

症 例

地域基幹病院における過去20年間の慢性心不全急性増悪による入院患者の背景や治療の変化について

Chronic heart failure, medical therapy, non-medical therapy, elderly patients, long-term data
The clinical characteristics, treatments and prognosis of hospitalized patients with chronic heart failure at a local base hospital:
Comparison of present and 20 years ago

前川 聡
Satoshi Maekawa

更科 美羽
Miwa Sarashina

森本 信太郎
Shintaro Morimoto

本間 之子
Yukiko Honma

清水 紀宏
Toshihiro Shimizu

平林 高之
Takayuki Hirabayashi

要 旨

近年、慢性心不全の治療法は大きく変遷してきたが長期間に渡り心不全治療の変化や効果を検討した報告はほとんどない。今回我々は心不全急性増悪で入院した患者の背景や治療内容を20年前と現在で比較検討した。また、高齢患者が今後も増加することが予想されるため年齢別の比較検討も行った。サマリーデータベースから1994年、2012年に急性増悪で入院した患者のデータを収集し比較検討した。2012年の患者数は1994年の4倍に増加し平均年齢は上昇した。基礎疾患の割合に有意差はなく、RAS阻害薬、 β blockerの処方率増加を認めた。年齢別の再入院率の比較では、80歳以下は2012年で有意な低下を認めたが81歳以上は有意差はなかった。一方、2012年の β blockerの処方率は80歳以下で有意に高く、非薬物療法の導入件数も80歳以下に多かった。年齢による治療内容の差が再入院率に影響していることが示唆された。

はじめに

人口の高齢化や高血圧、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病の増加とともに心不全患者は増加の一途をたどっており、今後もさらなる増加が予想される。慢性心不全は依然として予後不良の疾患ではあるが、近年慢性心不全の病態解明に伴い慢性心不全の治療戦略は大きく変遷してきた¹⁾。薬物治療としては、1970年代までジギタリスなどの強心剤や利尿剤が心不全治療の中心であったが、1980年代からはランダム化臨床試験の結果に基づいた治療が行われるようになり、予後改善効果が示されたレニンアンギオテンシン阻害薬 (angiotensin receptor blocker (ARB)/angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I)) や β blockerが心不全の基本治療薬としての位置を確立するようになった^{2) 3)}。

また、薬物治療だけではなく、CRT (cardiac resynchronization therapy)、ASV (adaptive servo ventilation)、運動療法などの非薬物治療も普及し始めている^{4) 5) 6)}。このように慢性心不全の治療法は近年大きく変化してきたが、real worldにおいてその治療の変化や治療効果について長期間にわたって検討した報告はほとんどない。そこで今回我々は、砂川市立病院で20

年前から保管されているサマリーデータベースからデータを収集して20年前と現在の慢性心不全治療や予後について比較検討した。なお、砂川市立病院は人口12万人、高齢化率33%の北海道二次医療圏の地域基幹病院である。また、日本は世界でも類をみない超高齢社会に突入しており今後もさらなる高齢化が予想されている。心不全は高齢者の死亡や入院の主要な要因の1つであり⁷⁾、特に80歳以上の心不全患者の予後は悪いことが報告されている^{8) 9) 10)}ことから考えても、今後の心不全治療を考える際に高齢化問題は避けては通れない。そこで、我々は入院患者を81歳以上と80歳以下の群に分類し、心不全治療や予後について年齢別の比較検討を行った。

材料と方法

砂川市立病院の退院時サマリーは1992年から保管されている。この退院時サマリーデータベースから「慢性心不全」、「CHF」といった単語で慢性心不全患者を検索し、急性増悪で入院した患者の年齢、基礎疾患、合併症、退院時処方等のデータを収集した。1994年、2002年、2012年に慢性心不全急性増悪で当院に入院した患者を対象にした。1992年からデータは保管されていたが1992年、1993年のデータは不備が多く、十分なデー

タとは言えなかったため最古のデータとして1994年を選択した。慢性心不全患者が、心不全急性増悪以外の疾患（感染症等）や検査目的に入院した場合は対象外とした。1年に複数回入院した患者については、統計上それぞれを1人の患者として扱った。統計解析法として、カテゴリ変数はPearsonカイ2乗検定、連続変数はMann-Whitney U検定で比較した。

結果

・患者背景

表1に1994年、2002年、2012年の患者背景を示す。

表1. 患者背景

入院患者の年齢、基礎疾患、合併症の割合を示す。合併症についてはデータベースで可能な限りの情報を収集したが、一部にデータの不備があり全患者の情報は収集できなかったためnが各疾患によって異なっている。P valueは1994年と2012年を比較したものである。

	1994 n=57	2002 n=108	2012 n=220	P value
年齢(平均±標準偏差)	73.2±13.4	75.2±11.2	77.4±12.4	0.020 *
81歳以上の割合	35.1 (20)	34.9 (37)	50.0 (110)	0.044 *
男性の割合	63.2 (36)	50.9 (54)	60.9 (134)	0.756
基礎疾患				
虚血性	22.8 (13)	28.3 (30)	27.3 (60)	0.495
高血圧性	22.8 (13)	22.6 (24)	26.4 (58)	0.584
弁膜症	28.0 (16)	32.1 (34)	25.0 (55)	0.636
心筋症	12.2 (7)	19.8 (21)	17.2 (38)	0.363
合併症				
高血圧	41.1 (23/56)	50.0 (49/98)	59.2 (129/218)	0.015 *
糖尿病	23.2 (13/56)	31.6 (31/98)	31.3 (66/211)	0.240
脂質異常症	12.5 (7/56)	23.2 (23/99)	26.7 (58/217)	0.026 *
高尿酸血症	5.5 (3/55)	19.4 (19/98)	40.5 (89/220)	0.001 **
脳血管障害	12.5 (7/56)	10.9 (11/101)	19.9 (43/216)	0.202
心房細動	28.1 (16/57)	44.3 (47/106)	42.7 (94/220)	0.044 *

** P<0.01, * P<0.05

入院患者数は1994年の57名から2012年には約4倍の220名に増加した。入院患者の平均年齢は、2012年は77.4歳で1994年の73.2歳と比較して有意に上昇しており、81歳以上が占める割合でみても、2012年では50.0%に達し、これは1994年、2002年に比較し有意な増加であった。

心不全の基礎疾患を比較すると、虚血性心疾患、高血圧、心筋症は増加傾向を認め、弁膜症は低下傾向を認めしたが、有意差はみられなかった。いずれの年も心筋症の占める割合が最少であった。入院患者の合併症の割合は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、脳血管障害、心房細動いずれも上昇傾向がみられ、高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、心房細動は有意差を認めた。

・薬剤処方割合

サマリーデータベースの退院時処方から薬剤処方の割合を算出し表2に示した。

対象は各年に生存退院した患者で1994年52名、2002年98名、2012年199名だった。利尿剤はいずれの年も80%後半の高い処方率を認め、処方率に有意な変化はみられなかった。強心剤の処方率は1994年と2012年の比較では有意差は無かったが、2002年でいったん上昇した後2012年には減少した。β blocker、ARB/ACE-I、

表2. 薬剤処方率

入院患者の退院時処方から算出した薬剤処方率を示す。対象は生存退院した患者で1994年52名、2002年98名、2012年199名であった。P valueは1994年と2012年を比較したものである。強心剤の処方率は1994年vs2002年 (p=0.044)、2002年vs2012年 (p=0.001) で有意差を認めた。

	1994 n=52	2002 n=98	2012 n=199	P value
利尿薬	86.5 (45)	88.8 (87)	87.9 (175)	0.785
強心剤	46.2 (24)	63.3 (62)	36.2 (72)	0.188
β-blocker	7.7 (4)	24.5 (24)	72.4 (144)	0.001 **
ARB or ACE-I	61.5 (32)	70.4 (69)	80.9 (161)	0.003 **
Ca拮抗薬	25.0 (13)	25.5 (25)	37.7 (75)	0.088 *

** P<0.01, * P<0.05

Ca blockerの処方率は有意な増加を認めた。

近年の大規模臨床試験で心不全の標準治療薬の地位を確立したARB/ACE-Iであるが、ARBとACE-Iの有効性の比較については現在も議論されているところである。実際のARBとACE-Iの処方率を比較したところ、1994年では全例でACE-Iのみの処方であったが、その後ARBの処方率が増え、2012年ではACE-Iのみの処方 (21.1%) が減り、ARBのみの処方 (56.3%) が半数を超えていた (表3)。

表3. ARB/ACE-Iの内訳と利尿剤の処方種類数

ARB/ACE-Iの処方の内訳と、処方された利尿剤の種類数別に割合を示す。対象は生存退院した患者で1994年52名、2002年98名、2012年199名であった。P valueは1994年と2012年を比較したものである。

	1994 n=52	2002 n=98	2012 n=199	P value
ARB or ACE-I				
ARBのみ	0.0 (0)	39.8 (39)	56.3 (112)	0.001 **
ACE-Iのみ	61.5 (32)	28.6 (28)	21.1 (42)	0.001 **
併用	0.0 (0)	2.0 (2)	3.0 (6)	0.205
利尿剤				
1剤	65.4 (34)	59.2 (58)	34.7 (69)	0.001 **
2剤	15.4 (8)	27.6 (27)	44.2 (88)	0.001 **
3剤以上	5.8 (3)	2.0 (2)	11.1 (22)	0.257

** P<0.01, * P<0.05

また、利尿剤は、以前から使用されているループ利尿薬に加え、心不全の予後を改善することが示されたスピロラクトン¹¹⁾や、心不全治療の新たな戦略として注目を集めているトルバプタン¹²⁾など治療の選択肢は増えている。そこで、処方された利尿剤の種類数を比較したところ、1994年では1種類のみ処方が65%を占めたが、2012年では半数以上が2種類以上の処方であり、3種類以上の処方も10%以上にのぼった (表3)。処方の内訳は、2種類処方ではループ利尿薬100%、スピロラクトン80.7%、トルバプタン10.2%、3種類処方ではループ利尿薬100%、スピロラクトン81.8%、トルバプタン63.6%であった。

・再入院率

表4に入院期間と再入院率を示した。入院期間はいずれも20日程度で有意差を認めなかった。予後の評価として、退院後1年以内の再入院率で比較した。死亡率での評価も検討したが、入院患者が退院後に必ずしも当院で死亡するわけではなく、死亡を完全に把握できていない可能性が高いことから評価項目として不適当と考えた。一方再入院率については、当院は地域の基幹病院で

あり心不全が増悪した際には当院へ搬送される可能性が高く、予後評価として適当と考えた。2012年に入院した患者と条件を平等にするため、退院後1年以内に再入院した患者の割合として算出した。対象は生存退院した患者とした。再入院率は減少傾向をみとめたものの有意差を認めなかった。

表4. 入院期間、再入院率

各年の入院期間と再入院率を示す。再入院率は退院後1年以内に再入院した割合として算出した。P valueは1994年と2012年を比較したものである。

	1994	2002	2012	P value
入院期間	20.7±20.2	20.8±17.4	22.1±19.1	0.261
再入院率	38.5 (20/52)	37.8 (37/98)	31.2 (62/199)	0.317

** P<0.01, * P<0.05

・年齢による比較

次に、2012年に入院した患者を対象とし、80歳以下、81歳以上の群に分けて比較検討を行った。年齢を80歳で区切った理由として、2012年の患者数は220名であったが、80歳以下の患者数がちょうど半数（110名）であったこと、以前に80歳以上と80歳以下に分けて心不全患者の予後予測因子を検討した報告¹³⁾があったことが挙げられる。

表5に患者背景の比較を示した。

表5. 患者背景の80歳以下と81歳以上による比較

心不全の基礎疾患、合併症の割合を示す。合併症についてはデータベースで可能な限りの情報を収集したがデータに一部不備があり全患者の情報は収集できなかったためnが各疾患によって異なる。

	80歳以下 n=110	81歳以上 n=110	P value
基礎疾患			
虚血性	35.5 (39)	19.1 (21)	0.006 **
高血圧性	21.8 (24)	30.9 (34)	0.126
弁膜症	15.5 (17)	34.5 (38)	0.001 **
心筋症	25.5 (28)	9.1 (10)	0.001 **
合併症			
高血圧	51.9 (56/108)	66.4 (73/110)	0.029 *
糖尿病	34.6 (37/107)	27.9 (29/104)	0.294
脂質異常症	31.2 (34/109)	22.2 (24/108)	0.135
高尿酸血症	42.7 (47/110)	38.2 (42/110)	0.492
脳血管障害	21.5 (23/107)	18.3 (20/109)	0.563
心房細動	40.0 (44/110)	45.5 (50/110)	0.414

** P<0.01, * P<0.05

基礎疾患は、虚血性心疾患、心筋症は80歳以下に有意に多く、弁膜症は81歳以上に有意に多かった。高血圧は81歳以上に多い傾向を認めたが、有意差はみられなかった。合併症は、高血圧、心房細動は81歳以上で多く、高血圧は有意差を認めた。糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、脳血管障害は80歳以下に多い傾向を認めたがいずれも有意差はみられなかった。

治療の比較検討として、表6に薬物治療、表7に非薬物治療を示した。

薬剤処方率は、生存退院した80歳以下103名、81歳以上96名を対象とした。利尿薬、強心剤、β blocker、ARB/ACE-Iは80歳以下で多く処方され、β blockerは

表6. 薬物処方率の81歳以上と80歳以下の比較

2012年の入院患者の退院時処方から薬剤処方率を算出し、年齢による比較をしたものを示す。対象は生存退院した患者で80歳以下で103名、81歳以上で96名であった。

	80歳以下 n=103	81歳以上 n=96	P value
利尿剤	84.4 (92)	89.2 (83)	0.536
強心剤	38.8 (40)	33.3 (32)	0.420
β-blocker	82.5 (85)	61.5 (59)	0.001 **
ARB or ACE-I	82.5 (85)	79.2 (76)	0.547
Ca拮抗薬	33.0 (34)	42.7 (41)	0.158

** P<0.01, * P<0.05

有意差を認めた。Ca blockerは81歳以上で多い傾向を認めたが有意差はみられなかった。

表7. 非薬物治療の導入件数、81歳以上と80歳以下の比較

当院での非薬物療法の導入件数を81歳以上と80歳以下に分けて示す。CRTは2007年以降、ASVは2011年以降、運動療法は2012年以降に導入された件数で、入院患者だけでなくすべての患者を対象としている。

	80歳以下		81歳以上	
	男性	女性	男性	女性
CRT	13	6	4	1
ASV	7	3	3	1
運動療法	25	2	2	1

非薬物治療については、入院患者のみではなく外来患者も含まれているため割合として算出するのは困難であり、導入件数として示した。CRTは2007年以降、ASVは2011年以降、運動療法は2012年以降に当院で導入された総件数であり、ASV、運動療法については離脱した患者も含まれている。いずれの治療法も80歳以下の導入件数が81歳以上と比較して多く、また男性患者に導入されている件数が多いことがわかった。

退院後1年以内の再入院率を比較したところ、80歳以下の再入院率は24%で、81歳以上の38.4%と比較し有意に低かった。そこで、1994年、2002年でも同様の検討を行い、再入院率の変遷を80歳以下、81歳以上に分けて図1に示した。81歳以上では再入院率は1994年と2012年ではほぼ変わらなかったのに対して、80歳以下では2012年の再入院率が1994年、2002年と比較して有意に低下していた。

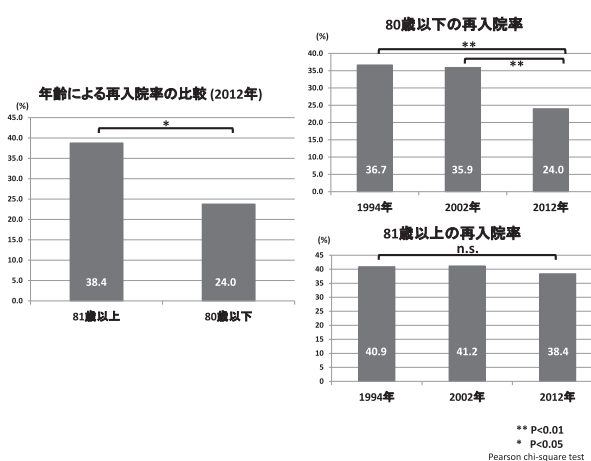


図1. 80歳以下と81歳以上の退院後1年以内の再入院率の比較

考 察

・背景の変化

1994年と比較して2012年は平均年齢、81歳以上の占める割合ともに有意に上昇していた。合併症はいずれも増加傾向を認め、中でも高血圧、脂質異常症、高尿酸血症は有意な増加を示した。これらは一般的に言われている患者の高齢化や生活習慣病の増加を裏付ける結果であった。

・薬物治療について

β blockerやARB/ACE-Iの処方率が有意に増加していた。これは、大規模臨床試験で心不全患者の予後を改善させることが報告され、心不全の標準的治療薬として確立された結果と考えられる。ARB/ACE-IではARBの処方が増加する一方、ACE-Iの処方率が減少していた。ACE-Iに咳嗽などの副作用があることや、高血圧に対してもともとARBが処方されている患者が増加していることが原因として挙げられるが、ARBがACE-Iに心不全治療効果として劣らないとする報告¹⁴⁾が出たことも影響しているだろう。ただし、現時点で心不全治療薬としてARBがACE-Iに勝るとの報告はなく、今回のACE-Iの処方率の低下は今後の処方を見直すきっかけにすべきと考える。利尿剤は1994年ですでに処方率は90%近く心不全患者に広く使用されていたことがわかる。処方率自体は2012年も大きな変化はないが、ループ利尿薬に加えてスピロラクトンやトルバプタンなど複数種類の利尿剤を併用して処方されるようになった。強心薬は2002年では63.3%と多く処方されていたが、2012年で35.6%と有意に低下した。生命予後改善には寄与しないことが報告¹⁵⁾されて以降、心不全治療薬としての処方率が減っていることが示された。Ca blockerは2012年で有意に増加していたが、高血圧の上昇と関与しているものと考えられた。

・予後について

本研究では退院後1年以内の再入院率で予後を評価した。1994年と比較して2012年では再入院率の低下傾向は認めたものの有意差はみられなかった。しかし、80歳以下と81歳以上の群に分けた検討では、81歳以上では再入院率はほとんど変わらなかったのに対して、80歳以下では2012年の再入院率は1994年と比較して有意に低下していた。80歳以下で再入院率が低下したのは、心不全治療がエビデンスとともに進化し、薬物治療としては β blockerやARB/ACE-Iの処方率が増加し、非薬物治療としてCRT、ASV、運動療法がおこなわれるようになった結果であると考えられる。

一方、81歳以上で再入院率が低下しなかった原因について考察する。心不全の基礎疾患を80歳以下と比較すると弁膜症が81歳以上で有意に多く、弁膜症の中で

も大動脈弁狭窄症は81歳以上で有意に多かった(81歳以上14.5%、80歳以下3.6%、 p value=0.005)。大動脈弁狭窄症に対する薬物治療は確立しておらず、保存的加療のみでは予後の悪い疾患であり、高齢心不全患者の予後改善が難しい1つの要因と考えられる。また、薬物治療について80歳以下と比較すると81歳以上は薬物処方率が低い傾向を認め、特に β blockerは81歳以上で有意に処方率が低かった。さらに非薬物治療の導入件数はCRT、ASV、運動療法のいずれも81歳以上は80歳以下と比較して導入件数が少なかった。このように薬物治療や非薬物治療の導入が81歳以上で少ないことが予後の改善が乏しいことの要因と考える。

一方、日常の臨床経験から考えられることとして、客観的なデータは示せるものではないが、高齢者の独り暮らしや老々介護が増加していることにより、塩分制限や水分制限などの生活指導遵守が困難であり、服薬アドヒアランスが悪いことが高齢者の心不全治療の難しさである。心不全治療において、生活指導遵守や内服加療の継続は非常に重要な要素であり¹⁶⁾¹⁷⁾、これらが十分に行えないことは81歳以上で予後が改善しなかった大きな要因と考える。

・今後の課題

高齢化がさらに進み高齢者の心不全患者が増加することが予想されること、前述のように高齢者の心不全患者の再入院率が改善しなかったことから、今後の心不全加療の課題は高齢心不全患者の再入院率をいかに改善するかという点である。

高齢患者の再入院率が改善しなかった理由の1つとして81歳以上の患者に対する薬物治療、非薬物治療の導入が少ないことが挙げられた。薬物治療や非薬物治療を高齢者に対しても積極的に導入できれば再入院率を下げられる可能性があることが示唆されたわけだが、高齢者は合併症が多く薬物の副作用の危険性も高いことから、現実的には治療の導入が困難なことが多いのも事実である。高齢者に対する治療の導入率が低い理由を詳細に検討する必要はあるが、導入率を顕著に上昇させることは難しいことが予想される。そのような治療導入を検討する前にできること、すべきことを考えると、前述したように、近年高齢者の独り暮らしや老々介護が増えていることが社会問題となっており、これが食生活の悪化や服薬アドヒアランスの低下につながっていることが予想される。そこで、独り暮らしの患者にはデイサービスや訪問看護などの社会資源の利用をすすめたり、患者のみではなく家族や介護に携わる人に対して心不全教育を徹底して行うことで生活指導の遵守や服薬アドヒアランスを高めたり、軽度の心不全徴候が現れた段階で早期に医療機関を受診し入院回避につなげられることが期待される。当院では1つの試みとして、入退院を繰り返す慢性

心不全患者に対して医師や看護師だけでなく、薬剤師、理学療法士、訪問看護師など多職種のスタッフと、患者や家族が集まってカンファレンスを行い、患者の現状や退院後の生活の注意点等について話し合いをする場を設けるようにしている。まだ症例数は少ないが、今後も継続し、効果と課題について検討していきたいと考えている。

参考文献

- 1) 堀正二 他：心不全における神経体液系の変化. 日本医師会雑誌1992; 108: SF10-12
- 2) Bristow MR. et al: For the MOCHA Investigators. Carvedilol produces dose-related improvements in left ventricular function and survival in subjects with chronic heart failure. *Circulation* 1996; 94: 2807-2816
- 3) The SOLVD Investigators : Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325: 293-302
- 4) Abraham WT. et al: Cardiac resynchronization in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2002; 346: 1845-1853
- 5) Takama N. et al: Effectiveness of adaptive servo-ventilation for treating heart failure regardless of the severity of sleep disordered breathing. *Circ J* 2011; 75: 1164-1169
- 6) Davidson PM. et al: Can a heart failure-specific cardiac rehabilitation program decrease hospitalizations and improve outcomes in high-risk patients? *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17: 393-402
- 7) Redfield MM: Heart failure. An epidemic of uncertain proportions. *N Engl J Med* 2002; 347: 1442-1444
- 8) Komajda M. et al: Management of octogenarians hospitalized for heart failure in Euro Heart Failure Survey I. *Eur Heart J* 2007; 28: 1310-1318
- 9) Komajda M. et al: Contemporary management of octogenarians hospitalized for heart failure in Europe: Euro Heart Failure Survey II. *Eur Heart J* 2009; 30: 478-486
- 10) Mahjoub H. et al: Long-term survival in patients older than 80 years hospitalized for heart failure: A 5-year prospective study. *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 78-84
- 11) Pitt B. et al: The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 1999; 341: 709-717
- 12) Konstam MA. et al: Effects of tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure: the EVEREST outcome trial. *JAMA* 2007; 297: 1319-1331
- 13) Sanae Hamaguchi. et al: Predictors of long-term adverse outcomes in elderly patients over 80 years hospitalized with heart failure. *Circ J* 2011; 75: 2403-2410
- 14) Pitt B. et al: Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomized trial the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000; 355: 1582-1587
- 15) The Digitalis Investigation Group: The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med* 1997; 336: 525
- 16) Tsuchihashi M. et al: Clinical characteristics and prognosis of hospitalized patients with congestive heart failure a study in Fukuoka. *Circ J* 2000; 64:953-959
- 17) McAlister FA. et al: Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004; 44: 810-819

症 例

たこつぼ型心筋症 典型例、非典型例の臨床像の差異

The difference of the clinical findings between typical and atypical Takotsubo cardiomyopathy

更科 美羽
Miwa Sarashina

前川 聡
Satoshi Maekawa

森本 信太郎
Shintaro Morimoto

本間 之子
Yukiko Honma

清水 紀宏
Toshihiro Shimizu

平林 高之
Takayuki Hirabayashi

要 旨

たこつぼ型心筋症の中には、通常の心尖部の壁運動異常を呈するものと異なり、心尖部に収縮を認める非典型的な症例も報告されている。今回これら典型例と非典型例の臨床像を比較検討した。2002年10月から2013年10月までの間に経験したたこつぼ型心筋症のべ37例を、典型例と非典型例に分類し比較検討を行った。患者の男女比、年齢、既往症などの患者背景に両群で差を認めなかった。血液検査所見では、初診時CPK値が非典型例で有意に高値であり、初診時BNP値が典型例で有意に高値であった。初診時の心電図変化では、ST低下とQT延長を非典型例で有意に多く認めた。入院後aVRでT波の陽転化を示す割合は非典型例で有意に多く、T波陰転化を示す割合は、有意差を認めないものの、Ⅲ、aVF、Ⅱの誘導において非典型例で多い傾向にあった。入院時死亡にも両群で差は認めないものの、3例すべて典型例であった。今回の検討により、たこつぼ型心筋症の典型例、非典型例において臨床像が異なる可能性が示された。

Key words : Takotsubo cardiomyopathy, Atypical takotsubo cardiomyopathy, Electrocardiography

【はじめに】

たこつぼ型心筋症とは、佐藤らにより名づけられ提唱された疾患である¹⁾。突然の胸痛など胸部症状で発症し、心電図変化、心筋逸脱酵素上昇、左室の壁運動異常を認める点で急性冠症候群と類似した臨床所見を呈するが、急性期の冠動脈造影で壁運動異常の原因となる病変を認めず、一般的には左室造影で特徴的なたこつぼ型を呈する。心電図異常と左室壁運動異常は数週から数か月で改善を認める。近年症例報告が増えるに従い、通常的心尖部の壁運動異常を呈するものと異なり、心尖部に収縮を認める非典型的な症例も存在すると報告されており²⁾、³⁾、これら典型例と非典型例の臨床像の差異の有無を検討を比較検討した。

【対象と方法】

2002年10月から2013年10月までの間に当科に入院し、たこつぼ型心筋症と診断されたのべ37例の患者を対象とした。本症典型例の診断は厚生労働省特定疾患調

査研究班による平成15年診断の手引き⁴⁾に従った。本症非典型例の定義は、左室心尖部の収縮を認め、左室中部あるいは左室基部のバルーン状拡張（無収縮）を呈し、数週から1か月以内にほぼ正常化する症例とし、除外項目と参考事項については同診断の手引きに従うこととした。心エコー図検査と左心室造影の結果から典型例と非典型例に分類し、患者背景、血液生化学検査所見、心電図所見、冠動脈造影所見、左室造影所見、予後について、典型例と非典型例で比較検討を行った。2群間の比較はMann-Whitney U testとFisher's exact testを用い、 $p<0.05$ を統計学的有意とした。

【結 果】

対象の37例は、同期間に当科に入院した急性冠症候群1120例に対し3.3%を占めた。急性期の左室造影所見と心エコー図検査の所見から、典型例29例と非典型例8例とに分類した。左室造影所見を図1に示す。典型例、非典型例で女性の割合、年齢、入院中の発症である割合に有意差を認めなかった(表1)。既往症では、高血圧症、

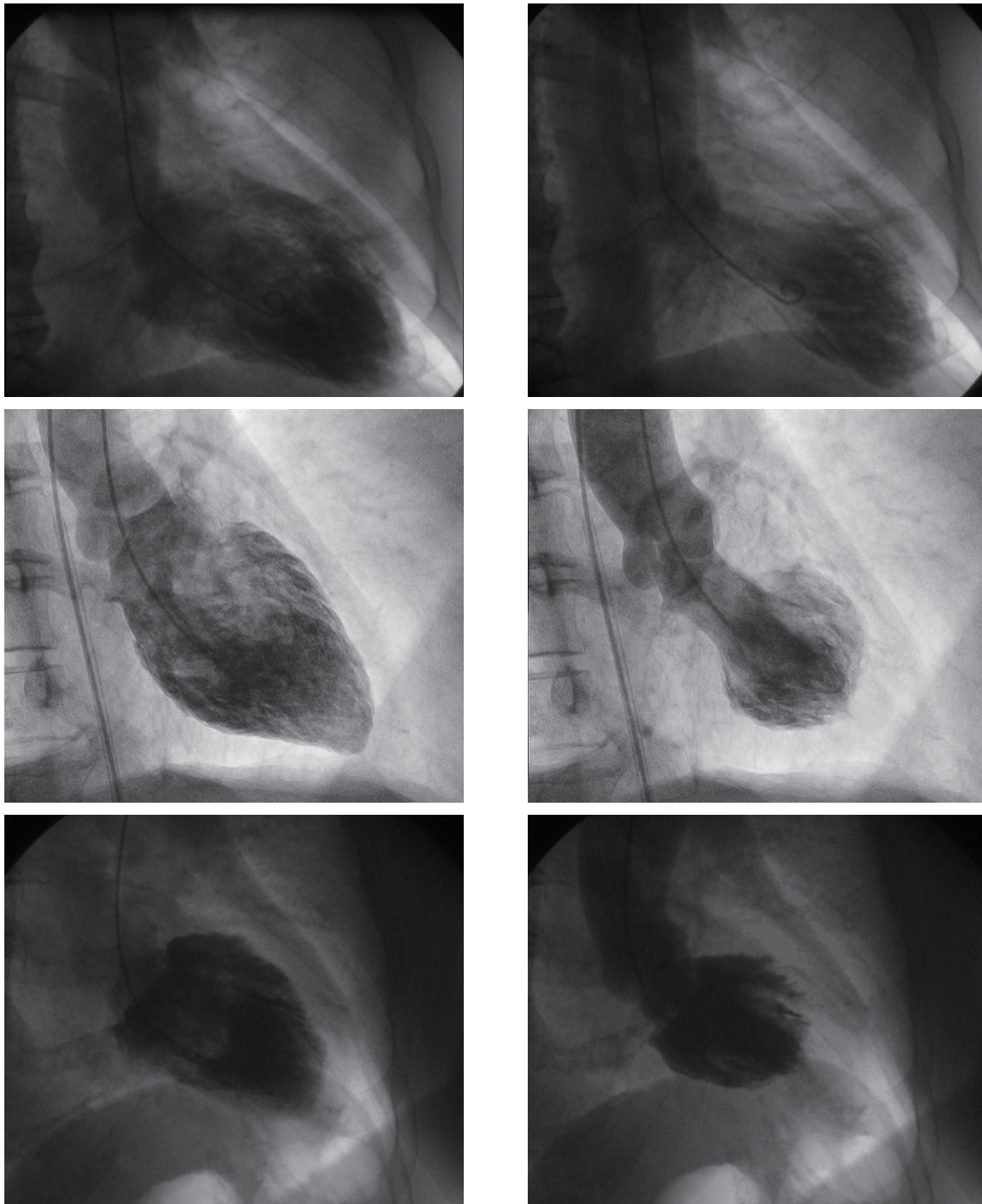


図1：上から順に、典型例、非典型例(心室中部型)、非典型例(心基部型)の左室造影所見。左から拡張期、収縮期の順。

不整脈の有病率に有意差を認めなかった。心疾患以外の既往症として、悪性腫瘍、脂質異常症、糖尿病、脳梗塞についても有意差を認めなかった(表1)。その他冠危険因子として、高尿酸血症の有病率、喫煙歴、家族歴についても有意差を認めなかった(表1)。誘因と考えられる身体的もしくは精神的ストレスのあった患者の割合にも有意差を認めなかった(表1)。

初発症状として、胸部症状を呈したものの割合は典型例89.7%、非典型例62.5%であった(表1)。胸部症状以外では、倦怠感、意識障害、腰痛、過換気症状などを持

つ割合は、典型例6.9%、非典型例37.8%であった($P=0.06$) (表1)。有意差は認めないものの、非典型例では胸部症状以外の症状が多い傾向にあった。

また発症から受診までの日数別の患者の割合を図2に示す。発症した日に受診した人数の割合は、有意差を認めないものの、78.6%、62.5%で典型例の方が高い傾向にあった。

血液生化学検査所見については、初診時CPK値については、典型例で平均345IU/L、非典型例で545IU/Lと非典型例で有意に高値($p=0.0418$)であり、入院

表 1：患者背景、既往歴、冠危険因子、誘因、症状についての典型例、非典型例での比較

	典型例	非典型例	p値
症例数	29	8	
女性	19 (56.5)	6 (75.0)	n.s.
年齢	72.7±12.8	72.1±10.4	n.s.
入院中の発症	9 (31.3)	2 (25.0)	n.s.
高血圧症	17 (58.6)	5 (62.5)	n.s.
不整脈	8 (27.6)	2 (25.0)	n.s.
悪性腫瘍	11 (37.9)	2 (25.0)	n.s.
脂質異常症	8 (27.6)	2 (25.0)	n.s.
糖尿病	4 (13.8)	2 (25.0)	n.s.
脳梗塞	4 (13.8)	1 (12.5)	n.s.
高尿酸血症	2 (6.9)	0 (0.0)	n.s.
喫煙	5 (19.2)	1 (12.5)	n.s.
家族歴	3 (10.3)	2 (25.0)	n.s.
身体的ストレス	11 (37.9)	2 (25.0)	n.s.
精神的ストレス	10 (34.5)	3 (37.5)	n.s.
胸部症状	26 (89.7)	5 (62.5)	n.s.
胸痛・胸部圧迫感	22 (75.9)	3 (37.5)	0.0829
胸部症状以外の症状	2 (6.9)	3 (37.8)	0.0569

後のCPK最高値は典型例で平均475IU/L、非典型例で893IU/Lと有意差を認めなかった。初診時BNP値については、典型例で平均1054pg/ml、非典型例320pg/mlと典型例で有意に高値 (p=0.0496) であった (表 2)。

初診時心電図所見では、いずれかの誘導でST上昇、異常Q波、陰性T波を認める割合に有意差を認めなかったが、いずれかの誘導でST低下を認める割合は非典型例で有意に多く (p=0.0129)、とQT延長を認める割合も非典型例で有意に多くなっていた (0.0357) (表 2)。またST上昇を認める誘導とST低下を認める誘導が混在している割合は、有意差はつかないものの非典型例で多い傾向にあった (p=0.0569) (表 2)。

またたこつぼ型心筋症の心電図は、初期のST上昇から、T波陰転化、巨大陰性T波を示し、その後正常化するという経時的变化を示す⁵⁾。当院の典型例の1例を図2に示す。その変化を含めて比較検討するため、初診時だけではなく入院後の経過中にT波の陰転化あるいは巨大陰性T波に移行する変化を認める誘導を、典型例、非典型例に分けて集計した。記録から心電図の経過を追うことのできた典型例16例と非典型例7例の心電図の解析において、Cabrera sequenceで集計した。Cabrera sequenceとは、左室壁運動の解剖学的連続性が誘導の順に表現されるように、肢誘導をⅢ、aVF、Ⅱ、-aVR、Ⅰ、aVLの順に並び替える心電図の記録方法である^{6, 7)}。よってaVR誘導に関してはT波の陽転化あるいは巨大陽性T波について集計した。結果は図3に示すとおりであり、-aVRについては有意に非典型例で少なく (p=0.0046)、つまりaVRでのT波陽転化が非典型例で有意に多い結果であった (表 2)。

冠動脈造影で有意狭窄を認めた例は、冠動脈造影を行った全35例のうち典型例2例、非典型例1例で有意差

表 2：血液生化学検査所見、心電図所見、冠動脈造影所見、左室造影所見についての典型例、非典型例での比較

	典型例	非典型例	p値
初診時CPK	345±672	545±574	0.0418
CPK最高値	475±700	893±729	0.0875
初診時CK-MB	12±24	18±30	n.s.
初診時BNP	1054±1501	320±443	0.0496
心電図	29	8	
ST上昇	20 (69.0)	6 (75.0)	0.0569
ST低下	2 (6.9)	4 (50.0)	n.s.
ST上昇とST低下	2 (6.9)	3 (37.5)	0.0569
異常Q波	7 (24.1)	4 (50.0)	n.s.
陰性T波	19 (65.5)	5 (62.5)	n.s.
QT延長	17 (58.6)	8 (100.0)	0.0357
冠動脈造影	27	8	
有意狭窄あり	2 (7.4)	1 (12.5)	n.s.
冠攣縮誘発試験	0	2	
陽性	0 (0.0)	0 (0.0)	
左室造影	23	8	
左室駆出率	56.9±14.1	56.5±15.8	n.s.

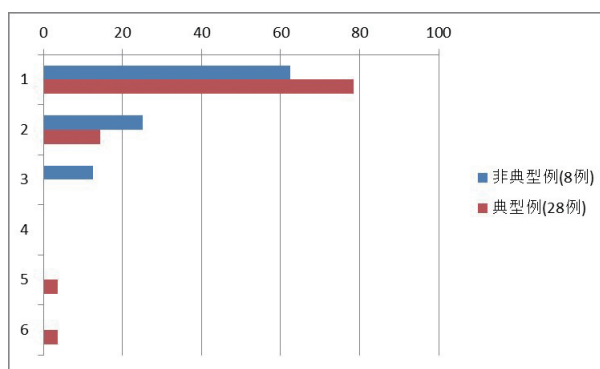


図 2：発症後の日数と受診した人数の割合

を認めず (表 2)、有意狭窄を認める領域と壁運動異常領域とが一致しないことからたこつぼ型心筋症の診断となった。冠攣縮誘発試験を行ったのは非典型例の2例のみであり、いずれも陰性の結果であった (表 2)。

左室造影を行ったのは全31例であり、平均左室駆出率は典型例で56.9%、非典型例で56.5%であり有意差を認めなかった (表 2)。

治療経過に関しては、典型例で72.4%、非典型例で87.5%の患者では経過観察のみで壁運動の改善を認めたが、それ以外の患者では、心不全治療、左室内血栓に対する抗凝固療法、心室性不整脈治療の少なくともひとつを要し、それぞれの治療を要した割合に典型例、非典型例で有意差を認めなかった (表 3)。死亡例は3例で、有意差は認めないものの、すべてが典型例であった。再発は1例認めており、初発時は典型例を、再発時は非典型例を示した。

【考案】

近年たこつぼ型心筋症の非典型例とされる、心尖部で収

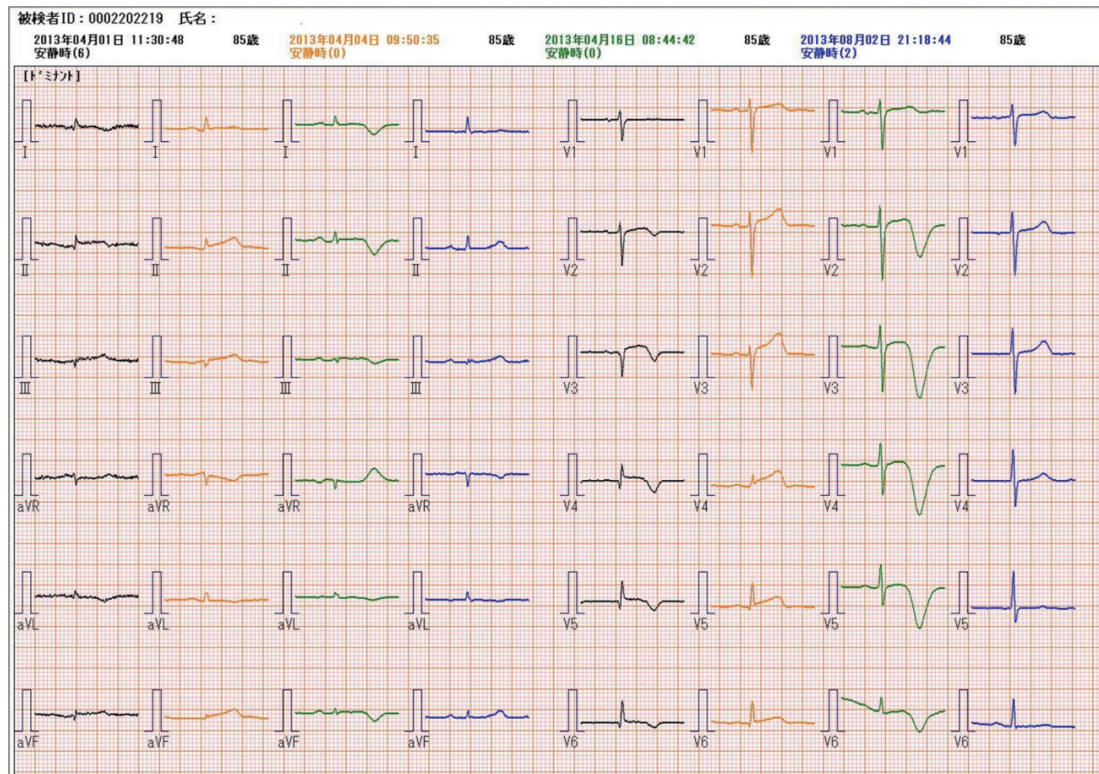


図3：典型例の1例における発症日以降の心電図変化

表3：治療、予後についての典型例、非典型例での比較

	典型例	非典型例	P値
循環器治療なし	21 (72.4)	7 (87.5)	n.s.
心不全治療	5 (17.2)	1 (12.5)	n.s.
抗凝固療法	3 (10.3)	0 (0.0)	n.s.
心室性不整脈治療	2 (6.9)	0 (0.0)	n.s.
入院時死亡	3 (10.3)	0 (0.0)	n.s.
再発	1 (3.4)	0 (0.0)	n.s.

縮を認めるたこつぼ心筋症類似の症例報告は多くなされており、国内外でたこつぼ型心筋症の典型例、非典型例で臨床像を比較検討した文献を認める。馬渡らの非典型たこつぼ心筋障害の臨床的検討では、40例のたこつぼ心筋障害について検討を行い、33例の典型例と7例の非典型例において臨床像に差異は認めなかったと総括している⁸⁾。またKurowskiらの2944例の急性冠症候群症例と35例のたこつぼ型心筋症症例の検討⁹⁾では、たこつぼ型心筋症症例の非典型例は40%にあたる14例にもものぼっており、典型例、非典型例で臨床像に差はなかったと総括している。今回同様にたこつぼ心筋症の典型例、非典型例の病態に違いがあるかを確認し、さらに病型により管理治療において異なる点があるかどうかについて知るため、2群間の比較検討を行った。

たこつぼ型心筋症の初診時の症状として、胸痛、胸部圧迫感の症状や、その他呼吸苦、動悸などの胸部症状を呈することが多いとされている。今回の検討で意識障害、倦怠感など、胸部症状以外の症状は、有意差はないもの

の非典型例が多かった。これらたこつぼ型心筋症の発症時の症状に関して、典型例と非典型例の間で比較検討した詳細な報告は認めない。今回女性の割合は典型例で56.5%、非典型例で75.0%と非典型例の方が多く、胸部症状の有無に性差が関係している可能性が示唆された。

非典型例で受診が遅れたことの原因として、今回の検討で非典型例で胸部症状が少ない傾向にあったことが考えられる。しかし本症の典型例、非典型例における初発症状に関する詳細の検討は認めず、非典型例において胸部症状を呈する症例の割合が少ないという同様の報告は見つけられていない。典型例、非典型例において症状が異なる可能性に関しては、症例数を増やしてのさらなる検討が必要と考えられる。

発症日に受診した人数の割合は典型例が多かった。一般的に本症でCPK値は急性心筋梗塞に類似して来院後数時間で上昇し最高値に達するという経過をたどる。非典型例で発症から受診まで時間を要したことによって、初診時CPK値が非典型例で有意に高値であり、入院後のCPK最高値には有意差を認めなかったと考えられる。一方Songらによる検討で、本症非典型例で典型例に比較してCK-MB値が有意に高値であったとの報告がある¹⁰⁾。今回の検討ではCK-MB値には有意差を認めなかったが、CPK値に有意差を認めたことが、典型例、非典型例での何らかの病態の違いに由来する可能性も残されており、この点に関してもさらなる検討が必要と考えられる。

今回、初診時BNP値については典型例で有意に高値となった。これは典型例が示す心尖部のballooningにより、左室流出路狭窄や一時的な僧房弁閉鎖不全症が心負荷を増大することによると考えられる。典型例の方が急性期の合併症として心不全をきたす症例が多いという報告があり¹⁰⁾、この結果の裏付けとなるだろう。前出のSongらによる検討で、典型例では非典型例に比較してNT-proBNP値が有意に高値であったと報告されている¹⁰⁾。

たこつぼ型心筋症症例の心電図は、経時的にST上昇からT波陰転化、巨大陰性波を経て正常化するという変化をたどる⁵⁾。この心電図変化の経過は非典型例においても同様であることは既報にも述べられている⁸⁾。初診時心電図でST低下を認める例・QT延長を認める例が非典型例で有意に多かったことは、前述のように、非典型例では典型例に比較して発症から受診までに時間を要していることによると考えたと説明できる。

心電図の誘導別の分析では、経時的変化による影響をなくすため、入院後にT波の陰転化あるいは巨大陰性T波に移行する変化を認める誘導を、典型例、非典型例に分けて集計し分析した。これにより今回の解析から分かったのは、-aVRにおけるT波陰転化あるいは巨大陰性T波の出現は、典型例で有意に多かったということであった。aVR誘導は心臓から右手方向へのベクトルとなるので、逆に-aVR誘導は、心基部から心尖部方向へのベクトルになる。心尖部の無収縮を示す典型例では、心基部から心尖部方向への電位の異常を示すため、おそらくこの誘導で有意に異常を認めたのだろう。また有意差は認めないものの、肢誘導において非典型例でT波陰転化、巨大陰性T波への変化が少ない傾向にあった。このことについても症例数を増やして今後さらに検討する必要があると考えられる。

たこつぼ心筋症の発症48時間以内の急性期の心電図変化に関しては、Kosugeらによる分析¹¹⁾で、非ST上昇型急性冠症候群との比較解析により、たこつぼ心筋症の場合-aVR誘導で陰性T波を認め、V1誘導で陰性T波を認めない場合、感度95%、特異度97%と診断に有用であるとの報告もある。本症例で誘導別の心電図解析をした結果、感度は全体で21.1%、典型例で33.3%、非典型例で0%と、既報に類似した結果は得られなかった。結果が合致しなかった原因として推測されることは、小菅らの解析では、たこつぼ心筋症の診断基準としてMayo clinicの診断基準¹²⁾に従っているため非典型例のうち心基部に壁運動異常を呈する症例が非たこつぼ心筋症として除外されている可能性がある点と、本研究で用いている心電図が慢性期までの変化を含めて解析しているという点が考えられる。

今回の検討で、入院時死亡率は8%と、既報の0-8

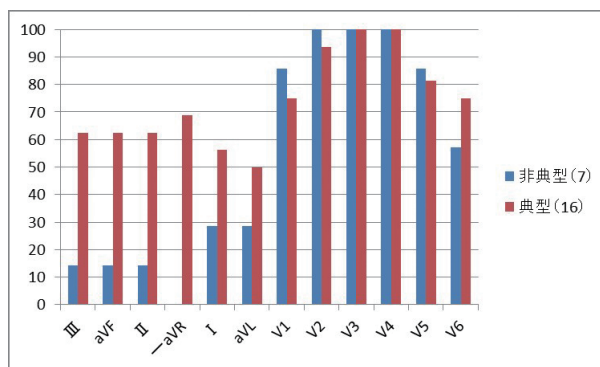


図4: 入院後の心電図の経過で誘導別にT波陰転化あるいは巨大陰性T波を認めた患者の割合 (%)

%に比較して高率となった。死亡率に有意差は認めないものの、死亡例は3例すべてが典型例であり、死因は脳梗塞が2例と心不全が1例であった。たこつぼ型心筋症は予後良好な疾患だが、急性期合併症により死亡することがある。急性期合併症は心臓のポンプ失調、左室心尖部血栓形成、左室流出路狭窄、僧房弁閉鎖不全症、不整脈、心破裂等がある¹⁴⁾。前述のとおり、典型例で左室流出路狭窄や僧房弁閉鎖不全症により、心臓のポンプ失調をきたしやすく、心不全を発症しやすくなると考えられる。また心尖部の無収縮により左室内血栓が形成され心原性脳梗塞をきたすため、脳梗塞の発症率は典型例の方が多くなると言える。

以上、今回の検討により、たこつぼ型心筋症の典型例、非典型例で初発症状や心電図変化について差異があることが示唆された。また典型例と非典型例で左室壁運動異常の部位が異なることにより、心内の血行動態は異なり、心負荷の程度も異なることから、予後が異なる可能性が示唆された。本症は従来予後良好な疾患と考えられているが、典型例においてはさらに急性期管理に注意が必要であることが示唆されたと考える。

文献:

- 1) 佐藤 光、立石博信、内田俊明、ほか: 多枝spasmにより特異的な左室造影「ツボ型」を示したstunned myocardium.
- 2) 清水雅俊、高橋華代、深津泰英、ほか: 心基部及び心尖部の過収縮と心中部の無収縮をきたした一過性左室壁運動異常の1例。J Cardiol 2003; 41: 285-290
- 3) 山田道治、清水智雄、松井義親、柴田哲夫: 左室心尖部に正常壁運動を認めたたこつぼ型心筋障害の1例。心臓 2004; 36: 461-465
- 4) 河合祥雄: たこつぼ心筋障害 (たこつぼ心筋症) 診断の手引き (第2案) 作成過程。心臓2004; 36: 466-468
- 5) Kurisu S, Inoue I, Kawagoe T, et al: Time course of electrocardiographic changes in patients with takotsubo syndrome: comparison with acute myocardial infarction with minimal enzymatic release. Circ J 2004; 68: 77-81

- 6) Cabrera E : Electrocardiographie Clinique : Theorie et Pratique. Masson, Paris 1959
- 7) GE Dower et al : Limb lead of electrocardiogram : Sequencing revisited. Clin,Cardiol 1990.13 ; 346-348
- 8) 馬渡耕史、春田弘昭、大野朗 : ‘非典型’ たこつぼ心筋障害の臨床的検討。心臓2010 ; 8 : 1048-1056
- 9) Kurowski V, Kaiser A, von Hof K, et al : Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy) : frequency, mechanisms, and prognosis. Chest 2007 ; 132 : 809-816
- 10) Song B G, Chun W J, Park Y H, et al : The clinical characteristics, laboratory parameters, electrocardiographic, and echocardiographic findings of reverse or inverted Takotsubo cardiomyopathy : Comparison with mid or apical variant. Clinical Cardiology 2011 ; 34 : 693-699
- 11) Kosuge M, Ebina T, Hibi K, et al. Simple and accurate electrocardiographic criteria to differentiate takotsubo cardiomyopathy from anterior acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2010 ; 55 : 2514-2516
- 12) Bybee KA, Kara T, Prasad A, et al : Systematic review : transient left ventricular apical ballooning : a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2004 ; 141 : 858-865
- 13) Joo-Yong Hahn, et al : The clinical features of transient left ventricular nonapical ballooning syndrome : Comparison with apical ballooning syndrome : Am Heart J 2007 ; 154 : 1166-1173
- 14) 栗栖智 : たこつぼ心筋症の病態と治療 ; 臨床医の立場から : 心臓2010 ; 42 : 451-457

症 例

救急外来を受診した特発性腹腔動脈解離の1例

Case report : Spontaneous Isolated celiac artery dissection

佐々木 克幸
Katuyuki Sasaki

要 旨

腹部大動脈の解離は、大動脈解離や外傷、カテーテル治療による合併症として起きることが多く、誘因なく発症することは稀である。中でも、腹腔動脈の解離は珍しい。多くは保存的治療にて軽快するが、臓器虚血をきたす場合もあるため、早期に診断し治療を開始することが望ましい。

Key words : Spontaneous, celiac artery, dissection

はじめに

腹痛を主訴に救急外来を受診する患者は多く、その鑑別疾患は多岐にわたる。今回、突然の心窩部痛を主訴に救急搬送され、腹部造影CTにて特発性腹腔動脈解離を認めた一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

【患 者】42歳、男性

【主 訴】心窩部痛

【現病歴】受診日当日の16時頃、コーヒーを飲んでいる最中に突然の冷汗を伴う心窩部痛を認めたため救急要請し、17時10分に当院救急救命センターへ搬入された。痛みは発症時に一番強く(10/10)、搬入時はやや軽快した(6/6)が、持続痛であった。最終排便は前日20時30分ごろに下痢便。救急外来にて採血、心電図、腹部X線、造影CTを施行したが確定診断には至らなかった。スコポラミン投与したところ、時間経過とともに痛みは軽快したため同日帰宅。帰宅後も痛みが持続し翌日内科外来を受診したところ、前日の造影CTで腹腔動脈単独の解離を認めたため入院となった。

【既往歴】癒着性イレウス(H24 4/2~13当院内科入院)、高血圧

【手術歴】9歳：左そ径ヘルニア 10歳：虫垂炎

【生活歴】職業：農家、アレルギー：なし、喫煙歴：20

本/日×21年間、飲酒歴：なし

【入院時現症】意識清明だが苦悶様症状、身長163cm、体重89kg (BMI：33)、HR：66bpm、BP：184/111 mmHg、RR：25/min、BT：36.1℃、SpO2：100% (RA)、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜横染なし、肺音清、雑音なし、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腸蠕動音正常、心窩部を中心に圧痛を認める、筋性防御なし、反跳痛なし、Tapping painなし、腹部エコー：胆嚢壁肥厚なし、両側水腎症なし、いずれも結石を疑う所見なし

【入院時検査所見】血算：WBC11900/ μ l、Hb15.2g/dl、Plt33.5万/ μ l、血清生化学：特記すべき所見なし、造影CT：腹腔動脈の血管壁の解離を認める、肝動脈、脾動脈、左胃動脈は均一に造影されており、その他、肝・胆・膵・副腎・腸管に異常所見を認めない

【入院後経過】第1病日：腹部エコー施行。腹腔動脈の血流は保たれており、経過観察の方針に。痛みに対しては一度ペンタゾシン使用。第3病日：腹痛は完全に消失。第4病日：腹部エコー施行。腹腔動脈最大径に著変なく、加速血流なし。第8病日：症状なく、痛みの訴えもなく退院。その後の外来フォローアップでも痛みなく経過。

考 察

腹部大動脈の解離は、大動脈解離や外傷、カテーテル

治療に伴う合併症として起きることが多く、誘因なく発症することは稀である。中でも、腹腔動脈単独の解離は珍しい。他の大血管の解離と同じく、高血圧や喫煙が危険因子とされている。症状は非特異的で異常所見に乏しいことが多く、確定診断は画像所見で行われる。報告数が少ないため、治療や予後については確立したものはないが、血流や臓器虚血の経時的評価が必要である。血流障害や動脈径の拡大がみられる場合は血行再建術やステント留置が必要になるが、血流が保たれていれば保存的治療で軽快する例が多い。本症例でも、解離時に激しい疼痛があったが、血流が保たれていたため保存的治療にて症状が改善したと思われる。救急外来にてスコポリン投与後痛みが軽快した点については、薬剤そのものの薬理作用からは説明がつかず、血管の解離による痛みの経時的変化（血流が保たれていれば発症時に痛みが最大であることが多い）と薬剤投与のタイミングが重なったためと思われる。腹腔動脈単独の解離は珍しい疾患ではあるが、CTなどの検査機器の普及と進歩に伴い、今後、症例数は増加すると思われる。突然発症の腹痛の鑑別疾患として、念頭に入れておく必要がある。

研究

透析患者における終末期をどうとらえるか ～血液透析センター勤務1年未満の看護師のインタビュー結果から～

How should we address the challenge for caring dialysis patients in terminal stage?
From the result of interview with nurses serving in hemodialysis center within one year

水島 早苗
Sanae Mizushima

中林 由香
Yuka Nakabayashi

要 旨

平成23年の日本透析医学会では、終末期の患者・家族の希望時、重度の認知症を合併時は、透析中止もあり得るとし、その人らしい最期をケアする概念End of Life (以下EOL) が提言されている。当透析室では勤務1年未満の看護師(以下1年未満の看護師)が過半数を占め、終末期のとらえ方に違いがあるのではないかと考えた。1年未満の看護師を対象に透析患者の終末期をどのようにとらえているかその認識を明らかにし、EOLを考慮した看護ケアを提供するための今後の課題を報告する。

Key words : Terminal stage (終末期)、End of life care (エンドオブライフケア)、Dialysis patient (透析患者)

はじめに

終末期医療に関するガイドラインでは、広義の終末期を「最善を尽くしても病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断された時期」と定義¹⁾している。この定義から考えると、透析を受けている時期の末期腎不全患者は終末期にあたるのかという疑問が生じる。一方で、平成23年の日本透析医学会では、終末期の患者・家族の希望時、重度の認知症を合併時は、透析中止もあり得るとし、その人らしい最期をケアする概念End of Life (以下EOL)²⁾が提言されている。それぞれの患者のEOLを優先するためには、患者と向き合う看護師が透析患者の終末期に対してどのような認識を持っているかが、EOLを考慮した透析患者の看護ケアを提供するための基盤となる。しかし、当透析室では勤務1年未満の看護師(以下1年未満の看護師)が過半数を占め、終末期のとらえ方に違いがあるのではないかと考えた。先行研究においては、透析室勤務5年目以上の看護師の血液透析患者に対する終末期を語り実践知を明らかにした研究が報告されているが、看護スタッフ間の認識の相違、特に看護師経験年数に着目して解明している先行研究はみあたらない。そこで本研究では、1年未満の看護師を対象に透析患者の終末期をど

のようにとらえているかその認識を質的に明らかにする。

I. 研究方法

1. 研究期間
平成25年4月1日～平成26年2月31日
2. 研究対象
当院透析室経験1年未満の看護師4名
3. データ収集方法
半構造的面接方法による質的研究。インタビューガイドを作成し、1グループ4名で60分程度のインタビューを行った。会話はICレコーダーに録音した。
4. データ分析方法
録音した音声データを逐語録として文字データ化し、研究者が研究目的と関連する部分を抜き出して、質的分析を行った。
5. 倫理的配慮
対象者に対しては書面にて本研究の目的・趣旨を説明し、協力を依頼した。研究参加は自由意思に基づき、個人的評価を受けないこと、匿名性の保持やデータの管理等について書面をもって説明し同意を得た。なお、本研究は砂川市立病院看護部倫理委員会の承諾を受けている。

II. 結果

1. 対象者の特性

研究対象看護師の平均年齢は37才（28～47才）。看護経験平均年数は12年（4.5～20年）。透析室勤務年数4.3か月（3か月～6か月）。今までに経験した診療科は内科・外科・小児科・精神科・耳鼻科・地域連携室であった。

- ### 2. フォーカスグループインタビュー調査の分析と詳細グループインタビューの逐語録から66個のコードが抽出され、18個のサブカテゴリーに統合された。以下にカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で示す。これらの関係性から【透析患者の特徴】【透析患者の一般論】【透析患者の終末期の時期】【1年未満の看護師が考える透析患者の終末期】【1年未満の看護師の現在の思い】の5個のカテゴリーが形成された。（表1）

III. 考察

対象者は、卒後1年目の新人看護師ではなく、他部署での経験豊かな看護師であり、他部署で終末期患者や家族と死について向き合ってきた経験がある。そのため【透析患者の特徴】や【透析患者の一般論】の視点ではとらえていた。

しかしながら、【1年未満の看護師が考える透析患者の終末期】は、病棟や外来勤務などで経験した他の疾患患者の終末期と比べて〈普通の患者とは違う〉もので〈透析での終末期は突然〉と考えていた。そして、【透析患者の終末期の時期】について、〈透析継続困難〉の時、〈透析中止した時点で終末期〉や、〈在宅透析患者に終末期はいない〉〈入院透析になったら終末期〉ととらえていた。このように、【透析患者の終末期の時期】を、透析実施や継続が可能か、入院か通院中かどうか、がその転換期と認識していることがうかがえる。しかし、春木が「透析患者は、透析導入を告げられたとき、一度死の宣告を受けている⁴⁾」と述べているような、導入時についての発言はなかった。これは、透析を導入するか否かについての意思決定は外来で行われており、透析室で経験する機会がないからではと考えられる。

【1年未満の看護師の現在の思い】として集約された内容には、〈医療者に対する思い〉としては患者や家族に対する説明に関する内容、〈患者家族に対する思い〉として治療の選択や生活に関する内容が表出された。これらはEOLとも関連する要素であるが、〈患者像の情報不足〉で看護介入に踏み込めないまま〈自身の葛藤〉として抱えているように推察される。その原因の一つとして、透析室への配属から日が浅い場合、複雑な精密医療機器である透析機器の慣れない取扱いに集中する傾向

があることも影響していると考えられる。透析室経験5年目以上の先行研究では「透析患者の終末期は、緩やかに下降しつつ死に向かっているという患者の状態があり、その中で変化に気付くという看護の視点が重要となる。」³⁾と述べられているようにその変化に気付くことは容易ではない。ゆえに透析室に配属された看護師には技術の習得と並行し、早い段階でのEOLに対する教育計画の検討が必要であると考えられる。本研究の結果を基礎資料として、透析室看護師だけでなく、医師・コメディカルなどの医療専門職者とも透析患者の終末期について検討を重ねることが重要であると考えられる。

IV. 結論

1. 透析室勤務1年未満の看護師は透析患者の終末期を透析患者の特徴・透析患者の一般論・透析患者の終末期の時期・透析患者の終末期・看護師の現在の思いととらえていた。
2. これまで透析室に配属された看護師には機械操作を優先して技術指導していたが、今後はEOLを考慮した教育計画の見直しと指導が必要。
3. 患者や家族との連絡を密にし、スタッフ間のみならず、導入カンファレンスを取り入れ医療専門職者との情報共有を図る。

V. 引用文献

- 1) 日本医師会：終末期医療に関するガイドラインについて、第X次生命倫理想談会、平成18・19年度 生命倫理想談会。
- 2) 阿部美穂、池田友子、安田真知子：高齢患者の在宅血液透析における支援の現状と終末期の課題、臨牀透析、VOL.29, NO.3, 301-307, 2013。
- 3) 本田智子、高橋良幸、谷本真理子：終末期維持透析患者にかかわる看護師の実践知、日本腎不全看護学会誌、Vol.12, No.2, 72-80, 2010。
- 4) 春木繁一：サイコネフロロジーの臨床180-187, 2010。

表1 インタビュー結果

カテゴリー	サブカテゴリー	結 果
①透析患者の特徴	透析患者の特徴	他の疾患の悪化で透析できずに亡くなる。 ハイリスク患者が在宅通院している。 高齢者は状態変化しやすい 高齢者は合併症がありハイリスク 透析患者は寿命が短い
	透析中止は死に直結する。	透析できないと死に直結する。 透析できないと2週間程度で死ぬ 透析をしないと死ぬ 透析をやめたら5～8日で亡くなる
②透析患者の一般論	終末期の期間	終末期とは亡くなる数日～6か月
	終末期とは緩和治療	終末期とは緩和治療
	透析継続困難	血圧が低く透析を回せない 予定通りに透析が終了しない 透析ができなくなった。 一般状態が悪くなった。 透析を回せない 認知症で透析が回せない 危険行動によって透析が回せない 状態が悪くて透析が回せない 一般状態の憎悪 透析によって苦痛が増強
	透析中止した時点で終末期	透析中止した時点で終末期 透析をしなくなったら終末期
③透析患者の終末期の時期	在宅透析患者に終末期はいない。	(在宅)透析患者には終末期はいない 終末期に近い患者はいる。
	入院透析になったら終末期	外来透析から入院透析になったら。
	④1年未満の看護師が考える終末期	透析での終末期は突然だ 突然透析できなくなり死に陥る 透析での終末期は突然だ 突然死が在宅の時もある。 予測できない
	患者、家族は気持ちの整理がつかない。	透析患者は本人も家族も準備できずになくなる。 家族は気持ちの整理がつかない
	一般の終末期は死への準備期間がある。	一般の終末期は死への準備期間がある。 一般の患者家族は気持ちの準備期間がある。
⑤1年未満の看護師の現在の思い	普通の患者とは違う	普通の患者の終末期とは違う。 普通の終末期とは違う。 病棟の患者のような終末期患者はいない。
	バランスが崩れると死に直結する	バランスが崩れると死に直結する
	医療者に対する思い	透析導入時にどのようなICがされているか 透析を中断するとどうなるかICがされているのか 透析することでのメリット・デメリットの説明 透析導入時家族にも考えさせる。
	患者・家族に対する思い	透析患者は自分の命をどうとらえているのか 導入時にどう思っているのか？ 患者が治療（透析）をどのように考えているのか 今後どのように治療（透析）したいのか 透析導入の必要性 どういう生活を送りたいかの確認 患者が透析をどのように考えているかわからない 家族が透析をどのように考えているかわからない
⑥1年未満の看護師の現在の思い	患者像の情報不足	透析導入時どのようなICがされているかわからない。 患者・家族へのアプローチの仕方がわからない 患者像をとらえきれていない 透析中止は患者家族の理解が必要 透析患者の家族の情報が取れてない 透析患者の生活過程の情報が取れてない 急変時の連絡方法がわからない 急変時に患者・家族の考えがわからず情報・対応がとりにくい。
	自身の葛藤	本人の望むようにしてあげたい（安楽な透析） 認知症で指示の透析が回せない時点でDNARが必要。 生活の質を保てない（透析）治療は必要か 看護師は何もしてあげられない 他の病気では治療が効かない、病気の悪化で死を意識する。 透析患者は死を考えていない
	自身の成長	終末期患者に最近気づき始めた。

研究

ICU家族ケア支援シートを活用した 看護師と家族のケア提供比較と家族ニーズの重要度調査

Importance investigation of the nurse and family care offer comparison
which utilized the ICU family care support sheet, and a family need

江崎 夕香里
Yukari Ezaki

長田 千鶴
Chizuru Nagata

中村 香織
Kaori Nakamura

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

A病院ICU（以下、ICUとする）は、自作の家族ケア支援シート（以下、シートとする）を作成し実践している現状である。看護師の関わりは、ケアを提供する看護師側と提供される家族側において差はないのか、また、重症患者家族のニーズにおいて、家族は何を重要と捉えているのか現状を明らかにする必要があると考え調査を行った。自作のシートは、家族のニーズを把握しアセスメントすることは非常に難しく、ケア提供に差を生じさせるという結果が得られた。家族が求めるニーズの充足を図るために、危機段階の介入方法だけではなく、ニーズとコーピングの状況や経過を知るツールが必要であることが明らかとなった。

Key Words : Family care, ICU Family care support sheet, Family need

【はじめに】

A病院ICU（以下、ICUとする）は、平成20年度にフインクの危機モデル理論に基づき、家族の心理変化や危機的状況を表した家族ケアマニュアルを独自に作成した。さらに、平成22年度までに従来の家族ケアマニュアルと記録が一元化した自作の家族ケア支援シートを作成し、継続ケアに努め、実践している現状である。平成23年度には、ICU看護師を対象に家族ケアの実態調査を行った。その結果、家族ケアに対する意識の向上と、危機段階を考慮した家族ケアを実践しているという結果を得た。国内の先行研究では、モルターの重症患者家族のニーズを利用したアンケート調査から、ICU看護師の面会時の対応に関する家族の要望を明らかにした研究や、家族のニーズに対し、どの程度看護実践を行っているかなど、類似する調査研究がなされていた。しかし、自作のシートを活用して家族ケア介入の調査を行った調査報告はなかった。そこで本研究に先立ち、平成25年度にICU看護師に対し、家族ケア介入の調査を行なった。

本研究は、家族に対しICU看護師のケア介入を調査し、先行研究と比較することにより、今後のA病院ICUにおける家族看護とシートの再検討の一助になると考えた。

【目 的】

ICUにおける家族ケア支援シートに添った看護師の関わりは、ケアを提供する看護師側と提供される家族側において、差はないのか、〔情報〕、〔情緒的・社会的サポート〕、〔保証〕、〔接近〕、〔安楽・安寧〕のニーズがどのくらい重要だと感じているのか現状を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

1. 調査期間：2013年3月～10月
2. 調査対象者

ICUに入室した死亡の転帰を除く3泊4日以上全病棟退室患者家族

3. 調査方法

- 1) 質問紙は、モルターの重症患者家族のニーズ及びCNS-FACEニーズを参考に宗教的要素とA病院の特徴に当てはまらないものを削除し、類似の内容を統合・修正を加え15項目に絞り自作した。回答方法は、「家族がどのくらいケアを提供されていると感じるか」（以下、満足度とする）、「家族がどのくらい重要だと感じているか」（以下、重要度とする）

表 1

ICU看護師と家族のケア提供比較結果と家族ニーズの重要度順位

分類	質問内容		p<0.01**		p<0.05*		家族の重要度順位
			平均値	標準偏差	p		
情報	質問1	看護師より面会までのおおよその待ち時間や理由について説明がある	看護師 3.214 家族 3.750	0.579 0.576	0.001**	15	
	質問2	看護師より初めてICUに入る前に患者の状態について説明がある	看護師 3.000 家族 3.833	0.707 0.437	0.000**	14	
	質問3	面会時に、その日の担当看護師より自己紹介がある	看護師 3.714 家族 3.909	0.469 0.362	0.036**	12	
	質問5	看護師は、面会時に患者についての情報や行なっているケアや処置についての説明をしてくれる	看護師 3.429 家族 3.773	0.514 0.424	0.016**	6	
	質問6	看護師は、医師からの説明後、ご家族に理解しにくい箇所はなかったか確認してくれる	看護師 3.786 家族 3.750	0.426 0.488	0.890	13	
	質問8	看護師は、ご家族の質問にありのまま分かりやすい言葉で答えてくれる	看護師 3.286 家族 3.884	0.611 0.324	0.000**	6	
	質問14	看護師より、急変時や病棟移動時の連絡がなされる	看護師 3.714 家族 3.909	0.469 0.362	0.036*	6	
	接近	質問4	看護師より、患者への接し方について伝えてもらえる	看護師 3.429 家族 3.791	0.646 0.466	0.022**	10
安楽・安寧	質問13	ご家族のプライバシーが保護されていると感じる	看護師 3.071 家族 3.921	0.616 0.30	0.000**	9	
	質問15	看護師がご家族の健康状態に気を配り休息がとれるように配慮してくれる	看護師 3.286 家族 3.886	0.611 0.387	0.000**	10	
情緒的サポート	質問7	看護師はご家族の質問や不安について、対応し話しを聞いてくれる	看護師 3.500 家族 3.884	0.519 0.324	0.002**	3	
社会的サポート	質問12	看護師がご家族の不安や要望に合わせて、地域医療連携室や入院受付で相談できることについて教えてくれる	看護師 2.357 家族 3.553	0.842 0.602	0.000**	5	
保証	質問9	看護師は、患者・ご家族の希望を聞いてくれる	看護師 3.214 家族 3.854	0.699 0.358	0.000**	3	
	質問10	最善の看護が患者に行なわれていると感じる事ができる	看護師 2.786 家族 3.818	0.579 0.582	0.000**	1	
	質問11	看護師が患者のことを気にかけていると感じる事ができる	看護師 3.071 家族 3.955	0.730 0.211	0.000**	1	

※ 家族支援シートに記載がないもの

を4段階の尺度で評価した。

2) ICU看護師の調査結果は、平成25年2月に調査したデータを使用する。

4. 分析方法

自作の質問項目を〔情報〕、〔情緒的・社会的サポート〕、〔保証〕、〔接近〕、〔安楽・安寧〕に分類した。「ケア提供」は平成25年度の看護師の調査結果と、本調査結果を比較検討し、検定を行った。「重要度」は各質問項目ごとに単純集計し、平均値で順位付けを行った。

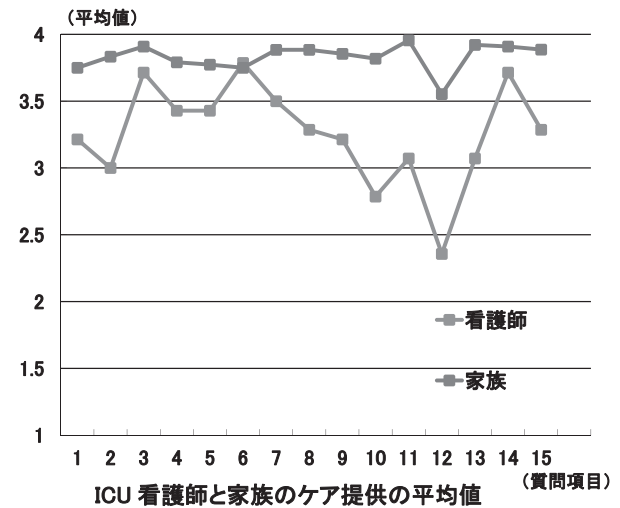
5. 倫理的配慮

A病院看護部倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加の拒否及び中断の場合でも不利益を被ることはないことを口頭と文書で説明し、同意を得た。

【結果】

ICUに入室した死亡の転帰を除く3泊4日以上全病棟退室患者家族56名のうち、44名より承諾を得た。アンケート回収率78.5%、有効回答率は100%であった。ICU看護師における「ケア提供」と家族の「満足度」を検定した結果は、表1の通りであった。有意差を認めなかった項目は、質問6の1項目のみで、他14項目が有意差を認め、家族の平均値が看護師より上回る結果となった(表2)。また、家族のニーズの重要度は、〔保証〕が上位を占めた。

表 2



【考察】

有意差を認めなかった〔情報〕質問6は、シートに介入方法が記されている。家族の不安や緊張、混乱といった危機的状況でのICは、医師からの説明内容を十分に理解できていないことが多い。そのため、必ず看護師が介入し、ICの理解度を確認しながら家族の危機段階をアセスメントし、継続した家族介入ができるよう指導してきた。その結果、ケア提供する看護師と提供される家族の満足度の平均値は共に高く、有意差がなかったと考える。

有意差を認めたその他14項目中、10項目は、シートに介入方法が記されている。また、満足度の平均値で見ると、家族の満足度が看護師のケア提供より優位に上回っていた。評価が高いという事は、これまでの家族支援シートの活用による一定の評価といえる。その一方で、〔保証〕〔社会的サポート〕〔安楽・安寧〕において看護師の平均値が特に低いことが明らかとなった。渡辺は、「看護師のおこなったケアが、その家族にとってどのような意味をもつものであったか、どのようなアプローチが家族にとって役立つものであったのか、家族看護の評価が得られにくい現状にあるといえる。」¹⁾と述べている。看護師は、アセスメントし行ったケアが、家族の不安の軽減や危機的状況から脱する一助となれたのか、評価が得られにくいと考えられた。

次に、家族の重要度においては、〔保証〕のニードが上位を占めている結果だった。Molterの重症患者家族のニードにおいても、保証のニードが上位を占めており一致した結果であった。〔保証〕のニードとは、患者に行われている治療や処置に対して安心感、希望などを保障したいとするニードである。野嶋らは「家族は、常に希望を求めている。したがって、看護者として家族の希望に対するニーズに応え、支えていくことが重要である。」²⁾と述べている。家族は、患者の生命危機への恐れや回復への期待や願いがある中で、医療者に頼らざるを得ない現実を強く感じ、守ってほしい、最善の看護を提供してほしいと切望していることが推測される。

これらの結果より、自作のシートは、家族の危機段階に応じた介入方法を記したシートとしてある程度評価できるものではあるが、家族が抱える様々なニードをアセスメントすることは難しいと考える。千明は「危機状況にある家族がどのようなニードをもっているのか、どのようなコーピング行動をしているのかをアセスメントして、家族への効果的な援助につなげるようにしたい」³⁾と述べている。家族のニードは、患者の重症度や経過、家族の価値観や患者との関係性等により異なり、家族が直面する状況や抱える問題も様々である。それら家族のニードを把握し、アセスメントすることは非常に難しく、ケア提供に差を生じさせる結果となる。そのため、危機段階の介入方法だけでなく、CNS-FACEなど家族のその時々ニードとコーピングの状況や経過を知るためのツールが必要だと考える。定期的に患者の容態に変化が生じた時に、ニードやコーピングを評価することで、その結果をケア提供に活かし、家族が求めるニードの充足を図れるのではないかと考える。現在、退室後訪問を通じて家族ケアに対するフィードバックの機会を得ている。今後さらに、日頃のカンファレンスの場においても、有効な関わりに向けたプロセスをフィードバックするこ

とで、看護師自身の自信に繋がり自己評価は高まると考えられる。さらに、シートの改変を検討しA病院ICUにおける家族看護の発展に努力していきたいと考える。

【結 論】

- 1) シートの活用により情報の項目質問6は、ケア提供と満足度に有意な差がなく、他の14項目はケア提供と満足度に有意な差を認めた。
- 2) シートに記載のない4項目は、すべてケア提供と満足度に、有意な差を認めた。
- 3) 重要度は〔保証〕〔情緒的サポート〕が上位を占めた。

なお、本研究は第10回日本クリティカルケア看護学会学術集会 名古屋 5月 にて発表した。

【引用文献】

- 1) 渡辺裕子：特集生命の危機状態にある患者家族への看護,日本看護協会出版会, 家族看護06号,p.15-17, vol.03,No.02,2005.
- 2) 野嶋佐由美：家族の病気体験の理解、へるす出版、家族エンパワーメントをもたらす看護実践、p.28, 2005.
- 3) 千明政好：救急場面での家族看護を可能にする体制づくり、特集生命の危機状態にある患者家族への看護,日本看護協会出版会, 家族看護06号,p.36-43, vol.03,No.02,2005.

【参考文献】

- 1) 辰巳 有紀子：ICU入院患者の家族が持つニーズ、大阪大学大学院人間科学研究科紀要、第7巻、p.48-55、2002.
- 2) 川上千善美ほか：救急患者の家族のニーズとニーズに対する看護実践度の比較、九州大学医学部保健学科紀要、第7号、p.41-50、2006.
- 3) NC.Molter：重症患者家族のニード、看護技術Vol.30 No.8 p.137-143、1984.
- 4) 草場俊哉ほか：救命救急センター入院患者の家族援助の実態-患者家族のニードの重要度と満足度調査を試みて-、久留米大学高度救命救急センター、第31回日本看護学会集録(成人看護I) p51-53,2000.
- 5) 山勢博彰：救急患者と家族のための心のケア、精神的援助の実際、メディカ出版、p.24-25、2005

研究

救命救急センターに異動した看護師のやりがいの様相 —やりがいを感じている看護師の記述から—

Study on Job Satisfaction of Nurses after Transfer to Emergency and Critical Care Centers

伊波 久美子¹⁾
Kumiko Inami

中井 夏子²⁾
Natsuko Nakai

門間 正子³⁾
Masako Momma

多比良 千晶¹⁾
Chiaki Tahira

細海 加代子¹⁾
Kayoko Hosokai

要 旨

本研究の目的は、救命救急センターに異動した看護師のやりがいの実態を明らかにすることである。救命救急センターに異動した看護師39人を対象に、救急看護のやりがいについて無記名自記式質問紙調査を行った。その結果、約6割の看護師が救急看護へやりがいを感じており、その内容として【重症患者の状態安定と回復のきざし】【新たな救急看護の知識の習得】【患者の救命および急変対応への参画】【家族ケアを通じた学びと成果の実感】【重症患者への集中的なケアの実践】【自己の肯定的評価】【異動病棟の新鮮さ】の7つのカテゴリが抽出された。救命救急センターに異動した看護師のやりがいは、救急看護の知識を習得し、患者の集中的なケア、回復への支援、急変時の対応や救命、家族ケアなどの実践を通して獲得し、自己の肯定的な評価に繋がるものと考えられた。

Key Words : Emergency nurses, Job satisfaction, Job Displacement

キーワード：救命救急センター、看護師、やりがい、異動

I. はじめに

看護師は人材育成や処遇・適材適所、組織の活性化、モチベーションの維持・向上、雇用調整目的とした異動を余儀なくされる。そのため、看護師にとって異動は、表面上、提供される看護実践が初心者への逆戻りの経験となり¹⁾、新しい環境への適応に課題が生じる²⁾ことが知られている。

特に、救命救急センターは、多くのME機器に囲まれた特殊な職場環境であり、年代、性別、疾患を問わず搬送される重症患者の対応や急変に追われる。このため、救命救急センターへの異動は、他領域への異動に比べストレスや疲労、困難感を感じる^{3) 4)}ことが報告されており、離職する看護師も少なくない。

一方で、救急医療に携わる看護師(以下、救急看護師)はストレスフルな環境下でもその仕事に魅力を感じて

おり、個々にやりがいを持ち仕事に励んでいることも報告されている⁵⁾。職務を遂行する際にやりがいのようなポジティブな感情をもつことは、内発的な動機づけとなることや、仕事にやりがいを感じている者ほど職務満足度が高いことが報告されている⁶⁾。看護師を対象としたやりがいに関する研究^{7) 8) 9)}は多数報告されているが、救急看護師に焦点を当てた研究は希少であり、その目的のほとんどが仕事のやりがいを促進あるいは阻害する要因を明らかにしようとしたものである¹⁰⁾。そのため、救急看護師のやりがいそのものを十分に捉えているとは言い難い。

そこで、本研究では救命救急センターに異動した看護師の職務継続の基礎資料を得るために、救命救急センターに異動した看護師の救急看護のやりがいの様相について明らかにすることを目的とした。

1) 砂川市立病院 看護部

Department of Nursing, Sunagawa City Medical Center

2) 札幌医科大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, of Health Sciences, Sapporo Medical University

3) 日本医療大学保健医療学部看護学科

Japan Health Care College

II. 用語の定義

1. やりがい：福岡⁷⁾は、やりがいを「仕事を達成していく過程で感じる喜びや心のはりあい、手ごたえ」と定義している。また、西川¹¹⁾はやりがいを「ある行為の結果として起こってくる満足感に似た感情、ある行為をすれば、その結果として得られる何らかの報酬または満足感」と定義している。以上のことから本研究では、「救急看護師が救急現場において仕事を達成していく過程で喜びや心のはりあい、手ごたえ、満足を感じる」と定義する。
2. 異動：本研究では「施設・組織内において勤務者の勤務場所が換わること」と定義する。

III. 研究方法

1. 研究対象

複数診療科のあるA病院に新設された救命救急センターに異動した看護師39人。

2. 調査時期

2011年11月、留め置き法で無記名自記式質問紙調査を行った。先行研究より集中治療室などへの異動後1年間はストレスを感じていることが報告されている⁴⁾。深刻なりアリティショックの時期を避けるため、対象者が救命救急センターへの異動より1年が経過した時点を選定した。

3. 調査方法

対象施設の看護管理責任者に文書を用いて研究の目的・趣旨を説明し同意を得た。質問紙の配布は研究者がおこない、回収は同封した封筒を用いて閉封し回収箱に投函するよう依頼した。

調査項目は、(1)基本的属性、(2)救急看護に対するやりがいと構成した。(2)救急看護へのやりがいは、ここ最近、救急看護に携わることにやりがいを感じているかという問いに「やりがいを感じている」または「やりがいを感じていない」の2択で回答を求め、「やりがいを感じている」と回答したものには「どんなときにやりがいを感じるか」について、「やりがいを感じていない」と回答したものには「どんなときにやりがいを失うのか」について自由記述を求めた。

なお、本調査においては救命救急センターに異動した看護師の職務継続の視点を明らかにすることを目的としているため、「やりがいを感じる」ときに焦点を当て分析する。

4. 分析方法

(1)基本的属性および(2)救急看護へのやりがいの有無については記述統計を行った。自由記述で得られた記載内容を質的記述的分析法を用いて、記載文章を意味により文節に分け意味を損なわないようにコード化した。コ

ードを類似内容のグループに命名して抽象化を繰り返して、サブカテゴリおよびカテゴリを抽出した。分析は共同研究者間で話し合いを重ねながら進め、信頼性、妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

調査にあたり対象施設および対象者に文書で研究目的、研究参加の自由意思、匿名性と守秘義務の遵守、データの管理方法、廃棄方法、質問紙の回答をもって同意が得られるものとする、結果の公表方法等を説明した。また、本研究は研究者が所属する施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。

IV. 結果

対象者39人のうち37人(35.0±7.9歳、看護師経験年数12.5±7.6年)から回答が得られ(回答率94.9%)、すべて有効回答であった(有効回答率100.0%)。救急看護へのやりがいを感じている者は23人(62.2%)、やりがいを感じていない者は14人(37.8%)であった。

救急看護へのやりがいを感じていると回答した23人の「どんなときにやりがいを感じるか」という問いに対し得られた33の記述内容を分析した結果、表1のように7カテゴリと19サブカテゴリが抽出された。以下カテゴリごとに結果を述べる。なお、【 】はカテゴリ、〈 〉はサブカテゴリを示す。

1) 【重症患者の状態安定と回復のきざし】

このカテゴリは、〈患者の状態が安定したとき×状態が回復した兆候がもられたとき×状態の悪い患者が回復したとき×患者の症状が緩和したとき×患者の言葉を聞けたとき〉の5つのサブカテゴリから構成された。看護師は重症患者の看護ケアを通して患者の状態が安定し回復のきざしを確認しやりがいを感じていた。

2) 【新たな救急看護の知識の習得】

このカテゴリは、〈様々な病態の学習のしがいがあるとき×新たな救急看護の知識を習得したとき×知識を習得し患者対応ができるようになったとき×病態を理解しアセスメントに基づいた患者ケアを実施するとき×患者回復のために能動的な行動がとれるとき〉の5つのサブカテゴリから構成された。異動した看護師は救急看護に触れ知識を習得することによってやりがいを感じていた。

3) 【患者の救命および急変対応への参画】

このカテゴリは、〈患者を救命したとき×急変した患者に対応したとき×スムーズな治療・処置に参画できたとき〉の3つのサブカテゴリから構成された。看護師は患者の救命や急変対応に参画することによってやりがいを感じていた。

4) 【家族ケアを通じた学びと成果の実感】

表1 救命救急センターに異動した看護師のやりがいのカテゴリとサブカテゴリ

サブカテゴリ	カテゴリ
患者の状態が安定したとき 状態が回復した兆候が見られたとき 状態の悪い患者が回復したとき 患者の症状が緩和したとき 患者の言葉が開けたとき	重症患者の状態安定と回復のきざし
様々な病態の学習のしがいがあるとき 新たな救急看護の知識を習得したとき 知識を習得し患者対応ができるようになったとき 病態を理解しアセスメントに基づいた患者ケアを実施するとき 患者回復のために能動的な行動がとれるとき	新たな救急看護の知識の習得
患者を救命したとき 急変した患者に対応したとき スムーズな治療・処置に参画できたとき	患者の救命および急変対応への参画
家族との関わりから学びを得たとき 家族ケアとその成果を実感したとき	家族ケアを通した学びと成果の実感
重症患者に携わっているとき 少人数の患者に濃厚なケアが実施できるとき	重症患者への集中的なケアの実践
患者の回復に貢献したと感じられるとき	自己の肯定的評価
異動病棟での新鮮さを感じる時	異動病棟の新鮮さ

このカテゴリは、〈家族との関わりから学びを得たとき×家族ケアとその成果を実感したとき〉の2つのカテゴリから構成された。看護師は、救急患者の家族ケアから得られた学びや成果を実感することによってやりがいを感じていた。

5) 【重症患者への集中的なケアの実践】

このカテゴリは〈重症患者に携わっているとき×少人数の患者に濃厚なケアが実施できるとき〉の2つのサブカテゴリから構成された。看護師は、重症患者に集中的にケアを行い、少人数の患者に対して濃厚なケアを行うことにやりがいを実感していた。

6) 【自己の肯定的評価】

このカテゴリは〈患者の回復に貢献したと感じられるとき〉の1つのサブカテゴリから構成された。看護師は異動後の看護に肯定的な評価が得られ自身が貢献したと感じているときにやりがいを感じていた。

7) 【異動病棟の新鮮さ】

このカテゴリは〈異動病棟での新鮮さを感じる時〉の1つのサブカテゴリから構成された。看護師は異動後に初めて目の当たりにするものに新鮮さを感じることにやりがいを実感していた。

V. 考 察

以上の分析結果から、救命救急センターに異動した看護師のやりがいの様相について考察する。

【重症患者の状態安定と回復のきざし】【患者の救命および急変対応への参画】【家族ケアを通した学びと成果

の実感】【重症患者への集中的なケアの実践】に示されるように救命救急センターに異動した看護師は救急患者と家族の看護ケアを通して回復の軌跡を確認し成果を確認することでやりがいを感じていた。小野ら⁵⁾は、救急看護師は患者の回復した姿をみて看護することの喜びを感じていると報告している。また、林ら¹²⁾は急性期病院の看護師を対象とし働きがいについて調査したところ、もっとも働きがいを感じる時は患者・家族からの直接的な反応や患者の回復であると報告しており、本研究でも同様の結果が得られたと考える。本研究の対象者が異動後ということを考慮すると、看護ケアを積み重ね成果を実感できるような教育体制が求められているものと考えられる。

また、仕事意欲について調査した研究¹³⁾では、どの年代においても看護ケアのあり方や新しい知識、技術は仕事意欲と関連していたと報告されており、【新たな救急看護の知識の習得】に示されたように異動後に救急看護に触れ知識の獲得や体験を通してやりがいを感じることが明らかとなった。救急看護はあらゆる年齢、疾患への対応やME機器などの管理など幅広い知識と技術が求められる。そのため、異動した看護師は困難感を感じやすいが、新たな知識を吸収することによって自己の成長を実感できるような関わりが重要であることが示唆された。

看護師にとって異動は初心者への逆戻りの経験¹⁾となることが知られているが、上記の体験を通して【自己の肯定的評価】を得ることがやりがいを感じていること

が示された。救急看護師の成功体験について調査した研究では、救急看護師としてチームの一員になれたと感じたときに達成感を感じることが述べられている¹⁴⁾。異動後に自己の看護に肯定的な評価が得られることは達成感にも繋がりこれまでの経験を活かしメンバーシップを発揮することに繋がるものと考えられる。

【異動病棟の新鮮さ】に示されるように、異動した看護師は救命救急センターの場や救急看護に新鮮さを感じていた。境ら²⁾は、異動先への適応要因の1つに異動病棟の魅力をあげており、異動病棟での看護にやりがいを感じている者は、仕事に働きやすさなどの肯定的な評価を感じ職務満足を得ていると報告しており本研究でも同様の結果が得られたものと考えられる。

以上より、救命救急センターに異動した看護師のやりがいは、【新たな救急看護の知識の習得】に示されたように救急看護の知識を習得し、【重症患者への集中的なケアの実践】に示されるような患者の集中的なケアを実際に行うことによって、【患者の救命および急変対応への参画】や【家族ケアを通じた学びと成果の実感】を得ながら、【重症患者の状態安定と回復のきざし】を確認しつつやりがいを感じているのではないかと考えられた。また、これらの看護ケアを通して【自己の肯定的評価】に繋がっていたものと考えられる。さらに、【異動病棟の新鮮さ】に示されたように救命救急センターという独特の環境を新鮮と肯定的にとらえることによってやりがいを感じる土台といっていることが伺えた。

本研究の結果は、一施設における調査であり当該施設の特徴が影響した可能性があること、対象者数が少ないことから救命救急センターに異動した看護師のやりがいの様相を一般化しているとはいえない。

謝 辞

本研究にご協力いただきました病院の看護管理責任者の皆様、対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Benner, P., /井部俊子他. ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 第1版. 125-127, 医学書院, 東京, 2005.
- 2) 境真由美他: 異動による看護師のストレスと適応に関する文献検討. 熊本大学医学部保健学科紀要7: 63-70, 2011.
- 3) 増田尚美他: 救命センターに異動した看護婦の職場適応面接調査から受け入れ態勢を再検討して-. 日本看護学会論文集 看護管理32: 222-224, 2002.
- 4) 長山有香理他: 集中治療室へ異動した看護師が直面する困難. 日本看護研究学会雑誌34(1): 149-159, 2011.
- 5) 小野さゆり他: 救命救急看護師が抱く「良いストレス」の要因. 日本救急看護学会誌10(3): 20-24, 2009.
- 6) 亀岡智美他: 目標達成度と満足度が高い看護婦・土の特性の探索-キング目標達成理論を基盤にして-. 看護教育学研究10(1): 29-42, 2001.

- 7) 福岡由紀: N県内における副看護師長のやりがいに関する看護管理的視点からの分析. 日本看護管理学会誌11(1): 49-56, 2007.
- 8) 原田雅子: 熟練外来看護師のやりがい獲得の過程に潜在する実践知の可視化. 日本看護科学学会誌312: 69-78, 2011.
- 9) 江口裕美子他: 手術室看護師の業務に対する意識の一考察: 日本看護研究学会雑誌31(4): 101-110, 2008.
- 10) 鶴賀圭吾他: 救命救急医療現場で勤務する看護師のやりがいを促進する要因と阻害する要因. 日本クリティカルケア看護学会誌5(1): 157, 2009.
- 11) 西川一廉: 職務満足の心理学研究. 160-199, 勁草書房, 東京, 1984.
- 12) 林恵美子他: 急性期医療を担う看護師の働きがい. 日本看護学会誌 看護管理37: 475-477, 2005.
- 13) 宮崎仁美: 若手看護婦と熟練看護婦の仕事意欲の相違. 神奈川県立看護大学学校教育課程研究集録: 67-72, 1995.
- 14) 筒井亜希他: 救命救急センター看護師における成功体験と看護意欲との関係. 富山県立中央病院医学雑誌35: 87-91, 2012.

研究

中堅看護師が看護を語ることの効果

Effect of a proficient nurse talking about nursing

加藤 幸代
Yukiyo Katou

伊藤 ひろみ
Hiromi Ito

要 旨

本研究の目的は、部署で看護を語ることの効果を検証することである。方法は、全スタッフが参加し、中堅看護師に実践した看護を語る会を実施した。中堅看護師6名には、キャリア中期看護師実践能力評価を前後に実施し、全スタッフには終了後、学びを自記式質問紙に記入し質的帰納的に分類した。結果、中堅看護師が看護を語り、スタッフから承認を得ることで自分の意見を積極的に伝えるようになり変化がみられた。また、看護を語ることは、スタッフが経験し得られた実践的知識を表現することができ、ケアの改善という動機づけにつながった。

Key Words : Narratives experiential Learning

【目 的】

近年小児科の患者数が減少し、成人や高齢者が入院してくる中で、他科の看護に戸惑いや不安があり、看護師のモチベーションにも影響がみられる。どの科であってもその人に合った質の高い看護を提供することが看護師の役割であり、後輩の指導を担う中堅看護師の役割は重要である。中堅看護師が実践した看護を語ることで、看護を振り返りやりがいを見出し、スタッフ間で共有することで、病棟全体で看護の意味を捉えなおすことを目的に看護を語る会を行った。

【方 法】

対象は、A病棟看護師16名。看護を語る会は、平成24年10月から毎月4回実施した中堅看護師が実践した看護を語り、中堅看護師6名には、キャリア中期看護師実践能力評価を前後に実施した。全スタッフに終了後、学びを自記式質問紙に記入し、留め置き法で回収した。対象者には研究の趣旨とプライバシーの保護、自由参加・中途事態の権利について説明し、回答をもって同意を得た。

【看護を語る会の実際】

1. 語る会の運営

- ①看護実践で印象に残る場面を4000字程度に記述する
 - ・看護の本質を示す突出した状況
 - ・新たな学びがあった状況
 - ・自分の介入が患者に大きな変化をもたらした状況など
- ②リラックスし自由に発言できるように環境作りをおこなった
- ③月1回事例検討会の時間に開催（1時間程度）

2. 語られた内容

- ・老衰（自然死）を受け入れる家族に寄り添って
- ・13トリソミーでなくなった児の母親との関わり
- ・頻尿で眠られない患者さんの関わりを通して
- ・認知症の膝がんでターミナル期の患者さんの全人的観察とケアについて

【結果・考察】

1) キャリア中期看護師実践能力評価の結果

「周囲から中堅看護師として認められている」「業務

上の問題点を捉えて自ら問題提起をしている」「患者の治療計画、退院調整について他職種に自分の意見を伝え調整している」「上司の考えと自分の考えが異なることを上司に伝えられる」「新しい意見や情報を柔軟に活用している」「医療事故が起きそうな状況に対して具体的な対策を提案できる」の項目に改善がみられた。(表1・2参照) 日々の看護について、他職種や上司に自分の考えを伝え調整を行い、他のスタッフの意見や情報を取り入れケアに活用するなど、看護に対する積極的な姿勢に変化がみられた。中堅看護師は、看護を語ることでスタッフから承認を得られ、安心して看護を語る経験から自分の意見を伝え調整するなど、積極的な姿勢へと変化がみられたと考える。また、患者の状態をとらえ安全に対する提案を行ったり、ケアだけでなく、病棟内の問題についても発言するなど、中堅看護師としての役割意識にも影響があったと考える。

2) 看護を語る会で学んだことのアンケート結果

4回の看護を語る会の終了後、学んだことを自記式質問紙に記入し、結果として54の記録単位があった。「患者・家族に寄り添うケアの大切さ」「患者のサイン・変化を受け止めた対応」「患者の思いや行動の意味を発見できる場」「スタッフ間で思いを語り合い気付

る場」「スタッフ間が同じことを感じる安心感と違いによる視野の広がり」「語りの中から気付いたことが今後のケアに活用できる期待」という6つのカテゴリーが抽出された。(表3参照)

看護を語ることで、日々の看護実践の場面で患者家族の思いを理解し、思いを大切にする看護が大切であることを、より具体的に認識することが出来たと考える。また、事例を振り返ることで、自己の知識の不足を補ったり、知識を統合したりすることにつながり、自己の課題についても気づきがあった。これらのことから、看護を語ることで、目に見えない、言語化できないことを語りあう大切さに気付けたと考える。ベナーは、「ナラティブは、経験学習から得られる臨床的な思考・知恵とともに、その実践の本質・内容を明らかにする。実践者にとってナラティブは、自分の実践を理解するための資源であり、同僚の臨床知識を理解し共有するための資源である」¹⁾と述べている。看護を語ることは、スタッフが経験し得られた臨床的な思考や知識の内容を明らかにすることが出来、スタッフ間で共有することで、思考や知識の共有化や、その違いを共感することにつながる。共感した内容について、スタッフが腑に落ちることで、ケアに活用できるという自信につながると考える。

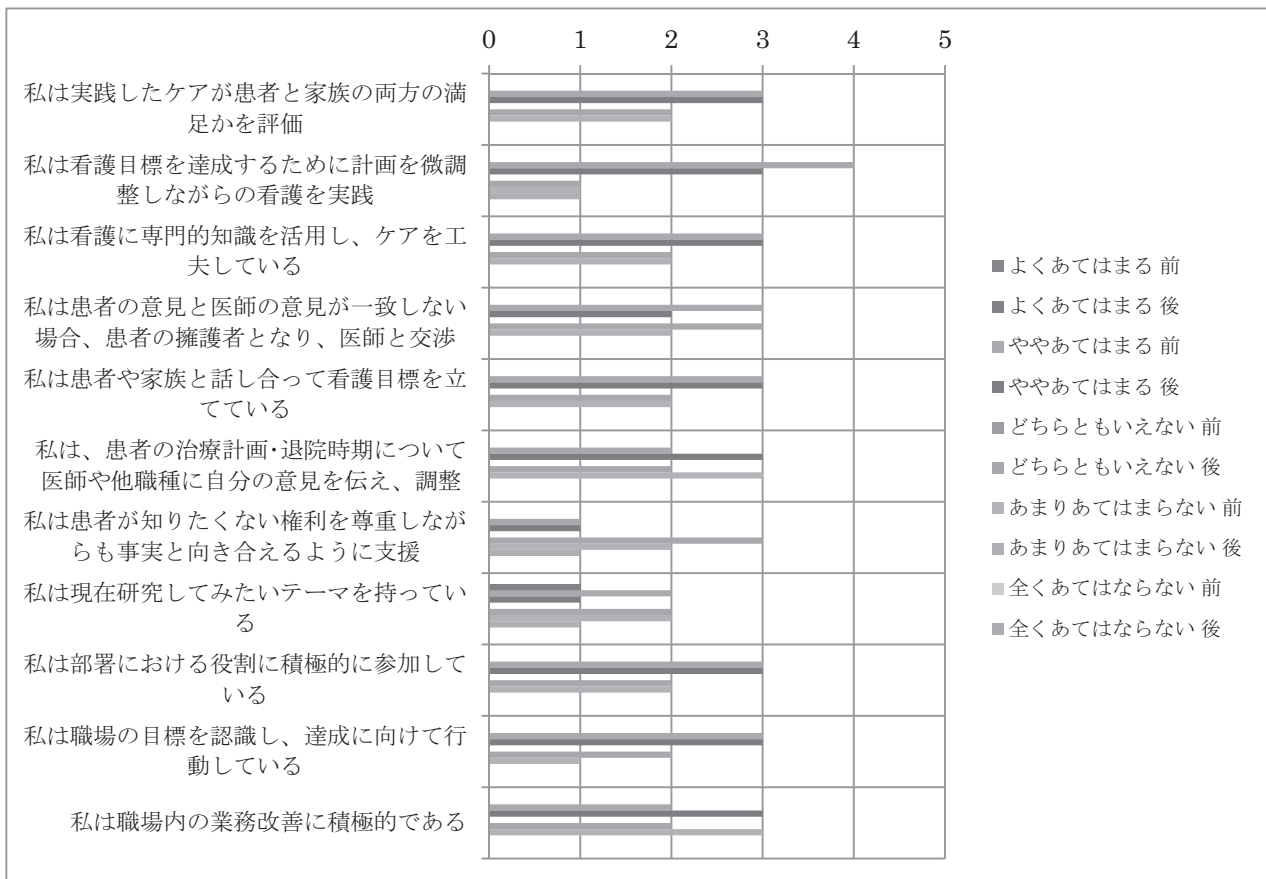


表1：キャリア中期看護師実践能力評価（その1）

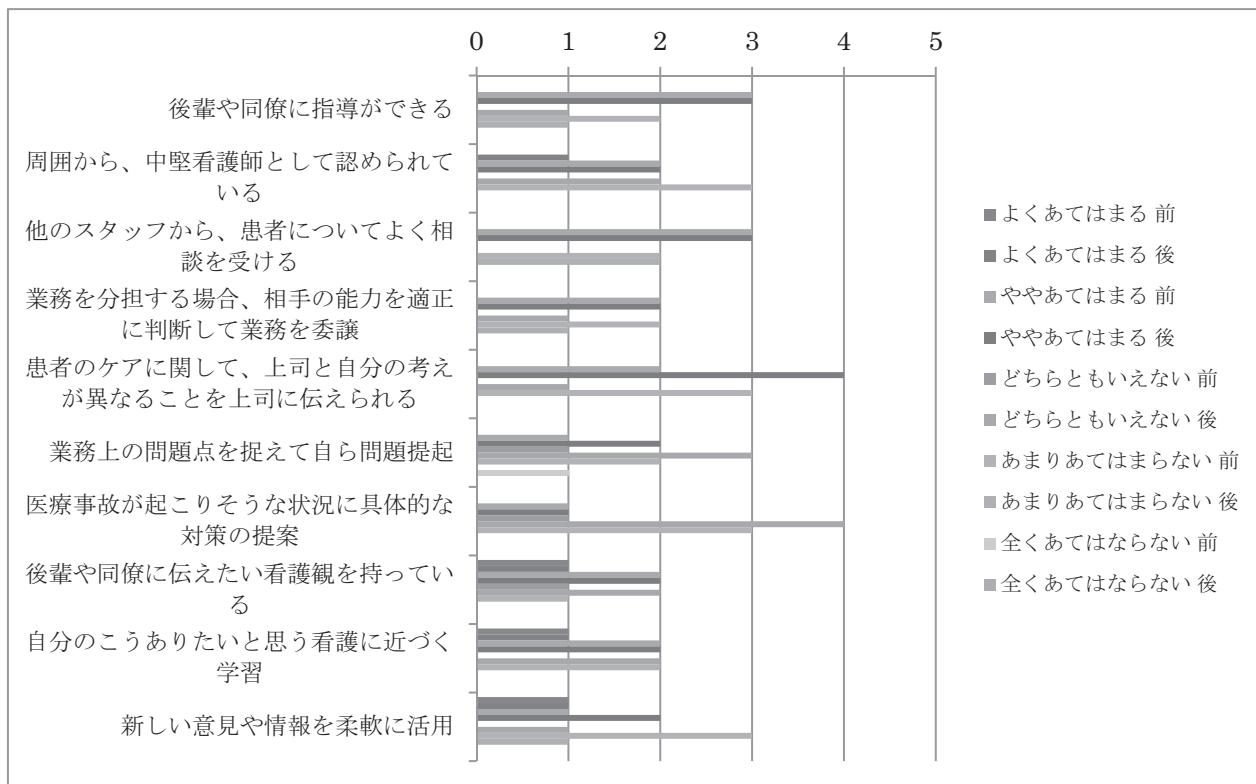


表2：キャリア中期看護師実践能力評価（その2）

表3：看護を語る会で学んだことのアンケート結果

n : 54

カテゴリー	記録単位
患者・家族に寄り添うケアの大切さ	患者・家族の思いに寄り添いケアをしていくことが大切である（8） 患者に関心を持って関ることが大切である（2） 患者・家族の今までの生活や思いを大切に（1） 自分の思いを表出しない人でも、表情や行動からその人の思いをアセスメントしケアに活かす（1）
患者のサイン・変化を受け止めた対応	患者・家族が「～に困っている」「～できないかな…」などのサインを発している時には、しっかりと話を聴きケアを行っていくことが大切である（1） 関り方一つで患者の反応や症状も変化してプラスの方向へとつながる（1） ケアについても患者と話をし、必要なことを考えて行うことが大切（1） 疾患の理解をもっと深めることで患者の身体におこっていることが理解できる（1）
患者の思い行動の意味を発見できる場	認知症や病気になったことでせん妄状態になる患者もいて、小児もそうですが、患者の言葉がはつきりとした言葉として分からない時に、何かしら考えられるケアをやってみて評価することを繰り返す（1） 患者の行動には何か意味があるということ（1） 思い込みで人を見てはいけぬ。患者の情報をうみのみにせず自分の眼でみて確認することが大切（2）
スタッフ間で思いを語り合い気付ける場	スタッフ同士でお互いの想いや考えを語り合うことのできる場（3） スタッフの話聴いて、自分が気づけなかったことに気付ける（1） スタッフみんなで語るにより、自分たちも寄り添い傾聴され信頼関係が深まり、一つのチームとしてまとまりが強まる（1） 先輩たちの経験をたくさん聞くことで先輩たちの考えがわかった（2）
スタッフが同じことを感じる安心感と、視野の広がりを感ずる	自分と違う視点の意見や思いを聴くことで、一人の人の違う方向から考えることや見ることができた（3） 他の人も同じことを感じたり考えたりしているのだと思った（3） 同じ思いや疑問を抱いているスタッフがいることを知ることができ心強く思った（1） みんなで行った看護を振り返り、看護を深めることができる（3） みんなも同じことを考えているのだと知り、モチベーションが上がり、日々のケアに活かすことができる（1）
語りの中から気付いたこと今後のケアにつながる期待	人の意見やケアをエビデンスを含めて聞き、自分も考えることで、次同じような患者がいた時に「そういえば…」と考えていくことができる（2） スタッフ間で看護を振り返り、良かった点や反省点を共有して、次の看護につなげていける（1） 他のスタッフのケアや関りを聞くことで、自分の考えに囚われず、多方面から患者を見ることや、思いつかなかったことを考えられるようになる（1） 経験をしたわけではないが、ケアの幅が広がったように感じる（1）

【結 論】

1. 中堅看護師が看護を語り、承認を得ることで自分の意見を積極的に伝えることにつながる
2. 看護を語ることは、スタッフが経験し得られた実践的知識を表現することが出来る
3. 共有した内容について、スタッフが腑に落ちると感じることで、ケアの改善という動機づけにつながる。

【引用文献】

- 1) Pベナー:エキスパートナースとの対話, 東京都, 照林社, 第1版, 2004.

【参考文献】

- 2) 照林社編集部編者:エキスパートナースになるためのキャリア開発, 照林社, 2003.
- 3) 川島みどり:看護を語るの意味“ナラティブに生きて”, 看護の科学社, 2007.
- 4) 小山田恭子:中堅看護師の能力開発における「ナラティブを用いた内省プログラム」の構築に関する基礎研究, 日本看護管理学会誌, 11(1), 13-19, 2007.
- 5) 東めぐみ:看護の質を高める経験の語り合い, 看護展望 - 12, p23 - 30, 2007.
- 6) 細野克子他:ナラティブで伝える中堅看護師の実践知, 看護展望 - 1増, 99 - 105, 2008.

研究

新人看護師が効果的と受けとめた支援方法と今後の課題

A support method and the future problem that I took if nurse new face was effective

高野 美奈子 伊藤 ひろみ
Minako Takano Hiromi Ito

要 旨

本研究の目的は、1年間の新人看護師の指導体制の中でプリセプターやハートテクニク支援看護師、部署全体が新人看護師にとってどのような支援を効果的と感じているのか明らかにし、記述する事であった。新人看護師へ調査した結果は、4月～5月の実践前の十分な準備の段階から、6月～7月の実践と根拠の一致の段階、8月～9月の到達度に合わせる個別の段階、10月以降の見守りの段階への支援というプロセスを辿る指導が良かったと受け止めていた。この結果から新人看護師の成長に合わせた段階的な指導方法の示唆が得られた。

Key words : new face education, preceptorship

【目 的】

A病院は、新人看護師を支える体制としてプリセプター、ハートテクニク支援看護師、教育担当主任を屋根瓦方式で配置しOJTを実践している。新人看護師は、計画に基づいた教育を受け、ケア実践を通して日々変化している。新人看護師にその段階に合わせた支援方法を実

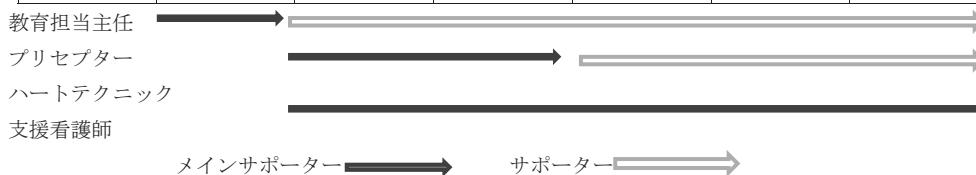
践するためにどのような支援が効果的であったのか1年間の変化を明らかにすることで支援方法の示唆と今後の課題が明らかになったので報告する。

【方 法】

A病院の教育体制は、プリセプター看護師、ハートテクニク支援看護師、教育担当主任が屋根瓦方式で新人

表1：部署研修教育年間予定

	4月	5月	6・7月	8・9月	10～12月	1～3月
研修名	臨床看護技術研修	ビギナー研修Ⅰ	ビギナー研修Ⅱ	新人看護職員臨床研修	新人看護職員臨床研修Ⅱ	新人看護職員臨床研修Ⅲ
到達基準	基本的な看護技術の習得	担当患者を1名受けもてる	6月上旬は2名、下旬は3名、7月は4名	ハートの支えのもとメンバー業務ができる	受持患者をハートとともに受け持てる	受持患者の看護が展開できる
	4月	5月	6・7月	8・9月	10～12月	1～3月



看護師を支えている。(表1)

看護師では、新人看護師を指導者の研修としてプリセプター研修3回/年、ハートテック支援看護師3回/年、研修担当主任研修4回/年実施しており新人看護師を取り巻く現状、新人看護師への指導方法、指導者の役割、屋根瓦方式で支える仕組みづくりなどの研修を行っている。

本研究の調査の対象は、平成24年卒業し、新採用となった新人看護師31名とし、調査期間は、平成24年4月～平成25年3月、調査方法は、自記式質問紙を毎月配布し、内容は意味内容ごとに分類、カテゴリー化した。対象者には研究の趣旨と参加への自由意思の確保、プライバシーの保護を文章で説明し、承諾同意を得た。

【結果・考察】

分析の結果、記録単位数204で9つのカテゴリーに分けられた。表2～5はカテゴリー一覧である。本文中でカテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉インタビューデータは、「 」で示す。

(1) 4月～5月までは、【看護手順、eラーニングを活用した繰り返しの技術習得支援】新人看護師が技術研修で日常生活援助技術の習得を目指すための支援方法を示す。〈ナースングスキル、手順を活用した繰り返しの看護技術習得支援〉〈ナースングスキルやマニュアルで原則や根拠の提示〉〈援助ごとに看護手順での振り返り〉〈ナースングスキルの事前学習後の実践トライと復習〉のサブカテゴリーで構成されていた。この時期は、実施前の準備に時間をかけ患者にケアを提供するため、ナースングスキルや看護手順を事前に確認し実施していた。また、実施した援助をナースングスキルや看護手順を照らし合わせて評価するため先輩との振り返りのツールとして活用していた。新人看護師は、就職後慣れない環境で技術研修をしているため気疲れという疲労がたまり自宅での学習負担を軽減する必要がある。そのため、看護手順をコピーし先輩からの助言を付け加え、ナースングスキルを活用し部署内で簡単に確認する環境を提供し、また自宅でインターネットを見ながら自分のライフスタイルに合わせて確認することができ、新人看護師にとって効果的な学習ツールとなっている。【見学、イメージトレーニングをふまえた実践】臨床では患者にケア提供する前に見学、イメージを確認することで実践に向かいやすくなることを示す。〈見学、見守り、実施という段階をふんだ教育〉〈見学、見守り、イメージトレーニングをふまえての実践が効果的〉〈指導者のもとでの実践が技術習得には効果的〉〈新人看護師の技術をよく理解したポジティブフィードバック〉〈具体的な指導を受けながらの実践〉などのサブカテゴリーで構成され

ている。新人看護師は、新しい看護技術を実施するときに、事前準備として実施する援助技術の説明、イメージトレーニングから先輩の実践場面の見学し、次に先輩看護師の見守りのもと患者に実践するというプロセスを効果的と感じている。事前準備を十分にすることで看護技術に不安を感じている新人看護師がその不安を少しでも軽減し実践することにつながる。また実践した技術をポジティブフィードバックすることで一つの技術の習得に効果があると考え。高橋¹⁾らは、新人看護師は先輩看護師のどのようなかわりをサポートとして認識しているかを検討し、先輩看護師からの〈できるようになるための関わり〉〈聞ける、話せる関係〉によってやる気の高まり、自己肯定感、成長の実感していると述べている。プリセプターは、ポジティブな関わりとフィードバックを意識することで新人看護師に自信を持たせることにつながり、仕事に対し前向きになるため部署全体でも肯定的な関わりができる土壌づくりが必要になると考える

(2) 6月～7月は、【実践しながらの指導】患者に直接ケアを提供しながらの指導を示す。〈一緒に行う事ですぐ指導が受けれる〉〈実物を見ながらの指導はわかりやすい〉〈行動レベルの指導が良かった〉などのサブカテゴリーで構成されている。新人看護師は、複数の担当患者を受持ち、不確かな知識、技術のまま実践しているため実際に患者に看護技術を実践しているときにタイムリーに指導を受けることで自分の技術の不足を実感することにつながる。【新人看護師と一緒に考え、根拠を踏まえた指導】新人看護師とプリセプターが新人看護師の立場に立って一緒に考え、プリセプターから根拠を提示することを示す。〈解決方法を一緒に考え、根拠をふまえた説明〉〈援助ごとに困ったことはないかの確認と助言〉〈プリセプターと毎日の振り返り内での一緒に学習と自宅 学習の軽減〉などのサブカテゴリーで構成されている。新人看護師は、援助ごとの振り返りや勤務終了後の振り返りの時間を利用しケア実践でできていることとできていないことを明確にし、新人看護師の不足な部分に対してなぜ必要なのかを根拠を提示することで行動変容につながっていると考える。【新人看護師の実践を見守る、待つ姿勢と新人の困難への助言】新人看護師の自律を促しペースを尊重することを示す。〈困ったときにすぐではなく、そばで自分の対応を見守って助言や対応の選択肢をもらう〉〈困ったことをきいてくれ、遠くで見守ってくれた〉などで構成されている。この時期は、実践を見守り、新人看護師がつまづいたり困ったときに手を差し伸べるなどある程度実践ができるようになった新人看護師に対し見守り自立を促している。【新人看護師のメンタル面を支える関わり】新人看護師のメ

メンタルの落ち込みをプリセプターが支えていることを示す。〈落ち込んだ時にプリセプターが同じ経験をしたことを話してくれる〉〈落ち込むが先輩が受けとめてくれた〉〈ポジティブ評価を合わせて指導してもらえる〉などから構成されている。6月～7月は、新人看護師のインシデントが増えてくる時期であることや自分の実践能力の伸び悩みを実感し落ち込みを感じる時期であるのでプリセプターのアドバイスや精神面のフォローが効果的である。

- (3) 8月～9月は、【患者の状況に合わせ、新人看護師の学びの進度に沿った指導】患者の状況を踏まえながら新人看護師の成長をアセスメントし個別性のある指導を実践する事を示す。〈その場ですぐに必要な内容だけを指導し、あとは自己学習の機会を与えてくれる〉〈何回も経験した技術は1人で行い、その後振り返りをするのが効果的であった〉〈足りないことを助言してくれる、いろんな方法を提示してくれる〉などから構成されている。指導者は、新人看護師が必要としていることをアセスメントし実践の場で最小限の指導を行い、新人看護師に選択肢を提供することで考える力を養うような関わりが効果的であると考えられる。

【新人看護師を見守る病棟の体制】病棟全体で新人看護師を見守っていく先輩看護師の体制を示す。〈一人でできることは遠くから見守ってくれた〉〈検査など最終確認してもらいアドバイスもらえる〉〈メンバーの中に入り、いろんな先輩と働くことで方法やアドバイスを沢山もらうことができた〉などから構成されている。この時期は、日中の勤務では一人で行動する機会が増え、モジュールのメンバーとしていろんな先輩たちと一緒に行動する機会も増えてくる。多くの先輩看護師からケアのコツや様々なアドバイスを受けることで自らのケア行動の広がりを感じる時期であると考えられる。【指導者のもっているケアスキルの伝授】新人看護師が基本的な看護技術から効果的な実践技術を求めていることを示す。〈指導者が「私だったらこうする」と具体的かつ根拠を持った良い方法を教えてもらった〉〈夜勤の忙しいときなど要領の良い方法を教えてもらい時間短縮になった〉などで構成されている。新人看護師は、この時期にサポーター付きの夜勤ではあるが夜勤帯での担当患者も増え、効率の良い仕事や安全で安楽な高い看護技術に関心を持っている。そのため指導者の言葉に関心を持って受け止めることがで

表2：4～5月の新人看護師が感じる効果的な指導

カテゴリー	記録単位	n = 52
看護手順、eラーニングを活用した繰り返しの技術習得支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースングスキル、手順を活用した繰り返しの看護師術習得支援（5） ・ナースングスキルやマニュアルで原則や根拠の提示（4） ・援助ごとに看護手順での振り返り（5） ・ナースングスキルの事前学習後の実践トライと復習（4） 	
見学、イメージトレーニングをふまえた実践	<ul style="list-style-type: none"> ・見学、見守り、実施という段階をふんだ教育（6） ・見学、見守り、イメージトレーニングをふまえての実践が効果的 ・指導者のもとでの実践が技術習得には効果的（3） ・新人看護師の技術をよく理解したポジティブフィードバック（3） ・具体的な指導を受けながらの実践（4） 	
実践直後の効果的な振り返り	<ul style="list-style-type: none"> ・その場で良い点、注意点を丁寧にフィードバック（5） ・援助直後に評価や助言をもらえ改善点がわかりやすい（3） ・初めての技術や自信のない技術はその都度細かく振り返り次につながる（2） 	
毎日の振り返りでの気づき	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で気づきにくいことに気付ける（4） ・新人の考えを聞いたうえで良いところ悪いところの指導（4） 	

表3：6～7月の新人看護師が感じる効果的な指導

カテゴリー	記述単位	n = 55
実践しながらの指導	<ul style="list-style-type: none"> ・一緒に行う事ですぐ指導が受けれる（5） ・実物を見ながらの指導はわかりやすい（6） ・行動レベルの指導が良かった（4） 	
新人看護師と一緒に考え、根拠を踏まえた指導	<ul style="list-style-type: none"> ・解決方法を一緒に考え、根拠をふまえた説明（6） ・援助ごとに困ったことはないかの確認と助言（4） ・プリセプターと毎日の振り返り内での一緒に学習と自宅学習の軽減（4） 	
新人看護師の実践を見守る、待つ姿勢と新人の困難への助言	<ul style="list-style-type: none"> ・困ったときにすぐではなく、そばで自分対応を見守って助言や対応の選択肢をもらう（4） ・困ったことをきいてくれ、遠くで見守ってくれた（7） 	
新人看護師のメンタル面を支える関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込んだ時にプリセプターが同じ経験をしたことを話してくれる（5） ・落ち込むが先輩が受けとめてくれた（5） ・ポジティブ表を合わせて指導してもらえる（5） 	

表4：8～9月の新人看護師が感じる効果的な指導

カテゴリー	記述単位	n = 42
患者の状況に合わせ、新人看護師の学びの進度に沿った指導	<ul style="list-style-type: none"> ・その場ですぐに必要な内容だけを指導し、あとは自己学習の機会を与えてくれる (6) ・何回も経験した技術は1人で行い、その後振り返りをするのか効果的であった (5) ・足りないことを助言してくれる、いろんな方法を提示してくれる (6) 	
新人看護師を見守る病棟の体制	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で行えることは遠くから見守ってくれた (5) ・検査など最終確認してもらいアドバイスともらえる (6) ・メンバーの中に入り、いろんな先輩と働くことで方法やアドバイスを沢山もらうことができた。(4) 	
指導者のもっているケーススキルの伝授	<ul style="list-style-type: none"> ・指導者が「私だったらこうする」と具体的かつ根拠を持った良い方法を教えてもらった (5) ・夜勤の忙しいときなど要領の良い方法を教えてもらい時間短縮になった。(5) 	

表5：10月～3月の新人看護師が感じる効果的な指導

カテゴリー	記述単位	n = 20
新人看護師のタイミングで自由に相談できる体制	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が困ったときに聞きやすい環境がある (5) ・師長、主任、ハートテック支援看護師と話す機会があり、話を聞いてもらえすっきりした (3) 	
新人看護師の判断や経験に基づいた実践と見守り	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の判断や経験に基づき実践しているが見守っている安心感が (3) ・自分の自律の状態を見て先輩がサポートに回りながら指導してもらえるので自信につながり足りないこともわかる (3) ・自分が見失っているとヒントをもらえ、自分なりの答えを見つけることができた (3) ・ほぼ一人の実践になることも増え、学習を関連させた実践を意識するようアドバイスをもらえる (3) 	

きている。森²⁾らは、新人看護師行動の概念化研究で【他者支援受け入れによる専門領域への参入】をいう概念を導きだし、新人看護師が配属された病棟独自の看護を実践する際に、先輩看護師・医師・患者から支援を受けながら専門性の高い看護を実現していく行動が示されたと述べている。基本的な看護技術をようやく習得している新人看護師にとって患者の状況に適した看護実践をするためには、先輩看護師の支援が必要不可欠となる。先輩看護師の支援を受けながら高い専門性を要求される看護を実践することにつながると考える。

(4) 10月～3月は、【新人看護師のタイミングで自由に相談できる体制】看護業務で確認したいことがあったときに先輩看護師に相談することを示す。〈自分が困ったときに聞きやすい環境がある〉〈師長、主任、ハートテック支援看護師と話す機会があり、話を聞いてもらえすっきりした〉などで構成されている。この時期は、夜勤をサポートなしで実践しており、新人看護師として自立して行動しているため実践レベルの相談事が増えることでいつでも相談できるように体制を整えることが必要となる。【新人看護師の判断や経験に基づいた実践と見守り】新人看護師は、実践中で経験を増やしている段階のため周囲の先輩は新人看護師を見守っていることを示す。〈自分の判断や経験に基づき実践しているが見守っている安心感が〉〈自分の自律の状態を見て先輩がサポートに回りながら指導してもらえるので自信につながり足りないこともわかる〉〈自分が見失っているとヒントをもらえ、自分

なりの答えを見つけることができた〉〈ほぼ一人の実践になることも増え、学習を関連させた実践を意識するようアドバイスをもらえる〉などで構成されている。新人看護師の仕事を見守り、何かあったときに相談にのる、相談を持つことで新人看護師が安心して自立に迎えるようサポート態勢として整えることが必要になる。この時期は、受持患者を担当するため、知識、技術の統合の時期である。しかし記述も患者の受持ちに関する記述が少ないことから新人看護師にどのように支援してよいのか確立されていないという課題みえてきた。新人看護師の自律とともに見守りの時期になったときにどのような支援が必要であるのか検証していく必要がある。

【結 論】

- ・実践前の十分な準備の段階から、実践と根拠の一致の段階、到達度に合わせる個別の段階、見守りの段階への支援が良かったと受け止めている。
- ・10月以降は、受持患者を統合しケアを導き実践するための支援方法について今後の課題が明確になった。

〈引用文献〉

- 1) 高橋 友子 他：日本における新人看護職職場適応に関する研究の現状と課題，臨床教育心理学研究，37，3,201 1.
- 2) 森 真由美 他：新人看護師行動の概念化，日本看護教育学研究，Vol.13，1，2004.

研究

呼吸理学療法院内認定ナースのケア実践及びリーダーシップに関する調査

Research on leadership and care practice of respiratory physiotherapy hospital certified nurse

能見 真紀子
Makiko Nomi

久保 祥子
Syoutko Kubo

小野 誠一郎
Seichiro Ono

細海 加代子
Kayoko Hosokai

要 旨

A病院では、2007年より院内への呼吸理学療法が定着することを目的とし、呼吸ケア推進者育成のため院内認定制度が開始され、2012年6月までに13名の呼吸理学療法院内認定ナース（以下認定ナース）が認定されてきた。

2009年に細海ら¹⁾が認定ナースの実践や活動状況を分析し、カリキュラムを再考してから3年が経過し、認定ナースの経験年数やメンバー数に変遷が見られている。今回、認定ナースが行う実践やリーダーシップの現状を調査した。これにより、テクニカルナースの実践・活動及びリーダーシップが明確になり、育成カリキュラムの検討や、さらにテクニカルナースの更新制度の在り方を検討することにつなげる。

Key word : hospital certified nurse, Respiratory physiotherapy

はじめに

呼吸理学療法は、看護師がベッドサイドでできるケアとして実践されている。当院では2004年から院内で勤務する多くの看護師が呼吸理学療法を実践できるよう、3学会合同呼吸療法認定士による呼吸理学療法の自主学習会が開催されてきた。その後、2007年より院内への呼吸理学療法の定着を目的として院内認定制度が導入され、これまでに9名の認定ナースが認定されている。

認定ナースは呼吸理学療法を安全・安楽に実践するための基礎的知識と実践力を養成し、各病棟でのリーダーシップを発揮するという目的のもと育成され、認定を受けてから院内での活動を継続している。認定ナースのチームとしての活動は、学習会やRSTラウンドへの参加、後輩の育成、院内の研修企画・運営を行っている。

一方、資格取得後は個人の実践や活動は報告の機会がなく、実践内容や各部署でのリーダーシップがとれているか評価できていない現状にある。今回、個人の実践・活動及びリーダーシップに関する調査を行い、患者に安全・安楽で効果的な呼吸理学療法ができていますか評価することで今後の課題を明らかにしたいと考える。

I. 方 法

1. 対象：2009年～2013年に認定され在籍する認定ナース6名
2. 研究期間：2012年6月～2013年5月
3. データ収集方法：グループインタビュー
4. 分析方法：カテゴリー化し、内容分析して質的研究を行なった
5. 倫理的配慮

本研究は、A病院看護部倫理委員会の承諾を受けて実施した。対象者へは、参加は自由意志であり、個人の評価に影響しないこと、匿名性やデータの管理について口頭と書面で説明し同意を得た。

1) 情報及びデータの管理

- ① 回収したデータや結果は、研究目的以外に使用せず、研究結果は関連学会等で公表することを説明する。
- ② データは個人が特定されないよう番号を用いて処理・分析を行う。
- ③ 外部につながるパソコンにデータは保管せず認証機能付きUSBメモリー媒体で保存する。

- ④ データ及び紙媒体の情報は研究終了後3年間保管し、その後破碎処理する。
- ⑤ 結果の公表では、すべての個人情報個人が特定できない処理を行い、個人のプライバシーが公表されることはない。
- 2) 研究によって生じる危険または不快に対する配慮
- ① インタビュー中に看護師が途中で面接の協力を辞退したいと申し出てきた場合は、それまで聞いた面接内容を使って良いかどうかを確認した上で指示通りとし、その後のインタビューは実施しないこととする。
- ② インタビュー時間は、60分程度を要するため、その時間が負担になることは否めないが、この面接によって対象者である看護師が直接的な身体的侵襲や心理的負担をかけるものではない。
- 3) 研究対象者に理解を求め、研究協力の同意を得る
- ① 本研究の目的と方法を提示した上で、自由意志によって本調査の主旨に同意がなされ、協力することに了解が得られた場合にのみ、本調査に協力していただく。協力が得られない場合も、なんら不利益を被ることはないことを明示しておく。
- ② 協力が得られた看護師に面接を始める前に、面接内容を録音・録画することについて説明し、同意が得られた場合のみ面接内容を録音させていただく。
- ③ 調査結果は、協力していただいた看護師の希望者に対して文書によって報告する。

6. 用語の定義

認定ナースとは呼吸理学療法を安全・安楽に実践するための基礎知識と実践力を身に付け、院内で活躍できる人材を指している。

II. 結果

インタビューの逐語録より184個のコードと28個のサブカテゴリーが得られ、【学びを生かしたアセスメント】、【対象や状況に合わせた呼吸理学療法の実践】、【アセスメントに基づいた呼吸理学療法の実践に対する思い】、【呼吸理学療法を学習したいという思い】、【認定ナースとして行なう指導】、【認定ナース育成カリキュラムの理解不足】、【リーダーシップを発揮することに対する思い】、【指導する中で感じている思い】の8個のカテゴリーが形成された。

実践内容を見ると、自信を持ってできるのは体位ドレナージであった。呼吸困難がある人には介入しようという気持ちになる、日常のケアに体位ドレナージやポジションを意識するようになったなど、頻度や習熟度に個人差はあるが、認定ナースになってからの実践を継続していた。

一方、呼吸介助は苦手という意識があり、呼吸介助は

技術として習熟していない、胸郭にける圧が難しい、対象や経験数が少ない、疾患によってはリスクが多いという理由から実践が少ないと感じていた。呼吸介助に対して、不得意や苦手という意識があるという結果であった。

また、ケアの際に必ず聴診を行うなど、呼吸のフィジカルアセスメントを強く意識するようになっていた。認定ナースは、活動で拘束される時間が負担と感じていたが、呼吸器から離脱した患者をみたり、回復に手が貸せた実感があったりするなど、実践から得られたと感じるものがあった。そして、実践に対する強い思いがあるが、認定ナースの活動が周知されていないという思いを抱えていた。

リーダーシップについては、リーダーシップを学べて良かったと思っており、ケアをしながら部署のスタッフに指導できていた。しかし、部署に認定ナースが複数いると心強い、リーダーシップの方法がわからない、誰かに役割を与えられるとできる、自主的にリーダーシップをとって活動していくという部分で実践に結びつかないと感じていた。

III. 考察

認定ナースになったことで、体位ドレナージやポジション、フィジカルアセスメントを実践の中で活かすことができるようになった。このことは、各々の実践の中で、学んだ知識や技術を活かすことができるようになったといえる。しかし、認定ナースが行なう実践が、身近な上司や同僚に認められることには至っておらず、そのことで認定ナースの活動が周知されていないという不満感につながっていると考えられる。認定ナースは、頑張っていることを認められたいと思っているのに、臨床場面での実践力や成果が伴っていき、思いと実践の乖離が生じているといえる。

リーダーシップについては、日常のケアを実践する中でスタッフに指導できていたが、複数いると心強いという思いは、一人ではリーダーシップがとれないと解釈でき、求められているリーダーシップが発揮できていないと言える。役割を指示されるとリーダーシップがとれるが、主体的にリーダーシップをとり活動するという部分で不安を抱えていることがわかった。このことも、実践と同様にリーダーシップが周囲から認められることには至っておらず、周知されていないという不満感につながったと考えられる。リーダーシップのイメージや求められているリーダーの役割の共通理解につながる学習の機会を作る必要がある。

太田²⁾は「周囲からの承認がなければ、組織への貢献意欲も評価・処遇への満足度も高い水準では維持できない」と述べている。これらのことから、周知が足りな

いと感じる不満足感も、周知不足ではなく実践不足から生じていると考えられる。周囲の評価を得ることが、認定ナースの自己効力を高め、モチベーションをさらに高めると考える。周囲からの承認を得るためには、見えるケアを実践し、リーダーシップを発揮していくことが必要と言える。実践から得られる周囲の評価により、モチベーションをさらに高めていく必要があると言える。

認定ナースは継続して実践したいという気持ちを持ち、また活動に負担感を感じても結果得るものがあるという達成感も感じている。このことから、目標に向かうための道標となる具体的な目標設定や行動規準の設定が必要であることがわかった。

結 論

- 1) 認定ナースは、呼吸介助は実践が少ないと感じているが、体位ドレナージやポジショニング、フィジカル

アセスメントを実践していた。

- 2) 認定ナースは、ケアを実践する中で部署のスタッフに指導しており、周囲から認められたいと思い実践していた。

尚、本研究は第44回日本看護学会 - 看護教育 - 学術集会 (埼玉) にて発表した。

【引用文献】

- 1) 細海加代子,山口理恵：呼吸理学療院内認定後の活動実態からの教育プログラム検討,全自病協雑誌,49 (6) ,64-67,2010.
- 2) 太田肇：承認とモチベーション (初版) ,同文館出版株式会社,P.164,2011.

資料 1

カテゴリー	サブカテゴリー
学びを活かしたアセスメント	テクニカルナースになって学んだことを活かしたアセスメント
対象や状況に合わせた呼吸理学療法の実践	対象に合わせたケアの実践
	テクニカルナースになって習得した呼吸介助の実践
	自信をもって常に行える体位ドレナージ
	状況に合わせて実践する運動療法、リラクゼーション、シルベスター法、呼吸法
アセスメントに基づいた呼吸理学療法の実践に対する思い	外部環境によって変化する呼吸理学療法の件数
	テクニカルナースになって学んだアセスメントができていないという思い
	テクニカルナースになって習得した呼吸介助が実践できていないという思い
	工夫して体位ドレナージを実践したいという思い
	学んだリラクゼーションやシルベスター法、呼吸法を実践できていないという思い
	実践から得られたよかつという思い
	部署にテクニカルナースが複数いることの強み
	テクニカルナースの実践が理解されていないという思い
RSTラウンドが理解されていないという思い	
呼吸理学療法を学習したいという思い	テクニカルナースを目指したきっかけ
	テクニカルナースになって良かったという思い
認定ナースとして行なう指導	共にケアする中で行う実践レベルの指導
	ケアが継続されるための働きかけ
	テクニカルナースで学んだ知識の伝達
認定ナース育成カリキュラムの理解不足	リーダーシップがとれない要因
	テクニカルナース自身が感じているカリキュラムの理解不足
	テクニカルナースを目指している期間でのカリキュラムの理解不足
リーダーシップを発揮することに対する思い	自分の想像と違ったカリキュラム
	リーダーシップの重要性の実感
	リーダーシップに対するジレンマ
指導する中で感じている思い	今後の役割に対する不安
	指導する中で得られた良かったという思い
	テクニカルナースとして指導できていないという思い

研究

北海道における看護教員の資質の向上に影響を与える主観的要因についての検討

Study on subjective factors that affect the quality of nursing teachers in Hokkaido

戸田 悦子¹⁾
Etsuko Toda

濱本 瑞穂²⁾
Mizuho Hamamoto

長谷川 美由紀³⁾
Miyuki Hasegawa

要 旨

[目的] 2008年に保健師助産師看護師養成所指定規則の一部の改正で、看護教員に対する資質に言及し自己研鑽に努めることが明記されている。現状では困難な課題であることが推察されるため、看護教員の業務に対する主観から自律的な資質の向上を妨げる要因の示唆を得ることを目的とする。[方法] 自記式質問紙を用いた実態調査研究。対象は北海道の看護師養成所の44校・看護教員436名。調査内容は、基本的属性と仕事に対する主観を問う質問項目。得られたデータは統計的に分析を行った。[結果] 研究目的に関連する仕事に対する主観を問う質問項目として「教師としての資質の向上の時間が取れない」「資質の向上が組織に支えられている」の2項目に主軸を置いて検討し主観間に有意差が認められた。[考察] 「業務量過多による時間的余裕のなさ」「組織としての取り組み不足」への課題が示唆された。

Key words : nursing teacher, subject

I. 緒 言

日本の高齢化の急速な進展、医療の高度化などの社会の変化に伴い、これらに対応した資質の高い看護職員の養成が求められている。¹⁾ 看護基礎教育の教育内容の検討がなされ、2008年に保健師助産師看護師養成所指定規則の一部が改正された。この改正で看護教員に対する資質に言及し、看護教員は自己研鑽に努めることが明記されている。専門職者として質の高い看護実践を行う基礎的な能力を育成する、看護基礎教育機関として看護教員の資質の向上は切実な課題である。

看護師養成所看護教員の蓄積的疲労徴候は、交代性勤務を行っている医療者より高いことが示されている。特に経験年数が0～6年未満の教員に著明である。このような看護教員の心身の疲労は、「恒常的な時間外労働」「業務の中断による効率的な業務遂行の困難と多重業務」「担当領域以外の授業・実習」が原因と示唆される。²⁾

このような中で看護教員としてのキャリア形成の途中

で離職することなく、教員経験を積み重ねて研鑽していくことは、今後の看護基礎教育を支えるために重要であると考えられる。

看護教員の勤務実態と蓄積的疲労の調査^{3) 4)}からは、職場環境の現状や組織制度的な課題が明らかになっている。

しかし、自らの行動に意義をもち看護教育を実践していることが推測される看護教員の、自律的な資質の向上に、影響を与えている主観的な要因は明確にされていない。

以上から、本研究では勤務実態を包括し仕事上の主観的要因に注目することで、看護教員の自律的な資質の向上を妨げる要因と組織的・制度的な支援や条件整備関連への示唆を得ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた実態調査研究。

1) 砂川市立病院附属看護専門学校
Attached nursing vocational school SUNAGAWA city medical center

2) 滝川市立高等看護学院
TAKIKAWA Municipal Nursing School

3) 深川市立高等看護学院
FUKAGAWA Municipal Nursing School

2. 用語の操作的定義

- 1) 看護師養成所：保健師助産師看護師法に基づき看護師を養成する看護基礎教育機関。本研究においては、看護基礎教育機関のなかの専修学校。
- 2) 看護教員：保健師助産師看護師学校養成所の看護師養成所において専任教員として勤務しているもの。
- 3) 主観的要因：看護教員が尊重している仕事への考え方や感じ方の主要な原因。

3. 研究対象者

北海道の看護師養成所の44校・看護教員436名。

4. 調査期間

2012（平成24）年9月～10月。

5. 調査内容

1) 基本的属性

性別、年齢、教育経験年数、臨床経験年数、年間担当講義数、年間実習担当数、年間実習、担当数、年間担当講義・実習領域。

2) 仕事に対する主観を問う質問項目

教員の勤務実態を実証的に検証した教員勤務実態調査⁵⁾を参考に質問項目を設定した。具体的な内容を以下に示す。各質問項目に対し、「とても感じる」「わりと感じる」「あまり感じない」「全く感じない」の4段階より回答してもらった。

- (1) 教師の仕事はやりがいがある
- (2) 仕事に追われて生活のゆとりがない
- (3) 講義の準備をする時間が足りない
- (4) 教師としての資質の向上の時間が取れない
- (5) 資質の向上が組織に支えられている
- (6) 生活指導などの必要がある学生が増えた
- (7) 保護者や地域住民への対応が増えた
- (8) 教員の行う仕事が多すぎる
- (9) 教員の給与は安い

6. データ分析方法

- 1) 「基本属性」分析には、統計ソフトRコマンドーを用いた。
- 2) 「仕事に対する主観を問う質問項目」分析には統計用ソフトSPSS 11.5J for windows版を用いた。
 - (1) 有意確率は両側検定で $p < 0.05$ とし、棄却率は $p < 0.05$ 、または $p < 0.01$ とした。研究目的に関連する仕事に対する主観を問う質問項目として「教師としての資質の向上の時間が取れない」「資質の向上が組織に支えられている」の2項目に主軸を置いて検討した。また基本的に仕事に対する主観を問う質問項目（変数）間の関係はspearmanの相関係数、独立した2群間の差の検定はMann-whitneyのU検定、カテゴリー変数の比較はカイ二乗検定によって求めた。

(2) 各仕事に対する主観を問う質問項目すべてを用いて、因子分析（最尤法、バリマックス回転）を実施した。

(3) 教員経験年数別に各仕事に対する主観を問う質問項目にクラスカルウォリス検定を用いて有意差を検定した。なお経験年数別の分類は、「専任教員のキャリア別到達目標」⁶⁾「看護教員経験年数別の課題」⁷⁾を参考に以下のようにした。「0～3年未満：29人」「3～6年未満：14人」「6～10年未満：22人」「10～15年未満：30人」「15年以上：30人」「不明：4人」。

7. 倫理的配慮

本研究は北海道看護教育施設協議会研究倫理審査委員会において承認され実施した。

- 1) 研究開始前に対象者へ研究方法と目的について書面において説明し、研究参加への同意を得た。書面の内容は、「研究の参加は同意を得られた場合のみ」「同意しないことで職務上の不利益は生じない」「研究で得られた情報は研究および教育の目的以外に使用しない」「学会発表を予定している」「個人が特定される記述はしない」である。
- 2) 教務主任の任にあられる方に代諾者を依頼し、各対象者においては質問紙の回収をもって研究参加の同意を得たものと判断した。
- 3) 得られたデータはデジタル化し、個人が特定されないよう匿名性を保持する。
- 4) 本研究で得られたデータは、厳重に管理し、漏洩、紛失、盗難が無いよう管理する。

Ⅲ. 結果

質問紙は北海道の看護師養成所の看護教員436名に配布し、130名（35.2%）から回収された。有効回答数は129名（34.9%）である。本研究においては、勤務実態を包括し仕事上の主観的な要因に着目することで、看護教員の自律的な資質の向上を妨げる要因を明らかにし、組織的・制度的な支援や条件整備の必要性の示唆を得ることを目的としている。

1. 基本属性

回答を得た看護教員個人実態に対し、基本的な集計を行い表記した。

1) 調査対象の平均年齢・男女構成（表1）

平均年齢46.6歳であった。また、構成は女性95%に対し男性4%の比率であった。年齢構成に関し

表1 年齢・男女の構成

年齢	男女構成	
46.6 ± 7.4 (Means ± SD)	男性	4%
	女性	95%
	無回答	1%