



東京都看護協会学会誌

Journal of Tokyo Nursing Association

Vol.1
2021

——— 目次 ———

創刊の辞	山元 恵子 …… 2
巻頭言	竹内 朋子 …… 3
原著	
東京都における看護職の喫煙に関連する要因分析 公益社団法人 東京都看護協会	大橋 純江 …… 5
報告	
BMIが高値の患者に対する褥瘡予防～術中の圧迫解除を効果的に行った事例～ がん・感染症センター都立駒込病院	晒名 莉奈 ……11
資料	
終末期にある患者への意思決定支援～ペプロウの看護理論を活用して～ がん・感染症センター都立駒込病院	平野 宥子 ……15
家族エンパワーメントモデルを活用した終末期患者の家族看護 がん・感染症センター都立駒込病院	星野 奈那 ……21
その他	
インドにおける日本企業資本病院の COVID-19 対策および看護管理の実践報告 医療法人社団あんしん会 四谷メディカルキューブ	板橋 悦子 ……25
投稿規程	……………31
編集後記	……………34

創刊の辞

公益社団法人 東京都看護協会
会長 山元 恵子

昭和22年（1947）に東京都看護協会が創立して以来、74年の歴史において、はじめて、看護職のための「東京都看護協会学会誌 Journal of Tokyo Nursing Association」を本年創刊することができました。先輩たちの永年の夢でもあり、悲願でもあった学会誌がここに誕生致しました。

これまで、看護研究学会や看護学生学会での、発表経験を積み重ね、素晴らしい研究も数多くありました。これら研究の成果を、世の中に周知していくためには、論文として残すことを推奨しておりました。

しかし、学会誌がない当会の会員は、他団体の学会誌に投稿することしか手立てはありませんでした。ご投稿いただきました会員の皆様、そして学会誌編集委員会による甚大な尽力により、素晴らしい一冊に仕上がりましたこと、心より感謝申し上げます。そしてこの瞬間に立ち会うことができたことを、会長として誇らしく深謝申し上げます。

本誌が、看護職のための学会誌として、臨床や教育の場はもちろん、地域と広く、多くの知識を共有し、世界に向けて看護のさらなる発展に寄与できることを心から願っております。

巻頭言

東京都看護協会学会誌 創刊に寄せて

公益社団法人 東京都看護協会学会誌 編集委員会
東京医療保健大学 東が丘看護学部
東京医療保健大学大学院 看護学研究科 教授
竹内 朋子

このたびは東京都看護協会学会誌がつつがなく創刊されましたこと、心よりお慶び申し上げます。

地域別看護職能団体のひとつである東京都看護協会が、独自に学会誌を創刊し、定期的に看護研究を発信していく役割を新たに果たすことは、会員である看護職の皆様をはじめ、皆様の看護の対象となる方々にとっても、きわめて大きな意義があると考えます。

臨床の看護実践にEvidence Based Nursing (EBN) が重視される今日、そのevidenceを構築する担い手が続々と臨床から誕生しています。看護職の皆様が日々の看護実践を通して見つけた様々なResearch Questionが、看護研究によってevidenceを生み、それがまた日々の実践に活かされていく循環に、この学会誌が大いに貢献されることと期待申し上げます。

東京都における看護職の喫煙に関連する要因分析

Analysis of factors related to smoking by nurses in Tokyo

大橋 純江

Sumie Ohashi

公益社団法人 東京都看護協会

要 旨

【目的】 A看護協会地区内会員看護職の喫煙状況と喫煙関連要因を明らかにし、課題や必要な対策を明らかにする。

【方法】 A看護協会会員から無作為抽出した600人を対象に、喫煙状況、ニコチン依存度、喫煙関連要因について調査した。

【結果】 回収率58.5%、有効回答率57.6%。回答者の平均年齢41.9歳で、喫煙率は7.5%であった。習慣的喫煙開始年齢は20歳が最も多く51.1%で20歳までに75.8%が喫煙を開始していた。喫煙開始の動機は「友達が吸うため」が53.3%であった。看護職という立場上、タバコを吸うべきではないと思うかと回答したものは55.2%であった。女性において現在喫煙と有意な関連がみられたのは「入眠困難」と「ストレス」であった。新型タバコの関心では保健師が高い傾向にあった。

【考察】 習慣的喫煙開始理由は、喫煙する友人が影響することが示された。また、現在喫煙をする女性は入眠困難やストレス症状を自覚しており、本質的な原因が喫煙（ニコチン依存）に関連していることから、交代勤務を有する看護職は新入職時にタバコの身体的影響に対する教育の実施が重要と考えられた。

【結論】 看護職として喫煙すべきでないとの考えが半数にとどまったことから、教育の機会がある職場での業務にあたっている状況を鑑み、タバコが身体に及ぼす影響とニコチン依存の認識も含め改めて看護職への啓発・普及を行う必要性が考えられた。

キーワード： 喫煙実態、看護職、喫煙関連要因

Abstract

【Purpose】 To clarify the smoking status and smoking-related factors of member nurses in the A Nursing Association district, and to clarify issues and necessary measures.

【Methods】 We investigated smoking cessation status, nicotine dependence, and smoking-related factors in 600 randomly selected members of the A Nursing Association.

【Results】 Recovery rate 58.5%, valid response rate 57.6%. The attributes of the respondents were an average age of 41.9 years and a smoking rate of 7.5%. The most common age of habitual smoking was 18 and 20 years old, and the motivation for starting smoking was 53.3% "because a friend smoke". As a nurse, 55.2% thought that they should not smoke. Awareness of "difficulty falling asleep" and "stress" in women was currently significantly associated with smoking. Public health nurses were significantly more interested in new cigarettes.

【Discussions】 It was suggested that the age at which habitual smoking started overlapped with the life event period, and that smoking friends had an effect. In addition, smoking women are now aware of difficulty falling asleep and stress symptoms, and the essential cause is related to smoking (nicotine dependence). Implementation of physical impact education was considered important.

【Conclusions】 As a nurse, only half of the respondents thought that smoking should not be done. Therefore, considering the effects of tobacco on the body, considering the situation in the workplace where there is an educational opportunity, I decided to re-enter the nurse It was considered necessary to raise awareness and disseminate information.

Key words : smoking status, Nursing staff, smoking-related factors

I 序論

健康日本21（第二次）増補改訂では、生活習慣病の重大な危険因子である喫煙（受動喫煙）による健康被害を減少させるため、「煙草をやめたい人がやめる」ことを数値

化した成人喫煙率12%（平成34年度）の数値目標を設定した。（厚生労働省, 2018）また、2018年9月2日に「喫煙と健康影響に関する検討会」の報告書（通称「タバコ白書」）が15年ぶりに改訂公表されるなど、社会全体における禁煙支援環境が強化されてきている。このような背景を踏まえ、A看護協会は東京都民の健康を支援する上で看護

職の喫煙の実態を把握し、看護職自身の健康管理も含め適切な対策を講じることが重要と考え調査を実施した。

II 目的

A看護協会における看護職の喫煙状況と喫煙関連要因(労働環境・職場の禁煙・受動喫煙防止対策等の状況、夜勤や睡眠状況など)を明らかにし、その調査結果を踏まえ、課題や必要な対策を明確することを本調査の目的とした。

III 方法

- 1) 対象：A看護協会会員 600人(転居および住所不備による不達を除いた実発送数559人)
※A看護協会会員より無作為抽出した600人(保健師・助産師・准看護師各100人、看護師300人)
- 2) 調査期間：平成30年5月24日～平成30年8月10日
- 3) 方法：自記式調査票の郵送発送・郵送回収
- 4) 調査項目：喫煙状況、ニコチン依存度、喫煙関連要因(労働環境、職場の禁煙・受動喫煙防止対策等の状況、夜勤や睡眠・睡眠障害など)、性・年齢・職種等
- 5) 回収状況：回収数351件(回収率58.5%)、有効回答数346件(有効回答率57.6%)
- 6) 分析方法：喫煙行動や喫煙関連要因について、集計をシカイ二乗検定を行った。また、多重ロジスティック回帰分析を用いて現在喫煙に関連する要因を検討した。解析は、統計解析ソフトウェア「SPSS for windows 18 (PASW Statistics18)」を用いた。有意水準5%とした。

IV 倫理的配慮

調査の目的や結果の公表等について文書で説明し、調査票の返送をもって同意があったものとした。調査の回答内容は、氏名・住所と連結しない形で統計的に処理した。また、本調査は、A看護協会倫理審査委員会の承認を経て実施した。

V 用語の定義

- 1 「タバコ」：たばこ事業法(昭和59法律第68号)第2条第3号に掲げる製造たばこであって、同号に規定する喫煙用に供されるもの及び同第38号第2項に規定する製造たばこ代用品をいうものとする。 (第28条第1号関係)

- 2 「新型タバコ」 指定たばこ：(注)平成30年7月25日「健康増進法の一部を改正する法律」の公布について(厚生労働省健康局長通知) たばこのうち、当該たばこから発生した煙(上記を含む。以下に同じ)が他人の健康を損なうおそれがあることが明らかでないたばことして厚生労働大臣が指定するものをいうものとする。(附則第2号関係)
 - 3 「喫煙」：人が吸入するため、たばこを燃焼させ、又は加熱することにより煙を発生させること。(第28条第2号関係)
 - 4 「受動喫煙」：人が他人の煙によりたばこから発生した煙にさらされること。(第28条第3号関係)
 - 5 「現在働いている人」：「あなたは現在、主にどの免許に基づき業務を行っていますか」の設問に対し、「保健師」「助産師」「看護師」「准看護師」「その他」と回答した者。同設問に「働いていない」と答えた者および「無回答」を除く。
 - 6 「現在喫煙者」：「これまでにタバコを習慣的に吸ったことがある者」の内、この1ヶ月間に「毎日吸う」または「時々吸っている」と回答した者。
 - 7 「過去喫煙者」：「これまでにタバコを習慣的に吸ったことがある者」の内、この1ヶ月間にタバコを「吸っていない」と回答した者。
 - 8 「喫煙経験無者」：「これまでにタバコを習慣的に吸ったことがない」と回答した者。
- ※1～4は(「健康増進法の一部を改正する法律」の公布について、平成30年7月25日厚生労働省健康局長通知。

VI 結果

1 回答者の基本属性

- 1) 対象者の平均年齢は41.9歳(女性42.0歳、男性40.4歳)で、「20歳代」17.9%、「30歳代」24.9%、「40歳代」29.5%、「50歳以上」27.7%であった。
- 2) 性別では「女性」96.2%、「男性」3.8%であった。
- 3) 職種では「保健師」16.8%、「助産師」15.3%、「看護師」48.8%、「准看護師」16.2%で、「働いていない」2.3%、無回答は0.6%であった。
- 4) 雇用形態は「正規職員」87.3%、「臨時職員」1.4%、「派遣社員」0.9%、「パートタイマー・アルバイト」5.5%で「その他」1.2%、「無回答」3.8%であった。
- 5) 職位は「管理職」2.3%、「中間管理職」25.4%、「非管理者」67.1%、「無回答」5.2%であった。
- 6) 所属機関は「病院」73.7%、「大学・教育研究機関」3.5%、「訪問看護ステーション」3.2%、「診療所」2.3%、「健(検)診センター・労働衛生機関」1.2%、「介護老人保健施設・介護老人福祉施設」2.3%、都道府県(県型保

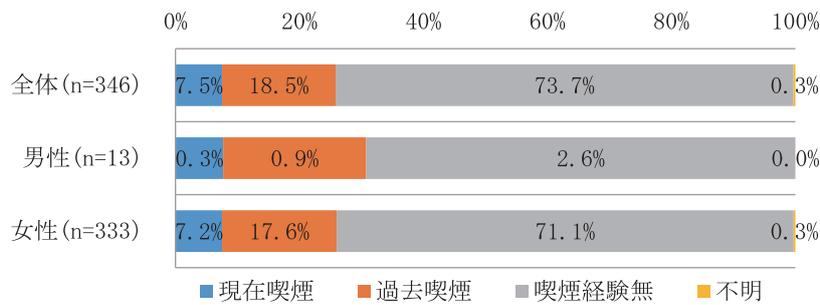


図1 看護職の喫煙状況 (n=346)

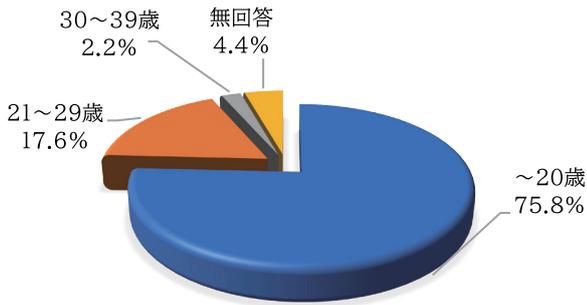


図2 習慣的な喫煙開始年齢 (n=90)

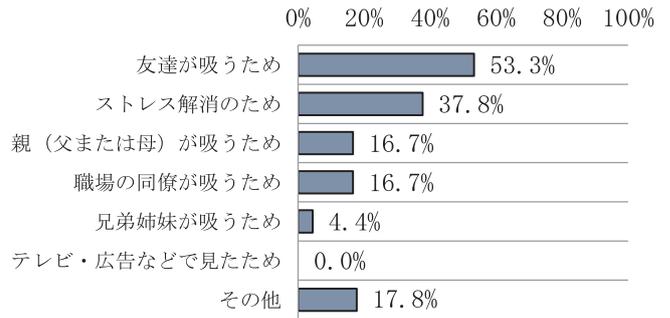


図3 喫煙開始の動機 (複数回答あり, n=90)

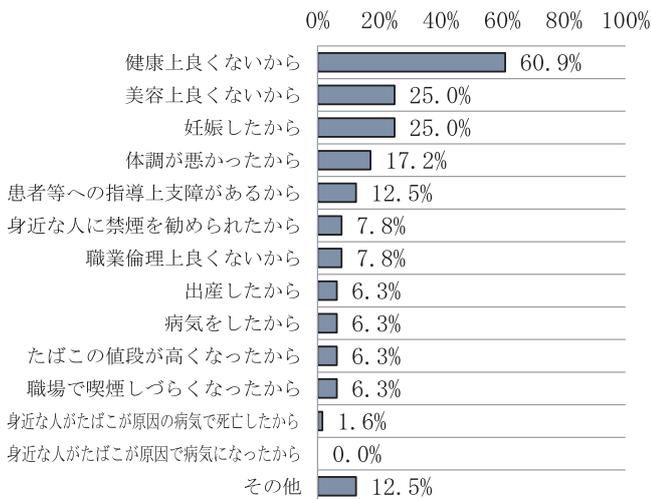


図4 タバコをやめた理由 (複数回答あり, n=64)

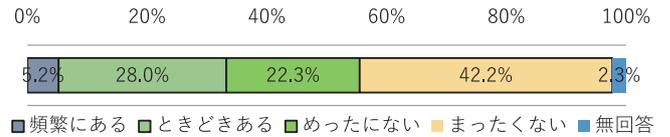


図5 タバコに関する教育の機会の頻度 (n=346)

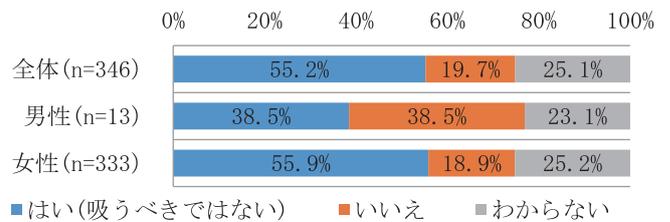


図6 喫煙に対する考え (n=346)

健所含む) 0.3%、「保健所設置市・特別区」1.7%、「市町村 (直営の地域包括支援センターを含む)」0.3%、「地域包括支援センター (委託)」1.4%、「企業・事業所」2.0%、「その他」2.6%、「無回答」5.5%であった。

2 看護職喫煙状況

- 1) 喫煙率：平均7.5% (女性7.5%、男性7.7%)。(図1)
- 2) 看護職の習慣的な喫煙経験がある者の習慣的な喫煙開始年齢：平均20.2歳 (標準偏差±2.5)、20歳が51.1%、18歳15.6%で、20歳までに喫煙開始した割合は75.8% (図2)、未成年での習慣的な喫煙開始は24.2%であった。

3 喫煙者のニコチン依存度

中～高程度は34.6%であった。

4 喫煙関連要因

- 1) 習慣的な喫煙経験がある者の喫煙開始の動機は複数回答ありで「友達が吸うため」が53.3%と最も多く、次いで「ストレス解消」が37.8%であった。(図3)
- 2) タバコをやめた理由は複数回答ありで「健康上良くないから」60.9%、「美容上良くないから」25.0%であった。(図4)
- 3) タバコに関する教育の機会の頻度は33.2%が教育の機会を有し(「頻繁にある」「ときどきある」の合計)(図

- 5)、そのうち現在も喫煙継続しているは30.7%であった。
- 4) 喫煙に対する考えは看護職という立場上吸うべきでないに「はい」55.2%、「いいえ」19.7%であった。(図6)
- 5) 新型タバコに関する知識は「知らなかった」が54.6%で、「新型タバコの健康への影響に対する関心」は、「ある」60.7%、「ない」38.4%であった。関心が「ある」との回答は保健師75.0%、助産師57.1%、看護師61.3%、准看護師47.4%であった。カイ二乗検定において保健師は他と比較し有意に高かった。
- 6) タバコの害に関する認識は肺がんやぜんそく、気管支炎、といった呼吸器疾患や喉頭がん、食道がんが7～8割程度にとどまり、受動喫煙では、心筋梗塞(54.9%)に対する認識が低い傾向であった。
- 7) 職場の禁煙対策は「敷地内全面禁煙」70.5%、「屋内全面禁煙」22.5%で、これら2つの禁煙対策のいずれかを実施している割合は全体の93.0%であった。
- 8) 女性の現在喫煙での多重ロジスティック回帰分析で有意な関連が認められたのは、「入眠困難」、「ストレス」であった。

Ⅶ 考察

1 看護職の喫煙の実態・特徴

1) 喫煙率

今回の調査では、看護職の喫煙率は7.5%、女性7.5%、男性7.7%と2013年に日本看護協会が実施した結果(女性7.2%、男性29.5%)(日本看護協会, 2014)と比較すると男性の喫煙率に差があった。国民の喫煙率は、平成29年厚生労働省「国民健康・栄養調査」(厚生労働省, 2018)によれば、現在習慣的に喫煙している者の割合は、17.7%であり、男女別では女性7.2%、男性29.4%と報告されている。本調査対象は会員の中から無作為に抽出しており、単純に比較はできないものの、看護職の喫煙率は国民の喫煙率を下回っていた。ただし、女性では、0.3ポイント上回っていた。

2) 看護職の習慣的喫煙開始年齢

習慣的喫煙経験がある者の習慣的喫煙開始年齢は20歳までで75.8%、未成年での習慣的喫煙開始は24.2%であった。習慣的喫煙経験者の喫煙開始の動機は「友達が吸うため」、次いで「ストレス解消」であった。18歳、20歳が大きな転機となっていることから高校卒業、成人式といったライフイベントが大きく影響していると考えられた。5割が喫煙開始の動機として「友達が吸うため」を挙げていることから、このような友人環境が変化する時期にタバコの身体的影響に対する教育の実施が重要と考えられた。

3) ニコチン依存の知識および依存度が高い看護職への禁煙治療の推奨

喫煙者のファーストロームニコチン依存度(FTND)をみると、約35%が中～高程度の依存度であった。世界保健機構(WHO)国際疾病分類第10版(ICD-10)では、ニコチンなしタバコは、使用中止の困難さ、耐性、離脱において、ヘロイン、コカイン、アルコール等一般的な依存性物質と同様の特徴や強度を有する。ニコチン依存のメカニズムは、ニコチンの脳の報酬回路に作用し、快感や多幸感を引き起こすドーパミンを過剰に分泌させることが深く関与している。喫煙とニコチン依存症との関連について「科学的証拠は因果関係を推定するのに十分である(レベル1)」と判定された(Takahashi, H, 2008)。本研究における現在喫煙者の禁煙の意向では、「たばこをやめたいと思う」は23.1%で厚生労働省調査(厚生労働省, 2018)28.9%と比較すると低かった。

過去喫煙者のタバコをやめた理由をみると、「健康上良くないから」が60.9%で、次いで「美容上良くないから」25.0%であった。このことは、何らかのタバコの害に対する認識および身体的な自覚を有していたと考えられる。また、「わからない」と回答した中には、上記ニコチン依存のメカニズムであるニコチン切れ(離脱症状)(Dagher, A, 2001)による自覚等も影響しているのではないかと考える。やめたくても(自力では)やめられない状況にある場合は、禁煙治療も含めた禁煙支援が必要と考えられる。

禁煙治療は2006年から保険適用が開始された。(厚生労働省, 2006)タバコ(ニコチン)のメカニズムなど科学的根拠を広報し、禁煙意向者への治療につなげる積極的サポートが有効と考えられる。

喫煙者禁煙治療の費用補助等を行っている所属機関は1.2%であった。依存症の治療には周囲の理解と協力が不可欠であり、看護職も職場において職員の禁煙支援が積極的に行われることが期待される。

2 喫煙する看護職の傾向

多重ロジスティック回帰分析を用いて女性の現在喫煙に関連する要因を検討したところ、現在喫煙と有意な関連が認められたのは、「入眠困難」「ストレス」であった。(表1)「ニコチン依存」の状態では、ニコチンの血中濃度が低下することニコチン切れのイライラ(離脱症状/禁断症状)を感じる。禁煙に成功するとストレス度スコアも低下する(Mino, Y, 2000)。また、ニコチンには覚醒効果があり、不眠症などの睡眠障害を引き起こしやすく(Mino, Y, 2000)喫煙者は精神的に不安定になりやすい状態にあるといえる。したがって、ストレスや睡眠障害の本質的な原因が喫煙にあることを自覚可能とする対策が必要である。交代制勤務に従事する者が多い看護職は、職業性ストレスの一つとして睡眠障害が多いことが報告された。(加藤他, 2015)睡眠障害は眠気や居眠りにより作業能率の低下が起こることが明らかになっている。特に新入職時期には喫煙に移行

表1 現在喫煙に関連する要因の分析：女性のみ
(多重ロジスティック回帰分析)

説明変数	調整オッズ比	95%信頼区間		有意確率
<年齢階級>				
20-29歳	0.15	0.12	2.16	0.30
30-39歳	0.34	0.08	1.04	
40-49歳	0.16	0.43	3.16	
50歳以上	1.00			
<飲酒習慣>				
毎日	3.5	0.97	12.16	0.11
週6日以下	1.01	0.38	2.66	
全く飲まない	1.00			
<運動習慣>				
毎日	1.00			0.63
しばしば	0.51	0.07	3.81	
めったにしない	0.27	0.04	1.87	
全くしない	0.31	0.04	2.23	
<入眠困難>				
なし	1.00			<0.05
あり	3.25	1.26	3.84	
<ストレス>				
なし	1.00			<0.05
あり	4.92	1.03	23.43	

しないためのストレス解消対策（ストレスコーピング）と入職後の急激な生活環境変化への適応支援項目に禁煙教育を付加することが望まれる。

本研究では有意差は見られなかったが、喫煙者の飲酒や労働時間、睡眠薬・安定剤の使用について、過去喫煙者および喫煙経験無者と比較し多い傾向にあった。また、看護職という立場上タバコを吸うべきではないかの問いに、現在喫煙者で否定的回答が半数を超えていた。健康への被害が一定レベルで理解していてもニコチン依存や習慣的行動が回答に影響していると考えられた。

3 看護職の役割

看護職の33.2%がタバコに関する教育の機会を有して（「頻繁にある」「ときどきある」の合計）いて、そのうち現在も喫煙継続しているのは30.8%であった。その一方で喫煙の害や受動喫煙の害の認識（複数回答）については、例えば胃潰瘍（37.0%）、心筋梗塞では受動喫煙の影響に対し54.9%と半数にとどまるなど、特に受動喫煙に対する認識が十分とはいえない状況であった。タバコが身体に及ぼす影響に関して科学的根拠が示されている中で、教育の機会がある職場での業務にあたっている状況を鑑み、改めて看護職への啓発・普及を行う必要性が考えられた。また、受動喫煙により妊産婦、子どもたちが様々な疾患の犠牲になっていること、医療経済への影響など広く知見を得て、地域住民や患者等必要な場面に応じて適切な健康教育や禁煙支援、禁煙治療の推奨などを積極的に行い、タバコのない社会づくりを目指す必要がある（日本看護協会, 2014）。

新型タバコに関する知識として、「知らなかった」が

54.6%に上った。ニコチンを含むものは国内では販売が規制されているが、個人輸入等での入手は可能である。新型タバコの暴露と疾病および死亡リスクとの関連は現時点では明らかでないが蒸気（エアゾル）から発がん性物質の発生が報告され健康影響への可能性が指摘されている（厚生労働省, 2018）。新型タバコは、一部の喫煙者の禁煙に役立つ可能性があるが、若年成人の非喫煙者は電子タバコをレクリエーションに使用しているため、喫煙を開始するリスクが高くなる可能性がある（Primack B.A, 2018）と報告され、若者などがタバコを吸い始めるきっかけにもなりかねない。受動喫煙の発生も踏まえ、有害性に対する広報は特に正しく認識されるよう、看護学生に対する重要課題として対応する必要があると考える。「新型タバコへの健康への影響に対する関心」について、保健師は他と比較し高く（表2）、保健指導を行う職種として新型タバコに対する関心が高いことが推測される。

表2 新型タバコについての関心
(カイ二乗検定)

職種	関心あり		有意確率
	N	(%)	
保健師	57	75.0	<0.05
助産師	53	57.1	
看護師	169	61.3	
准看護師	54	47.4	

4 A協会としての取り組み

「看護職という立場上、タバコを吸うべきではないと思うか」が55.2%にとどまった。

今後は東京都民の健康を支援する看護職として、正しい知識の普及が必要である。また、ニコチン依存は治療の必要な状態であるという認識を広く知らせ、必要とする人が禁煙治療や禁煙支援を受けられるように禁煙外来を推進する研修を実施したい。

VIII 結論

- 1 今回の調査での看護職の喫煙率は7.5%で、国民の喫煙率（厚生労働省, 2018）を下回っていた。
- 2 習慣的喫煙年齢は、20歳までで78.5%で、友達が吸うための最も多い動機であった。
- 3 看護職という立場上タバコを吸うべきではないに対して、現在喫煙者で否定的回答が半数を超えていた。
- 4 女性において現在喫煙と有意な関連が見られたのは「入眠困難」「ストレス」であった。
- 5 新型タバコの認知は45.4%で、関心の高さでは、保健師、看護師、助産師、准看護師の順で有意に保健師が高かった。

利益相反

当該研究の施行や論文作成において開示すべき利益相反はなし。

謝辞

本研究の調査にご協力いただきました看護職の皆様へ深く感謝申し上げます。

〈引用文献〉

- Dagher, A. et al. Reduced dopamine D1 receptor binding in the ventral striatum of cigarette smokers. *Synapse*. 2001, 42(1)
- 加藤千鶴子他. 看護職の眠気と職業性ストレスの関連, 日本公衛誌, 第9号, 2015.
- 厚生労働省. 健康日本21（第二次）増補改訂, 2018.
- 厚生労働省. 平成29年国民健康・栄養調査報告, 2018.
- 厚生労働省. 禁煙支援マニュアル・ニコチン依存症管理料, 2006.
- 喫煙の健康影響に関する検討会.“無煙たばこ, 電子たばこ等の健康影響喫煙と健康”. 喫煙の健康影響に関する検討会報告書. [厚生労働省健康局健康課], 2016.
- Mino, Y. et al. Does smoking cessation improve mental health. *Psychiatry Clin. Neurosciences*. 2000, 54(2)
- 日本看護協会. 2013年「看護職のたばこ実態調査」報告書, 2014.
- Primack B.A. et al. Initiation of Traditional Cigarette Smoking after Electronic Cigarette Use Among Tobacco-Naive US Young Adults. *Am. J. Med.* 2018, 131(4)
- Takahashi, H. et al. Enhanced dopamine release by nicotine in cigarette smokers. *Int. J. Neuropsychopharmacology*. 2008, 11(3)

BMIが高値の患者に対する褥瘡予防 ～術中の圧迫解除を効果的に行った事例～

晒名 莉奈

Rina Sarashina

がん・感染症センター都立駒込病院

要 旨

【序論】 BMI35で側臥位手術を受ける褥瘡発生リスクが高い患者を受け持ち、術中の圧迫解除を行い、褥瘡発生を予防したためここに報告する。

【目的】 BMI35の患者に対し術中の圧迫解除を行うことで褥瘡発生を予防する。

【看護の実際】 A氏はBMI35であり、深部損傷褥瘡（deep tissue injury、以下DTI）発生リスクが高いことが考えられた。術前訪問を行い、皮膚状態の観察と褥瘡発生リスクがあることを把握した。手術チームで、褥瘡発生リスクが高いこと、術中に手動的圧迫解除や四肢の位置を変更する等の予防対策を行うことについて情報共有を行い、医師に協力を依頼した。手術中は手術操作の妨げにならない範囲で医師に声掛けし、圧迫解除を行った。結果、手術終了直後は圧迫で消退する皮膚発赤が見られたが、術後1日目に観察したところ、皮膚発赤や疼痛の訴えは聞かれなかった。

【考察】 術前訪問を行い、直接A氏の全身状態の確認とリスク因子を把握したことで、手術中に必要な予防対策が明らかとなり、褥瘡を予防することができたと考える。また、チームで情報共有を行い医師の協力を得ることで、手術の進行を妨げることなく効果的に圧迫解除を行うことができたと考えられる。今後、容易に除圧することができる圧迫解除グローブの導入を検討する必要がある。また、DTIを早期発見し、継続看護を行うためには、病棟との連携が必要であると考えられる。

【結論】 手術体位による褥瘡発生予防のために、術前に患者の状態をアセスメントすることでリスクを把握し、個別性に合わせた予防策が必要である。さらに、チームでの情報共有や協力は効果的な褥瘡発生予防につながる。病棟看護師と連携し、周術期看護を行うことが今後の課題である。また、今回、体圧測定による数値データは収集しておらず、体圧分散ができたと言いきれないため、今後は体圧測定を行うなどして、客観的に検証していく必要があると考えられる。

キーワード：手術看護、除圧、褥瘡

序論

手術室に於いて、外回り看護師の業務は手術体位や手術操作による皮膚障害および神経障害の予防、感染予防、安全管理、手術に臨む患者の心理支援など多岐にわたる。手術中の患者は、「不適切な体位をとると、患者の体重やさまざまな圧迫によって末梢神経障害、組織傷害、呼吸抑制、循環抑制などが生じる危険性がある。」（日本麻酔科学会、2016）。また、「特に全身麻酔中は患者からの訴えがないため、より一層の観察と体位管理が必要である。」（日本麻酔科学会、2016）。手術体位の固定について、医師の術野の確保、手術操作が優先となる中で、褥瘡予防に対する手術室看護師の役割は大きい。手術室看護師には、手術が円滑に進められるよう術野を確保するとともに、安全で安楽な体位を整え、褥瘡発生の予防策を講じることが求められる。

長時間の手術体位固定による圧迫や術中の身体のずれにより、臀部に深部損傷褥瘡（deep tissue injury、以下

DTI）が生じた事例を経験した。DTIは表皮剥離のない褥瘡（Stage I）のうち、皮下組織より深部の組織の損傷が疑われる所見がある褥瘡（日本褥瘡学会、2020）をいい、比較的皮下組織の発達した体格のよい術後患者にみられることが多いといわれている。上記事例は、手術前のリスクアセスメントが不十分であったことと、術中の褥瘡発生部位の圧迫解除が不足していたことが要因と考えられた。術中の除圧について「手の挿入による術中除圧は、有効に働けば仙骨部の体圧を低下させる効果がある。さらに局所に掛かる体圧を低下させることは術後反応性充血の発生予防に関係している可能性があるため、手術看護の臨床において、仙骨部に対し体圧を低下させる手の挿入による術中除圧を積極的に施行していく必要がある」（原ら、2018）との先行研究がある。

今回、BMIが高値で、側臥位手術を受ける褥瘡発生リスクの高い患者を受け持った。仙骨部に限らず、側臥位においても身体と手術台の接地面、側部支持器による圧迫部位に対し、手を挿入して圧迫解除することが褥瘡の予防に

つながると考えた。

I 目的

BMIが高値の褥瘡ハイリスク患者に対し、術中手を挿入しての圧迫解除を行うことにより、褥瘡の発生が予防できるか考察する。

II 方法

1 研究デザイン

事例検討

2 患者紹介

A氏：50代女性、身長152cm、体重81.9kg、BMI35.4
肥満度分類：肥満（3度）

術式：ミニマム創内視鏡下腎部分切除術

予定時間：4時間 手術体位：左側臥位（右腎摘位）

検査値：TP7.8、Alb4.4

3 調査方法及び観察項目

- 術前訪問で皮膚の状態について観察し触診を実施。テープによる皮膚トラブルや褥瘡等の既往について聞き取りを行う。
- 手術中は、身体のずれや側部支持器による過度の圧迫の有無を観察し、アセスメントに基づいて圧迫解除を行う。
- 手術終了直後は皮膚状態の確認と疼痛の有無の聴取を実施し、
- 術後1日目の術後訪問では、全身の皮膚状態の確認と疼痛の有無等の聴取を行う。

4 用語の定義

圧迫解除：手術台や側部支持器と身体が接する面に手を挿入すること、四肢の位置を変更する（ずらす）こと、体位固定具（ソフトナース[®]・ボンマット[®]）、高すべり性スキンケアパッド、介助グローブを使用した圧を解除する行為の総称とする。

III 倫理的配慮

本研究は所属施設の看護部倫理審査委員会の承認を得て行った。看護実践について患者に説明し同意を得た。

IV 看護の実際

1 術前訪問

A氏はBMI35以上であり、自身の体重によりさらに圧がかかりやすく、DTIのハイリスク患者であると考えられた。A氏の皮膚の観察と触診を行ったところ、全身の皮膚は乾燥し、左上肢、右下肢に擦過傷が認められた。皮膚の発赤は確認されなかった。また、聞き取り（表1）からは、テープによる皮膚発赤を経験していた。以上から手術体位による皮膚障害発生の予防対策として、手術中の摩擦やずれを低減し皮膚保護にも効果的であるといわれている高すべり性スキンケアパッドを利用することも検討していたが、直接皮膚に貼ることで皮膚障害が発生する可能性が考えられたため、白色ワセリンを塗布する方法を選択することをA氏に説明した。

2 患者入室から手術開始前

麻酔導入後、診療科医師と共にA氏の皮膚状態の確認と、褥瘡発生のリスクについて情報共有した。体位固定は体圧分散性の高い低反発ウレタンフォームのソフトナース[®]による左側臥位固定を選択した。腋窩の下でソフトナース[®]を折り込み2重にし、さらに荷重分散性に優れたボンマット[®]を挿入し、身体への圧迫が一部分に集中しないよう体圧を分散させた。体幹は、接地面積が広くとれる脊柱、坐骨、胸骨、恥骨の4点を側部支持器で固定した。身体と側部支持器が接する面にもボンマット[®]を挿入し体圧分散を図った。腎摘位では、側腹部を突出させるため側臥位へ体位固定後に手術台を屈曲する。この態勢は接地面に対し摩擦や剪断力を生じさせるため体位固定後に手を挿入し圧迫解除を実施した。皮膚が乾燥傾向であることと身体のずれが生じて軟部組織の内部にずれが伝わらないように白色ワセリンを塗布した。

執刀前タイムアウト時、手術チームでA氏の褥瘡発生

表1 術前訪問時の観察と聞き取り内容

項目	結果
視診	全身皮膚発赤なし 左上肢・右下肢に擦過傷あり
触診	全身皮膚乾燥あり
聞き取り内容	テープ貼付により皮膚発赤が生じたことあり

リスクが高いことを共有し、医師に術中手を挿入し圧迫解除を行うことの協力を依頼した。

3 術中の圧迫解除

手術開始後1時間ごとに体位確認を行うタイミングにあわせて、圧迫解除を実施した。手術の進行を妨げることがないように手術の進行状況を把握し、実施する際は医師に確認した。手の挿入部位は下側の腋窩、背部、下肢、外果と側部支持器と身体が接する前胸部や背部で実施した。手術台を左傾斜した際は、ずれ力が負荷される前傾側で実施した。

4 手術終了直後

手術終了後は、側臥位から仰臥位へ体位変換時は皮膚のずれが生じないように身体を持ち上げ全身の皮膚状態を確認した。麻酔覚醒後は指示動作に応じることが可能で、呼びかけに開眼するレベルであった。病棟帰室前に疼痛の有無について本人に確認した。

5 術後1日目術後訪問

DTIは外観から判断することが難しいため、多くは患者の疼痛の訴えにより発見される。手術終了直後は、麻酔の影響でまだ意識レベルが清明でなかったため、翌日の術後1日目に術後訪問し、全身の皮膚状態と疼痛や違和感、皮膚温の変化の有無を確認した。

V 結果

術前訪問時、手術中、手術終了直後、術後1日目の皮膚状態とA氏の主観的症状について確認した。

手術中はドレープにより目視での観察は困難なため、用手的に身体のずれや側部支持器による過度の圧迫が生じていないことを確認した。手術終了直後は側部支持器で固定していた部位の左側大転子部に指による圧迫で消退する皮膚発赤が認められたため、病棟帰室前に再度、消退傾向で

あることを確認した。麻酔覚醒後、疼痛の訴えは聞かれなかったが、疼痛の自覚は麻酔が影響すると考えられるため、翌日の術後1日目に確認することとした。結果、側部支持器固定部位の左側の大転子部の発赤は消失していた。また、他の体位固定具と皮膚接触面に硬結などは見当たらず、疼痛や皮膚の熱感および冷感の訴えも無かった。詳細は以下の表2の通りである。

VI 考察

2時間以上の同一部位の圧迫は褥瘡が生じやすく、側臥位は褥瘡発生リスクが高い手術体位である。褥瘡の発生要因として、摩擦・ずれ・圧迫・湿潤などが挙げられる。褥瘡の予防には、長時間の同一部位への圧迫を避けるために体位変換や四肢の位置変更、圧迫解除など除圧が推奨されている。しかし、手術中は術野の視野確保と手術操作を妨げない体位固定が優先されるため、褥瘡の予防対策は制限される。また、手術が開始されれば手術終了後まで体位固定は変更できない。したがって、患者の全身状態を事前にアセスメントし、褥瘡発生リスクを把握した上で有効な対策を行う必要がある。術前情報としてA氏はBMI35以上であり肥満（3度）の高度肥満に定義され、皮下組織の発達が予測された。DTIのリスクが高く「側臥位では、仰臥位時の約半分の幅で全体重を支えることになり接触面積が狭いことから、部分体圧は仰臥位と比べて高くなる。」(田中ら, 2007) ため褥瘡が生じやすいことが考えられた。以上から、術前のA氏の身体的状態からリスク要因を把握したことで、手術中に必要な対策が実施され、褥瘡発生の予防につながったと考える。

手術体位による対策として使用した白色ワセリンは、保湿能があり、刺激感が少ないため安全性が高いといわれている。側部支持器などの体位固定具が接触する皮膚に白色

表2 手術終了直後、手術翌日（術後1日目）の観察と聞き取り内容

	発赤		紫斑		水疱		硬結		疼痛や違和感		熱感や冷感	
	直後	翌日	直後	翌日	直後	翌日	直後	翌日	直後	翌日	直後	翌日
耳介	なし	なし	なし	なし								
腋窩	なし	なし	なし	なし								
大転子部	あり	なし	なし	なし	なし							
腓骨頭	なし	なし	なし	なし								
外果	なし	なし	なし	なし								
器械固定部位	なし	なし	なし	なし								

ワセリンを塗布したことで、皮膚の保湿が確保され、手術台の左傾斜時の身体のずれによる摩擦や圧迫を解除する際の機械的刺激が軽減された。また、潤滑剤として、手を挿入する際の摩擦軽減に効果的であったと考える。圧迫解除グローブを用いた除圧に関する先行研究「仰臥位の同一体位における介助グローブを用いた圧抜き解除による安楽の持続に関する研究」では、仙骨部の体圧が圧抜き介入前と圧抜き介入後では平均体圧が減少した（山内ら，2018）。との報告があり、手術中の圧迫解除においても複数回使用することで圧迫解除グローブの効果が期待できると考える。BMIが高値の場合などは、適切な圧迫解除用具を選択することが重要である。

手術中の皮膚障害発生の予防には、「手術に関連する操作的要因、患者の個体的要因を十分に理解し、そこにかかわる外科医師、麻酔科医師を交えたチームで情報を共有し、取り組むことが大切」（荒木田，2015）である。今回褥瘡発生リスクをチームで共有して、対策を講じることが出来た。

病棟帰室時は、皮膚障害の有無にかかわらず術中以降の状態の申し送りを実施しているが、先述したようにDTIは手術終了直後には発見されることは少なく、「およそ、術後4日までに起こる患者の反応は、手術や麻酔の侵襲、手術体位や術中に使用された医療材料など複数の要因が関連しており、術中に行われたことと現在の患者の状態を照らし合わせてアセスメントし、看護介入をしていく必要がある」（山元，2020）。したがって、病棟への申し送り時手術体位による褥瘡好発部位についても報告し、連携してDTIの早期発見に努めることが重要と考える。

VII 結論

手術体位による褥瘡予防に対し、術前に患者の状態をア

セスメントすることで褥瘡発生リスクを把握し、個別性に合わせた予防策が必要である。手術チーム間での情報共有は術中適切な圧迫解除の実施につながる。今後病棟看護師と連携して周術期看護を行うことが今後の課題である。

今回、BMI高値の患者の褥瘡予防事例を経験した。対策は患者の訴えや皮膚状態の観察のみで体圧測定による客観的な結果は得られていないため、術中の圧迫解除が体圧分散に効果があったとは言い難い。今後、体圧測定値などの客観的なデータをもとに褥瘡予防の効果を検証する必要がある。

利益相反

当該研究の遂行や論文作成における開示すべき利益相反はなし。

〈引用文献〉

- 荒木田真子（2015）：手術ポジショニングにおけるリスク発生のエビデンスと予防の視点・感性の磨き方，手術看護エキスパート，9（4），2-8。
- 原健太郎・伊東聡子（2018）：全身麻酔下碎石位手術患者の仙骨部における術中除圧前と手の挿入による術中除圧中の体圧の比較，14（1），43-48。
- 日本褥瘡学会（2020）：改定DESIGN-R2020コンセンサス・ドキュメント：褥瘡状態評価スケール，7，照林社，東京都。
- 日本麻酔科学会・周術期管理チーム委員会編（2016）：周術期管理チームテキスト（3），93，497，公益社団法人日本麻酔科学会，兵庫県。
- 真田弘美・宮地美樹（2012）：New褥瘡のすべてがわかる，3版，80-81，永井書店，東京都。
- 田中マキ子・中村善得（2007）：動画で分かる 手術患者のポジショニング，44，中山書店，東京都。
- 山内燮・佐藤祐貴子・原田千鶴（2018）：臥位の同一体位における介助グローブを用いた圧抜き介入による安楽の持続に関する研究 病院看護職員教育における患者の安楽を向上するための基礎的研究，大分高等教育開発センター紀要，10，1-16。
- 山元直樹（2020）：術後に手術室看護師が果たすべき具体的役割・取り組み，手術看護エキスパート，14（2），23-26。

終末期にある患者への意思決定支援 ～ペプロウの看護理論を活用して～

平野 宥子

Yuko Hirano

がん・感染症センター都立駒込病院

要 旨

【序論】 終末期における医療・ケアについて、本人の意思決定を基本として進めること、心身の状態に応じて意思は変化しうるため、繰り返し話し合うこととされている。患者は看護師と、自らの思いを繰り返し表出できる関係になることが必要である。

【目的】 ペプロウの看護理論を活用し、終末期にあるがん患者の意思決定支援を実践した一事例について考察する。

【方法】 1 研究デザイン：事例報告 2 対象者：がん専門病院の一般病棟で筆者が受け持ち看護師として関わった終末期にある患者1名 3 期間：20XX年9月～20XX年11月 4 データの収集方法 (1) 対象の患者に関わる以前のカルテ記録を閲覧し、患者の思いや患者の周りとの関係性に関する記載を抽出する。(2) ペプロウの看護理論を活用し実践した看護について、診療記録や看護記録をデータとする。 5 データの分析方法：ペプロウの看護理論の4局面に沿って実践した看護を整理し、患者-看護師の関係の変化と意思決定について考察する。

【結果・結論】 初回受け持った入院中は、目標を共有し達成したことで、患者が看護師に対してニーズに応える存在として認識し、新たなニーズが生じた際にも相談できるようになった。2回目に受け持った入院中には、初回担当時に形成した関係をもとに、患者は複雑な感情を抱く場面でも看護師に思いを表出した。看護師がペプロウの看護理論による患者-看護師関係の4局面を通して6つの役割（未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割）を担うことで患者と看護師間に信頼関係が形成された。その結果、終末期という難局においても患者は意思を表出でき、看護師は要望に沿うよう調整できた。よって、ペプロウの看護理論の活用は、終末期における意思決定支援の一助となることが示唆された。

キーワード： ペプロウの看護理論、終末期、人生の最終段階、意思決定支援

なる】こと（森ら、2016）が明らかになっている。

ペプロウは看護援助の中でも特に、患者とナースの間における精神力学的な特性に注目している。この関係そのものが看護の中で最もベースになる看護技術であるという考え方に基づき、援助方法を展開している。ペプロウはナースと患者が人間関係を形成して問題解決に至るには、4つの局面として方向づけ、同一化、開拓利用、問題解決がある（松林萌、2018）と述べている。今回、独居で自立心が強く遠慮がちな終末期にある患者を受け持ち、患者主体の意思決定を支援し患者が自らの思いを表出することができるための関わりにおいて、ペプロウの看護理論（Peplau, 2010）である4つの局面を用いて考察したので報告する。

II 目的

ペプロウの対人間関係理論を活用し、終末期にあるがん患者の意思決定支援を実践した一事例について考察する。

I はじめに

厚生労働省は人生の最終段階いわゆる終末期における医療・ケアについて、本人の意思決定を基本として進めること、また、心身の状態に応じて意思は変化しうるため繰り返し話し合うこと（厚生労働省、2020）としている。私が勤務するがん専門病院では、患者主体の意思決定支援を進めているが、自らの思いを積極的に表出する患者は少ない。特に、自立心が強い患者や遠慮がちな患者の意思を把握することについて、困難さを感じている。看護師は終末期の患者に対して、価値観や思いを可能な限り理解し、患者が看護師を信頼しうる存在と認識することは、意思決定支援において重要である。

終末期の意思決定支援については、多くの文献が存在する。在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助は、【ありのままの気持ちを支える】、【今後の支援の方向性を捉える】、【患者・家族の代弁者に

Ⅲ 方法

1 研究デザイン

事例報告

2 対象者

一般病棟で、筆者が受け持ち看護師として関わった終末期にある患者1名

3 看護実践期間

看護実践期間は、受け持ち看護師として関わった2回の入院期間とする。受け持ち初回の入院を入院1、受け持ち2回目の入院を入院2とする。

入院1：十二指腸ステント留置を目的とした10日間。

入院2：低血糖昏睡で緊急入院したのち、死亡するまでの12日間。

4 用語の定義

・成熟：患者が医療者へ思いを表出できるようになること
以下はペプロウの看護理論における4局面（方向づけ、同一化、開拓利用、問題解決）について、文献（黒田，2017；金子，2001）を参考に定義した。

- ・【方向づけ】：見知らぬ者同士が出会い、共に歩み始める段階。看護師は丁寧に接し苦痛や不安を最小限にするよう努める。また患者が自分の置かれている状況を理解できるよう援助する。
- ・【同一化】：患者が自分のニーズに応じてくれそうな看護師と関係を深める段階。看護師は積極的にコミュニケーションをとり、処置やケアの説明を十分にする。
- ・【開拓利用】：患者と看護師が協同して問題を解決していく段階。看護師は患者が自分のニーズを確認し、周りの環境などの与えられるサービスを活用できるようにする。
- ・【問題解決】：患者が自立して今後の状況に対処できるよう準備していく段階。

5 データの収集方法

過去の入院診療記録から患者－看護師の言動や患者の思いに変化が生じている場面の言動を抽出する。

6 結果の分析方法

入院目的に分けて、患者－看護師の関係に関する言動をペプロウの看護理論に基づく4局面に照らし合わせ、関係の変化について考察する

Ⅳ 倫理的配慮

対象者へ研究の趣旨、プライバシーの保護、自由意思に基づく参加と辞退の権利、辞退しても不利益を被らないことについて文書を用いて口頭で説明し同意を得た。また、所属施設の倫理委員会より承認を得た。

Ⅴ 結果

1 対象者の紹介

腭頭部がんの70代女性A氏。手術適応であったが手術は拒否され放射線療法と化学療法を行っていた。徐々に副作用が出現し治療の終了を希望したため、ベストサポートケアの方針へ移行。外来通院をしながら、対症療法のため入退院を繰り返す。本研究期間前の入院では、転倒予防のため看護師の付き添い歩行を促していたが単独で歩行したために転倒した経緯があった。看護師の援助に対して、申し訳なさそうに「ごめんね」と何度も発せられた。看護師が頼れる存在として受け止める認識が低くまた、遠慮がちな性格であることが伺えた。子供はおらず、夫と死別後は独居であった。キーパーソンは、他県在住の実妹のみであるが、遠方のため面会は少ない。面会時、実妹であっても本音で話をしている様子はなく、加えて入院1の直前に主治医の交代があるなどA氏にとって頼れる肉親の存在も限られ不安材料も増えたことが伺えた。

2 看護の実際

入院1で行った看護の実際を表1、入院2で行った看護の実際を表2に記載する。なお、表内の「」内は会話内容、（）内は感情や思いとする。以下は過程の4局面について結果としてまとめた。【】内は局面とし、丸数字は表と対応させた。

(1) 入院1

【方向づけ】では、看護師はA氏に対し自立心が強いことや遠慮しがちであるという特性を考慮しながら、A氏の力になりたい思いを率直に言葉にした(②)。A氏は困っていることを表出する様子がなかった(③)が、看護師に対する関わり方に戸惑っていると理解し、支持的な関わりをした(⑤)。

【同一化】では、事前の情報から疼痛や嘔気などの苦痛症状が生じている可能性があることを予測した上でA氏と関わる時間を確保した。A氏の様子(⑦⑨)から疼痛コントロールが出来ていないと判断した。

【開拓利用】ではA氏が遠慮せず鎮痛剤を使用できるように、体動時及び3時間ごと鎮痛剤使用の希望を確認する計画を立案した。担当する看護師が統一した関わりを持てるようにした結果、疼痛がコントロール可能となった(⑩⑪)。そしてA氏から看護師に相談があり(⑫⑬)、情報提供をすると(⑭)「安心した」と反応があった(⑯)。

【問題解決】疼痛がコントロールされ、自宅で生活できた(⑱)

(2) 入院2

【方向づけ】病状の進行に対する不安な思いをまだ表出できていないかもしれないと考え、意図的に訪室した(④)。

表1 入院1の看護の実際

場面	4局面	患者の言動、状態	看護師の言動、思い
入院時	方向づけ	十二指腸ステント挿入目的で入院	
		①「久しぶりだね」自ら握手を求める ③「ありがとう、今は大丈夫」	②「困っていることを解決するために力になりたいです」 ④（本当に大丈夫なのだろうか） ⑤（A氏は麻薬のスイッチング直後のため疼痛コントロールできているか注目しながら関わろう） ⑥（A氏が話しやすい様にしよう）
	同一化		意図的に訪室しA氏と視線を合わせて話す時間を確保した
疼痛コントロール	開拓利用	⑦レスキューを希望する時はいつも顔をしかめ「もらっていない？」と聞いていた	⑧（痛みを我慢しているように見える）「痛みはもうですか、痛み止めはどのように使っていますか」
		⑨「ちょこちょこ（レスキューを）もらっていたら悪いじゃない」 遠慮し、NRS3以下で過ごしたいがNRS7以上になってからレスキューを希望していた ⑩「慢性疼痛」立案。体動前や数時間に1回はレスキューの希望を確認する計画内容とし、担当する看護師が統一した介入をできるようにした。 ⑪疼痛コントロールをできるようになった	
A氏からの相談	問題解決	⑫「相談したいことがあるから来てほしい」 ⑭「もし食べられなくなったらどうしよう、緩和ケア病棟ってどういうところなの？」 ⑯「それを聞いて安心した。いろんな方法があるのね」	⑬（A氏が自ら呼んでくるのは珍しい、どうしたのだろうか） ⑮パンフレットなどを用いて情報提供 ⑯他に不安がないことを確認
		⑰自宅退院した。 苦痛症状をコントロールしながらしばらく生活することができた	

表2 入院2の看護の実際

場面	4局面	患者の言動、状態	看護師の言動、思い
入院時	方向づけ	①自宅で低血糖による昏睡状態を発見されて緊急入院 ③補液により血糖値も意識レベルも改善。ADLは、つきそい歩行程度まで回復。医師より低血糖は臓器の不可逆的な機能低下や肝臓転移によるものと情報あり	②（食べられない時の対応や低血糖症状についてA氏へ十分に伝わっていないか） ④（A氏は遠慮しがちな性格のため意図的に訪室し困っていることがないか聞こう）訪室
		⑤「ああ、来てくれるのを待ってた。これから先のことを考えると発狂しそうになってね」	⑥（気持ちや思いを率直に表出してくれて嬉しい。何に困っているのか自ら表出できているなあ） ⑦A氏が困っていることは、緊急入院時の状態について覚えていないこと、今回も自宅退院できると思っているが見通しが立たず不安であること以上をA氏と共有 ⑧医師へこれからの療養についてA氏と決めていく必要があることを話し合い医師との相談の場を設けた
A氏が思いを表出			
医師との相談の場	同一化	⑩医師からの説明内容 家族へ：予後2-3か月 A氏と家族へ：緊急入院時の状態と独居宅へ1人で退院することの危険性。家族つきそいのもと外出外泊で自宅に帰りながら緩和ケア病棟へ転棟することの提案 ⑪「そうするしかないのかもね」 曇った表情で「家には帰らないのよね」と聞き返す	⑨事前にA氏へ医師との相談の場で知りたいことを確認。同席しA氏の手記がなかったことを医師が説明していることを確認 ⑫（本当は家に帰りたいのだから） ⑬医師との相談の後、A氏と家族へ医師の説明内容を理解できたか確認し補足説明 ⑭A氏と家族へ大きな決断をすることの難しさを共感。「一度決めたことでも思いが変わることもあるのでいつでも相談にのって一緒に考えます」
		⑮看護師の腕を強く握り「そう言ってもらえて楽になった」	⑯（A氏が気持ちを表出できるようになってきたことを感じる）
A氏の意味確認	問題解決	⑰「色々考えたけど、1人で死ぬのは嫌だなんて思った、家に帰りたっていうのは片づけ（身辺整理）をしたいから。最期を家でとも思っていない。外出できたら緩和ケア病棟に行くのが良いと思う」 穏やかな表情	⑰（A氏が家に帰りたように見える。また、緩和ケア病棟へ転棟することをもっと先のことで考えているように見える。本当にすぐ緩和ケア病棟へ転棟して良いのか確認したい） ⑱（A氏の思いを確認できて安心。A氏は思いを具体的に話すことができているなあ）
A氏のニーズ実現に向けて調整		⑲医師との相談の場から数日後ADLが急激に低下。自力での起き上がりが困難となる	⑲（医師から説明された予後より短い可能性がある） ⑳家族へ状況とともに早めに外出日を設けた方がよいことを説明
トイレ介助		㉑「トイレに歩いていきたい」 ㉒「トイレも一人でいけなくなっちゃった、どうしたらいい？管（膀胱留置カテーテル）つけたままでも帰れる？」まっすぐ視線を合わせ相談	㉓A氏の思いを尊重しトイレまでのつきそい歩行を介助。（A氏から必要なタイミングで、トイレで排泄することの限界について相談されるだろう） ㉔（必要なタイミングでA氏から相談があり安心。）A氏へ、膀胱留置カテーテルを挿入することで違和感はあるかもしれないが、つけたままでも家に帰れること、トイレ歩行に使っていた体力を温存することで歯磨きなど他のことに体力を残しておけること、今のA氏の様子を見ていると管を入れた方が楽に過ごせるのではないかと考えていることを伝えた。Sの上でA氏から膀胱留置カテーテル挿入の希望があり挿入した
A氏のニーズ実現に向けて調整		㉕医師との相談の場から1週間後の外出予定日に容体が悪化、家族が見守る中、病院で永眠された	㉖（外出はできなかったが、一人で亡くなることなく実妹と医療者が見守る中で最期を迎えられてよかった）

A氏からは「ああ、来てくれるのを待っていた。これから先のことを考えると発狂しそうになってね」と語られた(⑤)。A氏は、この入院の後も退院を希望しているが、病状から厳しいのではないかと不安に思っていることが伺えたため(⑦)、退院の見通しについて医師との話し合いの場を設けた(⑧)。

【同一化】看護師が医師と患者家族の話し合いの場に同席(⑨)した際、曇った表情で「家には帰れないのよね」と聞き返しているのを確認(⑩)し、A氏が退院を望んでいるのではないかと感じた。(⑫)医師との相談の後に補足の説明を行い(⑬)相談に乗ることを伝えると(⑭)、A氏は「そう言ってもらえて楽になった」と看護師の腕を握った(⑮)。

【開拓利用】【問題解決】A氏が本音を話しやすいように二人だけの場を設け、緩和ケア病棟は状態が落ち着けば外出や自宅に外泊したりすることが可能であると説明すると(⑰)「1人で死ぬのは嫌だなんて思った、外出できるなら緩和ケア病棟に行くのがいいと思う」と話し(⑱)その思いを主治医や病棟看護師全員で共有した(⑲⑳)。トイレ介助の場面では、できる限り身の回りのことは自分でやりたいというA氏の思いを尊重し付き添い歩行の支援に留めた(㉑㉒)。その後「トイレも1人で行けなくなっちゃった。どうしたらいい?」と相談があった(㉓)。膀胱留置カテーテルの挿入について提案し、A氏は挿入することを選択した(㉔)。A氏の希望を叶えるために調整した(㉕㉖)、しかし病状が急激に悪化したために、外出は実現しなかったが1人で死ぬのは嫌だなど語ったA氏の思いを受けて早めに実妹へ連絡したことで実妹が付き添い看取ることができた。(㉗㉘)。

VI 考察

入院1では、過去の入院診療記録からA氏の個性やニーズをあらかじめ把握でき、早い時期に疼痛コントロールという目標をA氏と共有した。疼痛がコントロールできたことで、看護師が信頼できる存在として受け止められたと考える。新たなニーズが生じた際には、A氏自ら看護師に相談する行動に変化したことから、患者と看護師の関係が成熟に近づいたと考えられた。

入院2において、看護師の訪室を歓迎していることや自ら困っていることを表出できたことは、入院1での信頼関係を継続できていた結果と考えられた。在宅を希望するA氏に対して、医師からは一人住まいの自宅へ退院することは困難であることが説明された。このような思いが叶わない複雑困難な感情を抱く場面においても看護師に今後の過ごし方について思いを伝えてきた。受け持ち看護師との信頼関係が継続した状況の中で医師との相談の場に同席し必

要な補足説明を行うなど積極的に不安の解消に努めた。このような支援の延長線上で看護師が共に自分の問題に向かって支援してくれる存在であるという認識を強めたと考える。入院2では、この信頼関係を基に、最期に過ごす場所や過ごし方について患者の意思決定が促進したと考えられる。

ペプロウは4つの段階の「看護師-患者」関係を通じて、看護師は患者に対して、6つの役割(未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割)をとるとしている(城ヶ端, 2016)。入院1では、未知の人の役割(丁寧に関わり患者のあるがままの姿を受け入れる)を成した。疼痛のコントロール不足については、表出できなかったA氏の代理人の役割、鎮痛剤の使用法については教育者の役割を担った。A氏から相談を受けた際は、情報提供者としての役割を担った。これらの役割を担うことでA氏が4つの局面を無理なく経過することができたのではないかと考える。入院2は、A氏が自らの置かれた状況や思いを改めて客観視することを促し、共に整理をするカウンセラーの役割を果たした。看護師はA氏の意思を把握することで、A氏の意思を尊重するリーダーシップの役割、時に情報提供者の役割を担うことができたと考える。

また、「ペプロウは患者とその患者を援助する看護側の感情や価値観、思考、行動が相互に影響し合って変化する」(城ヶ端, 2016)と述べている。A氏から思いが表出されることが繰り返される中で看護師が相談できる対象として機能していることを認識した。加えて、看護師もA氏が支援を求めてくるタイミングを見守ることができるようになった。このことは入院2の自力でのトイレ歩行が困難となった場面で、A氏自身が選択する形で膀胱留置カテーテルが挿入されたことにつながった。

研究の限界と今後の課題

本研究の対象は1名であり結果の一般化は困難難しく、今後もこの理論を活用し意思決定支援を積み重ねていく必要がある。

VII 結論

ペプロウの看護理論による患者-看護師関係の4局面を通して6つの役割(未知の人の役割、代理人の役割、教育者の役割、情報提供者の役割、カウンセラーの役割、リーダーシップの役割)を看護師が担うことで患者との信頼関係を築くことができた。この信頼関係を基に終末期という困難な場面においても患者が成熟し意思決定可能なことを確認した。本事例では、ペプロウの看護理論の活用は終末期における意思決定支援の一助となることが示唆された。

当研究や論文作成における利益相反は無い。

〈引用文献〉

- Hildegard E. Peplau (1973)：人間関係の看護理論，17-44，医学書院，東京都。
- 秋山あけみ，塩沢健雄 (2018)：知的障害をもち解離性・転換性症状がある患者とのかかわり 患者-看護師関係において感情表出が見られた言動に焦点をあてて，日本精神科看護学術集会誌，61 (1)，186-187。
- 城ヶ端初子 (2016)：実践に生かす看護理論，90-100，サイオ出版，東京都。
- 金子道子 (2001)：看護論と看護過程の展開，254-269，照林社，東京都。
- 厚生労働省 (2020)：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン，<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2020年8月17日)。
- 黒田裕子 (2017)：ケースを通してやさしく学ぶ看護理論，59-77，日総研出版，東京都。
- 松林萌 (2018)：手術を受けた四肢不全麻痺がある患者の離床が進まなかった事例を振り返る-ペプロウの人間モデルの活用-，市立三沢病院医誌，25 (1)，21-24。
- 森京子，古川智恵 (2016)：在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助，四日市看護医療大学紀要，19 (1)，23-33。

家族エンパワーメントモデルを活用した終末期患者の家族看護

星野 奈那

Nana Hoshino

がん・感染症センター都立駒込病院

要 旨

【序論】 家族看護において、看護者は家族個々の情報から患者を含む家族像を形成させ、家族が自らの力を発揮し健康問題に取り組めるように支援することが必要である。

【目的】 家族エンパワーメントモデル（鈴木ら，2012）を参考に、家族看護を実践した一事例について考察する。

【方法】 1 対象者：B病院緩和ケア病棟で、筆者が関わった終末期患者（A氏）の家族3名（夫、長女、次女） 2 データ収集方法 （1）家族エンパワーメントモデルの家族アセスメントの視点12項目を参考に情報収集を実施した。（2）入院期間内の医療者の記録から、インフォームド・コンセント時の患者や家族の反応、家族間の関係性を読み取れる部分を抽出した。 3 データ分析方法 家族エンパワーメントモデルの5段階（①病気体験の理解②援助関係の形成③家族アセスメントと統合④家族像の形成⑤家族エンパワーメント介入）を参考にした。アセスメント内容を踏まえ家族エンパワーメントを支援する看護介入11項目より家族のニーズに応じた介入を選定した。 4 倫理的配慮：当該施設の倫理委員会の承認を得た。

【結果・結論】 家族エンパワーメントモデルを参考に、情報収集、アセスメントしたところ、家族の中心的存在であったA氏を失い、バランスを欠いた家族像が浮き彫りになった。特に次女は無力感、不全感を抱き、支援の必要性が高い状況であった。このため、(1)セルフケアを促す、(2)認識を深める、(3)情緒の安定を図る、(4)意欲を高める支援を行った結果、A氏が亡くなった際、次女は取り乱すことなく、しっかりA氏を見つめて、「お母さん、良かったね」と告げることができた。家族エンパワーメントモデルを参考に家族看護を実践したことで、対象理解に対する主観的な偏りを抑えられたことに加え、家族個々の相違が浮き彫りとなることで、支援内容がより個別性のあるものとなった。

キーワード： 家族エンパワーメントモデル、家族看護、緩和ケア

告する。

I 序論

家族看護とは、「家族が、その家族の発達段階に応じた発達課題を達成し、健康的なライフスタイルを獲得したり、家族が直面している健康問題に対して、家族という集団が主体的に対応し、問題解決し、対処し、適応していくように、家族が本来持っているセルフケア機能を高めること（鈴木ら，2012）」と定義されている。「家族のグリーフケアは患者の亡くなった後からスタートするものではなく、生前、どのように家族が患者とかかわれたということは、家族のその後の悲嘆に大きく影響を及ぼすことを考えれば、終末期のケアや家族ケアは悲嘆に対する予防的介入といえる（高橋，2012）」。

家族の在り方が多様化している現在、看護師は自身の家族観に囚われず、家族個々の情報から患者を含む家族像を捉えることが必要とされる。今回、家族を尊重すること、家族の権利を擁護し、家族のための看護を展開することを第一の目標として、（鈴木ら，2012）が提唱した家族エンパワーメントモデルを参考に、看護を実践したので報

II 目的

終末期患者の家族に対し、家族エンパワーメントモデルを参考に、家族看護を実践した一事例について考察する。

III 方法

1 対象者：

B病院緩和ケア病棟で筆者が関わった、終末期患者A氏の家族3名（夫、長女、次女）。

2 データ収集方法

- (1) 家族エンパワーメントモデルの家族アセスメントの視点12項目（表1）を参考に情報収集を実施した。
- (2) 入院期間内の医療者（筆者を含む）の記録から、インフォームド・コンセント時の患者や家族の反応、家族間の関係性を読み取れる部分を抽出した。

3 データ分析方法

家族エンパワーメントモデルの5段階（①病気体験の理

解②援助関係の形成③家族アセスメントと統合④家族像の形成⑤家族エンパワーメント介入)を参考にした。アセスメントの内容を踏まえ、家族エンパワーメントを支援する看護介入11項目より家族のニーズに応じた介入を選定して実践した。介入内容は看護計画として立案し、チーム内で共有した。

4 倫理的配慮

B病院倫理審査委員会で承認を得て実施した。対象者には、参加は任意であること、同意後も参加を撤回できること、撤回しても何ら不利益を被るものではないこと、得た情報は匿名性を遵守し、目的以外には使用しないことを説明して書面にて同意を得た。

IV 結果

【家族の属性】夫：80歳代。近隣在住で面会は1日おき。長女：30歳代。遠方在住で面会は1週間に1回程度。次女：30歳代。近隣在住で毎日面会。

1 病気体験の理解

【緩和ケア病棟入院前】

A氏は、体調不良をきっかけに来院し診断の結果病名が告知された。医師からは化学療法による治療を提案されたが、A氏は自身の母親は自然死的だったという認識を持っていたことから積極的な治療を希望しなかった。長女は「母はこれまで病気や入院をしたことがないので今後のイメージがつかないです」と話し、夫や次女もこれに同意するように頷いていた。結果的にA氏の決断が尊重され、緩和ケア病棟への入院となりベストサポーターケアの方針が決定した。

【緩和ケア病棟入院後】

入院初日の面談で、夫は落ち着いた様子で静かに頷きながら医師の説明の後「私に何がしてやれますか」と質問した。長女は「予後は厳しいと言われてきたので心の準備はしているつもりです。でも妹は母への思いが特別強く理解が追いついていません。シビアな話は聞くことが出来ないかもしれません…」と仕事で同席できなかった次女に対する心配を語った。後日次女は長女から面談の内容が伝えられた。その後の次女の面会の際、常に表情が硬く、筆者が声を掛けても目を合わせようとせず「治療をしていないとこんなに早く悪くなるんですね」と話すのみであった。

2 援助関係の形成

病気体験の理解の段階において情報収集する際、夫、長女、次女それぞれに話を伺う機会を設けた。その際は常に共感的態度で臨んだ。また、家族との距離感が誰か一方に偏らないか慎重にそして中立的な立場を意識した。これらは、後の家族アセスメントや看護実践の段階においても同様に意図的に行った。

3 家族アセスメントと統合

家族エンパワーメントモデル内の「家族アセスメントの視点(鈴木、渡辺, 2012)」を参考に情報収集を行った。(表1参照)

A氏は家族の中心的役割を果たしていた。入院中の面会日程や時間についてはA氏がそれぞれ家族に電話をかけて、調整している姿が見受けられた。家族についてA氏は「元々次女は特別母っ子でママが死んだら私も死ぬって言ったの。私の病気についても次女が一番率先して色々やってくれているの。長女は穏やかな性格だからそんな次女を立ててくれるの」と語った。また長女は「私は少し遠方に住んでいるので、父のことも含めて妹に頼りっぱなしなんです。妹が無理してないかいつも心配なんですけどね…」と語った。時折A氏が会話の中で辻褄の合わなかった際、次女は「お母さん何やってるの！しっかりしてよ！」と強く当たったり、看護師にも語気を強くして話すことがあった。次女が面会を終えて帰る際、別室で話を伺った。「どんどん病状が悪くなるのが分かる。本当はもっと色々してあげたかったのに」と涙を流された。次女のしてあげたいことは何か尋ねると「母の母親の最期が穏やかだったように、辛くなく過ごさせてあげたいです」と答えた。

4 家族像の形成と支援の方向性

家族の歩んできた歴史の中で、がんの診断から僅か数ヶ月でA氏を失うかもしれないという状況に直面した。A氏の状態の変化を目の当たりにし、家族はこれまでの家族のバランスを保てなくなること、A氏の病や死への恐怖、A氏を失うことへの予期悲嘆、そしてA氏への関わりに戸惑いを感じ、これまでに経験したことのない危機的状況に直面していると推察された。

夫や長女についてはA氏の病状の変化に戸惑いを抱えつつも、その胸の内や疑問点を看護師に話すことができていたことから、見守る関わりを続けた。

一方次女は、母親との絆が深く病気や死を受け入れることが難しい中でもA氏のことを尊重したいという思いも強かった。そのため、もっと何か出来ることがあったのではないかという不全感や、状況を受け入れること、何かしてやりたいのにできない焦燥感や無力感など、様々な思いが錯綜した状況であると捉えられた。そこで、改めて次女が本来もっている適応する力に着目することが必要と考え、次女を最も支援すべき対象であると判断した。

5 家族エンパワーメント介入

(鈴木、渡辺, 2012)は具体的な支援内容を、①個々の家族成員に働きかける援助、②家族成員間の関係性に働きかける援助、③家族単位の社会性に働きかける援助の3つに分け具体例を挙げている。今回は支援の焦点を次女に当てることとしたため、①個々の家族成員に働きかける援助を選定し、①の援助例を参考に下記4点を実施した。

表1 家族エンパワーメントモデルの家族アセスメントの視点12項目

家族構成	<ul style="list-style-type: none"> ・夫は80歳代、近隣在住、独居(元々A氏と同居) ・長女は30歳代、遠方在住 ・次女は30歳代、近隣在住
家族の発達段階	<ul style="list-style-type: none"> ・子は2人とも独立している。 ・それぞれが健康的に有意義に過ごせるよう取り組む時期である。
家族の役割関係	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡をA氏中心に取り合っている様子より、A氏がそれぞれの間を取り持っている。
家族の勢力関係	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の中心的役割を果たしているのはA氏である。
家族の人間関係、情緒的關係	<ul style="list-style-type: none"> ・次女は母親(A氏)への愛着が特別強い。 ・家族それぞれの関係性は良好である。
家族のコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・LINEや電話を用いて連絡を密に取り合っている。 ・会話は攻撃的や否定的なものではない。
家族の対処方法	<ul style="list-style-type: none"> ・夫は自ら話さないが医療者が何ええば気持ちを吐露できる。 ・長女は夫や次女のことを気にかけて、医療者に相談できる。
家族の適応力や問題解決能力	<ul style="list-style-type: none"> ・夫は状況を理解しA氏にとっての最善を考えている。 ・長女は夫と同じ。次女の適応力にも目を向けている。 ・次女はA氏の病気や苦痛症状に対し否定的な言動がある。
家族の資源	<ul style="list-style-type: none"> ・親戚にも状況共有や相談をし、意見をj得ている。
家族の価値観	<ul style="list-style-type: none"> ・家族一貫として、A氏の意見を尊重したい思いがある。
家族の希望、期待	<ul style="list-style-type: none"> ・家族一貫として、A氏の希望通りの「自然な死」を叶えてあげたい、苦痛なく過ごして欲しいという思いがある。
家族のセルフケア力	<ul style="list-style-type: none"> ・取り乱す次女に対し、夫と長女は積極的に介入していないが医療者へ思いを打ち明けている。

- (1) セルフケアを促す：次女が面会に来た際に積極的に声を掛けるようにした。日常の生活に支障がきたしていないか、食事や睡眠、休息、家庭内のトラブルの有無など間接的に尋ね、内なる思いを言語化できるよう努めた。
- (2) 認識を深める：次女はA氏の病状については理解していたものの、突発的に起こる症状には戸惑う姿もあった。そこで、安心して付き添えるよう医師から説明する場を設けた。また、嘔気がある際に背中を擦る体勢を整えるなど症状への対応方法を伝えながら行った。
- (3) 情緒の安定を図る：次女は自分から思いを表出することが少なかったため、A氏の状態に変化があった際には次女の反応に変化がないか注意して見守った。不安げな表情が確認された場合は、どのように状況を捉えているのか、思いを話せる時間を設けた。
- (4) 意欲を高める：次女が自身の生活や健康を保てていること、A氏の代わりに家族との連絡をとっていること、付き添う関わりの中でよく配慮されている点や家族に

しかできないことがあることなど努めて言葉にして伝えた。

これらの支援を継続する中で、徐々に次女の緊張感が軽減されつつあることが確認された。次女はA氏の病状に限らず自分の家庭や仕事の話筆者にするようになっていた。筆者は次女に対して家族がA氏を大切に思う気持ち同様、A氏と家族の思いを大切にしたいと伝えた。次女は「そう言ってもらえると安心します。病気が進行しても、いつまでも私の好きな母でいて欲しいんです」と話した。

次女は自分が仕事や家庭の事情で忙しい時には他の家族に面会を依頼するなど、A氏を支える中心的な役割行動を取っていた。長女は頻回の面会が出来ずにいたが「母の最近の変化は妹から聞いています」と安心している様子が伺えた。次女は「今日は顔色が良さそうです」「吐き気がありそうなので体勢を変えてあげたいんですけど」と気さくに看護師に報告や相談をしてくるようになっていた。このような変化を確認する中で次女を中心として家族が、もてる力でA氏に関わっていけるよう、状態の変化に対する情報の提供を慎重に行いつつ見守る関わりに支援を変更

した。

A氏は日を追うごとに傾眠傾向となっていった。次女は毎日面会に訪れ、手を握って呼びかけたり、口喝が緩和されるようマウスプレーを噴霧するなどの行動がみられた。A氏が息を引き取った際、次女は涙を流していたが、取り乱すことはなく「お母さん、良かったね」としっかりA氏を見つめていた。

V 考察

家族エンパワーメントモデルにおいて、(鈴木ら, 2012)は「家族とは主体的な存在であり、家族自身の力で様々な状況乗り越えていくことのできる集団である。しかし、家族で解決できない状況にある時は看護ケアを必要としている」「家族看護では、患者も含めた家族全体を一つの単位として、それを対象に援助を行うということが前提であるが、(中略)家族成員という個の看護を行いながらも家族内の関係性や単位としての家族を常に意識して行われることが、家族看護の本質である」と述べている。どの家族にも家族内の問題解決パターンが存在する。しかし、家族の病や死という危機的な状況に適応していくためには、時に他者の援助を必要とする場合もある。そして、看護師は家族本来の力を引き出すために、家族個々に働きかけ、家族間のバランスを取るなど、多角的な視点で対応する力が必要とされる。

今回、家族エンパワーメントモデルを参考に家族への支援を実践したことで、患者の理解に加え、家族に着目して情報収集や整理を行うことができた。その結果、A氏の疾患や病状を冷静に受け止められている夫と長女と、事実に対する戸惑いや混乱する次女という、家族個々の状況が整理された。夫や長女はA氏の病状変化に戸惑いを抱えながらも、看護師に胸の内や疑問点を話すことができていたことから、徐々に適応に向かう状況を確認できた。これに対し、次女はA氏を失うことの無力感や何もしてあげられない焦燥感などが錯綜した状況にあり、適応する力を発

揮するための支援が必要であることを導き出すことができた。次女に支援の焦点を当てることで、支援策や方法を具体化できたと考える。(高橋, 2012)は「家族が大切な人との別れを意識する時期には、強い悲しみや無力感・不全感など様々な感情が惹起される。そうした気持ちやつらさを出せる場を提供することが非常に大切である」、「患者の人生の最終段階をどのように家族が関わられたかということは、患者の亡くなった後の家族の悲嘆に大きな影響を及ぼす」と述べている。患者が亡くなる前から家族の悲嘆は始まっていて、その予期悲嘆の程度や適応状況を知ることが支援する上で重要である。今回、次女の適応状況を判断し、その上で次女が安心してA氏に関わることができるよう支援したことは、次女の不全感や無力感を緩和するための助けとなり、穏やかな看取りを迎えることにつながったのではないかと考える。

今後は、今回の事例から学んだことを今後の家族看護に生かしていきたい。

VI 結論

終末期患者の家族に対し、家族エンパワーメントモデルを参考に、家族看護を実践した。

家族アセスメントの視点を参考にすることで、対象を焦点化し、危機的状態においても適応する力を確認し、対象と共有することで状況に対応する支援を導き出すことができたことから、終末期患者の家族看護においては、家族エンパワーメントモデルを活用することが望ましいと考えられた。

〈引用文献〉

- 鈴木和子・渡辺裕子(2012): 家族看護学 理論と実践(第4版). 14-15, 119-120, 136-151 日本看護協会出版会, 東京都.
高橋聡美(2012): グリーフケア-死別による悲嘆の援助. 56-57, 202-203, メヂカルフレンド社, 東京都

インドにおける日本企業資本病院のCOVID-19対策 および看護管理の実践報告

板橋 悦子

Etsuko Itabashi

医療法人社団あんしん会 四谷メディカルキューブ

要 旨

【はじめに】 2018年4月から、インドのベンガルールにある日本企業が資本提供運営する病院（以下A病院）で現地看護部および看護部長のサポートの役割を担っている。2020年COVID-19感染症による世界的なパンデミックにより、インドは世界2位の感染国になった。COVID-19禍で生じた様々な問題に対して取り組んだ医療および看護の現状について報告する。

【インドの概要とA病院の基本情報】 インドは、日本の10倍以上の人口、約9倍の面積を有する国である。平均寿命は68.3歳。疾病構造は、心血管疾患、慢性呼吸器病、呼吸器感染症・結核、悪性新生物の順になっている。A病院は、294床（うちICU78床）の急性期総合病院で、2014年に開院した。1日の平均外来患者数約750人、月間平均手術件数は約900件の施設である。職員数は約1600人うち看護職員は約360人である。

【インドのCOVID-19政策とA病院でのCOVID-19対策】 1) ロックダウン（都市封鎖）2020年3月～5月 2) ロックダウン解除後2020年6月～8月 3) COVID-19感染拡大2020年9月～11月 4) COVID-19感染者の減少とワクチン接種（2020年12月～2021年2月）

【看護部マネジメントのサポート】 COVID-19対策とその実践にあたり、「部下への権限と役割の授与」「指示命令系統の明確化」「他部門との調整・交渉」「優先順位をつけること」をポイントに看護部長のサポートを行った。看護部長としての力量を試される日々ではあったが、一つひとつ実践を積み重ね、2020年の人事考課では高く評価された。

【まとめ】 刻々と発せられた政府のCOVID-19対応指示に応じつつも、組織存続するための対応は、経営陣、医師、看護師にとって先の見えない現実との闘いそのものであった。彼等が常に率先して困難に立ち向かった行動は、COVID-19に対し全職員が安全、安心な環境で働くことにつながり、結果的にA病院の医療崩壊を回避できた。

【今後の看護部の課題】 1) 患者および職員の継続的な院内感染防止 2) COVID-19エリアとそれ以外のエリアでの勤務の公平化 3) 看護職員の教育訓練再開及び新人看護師の教育訓練強化

キーワード： COVID-19、インド、ベンガルール地域、看護管理者

I はじめに

2018年4月から日本の医療施設からの出向で、インドのベンガルールにある日本企業が資本提供する病院（以下A病院）で、看護部品質管理と教育訓練マネージャーとして勤務している。2019年1月からは、副看護部長から看護部長に昇進した現地責任者と共に看護部組織編制を再検討するなど看護部活動の支援を行っている。そうした中、2020年COVID-19感染症は世界的なパンデミックとなった。COVID-19は、欧米から2ヶ月遅れてインドでも猛威をふるい始め、瞬く間にインドは、感染者1000万人以上の世界2位の感染国となった。本稿では、A病院においてCOVID-19禍で生じた様々な問題に対して、日本や世界の医療看護情報を得ながら対応した医療および看護の実態について報告する。

II インドの概要とA病院の基本情報

インドは、人口が日本の10倍以上、面積は約9倍を有する国で、28の州と8つの連邦直轄領から構成されている。平均寿命は68.3歳で人口ピラミッドは、新興国の典型である富士山型を呈し、15～59歳の労働人口が全体の63%を占めている。疾病構造は、心血管疾患が全体の死亡要因の15%を占め、ついで慢性呼吸器疾患、呼吸器感染症・結核、悪性新生物の順で、近年生活習慣病が急増している。公用語は、ヒンディー語であるが、州毎に言語が異なり、地域も含めると500以上の言語があるといわれている。出身地が異なると、インド人同士でも言語が通じない状況がある。英語は第2公用語で、全体の10%であり、高等教育を受けている医師、看護師らは職場内での公用語は英語である。

カースト制度は形式上廃止されたものの、今尚貧富の差が激しい。高級アパートのすぐ足元にブルーテントのスラム街が広がり、障害を持った者が街中で物乞いをしている。IT企業のビルが立ち並ぶ中心地であっても、ゴミが散乱し、牛やヤギがそれを食べているのが日常となっている。ベンガルールは、インド第4の都市で南インドに位置する(図1)。近年IT産業が発展し、当地は「インドのシリコンバレー」とも言われている。標高900mのデカン高原に位置し、気候は年間を通して温暖で、先進的な都市である。

A病院は、294床(うちICU78床)の急性期総合病院で、2014年に開院した。1日の平均外来患者数約750人、入院患者数約170人、病床稼働率60%、平均在院日数3.5日、月間平均手術件数は約900件の施設である。職員数は約1600人(委託と日本人駐在員8人を含む)うち看護職員は約360人である。(2019年12月現在)A病院の看護師の平均年齢は27歳。他の州からの出身者が多いため、既婚者も含め200人以上が寮に住んでいる。看護教育課程は、看護大学と看護専門学校で、(図2)1%が看護大学修士卒、62%が看護大学卒、37%が看護専門学校卒である。看護の知識・技術的には、日本の看護師と大差はないが、倫理や医療安全に関して、仕組みはあるものの理解が不十分で、職員の意識も低く、機能しているとは言いがたい。看護師資格については、州認定の大学の学位または看護課程修了証



図1 インド ベンガルールの位置

を州機関に登録することで、看護師として就労できる。看護師は経験年数が2~3年で、その後、インドの3~4倍の報酬が得られる海外へ出稼ぎに出て行く。インド全体の離職率は50%前後だが、A病院の離職率は2019年が81%、2020年が54%であった。毎月20人前後の新入職者に対し、教育訓練を実施しているが、年間半分以上の職員が入れ替わるために看護の質の担保は課題となっている。

インドにおける看護師の社会的位置づけは、人の世話をするメイド的なイメージが強く、給与も医師と比較すると低い。患者や付き添い者からは、メイドのような扱いを受けることもある。そのため患者とのコミュニケーションギャップが生じ、患者への説明が適切に行えないなど、しばしば問題が生じている。また、組織においても、看護部長が会議の末席に置かれ、院内の式典にも呼ばれないなど、日本の病院と比較するとその位置づけに当初困惑した。しかし、現在は、看護部長が重要なポジションへ就くなど、現地経営陣の意識にも変化が現れてきている。

III インドのCOVID-19政策とA病院でのCOVID-19対策

1) ロックダウン(都市封鎖) 2020年3月~5月

政府は、感染拡大を防止するため、2020年3月25日からインド全域にロックダウン(都市封鎖)を実施した。これにより国際線はもとより、インド全土の陸・空の交通手段が断たれ、州を越えるヒト・モノの移動が遮断され、役所や医療施設以外の全ての施設・機関が閉鎖された。インド全土の感染拡大の進行がある程度抑えられたと言えるが、経済活動は激しく落ち込むこととなった。そして、大都市デリやムンバイでは、職を失った労働者が徒歩で故郷へ集団帰省することで逆に密な状況を生じさせた。また密を回避できないスラム街ではCOVID-19のアウトブレイクが発生した。

A病院では、2月後半から日本人を含めた経営陣、診療部長、看護部長、品質管理部長から成るCOVID-19のタス

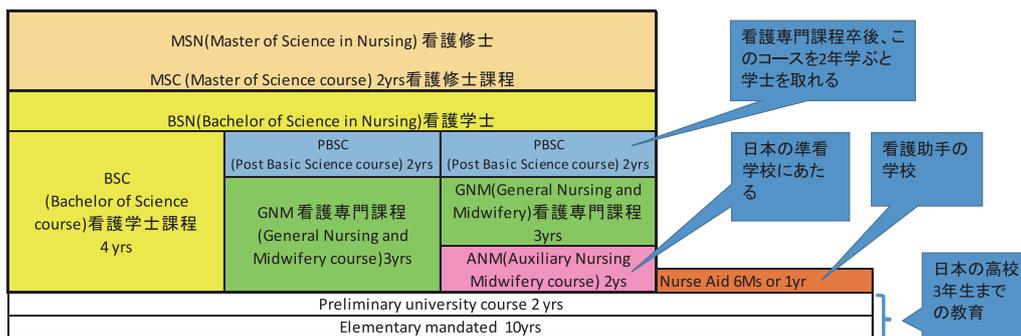


図2 インドの看護教育課程

クフォース会議が結成された。院内のゾーニング、COVID-19患者用ベッドの増設とそのため院内改築・改装、部門毎の対応マニュアルや患者フローの作成、物品・人員調整などについての話し合いが頻回に行われるようになった。3月第1週より病院玄関にて、看護師が患者及び患者の付き添い者など全ての来院者の体温測定、問診のスクリーニングを開始した。それと同時に、病院の敷地内にテントを張り、COVID-19疑い患者の診察室を開設した。日本でいう「発熱外来」を模倣したものである。COVID-19感染患者の入院は政府系病院に限られていたこともあり、救急外来でのCOVID-19疑い患者や、手術・入院予定患者に対してPCR検査を実施することとした。一般の診療も対面式の診察から、一部でオンラインによるビデオ診察が開始された。

院内では当初、不確かな知識と感染の脅威から、誰もがN95マスクを着用し、院内に感染者が全く入院していない状況にも関わらず、N95マスクの在庫が底を突きかける状況となった。正しい知識の基での感染防止ということでICN（感染管理看護師）が中心となって、手洗い、PPE（個人用防護具）装着、マスク着用の啓発やトレーニングを繰り返し行い、更にエリアや職種毎で使用するマスクを決め、それに合わせて供給し、CDCやWHOの情報を得てマスクの再利用を開始した。院内の注意事項や啓発ポスターは、多言語社会ということもあり、可能な限りイラストを用いるなど、わかりやすく作成した。また職員食堂では、以前は日常であった集団で食事を分け合って食べることを禁止し、ついたてが設けられた。これらの違反者には罰金も科せられた。

ロックダウンの影響と人々が病院に足を運ぶことを避けたことで、外来患者は激減し、病床稼働は20%台まで落ち込んだ。病院経営的には、非常に厳しい時期であったが、時間的な余裕があったことで、様々な場面設定での模擬訓練が繰り返し実施され、陰圧室増設、各病室へ換気扇設置、

ゾーン仕切り壁設置の改築・改装などCOVID-19患者受け入れ準備が行われた。

職員への支援施策としては、公共交通手段がなくなったため、病院では職員通勤用の巡回バスをチャーターして運行した。看護師については、近隣のホテル3棟を借り上げ、COVID-19エリア勤務者や、濃厚接触者を一時的にホテル滞在（1～2人一部屋）に切り替えるなどして、相互感染及び集団感染防止対策を組織的に実施した。

2) ロックダウン解除後2020年6月～8月

政府は、5月28日ロックダウンの長期化による経済活動の停滞を防ぐために、全国一律のロックダウンを段階的に解除した。そして、州政府主導による規制が実施されることとなり、州への転入者の健康確認や自宅隔離が義務付けられた。ヒト・モノの行き来が再開され、感染が州を跨ぎインド全土へ一気に拡大していった。ベンガルールにもその波が徐々に押し寄せ、7月以降のCOVID-19感染者数は増加の一途をたどった。（図3）

州政府からA病院を含めた民間病院に、COVID-19感染患者の入院受け入れの要請があり、6月の第4週からCOVID-19患者受け入れを始めた。日毎に10人ずつ入院患者が増え、数日のうちに用意していた60床が満床となった。（図4）

7月に入り、医療費を支払うことができない患者のための政府系病院のCOVID-19病棟やICUが満床になったことから、州政府からそれらの患者を受け入れるためのCOVID-19感染病床を100床以上設置するよう要請があった。A病院としては、場所やベッド、モニター器機など設備面の課題が大きかったが、州政府からの強い要請を拒めず、既存の一般病棟やICUをCOVID-19用に代用し、ゾーニングの整備、そのための改装工事に取り掛かった。最終的に全病床数は294床から378床と増床となった。

感染患者が増える中、当初心配されたマスクを含めたPPE物資不足については、幸いにも日本の提携病院や出



図3 ベンガルールにおけるCOVID-19患者数の推移
<https://www.covid19india.org/>

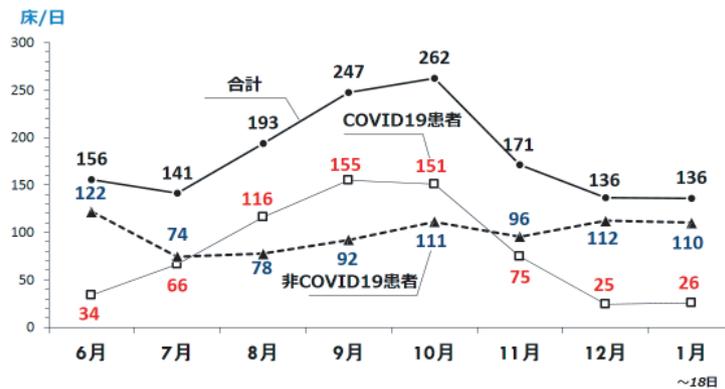


図4 A病院の入院患者数の推移

資企業から臨時便を利用して輸送してもらい、A病院では医療従事者はもとより全ての職員に十分なPPEの提供が可能となった。

看護勤務体制については、4箇所のCOVID-19エリアとそれ以外のエリア勤務を1ヶ月交代とし、COVID-19エリアでは4日勤務プラス2日休暇というシフトとした。1ヶ月勤務後休暇3日目にPCR検査を実施し健康管理を行った。COVID-19エリアではチームリーダー制をとり、直接COVID-19感染者のケアを実施する看護師と、医師やCOVID-19エリア以外との連絡調整をするリーダー看護師のチームで対応することとした。

ヒトの動きが再開したことで、7月の退職者は30人以上となったが、逆に他の州からの入職者も一気に増えた。8月になると急激な患者増加による負担感からの疲弊、長期に及ぶホテル生活の拘束等から、一部看護職員より、改善要求が連名で看護部長に提出された。A病院はインドの他の医療施設と比較して勤務体制や手当等々の待遇は平均より上ではあったが、一部の看護職員が待遇が劣悪であるとマスメディアを介し訴え、ストライキが計画されるという事件が起きた。直ちに経営陣、人事部、看護部長から成る対策会議がもたれ、警察にA病院の警備を依頼するなどし、最終的には双方で話し合い、手当の見直し、ホテル・寮の生活環境、食事の改善を提示することで、現場の業務を滞らせることなく和解に至った。

3) COVID-19感染拡大2020年9月～11月

9月に入りCOVID-19感染者が増加する中、外傷や Dengue熱など他の疾患患者も次第に来院するようになり、A病院全体の稼働率が高くなっていった。COVID-19入院患者数がそれ以外の入院患者数を上回り、10月には最大1日180人以上のCOVID-19患者がベッドを占めた。しかしこの頃には、病院機能は落ち着きを取り戻し始め、外来診療も通常どおりに行われるようになった。

COVID-19禍において、看護職員は毎日20～25人が、COVID-19エリア勤務後の休暇やPCR検査待機、濃厚接触での待機、感染疑いの隔離、感染による入院や自宅隔離な

どで不在の状況にあったため職員数は400人以上になっていた。しかしながら、全員稼働は困難であり、常に感染発症を気にかける日々が続いた。看護部長室では、副看護部長がCOVID-19エリアの人員調整を担当し、常に勤務表が更新された。この頃になると看護職員もCOVID-19感染対策を理解し、適切に行動することが可能となっていたため、人員配置については柔軟に対応することができた。さらに、手当での増額もあってCOVID-19エリアでの勤務を自ら志願する者も現れ始めた。

人の入れ替わりが著しく、部署によって師長以外は新入職者でだろうじてシフトをまわしているところもあった。11月には、COVID-19エリアの感染対策や職員指導に当たっていた教育担当者を元の部門に戻し、従来の看護職員へのトレーニングや、新入職者への基礎看護実践トレーニングを再開した。看護部はじめ、病院全体も従来の会議や行事などを人数制限やWeb会議システムに変更して再開した。

4) COVID-19感染者の減少とワクチン接種（2020年12月～2021年2月）

インドの大きな祭事の時期（10月～11月）後のCOVID-19感染者の急増が危ぶまれたが、幸いにも新規感染者は減少の一途をたどり始めた。2月のCOVID-19入院患者は、10人以下となった。政府は1月に、医療従事者や50歳以上の人、基礎疾患のある人を優先に、夏までに3億人にワクチン接種をする計画を発表した。1月中旬より医療従事者からワクチン接種が開始されている。

A病院では、政府の指導の下、従業員1600人（委託も含む）のワクチン接種を2日間で実施することになり、看護部が中心となって1病棟全体を接種と接種後の安静会場にし、医師、看護師、更に事務職員、警備員で8つのチームを作り臨んだ。最終的に接種者は1000人以上となった。接種後発熱、全身筋肉痛、頭痛、吐き気、嘔吐などの副反応で17人が救急外来を訪れたが、いずれも軽症だった。

IV 看護部マネジメントのサポート

看護部長とは、同室で常に組織の問題を共有し、共に考え、意思決定を行った。2020年1月、看護部長は2年目を迎えた。前年の高い離職率から、経営陣から厳しい評価を受けたが、看護部の体制も整備でき、看護部の目標設定や年間教育訓練プログラムも計画し、2020年はそれを確実に実践すべき年と考えていた、その矢先、COVID-19禍に見舞われた。

COVID-19対策においては、看護部長がほとんど全ての会議に参加可能となったが、現場の感染対策、患者ケア、職員の健康管理など成果責任を求められるようになった。経営陣や医師を前に緊張状態の看護部長ではあるが、私は「患者の視点」、「看護の視点」を軸としてぶれずに意見を述べることを支援の中心に置いた。加えて、「部下への権限と役割の移譲」「指示命令システムの明確化」「他部門との調整・交渉」「優先順位」等のマネジメントについて重点的に支援した。

COVID-19禍、9ヶ月間は、様々な事件が発生し、看護部長としての力量を試される日々ではあったが、一つひとつ実践を積み重ね、多くの管理者や医師から看護部長としてまた病院組織のリーダーとして認められたことで、2020年の人事考課では高い評価を得た。

V まとめ（今後の課題）

A病院が、COVID-19患者の入院を受け入れ始めて9ヶ月目を迎えた。次々と発せられた政府からの指示に応じ、組織としての存続を維持しながら、COVID-19患者を受け入れ、適切に治療・ケアしていくことは、経営陣、医師、看護師にとって非常に厳しい状況であった。その中で、A病院が常に率先して困難に立ち向かう行動を示したことは、全職員が安全安心な環境で働くことを可能にし、医療崩壊を回避することにつながった。看護部は、多重の課題を抱えつつも看護部長を中心に副看護部長、師長が柔軟に人員配置をし、感染管理者、教育担当者が組織横断的に活動した。最後にCOVID-19禍におけるA病院の通常運営をめざして、看護部の今後の課題を3点あげレポートを閉めたい。

- 1) 患者および職員の継続的な院内感染防止
- 2) COVID-19エリアとそれ以外のエリアでの勤務の公平化
- 3) 看護職員の教育訓練再開及び新人看護師の教育訓練強化

利益相反

当該報告の遂行や論文作成における開示すべき利益相反はなし

東京都看護協会学会誌 (Journal of Tokyo Nursing Association) 投稿規程

1 投稿者の資格

投稿者、筆頭著者及び共著者は公益社団法人東京都看護協会（以下協会）会員であること。ただし、編集委員会から依頼された原稿についてはこの限りでない。

2 原稿の種類

投稿原稿は未発表のものに限る。学会誌の執筆領域は看護学及びその関連領域とする。

原稿の種類は以下の6分野とする。

- (1) 原著 独創性に富み、あらたな知見があること、及び論理的に述べられている研修論文
- (2) 論説 主題に関する解説、展望、提言
- (3) 総説 ある主題に関連した文献の総括についてまとめた論文
- (4) 報告 実践への意義があり、主題に沿って系統的に述べられている研究報告
- (5) 資料 資料的価値が高い記録・報告
- (6) その他 特定の種類の該当しないが、看護学に関する見解等で編集委員会が適当と認めたもの

3 論文執筆要領

(1) 原稿の書式

A4判、横書き、1頁40字×30行／和文の場合のフォント MS 明朝、英文の場合のフォント Times New Roman / 文字サイズ10.5ポイントに基づいて作成すること。

(2) 原稿の枚数

文献、図表を含め、下記のとおりとする（英文の場合は文献、図表を含め6,000words 以内とする）。

総説 12枚以内

論説 6枚以内

原著、報告、資料 10枚以内

(3) 提出原稿について

原稿は、常用漢字、新仮名遣いで、字句・内容を明確に記すこと。

下記の順に揃え、PDFファイル形式で保存した1つのファイルで投稿する。

1枚目 タイトル、キーワード（5語以内）、和文抄録（800字以内）、原稿の種類、図表の添付数

2枚目 本文（目的、方法、結果、結論の順で記載）、引用文献、図表（1点ごとに1枚）

※総説、原著のみ専門家又は英語母国語者のチェックを受けた英文表題、英文抄録（300語程度）、英語キーワード（5語以内）も提出すること。

(4) 図表

図表はすべて本文と別紙とし、本文中への挿入箇所を明瞭に指定する。

図表を引用する場合は、著者及び出版社等に転載許諾を得て、出典を明記すること。

【表の場合】表タイトルの下に、表本体、表の注（表の説明、出典）

【図の場合】図版の下に、図の注、図タイトル（図の説明、出典）

図において写真を用いる場合、高解像度とし、掲載紙面においてはモノクロ画像とする。

(5) 原稿において、著者名、所属、倫理審査を受けた機関名、謝辞、研究助成事業名・課題番号・付記のほか、著者を特定することのできる事項は本文中の該当部分を黒塗りにすること。

(6) 引用文献

ア 文献は本文引用箇所に著者名、発行年を括弧表示する。文献が複数の場合はセミコロンで並べる。

イ 同一著者名で同一年の文献の場合は、年号の後にa, bを付す。

ウ 文献は稿末にまとめてアルファベット順に記載（番号は付けない）ただし共著者は3名まで記載する。4名以上の場合は、3名の著者名の後に“他”、欧人著者の場合は“et al.”を付ける。

エ 雑誌の場合—著者名（発行年）：表題. 雑誌名, 巻（号）：頁.

- オ 書籍の場合—著者（編者）名（発行年）：書名（版）. 頁, 出版社名, 出版社所在地.
- カ 編者、監修者のある本の一部の場合—著者名（発行年）：執筆部分の表題. 書名, 編者名（編）, 頁, 出版社名, 出版社所在地.
- キ 訳書の場合—著者名（原著発行年）／訳者名（発行年）：翻訳書の書名（版）. 出版社名, 出版社所在地.
- ク 電子文献—著者名（update 年）：著作物のタイトル. 情報源（資料名等）, 入手先 URL 等（検索した年月日）.
- ケ 発行年は、使用した版の発行年とし、すべて西暦で記載する。
- コ 注記は必要最小限にとどめ、文末に一括して記すこと。

(7) 二重投稿

- ア 本誌に投稿される論文及び本学会に発表される研究はオリジナルであり、以下の項目を遵守しなければならない。
- イ 論文及び発表は、他の論文等で公表されたものであってはならない。
- ウ 他の学会誌等に投稿中の論文を投稿してはならない。
- エ 他学会誌等で公刊された、もしくは投稿中の論文で使用したデータを用いて投稿する際には、その旨を記述するとともに、その論文とは異なる視点でのデータ解析や独自性の高い分析が行われ、その違いが明確にわかるような記述がなされていなければならない。

(8) 論文の虚偽記載等

- ア 投稿された論文及び発表のデータの手続きや分析で、虚偽の記載を行ってはならない。
- イ データ捏造を行ってはならない。

(9) 表明保証

- ア 投稿者は他論文の引用にあたり、第三者の著作権を侵害しないようにしなければならない。この場合、投稿者は、自らの責任において、著作物利用の許諾を得ることとする。
- イ 外国で開発された尺度等の日本語版を作成する場合には、その著作権者からの許諾を文書にて得、投稿時にそのコピーを添付する。
- ウ 他論文等の文章及び図表をそのままの形で引用する場合、著作権者の許諾を得た上で、許諾を得た旨とその出典を明記する。

4 倫理的配慮

人及び動物が対象である研究は、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。また倫理委員会の審査を得たものとする。

- (1) 人体を対象とした研究では、ヘルシンキ宣言の科学的及び倫理的規範に準ずる。被験者には研究内容について予め理解できる言葉で十分に説明し、自由意思に基づく同意（インフォームドコンセント）が必要である。厚生労働省による「疫学研究に関する倫理指針」に則ることはもとより、所属施設の倫理委員会またはこれに準ずるものの承認を必要とする。
- (2) 調査研究などについては文部科学省及び厚生労働省による「人を対象とする医学研究に関する倫理指針（疫学研究を含む）」に則るか、これに準じた施設内基準を満たしていること。
- (3) 個人を対象とする研究に関しては、対象者の人権に配慮するとともに、研究の実施にあたって講じられた倫理的配慮について本文中に明記されていること。

5 個人情報の保護

- (1) 投稿された論文及び発表に用いたデータや個人情報は、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」及び個人情報保護法その他関連法規を遵守し、適切に保護されなければならない。
- (2) 個人情報を含む研究データは盗難や流出がないように適切に管理しなければならない。
- (3) 研究データは個人が特定化されることによる有害事項が生じないように、十分に注意しなければならない。
- (4) 症例研究などの個人が特定化されやすい研究発表の場合は、個人名、施設名、日付などの個人が特定されやすい情報の具体的な表現は避けなければならない。

6 利益相反 (conflict of interest COI)

当該研究の遂行や論文作成における利益相反の有無を論文の末尾（引用文献の前）に明記する。利益相反が存在する場合は、投稿時、別途の利益相反自己申告書（様式自由）を編集委員会に提出すること。

7 校正

著者校正は1回までとする。校正時の大幅な追加、修正は原則として認めない。

8 投稿論文の著作権の取り扱い

協会に投稿される論文の著作権（著作権法第27条、同28条に定める権利を含む）は、協会に最終原稿が投稿された時点から協会に帰属する。

9 投稿原稿提出方法

- (1) 封筒の表に「東京都看護学会誌原稿」と記して、東京都看護学会誌編集事務局宛てに書留にて送付する。
宛先 〒160-0023 東京都新宿区西新宿4-2-19 公益社団法人東京都看護協会（大橋）
問合せ先 03-6300-5183 ohashi@tna.or.jp
- (2) 原稿 本文、抄録、図表及び写真は、3部提出する。うち、正本1部のみ記名とし、副本2部は、著者名、所属などは伏せる。また、謝辞などの文章で個人が特定される箇所も伏せる。
- (3) 別途の論文投稿チェックリストを用いて原稿の点検を行い、原稿に添付する。
- (4) 原稿の受付日は、編集委員会が原稿を受け取った日とする。

10 掲載論文及び発表の取り消し

以下の問題が生じた場合には、すでに掲載された論文であっても、掲載を取り消すことがある。
その審議と決定は、編集委員会が行う。

- (1) 倫理上の問題が生じた場合
- (2) データ捏造等、虚偽の記載が判明した場合
- (3) 二重投稿であることが判明した場合
- (4) その他、編集委員会において疑義が生じた場合

令和2年4月作成

編集後記

2021年も6月に入りましたが、新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の全国各地での収束の目処はまだ見えていない状況です。東京オリンピック・パラリンピックの開催を1ヶ月後に控え大規模接種会場でのワクチン接種や職域接種も広範囲に拡大する中、医療機関における感染者数が落ち着くことを願うばかりです。

さて、本学会誌は新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の影響もあって1年遅れの念願の創刊となりました。当協会の看護研究学会は昨年で54回を重ねてまいりましたが、学会誌の発刊までには至っておりませんでした。2年前編集委員長を拝命して以来、編集委員会で委員の先生方と共有してきたことは、研究学会で奨励賞を受けた演題から是非論文投稿いただき、症例報告や原著論文など臨床に役立つ論文をできるだけ掲載しようということでした。今回は、5件の投稿を頂き、1件の原著論文と3件の報告と1件のその他として海外での看護実践報告を採択いたしました。

COVID-19の影響で研究にも制限がある現状ではありますが、東京都の医療・介護・生活を支える看護職はあらゆる看護実践の場での研究を発展させ、その成果を社会に還元していくことが求められます。今後も会員の皆様が実践で経験された貴重な症例や研究のご投稿をお待ちしております。

これからも東京都看護協会学会誌への建設的なご意見、投稿を是非お願いします。

2021年6月吉日

「東京都看護協会学会誌」編集委員
公益社団法人 東京都看護協会 大橋 純江

東京都看護協会学会誌 編集委員会

委員長：大橋 純江（公益社団法人 東京都看護協会）

編集委員：竹内 朋子（東京医療保健大学 東が丘看護学部）
（東京医療保健大学大学院 看護学研究科）

横井 郁子（東邦大学 看護学部）

柳橋 礼子（常磐大学 看護学部）

東京都看護協会学会誌 Vol. 1

令和3年6月30日発行

発行 公益社団法人 東京都看護協会

会長 山元 恵子

〒160-0023 東京都新宿区西新宿四丁目2番19号

電話 03-6300-0730（代表）

印刷 株式会社 山菊

〒108-0004 東京都港区芝5-16-7 芝ビル3F

電話 03-5730-6688（代表）