

岩手看護学会誌

巻頭言

地域文化を踏まえた看護を考える	平野昭彦	1
-----------------	------	---

事例報告

長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因	中屋知大	3
------------------------------	------	---

実践報告

基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価の導入	児玉悠希, 菖蒲澤幸子, 舟越五百子, 北林真美	13
--------------------------	--------------------------	----

資料

岩手県内の介護老人保健施設におけるデスカンファレンスおよび死生教育の現状	千田睦美, 鈴木美代子, 伊藤 収	19
高齢者施設に勤務する看護職・介護職の連携に関する意識 —高齢者ケア研修会参加者からの一考察—	鈴木 睦, 千田睦美, 小嶋美沙子, 渡辺幸枝	25

第 11 回岩手看護学会学術集会

会長講演「一貫した卒前・卒後教育のあり方を考える」	高橋和真	35
特別講演「新人看護職員臨床研修プログラムの実際と効果」		
—新人看護職員研修プログラムの総論—	大柴幸子	43
—新人看護職員研修プログラムの効果と課題—	亀田美智子	49

学会記事

会告 第 12 回岩手看護学会学術集会開催		55
岩手看護学会会則		56
岩手看護学会役員名簿		59
岩手看護学会入会手続きご案内		60
入会申込書		61
岩手看護学会誌投稿規則		62
Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines		67
論文投稿のご案内		71
編集後記		72

巻 頭 言

地域文化を踏まえた看護を考える

F. ナイチンゲールは、看護について「病気の看護ではない。病人の看護である」と述べました。そこで看護は対象者その人の考え方や価値観を尊重してその人らしい生活を援助することを重視してきました。

人は生まれてから十数年間、一人では自立した生活ができないため育ててくれる人を必要とします。養育する人は、それまでに身に着けたその人の考え方や価値観、生活の仕方です。そして子どもは養育者からその地域で生活していく方法を“まね”を取り入れ、身に着けて成長します。よって看護の対象者の考え方や価値観、生活の仕方は生まれ育った環境である文化の影響を受けています。

また看護は対象者の個性を重視しています。いや対象者の個性を考慮しないと“看護にならない”のです。その人の考え方や価値観、生活の仕方は個性です。従って看護をするには対象者の文化の背景を踏まえていかなければなりません。このことに気づいた M. レイニンガーは文化ケア理論を提唱しました。

文化を反映した看護方法の研究開発を目指して設立された文化看護学会の設立メンバーである岩崎は以下の主旨を述べています。わが国の看護学の多くは英米で生み出された理論や実践を基礎にしたものである。ところが看護を受ける患者さんには地域性や生育歴など、それぞれ異なる文化背景がある。医療の世界がグローバルを志向したとしても、サービスを受ける患者さんにはローカルな、それぞれ異なった世界がある。従って看護においては、問題解決型のアプローチや Evidence Based の考え方などに加えて、個々の患者さんの文化背景への配慮が重要になる。地域性や日本独自の文化に根差した看護学があってもよいのではないかと（精神科看護，37（12），48-49，2010）。

文化を踏まえた看護にはアメリカのような多民族国家やグローバル化の進展によって海外から来て滞在または帰化した外国人の異文化看護があります。あるいは国際協力援助として外国に渡航して看護するような国際看護があります。しかし、それだけではありません。同じ国内、同じ民族においても地域によってその文化は異なるのです。

第12回岩手看護学会学術集会では大会テーマを「地域文化を踏まえた看護を考える」としました。会長講演では地域文化を踏まえた看護とはどういうことかとその意義と必要性について、そして特別講演では日本文化を基盤に置いた看護について、シンポジウムでは日本における地域文化を踏まえた実践と研究について考える場としたいと思います。

本学術集会が活発な討論の場となりますよう、皆様のご参加をお待ちしております。

2019年5月

第12回岩手看護学会学術集会

会長 平野昭彦

<事例報告>

長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因

中屋知大

医療法人財団仁医会 都南病院

要旨

本研究の目的は、長期身体拘束の認知症患者に対して、開放時間拡大を目指し日常生活の援助を中心に関わっていった所、セルフケアの向上がみられたことから、その要因を検討することである。

事例は、A氏、60歳代、女性、アルツハイマー型認知症である。食事の自力摂取、排便習慣確立への援助、筋力低下に対して歩行訓練の実施、レクリエーションへの参加など、日常生活の中で多角的視点を持ちアプローチした。その結果、本人の思いに寄り添った看護ケアを継続したことにより食事の自力摂取が可能となった。また、本人の訴えを尊重した排泄ケアによって排便習慣が確立し、歩行訓練の実施によりADL向上と廃用症候群予防につながった。

本介入により離床時間が長くなり、時間感覚の構築や、看護師の説明への理解など認知機能向上へもつながった。そして個別の関わりや本人の思いに寄り添い、尊重して関わることでできたことでセルフケア向上につながった。

キーワード：身体拘束、セルフケアの向上、認知症

はじめに

精神科病院における身体拘束者数は2003年に比べ、2015年は1.9倍にも増え、増加の一途をたどっている。また、近年では精神症状と周辺症状が混在している認知症患者が増加し、その患者の事故を防ぐのは容易ではない。南（2014）は認知症者に対する行動制限、特に身体拘束はたとえ短期間でも精神機能、身体機能に悪影響を及ぼしかねず、不顕性感染などの感染症、運動機能障害、抑うつ、せん妄、概日リズム障害、刺激反応性の低下などの精神機能障害が生じることが述べられている。さらに、「こうなると行動制限と向精神薬のいたちごっこが始まり、いつまでも行動制限が解除できなくなる」と述べている。身体拘束は精神的にも身体的にも苦痛を伴い、二次的な障害のリスクや日常生活動作（Activities of Daily Living；以下ADL）低下の恐れが危惧され、その結果さらに身体拘束の延長につながり悪循環をたどる。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準でランクⅡ（見守りが必要）以上に相当する65歳以上の人口推移は、2010年の280万人から2015年には345万人に増えており、今後も漸次増加を示す（北川，2015）。そして、増加する認知症者への対応や問題は看護領域において懸念材料の一つとなっている。その中でも、生命維持に関わる食事も大きな問題のひとつである。認知症者は食事の自立が困難になり、摂食・嚥下障害が生じることも知られている（枝広，2012）。特に認知症の呈する嚥下障害は脳卒中による嚥下障害と異なり、認知機能の低下により介助や訓練が困難である（岡田，2009）。食事を拒否し、摂取困難な認知症者が存在することも知られており、食事を摂らなくなることで低栄養状態に陥る可能性が考えられ、低栄養状態や脱水はさらなる認知機能の低下や、免疫力の低下、誤嚥性肺炎のリスク増大など様々な問題の原因となる。

さらに、排泄の障害は生活の質（Quality Of Life；

以下 QOL) を害する重要な一因であり、積極的なケアが望まれる。排泄に関しても認知症はいったん進行すると機能性尿失禁が必発する。榊原 (2016) は、「これは、トイレで排尿する意志がない、トイレの場所・容器が判断できない、衣類の着脱の仕方が分からない、などのために失禁してしまうものである」と述べている。また、認知症者は歩行障害を有していることも少なくない。これは緩徐、小刻み歩行、開脚性歩行、促すとスムーズであるがためらい、一人で椅子に座れない、歩けないためにトイレに間に合わず失禁してしまうものである (榊原, 2016)。さらに抗精神薬の副作用である便秘も排泄問題の一つに加えられる。排泄の障害から歩行の障害に関連し、それまで築いてきた自己の価値観や、自分らしい生活を害する要因となるため、認知症の問題は多様化してきている。

精神科病棟でも精神疾患患者の対応や患者の高齢化に伴い認知症患者への対応に迫られている。精神科準開放病棟である研究対象病棟は患者の半数は ADL が自立しているが、半数は長期入院の高齢患者となっており、ADL に関しても介助を要し治療、処置、日常生活ケアなど日々対応に迫られている。

研究対象病棟に入院する A 氏は、妄想言動や認知症の症状が著明にみられ、治療処置の安全確保のため身体拘束が開始になった経緯があり、現在も解除されないまま長期身体拘束となっていた。そして、認知機能や ADL の低下が顕著にみられていた。

そこで、長期身体拘束の認知症患者である A 氏に対して、開放時間拡大を目指し日常生活の援助を中心に関わっていった所、食事の自力摂取、排泄セルフケアの向上がみられた。このことから本研究ではこれまでの看護援助を振り返り、長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因を検討することを目的とした。

研究目的

看護援助を振り返り、長期身体拘束の認知症患者のセルフケア向上につながった要因を検討することを目的とする。

研究方法

1. 研究対象

1) 患者 A 氏 60 歳代 女性

病名：アルツハイマー型認知症

入院期間：5 年 4 カ月間

2) 経過

今回で 3 回目の入院。初回は 6 年前に閉鎖病棟に入院となった。「外にでると近所の人が音をたてる」「電流が流れてピリピリする」等、幻覚妄想状態での入院となる。約 2 カ月後に本人希望で退院となり、自宅で夫との生活となる。しかし、自宅では無為的に過ごし家事は夫の支援のために訪問していたヘルパーに全て頼り、食事も偏り過食傾向となっていた。不眠の症状を訴えるものの自分の通院日も把握できず、生活はヘルパーや看護師に依存的であった。自発活動能力低下、理解判断力低下、認知面の問題あり、退院から約 10 カ月後、閉鎖病棟へ 2 回目の入院となった。入院後も「看護師にいろいろ隠される」「意地悪される」などの発言や、徘徊、夜間せん妄もみられていた。改定長谷川式簡易知能評価スケール (Revised Hasegawa's dementia scale ; 以下、HDS-R) は 12 点であった。薬物調整が行われていたが次第に流延、食事摂取困難、全身の脱力感、体の傾き、言葉が出てこない等の症状が出現した。ADL は低下し、車椅子移乗時には安全ベルトを使用していた。その後、治療の経過途中で誤嚥による嘔吐や肺炎、発熱がみられ点滴治療が開始となるが、妄想言動や認知症の症状は著明にみられていた。そこで、治療処置の安全確保のため身体拘束が開始となった。その後、一般状態は改善するも精神状態は改善傾向なく、身体拘束は継続となっていた。精神状態に応じて適宜、身体拘束を開放した状態で観察 (以下、開放観察とする) していった。その後、身体拘束中にも関わらず大腿骨頸部骨折を発症し、転院して手術を行い、再び開放病棟へ 3 回目の入院となる。入院後はすぐに医師の指示のもと身体拘束が開始となり、身体拘束の期間は延べ 2 年 8 カ月に及んだ。

HDS-R を 4 年 8 カ月ぶりに再検査するも、「あっち行く」と落ち着きなく、繰り返しの言葉以外発語は聞かれず、会話不成立のため検査が困難な状況であった。研究期間中、内服薬の変更はなかった。

2. データ収集期間

X 年 Y 月～Y 月 + 3 カ月間

3. データ収集方法

カルテ及び観察から収集

4. 分析方法

観察や看護ケアを通して得られたデータから、研究目的に沿って言語を抽出し、長期身体拘束の認知症患者のADL拡大とセルフケア向上につながった変化の要因を分析・解釈した。

5. 倫理的配慮

今回研究を行うにあたり患者および家族に対し、研究の主旨、プライバシーの保護、拒否の権利があること、今後の治療やケアに不利益が生じないことについて紙面、口頭で説明した。ただし重度の認知症により患者本人が説明に同意し署名することが難しいため家族から同意を得た。なお、プライバシー保護の観点から、考察に影響しない範囲で経過等を一部改変した。研究に際し、研究者の所属機関の病院長の承認を得た。

結果

1. 食事摂取に対するケア

以前から流延が多く、嚥下状態は不良であったが食事に対する執着心があり、お膳を目の前にするとすぐに食器をつかもうと手が伸びたり、食べ物を手でつかんで食べようとしたり、勢いよくかき込んで摂取する行動が見受けられた。過去にも同様の行為で誤嚥や窒息の既往があった。そのため食事形態は主食全粥、副食軟菜で嚥下状態に配慮したものとなっていた。朝食、夕食時は身体拘束したままベッド上で自力座位となり、看護師が介助しての食事摂取となっていた。看護師の人数が多い昼食時は開放観察し、他患者も食事の場となるホールへの誘導を促したが、看護師の人数やA氏の状態によっては三食ともベッド上で食事を摂るということも少なくはなかった。ホールに来て食事を待っている時には周囲をキョロキョロ見渡したり、看護師を目で追うような行動も見受けられた。しかし食事の時には看護師の話は全く聞き入れない状況であり、かき込んで食べては看護師に制止を促されることの繰り返しであった。口の中に食べ物を含んでも看護師に同じことを一方的に話し始め、その結果むせ込むという状況も多々みられていた。このことから、開放観察時でも看護師がスプーンを使用し食事を全面介助するという流れにつながっていった。

そこで、食事のお膳に小皿をつけ、食具も大きなスプーンから、小さなスプーンへ、そして箸へと切

り替えるなど試行錯誤を重ねていった。まずは、食事形態は現状のままで、摂取する時に看護師がお膳についてくる小皿に少量ずつ分けて食べてもらうという方法で食事の観察を行った。それと同時に看護師が常に付き添い、食事開始前には、ゆっくりよく噛んで食べることを説明した。最初は今まで同様に小皿を持ち勢いよくかき込んでいた。小皿にしたことでかき込む量が少量で済むが、スプーンの大小はあまり変化がなかった。そのため、次に箸の使用を促したところ、ペースト状の食事であるため、スプーンよりは箸の方がかき込んで食べても少量で済むことが分かった。そして長期に渡り箸を使用していなかったにも関わらず、きちんと箸を使用することも分かった。それでも勢いよく摂取しようとした時にはゆっくり食べるよう声をかけたが理解を得ることは難しく、その時には看護師が手を添え見守りながら摂取を促していった。声かけや手を添えての見守りを繰り返し行うことで自力摂取を続けていき、約2週間後、食事中でも看護師の声かけに反応を示すようになった。また、説明すると顔は食事から看護師の方を向き、手は食事から一時離れるようになった。かき込む行動や、食事中の一方的な会話は変わりなく続いていたが、声かけに耳を傾け食事を一時止め、看護師が食事を小皿に分けている時間も待てるようになり、食事摂取のペースは徐々にゆっくりとなっていく。そのため昼食時以外でも研究者が開放観察し自力摂取を促した所、側に付き添い見守る程度で食事摂取ができるようになった。

2. 排泄セルフケア向上に向けたケア

誤嚥による点滴治療、及び認知機能低下から身体拘束が開始となり、前病棟からの引き継ぎで排泄はオムツ使用になっていた。特に排便に関しては便秘傾向で、下剤を服用しているにも関わらず2日～3日排便がないことも珍しくなく、座薬や浣腸の処置も頻繁に行っていた。開放病棟転棟後6カ月間の座薬と浣腸の平均処置回数は月3.8回、多い月で6回使用した月もあった。腹部の膨満感も頻繁に確認され、著明にみられる時には食事へも影響し、嘔吐を誘発することもあり決して腹部状態は良いとは言えなかった。また、排尿の量は比較的多い傾向にあり、オムツ交換のたびに確認されていた。本人の口からは常に「うんこ」という訴えが聞かれる。しかし、訴えに沿ってオムツを確認しても排泄がないた

め、看護師も確認頻度が減っていった。

開放観察時、本人の訴えに沿って排泄のケアを取り入れた。まず初めに訴えがあってもなくてもトイレ誘導を行った。すると、排尿も排便もトイレできちんとできることが分かった。看護師も自然と「良かったね」「できたね」とA氏を褒める言葉が出てきた。しかし、長期身体拘束による筋力低下と大腿骨頸部骨折の既往により立位保持が不安定という問題点や、介護衣とオムツカバーの使用により着脱が困難という点から、トイレ誘導にスタッフを2名もしくは3名要するという現状も明らかになった。そして、きちんと排泄できるにもかかわらず本人は「もういい、帰る」と抵抗することもあった。

そこで、まず立位保持ができるよう1日3分程度の歩行訓練を始めた。看護師が手を引いたり、歩行器を使用し病棟内を歩行、もしくは本人の気分次第では立位を保持するというのを継続して行っていた。そして、開放観察時は昼食後必ずトイレ誘導を行うということで時間を決めた。トイレ誘導が習慣化されると、最初はオムツ着脱のための立位保持が不安定だったのが、1カ月経過すると立位を保持できる時間も長くなり、安定性も増した。そして車椅子から便座への移動も自力で行うことができるようになった。そのため必要とされる看護師の人数も1名もしくは2名となり、よりトイレ誘導しやすい状況になった。トイレ誘導をすると必ず排尿し、自分で腹圧をかけいきんでおり、排便を意識している様子がうかがえた。時には排泄の促しに抵抗することもあるが、腹部をさすりながら「いきんでみましょう」「きちんとできればおやつも食べられますよ」と時間をかけ排便の重要性を説明しているうちに抵抗がなくなり、排泄に意識が向くこともあった。毎回トイレ誘導のたびに排便が確認されるわけではないが、トイレでの排便が増えることによりオムツでの排便回数は少なくなり、排便がきちんと確認されると「うんこ」という発言が減少する傾向にあった。それに伴い便秘で処置する頻度も減少した。一時期体調不良のため、一週間開放観察見送った時には嘔吐や便秘で処置を施したが、体調が改善しきちんと食事が摂取できるようになると、トイレ誘導での排便も以前のように行うことができ、トイレ誘導開始後3カ月間の便秘処置はこの時の1回だけであった。

3. その他のケア

排泄ケアのために取り入れた歩行訓練は排泄時のみならず、日常生活においても効果を得ることができた。訓練開始直後は立位の保持も困難な状況であり、腰部を曲折げた前屈姿勢で安定性に欠け、バランス能力は著しく低下していた。しかし、つかまり立ちや歩行器の使用による歩行訓練をしていくうちに前屈姿勢は軽減され、つかまりながらではあるが背筋を伸ばした立位の保持ができるようになった。歩行に関しては病棟内5mから10m程の距離を歩行器使用にて歩くことが可能となった。ベッドと車椅子間の移乗・移動や、排泄動作に伴う移動など、初めは全てにおいて介助が必要であったが、訓練開始し1カ月もするとベッド、車椅子間の移動や便座への移動は看護師が見守りを行うことで、自力で行えるようになった。

睡眠状況にも変化がみられた。以前は、午睡を取る時間もみられ、夜間は奇声を発したり、中途覚醒する状況が多々みられていた。「夜だから寝ましょう」と説明すると自然と入眠する時もあるが、そのまま覚醒状態が続く時もあり、日によって睡眠状況は様々であった。また、中途覚醒すると決まって「うんこ」と訴えていたため、オムツを確認すると排尿はあるものの排便はなかった。そしてその後も覚醒状態が続き、睡眠導入困難と判断した時には不眠時薬として処方されている眠剤を追加投与した。その使用頻度は介入前には月平均3.6回だったのに対し、介入後は月平均1回となった。夜間の中途覚醒はほぼ毎日のように確認されるが、本人の訴えに沿ったオムツ交換と「夜だから寝ましょう」という言葉での説明により介入後は不眠時薬に頼ることなく睡眠する傾向にあった。

開放観察は1日1回午前を目安に行っていたが、午後も開放観察して本人の趣味を中心に病棟でレクリエーションを行った。離床しホールで集いの場を提供することで、他患者と一緒に歌を唄ったり、踊りを踊る様子が見受けられた。また、化粧をしてイヤリング等の装飾品を身につけることで笑顔になり「きれいだね」という反応を示した。じゃんけんや手遊びを行い、褒める言葉をかけると顔を下に向け、少し照れくさそうな仕草が見られた。さらに、院内を車椅子で散歩をすることで季節感を感じ、「今何月?」「冬?」とその季節に関連した発語も聞かれるようになった。「今何時?」と訴えるため、

壁掛け時計やカレンダーを設置し、日付や食事の時間を分かりやすくポスター掲示した。嗜好品を問うと「アイスクリーム」と話し、摂取することで「おいしいね」と笑顔もみられた。病棟活動を通しての反応は全てが良い反応ばかりではなく、時には反応がない時もあったが、何度も関わるようにしていった。

週2回院内の作業療法へも参加した。作業療法士より以前参加したこともあるが集中できなかったとの情報も得た上で、手工芸やレクリエーション、趣味であるフラダンス、ヨガ体操を取り入れた運動などを行ったが、どれも集中して行うことはできず、5分から10分も参加すれば顔は周囲を見渡し、「あっち行く」と車椅子を自力操作しようとする行動がみられた。

関わっていく中で明らかな変化がみられたことが言葉の数であった。今まで発語や表情が乏しかったのが、徐々に発する言葉が増えていった。単語だった言葉も「アイスクリームおいしいね」「わー、あの花きれいだね」「この犬の名前なんて言うの」など言葉がつながるようになった。精神状態によっては大声で奇声を発したり、「看護婦さん」と叫ぶこともあったが、以前は看護師を呼ぶ、看護師に何かを訴えるという行為すらない状態であった。また、次第に看護師の名前を覚えることもできた。初めは顔と名前が一致しないことがあったが、繰り返し名前を教えていくうちに徐々に顔と名前を覚え、3カ月経過した頃には4名の看護師の顔と名前を覚えることができた。そして顔と名前を覚えた看護師を呼ぶ時はきちんと名前呼び、自分の要求や訴えがあると手招きをして呼ぶ動作もみられるようになった。

考察

1. 離床援助によるADLの向上を促す

介入前の食事環境は三食とも身体拘束したまま部屋で看護師が介助するということがほとんどであったが、離床を促し、開放観察することで食事環境は他患者との共有の場となるホールで摂取するようになった。すると自然と他患者がコミュニケーションをとろうと話かけてきたり、A氏も周囲をキョロキョロしたりしながら看護師の行動を目で追うような動作がみられ、明らかに周囲に対する興味、関心を示していた。ホールで過ごすことで初めは環境の

変化に困惑していたが、それが習慣化されると周囲への関心や注意力が増し、それは認知機能の向上につながったのではないかと考える。また、認知機能の向上に伴い看護師の話も耳に入り理解できるようになったと考える。しかし全てを理解することは難しく、できないことを言葉にすることもまたA氏にとっては困難なことであったと考える。枝広(2014)は、「アルツハイマー型認知症では社会性があるために『取り繕い』をしてしまうため、困っていることを表現するのではなく、何とか周囲の人の模倣をして問題なくみえるように振る舞うことも見受けられる」と述べている。また「介助者が声かけによって誘導したり、食具を正しく持つよう支援したりして適切な動きのきっかけを支援する必要がある」と述べている。アルツハイマー型認知症では初期から注意の分割と転導が障害されると言われている。注意力が散漫になったことから食事のむせにつながったり、味覚低下、舌、顎、頬の筋力低下、嚥下反射の低下は詰め込み、ため込みの原因になりうる。「いただきます」の挨拶ができずすぐに食事に手がのびてしまうのも注意転導性が亢進していると考えられる。こういった状況から食事の自力摂取につながったのは、本人の周囲への注意力が向き「食べる」という行為を客観的に見ることができるようになったためと考える。人がどのような食べ方をして自分はどのように見られているのかを考えることができるようになったことも一つの要因と考えられる。開放観察時は概ねホールで過ごし、他患者の食事行動も含め視界に入ってくる刺激や情報量は身体拘束しベッド臥床している時と比較すれば比べ物にならないほど膨大である。このことから開放してホールで食事摂取する意義があったと考える。さらに、看護師も昼食時は自力摂取させるという統一した看護の提供と、側で見守りながらの適切な摂食行動の支援から食事の自力摂取につながったと考える。

歩行、立位訓練は1日3分程度で本人が無理なく嫌がらない程度に行った。本人の気分により歩行しなくても継続して行っていた。歩行に関しても歩行器の使用で歩くことができ、立位保持の姿勢もつまり立ちではあるがバランスよく立てるようになった。姿勢を保持する静的バランスと動作時の動的バランスの明らかな向上の要因は下肢の筋力向上がそ

の一つであると考えられる。特に静的バランス能力は移乗やトイレなどのADLの中で立位を保持するための必須因子であると言える。そして、廃用症候群に焦点を当てるとその多くは抗重力位を取らないことが起因となるため、立位、座位、歩行などの抗重力位を取ることで予防となる。車椅子へ移乗し離床させるだけでも予防的処置であろう。杉山(2015)は「廃用予防のための看護介入として、特に認知症高齢者の場合には身体症状に対するケアや認知症の中核症状へのケアだけではなく、生活の視点を持ち、生活行動に着目した看護ケアを実践することが重要になる。その内容は、身体機能の維持、生活の質を保つ、日常生活動作への援助、生活リズムの調整等があり、これらを踏まえた日々の看護ケアを丁寧に行うことが求められる」と述べている。排泄ケアの一部で始めた1日3分の訓練を継続して行ったことや、トイレ誘導、離床しての食事など日常生活の関わりの中でも自然と体全体の筋力へ負荷がかかり、全身のバランス能力を含め、ADLの向上や廃用症候群の予防につながったと考える。

しかし現在も身体拘束が続いており、その期間は長期に及んでいる。そして、発語や表情は乏しく、喜怒哀楽の表現もままならない。加藤(2005)らは、身体拘束による影響には生命にかかわる事故の発生、合併症の併発、認知機能の低下、情緒の荒廃、家族の悲嘆にまで及ぶことを述べている。A氏は認知機能の低下や情緒の荒廃は特に著明にみられていたため、病棟では季節や周囲の出来事に対する認知を高めてもらえるように、現実検討法や回想療法を意図した心理社会的アプローチの視点から関わりを行うとともに、同年代の他患者数名とのレクリエーションの場を提供した。その結果、季節や時間に関する言葉が表出されたり、音楽に合わせて歌を唄ったり、踊りを踊ったりと身体拘束中には見られない表情、言動が見受けられた。これらは活動を共有することから派生する喜びや楽しさといった感情を分かち合えることができたのではないかと考える。さらに看護師が変わっても本人が心地よいと感じるよう褒める言葉や、自身が必要とされていると感じる肯定的な関わりとコミュニケーションを駆使しながらアプローチできたことも要因であると考えられる。一度きりの関わりではなく何度も関わっていったことで、看護師の中でも開放観察することでの残存機能の維持が共通認識となり、継続した看護につ

ながっていったと考える。

2. 開放時間拡大によるセルフケアの変化

身体拘束を行うに際し、排泄はオムツになっていた。もともと便秘傾向ではあったが、身体拘束による運動量の低下や腸蠕動の低下、水分摂取量の制限などさらに排便困難に陥る要因が増した。そのような状況の中でも本人からの排泄に関しての訴えはあったが、他の業務との兼ね合いとこれまでの経験から「どうせ出てない」という看護師の意識があり、排泄の確認頻度が減っていった。しかし、トイレ誘導し排泄ができると看護師も「良かった」と自然と称賛する言葉が出てきた。このことは看護師のみならず、本人も「できる」ということを実感し、双方の意識の変化につながったと考える。上田(2015)は「認知機能低下を根治する薬物や有効な手段がないなか、治療の目標は、自己肯定感や役割を得られる生活をつくることに置くべき」と述べている。排泄ができたことを褒めることによって、これまで失っていた自尊心の獲得や生活の役割である自己効力感を得ることができたと考える。

昼食後のトイレ誘導が看護師間で定着されると、本人の排便習慣も確立しつつあった。認知症では症状の進行に伴い機能性尿便失禁が必発されるが、A氏はきちんとトイレで排便できるようになるとオムツでの排便回数が減少し、さらに便秘での処置もほとんど行わなくなった。その中でも、本人が排泄に対し拒否的な態度を示すことがあったが、看護師は自力での排泄が可能なA氏に、腹部をさすりながら「いきんでみましょう」「きちんとできればおやつも食べられますよ」と排泄を促した。視線を合わせ、触れることで、視覚と触覚から安心感を与え、平易な言葉と本人の関心があるものとの関連づけて分かりやすい言葉で排泄を促がすという聴覚からの働きかけにより、本人の理解を得ることにつながったと考える。そして、看護師も「待つ看護」が提供できるようになったことで出ないから諦めるのではなく、積極的な声かけによりきちんと排泄へと導くことができ、排泄セルフケア向上につながったと考える。

睡眠状況として、夜間の中途覚醒はほとんど毎日のようにみられ、中途覚醒すると決まって排泄の訴えがあった。不快感があつては睡眠に影響するのは当然であるため、本人の訴えに沿ってオムツ交換を

行い、夜間であることとその時々時刻を説明していくことで、安心して睡眠できる関わりを行っていった。その関わりで眠りにつく時と覚醒状態が続き、不眠時薬を使用する場合が介入前後で明確に分かれた。前者の要因として日中の開放観察時間、つまり離床時間が長くなったことによりベッド上での臥床時間は短縮され、午睡の時間も減少したものと考えられる。離床に伴い昼食をホールで摂取することで時間感覚も認識できただろう。歩行訓練で体を動かし、他患者とレクリエーションを行ったことも睡眠へ影響した一因であろう。そして認知機能の向上に伴い「夜だから寝る」ということと、看護師の話を理解できるようになったことも、中途覚醒後に追加の薬剤を使用せずに再入眠できるようになった要因であると考えられる。このため本研究に取り組むにあたり、様々な関わり全てが睡眠に直結していったと言っても過言ではない。本人の訴えに沿って個別のケアを行ったことや、認知機能の向上から夜間の適切な睡眠環境が得られたということはA氏にとって概日リズムの構築やセルフケア向上につながったと考える。

作業療法へ参加するにあたって、本人の生活や人生背景を十分把握し、昔の趣味など関心の高いと考えられるものを様々取り入れてみた。しかし、結果としてどれも集中力を欠き、継続して行うことができず反応は乏しかった。作業療法に参加するにあたって「他の人と一緒にはできないだろう」という看護師の先入観があったと考える。そのため常に個別の作業で対応し、興味、関心を示すものを追い求めていたが、病棟活動のように何人かの集団の輪に入れたり、集中力が続く限り他の人と同じ活動をするという視点を変えた方法で実践できなかったことが関心を示さなかった要因の1つであると考えられる。竹田（2015）は「作業活動に取り組む認知症の人にとって『意味のある作業活動』でなくてはならない」と述べている。作業活動に対する価値は人それぞれである。患者本人が主体的に取り組むことが望ましいがそうとばかりもいわず、ましてや幼稚で単純と思うようなことを目的もなく提供することは自尊心を傷つけ、活動意欲の低下につながり兼ねない。そのため、A氏にとっては今回の作業療法は参加する意義を感じ得ることができず、看護師もA氏にとって意味のある活動を見出すことができなかったと考える。

3. 本人の思いを尊重した関わり

日本の文化的習慣として「食器を手を持って食べる」「箸を使用して食べる」ということは当たり前のこととなっており、それは幼少の頃から根付いてきた習慣である。もちろん食事により食具は異なり、何らかの障害などで食具を選択せざるをえない時もある。山田（2016）は『摂食困難』は、食事場面にみられる認知症高齢者の食行動をもとに3つに分類することができる。1つ目は食べ始めることができない状態の『摂食開始困難』、2つ目は食事摂取量の変動や食事のペースが乱れるといった『食べ方の困難』、そして3つ目は摂食動作が途中で止まり、自ら摂食を再開することができない状態の『摂食中断』である」と述べている。A氏の場合食べ方の問題はあるものの、自分の意思で食事が摂れる。しかし、食具に関しては以前からスプーンを使用していた。これは看護師の介助しやすい、食べさせやすい、食べこぼしが少ないという判断のもといつの日頃からその習慣が根付いて現在に至っていた。食事の自力摂取開始に際しても初めは箸の使用は考えていなかった。それは誰もが適切に使用できるとは考えず、食具を選択していくうちに勝手に可能性や選択肢を狭めていったからだ。思いを表出できないA氏に対し、箸又は他の食具や食器の使用を考えてあげられなかったことが、長期に渡り介助で食事を摂るという背景につながっていたのではないかと考える。山田（2016）は「認知症高齢者の食事ケアの鍵は、本人の食べる力や食べる喜びをもたらす環境調整にある」と述べている。長期身体拘束を強いられ、認知機能や様々な機能の衰退が著明にみられる中で、箸を使用して食事を食べるという機能は健在でありそれに気付くことができたことは適切な食具の支援につながったと考える。自分で食べる、口から食べる、箸で食べる、こういったごく普通のことを支援できる食事環境の調整ができたことは成果の一因であると考えられる。

これまで嚥下機能の問題もあり、間食はヨーグルトやゼリーといったものに限られており、間食の頻度もそう多くはなかった。人の生きる源となる「食」は生活の喜びや心身の健康のために欠かすことはできず、食事や嗜好品の摂取はその日の体調、排泄、疲労、心理面などに大きく影響する生活行動と言える。A氏に嗜好品を問うといつも「アイスクリーム」という返答が聞かれていた。「アイス

クリームなら大丈夫ではないか」という看護師の判断のもと摂取させると「おいしい」ときちんと反応を示し、嚥下にも問題はなかった。食べ物を目で捉え、匂いを嗅ぎ、手を使って口にもっていき、咀嚼し、味わって飲み込み、満足感を得る。こうした一連の流れの中には「おいしい」「好物だ」という意識や記憶の情報にも影響し、精神面にも大きく影響してくると考えられる。小山（2016）は「本人の嗜好品や馴染みのあるもの・味がはっきりしているもの・口当たりがよいものを取り入れると効果が期待できます。嚥下機能が低下しているからといって、日々、代わり映えのしないゼリーやペースト類では食欲は低下します」と述べている。「認知機能が低下しているから」「嚥下に問題があるから」などと理由をつけ本人の嗜好を無視することは生きる活力を奪いかねない。認知症は摂食中枢や満腹中枢のある視床下部の機能が低下するが、その中でも味覚的、心理的な満足度が得られるよう創意工夫していくことが「意思の尊重」であると考ええる。

オムツでの排泄に抵抗を感じる、オムツに排泄したら気持ちが悪い、それは誰しもが思うことであり、長期に渡りオムツを使用しているからといってその違和感は消えることはないであろう。しかし、認知症患者は失禁していても会陰部の湿潤や臭気を意に介さないこともある。A氏も看護師の顔を見るたび、口癖のように「うんこ」と話していた。看護師は当初「A氏は便意、尿意を訴えられる」という思いになったが、それは常に口にしていう言葉であり、オムツを確認しても排泄がないことで看護師の気持ちの中でも「どうせ」という感覚になっていった。しかし、A氏の排泄に対する訴えを尊重し、トイレ誘導したことがきっかけで排泄セルフケア向上の援助が始まった。これは患者の訴えに耳を傾けケアをするという基本的なことであるが、それに加え本人の自尊心を尊重し、心情に着目できたから行えた行動であると考ええる。上田（2015）は「認知症の人の行動を『認知症だからこんなことをするのだ』などと偏った見方をするのではなく、『その人』の気持ちや行動の理由を考えて対応することです」と述べている。看護師はつい自分の都合や価値観で物事を考えそれを押しつけがちである。その時の本人の体調や気持ちを汲んで、上手く導くことができこそ、本当の意味で専門職と呼べるのではないかと考える。「忙しい」「オムツをしている」そういった

考えや倫理は認知症患者には通用せず、患者の言動を真摯に受け止め、そこに隠された背景を探っていくことが患者理解へ通じる近道であると考ええる。

結論

1. ホールで食事を自力摂取することを促すなど、本人の思いに寄り添った看護ケアと適切な摂食行動の支援によって、食事の自力摂取が可能となった。
2. 本人の訴えを尊重し排泄の援助を開始したことで排便習慣が確立され、排泄セルフケア向上となった。
3. 短時間の歩行・立位訓練を継続して行ったことや、日常生活の関わりの中で体全体の筋力へ負荷がかかったことで、全身のバランス能力を含めADLの向上や廃用症候群の予防につながった。

引用文献

- 枝広あや子（2012）：アルツハイマー型認知症高齢者における自立摂食困難の要因，歯科学報，112（6），728-734.
- 枝広あや子（2014）：変性性認知症高齢者への食支援，日本認知症ケア学会誌，12（4），671-681.
- 加藤真由美，泉キヨ子（2005）：身体拘束の廃止へ，治療，（87）12，3296-3301.
- 北川公子（2015）：老年看護学，医学書院，304-305，東京.
- 南敦司（2014）：精神科病院に入院が必要となる認知症者に対する行動制限の一提言，精神科看護，41（7），19-25.
- 岡田慶一（2009）：介護老人保健施設認知症棟における摂食・嚥下障害一問題の分類と対応一，北関東医学会，59（1），9-14.
- 小山珠美（2016）：“口から食べる”ことの意義と包括的支援，COMMUNITY CARE，（18）3，10-15.
- 榊原隆次（2016）：認知症患者さんの排泄障害，日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌，（20）1，8-15.
- 杉山智子（2015）：転倒予防に関する看護の視点，Journal of Clinical Rehabilitation，（24）11，1108-1113.
- 竹田徳則（2015）：認知症のリハビリテーション，日本認知症ケア学会誌，13（4），677-683.

上田諭 (2015) : 患者さんのありのままを認め, 自己肯定感を高めるケアをしよう, Nursing BUSINESS, (9) 5, 60-63.

山田律子 (2016) : 食事ー食べる喜びー, 臨床精神医学, 45 (5), 597-604.

(2018 年 10 月 18 日受付, 2019 年 1 月 31 日受理)

< Case Report >

Factors that Led to the Self-care Improvement for the Dementia Patient with Long-term Physical Restraint

Tomohiro Nakaya
Tonan Hospital

Keywords : Physical restraint, Improvement of self-care, Dementia

＜実践報告＞

基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価の導入

児玉悠希 菖蒲澤幸子 舟越五百子 北林真美

日本赤十字秋田看護大学看護学部

要旨

看護基礎教育において実践能力を育む教育が重要視されている。A大学では看護技術を実践で円滑に活用できることをねらいとし、看護学部1年次生の基礎看護技術演習においてパフォーマンス評価を導入した。パフォーマンス評価では血圧測定を実施する演習に2つのパフォーマンス課題を提示することで、学生の説明力、態度、判断力、観察力を評価した。評価はルーブリック形式の評価表を作成しA～Cの3段階評価で行った。結果として、説明力、態度、判断力の項目ではA評価獲得者が30%前後であり、約3割の学生が良い評価を獲得したが、観察力に関してはC評価獲得者が98%であり、A評価を獲得できた学生がいなかった。結果から学生の実践的なパフォーマンスを高める教育の必要性や学生のパフォーマンスを高めるための研究課題が見出された。また、看護基礎教育にパフォーマンス評価を導入する上での教材としての研究課題も見出された。

キーワード：基礎看護学，パフォーマンス評価，技術教育

I. はじめに

看護基礎教育において、臨床実践に近い形で学習し、知識や技術を統合させる教育は重要である。このことは厚生労働省による「看護基礎教育の充実に関する検討報告書」（厚生労働省，2007）においても明記されており、現在では看護基礎教育において「統合分野」が設定されている。このような背景を受けて、近年の看護基礎教育の場では、パフォーマンス評価が注目されている。パフォーマンス評価とは、ある特定の文脈のもとで、様々な知識や技能を用いて行われる人のふるまいや作品を直接的に評価する方法である（松下，2012）。看護におけるパフォーマンス評価は、より臨床実践に近い状況を設定した課題を提示し、学生の知識や技術、思考、判断等が統合されているかを行動（パフォーマンス）から評価するものである。石川（2011）は、厚生労働省が提示した「専任教員養成講習会及び教務主任養成講習会ガイドライン」の作成背景から、看護基礎教育でパフォーマンス評価を導入することを提案している。また、看護の教育方法において、パ

フォーマンス評価が有効であることも述べている（石川，2014）。そのような背景の中、実際に看護基礎教育におけるパフォーマンス評価の実践例の報告も行われている（菅山他，2014）。しかしながら、看護におけるパフォーマンス評価に関する研究報告は少なく、その構造や形式において適切な方法を提示する報告は見当たらない。そのため、看護基礎教育におけるパフォーマンス評価は実践報告をもとに効果的な方法を模索している段階にある。

このような背景を受け、A大学においても基礎看護技術を教授する科目の演習においてパフォーマンス評価を導入した。本編では、教育実践としてのパフォーマンス評価の結果から、学生のパフォーマンスの現状を明らかにするとともに、パフォーマンスを高めるための教育研究上の課題や、教材としての課題を提示することを目的とする。そして、今後の看護基礎教育でのパフォーマンス評価の教育方法に寄与することを目指し、今回取り組んだ基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価の教育実践を報告する。

Ⅱ. パフォーマンス評価導入の理由

A 大学における基礎看護技術演習では、主に看護技術の知識と技術を習得することを目的とした演習を行っていた。しかしながら、科目の単位取得後に対象学生が臨地実習で行う看護実践では、習得したはずの技術でも上手く実践できない様子が伺えた。そのような場面で観察される学生の反応は、患者の状態や反応、環境要因の変化に対する「戸惑い」や「混乱」であった。このような現状を受けて、看護技術の臨地実習での実践への活用を円滑に進めるための看護技術演習の必要性が見出された。

茂野（2015）は、看護技術の特徴の1つとして「状況変化への対応が求められる」といったことをあげている。この特徴はまさに臨地実習での学生の実践における「戸惑い」や「混乱」に関与する特徴である。そのため、実践での看護技術活用を円滑にするためには、「リアルな文脈の中で起こる患者の反応への対応」を基礎看護技術演習で学ぶ必要があった。このような背景から、従来の知識・技術を習得するといった教育内容の見直しを行った。そして、実践への活用につながる発展的教育を意図し、基礎看護技術演習においてパフォーマンス評価を導入することにした。

Ⅲ. 方法

1. 対象者

A 大学看護学部1年次生113名に対し、基礎看護技術演習でのパフォーマンス評価を実施した。本編の実践報告における結果の提示は、パフォーマンス評価のデータを実践報告として公表することに同意が得られた52名のデータを対象とする。

2. 実施科目と実施時期

A 大学看護学部「基礎看護学Ⅱ看護技術1」の科目にてパフォーマンス評価を導入した。実施時期は第1セメスター（1年次生の6月）とした。対象者の学習内容として、演習実施時期には基礎的コミュニケーションに関する講義、演習を終了している。

3. 実施内容

1) 演習概要

実践形式で血圧測定の手技を評価する演習に、2つのパフォーマンス課題を設定することで学生の説明力、態度、判断力、観察力に関するパフォーマンス

スを評価した。評価は従来の血圧測定の手技を評価するための評価表（資料1）と、パフォーマンスを評価するための評価表（資料2）の2つを用いることで血圧測定の手技とパフォーマンスをそれぞれ評価した。

演習は、教員が評価を受ける学生に課題シートを渡した直後より開始となる。学生が課題シートで指示される内容（血圧測定）を対象となる患者役に実施し、実施後に評価者である教員に結果を報告することで演習が終了となる。課題である血圧測定を遂行する過程にパフォーマンス課題を設定し、その課題への対応をパフォーマンスとして評価した。患者役は学生が担うが、患者としての発言は全て評価者である教員が行った。教員が患者役の発言を行うことでリアルな文脈の会話を作り出した。そして、その会話の中でパフォーマンス課題を発生させた。課題に取り組むための時間は9分とした。

2) 課題内容

学生に提示する演習シートの内容は、①患者（患者役を演じる学生、以降は患者とする）の血圧測定を実施すること、②実施した結果と判断を報告することの2つを提示した。そして、血圧測定実施の過程で2つのパフォーマンス課題を提示した。1つ目のパフォーマンス課題として、「患者からの質問」を設定した。2つ目のパフォーマンス課題として「患者からの訴え」を設定した。

「患者からの質問」では、学生が患者に血圧測定を実施するといった説明を行う際に、患者から「血圧はどのくらいがちょうどよいのか」、「血圧が高いとどうしてダメなのか」といった内容の質問を行った。この質問に対する学生の返答内容や返答態度等をパフォーマンスとして評価した。

「患者からの訴え」では、学生がマンシェットを上腕に巻こうとした際に患者がマンシェットを巻こうとしている上腕の疼痛を訴えるといった課題を設定した。この患者の訴えに対し、学生がどのように対応し、どのような測定方法を選択するか等をパフォーマンスとして評価した。

3) 評価内容

手技を評価する評価表では、血圧測定の細かい手技や配慮について、できたかできなかったかの評価を行った。評価の項目は①患者への配慮、②測定前準備、③触診法、④聴診法、⑤後片付け、⑥報告、⑦患者への負担の7つの大項目を設定した。

資料1 血圧測定技術評価表

基礎看護技術 統合技術チェック (血圧測定)		番号	氏名
1. 患者への配慮			
1) 援助内容を説明し了承を得ている	○	・	× 審議
2) 言葉使いが適切である	○	・	× 審議
3) 実施の際に患者への声かけを適切に行っている	○	・	× 審議
2. 測定前準備			
1) 血圧計の置き場所が安定している	○	・	× 審議
2) 上腕動脈を正確に触知できる (3 指を使って触知しており、動脈の走行に沿っている)	○	・	× 審議
3) マンシエットを巻く際に上腕動脈の真上にゴム囊の中心がきている	○	・	× 審議
4) マンシエットの位置は肘窩より 2 ～ 3 cm 程度上側にある (聴診器をあてるスペースが確保されている)	○	・	× 審議
5) マンシエットの巻き加減が適切である (腕と水平に指 2 本入る程度)	○	・	× 審議
3. 触診法			
1) 橈骨動脈を正確に触知できる (3 指を使って触知しており、動脈の走行に沿っている)	○	・	× 審議
2) 加圧時、減圧時の両方で収縮期血圧を読み取ることができる	○	・	× 審議
3) 送気球を適切に扱い、適切な速度で減圧している (脈拍ごとに 2 ～ 4 mmHg)	○	・	× 審議
4. 聴診法			
1) 加圧が適切である (触診法で読み取った値から 30mmHg 加圧している)	○	・	× 審議
2) 送気球を適切に扱い、適切な速度で減圧している (脈拍ごとに 2 ～ 4 mmHg)	○	・	× 審議
3) 測定値が正確である (教員との誤差が 6 mmHg 以内)	○	・	× 審議
4) 触診法との誤差が 20 mmHg 以内である	○	・	× 審議
5. 後片付け			
1) マンシエットのエアを抜き、電源を切っている	○	・	× 審議
6. 報告			
1) 正常・異常の判断も含めた報告である (教員に促された際は「できない」となる)	○	・	× 審議
7. 血圧測定による患者への負担の程度			
測定回数の合計が 3 回以内の場合を少ない、4 回以上を大きいとする	少ない	・	大きい
合否判定	合	・	否

資料2 血圧測定パフォーマンス評価表

パフォーマンス課題：①対象者からの質問、②対象者からの訴え (予定していた援助方法の変更)

課題	評価の視点	A	B	C
対象者の質問に対する回答	説明力	質問に対し、正しい情報で返答ができています。さらに、専門用語を使わず、わかりやすい説明である。	質問に対し、虚偽のない返答ができています。しかし、内容が曖昧で十分な納得が得られない。または、専門用語を用いた説明であり、対象者の理解への配慮に欠ける。	質問に対する返答ができない。または、返答内容に誤りのある情報が含まれている。
	態度	言葉使いが丁寧である。さらに、返答態度が落ちついており、安心感がある。	言葉使いが丁寧である。しかし、返答態度に焦りや戸惑い、落ち着かない様子、不安な様子がみられる。	言葉使いが不適切である。または、援助実施を急ぐ様子や不快に感じる態度がみられる。
対象者の訴えに対する対応	判断力	訴えに対し、興味・関心を示すことができる。さらに、苦痛を軽減、回避する適切な方法を選択することができる。	訴えに対し、興味・関心を示すことができる。しかし、苦痛を助長する方法で実施している。	訴えがあるにもかかわらず、興味・関心を示さず、苦痛を助長する方法で実施している。
	観察力	訴えに対し、主観的データ、客観的データの収集ができる。	訴えに対し、主観的データ、客観的データのどちらかの情報を収集できる。	訴えに対し、観察的な関わりがない。

学籍番号 氏名

パフォーマンスに関する評価は、定性的な評価に有効とされるループリック形式で評価表を作成した。「患者からの質問」といったパフォーマンス課題に対し、「説明力」、「態度」の項目を設定し評価した。「患者からの訴え」といったパフォーマンス課題に対し「判断力」、「観察力」の項目を設定し評価した。評価はそれぞれ A から C の 3 段階での評価を行った。最高評価基準の設定は、あえて高い基準を設定した。高い基準を設定することで、演習後のフィードバックの機会を活用し、実践形式での看護パフォーマンスにおいて学生に足りない視点を養うことをねらいとした。

4) フィードバック

演習終了後に学生に評価表を返却し、パフォーマンスに関するフィードバックを実施した。評価者と学生が演習の振り返りを行い、学生に最高評価基準の内容を把握、理解させることで不足している視点への気づきを促した。

4. 倫理的配慮

実践報告を行うにあたり、協力は自由意思によるものであり、得られたデータは匿名化し個人が特定されないよう十分に配慮すること、諾否によって不利益が生じないこと等を紙面及び口頭で対象者に説明を行った。また、対象者が学生であることを考慮し、当該科目の評価が確定した後に協力依頼を行った。倫理的配慮に関しては日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（通知番号 30-112）。

IV. 結果

1. パフォーマンス評価結果（表 1）

「患者からの質問」に対するパフォーマンス評価では、説明力の評価項目において A 評価が 17 人（32.7%）、B 評価が 26 人（50%）、C 評価が 9 人（17.3%）であった。態度の評価項目では、A 評価

が 18 人（34.6%）、B 評価が 32 人（61.5%）、C 評価が 2 名（3.8%）であった。

「患者からの訴え」に対するパフォーマンス評価では、判断力の評価項目において A 評価が 13 人（25%）、B 評価が 34 人（65.4%）、C 評価が 5 人（9.6%）であった。観察力の評価項目では A 評価 0 人（0%）、B 評価 1 人（1.9%）、C 評価 51 人（98.1%）であった。

V. 考察

1. 学生のパフォーマンスについて

「患者からの質問」に対するパフォーマンスでは、説明力の評価項目において B、C の評価である学生が 7 割程度であった。質問内容が血圧に関する基本的な内容であるにもかかわらず、このような結果であったことは、多くの学生が血圧測定の手技と知識を統合できていない現状にあることが推察される。また、態度の評価では B 評価の学生が 6 割程度であった。B 評価は説明態度に焦りや戸惑い、落ち着かない様子、不安な様子等が観察されるといった内容である。そのため、多くの学生が想定外の質問に対してとっさの対応が難しい現状にあることも推察される。

「患者からの訴え」に対するパフォーマンスでは、質問に対するパフォーマンス以上に評価が低く、学生の実践的なパフォーマンスの低さが明らかとなった。中でも特徴的な結果を示した項目が訴えに対する観察力である。観察力の評価項目においては C 評価が 98% と大半の学生であり、A 評価を獲得できた学生はいなかった。この結果からは患者の訴えに対する観察力（得た情報から発展的に観察項目を追加する力）が全く備わっていないことが推察され、発展的な観察の視点を教育する必要性が見出された。

2. 学生のパフォーマンスを分析する研究課題について

パフォーマンス課題に対する評価では、4 つ全ての評価項目が A 評価となる学生はいなかった。このことは対象者が臨地実習での看護実践を経験していないことが要因として推察され、実践的な学習を行っていない初学者にとっては寧ろ当然の結果ともいえる。しかしながら、そのような集団の中でも素晴らしいパフォーマンスで課題を解決する学

表 1 パフォーマンス評価結果（n=52）

評価項目	A		B		C	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
説明力	17	32.7%	26	50%	9	17.3%
態度	18	34.6%	32	61.5%	2	3.8%
判断力	13	25%	34	65.4%	5	9.6%
観察力	0	0%	1	1.9%	51	98.1%

生（4項目中3項目でA評価を獲得した学生）もいた。この結果を受けて、パフォーマンスの高い学生がどのような能力に長けている学生であるかを調査することは重要である。パフォーマンスの高さに関連する学生の能力を明らかにすることは、看護のパフォーマンス向上に寄与する教育方法の提示につながる。さらに、そのような教育方法に対する研究が進展することで、学生の実践的な能力向上にもつながることが推察される。近年の看護教育で重要とされるクリティカルシンキングをはじめ、人間関係を良好に築くために必要な社会的なスキル、コミュニケーションスキルなど、学習によって身につける知識や技術以外の基盤的な能力との関連を明らかにすることで看護教育に寄与する研究結果の提示につながる。

3. パフォーマンス評価の学習効果について

パフォーマンス評価は状況の中で学習が成立する、状況に密着して学習が生じるといった状況的学習論を基盤とした評価方法であることを宮岡(2011)は述べている。看護基礎教育が実際に看護が行われる場での知識、技術を教授する教育であることを考慮すると、状況的学習論を基盤としたパフォーマンス評価は一般的に効果的であると推察される。また、今回の結果からみても学生の実践的なパフォーマンスが低いことは明らかであり、パフォーマンス評価が学生の不足している能力に働きかける教育手法であるといえる。

パフォーマンス評価を教育として実践する対象学年に関して、今回の実践報告では、対象者が看護学部1年次生と初学者であった。知識や技術、判断力、表現力などの統合的な評価を行うパフォーマンス評価は、一見して看護基礎教育における最終学年に適用される教育内容であると認識される。実際にカリキュラム上の統合分野は最終学年で履修されることが多い科目である。学習の順序性からも当然のようにそのようなカリキュラム編成が行われてきた。しかしながら、今回のパフォーマンス評価のようにあえて評価基準を高く設定し、フィードバックによって自己に不足している視点への気づきを促すことをねらいとしたものであれば、対象学年を最終学年に固定する必要はない。学習対象者のレベルに応じて適切なパフォーマンス課題を提示することで、ラダーのように看護のパフォーマンスを学ぶこ

とも可能である。パフォーマンス課題の蓄積が進み、課題を評価する方法を確立できれば、対象学年を問わず有効な学習効果が得られると推察する。

4. パフォーマンス評価を導入する上での研究課題について

山口(2013)はパフォーマンス評価では、「真正の課題」を提示することが重要であることを述べている。「真正の課題」とは、現実に近いような場面を想定した「リアルな課題」である。このことから、看護教育におけるパフォーマンス評価では、実際に看護師として働く環境、場面を想定した課題の提示が必要であることが推察される。さらに、真正の課題としての重要な特徴として、オープンエンドな課題であることも山口(2013)は挙げている。オープンエンドな課題とは、解答が1つに定まらず多様な課題である。今回の教育実践におけるパフォーマンス課題では、これらの課題としての特徴を根拠に課題を設定した。しかし、一定の条件に基づき課題を設定したものの、課題内容を評価するツールや方法が現時点ではなく、パフォーマンス課題の妥当性自体を評価するには至らなかった。そのため、課題を評価する方法を検討する必要がある。看護基礎教育にパフォーマンス評価を導入する上での今後の研究課題の一つであるといえる。

VI. おわりに

実践的な能力を育む教育が重要視されている看護基礎教育において、パフォーマンス評価を導入することに肯定的な意見は多い。しかしながら、実際にその有効性を示す研究結果の提示は不足しており、提示すべきパフォーマンス課題の構造や形式、評価すべきパフォーマンスの内容なども不明確である。そのため、今後は研究・実践報告を通してパフォーマンス評価に関する知見を蓄積していくことが重要となる。

VII. 引用文献

- 石川倫子(2011):『専任教員養成講習会及び教務主任養成講習会ガイドライン』解説—教育課程に焦点を当てて、看護教育, 52(2), 100-107.
- 石川倫子(2014):看護学教育におけるパフォーマンス評価, 看護教育, 55(8), 692-697.
- 厚生労働省(2007): <https://www.mhlw.go.jp/shingi/>

2007/04/dl/s0420-13.pdf[検索日 2018 年 10 月 19 日]
松下佳代 (2012) : パフォーマンス評価による学習
の質の評価—学習評価の構図の分析にもとづい
て—, 京都大学高等教育研究, 18, 75-114.
宮岡久子 (2011) : 教育評価の新しい流れ, 獨協医
科大学看護学部紀要, 5 (2), 157-163.
茂野香おる (2015) : 系統看護学講座 専門分野 1 基
礎看護学 2 基礎看護技術 I, 医学書院, 東京,
3-4.
菅山明子, 実原美和, 谷川香代, 他 (2014) : 「わか

る」から「使える」技術へのスムーズな移行を目
指した技術評価, 看護教育, 55 (8), 698-704.
山口陽弘 (2013) : 教育評価におけるルーブリック
作成のためのいくつかのヒントの提案—パフォー
マンス評価とポートフォリオ評価に着目して—,
群馬大学教育学部紀要人文・社会科学編, 62,
157-168.

(2018 年 11 月 26 日受付, 2018 年 12 月 19 日受理)

< Practice Report >

The Introduction of Performance Evaluation in Fundamental Nursing Skills Exercises

Yuki Kodama Sachiko Shobuzawa Ioko Funakoshi Mami Kitabayashi
Japanese Red Cross Akita College of Nursing

Keywords : fundamental nursing, performance evaluation, technical education

<資料>

岩手県内の介護老人保健施設における デスカンファレンスおよび死生教育の現状

千田睦美 鈴木美代子 伊藤 収
岩手県立大学看護学部

要旨

本研究の目的は、岩手県内の介護老人保健施設（以下、老健施設とする）における死生教育・デスカンファレンスの取り組み状況を明らかにすることである。岩手県内の老健施設 60 施設を対象に看取りとデスカンファレンスの実施状況、死生教育の現状に関する質問紙調査を行った。

19 施設から回答があり（回収率 31.7%）、看取りを行っている施設は 12 施設（63.2%）、その施設における直近の年間看取り件数は「5 名以下」と回答した施設が 4 施設（33.4%）と最も多かったものの、「20 名以上」の施設も 3 施設（25.0%）あった。デスカンファレンスを実施していると回答した施設は 5 施設（41.7%）であった。老健施設では看取り加算など報酬的には整いつつあるものの、死生教育プログラムを実施している施設は 26.3%とまだ少数であるため、死生教育プログラムの形成に向けたさらなる検討が必要である。

キーワード：介護老人保健施設、看取り、デスカンファレンス、死生教育

はじめに

少子高齢多死社会といわれる我が国における近年の看取りには課題が多い。平成 29 年の人口動態調査では死亡者数が 134 万人を超え、出生数を約 40 万件も上回っている。平成 27 年の都道府県別の死亡場所統計結果（人口動態統計）によると、全国的には死亡者数は多い順に「病院」、「自宅」、「老人ホーム」、「介護老人保健施設」、「診療所」となっているが、利用者のこれまでの生活や希望を踏まえ、看取りの場が多様化している。介護老人保健施設（以下、老健施設とする）は高齢者施設の中では看護職の人員配置が比較的多く、看取り加算も算定されていることから今後さらに看取りの場としての重要性が増すことが予想される。しかし、老健施設は「要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者」に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下

における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設（介護保険法第 8 条第 28 項）」とされており、制度上の定義と運用の実情との間に乖離がある状態が長年続いている。居宅への中間施設として機能回復のための支援を行うことが第一義であるはずの老健施設の職員は、このような現状のなかで、社会の要請に合わせて看取りケアにも取り組んでいるが、そのための教育体制やキャリア上のフォローアップについては十分整備されているとはいえず、病院以外で迎える看取りを支えるためのデスカンファレンスおよび死生教育の必要性は拡大している。

もともとデスカンファレンスは緩和ケア病棟やホスピスにおいて患者が亡くなった後にケアの振り返りを行うことで、ケアの質の向上およびケア担当者のバーンアウト対策として行われてきたものであり（池田，2018）、看取り終えた職員のグリーフケアとしても重要な取り組みである。また、ケア専門職が

自らの死生観を見つめることは、生死に寄り添う生命倫理の問い直しであり（堀井，2005），多死社会のケア専門職教育として欠かすことのできないものである。

以上のことから，岩手県内の老健施設における死生教育・デスカンファレンスの取り組み状況の実態を明らかにし，今後の専門職教育の方向性を見い出す基礎資料とすることを目的に研究を行った。

研究目的

岩手県内の老健施設における死生教育・デスカンファレンスの取り組み状況を明らかにすることである。

研究方法

1. 調査対象

岩手県内の開設から5年以上が経過した老人保健施設61か所（全数）のうち，調査時期に自然災害で被災した1施設を除く60施設とした。

2. 調査方法

対象施設の管理者に対し，研究の趣旨および方法の説明文書と調査用紙を郵送し，回答を無記名で返送してもらった。

3. 調査内容

- 1) 施設の概要：設置主体，入所定員，看護職・介護職員数
- 2) 看取りの実態：看取りの実施の有無，年間の看取り利用者数
- 3) デスカンファレンス・死生教育の実態：デスカンファレンス実施状況，運営方法，死生教育プログラムの研修実施状況
- 4) 施設における死生教育の課題（自由記述）

4. 調査時期

平成28年9月

5. 倫理的配慮

無記名調査であること，調査協力は任意であり協力の諾否に関わらず不利益を被ることはないこと，分析及び公表にあたっては施設が特定されない方法を用い十分に配慮することと，回答の返送をもって研究同意を得られたものとするについて文書で

説明した。なお本研究は岩手県立大学研究倫理委員会の審査を経て実施した。

6. 用語の操作的定義

本研究では，デスカンファレンスおよび死生教育について，先行研究を参考に以下の通り定義し，調査を行った。

- 1) デスカンファレンス：患者・利用者の死後に行われるカンファレンスであり，亡くなった方のケアを振り返り，今後のケアの質を高めることを目的に行うもの。
- 2) 死生教育：患者・利用者の終末期を含めた生と死を支えるケアに関する教育。

結果

60施設のうち19施設から回答があり（回収率31.7%），すべてを有効回答として分析対象とした。

1. 回答者および施設の概要（表1）

回答者の職種は総看護師長・看護師長などの看護部門責任者が最も多く7名（36.9%），施設の設置

表1 回答者および対象施設の概要 n=19

項目	回答	n	%
回答者の職種	管理者	1	5.3
	総看護師長・看護師長	7	36.9
	看護師	3	15.8
	介護科長	1	5.3
	療養課長	2	10.5
	事務長・総括部長	2	10.5
	相談員	1	5.3
	その他	1	5.3
	無回答	1	5.3
設置主体	医療法人	17	89.5
	その他法人	2	10.5
入所定員	80床未満	2	10.5
	80～89床	5	26.3
	90～99床	6	31.6
	100床以上	5	26.3
	無回答	1	5.3
看護職員数	9人以下	5	26.3
	10人以上	14	73.7
介護職員数	20名未満	1	5.3
	20～29名	8	42.1
	30～39名	8	42.1
	40名以上	1	5.3
	無回答	1	5.3

主体はほとんどが医療法人であり、入所定員は 60 床から 100 床まで多様であった。看護職員は 10 名以上、介護職員は 20～39 名の施設が多かった。

2. 看取りとデスカンファレンス・死生教育の実態 (表 2)

看取りを行っている施設は 12 施設 (63.2%) であり、その施設における直近の年間看取り件数は「5 名以下」と回答した施設が 4 施設 (33.4%) と最も多かった。「20 名以上」の施設も 3 施設 (25.0%) あり、施設により大きく異なっていた。

看取りを行っている施設のうち、デスカンファレンスを実施していると回答した施設は 5 施設 (41.7%) であり、運営担当は相談部職員が最も多かったが、その他の職種としてケアマネジャーやリハビリ職員が挙げられていた。

施設職員に対して年間教育計画内で現任教育として死生教育に関連する研修プログラムを実施している施設は 5 施設 (26.3%)、不定期の研修・外部研修等での死生教育に関する研修への参加を行っている施設も同じく 5 施設 (26.3%) であった。現任教育研修および不定期研修の両方を行っている施設は 5 施設中 3 施設であった。

表 2 看取りとデスカンファレンス・死生教育の実施状況

		n=19	
項目	回答	n	%
看取りの実施	行っている	12	63.2
	行っていない	7	36.8
年間の看取り数 (看取り実施 12 施設のうち)	5 名以下	4	33.4
	6～9 名	1	8.3
	10～19 名	3	25.0
	20 名以上	3	25.0
	無回答	1	8.3
デスカンファレンスの実施状況 (看取りの実施施設)	行っている	5	41.7
	行っていない	7	58.3
デスカンファレンスの運営担当	医師	1	5.3
	看護職	2	10.5
	介護職	2	10.5
	相談部	4	21.1
	その他	3	15.8
現任教育での死生教育プログラム ※年間教育計画内でのプログラム	実施している	5	26.3
	実施していない	13	68.4
	無回答	1	5.3
特別プログラムでの死生教育 ※不定期の研修	実施している	5	26.3
	実施していない	13	68.4
	無回答	1	5.3

3. 入所定員規模による看取りの実施状況 (表 3)

入所定員規模による看取りの実施状況を 89 床以下の施設、90 床以上の施設別に比較すると、入所定員規模に関わらず、看取りを実施している施設が半数を超えており、定員規模は看取りの実施とは関連がなかった。

表 3 入所定員規模による看取りの実施

入所定員	n	看取りの実施			
		行っている n	%	行っていない n	%
89 床以下	7	4	57.1	3	42.9
90 床以上	11	7	63.6	4	36.4

4. 年間看取り者数によるデスカンファレンス・死生教育の実施状況 (図 1)

年間看取り者数が 9 名以下の施設と 10 名以上の施設では、デスカンファレンスや死生教育の実施状況に特徴があるかクロス集計を行った。その結果、年間看取り者数が 10 名以上の施設では、デスカンファレンスを行っていることが多いことが分かった。また、年間看取り者数が 10 名以上の施設では年間教育計画内で現任教育として死生教育に関連する研修プログラムを実施していることが多く、年間看取り者数が 9 名以下の施設では不定期の研修・外部研修等での死生教育に関する研修に参加していることが多い傾向があった。

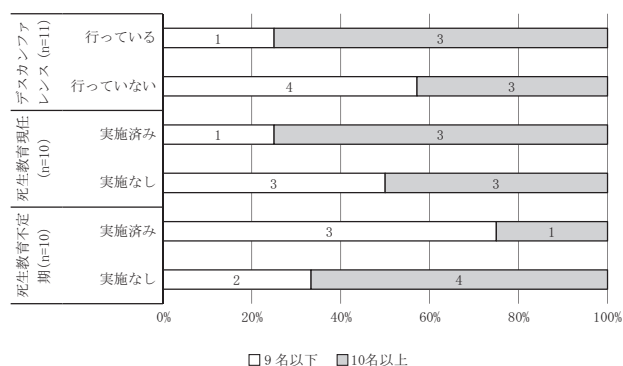


図 1 年間看取り者数別に見たデスカンファレンス・死生教育の実施状況

5. 施設における死生教育の課題

19 施設中 14 施設から死生教育の課題に関する自由記述での回答が得られ、記述の内容としては、老健施設では他の高齢者施設と比較すると看護師の人員配置が多く、看取りについても看護師主導となっているが、介護との協働で看取るための死生教育の在り方および具体的なプログラム内容について模索しており、今後の課題として挙げている施設の意見があった。

考察

1. 岩手県の老健施設における看取りとデスカンファレンスの実態

今回の調査では、岩手県内の老健施設の 6 割以上が看取りを行っており、そのうち約 4 割の施設でデスカンファレンスが行われていることが明らかとなった。

本調査に協力が得られた老健施設はほとんどが医療法人が設置主体であり、併存施設として病院やクリニックを有していることが考えられる。そのため、利用者の希望があれば看取りを行い、併存施設への転院等の対応をとりながら柔軟に最期の時を過ごすことができるような体制を整えやすい状況であると考えられる。

看取りの実施については小野（2015）の老健施設における看取りの先行研究でも、デスカンファレンスを開催している老健施設は 41.7% であり、今回の調査同様、半数に満たないということが明らかになっている。そのなかでも、看取り者数が多い施設の方がデスカンファレンスを開催している割合が多いことから、今後本格的な多死社会の到来により老健施設での看取りが増加することに伴い、デスカンファレンスのニーズが高まることが考えられる。高齢者の終末期は、「治療」という医療モデルから「ケア」という生活モデルへと変遷し、そのゴールに「看取り」がある（池田，2018）。このことは、老健施設での看取りにおける治療とケアの両側面を、看護と介護が中心となり支えているということであり、デスカンファレンスが多職種で行った高齢者の生活支援としてのケアの振り返りとして位置付けられることを意味する。しかし、デスカンファレンスを行っていたとしても、その内容や進め方、ゴールについては施設ごとに多様であり、より効果的な取り組み方法を模索している段階であることも

自由記述から明らかとなった。老健施設の特徴として、医師、看護職、介護職、リハビリ職のすべてが常勤職員として配置されており、日常的に多職種での取り組みが行いやすい環境であるといえる。老健施設における看取りやデスカンファレンスでは、この強みをいかし、病院とは異なるデスカンファレンスの開催方法やゴールを設定することができると考えられる。

2. 老健施設における死生教育の実態と課題

今回の調査結果から、年間看取り者数が 10 名以上の施設では年間教育計画内で現任教育として死生教育に関連する研修プログラムを実施していることが多く、年間看取り者数が 9 名以下の施設では不定期の研修・外部研修等での死生教育に関する研修に参加していることが多い傾向があることが明らかとなった。

老健施設における看取りに関わる看護職と介護職との連携に関する看取りに対する研究（仁科他，2015）では、老健施設に勤務する看護職には、介護職の不安の軽減や、高齢者の自然な看取りを支えるための医師との調整という役割に加え、看護職が介護職と協働・連携するための看取りの教育という連携の視点が明らかになっている。生を支えたその先に死があるという死生観を、看護職は他の職種と共有し、協働・連携するなかで高齢者ケアの倫理や生命倫理への感受性を高めることができると考える。さらに、利用者とその家族の希望に基づいた看取りの実施を支援するための専門職としての職業倫理を堅固にするため、多職種での包括的な死生教育を行う必要性があると考えられる。その死生教育の内容として含めるべきものや、教育背景の異なる多職種に対する教育に耐えうる具体的な方法論については今後の検討課題である。

結論

岩手県内の老健施設での看取り件数は施設により大きく異なり、看取りを行っている施設のうち約 4 割でデスカンファレンスが行われていた。病院とは異なるカンファレンスの目的・進め方などが施設によって存在するのか、老健施設に対する看取り増加という課題に対する支援の必要性など、今後追調査が必要である。

老健施設では看取り加算など報酬的には整いつつ

あるものの、死生教育プログラムを実施している施設は5施設(26.3%)とまだ少数である。今後は「病院」・「施設」や「看護職」・「介護職」と分けずに、高齢者のケア提供者に対して包括的に実施できるような死生教育プログラムの形成に向けた検討を行う必要があると考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました老健施設の担当者様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 堀井泰明(2005): 死生観を問う教育は可能かー看護学士課程における生命倫理教育の意味を考えるー, 生命倫理, 15 (1), 127-134.
- 池田千鶴(2018): 介護療養型老人保健施設におけるデスカンファレンスの実際, 臨床老年看護, 25 (3), 89-93.

厚生労働省(2017), 平成29年人口動態統計の年間推計, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei17/dl/2017suikei.pdf>[検索日2018年12月18日]

仁科聖子, 小林貴子(2015): 介護保険施設における看取りに関わる看護職と介護職との連携, 日本在宅看護学会誌, 4 (1), 167-175.

小野光美(2015): 介護老人保健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容, 日本看護倫理学会誌, 7 (1), 68-76.

統計でみる日本(平成29年度), <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=00001053061&tclass3=000001053065> [検索日2018年12月18日]

(2018年12月18日受付, 2019年1月23日受理)

< Material >

Present Situation of Death Conferences and Educations about Life and Death at the Elderly Care Facilities in Iwate

Mutsumi Chida Miyoko Suzuki Osamu Ito
Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

Keywords : Elderly care facilities, End-of-life care, Death conferences, Educations about life and death

<資料>

高齢者施設に勤務する看護職・介護職の連携に関する意識

—高齢者ケア研修会参加者からの一考察—

鈴木 睦 千田睦美 小嶋美沙子 渡辺幸枝
岩手県立大学看護学部

要旨

高齢者ケアを実践する看護職・介護職がもつ連携の意識について明らかにし、多様化する高齢者ケアの場における連携のあり方を考察することを目的に研究を行った。研修会参加者を対象に、職歴年数等の概要と連携がとれていると捉えている職種ととりにくいと捉えている職種に関する質問紙調査を行った。対象者は看護職、介護職で、職歴年数は10年未満が半数以上を占めた。勤務先はA保健医療圏域が最多であった。連携がとれていると捉えている職種は、看護職と介護支援専門員で、特に看護職は、連携がとれていると捉えている職種として最も多く意識されており、連携ネットワークの中で重要な位置づけにある可能性が示唆された。看護職が円滑な調整能力をもって活躍していくことが、地域包括ケアの促進に重要な一要素であり、今後の多職種連携環境の改善や専門職の連携能力の向上のため、実践を自ら評価し、改善を推進するための調査、研究の継続が必要である。

キーワード：連携，看護職，介護職，高齢者施設

はじめに

わが国は総人口が減少する一方で、高齢者は増加し、総人口に占める高齢者人口の割合は28.1%と過去最高となった（総務省統計局，2018）。高齢者人口の増加とともに要介護認定者は652万人まで増加し、地域で高齢者を支える必要性が一層高まっている（厚生労働省，2018）。

厚生労働省は、住み慣れた地域で最後まで暮らすことを目指した地域包括ケアシステムの構築を推進している（厚生労働省，2013）。地域包括ケアシステムが機能していくためには、高齢者のすまいとすまい方を基盤とすることが前提となるが、家族形態の多様化や家族関係の複雑化などにより、高齢者のすまいは自宅だけでなく、特別養護老人ホーム（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）のような介護保険施設や、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなど、利用者のニーズに合わせ

た多様な施設の増加が図られている。この多様な施設の増加は、サービスを提供する看護職や介護職などのケア提供者の働く場の増加につながり、利用者の多様なニーズに応えるべくそれぞれの役割が拡大するという変化をもたらした（厚生労働省，2010）。しかし、それぞれの施設のサービス内容やサービス提供方法、人員配置などの特性については、看護・介護専門職であっても理解や体制整備が追い付いていない現状である。

地域包括ケアシステムでは医療と介護が連携して包括的かつ継続的な医療・介護の提供を行うことが必要であると述べられており（厚生労働省，2013）、これまで以上に新たな連携のあり方を模索する必要がある。

以上のことから、高齢者ケアを実践する看護職・介護職の連携の意識について明らかにし、さらに拡大する高齢者ケアの場における連携のあり方を考察することを目的に研究を行った。

用語の操作的定義

本稿における「連携」という用語について、山中(2003)の報告を参考に、以下のように定義した。

連携：援助において、複数の援助者が共有された目標を達成するために、互いに協力し行為や活動を展開すること。

研究目的

高齢者ケアを実践する看護職・介護職が、連携がとれていると捉えているまたはとりにくいと捉えている職種について、その意識を明らかにする。

研究方法

1. 研究対象者

X 高齢者ケア研究会が主催した高齢者施設の職員を対象に行った研修会の参加者 67 名のうち、現在看護職・介護職に従事している 50 名を分析対象とした。

2. 研究方法

質問紙による量的研究

3. 調査内容

1) 対象者の概要

年齢、資格、専門職としての職歴年数、現在従事している職種における経験年数、勤務施設（事業所）の種類、勤務施設（事業所）の保健医療圏域

2) 高齢者ケアにおける連携について

連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種（自由記載）

4. 分析方法

収集したデータについて単純集計を行い、度数と割合を算出し分析した。また、高齢者ケアにおける連携について、対象者の背景と連携職種のとらえ方について、クロス集計とカイ二乗検定を行った。分析には、IBM SPSS Statistics ver25.0 を使用し、有意水準は 5%未満とした。

5. データ収集期間

平成 29 年 2 月

6. 倫理的配慮

質問紙への記入協力は自由意思であり、協力の可否にかかわらず不利益を被らないこと、無記名での

提出であること、個人が特定されるような分析や公表を行わないことについて口頭および文面で説明し、協力を得た。

また、本研究は公表にあたり、岩手県立大学研究倫理委員会の審査を経た。

結果

研修会の参加者 67 名に質問紙を配布し、66 名から回答が得られた（回収率 98.5%）。そのうち、現在看護職・介護職に従事している 50 名を分析対象とした。

1. 対象者の概要について（表 1）

対象者は、29 歳以下が 18 名（36.0%）と最も多

表 1 対象者の概要 (n = 50)

項目	回答	n	%
年齢	～ 29 歳	18	36.0
	30 ～ 39 歳	10	20.0
	40 ～ 49 歳	9	18.0
	50 ～ 59 歳	11	22.0
	60 歳～	2	4.0
取得資格 (複数回答)	看護師	10	20.0
	准看護師	7	14.0
	介護福祉士	28	56.0
	介護支援専門員	4	8.0
	介護職員初任者研修	9	18.0
現在従事している 職種	看護職	14	28.0
	介護職	36	72.0
職歴年数	1 ～ 5 年	14	28.0
	5 ～ 10 年	15	30.0
	10 ～ 15 年	12	24.0
	15 年～	9	18.0
高齢者施設での 経験年数	1 年未満	5	10.0
	1 ～ 3 年	10	20.0
	3 ～ 5 年	12	24.0
	5 ～ 10 年	10	20.0
	10 ～ 15 年	11	22.0
	15 ～ 20 年	1	2.0
	20 年以上	1	2.0
勤務先 (複数回答)	特別養護老人ホーム	14	28.0
	老人保健施設	22	44.0
	小規模多機能型居宅介護	9	18.0
	認知症対応型共同生活介護	1	2.0
	通所介護	1	2.0
	短期入所	1	2.0
	その他	2	4.0
勤務施設の 保健医療圏域	A 保健医療圏域	26	52.0
	B 保健医療圏域	15	30.0
	C 保健医療圏域	7	14.0

く、次いで30～39歳が10名（20.0％）であった。取得資格は複数回答で、介護福祉士28名（56.0％）、看護師10名（20.0％）の順に多かった。現在従事している職種は、介護職36名（72.0％）、看護職14名（28.0％）であった。専門職としての職歴年数は、1～5年が14名（28.0％）、5～10年が15名（30.0％）、10～15年が12名（24.0％）、15年以上が9名（18.0％）であった。高齢者施設での勤務年数は、1年未満の対象者が5名（10.0％）、1～5年が22名（44.0％）、5～10年が10名（20.0％）、10～15年が11名（22.0％）、15年以上が2名（4.0％）であった。現在勤務している施設（事業所）は特養と老健を合わせると36名（72.0％）であり、小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）やグループホーム、通所介護、短期入所等の施設が14名（28.0％）であった。勤務施設（事業所）の保健医療圏域は、A保健医療圏域が26名（52.0％）と最多で、B保健医療圏域が15名（30.0％）、C保健医療圏域が7名（14.0％）であった。

表2 連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種（複数回答）（n = 50）

	連携がとれていると捉えている	連携がとりにくいと捉えている
看護職	14	4
介護職	4	4
相談員	3	5
ケアマネジャー	19	8
医師	1	1

表3 職種別にみた連携に関する意識（複数回答）

対象者の職種	連携相手となる職種	連携がとれていると捉えている 人数（名）	連携がとりにくいと捉えている 人数（名）
看護職 （n = 14）	看護職	0	1
	介護職	1	2
	相談員	1	1
	ケアマネジャー	5	0
	医師	1	0
	その他	3	2
介護職 （n = 36）	看護職	14	3
	介護職	3	2
	相談員	2	4
	ケアマネジャー	14	8
	医師	0	1
	その他	3	3

2. 連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種（表2）

対象者50名の中で、連携がとれていると捉えている職種は、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）が19名、看護師が14名であった。連携がとりにくいと捉えている職種は、ケアマネジャーが8名、相談員5名、看護職4名、介護職4名であった。連携がとれていると捉えている、あるいはとりにくいと捉えている職種に医師も1名であった。

3. 職種別にみた連携に関する意識（表3）

対象者の職種により連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種に違いがあるか検討した。

看護職からみて、連携がとれていると捉えている職種はケアマネジャーが5名で最も多かった。連携がとりにくいと捉えている職種は、介護職2名、看護職1名、相談員1名であり、ケアマネジャーという回答はなかった。

介護職からみて連携がとれていると捉えている職種は、看護職とケアマネジャーが14名で最も多く、次いで介護職3名、相談員2名であった。連携がとりにくいと捉えている職種は、ケアマネジャーが8名で最も多く、相談員4名、看護職3名、介護職2名がそれに続いた。

4. 職歴年数別にみた連携に関する意識（表4）

対象者の職歴年数により連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種に違いがあるか検討した。

職歴年数 5 年未満の対象者からみて、連携がとれていると捉えている職種はケアマネジャー 6 名、看護職 4 名、相談員 2 名であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種はケアマネジャー 3 名、介護職 2 名、相談員 2 名、看護職 1 名、医師 1 名であった。

職歴年数 5～10 年を対象者からみて、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャー 7 名、看護職 6 名であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種は、ケアマネジャー 5 名、介護職 2 名、看護職と相談員が各 1 名であった。

職歴年数 10～15 年を対象者からみて、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャー 4 名、看護職 3 名であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種は、看護職 1 名、相談員 1 名で、ケアマネジャーという回答はなかった。

職歴年数 15 年以上の対象者からみて、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャー 2 名、看護職 1 名、相談員 1 名であった。連携がとりにくいと捉えている職種は看護職が 1 名、相談員 1 名であった。

どの職歴年数区分においても、ケアマネジャー

が、連携がとれていると捉えている職種として最多であった。看護職と相談員が、連携がとりにくいと捉えている職種であるという回答が、すべての職歴年数区分でみられた。

職歴年数 10 年未満の対象者は、看護職と連携がとれていると捉えているという回答が多かった。

職歴年数によって、連携がとれていると捉えている職種、連携がとりにくいと捉えている職種に違いがあると考え、5 年ごとに年数を分け、連携の対象職種ごとに、連携がとれていると捉えているという回答の有無についてカイ二乗検定を行ったが、有意差は認められなかった。

5. 保健医療圏域別にみた連携に関する意識（表 5）

A 保健医療圏域内の事業所に勤務する対象者が、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャーが最も多く 12 名、看護職が 8 名、介護職が 4 名であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種は、看護職が最も多く 9 名、ケアマネジャーが 5 名、介護職が 3 名であった。

B 保健医療圏域内の事業所に勤務する対象者は、連携がとれていると捉えている職種は、看護職

表 4 職歴年数別にみた連携に関する意識（複数回答）

対象者の 職歴年数	連携相手となる職種	連携がとれていると捉えている			連携がとりにくいと捉えている		
		回答有（名）	回答無（名）		回答有（名）	回答無（名）	
5 年未満 (n = 14)	看護職	4	10	n.s	1	13	n.s
	介護職	2	12	n.s	2	12	n.s
	相談員	1	13	n.s	2	12	n.s
	ケアマネジャー	6	8	n.s	3	11	n.s
	医師	0	14	n.s	1	13	n.s
5 ～ 10 年 (n = 15)	看護職	6	9	n.s	1	14	n.s
	介護職	1	14	n.s	2	13	n.s
	相談員	0	15	n.s	1	14	n.s
	ケアマネジャー	7	8	n.s	5	10	n.s
	医師	0	15	n.s	0	15	n.s
10 ～ 15 年 (n = 12)	看護職	3	9	n.s	1	11	n.s
	介護職	1	11	n.s	0	12	n.s
	相談員	1	11	n.s	1	11	n.s
	ケアマネジャー	4	8	n.s	0	12	n.s
	医師	0	12	n.s	0	12	n.s
15 年以上 (n = 9)	看護職	1	8	n.s	1	8	n.s
	介護職	0	9	n.s	0	9	n.s
	相談員	1	8	n.s	1	8	n.s
	ケアマネジャー	2	7	n.s	0	9	n.s
	医師	1	8	n.s	0	9	n.s

※ n.s. 有意差なし

5名、ケアマネジャー4名、連携がとりにくいと捉えている職種は、ケアマネジャー3名、相談員3名、看護職2名であった。

C保健医療圏内の事業所に勤務する対象者では、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャーが1名、連携がとりにくいと捉えている職種は、看護職が1名であった。

6. 勤務施設規模別にみた連携に関する意識 (表6)

対象者の勤務施設は多様であったが、長期入所か

つ入所定員の多い特養・老健群と、短期入所または通所、そして入所定員の少ない事業所である小規模多機能・グループホーム・短期入所・通所介護群に分け、連携がとれている、あるいはとりにくいと捉えている職種に違いがあるか、を検討した。

特養・老健群において、連携がとれていると捉えている職種は、ケアマネジャーが12名と最多であり、看護職は11名、介護職と相談員は各3名であった。連携がとりにくいと捉えている職種は、ケアマネジャーが7名で最も多く、看護職4名、相談員4

表5 保健医療圏域別にみた連携に関する意識 (複数回答)

対象者の 保健医療圏域	連携相手となる職種	連携がとれていると捉えている 人数 (名)	連携がとりにくいと捉えている 人数 (名)
A 保健医療圏域 (n = 26)	看護職	8	9
	介護職	4	3
	相談員	2	2
	ケアマネジャー	12	5
	医師	1	1
	その他	3	5
B 保健医療圏域 (n = 15)	看護職	5	2
	介護職	0	0
	相談員	0	3
	ケアマネジャー	4	3
	医師	0	0
	その他	1	0
C 保健医療圏域 (n = 7)	看護職	0	1
	介護職	0	0
	相談員	0	0
	ケアマネジャー	1	0
	医師	0	0
	その他	2	0

表6 勤務施設規模別にみた連携に関する意識 (複数回答)

勤務施設	連携の対象	連携がとれていると捉えている			連携がとりにくいと捉えている		
		回答有 (名)	回答無 (名)		回答有 (名)	回答無 (名)	
特別養護老人ホーム 老人保健施設 (n = 36)	看護職	11	25	n.s.	4	32	n.s.
	介護職	3	33	n.s.	2	34	n.s.
	相談員	3	33	n.s.	4	32	n.s.
	ケアマネジャー	12	24	n.s.	7	29	n.s.
	医師	1	35	n.s.	1	35	n.s.
	その他	0	36	n.s.	4	32	n.s.
小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 通所介護、短期入所他 (n = 14)	看護職	3	11	n.s.	0	14	n.s.
	介護職	1	13	n.s.	2	12	n.s.
	相談員	0	14	n.s.	1	13	n.s.
	ケアマネジャー	7	7	n.s.	1	13	n.s.
	医師	0	14	n.s.	0	14	n.s.
	その他	1	13	n.s.	1	13	n.s.

※ n.s. 有意差なし

名、介護職2名、医師1名であった。

一方、小規模多機能・グループホーム・短期入所・通所介護群において、連携がとれていると捉えている職種はケアマネジャー7名、看護職3名、介護職1名であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種は、介護職2名、相談員1名、ケアマネジャー1名であった。

勤務施設の規模により、連携がとれていると捉えている、あるいはとりにくいと捉えている職種に違いがあると考え、特養・老健群と小規模多機能・グループホーム・短期入所・通所介護群に分けて連携の対象職種ごとに、連携がとれていると捉えているという回答の有無についてカイ二乗検定を行ったが、有意な差は認められなかった。

考察

1. 対象者の概要について

政府統計である平成29年度介護従事者処遇状況等調査結果（厚生労働省、政府統計、2018）によると介護職員（常勤の者）の平均勤続年数は7.1年、看護職員（常勤の者）は9.1年である。本研究の対象者の多くは職歴年数が5～10年で、全国平均と同様のキャリアをもち、高齢者ケアの現場では中堅と言われる世代であった。このことより、本研究の対象者は、50名と少ない人数ではあるが、全国調査の平均勤続年数と同等の勤務経験を有する対象であると考えた。また、高齢者施設での経験年数が、専門職としての職歴年数を下回っている対象が多かった。これは、高齢者施設での勤務以前に、別施設での専門職としての勤務経験があることを示している。制度や施設が新しく変化していくことに伴い、高齢者ケアに携わる専門職は勤務先を変えることも少なくなく、今回の回答は、対象者のこれまでの多様な経験を踏まえるものであると考えられる。

2. 連携がとれていると捉えている職種と連携がとりにくいと捉えている職種から考えられる現状

連携がとれていると捉えている職種として、看護職という回答が14名からあり、ケアマネジャーに次いで2番目に多かった。また、介護職からみた連携がとれていると捉えている職種としては、看護職が最多の14名であった。袖山ら（2012）は、老健におけるリハビリ職、介護職、栄養士からみた、連携している職種の優先順位1位が看護師であり、看

護師が各専門職から情報を求められる立場にあると述べている。連携がとれていると捉えている職種が看護職という本研究結果は、袖山らの報告と一致し、高齢者施設に勤務する看護職は、連携がとれている連携相手職種として、捉えられていることがわかった。永田（2017）は、マネジメント力と看護実践能力を備えた看護職は、多様な場所で地域の隅々に所属し、だれにとっても身近な存在であるため、他機関や他の職種、住民との連携・協働が図りやすいと述べている。今回の研究対象の回答から、看護職がその地域の中で、マネジメント力と看護実践能力を発揮する現状と、連携ネットワークの中で看護職が重要な位置づけにあるという可能性が示唆された。高齢者施設は、従来型の特養や老健といった大規模な施設のみならず、小規模多機能やグループホームといった小規模施設もあり多様化している。看護師による医療的判断が必要な健康問題を抱える高齢者が増加している時代背景からも、看護職が、多職種間のネットワークの中でアセスメント力やコーディネート力という専門性を発揮していくことが、社会で高齢者を支える体制の構築や高齢者ケアの質の向上に大きく関わっていると考えられた。

また、連携がとれていると捉えている職種として、ケアマネジャーという回答が多く得られた。ケアマネジャーは、要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、ケアプランの作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者である（厚生労働省、2000）。各種専門職や行政の担当者が一堂に会して行われる地域ケア会議は、保健師やケアマネジャーがそのコーディネート役割を果たしている。また、地域包括支援センターのケアマネジャーは、地域住民や関係機関からの相談援助を実践している。ケアマネジャーは、専門職種間、行政職間のあらゆる連携場面において、連携の核となる職種であり、連携を推進する役割をもつといえるが、本研究対象の回答からも、地域におけるケアマネジャーの多職種ネットワークの中での活躍が推察された。

その一方で、本研究対象からは、連携がとりにくいと捉えている職種として、ケアマネジャーという回答も多く挙げられた。ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業報告書（2018）の中で、ケアマネジャーは様々な機関に所属する保健・医療・福祉の多職種、行政をはじめ、

保険外サービス等多くの主体から、それぞれの立場の価値観に基づく期待を背負っており、多職種・他機関は「当然そこまでしてくれるのが介護支援専門員である。」といったそれぞれの立場の介護支援専門員像を描いてしまうという報告がある。このように高齢者ケア場面において、連携の実際と意識は必ずしも一致せず、ケアマネジャーに寄せられる期待の大きさが、連携がとれているとも、とりにくいとも捉えられた結果であると考えられた。

3. 職歴年数から考える連携意識と、連携強化の取り組みへの示唆

連携がとれていると捉えている職種という質問に、回答した対象者の多くが職歴年数1～5年、5～10年であった。また、連携がとりにくいと捉えている職種という設問に多く回答したのも職歴年数5～10年の対象者であった。以上の結果より、職歴年数5～10年の看護職・介護職が、日頃より連携を意識した活動を行い、連携のあり方について提言する力も持ち合わせている集団であると考えた。柴田ら（2003）は高齢者の介護施設における看護職と介護職の連携・協働において情報の伝達方向が存在していることを明らかにしている。連携においては情報収集力とともに情報発信力も求められるため、よりよい連携について探求していくためには、現状の課題を発信していく発言力も必要であると考えた。

職歴年数10年未満の対象者は、看護職と連携がとれていると捉えているという回答が多かった。この結果から、職歴年数10年未満の対象者は、職歴年数10年以上の対象者よりも、高齢者の身体的特徴、複雑な既往疾患の症状アセスメントという面で、看護職と専門的な視点での情報共有を行いながら、高齢者のケアに活かしていることが考えられる。

後期高齢者が急増する2025年を前に地域包括ケアシステムにおいてますます重要視される多職種連携であるが、その連携強化の取り組みの第一歩は、元々の連携意識の高い職歴年数5～10年の看護職・介護職へのアプローチを行い、そこから現場での実践やスタッフ教育につなげていくことが有効であるという示唆を得た。

4. 保健医療圏域で考える連携に関する意識

本研究対象者は、A保健医療圏域で開催された研

修会の参加者であり、保健医療圏域でみると参加者数に偏りがあったため、圏域の比較分析は行っていない。しかし、保健医療圏域毎の連携に関する意識として、調査結果からみえてきたことを以下に述べる。

A保健医療圏域の対象において、連携がとれていると捉えている職種の1位、2位はケアマネジャー、看護職であった。B保健医療圏域の対象からも、同様の結果が得られている。C保健医療圏域の対象は、回答数は少ないものの、やはりケアマネジャーと連携がとれていると捉えているという回答があった。

各保健医療圏域で比較すると、概ねどの圏域・職種も、連携がとれていると捉えている職種の方が、連携がとりにくいと捉えている職種より多い結果であった。しかし、A保健医療圏域では、看護職で連携がとりにくいと捉えているという回答が多く、最も連携がとりにくいと捉えている職種が看護職であることが明らかになった。A保健医療圏域の特徴として、行政機関が集中し、住民数もそれを支える福祉サービス、施設・事業所数も、県内の他の保健医療圏域に比較し多種多様であることが挙げられる。具体的には、特養の施設数は県全体の30.3%、老健は県全体の36.2%がA保健医療圏域に集中している。小規模多機能やグループホームも、県全体の約2割がA保健医療圏域にあり、連携対象となる職種、事業所の種類も格段に多い（岩手県，2018）。住民のニーズに細やかに対応するべく、多様な施設・事業所・サービスが存在することは地域包括ケアのあるべき姿ではあるが、多様化が急激に進み、その現場の変化に対応が追い付かない現状が、円滑な専門職種間の連携を阻害する一因として考えられる。看護職の働く場所は、病院から地域のあらゆる施設・事業所へと拡大している。看護職が円滑な調整能力をもって活躍していくことが、地域包括ケアの促進に、重要な一要素である。

5. 勤務施設規模と連携の意識

今回の研究では、対象者の勤務施設規模による連携の意識に有意な違いは認められなかった。この結果から、本研究対象者の勤務する地域では、施設が大規模であっても、小規模であっても、関わる専門職種の数に差はなく、どんな施設、事業所を利用しても、多職種による支援が担保され、利用者中心の支援体制が存在していると解釈される。

6. これからの高齢者ケアの場における連携のあり方、看護への示唆

本研究は、地域で高齢者ケアに従事する看護職・介護職のための研修会の参加者を対象に行ったものであるが、地域の専門多職種が集合しての研修や交流という場を継続して設定していく事も、連携の促進、さらには地域包括ケアの推進という重要な意味合いを持つことが確認された。藤田（2015）は、在宅療養における連携は多様な事業所の多職種が関与するため、一堂に集まることが難しく、病院・施設とは異なった連携のあり方が求められると述べている。情報・通信技術の発展が目覚ましい昨今、医療・福祉の現場においても、情報共有の方法は電話やFAX、メールなど多岐にわたっている。この通信技術の進歩は、在宅分野における利用者ニーズへの迅速な対応や業務改善、人員不足の補填など、現場に多大なメリットをもたらしている。しかし、情報共有がスムーズであることは、連携をとれていることと同義とはいえない。藤田（2015）は、「多職種で支援内容を共有する」とは、情報の共有のみならず支援に対する思いや支援に携わる中でのリスクや困難さといった感情部分を分かち合うことも含まれるとし、「顔の見える関係構築」が多職種連携の促進に必要な要素の一つであると述べている。森山（2015）は、地域包括ケアシステムの広がりの中で、人と人生の全体を見渡せる看護の役割は、いっそう高まっていくと述べているが、顔の見える関係構築、多職種連携の第一線を先導できるのは、看護職だと考える。地域で働く看護職は、少人数で多くの担当利用者の看護をしており、専門職会議に出席できない現状も実在するが、多職種が一堂に会する意見交換や交流の場に、看護職が積極的に出席していくことが重要であり、そのような取り組みが高齢者支援のさらなる充実や質の向上につながるものと考ええる。

藤田（2017）は、各所で連携の重要性が主張される一方で、連携が進んだという実感が持てないという声、業務負担が増加して連携を敬遠する声も散見すると指摘している。重要性を認識しながらも実践に結びつかない、現場において多職種連携に対し実感が持てないという現状の持続は、連携の阻害要因になると考える。袖山（2012）は、システムや環境が連携に影響するとも述べている。多様化する高齢者ケアの場において、少人数体制でケアを提供する

施設も増加している。なぜ看護職が連携がとれていると捉えられるのか、看護職が連携がとりにくいと捉えている職種と言われる理由は何か、連携ネットワークの中で求められている看護職の資質は何か、現場のニーズを的確に捉え、抽出していくことが重要であり、それが看護職として、高齢者の健やかで安心な地域での生活の実現に寄与することにつながると思う。

また、高齢者ケアの現場で必要とされる連携の本質、連携を促進する因子、連携職種の専門性、連携の実際をどう評価するか等、一つ一つを見定めていくことが必要である。特に、実践した連携を正しく評価出来ることが、今後の多職種連携環境の改善や専門職の連携能力の向上に不可欠であると考ええる。専門職種同士が相互理解のもと、それぞれの能力を発揮し、高齢者ケアを円滑に遂行すること、またその連携実践を自ら評価し、改善できる自律式の連携を推進するために、調査、研究を継続的に行っていく必要があると考える。

結語

本研究では、高齢者ケアを実践する看護職・介護職の、連携の意識について的一端を明らかにした。現代の高齢者ケア社会、多様化する施設・事業所・サービスの中で、看護職の調整能力の発揮、他職種との顔の見える関係性を地域単位で拡大することができれば、地域包括ケアを推進する原動力になるものと考えられる。

本研究は、研修会に参加した50名という限られた高齢者ケアに関心の高いグループの回答を分析したものであり、結果の解釈を一般化するには限界があるものの、基礎的資料として解釈することは可能であると考ええる。今後は、対象者を増やしての調査、高齢者ケアのサービス量が異なる地域単位での調査・分析や調査方法の工夫を行い、地域ごとの特色を関連付けた研究へと発展させていきたい。

謝辞

本研究にご協力いただいた、高齢者ケア専門職の皆様、心より感謝申し上げます。

引用文献

エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社
（2018）：ケアマネジャーの資質の向上のための

- 方策等に関する調査研究事業報告書 http://www.mri-ra.co.jp/pdf/h29_caremng.pdf [検索日 2019 年 2 月 14 日]
- 藤田益伸 (2015) : 高齢者の在宅療養場面に求められる多職種連携の技能, 岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要, 第 39 号, 169-178.
- 藤田益伸 (2017) : 連携の功罪と多職種連携コンピテンシー, Hospice and Home Care, 25 (1), 7-11.
- 岩手県ホームページ (2018) : 介護保険に係る指定事業所一覧 <http://www.pref.iwate.jp/fukushi/kaigo/001949.html> [検索日 2019 年 2 月 6 日]
- 厚生労働省 (2000) : 介護支援専門員 (ケアマネジャー) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf> [検索日 2018 年 12 月 19 日]
- 厚生労働省 (2010) : チーム医療の推進について (チーム医療の推進に関する検討会報告書) <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/tiiki/kouzou2/hyouka/chousa/iryoubukai31/shiryou1.pdf> [検索日 2018 年 12 月 5 日]
- 厚生労働省 (2013) : 地域包括ケアシステム https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureiasha/chiiki-houkatsu/ [検索日 2018 年 11 月 30 日]
- 厚生労働省・政府統計 (2018) : 平成 29 年度介護従事者処遇状況等調査結果 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/18/dl/29kekka.pdf> [検索日 2018 年 11 月 28 日]
- 松岡千代 (2013) : 多職種連携の新時代に向けて, 実践・研究・教育の課題の展望, リハビリテーション連携科学, 14 (2), 181-194.
- 森山幹夫 (2015) : 看護と地域包括ケアシステム, 看護, 日本看護協会出版会, 67 (8), 14-23.
- 永田千鶴 (2017) : 地域包括ケアで認知症者の看取りまでを支えるキーパーソンは看護職, 日本認知症ケア学会誌, 16 (2), 426-432.
- 柴田 (田上) 明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 他 (2003) : 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識, 老年看護学, 7(2), 116-126.
- 袖山悦子, 志田久美子, 小林由美子, 他 (2012) : 高齢者ケアを実践している専門職の専門性・弱点に関する認識と多職種連携, 新潟医療福祉学会誌, 12 (2), 41-47.
- 総務省統計局 (2018) : 統計からみた我が国の高齢者ー「敬老の日」にちなんでー, <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1131.html> [検索日 2018 年 11 月 30 日]
- 山中京子 (2003) : 医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成, 社会問題研究, 53 (1), 1-22.
- (2018 年 12 月 19 日受付, 2019 年 2 月 15 日受理)

< Material >

Interprofessional Collaboration of Nurses and Careworkers in Elderly Care Facilities

— Consideration from One of Attendees who Participated in the Elderly Care Workshop —

Mutsumi Suzuki Mutsumi Chida Misako Kojima Yukie Watanabe
Iwate prefectural university, Faculty of Nursing

Keywords : Interprofessional Collaboration, Nurse, Careworker, Elderly care facility

第11回岩手看護学会学術集会 ＜会長講演＞

一貫した卒前・卒後教育のあり方を考える

本邦の看護教育におけるシミュレーション教育の現状—既報の文献から

第11回岩手看護学会学術集会

大会長 高橋和真

岩手県立大学看護学部 基礎看護学講座／健康サポートセンター

要旨

わが国では、シミュレーションを用いた医療系教育が、この10年間に急速にひろまった。しかしながら、その現状に関する研究や報告は少なく、看護教育分野もまた例外ではない。そこで、本邦の卒前看護教育におけるシミュレーション教育の現状を、既報の学術論文をレビューし解析した。

日本医学中央雑誌によれば、1986年から2016年に発表された、卒前看護シミュレーション教育に関する論文で、査読を受けた日本語論文数は86報であった。1999年から、毎年およそ5報の論文が発表されている。シミュレーション教育に関する論文は、主に基礎看護学、成人看護学分野の、フィジカルアセスメント、基礎看護技術、注射、周術期ケア教育に関するものであった。全論文の41%が3Dモデルを用いた教育に関するもので、その教育内容は感染症や心肺蘇生法が中心であった。中等度忠実度（intermediate-fidelity）ないしは高度忠実度（high-fidelity）シミュレーター教育の論文は、フィジカルアセスメント、基礎看護技術、周術期ケア教育に関するものであったが、報告数はごく限られていた。

我が国においては、今後さらにシミュレーションベースの卒前看護教育が注目され重要視されるべきである。並行して、高性能シミュレーターを導入するための社会経済的環境の改善が必要である。

キーワード：看護教育，看護，シミュレーション，シミュレーター

Abstract

The use of simulation in health professional education has increased rapidly in Japan during the past decade. However, to date, only a limited number of studies reporting this situation has been published. We, herein, endeavored to ascertain how simulation has been adopted in nursing education, reviewing Japanese articles in this field. Searching a database, Nippon Igaku Chuo Zasshi, identified 86 peer-reviewed research studies published in Japanese between 1986 and 2016. Since 1999, around 5 articles per year articles have consistently been published. Simulation was applied predominantly in basic and medical-surgical nursing areas, to learn physical assessment, fundamental skills, injection, and perioperative care. Forty-one percent of the simulation-based learning was conducted using 3-D-models to provide infection and cardiopulmonary resuscitation education. Intermediate and high fidelity patient simulators were applied to teach physical assessment, fundamental skills, and perioperative care, only in rare cases. In Japan, much higher importance should be placed on simulation-based undergraduate nursing education, and the socioeconomic environment for introducing more sophisticated simulators must be improved.

はじめに

看護教育においてシミュレーションを用いる主な目的は、患者の安全を向上させ、机上の知識と臨床経験とを結び付けつつ、学生看護師の能力向上を支援することである (Ricketts, 2011)。医療専門教育におけるシミュレーションの使用は、過去 20 年間で急速に増加している (Ryall 他, 2016)。現在、シミュレーション教育は、書面によるシミュレーション、3 次元モデル、スクリーンベースのシミュレータ、模擬患者 (SP)、中程度の忠実度の患者シミュレータ、および対話型の患者シミュレータなどに分類される (表 1) (Alinier, 2007)。

現在の看護教育では、臨地実習の需要が高まっている一方で、短い入院期間でより質の高いヘルスケアサービスを求める世界的な社会的ニーズが存在する (Alinier 他, 2006)。さらに、日本では、学生が教室での机上の学習により多くの時間を費やすので、臨地実習時間は最近の看護教育カリキュラムの中で著しく減少している。それに伴い、看護学生が、臨地実習で患者ケアに直接携わる機会や、実務的な状況を対処する機会が少なくなりつつあり (Alinier 他, 2006)、結果として新卒看護師の臨床能力低下につながる可能性がある (Walker 他, 2013)。そこで、他の手段で臨床経験をシミュレートする必要が高まった。実際、日本の厚生労働省は、シミュレーションベースの学習を使用して実習中には経験できなかったスキルを補完するようを勧奨している。(厚生労働省, 2013)。

目的

看護教育におけるシミュレーションの利用が急増しているという世界的な傾向を反映して、わが国の看護教育においてもシミュレーション教育は最近広まっている。しかし、その現状に関する調査報告はきわめて限られている。そこで本研究では、当該分野の論文のレビューすることにより、わが国の看護教育においてシミュレーションがどのように利用されているかを明らかにしようとした。

方法

1. 文献検索

「シミュレーションは日本の看護教育でどのように使用されてきたか？」をリサーチクエスションとし、看護学におけるシミュレーションおよび/また

はシミュレータの使用に焦点を当て、日本医学中央雑誌において 1986 年から 2016 年 12 月までに公開された査読付き論文を検索した。シミュレータ、看護、教育、スキルを検索語とした。

2. 選択および除外基準

看護学部教育におけるシミュレーションベース学習の影響に関する研究を選択した。文献レビュー、学習理論のレビュー、学生または教職員の経験の質的レビュー、および看護師のためのシミュレーション教育を対象としたものは除外した。

3. 文献レビューと分析

上述の期間に、シミュレーションベースの看護学生教育に関する 86 の論文が特定された。これらの論文は、看護科学の主要専門分野およびサブカテゴリー、シミュレーションの種類、およびシミュレーション教育のテーマにより分類した。主要専門分野は、基礎、地域/公衆衛生、老年、成人、周産期、小児、精神看護とし、サブカテゴリーは、循環器、救急、災害、緊急、在宅、情報学、管理、腫瘍学、整形外科、周術期、およびストーマ外来・皮膚・排泄 (Wound, Ostomy and Continence Nurses; WOCN) とした (表 2)。

結果

1. 看護学生のシミュレーション教育に関する論文数の年次推移

看護学生のシミュレーション教育に関する最初の報告は 1987 年に出版された。1999 年以来、当該分野を対象とした論文は一貫して出版されており、年間平均 5 つの論文が発表されている (図 1)。

2. 看護学生のシミュレーション教育の専門分野

シミュレーションは主に基礎看護領域および内科/外科 (成人) 領域で用いられていた。基礎看護領域の割合は 57%、内科/外科 (成人) 領域は 22% であった (図 2)。また、サブスペシャリティの中では、主に基礎看護領域でシミュレーションは使用されていた (図 3)。

3. シミュレーションによる看護教育を目的とした研修科目

シミュレーションは主に、フィジカルアセスメン

ト、基本的技術、注射（主に静脈穿刺）、および周術期のケアに関する教育に用いられていた（図4）。前述のように、シミュレーションを主に用いていたサブスペシャリティである基礎看護領域では（図3）、シミュレーションは注射、基本的な看護技術、フィジカルアセスメント、コミュニケーション（それぞれ21, 19, 12, 9%）の教育に用いられていた（図5）。

4. 大学看護学教育におけるシミュレーションの種類

シミュレーションを用いた学習の41%は、注射と心肺蘇生法（CPR）の教育のために（図7）、3-Dモデルを用いて行われていた（図6）。模擬患者はコミュニケーションと基本看護技術教育に主に用いられていた（図7）。中等度および高忠実度の患者シミュレーターは、まれなケースでのみ、フィジカルアセスメント、基本看護技術、および周術期管理教育を学ぶために用いられていた（図7）。これらの高度なシミュレーターによる教育を対象とした論文は2003年に初めて登場し、2010年以来一貫して出版されている（図8）。

考察

本論文は、本邦における看護学生のシミュレーション教育に関する最初の文献レビューである。

2003年ごろから、看護学生のシミュレーション教育に関する文献数が増加してきた。これは、2002年の文部科学省による「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」（文部科学省、2002）、2003年の厚生労働省による「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」（厚生労働省、2003）、2004年の文部科学省による「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」（文部科学省、2004）などの政府からの様々な報告書や文書の内容を背景としていと考えられる。より短い入院の社会/医療経済的必要性、患者の人権の考慮、および医療安全対策を理由として、看護学生が臨地実習において、患者を直接ケアする機会や、実践的な状況に対処する機会が著減していることを、これらの文書は強調している。そして、2003年の厚生労働省の報告書（厚生労働省、2003）では、学内での実践的なトレーニングにロールプレイを用いることを推奨し、これは本邦の看護教育における、

シミュレーション利用の先駆けとなったと考えられる。実際、我が国で発表されたシミュレーション教育に関する論文の主要なテーマの1つは模擬患者であり（図6）、かつ、一貫して報告され続けている（図8）。

本論文において、マネキン、低忠実度シミュレーションモデル、そしてタスクトレーナーを含む3-Dモデルが、フィジカルアセスメント、基礎看護技術、注射、およびCPRを教育するために、広く用いられていることが明らかとなった。文献レビューに基づく本知見であるが、これは看護教育機関の61.2%および69.3%がそれぞれタスクトレーナーおよび低忠実度シミュレーターを所有していたことを示した、（黒田他、2016）による貴重な実態調査の結果と整合性がある。

2012年の厚生労働省による「看護教育の内容及方法に関する検討会報告書」（厚生労働省、2012）は、臨地実習で経験できない内容（技術など）は、シミュレーション等により学内での演習で補完する等の工夫が求められる、とし、さらに、学生の実践能力の向上を図る教育を行うためには、高額なシミュレーター等の機器は複数の養成機関や病院間で共有し、機器を保有できない養成機関においてもシミュレーターを用いた演習ができるように、地域で効果的に活用する仕組みを作ることも必要である、と謳った。この記述が、中および高忠実度シミュレーターの利用やそれに関する研究報告を促した可能性がある（図7）。高忠実度シミュレーターは、看護学生が知識や技術を獲得することや、安全、学生の自信に大きく寄与することが、複数の研究によりあきらかにされている（Cant R. P. 他、2017）。しかしながら、これらの装置は、今日まで、我が国では十分に普及していない（黒田他、2016）。

本研究の限界は、データが実態調査ではなく文献レビューに基づいていること、本邦における当該分野の報告は30年間に86報と数が限られていること、報告の大部分がタスクトレーナーを中心とした3Dモデルを対象としていることである。

結論

本邦において、教育法としてまた研究分野として、看護学生に対するシミュレーション教育はより重要視されるべきであると考えられる。また高度なシミュレーターを導入するために最適な社会的・経済的

環境が整えられるよう、政治・経済的な配慮が必要である。

文献

Alinier G. (2007) : A typology of educationally focused medical simulation tools, *Med Teach*, 29, 243-250.

Alinier G., Hunt B., Gordon R., et al. (2006) : Effectiveness of intermediate-fidelity simulation training technology in undergraduate nursing education, *J Adv Nurs*, 54, 359-39.

Cant R. P., Cooper S. J. (2017) : Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review, *Nurse Educ Today*, 49, 63-71.

医学中央雑誌 Web 版 (2017) : <http://plaza.umin.ac.jp/~literis/ebm/resources/ichu.html> [検索日 2017 年 1 月 15 日]

厚生労働省 (2013) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> [検索日 2017 年 1 月 15 日]

厚生労働省 (2012) https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127329.html [検索日 2017 年 1 月 15 日]

厚生労働省 (2003) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html#top> [検索日 2017 年 1 月 15 日]

黒田暢子, 織井優貴子 (2016) : 看護基礎教育におけるシミュレータを用いたシミュレーション教育の実態調査, *日本シミュレーション学会雑誌*, 4, 55-28.

文部科学省 (2004) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html#top> [検索日 2017 年 1 月 15 日]

文部科学省 (2002) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.html [検索日 2017 年 1 月 15 日]

Ricketts B (2011) : The role of simulation for learning within pre-registration nursing education-a literature review, *Nurse Educ Today*, 31 (7), 650-4.

Ryall T., Judd B. K., Gordon C. J. (2016) : Simulation-based assessments in health professional education: a systematic review, *J Multidisc Healthc*, 22, 69-82.

Walker A., Earl C., Costa B., et al. (2013) : Graduate nurses' transition and integration into the workplace: a qualitative comparison of graduate nurses' and Nurse Unit Managers' perspectives, *Nurse Educ Today*, 33, 291-296.

表1 シミュレーション法の類型 (Alinier G, 2007
を引用, 改変)

種類	例
文章を用いた シミュレーション	ケーススタディ
3-Dモデル	マネキン、低忠実度シミュレーター、 人体の一部模型
スクリーンを用いた シミュレーション	コンピューターシミュレーション、ビデオ、 DVD、ヴァーチャルリアリティ
模擬患者	模擬患者、ロールプレイ
中忠実度 シミュレーター	中性能の一方向性シミュレーター
高忠実度 シミュレーター	高性能の双方向性シミュレーター

表2 主/副専門領域による文献数

		主専門領域							合計
		基礎	地域	老年	成人	助産	小児	精神	
副専門領域	基礎	29	0	0	2	0	2	0	33
	循環器	1	0	0	0	0	0	0	1
	集中治療	0	0	0	2	0	0	0	2
	災害	2	0	0	0	0	0	0	2
	救急	6	0	0	1	1	0	0	8
	老年	0	1	0	0	0	0	0	1
	在宅	0	1	0	0	0	0	0	1
	情報	0	2	0	0	0	0	0	2
	管理	4	0	1	0	0	2	0	7
	成人	2	0	0	1	0	0	0	3
	助産	0	0	0	1	3	0	0	4
	腫瘍	1	0	0	1	0	0	0	2
	整形外科	0	0	1	0	0	0	0	1
	小児	2	0	0	0	0	0	0	2
	周術期	2	0	0	10	0	0	0	12
	精神	0	0	0	0	0	0	3	3
	WOCN	0	0	1	1	0	0	0	2
合計		49	4	3	19	4	4	3	86

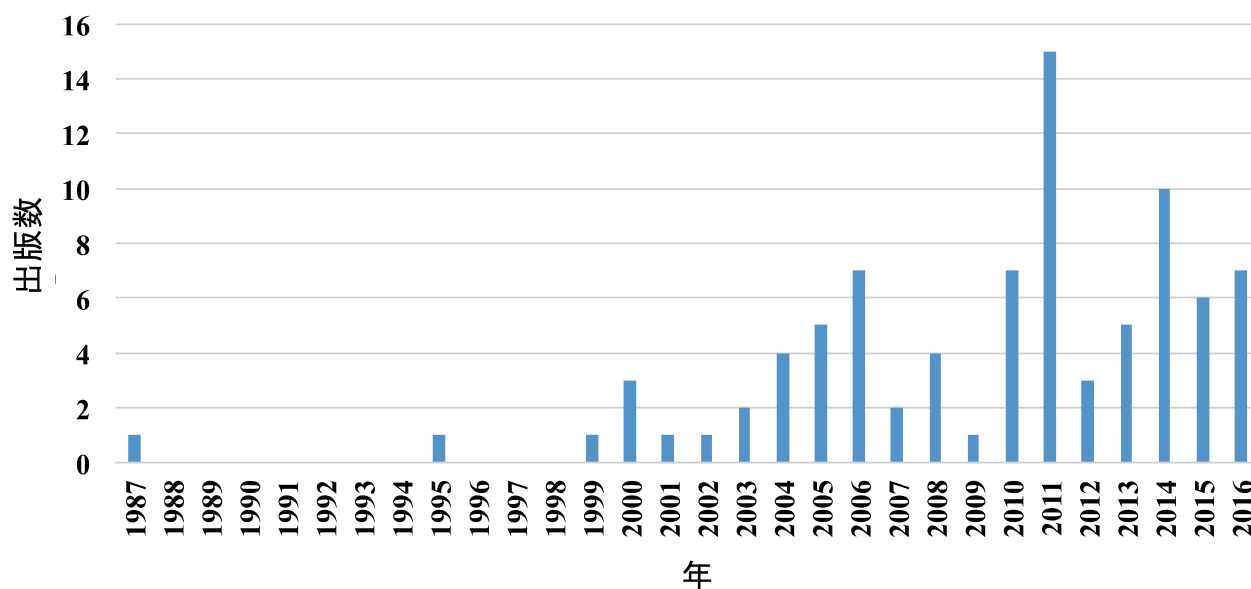


図1 本邦における看護学生シミュレーション教育に関する文献出版数の年次推移

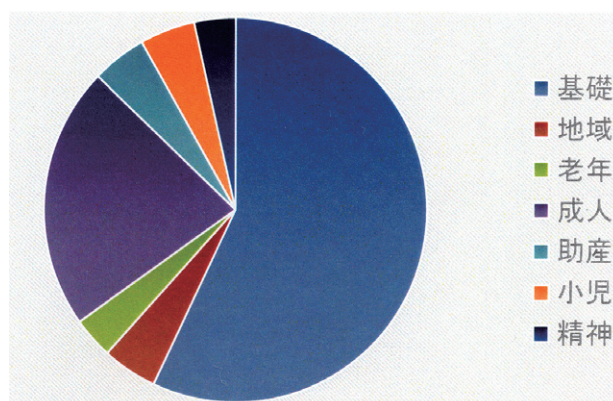


図2 シミュレーションを用いた看護学生教育の主専門分野

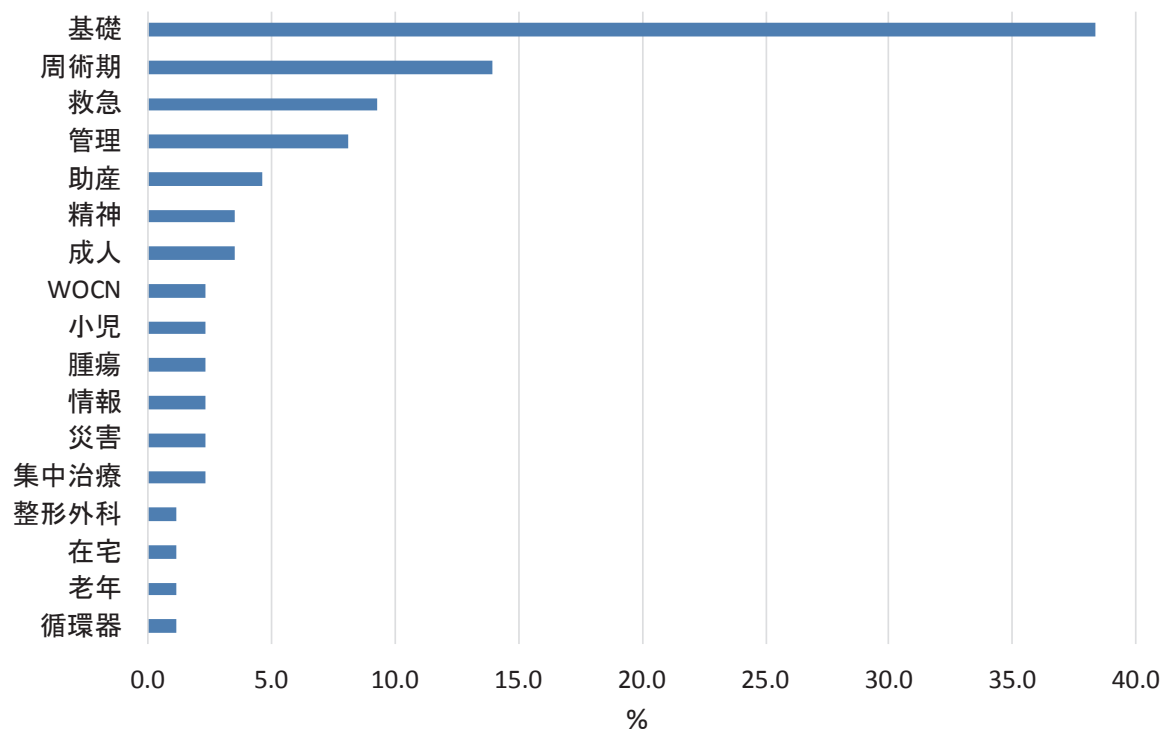


図3 シミュレーションを用いた看護学生教育の副専門分野

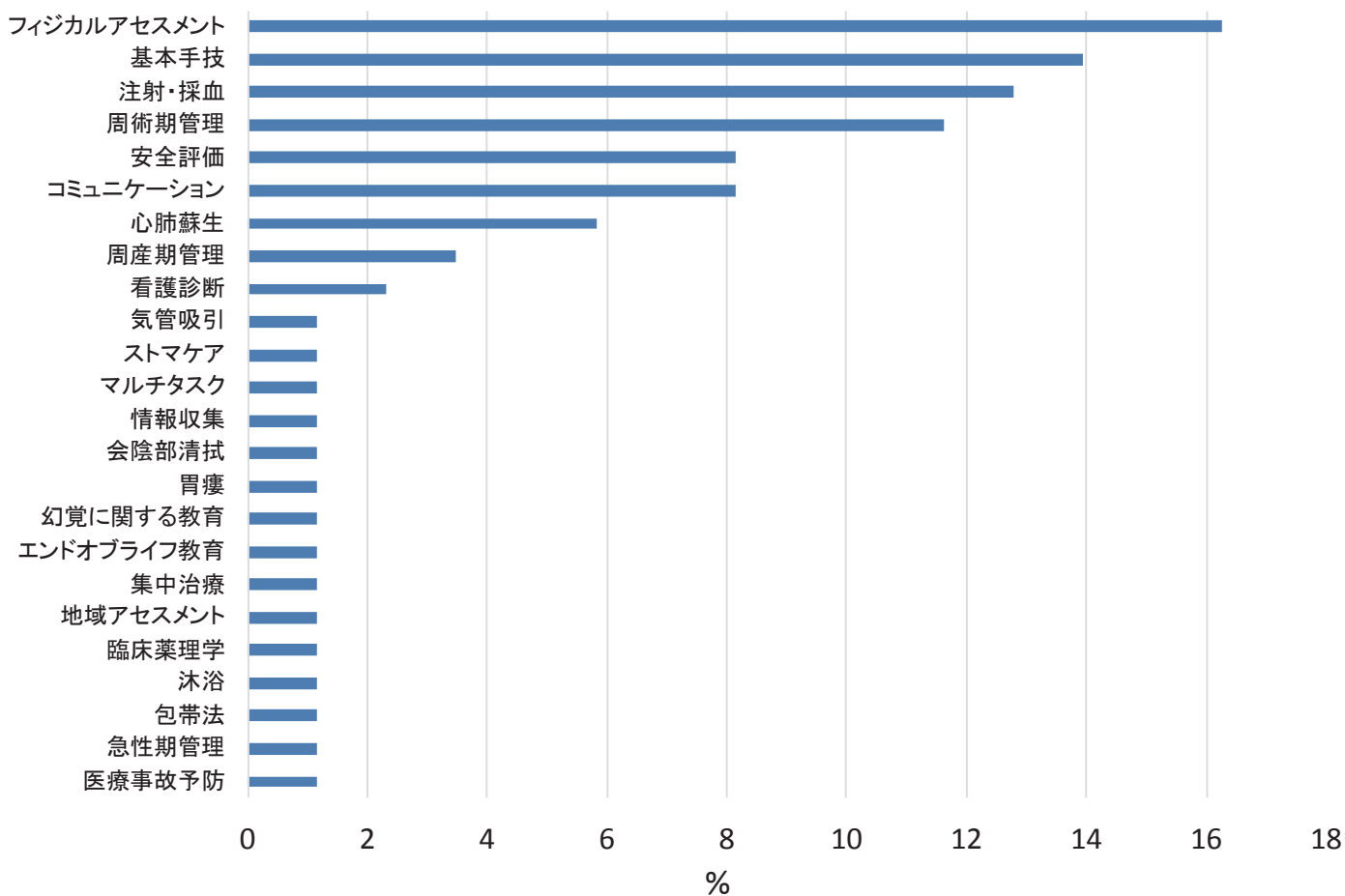


図4 シミュレーションを用いた看護学生教育の教育内容

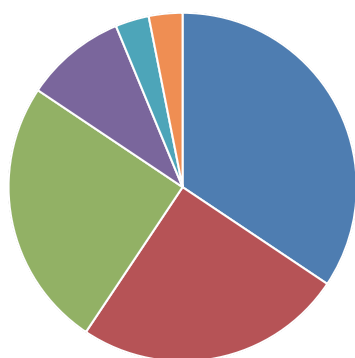


図5 基礎看護分野でのシミュレーションを用いた教育内容

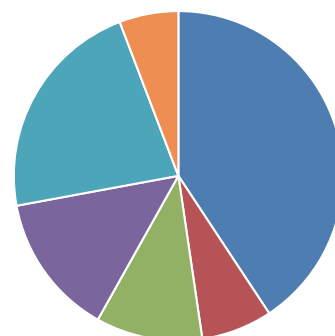


図6 シミュレーションのタイプ

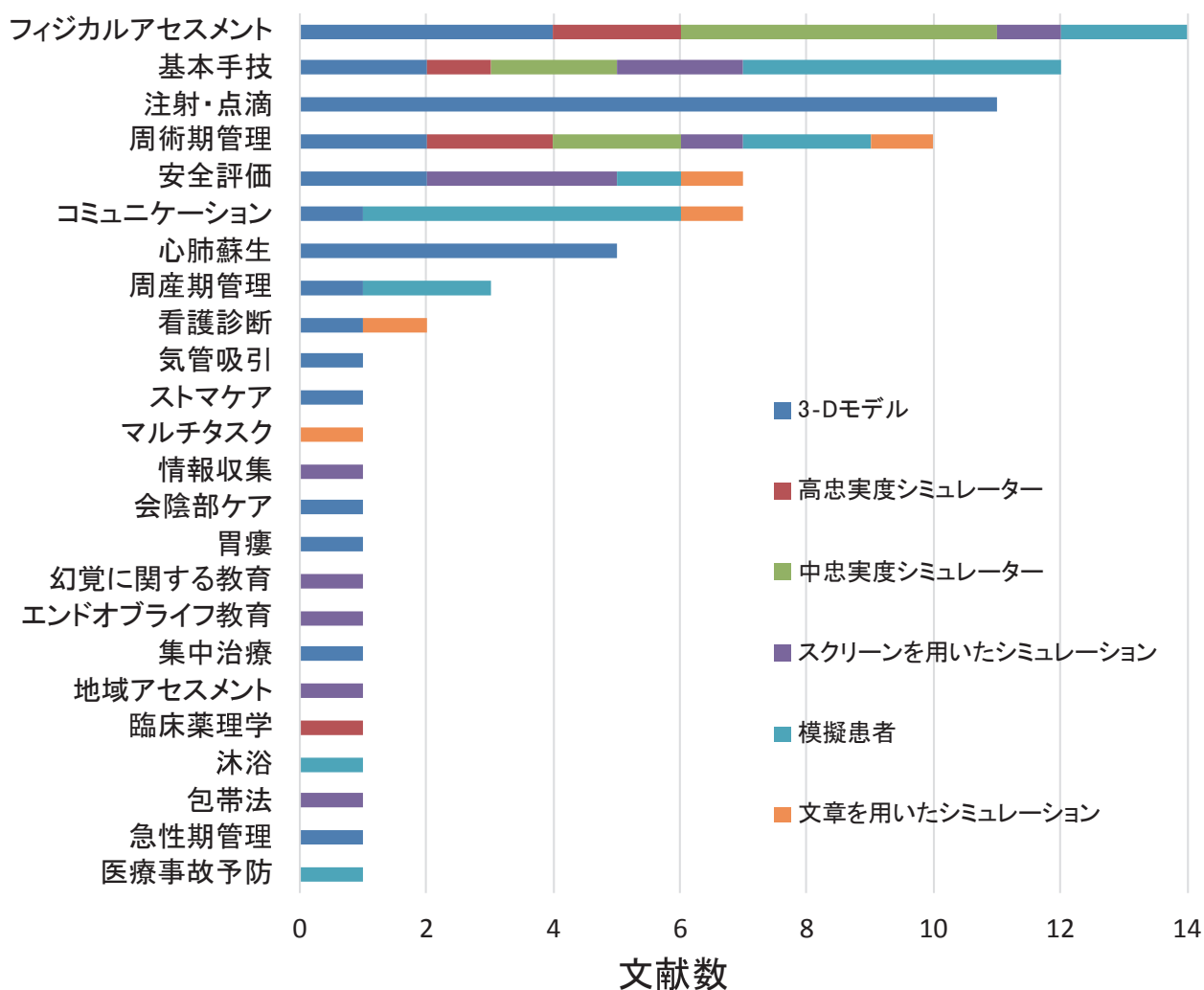


図7 シミュレーションの種類と教育内容

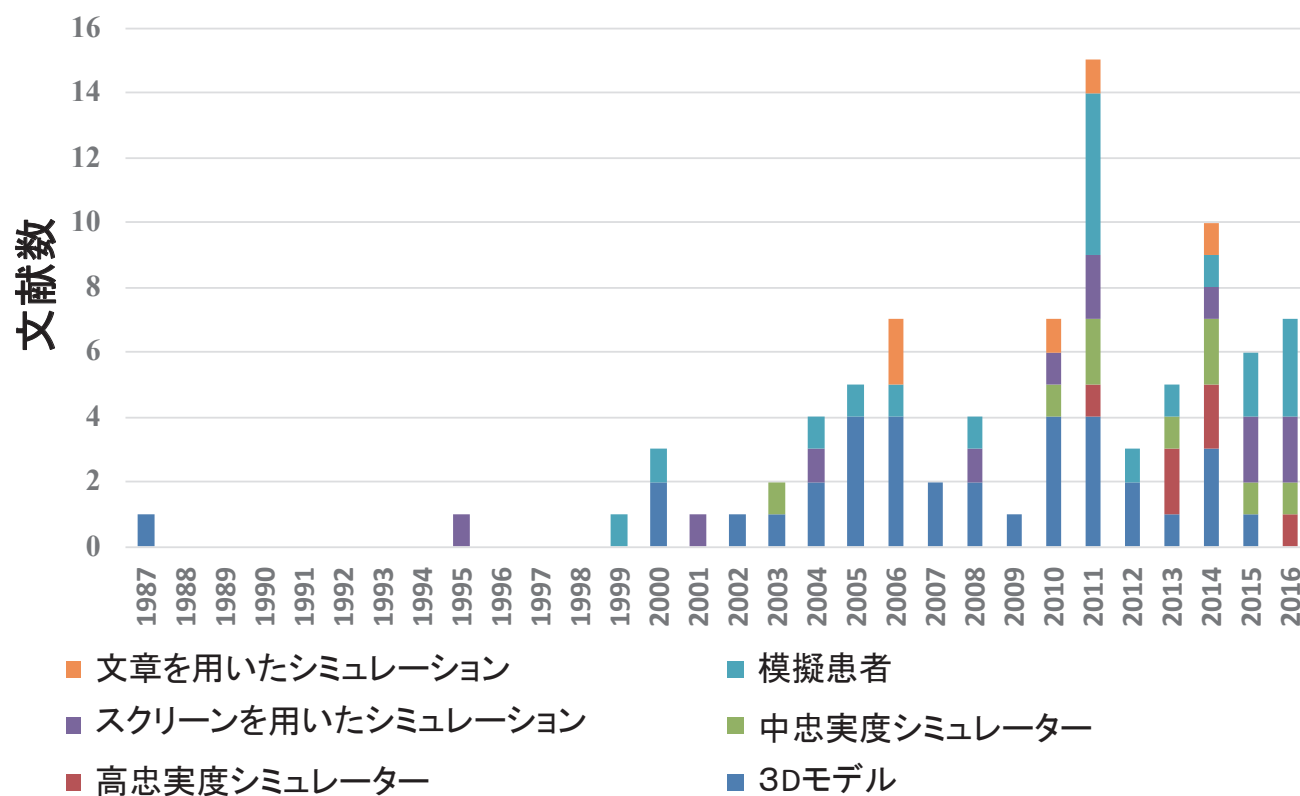


図8 文献の対象となるシミュレーション法の年次推移

第11回岩手看護学会学術集会 ＜特別講演＞

新人看護職員臨床研修プログラムの実際と効果

「新人看護職員研修プログラムの総論」

自治医科大学附属病院 看護部 / 看護職キャリア支援センター

大柴幸子

1. 自治医科大学附属病院の概要

自治医科大学附属病（以下、当院）は栃木県南部に位置し、1,132床を有する特定機能病院で、46の診療科を標榜している。病床稼働率は88.0%前後、平均在院日数は約13.8日、年間新入院患者数は約23,000～24,000人である。

患者中心の医療、安全で質の高い医療、地域と連携する医療、地域医療に貢献する医療人の育成を理念とし、北関東における高度急性期・急性期医療の基幹病院として栃木県内だけでなく、茨城県西部、埼玉県北部の地域医療の中核病院としての役割を担っている。2018年10月にER, ICU, HCU, 手術室, IVR センターを整備した新館南棟を開設し、特定病床部門の機能をさらに充実させた。

看護部は「安心感と温もりのある患者中心の看護を提供します」を理念とし、基本方針は1.「いのち」と「暮らし」を守る看護の提供、2. 地域関係機関や院内の多職種と協働した質の高いチーム医療、3. 地域医療における看護を牽引できる人材を育成、4. 看護が創造できる専門職業人を目指し、自己研鑽に努めることとしている。看護職員が専門職としてやりがいをもっていきいきと働き続けられる職場づくりを目指し、職場環境の調整、教育・研修制度、福利厚生の実現に努めている。

看護師を配置している部署は45部署あり、看護師等有資格者数は2018年4月1日現在で1,444名、新入職者数は142名であった。平均年齢は33.1歳、平均勤続年数は9.5年、既婚率は45%、男性看護職員は63名である。専門看護師5分野、合計12人、認定看護師は17分野、合計28人、特定行為看護師は10行為延べ10名が在職し活動している。

2. 看護職キャリア支援センターの概要

看護師の教育、キャリア形成に関しては看護職キャリア支援センター（以下、センター）を中心として行っている。センターは2010年4月1日、新卒者臨床研修制度の努力義務化に伴い、看護人材育成、活用計画立案及び推進を図り、キャリア評価体制の確立と卒前・卒後教育の一体化を図る目的で、看護部組織内ではなく、病院長直属の組織として開設された。附属病院看護職が生涯働き続けられるキャリアを支援し、教育プログラムの提供等を具体的に・総合的に検討し、看護人材育成・活用計画の立案及び推進を図り、看護部・看護学部等との人事交流の調整やキャリア評価体制の確立、キャリアに応じた処遇の改善及び処遇の提示を促進することを目的としている。

センターは「キャリア形成支援部門」（以下、形成部門）と「教育プログラム開発支援部門」（以下、プログラム部門）の二つの部門で構成されている。形成部門では、主にキャリア支援相談体制の確立とキャリア・パスの基本モデルの策定を行い、プログラム部門では、主に新人看護職員臨床研修の実施・評価とラダー研修プログラムの策定・評価を行っている。

看護師の成長や変化ははしごを登るというより螺旋階段を上がるようなもので、スパイラルアップと呼ばれる「森羅万象の事物は螺旋経路を経て発展する」という概念をシンボルマーク【図1】に込め、看護職のキャリア・パスを構築してきた。基本となる看護実践能力を【図2】に示した。『マネジメント力 Administrator』, 『対人関係力 Relationship』, 『実践教育力 Instruct』, 『看護展開力 Skill』, 『看護倫理力 Ethics』の5つとし、その頭文字から J-ARISE(上

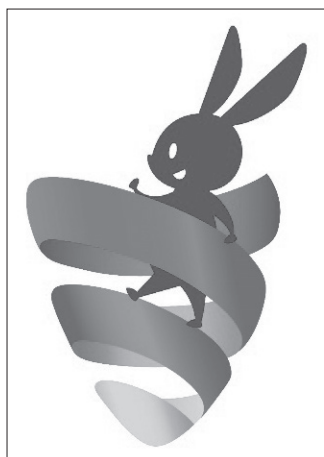


図1 シンボルマーク

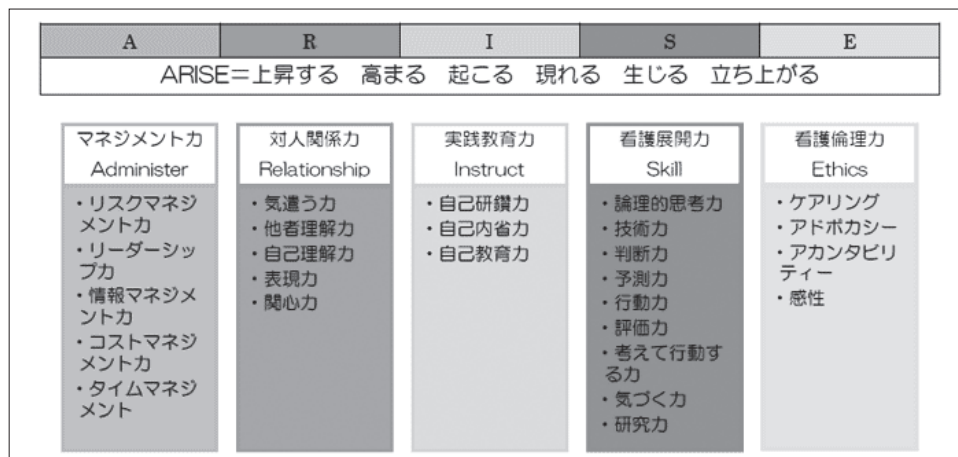


図2 J-ARISE の構成

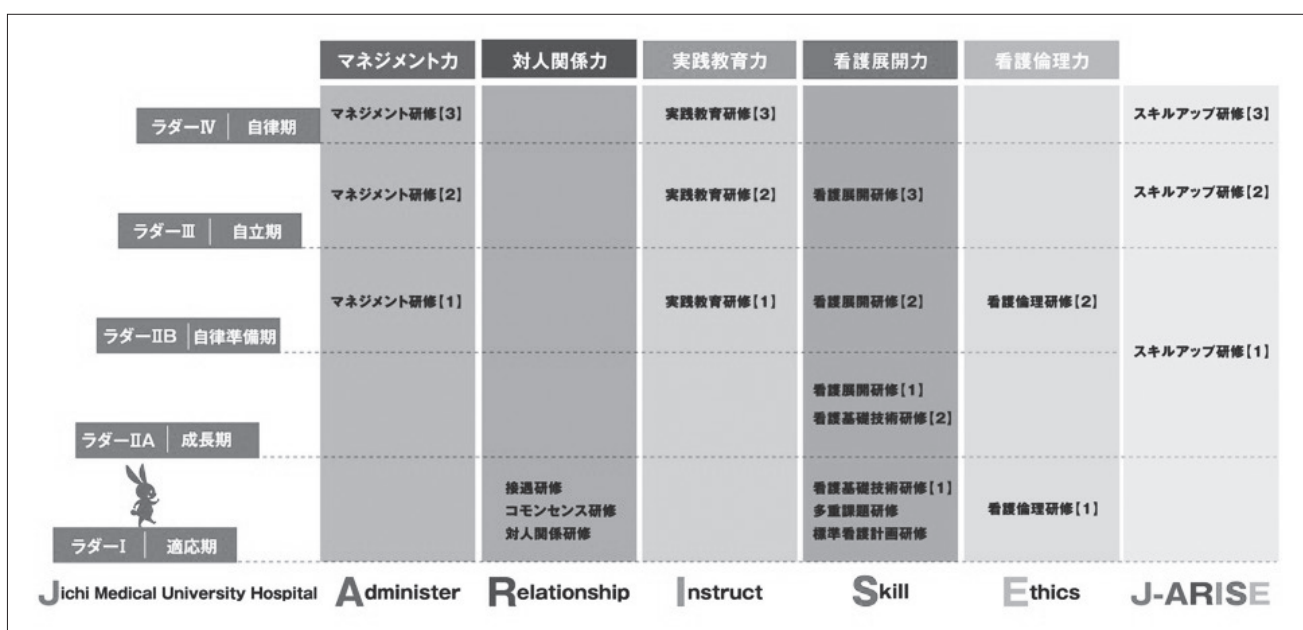


図3 看護実践能力とラダーレベルごとの研修構成

昇、立ち上がるの意)と称している。

5つの能力を総合的に育成する道筋として、ラダーⅠ(適応期)、ラダーⅡA(成長期)、ラダーⅡB(自立準備期)、ラダーⅢ(自立期)、ラダーⅣ(自律期)とし、段階別の指標を形成部門が策定している。高い看護実践能力をもつ看護職を目指して研修を企画し、キャリアアップの支援を行っている。【図3】に基本的看護実践能力とラダーレベルごとの研修組み立てを示した。

3. 新人看護職員研修制度の特徴と実際

【図4】に新人看護職員採用者数と退職者数を示した。新人看護職員研修制度開始前年の2010年は

採用者157名で、退職者数は21名であった。新人看護職員の離職率が例年10%以上を超える状況であり、当時の病院長から問題提起されていた。2009年まで実施していたプリセプター制、部署単位での育成、診療科、自部署ファーストの考え方での新人職員育成方法の限界が見え、研修制度の抜本的な改革が必要と考えた。日本看護協会はガイドラインの中で、新人看護職員臨床研修の理念として「(前略)新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとして重要な意義を有する。新人看護職員を支えるためには周囲のスタッフだけではなく、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育てるという組織文化の醸成が重要である」ことを示した。

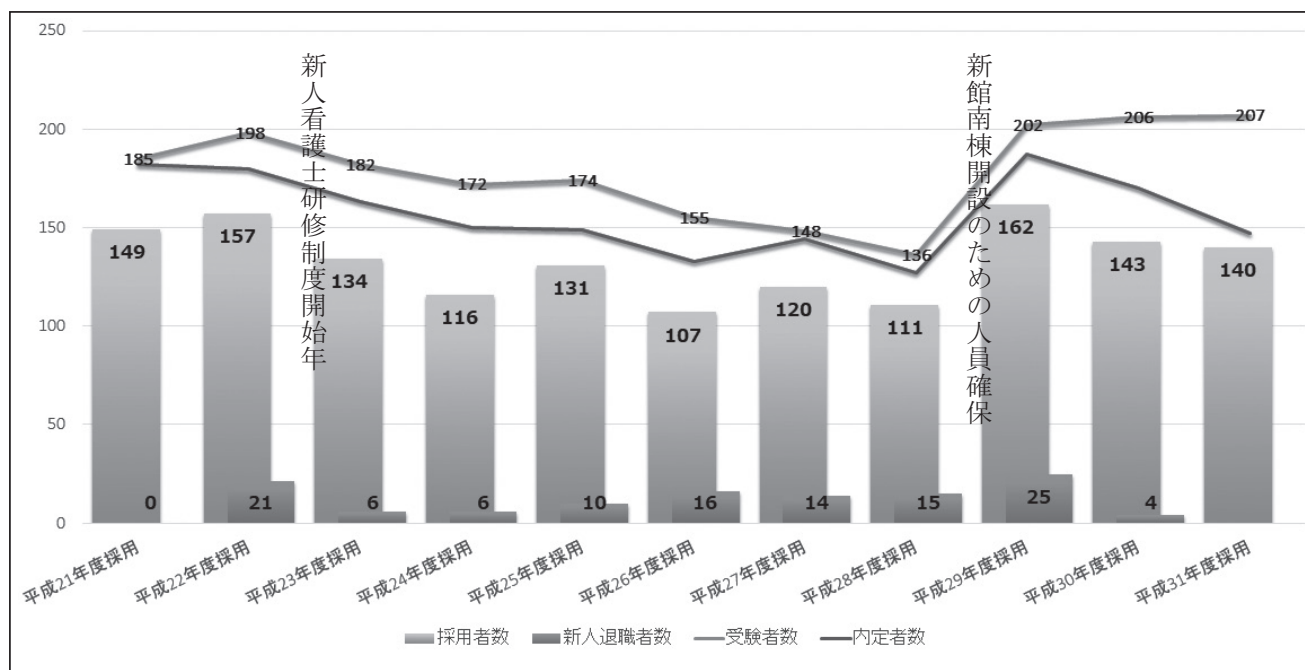


図4 新採用者数と新人退職者数

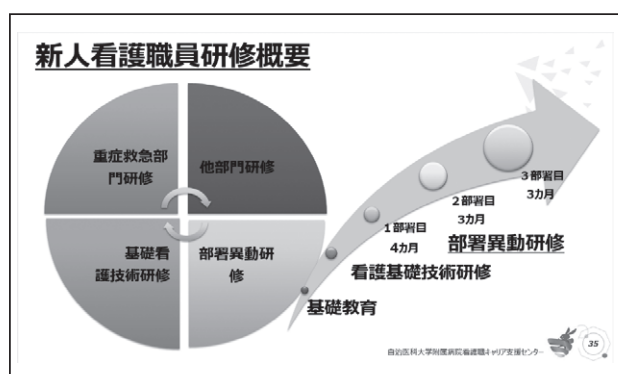


図5 新人看護職員研修の概要

臨床での医療の変化は目覚ましく、多様化、複雑化している。看護基礎教育で習得した知識や技術だけでは安全な看護ケアを提供することは困難な状況にある。そこで病院長の強力なバックアップのもと、新人看護職員は「附属病院看護師として、附属病院全体で育成する」という考え方で研修制度を構築することとした。

当院の新人看護職員研修制度は「集合看護技術研修」、「重症救急部門研修」、「他部門研修」、「部署異動研修」の4つの研修で構成されている【図5】。看護の基礎知識、技術、態度が習得でき、ジェネラリストナースとしての臨床実践能力の基盤を形成

する。看護専門職業人として、根拠に基づく看護実践のために必要な基礎的知識、技術、および社会人、専門職業人としての態度を約1年間かけて修得し、ベッドサイドケアを安全で確実に実践できることを目指したプログラムとなっている。

新人看護職員臨床研修制度の理念は看護職としてのキャリアの第1歩を丁寧に歩み出せることを組織が支援するとした。目的は看護職としての基本姿勢と態度、および知識・技術を学習し、安全で安楽な看護が提供できるとした。目標は1. チーム医療を担う組織の一員としての意識を持つことができる、2. 複数部署・部門を経験しながら安全で安楽な基本的看護技術が実践できる、3. 全人的に対象をとらえることができる、とした。この新人看護職員研修制

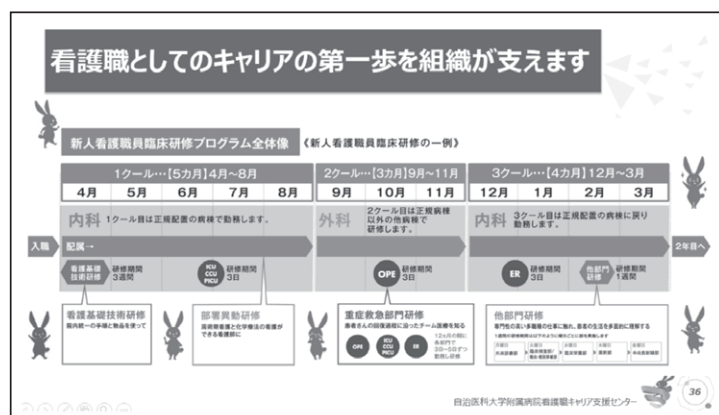


図6 新人看護職員研修プログラム全体像

[illegible]

図7 新人看護職員研修個別スケジュールリング

度を基盤とし、状況を適切に判断できる力や応用力を育成するとともに、看護の社会的な使命を認識して生涯にわたり、自己啓発できる看護実践者としての成長を目指している。

新人看護職員研修の期間は4月から翌年3月までの12カ月間とし、【図6】、【図7】に示したように個別の年間計画を立案する。研修方法は新人看護職員の看護技術習得の到達目標に沿って「部署異動研修」を柱に、「看護基礎技術研修」、「重症救急部門研修（ICU/CCU/PICU、OPE、ERなど）」と、さらに「他部門研修（薬剤部、臨床検査部、輸血・細胞移植部、臨床栄養部、外来診療部、中央放射線部など）」を取り入れ、チーム医療実践への原点となる互いの業務内容を知ることができる方法を構築した。

「看護基礎技術研修」は看護技術を提供する上で必須となる患者の状態をアセスメントする力、安全配慮の視点、倫理配慮の視点、これらの視野を広げるための研修である。国家資格を持つ新人職員が勤務時間内で行うこの研修では、これから職業人として現場で経験を積み重ね看護実践能力を高めていくための基盤づくりを期待している。

目的は基礎となる看護技術を安全に提供できるための基本的知識と技術と態度を身につけること。目標は1. 看護技術を提供するうえで必須となる安全な知識と倫理的態度を身につける。2. 起こりやすいインシデント・アクシデントにつながる状況がイメージできる。3. 現場実践を想定した、実地で役



図8 看護基礎技術集合研修の風景

立つ技術を習得する。 4. 研修での技術獲得状況の明確化により部署での二重オリエンテーション負担を軽減する。 5. 学習習慣を身につけ、職業人としての生活環境を整える。 6. 手本となる看護実践者との交流をはかる。1グループ30名程度で、6グループに分けて、先輩看護師の指導のもと約2週間、集中的に技術研修を実施している。【図8】はその研修風景の一部である。例年、実地担当者が数か月かけて準備を行っている。

「重症救急部門研修」【図9】は患者さんの回復過程に沿ったチーム医療を知ることを目的として、主にERやICU、CCUで行われている救命救急処置や急変時の対応、人工呼吸器装着時の看護、モニタリングや呼吸・循環管理などの看護技術の習得を目指す。一般病棟では経験できない全身麻酔下にある患者への倫理的配慮や合併症予防などの手術室看護

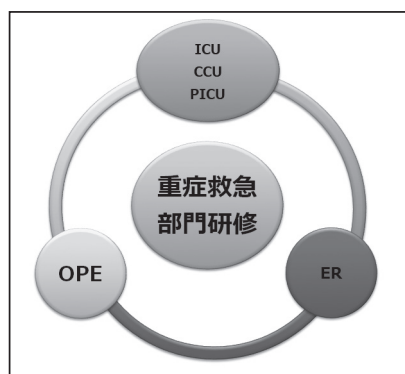


図9 重症救急部門研修

は、術前の心身の状態を整えることや術後の疼痛コントロールやドレーン管理、合併症予防の看護の実践に役立つ。チーム医療の一員として患者を全人的に捉え回復過程をふまえた看護を実践するうえでも、こうした重症救急部門での看護を経験しておくことは重要と考える。

「他部門研修」は専門性の高い他職種の仕事に触れ、患者さんの生活を多面的に理解することを目的とした。他部門を見学し他の職種の業務内容や専門性に触れ、互いの連携への理解を深めることや、患者の生活の流れや患者が受ける検査の状況をイメージ化することに役立つ。組織のなかで看護の役割を考え協働する大切さを実感することを期待している。【図10】示したように1日ずつ1週間の研修である。



図10 他部門研修

「部署異動研修」【図11】は実際に特性の違う部署を異動し、部署の特徴的な看護実践を学ぶ。成人系18病棟を対象とし、子ども医療センター、総合

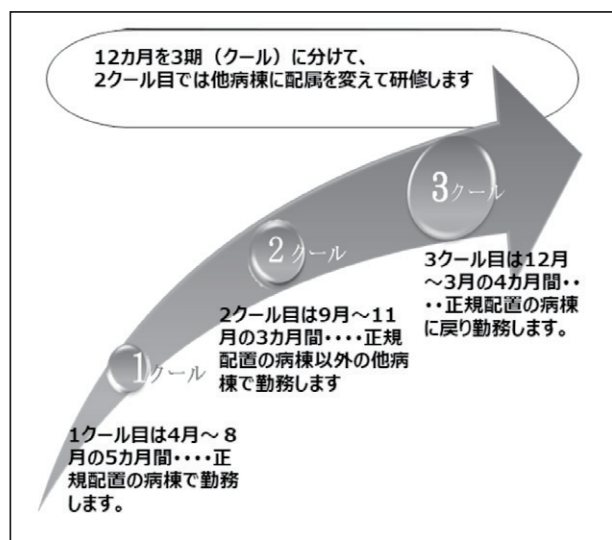


図11 部署異動研修

周産期母子医療センターは除外している。

患者ひとり一人は、既往歴や複数疾患を抱えて治療や検査に臨み、その健康障害も様々である。医療が高度化する中、多様なニーズを持つ患者・家族に寄り添った看護を提供するには、全人的に患者を看る実践力が重要である。当院では安全な看護を提供できる看護師として成長していくために、新人期の1年間は知識と技術と態度を統合し基盤作りをする大切な時期と考えている。そこで、現在の医療のなかで欠かせない、手術とがん治療に伴う看護の両方を経験できることを柱に部署異動研修プログラムを作成した。

配属先の病棟が変わることになるが、新人教育プログラムの3クールの段階別の到達目標は院内で共通としている。加えて各部署が自部署の特徴的な疾患、治療や検査や看護技術について、専門性を学べるように目標設定する。

各部署の教育担当者、実地指導者を始め、スタッフ全員が、しっかりサポートしている。また2クール目、3クール目には院内共通のテーマの部署別課題研修があり、部署の先輩の支援を受けながら、看護実践の根拠を深めている。

研修制度開始当初、「附属病院全体で育成するという考え方」の組織風土の醸成が未熟な段階では部署責任者から問題点の指摘が多く寄せられた。複数回にわたり意見交換会を行い、対策を検討してきたことで、最終的にはプラスの意見が聞かれた。

部署の指導体制は図プログラム部門長を責任者と

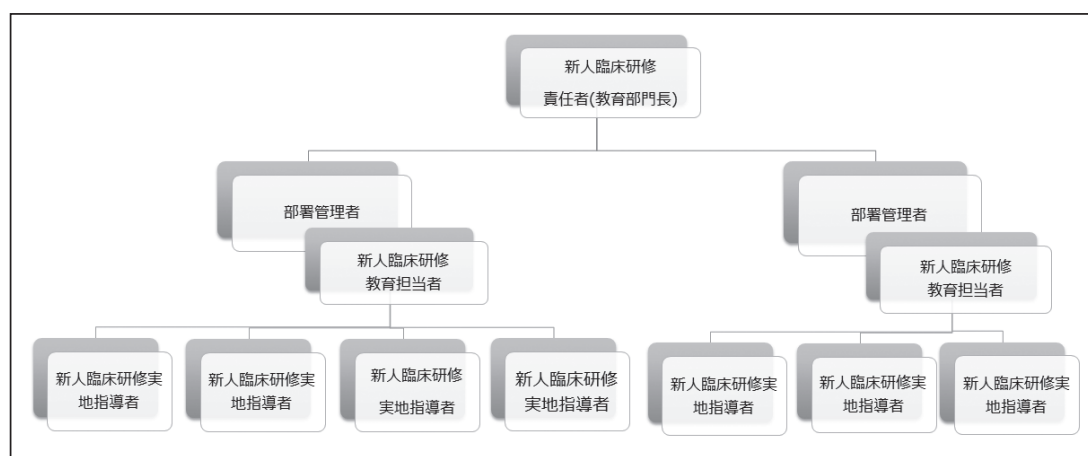


図 12 研修指導体制

表 1 教育担当者・実地指導者研修会参加者数

研修名	平成23年 度	平成24年 度	平成25年 度	平成26年 度	平成27年 度	平成28年 度	平成29年 度
新規 実地指導者研修会	116名	49名	51名	67名	56名	67名	75名
第1回実地指導者研修会		145名	132名				
第2回実地指導者研修会		136名	137名				
第3回実地指導者研修会		120名					
実地指導者Ⅰ連絡会				64名	66名	60名	71名
実地指導者Ⅱ連絡会				82名	64名	64名	66名
第1回教育担当者研修会		44名	43名	49名	47名	56名	53名
第2回教育担当者研修会		43名		48名	51名	56名	47名
第3回教育担当者連絡会				56名	58名	56名	52名
実地指導者集合研修打ち合わせ				88名	82名	104名	106名

して、教育担当者が部署での指導の要とし、複数の実地指導者が直接的な指導を行う体制をとっている【図 12】。

教育担当者研修会は年3回、実施指導者研修会は年2回定期的に開催している。【表 1】に示した通り、平均66名が参加する研修会を通して、研修の主旨を確認し、問題点と対策を検討し、研修制度を

進化させている。今後もこの体制を維持できるように努めていきたい。

このたびはこのような貴重な機会をいただき、岩手県看護協会ならびに学会主催者の方々に深く感謝申し上げます。

第11回岩手看護学会学術集会 ＜特別講演＞

新人看護職員臨床研修プログラムの実際と効果

「新人看護職員研修プログラムの効果と課題」

自治医科大学附属病院 看護部

亀田美智子

厚生労働省のガイドラインにある新人看護職員臨床実践能力の構造の中心には、「看護職員として必要な基本姿勢と態度」があり、その外側に「技術的側面」と「管理的側面」がある。これらは、それぞれ独立したものではなく、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されるべきものであり、また、看護基礎教育で学んだことを土台にし、新人看護職員研修で臨床実践能力を積み上げていくものである。これを基本に、当院の新人看護職員の研修プログラムを進めている。

この研修プログラムの効果については、研修をどの視点で評価するかによってその効果も変わってくる。今回は、「新人看護職員の成長」「看護職員の成長」「教育環境の整備」「看護職員の人材確保」の4つとした。その中で、特に当院の研修プログラムの特徴である部署異動研修について、新人看護職員の成長の評価等を中心に説明する。

1. 新人看護師の成長

研修の全体概要は、「看護基礎技術研修」「部署異動研修」「重症救急部門研修」「他部門研修」「署別課題研修（多重課題、看護倫理、標準看護計画）」の大きく分けて5つの研修で構成されている。

1. 看護基礎技術研修

基礎教育で培った力を現場で活かせるための第一歩として、「基礎となる看護技術を安全に提供できるための基礎的知識と技術と態度を身につける。」を目的に実施している。4月入職後10日間かけて、24項目をおこなっている。1グループを15人程度として、グループごとに演習をおこなう。この研修による効果として、大きく以下の5点があげられる。

1) 院内の統一した看護基準・手順を、根拠を基に時間をかけて臨床の先輩から直接指導を受ける事ができる。2) 実際に病棟で使用している医療材料を使い練習することができる。3) シミュレーションセンターを活用して実践に近い状況で練習を繰り返すことができる。4) 医療の基本となる安全・感染について医療安全対策部、感染制御部から系統だて十分に学習・演習をおこなうことが出来る。5) グループごとに行動し考え、実践することで、仲間づくりの機会となる。

新人看護師にとって、「病棟で使われている医療材料機器を使い練習し実施した。」という経験は、臨床の実践の場面での最初の不安や緊張の軽減に繋がっている。また、当大学の看護学部からの入職者は全体の3分の1程度であり、県外も含め多くの教育機関から入職している。そのため、グループ活動による仲間づくりは、その後の大きな支えになっている。

2. 部署異動研修

1) 概要

当院の研修プログラムの大きな特徴である「部署異動研修」は、成人病棟（18病棟）に配属になった新人看護職員を対象としている。小児・母性領域は、それぞれ成長段階や病状の経過に沿った特殊な看護技術の習得が必要であり、その内容も複雑なため部署異動を実施していない。

部署異動研修をこれまで継続している根拠には、看護技術習得率の高さがある。研修開始当初は3部署異動していたが、平成27年から一部変更し、2部署異動へ変更した。1と3クール目は同じ部署で希望の部署、2クール目は別な部署としている。部

部署異動研修期間 ⇒ 評価時期

- ・ 1クール目(4月～8月：5か月間)
- ・ 2クール目(9月～11月：3か月間)
- ・ 3クール目(12月～3月：4か月間)

- ・ 上記のクール毎に、自己評価・他者評価をおこない段階的に技術習得できていくことを評価する。



必須項目

- ・ 1クール目での習得を目指す
- ・ 全ての領域で行う日常的な看護技術(135項目)

共通項目

- ・ 部署により経験頻度が異なる
- ・ 外科系は周手術期、内科系は抗がん薬をポイントとする。(141項目)

重症救急部門

- ・ 重症、救急部門で経験する項目(107項目)

署の組み合わせの考え方の基本は、①内科系、外科系の2部署を経験する。内科系は抗がん薬の投与、外科系は、周術期を経験する。②配属部署による技術習得の差が少ない組み合わせをする。(1年終了時に、技術評価表の全項目のI評価平均が75%以上)

部署異動研修は、1年間で3クール分けて段階的に学んでいく。そして、その異動期間ごとに技術習得評価と、看護職員として必要な基本的姿勢と態度、管理的側面の2つの評価をおこない段階的に成長の経過を評価していく。この評価は、固定部署も同じ時期に行い成長を評価している。評価項目は、厚生労働省がガイドラインで提示している「1年間で習得する事が望ましいという項目」を、当院の機能に合わせて3つに分けて評価しやすくしている。

この技術習得評価(スキルチェック)を行う前に、新人看護職員および評価を行う実地指導者に対して、この評価は、「できる、できない」の評価ではなく、新人看護職員自身の看護技術到達度の確認

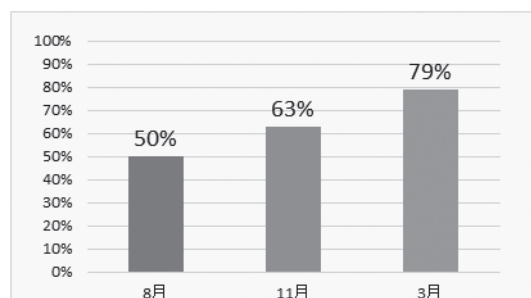
と課題を見出して次のステップに進むためのツールであること、またどの部署に異動しても、自己・他者ともに、技術の習得状況が理解でき、サポートを受けやすくするものであることを周知し、意識付けをおこなっている。評価は、4段階の「Ⅳ知識としてわかる」「Ⅲ演習でできる」「Ⅱ指導の下でできる」「Ⅰできる」としている。評価をする際の約束として、以下を提示している。①自治医科大学附属病院看護基準・手順を元に評価する。②手順に従って実施できているかの確認だけでなく、新人看護職員の患者への実践を基に、「看護技術を支える要素」も含み確認評価する。③提供する看護技術が患者のどんな問題を解決、予防するために行うかという目的とその目的が達成できたのか。④患者の満足が得られたかの評価も重要であることを、実践の具体例を基にフィードバックを行い評価し新人看護職員の成長に繋げていく。実際のスキルチェック票は、評価内容を細かくし、また、「★を付け、1年目で評価Iを目指す項目」「【必須】を付け、この技術が必

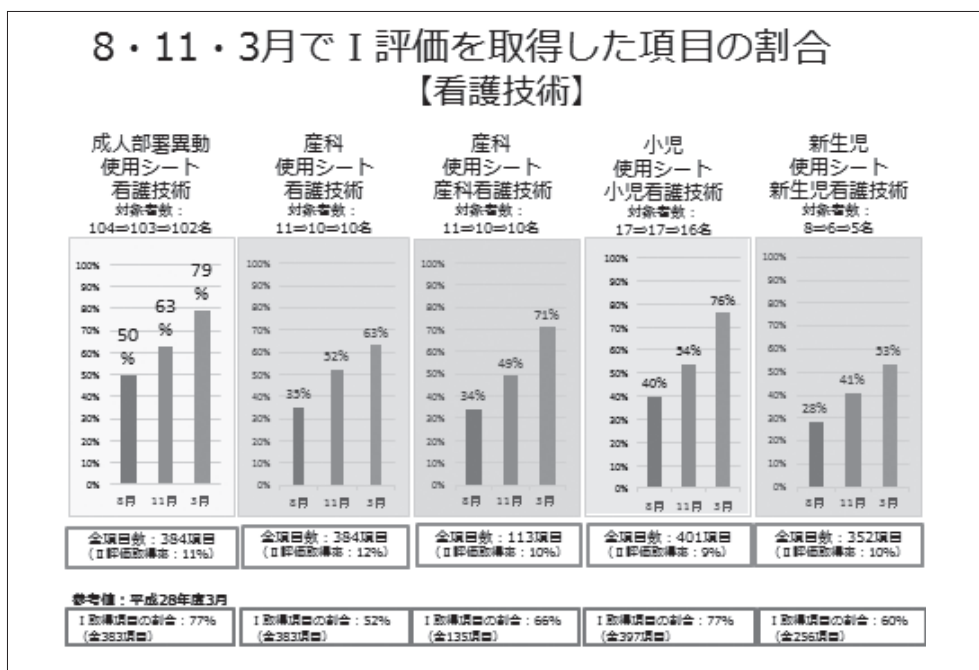
歩行介助、移動の介助、移送

- ★【必須】車いすへの移乗・移送の必要性が言える
- ★【必須】車いすへの移乗・移送時の留意点がわかる
- ★【必須】車いすへの移乗・移送が実施できる
- ★【必須】ストレッチャー移乗・移送の必要性が言える
- ★【必須】ストレッチャー移乗・移送時の留意点がわかる
- ★【必須】ストレッチャー移乗・移送が実施できる
- ★【必須】歩行介助の必要性が言える
- ★【必須】歩行介助時の留意点がわかる
- ★【必須】歩行介助が実施できる

看護技術 【384項目】

I評価を取得した項目の割合8月・11月・3月





クール毎の技術習得率

須項目である」など、表示している。1つの項目を細かく知識と実践と評価できるように作られており、項目数は384項目となる。細かく評価できる反面、項目数の多さとそれに掛かる時間は課題となっている。毎年、評価方法の修正と工夫をしているが、継続した課題である。

2) 看護技術評価の結果

看護技術全項目384項目すべての習得結果は、全体平均、8月50%、11月63%、3月79%である。部署による差はみられるが、全体平均は、3月で75%の目標をクリアしている。目標は、前年度までの評価結果から設定している。また、毎年この評価結果から2部署の組み合わせを検討している。全体結果の内訳では、必須項目は1クール目81%、2クール目90%であり、日常的な項目のためどの病棟でも1年間の中で習得できている。共通項目は、1クール目46%、2クール目63%、最終は79%であり、病棟によって経験出来る項目が異なるため、習得率は低くなっていると考えられる。重症救急部門は、1年目では1習得が難しい項目も入っているため1習得は最終で68%である。

部署異動をしない固定部署のスキルチェック票は、それぞれの部署に必要な項目を加えているため項目数も異なり、比較できる結果ではない。しかし、院内全体の新人看護師の評価として集計し、前

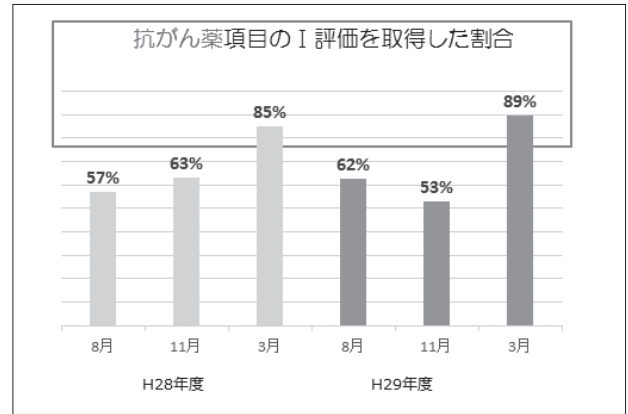
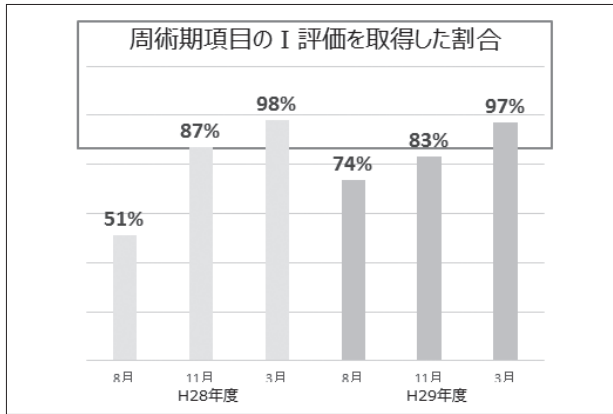
年度と比較することで新人看護師の技術習得の傾向を把握している。

2部署の組み合わせは、内科系（抗がん薬）、外科系（周術期）の習得率の評価が重要になる。平成28年度の周術期の評価は、1クール目は51%と低めだが、3クール目で98%に上昇しており、部署に戻ってきたときに習得できるように指導していることが分かる。一方、2クール目は87%であり、異動した3か月間で習得できるように指導していることがわかる。この結果を基に平成29年度は2部署の組み合わせを検討し、結果1クール目の習得率は上昇、全体もほぼ変化はなかった。

内科系の抗がん薬投与の評価は、平成29年度2部署目で53%に低下している。診療科によっては抗がん剤投与を積極的に外来治療へ移行しているための影響と考える。この結果を基に今年度は組み合わせを一部変更している。

総合評価平均は、新人看護師全員が、目標の平均75%を習得できているかを確認し、組み合わせの差が大きくならないように考える資料としている。しかし、この結果は個人の能力が大きく影響しているため、その点の考慮が必要である。

当院は、基本的に専門の診療科別に細分化された病棟編成になっている。その中で、新人看護職員が、1年間に習得することが望ましいとされる技術



については、2つの部署を経験することで達成できていると考える。また、部署の診療科の患者だけでなく、他の診療科の患者にも基本的な対応ができるようになることは、新人看護職員の臨床での自信・安心感につながっており、大きな成果と考える。

3) 管理的側面の評価結果

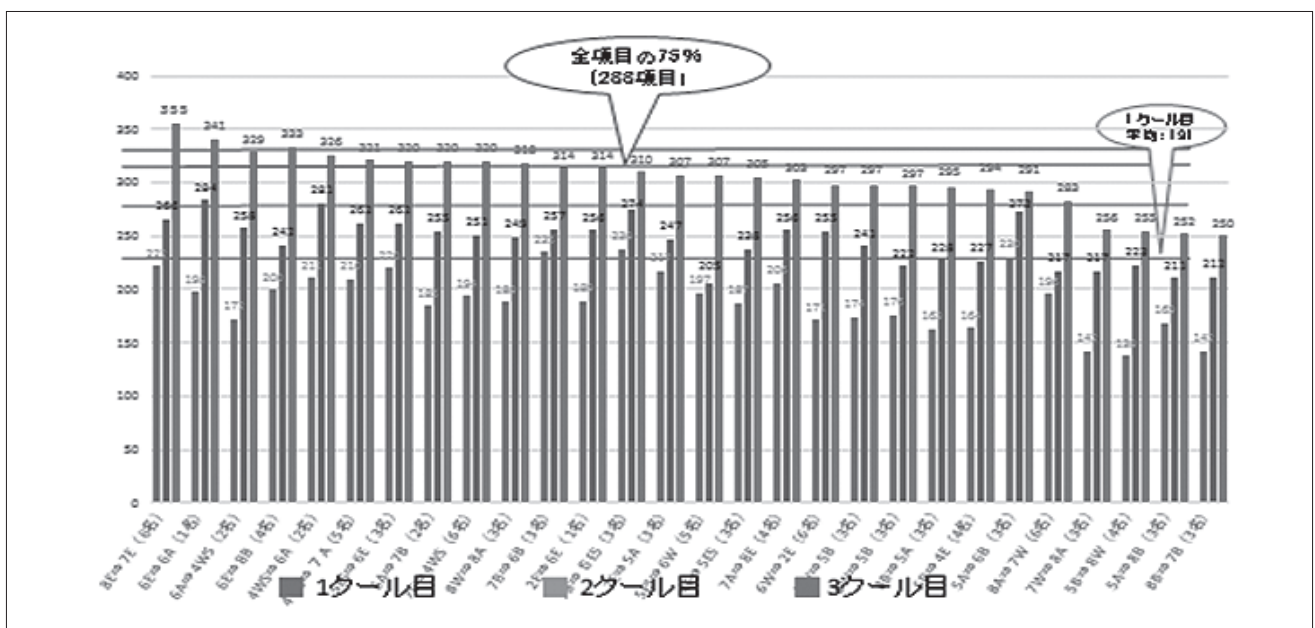
この構造の核となる「看護職員として必要な基本的姿勢と態度」は、①看護職員としての自覚と責任ある行動 ②患者の理解と患者・家族と良好な人間関係の確立 ③組織における役割・心構えの理解と適切な行動 ④生涯にわたる主体的な自己学習の継続の4つとなる。自分たちが職業人、組織人としてどのように振る舞い、専門職として自己研鑽を積む必要があるのかが明記されている。私たちは、新人

看護師がこのような姿勢と態度を身につけられるよう、日々の教育のなかで働きかけていく必要がある。これは、新社会人としての「社会人基礎力」と「社会化」へと繋がっている。

具体的な評価票は、看護職員として必要な基本的姿勢と態度、管理的側面として、①専門的、倫理的、法的実践 ②看護の提供 ③マネジメント ④専門能力の開発の4つの大項目である。

当院では、そこから30の中項目に分け、更に44の小項目で評価している。クール毎に到達目標を設定し、新人看護師の実践力、態度、管理的側面の成長を評価し、段階を経て成長していくことを支援している。

管理的側面では、部署異動研修（異動部署）、固

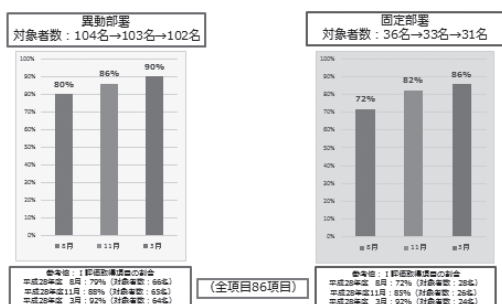


2 部署の組み合わせによる1評価習得の総合評価平均

到達目標（例：専門能力の開発）

- 1 クール目：患者を取り巻く他職種が存在を理解し必要時報告・相談ができる
- 2 クール目：助言を受けながら関連各部門・他職種との連携や調整ができる。
- 3 クール目：助言を受けながら関連各部門・他職種との連携や調整ができる。

クール到達（管理的側面・態度的側面）の到達目標に対して I 評価を取得した項目の割合 8月・11月・3月



定部署の評価結果を比較すると、全体的に異動部署のほうが評価は高くなっている。部署異動することは、複数の部署の看護師、多職種との人間関係を築くことが求められる。看護師はチームとして働く環境であるため、多くの職員と関係性を築くためには必要なことであり、社会性を身に付けることの効果の1つであると考えられる。しかし、新人看護師の現状としては、やっと慣れた部署から異動してまた別な部署で関係性を築くことにストレスを感じている者もいる。研修途中で、新しい環境になじめずに元の部署へ戻る新人看護師も数人出てきている。現在実施している「自己理解」「他者理解」「対人関係」を組み込んだ研修など、新人看護師の心理的負担を軽減するよう更なる支援の工夫が必要と考えている。

3. 重症・救急・中央手術部研修

それぞれ3日間ずつ研修をおこなっている。中央手術部の研修では、可能な限り新人看護師の所属している部署の診療科の手術を見学できるように配慮している。この研修によって、一般病棟では経験できない特殊な状況にある患者の看護実践（人工呼吸器装着中の患者の看護、高度かつ特殊な医療機器の取り扱いなど）を経験し、知識としてまた技術としても多くの事を身に付けることができている。また、当院は重症・救急部門への配属は2年目から、中央手術部への配属は3年目からとしているため、新人看護師にとってはこの研修が、自分のキャリアを考える一つの機会にもなっている。

4. 他部門研修

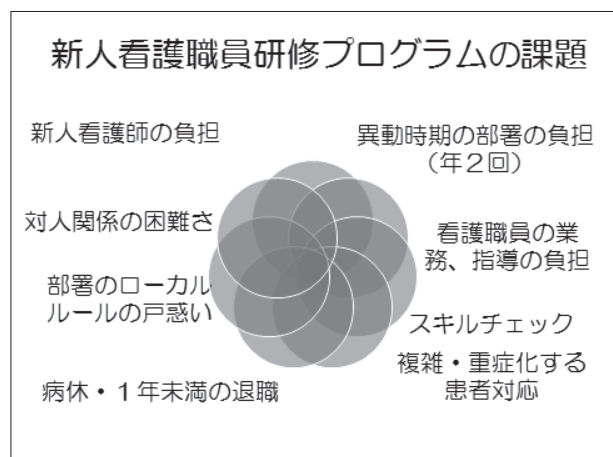
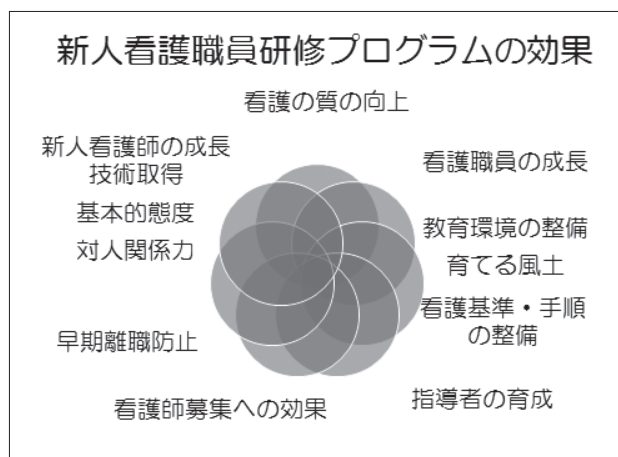
「月：外来診療部、火：臨床検査部/輸血部、水：薬剤部、木：臨床栄養部、金：中央放射線部」を基

本に1週間の研修をしている。この研修開始時から、他部門の協力を得て継続して実施している。厚生労働省は2014年に「新人看護職員研修制度ガイドラインの改訂版」で、「医療機関内の多職種との連携を密にとるとともに、新人看護職員が多職種の業務を理解するための機会を設けることが必要である。」と提示しており、重要な研修だと考えている。この研修は、各部門1日ずつだが、部門ごとの仕事内容や役割、多職種連携の必要性を学ぶ貴重な機会になっている。以前は、部門や職種が異なるため、直接新人看護師との日常的な関わりも少なく、看護師教育に関心が薄い状況だったが、この研修をとおり、看護部だけでなく病院全体で新人看護師を育てる組織風土の形成に繋がっている。

5. 部署別課題研修

「看護倫理」「標準看護計画」「多重課題」の3つをおこなっている。看護倫理・標準看護計画は、各部署での個別の指導としている。

多重課題研修は、部署ごとに行う負担を軽減するため、また、学びの幅を広げるために集合研修として行っている。より効果的・効率的に研修を行うために、新人看護師はe-ラーニングによる事前学習を行い、研修当日のシミュレーションに臨む。研修当日は、シミュレーションセンターにある療養環境を模した場所で、体験シミュレーションを行なう。事後課題として、学びと気付きのレポートおよび部署で経験した多重課題場面を実地指導者とともに振り返るまでを一連の研修としている。この研修を通して、優先判断のアセスメントや、効果的な報告方法の実際等に効果が得られている。



Ⅱ. 看護職員全体の成長

当院では、院内のキャリアラダーを基に、臨床経験、指導経験を加味して、実地指導者を2段階に分け、その要件を設けている。ラダー研修によって積み上げられた教育内容を理解してから役割を担えることを目的としている。これによって実地指導者の質の担保、および各個人の役割を担うことによるキャリアアップの機会にもなっている。実地指導者Ⅰは、主に部署内での新人看護職員への直接的な指導と精神的な支援、部署内における適切な指導方法を広めていく。実地指導者Ⅱは、これに加えて集合研修の企画を中心に院内全体での活動もおこなっている。これらの実地指導者が増えていくことで、臨床の指導の質を更に向上できていると考える。新人看護職員対象の研修プログラムだが、指導者も互いに学びあえる研修となっている。

Ⅲ. 教育環境の整備

ガイドラインにある、新人看護職員臨床研修の理念では、「新人看護職員を支援し、周りの全職員が共に支え合い、成長することを目指すこと」を明記している。研修をすすめることで、院内の全職員の成長に繋がることを常に意識してプログラムを進めている。少しずつ重なり合うことで強度が増す屋根瓦のように、それぞれの職員が新人看護職員の育成に様々な場所で、「教え、教えられる」ことで厚いつながりを持てるチーム指導体制をとっている。また、この研修プログラムに、集合研修の院内講師や、部門研修等で各部門が関連していることは、看護部だけでなく病院全体で新人看護師を育てる組織風土の形成に有効である。

この研修を開始するにあたり、院内の看護基準・手順の整備をおこない全職員への周知に努めたことは、現在の看護の質の担保に繋がっている。しかし、全ての事を細部まで統一することは難しく、部署ごとのローカルルールが継続した課題でもある。一方で、新人看護職員を通して、他部署の新たな情報を交換しあい、より働きやすい職場を考える機会にもなっている。

Ⅳ. 看護職員の人材確保

看護学生が就職施設を決めるポイントとして、教育体制が重要であると言われている。当院の教育体制は「大変魅力ある教育体制である」と評価されており、この研修を開始してから当院への就職を希望する学生が増加し看護職員の確保に繋がっている。

Ⅴ. 今後の課題

当院の研修プログラムは、新人看護職員個人から組織全体へと様々なことに効果があると考えている。しかし、研修を継続していくには多くの課題もある。特に部署異動研修は、最近の新人看護師の対人関係能力の未熟さ・困難さから更に工夫が必要と考えている。部署異動の方法等の検討とともに、新人看護職員の精神的な支援についてもより具体的な支援の検討を進めている。そして、この研修プログラムで成長してきた看護職員が、臨床実践の中でこの研修がどう活かされているのか、本人のキャリアにどのように影響しているのか、今後調査をする予定である。それらの結果を参考に、今後更により効果的・効率的な研修となるように検討を重ねていきたい。

会 告（１）

第 12 回岩手看護学会学術集会のご案内

第 12 回岩手看護学会学術集会を下記の通り開催します。会員の皆様をはじめ多数のご参加をお待ちしています。

期日：2019 年 10 月 5 日（土）

会場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟

会長：平野 昭彦（岩手県立大学看護学部 基礎看護学講座）

テーマ：地域文化を踏まえた看護を考える

演題募集期間：2019 年 5 月 13 日（月）～6 月 17 日（月）

学術集会 Web サイト：<http://isns.jp/gs12th/>

2019 年 5 月

第 12 回岩手看護学会学術集会

会長 平野 昭彦

（岩手県立大学看護学部 基礎看護学講座）

会 告（２）

2019 年度 岩手看護学会総会について

2019 年度岩手看護学会総会を下記の通り、開催します。

期日：2019 年 10 月 5 日（土）12:00～12:30

会場：岩手県立大学 講堂

2019 年 5 月

岩手看護学会理事長 内海 香子

岩手看護学会会則

第一章 総則

第1条 本会は、岩手看護学会（Iwate Society of Nursing Science）と称す。

第2条 本会の事務局を、岩手県立大学看護学部内（〒020-0693 岩手県滝沢市菓子152-52）に置く。

第3条 本会は、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかることを目的とする。

第4条 本会は、第3条の目的を達成するため次の事業を行う。

- (1) 学術集会の開催
- (2) 学会誌の発行
- (3) その他本会の目的達成に必要な事業

第二章 会員

第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同し看護を実践・研究する者ならびに看護に関心のある者で、所定の年会費を納入し、理事会の承認を得た者をいう。

第6条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

第7条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。

- (1) 退会
 - (2) 会費の滞納（2年間）
 - (3) 死亡または失踪宣告
 - (4) 除名
- 2 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を提出しなければならない。
- 3 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に反する行為のあった会員は、評議員会の議を経て理事長が除名することができる。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

第8条 本会に次の役員をおき、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

- (1) 理事長 1名
- (2) 副理事長 1名
- (3) 理事 10数名（理事長 副理事長を含む）
- (4) 監事 2名

第9条 役員の選出は、次のとおりとする。

- (1) 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- (2) 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- (3) 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。

第10条 役員は次の職務を行う。

- (1) 理事長は、本会を代表し、会務を統括する。
- (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
- (3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- (4) 監事は、本会の事業および会計を監査する。

第11条 本会に、評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は、別に定める。

第12条 評議員の任期は、3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

第13条 評議員は、評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかに理事長の諮問に応じ、本会の運営に

関する重要事項を審議する。

第14条 本会に、学術集会会長を置く。

第15条 学術集会会長は、評議員会で会員の中から選出し、総会の承認を得る。

第16条 学術集会会長の任期は、1年とし再任は認めない。

第17条 学術集会会長は、学術集会を主宰する。

第四章 会議

第18条 本会に、次の会議を置く。

- (1) 理事会
- (2) 評議員会
- (3) 総会

第19条 理事会は、理事長が招集し、その議長となる。

2 理事会は、毎年1回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会を開催しなければならない。

3 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立とする。

第20条 評議員会は、理事長が招集しその議長となる。

2 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に評議員会を開催しなければならない。

3 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第21条 総会は、理事長が召集し、学術集会会長が議長となる。

2 総会は、毎年1回開催する。但し、会員の5分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に総会を開催しなければならない。

3 総会は、会員の10分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第22条 総会は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- (1) 事業計画および収支予算
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) その他理事会が必要と認めた事項

第23条 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第五章 学術集会

第24条 学術集会は、毎年1回開催する。

第25条 学術集会会長は、学術集会の運営および演題の選定について審議するため、学術集会企画委員を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 委員会

第26条 本会は、円滑な学会運営のために委員会を組織する。

- (1) 編集委員会
- (2) 広報委員会

第七章 会計

第27条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日で終わる。

第八章 会則の変更

第 28 条 本会の会則を変更する場合は、理事会および評議員会の議を経て総会の承認を必要とする。

2 前項の承認は、第 23 条の規定にかかわらず出席者の 3 分 2 以上の賛成を必要とする。

第九章 雑則

第 29 条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、別に定める。

附則

この会則は、平成 19 年 6 月 23 日から施行する。

1) 平成 25 年 10 月 19 日、一部改正（委員会）。

2) 平成 26 年 4 月 12 日、一部改正（総則、事務局住所）

岩手看護学会 役員名簿

理 事 長	内 海 香 子			岩手県立大学
副理事長	三 浦 幸 枝			岩手医科大学
理 事	工 藤 朋 子	(編集委員長)		岩手県立大学
理 事	及 川 紳 代	(副編集委員長)		岩手県立大学
理 事	鈴 木 美代子	(副編集委員長)		岩手県立大学
理 事	箱 石 恵 子	(広報委員長)		岩手県立遠野病院
理 事	アングホッフア 司寿子	(副広報委員長)		岩手県立大学
理 事	大 谷 良 子	(会計)		岩手保健医療大学
理 事	高 橋 有 里	(会計)		岩手県立大学
理 事	小 嶋 美沙子	(庶務)		岩手県立大学
理 事	三 浦 奈都子	(庶務)		岩手県立大学
理 事	渡 辺 幸 枝	(庶務)		岩手県立大学
監 事	白 畑 範 子			岩手県立大学
監 事	平 野 昭 彦			岩手県立大学

(敬称略)

岩手看護学会入会手続き

本学会への入会を希望される方は、以下の要領に従ってご記入の上、入会申込書を岩手看護学会事務局までご返送ください。

1. 入会申込書に必要事項をもれなくご記入ください。「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております。すべての項目を必ずご記入ください。提出された書類は返却いたしませんのでご注意ください。
2. 入会申込書は楷書ではっきりとお書きください。
3. 入会申込書に年会費の払込金受領証（コピー）を添付し、下記事務局まで郵送してください。
 - (1) 年会費 5,000 円です。会員の種類は正会員のみです。
 - (2) 郵便局に備え付けてある郵便振替払込用紙、または当学会が作成した払込用紙にて年会費をお振り込みください。

・口座番号：02210-6-89932

・加入者名：岩手看護学会

《ご注意》「払込金受領証」を必ず受け取り、受領印があることをご確認ください。

- (3) 振込手数料は入会希望者をご負担ください。
- (4) 「払込金受領証」のコピーまたは原紙を入会申込書の裏に貼付してください。
- (5) 入会申込書を封書でお送りください。

《ご注意》振り込み手続きだけでは入会申し込みは完了いたしません。
入会申込書を必ずお送りください。

4. 入会申込は、随時受け付けています。

<事務局> 〒020-0693 岩手県滝沢市巣子 152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手県看護学会事務局 渡辺 幸枝

FAX : 019-694-2247

E-mail : iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

HP : <http://isns.jp/>

No. (事務局記載欄)

岩手看護学会 入会申込書

岩手看護学会理事長 殿

貴会の趣旨に賛同し会員として入会いたします。

申 込 日	令和 () 年 () 月 () 日	
氏 名	フリガナ	性 別
		1. 男 2. 女
現在の職種 (ひとつに○)	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 養護教諭 6. 看護教員 7. その他 ()	
勤務先住所	〒	
	勤務先名：	
	TEL：	FAX：
	E-mail：	
自宅住所	〒	
	勤務先名：	
	TEL：	FAX：
	E-mail：	
郵便物送付先 (どちらかに○)	1. 勤務先 2. 自宅	
最終卒業校		
実践・関心領域		

注1) 性別・郵便物送付先・職種については各欄のいずれかの番号に○をお付けください。

注2) 裏面に年会費払込金受領証のコピーを必ず添付してください。

添付のない場合は入会申込が無効となります。

「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております。すべての項目を必ずご記入ください。

記入後、郵送にて下記の事務局までお送りください。

<事務局> 〒 020-0693 岩手県滝沢市菓子 152-52

岩手県立大学 看護学部内 岩手看護学会 事務局 渡辺 幸枝

FAX： 019-694-2247 E-mail： iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

岩手看護学会誌投稿規則

1. 総則

- (1) 本学会は、看護学における研究成果の発表を目的として、岩手看護学会誌 /Journal of Iwate Society of Nursing Science を年2回発行する。
- (2) 刊行については、本学会が編集委員会を設置し、その任にあたる。
- (3) 本雑誌は、オンライン（Internet）および紙媒体にて出版する。

2. 投稿規定

(1) 投稿資格

- 1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする。
- 2) 本学会が依頼した場合には前項の限りではない。
- 3) 日本以外の国から投稿する者については会員以外でも投稿資格を有するものとする。
- 4) その他の投稿者については編集委員会が決定する。

(2) 著作権

本誌掲載論文の著作権は本学会に帰属する。

投稿者は、版權の利用に当たって、本規則の附則に従う。

(3) 論文の種類

本誌に掲載する論文は、総説、原著、事例報告、研究報告、短報、その他とし、論文として未発表のものとする。審査の段階で編集委員会が論文の種類の変更を指示することがある。

・総説

看護学に関わる特定のテーマについての知見を集め、文献等をレビューし、総合的に学問的状況を概説したもの。

・原著

看護学に関わる研究論文のうち、研究そのものに独創性があり、新しい知見を含めて体系的に研究成果が記述されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・事例報告

臨床看護上貴重な臨床実践例の報告で、臨床看護実践または看護学上の有益な資料となるもの。

・研究報告

看護学に関わる研究論文のうち、研究成果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・短報

看護学に関わる研究論文のうち、新しい知識が含まれており、看護学の発展に寄与することが期待できるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・その他（論壇、実践報告、資料等）

看護学に関わる論文。

(4) 論文の提出

論文は、岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する。

(5) 論文の採否

投稿論文の採否の決定は、査読を経て編集委員会が行う。査読者は編集委員会が依頼する。原則として査読者は2名とする。査読者間の意見の相違がある場合は編集委員会が別の1名に査読を依頼することが

できる。査読は別途定める査読基準ならびに査読ガイドラインに従って行う。

投稿論文の審査過程において、編集委員会からの修正等の要望に対し3か月以上著者からの回答がなかった場合には自動的に不採用とする。

(6) 編集

論文の掲載順序その他編集に関することは、編集委員会が行う。

(7) 校正

初校は著者校正とする。著者校正は原則として字句の訂正に留めるものとする。再校以後は編集委員会にて行う。

(8) 別刷り

10部単位で著者校正時に申請する。別刷りにかかる費用は著者の負担とする。

(9) 倫理的配慮

人及び動物が対象とされる研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。具体的には下記の倫理基準を満たしていること。また、原則として研究倫理審査委員会の審査を受けていること。

- ・人体を対象とした研究では、「ヘルシンキ宣言」に従うこと。
- ・動物を対象とした研究では、「岩手県立大学動物実験倫理規定」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・調査研究については、「疫学研究に関する倫理指針」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ヒトゲノム・遺伝子解析を対象とした研究は、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」および「遺伝子治療臨床研究に関する指針」または、これと同等水準の倫理基準を満たしていること。

(10) 投稿手続き

- 1) 論文の投稿は、岩手看護学会ホームページの学会誌論文投稿用アドレスより行う。投稿の際は、①筆頭著者の氏名、②会員番号、③所属、④連絡先住所および郵便番号、⑤電子メールアドレス、⑥論文タイトル、⑦論文の種類を明記し、論文と投稿チェックリストを添付して送信する。
- 2) 編集委員会が、投稿論文が投稿規則に従っていることを確認した時点で投稿手続きが終了し、この日をもって受付日とする。また、査読を経て、編集委員会が雑誌掲載を許可した日をもって受理日とする。
- 3) 採用された論文の掲載に研究倫理審査書、共同研究者同意書等が必要とされた場合には、論文受理通知後2週間以内に編集委員会宛てにそれらの書類を提出すること。
- 4) 著者は受理日以降であれば、論文掲載証明を請求することが出来る。

(11) 掲載料

掲載料は無料とする。ただし、カラー写真掲載に関する費用は実費負担とする。

3. 執筆要領

(1) 論文の記述

- 1) 論文原稿は、和文または欧文（原則として英文）とし、A4サイズ横書き、Microsoft Word書類とする。
- 2) 論文の分量は、表題、要旨、本文、引用文献、図表、Abstract等全てを含め、組み上がり頁数で以下の規定以内とする。
 - ・総説：25,000字以内（25頁以内）
 - ・原著：25,000字以内（25頁以内）
 - ・事例報告：16,000字以内（16頁以内）
 - ・研究報告：25,000字以内（25頁以内）
 - ・短報：8,000字以内（8頁以内）
 - ・その他：内容により編集委員会が決定する。
- 3) 和文原稿は、原則として現代かなづかい、JIS第2水準までの漢字を用いる。外国の人名、地名、術語

は原語のまま表記する。学術的に斜字体で表記されている術語は斜字体で表記する。単位および単位記号は、原則として SI 単位系に従うものとする。和文原稿の句読点はピリオド及びカンマとする。

4) 論文には 400 字以内の和文要旨をつけ、原著については 250 語以内の Abstract (英文) もつける。原著以外の論文に Abstract をつけてもよい。

5) 欧文 (英文 Abstract を含む) は原則として Native Check を受けたものとする。

6) 5 語以内のキーワード (和文および英文それぞれ) をつける。

7) 投稿論文は下記の要領で作成する。

- ・論文は、表題、著者名、所属、要旨、キーワード、本文、引用文献、表題 (英文)、著者名 (英文)、所属 (英文)、Abstract (英文要旨)、Keywords、図、表の順に作成する。本文が欧文である場合には、表題以下の英文部分から始め、和文の表題、著者名、所属、要旨、図、表を順に最後に記載する。なお、本文中に図表が挿入される箇所を明示する。
- ・原稿は A4 版横書きで、35 文字× 28 行 (約 1,000 字)、文字は 10 ポイントとする。
- ・文書余白は上下 30mm、左右 30mm とする。
- ・表題は 16 ポイントとする。
- ・本文和文書体は MS 明朝、見出しは MS ゴシック (11 ポイント) を用いる。本文欧文書体は Times New Roman を用いる。
- ・上付き、下付き文字は MS 明朝を用い、Microsoft Word の機能を用いて作成する。
- ・図表の掲載について以下の通りとする。

図表はひとつの図表の原図毎に A4 用紙 1 枚を用いて提出する。

図には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「図 1. 表題」と図の直下に中央揃えにて記載する。

表には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに「表 1. 表題」と表の直上に左寄せにて記載する。

- ・図表の文字数の目安は、大きさにより、大 (1 頁 1000 字)、中 (1/2 頁 500 字)、小 (1/4 頁 250 字) として換算する。

8) 丸付き数字、ローマ数字等の機種依存文字は使用しない。

(2) 文献の記載

引用文献の記載方法は下記に従う。

1) 文献を引用する場合は、本文の引用箇所に著者名 (姓) と発行年次を () 内に表す。なお、書体は本文に準じる。

- ・単独著者による文献の場合……

例) 岩手 (2016) は・・・の重要性を示唆した。・・・が指摘されている (岩手, 2016)。

- ・複数著者による文献の場合…… 筆頭者他とする

例) 滝沢他 (2015) は・・・ ・・・については・・・のように指摘されている (滝沢他, 2015)。

2) 引用文献は最後一括して著者名のアルファベット順にリストを掲げる。同一著者の文献は発行年順に配列し、発行年が同一の場合は、2016a, 2016b のようにアルファベットをつけて区別する。なお、本文中の引用部分も同一のアルファベットを用いて出典を区別する。

3) 文献の共著者名の記載については下記の例に従う。

- ・和文の場合……3 名以下のときは全員の姓名、4 名以上のときは、筆頭から 3 名の姓名の後に「, 他」をつける。

- ・欧文の場合……3 名以下のときは姓、名のイニシャル、4 名以上の時は 3 名までの姓、名のイニシャルに「, et al.」をつける。

4) 記載の様式は下記のようにする。

- ・雑誌の場合……著者名 (発行年次) : 表題名, 雑誌名, 巻または巻 (号), 頁。

- 例) 兼松百合子 (2015) : 看護ケアをどのように追究してきたか, 岩手看護学会誌, 9 (1), 24-31.
兼松百合子, 藤原マサミ, 野崎富子, 他 : <昭和45年>岩手県立衛生学院開学の経緯－看護婦・保健婦・歯科衛生士や関係者の貢献－, 岩手看護学会誌, 10 (1), 15-23.
県大太郎 (2012a) : A 病院における高齢者の転倒予防に向けた取り組み, 県大雑誌, 35, 2-8.
県大太郎 (2012b) : 家族と共に行う高齢者の転倒予防, 県大看護会誌, 8, 26-32.

- ・単行本の場合……著者名 (発行年次) : 書名, 出版社名, 発行地. または著者名 (発行年次) : 論文の表題, 編者名, 書名, 頁, 出版社名, 発行地.

- 例) 石井トク (2015) : 医療安全 患者を護る看護プロフェッショナル, 医歯薬出版, 東京.
菊池和子 (2014) : 臨地実習に必要な看護倫理 看護計画の評価, 石井トク, 江守陽子, 川口孝泰, 看護倫理 看護の本質を探究・実践する, 135-139, 学研メディカル秀潤社, 東京.

- ・訳本の場合……原著者名 (原書発行年次 / 訳者名, 翻訳書の発行年次) : 翻訳書の書名, 出版社名, 発行地.

- 例) Patricia W. Hickey (1990/ 兼松百合子, 数間恵子 1991) : 看護過程ハンドブック, 医学書院, 東京.

- ・ホームページの場合……著者名 (投稿・掲載の年次) : URL [検索日 年月日]

- 例) 厚生労働省 (2014) : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/xxx./index.html> [検索日 2015 年 2 月 3 日]

- (3) 英文投稿は本規則のほか Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines を参照すること.

附則 1. 著作権について

- (1) 学会誌掲載内容 (学会ホームページ上で公開する電子媒体を含む) の著作権は, 全て学会に帰属する.
(2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて使用する際には, 学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする. 許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する (電子メールでの申請は受け付けない).
(3) 前項の許諾申請は 1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX 番号・電子メールアドレスを明記し, 自署署名を付して申請すること.
(4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に (あるいは参考文献として) 原著を引用文献として明示すること.

附則 2. 本規則の適用期間

本規則は平成 19 年 6 月 23 日より発効する.

附則 3. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 20 年 10 月 4 日から施行する.

附則 4. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 21 年 10 月 17 日から施行する.

附則 5. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 23 年 4 月 16 日から施行する.

附則 6. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 24 年 9 月 19 日から施行する.

附則 7. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 26 年 9 月 28 日から施行する。

附則 8. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 28 年 4 月 2 日から施行する。

附則 9. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 28 年 10 月 30 日から施行する。

附則 10. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 29 年 5 月 31 日から施行する。

附則 11. 本規則の改定

本規則の改訂は平成 30 年 4 月 30 日から施行する。

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

1. General Guidelines

- (1) The Journal of Iwate Society of Nursing Science is published by the Society two times a year for the purpose of sharing research results in nursing.
- (2) The editorial committee is established by the Society to carry out publishing responsibilities.
- (3) The journal is published online and on paper.

2. Submission Rules

(1) Qualifications for Submission

- 1) The first author listed must be a member of the Society.
- 2) Authors requested by the Society are exempt from the preceding qualification.
- 3) Authors residing outside Japan are not required to be members of the Society.
- 4) Other authors may be qualified by the editorial committee.

(2) Article Categories

Articles published in the Journal must be review articles, original articles, case reports, research reports, brief reports and others, which are unpublished. In the review process, the editorial committee may suggest a change in categories.

• Review Article

A comprehensive evaluation and discussion based on a critical review of literature concerning a specific theme in nursing.

• Original Article

A research article in nursing with originality, including new knowledge and systematically describing research results. It should contain clear significance for knowledge in nursing science. It must be presented systematically consisting of purpose, method, results, discussion and conclusion.

• Case Report

A report of a valuable clinical example of nursing. It will provide beneficial information for nursing practice and nursing science.

• Research Report

A research article in nursing with a significant research conclusion, which will be recognized as contributing to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

• Brief Report

A short research article in nursing containing new knowledge, expected to contribute to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

• Other articles (Issue, Practice Report, Material, etc.)

Articles in nursing science.

(3) Article Submission

Articles should be submitted online.

(4) Review Process

The decision on submitted articles concerning acceptance for publication is carried out by the editorial committee, based on the evaluation of two anonymous reviewers at the request of the committee. If there are differences of opinion between the reviewers, an additional reviewer will be requested. The review is conducted in accordance with the reviewing standards and guidelines.

If the author does not respond to the editorial committee's comments on modifications for more than three months, the article will automatically be rejected.

(5) Editing

The publication sequence of articles and other editorial issues are performed by the editorial committee.

(6) Proofs

The first proofreading will be conducted by the author. Corrections by the author will be limited to the correction of words and phrases. Further proofreading will be performed by the editorial committee.

(7) Reprints

The author may ask for reprints in blocks of 10 copies during the proofreading process. The cost will be the responsibility of the author.

(8) Ethical Considerations

Research on human subjects or animals must include a statement of ethical consideration. The ethical standards written below must be fulfilled. The research protocol must be approved by the Ethical Committee of the institution.

- Research on the human body must follow the "Helsinki Declaration" .
- Research on animals must meet the ethical standards of the "Iwate Prefectural University Ethical Provisions for Animal Experiments" or other similar standards.
- Investigative research studies must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines on Epidemiologic Study" or similar standards.
- Research on the human genome and genetic analysis must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines for Human Genome and Genetic Analysis" and "Guidelines for Clinical Research on Gene Therapy" or similar standards.

(9) Submission Procedures

- 1) Articles should be submitted through the Iwate Society of Nursing Science web site by attaching the file of article. The submitter also should write ① Name of the first author, ② Membership number, ③ Affiliation, ④ Postal address including postal code, ⑤ E-mail address, ⑥ Title of the article, ⑦ Category of the article. Submission checklist should be attached.
- 2) Once the editorial committee has confirmed that the submitted article conforms to the submission rules, the submission procedures are completed and this date is considered the date of receipt. The date when the editorial committee accepts the article for publication, based on the reviewers' evaluation, is considered the date of acceptance.
- 3) The author of an article accepted for publication for which a joint research agreement and ethical screening report are necessary must supply those documents to the editorial committee within two weeks of notification of acceptance of the article.
- 4) The author may request a proof of publication for the article after the date of acceptance.

(10) Publication Costs

The costs for publication are free. However, publication costs of color photographs are the responsibility of the author.

3. Writing Guidelines

(1) Description of the Article

- 1) The submitted article is to be in Japanese or English, using A4 page settings and written in MS Word.
- 2) The length of the article must be no longer than the page limits described below. The page count is inclusive of all parts of the article: title, abstract, main text, references, tables, and figures.
 - Review Article: 6,500 words

- Original Article: 6,500 words
- Case Report: 4,000 words
- Research Report: 6,500 words
- Brief Report: 2,500 words
- Other articles: The editorial committee will decide on the length of the article according to content.

- 3) Measurements and measurement symbols should conform to System International (SI) units.
- 4) An abstract of within 250 words should be attached to articles .
- 5) Five or fewer keywords should be included in all articles.
- 6) The article should be as follows
 - The article should be presented in the following order title, name of the author, affiliation, abstract, keywords, figures, tables, text, references.
 - The text and references should be one-columned, 35 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
 - The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
 - The title should be in 16 point font.
 - The typeset for English text should be Times New Roman.
 - Insertion of Diagrams:
 - Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. “Fig 1.” and the title of the figure should be centered directly below each figure.
 - Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. “Table 1.” and the title of the table should be written directly above the table to the left.
- 7) Numbers enclosed in circles, roman numerals and similar machine-dependent characters should not be used.
- 8) If the author is Japanese, the Japanese title of the article, the name of the author in Japanese, the name of the affiliation in Japanese and an abstract in Japanese should be attached.

(2) Description of References

Citations should follow.

- 1) When citing a text, the author’ s name (surname) and the year of publication should be mentioned in brackets in the main text. Furthermore, the font should be the same as that of the main text.

Eg. Iwate (2016) suggested the importance of

. . . is shown as . . . (Takizawa et al., 2015) .
- 2) The cited literature should all be listed in alphabetical order at the end of the document. If there is more than one text by the same author, they should be arranged in order of the year of publication and distinguished by appending letters after the year of publication, such as 2016a, 2016b. The citations in the main text should also use the same letter to distinguish the sources.
- 3) The author’ s name should be cited as in the following examples:
 - For Japanese literature: for up to three authors, the full names of the authors should be provided. In the case of four or more authors, “, et al.” should be added after the full name of the third author,
 - For foreign literature: for up to three authors, the surname should be followed by the initial of the given name. In the case of four or more authors, the surname and initial of the first three authors are provided followed by “, et al.”
- 4) The format for listing references at the end is as described below:
 - For magazines: Author name (year of publication) : title, name of the magazine, volume or volume (issue) .

pages.

- Eg. Yuriko Kanematsu, (2015) : Continuous Inquiry into Nursing Care, *Journal of Iwate Society of Nursing Science*, 9 (1), 24–31.
- Kanematsu Y., Fujiwara M., Nozaki T, et al. (2015) : Opening of Iwate Prefectural Institute of Health Practitioners in1970 — Contributions of Nurses, Public Health Nurses, Dental Hygienist and others — , *Journal of Iwate Society of Nursing Science*, 10 (1) , 15–23.
- Taro Kendai (2012a) : Fall prevention measures for the elderly in Hospital A, *Prefectural Magazine*, 35, 2–8.
- Taro Kendai (2012b) : Fall prevention measures for the elderly carried out in association with family members, *Prefectural Journal of Nursing*, 8, 26–32.
- For books: Author name (year of publication) : title, publisher name, place of issue. Or: Author name (year of publication) : title of the paper, name of author, title, pages, publisher, place of issue.

Eg. Yeg. Toku Ishii (2015) : *Medical Safety: The Nursing Professionals Taking Care of Patients*, Medical, Dental and Pharmacological Publishing, Tokyo.

Kazuko, Kikuchi (2014) : Essential Nursing Philosophy for On-Site Practice: Evaluation of Nursing Plans, Ishii T., Emori Y., Kawaguchi T., *Nursing Philosophy: Exploring and Practicing the Essence of Nursing*, 135–139, Gakken Medical Shujunsha, Tokyo.
 - For translations: Name of the original author (publication year of original article/name of the translator, publication year of the translation) : title of the translation, name of the publisher, place of issue.

Eg. Patricia W. Hickey (1990/Yuriko Kanematsu, Keiko Kazuma 1991) : *Nursing Process Handbook*, Medical Journal, Tokyo.
 - For websites: Author name (year of posting) : URL [date accessed]

Eg. Ministry of Health, Labor and Welfare (2014) : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/xxx./index.html> [Accessed February 3, 2015]

4. Copyrights

- (1) The copyrights of all articles and content of the journal (including the online version on the web site) are reserved by the society.
- (2) Before using diagrams and highly original items published in the journal, users must apply for permission from the editorial committee of the journal. (E-mail applications will not be accepted.)
- (3) An application for permission should include:
 1. The volume, number, pages, year, title of the article, the name of the first author listed and the page number or number of the diagram for which permission is sought.
 2. The purpose of use.
 3. The full name, address, telephone and fax number, e-mail address and signature of the applicant.
- (4) Diagrams and other items for which permission for use is granted must be stated as a citation from the original article in footnotes or references.

April 30, 2018

岩手看護学会誌 論文投稿のご案内

岩手看護学会では、岩手看護学会誌を年2回発行しております。冊子体としての発刊のほかに、インターネットに対応した電子体でも発刊しております。また、「医学中央雑誌」に掲載されております。

論文には、「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります。院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究、普段から取り組んでいる業務の改善などを、論文としてまとめてみてはいかがでしょうか。

岩手看護学会誌は、みなさまからの投稿で成り立っております。岩手看護学会では、みなさまの論文投稿の支援を、論文投稿支援窓口と編集委員会が行っております。

みなさまからの論文の投稿をお待ちしています。

支援窓口、支援内容、問い合わせ先

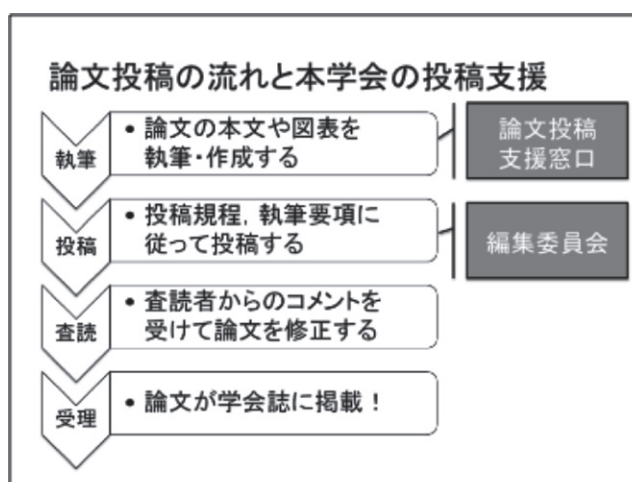
● 論文投稿支援窓口

- 論文の執筆に関する相談をお受けします。
- 担当者：鈴木美代子、及川 紳代

● 連絡先：shien@isns.jp

● 編集委員会

- 投稿から校正までをお手伝いします。
- 担 当：岩手看護学会編集委員会
- 連絡先：regist@isns.jp（論文投稿のメールアドレスと同じ）



編 集 後 記

南部片富士の残雪もほんのわずかとなり新緑が眩しく映る季節となりました。

その中で、岩手看護学会誌第13巻第1号を皆様にお届けすることができますことを大変嬉しく思います。会員の皆様からの論文投稿が年々増え、学会誌の充実が図られていることを実感しております。元号が新しく【令和】となり、多くの研究成果を皆様にお伝えできる学会誌となりますよう、気持ちを新たに活動してまいりたいと思っております。

発行にあたりまして、筆者ならびに査読者の皆様の多大なるご協力をいただきました。巻末ではございますが、編集委員一同より深く感謝申し上げます。今後もあり多くの皆様からのご投稿とともに、岩手看護学会誌へのご意見・ご要望をお寄せくださいますよう、お待ち申し上げます。

(中野 記)

編集委員

工藤朋子（委員長）	及川紳代（副委員長）	鈴木美代子（副委員長）		
金谷掌子	蘇武彩加	鳥居奈津子	中野千恵子	箱石恵子
藤澤由香	原 瑞恵			

<平成30年度>

上林美保子（委員長）	蛸崎奈津子（副委員長）	田口美喜子
------------	-------------	-------

(五十音順)

岩手看護学会誌 第13巻 第1号

発行日 2019年6月10日

編集 岩手看護学会編集委員会
代表者 工藤朋子

発行 岩手看護学会
代表者 内海香子
〒020-0693
岩手県滝沢市巣子152-52
岩手県立大学看護学部内岩手看護学会事務局
Fax 019-694-2247
E-Mail regist@isns.jp

印刷 河北印刷株式会社

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

Exploring Nursing Considering Community Culture

Akihiko Hirano

1

Case Report

Factors that Led to the Self-care Improvement for the Dementia Patient with Long-term Physical Restraint

Tomohiro Nakaya

3

Practice Report

The Introduction of Performance Evaluation in Fundamental Nursing Skills Exercises

Yuki Kodama, Sachiko Shobuzawa, Ioko Funakoshi, Mami Kitabayashi

13

Materials

Present Situation of Death Conferences and Educations about Life and Death at the Elderly Care Facilities in Iwate

Mutsumi Chida, Miyoko Suzuki, Osamu Ito

19

Interprofessional Collaboration of Nurses and Careworkers in Elderly Care Facilities—Consideration from One of Attendees who Participated in the Elderly Care Workshop—

Mutsumi Suzuki, Mutsumi Chida, Misako Kojima, Yukie Watanabe

25

11TH ISNS Conference

Chairperson's Address

Kazuma Takahashi

35

Special Lectures

Sachiko Oshiba, Michiko Kameda

43, 49

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports

Information on the 12th Conference

55

Constitution of the ISNS

56

Board of Directors and Councilors

59

Membership Application Information

60

Membership Application Form

61

Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines

62

Information about Submission of Articles

71

Editorial Postscript

72

Volume 13 Number 1 June 2019

Iwate Society of Nursing Science