徴を加えたアセスメント方法を習得することが求められる。

2. 親と協働して援助を行うことの難しさ

本研究では入院中の援助をするうえで《親との協働が難しい》ことも多く語られた。小児病棟では親の付き添いが多く、親との協働が必要であるが、【親の気持ちを理解することや関係性をもつことが難しい】に示されたように発達障害の特性をもつ児の親に、児に

対する気持ちを聞くことや児の発達をどのように捉えているかを聞くことに困難を感じていた。そのため、少ない情報から児の発達障害の特性を理解せざるを得ない状況になっていることが考えられた。只野(2014)はアスペルガー症候群の3歳児の偏食への対応事例において、親から普段の様子や思いを聞き取ることで、スタッフ間の対応を統一することができ、児が落ち着いて入院生活を送ることが出来たことを報告している。しかし、本研究では、〈親の気持ちをゆっくりと落ち着いて聞く時間がない〉のように短期入院で身体的な健康障害の治療が中心になるがゆえの多忙さがあったり、〈親と踏み込んだ関係性を築くことができない〉のように親との関係性にどこまで踏み込んだらよいのかを葛藤している様子があった。さらに〈診断がされていないとどう踏み込んでいいかわからない〉のように、診断がないと親との関わりが手探りになる状況が示されていた。時間の不足と関係性の築き方の難しさから、親も児の対応に困っているだろうという推測の部分にとどまり、親の心情までに深く関わることは難しいという状況になっていると考えられる。発達障害の特性をもつ児の親が、どのような気持ちで児と日々関わっているのかを知ることができるような時間の確保を行い、関係性を作ろうと試みる心の余裕を持って、親の心情を理解して関わる方法を看護師が身につける必要があると考える。

また、発達障害の特性をもつ児の親は、〈親もこだわりが強く臨機応変に応じてもらえない〉〈親とコミュニケーションがとりにくい〉などの児と似たような特徴をもつことも多く、対応に困難を感じている状況が見出された。特に、親の行動が児に対し適切ではない方向に進んでいても、〈親の意向に従わざるを得ない〉と感じ、困っている状況が伺えた。これは、看護師が親の対応に何らかの違和感があっても、発達障害をもつ児への適切な対応に自信がなく親に適切なアドバイスができないことが要因として考えられる。佐藤、進藤（2013）は、発達障害をもつ児の親について「親をどうにかするという視点で関わるのではなく、親と何ができるかという視点で関わることに尽きる」と述べている。児だけでなく親のアセスメントも行い親自身の特性を踏まえて、どのような感情をもっているのか、児の特性をどのように捉えているのかを知り、親の特徴に合わせた関わり方や協働の方法を考

えていく必要があると考える。

3. 発達障害の特性をもつ児に対してチームで対応できる体制を整える必要性

看護師の困難の状況に影響する要因には《病棟の体制が整っていないと感じる》があった。本研究では専門の医師や臨床心理士がいる病院では、看護師が対応に困難を感じた場合、医師や臨床心理士にアドバイスをもらい、繰り返しカンファレンスをして対策を話しあっている様子があった。しかし、それをアセスメントに生かすことができず〈医師や臨床心理士などの助言の活用の仕方がわからない〉という現状があった。臨床心理学の分野では包括的アセスメントの視点が必要であると言われており（黒田，2016）、知能検査や自閉症スペクトラム症評定尺度テキスト改訂版（PARS-TR）などのフォーマルアセスメントと、家族関係や生活環境などのインフォーマルアセスメントにより包括的にアセスメントし、支援の方向性が示される。ただし、このアセスメントは簡単なものではなく愛着障害や生活リズムの乱れの影響など複雑な要因が関係していることもある。看護師は最終的に見出された支援の方向性を参考にして対応しようとしているが、その根拠までを十分に理解し応用的に考えて臨機応変に対応することが難しいと考えられる。児童精神科の医師や臨床心理士のアセスメント過程を詳細に聞くなどして児の発達障害の特性の理解を深める必要がある。そのためには多職種と協働して児や親を理解するカンファレンスをシステム化するなどの対策も望まれる。

一方、困難の状況を繰り返し経験することで、【発達障害の特性の強い児への援助をあきらめている】などの児への適切な援助を考えることへの意欲の低下につながることや、暴言暴力を受けたり、かかわり方の決まり事が多くなることから【発達障害の特性の強い児への援助負担を感じる】など、《看護師の意欲が減退してしまう》ことにつながることも明らかとなった。また、《看護師の経験の不足や知識活用の難しさ》などの発達障害の特性をもつ児に援助をした経験の少なさや、発達障害に関する知識を活用して考えていく難しさがあった。このことがまた《発達障害の特性に合わせた援助方法が見出せない》のような困難の状況へとつながり、悪循環になることが予測されるため病

棟としてのサポート体制が望まれる。発達障害の児の関わりに関する困難を調査した瀧田、濱中（2020）の研究においても、かかわりの困難感には、児の年齢、関わった経験数、親の面会状況が関連し、かかわりの自信には、かかわりの自己評価、発達障害の理解度、教育の機会、関わった経験数が関連していたことが述べられている。看護師が発達障害の特性をもつ児を適切に理解し、児の状況に合わせた援助を見出すための振り返りの場を設けたり、経験が浅い看護師には相談できる体制や経験豊富な看護師と一緒にケアを行うなどのサポート体制を作る必要があると考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では一定の困難の状況と影響要因を見出すことはできたが、研究参加者は7名であり多様な背景のある看護師の状況を反映しているとは言い切れない。看護師の困難の状況と影響要因をより具体的に知るためには多様な背景をもつ看護師への調査が必要である。

また本研究では援助をする際の困難の状況を中心に聞き取りを行ったため、援助がスムーズにすすんだ要因や方法については調査をしていない。発達障害の特性の強みをいかした援助についても具体的に知る必要があると考える。

VI. 結論

1. 看護師は《児の気持ちや特性を捉えることが難しい》ことや《親との協働が難しい》ことから、入院生活中の看護援助をする上で《発達障害の特性に合わせた援助方法が見出せない》という困難の状況があった。これらの影響要因には、《病棟の体制が整っていないと感じる》《看護師の経験の不足や知識活用の難しさ》《看護師の意欲が減退してしまう》ことがあった。

2. 発達障害の特性にあわせた対応方法を見出すためには、個々の看護師が発達障害の特性や親の気持ちの理解を踏まえて、児の特性や親の状況を個別性に基きしっかりとアセスメントし適切な援助方法を考えられるようになることと、病棟の体制として多職種と協働し発達障害の特性をもつ児への援助ができるようなサポート体制を作ることが必要である。

文献

- Benner. P (2001) / 井部俊子訳 (2005). ベナー看護論 新訳版 - 初心者から達人へ -. 26, 東京: 医学書院.
- 濱本隆夫, 大久保剛, 井門謙太郎, 立川隆治, 平川勝洋, 田中裕之 (2007). 自閉症児に対するアデノイド切除術・口蓋扁桃摘出術の手術経験. 広島医学, 60 (2), 90-93.
- 市江和子 (2008). 重症心身障害者施設に勤務する看護師の重症心身障害児・者の反応を理解し疎通が意志可能となるプロセス. 日本看護研究学会雑誌. 31 (1), 83-90.
- 石川道子 (2015). そうだったのか! 発達障害の世界子どもの育ちを支えるヒント. 35, 中央法規, 東京.
- 黒田美保 (2016). 発達障害の包括的アセスメント. 臨床心理学, 16 (1), 7-11.
- 丸山有加, 大嶋康代, 梅本知江他 (2017). 生体腎移植をうける自閉症児に対する効果的な介入方法の検討. 日本看護学会論文集 精神看護, 47, 75-78.
- 文部科学省 (2022). 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育支援を必要とする児童生徒に関する全国調査. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (閲覧日 2023-03-24)
- 佐藤恵美子, 進藤光子 (2013). 親とタッグを組んで治療を進める, 精神科看護, 40 (3). 23-62.
- 杉山崇 (2019). 心理学でわかる発達障害「グレーゾーン」の子の保育. 41, 誠信書房, 東京.
- 杉山登志郎 (2006). 発達障害としての子ども虐待 8 (2), 子どもの虐待とネグレクト 202-212.
- 総務省 (2017). 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告 https://www.soumu.go.jp/main_content/000458775.pdf (閲覧日 2020-08-01)
- 瀧田浩平, 濱中喜代 (2020). 知的障害が軽度な発達障害児の入院中の関わりに対する看護師の認識とその関連要因. 育療, 65, 50-57.
- 角本淳子 (2014). 絵カードを用いたアスペルガー症候群の児と家族への看護 退院後も継続できる看護をめざして. 日本精神科看護学術集会誌, 57 (1), 208-209.

Difficulties Experienced by Pediatric Ward Nurses and the Underlying Factors in Caring for Children with Characteristics of Developmental Disorders

SUMI Masako¹, ONISHI Fumiko², OKADA Mari²

¹Nihon Fukushi University

²Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

This study attempted to reveal the difficulties perceived by pediatric ward nurses caring for hospitalized children with developmental disorder characteristics (DDC) and the factors underlying those difficulties. We conducted semi-structured interviews, each for about an hour, with seven nurses who had cared for about 10 to 60 DDC children and had five or more years of nursing experience. A qualitative analysis of the interview data revealed that the nurses perceived difficulties with 1) understanding the feelings and behavioral characteristics of the children, 2) cooperating with the parents, and 3) finding support methods appropriate for DDC children.

The factors perceived by the nurses as responsible for these difficulties were 1) insufficient utilization of their knowledge due to lack of experience, 2) inappropriate ward system, and 3) decreased motivation of nurses.

This situation should be improved by providing educational support for nurses to sufficiently assess the DDC children and their parents as well as developing a ward system that enables the nurses to cooperate with other professionals to provide effective support for the DDC children.

研究報告

熟練介護支援専門員のターミナルケアマネジメントにおける 医療職者との顔の見える関係構築

宝木 百代¹ 小林 尚司² 清水みどり²

要旨

目的: 熟練介護支援専門員が、末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおける医療職者との顔の見える関係をどのように構築しているのかを明らかにした。**方法:** 12名の主任介護支援専門員に半構面面接を行い、顔の見える関係を構築するためにどのようなことをしているかという視点で質的に分析し、カテゴリー化した。**結果:** 【医療職者の専門職者としての役割認識や価値観を受け止める】【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】【家族の病状認識や思いを深く捉え支援チーム内に伝える役割を担う】【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】5カテゴリーが見出された。**結論:** 顔の見える関係には、ケアに対する考え方の相互理解が重要であり、地域の多職種小グループ会議等において、事例を基に具体的なケアを検討し、個々のケア方法論、価値観を理解し、各職種の役割等を討議する事が有用と考える。

キーワード 在宅 熟練介護支援専門員 ターミナルケアマネジメント 専門職連携

I. 緒言

がんは我が国において1981年より死因第1位であり、末期がんと診断された際に、医療療養を受けた場所は自宅が47.4%で、最期を迎えたい場所は自宅が75.7%（厚生労働省，2019）である。しかし、2017年の在宅死は全死亡者数の13.2%に過ぎず（厚生労働省，2017）、自宅で最期を迎えたいと希望しているがん患者についても最期まで自宅で生活することができていない人が多くいると推察される。

そのため、我が国のがん対策の基本となる「がん対策推進基本計画」では、「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が挙げられ（厚生労働省，2018）、その課題に在宅緩和ケアの推進が述べられている。また、2006年より末期がんは介護保険の特定疾病に含まれ、末期がん患者は医療保険に加えて介護保険の

サービスを受けることができるようになり、さらに2018年には介護支援専門員が、末期がん患者が最後まで自宅で過ごして死を迎えるための居宅介護支援を行ったことに対し、報酬を加算するターミナルケアマネジメント加算が創設され（厚生労働省，2018）、末期がん患者の在宅療養を拡充する制度が整えられてきた。

しかし、支援上の課題は残されている。末期がん患者は、終末期に急激に身体症状が悪化し、多くの医療処置が必要となることが多く（荻原，2014）、介護支援専門員には急な対応を求められることがある（厚生労働省，2017）。そのため、介護支援専門員が末期がん患者の在宅療養の特徴を理解し、訪問看護師や医師に躊躇なく連絡ができなければ、末期がん患者の在宅療養継続の障害となる（大園ら，2015）と言われている。ターミナルケアマネジメントにおいては、介護支援専門員には、急な体調変化に対応できるための、医療職と連携する技術が不可欠と言える。

このような中、森田ら（2012）は、地域医療の領域における専門職同士の連携において、顔の見える関係

¹ 藤田医科大学地域包括ケア中核センター訪問看護ステーション

² 日本赤十字豊田看護大学

が重要と述べている事に注目し、その地域緩和ケア領域における概念化を試みている。また、厚生労働省は、2011～2014年にかけて、地域の医療・介護従事者間の顔の見える関係づくり事業として、在宅医療に関わる多職種が参加する症例検討会等を、全国のモデル地域にて実施している（厚生労働省、2012, 2014）。福井（2014）は、その事業の中で、森田らの知見を基に、「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」を開発し、その事業の参加と顔の見える関係尺度得点の関連を捉えたが、相関関係は弱かったことを報告している。さらに、同じ尺度を使用して、症例検討会等に参加した看護師を対象に行った調査（鈴木ら、2018）でも、検討会の参加と尺度得点の間に関連はみられなかったことが報告されている。これらのことから、症例検討会等に参加する事だけでは顔の見える関係を構築できるとは限らず、個人が主体的に顔の見える関係の構築に取り組むことが重要と考えられた。

以上のことから本研究では、在宅療養の末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおいて、熟練介護支援専門員が医療職者との顔の見える関係をどのように捉えているのか、また関係性をどのように構築しているのかを明らかにする。本研究の知見から、介護支援専門員が、ターミナルケアマネジメントにおいて医療職者との関係を構築するための示唆を得ることが出来ると考える。

用語の定義

1. 顔の見える関係

末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおいて、介護支援専門員から捉えた必要時に訪問看護師や医師に遠慮なく連絡できる関係である。

2. 熟練介護支援専門員

末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおいて、医療職者との顔の見える関係を構築することが出来る、他の主任介護支援専門員から認識されている主任介護支援専門員とする。

II. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、熟練介護支援専門員とする。その理由は、熟練介護支援専門員は、主任介護支援専門員と

して、介護支援専門員の実務経験が5年以上の育成や指導を行う者であることから、豊かな経験を有していると考えられることと、そのうえで他の主任介護支援専門員から顔の見える関係を構築できる者と認められていることで、主任看護支援専門員の中でも医療職者との顔の見える関係を構築することに卓越していると考えられるためである。

介護支援専門員は基礎職種を有しており、その職種によって医療職者との連携に対する困難さが異なる（原田、2016）との報告があることから、顔の見える関係の構築の方法についても基礎職による差があることが考えられた。また、所属する居宅介護支援事業所が持つ他機関とのネットワークの有無によっても、関係構築の困難さに影響があることが考えられる。そこで、多様な結果を導き出すことを意図して、対象者の属性を基礎職種（医療職、福祉職）と所属する介護支援事業所（医療機関併設、福祉施設併設、独立）によって6区分し、各2名となるように12名を選定した（表1参照）。A 在宅医療・介護連携支援センター長より機縁法を用いて、研究参加者をリクルートした。

2. データ収集と分析方法

インタビュー方法は、半構成的面接とした。インタビュー内容は、在宅ターミナルケアを受けている末期がん患者について、本人の体調や家族の様子で気になる事があった際、それをすぐに医療職者に気兼ねなく連絡が取れた事例を想起してもらい、それがどういった関係性であったのか、その医療職者との関係を構築するために行った事を尋ねた。急なタイミングでも気兼ねなく連絡が取れた事例としたことは、病状の判断が困難で医療職者に対して連絡の取り難さを感じている介護支援専門員（大園ら、2015）が、顔の見える関係の特性である連絡したら対応してもらえるとという相手への信頼感（森田、2012）を持つことができていたと考えて、質問項目として設定した。

データ分析は、インタビュー内容をすべて逐語録にし、Flickの理論的コード化（Uwe, 1995）を参考に、逐語録から①医療職者との顔の見える関係をどのようにとらえているか、②顔の見える関係をどのように構築しているのかについて、語られた内容を一つの意味のまとまりごとに区切って抽出した。次に分析ワークシート（木下、2003）を使用して、意味の類似性・相

表1 研究参加者の概要

対象者	職種	事業所形態	年齢	介護支援専門員経験年数	ターミナルケアマネジメント担当人数
A	社会福祉士	福祉施設併設	50代	10年	10～19人
B	介護福祉士	福祉施設併設	40代	10年	10～19人
C	介護福祉士	医療機関併設	50代	11年	20～29人
D	介護福祉士	医療機関併設	60代	14年	30～39人
E	介護福祉士	独立	50代	14年	30～39人
F	社会福祉士	独立	50代	21年	40～49人
G	看護師	福祉施設併設	50代	20年	30～39人
H	看護師	福祉施設併設	60代	20年	20～29人
I	看護師	医療施設併設	40代	13年	10～19人
J	看護師	医療施設併設	50代	15年	20～29人
K	看護師	独立	50代	21年	10～19人
L	看護師	独立	50代	13年	50～59人

違性に沿って抽出した語りをカテゴリー化した。

分析の過程は、老年・在宅看護学における質的研究の経験がある複数の教員に、スーパーバイズを受けた。また、分析結果については、無作為抽出によって選定された3名の研究対象者のメンバーチェックを受けた。

3. 倫理的配慮

研究参加者には研究の目的と概要、研究参加の自由、プライバシーへの配慮、研究参加を途中で断っても不利益を被らない事を説明し、文書で同意を得た。インタビューの日時・場所は、研究参加者の希望に沿って調節し、プライバシーが確保できる場所で行った。

日本赤十字豊田看護大学の研究倫理審査委員会の審査、承認を受け（承認番号 2013 号）、実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 熟練介護支援専門員がとらえる医療職者との顔の見える関係

熟練介護支援専門員がとらえる医療職者との顔の見える関係は、【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】【常に患者の状態悪化の

見通しを共有し、状況に応じた連絡体制が構築できる関係】の3カテゴリーに集約された（表2参照）。

以下、【 】はカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリー、「 」は語りを示す。

1) 【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】

このカテゴリーは、介護支援専門員と医療職者が、お互いに相手の患者の状況の捉え方や支援の方向性の考え方を理解して、必要な支援内容の判断にズレがあったとしても、そのままお互いが納得して、そのことをわかりあっている関係を示す。このカテゴリーは、〔介護支援専門員としての患者への支援内容や考えを知ってもらえる関係〕〔医療職者の専門性を理解し、相手の支援が推察できる関係〕〔患者への支援について本音で話し協力しあえる関係〕〔患者との関わり方や支援の仕方を共有出来ている関係〕〔支援の目標の根拠となる考えをお互いの立場から理解し合える関係〕の5つのサブカテゴリーから生成された。

〔介護支援専門員としての患者への支援内容や考えを知ってもらえる関係〕は、「(患者の担当医師と会えた時には)自分から挨拶して今こういう状況でやっていてこういう事を考えていると伝える(略)医師に知ってもらいたい。私がここにいるとこういう仕事をしている」といった語りから生成された。

表2 熟練介護支援専門員がとらえる医療職者との顔の見える関係

カテゴリー	サブカテゴリー	語り
【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】	〔介護支援専門員としての患者への支援内容や考えを知ってもらえる関係〕	(患者の担当医師と会えた時には)自分から挨拶して今こういう状況でやっていてこういう事を考えていると伝える(略)医師に知ってもらいたい。私がお互いここでこういう仕事をしていると(B)
	〔医療職者の専門性を理解し、相手の支援が推察できる関係〕	家族から(患者が尿閉し)どうしようと相談があり自分がすぐに訪問し医師に来て貰うようにと家族に伝え家族が医師に連絡すると医師がすぐに来てくれて(家族が安心できるように)膀胱洗浄してバルーン替えてくれた(略)医師の特性とか(この場面で)やって下さる事を見通せて)後からお礼の電話をしてね(E)
	〔患者への支援について本音で話し協力しあえる関係〕	患者にとって大事な事を、きちんと心を割って話ができる関係。患者を同じように思っていると信頼できて患者の為に働く人だと、お互いが分かっている(D) 勉強会で挨拶するだけでは伝わらない。こちらが患者中心に関われば、医師も対応してくれて、必要時に連絡をくれる(J)
	〔患者との関わり方や支援の仕方を共有出来ている関係〕	患者への関わり方について、どういうふうに医師が考えて、看護師はどう感じているのか分かる。それを今度は、ケアマネがケアチームを作る時のミーティングで、医療職者に対して、仕事の事だけでなく、患者にこう対応すると良いとか、こう関わりこういう言葉のかけ方うまくいったとか、直接、医療職者に話す(H)
	〔支援の目標の根拠となる考えをお互いの立場から理解し合える関係〕	(ケアプランの)趣旨を理解してもらえらるぐらい自己の考えを開示し、相手のことも聞く。(考えが)ズレてる事も、認識し合っていたら良い。(看護師が)「医療者として健康管理したい」と言えば、なるほど看護師さんの立場ならそうねと。双方それで分かったと一致すれば、それはそれで良い関係(C)
【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】	〔相手の専門職の活動や要望の特徴を理解できている関係〕	どんな事を医師が欲しているか、活動しているかを知っておく事。専門職のそれぞれの特殊性を理解して、チームを作る時に誰に頼めば患者の望む生活が送れるのかを考える。職種(の役割)が見えた上でお互いの事をよく知っておく事(L) 医師と障害認定審査会等で会う機会が多い。30年前から一緒に地域講座の企画をした事で医師とはお互いに遠慮なく言い返せるぐらいの関係(F)
	〔医師の家族への説明や看護師の実践について相手の責任である事に配慮しながら提案できる関係〕	顔の見える関係とは、お互いの垣根を壊さず超える事。訪問看護師からヘルパーを入れて欲しいと依頼があったが、余命数日の状態で新たにヘルパー事業所と契約をして貰う事は患者家族の負担になるので、ケアに時間がかかる原因は、看護師の技量不足か本人の状態が悪いのかそこを確認したいと、「私は看護師2名体制の方が良い」と言ったら、訪問看護師が納得してくれて、結局ヘルパー入れなかった」医師に「患者が5日間排便しない、薬はそれなりに出ていてお腹の張り感はあまりないが、家族が気にしていて、このまま様子を見て良いですか？」という医師が病状を家族に説明してくれた。(G)
【常に患者の状況悪化の見通しを共有し、状況に応じた連絡体制が構築できる関係】	〔患者の状態の見通しを随時に関係者と共有できる関係〕	家族・スタッフもどうい事が今後想定されるか(患者の状態が急激に悪化しいつ何が起きてもおかしくない)という事を意識してほしい。なんで土日夜間の事を聞くのだろうと(思うかもしれないが)、ターミナルになれば当然、夜間も想定されることだから、(家族・スタッフ・ケアマネが)同じ情報を共有し、同じ思いでいる事が出来れば情報のズレがない(K)
	〔状況に応じて適切な連絡体制が構築できている関係〕	訪問看護師に対しては平時の報告はファックスかメールかを確認。緊急時はメールか携帯か土日・夜間の場合は、と確認して、土日なら携帯、平時ならFAXメールという約束事を守ってやれば連携に躊躇しない。(K)

〔医療職者の専門性を理解し、相手の支援が推察できる関係〕は、「家族から(患者が尿閉し)どうしようと相談があり自分がすぐに訪問し、医師に来て貰うようにと家族に伝え、家族が医師に連絡すると医師がすぐに来てくれて(家族が安心できるように)膀胱洗浄してバルーン替えてくれた(略)。医師の特性とか、(この場面で)やって下さる事を見通せて)、後から

お礼の電話をしてね」といった語りから生成された。

〔患者への支援について本音で話し協力しあえる関係〕は、「患者にとって大事なことを、きちんと心を割って話ができる関係。患者を同じように思っていると信頼できて患者の為に働く人だと、お互いが分かっている」、「勉強会で挨拶するだけでは伝わらない。こちらが患者中心に関われば、医師も対応

してくれて、必要時に連絡をくれる」といった語りから生成された。

〔患者との関わり方や支援の仕方を共有出来ている関係〕は、「患者への関わり方について、どういうふうに医師が考えて、看護師はどう感じているのか分かる。それを今度は、ケアマネがケアチームを作る時のミーティングで、医療職者に対して、仕事の事だけでなく、患者にこう対応すると良いとか、こう関わりこういう言葉のかけ方うまくいったとか、直接、医療職者に話す」といった語りから生成された。

〔支援の目標の根拠となる考えをお互いの立場から理解し合える関係〕は、「(ケアプランの)趣旨を理解してもらえらるぐらい自己の考えを開示し、相手の事も聞く。(考えが)ズレてる事も、認識し合っていたら良い。(看護師が)「医療者として健康管理したい」と言えば、なるほど看護師さんの立場ならそうねと。双方それで分かったと一致すれば、それはそれで良い関係」といった語りから生成された。

2) 【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】

このカテゴリーは、介護支援専門員と医療職者が、相手が専門職として責任を持つ領域のことについて、自分が関与しないのではなく、患者にとってより良いと考えたことであれば、相手の責任であることを踏まえながら伝えることができる関係を示す。

このカテゴリーは、〔相手の専門職の活動や要望の特徴を理解できている関係〕〔医師の家族への説明や看護師の実践について相手の責任である事に配慮しながら提案できる関係〕の2つのサブカテゴリーから生成された。

〔相手の専門職の活動や要望の特徴を理解できている関係〕は、「どんな事を医師が欲しているか、活動しているかを知っておく事。専門職のそれぞれの特長性を理解して、チームを作る時に誰に頼めば患者の望む生活が送れるのかを考える。職種(の役割)が見えた上でお互いの事をよく知っておく事」「医師と障害認定審査会等で会う機会が多い。30年前から一緒に地域講座の企画をした事で医師とはお互いに遠慮なく言い返せるぐらいの関係」といった語りから生成された。

〔医師の家族への説明や看護師の実践について相手の責任である事に配慮しながら提案できる関係〕は、

「顔の見える関係とは、お互いの垣根を壊さず超える事。訪問看護師からヘルパーを入れて欲しいと依頼があったが、余命数日の状態で新たにヘルパー事業所と契約をして貰う事は患者家族の負担になるので、ケアに時間がかかる原因は、看護師の技量不足か本人の状態が悪いのかそこを確認したいと、「私は看護師2名体制の方が良い」と言ったら、訪問看護師が納得してくれて、結局ヘルパー入れなかった」「医師に「患者が5日間排便しない、薬はそれなりに出ていてお腹の張り感はあまりないが、家族が気にして、このまま様子を見て良いですか?」という医師が病状を家族に説明してくれた」といった語りから生成された。

3) 【常に患者の状態悪化の見通しを共有し、状況に応じた連絡体制が構築できる関係】

このカテゴリーは、介護支援専門員と医療職者の双方が、患者の状態変化の可能性を見通して理解しておき、必要であれば平日休日夜間問わずプライベートな時間帯であっても、どのタイミングではどの方法で連絡を取ることが可能かを公開しあえる関係を示す。

このカテゴリーは、〔患者の状態の見通しを随時に関係者と共有できる関係〕〔状況に応じて適切な連絡体制が構築できている関係〕の2つのサブカテゴリーから生成された。

〔患者の状態の見通しを随時に関係者と共有できる関係〕は、「家族・スタッフもどういう事が今後想定されるか(患者の状態が急激に悪化しいつ何が起きてもおかしくない)という事を意識してほしい。なんで土日夜間の事を聞くのだろうと(思うかもしれないが)、ターミナルになれば当然、夜間も想定されることだから、(家族・スタッフ・ケアマネが)同じ情報を共有し、同じ思いでいる事が出来れば情報のズレがない。」といった語りから生成された。

〔状況に応じて適切な連絡体制が構築できている関係〕は、「訪問看護師に対して平時の報告はファックスかメールかを確認。緊急時はメールか携帯か土日・夜間の場合は、と確認して、土日なら携帯、平時ならFAXメールという約束事を守ってやれば連携に躊躇しない。」といった語りから生成された。

2. 熟練介護支援専門員が行っている医療職者との顔の見える関係の構築

熟練介護支援専門員は、末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおいて、医療職者との顔の見える関係を構築するために、何をどのように行っているかについては【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】【家族の病状認識や思いを深く捉え支援チーム内に伝える役割を担う】【医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止める】【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】の5カテゴリーに集約された(表3参照)。

1) 【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】

このカテゴリーは、介護支援専門員が、医療職者でなくても医療的な支援の内容やその目的や根拠を確認しながら、自分の対象者に関するアセスメント内容に照らして、その適切性について考え、自己の意見を伝えることを示している。

このカテゴリーは、〔治療方針の変更があった際、理由が理解できないときはケアプランの方向性や自分の判断に照らして確認する〕〔患者の医療的支援は医療職者任せにせず内容を必ず確認・把握する〕〔訪問看護師からケアプラン変更の依頼があった場合でも自ら問題の原因を確認し効果的な方法を提案する〕〔医療的な知識不足があっても自分の責務を果たすべく医師に自身の考えや依頼したい事を率直に伝える〕〔医師に連絡することへの気詰まりは必要な情報を共有するためと捉えて乗り越える〕〔話しやすい医師には積極的に自分の考えやケアプランを具体的かつ丁寧に伝えていく〕の6つのサブカテゴリーから生成された。

〔治療方針の変更があった際、理由が理解できないときはケアプランの方向性や自分の判断に照らして確認する〕は、「退院時に点滴はしないと決めた患者に対して、自宅に帰ってから点滴をすると薬剤師から訪問看護師に連絡があり、在宅医が突発的な痛みを心配して座薬を処方したが、それを主治医、訪問看護師、ケアマネが理解できていないことがあった。基礎職が看護師のケアマネとして、看護師の視点で患者の今の状況と違うと判断した時は、訪問看護師に治療方針を確認することで、相互に状況を確認し合い、納得して

仕事ができる」といった語りから生成された。

〔患者の医療的支援は医療職者に任せにせず内容を必ず確認・把握する〕は、「この薬を飲んだらどういふ副作用が出るとか、今から予後がどうなっていくかなど、介護支援や生活支援に必要なことを医師に必ず確認する。(医療職者に) 任せておけば良いとなると、ケアマネは絶対に蚊帳の外になるので、(医療職者による実践の中) に入り込んで行く」といった語りから生成された。

〔訪問看護師からケアプラン変更の依頼があった場合でも自ら問題の原因を確認し効果的な方法を提案する〕は、「訪問看護師からエアマットを交換して欲しいと依頼があった。理由は自宅では娘さんが夜間眠るので体位変換できず、夜患者が起きた時に仙骨部に痛みを訴えているとの事だった。仙骨部に発赤がない事を確認し、夜間覚醒した時の不安が痛みの原因ではないかと考え、自分のアセスメントの結果について、根拠を持って医師に提案する」といった語りから生成された。

〔医療的な知識不足があっても自分の責務を果たすべく医師に自身の考えや依頼したい事を率直に伝える〕は、「自分に医療知識がないので医師の言う事が専門的になれば分からない。何を医師・看護師に聞くのか自分で調べるのか迷う(略) 医師はケアマネとしての考えを聞く。医師は見立てを間違っても何言っているのとは言わない。ケアマネがちゃんと考えている事を聞きたいので自分の考えを率直に伝える」「(訪問診察の医師は週1回程度しか訪問しないため) 1週間前と患者の病状が違うという自分の見立てをして、自分の考えを出しやばらないで医師に伝える」といった語りから生成された。

〔医師に連絡することへの気詰まりは必要な情報を共有するためと捉えて乗り越える〕は、「医師との敷居を(越えられるように) 自分から努力する(略) 医師は長年色々なやり方でやって来られた。そこはケアマネが乗り越えないといけない所。医師の考えを汲み取って、忙しいしそういう人なのだ(受け止めて)、医師に電話しにくいからこれ伝えなくてまあ良いかと思っはいけないので、毎回手に汗を(かきながら、医師に電話をかける)」、「最初ケアマネは皆医師が怖い。どう対応すれば良いか考えて、医師によって事細かに報告して、先にケアプランを持っていくと心証が

表3 熟練介護支援専門員が行っている医療職者との顔の見える関係の構築

カテゴリー	サブカテゴリー	語り
	〔治療方針の変更があった際、理由が理解できないときはケアプランの方向性や自分の判断に照らして確認する〕	退院時に点滴はしないと決めた患者に対して、自宅に帰ってから点滴をする と薬剤師から訪問看護師に連絡があり、在宅医が突発的な痛みを心配して座薬 を処方したが、それを主治医、訪問看護師、ケアマネが理解できていないこと があった。基礎職が看護師のケアマネとして、看護師の視点で患者の今の状況 と違うと判断した時は、訪問看護師に治療方針を確認することで、相互に状況 を確認し合い、納得して仕事ができる (J)
	〔患者の医療的支援は医療職者任せにせず内容を必ず確認・把握する〕	この薬を飲んだらどうという副作用が出るとか、今から予後がどうなっていく かなど、介護支援や生活支援に必要なことを医師に必ず確認する。(医療職者 に) 任せておけば良いとなると、ケアマネは絶対に蚊帳の外になるので、(医 療職者による実践の中) に入り込んで行く (H)
	〔訪問看護師からケアプラン変更の依頼があった場合でも自ら問題の原因を確認し効果的な方法を提案する〕	訪問看護師からエアマットを交換して欲しいと依頼があった。理由は自宅で は娘さんが夜間眠るので体位変換できず、夜患者が起きた時に仙骨部に痛みを 訴えているとの事だった。仙骨部に発赤がない事を確認し、夜間覚醒した時の 不安が痛みの原因ではないかと考え、自分のアセスメントの結果について、根 拠を持って医師に提案する (G)
【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】	〔医療的な知識不足があっても自分の責務を果たすべく医師に自身の考えや依頼したい事を率直に伝える〕	自分に医療知識がないので医師の言う事が専門的になれば分らない。何を 医師・看護師に聞くのか自分で調べるのか迷う (略) 医師はケアマネとしての 考えを聞く。医師は見立てを間違っても何言っているのとは言わない。ケア マネがちゃんと考えている事を聞きたいので自分の考えを率直に伝える (B) (訪 問診察の医師は週 1 回程度しか訪問しないため) 1 週間前と患者の病状が違う という自分の見立てをして、自分の考えを出しやばらないで医師に伝える (I)
	〔医師に連絡することへの気詰まりは必要な情報を共有するためと捉えて乗り越える〕	医師との敷居を(越えられるように) 自分から努力する (略) 医師は長年色々 なやり方でやって来られた。そこはケアマネが乗り越えないといけない所。医 師の考えを汲み取って、忙しいそういう人なのだ(受け止めて)、医師に 電話しにくいからこれ伝えなくてまあ良いかと思てはいけなないので、毎回手 に汗を(かきながら、医師に電話をかける) (B) 最初ケアマネは皆医師が怖い。 どう対応すれば良いか考えて、医師によって事細かに報告して、先にケアプ ランを持っていくと心証が良いなど、(対応を工夫して、関係が築ける) (L)
	〔話しやすい医師には積極的に自分の考えやケアプランを具体的かつ丁寧に伝えていく〕	医師も看護師も一歩下がってケアマネに話しやすい雰囲気を出して下さる から相談しやすい。私たちが(医師の考えに) 乗っかっていく事で関係が深まる。 (話しやすい雰囲気) 医師と少しでも会えた時には、自分から挨拶して 今こういう状況でやっていて、こういう事を考えていますと伝える (B)
【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】	〔患者の健康管理と家族の要望が両立できるように訪問看護師と情報共有し、折り合いをつける〕	(健康管理を追求する) 訪問看護師から医療者としてきちんと管理してい きたいと言われた内容が、家族には実践できないと判断した場合は、訪問看護 師の状況の捉え方や方向性を尊重しつつも、家族は実践できないこと、そもそ 管理しなくても良いのではないかと伝えることで、お互い納得しあえる (C)
【医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止める】	〔医師の性格を把握し医師が本音を自由に語れるように話をよく聞く〕	ポイントは医師の特徴を知った。厳しい(医師の態度) 中で絶対その方の ツボがある。意外と話好きと分かったので世間話をして医師が話してくれたら (相手が気分良く話せるように) 相槌を入れて傾聴する。話を聞いてくれる ケアマネだと思えば医師も(自分の)話を聞いてくれる (K)
	〔医師としての発言の裏にある見解を真摯に受け止める〕	医師は自分の大事な患者の為にきちんと連携を取りたいから(患者の担当) ケアマネを知りたい。ケアマネは(医師に) 激怒される事もある。なんでそんな 事聞くんた、今は関係ないと言われる。もしかしたら、ケアマネの支援の方向 性が変わっていたり間違っている部分があると思って、それもアドバイスだ とめげずに真摯に受け止めて、またそこでクリアしてチャレンジする (H)
【家族の病状認識や思いを深く捉え支援チーム内に伝える役割を担う】	〔家族の病状認識や思いを確認し、必要に応じ家族の代弁者として医療職者に共有する〕	家族の理解度を推し量りながら家族はこういうつもりでいるみたいだから、 今の現状とズレている気がしますと医師に伝えると、医師がそこを修正してく れて(家族に説明してくれる)。医師の前だと家族は(態度が) 普段と違って、 本当は困っているとケアマネに話してくれるので、それを医師に伝える。(C) 今まで練習してきた点滴針と異なる種類の針を退院時に処方され、不安に感 じていることを医師・看護師に対して言えない家族のために、訪問診察やカン ファレンスに同席して、家族の不安を推察し、代弁して伝える (A)
【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】	〔本当に困った時は支援してほしい内容を率直かつ具体的に伝え助けてほしいと心からお願いする〕	皆(介護支援専門員や病院の退院支援看護師は) ターミナルケアの段階と理 解しているが、娘さん達は急性期総合病院を受診したいと言い出して、このズ レを私は埋められないから(訪問診療の) 医師にそのズレを埋めて欲しいと お願いに行った。私お手上げなので助けてくださいと訴えたら、本人を診察し、 本人家族に正しい病状を丁寧に順序立てて説明してくれた (C)
	〔自分が何を聞きたいか明確にして訪問看護師に端的に根拠を持って説明する〕	(厳しい雰囲気) の訪問看護師に) 気分悪くなく、いかに喋ってもらうか。教え て頂いて良いですから始め、ここの部分に関して教えて欲しいと理由と根拠 を端的に伝えて質問する。聞く内容を漠然とさせずに具体的に聞く (K)

良いなど、(対応を工夫して、関係が築ける)」とい
った語りから生成された。

〔話しやすい医師には積極的に自分の考えやケア
プランを具体的かつ丁寧に伝えていく〕は、「医師も看

護師も一歩下がってケアマネに話しやすい雰囲気を出
して下さるから相談しやすい。私たちが(医師の考え
に) 乗っかっていく事で関係が深まる。(話しやすい
雰囲気) 医師と少しでも会えた時には、自分から挨拶

拶して今こういう状況でやっていて、こういう事を考えていますと伝える」といった語りから生成された。

2) 【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】

このカテゴリーは、介護支援専門員は、医療職者とケアの内容や優先するケアの判断について一致しない場合に、意見を確認したうえでそれぞれ自己の判断通りにケアを行い、それを協調させることを目指すことを示す。

このカテゴリーは、「患者の健康管理と家族の要望が両立できるよう訪問看護師と情報共有し、折り合いをつける」のサブカテゴリーから生成された。

〔患者の健康管理と家族の要望が両立できるよう訪問看護師と情報共有し、折り合いをつける〕は、「(健康管理を追求する) 訪問看護師から医療者としてきちんと管理していきたいと言われた内容が、家族には実践できないと判断した場合は、訪問看護師の状況の捉え方や方向性を尊重しつつも、家族は実践できないこと、そこまで管理しなくても良いのではないかと伝えることで、お互い納得しあえる」といった語りから生成された。

3) 【家族の病状認識や思いを深く捉え支援チーム内に伝える役割を担う】

このカテゴリーは、介護支援専門員が、ケアチームの中で、家族が患者の病状を十分に理解できているか、または医療職者に対する気兼ねがないかについて、注意を払って把握し医療職者と情報共有する役割を自ら担おうとしていることを示す。

このカテゴリーは、「家族の病状認識や思いを確認し、必要に応じ家族の代弁者として医療職者に共有する」のサブカテゴリーから生成された。

〔家族の病状認識や思いを確認し、必要に応じ家族の代弁者として医療職者に共有する〕は、「家族の理解度を押し量りながら家族はこういうつもりでいるみたいだから、今の現状とズレている気がしますと医師に伝えると、医師がそこを修正してくれて(家族に説明してくれる)。医師の前だと家族は(態度が)普段と違って、本当は困っているとケアマネに話してくれるので、それを医師に伝える。」「今まで練習してきた点滴針と異なる種類の針を退院時に処方され、不安に

感じていることを医師・看護師に対して言えない家族のために、訪問診察やカンファレンスに同席して、家族の不安を推察し、代弁して伝える」といった語りから生成された。

4) 【医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止める】

このカテゴリーは、介護支援専門員は、医療職者の様々な言動の理由を、ターミナルケアにおける各職種の役割について考えや、達成したいと考えていることを探ることを通して明らかにし、受け止めようとしていることを示す。

このカテゴリーは、「医師の性格を把握し医師が本音を自由に語れるように話をよく聞く」〔医師としての発言の裏にある見解を真摯に受け止める〕の2つのサブカテゴリーから生成された。

〔医師の性格を把握し医師が本音を自由に語れるように話をよく聞く〕は、「ポイントは医師の特徴を知った。厳しい(医師の態度の)中で絶対その方のツボがある。意外と話好きと分かったので世間話をして医師が話してくれたら(相手が気分良く話せるように)相槌を入れて傾聴する。話を聞いてくれるケアマネだと思えば医師も(自分の)話を聞いてくれる」といった語りから生成された。

〔医師としての発言の裏にある見解を真摯に受け止める〕は、「医師は自分の大事な患者の為にきちんと連携を取りたいから(患者の担当)ケアマネを知りたい。ケアマネは(医師に)激怒される事もある。なんでそんな事聞くんだ、今は関係ないと言われる。もしかしたら、ケアマネの支援の方向性が変わっていたり間違っている部分があると思って、それもアドバイスだとめげずに真摯に受け止めて、またそこでクリアしてチャレンジする」といった語りから生成された。

5) 【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】

このカテゴリーは、介護支援専門員が、医療職者による患者および家族への支援やチーム内における役割発揮が必要と考えたことについては、相手への気配りよりも、ためらわずに根拠をもって明確に依頼することを優先していることを示す。

このカテゴリーは、「本当に困った時は支援してほしい内容を率直かつ具体的に伝え助けてほしいと心からお願いする」〔自分が何を聞きたいか明確にして訪問看護師に端的に根拠を持って説明する〕の2つのサブカテゴリーから生成された。

〔本当に困った時は支援してほしい内容を率直かつ具体的に伝え助けてほしいと心からお願いする〕は、「皆（介護支援専門員や病院の退院支援看護師は）ターミナルケアの段階と理解しているが、娘さん達は急性期総合病院を受診したいと言い出して、このズレを私は埋められないから（訪問診療の）医師にそのズレを埋めて欲しいとお願いに行った。私お手上げなので助けてくださいと訴えたら、本人を診察し、本人家族に正しい病状を丁寧に順序立てて説明してくれた」といった語りから生成された。

〔自分が何を聞きたいか明確にして訪問看護師に端的に根拠を持って説明する〕は、「（厳しい雰囲気のある訪問看護師に）気分悪くなく、いかに喋ってもらうか。教えて頂いて良いですかから始め、ここの部分に関して教えて欲しいと理由と根拠を端的に伝えて質問する。聞く内容を漠然とさせずに具体的に聞く」といった語りから生成された。

IV. 考察

顔の見える関係は、地域の医療福祉職の連携においてしばしば用いられる言葉であるが、その内容は十分に明らかにされているとは言えない（森田ら、2012）。今回、熟練介護支援専門員がとらえる、ターミナルケアマネジメントにおける医療職者との顔の見える関係と、顔の見える関係を構築するために何をどのように行っているのかについて、それぞれの関連を踏まえて考察する。

【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】は、介護支援専門員と医療職者が、お互いの考え方が異なっても、相手の考えることについて納得し、そのことをわかり合っている関係である。この内容は、相手の考え方や価値観・人となりが分かる関係（森田ら、2012）に近いと読み取れるが、相手の考え方の内容が分かるだけでなく、自分が納得できることまでを含んでいる。経験が豊かな介護支援専門員にとってのターミナルケアマネ

ジメントにおける顔の見える関係は、相手の考え方や仕事ぶりがなぜそうなるのかを、相手の立場を踏まえて納得できることであり、そのためには相手の立場や状況の理解、自分自身の考えと相手の考えと相互に照らし合わせる思考を基に成り立つことが示唆される。

また、【医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止める】や【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】ことは、【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】に繋がる構築の方法であると考えられる。【医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止める】や【ケアの方法で意見が対立したときはお互いが協調する事を目指す】ことは、介護支援専門員が個々の医療職者の在宅ターミナルケアにおける考え方を理解し、その実践内容を尊重し、自分自身のケアマネジメントの内容をそれに合わせようとする構築の方法である。医療の現場に不慣れな介護支援専門員にとって、医療職者の在宅ターミナルケアにおける考え方を理解することは容易ではないと考える。また、介護支援専門員が、医療職者に対して自分の考えを伝える際に、自分の考えに自信が持てず、的外れな発言ではないかと躊躇する事がある。そのような場面であっても、冷静に相手をよく観察し、相手の特徴を掴み、相手に自分を受け入れて貰えるように誠実に接する事で、相手にも自分の考え方を理解してもらうことができ、【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】に繋がると考える。

そして、【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】や【家族の病状認識や思いを深く捉えチーム内に伝える役割を担う】ことも、【患者の状況の捉え方や支援の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】に繋がる構築の方法であると考えられる。【ターミナルケアの実践を医療職者任せにしない】や【家族の病状認識や思いを深く捉えチーム内に伝える役割を担う】ことは、介護支援専門員が、在宅ターミナルケアにおける介護支援専門員としての役割を理解し、責任を持って果たしている状態と言える。介護支援専門員は、末期がん患者とご家族の医療職者に遠慮して聞けない悩みや不安を深く読み取り、代弁者として医療職者に伝える事で、自分の役割を果たすと同時に自分の仕事ぶりを相手に認めてもらう事で顔の見える関係を構築している。よって、【患者の状況の捉え方や支援

の目標・意図などをお互いに納得し合える関係】に繋がると考える。

【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】は、相手のことがわかることにとどまらず、相手が責任をもって判断や援助する領域のことについても、自分の意見を述べる言及できる関係を指す。先行研究においても、顔の見える関係の中に、困難な状況でも相手に対応してくれることが予測できて、心が通じているような感じから得られる信頼感が含まれており（森田ら、2012）、このことから地域の専門職者の間で、相手の行動を予測できるまで関係が深まることもありうるということが読み取れる。所属も職種も異なる者同士で、これほど相手の考えていることが理解しあえることがあり、相手の専門職としての責任範囲のことに言及されるとどのような気持ちになるのかも予測でき、その上で言及できるようになることが考えられた。

また、【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】ことは、【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】に繋がる構築の方法であると考えられる。【医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割を理解し必要に応じて率直かつ明確に依頼する】ことは、介護支援専門員が医療職者のターミナルケアマネジメントにおける役割について、介護支援専門員の立場から、責任を果たすことを率直に求めることである。末期がん患者の在宅療養では、全身状態および疼痛の管理のために、多くの医療的な支援が必要（荻原ら、2014）であり、その役割が果たされなければ、在宅療養は成り立たない。また、末期がん患者は残された時間に限りがあり、後がない状況であるため、介護支援専門員が一旦行動して振り返る、様子を見るなどの時間はない。切羽詰まる状況の中で、介護支援専門員は自分の仕事を全うするだけでなく、相手に対しても専門職としてリスペクトしながら、責務を全うすることを求めることで顔の見える関係を構築している。よって、【相手が専門職として責任をもつ事について相手の責任である事に配慮しながら言及できる関係】に繋がると考えた。

【常に患者の状態悪化の見通しを共有し状況に応じた連絡体制が構築できる関係】は、終末期の療養が続

く期間中は昼夜や休日を問わず患者に急な体調変化が生じる可能性があるため、急変時にどのように連絡するかを、夜間や休日も含めて明確にしておく必要がある。そのためには、プライベートな時間でも連絡が取れる方法を示さなくてはならない。先行研究においては、顔の見える関係が及ぼす影響として連絡がしやすくなることを示している（森田ら、2012）が、連絡が取れるようにするためにプライベートに近い情報を共有できることも、顔の見える関係の内容の一端であることが示唆された。

また、保健医療福祉の多職種・複数機関が協働してサービスを展開する際のサービスの統合について、Leutz (1999) は「連携」「調整・協調」「完全な統合」の3つの水準に分けて概念化しており、宮島 (2012) はそれを踏まえて「協調」を各専門職が持つケアの方法論をカンファレンスなどで一つの支援に調整するレベルとしている。

以上のことから、介護支援専門員がターミナルケアマネジメントにおいて医療職者との顔の見える関係を構築しようとする場合、実際の末期がん患者の在宅療養支援の中で、医療職者と福祉職者及び介護支援専門員が、個々のケア方法を発揮して職種の責任を果たせるように、ターミナルケアの実践を医療職者任せにせず、お互いの役割を理解し率直かつ明確に依頼すること、その役割発揮を求めていくことが、必要であると考えられた。そのうえで個々の医療職者が持つケアの方法論を、その他の職種のケアの方法論と合わせて一つの末期がん患者のケアとして調整する役割を果たす取り組みを行うこと、つまり介護支援専門員が個々の末期がん患者が希望するケアとなるように、医療職者の専門職としての役割認識や価値観を受け止め、お互いが協調する事を目指し、家族の病状認識や思いを深く捉え支援チーム内に伝える役割を担うという方法で調整することが、医療職者との顔の見える関係につながる可能性があると考えられた。

これらから、ターミナルケアマネジメントにおける医療職者との顔の見える関係の構築に向けては、まずは医療職者の話からケアに関連した考え方をよく理解しようと努め、医療職者のターミナルケア実践が果たそうとする目標の達成を共に目指し、また自分ができる役割について責任を持って果たすこと、医療職者の役割と判断されることについて率直に相談すること

が考えられた。顔の見える関係作りについて森田ら (2012) は、考え方や価値観、人となりが見えるような多職種小グループで話し合う機会を継続的に地域の中に構築することを提言した。本研究からは、そのグループでの話し合いに、事例を基に具体的なケアを検討し、その中で各職種の役割や責任について討議することが有用と考えられた。

V. おわりに

本研究は、A 在宅医療・介護連携支援センター長またはインタビューに協力していただいた研究参加者となった主任介護支援専門員によって紹介された方を対象としたインタビュー調査であった。顔の見える関係について先行研究と比較し、一致している部分があったが、新たな内容も明らかとなったと考える。本研究は、研究参加者の選定条件を末期がん患者のターミナルケアマネジメントにおいて、医療職者と顔の見える関係を構築できている人として紹介された者、末期がん患者のターミナルケアマネジメントを行った経験がある者とし、医療機関併設、福祉施設併設、独立の3形態が含まれるように工夫はしたが、地域や調査対象者数も限られていることから、一般化することはできない。また、先行研究では在宅医療介護従事者間の顔の見える関係評価を行っているが、本研究結果も含めて、広く介護支援専門員に知ってもらい、使ってもらえる事が今後の課題と考える。介護支援専門員の研修等で用いて、日頃のケアマネジメントを振り返るなど、より良い実践につなげていく必要があると考える。

引用文献

- 福井小紀子 (2014). 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. 日本在宅医学会雑誌, 16 (1), 5-11.
- 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀他 (2016). 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39 (4), 219-226.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 - 質的研究への誘. 弘文堂, 2003.
- 厚生労働省 (2006). 介護保険制度改革について. (2020_08_15) <https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/bukyoku/rouken/03.html>
- 厚生労働省 (2007). がん対策基本法. (2020_08_15) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>
- 厚生労働省 (2011). 介護保険法. (2020_08_15) https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf
- 厚生労働省 (2014). 在宅医療連携拠点事業. (2020_08_06) https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf
- 厚生労働省 (2017). 社会保障審議会. (2020_08_15) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000171813.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果. (2020_08_15) https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf
- 厚生労働省 (2018). 平成 30 年度介護報酬改定の概要. (2020_08_06) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000196658.pdf>
- 厚生労働省 (2018). 平成 30 年人口動態統計死亡の場所別にみた年次別死亡数. (2020_08_06) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakuteil8/index.html>
- Leutz WN (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77 (1), 77-110.
- 宮島俊彦 (2012). 地域包括ケアの展望: その4 医療と介護の統合. *社会保険旬報*, 2513, 24-31.
- 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴 (2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か?. *Palliative Care Research* 2012, 7 (1), 323-33.
- 森田達也, 井村千鶴 (2012). 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. *Palliative Care Research* 2013, 8 (1), 116-26.
- 荻原美代子, 石川光子, 山岡桂太他 (2014). 多職種連携を推進するためのリーダーシップ. *癌と化学*

療法, 41 (1), 12-14.

大園康文, 石井容子, 宮下光令 (2015). 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. 日がん看会誌, 29 (1), 44-53.

鈴木優花, 田高悦子, 伊藤絵梨子他 (2018). 在宅医療における看護職間の「顔の見える関係」評価の実態と関連要因の把握. 日本地域看護学会誌, 21 (2), 49-57.

Uwe, Flick. (1995) / 小田博志, 山本則子, 春日常, 他訳 (2002). 質的研究入門<人間の科学>のための方法論. 春秋社, 245-270.

How Skilled Care Managers Establish and Use Their Face-to-face Relationships with Healthcare Professionals in Terminal Care Management.

TAKARAGI Momoyo¹, KOBAYASHI Naoji², SHIMIZU Midori²

¹Visiting Nursing Station, Comprehensive Community Care Core Center, Fujita Health University, Toyoake, Aichi, Japan

²Japanese Red Cross Toyota College of Nursing, Toyota, Aichi, Japan

Abstract

Purpose: This study aims to describe how skilled care managers establish and use their face-to-face relationships with healthcare professionals in their terminal care management of terminally-ill cancer patients. **Methods:** We conducted semi-structured interviews with twelve chief care managers (including six with non-medical background) and qualitatively analyzed the data from the perspective of how they established and used their face-to-face relationships in the terminal care management. **Results:** The analysis identified the following five categories: 1) respecting the roles and values of physicians and other healthcare professionals, 2) overcoming care-method conflicts by finding mutually agreeable procedures for cooperation, 3) mediating family's thoughts in healthcare professionals' practice, 4) advocating deepened understanding of the family's thoughts, and 5) giving straightforward, clear requests to team members to perform terminal care practice when necessary. **Conclusion:** The findings indicate that the face-to-face relationships between professionals are established by the mutual trust based on understanding and respect of their differences in the role, methodology, values, and personality and thereby enable them to effectively cooperate overcoming the possible conflicts. It will be useful for healthcare professionals to use case studies to discuss their roles and intentions in specific care activities at local interprofessional small group meetings.

Key words: home care, skilled care managers, terminal care management, Interprofessional work

研究報告

成人の場面緘黙当事者がポジティブな効果を感じた体験と望んでいる支援

飯田 大輔¹ 岡田 摩理¹

要旨

本研究では、成人の場面緘黙当事者がこれまでの自分の人生の中でポジティブな効果があったと感じた体験や望んでいる支援を明らかにし、成人の場面緘黙当事者に対する包括的な支援のあり方を検討した。幼少期から場面緘黙症状があった8人に半構造的面接調査を行い、質的記述の方法で分析した。ポジティブな効果があった体験として【信頼できる人との出会いと支え】【安心できる居場所での活動】【意欲・モチベーションを高める目標や役割】【自分の力の自覚による自信の獲得】などの10カテゴリーがあり、今後望む支援としては、【社会的な支援体制の整備】【自己を生かせる場の増加】などの3カテゴリーを見出した。成人の場面緘黙当事者への支援として、安心と信頼を得られる人や環境を整えることや、自信と意欲を持てる支援と自己努力が認められる環境調整、自己理解を深め他者に自己を説明できる機会の創出が重要であり、そのための社会環境を整えることが必要である。

キーワード 場面緘黙 成人当事者 体験 支援 質的研究

I はじめに

場面緘黙 (Selective Mutism) とは話す能力があるにもかかわらず、学校などの特定の社会的状況では声を出して話すことが出来ない状態であり、DSM-5の診断基準では、学業や職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨げ、少なくとも1か月以上は持続する障害 (American Psychiatric Association: APA, 2013) とされている。場面緘黙の有病率は、調査対象の集団や採用する診断基準によって差があり、海外と日本の文献検討をした趙、園山 (2018) によれば0.02～1.89%と報告されているが、成人期まで症状が続く場合の有病率を調査した文献は見当たらない。従来、小児期・青年期に発症する障害とされており、成人期まで継続することは想定されていなかったが、近年、成人期に至っても、その症状や後遺症に悩まされる人の存在が明らかとなってきており、2013年のDSM-5の改定では不安症の分類に変更され、成

人期の診断も可能となっている (小野, 2014)。しかし、成人期の場面緘黙に関しては社会的な周知もされておらず、日本でも海外でも小児期の研究が多く、成人期の研究は少ないことが指摘されている (久田, 金原, 梶他, 2016; Walker, Tobbell, 2015; Driessen, Blom, Muris, et al. 2020)。

近年、わが国でも成人当事者もしくは経験者の実態を示した研究が複数発表されるようになったが、発話の改善がみられた後であっても、コミュニケーションや発声に不安を来す場合 (増井, 大伴, 2018)、症状の再出現や不適応感をもつ場合 (藤間, 外山, 2021)、併存症として社交不安症やうつ病を抱える人がいる (田中, 2021) ことが示されており、社会生活上の困難さがあることが示されている。海外の成人当事者の調査でも、会話が回復した後でも不安を抱えやすい特徴は変わっておらず、トラウマや孤立感が緘黙症状を強化している状況があること (Omdal, 2007) や、成人期まで発話困難がある場合、深い喪失感やアイデンティの課題も抱え、対人的孤立のみならず、自己の存在に関わる実存的孤立に陥る場合もある (Walker,

¹ 日本赤十字豊田看護大学

Tobbell, 2015) と指摘されている。海外の長期的な追跡調査でも、成人期に発話がある程度可能になっても、うつ病や恐怖症、不安症などの精神的な課題を抱えることが明らかにされており、特定の場で話せないという中核症状よりも、長期の経過をたどる根本的な精神病理の存在が示唆されている (Steinhausen, Wachter, Laimbock, et al, 2006)。

このような成人の場面緘黙当事者の課題が注目される中で、2018 年の全国的な場面緘黙のフォーラムでは、場面緘黙の若年成人はコミュニケーションに苦手意識をもつがゆえに、自らの苦悩を訴えることも少なく、どこに支援を求めて良いかわからないことが多いことが話題となり、社会的理解や支援の拡大の必要性について議論がされた (高木, 2018)。しかし、日本では発達障害者支援法の対象に入っているものの、福祉や労働施策の支援、医療的な治療、教育的支援などが十分にされていないことが課題となっている (久田, 金原, 梶他, 2016)。さらに、成人の場合は社会的な期待や責任があるため、生活に与える影響も小児とは異なることが指摘されており (Walker, Tobbell, 2015)、複数の相互作用する問題の連鎖的な影響は、社会的引きこもりや学校の離脱など、広範な問題につながる可能性があることも指摘されている (Kearney, Rede, 2021)。

場面緘黙の治療・支援としては、小児期には認知行動療法やリラクゼーション、刺激フェーディング、段階的エクスポージャーなど様々な方法を組み合わせで行うこと (Zakszeski, Dupaul, 2017) や、親を含めた集团的行動療法 (Cornacchio, Furr, Sanchez, et al, 2019) などに効果があることが示されているが、日本では段階的エクスポージャーに加えて学校や生活場面での支援、家庭と教師の連携などが有用とされているも十分に行われていないことが報告されている (水野, 関口, 白倉, 2018)。日本での成人期の場面緘黙に特化した治療や支援に言及した研究は高木 (2021a) のエクスポージャーと心理教育を用いた治療的介入があるが、対人関係や就職などの社会的な問題については課題とされており、その支援については言及されていない。その他は真下 (2021) の作業療法による介入や秋谷 (2022) の就労移行支援などの数件の事例研究が報告されているのみで、成人期における支援方法は十分に明らかにされていない。また、場面緘黙は小児

期でも生活場面の支援が重要とされているように、医療や教育などの専門職によるフォーマルな支援のみならず、家族、職場、地域の人々によるインフォーマルな支援も含めた包括的な支援について検討する必要がある。これらの包括的な支援を検討するためには、まずは、成人の当事者の人生にポジティブな効果を与えた体験や当事者が何を望んでいるのかを明らかにし、それをもとに支援の方向性を見出したいと考えた。

そこで、本研究では、成人の場面緘黙当事者が、これまでの自分の人生の中で、ポジティブな効果があったと感じた体験や望んでいる支援を明らかにし、成人の場面緘黙当事者に対する包括的な支援のあり方を検討することを目的とした。

II 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

2. 研究参加者

場面緘黙の成人当事者で幼少期から場面緘黙の症状があった者を研究参加者とした。成人当事者とは現在も場面緘黙の中核症状 (特定の社会的場面で発話ができない) が顕著である場合のみならず、現在は日常的な会話に支障はないがコミュニケーションに何らかの困難感を抱える人も含むこととした。また、場面緘黙当事者は専門医による診断を受けていない場合も多いため、幼少期から診断基準に該当する場面緘黙の症状があったという自己申告の者も対象とした。

3. データ収集方法

場面緘黙の複数の自助グループを通じて研究参加者を募集した。応募があり同意をえた研究参加者に、対面もしくはオンライン (Zoom) を使った個別のインタビュー調査を 1 時間程度実施した。インタビューでは、最初に幼少期の場面緘黙症状や現在の症状・職業等を聞いた後に、これまでの人生においてよかった (ポジティブな効果があった) と考えている体験と、今後もっとあるとよいと望む支援について、理由や背景も含めて聞き取った。本研究は成人期を対象としているが、幼少期からの人生経験が成人期にも影響を及ぼしていると考えられるため、幼少期から現在に至るまでの体験について聞き取った。

4. 分析方法

録音データを逐語録に起こし、その中から、2つの分析視点である「ポジティブな効果があったと感じた体験」と「望んでいる支援」が語られている部分を、感じた理由やその考えに至った背景も含めて、参加者ごとに抽出した。成人期の体験を中心に抽出したが、成人期に影響していると考えられる小児期の体験についても、データとして抽出した。抽出したデータの意味内容を読み取り、意味を代表するコードをつけた。参加者ごとのコードを統合し、類似性、相違性に沿って分類しカテゴリー化した。2名の研究者がそれぞれ個別分析を行った後に統合し、2名の見解が一致するまで話し合いながら分析した。

5. 倫理的配慮

研究者が所属する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た（承認番号 1905）。自動グループの管理者に許可を得て募集のメールを出し、メールで応募のあった人に研究の説明文書と同意書を郵送し、研究の目的・方法、自由意思での参加、個人情報保護、データ管理、学会等での発表に関する説明を行い、インタビュー日程を調整した。インタビュー前に再度口頭で説明を行い、同意書の返送を依頼し

た。インタビューは許可を得て録音し、録音データを逐語録にする段階で匿名化し、個人が特定されないデータとした上で分析を行った。精神的な不安への配慮として、臨床心理士である研究者が必ず参加し不安になる状況があった場合にはいつでも中止できることを説明した。調査時は表情等に注意し言葉での発言が難しい場合には無理に促さず、チャットでの聞き取りも行った。

Ⅲ 結果

1. 研究参加者および調査の概要

参加者の概要については表1に示した。全員に幼稚園や小学校などの幼少期から社会的場面での会話が困難という場面緘黙の症状があった。現在は社会的場面での日常会話に支障のない人もいたが、参加者G以外は成人になってからも社会的場面での会話が支障をきたしていた。現在も程度の差は様々であるが、全員が言葉でのコミュニケーションに何等かの困難を感じていた。専門機関による支援では、支援を全く受けていない人も2名いたが、幼少期に児童精神科で支援を受けていた人が2名あり、うち1名は場面緘黙の診断を幼少期に受けていた。それ以外は成人になってから

表1：研究参加者の概要

	年齢	性別	職業	緘黙症状が強かった時期	現在の症状	専門職からの支援
A	50代	男	福祉系の正職員	幼児期から30代半ばまで社会的な場での会話が困難	日常会話は可能になったが、あらかじめ頭で組み立てておく必要がある	なし
B	30代	男	福祉系の臨時職員	小学校低学年から20代前半まで家族以外と会話が困難	日常会話は可能であるが、言葉が出てこない場面が多い	学童期 児童精神科・SC 児童相談所 二次障害で精神科
C	40代	女	短時間のパート	幼稚園から30代頃まで家族や仲のよい友達以外とは会話が困難	不安な場面では今も言葉が出づらく、職場では無口	二次障害で精神科
D	30代	男	会社員	小学校低学年から現在まで人から注目される場面で声が出ない	他者との会話に入っていけず、言葉がでにくい	二次障害で心療内科
E	40代	女	福祉系の臨時職員	小学校から現在まで社会的な場での会話が困難	1対1で質問されたら会話できるが、多人数の中では困難。	幼少期 児童精神科 二次障害で精神科
F	20代	女	学生	小学校低学年から現在まで社会的な場面での会話に不自由	今も緊張しやすく、社交不安のような症状が出る	学生時代・SC 二次障害で心療内科
G	30代	女	福祉系の正職員	幼児期から中学まで家族以外との会話が困難	職場での会話には支障がないが、家族や幼少期の友人との会話に支障	なし
H	20代	男	アルバイト	小学校高学年から現在まで家族以外とは会話が困難	母親以外とは会話が困難	教育相談

SC=スクールカウンセラー

自分の症状が場面緘黙であると知っていた。成人期にうつ病（二次障害）で精神科や心療内科を受診した人が5名あり、併存症として発達障害や社交不安症の診断を受けている人もあった。参加者のうち2名は社会福祉系の資格をもち正職員として働いていた。自助グループを通じて参加募集をしたため、全員が場面緘黙関連の自助グループに登録していた。

調査は1名のみが対面で7名はオンラインで行った。インタビュー時間の平均は58分で、最長86分、最短41分であった。

2. 場面緘黙の成人当事者の人生においてポジティブな効果があったと感じた体験

この視点に関するコードは全部で177あり、27サブカテゴリと10カテゴリを見出し、表2に代表的なコードとともに示した。以下にカテゴリごとに説明する。カテゴリを【 】, サブカテゴリを[], コードを[], 語りを「斜字」で示した。

1) 【受け入れてくれる周囲の人々の存在】

これは幼児期から成人期まで、場面緘黙のことを詳細に知らなくても当事者を仲間に取り入れ支えてくれる友人や、温かく見守ってくれる家族、会話が難しいという特徴を理解してくれる教育者や職場の人の存在によって助けられたと感じた体験を示したものである。

【会話が苦手な自分を理解してくれる友人の存在】では、[発話しなくても周囲の友人が特別扱わず自分を仲間に取り入れてくれた] [首振りなどの発話を必要としないコミュニケーション方法を自然にしてくれた] [お互いに支え合う友人に出会い、学校生活を支えてもらった] という体験が示されていた。また、[家庭教師として出会った友人が毎日来てくれて支えてもらった] という人は、「紹介してもらった大学生が明るい子で、持ちつ持たれつの関係で関わってもらって、(今でも) 影で支えてもらっている」と語っていた。

【学校や幼稚園の先生の日常的な気遣い】は、幼少期から高校までの教育者等の気遣いであり、[集団の場が苦手なことを幼稚園の先生が職員室で過ごせるようにしてくれた] や、「(話せなくても) いいですね、みたいに褒めてくれた」「話したいと思ったら自分で話せるようになると思いますって、親に言ったらしい」のように学校の教員が理解してくれていたことを

語っていた。「その(教員の)対応が(場面緘黙の)解決につながってはいなかったと思うんですけど、肯定的にみてくれたかな」と否定的ではない教員の見方が有難かったと語っていた。[中学では発声練習などをさせられたが、高校では交換ノートで間接的に交流を取ってくれた] と語った人は「私は(交換ノートに) 書き込むことはほとんどなかったんですよ。でも先生はこんなことがよかったよみたいなことを継続してやってくれたので、それが嬉しかったという記憶があります」と語っていた。

【干渉をしない親の見守り】は、一定期間の引きこもりを体験した人によって語られたものであるが、[引きこもっていても干渉しない緩やかなやさしさが家族にあった] として、「何をしているんだみたいな叱咤激励ではなくて、触れないでいてくれるような緩やかな優しさ」が自分にとって有難かったと示されていた。

【肯定的に受け入れてくれる人の多い環境での社会生活】には、[肯定的に受け止めてくれた(高校の)友人が多く会話ができるようになった] や「一緒に働く仲間が暖かく受け入れてくれて安心できた」などがあつた。学校や職場の中に、会話が困難な自分を理解し受け入れてくれる人が多い環境があることで「さらにしゃべれるようになっていった」や「ぼそっと話せるようになったんです」のように発話を促進することにつながったと示されていた。ただし、発話の対象は限定的で「肯定的な人が多くて、私も中学の時よりもさらにしゃべれるようになったんですけど、相変わらず男の人としゃべれなかった」と語る人や「しゃべれない自分を知ってる人とはやっぱり話ができなくて、しゃべる自分を見せることが怖くてっていうのがあって、過去の自分を知ってる人とは、やっぱり話ができなかったですね」と緊張場面の発話は困難な状況が続いていたことが示されていた。

2) 【信頼できる人との出会いと支え】

これは自分の人生において心から信頼できると感じられる人に出会い、その人からの支えが自分にとって大きな影響を及ぼしたという体験を示したものである。

【自分を受け入れてくれる彼の存在】には、現在結婚している夫との出会いにより「自分を受け入れてくれる存在ができたことでスムーズにしゃべれるようになった」があつた。

【信頼できる専門職との出会い】では、「自分のことを真剣に考えてくれる心理士の関わりが嬉しかった」があった。「私が本当に嬉しかったのは、私のためにここまで色々やってくれるっていう、そこだったんで

すよね。実際の（支援の）効果よりもそのほうが大きかった」という語りがあった。他にも「誰とも話せない孤立した状況の中で、唯一話せる場として学生相談の先生がいた」や「信頼できる大学教員が継続的に

表2：場面緘黙の成人当事者の人生においてポジティブな効果があったと感じた体験

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
受け入れてくれる周囲の人々の存在		
	会話が苦手な自分を理解してくれる友人の存在	発話しなくても周囲の友人が特別扱いせず自分を仲間に引き入れてくれた 首振りなどの発話を必要としないコミュニケーション方法を自然にしてくれた お互いに支え合う友人に会い、学校生活を支えてもらった 友人ができて、学校が終わった後に遊びに誘われ楽しかった 家庭教師として出会った友人が毎日来てくれて支えてもらった
	学校や幼稚園の先生の日常的な気遣い	集団の場が苦手なことを幼稚園の先生が察して職員室ですこせるようにしてくれた 小学校の担任が話せていないことも含めて全体的に肯定的にみてくれた。 中学では発声練習などをさせられたが、高校では交換ノートで間接的に交流を取ってくれた
	干渉をしない親の見守り	引きこもっていても干渉しない緩やかなやさしさが家族にあった 児童相談所の指導を受けて、親が見守ってくれる姿勢に変わってくれた
	肯定的に受け入れてくれる人の多い環境での社会生活	肯定的に受け止めてくれた友人との会話ができるようになった 一緒に働く仲間が暖かく受け入れてくれて安心できた
信頼できる人との出会いと支え		
	自分を受け入れてくれる彼の存在	自分を受け入れてくれる存在ができたことでスムーズにしゃべれるようになった
	信頼できる専門職との出会い	誰とも話せない孤立した状況の中で、唯一話せる場として学生相談の先生がいた 自分のことを真剣に考えてくれる心理士の関わりが嬉しかった 信頼できる大学教員が継続的にサポートしてくれた
安心できる居場所での活動		
	自助グループでの同じ悩みを抱える人同士の交流による安心感	自助グループをみつけ悩みを抱えるのは自分だけではないことに安心感を得た 当事者が交流できる場で貴重な経験をした 自責的な気持ちや申し訳ない気持ちをもたずに関われる場に安心した
	安心できる場で共有する楽しさ	話せるか話せないかにかかわらず、活動の中で楽しさを共有できた 自助グループは安全な場所であり、リラックスできる場 場面緘黙をもつ仲間との会話からエネルギーをもらった
積極的に話さなくてもよい環境との出会い		
	自分なりに活動できると思える場	適応教室やフリースクールにつながり、活動できる場を得た 自分でも通えそうと思える通学スタイルの高校を選択した 場面緘黙の仲間がいる福祉施設に参加することができた 大学ではつるむこともできれば一人でいたい時は一人でいられた
	不安の少ない職業への就職	雑談が少なく上品でわきあいあいとした緊張感が少ない職場に就職することができた
	活動が可能になるように要望	受験時の面接はパソコンでももらえるように学校に依頼し受け入れられた 会話が必要な授業でも筆談で対応してもらえるように配慮してもらった
専門職による治療やサポート		
	専門職につながる情報の獲得	学校から専門機関の情報提供を受けた スクールカウンセラーの紹介で専門医につながった
	医療専門職による治療やサポート	場面緘黙を知っている児童精神科の医師に出会ったこと うつ状態になったが、複数の専門職の治療や支援を受けて落ち着いた
	心理系の専門職によるセラピー	スクールカウンセラーから自分に厳しくなる考え方を和らげる助言をもらう グループセラピーを受け集団の場に少しずつ入れるようになった
	福祉サービスによる生活支援	自分に合う精神科から訪問看護などの生活サポートを紹介され楽になれた

表 2：(つづき)

カテゴリー サブカテゴリー	代表的なコード
意欲・モチベーションを高める目標や役割	
自分の経験を活かした将来の目標	緘黙の研究や支援活動をしている人との交流から自分も目指したいという気持ちをもった 信頼できる心理士に出会い自分も同じような仕事がしたいという目標ができた
他者のために働く立場や役割	社会福祉系の資格を持ち他者に働きかける立ち位置になった 得意な遊びが上達し、アシスタントを頼まれるようになった 自助グループの立ち上げに関わり自分と仲間の居場所を作った
自分の力の自覚による自信の獲得	
力を発揮できる得意な分野での活動	勉強を教えることで、喜んでもらえて自信になった 論理的な討論であれば答えられ、大学教員に評価された 自分の趣味や特技を活かせる場に出会うことができた
価値ある自分であるという自信や喜び	場面緘黙の経験を仕事の中で他者を助けることに役立てられる 施設の中で自分の役割が認められ感謝される ゲームの中で人の役に立ち他者から感謝される自分であることに喜びを感じた
頑張る必要がある場での自分の頑張り	
変わりたいという気持ちからの努力	進学が変わるチャンスと捉え、しゃべれる自分になりたいと頑張った しゃべる勇気を持つ必要があると自分で考えて自分で訓練していった 仕事で話せるようになりたいと考えてネットで検索して話し方教室に行った
頑張る必要がある環境と捉えた自らの努力	サポートがない環境でも、がんばらないといけなと思って、すごく頑張った 話すことを要求されず自分の意向を大事にもらえる環境の中で少し頑張ってみてみた
場面緘黙症状のある自分を見つめ直す機会	
自分は場面緘黙であると思った安心感	ネットで自分の症状は場面緘黙であると知り安心感を得た 緘黙という言葉を知って解放された気持ちをもった
同じような症状をもつ場面緘黙者が存在するという気づき	自分は変な人だと思っていたが、同じような人がいると知ったことが大きかった 自分と同じような緘黙症状をもつ人と出会い、自分と同じ人がいると発見し安心した ネットで自分と同じような状況にある人が沢山いることを知った
自分に起こっている症状の意味の把握	自分に起きている症状を本を読んで気づいていった 心理学の勉強の中で場面緘黙を詳しく知り自分にプラスになった
自分の姿を客観的に捉えた自己分析	自己理解を深めることで自分のコミュニケーション方法を見つめ直した 得意なことと苦手なことを客観的に自分でわかるようになった どういう場で自分が不安になるかを自分なりに考えて理解できるようになった 対人援助の仕事につくことで、気づきが多く、話せるようになった
自分を知ってもらう機会	
自分の手記をまとめ公表	自分が書いた本を読んでもらって理解してもらった
自分のことを話す機会	マスコミのインタビューを受ける機会があり支えになった 研究参加などで自分を発信できる場があることが嬉しい 自分の場面緘黙の経験を親の会で講演する機会をもらった

サポートしてくれた」などがあり、これらの支援を受けた人の中には、現在まで支援が続いている人が複数あり、感謝する気持ちが示されていた。

3) 【安心できる居場所での活動】

これは自助グループやフリースクールなど、自分が行くべき学校や職場以外の安心できる居場所での活動から安心感や楽しさを得たという体験を示したものである。

『自助グループでの同じ悩みを抱える人同士の交流による安心感』では、同じ場面緘黙に悩む当事者同士の「自助グループをみつけ悩みを抱えるのは自分だけではないことに安心感を得た」があった。自助グループでの交流により「辛さが軽減すると感じる」や「話せないって思いながら人と関わると、すごい自責的にもなるし、申し訳ないんじゃないかなとか思ってしまいうけれど、そういう所を気にせずに関われる」と語ら

れていた。

【安心できる場で共有する楽しさ】では、当事者同士が一緒にいるだけで「話せるか話せないかにかかわらず、活動の中で楽しさを共有できた」という感覚や「場面緘黙をもつ仲間との会話からエネルギーをもらった」があった。当事者会に参加することで「そこにはすごくワクワクして行っています。成人の場面緘黙の人とも出会いますし、経験者の成人の方とも出会いますし、そこで話される内容って、ああ、私もみたいな感じで」という体験や、「仲間に出会える場所。結構そこではいろいろ愚痴の言い合いとかもしてるんですよ。そういう仲間のいる環境に支えられているなっていうのは思っています」という気持ちが語られていた。

4) 【積極的に話さなくてもよい環境との出会い】

これは周囲からの理解の有無に関わらず会話することを強く求められない環境と出会い、その中で社会的な活動が徐々に可能になったという体験を示したものである。

【自分なりに活動できると思える場】では、適応教室やフリースクール、自由に通えるスタイルの高校、一人になることが可能な環境である大学、福祉施設の作業所などで社会的な活動ができたことが示されていた。「適応教室やフリースクールで、活動できる場を得た」という人は「学校で落ち込んででもフリースクールだと話すことはできなくても活動はできたんですよ。そこで気持ちを上げるなど、他の行き場所もあったことがよかった点かなと思っています」と語っていた。また、作業所に通う中で発話が促進された人は「カスレ声のチャレンジをしていって、それがどんどんと発声になって、はい・いいえが言えるようになって、そうすると周りも私に対してはい・いいえで答えられる質問で関わりをしてくれて、自然と私もはい・いいえで答えるようになってきたんですよ」と語っていた。その背景には「それを聞いたスタッフが大騒ぎをするんじゃなくて、自然と受け流してくれたんですよ。ああ、そうだねみたいな感じで。それもまた良かったなと思うんです」という状況があったことが示されていた。大学に通っていた人は「大学は（人と関係をもってもいいし）一人でいたいときは一人でいられるっていうのがよかった」と自分で環境を選べたことが自分にとって

よかったと語っていた。

【不安の少ない職業への就職】には「雑談が少なく上品でわきあいあいとした緊張感が少ない職場に就職することができた」があった。場面緘黙当事者は臨機応変な対応が求められる雑談が苦手な人が多いが「割合と少人数だったことと、雑談をしなければならない時間が短くて。あとは、お上品な方が多かったのと和気あいあいとしてたんです。その雰囲気怖がらずにいられたのもよかったんだろうって思う」という語りがあった。

【活動が可能になるように要望】には、「受験時の面接はパソコンでももらえるように学校に依頼し受け入れられた」や「会話が必要な授業でも筆談で対応してもらえるように配慮してもらった」があった。親とともに学校に交渉した人は、会話をしなくても活動できるような環境を学校で整えてもらったことがよかったと語っていた。

5) 【専門職による治療やサポート】

これは、精神科の医師や臨床心理士、スクールカウンセラーなどの専門職による治療や支援を受けて、精神的に落ち着いたり、生活が安定したり、徐々に緘黙症状が改善したなど、自分にとってよい方向に変化することができたという体験を示したものである。

【専門職につながる情報の獲得】には、「学校から専門機関の情報提供を受けた」や「スクールカウンセラーの紹介で専門機関につながった」があり、「学校でもいい思い出がなくて、悪い点ばかり浮かんでしまいうんですけど。情報を伝えてくれた」ことで「いろんな支援機関につながったんです」と、情報提供の支援が有難かったことが示されていた。

【医療専門職による治療やサポート】では、複数の参加者が二次障害を起こす中で「うつ状態になったが、複数の専門職の治療や支援を受けて落ち着いた」のように、服薬やカウンセリングなどを継続的に受けて精神的に落ち着いたことが語られていた。専門医との出会いに関しては、幼少期に「私の場合、幸運だったのが場面緘黙を知っている児童精神科の人に出会ったんですよ。それで助かったんだと思います」と語る人がいた。一方で、「心療内科に通院していますけど、医師と、今どういう状況なのか、仕事はうまくいってるのかいってないかというような簡単な問診と薬をもらうぐらい」という語りや「最初の病院は薬ばかり

出す感じのところだったんで、すぐやめちゃったんです」のように、「ちゃんと診てもらった」という感覚が持てない状況になる場合もあることが語られていた。

【心理系の専門職によるセラピー】では、「スクールカウンセラーから自分に厳しくなる考え方を和らげる助言をもらう」があり、相談において、「結構、前から自分のことを否定することが多かったんですけど、私にとっていい方向というか、肯定的な方向に考えられる、自分に優しい考え方みたいな感じの返答をしてくださるので、それで自分に厳しくなるっていう考え方がちょっと和らいだかな」があった。また「グループセラピーを受け集団の場に少しずつ入れるようになった」では「最初は集団に入れなかったんですよ。でもそういうときはスタッフが一對一でオセロとかをしてくれたりとか、私が1人になりたいときは1人にもさせてくれるような、そういうしやすい空間があったんです」という中で、徐々に集団の場に居られるようになったことが語られた。一方で、「カウンセリングとか受けてみようかなって思って探して、何か所か受けに行っただんですけど、あんまり参考になるっていうか、改善されるみたいなことはなかったです」という人や「カウンセリング受けたからって改善になるかといったらあんまりそうでもなく、確かに自分の思ってることを吐き出す場としては、カウンセリングはいいかもしれないですけど、カウンセラーの枠を取るのがなかなか難しくあまり受けてないんです」という人もあった。

【福祉サービスによる生活支援】では、「自分に合う精神科から訪問看護などの生活サポートを紹介され楽になれた」があり、「(数年前から通うようになった精神科で)ヘルパーさんとか訪問看護師さんの支援の手続きをやってもらって。生活サポートっていうのも使ってるんですけど、それを使ってからいろいろ一緒に行ってもらって、困ったことがあると手助けしてもらえて、ようやくちょっと楽になれたかなと思います」と語られていた。

6) 【意欲・モチベーションを高める目標や役割】

これは自分の目標や役割ができたことで、頑張ろうと思う意欲や頑張りにつながるモチベーション（動機や意識）となり、ポジティブな効果となった体験を示したものである。

【自分の経験を活かした将来の目標】では、「緘黙の

研究や支援活動をしている人との交流から自分も目指したいという気持ちをもった」があった。場面緘黙の自助グループの活動の中で「(場面緘黙の)経験者でいろいろ研究している人がいるっていう姿が見れたことで、頑張れる力になったなというのは自分の中で結構ありました」と語り、自分もそうになりたいという思いを語っていた。また、「信頼できる心理士に出会い自分も同じような仕事がしたいという目標ができた」という人は、「心理カウンセラーという職業にあこがれ、夢を持ち始めたんです。そのおかげで、どうすればいいだろうって図書館とかで調べて、その結果、大学で専門的に心理学、臨床心理学とかを勉強する必要があるというのが分かって、じゃあ、高校卒業しなきゃっていう思いが生まれたんです」と、自分の進路選択につながったことが語られていた。

【他者のために働く立場や役割】では「社会福祉系資格をもち仕事で他者に働きかける立ち位置になった」があった。人と関わる社会福祉系の施設に就職したことで「(仕事で)皆さんに働き掛けしていたことでコミュニケーション力が伸びましたよね。だから、普通の会話は、だんだんできるようになっていったのは、そういうのがあると思うんです」と他者のために働く仕事をする中で、コミュニケーション力が向上したことが語られていた。仕事以外でも「得意な遊びが上達し、アシスタントを頼まれるようになった」や「自助グループの立ち上げに関わり自分と仲間の居場所を作った」のように他者に役立つ役割をもったことで、自信を獲得したことが示されていた。

7) 【自分の力の自覚による自信の獲得】

これは得意な分野で活躍できていると感じられたことや、他者のために役立っていると自覚できたことで、自分に自信をもつことができたという体験を示したものである。

【力を発揮できる得意な分野での活動】には、勉強の成績がよかったことで友人に「勉強を教えることで、喜んでもらえて自信になった」という体験や、「論理的な討論であれば答えられ、大学教員に評価された」などがあり、得意な分野で力を発揮できたという体験が示されていた。また「自分の趣味や特技を活かせる場に出会うことができた」では「(趣味の)好きな植物の話になると言葉がめっちゃめっちゃ出てきて」という場面が語られていたが、他にもピアノや水泳、

得意な遊びなど、好きなものに集中することで技術も伸び、自信の獲得につながったことが示されていた。

【価値ある自信や喜び】は、「場面緘黙の経験を仕事の中で他者を助けることに役立つられる」や、「施設の中での自分の役割が認められ感謝される」のように他者のために役に立つ自分を自覚したことが示されていた。「その方（しゃべれない利用者）の状態と私の時の状態では違う感じもあるんですけど、しゃべれないことでの辛さっていうのはすごくわかるので。しゃべらなくてもここにいてください。ここあなたの居場所ですっていうようなメッセージは伝えるようにはしてません」のように場面緘黙の経験を活かした関わりをしていた。社会福祉系の資格を取ったことで自信をもてたと語った人は「何か、自分で自信を持てることを、一つでも二つでも身に付けて、それを積み上げていく」ことが大切だと考え、「人の面倒と思うことを。こっちは逆に、処理的なことはずっとやってるから得意なんで」と自分の得意分野を他者のために役立っていることを語っていた。仕事や学校以外でも、「ゲームの中で人の役に立ち他者から感謝される自分であることに喜びを感じる」という体験を語った人は、「誰かが必要としているものを提供すると、ありがたいって言われるんです。こんな私でも誰かの役に立てるっていうのが本当にうれしかったというか、良かった点としてあげられるかなと思います」と語っていた。

8) 【頑張る必要がある場での自分の頑張り】

これは、周囲からの配慮の有無にかかわらず、頑張らなければならない場と捉えて、自ら何とかしようと頑張った体験を示したものである。

【変りたいという気持ちからの努力】では、「進学が変わるチャンスと捉え、しゃべれる自分になりたいと頑張った」のように、自分を変えたいと考えて様々な努力をしたことが示されていた。高校入学を機に頑張ったという人は「しゃべらない子だったっていうのを知られたくなくてどうしても、普通よりも頑張っちゃってちょっと変な不自然な感じになって、馴染めなかったっていう感じだったんですけど。それでも半年ぐらい経って、すごくいい子が仲良くしてくれ始めてそこからは少しずつ適応していけたかなっていうのはありますね」と無理をしてでも頑張った体験を語っていた。また、「仕事で話せるようになりたいと考えてネットで検索して話し方教室に行った」という人

は、「上司との意思疎通がうまくいかなくて、報告事がうまく言えなくて、どうやったらうまくしゃべれるようになるのか、話し方が悪いんじゃないかなと思って、ネット検索をして、話し方教室に通うと決めました」のように、自ら努力した状況が語られていた。

【頑張る必要がある環境と捉えた自らの努力】では、「サポートがない環境でも、がんばらないといけないと思って、すごく頑張った」として、人に話しかけることをしなければならぬ学校の授業場面で「自分から話し掛けなくちゃいけないとかっていうのがすごく大変で。頑張って絞り出して、やれてたか分かんないですけどやってみました」という体験が語られた。一方で「話すことを要求されず自分の意向を大事にしてもらえる環境の中で少し頑張ってみてみた」という人は、「話しましょうとスタッフから言ってくるんじゃないかと、私からスタッフに言ったらその時に動くみたいな。そういう雰囲気だったんですよ。特にスタッフに私からは相談してないんですけど、私はひそかにいろいろと頑張っていたという状況ですね」と語っていた。ただし、これらの体験の中には、「スタッフに言葉で伝えるのが難しく。急に緊張してしまいました。全身がこわばるみたいな感じで、気合を入れないと、しゃべれないような感じです」という福祉系の実習場面の辛さや「いっぱい失敗しちゃって。次、何やったらいいですかっていうのも聞けなくて、ぼおとしてたりして怒られちゃったりしながらやりました」というアルバイトの場面での困難など、必ずしもうまくいっていたわけではない場面もあったことが語られていた。

9) 【場面緘黙症状のある自分を見つめ直す機会】

これは、しゃべることができない自分に苦しみながら生活していく中で、自分は場面緘黙であると知ったことに安心し、自分の症状や症状の原因を見つめ直していく体験を示したものである。

【自分は場面緘黙であると知った安心感】は、全ての参加者が語っていた内容であるが、「ネットで自分の症状は場面緘黙であると知り安心感を得た」や「緘黙という言葉を知って解放された気持ちをもった」があった。場面緘黙を知る前には、「自分の性格からかもって思っていました」や「知る前は自分の性格とか病気とかそういう概念ではないと思ってたので、何か自分でどうにか克服しなきゃいけない、するしかないの

かなってというふうには思っていて」のように考えていたが、インターネットや本、専門的な学校での精神や心理の勉強を通して、自分の症状は場面緘黙であると知り、安心できたことが語られていた。「場面緘黙っていうことを知らなかったら、自分は変な人だなんて多分、ずっと思ってたんだろうと思いますし、やっぱり知ったのが一番、始まりっていうところでもあるのかな」と語られていた。

【同じような症状をもつ場面緘黙者が存在するという気づき】では、[自分と同じような緘黙症状をもつ人と出会い、自分と同じ人がいると発見し安心した]や[ネットで自分と同じような状況にある人が沢山いることを知った]があり、「大学で場面緘黙ってという言葉を知ってから SNS で見ると、本当に同じ症状の人はいっぱいいて、私だけじゃないんだっていうのをすごい思ったんですね。それが自分の中でもだいぶ変わったというか、大きかったんだと思います」のように、同様の症状をもつ人が多くいることに気づいたことが安心感につながったことを語っていた。

【自分に起こっている症状の意味の把握】では、[自分に起きている症状を本を読んで気づいていった] [心理学の勉強の中で場面緘黙を詳しく知り自分にプラスになった]のように場面緘黙についての専門的な本を読んだり、心理学の勉強をしたりする中で、自分に起こっている症状を詳しく理解し「そういえば、あの時もそうだったなって。走馬灯のように、あれもそうだったんだって。解決していくってというか、原因が分かってくることがあって」と、わからなかった現象を理解できていったことが語られていた。

【自分の姿を客観的に捉えた自己分析】では、[自己理解を深めることで自分のコミュニケーション方法を見つめ直した] [得意なことと苦手なことを客観的に自分でわかるようになった] [どういう場で自分が不安になるかを自分なりに考えて理解できるようになった] などがあつた。社会福祉系の学校では「ロールプレイで、実際にクラスメイトと親（と支援者）になってやり取りをする中で、傾聴するとか受容するとか、コミュニケーションしながら自分の気持ちはどう動いたのかとか、そういうところをすごく振り返りをさせられた気がします。辛いなっていう時もあつた気はするんですけど、トータルで考えると、やっぱり糧になったなっていう感じですね」という体験が語られ

た。複数の仕事を経験した参加者は仕事の状況を自ら振り返る中で「最近、気付いたんですけど、私がしていた仕事は何種類かあるんですけど、基本的には常に集中して、神経、張り巡らせて何かしてなきゃいけない仕事だったんです。そうすると、常に不安が付きまとうし、そういう状況だと言葉、出づらんだなって思って」と緊張場面と自分の発話の状況を結び付けて考えられるようになったことを語っていた。

10) 【自分を知ってもらう機会】

これは自己理解を進めたうえで、場面緘黙である自分のことを他者に説明する機会があり、自分を知ってもらう機会があつたことが自信となった体験を示したものである。

【自分の手記をまとめ公表】には、[自分が書いた本を読んでもらって理解してもらった]があり、「(上司が) 分かってくれなくて、仕事なんだから話すこともしなきゃ駄目だよみたいな感じで言われ続けて」という状況があつたが、「最近、本を出してそれを読んでもらったら、少しだけですけど分かってくれたかなって感じです」と上司の理解が得られたことが語られていた。

【自分のことを話す機会】では、[マスコミのインタビューを受ける機会があり支えになった]や[研究参加などで自分を発信できる場があることが嬉しい]、[自分の場面緘黙の経験を親の会で講演する機会をもらった]のように自分のことを話す機会があり、それが自信となり支えとなったことが示されていた。講演の機会を複数体験している人は「**実際講師をして質疑応答にも、1時間ぐらいの質疑応答だったんですけどそれもできて、大きな自信になったんですね。**」と語っていた。

3. 場面緘黙の成人当事者が今後あるとよいと望んでいる支援

この視点に関するコードは全部で 33 あり、8 サブカテゴリと 3 カテゴリを見出し、表 3 に代表的なコードとともに示した。2 と同様の表記でカテゴリごとに説明する。

1) 【社会的な支援体制の整備】

これは、医療・福祉などのフォーマルな社会的支援が整備されることを望んでいることを示したものである。

【専門的支援につながる仕組みの整備】には、[場面

緘黙の専門的な支援につながるシステムがあるとよい] や [早い段階で場面緘黙が改善できるような適切な介入があるとよい] があり、早期の段階から場面緘黙であるということがわかり、専門機関で支援してもらえらる仕組みがあるとよいことが語られていた。

【医療と福祉のサービスの充実】は、[場面緘黙を理解し治療が促進するような医療の充実があるとよい] という医療への期待や [障害者手帳がなくても福祉サービスを利用できる制度ができるとよい] と福祉制度の改善を望むものもあった。場面緘黙当事者は医療機関での診断を受けていない場合も多いという現状から、「作業所とかを利用するにも医師の意見書が必要だったり、障害者の手帳が必要だったりとか、制度面が邪魔をするんですよね。医療につながってない人は(利用できない)となっちゃうので限定的じゃない、自由に利用できるような形があればいいなと思います」と語られていた。

【日常生活の中で支援をしてくれる人の希望】には、[職場や学校でメンタルケアをしてくれる人がほしい] という精神的なケアの望みと、[職場や生活場面で会話をサポートしてくれる人がいると楽になれると思

う] という実際の支援に対する望みがあった。

2) 【自己を生かせる場の増加】

これは、場面緘黙当事者が安心して暮らし、自信をもって生きることができる場が多くなるとよいと望むもので、地域を含むインフォーマルな支援の充実を求めるものである。

【当事者同士が日常的に語り合える居場所への容易なアクセス】では、自助グループの情報を最近知った人からは [成人のミーティングができる集まりがあることを早く知りたかった] があつたり、身近に気軽に行ける当事者の集まりや情報がなことから [同じ悩みを打ち明けるミーティングのような会がほしい] というものもあった。

【自信をもてる場の希望】では、自分が自信をもてる場があつたことがよかつたという体験から [社会の役にたつているという感覚を持てる場所があるとよい] や [自己有用感、自己肯定感が得られる活動があるとよい] があつた。「安心できる居場所はまず基本として大事なんですけど、それ以外にも一歩進む糧となる場所、自己有用感、自己肯定感、自信が得られる場があるとなおいいのかなと思っています」と語られ

表3：場面緘黙の成人当事者が今後あるとよいと望んでいる支援

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
社会的な支援体制の整備		
	専門的支援につながる仕組みの整備	場面緘黙の専門的な支援につながるシステムがあるとよい 早い段階で場面緘黙が改善できるような適切な介入があるとよい
	医療と福祉のサービスの充実	場面緘黙を理解し治療が促進するような医療の充実があるとよい 障害者手帳がなくても福祉サービスを利用できる制度ができるとよい しゃべらなくても会話がなツールがあるとよい
	日常生活の中で支援をしてくれる人の希望	職場や学校でメンタルケアをしてくれる人がほしい 職場や生活場面で会話をサポートしてくれる人がいると楽になれると思う
自己を生かせる場の増加		
	当事者同士が日常的に語り合える居場所への容易なアクセス	成人のミーティングができる集まりがあることを早く知りたかつた 同じ悩みを打ち明けるミーティングのような会がほしい 同じような悩みを抱えた人と出なえる場の情報がなるとよい
	自信をもてる場の希望	社会の役にたつているという感覚を持てる場所があるとよい 自己有用感、自己肯定感が得られる活動があるとよい
場面緘黙の社会的な理解の拡大		
	社会一般への緘黙の理解の周知	社会一般に緘黙の理解を深めてほしい 職場でも理解されるように社会に理解者を増やしてほしい
	専門職の適切な場面緘黙の理解	学校の先生に正しく場面緘黙の理解をしてほしい 医療の専門職に場面緘黙に対する適切な理解をしてほしい
	当事者が適切な情報を得られる社会	緘黙はトラウマだと誤解していたので正しく理解できるようになるとよい 場面緘黙を早く知ることができる環境があるとよい

ていた。

3) 【場面緘黙の社会的な理解の拡大】

これは、一般の人のみならず専門職や当事者も含めた社会全般に場面緘黙の理解を広め、適切な情報にアクセスができる社会環境になることを望むものである。

【社会一般への緘黙の理解の周知】には、[社会一般に緘黙の理解を深めてほしい] や [職場でも理解されるように社会に理解者を増やしてほしい] があつた。「ちょっとした気遣いでも随分生きやすくなると思うんで、社会って何か理解者を増やしてね。でも、その方法がなかなかみつからない」という語りがあつた。

【専門職の適切な場面緘黙の理解】には、学校の教員、医療の専門職に理解が十分にされていないという体験から [学校の先生に正しく場面緘黙の理解をしてほしい] や [医療の専門職に場面緘黙に対する適切な理解をしてほしい] があつた。

【当事者が適切な情報にたどりつけるようにすること】には [場面緘黙はトラウマだと誤解していたので正しく理解できるようになるとよい] や [場面緘黙を早く知ることができる環境があるとよい] があつた。

IV 考察

本研究の結果から、成人の場面緘黙当事者は自分の人生において、様々なポジティブな体験を自覚していることが明らかとなった。これらの体験の意味を考察しながら、成人の場面緘黙当事者に必要と考えられる支援について検討した。

1. 安心と信頼を得られる人や環境を整える必要性

本研究に参加した場面緘黙当事者は安心という言葉を繰り返し用いていた。安心し信頼できる人との関わりとして、【受け入れてくれる周囲の人々の存在】、【信頼できる人との出会いと支え】があり、友人、家族、医療や教育の専門職のいずれに対しても、自分を受け入れてもらえる安心感、信頼できる関係性に支えられていたことが示されていた。

場面緘黙は DSM-5 では不安症に分類されており (APA, 2013)、社会不安や社会恐怖との関連性が指摘されている (Muris, Hendriks, Bot, 2016, Driessen, Blom, Muris, et. al, 2020)。そのため、対人関係に関連する安心感の醸成がまず必要であることが示唆されている

(Angela, Charles, Melanie, 2005)。これは小児から青年期を中心とした文献であるが、本研究でも安心感の重要性が見出され、成人においても場面緘黙当事者への関わりりの基盤として、安心できる信頼関係の構築を重視する姿勢は重要になると考えられる。

また、関わる人だけでなく、環境からも安心感を得られたことの効果も語られていた。【安心できる居場所での活動】や【積極的に話さなくてよい環境との出会い】といった、自助グループや当事者会、支援サービスの場、会話に気を遣わなくてすむ職場といった安心できる環境での体験をポジティブな効果として挙げている参加者が複数あつた。また、今後あるとよいと望んでいる支援においても、【当事者同士が日常的に語り合える居場所への容易なアクセス】の希望があつた。これらの環境では、話すことを強要されない、話す努力をする必要がない、自分の話せない気持ちを理解してもらえる、一人になりたい時には一人になれる、自分の悩みを受け入れてもらえるといった他者との対話に無理をしなくてすむ安心感があることが示されており、他者との会話への負担感の低さが安心につながっていると考えられる。増井, 大伴 (2018) の研究では、過去に場面緘黙の症状があつたが現在は症状が解消した 18 歳以上の人を対象にした質問紙調査において「話さないことについて強要も否定もされない安心できる環境づくり」の希望があることを報告していた。本研究結果と合わせて考えると、成人の場面緘黙当事者にとって、安心できる人の関わりや環境調整が重要な支援であることが示唆された。

これらの安心感に加えて、成人当事者は自助グループでの活動から、【安心できる場で共有する楽しさ】として活力を得ていた。同じ悩みをもつ仲間同士の交流は、安心感のみならず、楽しさやエネルギーを得られる場となる。三好 (2015) は自助グループの効果として、同じ問題を抱える人同士の回復機能として、「コミュニティ感覚」「役割モデリング」「知識の伝達機能」などの効果があることを示唆している。場面緘黙当事者の自助グループの活動では、かんもくフォーラムなどの継続的な活動があり (かんもくフォーラム HP)、成人当事者の自助グループが徐々に拡大しているが、誰でも気軽にアクセスできるような環境作りとして、周知や啓もう活動が望まれる。

2. 自信と意欲を持てる支援と自己努力が認められる環境調整

本研究では、自信や意欲を持つことの効果についても多くの語りがあった。【意欲・モチベーションを高める目標や役割】を感じた体験は、学校、職場、自助グループ、得意な遊びの場など様々な場で生じていたが、『自分の経験を活かした将来の目標』でも、『他者のために働く立場や役割』でも、他者との交流の中で目標や役割を見出している状況があった。目標や役割を自覚し意欲に基づいた活動をすることで、【自分の力の自覚による自信の獲得】につながり、自分の人生への積極性をもたらし、それが場面緘黙の症状の改善にもつながったことを複数の参加者が語っていた。今後あるとよいと望んでいる支援においても【自己を生かせる場の増加】があり、成人の場面緘黙当事者にとって自分らしく自信と意欲をもって生きる場があることが重要であると見出された。場面緘黙児に対する先行研究においても、緘黙症状の改善には自信が持てるような体験を重ねることが重要であるという通級指導の事例報告（内田，2012）や自尊感情が向上することで緘黙症状が改善されるという事例報告（秋谷，2020）がされている。成人当事者においても、自信を獲得し自尊感情や意欲を高める支援をすることで、当事者自身の肯定的な心理的变化がもたらされ、場面緘黙の改善にも影響する可能性があると考えられる。

一方で、【頑張る必要がある場面での自分の頑張り】を語った人の中には希望や目標にもとづく意欲というよりも、ここは頑張るべき場、頑張らざるを得ない場と捉えて、自分を鼓舞しながら義務感や使命感のように努力した体験を語っていた人もいた。この背景には、自己を変えたい、仕事で話せるようになりたいという切実な願いや、周囲からの支援がなくても頑張らざるを得ない状況があった。Omdal（2007）は場面緘黙から回復した6人の成人当事者へのインタビュー結果から、会話ができるようになるために自分を変えようと決心し新たな試みをした経過を示し、自身で話すことを決めることが重要であったと報告している。増井，大伴（2018）の調査でも、場面緘黙を克服した当事者の克服のきっかけは、自らの働きかけと回答したものが74%と最多であった。これらの結果からは、場面緘黙当事者自身が変わりたいと考え努力する気持ちをもって生活できるように導くことは発話促進のた

めに、重要な支援となることが考えられる。ただし、Omdal（2007）の結果においても、発話可能になっても二次障害としてうつ病や自殺願望などの精神的障害が残りセラピーを受けていた人が4人いた。本研究においても自己努力の中で辛さや困難の状況が繰り返されたことなどを考えると、辛い環境での本人の努力は心理的な負担が大きく、上手くいかなかった場合には、二次障害に陥り、自己肯定感が低くなる可能性がある。自らが意欲をもって取り組んだ努力が自信となり自己肯定感につながるような環境調整や周囲の支援が必要になると考えられる。

3. 自己理解を深め、他者に自己を説明できる機会の創出

本研究では【場面緘黙症状のある自分を見つめ直す機会】により、自己理解を深め、さらに【自分を知ってもらう機会】によって、他者に理解を深めてもらうことがポジティブな効果になったことが示されていた。特に『自分は場面緘黙であると知った安心感』は全ての参加者が語っていた内容であった。知った経緯はインターネットや本、専門的な学校での授業など様々であったが、専門職による診断で知ったという参加者は幼少期の児童精神科で指摘された1名のみであった。自分に起こっている症状は場面緘黙という名称であると知るとともに、他にも同じような症状をもつ人が多くいるという現実から、解放されたような安心感を持ったという人が複数あった。その後、『自分に起こっている症状の意味の把握』や『自分の姿を客観的に捉えた自己分析』のように自己理解を深めており、自分がどういう状況で何故言葉が出づらいのかなど、わからなかった現象が徐々に理解できることで、安心感や納得感を得て場面緘黙症状の改善につながったことが示されていた。このように自己理解を深める心理教育の効果について、高木（2021a）は、成人期の場面緘黙当事者への治療的介入の中で、場面緘黙の理解、改善方法、体験談などを聞くという心理教育により、セルフ・エフィカシーが高まり、治療への参加やエクスポージャーへの実施という行動遂行が促進されたことを報告している。また、場面緘黙や不安障害においては認知行動療法（以下 CBT：cognitive behavioral therapy）の効果が示唆されている（Oerbeck, Overgaard, Stein 他, 2018）。CBT は、

思考に焦点を当て、自己の思考の特徴を理解し、新しい考えや取り組みを探索し実践することに重点が置かれている（坂野、鈴木、神村、2005）。本研究の参加者達は CBT のように意識的に取り組んだわけではなかったが、様々な機会の中で場面緘黙という言葉に出会い、自分の症状は場面緘黙であると知り、自己の思考や傾向を見つめ直し、新しい取り組みの探索や行動を試みたと考える。

さらに、理解を深めたいうえで、【自分を知ってもらう機会】として、手記やインタビュー、講演などで自己開示したことが、自身の支えや自信の獲得になったとい語りがあった。場面緘黙当事者は、もともと自己開示が苦手で、自己肯定感が低くなりがちであることが本研究でも示されていたが、自己理解をしたうえで、他者に理解を促す働き掛けができるように支援することは、成人の場面緘黙当事者がより積極的に生きていくうえで、重要な支援であると考えられる。

4. 成人の場面緘黙当事者に対する包括的支援を拡大するために望まれる社会環境

1) 医療・福祉などのフォーマルな支援が行き届く社会の仕組みの必要性

本研究の参加者が望んでいる支援として、まず【社会的な支援体制の整備】があった。わが国では専門職が場面緘黙を十分に理解しているとは言い難い現状もあり、【専門的支援につながる仕組みの整備】が望まれていた。高木（2021b）は、場面緘黙が臨床家に理解が広まっていない理由として、「馴染みのなさ」と場面緘黙の当事者の多くがあまり専門機関にかからないということがあるのではないかと示唆している。本研究の参加者も、専門機関への受診で診断告知されたという人は1名のみであり、場面緘黙であることは自分の情報の中で知り、精神科へは二次障害であるうつ病の治療で受診している人が大半であった。しかし、二次障害の治療の中で、緘黙症状に関する専門的な治療を受けたという語りはなかった。Aimee（2015）が場面緘黙の治療に関する知識やノウハウを持っている心理師を探すことが非常に難しいと述べているように、本研究でも医療機関を受診しても適切な支援を受けられなかったという語りがあった。海外では、場面緘黙の治療に CBT が有効であるとされている（Oerbeck, Overgaard, Stein 他, 2018）が、日本全国

の精神科診療所における CBT の実態調査では、回答者における実施率が全国で 37.9% であることが報告されている（高橋、武川、奥村他, 2018）。現状では場面緘黙や CBT に特化した治療が可能な医療機関を探すことは簡単ではないことが予測されるが、専門職への周知が進めば徐々に支援の輪は広がることが考えられる。

また、『医療と福祉のサービスの充実』の中では、福祉的なサービスへの要望もあった。ただし、生活サポートなどの障害者福祉のサービスを使用する場合には障害者手帳の取得が必要となるが、取得には医療機関への受診と認定が必要となる。本研究でも [障害者手帳がなくても福祉サービスを利用できる制度ができるとよい] ことが望まれていたが、高木（2021b）が指摘しているように、場面緘黙当事者の多くは専門機関を受診しておらず、必要とする支援につながる事が難しいと考えられる。場面緘黙当事者が適切な治療や支援を継続的に受けられる制度や仕組みが必要となると考える。

2) インフォーマルな支援を拡大するための社会的理解の促進

【場面緘黙の社会的な理解の拡大】は、全ての参加者が望んでいたものであるが、親や友人、職場の同僚などから安心できる関りをしてもらえたことが語られ、専門職だけでなく社会一般が場面緘黙に対する適切な理解を持ち、適切に対応していくことが重要であると考えられる。近年は小説（柴垣, 2014）やテレビ、映画等で場面緘黙が紹介される機会もあり、社会的周知は以前よりも進んでいる。また、日本場面緘黙研究会が 2013 年に設立され、場面緘黙の周知や研究の推進、福祉の向上に取り組まれるようになってきている（日本場面緘黙研究会 HP）。今後も、社会的な周知を促進する活動を広めるとともに、家族や職場の人など、場面緘黙当事者に関わる人に理解を深めてもらえるような専門職の働きかけも重要であると考えられる。

V おわりに

これまでわが国の成人の場面緘黙当事者の研究は苦悩や困難を明らかにする研究が中心であったが、本研究では、成人当事者が感じてきたポジティブな効果から支援のあり方を検討した。その結果、ポジティブな

効果があった体験として【信頼できる人との出会いと支え】【安心できる居場所での活動】【意欲・モチベーションを高める目標や役割】【自分の力の自覚による自信の獲得】などの10カテゴリーがあり、今後望む支援としては、【社会的な支援体制の整備】【自己を生かせる場の増加】などの3カテゴリーを見出した。成人の場面緘黙当事者への支援として、安心できる人や環境を基盤とし、自信と意欲を高めることで、次への自信や意欲へつなげていくことが重要である。さらに、自己理解を深め他者に自己を説明できる機会の創出やこれらを支える社会環境を整えることが必要であることが考えられた。

一方で、本研究の限界として、インタビューという方法の性質上、言葉でのやりとりが可能な場面緘黙当事者に限定されたため、会話が難しくインタビューの場に出てくるのが難しい重度の症状を抱える場面緘黙当事者の意見は反映できていないことが挙げられる。今後はインタビュー以外の筆記やパソコン入力などの方法でも調査を行い、より多くの場面緘黙当事者からデータを得ることで必要とされる支援について検討していく必要がある。

謝辞

本研究にご参加いただきました研究参加者の皆様にご感謝いたします。なお、本研究の計画立案からご助言やご協力を頂きました藤田継道先生、浜田貴照様、中島久子様、吉田佳菜代様、村瀬智子先生に感謝いたします。

利益相反

本研究において、全ての著者は利益相反の関係にある企業・団体等はない。

文献

Aimee, K. (2015) / 丹明彦, 青柳宏亮, 宮本奈緒子 他 (2019). 場面緘黙の子どものアセスメント支援 心理師・教師・保護者のためのガイドブック. 東京: 遠見書房.

秋谷進 (2020). 不安に寄り添うことで緘黙症状の改善を認めた場面緘黙13歳女児例. 日本小児科医学会会報, 60, 77-81.

秋谷進 (2022). 就労移行支援により一般就労が可能

となった場面緘黙および社交不安症併存の1例. 小児科, 63 (3), 341-345.

- American Psychiatric Association. (2013) / 高橋三郎, 大野裕 (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院.
- Angela, E. M., Charles, E. C., Melanie, K. V. (2005) / 河井英子, 吉原桂子 (2007). 場面緘黙児への支援—学校で話せない子を助けるために—. 東京: 田研出版.
- 趙成河, 園山繁樹 (2018). 選択性緘黙の有病率に関する文献検討. 障害科学研究, 42, 227-236.
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L, et. al (2019). Intensive Group Behavioral Treatment (IGBT) for children with selective mutism: A preliminary randomized clinical trial, *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 87 (8), 720-733.
- Driessen, J., Blom, J. D., Muris, P, et. al (2020). Anxiety in Children with Selective Mutism: A Metaanalysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 330-341.
- かんもくフォーラム公式サイト. かんもくフォーラム 2023. <http://kanmokuforum.com/about-forum/> (2023.11.24 閲覧)
- Kearney, C. A., Rede, M. (2021). The Heterogeneity of Selective Mutism: A Primer for a More Refined Approach. *Frontiers in Psychology*, 12.
- 久田信行, 金原洋治, 梶正義他 (2016). 場面緘黙 (選択性緘黙) の多様性—その臨床と教育—. 不安症研究, 8 (1), 31-45.
- 真下いずみ (2021). 緘黙症状を呈する長期ひきこもり事例の発語と社会参加に作業療法が有効であった一例. *作業療法*, 40 (1), 79-86.
- 増井祈, 大伴潔 (2018). 場面緘黙症克服者への質問紙調査. 東京学芸大学教育実践研究支援センター紀要, 14, 129-135.
- 水野雅之, 関口雄一, 白倉瞳 (2018). 日本における場面緘黙児の支援に関する検討—2001～2015年の論文を対象として—. *カウンセリング研究*, 51 (2), 125-134.
- 三好真人 (2015). 日本におけるセルフヘルプ・グループへの期待と問題の現状. *文学研究論集*,

- 42, 51-69.
- Muris, P., Hendriks, E., Bot, S., (2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds, *Child Psychiatry Hum*, 47, 94-101.
- 日本場面緘黙研究会 HP. 日本場面緘黙研究会について <https://mutism.jp/about-us/> (2023.8.23 閲覧)
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B, et. al (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 997-1009.
- Omdal, H. (2007). Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/or recovery from it?. *European Journal of Special Needs Education*, 22: 3, 237-253.
- 小野善郎 (2014). 「選択性緘黙」. 神庭重信編, DSM-5 を読み解く (pp.26-31). 東京: 中山書店.
- 坂野雄二, 鈴木伸一, 神村栄一 (2005). 実践家のための認知行動療法テクニックガイド 行動変容と認知変容のためのキーポイント (p.108). 京都: 北大路書房.
- 柴垣文子 (2014). 校庭に東風吹いて. 東京: 新日本出版.
- Steinhausen, HC, Wachter, M., Laimbock, K., et al (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 47 (7), 751-756.
- 高木潤野 (2018). 場面緘黙当事者・経験者から見た「場面緘黙」 - 「大人のかんもくフォーラム」シンポジウムの記録から - . 長野大学紀要, 40 (1), 27-47.
- 高木潤野 (2021a). 青年期・成人期の場面緘黙当事者に対するエクスポージャーと心理教育を用いた治療的介入の効果. *特殊教育学研究*, 58 (4), 207-217.
- 高木潤野 (2021b). 臨床家のための場面緘黙改善プログラム (p.2). 東京: 学苑社.
- 高橋史, 武川清香, 奥村泰之 (2018). 日本の精神科診療所における認知行動療法の提供体制に関する実態調査. 信州大学行動臨床心理学研究室報告書, 1-26.
- 田中佑里恵 (2021). 場面緘黙当事者・経験者の症状・治療・職業等の現状 - 271 名を対象としたウェブ調査より - . 日本特殊教育学会第 59 回大会発表論文集, O-SB08.
- 藤間友里亜, 外山美樹 (2021). 場面緘黙経験者の適応・不適応過程についての研究. *教育心理学研究*, 69, 99-115.
- 内田育子 (2012). 場面緘黙の子どもたちについて: 子どもたちの思いによりそった支援. 島根大学大学院教育学研究科「現職短期 1 年コース」課題研究成果論集, 3, 41-50.
- Walker, A. S., Tobbell, J. (2015). Lost Voices and Unlived Lives: Exploring Adults' Experiences of Selective Mutism using Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 12 (4), 453-471.
- Zakszeski, B. N., Dupaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005-2015). *School Mental Health*, 9, 1-15.

Identifying Effective Support for Adults with Selective Mutism Based on Their Positive Experiences and Desires

IIDA Daisuke¹, OKADA Mari¹

¹Japan Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

This study aimed to identify favorable conditions and effective support for adults with selective mutism based on their positive experiences and the kinds of support they desire and to discuss the comprehensive support for them. We conducted a semi-structured interview with eight participants who had symptomatic selective mutism since childhood and analyzed the data using qualitative descriptive methods. Ten categories were identified as favorable experiences, which included 1) finding a dependable other, 2) activities in psychologically safe circumstances, 3) finding motivating goals and inspiring roles, and 4) gaining confidence through awareness of own abilities.

The kinds of support they wanted were 1) development of public support systems, 2) increasing places and opportunities for self-actualization, and 3) public recognition and understanding of selective mutism. The results indicate the necessity of improving the social environment to help adults with selective mutism gain social recognition and understanding, feel safe and trusted, and have opportunities to deepen their self-understanding and gain self-confidence and motivation for self-actualization.

Key words: Selective mutism, Adults, Experiences, Support, Qualitative Research

日本赤十字豊田看護大学における デジタルトランスフォーメーション（DX）の推進

本学は、令和3年度に「大学改革推進補助金（ウイズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材育成事業）」の交付をうけた。成人看護学領域では、多職種連携ハイブリットシミュレーター SCENARIO[®]（京都科学）を用いた成人急性期看護学実習および成人慢性期看護学実習前の学内実習の学習効果を明らかにした。在宅看護学領域、老年看護学領域、精神看護学領域では、携帯用タブレットを用いた実習カンファレンスの効果について検討した。基礎看護学領域では、超音波画像診断装置を用いた看護技術演習の学習効果について報告した。

特 集

成人急性期看護学実習前シミュレーション演習の効果

栩川 綾子¹ 河村 諒¹ 谷口 純平¹ 石田 咲¹ 石黒千映子¹
田口 栄子¹ 石原佳代子¹ カルデナス暁東¹ 東野 督子¹

I はじめに

近年のデジタル技術の躍進は、Digital Transformation (以下、DX とする) を実現し、大学教育変革の可能性を広げることとなった。2019 年の COVID-19 の感染拡大時は、本ウイルスが「飛沫および接触でヒト-ヒト感染を起こす (日本環境感染学会, 2020)」という特性のため、必然とひとと関わることを制限することが求められた。当然のことながら、看護教育機関である本学も、ひとと関わることを極力避けることになった。そこで、演習に生体反応を再現できるシミュレータを活用することで、実際にひとを相手にした時と同様の学びができる教育方法を取り入れた。これは、今まで以上に DX に目を向ける契機になった。

2021 年 12 月、文部科学大臣決定として、大学改革推進等補助金 (ウィズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成事業) 交付要領が発出された。本学は、新たな医療に対応できる臨床推論力・実践力の向上を目指した教育実践の新たな方略を検討することを目的に、DX 推進事業を開始した。

近年の実習は、看護学生の責任範囲や学ぶ者としての権利擁護を考慮し、侵襲の高い技術は、模擬的経験や見学による実習方法がとられるようになった (神原, 北島, 中村ら, 2022)。本学の成人急性期看護学実習においても、手術直後の患者の観察や術後の初回歩行は、患者の安全や学生の保護のため見学で留まることが多く、また学生の実習時間と患者の手術入室時間との兼ね合いから見学もできないことがあった。このような状況において、コンピューターで制御された中/高忠実度シミュレータを用いて術後患者を再現し、学生が患者の状況を推論し、看護介入を判断でき

るシミュレーション教育を開始していた。そこで本領域は、シミュレーション教育を通して、DX 推進に貢献できるのではないかと考え、本事業へ参加することになった。

看護基礎教育のなかの周術期患者の看護では、シミュレーションが活用され、その効果や教育方法が示されてきている。シミュレーションを実施したことで、学生は術後患者の観察技術の習得ができる (高橋, 相野, 村山ら, 2014) と言われるように、シミュレータで実際に観察することで、技術習得につながっていた。また、シミュレーションを複数回実施することは、思考過程能力の獲得につながり (森本, 山田, 2017)、実習終了後の学生は実習前のシミュレーションが実習において有効であったと評価していたことが明らかになっている (新井, 近藤, 2021)。つまり、模擬的に複数回実施することや実施のタイミングなど、思考力を高め実習へスムーズに移行するための方法も言及されるようになった。さらにシミュレーション教育には、デブリーフィングが重要であり、シミュレーションを振り返ることは、知識と技術の統合や新たな課題を確認する (阿部, 2016) 機会になる。そこで深田、熊澤、吹田ら (2010) は、学生の判断能力の向上に、シミュレーション時の自己評価だけでなく、他者評価の結果をフィードバックすることの効果を示した。このように、シミュレーションの要であるデブリーフィング時の方略も示された。本領域は、このような先行研究を参考にしながら、シミュレーションの方法を考えた。

本学は、中/高忠実度シミュレータを 3 台所有していたが、学生数に見合う台数ではなく、代表学生がシミュレーションをし、他の学生は見学する状況であった。そこで全学生が主体的にシミュレーションに参加できるよう、実習前に少人数の学生で術後の観察を

¹ 日本赤十字豊田看護大学成人看護学領域

し、かつ複数回実施できるようにするため、大学改革推進等補助金をもとにシミュレータの台数を増やした。さらに、シミュレーションの都度、他者評価のフィードバックをもとにしたデブリーフィングを実施するように演習内容を設計した。このようなシミュレーションを行うことが、学生の実習に向けた準備性を高め、実習目標の到達を促進すると推測できるが、その成果は明らかになっていない。

そこで本研究は、実習前に少人数かつ複数回、他者評価を活用したデブリーフィングを行うシミュレーションを実施することによる、成人急性期看護学実習の目標の到達を促進することへの効果を明らかにし、教育実践への示唆を得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、本学の成人急性期看護学実習において、実習前に少人数複数回、他者評価を活用したデブリーフィングを行うシミュレーションを実施することによる実習目標の到達を促進することへの効果を、自記式質問用紙を用いて明らかにする、シングルケースデザインである。本実習は、周術期患者の看護を実施する

ための技術・知識を学び、看護職としての態度を養うことまで目標にしている。なお、実習目的・目標を図1に示した。

2. データ収集期間

データ収集期間は、成人急性期看護学実習を開講している2022年9月から2023年8月であった。

3. 研究対象者

本研究対象者は、3年から4年の第6～7セメスターにあたる、2022年9月～2023年8月までに、本学で成人急性期看護学実習に参加した学生であった。研究対象者は、同学年の学生であり、同じ実習目的・目標で臨み、シミュレーション内容とスケジュールも同じであった。

4. 研究対象者のシミュレーションの準備状況とその内容

成人急性期看護学実習前に行うシミュレーションの準備状況とその内容は、以下の通りである。

研究対象者は、2年の第4セメスターで、成人周術期看護論を受講し、成人看護学技術演習Iで、術後患者の観察方法について、講義とシミュレーションを

<p>成人急性期看護学実習目的</p> <p>疾患に対する治療を受けながら入院生活を送る対象とその家族を全人的に理解する。そのうえで、対象の健康レベルに応じた看護援助を実践するための知識や技術を学び、看護者としての態度を養う。</p> <p>手術を受ける対象とその家族の心身の変化に応じた理解をし、看護を実践しながら、生命の維持と苦痛の緩和、機能回復に向けた看護援助について学ぶ。</p> <p>成人急性期看護学実習目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 対象および家族の健康問題を理解し解決するために、看護過程が展開できる。 2. 看護過程の展開にあたり、既習のあらゆる知識を応用する。 3. 指導のもとで、患者に必要な看護技術が実践できる。 4. あらゆる看護場面において、患者の安全を守ることができる。 5. 患者・家族の発達課題に応じた諸問題や、個人がもつ価値観・信念、意向を踏まえて看護が実践できる。 6. 信頼関係に基づく援助的な関係を構築できる。 7. 保健医療チームと協働していることを理解し、専門職としての態度で行動できる。 8. 患者の権利擁護者としての看護師の役割を理解して行動できる。

図1 成人急性期看護学の実習目的・実習目標

行った。3年の第5セメスターの成人看護学技術演習Ⅱで、胃がんのため手術療法を受ける患者の事例をもとに看護診断を明らかにし、看護計画まで立案した。

今回の研究対象者は、これらを修了したのちに成人急性期看護学実習に参加した。実習初日に、5～6名の実習グループをさらに2～3名の小グループに分けてシミュレーションを行った。シミュレーションの患者設定は、成人看護学技術演習Ⅱで、胃がんのため手術療法を受ける患者とした。シミュレーションは、演習で導き出した看護診断を視点にし、手術から帰室した時の観察場面【術直後】と、帰室後の翌日に離床判断のための観察場面【術後1日目】を各1回実施した。使用シミュレータは、多職種連携ハイブリッドシミュレータ SCENARIOR[®]（京都科学）であった。シミュレータには、酸素マスク・心電図モニター・弾性ストッキング・フットポンプを装着した。また、経鼻胃管チューブ・末梢点滴・腹腔ドレーン1本・膀胱留置カテーテルを挿入し、創部にはガーゼを貼付し、術後患者の状況に整えた。

本シミュレーションを実施する前に、成人看護学技術演習Ⅰの講義内容をもとにした術後観察の講義と動画視聴を行い、小グループで観察項目を確認する時間を設けた。シミュレーションスケジュール（表1）

は、【術直後】の患者の看護診断に基づいた観察とアセスメントを含めた報告を約15分間行い、その後実習グループで実習担当教員がデブリーフィングを15分間実施した。休憩後、【術後1日目】の患者の看護診断に基づいた観察とアセスメントを含めた報告を約15分間行い、その後デブリーフィングを15分間実施した。シミュレーション時間は、講義や小グループでの観察項目を確認する時間等を含め、合計180分間であった。観察した内容は、小グループのうちの1名がホワイトボードに記載した。教員は、デブリーフィング時に押さえない項目の指針と、かつ後に述べる学生が自己評価する観察・アセスメント項目の到達度評価表と同じ項目を評価し、それらを参照しながらフィードバックを行った。

5. 調査内容

本研究では、以下の2種類の自記式質問用紙を使用した。

1) 観察・アセスメント項目の到達度評価表

観察・アセスメント項目の到達度評価表の項目は、本学の実習目的・目標、本学が使用している教科書、さらに本学が主に実習で担当する消化器外科および婦人科外科患者の観察に必要な観察項目を選出し

表1 実習班ごとのシミュレーションスケジュール

	2～3名/G	2～3名/G
50分間	オリエンテーション・講義	
20分間	SM 準備	
15分間	SM【術直後】※ ¹	待機
15分間	待機	SM【術直後】※ ¹
15分間	【術直後】デブリーフィング	
	休憩	
15分間	待機	SM【術後1日目】※ ²
15分間	SM【術後1日目】※ ²	待機
15分間	【術後1日目】デブリーフィング	
20分間	まとめ ※ ³	

SM：シミュレーションの意味

※¹【術直後】観察・アセスメント項目の到達度評価表の記入

※²【術後1日目】観察・アセスメント項目の到達度評価表の記入

※³シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表の記入

た。また、成人急性期看護学実習では、看護過程のプロセスを経るなかで急性期看護の技術と知識を習得するため、看護診断に対するアセスメントについても項目に追加した。

本シミュレーションは、【術直後】と【術後1日目】の2場面を想定し、実施した。患者の状況が変わることによって観察項目・アセスメント内容が異なるため、【術直後】と【術後1日目】で、異なる評価表を作成した。評価表は、中立的な回答をなくすため、4段階評価とした。本シミュレーションは、小グループで実施した。そのため、評価は、少グループで実施できたかどうかの視点で回答してもらい、デブリーフィングを行う前までに記載した。

本シミュレーションは、デブリーフィング時に教員による他者評価をフィードバックするため、教員も同評価表を用いて学生の到達度を評価した。なお教員も、小グループで実施できていたかの視点から評価した。

2) シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表

本質問表は、少人数で複数回実施し、他者評価を活用する本シミュレーションの特徴を踏まえて作成した。シミュレーションを行い、学生が知覚した気づきや負担についての10の質問項目と、「周術期患者を援助することの学び」「看護者に求められる態度について」「よかったこと」「負担だったこと」「その他」の5つの視点の自由記述から表出できるように作成した。本質問表は、すべてのシミュレーションが終了した後に、学生に記入してもらった。

6. 分析方法

1) 観察・アセスメント項目の到達度評価表

本評価表は、少人数複数回シミュレーションを実施し、教員の他者評価を活用するデブリーフィングを行ったことによる実習目標の到達を促進する効果を、術後患者の観察やアセスメントが、「できた」のかを視点に評価した。学生は、各観察項目やアセスメントの到達度を、「できた」の観点から、非常に当てはまる・当てはまる・あまり当てはまらない・当てはまらない、の4段階で評価した。分析においては、その結果を「できた」「できなかった」の二群に分け、その割合を算出した。【術直後】と【術後1日目】の場面のシミュレーションで同じ観察・アセスメント項目は、複数実施による到達度の変化について、 χ^2 検定

を行った。今回、他者評価として教員がフィードバックするデブリーフィングを行ったが、学生と教員の評価に乖離がある場合、学生はそのフィードバックに納得がいかず、学習効果を低減させることになる。そこで、【術直後】と【術後1日目】の場面のシミュレーションの到達度について、学生の自己評価と教員の他者評価において、「できた」と評価した効果量を算出し、乖離がある観察・アセスメント項目を明らかにした。

統計処理には、統計解析用ソフト SPSS Statistics Ver.28 を使用した。

2) シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表

本シミュレーションに対する学生の知覚は、項目ごとに「当てはまる」の観点から、非常に当てはまる・当てはまる・あまり当てはまらない・当てはまらない、の4段階で評価した。また、5つの視点から自由記述する質問に対しては、記述を意味内容で区切ってコードにし、カテゴリーを抽出し、帰納的に分析した。

7. 倫理的配慮

本研究は、研究について書面と口頭で説明し、同意書の提出をもって研究対象者と判断した。同意書および評価表・質問表には、氏名を記載しないようにして匿名性を担保し、成績確定後に評価表・質問表を開封することを厳守した。また、学生が自分の意思で研究に協力するように説明した。なお、一度研究の参加に同意しても、撤回できるようにした。

本研究は、2022年度日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会の承認を得て、実施した（承認番号 2217）。

Ⅲ 結果

成人急性期看護学実習の実習前シミュレーション参加者は113名であり、107名の学生から研究参加の同意を得た（回収率94.7%）。欠損項目がある評価表・質問表を除き、96名分を分析の対象とした（有効回答率89.7%）。

1. 観察・アセスメント項目の到達度評価表

1) 【術直後】【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度

【術直後】【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度の学生自己評価を、表2に示した。【術直後】

の観察・アセスメント項目の学生自己評価について、75%以上の到達率であった項目は、「麻酔からの覚醒」「呼吸数」「呼吸音」「酸素飽和度」「脈拍」「血圧」「体温」「末梢冷感」「ドレーンの量」「創部のガーゼ汚染」「尿量」「末梢静脈ルートの刺入部」「疼痛」の計測・

観察の13項目であった。【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度の学生自己評価について、75%以上の到達率であった項目は、【術直後】の項目から追加になったのは、「ホーマンズ兆候」「胃管チューブの排液量」の観察ができる、「術後の呼吸」「静脈血

表2 【術直後】【術後1日目】観察・アセスメント項目における達成度

術直後の観察		できた	できない	できた割合(%)
n=96				
意識	麻酔からの覚醒が確認できる	96	0	100
呼吸	呼吸数の観察ができる	86	10	89.6
	呼吸音が聴取できる	79	17	82.3
	酸素飽和度が測定できる	90	6	93.8
	呼吸に関する主訴が確認できる	37	59	38.5
	酸素流量が確認できる	36	60	37.5
	術後の呼吸に関するアセスメントができる	57	39	59.4
	循環	脈拍が計測できる	87	9
血圧が計測できる		81	15	84.4
体温が計測できる		91	5	94.8
末梢冷感が観察できる		84	12	87.5
ドレーンの量が観察できる		88	8	91.7
創部のガーゼ汚染が観察できる		79	17	82.3
尿量が観察できる		93	3	96.9
末梢静脈ルートの刺入部が観察できる		75	21	78.1
術後の循環に関するアセスメントができる		51	45	53.1
静脈血栓	フットポンプの作動の確認ができる	65	31	67.7
	静脈血栓塞栓のアセスメントができる	43	53	44.8
消化管運動	腸蠕動音が聴取できる	26	70	27.1
	胃管チューブの排液量が観察できる	48	48	50.0
	消化管運動に関するアセスメントができる	20	76	20.8
疼痛	疼痛の観察ができる	83	13	86.5

75%以上の学生が達成

術後1日目の観察		できた	できなかった	できた割合(%)
n=96				
呼吸	呼吸数の観察ができる	88	8	91.7
	呼吸音が聴取できる	85	11	88.5
	酸素飽和度が測定できる	95	1	99.0
	呼吸に関する主訴が確認できる	68	28	70.8
	術後の呼吸に関するアセスメントができる	74	22	77.1
循環	脈拍が計測できる	93	3	96.9
	血圧が計測できる	88	8	91.7
	体温が計測できる	90	6	93.8
	末梢冷感が観察できる	87	9	90.6
	ドレーンの量が観察できる	95	1	99.0
	創部のガーゼ汚染が観察できる	87	9	90.6
	尿量が観察できる	95	1	99.0
	末梢静脈ルートの刺入部が観察できる	81	15	84.4
	術後の循環に関するアセスメントができる	70	26	72.9
静脈血栓	ホーマンズ兆候の観察ができる	92	4	95.8
	静脈血栓塞栓のアセスメントができる	80	16	83.3
消化管運動	腸蠕動音が聴取できる	60	36	62.5
	胃管チューブの排液量が観察できる	84	12	87.5
	消化管運動に関するアセスメントができる	49	47	51.0
疼痛	疼痛の観察ができる	94	2	97.9
統合	離床が可能か判断できる	75	21	78.1

75%以上の学生が達成

栓症」「離床が可能か判断できる」のアセスメントであった。

【術直後】【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度において、【術直後】と【術後1日目】においても同じ項目を観察およびアセスメントをした19項目において、【術後1日目】に有意にできるようになった項目は、「呼吸音」「呼吸に関する主訴」「尿量」「末梢静脈ルートの刺入部」「腸蠕動音」「胃管チューブの排液量」「疼痛」の観察の7項目、「術後の呼吸」「術後の循環」「静脈血栓症」「消化管運動」のアセスメントの4項目であった(表3)。

2) 観察・アセスメント項目の到達度評価表における学生自己評価と教員他者評価の比較

【術直後】【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度を学生にフィードバックするため、教員は同様の項目で評価し、【術直後】と【術後1日目】それぞれ43回分の評価表を回収した。そこで、学生と教員との評価の乖離項目を検討した(表4)。

【術直後】の観察・アセスメント項目の到達度評価表において、学生が「できる」と評価しながらも、10%以上教員が低く「できる」と評価した項目は、「呼吸音」「末梢冷感」「創部のガーゼ汚染」「末梢静脈ルートの刺

表3 観察・アセスメント項目における到達度の【術直後】【術後1日目】の比較

				n=96
		術直後の観察	術後1日目の観察	χ^2 検定
呼吸	呼吸数の観察ができる	できる 86	88	n.s
		できない 10	8	
	呼吸音が聴取できる	できる 79	85	*
		できない 17	11	
	酸素飽和度が測定できる	できる 90	95	n.s
		できない 6	1	
循環	呼吸に関する主訴が確認できる	できる 37	68	**
		できない 59	28	
	術後の呼吸に関するアセスメントができる	できる 57	74	**
		できない 39	22	
	脈拍が計測できる	できる 87	93	n.s
		できない 9	3	
静脈血栓	血圧が計測できる	できる 81	88	n.s
		できない 15	8	
	体温が計測できる	できる 91	90	n.s
		できない 5	6	
	末梢冷感が観察できる	できる 84	87	n.s
		できない 12	9	
	ドレーンの量が観察できる	できる 88	95	n.s
		できない 8	1	
	創部のガーゼ汚染が観察できる	できる 79	87	n.s
		できない 17	9	
消化管運動	尿量が観察できる	できる 93	95	*
		できない 3	1	
	末梢静脈ルートの刺入部が観察できる	できる 75	81	**
		できない 21	15	
	術後の循環に関するアセスメントができる	できる 51	70	**
		できない 45	26	
疼痛	静脈血栓塞栓のアセスメントができる	できる 43	80	**
		できない 53	16	
	腸蠕動音が聴取できる	できる 26	60	*
疼痛		できない 70	36	
	胃管チューブの排液量が観察できる	できる 48	84	*
		できない 48	12	
疼痛	消化管運動に関するアセスメントができる	できる 20	49	**
		できない 76	47	
疼痛	疼痛の観察ができる	できる 83	94	**
		できない 13	2	

※n.s : not significantを示す。

※* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

入部]「フットポンプの作動」「胃管チューブの排液量」の観察・確認の6項目と、「静脈血栓症」「消化管運動」に関するアセスメントであった。一方、10%以上教員が高く「できる」と評価した項目は、「術後の呼吸」「術後の循環」に関するアセスメントであった。

【術後1日目】の観察・アセスメント項目の到達度評価表において、学生が「できる」と評価しながら

も、10%以上教員が低く「できる」と評価した項目は、「末梢静脈ルートの刺入部」「胃管チューブの排液量」の観察・確認、および「消化管運動に関するアセスメント」であった。一方、10%以上教員が高く「できる」と評価した項目は、「呼吸に関する主訴」の確認及び、「術後の呼吸」「術後の循環」に関するアセスメントであった。

表4 観察・アセスメント項目における達成度における学生評価と教員評価の比較

	術直後の観察	教員のできた		学生のできた		教員評価と学生評価の差
		できた	できない	割合(%) n=43	割合(%) n=96	
意識	麻酔からの覚醒が確認できる	40	3	93.0	100	-7.0
	呼吸数の観察ができる	37	6	86.0	89.6	-3.6
呼吸	呼吸音が聴取できる	29	14	67.4	82.3	-14.9
	酸素飽和度が測定できる	41	2	95.3	93.8	1.5
	呼吸に関する主訴が確認できる	14	29	32.6	38.5	-5.9
	酸素流量が確認できる	13	30	30.2	37.5	-7.3
	術後の呼吸に関するアセスメントができる	37	6	86.0	59.4	26.6
循環	脈拍が計測できる	38	5	88.4	90.6	-2.2
	血圧が計測できる	35	8	81.4	84.4	-3.0
	体温が計測できる	40	3	93.0	94.8	-1.8
	末梢冷感が観察できる	32	11	74.4	87.5	-13.1
	ドレーンの量が観察できる	28	5	88.4	91.7	-3.3
	創部のガーゼ汚染が観察できる	27	16	62.8	82.3	-19.5
	尿量が観察できる	39	4	90.7	96.9	-6.2
静脈血栓	末梢静脈ルートの刺入部が観察できる	28	15	65.1	78.1	-13.0
	術後の循環に関するアセスメントができる	30	13	69.8	53.1	16.7
	フットポンプの作動の確認ができる	16	27	37.2	67.7	-30.5
消化管運動	静脈血栓塞栓のアセスメントができる	7	36	16.3	44.8	-28.5
	腸蠕動音が聴取できる	12	31	27.9	27.1	0.8
	胃管チューブの排液量が観察できる	7	36	16.3	50.0	-33.7
疼痛	消化管運動に関するアセスメントができる	4	39	9.3	20.8	-11.5
疼痛	疼痛の観察ができる	36	7	83.7	86.5	-2.8

10%以上教員が低い 10%以上教員が高い

	術後1日目の観察	教員のできた		学生のできた		教員評価と学生評価の差
		できた	できない	割合(%) n=43	割合(%) n=96	
呼吸	呼吸数の観察ができる	38	5	88.4	91.7	-3.3
	呼吸音が聴取できる	36	7	83.7	88.5	-4.8
	酸素飽和度が測定できる	42	1	97.7	99.0	-1.3
	呼吸に関する主訴が確認できる	35	8	81.4	70.8	10.6
	術後の呼吸に関するアセスメントができる	38	5	88.4	77.1	11.3
循環	脈拍が計測できる	40	3	93.0	96.9	-3.9
	血圧が計測できる	40	3	93.0	91.7	1.3
	体温が計測できる	42	1	97.7	93.8	3.9
	末梢冷感が観察できる	37	6	86.0	90.6	-4.6
	ドレーンの量が観察できる	43	0	100.0	99.0	1.0
	創部のガーゼ汚染が観察できる	37	6	86.0	90.6	-4.6
	尿量が観察できる	43	0	100.0	99.0	1.0
静脈血栓	末梢静脈ルートの刺入部が観察できる	32	11	74.4	84.4	-10.0
	術後の循環に関するアセスメントができる	40	3	93.0	72.9	20.1
	ホーマンズ兆候の観察ができる	39	4	90.7	95.8	-5.1
消化管運動	静脈血栓塞栓のアセスメントができる	33	10	76.7	83.3	-6.6
	腸蠕動音が聴取できる	25	18	58.1	62.5	-4.4
	胃管チューブの排液量が観察できる	33	10	76.7	87.5	-10.8
疼痛	消化管運動に関するアセスメントができる	13	30	30.2	51.0	-20.8
疼痛	疼痛の観察ができる	43	0	100.0	97.9	2.1
統合	離床が可能か判断できる	37	6	86.0	78.1	7.9

10%以上教員が低い 10%以上教員が高い

2. シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表

1) シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表の各項目割合

本シミュレーションは、少人数複数回シミュレーションを実施し、教員の他者評価を活用したデブリーフィングを行うことが特徴であったが、それを学生がどのように知覚していたのかを問うた。

各項目の結果（図2）から、75%以上の学生は、学習意欲が向上したことや、実習に活かせる内容であったなど、本シミュレーションを肯定的に知覚していた。しかし50%以上の学生は、シミュレーションに伴う、教員に見られている緊張や時間内に観察やアセスメントを行うプレッシャーという負担を知覚していた。

2) シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表の自由記述

シミュレーション実施による学生の知覚を、5つの視点の自由記述から明らかにした。以下において、視点ごとの学生の記述から導き出したカテゴリーを提示する（表5）。なお、カテゴリーは、〔 〕で示した。

①シミュレーションを実施したことで周術期患者を援助することの学び

本視点に関して、73コードから、6カテゴリーが明らかになった。〔術後患者の予測の必要性〕〔患者の反応と手術侵襲との関係〕のように、手術に伴う患者の身体の変化と術後合併症を予測していくこと、さらに患者の変化する様子を知ることによって生命の危機的状況に

つながるといった〔周術期患者の身体的特徴〕を捉えていた。また、本シミュレーションにおいては、看護診断をもとに観察し、報告することまでを求めていたため、〔具体的な観察方法〕〔アセスメントの仕方〕といった技術の習得、知識の活用の仕方が学びとなっていた。さらに、自分に技術が不足していることや知識を持って実習に行く必要性を知ることによって、学生として〔臨床に臨む態度〕がいかなるものかを学んでいた。

②シミュレーションを実施して看護者に求められる態度について

本視点に関して、81コードから、4カテゴリーが明らかになった。本シミュレーションは、【術直後】【術後1日目】を設定していたため、麻酔からの覚醒や疼痛を観察する必要があった。そのため、〔術後患者の苦痛へ応じること〕〔自ら動けず訴えられない術後患者への配慮をすること〕といった患者の安寧を念頭に置くことが必要であると考えていた。また、術後1日目から離床をすることを検討するため、〔患者の回復への意欲を向上させること〕として、患者の主体性が発揮できるようにすることも看護者に求められることだと気づいていた。さらに、〔周術期患者を看護できる能力・態度が自分に備わっているかを問うこと〕により、学生として責任が果たせるかを自問する必要性を考えていた。

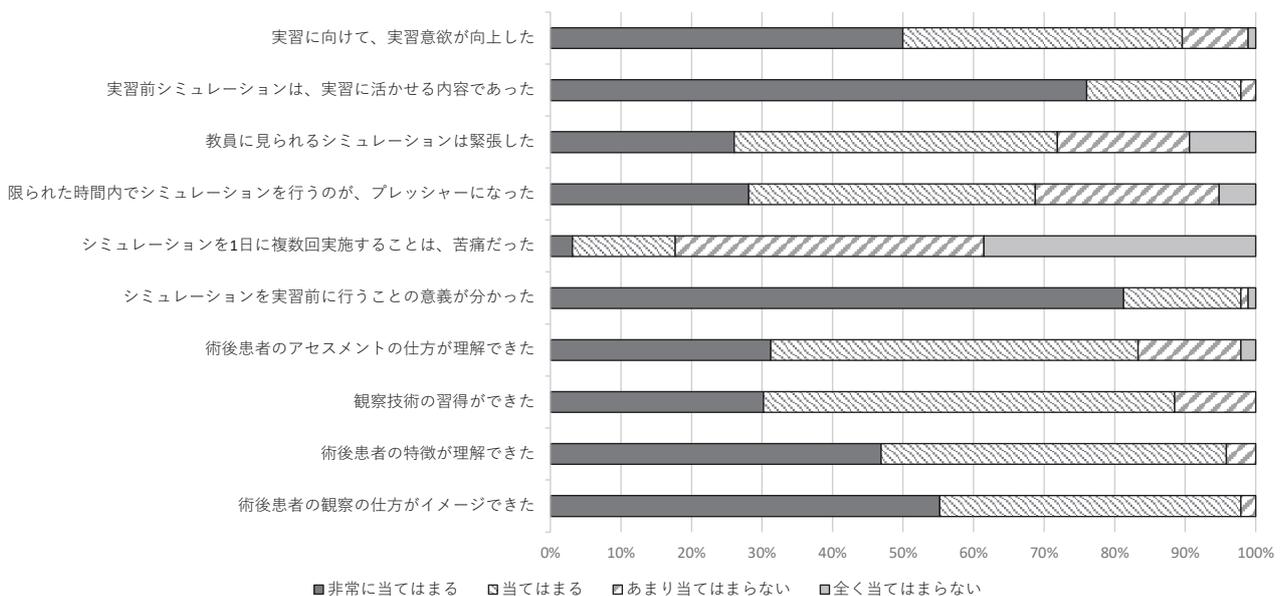


図2 シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問紙

③実習前にシミュレーションをしたことでよかったこと

本視点に関して、99 コードから、6 カテゴリーが明らかになった。学生は、〔観察項目・アセスメントの仕方を振り返られたこと〕や〔観察や実践のイメージができたこと〕など、術後患者の看護を行うための手筈を整えることができていた。また、未熟な観察技術や必要な知識が不足しているといった実習に向けた〔自己の課題の明確化ができたこと〕、デブリーフィングを通して〔自己の学習が進んだこと〕を実感してい

た。さらに、実習に活かせる〔演習内容に満足できたこと〕、実習に必要な技術の習得や知識の活用の仕方を確認できたことで〔実習に向かう余裕が持てたこと〕により、シミュレーションを肯定的に捉えていた。

④実習前にシミュレーションを実施したことで負担だったこと

本視点に関して、60 コードから、6 カテゴリーが明らかになった。教員がシミュレーション時の他者評価をしているため、学生は〔緊張感が高いこと〕や、時間内に観察や報告を実施するため〔時間制限へのプ

表5 シミュレーション実施に対する学生の知覚の自由記述

カテゴリー	コード数	コード (抜粋)
設問①シミュレーションを実施したことで周術期患者を援助することの学び コード数73		
術後患者の予測の必要性	8	情報を多角的に見て、リスクを考えていくこと 侵襲だけを考えるのではなく、術後何日目で、どういう状態が理想なのか考えること
患者の反応と手術侵襲との関係	2	生体反応には理由がある なぜそうなるかを深く考えていくことが大切
周術期患者の身体的特徴	17	1つ1つの情報をしっかり理解しないと生命の危機につながる 数時間で変化する様子が分かった
具体的な観察方法	32	ペアで協力して見る順番を、根拠をもとに決めて実施すること 項目を事前に準備しておかないといけないこと
アセスメントの仕方	10	アセスメントの視点が分かった それぞれ得た情報を統合しながら考えられるようにする
臨床に臨む態度	4	知識を持って援助に入ること 自己の技術の不足点が明確になった
設問②シミュレーションを実施して看護者に求められる態度について コード数81		
術後患者の苦痛へ応じること	22	本人しか分からない症状があるため、教えていただく立場にある 苦痛を最小限にして行うことが求められると思った
自ら動けず訴えられない術後患者への配慮をすること	20	患者さんのプライバシー、不快な気持ちにさせない 数値だけではなく患者さんの訴え、声を聞くこと
患者の回復への意欲を向上させること	16	患者が意欲的になれるように関わる 声掛けを常に行い、安心させることが大切
周術期患者を看護できる能力・態度が自分に備わっているかを問うこと	23	責任をもって看護にあたるためには、やはり十分な準備が必要であると感じた 正確な測定、アセスメント、判断が求められる
設問③ 実習前にシミュレーションをしたことでよかったこと コード数99		
観察項目・アセスメントの仕方を振り返られたこと	38	観察項目・何のために見ていくのか、しっかり考えるきっかけになった どのような視点を持ってアセスメント・報告すべきなのかが整理できた
観察や実践のイメージができたこと	28	関わり方や観察項目、アセスメントの仕方をイメージできた 報告・アセスメント・観察について実習でのイメージが掴めた
自己の課題の明確化ができたこと	10	自分が病棟実習までにやらなければならないことがリストアップできた 技術の不足点や注意点を把握することができた
自己の学習が進んだこと	4	疑問に思うこと、それについて学ぶことができた 疑問に思ったことを解決できた
演習内容に満足できたこと	2	実際に実習に活かせる内容だった 勉強になった
実習に向かう余裕が持てたこと	17	直前に復習できたので、学びを整理して現場に向かえる安心感がある このまま行っていたら、SOAPどころか、正しい観察もできなかった
設問④ 実習前にシミュレーションを実施したことで負担だったこと コード数60		
緊張感が高いこと	11	教員に見られているのは緊張 間違ふことへの恐怖や先生に見られていて、緊張した
時間制限へのプレッシャーを感じる	24	観察後のアセスメントを考える時間が短く、あまり考えられなかった 時間内にするのが大変だった
演習実施までに手間が分かること	1	観察項目や問診内容、声掛けの内容を事前に書き出す必要があった
対象が器械であるからこそこのやりにくさがあること	6	血圧が測りにくく、一発勝負なので、結局できなかった 人形であるため、うまく計測することができない場面があった
演習の到達度が高いこと	9	アセスメントするのに、なかなか言葉がでなくてプレッシャーだった うまくいかない。アセスメントできない。分からない。
自己の課題を自分で気が付くこと	9	実習までに確認し直すポイントがたくさんあること 全然できなかったことを痛感するため、実習が不安になる

レクチャーを感じる事]があった。シミュレーション実施には、あらかじめ観察項目をグループメンバーと相談していたため、[演習実施までに手間がかかること]という、シミュレーション実施への負担を感じていた。また、血圧が測定しにくいなど、[対象が器械であるからこそのやりにくさがあること]も感じていた。学生にとって[演習の到達度が高いこと]や[自己の課題を自分で気づくこと]のように、求められる能力に到達できない自分を認識することに負担を感じていた。

⑤その他

学生にシミュレーションについて、自由に記載できる項目を作った。「アセスメントの方法を見本として見せてほしかった」、「心電図について、あまり勉強する機会がないので、そういう時間もあればうれしい」、「楽しかった」という記載があった。

IV 考察

ここでは、実習前に少人数複数回実施、かつ他者評価を活用したデブリーフィングを行うシミュレーションが、実習目標到達の促進にいかなる効果があったのか、また DX の実現による教育実践への示唆について考察する。

1. 技術・知識習得の到達度

本シミュレーションは、複数回実施することが特徴であった。1回目の【術直後】のシミュレーションにおいて、75%以上の学生が「できた」と自己評価した項目は、呼吸・循環機能に関する観察項目が多かった。さらにシミュレーションを2回実施することで、「できた」と有意に上昇した観察項目に、「呼吸に関する主訴」等の観察など複数あった。江尻、中山、松田ら(2014)は、呼吸に付随する症状・治療の観察の実施率が低値であったと述べていた。学生の傾向として、麻酔覚醒後の術直後の患者に、症状を聞くことを躊躇していた可能性がある。しかし、教員が他者評価を基にシミュレーション時の必須内容を押さえられているのか確認しながらデブリーフィングをしたことで、学生は2回目の実施時に自己の傾向を意識しながら行うことができ、複数回実施は、観察技術の習得に寄与した可能性がある。しかし、消化機能の観察にお

いて、2回目の【術後1日目】の実施でも「腸蠕動音」の観察項目が、「できた」と自己評価した学生が75%に到達しなかった。矢野、土屋、野末ら(2011)も、シミュレータを使用した術直後の観察において、消化機能の観察項目の実施度が低いことを示していた。術直後は、侵襲や麻酔の影響により呼吸や循環といった生命に直結する機能から観察することが優先される。本シミュレーションは、観察時間を設定したことにより、学生にとって消化機能の観察を行う時間の確保が難しかった可能性がある。

また、【術後1日目】の「呼吸」「循環」のアセスメントができたと自己評価した学生は、2回実施したことで75%程度まで上昇した。デブリーフィング時にアセスメントの視点やその仕方の指導を受けたうえで、2回目を実施するため、「できた」と自己評価したと考える。さらに教員はこの項目において、85%以上の学生にできたと評価し、10%程度の差があった。学生は、できている自分を認められていない可能性がある。学生がアセスメントをできたと評価することは、報告をした/していないという実施の有無から判断できるものではなく、正確性や論理性が求められると考え、「できた」と評価することに躊躇していると言える。玉木(2017)は、現在の学生の特性として、核家族化や地域とのつながりの希薄な時代に生まれたため、自我が未熟で自己評価が低いと述べている。自分に自信が持てない学生の特性が本結果に反映されていた可能性がある。一方、2回目に実施した【術後1日目】では、「できた」観察項目において、学生の自己評価と教員の他者評価において10%の差があった項目に、「末梢静脈ルートの刺入部」「胃管チューブの排液量」などがあつた。学生が、目視で確認し、観察した内容を言葉で報告しない場合、教員が正しく評価できない可能性がある。目視で行う観察項目は、学生と教員との間で実施できたかの評価に差が生じやすい。学生は、観察内容を口頭で伝え、かつホワイトボードに記録するなどし、できていた観察項目を漏らすことなく評価できるような工夫が必要である。

2. シミュレーションに対する学生の知覚

実習では、看護診断をもとに、観察したことからアセスメントし、看護介入することが求められる。本シミュレーションは、実習を想定し、学生に看護診断ご

とのアセスメント内容を報告することまで行い、デブリーフィングを行った。学生は、実習前にシミュレーションを行うことで、術後患者にどのように観察を行っていくのかイメージでき、アセスメントの視点も理解できるようになっていた。実習で自分がどのようなことを行うのが想像できたため、〔実習に向かう余裕ができたこと〕が、本シミュレーションの良い点として挙げていた。佐藤（2020）は、周術期実習の学生の困難が、手術侵襲による身体的側面の状態変化や術後の対応であることを明らかにしている。学生は、シミュレーションで術後の患者の身体変化を理解し、複数回実施によって観察技術の習得やアセスメントの視点や仕方が分かるようになったことは、周術期にある患者の看護の困難感を低減させ、術後の受け持ち患者の状況にスムーズに応じられると考える。

本シミュレーションは、少人数で実施しているため、それぞれの学生が観察や書記・アセスメントする役割などを担い、全学生がその状況にコミットし、主体的に関与しなくてはならなかった。学生は、〔術後患者の苦痛へ応じること〕〔自ら動けず訴えられない術後患者への配慮をすること〕など、術後の患者を慮るようになっていた。また、〔周術期患者を看護できる能力・態度が自分に備わっているかを問うこと〕として、看護する者としての自己の態度を考えるきっかけになっていた。高比良、吉田、片穂野ら（2016）も同様の結果を示すように、学生はシミュレータであっても、状況にコミットしなくてはならないために、患者へ応じている感覚を得ていた可能性がある。シミュレーションによって学生は、術後患者の状況や病態という知的な理解が促されただけでなく、患者の苦痛を感じ取り、看護職として自分がどのような態度で患者に向かうべきかまで考えが及ぶようになっていた。

本シミュレーションでは、少人数複数回実施、他者評価の活用を特徴にしていた。学生は、シミュレーションの効果を自身で知覚していた。しかし、教員が評価し、観察時間に制限を設けたシミュレーションに、〔緊張感が高いこと〕や〔時間制限へのプレッシャーを感じる〕ことになった。江尻、中山、松田ら（2014）は、シミュレーション時の緊張感と観察の実施に関係はないが、緊張感が高い学生は課題達成に対して、不安感を抱くことがあると示した。シミュレーション時に、適度な緊張感を持つことは真剣に取り組

むきっかけになるが、過度であると不安を抱くため、持っている能力が十分発揮できなくなる可能性がある。教員は、シミュレーションの評価時に学生の視野に入らないような場所に待機する、また急かすような声掛けをしないようにして時間に追われている感覚を学生に持たせないようにするなど、緊張感を高めない対応が必要になる。さらにシミュレーションを実施することによって、学生は〔自分の課題を自分で気が付くこと〕があった。それは、学生の実習への動機づけを低下させることになる可能性がある。松井、宮宇地（2017）は、シミュレーションで力不足を自覚しても、失敗を克服し達成の保証をすることで、学習意欲を生じさせる可能性を示唆している。本シミュレーションは、翌日から病棟実習を担当する教員がシミュレーションをコーディネートしていた。教員は、シミュレーション時の課題が、実習を経てどうなったのかを振り返るなどして、達成の保証をし、学生の意欲を支える必要がある。すなわち教員は、シミュレーション実施によって生じる学生の意欲低下へも対応していくことが求められていることを自覚する必要がある。

本シミュレーションを経た学生は、観察技術を習得し、アセスメントの視点を明確にしていた。また、周術期の患者への配慮の仕方を考え、自分の能力を問うなどして、実習への準備性を高めていた。成人急性期看護学実習では、学生が周術期患者の看護を実践するための知識や技術を学び、看護者として求められる態度を養うことまでを視野に入れた目標を掲げていた。本シミュレーションは、実習目標の到達を促進する土壌を作り出していたと考える。

3. 教育実践への示唆

シミュレーションを行うことで学生は、〔術後患者の苦痛へ応じること〕〔自ら動けず訴えられない術後患者へ配慮をすること〕など、看護者として術後の患者を慮る必要性を考えていた。これは、たとえシミュレータであっても、術後患者がいる空間に学生自身が身を置くことによって、このように考えることができた可能性がある。松田、江尻、中山ら（2015）は、シミュレーションは、知的理解だけでなく身体的な経験をしていると示したように、身体が学びに関与していた可能性がある。そして西山（2016）は、看護過程のように科学的に思考することと、「看護できること」

には大きな違いがある。看護師は、「自分自身の身体を投入し、状況があるがままに身体で感じ取り、その状況を改善するために身体でかかわる」ことを「身体知」とし、その重要性を示す。学生は、術後患者に模したシミュレータであっても、自身の身をもって関与する状況に置かれたことで、術後の疼痛といった苦痛に伝えようとし、看護者の態度を考えていたのである。身を挺するなかで相手を感じ応じられる状況があったことが、身体知の発露を可能にしたと言える。DXの実現により患者をリアルに再現できることは、実習の場に限らず、身体知を涵養していくことが期待できる。医療の高度化、患者の入院期間の短縮化が進む臨床の状況に、学生が身をもって関与できる機会は限られていく。しかし、身体でかかわる状況をシミュレーションで作り出すことは、学生の身体を根拠にした学びを育てていくことが可能になり、教育実践の一助になると考える。

V おわりに

今回、術後患者の観察とアセスメント、その看護介入を明確にするシミュレーションにおいて、少人数複数回、他者評価をフィードバックする設計にした。本シミュレーションは、看護を実践する観察やアセスメントといった能力だけでなく、患者へ応じる態度まで高めており、実習目標の到達を促進することへ寄与できる機会になっていたと言える。DXの実現によって様々な学習の可能性が広がる中、シミュレーションは身体からの学びを促すのであり、「看護ができる」看護師育成に、この強みを活かせると考える。

本研究では、同学年の学生を対象に、成人急性期看護学実習時に調査を行ったが、他領域で実習を修了した学生が対象に含まれている。本結果が、シミュレーションのみによる効果であったとは言い切ることができないことが、限界である。

引用文献

阿部幸恵 (2016). 看護のためのシミュレーション教育 はじめの一步ワークブック. 日本看護協会出版会.
新井恵津子, 近藤真紀子 (2021). シミュレーション教育を活用した成人看護学実習前演習における学

習効果の検討. 日本シミュレーション医療教育学会雑誌, 9, 47-52.
江尻晴美, 中山奈津紀, 松田麗子, 梅田奈歩, 牧野典子 (2014). 高性能シミュレーター演習における看護学生の観察と緊張. 生命健康科学研究所紀要, 11, 36-42.
深田順子, 熊澤友紀, 吹田麻耶, 鎌倉やよい, 竹内麻純, 鈴木さおり, 兵藤千草 (2010). 看護基礎教育における周術期の臨床判断力の向上を目指した教育実践. 愛知県立大学看護学部紀要, 16, 31-39.
神原裕子, 北島泰子, 中村充浩, 掛本知里 (2022). 看護系大学におけるシミュレーション教育プログラムの開発に関する研究—周術期のシミュレーション教育シナリオの評価と課題—. 東京有明医療大学雑誌, 14, 43-55.
松井美由紀, 宮宇地秀代 (2017). 急性期看護学においてシミュレータと模擬患者を用いたシナリオ型シミュレーション演習の成果. 愛媛県立医療技術大学紀要, 14 (1), 13-18.
松田麗子, 江尻晴美, 中山奈津紀, 梅田奈歩, 牧野典子 (2015). 高機能シミュレータを用いた術後観察の演習における看護学生の体験-KH Coder による計量的な分析より—. 生命健康科学研究所紀要, 12, 42-48.
森本美智子, 山田隆子 (2017). インストラクショナルデザインに基づいたシミュレーション演習プログラムの学習成果と評価—看護実践を導く思考過程を促進する取り組み—. 日本看護学教育会誌, 27 (2), 41-53.
西山悦子 (2016). 看護教育の危機時代, なぜ今, 「身体知」か. 看護教育, 57 (12), 958-963.
日本環境感染学会 (2020). 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第 3 版. http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/COVID-19_taioguide3.pdf (2023.12.10)
佐藤由美子 (2020). 成人看護学実習における看護学生の困難に関する国内文献検討—周手術期にある患者への実習に焦点とあてて—. 看護教育研究学会誌, 12 (1), 69-76.
高橋甲枝, 相野さとこ, 村山由起子, 大塚和良, 東玲子 (2014). 『手術直後の患者の観察』のシミュ

レーション演習の効果. 西南女学院大学紀要,
18, 45-54.

高比良祥子, 吉田恵理子, 片穂野邦子, 松本幸子, 山
田貴子 (2016). 看護学生が抱く手術直後患者の
観察における困難感と対処. 日本看護研究学会雑
誌, 39 (4), 115-124.

玉木敦子 (2017). 今どきの看護学生をどう育てるか.
神戸女子大学看護学部紀要, 2, 1-10.

矢野朋実, 土屋八千代, 野末明希 (2011). 手術直後
の患者の観察演習における学生の傾向と演習方法
の検討. 南九州看護研究誌, 9 (1), 47-54.

特 集

成人慢性期看護学実習前シミュレーション演習における学習効果

石黒千映子¹ 田口 栄子¹ 石原佳代子¹ 谷口 純平¹ 河村 諒¹
和田 友美² 石田 咲¹ 棚川 綾子¹ 東野 督子¹ カルデナス暁東¹

キーワード 高忠実度シミュレータ 慢性期看護学 実習前準備教育 学習効果

I. はじめに

我が国の医療を取り巻く環境は大きく変化し、看護職が活動する場所も、対応する対象も、多様性や複雑性が増している。このような状況に対応するべく、確かな知識や技術を持ち、根拠をもって看護実践できる力を持った看護職の育成が求められている。

そのため、学生が能動的に学修することを目指すアクティブラーニングや、臨床場面が再現された環境で体験やディスカッションを通して学修を深めるシミュレーション教育の導入、情報通信技術 (Information and Communication Technology、以下 ICT) の活用が進められていたが、新型コロナウイルス感染症 (Corona-Virus Disease-2019、以下 COVID-19) の流行によりその動きが加速し、ICT を教育プランの構築に活用するデジタルトランスフォーメーション (Digital Transformation、以下 DX) 教育が推進されている。

成人看護学領域では、本学が「ウイズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成事業 (令和 3 年補正)」に選定されて高忠実度シミュレータの保有台数が増えたことを受けて、成人慢性期看護学実習 (以下、本実習) 初日に行っていた学内実習 (以下、シミュレーション演習) を、すべての学生が想定された 2 つの場面でフィジカルアセスメントを実施する内容へと改変した。慢性期看護学実習前に行われる学内演習に関する先行研究では、患者とのコミュニケーショ

ンや患者教育技術を学ぶ内容が多いが (長嶋, 飯塚, 奥井他, 2018)、フィジカルアセスメントは臨地実習で必ず行う技術であり、かつ、練習を繰り返す学習方略は看護技術の習得における自信と関連がある (岩屋, 戸ヶ里, 2017) ことから、実施頻度の高いフィジカルアセスメント技術を繰り返し実施することで、フィジカルアセスメント技術の向上と自信の獲得につながり、臨地実習前の準備教育の充実化と臨地実習の学習効果に期待が持てると思った。

本研究では、学生と教員による評価をもとに、想定された 2 つの場面でフィジカルアセスメントを行うシミュレーション演習の、臨地実習前の準備教育としての効果について検討する。本研究で得られる知見は、より効果的な臨地実習前の準備教育としてのシミュレーション演習の構築だけでなく、DX 教育推進の一助になると考えている。

なお、本研究でのシミュレーション教育とは、「実際の患者に提供する医療を想定して学習者に教材を提供し、医療者として必要なテクニカルおよびノンテクニカルな能力の向上を目指すもの」(阿部, p15, 2018) であり、「事前学習～オリエンテーション/ブリーフィング～シミュレーション～デブリーフィング～まとめ」の流れで構成されているものとする。また、高忠実度シミュレータとは、「複雑な患者の状態を表現でき、学習者の処置などで生体反応を変化できるようにプログラミングできるシミュレータ」(阿部, 2016; 江尻, 荒川, 松田他, 2019) とする。

¹ 日本赤十字豊田看護大学成人看護学領域

² 前日本赤十字豊田看護大学成人看護学領域

II. 方法

1. 成人慢性期看護学実習の目的・目標と実習内容 (図 1)

成人慢性期看護学実習 (本実習) は、慢性的な経過をたどる病気とともに生きていく対象とその家族の体験を理解し、健康の回復・維持・増進のための看護援助について学ぶことを目的としている。学生は、急性期病院に入院し、治療を受けながら入院生活を送っている対象を 1 名以上受け持ち、患者の個別性に配慮しながら看護過程を展開していく。受け持つ患者の健康レベルが変動しやすいことから、フィジカルアセスメントを正確かつ確実に実施できることが重要であり、学内にてフィジカルアセスメントおよび報告のシミュレーション演習を行ってから臨地実習に臨めるようにスケジュールを組んでいる。

2. 実施期間

臨地実習開始前日の学内実習にてシミュレーション演習を行っている。そのため、データ収集期間は、本実習の開講期間である 2022 年 9 月から 2023 年 8 月の 1 年間である。

3. 対象者

2022 年度後期から 2023 年度前期に開講した、本学の成人慢性期看護学実習を履修した 115 名である。

4. シミュレーション演習の方法

本実習におけるシミュレーション演習の目的は、臨地実習にむけて既習の知識や技術、態度について確認し、アセスメント力および報告のスキルの向上を目指すことである。本実習を開講している主な病棟が循環器病棟とがん化学療法センター (病棟部門) であることから、シミュレーション演習に用いた事例は、急性心筋梗塞を発症して緊急入院となった患者事例と、悪性リンパ腫の診断を受けてがん化学療法を行う患者事例とした。そして、どちらの事例もフィジカルアセスメントを実施する場面を 2 つ設定した。

1) シナリオ (表 1)

急性心筋梗塞を発症した事例は、65 歳の男性で、緊急搬送後ただちに経皮的冠動脈インターベンション (Percutaneous Coronary Intervention、以下 PCI) を行った患者とした。フィジカルアセスメントを行う場面として、1 回目は心臓リハビリテーションとして初めて立位訓練を行う前、2 回目は尿路感染により発熱した状態を設定した。

成人慢性期看護学実習	
I. 実習目的	疾患に対する治療を受けながら入院生活を送る対象とその家族を全人的に理解する。 そのうえで、対象の健康レベルに応じた看護援助を実践するための知識や技術を学び、看護者としての態度を養う。 とくに、慢性的な経過をたどる病気とともに生きていく対象とその家族の体験を理解し、看護を実践しながら、健康の回復・維持・増進のための看護援助について学ぶ。
II. 実習目標	1. 対象および家族の健康問題を理解し解決するために、看護過程*が展開できる。 2. 看護過程の展開にあたり、既習のあらゆる知識**を応用する。 3. 指導のもとで、患者に必要な看護技術***が実践できる。 4. あらゆる看護場面において、患者の安全を守ることができる。 5. 患者・家族の発達課題に応じた諸問題や、個人がもつ価値観・信念、意向を踏まえて看護が実践できる。 6. 信頼関係に基づく援助的な関係を構築できる。 7. 保健医療チームと協働していることを理解し、専門職としての態度で行動できる。 8. 患者の権利擁護者としての看護師の役割を理解して行動できる。
	* 看護過程：情報収集、アセスメント、看護診断、計画、実施、評価
	** 既習のあらゆる知識：形態機能や病態生理等の基礎科学の知識、看護に関する諸理論等
	*** 看護技術：フィジカルアセスメント、コミュニケーション、診療の補助、療養上の世話、教育的支援等

図 1. 成人慢性期看護学実習 目的・目標

表 1. 事例の概要

事例①		事例②	
事例	60歳代、男性	40歳代、女性	
年齢、性別	急性心筋梗塞患者	悪性リンパ腫患者	
疾患	経皮的冠動脈インターベンション(PCI)	R-CHOP療法	
治療内容	シミュレーション1回目	シミュレーション1回目	シミュレーション2回目
場面	<ul style="list-style-type: none"> 入院3日目、ICUから一般病床へ転棟後 ベッドサイドでの立位訓練を実施する前 	<ul style="list-style-type: none"> 入院2日目、治療開始予定日 R-CHOP療法開始前 	<ul style="list-style-type: none"> R-CHOP療法療法5日目の昼前(10時) 患者から「寒気がして体温を測定したら38.0度ある」とナースコールがあった
装着もしくは留置されているルートやドレーン類	<ul style="list-style-type: none"> モニター心電図 酸素カニューレ 	<ul style="list-style-type: none"> 末梢静脈ライン 	
技術演習開始前のバイタルサインおよび患者の様子	<p>〈ICUから病棟へ転棟直後〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 体温: 36.5℃ 脈拍: 66回/分 呼吸数: 14回/分 SpO₂: 98% (O₂ 2L/分投与中) 血圧: 110/80 mmHg <ul style="list-style-type: none"> ICUから転棟する前に尿道留置カテーテルを抜去した 	<p>〈入院当日(治療開始前日)〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 体温: 36.3℃ 脈拍: 60回/分 呼吸数: 14回/分 SpO₂: 99% 血圧: 122/68mmHg 	<p>〈入院6日目の朝〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 体温: 36.3℃ 脈拍: 64回/分 呼吸数: 12回/分 SpO₂: 96% 血圧: 116/70 mmHg
血液検査の結果	<p>〈入院3日目〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 赤血球: 410万/μL Hb: 12.8g/dL 白血球: 8,000/μL 好中球: 55% 血小板: 17万/μL CRP: 2.7mg/dL 	<p>〈入院当日〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 赤血球: 410万/μL Hb: 12.0g/dL 白血球: 6,400/μL 好中球: 50% 血小板: 18万/μL CRP: 0.5mg/dL 	<p>〈入院5日目〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 赤血球: 400万/μL Hb: 11.8g/dL 白血球: 3,200/μL 好中球: 30% 血小板: 15万/μL CRP: 5.6mg/dL
アセスメントの内容	<ul style="list-style-type: none"> 心臓リハビリテーションを実施できる状態か、否か 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱の原因 今後の成り行き(今後起こり得ること) 今行うべき対応 	<ul style="list-style-type: none"> 発熱の原因 今後の成り行き(今後起こり得ること) 今行うべき対応

※ 慢性期看護学実習を循環器病棟で行うグループの学生は急性心筋梗塞患者、呼吸器内科および化学療法病棟で行うグループの学生は悪性リンパ腫患者とした。

悪性リンパ腫と診断された事例は、40歳の女性で、診断から2週間後にR-CHOP療法を行うために入院した患者とした。フィジカルアセスメントを行う場面として、1回目は化学療法を開始する前、2回目は化学療法5日目（入院6日目）に白血球（好中球）減少と発熱を認めた状態を設定した。

使用したシミュレータ教材は、京都科学が制作した「多職種連携ハイブリッドシミュレータ“SCENARIO”（以下 シナリオ）」であり、事例に合わせて留置物を装着し、場面にに応じて体温等の設定を変更した。

2) シミュレーション演習の流れ（表2）

学生には、本実習を開始する前週にシミュレーション演習の目的・目標、進め方、事例紹介、フィジカルアセスメントを行う場面の説明等を行い、収集するべき情報を考えるためのヒントを伝えた後、週末の間にフィジカルイグザミネーション（バイタルサインズの測定、聴診等）と問診の手順や注意点等を考えて記録

用紙に記載してくるよう指示した。

シミュレーション演習は、学生2名で1組となり実施した。1回目のシミュレーション実施前に教員から再度事例患者の状況やシミュレータの注意事項等について説明を行った後、ペアとなった学生同士で手順や注意事項、問診の内容等を確認したうえで実技に臨めるようにした。ただし、バイタルサインズの測定や聴診は1名ずつ実施し、問診や視診、触診については2名で協力しながら実施するようにした。また、フィジカルアセスメントの報告についても、バイタルサインズの測定と同様、1名ずつ行うようにした。

教員は、1名あたり5～6名の学生を担当した。学生全員が1回目の場面のフィジカルアセスメントと報告を終えた後、担当している学生全員（学生5～6名）と一緒に実施内容および報告内容を振り返り、フィードバックを行った。その際、学生自身がうまくできた点と改善点に気が付けるように、教員から見た

表2. シミュレーション演習スケジュール

シミュレーション演習前(前週金曜日)		
時間	内容	
30分	演習オリエンテーション ・演習の到達目標 ・事例および事前課題の提示 ・演習の進めかた	
シミュレーション演習当日		
	時間	内容
シ ミ ュ レ ー シ ョ ン 1 回 目	10分	・シミュレーターモデルの説明 ・1回目のシミュレーションに関する事前課題の確認
	10分	・フィジカルイグザミネーション (バイタルサインズの測定、聴診等) ・問診
	10分	・アセスメントの報告（準備）
	10分	・シミュレーション1回目の自己評価
	5分	・アセスメントの報告
	15分	・自己評価と教員評価をもとにした振り返り
休憩		
シ ミ ュ レ ー シ ョ ン 2 回 目	5分	・2回目のシミュレーションに関する事前課題の確認
	10分	・フィジカルイグザミネーション (バイタルサインズの測定、聴診等) ・問診
	10分	・アセスメントの報告（準備）
	10分	・シミュレーション2回目の自己評価
	5分	・アセスメントの報告
	15分	・自己評価と教員評価をもとにした振り返り
	15分	演習のまとめ

※ 学生は、2名1組（ペア）で行動する。実習グループは6名で構成されていることから、3ペアが順次フィジカルイグザミネーションや問診、アセスメントの報告を行う。シミュレーション演習全体の所要時間は180分である。

うまくできた点と改善点を伝えるようにした。

2 回目のシミュレーションも 1 回目のシミュレーションと同じ流れで行い、振り返りとフィードバックを行った後、シミュレーション演習全体のまとめを行って終了した。

3) 評価項目

シミュレーション演習による学習効果を評価するために、2 種類の評価用紙を作成した。それぞれの評価項目は以下のとおりである。

(1) フィジカルアセスメントの到達度評価表（到達度評価表）

フィジカルアセスメントとは、「身体的側面から患者さんの健康上の問題を査定・評価すること」であるが（熊谷, 2015, p2）、実際の臨床場面では身体的側面に関する情報のみを収集し、査定・評価することは稀である。また、看護師は患者を全人的に捉え、苦痛を最大限緩和する立場にあるからこそ、身体的側面のみでアセスメントすることは難しいと考える。したがって、ヘルスアセスメント（身体・心理・社会の 3 側面からの評価）とまではいかないが、シミュレーション演習の評価項目として、患者の意欲や思い、持続点滴の管理、ナースコールの位置の確認を含めた。

くわえて、実際の臨床場面では、患者との言語的 / 非言語的なコミュニケーションを介してフィジカルイグザミネーションや問診が行われ、測定結果等は患者にも伝えている。患者の反応を確かめながらフィジカルイグザミネーションや問診を実施できるようになることも重要であると考え、実施前の説明や測定結果のフィードバックも評価項目に含めた。

上述の内容を踏まえ、担当教員間で検討し、①バイタルサインズの測定 5 項目、②フィジカルアセスメントの目的に沿った観察 2 項目、③与薬の管理 1 項目、④環境の観察 1 項目、⑤患者への対応 2 項目、⑥アセスメント 2 項目、⑦報告 3 項目の計 16 項目を評価項目として設定した。ただし、1 回目と 2 回目のシミュレーションではフィジカルアセスメントの目的が異なるため、②フィジカルアセスメントの目的に沿った観察 2 項目と⑦報告 3 項目の一部は、それぞれの目的に合った内容を設定した。

(2) シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表（質問表）

シミュレーション演習全体の評価として、慢性病を

持つ患者の理解や観察技術の習得、シミュレーション演習の意義など計 10 項目を評価項目として設定した。

くわえて、①慢性病を持つ患者への援助について学んだこと、②看護師に求められる態度として考えたこと、③実習前にシミュレーション演習を実施してよかったこと、④シミュレーション演習を実施して負担に感じたことや困ったこと、それぞれについて自由に記載できる欄を設けた。

4) 評価方法

到達度評価表を用いて尋ねた 16 項目は、「非常にあてはまる」を 4 点、「あてはまらない」を 0 点とした、4 段階のリッカート尺度で行った。1 回目のシミュレーション、2 回目のシミュレーションともに、学生と教員が、それぞれ評価表を用いて評価した。

質問表を用いて尋ねた 10 項目も、「非常にあてはまる」を 4 点、「あてはまらない」を 0 点とした、4 段階のリッカート尺度で行った。2 回目のシミュレーション終了後に、学生が質問表を用いて評価した。

5. データの収集方法

シミュレーション演習を開始する前に本研究の目的や研究協力の諾否が成績等に影響しないことなどを説明したうえで、研究への協力に同意する場合は、同意書の評価表および質問表と一緒に封筒に入れ、実習室の出入りに置いた箱に投函するよう依頼した。なお、研究への協力に同意しない場合は、評価表および質問表のみを封筒に入れて提出するように依頼し、提出の有無によって研究協力への同意の有無が判断できないよう配慮した。

6. データの分析方法

1) フィジカルアセスメントの到達度評価表（到達度評価表）

到達度評価表の 16 項目について、以下の手順で分析を行った。

- ① 1 回目のシミュレーション、2 回目のシミュレーション、それぞれについて、学生の評価と教員の評価を単純集計した。そして、平均値と標準偏差を算出して各評価項目の点数分布の特徴を概観した。そのうえで、学生の評価と教員の評価との相違を把握するために Mann-Whitney の U 検定を行い、各評価項目の学生の平均点と教

員の平均点とを比較した。

- ②さらに、学生の評価、教員の評価、それぞれについて、4段階のリッカート尺度で得た回答を「非常にあてはまる」と「あてはまる」を『できる』群、「あまりあてはまらない」と「あてはまらない」を『できない』群の2群に分け、評価項目ごとに各群の割合を算出した。そのうえで、学生、教員、それぞれにおいて1回目のシミュレーションから2回目のシミュレーションへの変化を把握するために McNemar 検定を行い、評価項目ごとの比率の差を確認した。

有意水準を5%未満に設定した。統計処理には、統計解析用ソフト SPSS Ver. 28 (Windows) を使用した。

2) シミュレーション演習実施に対する学生の知覚の質問表 (質問表)

質問表の10項目について、単純集計して分布の特徴を概観した。また、自由記述の内容は、「慢性病を持つ患者への援助について学んだこと」「看護者に求められる態度として考えたこと」「実習前にシミュレーションを実施してよかったこと」「シミュレーションを実施して負担に感じたことや困ったこと」の4点について、類似した内容ごとにまとめてコード化し、さらに類似したコードを集めてサブカテゴリーとし、サブカテゴリーをさらにまとめてカテゴリーに分類した。

7. 倫理的配慮

日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した (承認番号 2217)。

シミュレーション演習を行う学生に対し、シミュレーション演習を開始する前に、文書と口頭で本研究の目的および意義、研究協力の諾否が成績に影響しないこと、個人が特定されないように到達度評価表及び質問表は無記名とし、個人が特定されない状態でデータを管理することなどについて説明した。到達度評価表と質問表はすべての学生が封筒に入れて提出するが、研究への協力に同意する学生は同意書も一緒に封筒に入れて提出するよう説明した。封筒の開封は、成人看護学領域が担当する実習の成績が確定したのちに行い、同意書が同封されていた学生の到達度評価表と質問表をデータとして使用した。

III. 結果

シミュレーション演習を行った学生115名のうち112名から同意を得たが (回収率97.4%)、記載漏れのあった学生を除いた102名のデータを分析した (有効回答率91.1%)。

教員による評価も、記載漏れを除いた108名のデータを分析した。

1. フィジカルアセスメントの到達度評価

1) 1回目のシミュレーションにおけるフィジカルアセスメントの到達度評価 (表 3-1)

学生による到達度評価において、平均値が3.0点以上だった項目は8項目であった (「体温の測定」、「呼吸数の測定」、「呼吸音の聴取」、「血液中酸素飽和度の測定」、「インフォームドコンセント」、「得られたデータの正常異常の判断」、「現在の患者の状態の判断」、「測定結果の報告」)。そして、平均値が1.0点台だった項目が1項目あった (「ナースコールの位置の確認」)。

教員による到達度評価において、平均値が3.0点以上だった項目は、8項目であった (「体温の測定」、「呼吸数の測定」、「呼吸音の聴取」、「血液中酸素飽和度の測定」、「インフォームドコンセント」、「得られたデータの正常異常の判断」、「得られた情報の報告」、「治療前であることを踏まえた報告」)。そして、平均値が1.0点台だった項目が3項目あった (「持続点滴の確認」、「ナースコールの位置の確認」、「測定結果の説明」)。

Mann-Whitney の U 検定の結果、学生と教員による評価点 (平均点) の差を認めた項目は、9項目であった (「体温の測定」 ($p=.004$)、「呼吸音の聴取」 ($p<.001$)、「血液中酸素飽和度の測定」 ($p<.001$)、「血圧の測定」 ($p=.006$)、「持続点滴の確認」 ($p=.004$)、「ナースコールの確認」 ($p=.006$)、「測定結果の説明」 ($p=.031$)、「得られた情報の報告」 ($p<.001$)、「根拠を明確にした判断の報告」 ($p<.001$))。

2) 2回目のシミュレーションにおけるフィジカルアセスメントの到達度評価 (表 3-2)

学生による到達度評価において、平均値が3.0点以上だった項目は11項目であった (「体温の測定」、「呼吸数の測定」、「呼吸音の聴取」、「血液中酸素飽和度の

表 3-1. シミュレーション 1 回目*におけるフィジカルアセスメントの到達度評価

項目	行動	学生の評価		教員の評価		p
		平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	
測定	体温を測定できた	3.84 ± 0.52	3.62 ± 0.76	.004		
	呼吸数を測定できた	3.35 ± 1.05	3.44 ± 0.96	-		
	呼吸音を聴取できた	3.61 ± 0.65	3.07 ± 0.73	<.001		
	血液中酸素飽和度を測定できた	3.66 ± 0.88	3.30 ± 1.04	<.001		
	血圧を測定できた	2.78 ± 1.17	2.35 ± 1.15	.006		
観察	治療（心リハ、化学療法）前であることを踏まえて全身状態を評価するための観察ができた	2.88 ± 0.65	2.88 ± 0.71	-		
	治療（心リハ、化学療法）への意思や意欲を確認できた	2.19 ± 1.22	2.06 ± 1.14	-		
与薬	持続点滴が安全確実に実施できていることを確認できた	2.25 ± 1.21	1.81 ± 1.07	.004		
環境	ナースコールの位置を確認できた	1.79 ± 1.17	1.44 ± 0.96	.006		
対応	測定する際にインフォームドコンセントを行った	3.17 ± 0.93	3.29 ± 0.95	-		
	測定結果を患者に伝えることができた	2.28 ± 1.19	1.95 ± 1.14	.031		
アセスメント	得られたデータの正常/異常を判断できた	3.15 ± 0.71	3.21 ± 0.77	-		
	現在の患者の状態を判断できた	3.01 ± 0.70	2.95 ± 0.57	-		
報告	得られた情報を報告できた	3.19 ± 0.67	3.63 ± 0.56	<.001		
	現在の患者の状態について、根拠を明確にして報告できた	2.58 ± 0.70	2.92 ± 0.63	<.001		
	治療（心臓リハビリテーション、化学療法）前であることを踏まえて報告できた	2.84 ± 0.71	3.02 ± 0.68	-		

※ Mann-Whitney の U 検定, 有意確率: $p < .05$

* シミュレーション1回目:【心臓リハビリテーション前】【がん化学療法前】のフィジカルアセスメント

表 3-2. シミュレーション 2 回目**におけるフィジカルアセスメントの到達度評価

項目	行動	学生の評価		教員の評価		p
		平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	
測定	体温を測定できた	3.77 ± 0.70	3.82 ± 0.51	-		
	呼吸数を測定できた	3.54 ± 0.94	3.74 ± 0.59	-		
	呼吸音を聴取できた	3.55 ± 0.74	3.31 ± 0.68	.002		
	血液中酸素飽和度を測定できた	3.64 ± 0.90	3.48 ± 0.92	.036		
	血圧を測定できた	3.42 ± 0.87	3.11 ± 1.03	.018		
観察	発熱の随伴症状について確認できた	3.17 ± 0.69	2.87 ± 0.70	.002		
	発熱の原因を考えるのに必要な症状を確認できた	3.02 ± 0.66	2.94 ± 0.71	-		
与薬	持続点滴が安全確実に実施できていることを確認できた	3.35 ± 0.92	2.86 ± 1.00	<.001		
環境	ナースコールの位置を確認できた	2.97 ± 1.22	2.15 ± 1.30	<.001		
対応	測定する際にインフォームドコンセントを行った	3.30 ± 0.78	3.46 ± 0.75	-		
	測定結果を患者に伝えることができた	2.90 ± 1.09	2.31 ± 1.16	<.001		
アセスメント	得られたデータの正常/異常を判断できた	3.07 ± 0.62	3.35 ± 0.74	<.001		
	現在の患者の状態を判断できた	2.80 ± 0.70	2.89 ± 0.77	-		
報告	得られた情報を報告できた	3.10 ± 0.73	3.71 ± 0.45	<.001		
	現在の患者の状態について、根拠を明確にして報告できた	2.58 ± 0.76	2.81 ± 0.73	-		
	発熱の原因や成り行きについて考えた内容を踏まえて報告できた	2.69 ± 0.81	2.69 ± 0.71	-		

※ Mann-Whitney の U 検定, 有意確率: $p < .05$

** シミュレーション2回目:【発熱時】のフィジカルアセスメント

測定」、「血圧の測定」、「発熱の随伴症状の観察」、「原因検索に必要な症状の観察」、「持続点滴の確認」、「インフォームドコンセント」、「得られたデータの正常異常の判断」、「得られた情報の報告」)。そして、平均値が 1.0 点台だった項目はなく、最も低かった項目は「根拠を明確にした報告」(2.58 ± 0.76 点)であった。

教員による到達度評価において、平均値が 3.0 点以上だった項目は、8 項目であった(「体温の測定」、「呼吸数の測定」、「呼吸音の聴取」、「血液中酸素飽和度の測定」、「血圧の測定」、「インフォームドコンセント」、「得られたデータの正常異常の判断」、「得られた情報の報告」)。そして、平均値が 1.0 点台だった項目はなく、最も低かった項目は「ナースコールの位置の確認」(2.15 ± 1.30 点)であった。

Mann-Whitney の U 検定の結果、学生と教員による差を認めた項目は、1 回目のシミュレーションと同じく 9 項目であったが、該当する項目には相違を認めなかった(「呼吸音の聴取」(p=.002)、「血液中酸素飽和度の

測定」(p=.036)、「血圧の測定」(p=.018)、「発熱の随伴症状の確認」(p=.002)、「持続点滴の確認」(p<.001)、「ナースコールの確認」(p<.001)、「測定結果の説明」(p<.001)、「正常異常の判断」(p<.001)、「得られた情報の報告」(p<.001))。

2. 1 回目と 2 回目のシミュレーションにおける、フィジカルアセスメントの到達度評価の比較 (表 4-1、2)

(1) 学生における、1 回目と 2 回目のシミュレーションのフィジカルアセスメントの到達度評価の比較

1 回目のシミュレーションでは『できない』と評価したが、2 回目のシミュレーションでは『できる』という評価へと変化した学生と、1 回目のシミュレーションでは『できる』と評価したが、2 回目のシミュレーションでは『できない』という評価へと変化した学生との比率をみることで、1 回目のシミュレーションよりも 2 回目のシミュレーションの方が『できる』

表 4.1. 学生によるフィジカルアセスメントの到達度評価の比較：1 回目*と 2 回目**のシミュレーション (共通項目のみ)

項目	行動	2回目(人)		p	
		1回目(人)	できる		できない
測定	体温を測定できた	できる	94	5	-
		できない	2	1	
	呼吸数を測定できた	できる	78	6	-
		できない	10	8	
	呼吸音を聴取できた	できる	93	9	-
		できない	4	1	
血液中酸素飽和度を測定できた	できる	86	6	-	
	できない	5	5		
血圧を測定できた	できる	58	4	<.001	
	できない	32	8		
与薬	持続点滴が安全確実に実施できていることを確認できた	できる	37	3	<.001
		できない	46	16	
環境	ナースコールの位置を確認できた	できる	23	4	<.001
対応	測定する際にインフォームドコンセントを行った	できる	72	3	.004
		できない	16	11	
アセスメント	測定結果を患者に伝えることができた	できる	39	3	<.001
		できない	30	30	
得られたデータの正常/異常を判断できた	できる	79	8	-	
	できない	7	8		
現在の患者の状態を判断できた	できる	64	20	.004	
	できない	5	13		
報告	得られた情報を報告できた	できる	82	9	-
		できない	2	9	
現在の患者の状態について、根拠を明確にして報告できた	できる	41	14	-	
	できない	13	34		

※McNemar 検定, 有意確率: p < 0.05

* 1回目シミュレーション:【心臓リハビリテーション前】【がん化学療法前】のフィジカルアセスメント

** 2回目シミュレーション:【発熱時】のフィジカルアセスメント

表 4.2. 教員によるフィジカルアセスメントの到達度評価の比較:1 回目*と 2 回目**のシミュレーション (共通項目のみ)

項目	行動	2回目(人)		p	
		1回目 (人)	できる		できない
測定	体温を測定できた	できる	99	3	-
		できない	5	1	
	呼吸数を測定できた	できる	90	4	-
		できない	12	2	
	呼吸音を聴取できた	できる	89	6	-
		できない	10	3	
血液中酸素飽和度を測定できた	できる	82	8	-	
	できない	12	6		
与薬	持続点滴が安全確実に実施できていることを確認できた	できる	41	11	<.001
		できない	42	14	
環境	ナースコールの位置を確認できた	できる	32	3	<.001
		できない	48	25	
対応	測定する際にインフォームドコンセントを行った	できる	12	6	<.001
		できない	30	60	
	測定結果を患者に伝えることができた	できる	87	2	.039
		できない	10	9	
アセスメント	得られたデータの正常/異常を判断できた	できる	32	3	<.001
		できない	28	45	
	現在の患者の状態を判断できた	できる	85	2	-
		できない	8	13	
報告	得られた情報を報告できた	できる	65	23	.006
		できない	7	13	
	現在の患者の状態について、根拠を明確にして報告できた	できる	104	0	-
		できない	4	0	
		できる	60	24	.004
		できない	7	17	

※McNemar 検定, 有意確率: $p < 0.05$

* 1回目シミュレーション:【心臓リハビリテーション前】【がん化学療法前】のフィジカルアセスメント

** 2回目シミュレーション:【発熱時】のフィジカルアセスメント

ようになった項目があるか否かを確認するために、McNemar 検定を行った。

その結果、「血圧の測定」($p < .001$)、「持続点滴の確認」($p < .001$)、「ナースコールの確認」($p < .001$)、「測定する際のインフォームドコンセント」($p = .004$)、「測定結果の説明」($p < .001$)の5項目において、2回目のシミュレーションで『できる』群の比率が有意に高くなり、「現在の状態の判断」($p = .004$)の1項目において、2回目のシミュレーションで『できる』群の比率が有意に低くなっていた。

(2) 教員における、1 回目と 2 回目のシミュレーションのフィジカルアセスメントの到達度評価の比較

McNemar 検定の結果では、「血圧の測定」($p < .001$)、「持続点滴の確認」($p < .001$)、「ナースコールの確認」($p < .001$)、「測定する際のインフォームドコンセント」($p = .039$)、「測定結果の説明」($p < .001$)の5項目において、2回目のシミュレーションで『できた』群の比率が有意に高くなり、「現在の状態の判断」($p = .006$)、

「根拠を明確にした判断の報告」($p = .004$)の2項目において、2回目のシミュレーションで『できる』群の比率が有意に低くなっていた。

3. シミュレーション演習に対する学生の評価 (図 2、表 5)

1) シミュレーション演習に対する学生の知覚の質問表による評価

シミュレーション演習に対する学生の知覚の質問表において、「シミュレーションを1日に複数回実施することは苦痛だった」を除いた9項目で、「非常にあてはまる」と「あてはまる」と回答した学生の割合が75%以上であった。

2) 自由記述に記載された内容

学生の記述から導き出されたカテゴリーを【 】で示す。

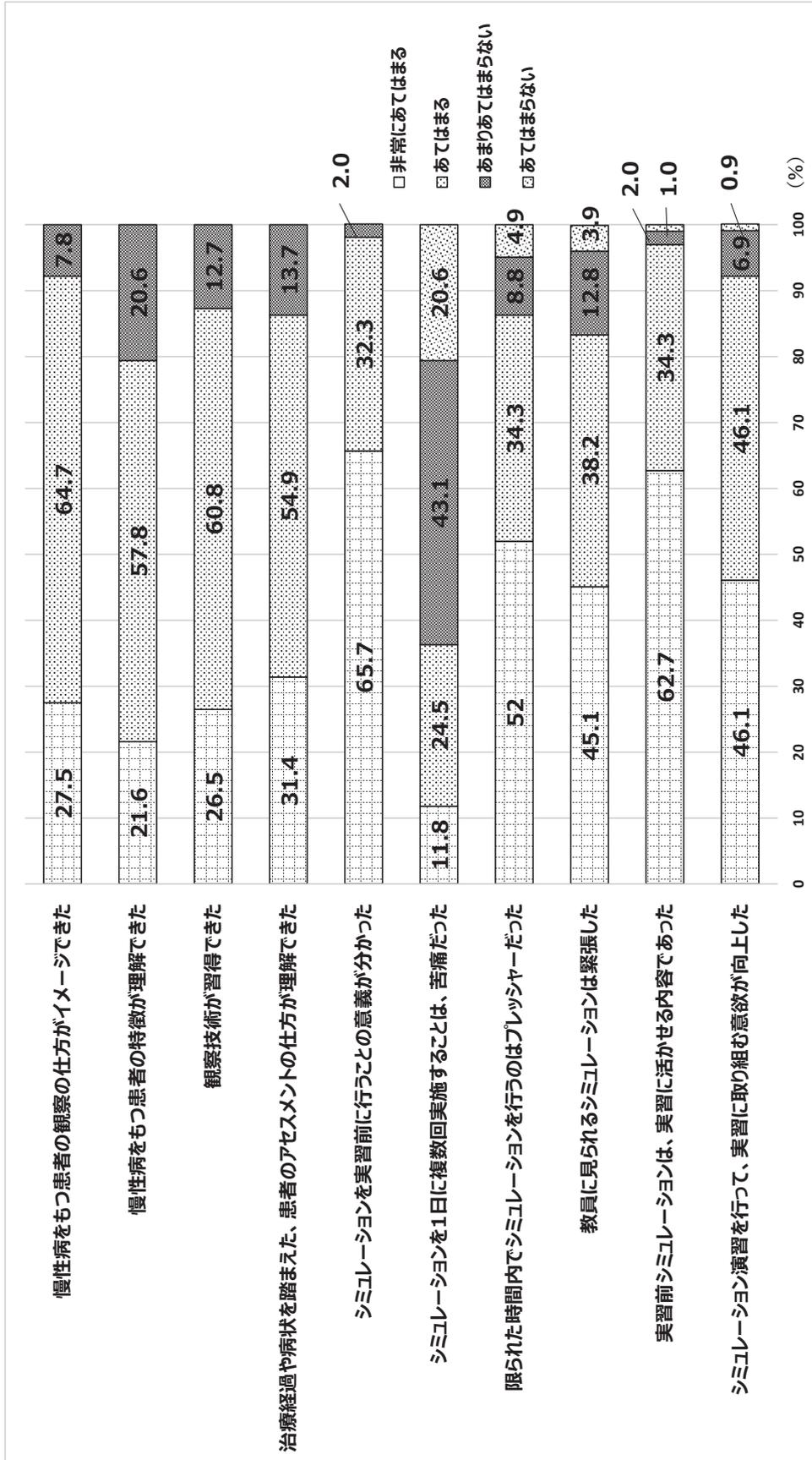


図 2. シミュレーションの実施に対する学生の知覚 (質問表)

表5. シミュレーション演習に対する学生の知覚 (自由記述)

設問1 慢性病をもつ患者を援助することについて学んだこと	
カテゴリー (サブカテゴリー数)	サブカテゴリー (コード数)
治療経過を踏まえ、予測を立てて継続的に患者の生活を支援する必要性 (3)	予測を立てた関わりの必要性 (7) 患者の生活を支える関わりの必要性 (10) 治療経過を踏まえ継続的な関わりの必要性 (10)
心身ともに安楽な状態をもたらす、個別性を考慮した関わりの必要性 (2)	心身ともに安楽になる関わりの必要性 (11) 個別性を考慮した関わりの必要性 (6)
治療を確実に進めるための援助の必要性 (1)	治療を確実に進めるための関わりの必要性 (5)
患者と目標・情報を共有する必要性 (1)	目標・情報を共有する必要性 (2)
看護技術のリアルな体験による学習や病態を含めた知識の重要性と、慢性の病気を抱える患者への関わりの難しさの実感 (3)	病態を含めた確かな知識の必要性 (12) 患者理解と関わりの難しさの実感 (5) リアルな看護技術の学習効果 (3)
設問2 看護師に求められる態度について考えたこと	
カテゴリー (サブカテゴリー数)	サブカテゴリー (コード数)
患者を統合的に捉えるため、確かな情報収集を行う (3)	患者の不安などに関する訴えを傾聴する (5) 生活者として捉え情報収集を行う (3) 確かな情報収集を行う (6)
統合的に患者をアセスメントし、今後を予測しながら援助につなげる (1)	統合的に患者をアセスメントし、今後を予測しながら援助につなげる (10)
患者の安全安楽のため、適切な援助を行う (2)	患者の個別性を考慮した安全安楽な援助を行う (11) 環境整備を行う (3)
安心して治療を継続できるよう、患者の思いを理解し、必要に応じた声掛けする (2)	患者の気持ち・思いを理解し、不安を軽減できる援助を行う (11) 安心のため、必要に応じて丁寧に声掛けする (16)
知る権利を含め、患者に対して倫理的な関わりを行う (2)	患者に関わることについて丁寧に説明する (9) 患者に対して倫理的関わりを行う (5)
設問3 実習前にシミュレーションをしたことでよかったこと	
カテゴリー (サブカテゴリー数)	サブカテゴリー (コード数)
患者との関わり方やバイタルサイン測定等、基本的な看護技術の練習ができた (2)	バイタルサイン測定等の技術の練習ができた (9) 患者とのかかわり方のイメージと練習ができた (10) 情報のアセスメントの必要性とポイントが再確認できた (13)
適切な情報収集、根拠に基づいたアセスメント、論理的な報告について学べた (3)	観察を含めた情報収集の重要性や留意点等が学べた (20) 報告の方法や注意点について学べた (14)
事前課題やフィードバックにより理解が深まるとともに、自分の学習課題が明確にできた (3)	グループワークと教員のフィードバックによって理解が深まった (4) 自分の課題を明確にできた (8) 必要な知識の再確認ができた (3)
事前のシミュレーションを通して、実習のイメージができ、自分の不安の軽減につながった (1)	事前のシミュレーションを通して、実習のイメージができ、自分の不安の軽減につながる (9)
設問4 実習前にシミュレーションをしたことで負担だったこと	
カテゴリー (サブカテゴリー数)	サブカテゴリー (コード数)
制限時間内の実施・教員に評価される感覚から生じた緊張感 (3)	緊張と不安の気持ち (5) 短い制限時間による焦り・緊迫感 (29) 教員に評価される感覚からの緊張感 (13)
課題学習に対する負担感 (2)	課題の準備に時間を要するため、休息の確保が難しい (3) 要点が理解されないことから生じた負担感 (6)
機器の特徴と展開方法から生じた負担感 (1)	機器の特徴と展開方法から生じた負担感 (7)
ない (1)	ない (11)

(1) 慢性病をもつ患者を援助することについて学んだこと

71 のコードから 10 のサブカテゴリー、5 つのカテゴリーが導き出された。学生は、【治療経過を踏まえ、予測を立てて継続的に患者の生活を支援する必要性】や【心身とも安楽な状態をもたらす、個別性を考慮した関わりの必要性】とともに【治療を確実にけるための援助の必要性】があることを知り、【患者と目標・情報を共有する必要性】を学んでいた。そして、これらができるようになるために、【看護技術のリアルな体験による学習や病態を含めた知識の重要性と、慢性の病気を持つ患者への関わりの難しさの実感】していた。

(2) 看護者に求められる態度について考えたこと

79 のコードから 10 のサブカテゴリー、5 つのカテゴリーが導き出された。学生は、【患者を統合的に捉えるため、確かな情報収集を行う】こと、そこから【統合的に患者をアセスメントし、今後を予測しながら援助につなげる】が、【患者の安全安楽のため、適切な援助を行う】ことを念頭に置き、【安心して治療を継続できるよう、患者の思いを理解し、必要に応じた声掛けをする】ことが看護師に求められていることを学んでいた。そして、【知る権利を含め、患者に対して倫理的な関わりを行う】態度の重要性も学んでいた。

(3) 実習前にシミュレーションをしたことでよかったこと

90 のコードから 9 のサブカテゴリー、4 つのカテゴリーが導き出された。学生は、【患者との関わり方やバイタルサイン測定等、基本的な看護技術の練習ができた】、【適切な情報収集、根拠に基づいたアセスメント、論理的な報告について学べた】、【事前課題やフィードバックにより理解が深まるとともに、自分の学習課題が明確にできた】、【事前のシミュレーションを通して、実習のイメージができ、自分の不安の軽減につながった】と、臨地実習前の準備ができたことと捉えていた。

(4) 実習前にシミュレーション演習を実施したことで負担だったこと

74 のコードから 7 のサブカテゴリー、4 つのカテゴリーが導き出された。学生は、【課題学習に対する負担感】を抱きながらシミュレーション演習に臨み、【機器の特徴と展開方法から生じた負担感】や【制限時間内の実施・教員に評価される感覚から生じた緊張

感】を抱きながらシミュレーション演習に取り組んでいた。しかしながら、負担感は【ない】と回答する学生も一定数存在していた。

IV. 考察

臨地実習前の準備教育のねらいとして、実習目的・目標が達成できるよう、①慢性期看護について再学習するとともに、②既習の知識・技術を確認し、統合させて臨地で役立つスキルへと高める、③過度な不安や緊張を緩和させてモチベーションを高める、などが考えられる。臨床場面が再現された環境の中でフィジカルアセスメントを行い、自分の知識や技術を確認し、臨地実習に臨むにあたり強化すべき内容を理解することも大事だが、特に重要なのは「これについては理解できている」「これはできる」という自信が持てることだと考える。このことを踏まえて、「シミュレーションを繰り返し行うことによる、フィジカルアセスメントの到達度評価の変化」と、「シミュレーション演習を通して学生が学んだこと」を中心に考察を述べることにする。

1. シミュレーションを繰り返し行うことによる、フィジカルアセスメントの到達度評価の変化

1) 学生の評価からみた、フィジカルアセスメントの到達度評価の変化

1 回目のシミュレーションにおいて、平均値が 3.0 点以上だった項目は 8 項目で、平均値が 1.0 点台だった項目は 1 項目であったが、2 回目のシミュレーションでは、平均値が 3.0 点以上だった項目は 11 項目へと増加し、平均値が 1.0 点台の項目はなかった。McNemar 検定の結果も、「血圧の測定」($p<.001$)、「持続点滴の確認」($p<.001$)、「ナースコールの確認」($p<.001$)、「測定する際のインフォームドコンセント」($p=.004$)、「測定結果の説明」($p<.001$) の 5 項目において、1 回目のシミュレーションよりも 2 回目のシミュレーションで『できる』と評価した群の比率が有意に高くなっていた。つまり、繰り返し実施することで学生が『できる』と思える技術が増えたと考えられる。滝、高山、小倉他 (2018) が、バイタルサイン測定と療養環境を整える援助を繰り返し行う状況設定シミュレーションの学習成果について検討した研究で

も、学習成果が確認できた項目とできなかった項目とが混在するものの、2回目のシミュレーション実施後に「看護技術を提供する自信がついた」と回答した学生が有意に増えたことを報告している ($p<.0001$)。三味、吉田、山本他 (2016) が、基礎看護学実習前に客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination、以下 OSCE) を実施し、実習後にアンケート調査を行った研究では、OSCE で意識づけたことは「行動できた」こととして評価する傾向があったという。繰り返しシミュレーションを行い、学生が『できる』と思える項目を増やすことは、臨地実習での積極的な行動へとつながる可能性があると思われる。

「Ⅱ. 4. 3) 評価方法」で述べたように、実際の臨床場面では、どのような目的で患者の病室を訪れたとしても、訪室した際には患者の様子、留置物、ベッド周囲の環境など、様々な領域を観察し、言語的 / 非言語的なコミュニケーションを図りながら患者を多面的に捉えている。人びとのいのち・暮らし・尊厳を守り支える役割を持つ看護職だからこそ、実施前の説明や測定結果のフィードバックを行い、患者の反応をとらえられることが重要になる。しかし、松島、角濱 (2020) による看護師の注視と認知に関する文献研究の結果によると、熟練看護師では重要箇所だけでなく生活にかかわる周囲環境も注視していたのに対し、学生や新人看護師では注視点が拡散する傾向があったという。このことから、意図的に観察することは学生にとって難易度が高い技術といえる。だからこそ、繰り返しシミュレーションに取り組み、少しずつできるようになっていくことが大切であると考えられる。本研究でも、1回目のシミュレーションでは持続点滴やナースコールを意図的に確認できない学生が多かったが、1回目のシミュレーション後にグループメンバーや教員とともに振り返ることで、2回目のシミュレーションでは意識して行動できるようになっていた。三輪、宗内、服部他 (2021) が実施したシミュレーション学習の研究で、「対象者にフィジカルイグザミネーションを実施する目的を説明できた」、「対象者にフィジカルアセスメントの結果をわかりやすく説明できた」の効果量が30%にとどまったことについて、実施回数1回であったことが影響したと考察している。デブリーフィングを行った後に2回目のシミュレーション

を行うことは、学習効果の獲得につながることが期待できる。

しかし、「現在の状態の判断」 ($p=.004$) は、1回目のシミュレーションよりも2回目で『できる』群の比率が有意に低くなっていた。患者の全身状態が安定していた1回目のシミュレーションと違い、2回目のシミュレーションでは突然の発熱があり、その原因と成り行き、今行うべき対応についての判断が求められる場面であった。学生にとっては急に難易度の高い場面でのフィジカルアセスメントを求められてしまい、『できない』と評価する傾向にあったと考える。提示する臨床場面について、検討する必要があると考える。

2) 教員による評価

1回目のシミュレーションにおいて、平均値が3.0点以上の項目は8項目で、1点台だった項目が3項目あった。2回目のシミュレーションでは、平均値が3.0点以上の項目は8項目で1回目のシミュレーションと項目の数に変わりはないが、1.0点台の項目はなかった。McNemar 検定の結果でも、「血圧の測定」 ($p<.001$)、「持続点滴の確認」 ($p<.001$)、「ナースコールの確認」 ($p<.001$)、「測定する際のインフォームド Consent」 ($p=.039$)、「測定結果の説明」 ($p<.001$) の5項目において、2回目のシミュレーションで『できた』群の比率が有意に高くなっていた。教員による他者評価においても、1回目のシミュレーションより2回目の方が『できる』と評価しており、学生の『できる』という認識と、教員の『できる』という認識には、それほど大きなずれはないと考えられた。しかし、学生の評価と教員の評価の差を見るために行った Mann-Whitney の U 検定では、9項目において有意な差を認めていた。この点については、事項で考察することとする。

2回目のシミュレーションで『できた』群の比率が有意に低くなっていた項目は、学生の評価と同じく「現在の状態の判断」 ($p=.006$) が、学生の評価と異なる項目として「根拠を明確にした判断の報告」 ($p=.004$) が該当した。「Ⅳ. 1. 1) 学生による評価」でも述べたように、1回目のシミュレーションと比べて、2回目では事例患者の病態や治療内容、治療経過などについての知識や発熱の原因や随伴症状、成り行き、看護などについての知識だけでなく、短時間で判断できるだけの情報を収集する技術が必要となる。臨地実習に

において、測定したバイタルサインの異常に気が付きつつも、介入を考えるために必要な情報を収集することに苦慮する学生が散見されていたが、事前学習を提示していたシミュレーション演習においても難しいことが示された。森本、山田 (2017) が、インストラクショナルデザインに基づいたシミュレーション演習プログラムを行った研究では、1 回目と 2 回目異なる事例であっても、繰り返しシミュレーションを行うことで「実践における思考過程・判断過程の原則“能力の獲得”」という高次の認知能力が上昇したと報告している。シミュレーション演習で臨床判断力を高めるためには、事前学習の提示の仕方やシミュレーション演習の進め方などの検討が必要であると思われる。

3) 学生による評価と教員による評価の比較

1 回目のシミュレーションにおいても 2 回目のシミュレーションにおいても、学生と教員による差を認めた項目が 9 項目あり、『報告』に該当する項目以外は、学生の評価点の平均値よりも教員の評価点の平均値の方が低い傾向にあった。学生としては呼吸音を聴取できたと思っても、教員は聴診器を置く位置が適切ではないと判断して低く点数をつけていたり、学生としてはシミュレータに測定結果を伝えたと思っても、教員は伝えていないと判断して低く点数をつけていたり、といった評価の視点のずれが生じている可能性があると思われる。このようなずれが生じた学生側の要因としては、制限時間内に行わなければならないという焦りが、教員側の要因としては各項目の評価の視点に関する説明が不足していることが考えられる。シミュレータを使用する際の注意点について、事前に資料として配布したうえで、当日改めて説明するといった工夫が必要であると考えられる。

反対に、『報告』に関する項目では教員の評価が高い傾向にあった。推測の域を出ないが、学生の評価が教員の評価よりも低かった要因として、報告することへの自信のなさが影響していると思われる。学生が『できる』と思えない理由を明らかにしたうえで、必要な情報の選択および得られた情報について根拠を踏まえた判断、筋道だった報告が行えるよう、事前学習として提示する内容を工夫するなど、事前学習の内容や方法について検討する必要があると考える。

2. シミュレーション演習の実施に対する学生の評価

シミュレーション実施に対する学生の知覚の質問表の結果から、約 80% の学生が、慢性疾患に対する治療を受ける患者の観察やアセスメントについての知識や技術を習得することができたと評価していることがうかがえた。自由記述においても、「治療」と「生活」の両方をとらえる視点を持ち、患者と目標や情報を共有しながら治療が確実に行われるよう援助するとともに、安楽な状態で過ごすことができるよう、個別性を考慮して継続的にかかわることが慢性期看護において重要であると学んでいた。くわえて、確かな情報収集から患者を統合的に理解し、今後を予測しながら安全に安楽に、安心して治療や生活が営めるよう援助を行い、患者の知る権利を尊重するなど、患者への倫理的なかわりを行う態度が求められていると考えていた。これらのことから、シミュレーション演習が、慢性期看護において重要な点を再学習するとともに、既習の知識や技術の確認と統合を進める契機になったと思われる。さらに、松谷、三浦、平林他 (2010) によると、「看護実践能力」の主要な能力を、「人びとを理解する力」と「人びと中心のケアを実践する力」、「看護の質を改善する力」としていることを踏まえると、シミュレーション演習を通して「看護実践能力」の向上へとつながる期待が持てるように思われる。

もう 1 点、実習に役立てられる自信と実習へのモチベーションの向上につながったと評価していることも、シミュレーション演習の実施に対する学生の知覚の質問表の結果からうかがえた。自由記述においても、基本的な看護技術の確認を通して、情報収集からアセスメント、報告に至るまでのポイントや注意点について学びを深めるとともに、自己の学習課題を明確にでき、実習のイメージが持てて不安が軽減したと捉えていたことから、実習へのモチベーションが高まったと思われる。村田、福田 (2020) が行った、成人看護学におけるシミュレーション教育に関する文献研究で示されたシミュレーション教育の効果として、「患者看護実践等のイメージ化の促進」や「看護実践能力の向上」とともに、「シミュレーション学習による気づきが今後の学びの原動力」、「自己学習の促進」につながったと述べており、本研究の結果は、先行研究の結果を裏付ける内容となっていた。

以上のことから、シミュレーション演習は、本実習

の実習前準備教育として一定の効果があると考えられるが、限られた時間内にシミュレーションを行うことへのプレッシャーや緊張を感じながら取り組んでいた学生が80%を超えていた。自由記述においても、制限時間内に実施することや教員に評価される感覚から緊張感や不安感を抱いていたことや、事前学習やシミュレーション演習の展開に対する負担感を抱いていた。江尻、中山、松田他(2014)がシミュレーション演習中の学生の自律神経活動や心拍数の変化などに着目して行った研究では、緊張により能力の発揮を妨げることはなかったものの、シミュレータ演習が緊張感や不安感、焦燥感などを生じやすいと述べている。本研究では該当者はいなかったが、矢野、野末、内田(2018)によると、過緊張によりシミュレーションが中断することもあるという。過度の緊張は学習行動の回避につながる可能性もあり、シミュレーション演習の評価と臨地実習の評価との違いについて丁寧に説明し、失敗を保証することが大切であると考えられる。

最後に、63.7%の学生は、繰り返しシミュレーションを実施することへの苦痛をあまり感じていなかったが、自由記述からは、シミュレーション演習の展開方法に伴う負担感や制限時間が短いことによる焦りを感じていたことがうかがえた。学生が、程よい緊張感の中でより効果的なシミュレーション演習を行えるよう、進め方や方法についての工夫が必要であると思われる。

V. おわりに

学生と教員による評価をもとに、想定された2つの場面でフィジカルアセスメントを行うシミュレーション演習の、実習前準備教育としての効果について検討した。振り返りを間に挟みながら繰り返し実施することで、慢性期看護についての再学習が進み、既習の知識・技術を臨地で役立つスキルへと高められるとともに、実習への過度な不安や緊張を緩和させてモチベーションを高める効果を有することが推測された。しかし、他領域での臨地実習を経た学生が対象者に含まれていること、当実習後の調査を実施していないことが、本研究の限界である。本研究で得られた知見をもとにより学習効果の高いシミュレーション演習へと修正を行うこと、実習終了時点での評価を行うことが、本研究の今後の課題である。

文献

- 阿部幸恵 (2016). 医療におけるシミュレーション教育. 日本集中治療医学会雑誌, (23), 13-20.
- 阿部幸恵 (2018). アクティブラーニングを代表するシミュレーション教育. 阿部幸恵, 藤野ユリ子編集, 看護基礎教育におけるシミュレーション教育の導入 基本的な考え方と事例 (1-192). 東京: 日本看護協会出版会.
- 江尻晴美, 中山奈津紀, 松田麗子他 (2014). 高性能シミュレータ演習における看護学生の観察と緊張. 生命健康科学研究所紀要, (11), 36-42.
- 江尻晴美, 荒川尚子, 松田麗子ほか (2019). 看護基礎教育における中/高忠実度シミュレータを使用した教育に関する研究の動向. 看護科学研究, (17), 37-44.
- 岩屋裕美, 戸ヶ里泰典 (2017). 看護技術の習得における自己調整学習方略と学習成果との関連 - 首都圏の看護短期大学および看護専門学校の学生を対象とした調査より -. 日本看護研究学会雑誌, 40 (5), 849-858.
- 熊谷たまき (2015). フィジカルアセスメント総論. 熊谷たまき, 徳田安春, 水戸優子他監修, フィジカルアセスメントがみえる (1-343). 東京: メディックメディア.
- 松島正起, 角濱晴美 (2020). 看護観察における注視と認知に関する文献検討. 日本看護技術学会誌, (19), 14-22.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子他 (2010). 看護実践能力: 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 14 (2), 18-28.
- 三輪晃子, 宗内桂, 服部智子 (2021). 看護学実習における困難事例を用いたシミュレーション学習の効果. 日本赤十字広島看護大学紀要, (21), 1-9, 41-53.
- 森本美智子, 山田隆子 (2017). インストラクショナルデザインに基づいたシミュレーション演習プログラムの学習成果と評価 - 看護実践を導く思考過程を促進する取り組み -. 日本看護学教育学会誌, 27 (2), 41-53.
- 村田和子, 福田和美 (2020). 成人看護学におけるシミュレーション教育に関する文献検討. 福岡県立大学看護学研究紀要, (17), 63-70.

- 長嶋祐子, 飯塚麻紀, 奥井良子他 (2018). 成人看護学技術演習の現状に関する文献調査. 駒沢女子大学研究紀要【人間健康学部・看護学部編】, (1), 69-81.
- 三味祥子, 吉田和美, 山本加奈子他 (2016). 2 年次看護学生が基礎看護学実習前 OSCE を通して臨地実習で実感した OSCE の学習効果. 日本赤十字広島看護大学紀要, 16, 89-97.
- 滝恵津, 高山詩穂, 小倉邦子他 (2018). 看護基礎教育における状況設定シミュレーションの学習成果 - 「バイタルサイン測定と療養環境を整える援助」の 1 回目と 2 回目の比較 -. 聖徳大学研究紀要, 聖徳大学 (29) 聖徳大学短期大学部 (51), 67-73.
- 矢野朋実, 野末明希, 内田倫子 (2018). 看護実践力を育むシミュレーション教育の実践例. 教育・学生支援センター紀要, (2), 23-28.

特 集

在宅看護学実習における Web 会議システムを活用したカンファレンス

深谷 由美¹ 松田 優子² 百瀬由美子¹

I. 緒言

看護学基礎教育における臨地実習の目的は、学生が知識・技術・態度の統合を図ると共に、対象者との関係形成やチーム医療において必要な対人関係形成能力を養い、看護専門職としての批判的・創造的思考力と問題解決能力の醸成、高い倫理観と自己の在り方を省察する能力を身に付けることを目指す（文部科学省, 2020）とされている。そして、「在宅看護論」は、保健師助産師看護師学校養成所指定規則の第5次改正により、「地域・在宅看護論」と名称が変更となり、療養を含めた地域で暮らす人々を対象ととらえるという趣旨が追加された。

在宅看護学実習において実習施設の多くは訪問看護ステーションであるが、1施設に従事する看護師の全国平均は約7.2人である（厚生労働省, 2021）。そのため、訪問看護ステーションの指導者は、療養者からの緊急な訪問依頼やスタッフの休みがあると急遽訪問の予定を変更し、療養者宅に訪問するため、カンファレンスに毎日参加することは困難である。また、1施設の学生の受け入れ人数は2～4人と少なく、学生は複数の施設に分散して実習することから、教員は、2施設～3施設を担当する。教員は予め学生が訪問看護師に同行訪問する予定を把握し、学生が訪問看護ステーションに滞在している時間に合わせて実習指導に訪れるが、全ての学生に対面で指導できない。また、カンファレンスにおいても、時間が重なることや実習施設間に距離があることから全てのカンファレンスに参加することは困難であり、学生のみでカンファレンスを行うことがある。教員の役割は、複雑で多様な臨

地の場面において、学生がその現象を理解し、必要とされる看護ケアを判断し、実施するプロセスを導くことや学生が看護の理解を深めることができるように学生自身の体験を教材となるように創意工夫することとされている（文部科学省, 2020）。また、カンファレンスにおいて、「看護現象からの原理原則の発見」、「理論理解の定着化」、「看護現象への理論適用」を目指した教育活動を展開しており（安齋, 船島, 杉森, 1993）、学生が観察・体験した看護の現象を看護学の本質や法則に照らし合わせて解説・統合することや実習目標の達成度を把握し、指導方法を検討しており（杉森, 船島, 2012）、教員・実習指導者ともにカンファレンスを有効な指導方法と考えている（吉川, 蔵屋敷, 藤田, 2015）。

これらのことから、在宅看護学実習において教員がカンファレンスに参加する参加率を向上するためにWeb会議システムを活用することを考えた。先行研究においては、新型コロナウイルス感染症によるオンラインシステムによる実習についての研究はあるが（堀, 2022；小野若, 竹森, 西村他, 2022）、カンファレンスにWeb会議システムを活用した研究は散見しない。そのため、本研究では、在宅看護学実習においてカンファレンスを対面で行うことを推奨したうえで、Web会議システムを活用したカンファレンスを導入し、カンファレンスへの教員の参加率の増加とその課題を明らかにすることを目的とした。Web会議システムを活用してカンファレンスを実施することで、学生との関る時間が増加することや教員が無理な移動を避けることで教員の心身の安全を確保することができ、在宅看護学実習を遂行する上での一助になると考える。

¹ 日本赤十字豊田看護大学 在宅看護学領域

² 名古屋女子大学 健康科学部看護学科

II. 研究方法

1. 実習の概要

1) 実習目的

在宅療養者と療養生活を支える家族の生活状況を理解するとともに、各施設の概要と在宅ケアの実際を通して、必要な在宅看護を実践するための基礎的能力を養う。また、地域における看護実践に必要な保健医療福祉制度の活用と連携のあり方について学ぶ。

2) 実習目標

- (1) 受け持ち療養者と家族が地域で療養生活を継続するために必要な看護を理解する。
- (2) 在宅看護の特性と地域における看護実践に必要な制度を理解する。
- (3) 地域における保健医療福祉サービスの連携や協働と看護の役割について理解する。
- (4) 看護倫理をふまえ、学習者として積極的な態度で実習に臨み、責任ある行動をとることができる。

3) 実習方法

実習は、90 時間 2 単位の実習である。2 週間 10 日間のうち、8 日間を訪問看護ステーションにより実習を行い、日々カンファレンスを実施した。受け持ち療養者 1 名を担当し、看護過程の展開、立案した看護計画の一部を実施するとともに受け持ち療養者以外の訪問や担当者会議等に参加する（表 1）。

4) 教員の指導体制

在宅看護学実習は、教員 3 名と実習補助教員 1 ～ 2 名で担当している。18 か所の実習施設は、近隣市町村を含め、片道 45km という広範囲に点在している。

しかし、1 施設の学生受け入れ人数は、2 ～ 4 人と少ないことから、教員 1 名が 2 ～ 3 施設を担当する。

5) Web 会議システムを用いたカンファレンス

学生は実習施設毎にタブレットとポケット Wi-Fi を携帯した。事前に、使用方法、使用可能な場所、充電方法、保管方法等を実習施設と打合せ、すべての施設より使用の許可が得られた。学生は、指導者、教員と時間調整して学生主体でカンファレンスを開催した。教員は、カンファレンスに対面で参加することを推奨し、参加できない場合は、Web 会議システムを使用して参加した。

2. 対象

1) 教員のカンファレンスへの参加率

Web 会議システムを未使用でのカンファレンスは、延べ 34 事業所に実習に行った 89 人が実施したカンファレンスを対象とし、Web 会議システムを使用して実施したカンファレンスは、延べ 40 事業所 115 人が実施したカンファレンスを対象とした。

2) Web 会議システムを使用しているカンファレンスについての学生の使用感

Web 会議システムを使用したカンファレンスについて学生の使用感は、2022 年の 8 クール、115 人を対象とした。

3. データ収集

1) データ収集期間

2021 年 10 月から 2022 年 12 月

表 1. 実習方法

曜日	内容
月	【学内】オリエンテーション
火	ステーション実習 カンファレンス
1週目	水 ・実習施設によるオリエンテーション カンファレンス
木	・受け持ち療養者の訪問 カンファレンス
金	看護過程の展開と一部実施 中間カンファレンス
月	・受け持ち以外の療養者宅に訪問 カンファレンス
火	・担当者会議や退院時カンファレンス等に参加 カンファレンス
2週目	水 カンファレンス
木	最終カンファレンス
金	【学内】実習全体のまとめ

2) 教員のカンファレンスへの参加率

Web 会議システム未使用時のカンファレンスの状況を 2021 年 10 月から 12 月の 5 クールとの実習記録より抽出し、Web 会議を用いたカンファレンスを 2022 年の前期・後期 8 クール実習記録より、教員のカンファレンスへの参加の有無を抽出した。

3) Web 会議システムを使用したカンファレンスについて学生の使用感

2022 年の在宅看護学実習終了後、「研究参加のお願い」を配布し、研究の目的、方法、個人情報の保護、結果の公表など説明し、Web 会議システムを使用し、カンファレンスについて学生よりマイクロソフトの Forms によりアンケートを収集した。

4. 調査項目

1) カンファレンスへの教員の参加

施設数、開催されたカンファレンス、教員のカンファレンスの参加

2) Web 会議システムを使用したカンファレンスについて

タブレットを使用しての Web 会議システムの容易さを「対面と変わらずできた」、「対面の方がよかった」、「Web 会議を使用した方がよかった」、「Web 会議を使用したカンファレンスはしなかった」の 4 項目、カンファレンスの時間調整の容易さを「容易であった」、「困難であった」、「時間調整する機会はなかった」の 3 項目とタブレットによるカンファレンスに関する自由記述で調査した。

5. 分析方法

単純集計をおこなった。

6. 倫理的配慮

研究の目的、方法、個人情報の保護、心身への負担

の配慮、結果の公表、研究協力と撤回の自由、研究参加により期待される利益と不利益、個人情報の取り扱い、について文書で説明し、返信をもって同意を得たこととした。また、Forms での回答は、メールアドレスを含め個人が特定できないようにして実施した。本研究は、研究者が所属する倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号 2203）。

Ⅲ. 結果

1. カンファレンスへの教員の参加

Web 会議システムを未使用時のカンファレンスは、241 回開催され、教員が参加できたカンファレンスは 103 回と 42.7%であった。Web 会議システム使用時のカンファレンスは、288 回 83.3%であった（表 2）。

2. Web 会議システムを使用したカンファレンス

1) タブレットを使用したカンファレンス

タブレットを使用したカンファレンスは、14 人（51.9%）が、対面と変わらず討議することができたと回答しているが、対面の方が討議しやすかったが 4 人（14.8%）であった（表 3）。

2) カンファレンスの時間調整

カンファレンスの時間調整は、21 人（77.8%）が、「容易であった」と回答しており、2 人（7.4%）は「困難であった」という回答であった（表 4）。

3) Web 会議を使用したカンファレンスに関する学生の自由記述

学生は、Web 会議システムに関して『対面と同等のカンファレンス』が可能であり、『カンファレンス時間の調整の安易』であった。しかし、「画面越しだと反応が分かりにくい時があった」という『Web 会議システムによる困難』や「音量調整が大変だった」や「聞き取りにくいことがあった」という『危機の不

表 2. Web 会議システム未使用と使用のカンファレンスの状況

項目	未使用	使用
実習施設数（延べ数）	34（事業所）	40（事業所）
学生数	89（人）	115（人）
開催されたカンファレンス	241（回）	288（回）
教員が参加できたカンファレンス	103（回）	240（回）
教員のカンファレンス参加率	42.7（%）	83.3（%）

表3. Web 会議システムを使用したカンファレンス

項目	n=27	
	(人)	(%)
対面と変わらず討議することができた	14	51.9
対面の方が討議しやすかった	4	14.8
Web会議を使用した方が討議しやすかった	2	7.4
Web会議を使用したカンファレンスはなかった	7	25.9

表4. カンファレンスの時間調整

項目	n=27	
	(人)	(%)
カンファレンスの時間調整は容易にできた	21	77.8
カンファレンスの時間調整は困難であった	2	7.4
時間調整する機会はなかった	4	14.8

都合による困難』があった。「時間を指定しても実習の状況や教員の予定により時間調整に戸惑った」という『予定変更による時間調整の困難』があった(表5)。

IV. 考察

本研究により Web 会議システムによるカンファレンスは、カンファレンスへの教員の参加率を高くすることが可能であり、学生は Web 会議システムによる負担は少ないことが明らかになった。しかし、環境によりカンファレンスの音声聞き取りにくいことや、

訪問時間の変更、指導者の都合によるカンファレンスの急な時間変更により教員と時間調整をすることが困難であるということが課題であった。

Web 会議システムを利用したカンファレンスは、教員の参加率が増加し、カンファレンスにおいて学生が体験してきたことを解説・統合したり、実習目標の到達度を把握しながら教員が指導方法を検討する機会になると考える。教員は学生が訪問先で体験したことから、多様な視点が持てるように助言するためにカンファレンスなどで指導機会を増加させる必要があり(深谷, 2014)、Web 会議システムを使用して教員が

表5. Web 会議システムに関する学生の自由記述

対面と同等の カンファレンス	時間差もなく、Web会議でのカンファレンスでもよい 学生だけでカンファレンスするよりよい 全然大丈夫であった 効率でよかった
カンファレンス時間の 調整の安易	担当教員が参加できる候補の時間が豊富になり時間調節が楽だった 訪問の時間にズレが生じた際に連絡と同時に時間調整でき、討議したいことをその日中に解決できるのは良かった
Web会議システムによる 困難	画面越しだと反応が分かりにくい時があった カンファレンス中にタブレットをききながら話し合うという苦労があった
機器の不都合による 困難	音量調整が大変だった 聞き取りにくいことがあった 指定された時間になっても繋がらなかった
予定変更による時間調 整の困難	時間を指定しても実習の状況や教員の予定により時間調整に戸惑った

学生と関わる機会が増加することは学生の学びの深化に繋がると考える。

しかし、学生は「画面越しだと反応が分かりにくい時があった」という回答もあり、教員の表情や動作などの反応が学生に伝わりにくいという現状から、学生に通じるように、動作を大きくしたり、教員の考えていることを言葉で伝えたりする必要があると考える。そして、カンファレンスが時間変更になった場合、時間調整はメールで行っていたが、常に学生がメールを使用できる環境ではないため学生に困難さがあった。訪問看護ステーションに、教員との連絡に関する携帯電話の使用とタブレット等での時間調整することの理解を求める必要があり、今後の課題である。また、「音量調整が大変だった」や「聞き取りにくいことがあった」という機器的な課題もあり、集音器などを使用するなど環境を整える必要がある。

教員からは、訪問看護ステーションへ指導に行った際に会えなかった学生とも Web 会議システムを通じて質問に答えることができたり、講義等により学生の予定に合わせて訪問看護ステーションに訪問できない時もカンファレンスに参加することができることから、「時間が迫る中、車で無理な移動が減った」という声もあった。しかし、教員が Web 会議システムを活用してカンファレンスをする場所に課題があった。カンファレンスは個人情報扱うため、場所が限定される。時間的に大学に戻ることができない場合、他者に聞かれない場所の確保が必要である。教員が Web 会議システムでカンファレンスを実施する場所については今後の課題である。

本研究は、カンファレンスへの教員の参加率と学生の使用感について調査したもので、カンファレンスの内容について調査していない。これらのことはこの研究の限界であり、今後の課題である。

V. 結論

Web 会議システムによるカンファレンスは、教員の参加率を高くすることが可能であり、学生は Web 会議システムによる負担は少ない。しかし、Web 会議システムに関する機器的な課題、急な時間変更時の時間調整、教員が実施する場所について課題があることが明らかとなった。

文献

- 安齋由貴子, 舟島なをみ, 杉森みど里 (1993). 看護学実習のカンファレンスにおける教授活動の質的分析. 日本看護科学会雑誌, 13 (3), 224-225.
- 深谷由美 (2014). 訪問看護ステーション医における臨地指導者からの指導内容—指導内容の分析と同行訪問回数からの検討—. 愛知きわみ看護短期大学紀要, 10, 87-92.
- 堀智子 (2022). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 影響下での在宅看護学実習の実践報告. 藍野大学紀要, 34, 25-35.
- 厚生労働省 (2021). 令和 3 年介護サービス施設・事業所調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service21/index.html>. (2023 年 12 月 20 日閲覧)
- 文部科学省 (2020). 看護学実習ガイドライン. https://www.mext.go.jp/content/20200114-mxt_igaku-00126_1.pdf. (2023 年 12 月 20 日閲覧)
- 小野若菜子, 竹森志穂, 西村恵理奈他 (2022). 新型コロナウイルス感染症の影響によるオンラインでの在宅看護実習における教育活動報告. 聖路加国際大学紀要, 8, 18-23.
- 杉森みど里, 船島なをみ (2012). 看護教育学. 医学書院, 東京.
- 吉川峰子, 蔵屋敷美紀, 藤田三恵 (2015). 実習領域の違いによる実習指導と特徴と今後の課題. 第 45 回日本看護学会論文集; 看護教育, 45, 170-173.

特 集

老年看護学実習における 遠隔カンファレンスを経験した教員の振り返り

橋本 亜弓¹ 小林 尚司¹ 清水みどり¹ 近藤 香苗¹

I. はじめに

近年、IT 機器および通信環境を活用した遠隔授業が普及し、臨地実習指導においても、実習施設外から学生に指導をすることが可能となった。本学の老年看護学実習においても、2022 年度より、指導的立場の教員が実習施設外から臨地の実習カンファレンスに参加する、遠隔カンファレンスを実施している。遠隔カンファレンスの実施は、若手教員にとって、指導的立場の教員による指導を見る機会となった。

臨地実習指導は、若手教員が担当することが多く、普段は自分が考えた実習指導を自ら判断し進めている。そこに遠隔カンファレンスで指導的立場の教員が参加することは、若手教員の立場からすると、いつもとは異なった経験に感じた。また指導的立場の教員も、遠隔カンファレンスで指導したことを、その後の実習指導につなげることが難しいという感覚を持った。

そこで本稿では、若手および指導的立場の両方の教員それぞれが、遠隔カンファレンスの一場面を振り返り、遠隔カンファレンスを行う際の若手および指導的立場の教員双方のあり方について示唆を得ることを目的とする。

本稿にかかる実習指導の振り返りの実施とその公表は、実習前に計画し、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認を受け（承認番号 2216）、計画を遵守して行っている。

II. 遠隔カンファレンスの概要

1. 老年看護学実習の概要

老年看護学実習は、3 年次後期から 4 年次前期にか

けて 3 週間にわたり実施される。実習目的は、「健康障害を有する高齢者とその家族を理解し、適切な看護を実践するための基礎的能力を養う」である。

2. 実習スケジュールおよび遠隔カンファレンスの実施状況

実習 1 週目は、受けもち高齢者の情報収集・アセスメント・全体像の把握を通して看護の方向性を明確にすることを目標としている。2 週目は、看護の初期計画を立案し、実施・評価を行い、3 週目は修正した看護計画を実施・評価するプロセスを通して、対象者の状態についての理解や、実践した看護の意味について考えを深めることを目指す。

今回取り上げる遠隔カンファレンスの場面は、2 週目の初日（月曜日：実習 6 日目）に実施し、立案した初期計画について振り返るカンファレンスである。実習グループメンバーと、臨地実習指導を担当する若手教員が臨地で、指導的立場の教員が遠隔で参加した。

3. 遠隔カンファレンス時の学生の議論

カンファレンスのテーマは、心不全の憎悪を繰り返すなかで活動耐性が低下し、在宅生活が困難となった 90 代後半の患者を受けもった学生が提出した、「水分摂取をしない患者へのかかわり方」であった。学生が脱水予防のために水分摂取を促すことを計画にあげたが、水分摂取量は増えないことからの議題提出であった。カンファレンスで話し合った結論は、水分を摂取することが患者に必要であり、本人の意思を尊重するために飲み方や飲む量の目安を患者と決めることが必要ではないかということとなった。

4. 遠隔カンファレンスにおける教員の指導

若手教員は、この日に学生の受け持ち患者のリハ

¹ 日本赤十字豊田看護大学 老年看護学領域

ビリテーションを見学し、足踏みやシルバーカーを使用した歩行訓練で、SPO₂が90%まで低下し呼吸数が増加した様子や、その際にも患者からの自覚症状の訴えがなかったことを把握していた。また、リハビリ後に、患者がいつも以上におやつに手を付けず、水分を取らない状況も捉えている。このような患者の様子から、安易に水分を促すことは適切ではないと感じてはいたが、このカンファレンスを通して、学生の思考と実際の患者の状態のずれに自ら気がつけばよいと考え、その場での指導は控えた。

一方、指導的立場の教員からは、心不全は相当に重症である可能性がある。病態を再学習して、病期・ステージ分類にどこに該当するかを再確認するとともに、実習指導者に患者は水分制限していないかを確認するよう指導があった。

Ⅲ. 遠隔カンファレンス後の展開

1. 若手教員の経験

1) 遠隔カンファレンス後の臨地実習指導

指導的立場の教員は、心不全の病態や病期の確認をするように指導をしていた。患者が90代後半と超高齢者であること等から、ステージDであることを推論し、明日、実習指導者に患者は心不全があるので水分制限していないか確認するよう、説明していた。そこで、指導的立場の教員が学生に指導していたように、自分自身がどのように患者を捉えているのかを問ひかけ、再確認した。

翌日の実習7日目に、学生は、実習指導者に水分摂取の方針を確認し、若手教員に「水分制限はしていませんのすって」と報告してきた。若手教員は、学生が報告してきたときの姿を見て、学生は実習病棟の看護チームが患者の病態と生活の質の両方を考えたうえで水分制限行わないことを判断していることを理解することなく、単に行っていないことだけを捉えてその意味を考えていないと感じた。また、学生が指導的立場の教員の指導を理解せず、患者の病態に関するアセスメントが発展しないことにいら立ちを感じるようになった。さらに、学生の受けもち高齢者のケアにおいても、疾患を持ちながら生活する患者のQOL向上の観点を持つことができていないことを実感した。

実習8日・9日目に、学生に対して、患者の主症状

から考えられる病態を、図を用いて説明し、水分過多の影響を説明した。また、患者のこれまでの経過から落としてはいけない情報に着目しながら、なぜそのようになるのかの要因や今後どのようなようになるのかの見通しについて全体像を再確認しながら、自分自身のアセスメントを言語化した。

この時に、自分自身の指導を振り返っていた。これまでは、カンファレンスのテーマの選定や結論に対して、学生が患者のことを十分に理解できていないのではないかと考えていたものの、学生が様々な場を通して自ら気づき、学習が発展するとよいと思っていた。しかし、学生が患者の症状・状態を病態と関連付けて捉えることができているかの見極めができていなかったと感じた。

2) 自分自身の実習指導の振り返り

1週目より、学生のペースで学ぶことを見守り、学生の言動やその背景にある思考や思いに関心を寄せながらも、臨床状況に照らして、患者の看護問題を予測しながら関連する病態を見極めることを一旦おいていた自分がいた。そして、学生に対して早期の段階から気がかりは感じていたものの、その正体をつかめず実習2週目に入っていた。遠隔カンファレンスの実施は自分が望んだタイミングではなかったが、自分の中に、すでに何らかの学生への教育的な関わりの必要性を感じていたのだと考える。そこに、遠隔カンファレンスが遠因となり、患者の病態や生活、今後をどのようにとらえているだろうと逡巡した。このことが、それまでの教員としての自身のかかわりを振り返ると契機となった。そして学生が自ら気づくことの限界やそれを待つことの逆効果を感じ、患者への看護実践を第一に考える臨床看護師としての立場になって考えて、看護するうえで必要な思考過程をたどらせた指導に変化したのだと考えた。

前川(2020)は、「私たちがもつ解釈の枠組みが固定化されてしまうとより強固になり、視野が狭められるだけでなく、教育の自動操縦化が起こる恐れがある。だからこそ自分の枠組みに自覚的になり、価値観を浮上させることで自分の考え方や捉え方の特徴に気づくことが重要である」と述べている。つまり、自らのものの見方や捉え方を自覚するには、省察が欠かせない。省察には、自身の経験を他者に開示し、協働的に検討することの重要性にも気づかされた。

本来、もっと早い段階で周囲に相談するとよかったかもしれないと反省する点はあるが、今回の振り返りを通して、自身の指導の捉えなおしが可能となり、それにより心不全の患者に対する活動の支援において、学生に即した教育方法を見出していたこともわかった。

2. 指導的立場の教員の経験

今回の遠隔実習指導の場面において、この学生の受け持ち患者について、90代後半であることと心不全の増悪と緩解を数年間に渡って繰り返しているという情報から、老衰が生命の維持が困難になりつつある程度に進行している可能性が考えられた。しかし、カンファレンスでは、学生参加者から、看護や治療の方針については確認されることがなく、水分摂取をしない（ために、どうしたら摂取できるか）ことに焦点があたっていた。そのため、水分摂取を促す方針および計画が、現在の病態に照らして適切かを考えることを促すため、病態と現在の水分摂取に関する看護計画を確認することを指導した。

その指導の際には、学生に対して、患者が利尿剤を内服していないか、肺などにうっ血していないかを確認することや、患者の今後の経過を見通すと徐々に死に向かっていくことが想定されるので、看取りを見据え苦痛の緩和を優先させるケアを行っていないかを実習指導者に確認することを指導することも考えている。そのような指導の方が、患者の病態の経過と先の見通しから現在の状態の意味をとらえ、その意味に沿って看護目標の設定および看護計画の立案が必要であることの理解を促す指導になる。しかし、そのような全体の関連性を一度の指導で理解することは、学生によっては難しいことがある。今回の学生の場合も、カンファレンスにおいて患者の病態像に照らした判断が見られなかったことから、一度の指導で患者に対する看護の全体像を理解することは難しいと考えて、まずは病態アセスメントと水分制限の有無の確認をすることだけに絞って指導を行った。

このような、全体像の一部分だけの理解を促す指導を行った場合は、必ず指導後の学生の到達度・理解度を確認し、その次に、全体像の理解につなげるための指導が必要である。今回は遠隔での実習指導で、次の指導のタイミングを自由に設定できる立場ではないため、指導を若手教員に引き継ぐことが必要と感じた。

しかし、短時間の携帯型タブレットを用いた遠隔の情報共有で、自分の指導の判断や意図までを十分に若手教員に伝達することは難しく、自分が思った指導を行うことはできていないと感じられた。

しかし、今回の若手教員による振り返りからは、すでに自分で学生をとらえ指導を判断することに取り組んでいることがわかる。若手教員の立場からしても、単発的に行われた遠隔カンファレンスによる指導的立場の教員の、学生指導の意図を理解して、その指導を引き継ぐのは容易なことではないと考えられる。ただ、今回の振り返りによって、指導的立場の教員の指導を引き継ぐというよりも、自分自身の教育実践に取り組んでいる中で、指導的立場の教員による学生指導の内容を受け止めて、自らの指導のあり方を検討していることが明らかになった。指導的立場の教員には、自らの指導を引き継いでもらおうとするのではなく、若手教員の受け止めに尊重する姿勢が求められると考えられた。

IV. 遠隔カンファレンスに参加する教員のあり方への示唆

遠隔カンファレンスは、若手教員の立場からみると、自ら判断し、進めている指導状況等に関して、指導的立場の教員に、自らの実習指導状況が見え、その力量を試されるようにも感じる。しかし、普段は、臨地実習を一人で担当し、自らで学生の学習状況を捉え、判断し、指導計画を修正・変更をしている。遠隔カンファレンスを自己の経験を省察する機会として活用し、柔軟に実習指導方法を変更していくことが可能となると考えられた。また、遠隔カンファレンスは、若手教員にとって、他者に自分自身の経験を開示し、協働的に実習指導を検討できると捉えておくことが求められるのではないかとこの気づきも得られた。

一方、指導的立場の教員からみると、自分が考える指導のイメージを若手教員と共有することを期待しているが、実際には共有は困難であると考えられた。指導的立場の教員は、自分が考えた指導内容や方法について、若手教員に引き継いでもらおうとするのではなく、若手教員の受け止めやそこから考える実践を尊重する姿勢が求められるのではないかとこの気づきも得られた。

V. おわりに

最後に、遠隔カンファレンスを経験した若手教員が振り返ることの意味への気づきについて述べる。今回、実習後に省察を深められたのは、実習後に領域教員と協働した振り返りを行ったことがある。この協働した振り返りは、若手教員にとって自身の実践の状況やその意図を言語化するに過程となり、実習中は目の前の学生の姿に流されてしまっていたことを改めて問い直し、気づきを得ることにつながるという発見があった。今回、自分自身の学生の思考の捉え方、臨床状況への向き合い方を自覚でき、その特徴に気づくことができた。それにより、これから学生に向き合うとき、省察をした経験が参照でき、さらに指導方法を広げる機会になりうると考える。

今後、老年看護学領域で取り組んだ、実習指導実践事例を事例研究として振り返るプロセスをもとに、本実習指導実践事例を「ケアの意味をみつめる事例研究」(山本, 2018)の方法を用いて明らかにしていく。

文献

- 前川幸子 (2020). 省的实践を基盤にした教育 看護の原点に立ち返り. 学生と教員の学び合いへ. 看護教育, 61 (4), 298-305.
- 山本則子 (2018). 1. 「ケアの意味を見つめる事例研究」着想の経緯と概要. 看護研究, 51 (5), 403-413.

特 集

精神看護学実習における携帯型タブレットを用いた遠隔での実習カンファレンスについての一考察

原田 真澄¹ 飯田 大輔¹ 山本 壮則¹

I はじめに

2020年の新型コロナウイルスの感染拡大以降、多くの看護師等養成所では看護学実習の中止又は縮小という事態を経験した。本学においても、シミュレータ等を用いて技術修得に力を注ぐことや、インターネットのビデオ会議システムを用いて実習施設と大学の間をつなぎ、臨地にいる実習生と学内実習を行っている実習生が協力して看護過程を展開する取り組みが行われた(小林, 清水, 橋本, 2023)。

精神看護学領域では、大学として取り組むウイズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成事業のひとつとして、携帯型タブレットを用いた遠隔実習指導に取り組んだ。携帯型タブレットを用いた遠隔での実習カンファレンスを取り入れることで、実習指導を行う常駐教員が1名の実習施設においても、他教員がオンラインで実習カンファレンスに参加することで、学生へのシームレスでタイムリーな実習指導を行うことができるため、臨地実習の教育効果を高めることにつながると考えた。

本研究は、精神看護学実習において携帯型タブレットを用いた遠隔での実習カンファレンスの効果を明らかにすることを目的に取り組んだ実践報告である。

II 精神看護学実習の実際

1. 精神看護学実習の概要

精神看護学実習は2単位90時間で、精神科病院の病棟での実習を中心に展開している。各病院の学生受け入れ人数は、6名～12名、病棟の学生受け入れ人数は3名～6名と、実習施設や病棟の特徴によりさま

ざまである。

実習目的、実習目標は以下の通りである。

[実習目的]

精神に障がいをもつ人とその家族にとっての病の体験の意味を理解した上で、治療的關係を形成し、その過程を考察することで自己洞察を深める。また、対象者の精神的健康課題を把握し、その課題への対応を意図した個別的な看護を実践する基礎的能力を養う。

[実習目標]

- ① 精神に障がいをもつ人とその家族の病の体験の意味を理解し、対象者の精神的健康課題を把握できる。
- ② 精神に障がいをもつ人のストレングスを活用し、対象者の精神的健康課題への対応を意図した個別的な看護を実践することができる。
- ③ 精神に障がいをもつ人との関わりを通して治療的關係を形成し、その過程を通して自己洞察を深めることができる。
- ④ 精神科病院を含む地域で行われているリハビリテーションを意図した援助について理解し、精神に障がいをもつ人の社会参加のあり方を考えることができる。
- ⑤ 精神看護における倫理について理解し、精神に障がいをもつ人の安全・人権擁護を目指した援助を考えることができる。

2. 従来の精神看護学実習の指導体制

教員の実習指導の体制は、学生受け入れ人数を基に、実習指導を行う常駐教員が1名の場合と、実習指導を行う常駐教員が2名の場合がある。実習指導を行う常駐教員が1名の場合、指導的立場の教員は、病棟実習初日と中間カンファレンスもしくは最終カンファレンスには臨地で実習指導を行うようにしている。ま

¹ 日本赤十字豊田看護大学 精神看護学領域

た、実習指導を行う常駐教員が2名の場合、2名のうち指導的立場にある教員は、担当する病棟の実習指導を行いながら、教員間で学生の実習状況を共有し合い、必要に応じて横断的に実習指導を行っている。そして中間カンファレンスと最終カンファレンスには常駐教員2名が必ず参加し、実習の進捗状況に応じた指導・助言を行っている（小林，清水，橋本，2023）。

3. 実習カンファレンス

実習カンファレンスには、病棟カンファレンス（一日のまとめのカンファレンス）、中間カンファレンス、最終カンファレンスがある。病棟カンファレンスは、原則として毎日30分間開催し、その日に学んだことや気づいたことの情報交換を行い、翌日の実習に必要な助言を得ることを目的としている。中間カンファレンスは、受け持ち患者の統合アセスメントの内容を発表し、看護の方向性を明確にすることを目的に、実習1週目の木曜日に開催している。最終カンファレンスは、学生個人の実習目標の達成度と精神看護学実習を通しての学びを発表しており、実習2週目の木曜日に開催している。

Ⅲ 研究方法

1. 対象者

対象者は、2022年度後期から2023年度前期にかけて精神看護学実習を行った本学学生である。

2. 調査期間

調査期間：2022年10月～2023年7月

3. 調査方法

本研究では、実習指導を行う常駐教員が1名の実習施設で実習を行う学生、つまり遠隔での実習カンファレンスを行う学生をA群（以下A群とする）、実習指導を行う常駐教員が2名の実習施設で実習を行う学生、つまり対面での実習カンファレンスを行う学生をB群（以下B群とする）とした。2群の内、A群の実習カンファレンスは、実習指導を行う常駐教員1名と携帯型タブレットを用いてWeb会議システム（Zoom）を活用し遠隔で参加する教員1名の参加のもとで行う。B群の実習カンファレンスは、実習指導を行う常

駐教員2名の参加のもとで行う。

対象学生には、精神看護学実習の初日（学内実習）に、研究への協力をお願いの文書を配布し、研究内容の説明を行った。その際、研究への参加は任意であること、実習評価や成績には一切関係がないこと、調査はFormsを活用し、無記名方式で行い、回答をもって研究参加への同意が得られたとみなすこと等を説明した。

A群の遠隔での実習カンファレンスおよびB群の対面での実習カンファレンスは、精神看護学実習2週目の火曜日もしくは水曜日とした。実習カンファレンスの実施日時を実習2週目に設定した理由は、実習2週目のカンファレンスのテーマが、受け持ち患者のケアプランや実践に関する内容になることが多く、実習グループ間でテーマにばらつきがみられないためである。

対象学生には、実習カンファレンスの調査日の実習終了後、FormsのURLを送信し協力をお願いをした。

4. 調査内容

調査内容は、実習カンファレンスの効果に関して、先行研究（杉森，1999；早瀬，木下，田尻，2021）および、本学の精神看護学実習のカンファレンスの目的を参考に作成した。各項目の回答肢は、「そう思う」、「まあまあそう思う」、「あまりそう思わない」、「全く思わない」の4件法とし、自由記載の項目を設けた。学生A群の項目数は携帯型タブレットに関する2項目を含む10項目、学生B群の項目数は8項目とした（表1）。

5. 分析方法

統計分析は、統計ソフトIBM SPSS Statisticsを用い、記述統計、マン・ホイットニーのU検定を行った。

6. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号2227号）。

実習施設に対して、遠隔実習指導の取り組みの概要、実施方法などについて説明した。4施設のうち3施設から了承を得られた。許可が得られた実習施設のうち1施設からは、施設内の研究倫理審査委員会への申請を求められたため、当該施設の研究倫理審査委員会の承認を受けた後に、遠隔での実習カンファレンスを行った。

表1 実習カンファレンスの効果 質問項目

No.	質問項目
1	カンファレンスにより実習の方向性を明確にすることができる
2	カンファレンスにより実習の学びを深めることができる
3	カンファレンスにより自己理解を深めることができる
4	カンファレンスによりグループの相互作用を理解することができる
5	カンファレンスによりグループメンバーの信頼関係を強め、グループとしての凝集性を高めることができる
6	カンファレンスにより実践した内容を意味づけることができる
7	カンファレンスによりテーマを多角的な視点から検討することができる
8*	携帯型タブレットが気になる
9*	携帯型タブレットからの音声がかえづらかったり停止することがあった
10	自由記載 実習カンファレンスの効果について、気づいたことなどありましたら具体的に記入してください。

※回答肢：No.1-9 の回答肢は、「そう思う」4、「まあまあそう思う」3、「あまりそう思わない」2、「全く思わない」1 である。

※No.8-9（*項目）は、遠隔でのカンファレンスを行う学生群のみの質問項目である。

対象学生には、文書により調査への協力は、自由意思によるものであり、回答の有無は、臨地実習の評価や成績には一切関係なく、調査に協力しない場合でも不利益を被ることはないことを説明した。また、調査は Forms を活用し、学生のメールアドレスや氏名などがわからない無記名の設定で行うため、研究者（教員）と学生の直接のやり取りはないこと、調査に係る所要時間は、5分程度であり、過度の負担になることはないことを説明した。但し、無記名方式のため、回答を送信後は撤回することはできないことをあらかじめ説明した。

IV 研究結果

調査の対象者は、A 群 19 名、B 群 21 名であった。A 群は 19 名のうち 14 名（回答率 89.5%）から回答が得られ、B 群は 21 名のうち 17 名（回答率 81.0%）から回答が得られた。

1. 実習カンファレンスの効果の比較（表 2）

1) 調査項目の結果

A 群は、質問項目 No.2、No.4、No.5 について全員が「そう思う」と回答していた。その他の項目についても平均値 3.5 以上であった。また A 群のみの質問項目 No.8（携帯型タブレットが気になる）は平均値 1.79、No.9（携帯型タブレットからの音声がかえづらかった

表2 実習カンファレンスの効果 2 群間の比較

質問項目	A群：遠隔 (n=14)		B群：対面 (n=17)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
Q1	3.86	0.35	3.88	0.32	0.838
Q2	4.00	0.00	3.94	0.24	0.364
Q3	3.93	0.26	3.76	0.42	0.225
Q4	4.00	0.00	3.71	0.57	0.056
Q5	4.00	0.00	3.76	0.42	0.056
Q6	3.79	0.41	3.82	0.38	0.794
Q7	3.93	0.26	3.76	0.42	0.225
Q8	1.79	0.77			
Q9	1.07	0.26			

り停止することがあった）は平均値 1.07 であった。

B 群は、全ての項目で平均値 3.5 以上であった。

2) 2 群間の比較

質問項目 No.1-7 についてマン・ホイットニーの U 検定を用いて 2 群間の比較を行った結果、有意な差はみられなかった。

2. 実習カンファレンスの効果についての自由記載（表 3）

実習カンファレンスの効果についての自由記載は、A 群 2 名、B 群 5 名から回答が得られた。A 群の回答のひとつは、「遠隔カンファレンスの教員は資料を持っていないため、どこまで説明すればよいか迷った」という内容であった。その他、「カンファレンスで看護計画や患者との関わり方等の悩みを共有するこ

表3 実習カンファレンスの効果 自由記載

A群 (遠隔)	遠隔のため、先生に資料が渡されていないのでどこまで説明する必要があったか迷った。 カンファレンスで看護計画や患者との関わり方等の悩みを共有することで、実習に対しての不安を軽減することができる。
B群 (対面)	自身の言葉を改めて言語にすることで気づけることがあると思う。 自分が良いと思っていることについても、他者の視点から見ると不足していることも多いと思うのでそこに気づけることが良いと思う。 自分には無い視点を他の人の意見から学ぶことが出来るためその日の学びを深め、次からの実習に活かすことが出来ると感じている。 1人で悩まず、皆に相談できる場となり助かる。 意見交換により、自分にはない新たな視点からの考え方を知ることが出来るため、多角的な視点を養うことができると思った。

とで不安を軽減出来る」、「自分にはない視点を他の人の意見から学ぶことが出来、学びを深め次からの実習に活かすことが出来ると感じる」、「意見交換により多角的な視点を養うことが出来ると思った」など実習カンファレンスについて肯定的な内容であった。

V 考察

本研究では、精神看護学実習において携帯型タブレットを用いた遠隔での実習カンファレンスの効果を明らかにすることを目的に、2群間の比較を行った。今回の結果では、2群間に有意な差はみられなかったことから、実習カンファレンスの方法は違っても同じような効果が得られる可能性があると考ええる。

実際に遠隔カンファレンスを実施してみると、学生は携帯型タブレットを用いて遠隔カンファレンスを行うことを抵抗なく受け入れている様子がみられた。このような状況が、A群のみの質問項目 No.8-9 の平均値の低さにあらわれていると考える。

また、学生は複数の教員から指導・助言を得ることで、自分では気付かなかった視点で患者との関わりを捉えることができ、患者理解の深まりにつながった場面がみられた。オンラインで行う精神看護学実習のカンファレンス場面を想定した事例検討の学びとして、【異なる価値観を認識し効果的な支援につなぐ】、【他者と相談、協力することで見つかる解決策】等が報告されている(近藤, 遠藤, 長澤他, 2021)。本研究における実習カンファレンスの効果の自由記載をみると、悩みの共有、不安の軽減、言語化による気づき、多角的な視点からの学びなどが挙がっており、先行研究の結果との共通点がみられた。また学生はそれらの学びを次の実習に活かすことができると記載しており、学生の主体的な取り組みが伺える内容であった。自由記載の回答数が少なく2群間の記載内容の比較は

難しいが、実習カンファレンスの方法の違いがあっても同じような効果が得られる可能性はあると考える。

VI おわりに

新型コロナウイルス感染の影響により、実習施設及び実習期間の変更が生じ、臨地実習自体の継続が困難な状況を経験したが、臨地実習が可能な場合は、遠隔による実習カンファレンスの実施に継続して取り組んだ。

今回、実習カンファレンスの効果について、遠隔でのカンファレンスと対面でのカンファレンスには同じような効果が得られる可能性が示唆された。

臨地実習指導者には事前に説明し了承を得ていたこともあり、遠隔でのカンファレンスの受け入れは概ね良好であった。しかし、実習病棟の状況により、実習カンファレンスの開催時間や場所が急遽変更になる場合があり、変更に関する情報を教員間でタイムリーに共有することが難しい場合があった。また大学から遠隔カンファレンスに参加している教員の発言の聞き取りは問題なかったが、学生の発言は、携帯型タブレットの位置や学生の声の大きさなどから聞き取りにくい場合があり、大学から遠隔カンファレンスに参加している教員がコメントのしにくさを感じることもあったため、今後集音マイクの活用などの検討が必要である。

遠隔で実習カンファレンスに参加する場合、学生の特性や実習の進捗状況を教員間で共有しておくことで個々の学生に応じた実習指導が可能になり、実習カンファレンスの効果につながると考える。今後、教員間の情報共有の方法を検討することが課題である。

謝辞

本研究を行うにあたり、遠隔での実習カンファレンスにご理解ご協力いただいた実習施設の関係者の皆さま、対象の学生の皆さまに深謝いたします。

文献

- 早瀬麻子, 木下純子, 田尻后子 (2021). オンラインでの母性看護学実習における学習効果. 佛教大学保健医療技術学部論集, 第 15 号, 29-44.
- 小林尚司, 清水みどり, 橋本亜弓 (2023). 携帯型タブレットを用いた遠隔実習指導の実際. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 18 (1), 23-27.
- 近藤美保, 遠藤りら, 長澤利枝, 篁宗一 (2021). オンラインで行う精神看護学実習の事例検討による効果評価. 精神科看護, 48 (8), 62-70.
- 杉森みど里・舟島なをみ (2021). 看護教育学 第 7 版. 医学書院.

特 集

基礎看護学領域における超音波画像診断装置を用いた 看護技術演習の学習効果

山田 聡子¹ 卷野 雄介¹ 竹内 貴子¹ 高下 翔¹
近藤 絵美¹ 西久保ひろみ¹ 福岡友理恵¹ 中島佳緒里¹

I. はじめに

基礎看護学領域では、本学 DX 推進プロジェクト活動の一環としてワイヤレス超音波画像診断装置（以下、超音波画像診断装置）を用いた看護技術演習の実践に取り組んだ。これは、令和3年度に採択された「大学改革推進補助金（ウイズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成事業）」の交付による活動である。本稿では、超音波画像診断装置を用いた基礎看護学領域における看護技術演習の学習効果についてその概要を報告する。なお、具体的な成果評価について調査を実施しており、看護学関係学会にて発表した。現在、論文投稿の準備を進めているため効果に関する詳細は割愛する。

II. 超音波画像診断装置を用いた看護技術演習

科目名「基礎看護技術Ⅲ」と「ヘルスアセスメント基礎」において超音波画像診断装置を用いた看護技術演習を実施した。用いた超音波画像診断装置は、富士フィルム社 iViz air のコンバックスプローブとリニアプローブである。演習概要は 2022 年度年報を参照いただきたい。

1. 「基礎看護技術Ⅲ」における超音波画像診断装置を用いた演習

演習単元・時間は採血 1 コマ (90 分) であり、演習において刺入部位の観察として超音波画像診断装置を用いた。演習後に学生に対して感想等を尋ねた結果、超音波診断装置を用いることで血管の走行・刺入



図1 使用した超音波診断装置

血管の深さ等がわかりやすかったとの意見が多数得られた。また、既習知識である解剖学的な知識との照合を行う機会となったことも学生の意見から推察された。

2. 「ヘルスアセスメント基礎」における超音波画像診断装置を用いた演習

演習単元・時間は膝窩動脈・足背動脈ならびに膀胱の観察 1 コマ (90 分) であった。演習後に学生に対して感想等を尋ねた結果、触診ではわかりにくい膝窩動脈や足背動脈の走行について超音波画像診断装置を用いることで理解が進んだとの意見が多くあった。また、膀胱の観察についても、対象に侵襲なく残尿が測定できる方法として学生が認識できたことがうかがえた。対象の状態・状況をアセスメントする方法として超音波診断装置を用いることの意義が理解できたと考える。

¹ 日本赤十字豊田看護大学 基礎看護学領域



図2 演習の様子①



図3 演習の様子②



図4 演習の様子③



図5 演習の様子④

Ⅲ. おわりに

令和4年度から基礎看護学領域において超音波画像診断装置を用いた演習を実践し2年目となった。学生の意見から、超音波画像診断装置を用いた演習について、既習知識である解剖学的な知識の想起と強化に関する効果や、根拠ある看護技術の重要性を強化できたことなどを実感している。教授方略について継続的に見直しを進め、さらに、領域横断的に教授方略を共有することで本学における次世代を担う看護職者の育成に資する活動として引き続き進めていく。

日本赤十字豊田看護大学紀要 投稿規程

(目的)

第1条 日本赤十字豊田看護大学（以下、「本学」という）における教員等の教育・研究成果をひろく看護界に発信し、看護学の向上と発展に寄与することを目的として、「日本赤十字豊田看護大学紀要（以下、「紀要」という）」を電子ジャーナルとして刊行する。編集及び発行は本規程の定めるところによる。紀要の英文は、「Journal of Japanese Red Cross Toyota College of Nursing」とする。

(編集委員)

第2条 研究推進・紀要委員会規程（以下、「規程」という）第2条第1項第4号の規定を円滑に遂行するために編集委員を置く。

- 2 編集委員は、規程第3条に規定された者とする。
- 3 編集委員長は研究推進・紀要委員長とする。

(投稿資格)

第3条 紀要の投稿資格は、次の各号に定める者とする。

- (1) 本学の専任教員及び非常勤講師。
- (2) 本学大学院生、本学大学院修了生、本学大学卒業生並びに日本赤十字社及び日本赤十字学園に勤務する者。
- (3) その他、研究推進・紀要委員会（以下、「委員会」という）が適当と認めた者。

(研究論文の種類と内容)

第4条 紀要に掲載する内容は、未発表の研究論文とする。研究論文の種類は原則として以下のとおりとする。

- (1) 総説：ある主題に関連した研究の総括、文献についてまとめたもの。
- (2) 原著：主題が明確で独創性に富み、研究論文としての形式が整っているもの。
- (3) 研究報告：研究論文としての形式が整っており、価値が認められるもの。
- (4) 実践報告：ケースレポート、フィールドレポート等。
- (5) 資料：上記の分類に該当しない重要な記録、及び研修等の報告等。

(執筆要領)

第5条 原稿の執筆要領は別に定める。

(投稿論文の提出)

第6条 投稿論文は、「紀要投稿申込書（様式第1号）」及び「共同研究者同意書（様式第2号）」を添えて、直接持参するか郵送する。また、指定された電子媒体をメール添付する。

- 2 投稿論文は、3部（うち2部は複写にし、氏名と所属、ローマ字表記氏名、助成金に係る事項、謝辞を削除したものとする。）を指定した期日までに提出する。また、氏名と所属、ローマ字表記氏名、助成金に係る事項、謝辞を削除した電子媒体でも提出する。
- 3 投稿論文の採用決定後に、本文、図、表を保存した電子媒体とそのプリントアウトしたものを1部提出する。

- 4 投稿論文提出先は、下記の住所及びメールアドレスとする。なお、郵送する場合は、簡易書留とし、「原稿在中」と朱書きする。

〒 471-8565 豊田市白山町七曲 12 番 33

日本赤十字豊田看護大学研究推進・紀要委員会

紀要提出専用アドレス E-mail : kiyou@rctoyota.ac.jp

(投稿論文の採否)

第7条 投稿論文の採否は、複数の査読者を経て、委員会が決定する。

- 2 投稿論文の内容に応じて本学の専任教員又は学長が指定した者の中から査読者を選定し、委員会が依頼する。
- 3 条件付き採用又は再査読となった場合には、査読者の意見を付して訂正を求め、再度査読を行ったうえで採否を決定する。なお、査読は原則2回までを限度とする。
- 4 不採用となった場合には、著者は委員会委員長に不服を申し立てることができる。

(著者校正)

第8条 著者校正は1回とする。校正時の大幅な追加、修正は原則として認めない。

(費用)

第9条 掲載料は原則として規定枚数までは無料とする。ただし、規定枚数超過分の経費は、著者負担とする。

- 2 図表等のデータ作成に特別に要する費用は著者の自己負担とする。

(著作権)

第10条 著作権は本学に属する。また研究論文の電子化についても承認したものとする。

(雑則)

第11条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要となる事項は、その都度協議し、教授会の議を経て、学長がこれを定める。

附則

- 1 この規程は、平成16年9月22日から施行する。
- 2 この規程は、平成17年5月25日から施行する。
- 3 この規程は、平成19年6月27日から施行する。
- 4 この規程は、平成20年4月23日から施行する。
- 5 この規程は、平成22年7月14日から施行する。
- 6 この規程は、平成22年7月28日から施行する。
- 7 この規程は、平成23年3月1日から施行する。
- 8 この規程は、平成26年11月26日から施行する。
- 9 この規程は、平成27年2月25日から施行する。
- 10 この規程は、平成28年5月24日から施行する。
- 11 この規程は、令和2年2月26日から施行する。
- 12 この規程は、令和2年7月22日から施行する。

日本赤十字豊田看護大学紀要 執筆要領

(目的)

第1 日本赤十字豊田看護大学紀要投稿規程第5条に基づき、この執筆要領を定める。

(研究論文の種類と制限枚数)

第2 研究論文の種類と制限枚数は図表を含め、総説、原著、研究報告が20枚、実践報告、資料が10枚以内とする。なお、1枚は40字×40行とする。

(研究報告の構成)

第3 投稿原稿のうち、原著及び研究報告の構成は、原則として、以下のとおりとするが、各専門分野の慣例に従うこともできる。

- I 緒言、はじめに(研究の背景、目的)
 - II 研究方法(研究・調査・実験・解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方)
 - III 研究結果(研究等の結果)
 - IV 考察(結果の考察・評価)
 - V おわりに・謝辞
- 文献

(執筆形式)

第4 投稿原稿の執筆形式は以下の内容とする。

原稿は、和文または英文で作成する。原則として、ワードプロセッサ(Microsoft Word が望ましい)を使用し、A4 版用紙に40字×40行(英文はダブルスペース)で印字する。文字サイズは、和文の場合は10.5ポイント、英文の場合は12ポイントとする。余白は、上部余白30mm、下部余白20mm、左側余白20mm、右側余白20mmとする。

本文中の段落番号は、1. 1) (1)・・・とする。

2 原稿作成上、次のことに留意する。

ア 和文において、文体は常体とし、新かなづかい、常用漢字を用いて、簡潔に記述する。外国語はカタカナ表記とし、外国人名、日本語訳が定着していない学術用語等は、原則として、活字体の原綴りで記載する。

イ 度量衡の単位・記号は、原則として国際単位系(SI)とする。

ウ 初出のときは完全な用語を用い、以下に略語を使用することを明記する。

エ 英文表題は、最初(文頭)及び前置詞、冠詞、接続詞以外の単語の最初の文字を大文字とする。

オ 図・表・写真は、そのまま印刷できる明瞭なものとし、次の点に留意する。

(ア) 大きさを希望する場合は、その寸法を明記する。

(イ) 図・表・写真にはそれぞれ番号を付し、図表は一括して原稿の末尾に添え挿入場所を欄外余白に朱書きで記載する。

(ウ) 図・表・写真には表題を付し、必要に応じて説明文をつける。

(エ) 写真は手札以上の大きさにプリントした鮮明なものに限る。

(オ) 図・表の1枚は和文の場合、400字原稿用紙1枚、英文の場合はA4版ダブルスペース1枚に相当するものとして取り扱う。

(カ) 論文は、以下の順序で作成する。

(和文論文の場合)

論文の種類 (総説、原著、研究報告、実践報告、資料のいずれか)

表題 (40 字以内)、英文表題、著者名、著者名 (ローマ字表記)、所属、

要旨 (和文 400 字前後)

キーワード (5 語以内)

本文 (ページ番号を入れる)

文献

英文抄録 (英文表題、著者名 (ローマ字表記)、所属 (ローマ字表記)、

英文要旨 250words 前後 (総説、原著、研究報告の場合のみ記載))

(英文論文の場合)

論文の種類 (総説、原著、研究報告、実践報告、資料のいずれか)

英文表題、和文表題 (40 字以内)、著者名 (ローマ字表記)、所属 (ローマ字表記)

要旨 (英文 250words 前後)

キーワード (英文 5 語以内)

本文 (ページ番号を入れる)

文献

和文抄録 (和文表題 (40 字以内)、著者名、所属、和文要旨 400 字前後)

(キ) 表題・要旨を含め英文についてはネイティブの専門家によるチェックを受ける。

(ク) 原稿には、ページ番号及び行番号をつける。

3 引用文献は、本文中の引用部分の後に括弧を付し、当該括弧の中に著者の姓 (3 名まで) 及び発行年次 (西暦) を記載する。ただし、引用部分を明確にするときは頁数を記載する。この引用文献は最後にアルファベット順に一括して引用文献のみを記載する。但し、共著者は 3 名まで表記する。記載方法は下記の例示の通りとする。

ア 雑誌掲載論文…著者名 (発行年次). 論文表題. 雑誌名, 号もしくは巻 (号), 最初のページ数-最後のページ数.

イ 著書 単行書…著者名 (発行年次). 本の表題. 発行地: 発行所. 編著書の場合: 論文著者名 (発行年次). 論文表題. 編者名, 所収の単行本の表題 (pp. 最初の頁-最後の頁). 発行地: 発行所.

ウ 翻訳書…著者名 (原語のまま) (原書発行年次) / 訳者名 (翻訳書の発行年次).

翻訳書表題. 発行地: 発行所.

エ ホームページ…参照したホームページのタイトルまたはそれに相当するもの、アドレス、閲覧した年月日.

(倫理的配慮)

第 5 倫理的配慮について、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会規程第 2 条第 1 項の各号に準拠しなければならない。

2 研究の遂行にあたり、倫理上の配慮をし、その旨を本文中に明記する。

(改 廃)

第 6 この要領の改正が必要な場合は、その都度研究推進・紀要委員会で協議し、教授会の議を経て、学長がこれを定める。

附則

- 1 この要領は、平成 23 年 3 月 1 日から施行する。
- 2 この要領は、平成 26 年 11 月 26 日から施行する。

- 3 この要領は、平成 28 年 5 月 24 日から施行する。
- 4 この要領は、平成 29 年 1 月 25 日から施行する。
- 5 この要領は、令和 2 年 2 月 26 日から施行する。
- 6 この要領は、令和 2 年 7 月 22 日から施行する。

編集後記

「日本赤十字豊田看護大学紀要」第19巻第1号を発刊しました。2022年の「ウイズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成事業」のなかで、「実習等に資するシミュレータ等のDX設備整備」の補助をうけることができました。そこで本稿は、第18巻1号のデジタルトランスフォーメーション（DX）による学習方法の特集に続いて、本号においては、「デジタルトランスフォーメーション（DX）による教育効果」として、成人看護学、在宅看護学、老年看護学、精神看護学領域、基礎看護学の5領域において投稿していただきました。また、昨年5月より新型コロナウイルス感染への対応が5類へと移行したことで研究しやすい環境となったと思われ、原著論文1題、研究報告2題を掲載することができました。

皆様のおかげで、充実した内容となったことに対して、委員全員感謝いたします。

（編集副委員長：大西文子）

研究推進・紀要委員会

委員長 野口真弓

副委員長 大西文子

委員 石黒千映子、岡津愛子、加藤信子、田内真由美

事務局 木村美希

日本赤十字豊田看護大学 第19巻第1号

令和6年3月29日

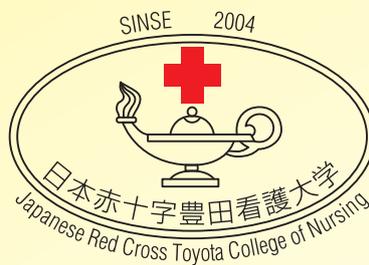
編集 日本赤十字豊田看護大学 研究推進・紀要委員会

発行 日本赤十字豊田看護大学

〒471-8565 愛知県豊田市白山町七曲12番33

TEL (0565) 36-5111 (代) FAX (0565) 37-8558

株式会社コムラ



JOURNAL OF JAPANESE RED CROSS TOYOTA COLLEGE OF NURSING

Vol.19, No1, 2024

FORWARD	SHIMOTSUMA Masataka	1
ORIGINAL ARTICLES		
Difficulties Experienced by Pediatric Ward Nurses and the Underlying Factors in Caring for Children with Characteristics of Developmental Disorders	SUMI Masako, ONISHI Fumiko, OKADA Mari	3
RESEARCH REPORT		
How Skilled Care Managers Establish and Use Their Face-to-face Relationships with Healthcare Professionals in Terminal Care Management.	TAKARAGI Momoyo, KOBAYASHI Naoji, SHIMIZU Midori	19
Identifying Effective Support for Adults with Selective Mutism Based on Their Positive Experiences and Desires	IIDA Daisuke, OKADA Mari	33
SPECIAL SECTION		
The Effect of Preclinical Practicum Simulations on Students' Learning of Acute Adult Nursing	TOCHIKAWA Ayako, KAWAMURA Ryo, TANIGUCHI Junpei ISHIDA Emi, ISHIGURO Chieko, TAGUCHI Eiko ISHIHARA Kayoko, CARDENAS Xiaodong, HIGASHINO Tokuko	53
The Effect of Preclinical Practicum Simulations on Students' Learning of Chronic Adult Nursing	ISHIGURO Chieko, TAGUCHI Eiko, ISHIHARA Kayoko, TANIGUCHI Junpei KAWAMURA Ryo, WADA Tomomi, ISHIDA Emi, TOCHIKAWA Ayako HIGASHINO Tokuko, CARDENAS Xiaodong	67
Using Web Conference System During Home Nursing Practicum	FUKAYA Yumi, MATSUDA Yuko, MOMOSE Yumiko	83
Reflections of Teachers Who Experienced Remote Conferences During Geriatric Nursing Practicum	HASHIMOTO Ayumi, KOBAYASHI Naoji, SHIMIZU Midori, KONDO Kanae	89
A Study of Remote Conferences Using Portable Tablets on Students' Learning During the Clinical Practicum of Psychiatric Nursing	HARADA Masumi, IIDA Daisuke, YAMAMOTO Takenori	93
Learning Effect of Seminar on Basic Nursing Skill Using Ultrasound Device in Fundamental Nursing Education	YAMADA Satoko, MAKINO Yusuke, TAKEUCHI Takako, TAKASHITA Sho KONDO Emi, NISHIKUBO Hiromi, FUKUOKA Yurie, NAKAJIMA Kaori	99