旭川医科大学研究フォーラム

2023
Jun
Vol.20

Asahikawa Medical University Research Bulletin

ISSN 1346-0102

旭川医科大学研究フォーラム第２０集　目次

投稿論文

コロナ禍での臨地看護学実習の実際と課題の質的分析
～看護学科・看護部合同ファカルティ・ディベロップメント研修会より～
…… 荒ひとみ　山田咲恵　井戸川みどり　浅島結華　原口眞紀子　服部ユカリ　2

北海道の病院・施設における認知症高齢者の見方と対応
―老人福祉法制定から老人保健法制定までの期間に焦点を当てて―　…… 大坪智美　12

高齢者の術後せん妄発症予測における Yamaguchi Pigeon-Fox Imitation Test (YFPIT) と
Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress (E-PASS) の有用性の検討
…… 黒木慎一　服部ユカリ　24

報告

内科系病棟に勤務する看護師が行っている清拭方法とその判断に影響する要因
…… 伊東美穂　升田由美子　34

COVID-19 下の本学におけるアフリカ保健人材育成のための JICA 研修
…… 神田浩路　伊藤俊弘　藤井智子　塩川幸子　吉田貴彦　44

口唇口蓋裂治療の現状とベトナム医療援助　…… 吉田将亜　62

コロナ禍でも学びを止めないハイブリッド型臨地看護学実習の構築の取り組み
―成人看護学（外来機能・慢性期）―
…… 荒ひとみ　松田奈緒美　苫米地真弓　山口希美　阿部修子　71

看護職キャリア支援センター人事交流部門　～教育人事交流を体験して～　…… 野中雅人　80

北海道上川中部地域における多胎育児への助産師の関わり　…… 巻島愛　清水裕子　85

看護学科開設 25 周年記念式典・シンポジウムを開催して　…… 升田由美子　阿部修子
平義樹　神成陽子　山口希美　綱元亜依　服部ユカリ　94

学会の動向

日本看護研究学会第 29 回北海道地方会学術集会を開催して　…… 升田由美子　神成陽子
苫米地真弓　野中雅人　山田咲恵　松田奈緒美　牧野志津　伊藤俊弘　服部ユカリ　98

投稿規程 …… 101

投稿論文

コロナ禍での臨地看護学実習の実際と課題の質的分析
～看護学科・看護部合同ファカルティ・ディベロップメント研修会より～

荒　ひとみ[1)]、山田　咲恵[1)]、井戸川みどり[2)]、浅島結華[2)]、原口眞紀子[2)]、服部ユカリ[1)]

要旨

本研究の目的は、2020年～2021年かけてA医科大学病院で行われた臨地看護学実習を振り返り、コロナ禍で行った臨地看護学実習の実際とその課題を教育側と臨床側の双方の視点を通して明らかにし、コロナ禍に求められる臨地看護学実習の構築への示唆を得ることである。

A医科大学の看護学教育FDのワークショップに参加した看護教員及び看護師を対象に、臨地看護学実習の実際と課題についてディスカッションし、その内容を質的記述的に分析した。

実習形態と病棟実習の実際は【実習時間短縮により実習内容の把握が困難】【工夫すれば実施できる看護ケアと見学のみの看護ケアの増加】【患者と関わる時間は15分以内】などがあった。実習上での配慮は【限られた実習時間を有益なものにする指導者の努力】が必要であった。課題として【コミュニケーション能力低下への懸念】【変化する学生の特性と実習形態を考慮した指導の必要性】など13カテゴリーが抽出された。

実習時間の短縮や実習内容の制限により、学生のコミュニケーション能力や看護技術、アセスメント能力の低下への懸念があり、今後は、臨床と教育側の連携の強化と学生の思考を育てる必要性が示唆された。

キーワード　コロナ禍、臨地看護学実習、看護学生、指導者、看護教員

Ⅰ．緒言

2020年度COVID-19に伴う看護学実習への影響調査では約83.4%が実習内容・方法に変更があったと回答しており[1)]、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い看護基礎教育機関では臨地実習の中止や変更、延期などの影響を受けている。コロナ禍以前と同じ臨地実習に戻ることは、しばらくの間はないと推測される。しかし、看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインには、科学的根拠に基づいた看護実践に必要な臨床判断を行うための基礎的能力を養うと明記されており[2)]、コロナ禍においてもこの点を考慮した臨地実習でなければならない。

2020年～2021年度にかけて行われた臨地看護学実習（以下実習と略す）では、実習病院であるA医科大学病院看護部と相談し、学生の体調管理や感染予防対策の強化と実習時間短縮やオンライン実習を取り入れて実施している。これまでの経験で得たものとして、ICTなどの活用により従来の実習と比較的乖離なく学修できる内容と、実習でしか学べない学修内容についての概観が見えてきた。

この研究を通して今後の実習のあり方を考える。

旭川医科大学医学部看護学科[1)]、旭川医科大学病院看護部[2)]

Ⅱ．　目的

コロナ禍で行ったA医科大学病院での実習の実際とその課題を、教育側と臨床側の双方の視点で明らかにし、コロナ禍に求められる実習の構築への示唆を得ることである。

Ⅲ．　研究方法

１．研究デザイン

質的記述的研究

２．用語の定義

１）看護学教育FD（faculty development：以下FDとする）ワークショップ：平成12年度から開催された大学と実践の場が連携・協働して質の高い看護職の養成に向け、看護学科教員と看護職員が看護職としての実践能力と看護を学問として教授する能力を持ち、看護基礎教育を通して双方の看護教育力を高めることを目的として、年1回開催される本学教育センター主催の看護研修会である。

２）看護教員：A医科大学看護学科教員で全領域の教授から助教を含む教員

３）看護師：A医科大学病院にて実習での指導経験のある師長以外の看護師

３．研究参加者と方法

2021年12月20日に看護学教育FDにて「コロナ禍における臨地看護学実習の実際と課題」と題して実施したワークショップの参加者30名（6グループ）である。

今年度は、感染予防対策として、参加人数を制限し、参加者は各看護教員、各看護師の専門領域や勤務の部署が同一にならないように5人を1グループとする。

ワークショップの方法は、2020年8月から2021年12月まで実施した本学の実習において、臨地看護学実習ガイドラインにある看護基本技術（表１は一部抜粋した内容である）を参照しながら看護教員と看護師が、①コロナ禍での実習の変更点や工夫した点、②実施時に困難を有した援助、又は実施することができなかった援助、③工夫すれば可能であった援助、④その他、実習を行って気が付いたことについてディスカッションする。その際にポストイットには、個人の意見を含め、ディスカッション内容を自由に記載する。

４．データ収集期間

2022年3月25日～2022年4月18日

５．データ収集方法

ワークショップのディスカッションにてグループがポストイットに記載した内容をデータとして収集する。

また、研究の依頼方法は、看護教員においては、説明文書と同意書および同意撤回書、各返信用封筒の入ったA4封筒をFDワークショップ参加者に対して、看護学科事務室前に設置してある教員宛メールボックスに研究分担者が投函する。看護師においては、説明文書と同意書および同意撤回書、各返信用封筒の入ったA4封筒をFD参加者部署の看護師長から配布するように研究責任者から依頼を行う。

回収方法は、看護教員においては、研究の同意が得られた場合、研究責任者の鍵付きのメールボックスに投函する。看護師においては、研究の同意が得られた場合、病院内の施錠された男性および女性更衣室内に同意書および同意撤回書が投函できる回収ボックスを設置して投函する。なお看護師長へは、配布依頼の際に、回収方法を病院内男性および女性更衣室内に設置し回収ボックスに投函するように伝えてもらうことを研究責任者から依頼する。

６．データ分析方法

ポストイットに記載された内容のデータは、グレッグ美鈴の文献を参考にグループ単位ではなく、全グループの内容を集約して、質的記述的に分析する。分析は、ポストイットに記載された①コロナ禍での実習の変更点や工夫した点、②実施時に困難を

有した援助、又は実施することができなかった援助、③工夫すれば可能であった援助、④その他、実習を行って気が付いたことについて、意味内容を損なわない様にポストイットからエクセルに転記したものをコード化し、類似性、相似性を考えてサブカテゴリー、カテゴリーを作成する[3)]。

7．倫理的配慮

本研究への参加は自由意志であること、途中でも同意撤回できること、また、同意が得られなかった参加者が1名でもいた場合はそのグループ5名全員（1グループの人数は5名）の同意を撤回すること、本研究は、ディスカッションの内容をポストイットに記載されたものをデータ化するので、内容は個人を識別することはできないこと、すでにワーショップ開催後のデータであるため新たに何かを行う必要はないこと、研究終了後はポストイットなどのデータの紙媒体はシュレッダーにかけ、電子媒体は匿名化のまま完全に消去すること、本研究で得られた研究対象者の情報等は、研究目的以外に使用しないこと、また、紙媒体である同意文書は研究データと同様、研究責任者の研究室の鍵のかかる保管庫へ保管し、研究発表後5年で破棄すること、研究結果は、学会発表、論文投稿を予定していることを説明文書に明記し、倫理委員会承認後、参加者に対し研究の趣旨の説明文書にて同意を得た。本研究は旭川医科大学倫理員会の審査を受けて実施する（承認番号：21154）。

Ⅳ．結果

1．研究参加者の概要

本研究の研究参加者は、後日同意が得られた看護学教育FDワークショップ参加者であった。看護学科からは、基礎看護学、成人看護学、高齢者看護学、小児看護学、母性看護学、精神看護学、公衆衛生看護学の教員、職位は教授、准教授、講師、助教の12名であった。看護部からは基礎看護学実習、成人看護学実習、小児看護学実習、母性看護学実習、精神看護学実習を病棟において臨床指導を経験している看護師経験が４年以上の看護師12名の合計24名であった。6グループ中、１グループの１名から研究参加の同意が得られなかったため、5グループ24名を分析対象とした。また、意味内容が目的に沿わない5コードを削除しコード数は全部で126であった（表２）。

分析の結果、126のコードから、29のサブカテゴリーと13のカテゴリーが生成された。以下、カテゴリーは【】でサブカテゴリーは＜＞、コードは「　」で示した。

表１．看護基本技術

	日常生活に対する看護基本技術 （技術項目数）	診療に伴う援助技術 （技術項目数）
技術内容	環境調整技術（3）	呼吸循環を整える技術（15）
	食事の援助技術（11）	与薬技術（24）
	排泄援助技術（13）	症状・生体機能管理技術（18）
	活動・休息援助技術（12）	感染予防技術（6）
	清潔・衣生活援助技術（15）	安全管理の技術（8）
	創傷管理技術（6）	安楽確保の技術（3）

表２　コロナ禍での臨地看護学実習の実際と課題

カテゴリー	サブカテゴリー（コード数）
実習時間短縮により実習内容の把握が困難	半日実習では実習時間が短く学生を把握がしづらい（5）
	隔日実習では学生の実習経過がわかりにくい（4）
オンライン実習と教材の工夫	患者をイメージするためのロールプレイやDVD教材の活用（4）
	オンライン実習への変更（3）
	ZOOMの利用（2）
工夫すれば実施できる看護ケアと見学のみの看護ケアの増加	実施できない看護ケアと見学のみになる看護ケアの増加（14）
	工夫して実施できた看護ケア（10）
感染リスクの高い処置や検査・手術室やICUの見学など他部門との関わりは中止	飛沫感染リスクの高い処置や検査などの見学が困難（5）
	手術・ICUの見学ができず手術患者を経過的に観察できない（4）
	栄養相談など他部門との関わりができない（1）
患者と関わる時間は15分以内	患者と関わる時間は15分以内に制限（5）
	患者と話す機会が少ない（3）
実習時間短縮の中での情報収集	情報収集や展開を急ぎ、目標達成のために必死になる（5）
感染予防技術の向上と時間を意識した情報収集	時間を意識した情報収集（2）
	感染予防の技術は向上（1）
限られた実習時間を有益なものにする指導者の努力	限られた時間で思考を育てる関わり（7）
	限られた時間の中で看護過程を展開するための指導の強化（4）
	学生が見学したい処置や検査の調整（4）
感染リスクを避けるための実習環境の調整	三密を回避するための実習環境の調整（7）
	感染リスクの高い患者を避けた受け持ち患者選択（2）
コミュニケーション能力低下への懸念	学生の経験不足を考慮した患者とのコミュニケーションの支援（7）
	患者とのコミュニケーション時間が短く信頼関係の構築が難しい（3）
経験不足による看護技術やアセスメント能力低下への懸念	学生は看護ケアの経験不足により技術に自信が持てない（5）
	経験不足によるアセスメント力の低下（3）
	看護技術ができていたか振り返る時間がない（1）
変化する学生の特性と実習形態を考慮した指導の必要性	変化する学生の特性に対応した指導の必要性（5）
	オンライン実習と臨地実習の差異（4）
臨床と教育の連携の強化	指導者と教員の指導の連携（4）
	学内演習・実習内容の共有の必要性（2）

写真１．ワークショップ参加者の様子（その 1）

写真 2．ワークショップ参加者の様子（その 2）

2.　コロナ禍での実習の実際と課題

実習体制の実際として、コロナ禍の感染リスクを軽減するため、実習時間を短縮して実習を行ったが、その結果【実習時間短縮により実習内容の把握が困難】になった。このカテゴリーは＜半日実習では実習時間が短く学生を把握しづらい＞＜隔日実習では学生の実習経過がわかりづらい＞のサブカテゴリーで構成された。コードには「密を避けるため午前と午後で学生が入れ替わるため人がわかりにくい」「2Gに分かれて2日1回の実習だと経過がわかりにくい」などがあり、感染リスク軽減のための時間短縮が、実習内容の把握を困難にさせていた。また、教育側は実習の他に【オンライン実習と教材の工夫】を行っていた。このカテゴリーは＜患者をイメージするためのロールプレイやDVD教材の活用＞＜オンライン実習への変更＞＜Zoomの利用＞の3つのサブカテゴリーから構成された。コードには「教員が患者役のロールプレイをした」「オンライン実習を行った」「Zoomを利用しカンファレンスを行った」などがあり、実習を補うための工夫が見られていた。

病棟実習の実際として、感染リスクを考え【工夫すれば実施できる看護ケアと見学のみの看護ケアの増加】があった。このカテゴリーは＜実施できない看護ケアと見学のみの看護ケアの増加＞＜工夫して実施できた看護ケア＞から構成された。コードには「洗髪、足浴、清拭、創傷管理は実施できなかった」「ケアの見学のみになる技術もあった」が、「ベッドサイドケア中心だが実習内容は一部（検査・治療）を除いて実施できた」「吸入、食事の準備までならできる」など、工夫しながら実習が行われていた。また、【感染リスクの高い処置や検査、手術室やICUの見学など他部門との関わりは実施できない】ことも多くなっていた。このカテゴリーは＜飛沫感染リスクの高い処置や検査などの見学が困難＞＜手術・ICU見学の見学ができず手術患者を経過的に観察できない＞＜栄養相談など他部門との関わりができない＞の3つのサブカテゴリーから構成された。コードには、「上部消化管内視鏡、気管支鏡などの飛沫が気になる検査にはついて行けなくなった」「手術患者について流れの中で患者を観察できない」「栄養部門など他部門との関わりができなかった」などがあり、感染リスクを考慮したうえで、実習を行っていた。この他に、実習中は【患者と関わる時間は15分以内】に制限された。このカテゴリーは、＜患者と関わる時間は15分以内に制限＞＜患者と話す機会が少ない＞の2つのサブカテゴリーから構成された。コードには「患者さんの傍にいる時間を15分以内にした」「接する時間や話をする時間が無くなった」などがあった。その結果、学生は【実習時間短縮の中での

情報収集】を行っていた。このカテゴリーは＜情報収集や展開を急ぎ目標達成のために必死になる＞の１つのサブカテゴリーから構成され、「情報収集してまとめることで精一杯」「学生は目標達成のために必死になっていると感じる」などのコードがあった。しかし、その一方で学生は、【感染予防技術の向上と時間を意識した情報収集】を行っていた。このカテゴリーは＜感染予防の技術は向上＞＜時間を意識した情報収集＞の2つのサブカテゴリーで構成された。コードには「感染予防技術は向上」「学生は意図的な会話をすることが難しいが時間制限内で工夫して情報収集するようになった」などがありできないことばかりではなく、できることも示していた。

実習時間の短縮、患者と関わる時間が15分に制限されるなどの状況の中、臨床側は学生の実習に対し様々な配慮を行っていた。

実習上の配慮として、【限られた実習時間を有益なものにする指導者の努力】があった。このカテゴリーは＜限られた時間で思考を育てる関わり＞＜限られた時間の中で看護過程を展開するための指導の強化＞＜学生が見学したい処置や検査の調整＞の3つのサブカテゴリーから構成された。コードには、「限られた時間を有効に使うよう促したり声掛けしたりヒントを与えられるようにした」「コミュニケーションが難しい学生のフォローとして指導者が患者に予測される経過を伝えている」「事前に経験したいケアや家族に話したいこと確認して調整した」などがあり、臨床側が学生に対し様々な配慮を行っていたことを示していた。また、臨床側は安全に実習を行うにあたり【感染リスクを避けるための実習環境の調整】を行っていた。このカテゴリーは＜三密を回避するための実習環境の調整＞＜感染リスクの高い患者を避けた受け持ち患者選択＞の2つのサブカテゴリーから構成された。コードには「密になるためカンファレンス時は窓を開ける、席を離す、時間を決めるなどの環境調整を行った」「分散登校とせず人数を制限して密を避けた実習の継続」「内科（化学療法）の患者を担当せず外科の患者が中心になった」などがあり、患者と学生を感染から守るための環境調整が行われていたことを示していた。

コロナ禍において、感染リスクを避けるため、様々な工夫をして実習を行ってきた。その中で、4つの課題が抽出された。

1つ目は、【コミュニケーション能力低下への懸念】があった。このカテゴリーは＜学生の経験不足を考慮した患者とのコミュニケーションの支援＞＜患者とのコミュニケーション時間が短く信頼関係の構築が難しい＞の2つのサブカテゴリーから構成された。コードには「患者さんとの関係がある程度築けるまでは学生と一緒に訪室しケアやコミュニケーションを見守るようにしていた」「患者さんとのコミュニケーション時間が長くとれないことにより信頼関係構築が難しい」などがあり、実習時間の短さがコミュニケーション能力に影響していることが示されていた。２つ目は、【経験不足による看護技術やアセスメント能力低下への懸念】であった。このカテゴリーは＜学生は看護ケアの経験不足により技術に自信が持てない＞＜経験不足によるアセスメント力の低下＞＜看護技術ができていたか振り返る時間もない＞の3つのサブカテゴリーから構成された。コードには「15分の中で技術を習得するのは難しい」「実際に患者さんに触れて観察する機会が少ないため経験値が少ない」「コロナの影響で経験値が下がり学生自身での判断がより難しい」「技術が出来ていたのか活かすタイミングもなく振り返りの時間もなかった」などがあり、実習中に経験できる看護ケアとその時間が減少したことによる影響を示していた。3つ目は、【変化する学生の特性と実習形態を考慮した指導の必要性】があった。このカテゴリーは＜変化する学生の特性に対応した指導の必要性＞＜オンライン実習と臨地実習の差異＞の2つのサブカテゴリーから構成された。コードには「倫理的な考え方の土台が

違ってきているのでもっと細かく説明が必要」「個人での行動、基本的態度など学生の特性が変化している」「2年次に実習に行けなかったことを考えると3年次の目標が高いのではないかと感じる」などがあり、コロナ禍を過ごした学生の特性を踏まえた指導の必要性について示していた。４つ目は、【臨床と教育の連携の強化】であった。このカテゴリーは＜指導者と教員の指導の連携＞＜学内演習・実習内容の共有の必要性＞の2つのサブカテゴリーから構成された。コードには「指導者と教員で連携して配慮が必要な学生の特性を共有する」「現状に合わせてスタッフも教員も柔軟に対応しなければならない」「学内演習の内容を指導者も共有できればよりイメージして助言できる」などがあり連携を強化して、指導する必要性があることを示していた。

Ⅴ．考察

1. 実習形態と病棟実習の実際

2020年度COVID-19に伴う看護学実習への影響調査によると、回答のあった247大学のうち、83.4％が臨地実習に変更があったと報告している。その内容は実習時期や臨地実習の日数の変更、1日の実習時間の短縮、学内実習への切り替え、遠隔実習への変更であり[1]、A医科大学でも他大学と同様であった。

COVID-19の流行に伴い、実習をどのように行うかA医科大学病院看護部と相談しながら実習を行った。感染リスクを減少させるため半日実習や隔日実習が行われたが、その結果【実習時間短縮により実習内容の把握が困難】となった。コロナ禍以前の実習では、一日を通して実習が行われたが、実習時間が短縮されたことにより、学生の特徴の把握や実習経過がわかりにくくなったと考えられた。実習時間の短縮代替として【オンライン実習と教材の工夫】を行い学内での演習にて補った。オンライン実習は本大学で導入しているmanaba（クラウド型教育支援システム）やZoom（WEB会議サービス）を利用して行われ、自宅などの遠隔地からでも実習を行うことができた。しかし、学生は実習で患者と関わる時間が減少したため、教員らは学内でロールプレイやDVD教材を活用し、患者をイメージ化できるよう指導を行った。中央教育審議会はコロナ禍に求められる教員の資質能力に、ファシリテーション能力やICT活用指導力を追加している[4]。また、菊地らは臨床状況の再現や基本的な手技の応用方法の説明は、学生が実践場面で応用できると感じ、学習の動機づけにつながると述べており[5]、今後は、コロナ禍に求められる教員の資質の向上の先には、臨床場面を具体的に想起できるようなオンライン教材の開発を進めていく必要があるのではないかと考えた。

コロナ禍の実習では【工夫すれば実施できる看護ケアと見学のみの看護ケアの増加】や【感染リスクの高い処置や検査・手術室やICUの見学など他部門との関わりは中止】ことがあった。指導者が工夫し実施出来たケアもあったが、飛沫感染リスクの高い処置や検査の見学さえもできなくなり学生の経験不足が考えられた。また【患者と関わる時間は15分以内】になり【実習時間短縮の中での情報収集】を行うなど実習には大きな制限があった。しかし、このような状況下で、学生は【感染予防行動技術の向上と時間を意識した情報収集】ができるようになった。これは、日頃から感染予防行動を繰り返し実施したことが理由であると考えられた。また、時間制限がある中で、時間を意識して情報収集する態度が身についたと考えられた。

2. 実習上での実習指導者の配慮

制限のある中で実習が行われたが【限られた実習時間を有益なものにする指導者の努力】が必要であった。指導者らは短縮された実習時間を補うため、学生の患者理解が深まるように患者の経過を丁寧に説明し、意識的に思考を育てる働きかけを行うことで、看護過程の展開に結び付くように指導していたと考えられた。また、時間が限られている中、コミュニケーションをとることが難しい学生に注目し、患者とのコミュニケーション支援を行っていたと考えら

れた。【感染リスクを避けるための実習環境の調整】としては、三密を避けるための場所や時間の調整、感染リスクを考慮した患者選択などがあり、実習環境の調整及び感染状況に応じた臨機応変な対応があったことが明らかになった。

3.　コロナ禍での実習の課題

コロナ禍での実習の課題として【コミュニケーションの能力低下への懸念】【経験不足による看護技術やアセスメント能力低下への懸念】【変化する学生の特性と実習形態を考慮した指導の必要性】【臨床と教育の連携の強化】が抽出された。COVID-19の流行により講義や演習、実習の形態は大きく変化した。その中でも実習における実習時間の短縮や患者と関わる時間の制限、オンライン実習への変更などにより、患者とのコミュニケーションや看護ケア、患者をアセスメントする機会は明らかに減少した。岡田は学生が経験から思考方法を得るには、様々な内省の繰り返しが必要で、個々の体験だけではなく、複数の実習体験の振り返りや統合が思考方法の獲得につながると述べている[6]。また、三浦らは、学習者は看護師の思考を聞くことで、看護師の一挙手一頭足の背後に意味があること学び、日々の実践で自らその行為の意味を考えるようになると述べている[7]。教員と指導者は、適切なタイミングで学生の内省と気づきを促し、短い実習時間の中でも学びが深まるような指導を行うことで、質の高い実習を行うことができるのではないかと考えられた。

コロナ禍を過ごした学生は大学生活にも大きな制限があった。講義、部活動やサークル活動、そしてアルバイトなど大学生としての社会生活への適応や人格形成にも何かしら影響を受けたと思われる。それらを含めて、大学での講義や演習方法を具体的に教員から指導者に伝えることが必要である。また、本学の看護学教育FD、教育人事交流への参加、看護OSCE（客観的臨床能力試験）の指導者・評価者を経験することで、情報を共有することが可能になり、教育と臨床の連携強化につながるのではないかと考えた。

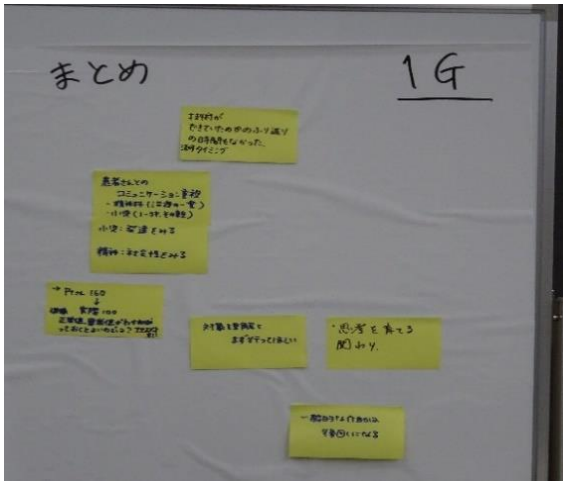


写真 3. 全体会発表用シート（その 1）

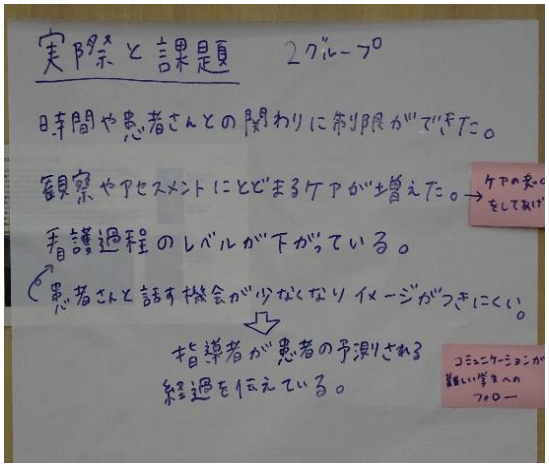


写真 4. 全体会発表用シート（その 2）

Ⅵ.　結論

1.　コロナ禍での臨地看護学実習の実際と課題として、【実習時間短縮により実習内容の把握が困難】【オンライン実習と教材の工夫】【工夫すれば実施できる看護ケアと見学のみになる看護ケアの増加】【感染リスクの高い処置や検査・手術やICUの見学など他部門との関わりは中止】【患者と関わる時間は15分以内】【実習時間短縮の中での情報収集】【感染予防技術の向上と時間を意識した情報収集】、【限られた実習時間を有益なものにする指導者の努力】【感染リスクを避けるための実習環境の調整】コ

ミュニケーション能力低下への懸念】【経験不足による看護技術やアセスメント能力低下への懸念】【変化する学生の特性と実習形態を考慮した指導の必要性】【臨床と教育の連携の強化】の13カテゴリーが抽出された。

2. コロナ禍で実習時間は短縮されたが、指導者の工夫と配慮により実践できる看護ケアがあった。
また。限られた実習時間内で、繰り返し行った感染予防行動の技術は定着し、短時間で情報収集する態度が身についた。
3. 実習時間が短くなったことで、コミュニケーション能力や看護技術、アセスメント能力の低下　の懸念があった。教員と指導者は、今まで以上に連携を強化し、学生の思考を育てる働きかけをする必要があると考えられた。

Ⅶ.　本研究の限界と今後の課題

本研究は、COVID-19が流行し始めた2020年8月から2021年12月までに行われた実習を振り返りディスカッションを行った。そのため、実習が行われた時期の感染状況により、実習形態や学生が実習で経験できる内容に違いがあったと考える。また、本研究は、ワークショップに参加した看護教員と看護師の限られた参加者を対象にしたものであり、今後は研究の対象を広げた研究が必要である。

謝辞

本研究の実施に当たり、ご協力いただいた看護教員と看護師の皆様に感謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反はない。

引用・参照文献

1) 日本看護系大学協議会看護学教育質向上委員会（2021）：2020年度COVID－19に伴う看護学実習への影響調査A調査・B調査報告書 https://doi.org/10.32283/rep.167aad3e（2022年11月18日アクセス可能）
2) 厚生労働省医政局（2020）看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインについて」 の一部改正について https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T201105G0040.pdf（2022年11月22日アクセス可能）
3) グレッグ美鈴、麻原きよみ、横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方看護研究のエキスパートをめざして第2版.医歯薬出版株式会社,2016
4) 文部科学省中央教育審議会（2021）：「令和の日本型学校教育」を担う教師の養成・採用・研修等の在り方について（諮問） https://www.mext.go.jp/content/20210312-mxt_kyoikujinzai01-000013426-1.pdf（2022年11月21日アクセス可能）
5) 菊地さゆり、野本百合子、岡田ルリ子（2022）:看護技術演習における教員の意図に基づく教授活動に関する質的研究―知識と技術を活用した看護を実践できる看護職者養成に向けて―、日本看護学教育学会誌、31（3）、11-22
6) 岡田摩理（2020）:領域別看護学実習の経験の積み重ねにより臨床判断に必要な思考方法を学生が獲得していくプロセス、日本看護学教育学会誌、29（3）1-13
7) 三浦友理子、奥裕美:臨床判断ティーチングメソッド.医学書院、2022

The Realities of Clinical Nursing Practicums and Qualitative Analysis of the Issues Surrounding Them During the COVID-19 Pandemic
– From the joint workshop on faculty development conducted by nursing teachers and clinical instructors –

Hitomi ARA[1)] Sakie Yamada[1)] Midori Idogawa[2)] Yuka Asajima[2)]Makiko Haraguchi[2)] Yukari Hattori[1)]

Abstract

This research aims to review the clinical nursing practicums at A Medical University Hospital from 2020 to 2021 during the COVID-19 pandemic and to identify the realities of clinical nursing practicums and the issues surrounding them through the perspectives of those on both the educational and clinical sides.

Nursing teachers and nurses who participated in the nursing education workshop on faculty development at A Medical University discussed the realities of clinical nursing practicums and the issues surrounding them.

Furthermore, we analyzed the content of the discussion qualitatively and descriptively. This discussion led us to discover that the current form of the practicum and ward practice results in the following situations among nursing students: “difficulty in grasping the content of practice due to shortened practicum hours”; “increase in nursing care that can be implemented with ingenuity and nursing care that can only be observed”; and “time spent developing a connection with patients is 15 minutes or less.” In addition, clinical practicum considerations required “efforts by clinical instructors to make limited practicum hours useful.” Thirteen categories of issues facing nursing students and clinical and educational sides were identified, including “concern about the decline in communication skills” and “the need for guidance that takes into account the changing characteristics of students and the form of the practicum.”

These outcomes led to concern that shortening the practicum hours would reduce students’ communication, nursing, and assessment skills. Therefore, it was determined that strengthening collaboration between the clinical and educational sides and fostering students’ thinking abilities may be worthwhile.

Keywords COVID-19 Pandemic, Clinical Nursing Practicum, Nursing Students, Clinical Instructor, Nursing Teacher

1) Nursing Course, School of Medicine, Asahikawa Medical University

2) Division of Nursing, Asahikawa Medical University Hospital

投稿論文

北海道の病院・施設における認知症高齢者の見方と対応
―老人福祉法制定から老人保健法制定までの期間に焦点を当てて―

大坪　智美※

【要旨】

本研究の目的は、老人福祉法制定から老人保健法制定までの、北海道の病院・施設における認知症高齢者に対する見方と対応について叙述し、認知症高齢者がどのように捉えられ、対応されていたのかを明らかにすることである。

北海道関係公文書 70 文献、北海道・市町村史 151 文献を収集し、資料の比較検討を行い分析した後、テーマに沿って構成した「歴史像」を叙述した。

1980(昭和 55)年頃の北海道は、炭鉱閉山による雇用情勢の悪化も一因と考えられる出稼ぎ者の増加や、冬期間の交通・生活の不便さが影響し、施設・精神病床の普及率が高かった。治療の場である病院では認知症高齢者の失禁の症状を中心とした見方がなされ、患者の超過収容と看護職員の不足から失禁部屋を設け、業務を優先させた対応を取らざるを得ない状況があった。生活の場である施設では症状と性格を混同した見方がなされていたが、行動・心理症状が出現した時に、一部の事例で本人中心の対応も見られた。

キーワード　認知症高齢者、見方、対応、歴史的研究

Ⅰ．緒言

日本は世界でも類を見ないスピードで高齢化が進行し、認知症高齢者も増加の一途を辿っている。「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」[1]によると、2012 年以降認知症有病率が一定と仮定した場合 2025 年は 675 万人、2040 年は 802 万人の認知症患者数が見込まれ、認知症高齢者対策は喫緊の課題である。

認知症高齢者対策は、2000(平成 12)年 4 月に介護保険法が施行され進められてきてはいるものの、十分とは言えない状況である。なかでも、認知症高齢者に対する偏見は、本人のみならず介護している家族にも大きな精神的負担を与えている。家族からは、認知症の人が「何もわからなくなるわけではない」「最期まで人間として尊重して生きられるようになってほしい」などの、痛切な思いが語られている(呆け老人をかかえる家族の会(編),2004)[2]。

2004(平成 16)年から用いられている「認知症」は、それ以前に用いられていた「痴呆」が侮蔑感を感じさせる表現であることや、実態を正確に表しておらず早期発見・早期診断等の取り組みの支障になることなどの理由から、変更された名称である。医学用語としての「痴呆」は、「Dementia」の訳語で明治期から使用され始め、行政面では 1980 年代頃から使用され始めた(「痴呆」に替わる用語に関する検討会,2004)[3]。また、統計では老年期痴呆、脳血管性痴呆などの総称として「器質 性精神障害(老人性)」や「老年期及び初老期の器質性精神病」が 1960 年代頃から用いられていた。現在広く使用されている「認知症」という名称もその状態を

※旭川医科大学看護学科

正確に表しているとは言い難く、名称変更後も認知症高齢者に対する偏見がなくならない状況は続いている。認知症高齢者に対する「何もわからなくなる」「ああなるとおしまい」「恥ずかしい」などの偏見は、どのように醸成されてきたのだろうか。

歴史を遡ると、認知症高齢者についての記述は古代から見られ、時代によりその見方や対応の仕方は変化している。古代においては、大伴家持が「万葉集」の中で「痴呆老人」を蔑みの意味で使うなど負のイメージが強かったが、鎌倉期には老人は神の属性を有する存在として捉えられていたことから、認知症高齢者の症状も聖性を帯びたものとされ、社会の中で無視できない存在であった。近世になると、加齢に伴う衰えと認知症高齢者の両方を含む「老耄」は、加齢によって生じる障害とみなされ、「避けがたいもの」「自然の摂理」といった捉えがなされていた。しかし、明治期に入り西洋医学が本格的に日本に入ると、認知症は病気として医療の対象となり、不治の病という現在に続く負のイメージが作られていった(新村, 2002)[4]。

認知症高齢者を含めた高齢者問題が社会の中で顕在化してくるのは、戦後から高度経済成長期にかけてである。高度経済成長は、経済的な豊かさや平均寿命の延伸を生むと同時に産業構造の変化、核家族化の進行をもたらし、その中で高齢者問題が次第に浮きぼりになっていった。1963(昭和 38)年 7 月に老人福祉法が制定されたのを契機に、高齢者問題はより一層社会の注目を浴びるようになり、以後 1982(昭和 57)年 8 月に老人保健法が制定されるまでの約 20 年間、老人福祉法は高齢者福祉対策の唯一の拠りどころとなる法律であった。この時期に、日本の高齢者対策の基礎が築かれていったと考えることができ、高齢者問題を考える時に重要な時期であると言える。認知症高齢者の問題が社会の注目を浴びるようになったのは 1980 年代の後半になってからであるが、認知症高齢者に対する見方や対応の仕方の基礎が築かれたのは、それ以前の時期であり、認知症高齢者の問題を考える時にも老人福祉法制定後の 20 年間が重要な時期であると言える。

高齢者対策は当初、「独居老人」や「寝たきり老人」対策が主であったが、1986(昭和 61)年には厚生省に「痴呆性老人対策本部」が設置され、老人性痴呆疾患専門治療病棟や老人性痴呆疾患デイ・ケアが創設されるなど、「痴呆性老人」対策が進められるようになってきた。そして、1989(平成元)年の高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)策定、1994(平成 6)年の新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)策定を経て、2000(平成 12)年に介護保険法が施行された(宮崎, 2011)[5]。介護保険法はその後 3 年ごとに改正が繰り返され、現在に至っている。

現在、認知症高齢者対策においては、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ自分らしく住み続けることができる社会を目指している (認知症施策推進関係閣僚会議, 2019)[6]。家族、看護職を始めとするケア提供者を含めた地域社会が、認知症高齢者をどのような存在とみなすのかにより、対策の内容は変化すると考えられる。認知症高齢者対策のキーワードが「地域」にあるという国の考え方から、各地域の特性や文化的背景を含めた歴史的経緯を知ることは重要であり、今まで認知症高齢者がどのような存在とみなされ、対応されてきたかを知ることは、今後の認知症高齢者対策を考える上で意義あることだと考える。また、認知症高齢者の看護を考える時に、対象理解は欠かすことができないものであり、対象理解の基盤として今までの経緯と対応を振り返り、今後の看護に生かすことは重要である。

認知症高齢者の歴史研究は、日本全国を対象としたものが少数あるだけで、特定の地域の研究は見当たらない。北海道は、明治期に全国各地から大勢の人が移住するという、独特の歴史的経緯や文化的背景を持つ地域である。また、研究者自身が現在居住する身近な地域であり、本研究に必要な資料を入手しやすい地域でもある。

Ⅱ．目的

今後の認知症高齢者看護・介護を考える上での示唆を得るため、認知症高齢者に対する見方や対応の基礎が築かれた重要な時期である、老人福祉法制定から老人保健法制定に至る期間の、北海道の病院・施設における認知症高齢者に対する見方と対応について叙述し、認知症高齢者がどのように捉えられ、対応されていたのかを明らかにする。

Ⅲ．方法

１．研究デザイン

歴史的研究：過去の具体的な出来事について、ある時代に焦点を当て研究者の歴史観に基づく視点から資料を分析・解釈し、「歴史像」を叙述することである。

２．研究手順

１）資料の収集

歴史叙述の根拠となる、1960(昭和 35)年から1982(昭和 57)年までの北海道の認知症高齢者に関する資料収集を行った。本研究では、文献史料を用いた。

＊文献史料：北海道関係公文書　　70
　　北海道史・市町村史　151

２）資料の整理・分析

研究のアウトラインとして見出しを作成し、それに沿って収集資料の整理を行った。見出しは繰り返し修正し、その都度収集資料も整理し直した。資料の妥当性と信頼性を明確にするため、他文献史料と比較検討することにより外的批評・内的批評を行い、資料を分析・選択した。

＊外的批評：資料の妥当性を判定するためのもので、文書がいつ、どこで、なぜ、誰によって書かれたか等を検証する。

＊内的批評：資料の信頼性を判定するためのもので、文書の記述の正確さ等を検証する。

３)歴史の構成と叙述

文献史料を、認知症高齢者がどのように捉えられ対応されていたのか、という観点から理解・解釈し、テーマに沿って構成した「歴史像」を叙述した。

３．倫理的配慮

公刊されている文献史料については特別な倫理的配慮は必要としなかったが、北海道立文書館所蔵の北海道衛生部保健予防課精神衛生係が行った精神病院指導検査の復命書については、記載する際に個人の特定につながらないよう配慮した。

４．引用史料の記載方法

１)引用史料中で蔑称として用いられた言葉や、偏見に満ちた表現なども歴史史料としてそのまま記載した。

２)引用史料の中から、認知症高齢者についての記述とみなした選択基準は、①65 歳以上で、②老年期痴呆や脳血管痴呆などの診断を受けていること、③精神病の既往歴がなく、症状が高齢になってから現れ妄想などの症状の他に記憶障害があること、である。

３)当時の診断名等を表す場合は「痴呆」を用い、現在の視点を示す場合は「認知症」を用いる。

Ⅳ．結果

１．統計からみた認知症高齢者の実態

１）高齢者人口の推移

国勢調査[7]を基にした、高齢者人口・高齢化率の 1960(昭和 35)年から 1980(昭和 55)年までの推移を、表 1 に示す。

表１　高齢者人口・高齢化率の年次推移

年	1960 (昭和 35)	1965 (昭和 40)	1970 (昭和 45)	1975 (昭和 50)	1980 (昭和 55)
全国総人口(人)	94,301,623	99,209137	104,665,171	111,939,643	117,060,396
全道総人口(人)	5,039,206	5,171,800	5,184,287	5,338,206	5,575,989
全国 65 歳以上人口(人)	5,397,980	6,235,614	7,393,292	8,865,429	10,647,356
全道 65 歳以上人口(人)	212,063	249,318	299,069	366,651	451,727
全国 65 歳以上割合(%)	5.7	6.3	7.1	7.9	9.1
全道 65 歳以上割合(%)	4.2	4.8	5.8	6.9	8.2

※国勢調査を基に表を作成

総人口は、全国・全道ともこの 20 年間に増加し、全国で約 2,276 万人、全道では約 54 万人増加した。これに伴い高齢者人口も増加し、全国で約 525 万人、全道で約 24 万人増加した。高齢者人口の実数の伸びは、全国・全道それぞれ 1.97 倍、2.13 倍と、両者とも 20 年間で約 2 倍に増えている。高齢化率を見てみると、全国では 1960(昭和 35)年の 5.7%から 1980(昭和 55)年には 9.1%になり、割合は 1.6 倍に増加した。この間、1970(昭和 45)年に初めて高齢化率が 7.1%と 7%を超え、日本は「高齢化社会」に突入した。同じく全道を見てみると、1960(昭和 35)年には 4.2%だった高齢化率が、1980(昭和 55)年には 8.2%にまで増加し、約 2 倍に達している。全国より高齢化率は低いものの、全国よりも早いスピードで高齢化が進んでいたと言える。

２）認知症高齢者数の推移

北海道衛生部保健予防課から、「北海道精神衛生関係統計」が出されたのは、1969(昭和 44)年のことである。精神障害者数の把握は、1968(昭和 43)年から毎年 12 月 31 日現在で行われていたが、現在の認知症高齢者のみを把握できるような分類がなされていなかった。当時の分類は、「老人性精神障害」として、老年期に見られる精神障害を一括りにして数が把握されていた。「老人性精神障害」の中には、老年期に初発した精神障害と老年期以前に初発した精神障害の両方が含まれ、認知症もここに分類されていた。1970(昭和 45)年からは、認知症は器質性精神障害の中の老人性に分類され、数が把握されるようになった。器質性精神障害の老人性には、初老期痴呆、老年痴呆、脳血管性痴呆などが含まれる。

「北海道精神衛生関係統計 昭和 58 年度」[8] で器質性精神障害(老人性)の把握数を 1970 (昭和 45)年から 1980(昭和 55)年の間で見てみると、1970(昭和 45)年の約 2,000 人から 1980(昭和 55)年には 3,170 人になり、約 1.5 倍に増加している。また年間の新規把握数は、1970(昭和 45)年の約 500 人から 1980(昭和 55)年には 773 人になり、こちらも約 1.5 倍の増加である。この把握数には医療を必要としない者、医療機関を受診していない者は含まれておらず、実際の数はもっと多かったと考えられる。

３）精神病院数・病床数・病床利用率の推移

「北海道衛生統計年報　昭和 60 年」[9] を基にした、北海道の精神病院数・病床数・病床利用率の 1960(昭和 35)年から 1980(昭和 55)年までの推移を、表 2 に示す。

表２　北海道 精神病院数・病床数・病床利用率の年次推移

年	1960 (昭和 35)	1965 (昭和 40)	1970 (昭和 45)	1975 (昭和 50)	1980 (昭和 55)
精神病院数	31	47	57	60	63
率(人口 10 万対)	0.6	0.9	1.1	1.1	1.1
精神病床数	5,457	10,031	14,087	16,700	18,618
率(人口 10 万対)	108.3	194.0	271.7	313.3	333.9
病床利用率	110.9	106.2	104.2	105.8	110.7

※北海道衛生統計年報 昭和 60 年を基に表を作成。病床利用率のみ 6 月末現在で、それ以外は年末現在の数である。

病院数、病床数ともに増加し、病院数は 1960(昭和 35)年から 1980(昭和 55)年までの 20 年間で 2 倍以上の 63 施設に、病床数は約 3.4 倍の 18,618 床になっている。それぞれ人口 10 万対で見てみると、1980(昭和 55)年の時点で病院数は 1.1 施設、病床数は 333.9 床であった。1980(昭和 55)年の全国平均の病床数は 242 床であり、北海道は病床普及率が高かった。また病床利用率は 20 年間で大きな変化は見られず、104～111%の間で推移しており常に超過収容状態であった。1980(昭和 55)年の全国平均も 102.3%と 100%を超しており、全国的に精神病院では超過収容状態であった。

「北海道精神衛生関係統計 昭和 58 年度」[8] で 1970 (昭和 45)年から 1980(昭和 55)年の、器質性精神障害(老人性)の在院数を見てみると、1970 (昭和 45)年には 1,000 人に満たなかったものが 1980(昭和 55)年には 2,000 人近くと 2 倍に増加している。1970 (昭和 45)年の器質性精神障害(老人性)の把握数に対する在院数が約 50%であった

のに対し、1980(昭和 55)年は 63%と約 3 分の 2 が病院に入院していたことになる。また 1965 (昭和 40)年に始まった通院医療費公費負担制度の申請延数も、総数や精神分裂病を始めとする他疾患が年々増加しているのに対し、器質性精神障害(老人性)だけは横ばいで経過している。

４）施設設置数・収容者数・定員数の推移

第 72 回、第 74 回、第 79 回、第 84 回、第 88 回北海道統計書[10)～14)]を基にした 1963(昭和 38)年以降の、道内の施設設置数および収容者数・定員数を表 3 に示す。

表３　北海道 老人福祉施設の設置数、収容者数・定員数の年次推移

年	1963 (昭和 38)	1965 (昭和 40)	1970 (昭和 45)	1975 (昭和 50)	1980 (昭和 55)
養護老人ホーム 総数	25	28	37	53	54
養護老人ホーム 国公立(再掲)	15	19	25	37	37
養護老人ホーム 収容者数・定員数	2,422	2,895	3,845	5,279	5,332
特別養護老人ホーム 総数	―	―	9	46	101
特別養護老人ホーム 国公立(再掲)	―	―	3	23	41
特別養護老人ホーム 収容者数・定員数	―	―	698	3,410	7,549

※第 72 回、第 74 回、第 79 回、第 84 回、第 88 回北海道統計書を基に表を作成。1963(昭和 38)～1970(昭和 45)年は 12 月 31日、1975(昭和 50)～1980(昭和 55)年は 4 月 1 日現在の数である。収容者数・定員数は、1963(昭和 38)～1970(昭和 45)年が収容者数、1975(昭和 50)～1980(昭和 55)年が定員数である。

養護老人ホームは、老人福祉法が制定された年にはすでに 25 ヶ所あり、収容人数も 2,500 人近かった。17 年後の 1980(昭和 55)年には 54 ヶ所、定員が 5,300 人以上になり、それぞれ 2 倍以上に増加している。特別養護老人ホームは 1965(昭和 40)年までの統計はなく、1970(昭和 45)年に 9 ヶ所、収容人数が 698 人と養護老人ホームよりもかなり少ない状況であった。しかしその後 10 年間で急激に設置数が増え、1980(昭和 55)年には 101 ヶ所、定員数が 7,500 人以上と養護老人ホームの 2 倍の設置数、1.4 倍の定員数になっている。設置主体を見てみると、養護老人ホームは 7 割近くが国公立であるのに対し、後から設置が始まった特別養護老人ホームは国公立が半数以下にとどまっている。道内の 65 歳以上人口に対して上記 2 施設の定員数の占める割合は、1980(昭和 55)年の時点で約 2.9%であった。全国平均は 1.5%であり、北海道は施設の普及率が高かった。

２．病院における認知症高齢者の見方と対応

精神衛生法施行後、北海道の精神病院数・病床数はともに増加し、器質性精神障害(老人性)の半数以上が入院していたことは前述した通りであるが、認知症高齢者に対する病院の見方、対応はどのようなものであっただろうか。1974(昭和 49)年から 1975(昭和 50)年にかけて、北海道衛生部保健予防課精神衛生係が行った精神病院指導検査の復命書[15)～16)]に基づき、病院の認知症高齢者に対する対応、認知症高齢者が置かれていた状況について分析した。復命書には、この間に行われた精神病院と精神病床を有する一般病院合わせて 88 施設の指導検査結果が記述されている。表 4 は、道が行った精神病院指導検査の調査項目を示したものである。調査項目は、①病棟の施設・設備に関すること、②入院患者への対応に関すること、③医療法・精神衛生法等の法令順守に関すること、に大別される。

表４　北海道 精神病院指導検査　調査項目

調　査　項　目
＜病棟の施設設備に関すること＞
病室等が清潔に保持され、採光、換気は適当か　保護室，失禁患者室，一般病室，その他
入浴施設は患者数に比較して狭隘でないか
給食施設及び配膳室等において、防虫、防鼠、採光、換気、食器消毒の衛生管理が完全に行われているか
消防、避難等の設備及び非常時の備えは充分に行なわれているか
＜入院患者への対応に関すること＞
患者の処遇、取扱等はどのようになっているか 郵便物の取扱，患者の生活状況，清潔状況など(被服，寝具，洗濯設備)
不当に長期収容されているものはないか
作業療法の限界を超えて患者を使役している事実はないか
患者の処遇、取扱いなどはどのようになっているか
予定献立に従い調理が確実に行なわれかつ患者の栄養必要量が充たされているか
＜医療法・精神衛生法等の法令順守に関すること＞
医療法に定める医師看護婦（人）が適正に配置されているか
収容定員を超過していないか
精神病以外のものが収容されてないか
消火、避難訓練等非常時の備えは行なわれているか
適法な保護義務者による同意書があるか
診療報酬に関する請求事務は適正に行なわれているか
前回指導検査時の指摘事項が改善されているか

※精神病院指導検査の復命書を基に表を作成

まず、①病棟の施設・設備に関すること、で問題として挙げられていたのは病棟の老朽化である。開設時期が古い入院施設には、他科の病棟や全く

違う目的で作られた施設を転用していたものがあったため、施設の老朽化が進み入院患者は劣悪な環境に置かれていた。このことは、市町村史や病院記念誌の中にも記述が見られる。「えべつ昭和史」[17] には、1966(昭和 41)年 4 月に精神神経科第 5 病棟で赤痢患者が発生した病棟の環境問題について、以下のように記述されている。

この病棟はかなりの老朽施設であった。というのも、かつての王子航空機製作所の工員寮であり、その後、北日本製紙(株)社員寮となっていたものを、30 年に借用、改修しただけの施設である。ため、赤痢の発生を機に、病棟の環境問題が前面化したのは当然の成り行きといえた。

1974(昭和 49)年に道が指導検査に入った時点では、病棟の増改築がなされていたが、病院全般的に清掃、整頓が行き届いていないことを指摘されている。また、「市立赤平総合病院記念誌」[18] には、旧内科病棟と呼吸器科病棟の一部を改造し、精神科病棟への転用をはかったことが記述されている。調査時期の近くに新築された病棟は、精神病院の火災が社会的な問題になっていた時期とも重なるため、木造から鉄筋になり防火対策がとられるようになっていき、環境の改善がはかられていった。また、病院により差はあるが、老人の入院患者が増えていったことから、老人病床・老人病棟を設ける病院も出てきた。道の指導検査時点で、支笏湖病院、大江病院(帯広市)、東ヶ丘病院(深川市)が老人病棟を、芦別精療院が老人病床をそれぞれ設けていた。

次に、②入院患者への対応に関することでは、失禁患者室を設けていることが特徴的である。失禁患者室は、疾患に関わらず失禁している者が集められていた部屋で、道の指導検査調査項目にもなっていたことから、多くの精神病院や精神病床を有する一般病院に設けられていたと考えられる。失禁患者室は 88 施設中 27 施設にあり、失禁患者室とはしていないが畳の部屋に失禁患者を集めている 1 施設を加えると 28 施設で確認されている。老人患者の増加に伴い、失禁患者が増加したことに対する病院側の対応は、一つの部屋に患者を集めることであった。

最後に、③医療法・精神衛生法等の法令順守に関することを見てみると、ほとんどの病院が医療職の不足と患者の超過収容の問題を指摘されている。医療職の不足では、医師よりも看護婦の不足が深刻であった。当時は無資格の者も看護職員として業務に従事しており、ほぼ全病院で有資格看護婦の充足に努めるように指導を受けていた。さらに、ほとんどの病院が定床に対して慢性的な超過収容状態にあり、病室の定員も守られていない状況であった。公立の病院は超過収容を行わないため、しわ寄せが民間病院にきてなかなか入院を抑えることができないという状況を、道の指導検査担当者に話す民間病院もあった。看護婦の定員が充足している病院も、超過収容状態のため看護婦不足に陥っていた。このように、大半の病院は看護婦の定員が充足しておらず、その上超過収容状態にあるため、患者は有資格の看護婦の看護を充分に受けることができなかったと言える。超過収容の主な原因としては、北海道衛生部保健予防課が「平均在院日数が年々長くなっていること」「老人性精神障害などの入院が増えていること」を挙げている(北海道衛生部保健予防課, 1981)[19]。老人性精神障害の中には認知症高齢者も含まれるため、認知症高齢者の入院の増加が超過収容の原因の一つであったと言える。

３．施設における認知症高齢者の見方と対応

老人福祉施設は老人福祉法制定以降増加していったが、施設の中の認知症高齢者に対する見方と対応はどのようなものであっただろうか。1969(昭和 44)年に北海道民生部福祉課が発行した、「施設老人の問題点事例ケース集」[20] と「施設老人のケースワークの実際(2)」[21] に基づき、施設の認知症高齢者に対する対応、認知症高齢者が置かれていた状況について分析した。「施設老人の問題点事例ケ

ース集」は、全道の養護老人ホームと特別養護老人ホームから寄せられた51事例のケース検討結果を収載したものである。また、「施設老人のケースワークの実際(2)」は、51事例のケース検討結果に対する道の見解をまとめたものである。いずれも、施設職員の研修会等に活用する目的で発行された。

51事例中、認知症高齢者と思われる6事例を選択し分析した。認知症高齢者であると判断した基準は、①65歳以上で精神病の既往歴がないこと、②妄想などの症状の他に記憶障害があり症状が高齢になってから表れてきたこと、③老年期痴呆と判断されている者、である。施設職員の記載した生活歴などから、これらのことがはっきりしない事例については除外した。6事例は全て女性で、年齢は70～92歳と幅広い。事例3のみ特別養護老人ホーム入所者で、他の5事例は養護老人ホーム入所者である。6事例のケース検討結果を要約し、表5に示す。

6事例について、①施設職員はどのように捉えていたのか、②施設職員の対応とその結果はどのようなものであったか、③道からの指導はどのようなものであったか、の3点から分析していく。まず、①施設職員はどのように捉えていたのか、について見ていく。いずれの事例も妄想がありほとんどが物盗られ妄想で、事例3のみ嫉妬妄想であった。物盗られ妄想がある事例では、ほとんどが同室者に物を盗られたという訴えで、なかには担当の寮母が食事に毒を入れた、施設長にお金を預けたなど矛先が職員に向けられる場合もあった。同室者や職員とのトラブルが絶えないため、問題事例として挙げられている。事例1、5は痴呆症状ありということで認知症と理解されていたが、他の事例では「狡猾」「猜疑心が強い」「嘘つき」など性格上の問題として捉えられていた。また、盗られたことが間違いであっても同室者に謝らないことから、「強情」「頑固」とも捉えられていた。しかし、度々同じようなトラブルを起こしエスカレートしていった事例では、性格上の問題ではなく痴呆の可能性もあるのではと考える場合もあったが、その判断は難しく精神科の受診にはなかなか結びつかなかったようである。

次に、②施設職員の対応とその結果はどのようなものであったか、について見ていく。認知症の症状が性格上の問題として捉えられていたため、同室者や職員とのトラブルに際しては、間違いを本人に認めさせ同室者や職員に謝罪させるという指

表5　施設老人のケース検討結果

分析の視点		①施設職員の捉え方		②施設職員の対応とその結果		③道からの指導
事例	年齢	性格	問題点	指導内容	結果・将来への教訓	道の所見
1	83		身体症状の訴えが多い 同室者に対する物盗られ妄想	出来るだけ受容するように処遇 痴呆度の診断により、記銘、見当識の欠如が明らか	身体症状の訴えはなくなったが、被害妄想は継続	現在精神科の入院は“とられ妄想”だけではなかなか入院させてくれない 事例の信用を得ている人は、積極的に精神が安定する暗示的言葉をかけることが必要
2	70	狡猾、粗暴、強情、短気、冗舌	同室者に対する物盗られ妄想	説得しても納得せず、一時納得しても翌日には繰り返す 以前も問題があったため、精神科医の判断を仰ぐ	「老人性精神病」と診断 加療のため即入院 もっと早く医師の診断を仰いでいれば良かった	もっと早く医師の診療を仰いでいればとの検討結果を支持
3	75	猜疑心が強い	耳が遠い 猜疑心が強い	亡夫への嫉妬妄想がある時は、本人の気持ちを落ち着かせ安心させる為何度も繰返して聞かせる 過去のことを何度も話してみる	今のところその日によるがやや落ち着き気味 死亡した者の事は忘れ、健康を守るよう注意する	血圧で倒れた既往から、血圧の後遺症による精神障害で痴呆も併発 難聴者には猜疑心が強い者が多いが、嫉妬妄想が強ければ精神科医の診断も必要
4	86	頑固、多弁	同室者に対する物盗られ妄想 担当寮母が食事に毒を入れたという被害妄想	事例が信用している指導員が確認 実際に食事を食べるのを見せたりして安心させる	親切に接し身内のように思ってもらえるようにすると、問題解決に役立つことがある	寮母がどのように受け答えしたのかをまとめておくことが必要 状況により精神科医に相談することが基本
5	92	正直、温和 無口	若干痴呆症状があり、入院、療養により一層強くなった 夜中に人が入ってきて財布を盗られたという物盗られ妄想	指導員が預金通帳を見せ安心させる 本人を安心させるため通帳に似せた用紙に金額を書き、預けた	安心し、訴えのない状態が続いている	やさしく受けとめて、骨感を取り除いてやるように指導すること 症状が周期的に表れる場合は、良いときに悪化しないための注意が必要
6	81	普段は穏揚 病的症状が昂ずると猜疑心が深くなりすさむ	同室者に対する物盗られ妄想 施設長に対する預けた金を返してくれという物盗られ妄想	若し頃の生活を回想的に語らせる 本人の考え違いであることを静かに納得のゆくまで説明する	反抗する時は声を荒げる場合もあり、これは固く気をつければならない 何人にも公平な相談相手でなくてはならない	指導内容に間違いはないが、老人性痴呆症の理解そのものが問題 医師に連絡し投薬するなど精神科医に相談することも必要

※施設老人の問題点事例ケース集、施設老人のケースワークの実際(2)を基に内容を要約し表を作成

導がなされていた。また、物忘れや勘違いするなど、能力の低下があることを本人に自覚させるなどの対応がとられていた。興奮しわめき散らすなど職員の手に負えない場合は、一時的に静養室に入れ落ち着くまで様子を見るという場合もあった。同室者との関係がうまくいかず、部屋替えもよく行われる対応であった。事例 2 では、性格上の問題だけではないと判断され、精神科を受診し即入院となっている。妄想に対しては基本的に、本人に根気よく説明し納得してもらい、今後トラブルを起こさないように指導するという姿勢であった。うまく対応できた事例 3 では、過去の話を何度も本人と話していくなかで落ち着いた。同じく事例 5 は、預金が盗まれたという訴えを受けとめた上で預金通帳に似たものを持たせて安心させた。これは、本人を長い人生を生きてきた「一人の人格」を持つ人間として理解し、本人が落ち着くことや安心することを中心に考えた結果であると考えられる。事例により差はあるものの、性格上の問題として指導的態度が全面に出た対応をした場合は同様のトラブルが繰り返され、本人の話をよく聞き受けとめた上で本人中心の対応がなされた場合は、比較的長く落ち着いた状態が続いていたと言える。

最後に、③道からの指導はどのようなものであったか、について見ていく。これらの事例に対する道の見解は、所見としてまとめられている。各々の事例について記述されているが、強調されているのは精神科医との連携や相談、受診である。痴呆を含めて精神障害の症状がある場合は、施設の寮母が対応する範疇を超えるというのが道の見解である。しかし、当時の状況では妄想があるくらいでは精神科への入院は難しいので、「精神科医と連携し病状を踏まえた対応をしていくべきである」としている。現実には、被害妄想がある場合は周囲を巻き込み、本人や同室の者もかなり苦痛を感じており、職員の意見をもとに施設の収容が解除され、入院になるケースが多かったようである。こういった状況を回避するためにも「事例集を活用し職員が研修することにより、有効な手段や言葉かけを学んでいくことが必要である」としている。

Ⅴ．考察

１．低い高齢化率と高い老人福祉施設・精神病床の普及率

1960(昭和 35)年から 1980(昭和 55)年の間、北海道は全国よりも低い高齢化率で推移し、高齢化社会を迎えたのも全国の 6 年後、1976(昭和 51)年のことである。全国より高齢化率が低かった要因は、北海道の辿った歴史にある。明治期の本州からの大量移住により、北海道の人口は増加した。移住の目的は「北海道の開拓」にあり、屯田兵を始めとする厳しい寒冷地の労働に耐えうる労働力の移動であった。その後、大正期・昭和期にも大量の労働人口の移動があったことで、比較的若い年齢層の多い人口構成を維持してきたと言える。しかし、高齢化のスピードは全国よりも早く、その要因の一つとして「若年層の道外流出」を、北海道大学教授の三谷鉄夫が指摘している(三谷, 1990)[22]。

低い高齢化率とは対照的に、老人福祉施設である養護老人ホーム・特別養護老人ホームの 2 施設の定員数が 65 歳以上人口に占める割合は、全国平均のそれを大きく上回っている。全国平均が 1.5%であったのに対し北海道は約 2.9%と 2 倍近くに達しており、高い普及率であった。その要因の一つとしては北海道が寒冷地であり、冬期間の交通や生活の不便さが高齢者施設の需要を喚起したと考えることができる。特に都市部以外に住む独居や高齢者世帯は除雪や受診、買い物といった日常生活に関わる全般が、冬期間問題になっていたことは想像に難くない。また、北海道は東北地方と並び出稼ぎ労働者の多い地域であり、その多くは東北地方と同様農家出身者であると推測される。しかし、1973(昭和 48)年のオイルショック後の出稼ぎ労働者減少率が他地域に比べ低いことから、炭鉱閉山による雇用情勢の悪化も北海道の出稼ぎ労働者が多い要因の一つと考えられる(神代, 1992)[23]。

産炭地である空知管内の炭鉱労働者数を見てみると、1965(昭和 40)年には 35,000 人近くの常用労務者がいたが、1975(昭和 50)年には 13,000 人近くまで減少している(北海道空知総合振興局,n.d.)[24]。産炭地では炭鉱の閉山により出稼ぎが多くなり、高齢者が取り残されるケースが見られた。美唄市の「市制施行三十年の歩み」[25]には、「出稼先には妻子は呼ぶが老人は長屋に置き去りにされ、だんだんお金も送らず、うば捨山と化し救護されねばならぬ世帯が急激に多くなった」と措置が必要な老人が増えた状況が記述されており、経済的な問題も施設普及の要因の一つと考えられる。また、在宅生活を送るためのサービスが老人家庭奉仕員の派遣に限られ、その配置数が 1 市町村あたり約 2.5 人(厚生統計協会(編),1981)[26]という状況では施設入所を選択せざるを得なかったと考えられ、施設普及につながる要因になったと推測される。また、北海道は 1980(昭和 55)年の時点で精神病床数が人口 10 万対 333.9 床と全国の 242 床を大きく上回っており、精神病床普及の要因として老人福祉施設と同様に、冬期間の受診の問題や経済的問題も考えられる。

以上のことから、対象者数の増加よりも北海道特有の開発の経緯や経済状況、環境条件が影響し、施設・精神病床の高い普及率につながっていったと言える。

２．症状を中心とした見方と業務を優先させた対応

病院では、まず精神科の入院患者全体が他科の入院患者よりも老朽化した建物に入院させられるなど、施設・設備面での差別待遇があった。そして、認知症高齢者の多くが失禁していたことから、失禁患者室が設けられていた。ここでは、認知症高齢者の状態の一部である「失禁」のみを重視しており、病院側は患者を全体ではなく部分的にしか見ていなかったと考えられる。1973(昭和 48)年に出版された大熊一夫の「ルポ・精神病棟」[27]は、新聞記者である筆者がアルコール依存症を装い、道内ではないがある精神病院に潜入取材のため入院した時の体験を綴ったもので、その中で入院している認知症高齢者が失禁のために、「不潔部屋」の表札がかかった鉄の柵がある部屋に収容されているのを目の当たりにしている。両者に共通する認知症高齢者に対する見方は「失禁している人」であり、そこには患者が長い人生を送ってきた「一人の人格」を持つ人間であるという視点が欠けていた、と言うことができる。

また、ほとんどの病院が患者の超過収容と深刻な看護婦不足の問題を抱え、当時は無資格の者も看護職員として業務に従事しており、患者は充分な看護を受けられない状況であった。そのためケアを効率的に行う必要があり、失禁患者を同じ部屋に集めることでおむつ交換し易い環境を整えたと考えることができ、失禁への対応が優先されていたと言える。患者を中心とした看護が提供できず、看護職員の業務を優先させた対応を取らざるを得なかった当時の病院の状況が看取できる。

石井ら (2018) [28]は一般病棟における看護師の感情に着目した認知症患者のとらえ方として「否定的感情が先行し業務と身体疾患の治療を重視」を示し、その内容は認知症の症状と患者の性格を混同せずに理解することが難しく、苦手意識や煩わしさを感じ、病気だけを見て業務を優先させていたというものである。病院は治療の場であることから、看護職も病気の症状や治療に目が行きやすく、理解することが難しい認知症患者に否定的な感情を抱き、その結果患者ではなく業務を優先させるという対応になっていたと考えられる。以上のような、症状や治療を中心とした見方や業務を優先させる対応は、時代背景は違っても病院における見方と対応の特徴として捉えることができる。

３．症状と性格を混同した見方と一部で見られた本人中心の対応

施設では、基本的に痴呆と診断された者は精神病院への入院、もしくは医師と連携・相談のうえ対応していくという姿勢であった。また、痴呆は精神

疾患であるため施設入所者の範疇には含まれない者であったが、入所後の高齢化による発症や、老人特有の性格と判断され入所した痴呆の者などで、症状が軽度の場合は入院がなかなか難しく、施設で対応せざるを得ない状況であった。診断を受けているかどうかで、対応の仕方がはっきり分かれていたと言える。痴呆などの精神疾患の診断を受けた者は、基本的に入所は受けつけず、また入所後発症した者や診断がついた者も、軽症者以外は精神病院へ入院させるというスタンスであった。認知症は精神疾患であるため、医療の対象ではあるが福祉の対象ではないという認識が、1980 年代後半までの日本では一般的であった(宮崎, 2011)[5]。

施設内では、同室者や職員とのトラブルが絶えず、部屋替えや興奮状態が続く場合は一時的に静養室に入れるなどの対応がとられていた。診断がついていない場合は、「嘘つき」「狡猾」「強情」「頑固」など、老人特有の性格と捉えられ対応されていた。このような見方で対応した場合はうまくいかないことが多く、同じことが繰り返されていた。うまく対応できた事例を見てみると、過去のことを含めて本人の話をよく聞き受けとめた上で、落ち着かせることや安心させることを第一に考えた対応がなされていた。ここでは、入所者を長く人生を生きてきた「一人の人格」を持つ人間として認めた上で、本人を中心とした問題解決を試みる職員の姿勢が看取できる。

九津見ら (2008) [29] は介護保険施設に勤務するケアスタッフが感じる BPSD の望ましい転帰として、「認知症高齢者および周囲の人が安寧に施設生活を送ることができる」「BPSD が最小限となり混乱が収束する」という二つの概念を抽出し、BPSD を収束させるためには認知症高齢者の過去や性格、生活習慣を把握すること、これまでにケアしたことがある BPSD については混乱が少なくて済むケアを経験的に知っていることが重要であると指摘している。これは、うまくいった事例の中で行われていた、過去のことを含め本人の話を聞き対応することと一致している。また、施設では様々な人が生活しており、他の入所者への影響も考えることが必要で、本人の気持ちの安定と安心感を第一に考えた対応は、施設運営上も重要であったと考えられる。以上のように、施設では病気の症状という見方よりは性格と捉えられることが多く、生活の場という施設の特徴から、行動・心理症状が出現した場合、周囲への影響を考慮した対応がなされ、その中で本人中心の対応も見られていたと言える。

Ⅵ. 結論

1．1980(昭和 55)年頃の北海道は、炭鉱閉山による雇用情勢の悪化も一因と考えられる出稼ぎ者の増加や、冬期間の交通・生活の不便さが影響し、施設・精神病床の普及率が高かった。
2．病院では認知症高齢者に対して症状を中心とした部分的な捉え方をし、長い人生を送ってきた「一人の人格」を持つ人間であるという見方が弱く、患者の超過収容と看護職員の不足から業務を優先した対応がなされていた。
3．施設では認知症高齢者の症状と性格を混同した見方がなされ、生活の場という特徴から、行動・心理症状について周囲への影響を考慮した対応をし、一部の事例に本人中心の対応も見られた。

本研究に関連する利益相反はない。なお、本研究は平成 25 年度旭川医科大学大学院医学系研究科へ提出した修士論文を大幅に修正したものである。

Ⅶ. 引用文献

1） 二宮利治：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成 26 年度 総括・分担研究報告書、厚生労働省、2015
2） 呆け老人をかかえる家族の会(編)：痴呆の人の思い、家族の思い、中央法規出版、2004
3）「痴呆」に替わる用語に関する検討会:「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書、厚生労

働省、2004
４）新村拓：痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち、法政大学出版局、2002
５） 宮崎和加子：認知症の人の歴史を学びませんか、中央法規出版、2011
６） 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱、厚生労働省、2019
７）総理府統計局(編):昭和 55 年国勢調査報告 第 1 巻 人口総数、総理府統計局、1982
８） 北海道衛生部保健予防課(編)：北海道精神衛生関係統計 昭和 58 年度、北海道衛生部保健予防課、1983
９） 北海道衛生部総務課(編)：北海道衛生統計年報 昭和 60 年、北海道衛生部、1987
10） 北海道企画部統計課(編)：第 72 回 北海道統計書 昭和 38 年版、北海道、1965
11） 北海道企画部統計課(編)：第 74 回 北海道統計書 昭和 40 年版、北海道、1967
12） 北海道企画部統計課(編)：第 79 回 北海道統計書 昭和 45 年版、北海道、1972
13）北海道開発調整部調査統計課(編):第 84 回 北海道統計書 昭和 52 年、北海道、1977
14）北海道開発調整部調査統計課(編):第 88 回 北海道統計書 昭和 56 年、 北海道、1981
15） 北海道衛生部保健予防課精神衛生係：精神病指導検査、北海道衛生部保健予防課精神衛生係、1974
16） 北海道衛生部保健予防課精神衛生係：精神病指導検査、北海道衛生部保健予防課精神衛生係、1975
17） 江別市総務部(編)：えべつ昭和史、江別市、1995
18） 市立赤平総合病院記念誌編集委員会(編)：市立赤平総合病院記念誌 半世紀の歩み―診療棟・管理棟全面改築記念―、市立赤平総合病院、1994
19） 北海道衛生部保健予防課：本道における精神衛生の動向、赤れんが、64、2－15、1981
20） 北海道民生部福祉課(編)：施設老人の問題点事例ケース集、北海道民生部福祉課、1968
21） 北海道民生部福祉課(編)：施設老人のケースワークの実際(2)、北海道民生部福祉課、1969
22）三谷鉄夫：老年人口と高齢者世帯の動向、’89 いま 北海道の高齢者は、北海道高齢者問題研究会 編集委員代表 布施晶子、北海道高齢者問題研究会、1－10、1990
23）神代和欣：季節労働者の地域別移動、エコノミア、43(3)、33－61、1992
24）北海道空知総合振興局：そらち・炭鉱の記憶、n.d. http://www.sorach.pref.hokkaido.lg.jp/root/yama/material/05.htm
25） 開基九十年・市制施行三十年記念誌編さん委員会(編)：市制施行三十年の歩み、美唄市役所、1980
26）厚生統計協会(編)：国民の福祉の動向 昭和 56 年、厚生統計協会、1981
27）大熊一夫：ルポ・精神病棟、朝日新聞社、1973
28）石井優香、石橋みゆき、正木治恵：一般病棟における看護師の感情に着目した認知症患者のとらえ方、千葉看護学会誌、24(1)、33－42、2018
29）九津見雅美、山田綾、伊藤美樹子ほか：施設入所認知症高齢者にみられる BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)ケアのための新たな概念の構築：問題行動パラダイムを越えて、日本看護研究学会雑誌、33(1)、111－120、2008

The Perception and Treatment of the Elderly with Dementia in Hokkaido Hospitals and Facilities: From the Elderly Welfare Law to the Elderly Health Care Law

OTSUBO Tomomi※

【Abstract】

This study reveals how hospitals and elderly welfare facilities in Hokkaido viewed and treated elderly people with dementia. It focuses on the period between the enactment of the Elderly Welfare Law in 1963 until 1983, when it was replaced by the Elderly Health Care Law. Utilizing 70 official government documents and over 150 historical prefectural and municipal documents, the study analyzes and compares these materials to create a historical snapshot of the situation of elderly dementia patients.

Hospitals were the main institutions to treat elderly dementia patients, and largely focused their attention on the symptom of incontinence. The overcrowding of patients and a lack of nursing staff forced hospitals to set up "incontinence rooms" which prioritized efficiency over comfort. Elderly welfare facilities where patients lived fulltime often confused the symptoms of dementia with the personality of patients, but when behavioral and psychological symptoms emerged, a person-centered approach was sometimes taken.

Key words　elderly with dementia,　perception,　treatment,　historical research

※Division of Nursing, Asahikawa Medical University

投稿論文

高齢者の術後せん妄発症予測における Yamaguchi Pigeon-Fox Imitation Test（YFPIT）と Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress（E-PASS）の有用性の検討

黒木　慎一 [1)]，服部ユカリ [2)]

要　旨

目的：高齢者の術後せん妄発症予測における YFPIT と E-PASS の有用性を明らかにすること。

方法：外科手術目的で入院した 65 歳以上の患者 65 名を対象とした。基本属性, E-PASS（PRS, SSS, CRS）, YFPIT，ICDSC を対象の観察･診療記録から収集した。ICDSC により術後せん妄の発症群と非発症群とに分け，発症との関連は χ^2 検定，Fisher の直接確率検定, Mann-Whitney の U 検定を行い，有意水準は 5%未満とした。

結果：発症群は 7 名，非発症群は 58 名であった。発症と有意な関連があったのは，ICU 入室（P=0.015），手術時間が長い（P=0.035），PRS（P=0.027），CRS（P=0.040）が高い,であった。

結論：E-PASS は術後せん妄のリスク評価に有用であることが確認された。

キーワード　高齢者，看護，術後せん妄，予測

緒　言

高齢になるに伴い，手術による心身の変調を生ずるリスクは高まり, 合併症や ADL の低下により，これまで生活してきた場所への復帰が困難となることも多い。手術に伴う合併症は多様であるが，高齢者にリスクが高いとされているものの 1 つに「術後せん妄」がある。術後せん妄の発症率は約 50%であるといわれている [1)]。術後せん妄は，手術後の安静を要する時期に急激に発症し，治療やケアの継続を困難にするばかりでなく，患者の心身の順調な回復を遅延させ，予後にも重大な影響を及ぼす。また，安全確保のため家族や本人の同意のもとで身体拘束を行う場合も多く，倫理的な面からも早期の介入が必要である。そのため，術後せん妄を予測し予防介入を行うことは，高齢者の QOL を維持し回復の遷延化を予防し，早期に入院前の生活に復帰するためにも意義がある。

せん妄は早期の予測と対応により予防が可能であるといわれているが [2)], せん妄の発症要因は個人差が大きく簡単には予測しにくく，早期発見は困難であることが多い。しかし，あらかじめせん妄を起こしやすいハイリスク者を予測できれば，より効果的にせん妄を予防できると考えられる。しかし，さまざまな身体状況を管理しなければならない術前，術後に多岐にわたるリスク評価をすることには困難が伴うことから，リスク評価を簡便にできる指標が必要である。

せん妄に関する先行研究は，発症要因に関する

1)医療法人社団優希　アーク訪問看護ステーション

2)札幌保健医療大学保健医療学部看護学科（前旭川医科大学医学部看護学科）

ものが多く，発症要因は直接因子（precipitating factors），準備因子（predisposing factors），誘発因子（facilitating factors）の３つに分類されている[3]。これらの要因としては様々なものが報告されており，その中で年齢，術前の認知機能低下などはエビデンスレベルが高いとされている[4]。認知症はせん妄のリスク因子であり，せん妄もまた認知症のリスク因子として認知機能を悪化させるといわれている[5]。術前の認知機能を把握しておくことは，術後のせん妄予測に有用であり[6]，せん妄予防の推奨策[4]の中にも認知機能障害のスクリーニングが含まれている。しかし，改訂長谷川式簡易知能スケール（以下 HDS-R）や Mini Mental State Examination（以下 MMSE）は患者の負担もあり，実際に臨床で行うことは困難なことも多い。そこで，本研究では認知機能の評価に関しては，簡便で患者の負担も少なく認知機能の評価を行うことができる山口キツネ・ハト模倣テスト（Yamaguchi Pigeon-Fox Imitation Test：以下 YFPIT）[7]が適切であると考えた。一方，外科手術は，全身麻酔下で行われることが多く，身体侵襲も大きく，せん妄の直接因子，誘発因子も多く存在する。身体疾患の重症度や循環不全，低酸素，心肺機能の低下もせん妄の発症要因としてエビデンスレベルが高いとされている[4]。そこで，本研究では身体疾患の重症度および術後合併症リスクの評価に関しては，患者の生理機能と手術侵襲の大きさを定量化し，術後合併症の発生を予測するツールである Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress（以下 E-PASS）[8]が適切であると考えた。E-PASS は，消化器外科領域だけでなく，呼吸器外科領域や，血管外科領域，整形外科領域でも術後合併症の予測に有用であることが判明している[9]。そこで，高齢者の術後せん妄発症予測における YFPIT および E-PASS を用いることで，術前からのリスク評価を簡便にできるのではないかと考えた。

I. 目　的

本研究の目的は，高齢者の術後せん妄発症予測における YFPIT と E-PASS の有用性を明らかにすることである。

II. 方　法

１．　概念モデル（図１）

本研究において，術後せん妄の発症は，基本属性，身体疾患の重症度および術後合併症リスク，認知機能と関連していると考えた。なお，基本属性は年齢，性別，主たる疾患名，認知症の有無，ICU 入室の有無とした。

YFPIT[7]は認知機能を評価するツールで，キツネおよびハトの模倣テストである。迅速にかつゲーム感覚で行うことができ，患者の心理的負担も低く，認知症で低下する身体状態，視覚運動機能の程度を調べることができる。また，Clinical Dementia Rating（以下 CDR），HDS-R との関連性があり，キツネは重度認知症（CDR３）以外ではほとんど誤答することはなく，ハトは Mild Cognitive Impairment（以下 MCI）で約５割が誤答し，軽度認知症（CDR１）でも８割近くが誤答し，重度認知症（CDR３）においては約９割が誤答するという認知機能評価ツールである。

E-PASS[8]は患者の生理機能を表す術前リスクスコア（Preoperative Risk Score：以下 PRS），行った手術の大きさを表す手術侵襲スコア（Surgical Stress Score：以下 SSS）およびこの両者から規定される総合リスクスコア（Comprehensive Risk Score：以下 CRS）から成る。PRS は患者の予備能を数値として

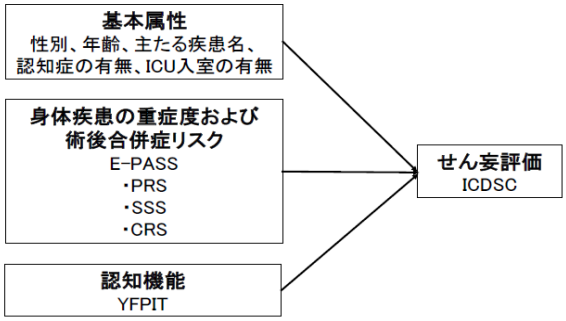


図1　概念モデル

表すことができる。また，SSS は手術侵襲の大きさを数値として表す。CRS は PRS と SSS がほぼ１対１の割合で加算されたスコアで，総合的に患者のリスクを表している。これらのスコアの算出には，特別な検査は必要とせず，どの病院でも算出することができる。CRS が大きくなるにつれ，術後合併症，在院死亡率が上昇する。この関係は，消化器外科手術のみでなく，呼吸器外科手術，血管外科手術でも同様の結果を得ている。以下に計算式を示す。

・PRS : $-0.0686+0.00345X_1+0.323X_2+0.205X_3+0.153X_4+0.148X_5+0.0666X_6$

X_1 : 年齢，X_2 : 重症心疾患有り（１），なし（０），X_3 : 重症肺疾患有り（１），なし（０），X_4 : 糖尿病有り（１），なし（０），X_5 : Performance Status（以下 PS）（０-４），X_6 : 麻酔リスク（American Society of Anesthesiologists-physical status : 以下 ASA）（１-５）

・SSS : $-0.342+0.0139X_1+0.0392X_2+0.352X_3$

X_1 : 体重あたりの出血量（g/kg）X_2 : 手術時間（hr）X_3 : 手術切開創の範囲（０-２）

・CRS : $-0.328+0.936PRS+0.976SSS$

せん妄評価ツールには Intensive Care Delirium Screening Checklist（以下 ICDSC）[10]や Delirium Screening Tool（DST）[11]，せん妄評価尺度（Delirium Rating Scale-Japanese version，DRS-J）[12]，The Confusion Assessment Method（CAM）[13]など様々なツールが開発されている。この中で ICDSC は，評価時間が短く，感受性も高く，臨床の場面でも活用しやすく[10]，８時間のシフトすべて，あるいは 24 時間以内の情報に基づき完成され，記録を遡ることで一定の評価が可能であり，せん妄かどうかを評価するツールとして適切である。本研究ではせん妄を発症しているかどうかを ICDSC により判定する。

２．研究対象

平成 25 年９月 30 日から 12 月 20 日の期間に，手術室での外科手術（主に血管・心臓・呼吸器外科手術）目的で入院した 65 歳以上の患者を対象とした。除外基準は意思疎通が困難と考えられる患者，知的障がい者，術前よりせん妄を発症している患者とした。対象病院は北海道中核市の約 600 床の特定機能病院であり，ハイリスク患者も多く，術後 ICU に入室する場合もある。看護体制は７対１である。対象病棟で行っている術後せん妄対策としては，①患者の特性を把握しておく，②環境の調節を行う，③視覚や聴覚など，感覚遮断を少なくする，④不安を軽減する，⑤全身状態のバランスを保つ，⑥活動と休息のバランス・睡眠を調整する，⑦拘束を外すであった。また，日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール（J-NCS）[14]を，入院時，術直後および術後せん妄が疑われる際に使用していた。

３．データ収集方法

入院時に研究協力依頼を文書および口頭で行い，同意が得られた患者に対し，１）基本属性，２）身体疾患の重症度および術後合併症リスク評価：E-PASS，３）認知機能の評価：YFPIT，４）せん妄評価：ICDSC を対象者の観察および診療記録からフローチャート（図２）に従って収集した。データは，研究者が収集するとともに対象病棟のスタッフに次の①②のように依頼し，協力を得た。①ICDSC 評価のため患者の行動や精神状態の変動に関して電子カルテ上に記録する。②YFPIT に関しては評価者間での差がないように学習会を実施し，入院時に実施する。

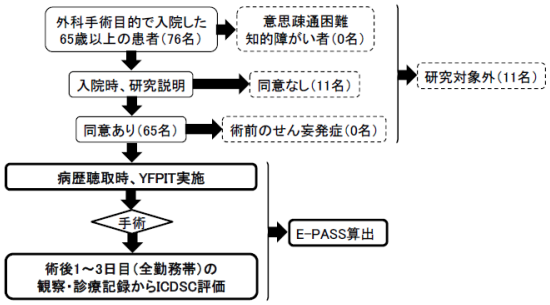


図2 研究フローチャート

４．分析方法

本研究においては，先行研究[10]に基づき，ICDSC ４点以上でせん妄発症とした。

せん妄の発症/非発症と年齢分類（前期高齢者・後期高齢者），性別，主たる疾患名，医師による認知症診断の有無，ICU 入室の有無，重症心疾患の有無，重症肺疾患の有無，糖尿病の有無，PS，ASA，手術切開創の範囲，YFPIT の正誤の比較には χ^2 検定，Fisher の直接確率検定を行った。検定の際は，主たる疾患名は下肢閉塞性動脈硬化症，下肢静脈瘤，深部静脈血栓症を末梢血管疾患，肺がん，前縦隔腫瘍，鼠径ヘルニアを胸腹部疾患，腹部大動脈瘤，胸部大動脈瘤，僧帽弁閉鎖不全症を心・大血管疾患の３群，PS は PS ０～１と PS ２～３の２群，ASA は ASA １と ASA２～３の２群，YFPIT の正誤をキツネ，ハトともに正答した群とキツネおよびハトを１つ以上誤答した群の２群に再分類した。

せん妄の発症/非発症と年齢，体重あたりの出血量，手術時間，PRS，SSS，CRS の比較には Mann-Whitney の U 検定を行った。分析の際には統計ソフト SPSS ver.20 を使用し，統計的有意水準は 5%未満とした。

５．倫理的配慮

研究の主旨・目的・方法，参加は自由意思によること，プライバシーの保護，研究の諾否や途中辞退にかかわらず，何ら不利益がないこと，得られた内容は本研究の目的以外には使用しないことなどを口頭と書面を用いて説明し，同意が得られた場合は同意書に署名を得た。また，旭川医科大学倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号 1582）。

III. 結　果

１．対象者の基本属性

研究期間中，対象者 76 名に研究協力依頼し，65 名（86.7%）から同意が得られた。最低年齢 65 歳，最高年齢 93 歳，平均年齢は 73.7（±6.2）歳であった。高齢者区分は前期高齢者 39 名（60.0%），後期高齢者 26 名（40.0%）であった。性別は男性 43 名（66.2%），女性 22 名（33.8%）であった。主たる疾患名は，下肢閉塞性動脈硬化症が 16 名（24.6%），肺がんが 18 名（27.7%），腹部大動脈瘤が 17 名（26.2%），胸部大動脈瘤が４名（6.2%），下肢静脈瘤が５名（7.7%），前縦隔腫瘍が２名（3.1%），深部静脈血栓症が１名（1.5%），鼠径ヘルニアが１名（1.5%），僧帽弁閉鎖不全症が１名（1.5%）であり，様々な疾患の手術目的で入院していた。入院以前から認知症と診断されている者はいなかった。術後，ICU に入室した者は 18 名（27.7%）であった。

２．身体疾患の重症度および術後合併症リスク

重症心疾患，重症肺疾患の既往がある者はいなかった。糖尿病の既往ありは 19 名（29.2%）であった。PS０「無症状で社会生活ができ，制限をうけることなく，発病前と同等にふるまえる」は 23 名（35.4%），PS１「軽度の症状があり，肉体労働は制限を受けるが，歩行・軽労働はできる」は 35 名（53.9%），PS２「歩行や身の回りのことはできるが，時に介助がいることもある。軽労働はできないが日中の 50%以上は起居している。」は６名（9.2%），PS３「身の回りのある程度のことはできるが，しばしば介助が要り，日中の 50%以上は就床している。」は１名（1.5%），PS４「身の回りのこともできず，常に介助がいり，終日就床を必要としている。」はいなかった，日常生活は自立している者が約 90%を占めていた。ASA１「健常者」は 12 名（18.5%），ASA２「軽症の全身疾患あり」は 47 名（72.3%），ASA３「コントロール可能な重症の全身疾患（＋）」は６名（9.2%），ASA4「生命に危険を及ぼすコントロール不可能な重症全身疾患」および ASA５「手術の有無に関わらず 24 時間以内に死亡が予測される患者」はおらず，麻酔リスクが非常に高い者はいなかった。体

重あたりの出血量平均 5.4±16.7g/kg，手術時間平均 3.2±2.0 時間，切開創の範囲０「胸腔鏡創または腹腔鏡創のみ（いわゆる補助下手術も含む，最大の創が 10cm 以下）」は 57 名（87.7%），１「開胸あるいは開腹のいずれか一方のみ」は８名（12.3%），２「開胸および開腹」は 0 名であり，手術侵襲は全体的に低かった。PRS 平均±SD は 0.5±0.2，SSS 平均は-0.1±0.4，CRS 平均は 0.02±0.4 であり，非常に低いスコアであった。

３．認知機能

キツネ，ハトともに正答は 56 名（86.1%），キツネのみ正答は４名（6.2%），ハトのみ正答は４名（6.2%），キツネ，ハトともに誤答は１名（1.5%）であった。キツネ，ハトのいずれか一つ以上誤答は 13.9%であり，ほとんどがキツネ，ハトともに正答することができていた。

４．せん妄評価（表１）

術直後は，ICDSC４点以上は２名（3.1%）であった。術後１日目では，ICDSC４点以上は，深夜１名（1.5%），日勤はおらず，準夜１名（1.5%）であった。術後２日目では，ICDSC４点以上はいなかった。術後３日目では，ICDSC４点以上は，深夜２名（3.1%），日勤はおらず，準夜１名（1.5%）であった。ICDSC４点以上でせん妄と評価されたものは，術後日数に関係なく分布していた。

以上を総計すると術後せん妄発症群は７名（10.8%），非発症群は 58 名（89.2%）であった。

表1　せん妄評価

人数（%）　N=65

	ICDSC4 点以上（せん妄発症）	ICDSC3 点以下（せん妄非発症）
術直後	2(3.1)	63(96.9)
術後１日目深夜	1(1.5)	64(98.5)
日勤	0(0.0)	65(100.0)
準夜	1(1.5)	64(98.5)
術後２日目深夜	0(0.0)	65(100.0)
日勤	0(0.0)	65(100.0)
準夜	0(0.0)	65(100.0)
術後３日目深夜	2(3.1)	63(96.9)
日勤	0(0.0)	65(100.0)
準夜	1(1.5)	64(98.5)

また，ICU に入室した者の術後せん妄発症は５名（7.7%）であり，術後せん妄発症者の多くは ICU に入室していた。

５．せん妄の発症/非発症と各変数との関連

１）基本属性（表２）

発症群は有意に ICU 入室者が多かった（*P*=0.015）。年齢，年齢分類，性別，主たる疾患名とせん妄発症群・非発症群との有意な差はなかった。

２）身体疾患の重症度および術後合併症リスク（表３-１，表３-２）

発症群は有意に手術時間が長く（*P*=0.035），PRS が高く（*P*=0.027），CRS が高かった（*P*=0.040）。糖尿病の既往，PS，ASA，手術切開創の範囲，体重あたりの出血量，SSS とせん妄発症群・非発症群で有意な差はなかった。

３）認知機能（表４）

せん妄発症群・非発症群で有意な差はなかった。

IV．考　察

１．術後せん妄の発症率および発症時期

本研究においては，術後せん妄発症は７名（10.8%），非発症は 58 名（89.2%）であり，本研究開始以前（平成 25 年７月 10 日から９月 28 日）の対象病棟におけるせん妄発症率は 65 名中 12 名（18.5%）と比べると低かった。せん妄の発症率としては，全入院患者の 10～30%，術後患者の約 50%[1]と推計されており，心臓血管術後患者の 10%[15]，心臓外科における 70 歳以上の患者の 31%[16]，消化器外科手術における 75 歳以上の患者の 54.7%[6]とばらつきがある。このように発症率に差が生じる原因として，研究対象者数の違い，ケア施設や対象患者層の違い，サンプリングの方法や研究デザインの違い，測定尺度や診断基準の違いなどが挙げられ，単純に比較することには慎重であるべきだが，本研究の発症率は低いと言える。これは，

表2　基本属性とせん妄発症/非発症の関連

N=65

項　目		平均±SD	せん妄 発症	せん妄 非発症	
平均年齢(歳)		73.7±6.2	74.1±5.2	73.7±6.3	n.s.
項　目		*n*			人数(%)
高齢者区分	前期高齢者	39	5(12.8)	34(87.2)	n.s.
	後期高齢者	26	2(7.7)	24(92.3)	
性別	男性	43	5(11.6)	38(88.4)	n.s.
	女性	22	2(9.1)	20(90.9)	
主たる疾患名	末梢血管疾患	22	2(9.1)	20(90.9)	n.s.
	胸腹部疾患	21	1(4.8)	20(95.2)	
	心・大血管疾患	22	4(18.2)	18(81.8)	
認知症	あり	0	0(0.0)	0(0.0)	–
	なし	65	7(10.8)	58(89.2)	
ICU入室	あり	18	5(27.8)	13(72.2)	*
	なし	47	2(4.3)	45(95.7)	

χ^2検定，Fisherの直接確率検定，Mann-WhitneyのU検定，*P<0.05，n.s. not significant

表3-1　身体疾患の重症度および術後合併症リスクとせん妄発症/非発症の関連

人数(%)　*N*=65

項　目		*n*	せん妄 発症	せん妄 非発症	
重症心疾患	あり	0	0(0.0)	0(0.0)	–
	なし	65	7(10.8)	58(89.2)	
重症肺疾患	あり	0	0(0.0)	0(0.0)	–
	なし	65	7(10.8)	58(89.2)	
糖尿病	あり	19	4(21.1)	15(78.9)	n.s.
	なし	46	3(6.5)	43(93.5)	
PS	0「無症状で発病前と同等にふるまえる。」、1「軽度の症状があり、歩行・軽労働はできる。」	58	7(12.1)	51(87.9)	n.s.
	2「時に介助がいることもある。日中の 50%以上は起居している。」、3「しばしば介助が要り、日中の 50%以上は就床している。」、4「常に介助がいり、終日就床を必要としている。」	7	0(0.0)	7(100.0)	
ASA	1「健常者」	12	0(0.0)	12(100.0)	n.s.
	2「軽症の全身疾患あり」、3「コントロール可能な重症の全身疾患(＋)」、4「コントロール不可能な重症全身疾患」、5「24 時間以内に死亡が予測される患者」	53	7(13.2)	46(86.8)	
手術切開創の範囲	0「胸腔鏡創または腹腔鏡創のみ(いわゆる補助下手術も含む、最大の創が 10cm 以下)」	57	6(10.5)	51(89.5)	n.s.
	1「開胸あるいは開腹のいずれか一方のみ」	8	1(12.5)	7(87.5)	
	2「開胸および開腹」	0	0(0.0)	0(0.0)	

χ^2検定，Fisher の直接確率検定，n.s. not significant

表3-2　身体疾患の重症度および術後合併症リスクとせん妄発症/非発症の関連

N=65

項　目	平均±SD	せん妄 発症	せん妄 非発症	
体重あたりの出血量(g/kg)	5.4±16.7	17.3±35.8	4.0±12.7	n.s.
手術時間(hr)	3.2±2.0	5.2±3.3	2.9±1.8	*
PRS	0.5±0.2	0.6±0.1	0.4±0.2	*
SSS	−0.1±0.4	0.2±0.7	−0.1±0.3	n.s.
CRS	0.02±0.4	0.4±0.7	−0.02±0.32	*

Mann-Whitney の U 検定，*P<0.05，n.s. not significant

ん妄予防のための推奨策[4]が，対象病棟ですでに実施されていたことが寄与したのではないかと考えられる。また，患者・看護師に研究協力依頼書を用いて，せん妄について説明しており，せん妄に対する注意を意識・無意識に喚起した可能性も考えられる。非薬物療法的介入として教育的介入の有用性が示されており[17][18]，せん妄に関する事前の説明がせん妄発症に影響を与えた可能性がある。

通常，せん妄は術後１日目～数日後の夜間に発症することが多いといわれている[2]。本研究でも術後３日間の夜間に発症しており，従来の報告と同様であった。

現在，我が国の高齢化率は28.8%と世界で最も高い水準となっており，2047 年には 38.4%になり，高齢化が進行すると推計されている[19]。高齢化の進行に伴い，入院患者の中でせん妄のハイリスク者が占める割合も高くなると考えられるため，これまで以上にせん妄のハイリスク者の同定，予防，早期発見，介入が重要となる。

２．術後せん妄の要因およびアセスメント

せん妄の発症には様々な要因が複雑に絡み合っている。本研究ではこれらの要因の中からエビデンスレベルに基づき，特に認知機能に着目してせん妄発症との関連性を検討するため YFPIT を用いた。しかし，本研究では認知機能とせん妄発症との関連性は見出せなかった。これは，他の認知機能評価を行っていないので断定はできないが，入院時に認知症と診断されていた患者がいなかったことからも，今回の対象者は認知機能が高い患者であった可能性が考えられる。また，先行研究では認知機能がせん妄と関連していることは明らかになっており[4]，患者の負担を考慮すると YFPIT は簡便な認知機能評価ツールという利点はあるが，せん妄の発症率が誤答者と正答者でほぼ同じであったことから，せん妄を予測するために用いる認知機能評価ツールとしては適さなかったと考える。そのため，他の認知機能評価ツールの活用を検討する必要性がある。

本研究においては，身体疾患の重症度および術後合併症リスクに関しては E-PASS を使用し検討しており，PRS，CRS に関してはせん妄発症との関連性を見出された。これは，PRS は術前リスクであり，術前の患者の全身状態を評価することができ，CRS は総合リスクであり，術前・術後の全身状態が影響しており，先行研究で身体疾患の重症度や循環不全，低酸素，心肺機能の低下もせん妄の発症要因としてエビデンスレベルが高いとされている[4]ことに矛盾しない結果であった。手術時間，ICU 入室の有無に関しては，手術時間が長くなればなるほど身体侵襲が大きくなり ICU での管理が必要となることが考えられ，麻酔時間４時間以上，ドレーンや末梢ルートが多いなどの先行研究の結果とも合致している[20]。

せん妄は経験のみに頼って評価すると，多くのせん妄患者を見逃すことになるといわれている[21]。せん妄を正しく評価するには，せん妄の定義や特徴・症状などについて理解を深め[21]，信頼性と妥当性が確認されたツールを用いることが重要である。せん妄の見逃しを防ぐには，評価は定期的に行う必要があり，せん妄のアセスメントの流れツールの選択の例[2]によると，質問形式のツールは１～数日に１回程度，観察形式のツールは各勤務帯に１回の割合で使用することが提案されている。

表4　認知機能とせん妄発症/非発症の関連

人数（%）　N=65

項　目		n	せん妄 発症	せん妄 非発症	
YFPIT	キツネ、ハトともに正答	56	6(10.7)	50(89.3)	n.s.
	キツネおよびハトを１つ以上誤答	9	1(11.1)	8(88.9)	

χ^2検定，n.s. not significant

評価を継続的に実施するには，簡便であることも重要である。また，E-PASS に関しては，術前因子と手術因子をバランス良く合わせ持つ評価法であり，術後せん妄のリスク評価に有用であると考えられる。臨床で活用するためには医師の協力や，計算式に数値を入れれば自動的に計算する方法など，実践に活かしていくための工夫が必要である。

４．本研究の限界と今後の課題

本研究は限られた１施設の１病棟における調査であり，対象者数，せん妄発症数も少ない。今後は，多施設および多数の対象者に対して調査していく必要がある。また，今回得られた新たな評価ツールの有用性への示唆をもとに，高齢者の術後せん妄のリスクアセスメントツールの開発および臨床での活用に向けて検討していく必要がある。

結　論

１．手術室での外科手術（主に血管・心臓・呼吸器外科手術）目的で入院した 65 歳以上の対象数 65 名のうち，術後せん妄を発症したのは７名，発症時期は術後３日間の夜間であった。

２．術後せん妄の発症と有意な関連があったのは，ICU 入室，手術時間が長い，E-PASS の術前リスクスコア（PRS）が高い，総合リスクスコア（CRS）が高い，の４項目であった。

３．YFPIT による認知機能評価と術後せん妄には有意な関連はみられなかった。

４．E-PASS は臨床で活用するためには簡単に計算できる様式を整えるなど課題があるが，術後せん妄のリスク評価に有用である。

謝　辞

本研究を行うにあたり調査にご協力くださいました患者の皆様，ご多忙の中，ご協力いただいた病院スタッフの皆様に深く感謝いたします。

なお本研究は，平成 25 年度旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程の修士論文を加筆・修正したものである。また，本研究の一部は，第 34 回日本看護科学学会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

SK は研究の着想から原稿作成のプロセス全体に貢献した。YH は原稿への示唆および研究プロセス全体について助言した。すべての著者は最終原稿を読み，承認した。

文　献

1) 和田健：せん妄の臨床リアルワールド・プラクティス，新興医学出版社, 2012.
2) 一瀬邦弘，太田喜久子，堀川直史：せん妄ーすぐに見つけて！すぐに対応！(第1版)，照林社, 2002.
3) Lipowski, ZJ.: Delirium: Acute Confusional States, Oxford University Press, 442-478, 1990.
4) Michaud, L., Bula, C., Berney, A., et al.; Delirium Guidelines Development Group: Delirium: guideline for general hospitals. Journal of Psychosomatic Research, 62, 371-383, 2007.
5) Davis, DHJ., Terrera, GM., Keage, H., et al.: Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. Brain, 135, 2809-2816, 2012.
6) Hattori, H., Kamiya, J., Shimada, H., et al.: Assessment of the risk of postoperative delirium in elderly patients using E-PASS and the NEECHAM Confusion Scale. International Journal Geriatric Psychiatry, 24, 1304-1310, 2009.
7) Yamaguchi, H., Maki, Y., and Yamaguchi, T.:Yamaguchi Fox-Pigeon Imitation Test: A Rapid Test for Dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 29, 254-258, 2010.
8) Haga, Y., Ikei, S., and Ogawa, M.: Estimation of

Physiologic Ability and Surgical Stress (E-PASS) as a New Prediction Scoring System for Postop-era tive Morbidity and Mortality following Elective Gastrointestinal Surgery. Surgery Today, 29, 219-225, 1999.

9) 芳賀克夫：内科慢性疾患を持つ手術患者のE-PASSを用いたリスク評価. 医療, 62(12), 668-673, 2008.

10) 卯野木健, 剱持雄二：ICDSCを使用したせん妄の評価. 看護技術, 57(2), 133-137, 2011.

11) 町田いづみ, 青木孝之：せん妄スクリーニング･ツール(DST)の作成. 総合病院精神医学, 15(2), 150-155, 2003.

12) 町田いづみ, 上出晴奈, 岸泰宏, 他：看護スタッフ用せん妄評価スケール(DRS－J)の作成. 総合病院精神医学, 14, 1-9, 2002.

13) Inouye, SK., van Dyck, CH., Alessi, CA., et al.: Clarifying confusion: confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of Internal Medicine, 113(12), 941-948, 1990.

14) 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子：日本語版NEECHAM混乱・錯乱スケールの開発およびせん妄のアセスメント. 臨床看護研究の進歩, 12, 46-63, 2001.

15) 大木友美, 渋谷優子, 松島英介：心臓血管術後せん妄の早期発見－看護ケアの中に位置づけられる観察注意点－. ICUとCCU, 31(7), 549-555, 2007.

16) Bakker, RC., Osse, RJ., Tulen, JH., et al.: Preoperative and operative predictors of delirium after cardiac surgery in elderly patients. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 41 , 544-549, 2012.

17) Lundstrom, M., Olofsson, B., Stenvall, M., et al.: Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. Aging Clinical and Experimental Research, 19(3), 178-186, 2007.

18) Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., et al.: An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. Age and Aging, 34(2), 152-156, 2005.

19) 内閣府：令和3年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）. 高齢化の現状と将来像. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf (参照2022年5月19日)

20) 松井文, 八塚美樹, 高畠里美, 他：高齢手術患者のせん妄発症要因に関する検討. 富山医科薬科大学看護学雑誌, 6(1), 91-99, 2005.

21) Inouye, SK., Foreman, MD., Mion, LC., et al.: Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Archives of Internal Medicine, 161(20), 2467-2473, 2001.

Usefulness of Yamaguchi pigeon-fox imitation test (YFPIT) and estimation of physiologic ability and surgical stress (E-PASS) in the prediction of postoperative delirium in the elderly

1)KUROGI Shinichi　2)HATTORI Yukari

Abstract

Objective: To examine the usefulness of YFPIT and E-PASS in the prediction of postoperative delirium in the elderly.

Methods: Sixty-five patients aged ≥65 years who were hospitalized for surgery were included as subjects. Basic attributes, E-PASS scores (PRS, SSS, and CRS), YFPIT, and ICDSC were collected from the observational and medical records of the subjects. The subjects were divided into onset and non-onset groups based on the ICDSC to examine associations with onset by χ^2, Fisher's exact, and Mann-Whitney U tests with a significance level of <5%.

Results: The onset and non-onset groups included 7 and 58 subjects, respectively. Significant correlations were demonstrated for ICU admission (P = 0.015), a long operative time (P = 0.035), PRS (P = 0.027), and CRS (P = 0.040).

Conclusion: E-PASS was useful for the risk assessment of postoperative delirium.

Keywords　elderly, nursing, postoperative delirium, prediction

1) Arc Visiting Nurse Station

2) Sapporo University of Health Sciences（Asahikawa Medical University）

研究報告

内科系病棟に勤務する看護師が行っている清拭方法とその判断に影響する要因

伊東美穂[1)]、升田由美子[2)]

【要　旨】

本研究は国内の臨床で行われている清拭方法とその判断に影響する要因についての実態を明らかにすることを目的とした。経験年数 2 年以上の内科系病棟に勤務する臨床看護師を対象とし、清拭実施状況、清拭方法、清拭方法の判断に影響する要因について無記名自記式調査を実施した。使用する清拭タオルはフェイスタオルが最も多く、次いでディスポ-ザブルタオルであった。看護師は病状や身体汚染状況などの患者情報、安全性・安楽性、所属部署のルールを優先的に考慮して清拭方法を判断していた。また、約 7 割が清拭の目的や効果を意識していた。看護師は、看護基礎教育の中で学んだ清拭本来の目的・効果や安全性・安楽性を大切にしながら、病状に応じた清拭方法を判断している一方、組織の一員としてルール遵守を優先していることも示唆される。

キーワード　内科系看護師、清拭方法、影響要因

Ⅰ．緒言

清拭は看護師自身の手を使って看護するという看護の原点の代表的ケア[1)]であり、重要な看護技術である。臨床で看護師が行う清拭について、蒸しタオルの使用が最も多く、必要に応じて石鹸や沐浴剤を使用していることが報告されている[2)]。また、臨床現場の約半数で施設のフェイスタオルやハンドタオルを用いている[3)]とする一方、感染予防対策として使い捨てタオルに変更している施設もあり[4)]、様々な清拭方法が実践されているといえる。看護師は患者の状態に合わせて多種多様な清拭方法から最適なものを判断する必要がある。しかし、清拭の方法が病院や病棟で決められているとする報告もあり[5)]、病院や病棟の慣習やルールが優先されている可能性もある。

「療養上の世話」は看護師独自の機能であり、清拭方法の判断は看護師に委ねられている。これまでの清潔ケアの判断に関する報告では、患者の様々な情報[6)]、病棟のルールや慣習・業務の忙しさなどの環境要因[7)]、積み重ねてきた経験[5)]など様々な要因が影響するということが示されている。しかし、これらの研究は地域が限定されており、近年臨床で行われている清拭方法やその判断に影響する要因について全国的に調査したものは見当たらなかった。本研究では、現在国内の臨床で行われている清拭方法とその判断に影響する要因の実態

1）前旭川大学保健福祉学部保健看護学科
2）旭川医科大学医学部看護学科看護学講座

について明らかにする。これにより臨床看護師が対象者の個別性に合わせて清拭方法を判断するための示唆を得ることができると考える。

Ⅱ．研究方法

1．用語の操作的定義

本研究における用語の定義を以下に示す。

1）臨床看護師

患者への清潔ケアなど看護実践に直接携わる看護師とした。

2）清拭

全身清拭、部分清拭を問わず、なんらかの理由で入浴やシャワー浴ができない人を対象に、用具やその使用方法を工夫し、床上で身体を拭くこととした。

3）清拭方法

清拭に用いる道具とその用い方とした。

4）判断に影響する要因

清拭の方法を決定するために必要な要素・情報・条件とした。

2．研究対象者

対象は公益財団法人日本医療機能評価機構で「一般病院 2」を認定された病院の内科系病棟に勤務する看護師経験年数 2 年以上の看護師とした。Benner によると、看護師が初心者から達人へと成長していく 5 段階モデルにおいて、似たような状況で 2～3 年働いた看護師は自ら計画を立てて看護を行う「一人前レベル」とされており[8]、清拭方法の決定も自らの判断で行うことが可能であると考えた。

2018 年 6 月 1 日の時点で「一般病院 2」を認定された 1017 病院の中から、単純無作為標本抽出法により抽出した施設の看護部責任者に研究協力を依頼し、承諾の得られた 50 施設 811 名を対象とした。

3．調査方法

対象施設の看護部責任者に研究の趣旨と協力の依頼を示した趣意書、調査用紙および研究参加者への研究協力依頼書のサンプルを郵送し、返信用はがきにて協力の可否および研究対象者の人数を確認した。研究協力の承諾を得られた施設に、対象者の人数分の趣意書、調査用紙、返信用封筒を郵送し、対象者への配付を文書にて依頼した。調査用紙は記入後に同封した返信用封筒に厳封の上返送するよう、対象者に文書で説明した。

4．調査期間

2018 年 10 月～2019 年 2 月 28 日とした。

5．調査内容

1）対象者の基本属性

年齢、性別、看護師経験年数（以下、経験年数とする）、所属部署経験年数、修了看護師養成機関、職位、取得資格、所属する施設全体の病床数の 8 項目で構成した。

2）清拭実施状況、清拭方法、清拭方法の判断に影響する要因

清潔ケアの判断に関する先行研究[2)6)9)10)]を参考に、以下の調査項目を設定した。

(1)清拭実施状況

清拭の実施体制、清拭の実施頻度、清拭を実施する時間帯の 3 項目とした。

(2)清拭方法

所属部署で使用可能な清拭用具、普段行う清拭に用いるタオルおよび使用枚数、清拭に用いるタオルの使用方法の 4 項目とした。

(3) 清拭方法の判断に影響する要因

①優先する患者情報（希望や生活習慣、病状、疲労・負担、心理状況、身体汚染状況、スケジュール、自立度、特に考えていない、その他）

②優先する環境要因（効率性、清拭に対する他スタッフの意識、簡便性、所属部署のルー

ル、コスト、業務バランス、特に考えていない、その他）や安全性・安楽性

上記①②は、優先するものを 3 項目まで選択するように求めた。

③上記①②の中で、清拭方法の決定に最も影響しているもの

④清拭方法の決定に影響する経験

⑤清拭方法に迷った時の決定方法

⑥清拭方法決定時の清拭の目的や効果に対する意識（以下、清拭の目的や効果）

「常に意識している」～「意識していない」の 4 段階評定とし、「常に意識している」「まあまあ意識している」を選択した者には、具体的な内容の記載を求めた。

⑦清拭方法決定時の看護師自身の清潔行動に関する価値観（以下、清潔行動の価値観とする）の影響

⑧清拭方法決定時の看護観（以下、看護観とする）の影響

⑦⑧について、「思う」～「まったく思わない」の 4 段階評定とし、「思う」「やや思う」を選択した者には、具体的な内容の記載を求めた。

⑨実施したいと思う清拭やそれに必要な条件（自由記載）

以上の項目からなる無記名自記式の調査用紙を用いた。調査用紙の作成過程では、臨床での看護師経験が 2 年以上の看護師 5 名を対象にプレテストを行った。質問の意味内容が対象者に伝わりやすい文章かどうかを確認し、基本属性に関する質問項目の修正を行った。

6. 分析方法

基本属性、清拭実施状況、清拭方法、および清拭方法の判断に影響する要因について基本統計量を算出した。また、自由記載は意味内容の類似性に基づいてまとめた。

7. 倫理的配慮

調査は無記名自記式で個人や所属施設が特定されることはないこと、調査に協力が得られない場合でも不利益が生じることはないこと、研究への参加は自由意思であり、調査用紙の返送をもって同意が得られたものとすること、返送後の同意撤回はできないことを、看護部責任者及び対象者に文書で説明した。また、得られたデータは本研究でのみ使用し研究終了後シュレッダーで細断し破棄すること、調査結果と分析データは、インターネット等に接続されていないパソコンで処理し、研究者がパスワード設定したパソコン、USB メモリに研究発表後 10 年間保存すること、学会での発表、学会誌への投稿についても説明した。本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認を受け、規定に基づき実施した（承認番号 18126）。

Ⅲ. 結果

１．調査用紙の配付と回収状況

200 施設の看護部責任者に文書にて協力を依頼し、50 施設から了承を得た。施設の所在地の内訳は北海道・東北地方 8 施設、関東地方 9 施設、中部地方 10 施設、近畿地方 9 施設、中国地方 4 施設、四国地方 5 施設、九州地方 5 施設であった。調査用紙は 811 名に配付し、回答は 325 名より得た（回収率 40.1%）。このうち、研究対象者条件との不一致、無回答等回答に不備のあった 35 名を除き、290 名を分析対象とした（有効回答率 35．8%）。

２．対象の状況

1）基本属性

基本属性を表 1 に示す。

表1　対象者の基本属性

n＝290

項　目	内　訳	n	%
年齢	20歳～30歳未満	110	37.9
（平均34.8±8.9歳）	30歳～40歳未満	84	29.0
	40歳～50歳未満	73	25.2
	50歳～60歳未満	22	7.6
	未記入	1	0.3
性別	男性	14	4.8
	女性	275	94.9
	未記入	1	0.3
看護師経験年数	2年以上3年未満	22	7.6
（平均11.9±8.1 年）	3年以上6年未満	80	27.6
	6年以上11年未満	60	20.7
	11年以上21年未満	81	28.0
	21年以上31年未満	38	13.1
	31年以上41年未満	5	1.7
	41年以上	1	0.3
	未記入	3	1.0
所属部署経験年数	3年未満	140	48.3
（平均3.6±2.7年）	3年以上6年未満	114	39.3
	6年以上11年未満	29	10.0
	11年以上21年未満	7	2.4
修了看護師養成機関	大学	53	18.3
	短期大学	22	7.6
	専門学校	184	63.4
	看護師学校養成所2年課程	6	2.1
	高等学校専攻科	22	7.6
	その他	3	1.0
職位	スタッフ	244	84.2
	主任	27	9.3
	係長・副師長	14	4.8
	その他	5	1.7
取得資格	あり	40	13.8
取得資格の内訳	認定看護師	7	
（複数回答）	学会資格	21	
	その他	15	
	なし	250	86.2
所属する施設全体の病床数	100床以上200床未満	16	5.5
	200床以上300床未満	82	28.3
	300床以上400床未満	44	15.2
	400床以上	96	33.1
	未記入	8	2.7
	無効回答	44	15.2

年齢は平均 34.8±8.9 歳であり、20 歳～30 歳未満が最も多く 37.9%であった。看護師経験年数は平均 11.9±8.1 年、所属部署経験年数は平均 3.6±2.7 年であった。役職についていない者が 84.2%であった。取得資格のある者は 13.8%であった。

2）清拭実施状況と清拭方法

清拭の実施体制は「日勤者全員で行う」が 31.4%であり、「その日の病室担当看護師が行う」が 28.6%、「チームに分かれて協力して行う」が 22.4%であった。

清拭の実施頻度は「週 2～3 回」が 43.8%、「毎日」が 31.0%であった。「その他」が 9.7%であり、そのうち約半数は「平日は毎日実施する」と記述していた。

清拭を実施する時間帯は「午前中」が 67.3%、「決まっていない」が 28.6%であった。理由について自由記載を求めたところ 176 件あり、「検査、処置、入院等の都合」74 件、「患者の状態、希望、スケジュールに合わせて」33 件、「所属施設、部署のルール」26 件、「マンパワーのある時間帯」19 件等であった。

所属部署で使用可能な清拭用具は、フェイスタオル 190 名（65.5%）、ディスポーザブルタオル（以下、ディスポタオルとする）103 名（35.5%）、患者の私物 90 名（31.0%）、石鹸 74 名（25.5%）であった。普段行う清拭に最も多く用いるタオルは、フェイスタオル 136 名（46.9%）、ディスポタオル 60 名（20.7%）、ウォッシュクロス 39 名（13.5%）の順であった。

普段行う清拭に用いるタオルの使用枚数は 2 枚が 33.1%、3 枚が 31.7%であった。使用枚数の理由として「清拭する部位別に使用する」が 158 件で最も多く、次いで「所属施設、部署のルール」78 件であった。清拭に用いるタオルの使用方法は「蒸す」が 79.0%、「温湯のみ」が 9.0%であった。

3）清拭方法の判断に影響する要因

(1)優先する患者情報、環境要因、安全性・安楽性

清拭方法の決定に最も影響するものは病状（42.1%）、所属部署のルール（6.9%）、希望や生活習慣（6.2%）、身体汚染状況（6.2%）の順であった（表 2）。

患者情報として優先する項目 3 項目の回答を合計し、総回答数 850 件を得た。その中で最も多かったものは病状（233 件、27.4%）であり、次いで身体汚染状況（190 件、22.4%）、疲労・負担（167 件、19.6%）であった（図 1）。環境要因や安全性・安楽性として優先する項目 3 項目の回答を合計し、総回答数 854 件を得た。その中で最も多かったものは安全性（210 件、24.6%）であった。次いで安楽性（208 件、24.4%）、効率性（142 件、16.6%）、業務バランス（113 件、13.2%）、所属部署のルール（92 件、10.8%）であった（図 2）。

表2　清拭方法の決定に最も影響するもの

n＝290

項　目	n	%
病状	122	42.1%
所属部署のルール	20	6.9%
希望や生活習慣	18	6.2%
身体汚染状況	18	6.2%
安楽性	15	5.2%
安全性	12	4.1%
疲労・負担	8	2.8%
自立度	6	2.1%
効率性	4	1.4%
スケジュール	3	1.0%
心理状況	1	0.3%
業務バランス	1	0.3%
清拭に対する他スタッフの意識	0	0.0%
簡便性	0	0.0%
コスト	0	0.0%
その他	39	13.4%
（・1つを選ぶことはできない ・医師の指示）		
複数選択 （安全・安楽、病状と安全　等）	23	7.9%

(2) 清拭方法の決定に影響する経験

清拭方法の決定に影響する経験については、「これまでの臨床経験」に基づき清拭方法を決定している者が 50.7%、「先輩看護師の清拭」を参考に決定している者が 20.0%であった。「その他」と回答した者は 5.9%であり、「所属施設や部署のルールに基づき決定する」と記述があった。清拭方法に迷った時の決定方法は、「先輩やスタッフと相談」する者が 66.2%、「患者と相談」する者が 25.2%であった。

(3)目的や効果についての意識

清拭方法決定時に清拭の目的や効果を常に意識している者は 19.3%、まあまあ意識している者は

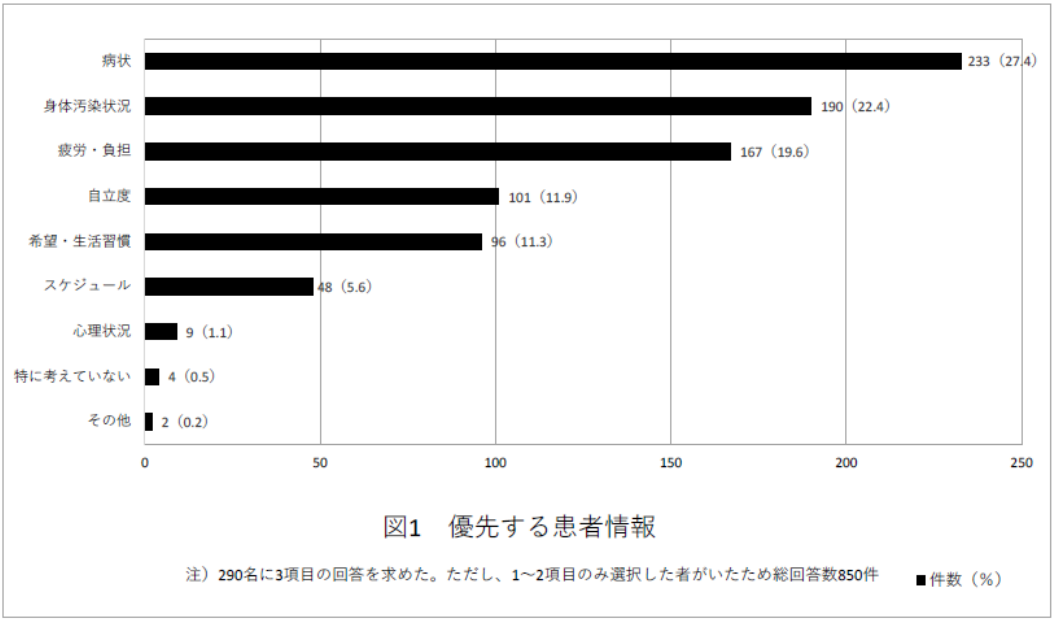


図1　優先する患者情報

注）290名に3項目の回答を求めた。ただし、1～2項目のみ選択した者がいたため総回答数850件

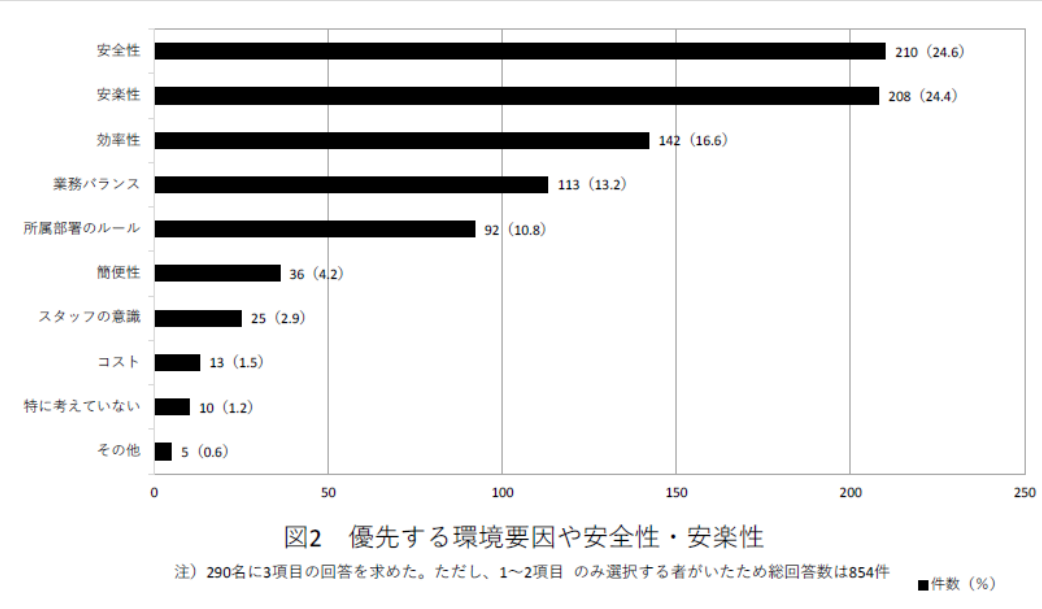


図2　優先する環境要因や安全性・安楽性

注）290名に3項目の回答を求めた。ただし、1～2項目 のみ選択する者がいたため総回答数は854件

51.7%であり、あまり意識しない者が 27.6%であった。「常に意識している」「まあまあ意識している」と回答した者の自由記載では、「皮膚の清潔」と記述した件数が最も多かった。その他に「爽快感を得る」「皮膚や全身状態を観察する機会にする」「感染を予防する」「血行を促進する」等の記述があった。

（4）清潔行動に関する価値観や看護観の影響

清拭方法決定時に清潔行動の価値観が影響していると思う者は 20.7%、やや思う者は 25.5%であった。「思う」「やや思う」と回答した者の自由記載では、看護師自身の入浴やシャワー浴の「頻度」「拭く順序」「強さ」等が挙げられていた。

清拭方法決定時に看護観が影響していると思う者は 15.8%、やや思う者は 33.8%であり、あまり思わない者は 49.0%であった。「思う」「やや思う」と回答した者の自由記載では、「自分だったらどうか、患者の立場に立って考える」「安全安楽を考える」という看護観が清拭方法の決定に影響しているとの記述があった。

実施したいと思う清拭についての自由記載では、「温かいタオルやお湯を使用する清拭」「気持ちいいと思える清拭」「訴えや希望を尊重した清拭」「時

間をかけて丁寧に行う清拭」等に関する記述があった。必要な条件として、マンパワー、時間的ゆとり、物品の充実、看護体制という記述があった。

Ⅳ．考察

1．臨床で行われている清拭方法

本研究で全国の施設を対象に清拭の調査をした結果、蒸しタオルによる清拭を実施している者が約８割と最も多く、佐藤ら[11]や三輪木ら[9]による調査と同様の結果であった。蒸しタオルによる清拭は、温湯清拭よりもケアの時間を大幅に削減し、臨床では少ないマンパワーで大勢の患者を効率的にケアすることができるようになったとされている[12]。温湯清拭は温かさや血行の促進など様々な効果をもたらすが、蒸しタオルによる清拭と比較すると使用物品が多く、準備や片付けに時間を要す。そのため、短時間で効率的に行うことが可能な蒸しタオルによる清拭を日常的に行っていると考えられる。昨今、清拭タオルの再生使用によるセレウス菌汚染が問題視されているが[13]、本研究では普段行う清拭に最も用いるタオルとしてはディスポタオルが約 2 割であり、ディスポタオルの使用はまだ一般的とは言えないことがわかった。細菌汚染に関する綿タオルとの比較でディスポタオルの安全性が報告されており[14]、米国の調査においては経済性や効率性、看護師の満足度の面でディスポタオルが優れているという結果も得られていることから[15]、今後ディスポタオルの使用が増加することも予測される。

2．清拭方法の判断に影響する要因

すべての看護技術に安全と安楽の要素が求められるということを、看護師は基礎教育の中で学んでいる。安全と安楽は車の車輪であり、両者がそろって看護技術は成立する[16]。看護技術のひとつである清拭も、患者の安全を確保しながら、かつ安楽をもたらす援助として提供する必要がある。本研究の結果から、多くの看護師が看護技術の基本的要素を念頭に置いて清拭方法を判断していることが示され、看護師は看護基礎教育の中で学んだことを基に清拭方法を判断していると考えられる。

また、清拭方法を判断する際に患者の安全・安楽の要素を満たすためには、患者の個別性を見極める必要がある。つまり、患者の病状、身体汚染状況、希望や生活習慣、疲労・負担の程度、自立度、心理状態等といった患者の情報を把握し、複合的にその時の患者に適した方法を判断していくことが重要と考える。本研究の結果から、看護師は多くの患者情報の中でも特に患者の病状から患者に合った清拭方法を判断し決定していた。看護師の病状理解は、患者の生活行動援助の範囲決定と方法選択の根拠となるため[17]、清拭が患者の治療の妨げにならないよう、優先的に病状を把握し清拭方法を判断していることは当然の結果といえる。清拭方法の決定に最も影響するものとして 1 割に満たないが「希望や生活習慣」も挙げられていた。Henderson が「看護師の第一義的な責任は、患者が日常の生活のパターンを保つのを助けること」[18]と述べているように、患者の希望や生活習慣を優先することは、個別性のある看護を行う上で重視すべきことである。病院には多数の患者が入院しているため、消灯時間や食事時間、入浴時間等といった生活に関するルールが多く存在する。さらに、検査、処置など他の予定との兼ね合いや看護師のマンパワー不足・業務の過密化という問題から患者の希望や生活習慣を最優先はしにくい状況も考えられるが、本研究の結果で患者の日常の生活パターンを保つことに重きを置いている看護師がいることも示された。以上のことから、看護師は患者の情報、特に病状を捉えることで安全性・安楽性を確保できるよう清拭方法を判断していると考えられる。

本研究の対象者の約 7 割は、清拭方法決定時に皮膚の清潔や爽快感、観察といった清拭の目的や効果を意識していた。三輪木らは看護師が「皮膚の清潔」や「皮膚や全身の観察」等清拭の第一義的な

効果を期待し清拭を行っていることを報告しており[9]、本研究も同じ傾向が認められた。清拭方法を決定する際、患者の病状や身体汚染状況を優先している者が多いことからも、患者の全身状態を観察しながら身体の汚染を除去し清潔を保つなど、看護基礎教育の中で学んだ清拭本来の目的・効果を大切にし、清拭方法を判断していると考えられる。その一方で、目的や効果をあまり意識せずに清拭方法を決定している者が約 3 割いることも示されている。澁谷の研究によると、看護師は清拭を自分たちの看護実践に欠かせないケアに位置付け、患者に安楽を提供することが看護師の専門的役割として大切であるという認識を看護師間で共有していた[19]。本研究の対象者も、清拭は看護師にとって日常的に実践する重要なケアであるという認識の下、清拭の目的や効果を意識せずともこれまでの経験から効果的な清拭を実践しているのかもしれない。しかし、何のために清拭を行い、どのような効果を期待するのか意識していないということは、清拭を実施すること自体が主目的となっている可能性も考えられる。

本研究で、清拭方法の決定に最も影響するものとして、病状や希望・生活習慣、身体汚染状況など患者情報が挙がる中、1 割に満たないものの所属部署のルールという環境要因も上位であった。所属部署で協力して清拭を実施している者や清拭に使用するタオルの枚数や清拭する時間帯を所属施設や部署のルールに従い決定している者がおり、清拭方法に迷ったときは先輩やスタッフに相談する者が約 6 割いるという結果からも、組織の一員としてチームワークを大切にしていることが示唆される。田口は、チームワークが日常的である看護師は他の職種に比べて集団規範を形成しやすいと述べている[20]。また、足立らによると看護師はチームで協力しながら日々の業務を遂行し、組織の目標を達成している[21]。そのため、所属部署のルールが最も影響していたことに関して、患者情報などを基に個別に対応できることは考慮しつつも、組織の一員としてルールを守ることをより優先的に考えた結果であったと推測する。また、田口らは、看護師は看護師個人の価値観に基づいた個別的な対応と看護チームの規範から逸脱しない対応の二つを切り替えて折り合いをつけていたとも述べており[20]、本研究でも約半数が入浴やシャワー浴の頻度といった看護師自身の清潔行動の価値観が清拭方法の決定に影響していた。看護師も価値観や生活習慣などそれぞれ個別の背景を持っている。その看護師の清潔に関する価値観も併せながら患者の希望・習慣等を考慮するという個別的な対応と、看護チームの規範から逸脱しない対応の折り合いをつけ清拭方法を判断していることも考えられる。

3．今後の清拭方法の判断についての示唆

患者のニーズに合わせた個別的な対応を可能とするためには、病状や希望、生活習慣、心理状態など患者の全体像を把握することが必要不可欠である。また、今後も看護師は多様な選択肢の中から清拭方法を判断していくことが考えられる。そのため、看護基礎教育の中でも実践で応用できるような清拭の教授方法を検討していくことが必要であると考える。

Ⅴ．研究の限界

本研究は研究対象を内科系病棟に勤務する看護師経験年数 2 年以上の看護師と限定している。そのため、今後は施設・地域・対象数を広げ、その特性も含めた調査が必要である。

Ⅵ．結論

1．全国の施設を対象に調査を行った結果、看護師が普段行う清拭に用いるタオルの使用方法は、「蒸しタオルとして使う」が約 8 割であった。清拭に用いるタオルはフェイスタオルが約半数であり、ディスポタオルは約 2 割であった。

2．清拭方法決定時に清拭の目的や効果を意識して

いる看護師は約７割であった。
3. 看護師が清拭方法を判断する際には、患者の病状をとらえながら安全性・安楽性を優先的に考慮していた。組織の一員として、所属部署のルールを守ることも影響していた。

謝辞：本研究を行うにあたり、ご多忙中のところ快く研究にご協力くださいました施設の看護部責任者様をはじめ、調査にご参加くださいました看護師の皆さまに深く感謝申し上げます。 なお、本研究は、旭川医科大学医学系研究科修士課程に提出した修士論文および、日本看護研究学会第47回学術集会に発表した内容の一部に加筆・修正したものです。

文献

（１）川島みどり：看護技術の基礎理論，167，ライフサポート社，2010.
（２）深田美香，松田明子，南前恵子他：看護師の行う清潔援助の方法と実施頻度および使用用具についての実態，日本医学看護学教育学会誌，16，66-70，2007.
（３）加藤木真史，菱沼典子，佐居由美他：看護技術の実態調査-清潔ケア　感染予防 周術期ケアに関する分析-，日本看護技術学会誌，15(2)，146-153，2016.
（４）石原由華，宇佐美久枝，畠山和人他：清拭タオルのBacillus　cereus汚染を高感度に検出する改良ビーズ抽出法，日本環境感染学会誌，32 (2)，85-88，2017.
（５）三輪木君子：臨床における「清拭」援助の実態と看護師の認識，静岡県立大学短期大学部　教員特別研究報告書，1-19，2004.
（６）西一乃：看護者が清潔援助方法を選択するときにとりあげる情報と判断，神奈川県立看護教育大学校 看護教育研究集録，27，46-53，2002.
（７）一色美穂，松山友子：看護師が臨床で行なっている清潔ケアに関するアセスメントの特徴　清拭に焦点を当てて，国立病院看護研究学会誌，5(1)，30-39，2009.
（８）Benner，P.：From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice，1984，井部俊子（訳），ベナー看護論 新訳版 - 初心者から達人へ，医学書院，2006.
（９）三輪木君子，鎌田恵利，竹田千佐子：臨床における「清拭」の実態と看護師の認識-教育内容との相違の要因を探る-，静岡県立大学短期大学部教員特別研究報告書，1-9，2005.
(10) 新見絵理，深田美香：清拭方法の判断要因に関する予備的検討-看護師４名へのインタビューより-，看護技術，52(7)，70-75，2006.
(11) 佐藤道子，夏目みつ子，小竹愛子他：清潔に対する看護者の意識調査，看護教育，36 (5)，428-434，1995.
(12) 川原由佳里：療養上の世話に関する看護のわざとそれを支える用具の変遷，日本看護技術学会（監），看護技術の探究 - 日本看護技術学会 10 周年記念-，50-61，看護の科学社，2011.
(13) 鎌田明，菅原えりさ：国内医療施設を対象とした患者清拭タオルの管理に関する実態調査，医療関連感染，9(2)，52-60，2016.
(14) 松村千鶴，深井喜代子：綿タオルと化繊タオルの細菌学的検討，日本看護技術学会誌，13 (3)，243-246，2014.
(15) Larson,E.，Ciliberti,T.＆Chantler,C.：Comparison of Traditional and Disposable Bed Baths in Critically Ill Patients，American Journal of Critical Care，13 (3)，235-241，2004.
(16) 茂野香おる：系統看護学講座　専門分野Ⅰ 基礎看護学[2]　基礎看護技術　第18版，13，医学書院，2021.
(17) 川島みどり：新装版 看護観察と判断-看護実践の基礎となる患者のみかたとアセスメント，97，看護の科学社，2012.
(18) Henderson，V.：Ｂａｓｉｃ Principles of

Nursing care, 1969, 湯槇ます, 小玉香津子 (訳), 看護の基本となるもの 新装版, 14, 日本看護協会出版会, 2006.
(19) 澁谷幸 : 看護師にとっての清拭の意味ー清拭のエスノグラフィー-, 日本看護研究学会誌, 42 (1), 43-51, 2019.
(20) 田口めぐみ, 宮坂道夫 : 看護師がチームワークの中で経験する違和感・ジレンマについてのナラティヴ分析, 日本看護倫理学会誌, 7 (1), 45-53, 2015.
(21) 足立はるゑ、古川優子 : 看護業務遂行過程におけるタイムマネジメントの思考要素探索-病棟勤務看護師の実践からの分析-, 日本看護管理学会誌, 14 (1), 59-67, 2010

報告

COVID-19 下の本学におけるアフリカ保健人材育成のための JICA 研修

神田浩路[1]　伊藤俊弘[2]　藤井智子[2]　塩川幸子[2]　吉田貴彦[1]

要旨

本学における JICA 課題別研修「アフリカ地域 地域保健担当官のための保健行政」は、2022 年度で 15 年が経過した。これまでは毎年 6～8 月にかけて旭川市及び道北地方を中心に講義・演習・視察をバランスよく提供していたが、新型コロナウイルス感染症の世界的流行により 2020～2021 年度は遠隔研修、2022 年度は来日後の遠隔研修と実地研修を組み合わせたハイブリット研修となった。また、2021 年度からはこれまで英語圏からの研修員が中心であったが、英語圏以外の研修員も本格的に受け入れることとなった。本稿では、2020～2022 年度の直近 3 年間の研修について報告するとともに、今後の研修の在り方について考察する。

キーワード　国際協力機構（JICA）、課題別研修、アフリカ、地域保健、人材育成

緒言

本学では、2008 年度より国際協力機構（Japan International Cooperation Agency, JICA）課題別研修「アフリカ地域 地域保健担当官のための保健行政」を実施している。本研修は、講義・実習・視察を通して我が国の保健行政に関する基本的理念、歴史や制度を把握すると共に、北海道を実例として地方保健行政改善のための取り組みを多角的に把握し、共通課題を持つアフリカ各国における問題解決に必要な取組みを検討することを目的としている。これを達成するために、毎年アフリカ各国の JICA 在外事務所を通じて推薦された保健医療従事者約 10 名を受け入れてきた。来日した研修員は、2019 年度までの 12 年間で 22 か国 132 名となり（図 1）、毎年 6 月後半から 6～7 週間かけて本学及び道北地方において自国に適用可能なわが国の保健医療の実践例などを学んだ。しかしながら、2019 年末からの新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行に伴い、本研修も研修方法につき変更を求められる状況となった。そこで、本稿では、遠隔研修となった 2020～2021 年度の研修及び来日後の隔離期間における遠隔研修及びその後の実地研修を組み合わせた 2022 年度のハイブリッド研修について報告し、今後の研修の在り方について考察する。

[1] 社会医学講座衛生学・健康科学分野
[2] 看護学講座

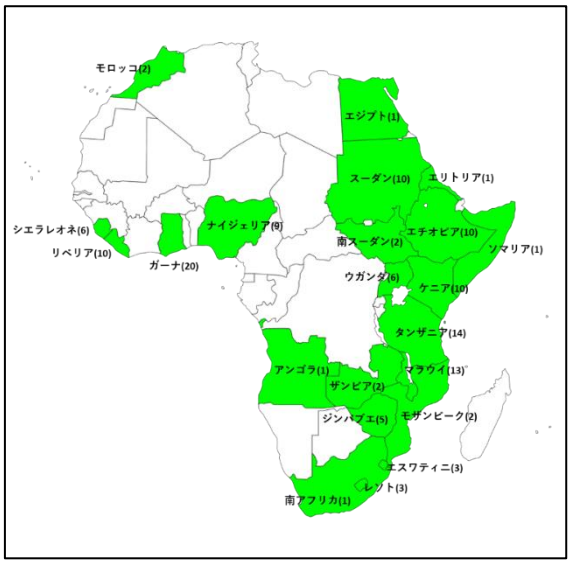


図 1　2019 年度までの研修における参加国及び参加人数

方法及び結果

●2020 年度

2020 年度は、2019 年末から通常通りの来日研修として準備を行っている中での研修方針の変更となった。具体的には、年度内にオンラインで実施できる講義については遠隔研修として提供し、現場視察を伴う科目については COVID-19 流行状況の改善が想定された 2021 年度に来日研修として実施することになった。しかしながら、来日部分は中止となったため、遠隔研修のみで終了となった。遠隔研修に関しては、期間を 4 週間とし、座学を中心とした科目で構成するとともに、ディスカッション中心の演習系科目や指導教員の指導を必要とするアクションプラン（研修員が帰国後に担当地域での実践を目指す活動計画）の作成など、対面による実施でないと学習到達目標の達成が困難と見込まれた科目は遠隔では実施しないこととし、地域保健担当官として必要な知識の習得に特化する構成とした（表 1）。

遠隔研修は、日本とアフリカの時差の関係上、日本時間で夕方 5 時以降、アフリカ時間で午前 8～11 時に開始できるよう設定した。研修は 1 回 90 分、1 日 2～3 コマのオンデマンドによる自主学習 27 コマと、複数回の自主学習後に開催される学習内容の質疑応答及びライブ講義、カントリーレポート発表を目的とした zoom セッション 10 コマを組み合わせた（表 2）。自主学習については、担当講師に対し音声付きパワーポイント資料の作成を依頼した。すべての資料は、Google Drive にて専用アカウント（JICA-AMU）を作成して保存し、研修員は指定された URL より研修スケジュールに沿って資料をダウンロードできるようにした。一方、10 コマの zoom セッションは 1 回 2～3 時間とした。最初の 2 回は、例年実施されているカントリーレポート発表会とし、研修員は自国の保健医療の現状や研修への期待について発表した。自主学習の内容に基づく質疑応答セッションは合計 4 回設定し、平均 6 コマ分を自主学習するごとに設けて、研修員からの質問に対して担当講師が返答する形式とした。残りの 4 回は、座学と演習を併用した一部科目に対し、担当講師による講義及び質疑応答セッションとした。

表１　研修形態別による期待される成果及び研修内容

期待される成果及び研修内容	遠隔研修 2020～2021年度	来日研修 2008～2019、2022年度
1. 日本の保健医療・福祉政策の内容と行政の役割を理解し，参考とすることによって，自国での効果的な政策を考える基礎が形成される． **研修内容**：日本の保健行政の体制と概要（公衆衛生，社会保障，環境保健，産業保健，母子保健，学校保健，高齢者保健，感染症対策，精神保健，等），日本の疾病構造・死因の変遷にリンクした国民健康増進対策・疾病対策の歴史，公衆衛生看護及び開拓保健婦の歴史，がん/生活習慣病予防，日本の医学教育制度	◎	○
2. 地域保健計画の策定に必要な知識と技術を習得する． **研修内容**：保健データの活用方法，フィールド疫学調査，地方保健センターにおける生活習慣病予防，住民のニーズにあったケアプランの作成方法とコーディネーターの役割	△ 一部のみ	○
3. 日本の地方における課題解決の取組みの歴史を事例から学び、自国での実施可能な解決策を展望することができる． **研修内容**：北海道における保健行政，誰にも優しい街づくり・あさひかわの取組，保健行政実務に係る各種現場視察（健康診断事業，環境保健，学校保健，保健所・保健センター，大学病院・地域中核病院，高齢者施設・多機能介護施設，産業保健，看護師養成施設）	×	○
4. 研修員の担当地域における解決すべき健康課題を特定できる． **研修内容**：住民教育の方法と教育に役立つ資料作成，身体組成・脈波伝達速度の測定，PCM（プロジェクト・サイクル・マネジメント）手法，5S-KAIZEN-TQM，保健システム強化とキャパシティ・ディベロップメント	△ 一部のみ	○
5. 自国の現在の地域保健計画における問題点を踏まえ、アクションプランを作成すると共に，帰国後の地域への啓発方法を考察する．	×	○

表 2　2020 年度研修スケジュール

日にち	開始	終了	形式	研修内容
1/18(月)	17:00	18:00	Zoom	オリエンテーション
	18:00	20:00		カントリーレポート発表 (1)
1/19(火)	17:00	19:00	Zoom	カントリーレポート発表 (2)
	19:00	20:00		カントリーレポート Q&A
1/20(水)	17:00	18:30	自主学習	日本の保健行政(衛生・労働・環境)の体制と概要
	18:30	20:00		日本の疾病構造・死因の変遷にリンクした国民健康増進対策・疾病対策の歴史
	20:00	21:30		日本の健康診断事業
1/21(木)	17:00	18:30	自主学習	社会保障と国民健康保険制度導入の歴史
	18:30	20:00		保健統計から見た日本と保健医療サービス提供体制の課題
	20:00	21:30		日本の社会福祉制度～高齢者と障がい者へのサービスに焦点をあてて～
1/22(金)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (1)
1/25(月)	17:00	18:30	自主学習	PCMの手法① Overview/Stakeholder analysis
	18:30	20:00		PCMの手法② Problem Analysis/Objective Analysis (Part 1)
1/26(火)	17:00	19:00	Zoom	PCM Discussion
1/27(水)	17:00	18:30	自主学習	PCMの手法③ Objective Analysis (Part 2)/Alternative Analysis
	18:30	20:00		PCMの手法④ Formulation of Project Design Matrix (Outline) / summary
1/28(木)	17:00	19:00	Zoom	PCM Discussion
1/29(金)	17:00	18:30	自主学習	日本の環境問題の歴史と環境保健の動向
	18:30	20:00		有害物質による健康障害　汚染物質による健康影響被害:発見から対策まで
	20:00	21:30		環境保健行政の実務(上下水処理、廃棄物処理)
2/1(月)	17:00	18:30	自主学習	地域保健活動の基本となる保健データの意義と収集の実際
	18:30	20:00		日本と世界における産業保健活動の実際
	20:00	21:30		日本の母子保健の歴史と母子保健指標の動向、現在の問題点
2/2(火)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (2)
2/3(水)	17:00	18:30	自主学習	地域住民の健康維持のための公衆衛生政策の歴史・総論
	18:30	20:00		日本の感染症に関する状況と対策の変遷と現状の課題
	20:00	21:30		院内感染対策
2/4(木)	17:00	18:30	自主学習	日本の高齢社会の現状と課題、今後の展望
	18:30	20:00		日本のがん予防　日本の社会・生活様式の変遷と悪性腫瘍の推移と対策の変遷
	20:00	21:30		高血圧・血管性病変(心疾患・脳血管疾患)
2/5(金)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (3)
2/8(月)	17:00	18:30	自主学習	チームとリーダーシップの重要性
	18:30	20:00		マネジメント・ピラミッドと5S-KAIZEN-TQM
2/9(火)	17:00	20:00	Zoom	5S and KAIZEN　質疑応答
2/10(水)	17:00	19:00	Zoom	保健システム強化とキャパシティーディベロップメント　ーアフリカの事例を中心にー
2/11(木)	17:00	18:30	自主学習	日本の精神疾患・メンタルヘルスの状況と対応の変遷
	18:30	20:00		日本におけるCOVID-19対策
	20:00	21:30		メタボリックシンドローム＆糖尿病
	21:30	23:00		日本の医学教育と医療サービスの現状、日本の医学教育と医師の需給バランスの問題
2/12(金)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (4)
	19:00	20:00		閉講式・修了証授与

実施体制は、本学 5 名の教員及び事務職員 1 名、通訳兼コーディネーター1 名とし、コースリーダー及びファシリテーターの教員 2 名はすべての zoom セッションへ参加するとともに担当講師及び研修員との連絡調整をメーリングリストや SNS ツールである WhatsApp を利用した。また、ファシリテーター教員は、メーリングリスト及び WhatsApp、研修資料を保存する Google Drive を管理し、講義資料のアップロードから研修員への連絡、セッション終了後のフォローアップまでを担当した。

なお、中止となった来日研修の計画は 2021 年度に 4 週間程度の日程とし、遠隔研修で実施できない内容を中心に構成した（表 3)。

表 3　2020 年度来日研修実施予定時のスケジュール

週	形式	研修内容
第1週		オリエンテーション（JICA北海道（札幌））
	講義	オンライン講義の復習・総括・質疑応答・アクションプラン作成にあたっての助言
	演習	PCM演習 Practice for PCM in group work
	演習	5S-KAIZEN演習 Practice for 5S-KAIZEN
	演習	Action Plan title submission, Q&A
	講義	北海道における保健行政、北海道の健康課題・保健行政的対策
	講義・見学	健康診断事業（結核予防会・複十字総合健診センターの役割、地域との連携）および健診センター内・健診車の見学
第2週		旭川でのガイダンス・万歩計の配布
	講義・演習	住民教育の方法と、教育に役立つ資料作成
	演習	身体組成・脈波伝達速度の測定
	演習	学生向けカントリーレポート発表
	講義・見学	旭川市保健所訪問・見学
	講義・見学	市内小中学校訪問（概要説明、保健室の見学、養護教諭からの説明、施設見学、給食、掃除、授業参観・交流）
	講義	人獣共通感染症/寄生虫
	講義	旭川医大病院における病院管理（財政・人事、物品・医療情報）
	見学	旭川医大病院見学
	講義	日本の公衆衛生看護の歴史、開拓保健師の軌跡
	その他	ウェルカムパーティー
	その他	市長表敬
	その他	市内ボランティア家庭へのホームビジッド
第3週	講義	フィールド疫学調査
	講義	生活習慣病予防と保健師の役割
	講義・見学	旭川医療センター訪問・見学（結核）
	講義・見学	下水処理センター見学
	講義・見学	道北スタディツアー（名寄、興部、紋別）
	講義・見学	名寄市立総合病院訪問・見学
	講義・見学	興部町訪問（講義、保健関連施設及び事業の見学）
	見学・説明	地方（オホーツク圏）における看護師養成機関の役割
	見学	冬季の北海道の自然環境・暮らしの理解
	その他	休日　ホームパーティー
第4週	見学	廃棄物処理施設の見学
	見学・説明	近文清掃工場、リサイクルプラザ
	見学・説明	廃棄物処理センター（旭川振興公社）見学
	講義・見学	食品保健の現場の見学：旭川市食肉衛生検査所
	講義・見学	製紙工場見学
	講義・見学	石狩川浄水場見学
	見学	美瑛町保健センター、高齢者施設（訪問診療）、多機能介護施設見学
	演習	保健システム強化とキャパシティーディベロップメント　ーアフリカの事例を中心にー
	演習	アクションプラン作成指導
第5週	演習	アクションプラン発表会
	その他	評価会
	その他	閉講式・閉講パーティー

遠隔研修は、2021 年 1 月 18 日～2 月 12 日に実施し、通常の来日研修として選定されていた 5 か国 8 名が参加した（エスワティニ 1 名、ガーナ 1 名、スーダン 1 名、マラウイ 2 名、リベリア 3 名）。そのうち男性は 2 名、行政医師は 5 名であった。また、正規研修員として参加予定だったが、COVID-19 流行に伴い日本政府と研修参加の国際約束が締結されなかったタンザニアから 1 名、また本学に委託されている別件の JICA 事業対象国であるルワンダから 8 名がオブザーバーとして参加した。

遠隔研修は、zoom セッションのための通信環境を確保しておけば自分の好きな場所から参加できるメリットがある。本研修では、ほとんどの研修員は通常業務を中断して zoom セッションへ参加していた。そのため、参加が遅れることやセッション中の離脱もあったが、全体的に研修開始時間は遅れる傾向となり、最大 20 分遅れて開始することもあった。また、セッション中は、通信環境の制限から質問時以外は音声のみの参加がほとんどであり、一部で接続切断により議論が中断する場面もあった（図 2）。

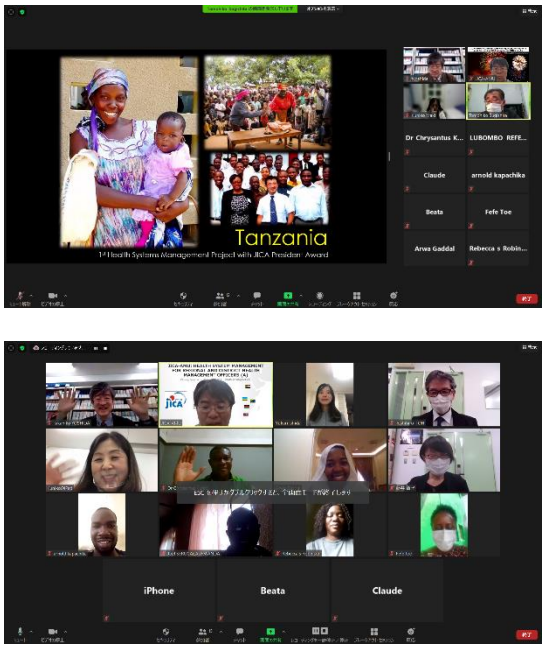


図 2　2020 年度遠隔研修風景

一方、zoom セッション前後では研修員との連絡が頻繁に行われ、メーリングリストよりも WhatsApp を多用した。個人的にファシリテーターと連絡を取った者や、電波状況が芳しくなかったが WhatsApp の電話機能を用いて問い合わせてくる者もおり、研修員とのコミュニケーションは想定以上にスムーズに行われた。

自主学習においては、当初配布を予定していた音声付きパワーポイント資料がインターネット環境の制限のある国々ではダウンロードできない事例が発生したため、急遽 Youtube チャンネル（JICA-AMU2020）を開設して、資料を動画形式（mp4）に変換して自由に閲覧できる状態にした（図 3）。同時に、パワーポイントから音声を削除し容量を削減した pdf ファイルを配布資料として作成し、Google Drive に公開した。動画は研修参加者限定・期間限定として公開し、指定された zoom セッションまでに視聴して質問等を受け付ける体制とした。動画は全部で 22 本 24 コマを作成し、総動画時間は 21 時間 21 分、1 動画当たりの平均時間は 58 分となり、総視聴回数は 133 回で 1 動画当たりの平均視聴回数は 6 回であった。pdf 化した資料のダウンロード数は不明であるが、研修員の多くは質問の際に各ファイルのページ数を指摘していたため、少なくとも資料の印刷または画面上での閲覧ができている状態であることが確認できた。上記以外の技術的な問題は研修期間中を通じて発生しなかった。

2020 年度の遠隔研修は、後日の来日を想定したカリキュラム編成のため、遠隔研修終了時には研修員によるプログラム評価を実施しなかった。そのため、研修の客観的な評価は困難であるが、zoom セッションの質疑応答から多くの研修員は講義内容を概ね理解していたと推測できる。特に、過去の JICA 研修への参加経験がある研修員からの我が国での体験共有や、特定の分野に精通している研修員の身にレクチャーは好評であり、また宿題への積極的な対応や、zoom セッションにおける各国の現状共有や我が国の事例の自国への適用可能性について議論する場面も見られた。遠隔でのやりとりではあったが、対面研修と同様の相互教育が遠隔研修でもできたため、研修内容の理解促進につながった。

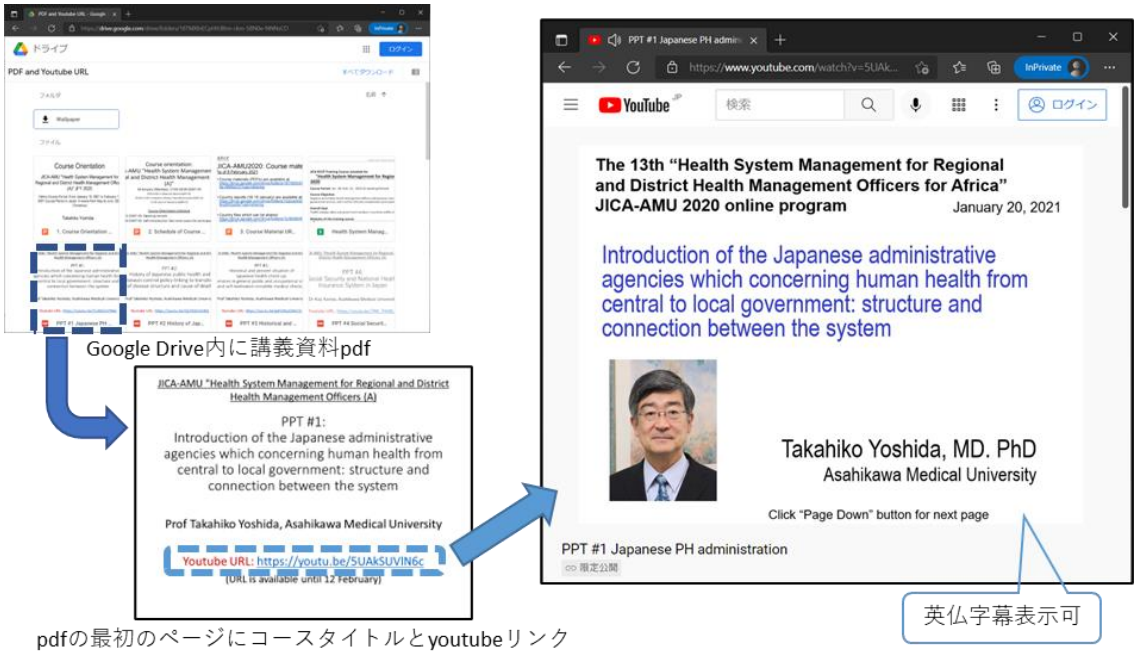


図 3　Google Drive 及び Youtube による研修実施環境

●2021 年度

2021 年度は、JICA 全体の方針により当初から遠隔研修のみとなったため、2020 年度に実施した方法を踏襲するとともに、2020 年度の研修実施において困難を極めた部分は改善した上で実施した。研修内容についても、2020 年度と同様とした（表 4)。2020 年度との最大の相違点は、JICA が他施設に依頼していた同タイトルの仏語による研修（B）コースが無くなったことである。これにより、アフリカ英語圏中心の本研修である（A）コースのみとなったことため、2021 年度は英語を母語としない国からも受け入れることとなった。しかしながら、本研修における使用言語は英語のままとした。研修実施体制は 2020 年度と同様とした。

研修は、2022 年 1 月 17 日～2 月 10 日に実施し、5 か国 6 名が参加した（エチオピア 1 名、コートジボアール 2 名、チュニジア 1 名、モロッコ 1 名、リベリア 1 名)。そのうち男性は 5 名、行政医師は 3 名であった（図 4)。

表 4　2021 年度研修スケジュール

日にち	開始	終了	形式	研修内容
1/17(月)	17:00	18:00	Zoom	オリエンテーション
	18:00	20:00		カントリーレポート発表 (1)
1/18(火)	17:00	19:00	Zoom	カントリーレポート発表 (2)
	19:00	20:00		カントリーレポート Q&A
1/19(水)	17:00	18:30	自主学習	日本の保健行政（衛生・労働・環境）の体制と概要
	18:30	20:00		日本の疾病構造・死因の変遷にリンクした国民健康増進対策・疾病対策の歴史
	20:00	21:30		日本の健康診断事業
1/20(木)	17:00	18:30	自主学習	社会保障と国民健康保険制度導入の歴史
	18:30	20:00		保健統計から見た日本と保健医療サービス提供体制の課題
	20:00	21:30		日本の社会福祉制度～高齢者と障がい者へのサービスに焦点をあてて～
1/21(金)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (1)
1/24(月)	17:00	18:30	自主学習	PCMの手法① Overview/Stakeholder analysis
	18:30	20:00		PCMの手法② Problem Analysis/Objective Analysis (Part 1)
1/25(火)	17:00	19:00	Zoom（中止）	PCM Discussion
1/26(水)	17:00	18:30	自主学習	PCMの手法③ Objective Analysis (Part 2)/Alternative Analysis
	18:30	20:00		PCMの手法④ Formulation of Project Design Matrix (Outline) / summary
1/27(木)	17:00	19:00	Zoom（中止）	PCM Discussion
1/28(金)	17:00	18:30	自主学習	日本の環境問題の歴史と環境保健の動向
	18:30	20:00		有害物質による健康障害　汚染物質による健康影響被害：発見から対策まで
	20:00	21:30		環境保健行政の実務（上下水処理、廃棄物処理）
1/31(月)	17:00	18:30	自主学習	地域保健活動の基本となる保健データの意義と収集の実際
	18:30	20:00		日本と世界における産業保健活動の実際
	20:00	21:30		日本の母子保健の歴史と母子保健指標の動向、現在の問題点
2/1(火)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (2)
2/2(水)	17:00	18:30	自主学習	地域住民の健康維持のための公衆衛生政策の歴史・総論
	18:30	20:00		日本の感染症に関する状況と対策の変遷と現状の課題
	20:00	21:30		院内感染対策
2/3(木)	17:00	18:30	自主学習	日本の高齢社会の現状と課題、今後の展望
	18:30	20:00		日本のがん予防　日本の社会・生活様式の変遷と悪性腫瘍の推移と対策の変遷
	20:00	21:30		高血圧・血管性病変（心疾患・脳血管疾患）
2/4(金)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (3)
2/7(月)	17:00	18:30	自主学習	チームとリーダーシップの重要性
	18:30	20:00		マネジメント・ピラミッドと5S-KAIZEN-TQM
	20:00	21:30		日本の精神疾患・メンタルヘルスの状況と対応の変遷
2/8(火)	17:00	19:00	Zoom	5S and KAIZEN　質疑応答
	19:00	20:30	自主学習	メタボリックシンドローム＆糖尿病
2/9(水)	17:00	19:00	Zoom	保健システム強化とキャパシティーディベロップメント　ーアフリカの事例を中心にー
	19:00	20:30	自主学習	日本の医学教育と医療サービスの現状、日本の医学教育と医師の需給バランスの問題
2/10(木)	17:00	19:00	Zoom	Question and Answer, discussion (4)
	19:00	20:00		閉講式・修了証授与

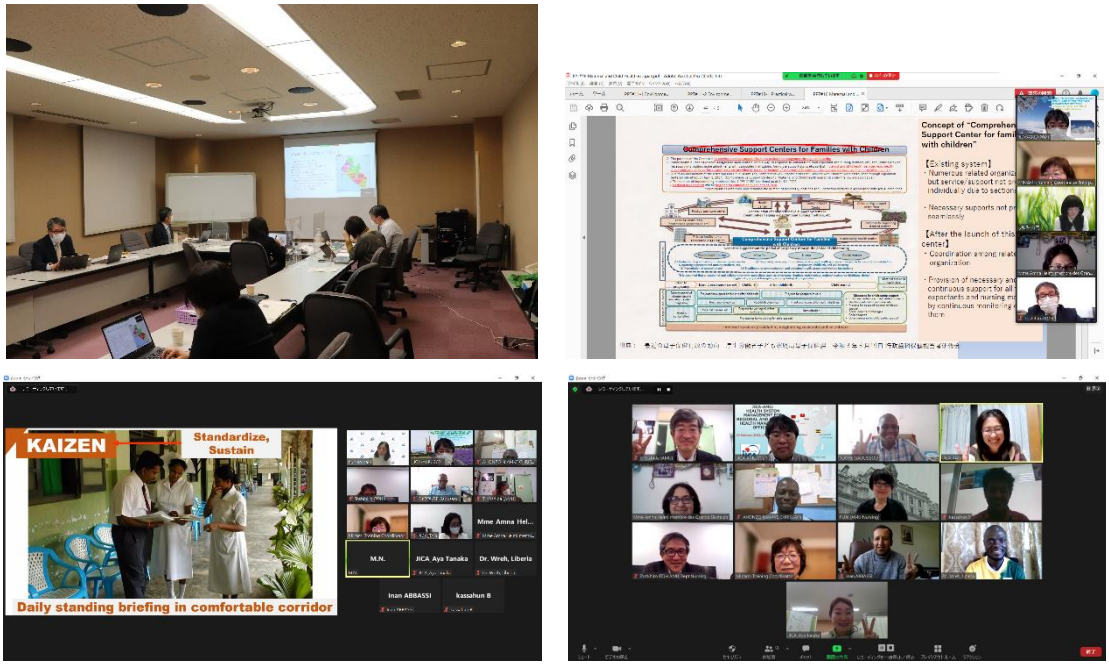


図 4　2021 年度遠隔研修風景

2021 年度の遠隔研修は、2020 年度の教訓に基づき、事前にメーリングリスト及び WhatsApp グループを作成して円滑なコミュニケーションをとるとともに、自主学習資料の youtube 事前公開と 1 動画当たりの視聴時間の短縮、研修中のファシリテーション方法の改善を行った。また、2021 年度は遠隔研修のみであったため、研修終了時の評価アンケートも実施した。メーリングリスト及び WhatsApp は 2021 年度も非常に有効な連絡手段となり、特に 2021 年度は講義内容による質疑応答もメーリングリストで共有されるなど、有効に活用された。日常の連絡手段についてはメーリングリストよりも WhatsApp の方が即時に反応を得ることができるため、非常に役立った。自主学習の youtube 動画については、2020 年度は研修が開始してから急遽作成したため、視聴に困難をきたす事例が散見された。そのため、1 単元のうちで分割可能なものは複数に分割し、研修員が空き時間に容易に視聴できるようにした。その結果、2021 年度は総動画数が 2020 年度の 22 本から 40 本に増加したが、1 動画当たりの平均時間は 58 分から 38 分へと短縮された。総再生回数も 133 回から 395 回へ、1 動画当たりの平均視聴回数も 6 回から 10 回へ増加した。研修中のファシリテーションについては、2021 年度は英語を母語としない研修員が 6 名中 4 名いたため、自主学習においては youtube で英語以外の多言語字幕の表示方法を教示して学習が促進されるよう配慮したことと、日常の連絡においては仏語の知識がある教員がウェブの翻訳機能を使用して英仏両言語で連絡事項を伝えることにより、情報共有に齟齬が無いよう配慮した。2021 年度は仏語通訳者を配置しなかったため、zoom セッション時は英仏両言語が堪能な研修員が率先して通訳を担い円滑なコミュニケーションを図った。

研修修了時のアンケートは、6 名中 5 名の回答があった。アンケートは JICA の規定に基づくものであり、評価内容は「1. 研修成果」「2. 研修の全体デザイン」「3. プログラム内容の詳細と運営」「4. 遠隔研修の環境」「5. その他」からなる。一部で研修期間が短すぎるとの意見や通信環境の制限のため zoom セッションに十分に参加できないこともあったとの回答があったが、いずれの内容においても概ね高評価であった（表 5）。

●2022 年度

2022 年度は、JICA による来日研修実施の決定が 2022 年 4 月になったことから、通常 6 月中旬頃から来日していたものを 1 か月遅らせて 7 月後半から実施することとなった。研修も来日で実施していた 2019 年度までのものに沿って行うこととしたが、依然として COVID-19 の影響が多方面に出ていることから、一部で変更を加えることとした。まず、2022 年 7 月現在では、わが国への入国に関する水際対策として、予防接種や事前 PCR 検査の有無、また国ごとの隔離期間に関する取り決めがあったため、JICA 独自の入国基準と合わせて入国後 8 日間は日本国内での遠隔研修とした。研修員は、出身国によって政府提供隔離施設、JICA 提供隔離施設、JICA 北海道（札幌）の 3 か所に分かれて研修を受講することになった。遠隔研修期間中は、2020～2021 年度の研修内容に沿って、座学で提供可能な科目についてリアルタイムで講義を提供した。一部の科目については、過年度に収録した動画を放映して質疑応答を受ける形としたが、基本的に遠隔の状態で講義を受講する体制とした。遠隔研修終了後は、JICA 北海道（札幌）にて本学が独自で依頼している来旭前の健康診断（結核）を講義と同時進行で実施して旭川に移動した。そのため、旭川の滞在期間は通常より短い 3 週間ほどとなった。旭川ではこれまでの来日研修で実施していたものに沿って実施することを望んだが、長引く COVID-19 流行により多くの施設において研修企画段階から研修員の受け入れを断るところもあり、これまでの研修と比較して多くの場面で行動に制限が加わることが想定されたため、事前にビデオ収録したり遠隔研修にて代替したりするなどの対策をとった。詳細なスケジュールは表 6 に示す。

表 5　2021 年度研修評価

評価項目	人数				
（3または5段階評価）	適切 ⇔ 不適切				
	5	4	3	2	1
1. 研修デザイン・カリキュラム構成					
カリキュラム構成	3	2			
研修期間	4			1	
参加者の人数	5				
2. 研修内容・ファシリテーション					
講師の発表・説明	2	3			
教材の質	3	2			
主催者の介入（ファシリテーション）	4	1			
参加者間の知見の共有	4	1			
3. 遠隔研修の環境					
通信環境	3		1	1	
講義動画・教材の画質	4	1			

表 6　2022 年度研修スケジュール

日にち	開始	終了	形式	研修内容
7/20（水）	20:15			来日、検疫施設またはJICA指定ホテルへ移動
7/21（木）	午前			札幌へ移動（8名）
	15:30	16:30	Zoom	本学によるオリエンテーション
	その後		Zoom	来道研修に係るJICA主催オリエンテーション
7/22（金）	9:30	10:55		研修員PCセットアップ
	11:05	12:30	Zoom講義	保健統計から見た日本と保健医療サービス提供体制の課題
	13:30	14:55	Zoom講義	社会保障と国民健康保険制度導入の歴史
	15:05	16:30	Zoom講義	日本の保健行政（衛生・労働・環境）の体制と概要
7/23（土）	終日			JICA指定ホテルへ移動（1名）
7/24（日）	終日			札幌へ移動（1名）
7/25（月）	9:30	10:55	Zoom講義	日本の疾病構造・死因の変遷にリンクした国民健康増進対策・疾病対策の歴史
	11:05	12:30	Zoom講義	日本のがん予防　日本の社会・生活様式の変遷と悪性腫瘍の推移と対策の変遷
	13:30	14:55	Zoom講義	高血圧・血管性病変（心疾患・脳血管疾患）
	15:05	16:30	Zoom講義	メタボリックシンドローム＆糖尿病
	17:00		Zoom講義	研修員：日本語講習
7/26（火）	9:30	10:55	Zoom講義	日本の精神疾患・メンタルヘルスの状況と対応の変遷
	11:05	12:30	Zoom講義	日本における精神保健福祉
	13:30	14:55	Zoom講義	日本と世界における産業保健活動の実際
	15:05	16:30	Zoom講義	地域保健活動の基本となる保健データの意義と収集の実際
7/27（水）	9:30	10:55	Zoom講義	日本の健康診断事業
	11:05	16:30	Zoom	カントリーレポート発表（休憩時間含む）
7/28（木）	午前			札幌へ移動（4名）
	14:00	15:00	その他	レントゲン検査
	16:30	18:00	対面講義	日本の健康診断事業（結核予防会・複十字総合健診センターの役割、地域との連携）
7/29（金）	9:30	11:30	対面講義	北海道における保健行政、新型コロナウイルス感染症対策、災害対策等
	~~12:00~~	~~13:00~~	~~見学~~	【中止】~~北海道庁見学~~
	15:00	16:00	その他	開講式
	17:00			研修員：日本語講習
8/1（月）	9:30	12:30	対面講義・演習	PCMの手法① Overview/Stakeholder analysis
	13:30	16:30	対面講義・演習	PCMの手法② Problem Analysis/Objective Analysis (Part 1)
	17:00			研修員：政治・行政
8/2（火）	9:30	12:30	対面講義・演習	PCMの手法③ Objective Analysis (Part 2)/Alternative Analysis
	13:30	16:30	対面講義・演習	PCMの手法④ Formulation of Project Design Matrix (Outline) / summary
8/3（水）	9:30	12:30	対面講義・演習	PCMの手法④ Formulation of Project Design Matrix (Outline) / summary
	13:30	16:30	対面講義・演習	PCMの手法④ Formulation of Project Design Matrix (Outline) / summary
	17:00			研修員：教育
8/4（木）	9:30	12:30	対面講義・演習	チームとリーダーシップの重要性
	13:30	16:30	対面講義・演習	マネジメント・ピラミッドと5S-KAIZEN-TQM
	17:00			研修員：日本語講習
8/5（金）	9:30	12:30	対面講義・演習	KAIZEN演習①：問題分析と対策立案
	13:30	16:30	対面講義・演習	KAIZEN演習②：ケース教材を利用した予算計画の策定
	16:30	17:00	その他	AP title submission、Q&A
	18:00			研修員：経済
8/6（土）				旭川へ移動　旭川夏祭り最終日（予定）
8/8（月）	9:30	10:00	その他	旭川でのガイダンス・万歩計の配布
	10:00	11:00	対面講義	地域住民の健康維持のための公衆衛生政策の歴史・総論
	11:00	12:00	演習	身体組成・脈波伝達速度の測定
	13:30	14:55	対面講義	日本の母子保健の歴史と母子保健指標の動向、現在の問題点
	15:05	16:30	演習	Good Practice Discussion 1, Q&A

表 6（続き）

日にち	開始	終了	形式	研修内容
8/9（火）	9:30	10:55	対面講義	日本の感染症に関する状況と対策の変遷と現状の課題
	11:05	12:30	演習	Good Practice Discussion 2, Q&A
	13:30	15:25	対面講義	旭川市保健所の紹介、食品保健の現場：旭川市食肉衛生検査所（と畜場・食肉検査）
	15:35	16:30	資料学習	日本の結核対策―DOTSの流れ
8/10（水）	9:30	10:55	対面講義	旭川医大病院における病院管理（財政・人事、物品・医療情報）
	11:05	12:30	対面講義	院内感染対策
	13:30	16:00	対面講義・見学	【見学中止、講義のみ】旭川医大病院の概要及び見学
8/11（木・祝）	9:30	16:30	演習	アクションプラン作成（自習）
8/12（金）	9:30	10:55	対面講義	日本の環境問題の歴史と環境保健の動向
	11:05	12:30	対面講義	ケアプランとケアマネージャの役割
	13:30	14:55	対面講義	有害物質による健康障害　汚染物質による健康影響被害：発見から対策まで
	15:05	16:30	対面講義	環境保健行政の実務（上下水処理、廃棄物処理）
8/14（日）	9:00	13:30		旭山動物園
8/15（月）	9:30	10:55	対面講義	フィールド疫学調査の実際①　金属他
	11:05	12:30	対面講義	フィールド疫学調査の実際②　感染症
	13:30	14:55	対面講義	生活習慣病予防と保健師の役割
	16:00	16:20	その他	旭川市長表敬
8/16（火）	9:30	10:30	演習	アクションプラン作成指導
	13:00	16:30	対面講義・見学	名寄市立総合病院訪問・見学
8/17（水）	9:30	10:55	演習	Good Practice Discussion 3, Q&A
	11:05	11:35	ビデオ視聴	石狩川浄水場見学（ビデオ視聴）
	11:35	12:05	ビデオ視聴	廃棄物処理センター（旭川振興公社）見学（ビデオ視聴）
	13:30	14:55	対面講義	誰にも優しい街づくり、あさひかわの取組
	15:05	16:30	対面講義	美瑛町の保健・医療（高齢者の整形外科的対策）
8/18（木）	9:00	11:00	見学	廃棄物処理施設の見学
	13:30	14:55	対面講義	日本の高齢社会の現状と課題、今後の展望
	15:05	16:30	演習	Good Practice Discussion 4, Q&A
8/19（金）	9:30	10:55	演習	Good Practice Discussion 5, Q&A
	~~13:00~~	~~16:30~~	~~講義・見学~~	【中止】~~日本製紙旭川工場~~
	11:05	12:30	講義	【追加】日本と世界における産業保健活動の実際（2）
	13:30	14:55	演習	【追加】これまでの講義に関する質疑応答
8/22（月）	9:30	10:55	対面講義	日本の医学教育と医療サービスの現状、日本の医学教育と医師の需給バランスの問題
	11:30	12:45	その他	昼食を兼ねてイオン旭川西へ移動
	13:00	15:00	見学・説明	近文清掃工場、リサイクルプラザ
	15:30	16:30	見学・説明	下水処理センター見学
8/23（火）	9:30	10:55	Zoom講義	健康的なまちづくりをめざして地方自治体における保健医療福祉行政の役割と財政の仕組み
	11:05	12:30	演習	Good Practice Discussion 6, Q&A
	13:30	16:30	見学・演習	保健師課程の演習見学（3歳児健康診査）／アクションプラン作成指導
8/24（水）	9:30	10:55	対面講義	日本の公衆衛生看護の歴史①
	11:05	12:30	対面講義	日本の公衆衛生看護の歴史②
	~~13:30~~	~~16:30~~	~~対面講義~~	【中止】~~日本の1950～1970年代に活躍した開拓保健師の軌跡~~
	13:30	16:30	演習	【追加】アクションプラン作成指導
8/25（木）	9:30	12:30	演習	アクションプラン作成指導
	13:30	16:30	Zoom講義	保健システム強化とキャパシティーディベロップメント　―アフリカの事例を中心に―
8/26（金）	9:30	11:20	対面講義・見学	中学校の概要説明、学校における健康安全教育と保健室の役割
	12:20	16:00	対面講義・見学	小学校の概要説明、給食についての講話、給食と清掃の見学、授業参観
8/27（土）	10:15	12:00		日本文化体験
8/29（月）	9:30	16:30	演習	アクションプラン作成指導
8/30（火）	9:30	15:30	演習	アクションプラン発表会
	15:30	16:30	その他	評価会
8/31（水）	9:30	10:30	その他	閉講式・修了証授与

研修は2022年7月21日～8月31日に実施した。そのうち、7月28日までは遠隔研修、7月29日～8月5日まではJICA北海道（札幌）における対面研修とし、その後は本学での研修となった。研修員は9か国12名であり、その内訳は、エチオピア1名、ケニア1名、コートジボアール1名、シエラレオネ1名、セネガル1名、ジプチ1名、マラウイ2名、リベリア3名、ルワンダ1名となった。うち男性は7名、行政医師は4名であった。本研修における使用言語はこれまで通り英語であるが、2022年度も英語を母語としない国から受け入れることとなった。そのため、2021年度の教訓を基に2022年度は英語に加え仏語の通訳兼コーディネーターを配置し、円滑に研修を実施できる体制とした。また、メーリングリストを作成するとともに、2022年度はJICAが来日1か月前よりWhatsAppグループを作成し、日本出発前から研修員が自由にコミュニケーションをとれる体制とした。2022年度も研修終了時には評価アンケートを実施した。

入国後の遠隔研修では、過去2年間の研修と違い研修員全員が日本へ入国しており、時差や接続環境における問題は生じなかった。そのため、ライブ講義では講義時間内に質疑応答が終了しないほど活発な議論が展開され、過去2年間とは比較にならないほど非常に充実したオンラインセッションとなった。全員の来道後は、COVID-19前と同様な形式で研修が運営されたが、感染対策として移動手段を公共交通機関から貸切バスに切り替えたことや、いまだ続くCOVID-19流行状況から訪問施設での行動制限が生じた事例、感染状況の悪化により施設訪問が急遽困難となった事例もあった。研修以外でも、ウェルカムパーティーや日本文化を体験する催し等も制限され、来旭後もホテルと大学を往復する日々が続いた。その様な状況でも、研修員12名全員が貪欲に知識・技術を吸収し、自国での保健医療の問題を改善すべくアクションプランの作成に真摯に取り組むことができたこと、研修員を受け入れた施設では研修員の来訪を大歓迎され、非常に充実した日々を過ごすことができた（図5、図6）。また、毎朝の検温や体調管理シートの提出など徹底した感染対策を実施したため、一時的な体調不良者がでたのみで研修員や関係者に感染者が発生することもなかった。

評価アンケートでは、2021年度と同様に研修終了前に研修員に回答してもらう形式としたが、評価項目に関しては2019年度以前の来日研修と同等なものとした。「1. 研修成果」「2. 研修デザイン・カリキュラム構成」「3. 研修内容・ファシリテーション」とも概ね高評価を得ることができた（表7）。カリキュラム編成での低評価については、研修全体を学生向けではない専門家に特化した内容を求める声があった。参加者間の知見共有に関しては、2021年度から研修の言語枠が撤廃され英語を母語としない参加者が増加したため、仏語圏からの参加者からは独立した研修を望む声があった。

図 5　2022 年度研修風景

（左上：遠隔講義、右上：開講式、左 2 段目：プロジェクトサイクルマネジメント演習、右 2 段目：講義風景、左 3 段目：母子保健実習風景、右 3 段目：アクションプラン作成指導、左最下列：旭川市役所訪問、右最下列：旭山動物園）

図 6　2022 年度研修風景

（左上：名寄市立総合病院 ICU、右上：同へリポート、左 2 段目：近文リサイクルプラザ、右 2 段目：石狩川浄水場、左 3 段目：市内小学校体育館、右 3 段目：市内中学校給食体験、左最下列：アクションプラン発表、右最下列：閉講式）

表 7　2022 年度研修評価

評価項目	人数				
（3または5段階評価）	適切 ⇔ 不適切				
	5	4	3	2	1
1. 研修成果					
研修目標を達成した	8	4			
研修で得た知識や経験は自分の仕事にとても役立つ	10	1	1		
2. 研修デザイン・カリキュラム構成					
カリキュラム構成	5	6			1
研修期間	12				
参加者の人数	12				
3. 研修内容・ファシリテーション					
講師の発表・説明	7	5			
講師の専門性	11	1			
教材の質	8	3			
主催者の介入（ファシリテーション）	11	1			
参加者間の知見の共有	5	6	1		

●考察

2019 年末から始まった新型コロナウイルス感染症の世界的大流行に伴い、本学における JICA 研修もこれまでとは違う手段での運営を余儀なくされた。JICA の方針により、研修員の来日が叶わない 2020～2021 年度は通常の 6～7 週間の研修を 4 週間に短縮した上で、遠隔研修として開催することとなった。2020 年度は来日研修の予定が急遽遠隔研修となり、限られた準備期間での初めての試みとなったため、研修期間全体にわたり様々なトラブルなどに対処しながらの運営となった。一方、2021 年度は、2020 年度の教訓を生かしてよりスムーズな研修運営となったが、JICA による研修言語枠の撤廃により英語圏以外からの参加者が半数以上を占めたため、時折仏語による説明が必要になる中での運営となった。2022 年度は、3 年ぶりの来日研修となった。研修期間も COVID-19 以前と同様になったが、日本政府の水際対策が強化されている中での研修となったため、来日後の遠隔研修を実施した上での実地研修となった。

この 3 年間の研修では、これまでの 12 年間とは大きく異なる教訓が得られた。1 つは、遠隔研修の導入により座学による講義が多様な形態で実施できるようになったことである。世界的な COVID-19 流行がきっかけではあったが、遠隔教育に関する環境整備が格段に進んだ。そのため、アフリカ諸国の脆弱な通信環境や日本との時差など、より円滑に実施するためには考慮しなければいけない部分もあるが、研修員はインターネット接続が可能な限りどの場所からも研修に参加できるようになった。また、遠隔研修は 2022 年度研修における来日後の水際対策期間にも適用することができた。研修員全員が来日している状況では時差の影響もないため、ライブ講義を実施することもできた。よって、講義・実習・視察がバランスよく配置された来日研修が完成形に近づきつつある中で、新たなオプションを追加することができた。

次に、SNS の活用によりコミュニケーションがより円滑になったことである。これまではメールによるやり取りが中心となっていたが、パソコンを開かない限り送受信ができないため、連絡手段としては成り立たないことが多かった。現在では、研修員全員がスマートフォンを所持し、WhatsApp というコミュニケーションアプリを使用しているため、従来のメーリングリストを活用しつつも日常的な連絡手段は WhatsApp が中心となった。2020～2021 年度は研修員と対面であることができなかったため、zoom セッション前後のやり取りには大変

重宝した。また、2022 年度においても、事前に設定しておいたため来日前から研修員同士の一体感を醸成することができ、研修終了後の現在でも定期的なやり取りが続いている。よって、SNS を有効に活用した研修運営は今後も必須事項となるであろう。

そして、3 つ目は英語圏以外の研修員の受け入れ拡大に基づく仏語対応を充実させたことである。これは、本学と同名の研修を仏語にて実施している他施設が研修員の受け入れを中止したことにより、本格的に英語圏以外の研修員も受け入れることになったためである。英語は研修参加の必須言語としていたため、ほとんどの研修員は言葉に問題が生じることはなかったが、2021 年度の研修では英語によるディスカッションが難しい場面も見られた。そのため、2022 年度研修では英語による研修実施を前提としつつ、仏語通訳者を配置して円滑に運営をできるようにした。結果としては、参加者のほとんどが充実した研修生活を送ることができたが、やはり母国語が仏語の研修員からは、仏語による研修を実施してほしい旨の要望があった。これは、JICA が今後の方針をどう決めるかによるが、2022 年度の研修を通じて多言語対応のノウハウを得ることができた。

最後に、COVID-19 感染対策としての徹底した体調管理を実施したことである。本研修では、これまでも研修員が来日中に結核を発症したことがあったため、研修員は来日前に胸部レントゲン撮影を含む健康診断を受診することを必須とし、来日後もレントゲン撮影を行うこととしていた。そのため、本研修は他の JICA 研修とは異なり以前から健康管理を徹底していたこと、また地域保健の最前線に立つ研修員が COVID-19 流行を経験してより健康管理に対する意識が高かったため、2022 年度の来日研修中は研修員が研修監理員のサポートのもと率先して検温や消毒、マスク着用などの感染対策を実施していた。本学でも感染予防に必要な物品の提供やこれまでの研修で使用した部屋より大きな部屋での講義実施、公共交通機関の利用自粛・貸切バスの借り上げなどの対策をとった。その結果、研修期間中はアフリカ各国より我が国の方が圧倒的に感染者数が多かったのにもかかわらず感染者を発生させなかったのも大きな成果であろう。

一方、これからの課題も垣間見ることができた。1 つは、上記の言語問題とリンクするが、研修員の対象国拡大に基づくきめ細やかな対応である。もう 1 つは研修内容の専門特化にかかる事項である。特に後者は、研修員を医師限定、看護師限定などとすれば参加者の特性に合った研修カリキュラムを組むことは可能であるが、本研修は行政の専門家や非医療職も含めた幅広い人材を対象とした研修としているため、専門職にとって既知の内容も含めないといけない現状がある。研修員の一人からは、一部の講義内容が基礎に偏っている旨の意見が出されたが、研修員は各国の JICA 在外事務所から推薦されていることもあり、地域保健を専門として年齢・語学要件を満たす限り推薦された人材は受け入れる方針となっている。よって、今後も同様な意見具申があると考えられるが、一人でも多くの研修員が必要な知識・技術を習得して本国に帰国して活用できるよう、引き続き彼らに有用な研修を提供していきたい。

JICA training program for African health professionals at Asahikawa Medical University during the covid-19 pandemic

Abstract

The JICA Knowledge Co-Creation Program "Health Systems Management for Regional and District Health Management Officers" has been conducted for 15 years at Asahikawa Medical University. Until now, we offered various lectures, exercises, and site visits of health facilities in Asahikawa City and northern Hokkaido every June to August, but due to the COVID-19 pandemic worldwide, the program has been provided online from FY2020 to FY2021, and a hybrid program combining online sessions after arrival in Japan and face-to-face lectures, exercises and field visits thereafter was held in FY2022. In addition, since FY2021, non-anglophone participants joined the training. In this paper, we report the outcomes and lessons learned from the most recent three years of training programs and discuss the perspectives of future training programs.

Key words

JICA, Knowledge Co-Creation Program (KCCP), Africa, Community Health, Capacity Development

報告

口唇口蓋裂治療の現状とベトナム医療援助

Current treatment for patients with cleft lip and palate and medical assistance in Vietnam

吉田将亜※

【はじめに 】

顎顔面領域の先天異常である口唇口蓋裂は、人体で最も発生頻度が高い体表奇形であり、わが国において新生児約 500~700 人に 1 人の割合で発生する。出生直後の哺乳障害に始まり、鼻口唇の変形、言語障害、咀嚼障害、歯列不正、顎発育障害、咬合異常がみられ、う蝕や歯周病、中耳炎の罹患率が高く、心疾患など合併先天異常を有する場合も少なくない。治療は出生後から顎発育の終了まで継続するため、患者、家族が与えられる精神心理的影響も大きい。これら問題を解決するために、本疾患の治療においては、関連する臨床各科により一貫した方針に基づく集学的治療が行われている。

治療の歴史は古く、ローマ時代のカエサル（BC25~AD40 年）は焼灼による口唇裂手術を著書に記載しており、口唇裂手術を受けた最も古い記録は西暦 390 年に中国で記録されている[1)]。口唇口蓋裂の手術術式が発展したのは 19 世紀中期以降で、現在の標準的な手術方法が確立された。近年、診療ガイドライン[2)]も整備され、治療標準化の検討がすすみ、口唇裂や口蓋裂の治療後の口唇形態や機能、構音機能は大きく改善してきた。口蓋裂学会が発表した調査で、口唇口蓋裂を治療する日本の 111 施設の治療プロトコールについて報告している[3)]。各施設の治療プロトコールは、治療（手術）方法、治療時期は各施設で厳密には異なるものであったが、おおよそ共通した方針が採用され、成長発育に応じて適切な治療、管理が行われることで、安定した良好な成績が報告されるようになった。当科でもこれら各施設の治療結果を踏まえ、図 1 の治療スケジュールに従い出生前から成人に至るまで治療を行っている。

現在、本邦では口唇形態や構音機能以外の問題のさらなる改善を目指し、発育、成長に伴う顎顔面の形態変化、顎骨の劣成長、歯列不正、言語獲得などを考慮した治療方法、手術方法の開発が進められている。しかしながら、この疾患の最終的な治療結果は出生から顎顔面の成長終了のおよそ 20 年を要し、成人までの経過中に行われた治療も影響する。そのためどの治療プロトコール、どの手術方法が最良であるか、現在も議論されているのが現状である。

今回、本稿では本学開設後から当科で行ってきた口唇口蓋裂治療の概要と、これまでの取り組みについて報告したい。

出生前	哺乳・育児指導		超音波エコー検査（産科）
出生	Hots床（哺乳床）		全身検査（小児科） 哺乳・育児指導（産科）
3カ月（体重5kg）	口唇形成術		中耳炎診察（耳鼻科）
1歳3カ月～	口蓋形成術	レジン床 瘻孔閉鎖床 う蝕治療 口腔衛生指導	鼓膜チューブ留置術 （耳鼻科）
4～6歳	口唇修正術 外鼻修正術	言語訓練	
7～8歳		矯正歯科	
8～10歳	顎裂部骨移植術		
		補綴治療	
16～18歳	外鼻修正術 顎外科手術		

図 1　片側・両側唇顎口蓋裂治療スケジュール

※旭川医科大学医学部　歯科口腔外科学講座

口唇口蓋裂とは

ヒトの上唇は胎生４～8 週頃、口蓋は胎生８～2 週頃に形成される。口唇裂は第一鰓弓由来の前頭隆起と上顎隆起の癒合不全、口蓋裂は正中および外側口蓋隆起の癒合不全によって生じる。発生機序は、遺伝的要因と環境的要因が関与した多因子説が有力で、多くの場合発生は散発的で、副耳や心奇形など合併奇形が認められることが多い。発生頻度は、人種により差がみられ、日本人を含めた黄色人種が最も多く（出生数に対して 0.2%）、白色人種、黒色人種はそれぞれ 0.1%、0.07%と少ない。その他の顔面裂奇形では、斜顔裂、横顔裂、正中裂があるが、これらは、10 万人の出生数あたり１～2 人と推測される。口唇口蓋裂の裂型分類は、左右、部位、状態（完全、不完全）に分類される（図２）。口唇裂を含む症例は、口蓋裂単独症例と遺伝的に異なる発症要因が存在するとされる。

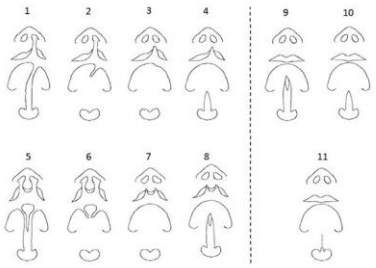


図２　口唇・口蓋裂の裂型分類
１～４：片側性口唇裂（口蓋裂あり、口蓋裂なし）
５～８：両側生口唇裂（口蓋裂あり、口蓋裂なし）
１，５：唇顎口蓋裂
２，６：唇顎裂
３，７：唇裂
４，８：口唇裂＋口蓋裂
９～１０：口蓋裂

術前顎矯正（図３）

顎裂および口蓋裂を有する症例では出生直後に哺乳障害の対策が最初の治療となる。出生後、できるだけ早期に上顎の印象採得を行い、哺乳床を作製し、顎裂・硬口蓋裂を閉鎖することで哺乳障害を改善することが可能になる。この哺乳床には、裂の閉鎖以外に嚥下時の舌が異常な位置にくることを防止する効果もあり、将来の構音機能や顎発育に良い影響を与えることができる。また、口唇形成術や口蓋形成術までに変形した裂幅や顎形態を制御する

図3　術前顎矯正と両側唇顎口蓋裂におけるNAM法

口唇テープや口蓋床で術前顎矯正を行うことで、口唇形成術後の審美的な結果を期待できる。また、顎口蓋裂の狭小化により手術で口蓋が閉鎖しやすい形態にすることができる。

目的で哺乳床を利用した術前顎矯正が日本では多くの施設で標準治療となっており、口腔外科、矯正歯科、小児歯科で行われている。これには、顎の成長能を利用した受動的な顎矯正と顔面皮膚を支持組織とした能動的な顎矯正がある。

受動的顎矯正の哺乳床として代表的なものはチューリッヒ大学の Hots らが始めた Hots 床である[4]。Hots 床は周囲の軟性と中央部の硬性レジンからなり、粘膜面の潰瘍形成が少なく顎発育を抑制しないなど利点を有しており、当科でも 1990 年以降使用してきた。しかし、上顎の発育に伴い調整が頻回に必要であり、再製作が煩雑であること、軟性レジンのため顎堤の矯正力があまり働かないなど欠点もある。そこで当科では近年、理想的な顎堤・口蓋形態をある程度予測した硬質レジンによるプレートを作製し義歯安定剤にて口腔内に装着する方法を採用した。これにより、口唇形成術を行う時期までに顎堤・口蓋の形態は矯正され、それに伴い上唇は理想的な形態へ改善がなされる。完全口唇裂では鼻の形態の変形に対する能動的な矯正装置として nasoalveolar molding（ＮＡＭ）法[5]がある（図３）。ＮＡＭを使用することで鼻の形態改善は望めるが、装置による鼻の潰瘍形成のトラブルや頻回の装置の調整が必要である。また、成人までに完全に鼻の修正術を回避できるわけではないため、当科では、家族にＮＡＭ装置の使用に理解があり、頻回の

通院が可能で、鼻の変形が高度の両側完全口唇裂の症例に対し適用している。

口唇形成術および口唇修正術

口唇形成術は乳児期の体内動態が安定し新生児黄疸が消失する生後 3 か月以降に行われる。口唇形成術の目的は口唇の閉鎖、口輪筋の再建、口唇の形成であり、機能と形態の回復である。出生後の初回手術となる口唇形成術の術式は、各施設で様々な方法が採用されている。どの術式で行っても皮膚切開線以外の基本的手技、すなわち、口輪筋の形成、鼻腔底の形成、口腔粘膜の縫合などに大きな違いはなく術後の機能回復が問題となることは少ない。しかし、術式の違いで成人までにどのように口唇の形態が変化していくか予測することは難しい。片側口唇形成術で、もっとも新しいコンセプトを提唱した術式は Fisher 法[6] で、近年、当科でもその概念を取り入れた治療を行っている（図４）。

図4　口唇裂手術後の経過
Fisher法（2005年）：口唇形成術で鼻柱基部の縫合線を解剖学的なsubunitの概念に基づき整容的に自然な形態に近づけようとする方法

図5　口唇形成術後の鼻・口唇の形態変化

重要なことは顎顔面の成長発育に伴って、手術後の口唇形態は変化していくことである。術後早期に満足いく結果が得られていても、成長に伴い口唇形態の変形や瘢痕拘縮など問題が起こり得る（図５）。その場合、患者の年齢やその変形の程度に応じた二次修正術が必要となる。片側唇裂では鼻の左右対称性を得るために初回の手術で患側の鼻翼軟骨の修正を加えるか否かについては現在も議論がなされている。成長に伴う口唇の変形に対する口唇修正術（口唇鼻修正術）の適した手術時期ついて絶対的な規定はない。通常は本人あるいは、家族の希望を考慮して就学前や成長終了後に行われるのが一般的である。両側性の口唇裂では中間唇と鼻柱の組織量不足により、術後鼻柱短縮の変形が残存することが多い。鼻の変形改善のため、就学前もしくは成長終了後に軟骨移植もしくは人工物を利用して鼻柱延長を考慮した鼻修正術が必須となる。

口蓋形成術

口蓋形成術の目的は構音機能に重要な鼻咽腔閉鎖機能の獲得であるが、それと同時に手術侵襲による上顎骨の劣成長、歯列不正、鼻口腔瘻を避けることが大切である。手術時期は言葉を獲得し始める 1 歳 3 か月頃が望ましいとされる。過去に最も行われていた術式は push back 法と呼ばれる方法で、この方法により言語成績は著しく向上し、およそ 90% 以上で正常の鼻咽腔閉鎖機能が獲得できた。しかし、この方法は硬口蓋粘膜を大きく後方に移動することから硬口蓋に骨露出が生じ、人工粘膜等で被覆しても瘢痕形成は避けられず、上顎劣成長の原因となり、上顎骨の狭窄による乳歯や永久歯の歯列不正を回避することは困難であった。また、硬口蓋が浅い形態となり、口蓋の前方には大きな鼻口腔瘻（瘻孔）が生じるため言語機能に悪影響を与え、瘻孔閉鎖のため口蓋床を閉鎖術まで継続して使用する必要があった（図６）。

これら問題を回避するため、軟口蓋と硬口蓋の閉鎖時期をずらして瘢痕による上顎劣成長を軽減す

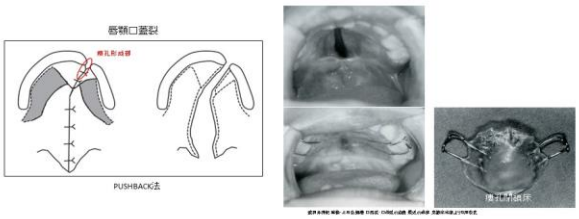


図6 push back法による口蓋形成術と瘻孔閉鎖床

る方法が開発された。口蓋閉鎖を二期的に閉鎖する方法であり、Perko[7] は口蓋骨の骨膜を温存して二期的に閉鎖する方法、Furlow[8] は骨を完全に粘膜で被覆して二期的に閉鎖する方法を報告した。二期的閉鎖による口蓋形成術の push back 法との比較は、鼻咽腔閉鎖機能に関しては同等で、上顎劣成長については優位に二期的閉鎖術が優れていたと報告されており[9]、2000 年以降は軟口蓋に Z 形成で閉鎖する Furlow 法を応用した手術方法を採用する施設が多くを占めるようになってきた。当科の治療の変遷をみてみると、開設当初、push back 法を採用していたが、その後、症例により push back 法と Furlow 法を併用してきた。現在は、口蓋裂全例で Furlow 法を応用した口蓋形成術を行い良好な結果が得られている（図 7－1, 2)。

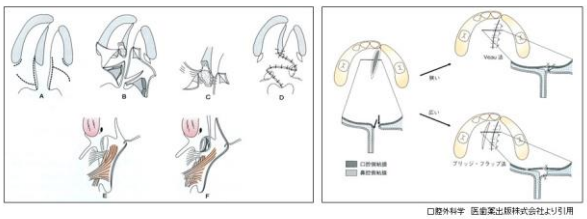


図7－1 furlow法による二期的口蓋閉鎖術

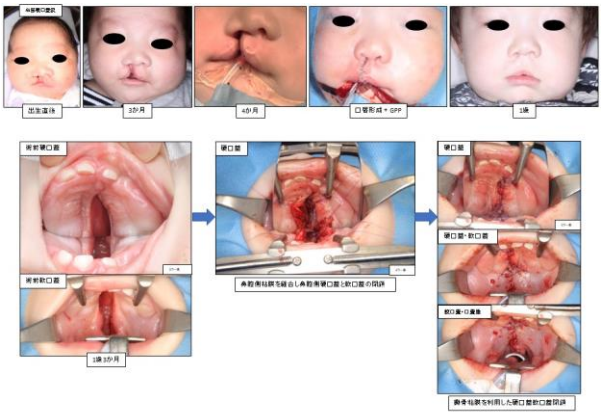


図7－2 furlow法による一期的口蓋閉鎖術

Furlow 法を応用した手術法で最新の手術方法は、鳥飼ら[10] が口唇形成術と同時に一期的に口蓋閉鎖術を行う方法を報告しており、現在、少数の施設で行われている。術後の咬合や言語機能に問題はないとしており、手術回数が減って術後の成績が同じであれば有用な方法であり近い将来、この手術方法が主流になると予測される。しかし、術前に顎矯正を行うことが前提ですべての症例で適用できないこと、手術時間（麻酔時間）が長くなり患児への負担が大きい、執刀は経験豊富な術者が望ましい、などの問題も有している。また、この方法による顎顔面の成長終了後の形態や機能の最終的な結果は明らかになっておらず、今後の評価が待たれている。

口蓋裂二次手術

初回口蓋形成術後の評価は、4 ~5 歳頃より開始しおおよそ就学時にほぼ固定される。同時期より鼻咽腔閉鎖機能と異常構音の評価を行うが、近年、当科では Furlow 法による口蓋形成術を採用することで、鼻咽腔閉鎖機能不全は認めず、また、硬口蓋形態の異常や歯列不正が軽減されることで異常構音の出現率も低下している。これまで多くの施設でも、いずれも厳密には同じ手術手技ではないものの、鼻咽腔閉鎖機能、構音機能について Furlow 法の治療成績の優位性を報告している。これら治療方法の改善により成績向上が見られても術後も鼻咽腔閉鎖機能不全が残存する症例が存在するのは事実で、それら症例では、スピーチエイドや軟口蓋挙上装置などの補助装置を作製して言語訓練を開始する。これら補助装置は歯と硬口蓋粘膜を固定原とした装置のため、上顎の成長に伴って頻回の調整が必要となる。通常、矯正治療の開始時期は永久前歯萌出後の 7 歳以降となり、矯正装置が障害となることがあり歯科矯正科と連携した言語訓練補助装置の装着が必要となる。多くは、補助装置を利用した言語訓練によって言語機能が賦活し構音障害は改善され、補助装置は離脱可能となる。以降も、鼻咽腔閉鎖不全が原因の構音障害が残遺する症例については、軟口

蓋の後方移動を目的に push back 法を行っているが、これまでの経験から、再口蓋形成術を必要とする症例は初期治療で軟口蓋の筋（口蓋帆挙筋）の発達が悪い症例や、軟口蓋が極端に短い症例など、閉鎖機能不全を生じやすい形態的要因を有する症例であった。また、鼻咽腔閉鎖不全の治療に咽頭弁形成術があるが、施行により経鼻挿管での全身麻酔ができなくなるため、その後、顎矯正手術が施行できなくなるなどの理由から、成長終了まで行っていない。

顎裂部骨移植術

顎裂のある症例は患側の永久側切歯が先天欠如しており、また、顎裂の歯槽骨欠損部には歯を移動することができないため、歯列矯正治療のみで理想的な噛み合わせの獲得は困難である。顎裂に骨移植を行うことで、歯列矯正治療のみならず、分離した上顎骨の一体化、歯槽骨形態の再建、鼻口腔瘻の閉鎖、未萌出歯の萌出誘導、歯の移植やインプラント埋入など利点は大きい。顎裂部骨移植は Boyne ら[11] によって腸骨海綿骨の移植が報告されて以降、急速に普及し現在ほとんどの施設で取り入れられている。それまで、顎裂部に対してはブロック骨移植などが試みられていたが、海綿骨移植の利点は、移植時に形態付与の必要が無いこと、口腔内では感染に強くたとえ感染しても表層のみの脱落し残った骨は安定して生着すること、など利点が多い。また、人工骨を用いた骨移植も行われていたが、口腔細菌の存在や無菌的な完全閉鎖は困難などの環境から、成績は海綿骨と比較するとやはり劣ったものであった。近年、口腔内で使用しても骨吸収が少なく、感染に強い人工骨（Bonarc®）が開発され、治験では海綿骨と同等の結果が報告されている。2023 年より口唇口蓋裂の顎裂部骨移植に保険適用される予定である。

治療時期は犬歯萌出前の８~10 歳頃が適当とされているが、側切歯萌出前の 7 歳前に行う施設もあり開始時期の早期化が進んでいる。当科では開設当初、骨移植は行っておらず欠損部補綴はブリッジや可撤性義歯で対応していたが、骨移植導入後は歯の欠損部を歯科矯正治療により天然歯で歯列形成することが可能となっている。

海外医療援助

旭川医科大学歯科口腔外科では 2007 年よりベトナムのベンチェ省で麻酔蘇生科医師、看護師の協力のもと医療援助として口唇口蓋裂患者の無償手術を実施してきた。この活動は日本口唇口蓋裂協会（本部、愛知学院大学歯学部）の短期滞在型医療援助活動に同行する形で 2019 年まで行われた。COVID19 の流行により現在まで活動を自粛しているが、これまでの活動について概要を報告する。

口唇口蓋裂は世界各国で発症する疾患であるが、発展途上国では経済的な理由などで治療を受けられない多くの子供が放置されており、複数の NGO 団体が医療援助を行っている。日本口唇口蓋裂協会はその団体の一つで、1993 年からベトナム社会主義共和国南部メコンデルタ地域ベンチェ省からの要請を受けて口唇口蓋裂患者の無償医療援助を毎年行っている。この地域は 1960 年から 1975 年にわたるベトナム戦争の際、多量の枯葉剤が多量に散布されたことで有名となった土地でもある。ベンチェ省はホーチミン市の南西、およそ 110 ㎞に位置し、自動車で約 2 時間半、メコン川のデルタ地帯に位置している。活動拠点はベンチェ省唯一の総合病院グエンデンチュー病院で、26 診療科、ベッド数 1000 床、医師 130 名、現地最大の病院である。病

ベンチェ省グエンデンチュー病院

院近郊の宿泊施設（省運営ゲストハウス）に滞在して病院手術室に連日移動し医療援助活動を行った。

ベンチェ省は大部分がココナッツの森林におおわれており、主な産業は農業で現地の経済状況について、2007 年、当時通訳によれば月収は日本円で 5000 円程との話であった。日本貿易振興機構のデータによると 2010 年のベトナム平均月収が日本円約 7000 円で物価がおよそ日本の 3 分の 1 程度ということを考慮してもかなりかなり低い所得である。ベトナムは 1986 年のドイモイとよばれる自由化を推奨する政策以降、現在も急速な経済成長が進行中で、その影響はホーチミン市など大都市だけでなく遅れながら農村部にも及んでいる。空港からベンチェ省宿泊施設まではメコン川を横断することになるが、初回訪問から数年後に船で横断していた河川には橋が建設され、また、食料品の露店市場の近隣には近代的なスーパーマーケットが建設された。一方、われわれ日本人の治療を希望し訪れる患者の経済状況はあまり変化がないように思われた。現地では協会の手配で治療後の患者の住宅を毎年訪問するが、居住地はバナナやココナッツなど熱帯植物が生い茂る密林の中の幹線道路からさらに数キロ歩いていかなければならないところも珍しくない。現地の水道、下水などのインフラ設備は十分ではなく、雨水を生活用水として貯蔵し、自宅の貯水池にトイレが設置されているなど、医療援助を受ける現地住民の生活水準は日本と比較できないほど低いものであった。

参加者は大学、病院の医師、歯科医師、看護師、大学学生の 40 数名で、患者の治療と地元医療者への医療技術指導などの教育を行っている。地元では新聞などで我々の訪問が告知され、患者約 100 名とその家族が病院に訪れ、診察を行い、そのうちおよそ 60 名の手術が行われる。滞在期間はおよそ 10 日間で、初日、翌日に手術室での医療器材の準備、過去の患者自宅へ訪問、現地孤児施設訪問、術前診察、手術患者の印象採得、現地でベンチェ省職員との交流会など行われ、5 日間手術室で治療にあたる。手術室や麻酔器は病院のものを使用できるが、手術器具、縫合糸、医薬品、麻酔器具などは日本から持参するか、現地で調達しなければならない。できるだけ多くの患者の手術を行うため、かなり密なスケジュールが組まれており、手術期間は朝 5 時半起床後、6 時朝食とミーティング、7 時には病院へ移動し 8 時から手術が開始される。術後は、夜 8 時夕食とミーティング、再度、病院の入院病棟へ移動し術後回診が行われる。手術最終日は慰労会が開催され、翌日、機材を撤収後にベンチェ省を出発、3 時間ホーチミン市内の観光した後、空港より深夜 12 時頃の便で帰国する。

初回訪問から数年間、1～3 歳の乳児の一次症例が多くを占めていたが、近年は児童、成人など口唇の修正や瘻孔の閉鎖といった二次症例が増加している。いずれも年に 1 度の訪問による治療のため、当然、顎矯正や口蓋床の装着など疾患管理はなされておらず高度の変形を有する難症例が多くを占めている。また、日本ではみられない成人や高齢者の

宿泊施設食堂

術前ミーティング

未治療例が受診することもあり患者の希望により治療が行われた。治療を受けた患者はすべて協会でカルテが作成され、顔写真、口腔内写真とともに治療記録が保存される。執刀医は口唇口蓋裂治療に経験豊富な医師、歯科医師（もしくはその指導下）が担当し、術中は現地医師が助手に入りベトナム語を交えて指導を行いながら治療する機会もある。また、全身麻酔は参加した日本人麻酔科医師が担当し、術後は翌朝まで日本人小児科医師が常駐するリカバリー室（ＮＩＣＵに類似した病室）で経過観察を行い、全身的に問題ないこと確認されると病棟の病室へ移動する。日本とほぼ同等の周術期管理が行われており、現在まで治療に関する医療事故は発生していないとのことであった。治療した患者は通常１年後診察に訪れるが、それまでの期間は抜糸以外の follow up は行われないため、翌年に患者、両親の笑顔を見て術後問題なく治癒していることが確認できると一安心である。ベンチェ省によると、この医療援助によって多くの患者が無償で手術を受けることができ、患者本人、家族から大変感謝されているとのことであった。また、毎年同行するベトナム人通訳から患者本人ばかりでなく多くのベトナム人がこの医療援助に感謝の意を示していることを伝えられた。

旭川医科大学の教育目標に「国際社会への貢献」が掲げられている。私どものベトナムでの活動も大学の国際貢献の一つとして取り上げられ、参加した医学生、看護学生がこれら活動により国際的な地域医療格差の問題を認識し、改善、啓蒙を広げる役割を担う人材育成に活用されている。これら医療協力の参加には、所属する部署や家庭の協力、また、大学の資金援助など、支援が無ければ継続できなかったのも事実であり、これまでの活動実施に向けて尽力いただいた大学の関係各所に感謝の念をここに表したい。また、今後、国際社会で活躍を目指す方々の参考となれば幸いである。

患者自宅訪問（2012年）

患者自宅訪問（2012年）
口唇裂術後患者（前列左から3人目）と執刀した松田光悦歯科口腔外科教授（現名誉教授、前列左から4人目）

ベンチェ省主催歓迎会（2012年）

１）高橋庄二郎：口唇裂・口蓋裂の基礎と臨床．日本歯科評論社，東京，1996.
２）後藤昌昭，他：口唇裂・口蓋裂診療ガイドライン．社団法人日本口腔外科学会，http://jsoms.or.jp/guideline20080804/mg_cpf20080804.pdf，2009 年
３）日本口蓋裂学会編：口唇裂・口蓋裂の治療プラン―全国 111 診療チームにおける現況－. 第 1 版，日本口蓋裂学会事務局，東京，2008
４）Hots, M.:Pre-and early postoperative growth guidance in cleft lip and palate cases by maxillary orthopedics. Cleft Palate J. 6: 368-376, 1969.
５）Grayson, B. H., Cutting, C. B., at al.: Preoperative columella lengthening in bilateral cleft lip and palate. Plast Reconstr surg. 92: 1422-1423 1993.
６）Fisher, D. M.: Unilateral cleft lip repair: an anatomical subunit approximation technique. Plast Reconstr Surg. 116: 61-71, 2005.
７）Perko, M.: Primary closure of the cleft palate using a palatal mucosal flap: an attempt to prevent growth impairment. J Maxillofac Surg 2, 40-43, 1974.
８）Furlow, L. T.: Cleft-palate repair by double opposing Z-plasty. Plast Reconstr Surg 2, 78(6), 724-736, 1986.
９）小野和宏　大橋靖、他：Furlow 法による口蓋形成術　第 2 報　鼻咽腔閉鎖機能ならびに顎発育への影響ついて. 日口外誌　41(3):220-223, 1995.
１０）鳥飼勝行，長西裕樹：乳児期早期の口唇口蓋同時形成法　片側唇顎口蓋裂での顎発育・言語の成績．形成外科　54(9)：991-998，2011.
１１）Boyne, P. J.,Sands, N. R.: Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. J Oral Surg 30: 87-92, 1972.

術前診察

手術室・リカバリー室　病棟

術後リカバリー室

術中

現地ベトナム人への麻酔指導

グエンデンチュー病院ベトナム人看護師と(2011年)

術後回診

手術室撤収後(2014年)

高齢者左口唇口蓋裂

高齢者左口唇口蓋裂、術中写真(執刀:愛知学院大学　夏目教授)

2011年参加者

2014年参加者

報告

コロナ禍でも学びを止めないハイブリッド型臨地看護学実習の構築の取り組み
―成人看護学（外来機能・慢性期）―

荒ひとみ※　松田奈緒美※　苫米地真弓※　山口希美※　阿部修子※

Ⅰ．はじめに

2019 年 12 月末に原因不明の肺炎の事例が世界保健機構（WHO）に通知され、2020 年 1 月には日本でも新型コロナウイルス陽性者の肺炎患者が確認された。この新型コロナウイルスによる感染症は「COVID-19」と命名され、世界的なパンデミックとなる。３年目を迎えた 2022 年においても度重なる変異株の出現が確認されていた。

本学は北海道のほぼ中央に位置し、医学科と看護学科の１学部２学科の医学部単科大学であり、道北、道東地域にある唯一の大学病院が併設されている。大学病院では、新型コロナウイルス感染症重症者の受け入れ、入院患者の安全を守る目的や未知なる感染症における対応として、2020 年 2 月 26 日より臨地看護学実習（以下実習と略す）が全面的に中止となり、大学においては全学年を休校、及び立ち入り規制とする措置が取られた。その結果、本学の看護学生の領域別実習は第 3 学年の後期（11 月）から第 4 学年の前期（7 月）にかけて実施されていたが、実習期間前半での中断となった。

そこで、新学期以降にある第 4 学年からの実習に関しては、既に実習を終えている学生と同等に実習目的（表１・表 2 参照）が達成されることを念頭において検討を重ね、学びを止めない COVD-19version として、対面とオンラインのハイブリッド型実習を構築した。ここに、看護学実習Ⅰ（慢性期）と成人看護学実習Ⅲ（外来機能）についての経緯と取り組みの内容について報告する。

表１．成人看護学実習Ⅰ（慢性期）目的

期間	2週間	目的	１．慢性期にある対象者の特徴を理解し、援助関係を発展させながら対象者のセルフマネジメント能力が最大限に発揮されるとともに、QOLが向上するような看護援助を実践する
単位	2単位		２．終末期の対象者の特徴を理解し、援助関係を発展させながら苦痛の緩和とQOLが向上するような看護援助を実践する
場所	旭医大病院 6西・9西		３．慢性期・終末期にある対象者にかかわる専門職やチーム医療、および継続的な医療・看護の役割について理解する
			４．看護実践の体験から、自己の看護観（死生観）を深める

表2．成人看護学実習Ⅲ（外来機能）目的

期間	2週間	目的	１．健康障害をもち、外来を受診する成人期にある対象者を理解し、対象者に必要な看護支援ができる能力を養う
単位	2単位		
場所	旭医大病院 外来部署		２．医療チームにおける看護の役割を理解し、継続看護を実践するために必要な能力を養う

※旭川医科大学看護学科 成人看護学領域

表3．【旧カリ】令和元・2年度および令和2・3年度成人看護学実習Ⅲ（外来）・成人看護学実習Ⅱ（慢性期）実施状況

時期	年	2019（第3学年）				2020（第４学年）																
	月	11月			12月	1月		2月			3月	4月	5月	6月	7月	8月			9月		10月
	期間（日）	11 15	18 22	19 29		20 24	27 31	3 7	17 21	25 29	2 6					17 21	24 28	31 4	21 25	28 2	5 9
実習クール		１クール目				２クール目		３クール目								４クール目			５クール目		
実習場所		外来	２病棟			外来	２病棟	外来	病棟26日～中止		オンライン授業（manaba）					外来	２病棟		外来	２病棟	
実習方法		通常の実習				通常の実習			課題実習							COVID-19version　実習					
行動レベル									緊急事態宣言（道）2/28-3/19 第1波		①緊急事態宣言（国）4/16~5/25第2波										第３波

時期	年	2020（第３学年）				2021（第４学年）															
	月	11月			12月	1月		2月			3月	4月	5月			6月		7月	8月	9月	10月
	期間（日）	9 13	16 20	24 27		18 22	25 29	1 5	15 19	22 26	1 5		17 21	24 28	31 4	21 25	28 2	5 9			
実習クール		１クール目				２クール目		３クール目					４クール目			５クール目					
実習場所		外来	病棟19日～中止			外来	2病棟	外来	２病棟		ハイブリッド		外来	2病棟		外来	２病棟		対面（半数登校）・オンラインハイブリッド授業（manaba+Zoom）		
実習方法		COVID-19version 実習	オンライン実習					COVID-19version　実習					COVID-19version　実習								
行動レベル		新型コロナ「第3波」警戒宣言（全国知事会）市内の２病院でのクラスター発生											まん延防止等措置（5/9-5/15）・②緊急事態宣言（5/16-6/20）第4波 まん延防止等措置（6/21-7/11・8/2-9/30）第5波								

Ⅱ．コロナ禍の臨地看護学実習

１．2019 年度から 2020 年度にかけての前半の臨地看護学実習を振り返る（表３）

2019 年の成人看護学実習Ⅰと成人看護学実習Ⅲを振り返ると、成人看護学実習Ⅲの外来機能実習（１週間・１単位）と成人看護学実習Ⅰの慢性期病棟（２週間・２単位）計３週間の１クール分の実習は終了しており、冬休みを挟んで 2020 年１月中旬から 2 クール目の外来機能実習（主たる実習形態が見学の外来実習、以下外来実習と略す）が開始された。外来実習では、従来通り携帯式の擦式消毒剤を持参し、この時点でマスク着用は義務ではなかったが、自らの意思で不織布マスクを着用する学生もいた。しかし、外来実習は不特定多数の人との接触であることを鑑みて、実習を担当している教員の判断で大学病院内での実習中はマスク着用を促した。このころはまだマスク不足にはなっていなかったため、実習中は、病院に設置してあるものをその都度臨床指導者等の許可を得て着用していた。翌週の病棟実習もマスク着用と手指衛生を意識づけ、通常（COVID-19version 以前）の方法で実習を行うことができた。

続く 3 クール目の実習は、外来実習は 2 クール目と同様に行ったものの市内において COVID-19 患者が増加し、病棟実習を１日行った後、（病棟実習 1 日目は月曜日に当たる）大学病院での実習が他領域を含め一斉に中止となった。中止になった期間の実習代替えの方法は各領域に一任された。成人看護学実習（慢性期病棟）は、この実習目的のもと受け持ち患者の看護過程の展開を主軸に実習を行っている。すでに実習１日目は、受け持ち患者と同意書を交わし、情報収集をしていた段階であった。そのため、情報収集した段階での情報を基に、患者の全体像を作成し、看護問題を抽出するところまでを課題として評価した。

次なる教員の課題は、このまま実習が不可能な状態が続いた時にどのような実習の代替策を取るかであったが、まずは、実習を行うために感染対策を

どう講じて入院患者、病院職員、学生の安全が守られるかを検討した。そして、次にオンライン実習に関しては教材の選択と実習で学修する内容をいかにして体験型にできるかを検討した。

２．2019 年度から 2020 年度にかけての後半の臨地看護学実習を振り返る（表３）

休校となった 2 月下旬からは、次年度の時間割の修正、遠隔授業の準備、大学内の感染対策など大学は北海道独自の緊急事態宣言中に対策を講じ、4 月中旬からは国からの緊急事態宣言の発令と同時に大学の講義は全てオンライン授業となった。第４学年の領域別実習は、通常ならば５月の連休明けから開始される予定が 8 月の夏休み明けに変更となった。また、その間、2020 年度から 2021 年度にわたる次年度実習予定の第 3 学年における演習科目は学内への登校禁止となり、全てオンラインであった。

このように第３学年の学内での演習はオンラインで行い、一方では、8 月中旬から再開となる第４学年の領域別実習についてのシミュレーションする必要があった。最も留意しなければならないことは、渡りの実習であるため５クールの学生の実習での学びが不平等にならないことであった。

後半クールの感染対策では 3 密回避の原則と下記１）～５）を実習体制に組み込むことが必要だった。

１）大学の危機管理室からの通知を基に「COVID19 対応実習のガイドライン」が作成され、それを基本にして「COVID19 臨地看護学実習のガイドライン」が作成され、感染状況に対応させながら随時修正して使用した。

２）学生の健康管理は、保健管理センターから実習開始までの 14 日間、毎日自己検疫する（表 7 参照）ことを義務づけられて、実習前 14 日間のその内容は保健管理センターで管理した。保健管理センターから許可された学生が実習に行くことが可能であった。特に緊急事態宣言下や感染拡大地域に滞在した学生は、実習開始 14 日前までには旭川に戻ることを推奨し、それが不可能な場合には旭川に戻ってから 14 日間にあたる期間はオンライン実習とした。

３）学内では、学生の控えの教室を２か所に増やし、大学内の食堂や売店の使用は可能であったが、病院内のコンビニやイートインコーナーなどの福利施設の使用は禁止となった。また、アルバイトの禁止はせずに、十分な感染対策を講じた上で行うように通達されていた。

４）看護部からの「COVID19 対応を踏まえた臨地看護学実習について」の文書の内容を厳守した。大学病院は数校の実習を受け入れているためその内容は、他校と同一であった。感染対策として保健管理センターから実習にいくことが可能と判断された学生は、体調チェックシートに記載した内容を毎朝教員に提出し教員が確認を行った。その後学生は師長あるいは担当者に再度体調チェックシートを提出して病院側の確認が取れてから実習を開始した。主たる実習形態は見学、15 分以内の病室滞在を原則とした。衛生材料のビニール手袋などは、コロナ禍以前より看護部から実習学生用に配給されていたため在庫があることを確認した。

５）実習再開の初日には、医師である第 3 学年担任より、COVID-19 についての講義にて知識の統一を図った。学生支援課より不織布マスク 50 枚入りと携帯用の手指消毒剤が学生に配給された。

（１）成人看護学実習Ⅲ（外来機能）の変更点（COVID-19version：表６）

外来実習では、看護部から入退院センターでの実習は、3 密が回避できない理由で中止の申し出があった。次に内視鏡室は、エアロゾル発生の可能性が高いのとやはり 3 密が回避できないため中止とした。代替案として、視聴覚教材を用いての教員による講義であった。入退院センターに関しては多職種連携視聴覚教材を用いて、本学の入退院センターの説明を加えた。内視鏡室は、消化管内視鏡の視聴覚教材を用いて行った。

実習可能な部署は、実習時間と学生数を短縮した。

それまで３時間以内で２～３名の学生が一度に実習していたのを一度に同一の場所で実習する学生を１～２名とし、時間は１時間～１時間 30 分に短縮した（詳細は表５・６参照）。この外来機能実習は通常時から実習の形態が見学実習であったため、実習内容の大きな変更はなかった。しかし、診療科での実習では外来受診患者の病歴聴取後の各種検査（採血や XP 撮影、心電図検査等）に同行することを行っていたが、これらは３密回避ができないことを考慮して中止項目とした。また、その日の実習が全て終了した学生はすぐに帰宅することを推奨し、出来るだけ学内にとどまらないように促した。また、このときの外来実習は 1 名がオンライン実習の対象となり、本大学で導入されている学修支援ツール manaba（以下 manaba と略す）を使用しての初のオンライン実習を行った。実習目標が実習学生となるべく乖離しない内容のシラバスを既に作成していたため、その内容でオンライン実習を行った。当初 Zoom 配信は予定にはなかったが、実習を行っている学生との間に差異が生じないように実習項目にある臨床の学内特別講師による臨床講義、外来化学療法センターの師長のオリエンテーションと地域医療連携室の講義は Zoom 配信を行い、オンライン実習を受けている学生も受講できるようにした。また、実習がオンライン実習に切り替わったとしても臨床講義を配信することができるように、外来化学療法センターと地域医療連携室の臨床講義をそれぞれ担当の師長と副師長の同意を得て実習中の講義内容を録音・録画を行い、学内限定の YouTube 動画を作成した。

こうして、8 月からの COVID-19 version の実習を含め 2019 年末から始まった成人看護学実習Ⅲの実習は終了した。

（２）成人看護学実習Ⅰ（慢性期）の変更点（表８）

密集・密接を避けるために１グループ６名の学生を２チーム、すなわち半数に分散実習とした。学生３名が病棟実習とオンライン実習を隔日で行うハイブリッド型実習となった。

感染対策は外来実習と同じであり、病棟実習の学生は、病院に行く前に教員が、病棟に行くと師長が体調チェックシートを確認し、実習を開始とした。一方、オンライン実習の学生も病棟実習の学生と同様に指定時間内までに体調チェックシートと当日の行動計画を manaba 上に提出し、出席確認とした。学生のオンライン実習の内容は、受け持ち患者の看護過程を実習日程（表８）に合わせ提出日に提出できるように自己学修することとした。担当教員は病棟に行くため、オンライン実習の学生には昼休みと病棟実習終了後に質問などを manaba 上で対応することを周知した。

オンライン実習の学生は、病棟実習で得た情報や指導をもとに看護計画の立案は可能であった。看護過程における計画は立案するが、実施・評価に関しては、１つでもできることを達成するというスタンスで行った。通常の実習であれば、実習終了後に、ほぼ徹夜で看護過程を考えて翌日病棟実習に行く学生がいたことを考えると、オンライン実習であれば思考を自宅で時間をかけて整理することができるのは、学生にとってはメリットであると思う。しかし、病棟実習では本来の目的以外の貴重な体験や経験をする機会に恵まれることは少なかったのではないかと考える。

具体的な実習の評価は 2020 年 12 月に看護学科と看護部合同 FD 研修会にてワークショップを予定していたが、感染行動レベルでの集合研修が不可能であったため中止となった。次年度への持ち越し課題となった。

３．2020 年度から 2021 年度にかけての臨地看護学実習を振り返る（表３）

2020 年 11 月上旬より新しく領域別実習が開始された。しかし、外来実習が終了し慢性期病棟での実習を各チーム１日（実習日は２日目）実施したところで、市内では、中隔病院などの大規模クラスターが発生し、全国知事会における新型コロナ「第３波」警戒宣言とともに実習は２月の上旬で中止とな

った。実習が中止となった学生は病棟で 1 日だけ受け持った患者を症例として看護計画の立案のみ行い、以後２クール目の学生は外来実習及び病棟実習は全てオンライン実習となった。残りの３と４クール目の学生はCOVID-19versionのハイブリッド型実習が実施できた。

2021 年度５月からの実習では、看護部と看護学科との連携の強化を図り、15 分以内であれば、受け持ち患者のバイタルサインのチェック、コミュニケーション、情報収集、多職種介在のリハビリの見学、生活指導などの直接的な看護援助を行うことができた。15 分以内で終了しない場合には時間を分散して行うなどの工夫を行った。6 月下旬からは任意で学生の新型コロナワクチン接種も開始された。学生は日数や時間が短縮された中での実習の中で従来の目的・目標を達成していた。

４.新カリキュラム2021年度実習に向けて（表４）

2021 年度 11 月より、新カリキュラム（以後新カリと略す）における実習がスタートした。新カリでの成人看護学実習は第３学年後期で成人看護領域の実習は全て終了する。実習としての期間は短縮された反面、一度に実習を行う学生数は増加した。そのため実習場所も慢性期病棟が２か所から３か所に増えている。実習場所が増え、季節的に感染拡大が予測される時期での実習である。今まで以上に感染対策と実習が行えない可能性を想定する必要があり、既存の完全オンライン実習の内容も更なる改善が必要である。

Ⅲ．おわりに

コロナ禍の成人看護学実習は、日数と学生数を減らし、半数の対面とオンラインでの実習というハイブリッド式で行ってきた。従来通りの実習目標や目的が達成されるのか疑心暗鬼で試行錯誤の連続であった。しかし、学生は実習課題をクリアし、コロナ禍で家族の面会もない中で快く受け持ちを承諾してくださった患者に真摯に向き合った。また、オンライン実習が隔日にあることによって、思考過程の整理をすることができたので、良かったと言う言葉が聞かれた。それらの反応から教員の懸念はかなり払拭された。朝澤ら[1)]が教育機関の取り組み事例を執筆した雑誌の中で、2020 年度母性看護学実習で臨床実習による学生の反応をインタビュー（学生数の記載はない）し、データをカテゴライズした結果「臨地実習できた喜び」「実習指導者への感謝」「実習による学習効果を再認識」「将来の希望の明確化」の４カテゴリが抽出され、臨地実習ができたことにプラスの評価と謙虚な気持ちで感謝の念を抱いていたとある。今後はハイブリッド型の実習の評価を学生の学びの内容分析や臨床と教育の側面から分析し、評価することは可能であると考える。そして、感染状況に備え、教員は完全オンライン実習への移行の際も学生の学びを止めることのないように準備を整えることは必要不可欠である。

表4.【新カリ】2021年度実習成人看護学実習予定概要

<table>
<tr><td>年</td><td colspan="6">2021</td><td colspan="6">2022</td></tr>
<tr><td>月</td><td colspan="3">11月</td><td colspan="3">12月</td><td colspan="3">1 月</td><td colspan="3">2 月</td></tr>
<tr><td>日</td><td>8
12</td><td>15
19</td><td>22
26</td><td>29
3</td><td>6
10</td><td>13
17</td><td>17
21</td><td>24
28</td><td>31
4</td><td>7
10</td><td>14
18</td><td>21
25</td></tr>
<tr><td>場所
(学生数)</td><td>外来
(15)</td><td colspan="2">３病棟（15）</td><td>外来
(15)</td><td colspan="2">３病棟（15）</td><td>外来
(15)</td><td colspan="2">３病棟（15）</td><td>外来
(15)</td><td colspan="2">３病棟（15）</td></tr>
</table>

表5.　成人看護学実習Ⅲ（従来）

G	学生名	月　日（月）					日（火）			日（水）			日（木）				日（金）		
		8:30-9:20	9:30-12:00	13:00-14:50	15:00-15:30	15:40-17:00	9:00-11:50	13:00-14:50	15:00～16:20	9:00-11:50	13:00-14:50	15:00-17:00	9:00-11:50	13:00-14:50	15:00-15:50	16:00-17:00	9:00-11:50	13:00-14:00	～15:00
A		オリエンテーション	9:30-10:30 シミュレーター	13:00-14:50 入退院センター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	自己学習	記録	9:00-11:50 外来22番	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	13:00-14:50 外来化学療法センター	地域連携 臨床講義	記録	自己学習	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	9:30-10:30 シミュレーター	13:00-14:50 入退院センター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	自己学習	記録	9:00-11:50 外来22番	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	13:00-14:50 外来化学療法センター	地域連携 臨床講義	記録	自己学習	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	11:00-12:00 シミュレーター	13:00-14:50 入退院センター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	自己学習	記録	9:00-11:50 外来23番	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 外来化学療法センター	自己学習	地域連携 臨床講義	記録	9:30-11:50 看護外来（緩和ケア）	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	11:00-12:00 シミュレーター	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	記録	9:00-11:50 外来23番	13：00-14:50 外来化学療法センター	学内カンファレンス・記録	自己学習	自己学習	地域連携 臨床講義	記録	9:30-11:50 看護外来（緩和ケア）	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	13:00-14:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	記録	自己学習	13：00-14:50 外来化学療法センター	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来31番（泌尿器）	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	13:00-14:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	記録	自己学習	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 外来化学療法センター	13:00-14:50 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来31番（泌尿器）	学内カンファレンス	記録
B		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 外来化学療法センター	13:00-14:00 シミュレーター	記録	自己学習	13:00-14:50 入退院センター	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来22番	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 外来化学療法センター	13:00-14:00 シミュレーター	記録	自己学習	13:00-14:50 入退院センター	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来22番	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	14:00-15:00 シミュレーター	記録	9:00-11:50 外来化学療法センター	13:00-14:50 入退院センター	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	自己学習	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来23番	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	記録	9:00-11:50 外来化学療法センター	13:00-14:00 シミュレーター	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 外来23番	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	14:00-15:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	自己学習	13：00-14:50 外来化学療法センター	記録	9:00-11:50 外来31番(整形)	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	学内カンファレンス	記録
		オリエンテーション	自己学習	14:00-15:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	自己学習	13：00-14:50 外来化学療法センター	記録	9:00-11:50 外来31番(整形)	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-11:50 内視鏡検査	13:00-14:50 入退院センター	地域連携 臨床講義	記録	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	学内カンファレンス	記録

表6.　成人看護学実習Ⅲ（COVID-19version）

G	学生名	月　日（月）					日（火）			日（水）			日（木）				日（金）		
		8:30-9:40	10:00-12:00	13:00-14:50	15:00-15:30	15:40-17:00	9:00-10:00	13:00-15:00	15:00～16:20	9:00-11:50	13:00-14:50	15:00-17:00	9:00-10:00	13:00-14:50	15:00-15:50	16:00-17:00	9:00-11:50	13:00-14:00	14～15:00
A		オリエンテーション	10:00-11:00 シミュレーター	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-11:50 外来22番	自己学習	16:00～17:00 学内カンファレンス・記録	9:00-10:20 看護外来（皮膚・排泄ケア）	13:00-14:00 外来化学療法センター	地域連携 臨床講義	自己学習	自己学習	学内カンファレンス	自己学習
		オリエンテーション	10:00-11:00 シミュレーター	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-11:50 外来22番	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-10:20 看護外来（皮膚・排泄ケア）	14:00-14:50 外来化学療法センター	地域連携 臨床講義	自己学習	自己学習	学内カンファレンス	自己学習
		オリエンテーション	11:00-12:00 シミュレーター	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-11:50 外来23番	自己学習	学内カンファレンス・記録	9:00-10:20 外来化学療法センター	自己学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:30-11:50 看護外来（緩和ケア）	学内カンファレンス	自己学習
		オリエンテーション	11:00-12:00 シミュレーター	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-11:50 外来23番	13：00-14:00 外来化学療法センター	学内カンファレンス・記録	自己学習	自己学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:30-11:50 看護外来（緩和ケア）	学内カンファレンス	自己学習
		オリエンテーション	自己学習	13:00-14:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	自己学習	14：00-14:50 外来化学療法センター	学内カンファレンス・記録	10:20-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来31番（泌尿器）	学内カンファレンス	自己学習
		オリエンテーション	自己学習	13:00-14:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	自己学習	自己学習	学内カンファレンス・記録	10:20-11:50 外来化学療法センター	14:00-14:50 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来31番（泌尿器）	学内カンファレンス	自己学習
B		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-10:20 外来化学療法センター	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-10:00 シミュレーター	自己学習	15:00～16:00 学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来22番	自己学習	学内カンファレンス
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	10:20-11:50 外来化学療法センター	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	自己学習	9:00-10:00 シミュレーター	自己学習	学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 看護外来（緩和ケア）	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来22番	自己学習	学内カンファレンス
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	自己学習	9:00-10:20 外来化学療法センター	13:00-1400 シミュレーター	学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来23番	自己学習	学内カンファレンス
		オリエンテーション	自己学習	自己学習	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	自己学習	10:20-11:50 外来化学療法センター	13:00-1400 シミュレーター	学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 外来23番	自己学習	学内カンファレンス
		オリエンテーション	自己学習	14:00-15:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	自己学習	13：00-14:00 外来化学療法センター	自己学習	9:00-11:50 外来31番(整形)	自己学習	学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	学内カンファレンス
		オリエンテーション	自己学習	14:00-15:00 シミュレーター	外来化学療法センター・オリエンテーション	オリエンテーション	自己学習	14：00-15:00 外来化学療法センター	自己学習	9:00-11:50 外来31番(整形)	自己学習	学内カンファレンス・記録	内視鏡検査 DVD学習	13:00～14:00 多職種連携 DVD学習	地域連携 臨床講義	自己学習	9:00-11:50 看護外来（皮膚・排泄ケア）	自己学習	学内カンファレンス

表7. 体調チェックシート

体調チェックシート

氏名（　　）　性別（　　）　年齢（　　才）

連絡先（携帯電話：　　）（メールアドレス　　）

2週間以内の都市の移動（ あり・なし）　ありの場合：出入り先の都市名（　　）旭川へ戻った日（　　）

移動手段（　　）

2週間以内の集団行動（ あり・なし）　ありの場合詳細（　　）

2週間以内の新型コロナ感染者（PCR陽性者含む）との接触（ あり・なし）

ありの場合詳細（　　）

体温および症状チェック表

		記入例	1day	2days	3days	4days	5days	6days	7days
月/日		6/1							
検温	時刻(AM)	6：00							
	体温	36.5℃							
	時刻(PM)	20：00							
	体温	36.9℃							
喉の痛み		あり							
咳・痰		なし							
臭いがしない		なし							
味がしない		なし							
その他		だるさ							

		8days	9days	10days	11days	12days	13days	14days	
月/日									
検温	時刻(AM)								
	体温								
	時刻(PM)								
	体温								
喉の痛み									
咳・痰									
臭いがしない									
味がしない									
その他									

出典：旭川医科大学保健管理センター作成（一部改変）

表 8. 成人看護学実習Ⅰ　日程　ＡＧ：３名　ＢＧ：３名

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
学生	**Ａ初日**	**Ｂ初日**	**Ａ**	**Ｂ**	**Ａ**
第1週目	**8：40 ゼミ室集合** オリエンテーション **10：30～　病棟へ** **病棟オリエンテーション** 患者紹介 受け持ちの同意を得る 情報収集など	**8：40 ゼミ室集合** オリエンテーション **10：30～　病棟へ** **病棟オリエンテーション** 患者紹介 受け持ちの同意を得る 情報収集など	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **13：15 開始挨拶** **ＡＧ：提出** **①全体像、②看護問題リスト**	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **13：15 開始挨拶** **ＢＧ：提出** **①　全体像、②看護問題リスト**	8:30 担当教員室 9：00　病棟実習 **ＡＧ：全体像・看護問題リスト・初期計画の提出日**
	病棟実習 情報収集 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習	病棟実習 情報収集 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習	病棟実習 14：30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導	病棟実習 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導	病棟実習 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
学生	**Ｂ**	**Ａ**	**Ｂ**	**Ａ最終日**	**Ｂ最終日**
第2週目	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **ＢＧ：全体像・看護問題リスト・初期計画の提出日**	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **10：30～11：15** **★ＢＧ学生カンファレンス** ★学生カンファレンス資料の提出日（朝） 朝：師長・臨床指導者・教員に提出	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **10：30～11：15** **★ＡＧ学生カンファレンス** **11：15～11：30** **まとめカンファレンス** **最終挨拶** 11：30 病棟実習終了 ★学生カンファレンス資料の提出日（朝） 朝：師長・臨床指導者・教員に提出	8:30　担当教員室 9：00　病棟実習 **11：15～11：30** **まとめカンファレンス** **最終挨拶** 11：30 病棟実習終了
	病棟実習 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導	病棟実習 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導	病棟実習 14:30 ミニカンファレンス 15:00　病棟実習終了 15：15～ 自己学習／個別指導	13：00～14：00 教員からの個別フィードバック	13：00～14：00 教員からの個別フィードバック

Ⅳ．引用・参考文献

１）朝澤恭子、山西文子：コロナ禍における実習施設と大学の協同とアジリティ、看護展望、臨時増刊46（9）、メヂカルフレンド社、2021

２）安酸史子：臨地看護学実習の代替策を考えるうえで必要なこと、看護展望、45（13）、11、2020

報告

看護職キャリア支援センター人事交流部門
～教育人事交流を体験して～

野中雅人※

【はじめに】

実践と教育の乖離に対する問題意識の高まりにより、1960 年代に米国でユニフィケーションが提唱され、本邦では 1980 年代以後、この取り組みが紹介され始めました。ユニフィケーションは統合・統一・単一化を意味します。看護部と看護学科の教育や研究における連携をシステム化し、双方がより効果的・効率的に看護実践力や教育力の向上を推進することを目的とします。

看護職キャリア支援センターホームページ

本学においても、ユニフィケーションを目指し 2019 年に看護職キャリア支援センターが開設されました。教育人事交流システムは、このセンターの人事交流部門において構築され、2021 年 10 月から開始されています。

私は、旭川医科大学病院で看護師として勤務の後、5 年前より看護学科教員として勤務しています。今回看護学科教員の立場から臨床における看護実践や看護基礎教育での教育経験から、臨床と知識の統合を図る絶好の機会と思い、交流の申請をさせて頂きました。キャリア支援センター開設以前においても、看護部看護職が看護学科の講義を依頼されることはありましたが、人事交流部門において交流がシステム化されたことにより、効率的・効果的な交流が行われるようになってきていると感じています。新型コロナ感染症の蔓延のため、半年間という交流期間になりましたが、体験から得た学びについて、この場をお借りし報告させて頂きます。

1. 活動目標

私は、2018 年 4 月に看護部から看護学科高齢者看護学領域に異動しました。高齢者看護学実習は、実習施設が学外の回復期リハビリテーション病棟・療養型病棟のある病院であるため、高度急性期病院における最新の治療や看護について学びたいと思い交流を申請し、がん放射線療法看護認定看護師のキャリアを活かせるよう交流先として放射線治療の多い頭頸部外科病棟のある 5 階西ナースステーションを希望しました。活動目的は、①高齢患者に対する臨床における看護の実際について理解する。②頭頸部癌、血液腫瘍に関する最新の治療、

※旭川医科大学看護学科

看護について理解する。③がん放射線療法看護を実践する。④多職種連携の場面に参画する。⑤老年腫瘍学に関する研究課題の開発を行うとしました。

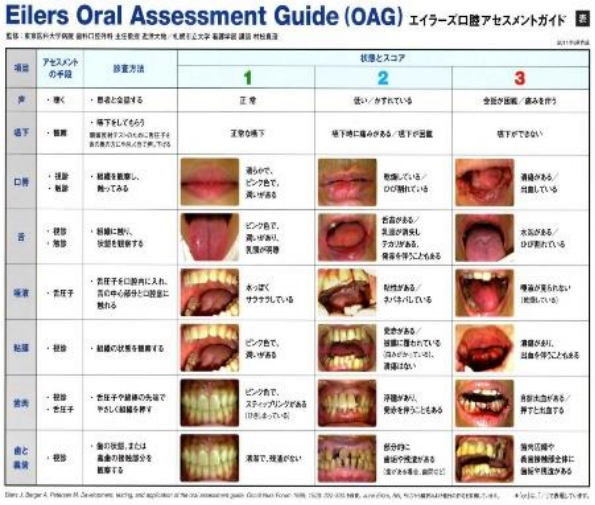
2. 活動実績

半年の活動期間中、交流回数は 12 回、交流時間は約 40 時間でした。

3. 活動内容

1)活動目的の①については、病棟の人事交流担当スタッフに同行し、評価ツールを活用した口腔内評価の場面や看護実践を見学したり、業務内容等について質問させていただきました。また耳鼻科や血液内科の業務リーダーにも帯同し、薬剤の指示受け等を見学させていただきました。巡回時の患者とのコミュニケーションや昼のカンファレンスで行われる高齢者看護、がん看護に関するディスカッション等から、臨床における看護と知識の統合をはかると共に、高齢者看護の教員や認定看護師の立場から時折発言させて頂きました。

見学した一看護場面についてです。高齢下咽頭癌患者に対する自己吸引の初回指導の場面に立ち会いました。不安の強い患者で気管切開保持用カニューレが挿入されていましたが、高齢者は喉頭が下垂しているため気管切開孔が下方にあり、開口部が下向きになっていました。鏡を見ながら自己吸引を試みていましたがうまくいかず、患者は出来るようになるのか不安を訴えていました。部屋担当の新人看護師はどうすれば吸引できるか？どう指導すれば吸引できるか？を考えながら声がけし、患者の訴えが多く時間が経過していく中、次の業務の時間を気にしながらも、丁寧に患者の訴えに耳を傾けていました。患者は初回でもありその場で手技獲得には至りませんでしたが、看護師は「自己吸引できるようにしっかり考えてきますから」と説明し患者も安心した表情を浮かべていました。この場面について、患者の訴えを聞こうとする看護師の姿勢やよりよくしていきたいという気持ち、患者に寄り添う姿から相互に影響しあっている患者と看護師の関係性を感じました。また臨床勤務の際、私は教育担当でしたが、看護基礎教育を経験し再び新人看護師の看護場面を見た時、教育と臨床の繋がりを再認識しました。千葉大学の手島恵先生は、心に残った患者について、何が心に残ったのか、どういう気持ちで関わったのかと



いうナラティブを共有する事で自分の経験を意味付けできると述べており、一つ一つの場面の振り返りを実習においても実施していく事の重要性を学ぶ事ができました。
2)活動目的の②については、血液内科医からダラキューロ等の薬剤について教えて頂いたり、実際の投与場面は見学できませんでしたが、スタッフからどのように実施しているか等を聞かせて頂きました。

3)活動目的の③については、放射線療法看護の実践を2事例報告します。
(1)1 事例目の高齢甲状腺がん患者は、面談前に気管カニューレが抜去され、今後RI病棟で内用療法予定でした。10 階東で私が以前実施した甲状腺がん患者への質的研究から、隔離された環境、ヨード制限や甲状腺ホルモン剤を中止した際の精神的苦痛について理解していたので、不安を抱かせないように注意し、わかりやすさを心がけ指導しました。気管切開孔が開口したまま退院となるため、病棟スタッフの指導に加えて、入浴や洗髪方法等の退院後の生活を見据えた指導をさせて頂きました。また嚥下機能低下に対し言語聴覚士による嚥下訓練が実施されており、嚥下機能低下のリスクや注意点についても説明させて頂きました。65 歳以上の頭頸部癌患者は、肺炎リスクが高いとされており、高齢者の摂食嚥下機能への支援が重要です。
超高齢社会となりがん患者が増える中、医療の進歩により慢性疾患と考えられるようになった癌は、Lynn の予後予測モデルのような経過をたどる一方、途中で誤嚥性肺炎や血球減少症等を繰り返しながら死を迎える事がわかってきました。2000 年に施行された介護保険法は、主として脳血管疾患や認知症のある高齢者を想定して制度化されており、長期的なサービスの利用には適していますが、がん患者の急激な症状や介護量の変化に十分対応できていないとも言われています。在宅療養を支援する専門職には、がん疾患や看護に関する十分な知識が求められる時代になっており、今後地域で暮らす高齢がん患者がますます増える中、医療と看護・介護の連携がより重要になると感じました。
(2)2 事例目は、60 歳代喉頭がんの患者です。患者は頸部の皮膚炎に対しスタッフから指導され軟膏を塗布しており、塗布方法や今後の皮膚炎の経過について評価しました。入院時から BMI の高い患者でしたが、入院時より 4 kg体重減少しており、筋肉量の減少を想定し良質なたんぱく質の摂取、ウォーキング等の運動について説明しました。高齢者に関しては、身体面のフレイル予防が重要とされています。電子カルテのアセスメントデータベースを閲覧すると、診断候補に高齢者虚弱シンドロームがチェックされており、スタッフが身体的・心理社会的フレイルにも関心を寄せアセスメントしている事がわかりました。
　患者 4 名だけですが、耳鼻科医に許可を得て、インボディ 270 を活用して体組成を測定しました。インボディは、微弱な電流を人体に流し組織の抵抗から骨格筋量や脂肪量を測定できます。前述の喉頭がん患者も面談後に測定しました。4 名とも BMI は高値であり、脂肪量が多く、筋肉量が少ない状態でした。握力や歩行速度を測定していないので、明確にサルコペニアとは判定できませんが、退院後の自立した生活を支援するためにも、筋肉量の減少を抑えていく必要があると考えます。

4)活動目的の④は栄養カンファレンス参加につい

てです。5 西ナースステーションでは、頭頸部癌患者を対象に栄養管理に関するカンファレンスを多職種により実施しており、それぞれの職種が情報を持ち寄り専門的な立場で意見交換がなされていました。50 歳代の患者の事例では、嚥下障害があるにも関わらず、ソフト食以外の間食があり、看護師からは売店でカップラーメンを買ってきている、薬剤師からはベッドサイドにパンが置いてあった等の情報提供がありました。カンファレンスにおいては、医師からの治療方針や栄養士からの必要摂取カロリー等の情報も重要ですが、栄養管理では患者が普段何を口にしているのか、そうした生活に根差した細かな情報が重要である事をそれぞれが意識し発言している様子が見られました。

前述とは別の中咽頭癌患者の事例では、右腸骨に有痛性骨転移があり、ワントラムを追加した事や病的骨折の可能性について医師から情報提供がありました。私から緩和目的の放射線治療はどうかと提案させて頂きました。その理由は、鎮痛剤は鎮痛効果を得られますが、放射線治療により鎮痛効果の他、抗腫瘍効果、化骨効果を期待できます。専門職として患者の最善は何かを考え発信する事が重要だと考えます。

5)活動目的の⑤の研究課題の開発については、「高齢頭頸部癌患者の化学放射線療法による有害事象に対する口腔内評価ツールの開発」をテーマに病棟看護師、耳鼻科医師と共に科学研究費　基盤研究 C を獲得し実施しています。交流時間中のデータ収集はできませんので、交流日とは別日の勤務終了後に病棟でデータを収集していました。本来であれば病棟看護師がデータ収集を実施すべきですが、病棟看護師が多忙である事や交流により電子カルテの閲覧が可能となった事からデータを収集できました。交流から得た臨床疑問のヒントを持ち帰り、今後も研究を重ねていきたいと考えています。

右図は、科研で調査したデータの一部であり、下

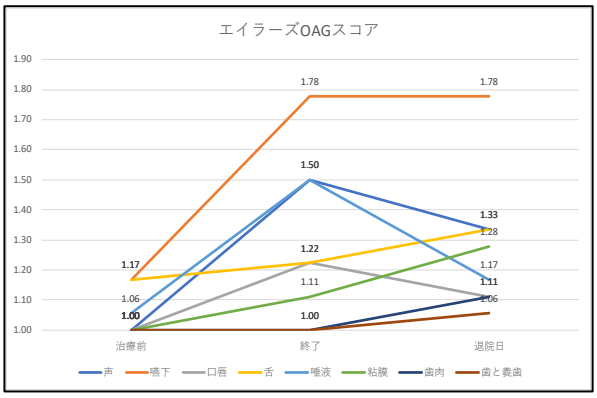


図 1　エイラーズ口腔アセスメントガイドスコアの経時的変化

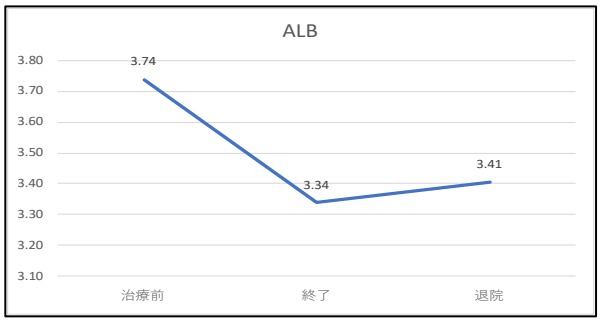


図 2　アルブミン値の経時的変化

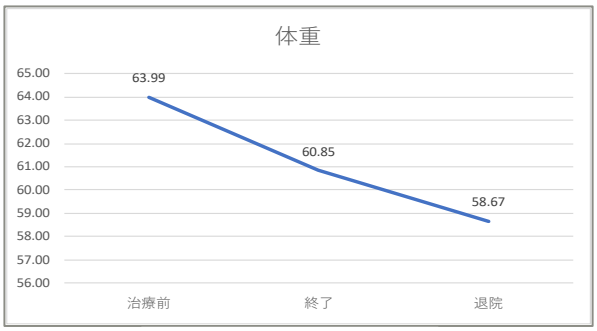


図 3　体重の経時的変化

咽頭がん患者 18 名のデータです。横軸は治療前、治療終了時、退院時です。図 1 のエイラーズ口腔アセスメントガイドの縦軸は、項目に応じたスコアで 1～3 点です。ご覧のようにオレンジの嚥下は治療終了時に上昇後、退院日まで変化はありませんでした。嚥下の変化と共に、図 2 のアルブミン値では治療前に比べ終了時に低下していました。図 3 の体重は退院日まで低下していました。栄養カンファレンスを実施していても、体重減少は抑制できていず、嚥下状態は悪化したまま退院となっている実態が明らかになりました。退院後は、ある程度経口摂取出来ていても、加齢による喉頭挙上距離

の延長や治療による咀嚼筋の繊維化といった晩期有害事象により嚥下機能はさらに低下します。入院早期から摂食嚥下機能へアプローチし、退院後も誤嚥リスクを低減していく必要があると考えます。

4. 活動成果

交流期間中でしたが、看護学科学生と病棟スタッフに対し実施した活動成果について一部報告いたします。2 学年対象の高齢者看護学Ⅰ「摂食嚥下障害」「排尿障害」の授業で交流から得た栄養カンファレンスの内容や口腔内評価等について講義しました。図 4 に示した講義後のアンケート結果では、「問 1. 嚥下障害や口腔ケア、排尿障害について臨床での実際が理解できましたか」「問 2. 臨床における事例があることにより、嚥下障害や排尿障害が理解しやすかったですか」「問 3. 教育人事交流で得られた教員の経験は講義で活かされていると思いますか」では、90%以上が非常に思う、思うでした。また「問 4. 看護教員が臨床へ赴く制度についてよいと思いますか」では、97%が非常に思う、思うでした。

交流が良いと答えた理由としては、「現在の学生の考え方や学習の様子を知っている教員の立場から、臨床看護の現場を見る事で新鮮な気づきが得られると思うし、学生の思いや視点にも共感しやすくなると思ったから。」や、「看護を教える人が現在の看護実践現場の状況を知る事で、看護学生の学びに生かし、より必要とされる看護の実践につながるのではないかと思うから」という意見がありました。

病棟スタッフへは、高齢がん患者に対する放射線療法看護についてセミナーを実施しました。10 名のスタッフに参加いただきました。図 5 のアンケート結果では、「問 1. セミナーの内容について理解できましたか」「問 2. 講義内容について、看護に活かせそうですか」について今後の看護に活かせるとの回答頂きましたが、「問 4. 看護部と看護学科の人事交流について必要な制度だと思いますか」や「問 5. あなたは教育人事交流の制度を活用した

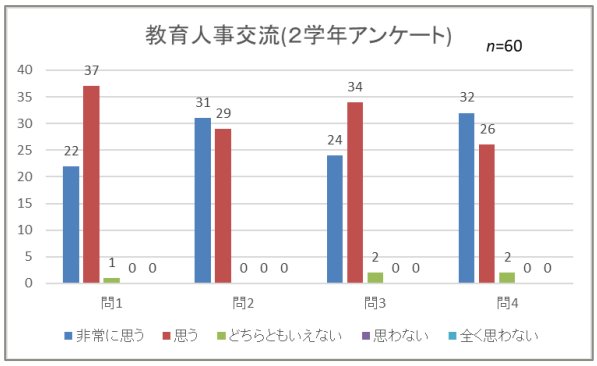


図 4　看護学科 2 年生対象のアンケート結果

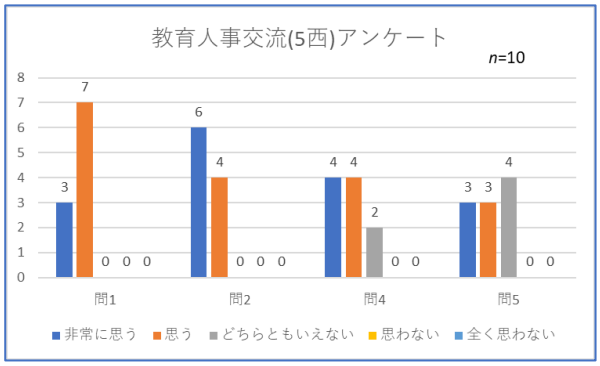


図 5　5 階西 NS スタッフ対象のアンケート結果

いと思いますか」では、勤務状況や各々置かれている状況もあると思いますが、どちらともいえないが多く、今後も人事交流について啓発していく必要があると感じました。

5. 振り返りと今後の活動

私は 2 週に 1 回程度の単発的な交流でしたが、患者状況の把握や信頼関係の構築が難しく、交流目的を考慮し交流期間や日時を綿密に検討すべきだったと思います。また緊急入院等の病棟状況により、スタッフに同行する事が難しくなるので、フレキシブルに活動できるように検討しておく必要があると思いました。

医学科の教員には教育、研究、診療があり、看護学科教員にも臨床経験が継続的に行われる事により、臨床における看護の実際を学生へ教育できると共に、患者と触れ合う喜びや看護師としての自信を得るきっかけになると思います。今後も教育人事交流から得た学びを高齢者看護学の教育や認定看護実践等に活かしていきたいと思います。

報告

北海道上川中部地域における多胎育児への助産師の関わり

巻島　愛[1)]　　清水　裕子[2)]

要旨

研究目的は、多胎育児における助産師の関わりを明らかにすることであった。対象者は、北海道上川中部の地域周産期母子医療センターに勤務する 22 歳から 64 歳の助産師 34 人であった。データ収集は、質問紙調査により収集した。調査内容は基本属性 8 項目、多胎妊婦への保健指導 2 項目、褥婦への保健指導 2 項目、支援に関する 6 項目とし、分析方法は記述的およびスピアマンの順位相関係数を用いた。倫理的配慮として研究者所属の倫理委員会の承認を得た（承認番号 18039）。

結果、多胎妊婦への保健指導の経験は 30 人が有し、内容は授乳方法、家族などの協力体制（各 27 人）が最も多かった。多胎褥婦への保健指導は 32 人が経験しており、最も多い指導内容は多胎妊婦への回答と同様（31 人）であった。多胎育児支援での後悔を感じたことは、育児書・サークルの紹介（$\rho=0.019$）、育児用品（$\rho=0.018$）についての説明であった。多胎育児支援の満足度が高く（$\rho=0.035$）、多胎支援を充実させたい動機が高い（$\rho=0.047$）回答者は仕事の充実感が高い傾向にあった。調査対象者の助産師は、全員が多胎育児支援に喜びを感じ、高い充実感と意欲を示し、学習動機も高かった。

キーワード　多胎育児、助産師、育児支援、育児、双胎妊娠

Ⅰ．緒言

2020 年 2 月に公開された 2018 年度の厚生労働省実施の人口動態調査によれば、不妊治療の増加と共に、2004 年の 13,215 件を最高に複産（双子・三つ子等多胎で産まれた出生）の分娩件数が増加傾向にあった。しかし、その増加傾向は、2005 年から徐々に減少傾向に転じ、2010 年の 10,558 件の底から横ばいもしくは減少で推移し、2018 年には 9,745 件と出生数 928,151 件の 1.05%に至った[1)]。これは、1996 年 2 月の公益社団法人日本産科婦人科学会の「多胎妊娠」に関する見解、および 2008 年「生殖補助医療における多胎妊娠防止に関する見解」の発表によって、不妊治療における胚移植を原則、単一にする方向性が打ち出されたことが影響した可能性が考えられる。これらの発表を契機に、減少に転ずると思われた多胎分娩であったが、その後も横ばいに推移したことは、胚移植影響論が否定され、自然の多胎が一定数みられることを示しており、今後も多胎児の出生は一定数存在すると考えられる[2)]。

2018 年の全国の多胎出産率は、出産 1,000 対 10.5、北海道は出産 1,000 対 9.4 であった。この多胎出産率が 48 都道府県のうち最も少ないのは徳島県の 6.9 であり、次に福島県 7.3、和歌山県、大分県、宮城県、佐賀県、秋田県、長野県、北海道と続き、北海道は 9 番目に少ない[3)]。出産率が少ない一方で、

[1)] 旭川医科大学医学部看護学科
[2)] 香川大学自然生命科学系

多胎の妊娠・出産は、合併症を引き起こす可能性が高い。日本産婦人科学会の示した産婦人科診療ガイドライン 2020 産科編において「単胎よりも母児の管理を厳重に行い、これら異常の早期発見に努める」とある通り、管理の厳重さが求められている。他の疾患を合併して妊娠する場合などは、既にかかりつけ医があり、フォローを受けられることが多いものの、多胎妊娠などの診断後にハイリスクへと移行する場合は、妊婦自身のハイリスクという認識が不十分であることが多く、そのまま産後の虐待ハイリスクにつながっていくことが多いと考えられている。

病院で活動する助産師は、産科医とともに妊婦に対する妊婦健康診査の実施、出産時の介助および新生児に対する援助、産後早期の褥婦・新生児に対する援助、1 か月健康診査までの外来での褥婦・新生児に対する援助を担当する看護職であり、多胎児の母親に対しては、妊娠期、出産期、育児期早期に関わることになる。

そこで、助産師の多胎妊婦および褥婦への関わりを検討するために、医中誌 Web 版で「多胎」、「助産師」をキーワードとし、原著論文のみの絞り込みで検索を行ったところ、7 件が検出された。この 7 件は、医学診断に関する文献 2 件、地域との連携に関する文献 1 件、不妊治療に関する文献 1 件、母乳育児に関する文献 1 件、家族援助に関する文献 1 件、看護教育での取り組みに関する文献 1 件であった。その中で、病院での助産師の関わりについての先行研究は見当たらなかった。

また、CiNii で「多胎」、「助産師」をキーワードとして検索を行ったところ、原著論文は見当たらなかった。

北海道の地勢的特徴は、広大であり、医療専門職の都市集中化もみられ、多胎の出産も地域周産期母子医療センターに集約されている。現在、北海道で助産師が行う多胎妊婦および褥婦への関わりについての先行研究はみられず、助産師が病院での多胎妊婦および褥婦への関わりをどのように行っているかの実態は明らかにされてはいない。助産師が多胎妊婦および褥婦に関わる機会は、妊娠・出産を通した病院での関わりが主である。妊娠期は、外来での妊婦健康診査、産褥期には、病棟での出産直後から退院までの入院期間において、それぞれ情報提供の機会になっていると考えられる。

そこで助産師による病院での多胎妊婦および褥婦への関わりの内容を明らかにし、今後の多胎育児支援への具体的な示唆を得る必要がある。本研究では、多胎妊婦および褥婦への助産師の関わりを明らかにするために、北海道上川中部の地域周産期母子医療センターに勤務する助産師を対象者とし、病院における多胎妊婦および褥婦への関わりの実態を検討する。関わりには、助産師の保健指導を通して行われる情報提供が考えられるため、本調査では保健指導の内容に焦点をあてることとした。また、助産師の関わりに対する内発的動機づけとして、多胎支援への主観（満足感、充実指向、充実感、後悔感）についても調査することとした。また学習意欲についても調査を行い、今後、助産師への学習の機会を設けることも検討する。

これらの結果が明らかになれば、北海道に代表される過疎地域における助産師の多胎妊婦および褥婦への関わりとして保健指導や情報提供が説明され、その計画を明示できる。また、北海道は地勢的条件から、出産施設の助産師の支援を退院後も継続して得ることが難しいと考えられ、退院後の地域保健師などへの連携を考慮した情報提供やサービスの質向上をもたらすと期待できる。

Ⅱ．研究方法

１．研究デザイン

探索的記述的研究

２．用語の操作的定義

１）助産師の関わり

本研究での「助産師の関わり」とは地域周産期母子医療センターに勤務する助産師が担当する部署を受診する多胎妊婦および褥婦を対象者に、医療サービスやニーズに対応する助産師の活動であり、病

棟、外来（助産師外来、母乳外来を含む）での助産師の活動に限定することとした。なお、調査期間には産前産後サポート事業は開始前であったため、これらの事業は該当せず、例えば妊婦健康診査で受診した多胎妊婦に対して行う情報提供や、出産後入院中の褥婦（多胎児育児を行う母親）に対して行う情報提供や育児技術指導などを「助産師の関わり」と定義した。

２）多胎褥婦

褥婦とは、「分娩終了後、妊娠および分娩によって生じた身体の変化が妊娠前の状態に回復するまでの期間（通常、分娩終了直後から 6 週間から 8 週間）にある女性をいう」[4)]とされ、本研究では産後 8 週間までの多胎児をもつ褥婦を多胎褥婦と定義した。

３．調査対象者

調査対象者は、北海道上川中部の地域周産期母子医療センター2 施設の産科病棟・外来に勤務する助産師であった。

４．調査時期

2019 年の 2 月から 3 月に実施した。

５．調査内容

調査内容は、基本属性 8 項目のほか、多胎妊婦への保健指導に関する 2 項目、多胎褥婦への保健指導に関する 2 項目、支援に関する 6 項目とし、無記名自記式質問紙による調査を実施した。基本属性は、年齢、最終学歴、職種、助産師臨床経験年数、勤務部署、現部署での勤続年数、育児経験、多胎児育児経験であった。「多胎育児支援の喜び度」は 6 段階評定と自由記述、「多胎妊婦への保健指導」項目は有無と「指導内容」の 13 項目の複数回答および「その他」の自由記述、「多胎褥婦への保健指導、授乳指導」項目は有無と「指導内容」の 9 項目の複数回答および「その他」の自由記述、多胎の妊産褥婦に対しての保健指導で「大切にしていること」の自由記述、多胎の妊産褥婦に対しての支援を行う上で「難しかった」と感じたことの自由記述、多胎支援への主観である「喜び」「満足感」「充実指向」「充実感」「後悔感」「学習意欲感」についての 6 段階評定とした。

６．データの収集方法

質問紙調査の手続きは、地域周産期母子医療センターの部署代表者に研究対象者への調査用紙と説明書の配付を依頼し、郵送による留め置き法で行い、回答用紙の返送をもって同意を得たものとした。

７．分析方法

分析にあたり、データの整理を行った。年齢、経験年数などの年・月回答は、月数に置き換えて量的変数とした。6 段階評定は、「とてもそう思う」を 6、「ややそう思う」を 5、「そう思う」を 4、「思わない」を 3、「あまりそう思わない」を 2、「まったくそう思わない」を 1 とした 6 段階の量的変数とした。回収した回答用紙のデータを単純集計し、記述的に分析を行った。また経験年数と保健指導の支援内容と多胎児支援の主観的反応の関連についてスピアマンの順位相関係数の検定を行った。自由記述については、1 つの内容のみを表すコード化を行い、その意味を分析し、カテゴリ化を行った。カテゴリ分類の妥当性は、データの類似性と相違性について研究者間で検討し、担保した。

８．倫理的配慮

本研究は、旭川医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 18039）。

Ⅲ．結果

配付した調査対象者 62 人のうち 34 人から回答があった。回収率は 54.8%であった。

１．調査対象者の背景

回答者の年齢は、22 歳から 64 歳（代表値 33.5 歳）であった。助産師としての臨床経験年数は 1 年から 35 年（代表値 10.0 年）、現在の勤務部署は複数回答で、病棟 34 人、外来 16 人（うち助産師外来 10 人、母乳外来 11 人、婦人科外来 1 人含む）、調査時点での勤務部署での勤続年数は 1 年から 15 年（代表値 3.0 年）であった。自身の育児は 4 割が経験していたが、多胎育児を経験した回答者はいな

かった。最終学歴は、1 年制助産師養成課程 21 人、4 年制大学 10 人、大学院修士、大学専攻科、短期大学専攻科がそれぞれ 1 人であった。

２．多胎妊婦への保健指導

多胎妊婦の保健指導は、30 人（88.2%）が経験していた。多胎妊婦への保健指導経験がなかったものは 4 人（11.8%）で、経験年数が 1～3 年のものであった。多胎妊婦への保健指導の内容は、授乳方法、家族などの協力体制が最も多く（27 人）、妊娠期に起こりやすい異常、分娩方法、育児方法（26 人）、多胎妊娠の経過（25 人）、生活の過ごし方（24 人）、育児用品（22 人）、母親の関わり方（13 人）、育児書・サークルの紹介（10 人）、子どもの成長発達（5 人）、保育所（3 人）、その他（1 人）として避妊や上の子の預け先（社会資源など）であった。指導項目 13 項目のうち、8～9 個の項目を挙げている人が最も多かった（各 6 人）。

３．多胎褥婦への保健指導

多胎褥婦への保健指導、授乳指導の経験は、32 人（94.1%）が経験した。多胎褥婦への保健指導、授乳指導経験がなかったものは 2 人（5.9%）で、経験年数が 1 年のものであった。多胎褥婦への保健指導の内容は、授乳方法、家族などの協力体制が最も多く（31 人）、育児方法（26 人）、育児用品（25 人）、子どもと母親の関わり方（14 人）、育児書・サークルの紹介（11 人）、子どもの成長発達（8 人）、保育所（4 人）、その他（1 人）の順であった。その他の回答は、「保健師やファミリーサポートなどソーシャルサポートの活用をすすめる」であった。

４．多胎妊産褥婦に対する保健指導において「大切にしていること」

内容は、「育児の心構え」「サポートの必要性・強

表1　多胎妊産褥婦に対する保健指導で「大切にしていること」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード（ ）内数字は件数
育児の心構え	無理をせず、手を抜く	無理しすぎない(3) 育児を完璧にしようとしない(2) 無理のない育児(2) 子ども元気、母笑顔 手を抜くことを指導する がんばりすぎず、肩の力を抜いて育児をする(3)
	母の身体の回復も優先する	合間を見つけて休息をとる 母の体調・産後の回復を優先することも大切 母が疲労のため疲弊しないようにする
サポートの必要性・強化	サポートの重要性の認識	家族を含めたサポート体制(4) サポートの重要性(2) サポートを明確にしておく サポート体制を整えていつでも頼る いつでもサポートが得られやすい環境 協力体制の確認
	複数人で育児をする	1人でやろうと思わずに周囲の協力を得る(4)
支援者の姿勢	母を尊重する	母親を尊重する(4) 自己決定をサポートすることに徹する(2) 自分の考えを相手に押し付けない 決めつけたような言い方はしない
	無理をせずにできる提案	がんばらせすぎない(2) 相手の力を信じてムリのない提案 工夫・活用の提案
	説明の工夫	実際の生活状況を把握 イメージがつくように具体的に説明
	多胎を特別視しない	多胎だから特別というわけではない
授乳	無理をせずに誰でもできる	無理のない授乳プラン(2) 母親に負担がかかりすぎない
相談先	相談できる場所の確保	いつでも相談にのれることを伝える
仲間の存在	孤立しない支援	ピアと関われるような支援

表2　多胎妊産褥婦に対する支援で「困難を感じたこと」

時期	カテゴリ	サブカテゴリ	コード　（ ）内数字は件数
妊娠期	サポートの理解	サポートの必要性の理解	妊娠中から家族支援の必要性を説明していたが、イメージ化できておらず準備不足(2)
		家庭内調整の不足	妊娠期に通院が多くなるが家族との調整ができていない
	支援の困難	多胎育児のイメージ化の困難	多胎育児の大変さの説明 妊娠中から産後をイメージできるような支援 入院期間中の母と家族への指導の不足 妊娠期に多胎育児の大変さを伝えるがイメージできない(何が大変かが理解できていない)
産褥期	育児の困難	育児の楽しさと難しさ	多胎育児が大変で育児の楽しさが伝わらない 双胎の母の育児支援の難しさ
		多胎育児における授乳の困難	授乳や睡眠時間がずれるときの対処方法を伝える 授乳と休息のバランス 多胎児の母乳栄養の確立
	子どもの困難	対応が必要な児が複数いる	多胎の子どもの健康状態の違い
		授乳に時間がかかる	多胎児(未熟児)の吸啜力の弱さ 多胎児の授乳に時間がかかり母が休めない
	サポートの理解	サポートの必要性の理解	サポートの必要性の理解(2)
		家庭内調整の不足	退院後の家庭内調整(2) 産後の家族サポートの見通しがついていない(2)
		サポートが少ない場合の支援	家族サポートが少ない人の支援(2)
	支援の困難	母への対応の困難	一方的な提案になってしまい母のニーズをとらえきれなかった 母と意見が食い違い、自分はできないと思わせてしまった 授乳のこだわりがあり自分の持つイメージを優先させている 出産がゴールとなり育児に消極的な人の支援
		実現可能な目標・計画の立案	多胎児の授乳を母1人で行うことの目標設定 本人ができるプランを一緒に考える
		準備不足な母親への支援	妊娠中に多胎育児のイメージができていない母親への支援(2)
		短い入院期間での技術修得の困難	入院期間内には不安が解消されない
		情報提供の困難	サークルやコミュニティの紹介ができない
全期間	支援の困難	社会的ハイリスクの増加	家族の複雑化(社会的ハイリスク)
		個別性のある目標設定の困難	目標設定が難しい
		対象の希少性による困難	多胎妊産婦との関わる機会の少なさ

化」「支援者の姿勢」「授乳」「相談先」「仲間の存在」の 6 つに分類できた（表 1)。

５．多胎妊産褥婦に対する支援の困難感

妊娠期における内容は、「サポートの理解」「支援の困難」の 2 カテゴリ（3 サブカテゴリ)、産褥期は「育児の困難」「子どもの困難」「サポートの理解」「支援の困難」の 4 カテゴリ（12 サブカテゴリ)、全期間を通して「支援の困難」の 1 カテゴリ（3 サブカテゴリ）に分類できた（表 2)。

６．多胎育児支援への主観

「多胎育児支援への喜びの程度」については、全員が喜びを感じていた。多胎育児支援の「満足度」については、「そう思う」「わりとそう思う」と答えたもの 19 人（55.9%）と「思わない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と答えたもの 15 人（44.1%）であった。仕事の充実感については、「とてもそう思う」「わりとそう思う」「そう思う」と答えた回答者は 27 人（79.4%)、「思わない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と答えた回答者は 7 人（20.6%）であった。多胎育児支援を「充実させたい」は 9 割、「支援についての学習意欲」については、回答者全員にみられた。また、多胎支援の満足度が高い回答者（ρ ＝0.035)、多胎支援の充実の希望がある回答者（ρ ＝0.047）は仕事の充実感が高い傾向にあり（表 3)、仕事の充実感が高い回答者は多胎児支援への学習意欲が高い傾向にあった（ρ ＝0.027)。「多胎育児支援での後悔」については、「とてもそう思う」「わりとそう思う」「そう思う」と答えた回答者は 18 人（52.9%)、「思わない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」と答えた回答者は 16 人（47.1%）で、後悔しているものの方が多かった。また、多胎育児支援で後悔

表3　多胎育児支援への主観と仕事の充実感の相関関係

N＝33

質問項目	仕事の充実感 r_s	p
多胎支援の満足	0.369*	0.035
多胎支援の充実の希望	0.348*	0.047

r_s：Spearmanの順位相関係数　　*：p<0.05

を感じた項目は、多胎妊婦に対して、育児書・サークルの紹介（ρ =0.019)、多胎褥婦に対して、育児用品（ρ =0.018）についての説明であった（表 4)。

表4　多胎育児支援の後悔と情報提供内容の相関関係

N=33

対象者	情報提供内容	多胎育児支援の後悔 r_s	p
多胎妊婦	育児書･サークルの紹介	0.406*	0.019
多胎褥婦	育児用品	0.409*	0.018

r_s：Spearmanの順位相関係数　　*：p<0.05

Ⅳ．考察

１．多胎妊産褥婦への情報提供

病院で助産師が行う多胎妊婦との関わりの場面としては、妊婦健康診査、切迫早産等による入院、病院で行っている母親学級・両親学級がある。今回の調査により、保健指導内容としては、妊娠期から育児期について幅広い内容が話されていることがわかった。特に多胎妊婦はハイリスク妊婦といわれるように、妊娠合併症の発生が多く、妊娠中に抱えるマイナートラブルも多いといわれている。大高[5)]は、助産師養成課程において、多胎妊娠・出産に関して約 6 割、多胎育児に関して約 4 割の教員が自らの授業内容に含めており、多胎妊娠・出産の授業内容は約 5～7 割で偏りなく、多胎育児の授業内容は「多胎育児の工夫の仕方」が 8 割を超えて最も多かったことを明らかにした。今回の調査では、8 割以上の助産師が多胎妊婦への保健指導経験を有しており、助産師養成機関で学習した内容が臨床へ活かされている可能性がある。しかし、妊娠期の支援を行う上での困難として「サポートの必要性の理解」「家庭内調整の不足」「多胎育児のイメージ化の困難」が挙げられていた。多胎妊娠は、様々な合併症を起こしやすいものの、多胎妊婦自身は一般的な妊娠期の生活のみに追われれている可能性が考えられる。横山ら[6)]は、出産後の育児不安についても多胎児の母親は、強い不安を抱く者が単胎児の母親よりも有意に多かったと明らかにしている。この先行研究から多胎児の母親は強い不安を感じており、産後の生活イメージが具体的にされていないことによって準備不足となり、退院後さらに困難を感じる母親も少なくないと推察される。今回の調査では、殆どの助産師が多胎褥婦への指導をも経験していた。多胎児家庭の虐待リスクは、単胎児家庭と比べ 1.3 倍になるともいわれており[7)]、妊娠期から育児期のサポート体制を整える必要がある。今回の調査から、助産師が多胎妊産褥婦に対する保健指導で「大切にしていること」として、「育児の心構え」「サポートの必要性･強化」「相談先」「仲間の存在」などを挙げており、助産師自身も妊婦に対する産後のイメージ化を勧める関わりを大切にしており、今後は具体的にどのような方法がイメージ化を促進することができるかを検討する必要がある。1 つの方法として、2022 段階で、母子保健事業団発行の「ふたごの子育て」やふたご手帖プロジェクト発行の「ふたご手帖」といった、妊娠期から多胎妊婦自身が妊娠期・分娩期・育児期の情報や体験談を読める媒体を母子健康手帳の交付時に同時配付している市町村もみられる。こうした媒体を活用し、多胎妊婦が自身の産後の生活に対してイメージ化できる情報提供の体制を整えることが必要であろう。

２．多胎妊産褥婦への支援の困難さ

産褥期の支援を行う上での困難として挙がっているカテゴリから、支援を行う助産師は多様な困難を感じていることがわかる。そのなかで「支援の困難」は、「母への対応の困難」など助産師が思う方針と母の方針とが食い違ってしまう場合が挙げられた。こうしたすり合わせのコミュニケーションが必要な関わりは、時間を要するものである。産褥早期の入院期間中の褥婦は、自身の体調や子宮の回復、育児技術の習得、頻回の授乳行動、自身の身の回りのこと、合間に睡眠をとるなど、セルフケアが多く、安寧をえる時間が少ない。助産師もそれを予測しているため出産前、すなわち妊娠期から産後の情報提供を行っている。しかし、多胎妊婦自身は出産そのものへの切迫感情があるため、結果を予期できても「備える」ことができない困難さがある。そこで、産後の入院期間の中で、一定時間、児の世話などを

行なわず、助産師と産後の方針や現在の状況などについて相談できる時間を確保することも一案と言える。母児分離のデメリットもあるが、まずは多胎褥婦が自身の状況把握や産後の生活について、ゆっくりと今後を予測し、計画する時間をもつことは、退院後の生活を安定化させるために、有用であると考える。今回の回答者らは、多胎育児支援についての学習意欲を全員がもっており、育児支援を充実させたいと考える助産師も 9 割であったことから、今後は助産師による相互支援や関わりへの工夫を見出す必要がある。また、今回の調査では多胎育児支援の「満足度」について、満足していないものも約 4 割程度あった。福島ら[8]によると、多胎ピアサポーターによる妊娠期からの関わりが、多胎児の母親の「多胎妊娠・出産をめぐる不安の解消や軽減」「知識や情報の充足と育児のイメージ化」という意味をもっていたと明らかにしており、ピアサポーターの存在は大きいと考える。助産師の学習会においても、こうしたピアサポーターから学ぶ機会を設けることで、多胎育児の経験がない助産師自身の経験を補うことで、より多胎妊産褥婦のニーズに沿った支援を行えるようにし、関わりの困難さを軽減させ、褥婦の満足度を高めることが期待できる。

３．保健師との連携

助産師は病院において多胎妊産褥婦と関わる場面が多く、実際に多胎育児において悩む場面は退院後、自宅に帰ってから発生することになる。今回の調査で多胎育児支援での後悔があるものは、妊娠期に起こりやすい異常、育児書・サークルの紹介、育児用品について話している傾向にあった。しかし、嶋松ら[9]は、双子の母親の退院後の育児困難な状況として、「授乳の難しさ」「児の泣きへの対処の難しさ」「児の健康状態」「睡眠不足・疲労感」「上の子のしつけ」などを明らかにしており、多胎褥婦はより具体的な育児方法に困難を抱えている状況がある。また、嶋松ら[9]は、ほとんどの双子の母親が家族に相談して自分なりに対処しており、養育経験者や専門家の支援を受けたものは少なかったとしている。ただし、公的なリソースの利用は、助産師・保健師の家庭訪問を受けたものが最も多かったとも報告した。現在は産後ケア事業として助産師の訪問事業も立ち上げられていることから、今まで以上にこうしたリソースの紹介や協力を得るよう周知する必要がある。また、母子健康手帳交付時の面談や新生児訪問指導や乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）を担う保健師による産後ケア事業案内の強化など、保健師と連携して、多胎育児支援を拡充していく必要もある。しかし、この産後ケア事業においても、多胎育児支援は単胎の育児支援よりも自己負担額が増える傾向にあり、多胎だからと特別な対応をしていない自治体も多いことが指摘されている[10]。この点については、今後も行政に働きかけ、多胎育児の困難さや支援の必要性を説明する必要がある。

Ⅴ．結論

本研究では、北海道上川中部地域における多胎育児に対する助産師の関わりの実態を調査し、今後の助産師の多胎育児支援のあり方を検討した。その結果、以下の結論を得た。

１．殆どの助産師が多胎褥婦に対する保健指導の経験を有した。

２．助産師は多胎育児の充実および支援の学習意欲を有した。

３．多胎育児支援の満足度が高いあるいはそれを充実させたいと願う助産師は仕事の充実感が高い傾向にあった。

４．多胎育児支援で後悔していた関わりは、多胎妊婦への育児書・サークルの紹介、多胎褥婦への育児用品についての説明であった。

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本調査は一部地域の助産師のみの調査であり、対象数も少なく、一般化することはできない。今後は、北海道全体など、広範の助産師を対象とする調査が必要である。産後ケア事業の活用を進めるため、助

産師と保健師の連携を検討する必要がある。

謝辞

本調査にご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。

本研究は、平成 29 年度科学研究費助成事業若手研究（B）の助成を受けた。

告示

本研究は、特定の企業や団体とのかかわりはなく、開示すべき利益相反事項はない。

文献

1）厚生労働省：人口動態調査 2018．4-36 単産－複産（複産の種類・出生－死産の組合せ）別にみた年次別分娩件数．e－Stat 政府統計の総合窓口．< https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20180&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053064&result_back=1&tclass4val=0>（アクセス：2020 年 8 月 27 日）、2020.

2）日本産科婦人科学会：生殖補助医療における多胎妊娠防止に関する見解、公益社団法人日本産婦人科学会. <http://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=25>（アクセス：2020 年 8 月 27 日）、2018.

3）厚生労働省：人口動態調査 2018．4-37 単産－複産（複産の種類）別にみた都道府県別分娩件数、e－Stat 政府統計の総合窓口、< https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20180&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053064&result_back=1&tclass4val=0>（アクセス：2020 年 8 月 27 日）、2020.

4)産科婦人科用語集・用語解説集改訂第 4 版、日本産婦人科学会編・監、第 4 版、日本産婦人科学会事務局、165、2018.

5）大高恵美:看護基礎教育機関における多胎妊娠・出産及び多胎育児の授業に関する実態調査、秋田県母性衛生学会雑誌、 25、52－57、2012.

6)横山美江、中原好子、松原砂登美ほか：多胎児をもつ母親のニーズに関する調査研究　単胎児の母親との比較分析、日本公衆衛生誌、51(2)、94－102、2004.

7）日本多胎支援協会：厚生労働省平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 多胎育児家庭の虐待リスクと家庭訪問型支援の効果等に関する調査研究、厚生労働省、<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520465.pdf>（アクセス：2020 年 11 月 8 日）、2018.

8）福島裕子、野口恭子、蛎崎奈津子、他．妊娠期からの多胎時妊婦ピアサポートの効果. 岩手県立大学看護学部紀要．2009、11、43－58.

9)嶋松陽子、高山知美．双子を養育する母親の育児困難感とその要因．保健科学研究誌．2004、1、35－42.

10)厚生労働省：産後ケア事業の利用者の実態に関する調査研究事業報告書、<https://www.mhlw.go.jp/content/000694012.pdf>（アクセス：2022 年 12 月 11 日）、2020.

Midwives' Involvement in Multiple Birth Parenting in Central Kamikawa of Hokkaido

1) AI Makishima,　2) HIROKO Shimizu

Abstract

This study aimed to clarify midwives' involvement in multiple births. The subjects were 34 midwives, aged 22-64 years, working at a regional perinatal medical center in central Kamikawa, Hokkaido, Japan. Data were collected through a questionnaire survey. The survey included eight basic attributes, two health guidances for multiple pregnant women, two postpartum health guidances, and six support attributes. The analysis method was descriptive and used Spearman's rank correlation coefficient test. The approval of the ethics university committee was obtained (approval number 18039).

Thirty midwives had experience in providing health guidance to pregnant women with multiple births, with the most common topics being breastfeeding methods and cooperation with family members (27 midwives). Thirty-two midwives had experience in providing health guidance to puerperal women with multiple births, and the most common topics were breastfeeding methods and cooperative relationships with family members (31 respondents). Items regretted in support for multiple births and puerperal women were introduction of parenting books and circles (ρ = 0.019) and childcare products (ρ = 0.018). All the respondents felt joy in supporting multiple births, showed a high sense of fulfillment and motivation, and had a high motivation to learn.

Key Words　multiple births and parenting, Midwife, Childcare support, Childcare, twin pregnancy

1) Nursing Course, School of Medicine, Asahikawa Medical University

2) Academic Group of Life Sciences, Kagawa University

報告

看護学科開設 25 周年記念式典・シンポジウムを開催して

升田由美子※ 阿部修子※ 平義樹※ 神成陽子※ 山口希美※ 綱元亜依※ 服部ユカリ※

はじめに

旭川医科大学医学部看護学科は平成 8 年 4 月に旭川医科大学の新しい学科として開設されました。令和 3 年には開設 25 周年を迎え、これを記念していくつかの事業を実施することとなりました。本稿では令和 4 年 3 月 5 日（土）に旭川医科大学で開催しました「看護学科 25 周年記念式典・シンポジウム」について報告いたします。

１．式典

記念事業として看護学科棟大会議室を会場とし、25 周年記念式典を開催しました。感染状況を鑑み、会場参加は来賓と実行委員に限定し、式典の様子はオンライン会議システム zoom を通じてライブ配信を行いました。

はじめに、当時次期学長予定者であった西川祐司現学長にご挨拶をいただきました。看護学のメタパラダイムやチーム医療に触れながら看護学科の教育・研究の充実を今後学長として応援する旨のお話がありました。

写真１　西川学長挨拶

看護学科長　服部ユカリ教授からは、看護学科開設から現在に至るまでの歴史・背景とともに看護学科のこれまでのあゆみを振り返り、これまでに学部の卒業生 1436 名、大学院修士課程修了者 225 名を輩出し、北海道の地域医療に貢献していることや看護職キャリア支援センター設置についてお話しいただきました。ナイチンゲールの言葉「生命力の消耗を最小限にし、生活過程を整える」を紹介するとともに、看護学科棟玄関のレリーフに象徴される「責務」「権限」「自律性」という看護職の責務と権限に触れ、今後も地域に貢献する看護職育成に取り組むことが述べられました。最後に大学関係者ならびに事務局の方々に対してこれまでの看護学科に対する支援に感謝を示し、挨拶とされました。

※旭川医科大学医学部看護学講座　看護学科 25 周年記念事業実行委員会

看護学科同窓会からは特別奨励賞として宮城明奈氏（3 期生）、石橋みちる氏（3 期生）、リトン沙織氏（4 期生）、酒井周平氏（8 期生）が表彰されました。同窓会副会長である笹川朝子氏（2 期生）より代表して酒井氏に賞状と記念品が贈られました。

来賓として、最初に旭川医科大学病院　原口眞紀子看護部長から祝辞をいただきました。看護学科設置に際しての野村紀子名誉教授との関わりや実習施設として看護大学生を受け入れるために「実習指導者研修」が開始となったこと、看護学科・看護部共催の FD「看護学教育ワークショップ」が平成 12 年から継続して開催されていることについてお話しいただきました。ついで本学名誉教授北村久美子氏からは、看護学科開設時に清水哲也元学長から着任依頼の電話があったこと、看護学科棟建設に際して事務局の方々が教員の想いをしっかりと受け止め、素晴らしい建物が出来上がったこと、病院実習や保健所実習での学生とのエピソードを紹介していただきました。また、大学での看護学教育を学科開設時から進めた故　野村紀子名誉教授に対する感謝の言葉が述べられました。

このように看護学科開設当時から今日までの出来事を様々な視点から振り返り、記念式典は終了いたしました。オンラインシステムの活用により、多くの皆様にご視聴・ご参加いただくことができました。ありがとうございました。

写真 2　服部学科長挨拶

写真 3　受賞者記念撮影

なお、記念式典の模様は以下のＵＲＬ「旭川医科大学看護学科 25 周年記念事業」から視聴することができます。
https://www.asahikawa-med.ac.jp/dept/nc/25th/ceremony.html

写真 4　記念式典会場の様子

写真 5　記念式参加者一同

２．講演会・シンポジウム「看護学科開設 25 周年卒業生の現在地」

式典に引き続き、「看護学科開設 25 周年　卒業生の現在地」をテーマとして講演とシンポジウムを行いました。同窓会より特別表彰を受けた 4 名の卒業生をシンポジストとしてお迎えし、事前収録した動画により講演を行いました。

宮城氏（3 期生、旭川市役所子育て支援部）からは「看護学科卒業後の活動」として卒業後に就職された旭川保健所での保健師としての活動を中心に報告していただきました。石橋氏（3 期生、独立行政法人国立病院機構甲府病院）は「助産師としてのこれまでの歩みとこれから」として、自らの大学院生としての研究活動も併せてお話しいただきました。リトン氏（4 期生、北海道大学大学院保健科学研究院創成看護学分野　助教）には「出会いと学びがつなぐ学生時代と現在」として青年海外協力隊での活動、イギリスの大学院での学びなどについて報告があり、本学名誉教授　望月吉勝氏とのエピソードも紹介されました。酒井氏（8 期生、旭川医科大学病院）からは道北・道東医療圏で唯一の急性・重症看護専門看護師としての具体的な活動や役割について、重症患者のリハビリテーションの実際の場面の紹介も含めてお話しいただきました。4 名のみなさまにはそれぞれの専門分野について興味深い講演を行っていただくことができました。

その後、看護学科　阿部修子教授と升田が座長を務め、シンポジウムを行いました。zoom でのやり取りで若干トラブルもあったものの、シンポジスト間の意見交換や参加者からの質問にもご回答いただくなど有意義な時間となりました。シンポジスト同士も久しぶりの再会や、部活動でのつながりが確認できるなど、同窓生ならではのやりとりもあり、また今後の教育・実践・研究での交流も期待できる温かなシンポジウムとなりました。シンポジストならびにご参加いただいた皆様に感謝申し上げます。

写真 6　シンポジウムの様子

3．25 周年記念事業を終えて＆30 周年記念事業に向けて

令和 2 年 4 月 23 日に第 1 回看護学科 25 周年記念行事タスクフォース会議を開催し、その後 20 回以上の会議を行いながら 25 周年記念事業の開催に向けて準備を進めてきました。当時は COVID-19 の第 1 波のさなか、いかに教育活動を維持するかに苦心しながら並行しての準備となりました。感染流行の予想が立たないまま、記念式典・シンポジウムともにオンライン開催とすることを決定し、記念事業の内容を検討することとなりました。他にも看護学科同窓会と協力しての名簿作成事業、30 周年記念事業に向けての旭川医科大学基金「旭川医科大学医学部看護学科記念事業」を立ち上げることとなりました。名簿作成、旭川医科大学基金立ち上げに際しては、学生支援課長　松井氏ならびに総務課長　両國氏（当時、現医療支援課長）はじめ、事務局の皆様に大変お世話になりました。ありがとうございました。

オンラインでの開催にあたっては、遠隔医療センター　三上　大季氏に準備から当日の運営までご協力いただきました。感謝申し上げます。当日には実行委員に加えて、多くの看護学科の教員にご協力いただきました。

今後は 30 周年記念事業に向けて、あらたに事業計画を練っていく予定です。

25 周年記念事業は COVID-19 の影響を受け、オンラインでの実施となりましたが、30 周年記念事業では多くの同窓生と対面で集えることを祈念しています。今後とも皆様方にはご支援・ご協力のほどよろしくお願い致します。

おわりに

令和 4 年に看護学科は初の分野別認証を受審し、そのプロセスにおいて卒業生の就業状況や活動などを大学として把握することの重要性が再認識されました。25 周年記念事業をきっかけに看護学科同窓会との連携を密にし活動の充実につなげるとともに、看護学科が今後も国立大学としての使命を果たすことができるよう活動していきたいと思います。

旭川医科大学ホームページのトップページには「旭川医科大学医学部看護学科開設 30 周年記念事業」のバナーが掲載されております。この機会にぜひ皆様にもご覧いただけると幸いです。

写真 7　シンポジウム運営会場

学会の動向

日本看護研究学会第29回北海道地方会学術集会を開催して

升田由美子※　神成陽子※　苫米地真弓※　野中雅人※　山田咲恵※
松田奈緒美※　牧野志津※　伊藤俊弘※　服部ユカリ※

はじめに

2021年8月28日（土）、旭川医科大学におきまして、服部ユカリ先生を学術集会長として日本看護研究学会第29回北海道地方会学術集会をオンライン開催し、北海道地区の会員および非会員計100名にご参加いただきました。

学術集会のテーマは、「With コロナ・After コロナに育む看護の心～看護教育実践の新常識～」とし、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19とする）が猛威を振るう状況の中で、看護系大学や看護専門学校の教員、病院等の臨床実習指導者、プリセプターのみならず学生も含めて幅広く、With コロナにおける教育の実際や課題について話し合い、After コロナにおける教育について意見交換を行うシンポジウムとなりました。シンポジウムの概要と一般演題について紹介いたします。

１．シンポジウム「コロナ禍における看護教育実践の新常識を考える」

服部ユカリ学術集会長より開会の挨拶ののち、シンポジウムが開催されました。臨床のみならず、看護学教育の現場もCOVID-19により非常に大きな影響を受けている中、最善の教育を行うべく努力と工夫を重ねている現状をそれぞれの立場から情報提供をしていただきました。

泉澤真紀氏（旭川大学保健福祉学部保健看護学科）には「コロナ禍における本学の学内看護学実習の取組み」として、臨地実習が中止となったことから、事例作成や模擬患者の確保、教員が患者・臨地実習指導者・教員の3役を演じるなどの学内実習について報告がありました。永谷智恵氏（名寄市立大学保健福祉学部看護学科）からは「コロナ禍における臨地実習、実習調整と教員の在り方」について、実習スケジュール調整、感染対策について準備を進めたが結果として学内実習に変更となった事例を踏まえ、小児看護学領域での病棟実習の実際について報告がありました。長谷川博亮氏（旭川医科大学医学部看護学科）には「コロナ禍における大学生のメンタルヘルス」について、大学生の現状や生活背景を踏まえ“3つのヤミ”の特徴とメンタルヘルスについて解説をしていただきました。井戸川みどり氏（旭川医科大学病院看護部）には臨床で教育担当副部長を務める立場から「コロナ禍での臨床における新人教育の実際」に関して、新人看護師の特徴や新人研修の実際と今後の課題についてお話しいただきました。

※旭川医科大学　看護学講座

座長の阿部修子教授、山根由起子教授により、コロナ禍の現状での教育活動に関してよりよい学習を追究していくことに関する意見交換が行われ、参加者の看護学教育に関する熱い思いが感じられる時間となりました。シンポジストの皆様に深くお礼を申し上げます。

写真１　座長　阿部先生・山根先生

写真２　シンポジスト長谷川先生

２．一般演題

一般演題は 2 群 7 演題の発表があり、旭川医科大学病院看護部　金　絵理氏による「COVID-19 病棟における老人看護専門看護師の活動」をはじめとして、コロナ禍における臨床や看護学実習の実践報告、学内演習方法の工夫など幅広い内容が報告されました。zoom での質疑応答もスムーズに行うことができました。

３．初の完全オンライン開催

日本看護研究学会北海道地方会学術集会は年に 1 回、北海道内の大学が事務局を担当し開催しています。2021 年度は旭川医科大学が事務局となり第 29 回地方会を担当することとなりました。事務局として最も頭を悩ませたのが開催方法についてでした。例年は事務局を担当する大学を会場とし対面方式での学会を行っており、コロナ禍以降の開会実績はなかったことから、地方会会長である北海道医療大学看護福祉学部三国久美先生にも相談し、完全オンラインでの地方会開催を決定しました。

事務局・委員一同、オンラインでの学会開催の経験はなく、手探り状態で話し合いを進めていきました。前年に本学看護学科で行われた第７２回北海道公衆衛生学会の様子を参考にし、同会事務局に参加していた神成・山田両委員からの貴重な助言を受けつつ内容を検討し、初のオンライン開催にこぎつけることができました。

写真３　zoom による学術集会案内

シンポジウム・一般演題ともに事前に発表内容を動画として提出となったため、発表者の皆様にはこれまでとは異なるご負担をおかけすることとなりました。同様に座長の先生方にも zoom での質疑応答となることから PC 操作等でご苦労をおかけすることとなりました。一方で、オンライン開催のメリットとして、旭川・札幌のみならず、遠方からご参加いただく方が多かった印象をもちました。

伊藤俊弘先生ならびに遠隔医療センターの三上大季氏には技術的な側面での様々な助言とご支援をいただき、大きなトラブルもなく学術集

会を終えることができました。ありがとうございました。

おわりに

開催からはや 1 年がたちますが、COVID-19 の流行はいまだ収束を見ることなく、旭川市内の病床ひっ迫を伝えるニュースが聞こえてきます。教育現場も臨床も綱渡りのような状況に溜息の出る毎日です。しかし、オンライン化・教育の DX 化など、これまでにはなかった環境も整い始めました。学会も対面・オンラインのハイブリット開催が増えており、今回の地方会開催で得た様々な知見は第 30 回の北海道地方会学術集会、そして今後の活動に活かしていきたいと考えております。

開催に向けご協力・準備くださった皆様に心より感謝申し上げます。

写真 5　服部ユカリ学術集会長

写真 4　学術集会会場

写真 6　実行委員一同

『旭川医科大学研究フォーラム』投稿規程

平成１２年　５月２５日
平成１３年　２月　５日
平成２１年　２月　９日
平成２１年　４月２８日
平成２４年　９月　５日
平成２４年　９月２１日
改正　令和　２年　９月３０日

投稿資格

１．投稿者は、本学教員及び本学教員から推薦され編集委員会の承認を受けた者とする。

投稿原稿

１．投稿原稿は、未発表の原著論文（事例・症例・調査報告等も含む）及び研究報告とし、それぞれの内容は以下のとおりとする。

①原著論文：研究論文のうち、研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されており、医学・看護学等の知識として意義が明らかであるもの。

②研究報告：資料的価値が高く、研究結果の意義が大きく、医学・看護学等の発展に寄与すると認められるもの。

２．著作物の内容をデジタル化してハードディスク等の記録媒体に蓄積することにより、インターネット上で公開する。

原稿の提出

１．図表を含めてオリジナル原稿１部と定められたフォーマットで作成した原稿の電子ファイル及び PDF ファイルを編集委員会に提出する。

２．原則として発行は年１回とし、締め切りについては当該年度の第１回編集委員会で決定する。

原稿の掲載

１．原稿の採否は、編集委員会が選んだ、査読員（レフェリー）による査読の結果を踏まえ、編集委員会が決定する。査読員は原則として学外者とする。

２．平成１６年度以降に博士の学位を授与された者における、当該博士論文掲載の可否については、大学院博士課程小委員会の議に基づき、編集委員会が決定する。

執筆要領

１．原稿は、日本語又は英語で書かれ、研究目的・方法・結果・考察など、論文としての体裁が整っているものでなければならない。

２．原稿は、原則としてパソコンによって作成し、日本語の場合は４００字詰原稿用紙に換算して３０～３５枚程度、英語の場合はほぼそれに匹敵する情報量を目安とする。原稿には、原則として、５００字以内の和文抄録、２００語以内の英文の抄録、５個以内のキーワード（和英併記）を付ける。

３．原稿の記載順序は原則として、表題（和英併記）、著者名、所属部局名、要旨（和英）、キーワード（和英）、緒言、素材及び方法、結果、考察、総括又は結論、謝辞、注及び参考文献、図表説明とする。

４．数字は算用数字を用い、単位は原則としてＣＧＳ単位による。特殊な単位を用いるときは、簡単な説明を加える。

５．図表は本文とは別に１枚ずつ作成し、そのまま印刷可能なように明瞭に描く。写真は、原則としてモノクロで鮮明に紙焼したものに限る。図表・写真とも、番号と表題を付け、裏には論文名・著者名を明記する。また、本文中の挿入すべき箇所の右欄外にその位置を指定する。
６．前項の規定にかかわらず、カラー写真の掲載が論文としての価値を著しく高めると著者が判断した場合は、当該写真のカラー掲載を申し出ることができる。
７．人名・地名に原語を用いるほかは、文中の外国語にはなるべく訳語を付ける。
８．引用・参照文献とその記載方法は次の基準による。
① 主要文献のみを、本文中の引用・参照順に 1)、2)、3）のように番号を付したうえで示し、対応本文の右上に同一の番号を記す。
② 雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名、巻（号）、頁－頁、年号（西暦）の順に書く。Index Medicus　所載の雑誌については、その慣用略称を用いる。
③ 単行書については、著者名：論文題名、書名、編集者名、版、発行所、頁－頁、年号（西暦）の順に書く。
④ 訳本は、原著者名：原書名（版）とその発行年次、訳者名、書名、頁－頁、発行所、年号（西暦）の順に書く。
⑤ 著者複数の場合は、主著者を含め３名までを記載し、その他の共著者は‘et al’または‘ほか’として取り扱う。
10. 人文・社会科学あるいは語学関係の論文にあっては、上記の様式に合わせることが望ましいが、各分野の慣例に従うことでも良い。

校正
１．校正は、著者が行う。校正に際しては編集委員会が認めたものを除き、原稿の改変を行ってはならない。