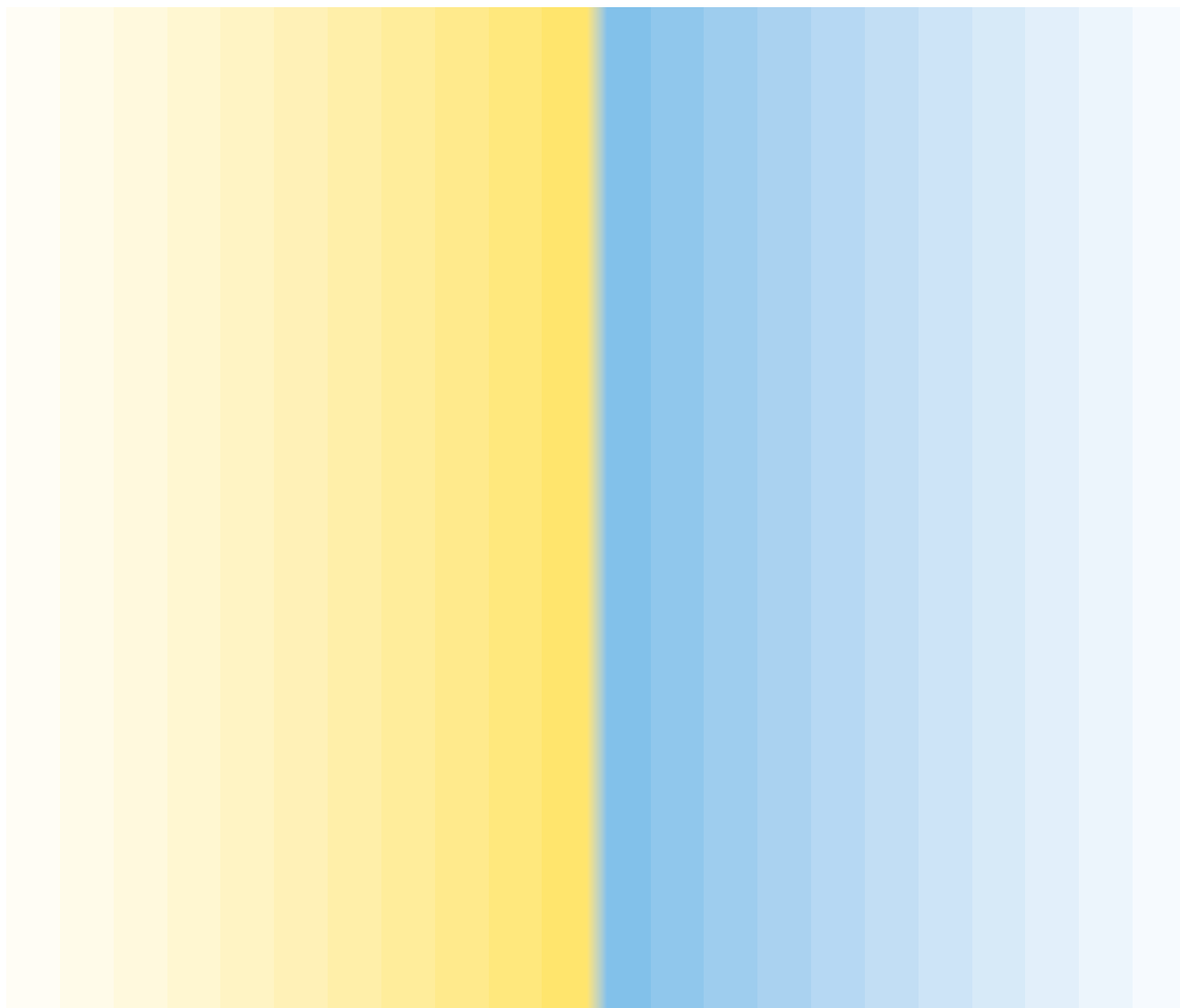


年次報告書

公益財団法人 木村看護教育振興財団
Kimura Foundation for Nursing Education

2024



設立趣意書

わが国の看護は、医学・医療の進展、疾病構造の変化、高齢化社会の到来、医療に対する国民のニーズの多様化など複雑多岐に亘る医療環境下において、その重要性が改めて問われ、看護職の専門性とレベルの向上による信望の篤い看護職の育成が、より一層望まれている。

わが国の優秀な多数の看護教育関係者は、看護の教育、研究あるいは研修を通して、よりよい看護への追求に日夜没頭し、その成果を上げていることは、識者のよく知るところである。

このたび、医療・介護機器における国内外のトップ企業であるパラマウントベッド株式会社取締役社長 木村隆輔氏は、同社創立 40 周年記念事業の一環として、21 世紀に向かって、ひたすら、その道に研鑽されている看護教育関係者の教育、研究等あらゆる分野に亘る活動に対し、出来得る限りの奨励助成を行い、それぞれの目的達成を願うことは、われわれの責務であると信じ、浄財を提供されることになった。

ここに、同氏の崇高な篤志に応え、財団法人木村看護教育振興財団を設立し、看護の振興を図り、わが国医療・看護学の発展に貢献し、国民の福祉に寄与しようとするものである。

平成 2 年 10 月 1 日

設立発起人

浅田 敏雄
氏家 幸子
内野 治人
織田 敏次
小島 操子
見藤 隆子
柳川 トモ

沿革

1991 年（平成 3 年）	3 月	財団法人木村看護教育振興財団 設立（事務局：文京区本郷）
	9 月	第一回 看護に関する講演会 開催
1992 年（平成 4 年）	4 月	看護研究助成事業 開始
	9 月	長期海外看護研修助成事業 開始 ・メイヨークリニック ・ベスイスラエル・ディーコネス・メディカルセンター及び INHL ・アルタベイツ・サミット・メディカルセンター
1996 年（平成 8 年）	9 月	短期海外看護研修助成事業 ・豪州 看護管理・地域看護研修 開始
1999 年（平成 11 年）	6 月	短期海外看護研修助成事業 ・北欧 高齢者看護研修 開始
2002 年（平成 14 年）	4 月	専門看護師奨学金助成事業 開始
2006 年（平成 18 年）	6 月	短期海外看護研修助成事業 ・英国 看護管理研修 開始
2011 年（平成 23 年）	4 月	東京都の公益認定を得て公益財団法人へ移行
2013 年（平成 25 年）	11 月	創立 22 周年記念講演会 開催

代表理事挨拶

公益財団法人木村看護教育振興財団

代表理事 **木村 憲司**

パラマウントベッド 株式会社取締役相談役

公益財団法人木村看護教育振興財団は、1991年（平成3年）3月、パラマウントベッド株式会社の創立40周年を記念して、創業者木村隆輔（1918年～2007年）の私財を基本財産とし、当時の文部・厚生両省の共管により設立された財団法人が前身であります。本財団は、その後の公益法人制度改革のもとで公益認定を受け、2011年（平成23年）4月、公益財団法人となり現在に至っております。

パラマウントベッド株式会社は、創業以来一貫して「現場に学ぶ」というユーザー志向を基本姿勢にして事業を展開してまいりました。戦後間もない荒廃と混乱のなかで医療とはまったく無縁の身で起業した父木村隆輔は、多種多様な機能的な医療用ベッドやマットレス、病棟看護備品を開発し続けることができたのも、創業時より貴重なアドバイスやアイデアを賜った現場の看護職の方々のお蔭であるという感謝の念を折に触れ言葉にしておりました。いわばその「ご恩返し」として臨床看護職の方々を対象に教育助成の機会を提供させていただくというのが、本財団設立の趣旨であります。

本財団は現在、海外看護研修助成、看護研究助成、専門看護師奨学金助成及び看護に関する講演会の開催を、事業の四本の柱としております。とりわけ米国メイヨークリニックへの看護研修生の派遣事業は、同クリニックと本財団のパートナーシップのもとで本財団発足翌年より毎年実施してまいりました。

しかしながら、新型コロナウイルスの世界的な感染拡大により、メイヨークリニックへの看護研修生の派遣は2020年度以降中断を余儀なくされておりましたが、2023年度は、4年ぶりに再開することができました。また本財団発足時より毎年実施してきた講演会事業も、2022年度よりウェブ形式により再開いたしました。

今後も時代や環境の変化に適應しながら、「看護の未来を、ともに」考え、看護教育及び看護実践の充実・向上を図るために必要な助成を行い、看護職の方々の育成に寄与してまいりたいと存じます。なお一層のご支援・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人 木村看護教育振興財団

理事・評議員・監事 名簿

2025 年 3 月時点

○理 事

役 職	氏 名	所 属	備 考
代表理事	木村 憲司	パラマウントベッド（株） 取締役相談役	非常勤
常務理事	倉本 弘	（公財）木村看護教育振興財団	常 勤
理 事	勝又 浜子	（公社）日本看護協会 副会長	非常勤
理 事	小見山 智恵子	国際医療福祉大学 生涯学習センター 看護部門統括責任者	非常勤
理 事	佐伯 由香	人間環境大学 松山看護学部 教授	非常勤
理 事	庄野 泰乃	（公社）徳島県看護協会	非常勤
理 事	丹藤 雄介	弘前大学大学院保健学研究科 教授	非常勤
理 事	別府 千恵	北里大学病院 副院長・看護部長	非常勤
理 事	山口 千鶴子	元 富山大学附属病院 副病院長・看護部長	非常勤

○評 議 員

役 職	氏 名	所 属	備 考
評 議 員	井部 俊子	（株）井部看護管理研究所 代表取締役 聖路加国際大学 名誉教授	非常勤
評 議 員	木村 恭介	パラマウントベッドホールディングス（株） 代表取締役会長	非常勤
評 議 員	鈴木 邦彦	医療法人博仁会 理事長 志村大宮病院 院長 社会福祉法人博友会 理事長 学校法人志村学園 理事長	非常勤
評 議 員	筒井 真優美	日本赤十字看護大学 名誉教授	非常勤
評 議 員	濱西 千秋	市立岸和田市民病院 リハビリテーションセンター センター長 近畿大学 名誉教授	非常勤
評 議 員	増田 千鶴子	昭和大学 看護キャリア開発・研究センター センター長	非常勤
評 議 員	山本 ひとみ	（株）ANA 総合研究所 取締役副社長	非常勤

○監 事

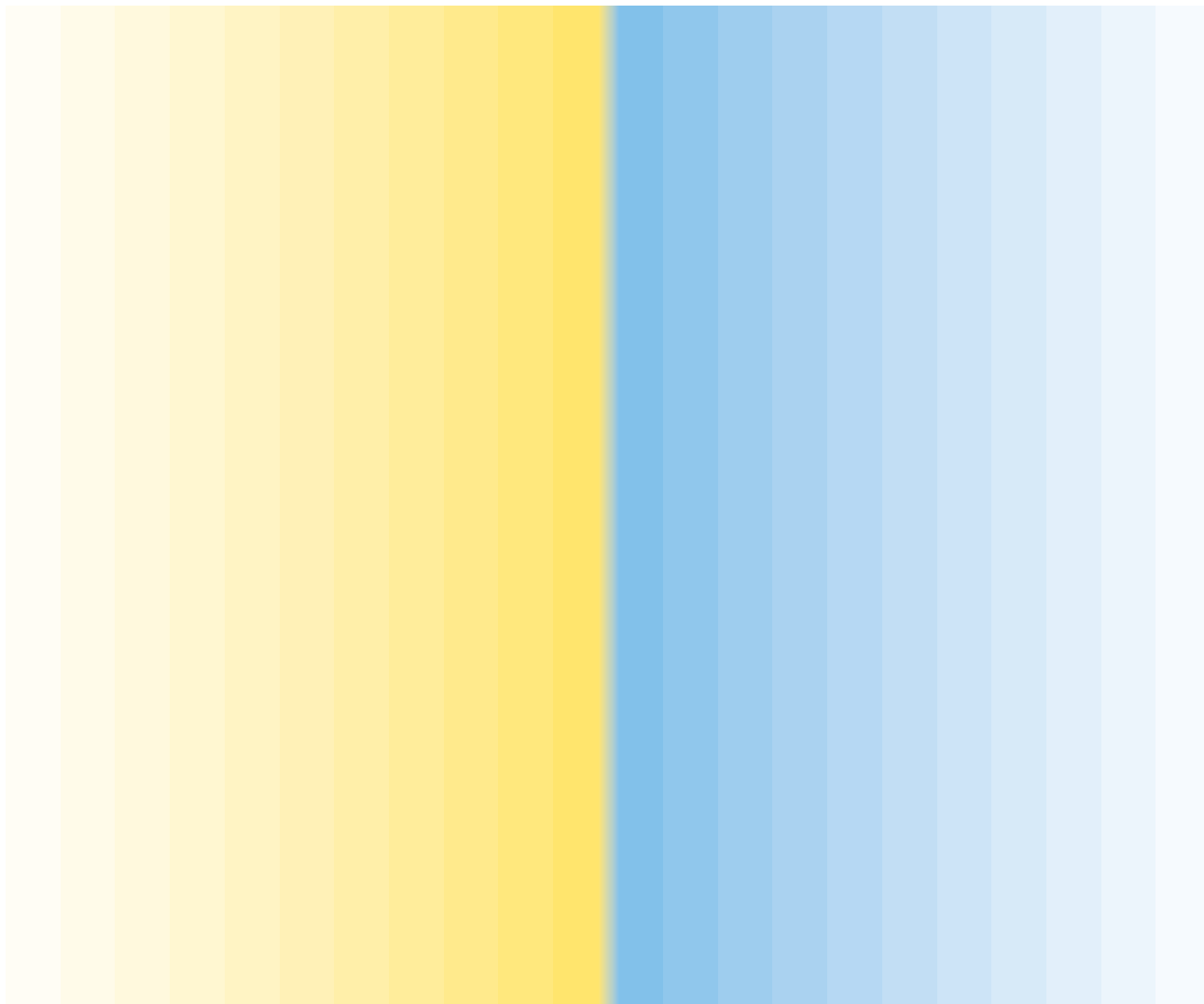
役 職	氏 名	所 属	備 考
監 事	小泉 明	小泉公認会計士事務所 代表	非常勤
監 事	堤 登志男	虎ノ門合同事務所内 堤登志男税理士事務所 代表	非常勤

（敬称略 50 音順）

2024 年度 事業報告書

公益財団法人 木村看護教育振興財団
Kimura Foundation for Nursing Education

自 2024 年 4 月 1 日
至 2025 年 3 月 31 日



2024 年度 事業報告書

1 海外看護研修助成－長期海外看護研修－（公募事業）

看護師・助産師・保健師の資格を有する者であって一定の英語力を有するものを対象として、2 週間の研修に要する研修費、宿泊費、往復航空運賃等を全額助成する。

新型コロナウイルスの世界的な感染拡大により 2019 年（令和元年）度の実施を最後に延期されてきたが、2023 年度の 4 年ぶりの再開に続き、2024 年度も以下のとおり実施した。

（1）研修先

アメリカ合衆国ミネソタ州ロチェスター メイヨークリニック

（2）研修者

次の 6 名を派遣した。

高橋 弥生（横浜市立大学附属病院）

永井 真理子（東京大学医学部附属病院）

中島 悠紀子（東京大学医学部附属病院）

山田 享介（医療法人社団弘恵会杉浦医院）

横井 由貴（慶応義塾大学病院）

渡邊 朋（千葉大学医学部附属病院）

（敬称略 別紙「事業報告に関する附属明細書」参照）

（3）研修期間

2024 年 9 月 14 日（土）～ 9 月 29 日（日）

2 看護研究助成（公募事業）

医療機関等で実際に看護等の業務に携わっている看護師・助産師・保健師の資格を有する者またはその者を代表研究者とするグループを対象として、1 件当たり 100 万円を限度として助成する。

2024 年（令和 6 年）度は、次の者が代表研究者である研究に対し助成した。

相川 祐里（済生会横浜市東部病院 聖路加国際大学大学院看護学研究科）

飯田 恵（京都大学医学部附属病院 武庫川女子大学大学院看護学研究科）

石黒 恵（日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 日本赤十字豊田看護大学看護学研究科）

貝津 里乃（医療法人錦秀会インフュージョンクリニック 関西医科大学大学院看護学研究科）

須藤 敬介（青森県立中央病院 弘前大学大学院保健学研究科）

田淵 初恵（兵庫医科大学病院 兵庫医科大学大学院看護学研究科）

畑川 正樹（国立精神・神経医療研究センター病院 国立看護大学校研究課程部看護学研究科）

東出 恵子（恵愛みらいクリニック 福井大学大学院医学系研究科）

藤井 伽奈（JCHO 東京新宿メディカルセンター 東京大学大学院医学系研究科）

（敬称略 別紙「事業報告に関する附属明細書」参照）

3 専門看護師奨学金助成（公募事業）

看護系大学大学院専門看護師教育課程の最終年次進級予定者に対して、1件当たり年額60万円の助成を行う。2022年（令和4年）度までは、2年コースの教育課程履修者に助成対象者を限ってきたが、2023年度以降は、3年以上の教育課程履修者にも助成対象を拡大している。

2024年度は、次の11名に対して助成を行った。

小原 慶子（新潟大学大学院）
坂本 佳津子（神戸市看護大学大学院）
佐々木 麻未（福井大学大学院）
白上 哲平（関西医科大学大学院）
高田 亜由子（聖路加国際大学大学院）
高橋 麻理子（山形県立保健医療大学大学院）
能美 亜紀子（群馬大学大学院）
幡野 亜希子（日本赤十字看護大学大学院）
牧野 智美（兵庫医科大学大学院）
山田 尚子（東海大学大学院）
吉田 早苗（慈恵会医科大学大学院）
（敬称略 別紙「事業報告に関する附属明細書」参照）

4 看護に関する講演会

本講演会は、2022 年（令和 4 年）度以降、ウェブ形式により実施している。この企画・立案には、これまで本財団の助成を受け、現在看護の第一線で活躍されている方々にもアドバイザリーボードのメンバーとして参画いただいた。

講演会の概要は、以下のとおりである。

(1) 日 時 オンデマンド配信 2024 年 10 月 23 日（水）～ 11 月 24 日（日）

(2) テーマ 『この激動の時代に看護の原点に立ち戻る
－「対話」で変化に強い組織をつくる－』

(3) 内 容

①財団紹介 本財団の設立の趣旨と事業の概要

②基調講演

演題「看護の原点と未来」

講師 坂本 すが氏（東京医療保健大学 / 大学院 副学長 医療保健学研究科
研究科長 医療保健学部看護学科学科長）

③座談会

演題「患者の語り」を通して考える看護の原点

演者 さとう みき氏（認知症本人・家族のための相談窓口「おれんじドアはちおうじ」代表
川崎 つま子氏（大坪会グループ看護局長 認定看護管理者）
坂本 すが氏

司会 堀田 聡子氏（慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科教授）

④メイヨークリニック講演

演題 Living the Values : Bringing Mayo Clinic Core Values to Life in
the Clinical Setting

講師 Ms. Rachel Moody MS, RN, Certified in Executive Nursing Practice (CENP) ,
Fellow Clinical Nurse Specialist (FCNS) , Nurse Administrator Nursing Practice
and Quality, Department of Nursing, Mayo Clinic, Rochester, MN

(4) 視聴者数 1,177 名

5 刊行物の発行・配布

(1) 海外看護研修レポート 2023

2024 年 6 月、790 部を刊行し、全国の看護系大学及び主要な病院に配布した。

(2) 看護研究集録 31

2024 年 7 月、800 部を刊行し、全国の看護系大学及び主要な病院に配布した。

(3) 2023 年度ウェブ講演会の記録

2024 年 8 月、800 部を刊行し、全国の看護系大学及び主要な病院に配布した。

6 海外看護研修オリエンテーション等

(1) 海外看護研修者に対するオリエンテーション

2024 年 7 月 4 日（木）、都内会議室で研修者 6 名に対するオリエンテーションを実施した。

(2) メイヨナーヌ来日セミナー

2024 年 11 月 7 日（木）、本財団主催による「メイヨナーヌ来日セミナー」を都内で実施した。メイヨークリニックの看護師 2 名が「看護師の定着と離職防止」及び「看護の質」をテーマに同クリニックにおける取り組みについて講演した。

(3) 海外看護研修報告会

2024 年 12 月 4 日（水）、都内会議室で理事、評議員らが出席のもと、研修者 6 名が研修の成果を報告した後、質疑応答を行った。

(4) 2025 年（令和 7 年）度の助成事業における公募及び応募に関する対応

①本財団は、2025 年度の助成事業について、2024 年 11 月 11 日（月）から 2025 年 1 月 20 日（月）までを受付期間として公募を行うとともに、応募に関する問い合わせに対応した。

②公募実施に関するお知らせは、本財団ホームページに掲示するとともに、看護関係団体のホームページや看護専門誌の情報提供欄に掲載いただいた。また今回は、告知効果の期待できる「協会ニュース」（日本看護協会発行）に広告を出稿した。

③ 2024 年 11 月中旬に全国の約 1,500 の主要病院や大学等にカラーポスター（A4 判）による募集要綱を送付するとともに、これまで本財団の助成を受けた方々およびウェブ講演会申込者に案内メール（約 4,900 件）を一斉送信した。

以上

2024 年度 事業報告に関する附属明細書

- 1 海外看護研修助成対象者名簿
- 2 看護研究助成対象者名簿
- 3 専門看護師奨学金助成対象者名簿

1 2024 年度 海外看護研修助成対象者名簿

メイヨークリニック 6 名

敬称略 五十音順

氏名	勤務先	職名
たかはし やよい 高橋 弥生	横浜市立大学附属病院	看護師 (看護師)
ながい まりこ 永井 真理子	東京大学医学部附属病院	精神看護専門看護師 (看護師・保健師)
なかしま ゆきこ 中島 悠紀子	東京大学医学部附属病院	副看護師長 (看護師・保健師)
やまだ りょうすけ 山田 享介	医療法人社団 弘恵会 杉浦医院	看護師 (看護師・保健師)
よこい ゆき 横井 由貴	慶應義塾大学病院	看護師 (看護師・保健師)
わたなべ とも 渡邊 朋	千葉大学医学部附属病院	副看護師長 小児看護専門看護師 (看護師・保健師)

(所属先・職名等は 2025 年 1 月時点)

2 2024 年度 看護研究助成対象者名簿

9 件 545.1 万円 敬称略 五十音順 単位：万円

研究代表者 氏名	勤務先	職名	研究課題	申込額	査定額
あいかわ ゆり 相川 祐里	済生会横浜市東部病院 / 聖路 加国際大学大学院看護学研究 科	公認心理師 看護師 / 博士課程 2 年	メンタルヘルスケアを提供する助産 師への支援者支援 - 心理グループ スーパービジョンの導入と評価 -	100.0	73.0
いいた めぐみ 飯田 恵	京都大学医学部附属病院 / 武庫川女子大学大学院看護学 研究科	副看護部長 / 博士課程 1 年	看護師が行うハイリスク注射薬の調 製、投与時の効果的なダブルチェッ クデザインの検証	99.6	67.0
いしくろ めぐみ 石黒 恵	日本赤十字社愛知医療セン ター 名古屋第二病院 / 日本 赤十字豊田看護大学 看護学 研究科	看護師長 / 修士課程 2 年	看護師長のコンフリクト対処行動測 定尺度の作成の試み	39.0	39.0
かいづ りの 貝津 里乃	医療法人錦秀会インフュージョ ンクリニック / 関西医科大学大学院看護学研 究科	看護師 / 修士課程 1 年	炎症性腸疾患患者の治療選択にお けるシェアード・ディシジョンメイ キングへの看護支援の探求	99.5	52.5
すとう けいすけ 須藤 敬介	青森県立中央病院 / 弘前大学大学院保健学研究科	看護師 / 修士課程 1 年	大腿骨近位部骨折患者のセルフコ ンパッションとリハビリテーション意 欲が術後 ADL に及ぼす影響	79.8	43.8
たぶち はつえ 田淵 初恵	兵庫医科大学病院 / 兵庫医科 大学大学院看護学研究科	看護師 / 修士課程 2 年	デルファイ法に基づく看護の質向上 のためのカンファレンスの評価指標 の構築	60.5	60.5
はたがわ まさき 畑川 正樹	国立精神・神経医療研究セン ター病院 / 国立看護大学校研究課程部看 護学研究科	看護師 / 修士課程 2 年	神経難病がある入院患者の直接ケ ア時間に関連する因子に関する研 究	100.0	100.0
ひがしで けいこ 東出 恵子	恵愛みらいクリニック / 福井大学大学院医学系研究科	看護師 / 修士課程 2 年	初産婦が無痛分娩を選択する意思 決定プロセス - 出産への恐怖感に着 目して -	45.2	40.0
ふじい かな 藤井 伽奈	JCHO 東京新宿メディカルセン ター / 東京大学大学院医学系研究科	看護師 / 博士課程 1 年	脳卒中後患者およびその家族の病 気への意味付けとその相互作用	89.3	69.3
合 計				712.9	545.1

(所属先・職名等は 2025 年 1 月時点)

3 2024 年度 専門看護師奨学金助成対象者名簿

11 名

敬称略 五十音順

氏 名	大 学 院 名	専 門 分 野
おばら けいこ 小原 慶子	新潟大学大学院	遺伝看護
さかもと かつこ 坂本 佳津子	神戸市看護大学大学院	小児看護
ささき あさみ 佐々木 麻未	福井大学大学院	災害看護
しらがみ てっぺい 白上 哲平	関西医科大学大学院	急性・重症患者看護
たかだ あゆこ 高田 亜由子	聖路加国際大学大学院	慢性疾患看護
たかはし まりこ 高橋 麻理子	山形県立保健医療大学大学院	精神看護
の み あきこ 能美 亜紀子	群馬大学大学院	慢性疾患看護
はたの あきこ 幡野 亜希子	日本赤十字看護大学大学院	在宅看護
まきの ともみ 牧野 智美	兵庫医科大学大学院	がん看護
やまだ なおこ 山田 尚子	東海大学大学院	家族支援
よしだ さなえ 吉田 早苗	慈恵会医科大学大学院	急性・重症患者看護

目次

事業実績			19
海外看護研修助成事業			21
研修概要			23
海外看護研修報告会			26
メイヨークリニック研修に同行して	赤井 智子	ナーシングアドバイザー	27
海外看護研修レポート			
メイヨークリニックで学んだ集中治療および遠隔 ICU の実際	高橋 弥生	公立大学法人 横浜市立大学附属病院 ICU・遠隔 ICU 看護師	28
先進的な精神科医療実践と看護職支援体制から学ぶ - 精神看護専門看護師による統合的アプローチの探求 -	永井 真理子	東京大学医学部附属病院 精神看護専門看護師	34
メイヨークリニックにおける管理者の役割および小児医療の実際	中島 悠紀子	東京大学医学部附属病院 手術部 副看護師長／ 元 PICU 副看護師長（研修時）	41
患者の意思尊重と、持続可能なケアの質向上にむけて	山田 享介	杉浦医院 看護師	49
メイヨークリニックでの臓器移植 - レシピエント移植コーディネーターの活躍からの学び -	横井 由貴	慶應義塾大学病院 看護師・レシピエント移植コーディネーター	56
多職種協働による子ども主体のケア - メイヨークリニックでの学び	渡邊 朋	千葉大学医学部附属病院 副看護師長・小児看護専門看護師	63
メイヨナーヌ来日セミナー			68
看護研究助成事業			69
看護研究成果報告			
排尿日誌に対する患者の負担感を軽減するための排尿日誌自動記録システムの検証 従来法と採尿不要の排尿量計を使用しての負担感調査	天谷 佳恵	福井大学医学部附属病院 看護部 看護師長	71
集中治療室における高頻度胸壁振動法（HFCWO）を用いた看護師主導の排痰援助の効果	石川 博隆	国際医療福祉大学成田病院 ICU 副主任	79
急性重症患者をケアする看護師の倫理的感受性を備えた実践尺度の信頼性・妥当性の検証	岩井 真奈美	前 医療法人社団公仁会大和成和病院 集中ケア認定看護師／ 急性・重症患者看護専門看護師／ 前 湘南鎌倉医療大学大学院 看護学研究科看護学専攻 博士後期課程／ 日本赤十字看護大学 看護学部 成人看護学領域 助教	82
COVID-19 パンデミック初期に看護師が認識した看護師長のリスクコミュニケーションに関する実態調査	木下 紀道	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 副看護師長／ 感染症看護専門看護師	86
産褥早期の授乳方法が睡眠と抑うつに及ぼす影響	坂井田 綾子	刈谷豊田総合病院 看護師長	90
日本語版 Pediatric Intensive Care Unit-Quality of Dying and Death (PICU-QODD-J) の信頼性・妥当性の検証、および我が国の小児集中治療室における終末期の質の実態	高山 温子	東京大学医学部附属病院 看護部 看護師	95

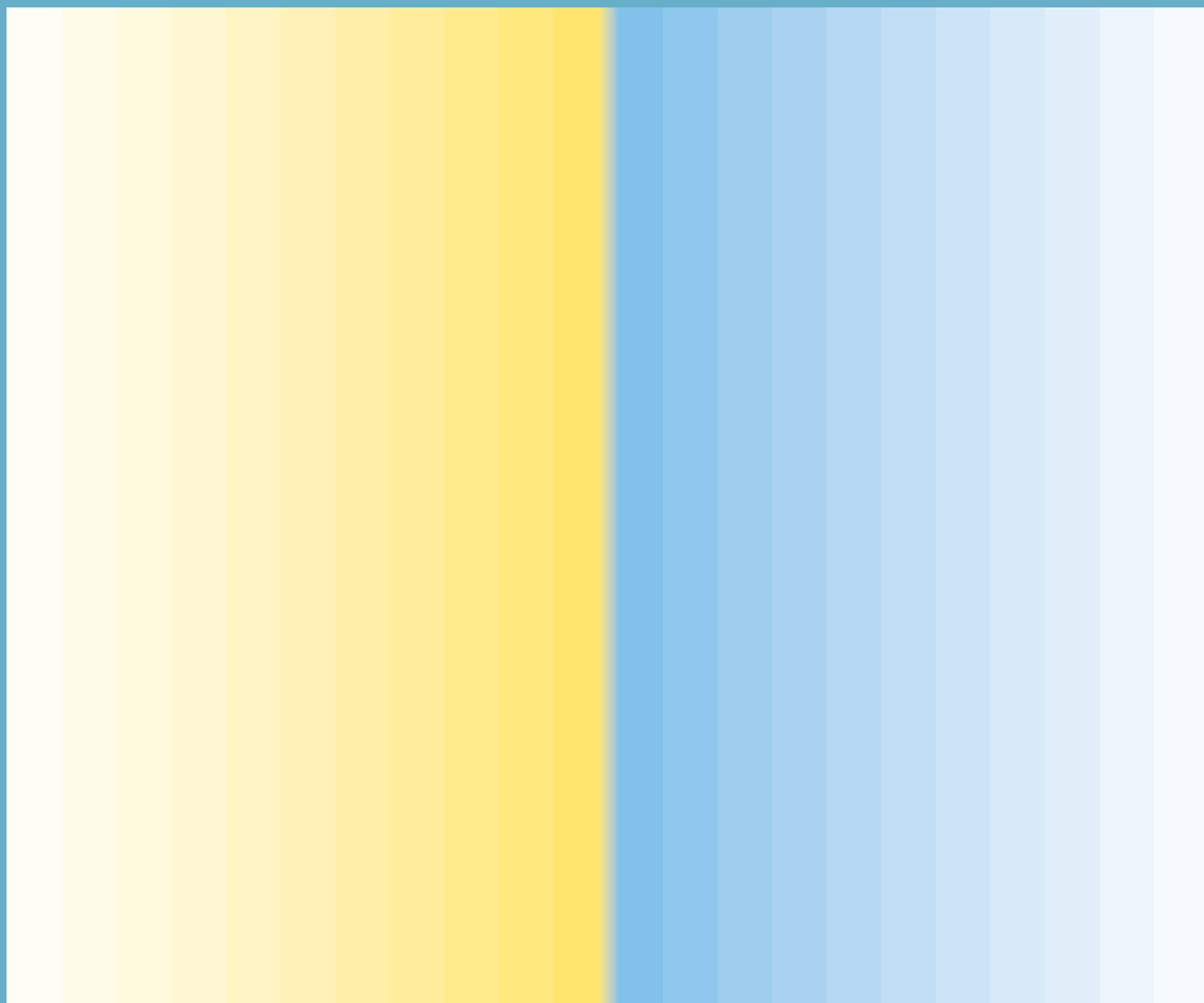
（所属先・職名等は 2025 年 1 月時点）

心不全患者における倦怠感のマネジメントを支援する 看護ケアプログラムの開発	筒井 千春	元 神戸掖済会病院 看護部 看護師／ 神戸常盤大学 看護学部 看護学科 講師	100
全身麻酔下側臥位手術患者における術前皮膚状態と術 後皮膚障害・褥瘡発生の関連：前向きコホート研究	原 健太郎	熊本大学大学院 生命科学研究部 基盤看護学 准教授	106
周術期褥瘡発生リスクアセスメント・スケールの開発： 後ろ向き研究－第1報 周術期褥瘡発生要因の抽出－	吉村 美音	東京医科大学病院 主任看護師	110
専門看護師奨学金助成事業			115
講演会事業			117
看護に関する講演会（ウェブ）			119
基調講演 看護の原点と未来	坂本 すが	東京医療保健大学・大学院 副学長／ 医療保健学研究科 研究科長／ 医療保健学部 看護学科 学科長	120
座談会 「患者の語り」を通して考える看護の原点	堀田 聡子（司会）	慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授／ 認知症未来共創ハブ代表	133
	さとう みき	認知症本人・家族のための相談窓口 「おれんじドアはちおうじ」代表／ とうきょう認知症希望大使	
	川崎 つま子	大坪会グループ看護局長／ 認定看護管理者	
	坂本 すが	東京医療保健大学・大学院 副学長／ 医療保健学研究科 研究科長／ 医療保健学部 看護学科 学科長	
メイヨークリニック講演 Living the values: Bringing Mayo Clinic Core Values to Life in the Clinical Setting	Rachel Moody	MS, RN, Certified in Executive Nursing Practice (CENP), Clinical Nurse Specialist (FCNS), Nurse Administrator Nursing Practice and Quality, Department of Nursing, Mayo Clinic, Rochester, MN	145
2024 年度ウェブ講演会まとめ			
ウェブ講演会 申込者数・視聴者数			151
ウェブ講演会 アンケート結果			152
決算報告書			155

事業実績

2024 年	1 月 18 日	2024 年度公募申込締め切り
	2 月 9 日	2024 年度ウェブ講演会に向けての予備調査
	2 月 20 日	2024 年度公募に係る選考委員会
		海外看護研修助成 6 件
		看護研究助成 10 件
		専門看護師奨学金助成 11 件
	3 月 5 日	2024 年度ウェブ講演会 第 1 回アドバイザリーボード会議
	3 月 7 日	第 92 回理事会
	3 月 19 日	第 78 回評議員会
	3 月 25 日	2024 年度選考結果通知
2024 年度	3 月 26 日	2024 年度ウェブ講演会 第 2 回アドバイザリーボード会議
	2024 年	
	4 月 25 日	2024 年度ウェブ講演会 第 3 回アドバイザリーボード会議
	5 月 29 日	第 93 回理事会
	6 月 11 日	第 79 回評議員会
	6 月 28 日	『海外看護研修レポート 2023』刊行
	7 月 4 日	2024 年度海外看護研修オリエンテーション
	7 月 30 日	『看護研究集録 31』刊行（2022 年度看護研究助成分）
	8 月 26 日	『2023 年度ウェブ講演会の記録』刊行
2024 年度	9 月 14 日 ~ 9 月 29 日	2024 年度海外看護研修（メイヨークリニック）
	10 月 31 日 ~ 11 月 8 日	2024 年度メイヨナーナース来日交流期間
	11 月 7 日	2024 年度メイヨナーナース来日セミナー
	10 月 23 日 ~ 11 月 24 日	2024 年度看護に関する講演会（ウェブ）
		「この激動の時代に看護の原点に立ち戻る ー「対話」で変化に強い組織をつくるー」
	12 月 4 日	2024 年度海外看護研修報告会
2025 年	1 月 20 日	2025 年度公募申込締め切り
	2 月 7 日	2025 年度ウェブ講演会に向けての予備調査
	2 月 18 日	2025 年度公募に係る選考委員会
		海外看護研修助成 9 件
		看護研究助成 10 件
		専門看護師奨学金助成 13 件
	3 月 3 日	第 94 回理事会
	3 月 7 日	2025 年度ウェブ講演会 第 1 回アドバイザリーボード会議
	3 月 18 日	第 80 回評議員会
	3 月 24 日	2025 年度選考結果通知
2025 年	3 月 27 日	2025 年度ウェブ講演会 第 2 回アドバイザリーボード会議

海外看護研修 助成事業



海外看護研修助成事業

経済・社会構造の変化に伴い、医療・看護を取巻く環境も大きく変化し厳しい状況下にある今日、海外の看護現場に直接触れて学習することはわが国における看護の質の向上に大いに役立つと考えられます。この海外看護研修助成は、広い視野に立ち海外で看護を再考し、学び、行動したいという声にお応えするものです。

本財団は、これまでに長期研修助成として米国のメイヨークリニック、ベスイスラエル・ディーコネス・メディカルセンター、アルタベイツ・サミット・メディカルセンターという米国屈指の医療機関に研修生を派遣してきております。また、短期研修助成として豪州、北欧（スウェーデン、デンマーク）、英国に研修生を派遣いたしました。

1992年度（平成4年度）から2024年度（令和6年度）までの研修生のは数は、長期研修・短期研修合わせて740名となっております。

看護研究助成の概要

●研修先 メイヨークリニック（ミネソタ州ロチェスター）

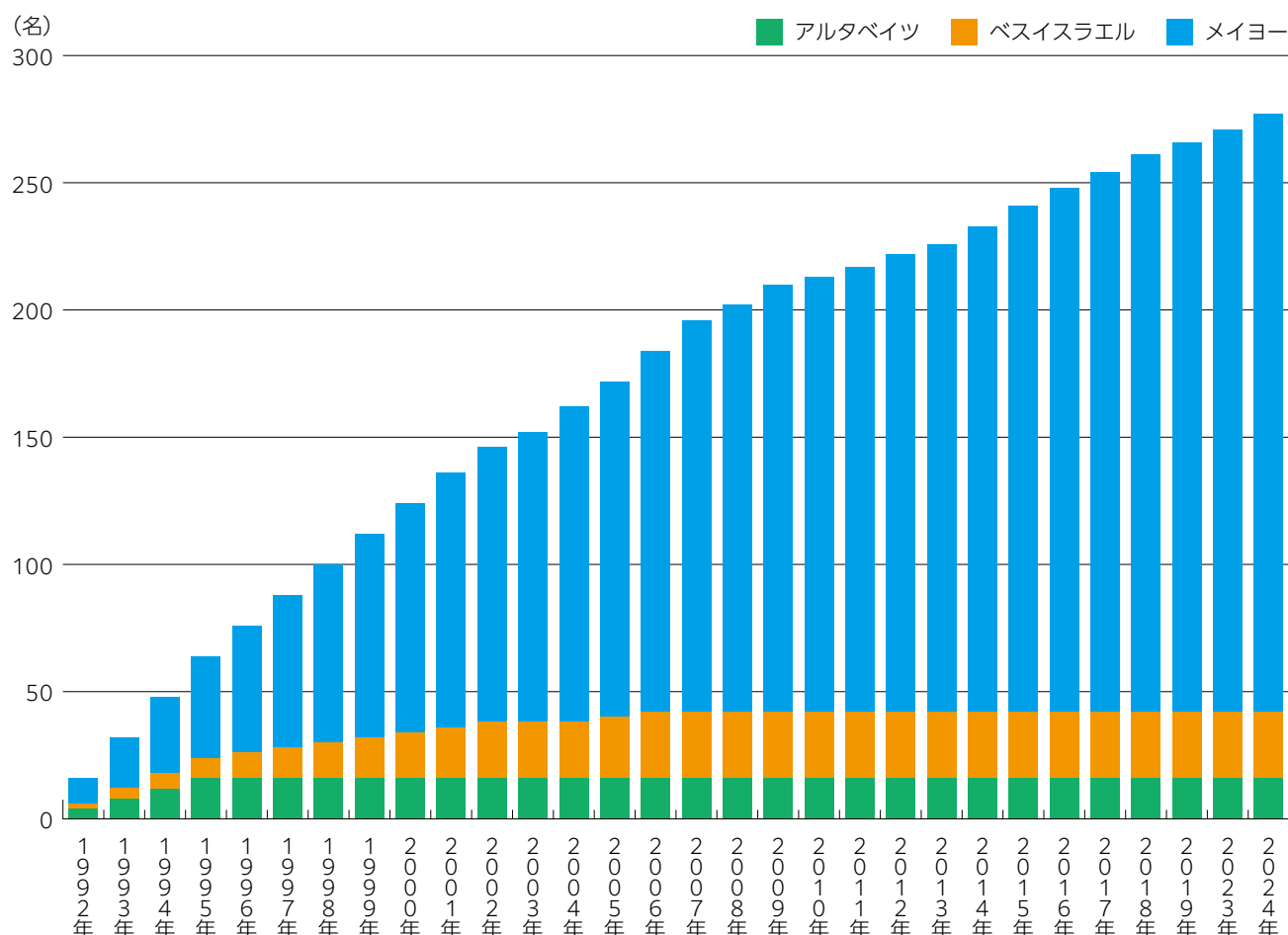
●応募資格

- (1) 日本在住で看護師・助産師・保健師のいずれかの資格を持っていること。
- (2) 看護実務経験が5年以上あり、現在、臨床の現場に従事していること。
- (3) 心身共に健康であること。
- (4) 所属長（看護部長、病院長またはこれらの役職に相当する方）・所属施設の推薦・海外への渡航許可を得ていること。
- (5) TOEIC® Listening & Reading Test 600点以上・TOEFL iBT 61点以上・IELTS 5.0点以上のうちいずれかのスコアを持っていること（2年以内のスコアが望ましい）。またはケンブリッジ英語検定の First (FCE)、Advanced (CAE) のうちいずれかの資格を取得していること。

●助成の範囲 研修費、宿泊費、往復渡航費、海外旅行保険費用

●研修の期間 2週間 ※渡航日を含む（例年9月中旬ごろ）

○長期海外看護研修助成実績



2024 年度 研修概要 - 米国 Mayo Clinic -

1 研修スケジュールの概要

メイヨークリニック研修においては、研修生それぞれの研修目的に応じて 2 週間に亘る研修計画が個別に用意されます。また、その内容も、全プログラムの半分以上が臨床現場でのスペシャリストとの一対一のシャドウイングであるなど、研修生は看護実践そのものを観察し、確認し、学ぶことを通じ、自らの研修目的の達成に取り組むことができます。その貴重な経験は帰国後一人ひとりの看護実践に豊かに活かされることが期待されます。

2024 年度の研修全体のスケジュール、研修生全員で受けた講義及び施設見学・ツアーの日程は以下の通りです。個別研修のスケジュール及び個別研修・共通講義の内容については、各研修生のレポートをご参照ください。

【全体スケジュール】

2024 年 9 月 14 日（土）～ 9 月 29 日（日）※移動日含む

- 9 月 14 日（土） 羽田発 ミネアポリス着 バスにてロチェスターへ
- 9 月 15 日（日） 現地オリエンテーション
- 9 月 16 日（月） 研修開始
- 9 月 27 日（金） 研修終了
- 9 月 28 日（土） ミネアポリス発
- 9 月 29 日（日） 羽田着 解散

【共通講義】

日程	内容	担当者
9/16 (月)	Mayo Clinic・看護部の紹介・概要説明、Professional Practice Model について	MSN, RN, NES
	感染症対策について（横井由貴）	BSN, RN
9/17 (火)	ナースレジデンスプログラムについて（高橋弥生）	MSN, RN, NPD-BC
	リーダーシップについて	DNP, RN, NPD-BC
	看護教育スペシャリストの役割について	MSN, RN, NES
	患者体験について	MSW, Senior Patient Experience Advisor
9/19 (木)	看護研究について（山田享介）	PhD, RN, Nurse Scientist
	ナースマネジャーの役割について（中島悠紀子）	MSN, RN, NM
	看護オリエンテーションについて（永井真理子）	MSN, RN, NES
	CNS の役割について（渡邊朋）	DNP, APRN, AGCNS-BC
	採用及び人材維持・確保について	MSN, RN, Nursing Placement Coordinator

【施設見学・ツアー】

日程	施設見学・ツアー
9/16 (月)	Wayfinding Tour of Downtown Campus
	Wayfinding Tour of St. Marys Campus
9/17 (火)	Self-Guided Tour of the Chapel at St. Marys Campus
	Sister's Portraits
	Jeanne Perizzo Hoffman Nursing Simulation Learning Lab Tour
	Mastery Skills Lab Tour
	Francis Suites Tour
9/19 (木)	History of Medicine Library Tour
	Self-Guided Tour of the Historical Suites
	Research Information Center Tour
	Self-Guided Tour of the Center for the Spirit
	Downtown Simulation Center Tour

2 アクティビティ・研修以外の時間の過ごし方について（文責 研修生 中島悠紀子）

到着した日は welcome dinner に緊張の面持ちで参加した。飛行機の長旅で疲れた体には量・味付けともにパンチの効いた dinner であったが、研修担当者と同様顔合わせができ翌日からの研修に向けて安心感につながった。

平日は、日本から持参した食料や現地調達したものを使って各々自炊を楽しんだ。研修の帰りに歩きながら今日あった出来事を話し、ミーティングは日を決めて行うことで、研修に集中できるよう体調を整えることを大切にしたい。研修帰りに Mayo Clinic 内の売店でマグカップやトレーナー・ブランケットなど Mayo のロゴが入ったお土産を購入することも楽しみであった。

休日にはホテルの近くの公園で、野生のリスを追いかけたり、散歩したりリフレッシュして過ごすことができた。ホテル併設のプールで泳いだり、ジムでトレーニングしたりする研修生もいた。また、アクティビティとして、ホテルから車で 1 時間ほどかけて、Mall of America というショッピングモールに出かけた。日本のアウトレットモールに小さな遊園地が併設されたような施設で、季節がハロウィンに近かったのも、仮装のお店が多くあり、雰囲気を見るだけでも楽しかった。好きなものを買ったり、ミネソタのお土産ショップで限定品を購入したりした。

研修終了前には farewell party でアメリカならではの食べ物を堪能し、大きな胃袋と素敵な修了証書を持ち 2 週間の学びとともに日本へ帰国した。

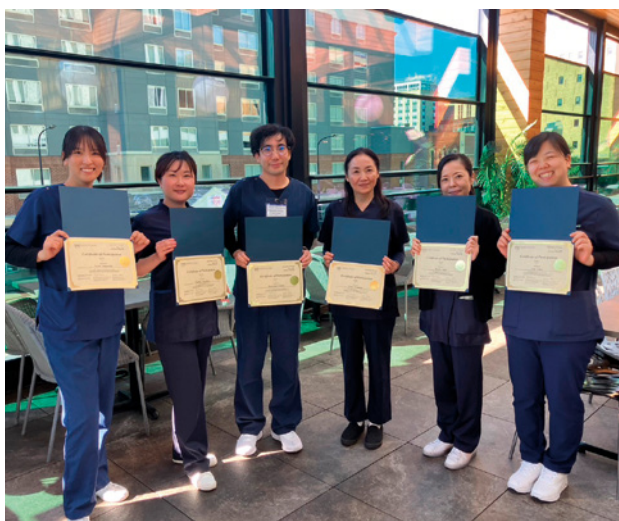
1 週目にミネソタの穏やかな雰囲気を楽しみ、2 週目からは急に寒さが見え始め、夏と秋の二つの季節を味わえたのも良い経験だった。



メイヨー兄弟肖像画



宿泊先ホテルの外観



修了証書授与式



Mayo Clinic Hospital, Saint Marys Campus



医学の歴史ライブラリー



メイヨー兄弟像前にて

2024 年度海外看護研修報告会

「2024 年度海外看護研修報告会」を 2024 年 12 月 4 日（水）に開催し、6 名の研修生がメイヨークリニックで学んだ技術・知識・スキル・経験を発表し、財団関係者との意見交換を行いました。

報告会では、木村憲司代表理事の挨拶に続き、研修リーダーから研修概要について報告が行われました。続いて、各研修生から、事前に立てた目標と得た学びについての発表が行われました。

財団関係者からは、「皆さんが学んだことを生かし変革したことを学会などで発表してほしい。」などの期待の声が寄せられました。また、「日本の看護師は一人で様々なことをこなしているが、人員を増やすのは難しいのでシステムを整備する必要性を感じている。」という日本の看護師を取り巻く現状への理解も示されました。

最後に、選考委員長より、「興味深く聞かせて頂き、私自身も学ばせて頂いた。意識の高い皆さんの発表を聴くことができ、うれしい報告会であった。」などの講評がありました。



研修概要報告の様子



各研修生の発表の様子



各研修生の発表の様子



各研修生の発表の様子



各研修生の発表の様子



各研修生の発表の様子

メイヨークリニック研修に同行して

公益財団法人木村看護教育振興財団
ナーシングアドバイザー 赤井 智子



2024年度の海外研修では、臨床経験豊富な6名の研修生が、それぞれの専門性と個性を活かし、アメリカを代表する医療機関である Mayo Clinic にて、貴重な学びを得る機会に恵まれました。

研修生たちは見学実習を通じて、Mayo Clinic における「患者中心のケア」や「多職種連携」の実践、さらに看護師一人ひとりに求められる主体性と責任の重さを肌で感じ、大きな刺激を受けておりました。加えて、看護の専門性の細分化や役割の明確化に触れる中で、日本との違いを実感し、自国の看護を改めて見つめ直す機会にもなりました。

実習現場では、言語や文化の壁を越えて積極的に担当スタッフと意見交換し、疑問を持ち、深く考察する姿勢が随所に見られました。ナーシングアドバイザーとして同行する中で、研修生たちの学びの姿勢を間近に見守りながら、その中で、Mayo Clinic のスタッフによるきめ細やかで温かい対応にも深い感銘を受けました。このようなスタッフの高いプロフェッショナリズムとホスピタリティに触れることで、患者だけでなく Mayo Clinic を訪れるすべての人々に対して、多様な文化や背景を尊重する、という病院の理念が行き届いていることを実感しました。

今回の研修生たちの学びで特に印象的だったのは、アメリカと日本の医療システムの違いを肌で感じた一方で、「日本の看護も決して劣るものではなく、むしろ誇るべき点が多い」と自信を持って再認識していたことです。海外での看護実践に触れ、自国の看護の価値を再発見するという意味でも、大変意義深い研修でした。

今後、研修生たちは今回得た学びを施設内外の看護職に向けて積極的に発信していく予定です。この取り組みは、自らの学びを深めるだけでなく、周囲の看護師たちにも新たな気づきや視点をもたらす貴重な機会となるでしょう。加えて、今回の経験を礎に、院内教育への貢献のみならず、日本の看護界をリードする人材として活躍されることを期待しています。

メイヨークリニックで学んだ集中治療および遠隔 ICU の実際

高橋 弥生 (公立大学法人 横浜市立大学附属病院 ICU・遠隔 ICU 看護師)

はじめに

冠動脈疾患集中治療室 (CCU: Coronary Care Unit)、救急集中治療室 (ACU: Acute Care Unit)、集中治療室 (ICU: Intensive Care Unit)、高度救命救急センター ICU (EICU: Emergency Intensive Care Unit) と複数の集中治療系病棟での看護を経験し、救急医療や災害看護への関心から神奈川県 DMAT-L (県内の発災急性期に活動する災害派遣医療チーム) としても活動している。実習指導者講習会も修了し、その学びを活かして現在所属している ICU で教育指導を行い、教育役割を担う後進の育成にも注力している。

遠隔 ICU・Tele-ICU は、アメリカの都市部と農村地域の医療格差という社会的背景から 1990 年代に発足した医療制度で、都市部に集中する集中治療医が遠隔システムを用いて、集中治療医不在の農村地域の病院の医療支援を行うもの。日本では 2018 年に昭和大学病院で始まり、2020 年には横浜市立大学附属病院にも遠隔 ICU が設立され、その一員として他施設の看護支援を行っている。

1. 研修目的・目標

1) メイヨークリニックで提供される

患者満足度の高い看護実践を学ぶ

当院では早期リハビリテーションや呼吸理学療法に尽力しているが、メイヨークリニックの ICU で注力している看護ケアや患者満足度の高い看護の実際を知り、新たな看護的・業務改善的視点の獲得と部署の看護の向上につなげたいと考えた。さらに当院では、先天性心疾患の術後管理も行い、小児の看取りも経験す

る。当院には 1 名の CLS (Child Life Specialist) が在籍し協働しているが、より多くの CLS が活躍するアメリカでの看護師との連携、多様な文化を踏まえた小児グリーフケアの実際を知りたいと考え CLS との面談も希望した。

2) 遠隔 ICU の機能や体制、看護師の役割、

他施設への支援内容などを知り、

自施設の遠隔 ICU の看護ケア支援を再考する。

現在当院の遠隔 ICU では医療の標準化を目標の一つとし、電子カルテやビデオモニタリングからスコアリングや治療・看護の確認・提案、急変リスクのある患者のビデオモニタリング、当院のリソースの提供と調整を主業務としている。遠隔 ICU 設立当初から看護師業務や他施設の看護支援のニーズを模索しているが、事務作業が多いことからやりがいや満足感、達成感につながりにくい現状があり、より先進的なメイヨークリニックの実状を知ることで遠隔 ICU の支援を再検討したいと考えた。

3) 高度な看護を提供するメイヨークリニックの

教育制度や支援体制を学ぶ

カリキュラムや若者の特性・傾向、組織の教育方針の変化などの様々な要因から、教育支援の難しさを感じていた。メイヨークリニックの教育体制を知り、教育対象者の成長を促進させる支援や看護実践能力の向上につながる教育を知り、部署の教育体制の再考・再整備につなげたいと考えた。

2. 2 週間の研修日程

日程	内容・実習場所	担当職種
Day3	Medical Intensive Care Unit Observation	MBA RN
Day5	Emergency Department Observation	RN
Day6	Pediatric Cardiovascular Intensive Care Unit Observation	RN
	Meeting with Child Life Specialist (CLS)	CLS
Day7	Surgical Trauma Intensive Care Unit Observation	RN
	Meeting to discuss the Enhanced-ICU	MSN RN
Day8	Vascular Surgery / Monitored Medical PCU Observation	RN
Day9	Cardiovascular Surgery Intensive Care Unit Observation	RN
Day10	Neurology Intensive Care Unit Observation	RN

3. 研修で得た成果

1) メイヨークリニックで参考となった

技術・知識・スキル・経験

(1) 看護師の役割とICU看護の実際

メイヨークリニックには日本の医療現場よりも多くの職種が存在し、看護師の役割も明確化されている。気管挿管・抜管を含む呼吸関連業務を行うRespiratory team (RT)、患者への直接的ケアや付き添い・見守りをするPCA (Patient Care Assistant)、CHDF (continuous hemodialysis and filtration) を除く透析業務を担うNephrology Team、その他にも心電図、Vライン、導尿、輸血、患者搬送等、特定の検査や手技、業務のみを役割とする専門チームがあるとの説明があった。

日本の看護師は広い範囲の業務を担うが、多職種により構成されるメイヨークリニックの医療チームでは看護師はアセスメント、投薬、患者・家族とのコミュニケーションに専念できる環境となっていた。日本のICU看護師が行うような人工呼吸器や透析機器の管理、検査のための搬送、レントゲン撮影の介助、Vラインの確保、採血、輸血投与、薬剤のミキシング、リハビリテーション、患者の見守りなどはすべて多職種の業務の範疇とされている。ICU患者はリハビリテーションの適応外で、PCUと呼ばれる日本のハイケアユニットに相当する部署で開始されるとの説明を聞いた。

タスクシェアにより、12時間の勤務時間のほとんどを患児と病室で過ごしたり、患者・家族への生活状況の聴取、生活指導、病状説明をしたりと、濃密な看護を実践するための時間が確保されていた。米国には多岐に渡る文化や信仰、価値観、文化的慣習を持つ人が生活しているため、多様な患者を理解するためにはコミュニケーションが重要だと考える。メイヨークリニックにおける患者満足度の高い看護とは特別な看護ケアの提供ではなく、患者との十分なコミュニケーションによるニーズの把握とそこに対する看護実践であると気づいた。

(2) ICUの療養環境

研修先のICUの病室は全個室でテレビ、映画・音楽用のモニター、ソファ、トイレが標準設備とさ

れている。午前6時から午後9時まで面会が許可されており、患者の病室でリラックスし、生活を共にする家族を多く目にした。

メイヨークリニックでは食事制限は少なく、飲料は全患者において制限はない。さらに病院食は患者自身が栄養部にオーダーし、栄養部で用意できない場合は外部にオーダーすることも可能で、嗜好に合わせて飲食できると聞いた。すべての病棟に患者・家族専用のパントリーが設置され、その費用は入院費に含まれていると説明があった。スナック類、アイス、ドリンクバー、コーヒーサーバー等が用意され、患者・家族がいつでも自由に飲食でき、家族が生活するための環境も整えられているようだった。このような療養環境は患者にとっての日常生活に近く、Patient Centered Careの理念に基づくとともに、患者のストレスが最小限に抑えられていると学んだ。

(3) Family Centered Careの実際

メイヨークリニックでは、家族が処置や看護ケア、リハビリテーション、回診に積極的に参加し、時には医療者が行う患者カンファレンスにも参加すること、実際に研修中にも目にする機会があった。外来診療を行う救急部門での研修では、処置室内に家族の待機場所があり、家族の目の前で医療行為を行う場面を見学した。家族には医療ソーシャルワーカーが付き添い、患者に行われる医療処置や検査を家族に説明する役割を持つと説明があった。メイヨークリニックでは家族もまた医療の中心であり、医療現場には常に家族の居場所があったのが印象的だった。広大な国土のため訪問医療に限界があることがその背景要因のひとつとして考えられ、入院中の患者・家族への教育のニーズが高いことを知った。

(4) 小児のグリーフケア

米国のグリーフケアは1940年代に研究がはじまり、日本よりも約50年も先進している。メイヨークリニックには32人のCLSが在籍し、小児患者を対象とする部署に配置され、看護師と協働していると説明があった。きょうだい児への死の告知は日本同様に家族と相談して伝え方や時期を調整しているとのことだった。特に言葉の選び方は家族によって異なり、「体から魂がいなくなる」「体を動かすことが

できなくなる」「頭で考えることができなくなる」等、児が理解できる伝え方をすり合わせ、パンフレットや絵本など、児の年齢に合わせたツールを用いた説明がされている。

患児の死後、患児の肉体が生きた証を残したいというニーズが高く、手形・足形をとる、指紋でチャームやペンダントを作る、パズルのピースの形をした台紙に写真を張り付けて亡くなった患児と家族のつながりを可視化する、生前の心電図波形をプリントアウトして瓶に入れるなど、様々な形で提供していると聞いた。患児の死後に何かしらの形に残して家族に提供した経験はなかったため、家族のニーズに対応できる新たな手法を知り、看護ケア選択肢が増えたことは今研修の大きな成果といえる。

(5) 脳死判定と臓器移植

研修中に脳死判定に立ち会う機会があり、日本では二度の法的脳死判定をもって最終判定とするが、アメリカでは一度きりの判定という違いを知った。脳死判定は家族立ち合いのもと、医師、看護師、RT、臨床検査技師、MSWなどの多職種が病室に集まり、手順書に沿って25の項目を複数人で確認するという方法がとられていた。脳死判定を受ける患者の主な受傷機転はtraffic accident、次いでgun shot、fallだと聞いた。車の走行速度が速く、中央分離帯も少ないことから車が大破するような交通事故が多く、Trauma ICUにも交通外傷の患者が多いと説明があった。ミネソタ州では14歳で運転免許証の取得ができ、これらの背景から高校で臓器提供・臓器移植に関する教育がされている。

メイヨークリニックに通院・入院するすべての患者には心肺蘇生法を希望するか、死後の埋葬法、臓器提供の意思、緩和ケアを希望するか、有事には誰に連絡をしてほしいか等が書かれた10枚以上に渡る事前指示書が配布され、約半数の患者が提出していると聞いた。メイヨークリニック以外の病院や診療所で確認した患者の意思も共有できる仕組みが構築されており、医療機関を越えての共有が可能となっている。メイヨークリニックでは小児・成人合わせて85件/年の臓器移植が行われているといい、早期教育や事前指示書の普及は臓器移植が多い一因と考えた。

(6) Enhanced ICU の訪問

遠隔ICUはメイヨークリニックではEnhanced ICUと呼ばれている。当院の遠隔ICUの看護支援を再考することを目標のひとつとしていたため、渡米前に遠隔ICUスタッフや関連企業と確認事項を共有して研修に臨んだ。先方との調整が難しく短時間での見学となったが、Enhanced ICUの管理者との面談を通して様々な気づきがあった。基本情報や概要は表を参照とする。

メイヨークリニック		横浜国立大学附属病院
8病院 / 不明	支援施設 / 病床数	3病院 / 44床
Enhanced ICU	スタッフの所属	ICU（日替わりで遠隔ICUを担当）
86名（3名は資格保有）	全スタッフ数	14名（3名は認定看護師）
日勤：看護師4名 夜勤：看護師4名+NPまたはPA	勤務あたりのスタッフ数	日勤：看護師1名+医師1名 夜勤：医師1名（+看護師1名試行中）
40～50名	担当患者数/人	最大44名
Dr：集中治療医、経験年数不問 Ns：ICU経験5年前後	スタッフ基準	Dr：集中治療部門で5年以上の経験 Ns：ICU看護経験5年以上
4週間のオリエンテーション 5週目からは単独	教育プログラム	ICU6年目から教育プログラム ICU7年目後半から担当役割開始

① 遠隔ICUの環境

10畳ほどの広さの部屋に8セットの機器が設置され、隣り合ったデスクで看護師4名が支援業務を行っているのを見学した。2交代制で12時間のデスクワークとなるため、昇降式デスクの導入やウォーキングマシーン、ステップ、バランスボールが用意され、それぞれに合ったスタイルで業務ができるよう工夫がされていた。

メール、チャット、電話等のコミュニケーションツールを有するが、病室と接続して音声通話ができるシステムが主に使用されている。遠隔ICUからはクリックで、病室側からは病室内のボタンを押すことで通話が可能となり、コミュニケーションの簡便性・迅速性から好まれているようだった。

② 支援業務内容

医師、Physician Assistant (PA)、看護師間で役割の違いはなく、同じ業務を行うと説明があった。当院同様に遠隔ICU側からの能動的支援と支援施設からの相談に対応する受動的支援があり、ヒアリングによりその内訳は圧倒的に能動的支援が多いと知った。時間の関係上、具体的な支援事例を聞くことはできなかったが、看護技術や看護ケアなどの支援が多いということがわかった。

③ プライバシー保護

支援対象の病室は設置されたカメラを通してモニタリングが可能だが、ビデオモニタリングは患者のプライバシー保護の観点から必要と判断した場合に限定されているため、患者の同意は不要としていた。支援施設はすべてメイヨークリニックのグループ病院で同一の電子カルテシステムを用いているため、カルテ上での情報収集は容易だと聞いた。メイヨークリニックグループでは Enhanced ICU の支援業務以外でも患者情報の共有のために他院のカルテを閲覧することがあり、必要時以外は閲覧しないことでプライバシー保護に努め、患者の同意は不要としていた。

④ Enhanced ICU の成果

米国の ICU の約 20% は遠隔 ICU の支援下にあり、遠隔 ICU 導入により患者死亡率が 26% 低下している。有意差が認められているものの米国の遠隔 ICU 普及率が急上昇しない背景には、遠隔 ICU 拡充に莫大なコストがかかるという課題があり、日米共通の問題であることがわかった。

(7) 職員の満足度向上への取り組み

① 看護師のモチベーション

メイヨークリニックで働く看護師のモチベーションは「報酬」、「Because of Mayo Clinic」で、研修中のヒアリングにおいて患者満足度の向上のために特に意識していることはないという結果だった。これは看護実践能力の高さや患者のニーズへの対応力によるものと感じた。メイヨークリニックでは経験年数が増えるごとに少しずつ昇給するが、修士号取得では大幅な昇給があるため進学を希望する看護師が多いという説明を聞いた。進学中の奨学金制度や、卒後 2 年間の就労で返済不要などの支援体制が整えられていることも進学を後押ししているようだった。

② 評価制度

日本では上司が部下を評価するのが一般的だが、メイヨークリニックでは部下であるスタッフ看護師と上司である師長が相互に評価し、その結果により師長の給与が決まる制度がとられていた。看護師長になるには看護管理の修士課程修了が必須で、看護師長もスタッフ看護師の支援や教育に参加すると聞いた。この評価制度により師長とスタッフ看護師の距

離が近く、相互に評価し合うことでより良い職場環境醸成につながると感じた。

③ 働くスタッフへのサービス

各病棟には職員が使用できるウォーターサーバーがあり、午後には職員向けのお菓子を積んだカートが各病棟をラウンドしていた。ナースステーションで飲食しながらの業務が可能と聞き、実際に研修中はこの光景をよく目にした。これらの費用はすべてメイヨークリニックが負担していて、職員からも好評であった。日本の看護師は多忙であることが多いが、やる気や使命感、責任感の強さという誇れる国民性に支えられている。一方で、職員の仕事満足度が患者ケアの質に直結するという考え方もまた、今の日本の医療現場には必要だと感じた。

2) オペレーション・システムや設備等

(1) 薬剤管理システム

病棟の薬剤はシステムで管理され、薬剤ごとにオートロックのケースに入れられていた。専用の端末で患者のオーダーを確認すると薬剤棚の扉が自動で開き、該当する薬剤の入ったケースの蓋が自動で開くため薬剤の取り違えが起こりにくい。すべての内服薬・注射薬にはバーコードが印字されており、取り出した薬剤のバーコードをスキャンすることで看護師と電子システムでの薬剤のダブルチェックが可能となっている。看護師 2 名での確認が不要なため、患者のニーズに迅速に対応できる効率の良いシステムだと感じた。

(2) 患者モニタリングのシステム

各病室にはカメラが設置され、生体監視モニターの異常を感知するとカメラが自動的に on に切り替わって病室内の映像が確認できると説明を受けた。生体監視モニターやカメラの確認を専門とする部署があり、患者に異常があった場合はその日の担当看護師に電話が入る仕組みとなっている。急変対応時の映像は録画され、事後にリフレクションとして用いられることもあり、客観的に行動を評価・修正する機会があり看護実践能力の向上に繋がっていると考えた。

(3) 褥瘡予防

患者の胸骨周囲に丸いセンサーを貼付し、褥瘡予

防に有効な左右側臥位の角度が保たれているか、長時間同一体位となっていないかを光の色で判別することができるデバイスが使用されていた。色が変わる頃に体位交換するなど、褥瘡予防に役立てられていた。

(4) 新人教育プログラム、支援体制

「ナースレジデンスプログラムについて」・

「リーダーシップについて」の講義内容を含む)

講義では新人看護師には1年間の教育プログラムがあり、7つのセミナーを通して7つの理念を教えるとの話を聞いた。2年目以降の教育プログラムは部署に任されるが、研修で訪問したICUでは部署教育プログラムは使用されていなかった。2年目以降は希望による部署異動が可能で、新人看護師は目標とするキャリアに向けての自己学習や部署異動をするなど自主性が高い傾向があると感じた。

1～3ヶ月目まではプリセプター制度が設けられ、1名の新人看護師に3～4名のプリセプターがついて新人看護師の勤務に合わせてローテーションで勤務する、4ヶ月目以降はメンター制度へ移行しメンターが新人看護師の支援や評価をする、という体制がとられていた。プリセプターになるには部署での2年以上の経験とプリセプター養成研修への参加が義務付けられているが、プリセプターになるかどうかは個人の意思により決定できると聞いた。

リーダーシップ能力の開発は新人看護師から始まり、その能力は5つの段階に分けられている。師長の推薦によりステップアップするが、メイヨークリニック3病院の中で年間50名までという人数規定が設けられている。やる気や能力があれば新人もステップアップできる制度であり、米国の「個人の能力開発は個人が決める」という考え方が色濃く表れていると感じた。

3) 成果と自身の課題との関係、

部署の課題解決にどのような改善を

もたらすことができると考えるか

(1) ICUの看護

患者とのコミュニケーションによりニーズを正確に把握することが患者の満足度につながり重要であると学んだが、当院ではその時間の捻出が難しい現状

がある。業務の改善や整理、効率化を図り、患者のニーズに合った看護ケアが提供できるよう、研修での学びを共有し部署の業務の見直しを提案していきたい。

米国では言語的コミュニケーションを通して相手に意思を伝えることが一般的とされるが、患者の非言語的コミュニケーションや些細な変化から訴えに気づくことができるという日本の察する文化のすばらしさを再認識した。部署研修でのヒアリングで、メイヨークリニックのICUでは当院と同様の身体拘束基準で抑制帯を使用しているが、自己抜管や自己抜針といったインシデントが多いと聞いた。日本にはPCAのような安全確保のために患者に付き添う職種はない。多忙な看護師同士が連携をとり患者を観察することで自己抜管や自己抜針を最小限に抑えており、日本の看護師は安全管理の側面で特に優れていると感じた。

当院ではPT (Physical Therapist) は休日不在となるが、日常的に看護師がリハビリテーションに参加しているため、休日も看護師だけで同じ質のリハビリテーションを継続できるということも強みであると感じた。

(2) 遠隔ICU

今回のEnhanced ICUの訪問は、45分間という限られた時間であったため、具体的な支援内容までは確認することができず、当院の支援業務再考に必要な情報が不足する結果となった。しかし、先進的な米国の遠隔ICUを見学できたことで得られた気持ちは貴重であり、帰国後に遠隔ICUスタッフと共有した。今後は得られた知見をもとに支援業務や施設環境を再考していきたい。

(3) 教育体制、支援体制

メイヨークリニックは看護師が学ぶための教育資源やコンテンツを多く有し、勤務時間内にその場で学習・実践する場面もあった。部署単位でできる取り組みとして、教育図書の実質化や勤務時間内の学習ツールを用いた教育指導を通してより効果的な学習ができる体制を構築していきたい。

4. 今後メイヨー研修参加を目指す 後進へのメッセージ

私の英語力は決して高くはなく、研修中は他の研修生にサポートしてもらった場面もあった。しかし明確な研修目標を持ち、研修前から達成に向けた準備を積み重ねていたため、結果として多くの学びと気づきを得ることができた。英語に自信がなくてもメイヨークリニックのスタッフは学ぼうとする姿勢や意欲に応じてくれるため、英語力だけに捉われず思い切って挑戦してみしてほしい。もちろん英語力が高ければ学び取れることも多くなるので、英語学習を継続しておくことはおすすめしたい。

5. まとめ

海外の医療現場での研修という貴重な体験を通して日米の医療現場や看護の違いを知り、米国の真新しさに圧倒されつつ、改めて日本の看護の素晴らしさに気づく機会となった。さらに、この研修を通して出会った研修生とともに助け合い、結束を強めながら異国の地で過ごした日々は何にも代えがたく、一生ものの経験となった。

このような学びの機会を提供し、たくさんの支援をしてくださった方々に感謝し、今後も看護師として日本の医療に携わっていきたい。

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved.

(本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

先進的な精神科医療実践と看護職支援体制から学ぶ

- 精神看護専門看護師による統合的アプローチの探求 -

永井 真理子（東京大学医学部附属病院 精神看護専門看護師）

はじめに

東京大学医学部附属病院は、1,400 名以上の看護師と 2,800 名以上の多職種が協働する日本を代表する高度急性期医療機関として、患者中心の医療と看護を実践している（Newsweek World' s Best hospitals 2025: 日本 1 位・世界 17 位¹⁾）。より複雑な医療ニーズへの対応や専門性の質向上が求められる中、看護職のキャリア継続支援やメンタルヘルスケアの充実も重要な課題となっており、私は精神看護専門看護師として、看護職員への教育研修やメンタルヘルスサポート体制の整備に取り組んでいる。

コロナ禍以降、世界的にも看護職員の労働環境が懸念されるなか、2023 年に発表された労働実態調査では、日本の看護職員の約 8 割が慢性疲労を感じ、6 割以上が強いストレスを抱え、4 割が職場にメンタル不調の職員がいると回答しており²⁾、日本看護協会の 2025 年の調査報告書によると、2023 年度の正規雇用看護職員の離職率は 11.3%、新卒採用者は 8.8%、既卒採用者の離職率は 16.1% であった³⁾。また、2023 年度に病気により 1 か月以上の連続休暇を取得した正規雇用看護職員がいた病院は 70.0% で、そのうちメンタルヘルス不調者がいた病院は 80.7% だった⁴⁾。

患者・家族への効果的な医療・ケアを続けていくためには、医療者へのメンタルヘルス支援システムの構築が医療界全体の喫緊の課題となっている。

そこで私は、「優秀な看護師は、優秀な教育によって作られる」をモットーに、Newsweek World' s Best Hospitals で 7 年連続で世界 1 位の評価を受ける Mayo Clinic が実践している、看護師が自分の人生も大切にしながら生き活きと働ける環境づくりについて学び、日本の臨床現場にも活かせる教育支援体制やメンタルヘルスサポートシステムの構築方法やそのヒントを習得したいと願い、この研修に参加した。

1. 研修目的・目標

(1) 看護教育システム

- ① 新卒看護師支援：臨床適応プログラム、メンタルサポート体制、離職率・理由と対策、困難事例への個別支援方法、高度実践看護師の役割を知る
- ② 経験者看護師支援：適応・教育プログラム、メンタルサポートシステム、離職状況と対策、困難事例への支援体制、高度実践看護師の関わりを知る
- ③ 全看護師対象の教育体制：教育システム全般、メンタルヘルス・倫理教育内容、評価・改善方法、キャリア支援制度、教育担当者の構成と育成方法を知る

(2) 精神科看護実践

- ① 精神科 Advanced Nurse の活動を知る
- ② 精神科病棟における安全対策を知る
- ③ 適切な行動制限の実施方法と早期解除への取り組みを知る

2. 二週間の研修日程

日程	内容	実習場所	担当職種
9/18	-Neuropsychiatric Therapeutic Procedure Program Observation	St. Marys Campus, Generose Bldg, Unit 3E (閉鎖病棟・男女混合)	-MAN, RN, CNS, MSN, NES,
9/20	-Adult Pain Rehabilitation Center Observation	Generose Bldg Main level (外来患者のみ)	-MAN, RN
9/23	-Adult Acute Psychiatry Observation	Generose Bldg 2E (閉鎖病棟・25 床・男女混合)	-RN
9/24	-Mood Disorders Clinic Observation	Generose Bldg 3W (閉鎖病棟・16 床・男女混)	-RN
9/25	-Adult Addiction Services Observation	Generose Bldg, Ground floor	-RN
9/26	-Discussion about staff education in the Complex Intervention Unit (CIU) & CIU care		-NES, RN -NP, RN
	-Discussion about CNS role in child and adolescent psych		CNS (Ph.D) , RN
	-Discussion about Electro Convulsive Therapy (ECT) and ECT suite		-MAN, RN
9/27	Child and Adolescent Psychiatry Observation	Generose Bldg, 1West (小児・思春期精神科病棟)	-MSN, NP, RN

MAN: Master of Arts in Nursing
NP: Nurse Practitioner
NES: Nursing Education Specialist

CNS: Clinical Nurse Specialist
MSN: Master of Science in Nursing
RN: Registered Nurse

④ 看護師の感情労働・トラウマ体験後のサポート体制を知る

⑤ 倫理的課題を持つ患者・家族への支援実践を知る

(3) 看護部マネジメント

① Mayo Clinic の看護部の役割を理解する

② 看護師の採用・配置・人員確保方法を知る

③ 組織文化や職場風土づくり、心理的安全性の保持方法を知る

④ マグネットホスピタルとしての魅力の要因を理解する

3. 研修で得た成果

(1) 看護部教育研修プログラムについて

「Nursing Orientation Presentation」の講義内容を含む)

Mayo Clinic では、年間を通して 1000 名前後の新卒看護師を採用しており、そのほとんどが Rochester Branch に就職している。新採用者への教育は、PTAP® (Practice Transition Accreditation Program®) をベースとした 1 年間のカリキュラムで展開され、各部署でのオリエンテーションでは TSAM® (Tiered Skills Acquisition Model®) を基盤とした指導を行っている。

教育体制の特徴として、各部署には必ず管理者として NES を配置し、プリセプター制度では新人 1 名に対して 3-4 名のプリセプターが担当する。新人看護師は最初の 3 か月間、必ずプリセプターと共に業務を行い、その後は Nurse Manager) や CNS、NES らがメンターとしてサポートを継続する。

また、シミュレーションセンターでは、身体的緊急時の訓練だけでなく、精神疾患患者への対応も含め、様々な患者対応のトレーニングが可能である。これらの実践的な訓練とその振り返りを通じて、より効果的な学習機会を提供していた。

(2) 精神科閉鎖病棟での学び

Generose Building 精神科閉鎖病棟の見学は、現代の精神科医療における人間性と専門性の調和を実感できる貴重な機会となった。両病棟は閉鎖環境でありながらも、患者層や治療ニーズに応じた特色ある運営がなされていた。

① 病棟環境と設備

3E 病棟は 14 床 (全室個室、トイレ・シャワー完備)、

2E 病棟は 25 床と規模に違いがあるが、どちらも保護室を 2 室備えている。共通して特筆すべきは、自傷行為予防への徹底した配慮である。壁やドアは紐がかからない構造、電源コードは特殊な短尺仕様を採用するなど、安全性を最優先した設計となっている。

保護室は両病棟とも特殊素材の床材を使用し、ナースコールと緊急ボタンを設置、抑制帯も患者の状態に応じて椅子型とベルト型を使い分けるなど、細やかな配慮がある。抑制帯の使用を極力避ける方針も共通しており、患者の人権と尊厳を重視する姿勢が感じられた。

2E 病棟には特徴的な Sensory room があり、落ち着いた色に変化する天井照明や安らぎを感じられる家具を備え、精神状態の安定化を促す工夫がなされていた。

② 看護体制と業務効率化

両病棟とも、スタッフは全員が自ら志願して配属された点が特徴的である。強制的な異動がなく、専門性を持って働ける環境は、看護師のモチベーションと質の高いケアの維持に直結している。2E 病棟の看護体制は日勤帯に RN10-12 名と Assistant Nurse3 名、夜勤帯に RN6 名程度で、1 人あたり 3 名の患者を担当していた。

業務効率化の面では、電子カルテシステムの優位性が顕著であった。指紋認証・ID カードによるログイン、担当患者情報の一括表示、専用スマートフォンによる与薬・患者確認など、テクノロジーを効果的に活用している。MedStation® による与薬システムや電子カルテ上の Chat Message も、安全性と効率性を両立させた優れたシステムである。これにより従来の煩雑な作業から解放され、より多くの時間を患者ケアに充てられる環境が整備されていた。

③ 患者管理と安全対策

引継ぎは患者エリアから離れた個室で行われ、患者情報と共に、隔離室使用状況、行動安全計画、攻撃性、ビデオモニター対象者、転倒予防、アレルギー情報など、詳細な注意事項が共有される。

ビデオモニタリングは魚眼レンズにより死角がなく、常時 RN が観察を行う体制であった。緊急時の対応も、フロアスタッフとセキュリティオフィサーの即座の連携体制が整っており、Panic Botton の設置など、迅速な危機対応が可能となっていた。

④ 治療プログラムと患者尊重

Electroconvulsive Therapy (ECT) は両病棟とも同フロアの専用施設で実施され、精神科医、麻酔科医、手術室看護師、ECT 担当看護師による専門的なチーム医療が展開されていた。患者が私服のまま治療を受けられるカジュアルな雰囲気、患者の尊厳を大切にする姿勢が随所に見られた。患者の文化的背景や宗教への配慮も徹底されており、ある患者の初回 ECT では処置前に祈りの時間を確認するなど丁寧な対応がなされていた。

病棟では毎日様々な患者教育プログラムが実施され、主に RN がファシリテーターを担っていた。見学した”Resilience”をテーマにしたプログラムでは、患者が自身の病や障害、アイデンティティについて安全に語れる場が提供されていた。

また、患者の自律性を重視する姿勢も印象的で、食事やスナックの選択の自由が保障されていた。これは単なるサービスではなく、「患者を一人の独立した大人として尊重する」という理念に基づく実践であり、行動上の問題改善にも寄与しているという。

⑤ 職員のメンタルヘルスケア

職員のメンタルヘルスケアも充実しており、Nurse Manager による管理だけでなく、チャプレンや院内の Help program など、重層的なサポート体制が整備されていた。

これらの見学を通じて、最新技術の活用、患者の自律性の尊重、そして看護師の高い専門性が見事に調和した精神科急性期医療の理想的な形を学ぶことができた。精神科医療における人間性の尊重と専門性の追求が両立している様子は、日本の精神科医療の発展にも大いに参考になると確信した。

(3) Adult Pain Rehabilitation Center (PRC) での学び

PRC: Adult は、慢性的な疼痛、痺れ、嘔気などの症状を持つ外来患者を対象とした専門施設である。精神疾患の有無に関わらず幅広い患者層を受け入れており、12 名の看護師を含む多職種チームによって運営されている。毎朝のカンファレンスではゴール設定や新規患者の情報共有が行われ、日本では見られない患者の顔写真を情報として活用している点には驚いた。

16 日間のプログラムは平日であればいつからでも開始でき、世界各国から参加者が集まっている。多職種

ミーティングでは”Successful good partnership”や”Tailored recommendation for you”という言葉に象徴される患者との協働と個別性を重視する姿勢が顕著に表れている。医療者が患者を”Patient”ではなく”Participant”と呼ぶ点にも、主体性を重視する理念が反映されている。

プログラム内容はストレス管理、感情制御、アサーティブコミュニケーション、疼痛行動の修正、疼痛の神経科学、困難な日々への対処、慢性疼痛と人間関係など、包括的なアプローチを採用している。特に Self-Compassion のセッションでは、「他者には言わない言葉を自分には言い、他者にはする思いやりを自分にはしていない」という気づきを促し、単なるポジティブシンキングではなく、Realistic Self-Talk（現実的な自己対話）の重要性を強調している。

Amit Sood 医師の The Very Happy Brain の理論に基づき、脳の 3 つの特性（他者の痛みを自分のものとして感じる、想像を現実のように捉える、身体的痛みと感情的痛みを区別できない）について学び、これらから Compassion、Kindness、Gratitude、Forgiveness、Stealing の価値が導き出される。実践的なツールとして Gratitude Alphabet（感謝のアルファベット）が紹介され、日常的な実践が推奨されていた。

他のグループセッションでは Activity Moderation について学び、非効果的なペース配分から効果的なペース配分への転換、痛みベースのペース配分から時間ベースのペース配分への移行について議論が行われた。

これらの学びは、医療者自身のセルフケアの重要性を再認識させるとともに、日本の看護師が自身を大切にしながら仕事を楽しめる環境づくりの必要性を強く感じさせるものであった。患者中心の医療と医療者のウェルビーイングの両立を目指す PRC の理念は、現代医療が目指すべき一つの理想形を示している。

(4) Mood Disorders Clinic での学び

Mood Disorders Clinic は、気分障害を持つ患者が自発的に入院する 25 床の男女混合病棟で、充実した患者教育プログラムとその実施体制が特徴である。

一日の流れの中で、Community meeting では RN がファシリテーターとなり、患者の様子を確認し、TaiQi（太極拳）という運動プログラムを実施していた。作業

療法では Gratitude をテーマにした活動が行われ、レクリエーション療法では日本の精神科作業療法を思わせる陶芸や塗り絵、卓球などが提供されていた。明るい音楽が流れる中、患者が自由に活動を選択し楽しむ様子は、治療的な環境作りの優れた実践例であった。

施設面では、カメラモニター室は設置されておらず、隔離室は 1 室のみで使用頻度は極めて低い。Sensory room の使用時には RN が常時付き添うなど、手厚い観察体制を維持していた。患者は 5:30-20:00 の間、自身のスマートフォン使用も許可されており、自律性を尊重する姿勢が感じられた。自発的な入院という特性が、治療的な環境づくりと相まって、効果的な治療プログラムの実施を可能にしていると考えられた。

看護体制は、日勤帯では RN6 名と PIA (Patient Information Assistant) 3 名、準夜勤帯では RN3 名、夜勤帯では RN3 名と PIA1 名で構成されている。PIA はバイタルサイン測定や所在確認、食事配布などの業務を担当している点が興味深い。15 分ごとの患者確認は PIA が実施し、RN は端末上で確認するという効率的なタスク・シフト / シェアが行われていた。

(5) Adult Addiction Service での学び

Adult Addiction Service は、Mayo Clinic が 1972 年から 50 年以上にわたり提供してきた依存症治療プログラムで、アルコール、処方薬、違法薬物依存に対する包括的な治療を行っている。最新の医学的知識を基盤とし、再発防止と生活の質の向上を目指す姿勢が印象的である。

施設は最大 19 個室を備え、見学時は 7 名の患者が滞在していた。患者の行動制限は最小限に抑えられており、フロア内での自由な活動やスマートフォンの使用が許可され、食堂を兼ねたロビーでは軽食や飲み物も自由に摂取できる環境が整えられていた。この自律性を重視した環境設定は、依存症治療における患者の主体性を引き出す工夫として注目に値する。

治療プログラムは、Licensed Alcohol and Drug Counselor (LADC) が中心となって実施され、一日を通じて様々なセッションが提供されている。看護体制は日勤 RN3 名 (うち 1 名は薬剤担当)、夜間は Licensed Practical Nurse (LPN) による対応と、効率的な人員配置が行われていた。LPN は、PIA と違い、患者への与薬が出来る。

外来部門では、看護師が医師のプロトコールに基づき検査オーダーを入力できる権限を持ち、患者の初期評価から検体採取まで幅広い業務を担当している点が特徴的であった。この権限委譲による効率的な診療体制は、日本の医療現場でも参考になると感じた。

プログラム内容は多岐にわたり、Mindfulness、Recreational Therapy、Intensive Addiction Program、Structured Group、Process など、包括的なアプローチが採用されていた。特に Process グループでは、患者が自身の治療目標や課題を振り返り、再発防止に向けた具体的な行動計画を検討する機会が提供され、治療の実効性を高める工夫が感じられた。

最も印象的だったのは、個別支援の充実度である。カウンセラーやセラピスト 1 名が 4 ~ 5 名の患者を担当し、きめ細かなサポートを提供する体制は、依存症治療における個別化の重要性を示している。また、30 日間の集中治療プログラムに加え、外来プログラムや継続ケアプログラムも整備され、長期的な回復支援の視点も備えている点は、包括的な治療アプローチとして高く評価できる。

この見学を通じて、依存症治療における多職種連携の重要性和、患者の自律性を尊重しながら構造化された治療プログラムを提供することの有効性を学ぶことができた。日本の依存症治療においても、このような包括的かつ個別化されたアプローチの導入を検討する価値があると感じた。

(6) Complex Intervention Unit 教育担当者や、小児専門精神看護 CNS、ECT ユニット看護管理者とのディスカッションからの学び

① Complex Intervention Unit (CIU) 及び専門職とのディスカッションを通じて、複雑な治療環境における精神科医療の実践と課題について深い学びを得ることができた。

CIU は精神的・身体的に複雑な問題を抱える患者を対象とし、時には患者の同意なく 72 時間の強制入院を実施することもある。その後は Court Commitment の介入により、患者にとって最善の治療が提供される。この法的枠組みと医療の連携は、患者の権利と必要な医療の提供のバランスを保つ重要な仕組みだと感じた。

特に印象的だったのは、暴力への対応と職員のメンタルヘルスケアの充実度である。デスカレーション技術

の教育を重視しながらも、暴力事案が発生した際のデブリーフィングに特に力を入れている点には感銘を受けた。被害を受けた医療者を責めることなく、心理的安全性を確保しながら honest な対話ができる環境づくりを重視している姿勢から、スタッフケアの本質を学ぶことができた。NP が強調していた日常的なコミュニケーションの重要性や、Employee Assistance Program (EAP) や Help program の活用は、チーム医療の基盤を支える重要な要素だと感じた。

②小児専門精神看護 CNS との対話からは、Mayo Clinic における専門的支援体制の充実ぶりが明らかになった。特に Sexual Assault Examiner Nurse (SANE) の存在と、その専門性を活かした病棟支援体制は、私自身も SANE-J であるため非常に興味深く、日本の医療現場でも参考にすべき点が多いと感じた。虐待対応についても、明確な報告ルールが整備され、組織的な対応が可能な体制が構築されているとのことだった。

APRN (Advanced Practice Registered Nurse) との貴重なディスカッションを通じて、複雑な治療環境における多職種連携の重要性、スタッフケアの本質、そして専門的支援体制の整備の必要性について、具体的な実践例とともに学ぶことができた。これらの知見は、日本の看護や医療の質の向上に大いに寄与すると確信した。

(7) Child & adolescent psych 病棟での学び

Child and adolescent psych (小児思春期精神科) 病棟は、最大 18 床を有し、見学時は 12 名の思春期患者が入院していた。患者の在院日数は通常 4-5 日と短期間だが、救急搬送後の緊急入院から早期退院例、さらには年間約 5 例の ECT 実施まで、多様な治療ニーズに対応している点が印象的だった。

全室個室の環境で特筆すべきは、構造化された教育プログラムの充実度である。過量服薬による入院の翌日であっても、教育プログラムへの参加を積極的に促し、患者自身が現状を客観的に整理し、コーピングスキルの向上や Safety Plan の作成を通じて、早期からの主体的・自律的な社会復帰を目指す approach には深い感銘を受けた。特に「Safety Planning -Identify coping skills for home & return of school-」では、具体的な目標設定と実践的なスキル獲得が重視されて

おり、治療的教育の効果的な実践例を学ぶことができた。

看護スタッフの創意工夫も印象的で、手作りの目標シートの作成やパウチ加工したポスターの活用など、患者の退院後の生活を見据えた細やかな支援が行われていた。看護体制は、管理者 1 名、チャージナース 1 名、チームリーダー 1 名、直接ケアを担当する RN6 名 (うち 1 名は教育プログラム専従)、PCA1 名、NP1 名という充実した布陣で、特に NP が医師と同様の回診業務を担うなど、高度な実践を展開しており、Advanced Nurse に対する尊敬と地位の高さも感じた。

この病棟の特徴として最も印象的だったのは、家族支援の充実度である。家族の来院時期の把握から、家族機能やビジョンの評価まで、多職種による包括的な家族アセスメントと支援が実践されており、システム論的アプローチの重要性を再認識する機会となった。

このフロアでの見学を通じて、短期集中的な治療環境における教育的介入の重要性、多職種連携による包括的支援の実際、そして家族支援の具体的方法論について、数多くの示唆を得ることができた。日本の精神科医療においても、在院日数の長期化が課題となっている中、この短期集中型のアプローチは有効なモデルとなり得る。特に、入院早期からの構造化された教育プログラムの導入や、退院後の生活を見据えた具体的な目標設定、さらには家族を含めた包括的支援の実践は、日本の医療環境でも十分に実現可能だと考える。そのためには、専門性の高い看護師の育成と看護補助者はじめ他職種への権限委譲、多職種連携の促進、そして何より患者の主体性を重視する治療文化の醸成が不可欠であり、これらの実現に向けて自身も貢献していきたいと強く感じた。

(8) その他

Mayo Clinic 研修を通じて、多文化が共生する医療環境における人材育成と組織文化について、深い学びを得ることができた。

特に印象的だったのは、APRN 達とのディスカッションにおける対話の質の高さである。問いに対して“Good question!” というポジティブな反応が日常的に交わされ、互いの専門性を尊重し合う文化が根付いていた。これは単なる表面的な対応ではなく、組織全体に浸透した相互尊重の現れだと感じた。

Mayo Clinic の特徴的な点は、世界中から訪れる患者と地域に根差した医療の両立、そしてマグネットホスピタルとしての高度な専門性の維持である。この環境では、文化、宗教、経済事情、社会背景など、多様性が当然の前提として受け入れられていた。困った様子の人がいれば即座に”How can I help you?” という声かけがなされ、この相互援助の精神が組織文化として定着している様子は印象深かった。

また、不慣れな環境での研修は、思いの他、新人看護師としての立場を迫体験する貴重な機会ともなった。プリセプターや同僚の何気ない言葉遣いや視線一つが、時に励みとなり、時に不安を感じさせるなど、新人の適応プロセスを身をもって再体験することができた。この経験は、新人教育における心理的支援の重要性を改めて認識させるものとなった。

一方で、Mayo Clinic においても完璧なホスピタリティが自動的に提供されるわけではないことも学んだ。しかし、明確な自己主張とヘルプの要請があれば、相手は必ず専門性を活かした対応してくれた。これは専門職として求められる、明確なコミュニケーション能力と対等な立場でのディスカッション能力の重要性を示唆していると感じた。

Mayo Clinic での多くの経験を通じて、組織における相互尊重と援助の文化づくり、新人教育における心理的支援の重要性、そして専門職としての主体的なコミュニケーションの必要性について、実践的な学びを得ることができた。これらの知見は、日本の医療現場における人材育成や組織文化の向上に活かしていきたいと強く感じている。

4. 今後 Mayo Clinic 研修を目指す方へ

(1) 研修目的を立てるための準備

Mayo Clinic 研修は、世界最高峰の医療機関における実践・教育・研究等を学ぶ貴重な機会である。研修目的の設定にあたっては、以下の3点を意識した準備が効果的である。

- ① 自施設における課題の明確化：日々の看護実践の中で感じている課題や改善したい点を具体的に整理し、Mayo Clinic の先進的な取り組みからどのような示唆が得られるか、事前に検討しておく。
- ② 専門分野における最新の知見の把握：Mayo Clinic

は各専門分野で最先端の医療を提供しているため、自身の専門領域における現在の研究動向や実践のトレンドを理解しておくことで、深い学びが可能となる。

- ③ 具体的な観察ポイントの設定：具体的な観察項目や質問内容を事前に準備しておくことで、研修期間を効果的に活用できる。

(2) 日本の看護や勤務施設における看護に関する理解と説明の準備

日本の医療制度・看護の歴史、現行の診療報酬制度や医療・看護に関わる諸問題について、体系的な整理・理解しておくことは必須である。また、アメリカの医療・看護の発展過程や現行制度、看護職の資格制度の違いなども事前学習しておくことを推奨する。これらの基礎知識があることで、研修中自身の専門分野や研修目的に関連する内容により焦点を当てた質問や議論が可能となる。

(3) 英語力向上への取り組み

現地での会話は通常の Native 速度で行われるため、特に Listening 力が重要であった。また、自身から積極的に研修に参加するには、日常会話レベルの Speaking 力＋医療用語・専門用語もやはり求められる。自身は大学院での論文読解や留学生・教員との会話等を通して、既存の業務や学業と両立させながら、語学力向上に努めた。

5. まとめ

Mayo Clinic での2週間の研修を通じて、世界最高水準の医療機関における精神科医療の実践と看護教育システムについて、多くの示唆に富む学びを得ることができた。

特に印象的だったのは、以下の三点である。

第一に、精神科医療における患者中心のケアと治療環境の充実である。Sensory room や特殊素材を用いた保護室、私服での治療実施など、患者の尊厳と自律性を重視した施設設計に加え、小児・思春期、依存症、気分障害など各専門領域において、多職種連携による包括的な治療プログラムが展開されていた。これらの実践は、人間性を重視した精神科医療の理想形を示すものであった。

第二に、メンタルヘルスケアの統合的アプローチである。Self-Compassion の概念を基盤とした心理教

育や、Help program などの組織的支援体制は、看護師自身が自己を大切にしながら持続可能なキャリアを築くための重要な示唆を与えてくれた。特に、暴力事案後のデブリーフィングにおける心理的安全性の確保や、honest な対話を重視する組織文化は、看護師のメンタルヘルスを支える重要な要素として、日本の医療現場でも積極的に取り入れるべきものである。

第三に、教育支援体制と看護師のウェルビーイングの両立である。新卒看護師 1 名に対して 3-4 名のプリセプターを配置し、Nurse Manager、CNS、NES などの専門職が重層的にサポートする体制に加え、最新技術の効果的な活用による業務効率化、柔軟な勤務体制、そして充実した福利厚生は、看護師が自身の生活も大切にしながら質の高い医療を提供することを可能にしていた。

これらの学びは、日本の医療現場における看護職支援体制の構築に向けて、具体的かつ実践的な示唆を与えてくれるものであった。今後は、本研修で得た知見を活かし、当院における看護職員への教育研修やメンタルヘルスサポート体制の更なる充実に取り組んでいきたい。特に、精神看護専門看護師として、心理的安全性を重視した組織文化の醸成や、Self-Compassion の概念を取り入れた教育プログラムの開発、そして多職種連携による重層的な支援体制の構築を重点的に進めていく所存である。

本研修での経験は、精神科医療の質の向上と、看護職が自分らしく輝きながら長くキャリアを継続できる環境づくりの重要性を改めて認識させるものとなった。この学びを、今後の実践に確実に活かしていきたい。

謝辞

このような機会を与えてくださった木村看護教育振興財団の皆様、快く送り出してくださった東京大学医学部附属病院の皆さんに心より感謝申し上げます。また、研修をサポートしてくださった Mayo Clinic の皆様、同行していただいた Nursing Advisor、木村看護教育振興財団事務局の皆様には誠にありがとうございます。

最後に、一緒に研修で学び助け合った研修生の皆様、皆様とさまざまな場面で支え励ましあえたことで、より学びが深まりました。ありがとうございました。これからもよろしくお願いします。

引用・参考文献

- 1) Newsweek. (2025). World's Best Hospitals 2025. <https://rankings.newsweek.com/worlds-best-hospitals-2025> (2025 年 8 月 12 日閲覧)
- 2) 日本医療労働組合連合会. (2023). 2022 年看護職員の労働実態調査 <http://irouren.or.jp/news/5e8dd32f045cf2b06190631b99368fa326bb0711.pdf> (2025 年 8 月 12 日閲覧)
- 3) 公益社団法人日本看護協会. (2025). 2024 年 病院看護実態調査 報告書 <https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/101.pdf> (2025 年 8 月 12 日閲覧)
- 4) 公益社団法人日本看護協会. (2025). 2024 年病院看護実態調査結果. https://www.nurse.or.jp/home/assets/20250331_n11.pdf (2025 年 8 月 12 日閲覧)
- 5) Mayo Clinic. (2023). Mayo Clinic's strong performance in 2023 ignites healthcare transformation. Mayo Clinic News Network. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-clinics-strong-performance-in-2023-ignites-healthcare-transformation/> (2025 年 8 月 12 日閲覧)
- 6) Chesak, S. S., Morin, K. H., Cutshall, S., Carlson, M., Joswiak, M. E., Ridgeway, J. L., Vickers, K. S., & Sood, A. (2019). Stress Management and Resiliency Training in a Nurse Residency Program: Journal for Nurses in Professional Development, 35 (6), 337-343.

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved. (本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

メイヨークリニックにおける管理者の役割および小児医療の実践

中島 悠紀子（東京大学医学部附属病院 手術部副看護師長 / 元 PICU 副看護師長（研修時））

はじめに

私は手術室・循環器内科病棟・救命病棟・皮膚科病棟勤務を経て、2024年3月からPICU（Pediatric Intensive Care Unit）に従事している。また、2022年4月から副看護師長として、看護師長とともに病棟の管理を実践している。

私はもともと海外に興味を持ち、国際医療に携わることを目標に英語の学習をしてきたことや、医療通訳の勉強をした時期もあった。そして以前からメイヨークリニック（以下メイヨー）がアメリカで大変優秀な病院の一つであることを知っており、木村看護教育振興財団の募集を知った時に、この研修に参加したいと強く思い、応募した経緯がある。

当院のPICUには先天性心疾患や呼吸器疾患、重症心身障害児の急性増悪期、心移植・肺移植前後の治療など様々な疾患の患者が入院しており、小児医療分野の超急性期看護を担っているPICUのことについてもっと

知りたいと思っていた。また管理者として、厳しい環境の中日々頑張ってくれているスタッフのために、私に何かできることはないか悩んでいた。

そこで今回の海外研修では、管理者の立場としてマネジメントおよび看護師教育について、またPICUでのベッドサイドナースの立場として、小児医療分野における連携と育成医療、小児移植医療に関する支援体制を学んだことを報告する。

1 研修目的・目標

- (1) 看護部の役割について学ぶ
- (2) 看護師教育について学ぶ
- (3) 小児医療分野における連携と育成医療について学ぶ
- (4) 小児移植医療に関する支援体制を学ぶ

2. 2週間の研修日程（実習）

日程	内容	研修場所	担当職種
9/18	Inpatient Pediatrics Observation	St. Marys Campus, Francis Bldg.	RN
	Shadow a Child Life Specialist in the Pediatric Intensive Care Unit	St. Marys Campus, Francis Bldg.	CLS
9/20	Pediatric Outpatient Clinic Observation	St. Marys Campus, Joseph Bldg.	RN
9/23	Pediatric Transplant Unit Observation	St. Marys Campus, Mary Brigh Bldg.	MSN, RN
9/24	Pediatric Transplant Unit Observation	St. Marys Campus, Mary Brigh Bldg.	MSN, RN
9/25	Inpatient Pediatrics Unit Observation	St. Marys Campus, Francis Bldg.	RN
9/26	Pediatric Outpatient Transplant Observation	Downtown Campus, Charlton Bldg.	RN, CCTC, CPN
9/27	Pediatric Cardiovascular Intensive Care Unit Observation	St. Marys Campus, Mary Brigh Bldg.	MSN, RN, NPD-BC

RN : Registered Nurse, CLS : Child Life Specialist,
CCTC : Certificated Clinical Transplant Coordinator,
NPC-BC : Nursing Professional Development - Board Certified

MSN : Master of Science in Nursing,
CPN : Certified Pediatric Nurse,

3 研修で得た成果

(1) 看護部の役割について学ぶ

① 看護部について理解する

メイヨーは「The needs of the patient come first.」という患者のニーズが最優先の医療を開院当初から実践しており、US News & World Reportによると2024年度最優秀病院の一つに選ばれた世界最大規模のグループ診療を行う病院である。世界136か国からメイヨーに治療を求めて年間130万人以上の患者が来院している。アメリカ国内に3か所(アリゾナ州・フロリダ州・ミネソタ州)病院があるほか、全世界に関連病院や提携病院があり、国際的な治療を展開している。

メイヨー看護部は、臨床実践・教育・研究を通じてすべての患者に最善のケアを提供し、希望を与え、健康と幸福に貢献することを使命としている。1997年度から2020年までに6回にわたりマグネットホスピタルとして、質の高い革新的な専門医療の提供が表彰されている。

また5つのCore valuesを基盤として7つ役割を担うことで実践されるNursing Professional Practice Model(看護専門職の実践モデル)がある。7つの役割を遂行することで、患者から信頼されるパートナーとして、他の病院とは一線を画す医療を提供している。

② 患者の満足度だけでなく、スタッフの満足度を向上させるための取り組みについて学ぶ

患者満足度の高い病院であり続けるために、メイヨーが大切にしていることはスタッフの満足度を向上させる取り組みを行うことであった。スタッフの満足度向上には管理者が重要な役割を担っていた。PICU看護師長からお話を伺った際、「管理者がスタッフを一人の人間として理解するために、話を聞くことに多くの時間を使い激励を重ねること、安心して仕事ができるようなSafe placeとなること、できていることや感謝の声などをフィードバックすること、長期間スタッフを評価し、成長し続けられるような継続的支援の提供を意識している。スタッフが何を理解してほしいのか、何を求めているかを把握し、それらを手助けすることでスタッフがストレスを減らし心身ともに

Well-beingな状態で働けているのではないかと考えている。」と、いかにスタッフのことを理解し支援することが重要であるか述べていた。スタッフの満足度を向上させることで、患者により良い看護や医療を提供することができている現状を知ることができた。

普段の勤務ではなかなか一人一人とじっくり話す時間を設けることが難しい現状があるが、何気ない声掛けをしたり5分でも話を聞いたりすることで、スタッフに安心できる環境づくりをしていきたいと考えた。

③ 離職者を減らすための取り組みについて学ぶ

メイヨーの教育プログラムの中には、通常のプログラムからドロップアウトしそうなスタッフ向けに修復プログラムが存在している。所属する部署・病態や人間関係等、働いてみて知るギャップとの埋め合わせのサポートを受けても、なお再構築のための再検討が必要な人にはそれらを適用している。このプログラムはメイヨーも最近始めたばかりであり、修復プログラムを利用した人の評価や、それを利用したことによる離職率の変化等は今後見ていくとのことであった。

(2) 看護師教育について学ぶ

① 1年目の看護師の教育プログラムについて理解する

メイヨーにはNursing Education Specialist(NES)という教育に特化した看護師が約100名在籍し、毎年1000名を超える新入職者への教育に当たっている。

新卒や既卒の新入職者にむけて一年間のNurse Residency Programがあり、基礎研修の他、メイヨーの精神や看護師としての心構えを学び、どのように患者ファーストを実践していくかの基本を作り上げる研修を行っていた。救命処置の演習と同じ扱いで糖尿病患者の教育についての演習時間があった。アメリカでは糖尿病患者が多く、看護師としての業務の初期の段階からすでに必要な内容として教育されており、地域・患者層に特化した内容を研修していることを知った。

メイヨーには先述の通り7つのNursing Professional Practice Modelがあり、それらの役割は研修だけでは当然習得できるものではなく、

日々の看護実践の中でリフレクションの時に用いることで少しずつ習得していくように意識していた。例えば、「今日あなたがやった〇〇の援助は、理念の△△という役割にもなっているし、□□ということにもつながっている。」といったような振り返りをしており、それを繰り返し行うことでメイヨーの看護師としての役割意識を高める関わりをしていたことに感銘を受けた。私は日々の業務の中で、病院の理念を意識した振り返りができていなかったが、組織の一員として重要な役割を担っているという思いを伝えていくことはとても有効であると感じた。

また講義を受けて驚いたことは、スタッフが1年目から自主性を持ち、自らの進路を決めていくスタイルを貫いていることであった。日本ではある程度決められたルールがあり、必要な時期に研修等を受動的に受講しているような印象があり、新卒者の自主性を重んじているものの組織や教育のやり方が受動的寄りになっている現状があり、自分や部署の行動変容が必要だと感じた。早く業務に慣れ一人前として働けるようになるために、教えることが主となりがちな現状があるが、新入職者が気軽に自分の意見を言いやすい関係性と雰囲気をつくり、普段から意見を聞く姿勢をもち、自主的に物事を決定できるよう意思を尊重するような関わり方をしていきたいと考えた。

基本的看護技術に関しては、一人のプリセプティに対して4人のプリセプターがおり、よく話し、一緒に笑い、成長していくというやり方であった。プリセプターはプリセプティが興味のあることや進みたい方向をサポートする役割であり、自ら学ぶ姿を支援していた。また、プリセプターはプリセプティにとって safe place となれるよう、普段から気遣い関わり信頼関係を構築していた。プリセプターとプリセプティがペアとなりシャドーイングしている場面を見学した際、「今日プリセプティがとても helpful な行動をしてくれてとても助かっている。」とプリセプターが他のスタッフにプリセプティの前で話しており、そのような何気ない一言がプリセプティの自己肯定感を高めていくのではないかと感じた。

プリセプターがプリセプティを一人の自立したスタッフとして対等にかつ肯定的にサポートし続けることで自主性を育み、安心して自身への課題に取り組み

るような支援体制を構築していきたい。

② 2年目以降の看護師の教育プログラムについて理解する

Nurse Residency Program は新入職1年目を対象としたプログラムであり、2年目以降は自分が興味を持ったことや進んでいきたい方向をスタッフ自ら選択し進んでいくスタイルだった。1部署には管理者としてマネージャー、NES、Clinical Nurse Specialist (CNS) がおり、それぞれが専門性をもちながら連携を図り、部署全体の成長のために活躍していた。進みたい方向と現状へのギャップに悩んでいる時は悩みの内容に応じてそれぞれに相談していたが、普段から関係性を築き、話しやすい環境を整えていることで、相談をしやすい状況になっていると感じた。

③ 看護師のキャリア支援について学ぶ

教育や経験は自ら意思決定し学ぶものというスタンスは先ほども説明した通りであり、興味・やりたいことがある人を手厚くサポートする環境が整えられていた。また研究に関しても経済的支援を受けられるシステムや研究を専門とするアドバイザーが CNS と連携を取り、部署での疑問を研究に吸い上げ、研究者と協力して実践レベルの研究を推進していくような環境があった。

部署異動は本人が希望するまで基本的にはなく、自身の興味や状況を見極めて、変わりたいときに異動希望を出せるため、一つの部署で20年以上働く熟練者も多くいた。自身の興味・関心を強く持ち、自ら進んでいく人へのプログラムが充実していることに加え、まだ自身の興味がわからない、進む方向に迷っている、現状維持したい人たちにもその人たちが安心できる居場所・スペースを作っており、すべての状況の人に優しい環境であると感じた。

アメリカは自身のキャリア形成に関して日本より真剣に向き合い、キャリア形成について意思表示することが良いこととされている風潮があると感じた。それは国民性の違いかもしれないが、自部署でもキャリア形成について積極的に話し合っていくことが必要だと感じた。私は管理者として、今まで経験してきたこと

を活かし、スタッフのキャリア相談に乗っていききたい。そして私自身もキャリアについて考え挑戦していくことでロールモデルとなれるようになっていきたい。

④ 管理者（看護師長）の役割について

（「Role of the Nurse Manager」の講義内容を含む）

私は、今まで出会った看護師長の中で最も感銘を受けた1人の看護師長に出会った。彼女はとても情熱的にかつ明確に、管理者としてのあるべき姿を明示し、皆に問いかけながらオープンマインドで話を進め、たった30分ほどの講義であったが十分に惹きつけられるほど魅力にあふれた方であった。

彼女が言う管理者の役割は大きく分けて3つあり、スタッフをサポートすること、コミュニケーションの橋渡し役となること、資源（物・人）の管理をすることであった。これらの役割を全うするために必要なスキルとして、個々に合わせた最適なコミュニケーション能力、スタッフに共感し思いやりを持ちながら感情豊かに導く能力、問題解決や意思決定などを進めていくリーダーシップ力が求められていることを教わった。

また、前向きで協力的な働きやすい職場環境を作り、エビデンスに基づく看護ケアを一貫して行うために学術的結びつきを持ち、強固なチームを構築するというteam collaborationの重要性について述べていた。タイムマネジメントや質の高い看護を維持するためにコミュニケーションを状況に応じて効果的にとる必要があると語っていた。難しい問題に直面した際にもあきらめずに情熱を持ちながら励まし挑み続け、改革を進めて状況を改善できるように導き、良い職場環境にすることで皆が仕事にやりがいや楽しさをもって働けるように配慮することも大事な役割であると学んだ。

他の部署の看護師長にも話を伺う機会があったが、マネジメントの上で一番重要視していることが、とにかくスタッフのことをよく見てよく話し、その人を知って関係性を築いていくことであり、どの師長からも同様な回答をいただいた。それはとても重要でかつ難しいことであるが、失敗からも学ぶ精神を持ち、日々管理者として患者・家族とスタッフの安全と安心を提供できるように努力していた。メイヨーで出会った素

晴らしい看護師長たちの考え方に感銘を受け、私も管理者として皆の役に立つための仕事をするという意思表明をし、管理者としての役割を果たしていきたい。

⑤ 管理者育成方法を知る

メイヨーでは一般的に看護師長になるためには、豊富な経験、大学院卒業の資格や、実践の中で管理の経験があることが必要条件であった。管理者になってからもいくつかのプログラムがあり、毎年そのプログラムを受講できる人は限られており、自己評価と他者評価で適切な人がプログラムに参加できるように選定されていた。また、スタッフが管理者を評価することが当たり前であり、管理者がスタッフから評価される機会があるからこそ、管理者も成長していく機会を得られると感じた。当院にはそのような評価システムがないが、双方での評価によってお互いに良い刺激になることは必要なことなのではないかと感じた。

当院では看護師長になるための明確な条件がなく実践能力や経験値にばらつきがある現状だが、管理に関する勉強は日本ではファーストレベル研修などがそれに相応しており、今後参加を検討していきたい。

(3) 小児医療分野における連携と育成医療について学ぶ

① 小児科の看護師配置基準について知る

PICUの看護体制は2:1、挿管や気切患者は日勤・夜勤ともに1:1で看護しており、非挿管患者はその時の状況によって複数人受け持っていた。PICUの配置は当院と同じであった。小児病棟には2つの大きなチームがベースとしてあり、そこに72のコンサル専門チームが協働していた。コンサルチームには、カテーテルや、ivチームなど、日本とは違った細分化されたチームが複数あり、膀胱留置カテーテルを入れる時にカテーテルチームを呼んでいて業務分担がこまめで進んでいることに驚いた。

② 小児科病棟看護師の業務内容について知る

PICUは23床に対してRN128名、看護師長2名にNES・CNS5名合わせて7名の管理者体制をとっていた。小児病棟は44床（2フロア）あり、乳児・学童・学生でベッドを分けていた。小児病棟にはプレ

イルームが4つあり、対象を分けて楽しめるアクティビティがあった。また、付き添い家族にむけて毎週水曜日の朝食を無料で提供するサービスがあり、そこで家族同士の交流を深めたり、付き添いの疲れを温かい食事で癒したりする試みをしていた。また、家族や患者が好きに食べて良い食べ物がたくさん詰まった冷蔵庫があり、患者家族ケアの日本とは違う側面を見ることができた。マクドナルドハウスもあり、入院中のご家族が滞在し患者の面会・ケアに参加する様子は当院と同じであった。

安全面では、部屋はすべて個室で常時扉が閉まっていたが、基本的には家族の付き添いがあるため、家族が児を見るため安全は確保されているというスタンスだった。転倒リスクは12時間毎に評価し、ハイリスク患者には「Fall risk」というリストバンドが付けられていて、ハイリスク患者とその家族には注意喚起をしたり、家族がいない時間帯は扉を開けたり、トイレや移動するときは看護師を呼ぶように伝えている点は日本と一緒にあった。デバイス類の事故抜去予防として、年齢相応の説明をしても理解や注意力が限局的で持続しないと判断した場合には、上肢に着用する抑制筒やグリップもあったが、体幹抑制は使っていなかった。ベッドからの転落に関して、体幹抑制はせずベッド柵を一番高くして転落を予防していた。安全対策は日本とアメリカは概ね同様の対応であった。小児科病棟で一番多いインシデントは自己抜去とのことであり、それも日本と同じであった。

メイヨーのRNの主な業務はアセスメント、投薬であった。日本の看護師が行う体位変換や清拭など患者の日常生活と身の回りの世話はCare-workerやPatient Care Assistantという職種の人たちの手伝いによってスムーズに行われていた。病棟にはCharge Nsと呼ばれるいわゆるチームリーダースが2名おり、日々の業務での全体の把握や何かあったときの相談役となる以外に、年間の部署の教育や実践技術向上のための相談役も担っていた。

PICUのベッドサイドナースは、患者の検温や保清・身の回りのケアや体位変換等、患者への介入とアセスメント、検査出しなどの業務は日本とほぼ一緒の内容だった。当院のPICUと大きく違ったところは、家族の面会時間は24時間OKであり、同胞を連れて

の面会も可能であった。常に家族が部屋にいるため看護師は彼らへの配慮は当然必要だが、過剰に家族サービスをするわけではなく、ありのままの様子を見てもらっていた。現在当院PICUでは面会時間が短く、その時間を有意義な時間にしてもらうためにいろいろな内容を詰め込んでいる（面会時間以外の児の状況を説明する、一緒にケアする、医師から病状説明する等）が、ありのままの姿を見てゆっくりとした時間を過ごしてもらうためにも、面会時間の拡大については早急に対応が必要であると感じた。実際に帰国後、当院全体の面会拡大に伴いPICUでの面会時間拡大を検討する機会があり、30分から60分への拡大が実現した。今後さらなる面会時間拡大にむけての取り組みを進めていきたい。

③ 先天性心疾患に対する医療体制を知る

メイヨーには、15名の医師と外来看護師が6名からなる小児循環器専門の専門チームがあり、入院中の先天性心疾患の術後患者や術後退院した患者、移植待機中の患者のフォローアップ体制を整えていた。外来看護師の位置づけだが入院中の患者も対象としており、彼らの大きな目的は、ハイリスクの心疾患患者を入院中から退院後まで密に診ていくことで、再入院率減少や高い生存率を維持していくことであった。彼らの主な仕事は、メールや電話での患者相談（60-70件/日）対応であった。“風邪を引いたが受診したほうがよいか”、“近くの歯科医院で処置をしたから抗生剤を飲んでよいか”、“けがをして出血が止まらない”など、心臓手術を受けた児とその家族からの相談を、看護師だけで返答できるものは看護師が返答し、多職種に相談するものはコンサルしながら返答していた。他には、退院後の患者が元の生活に戻れるように学校と連携をとったり、他の病院で心臓手術・治療した患者が地域に戻ってきた際に経過をみたり、近くの連携クリニックに回診したりと多岐に渡っていた。対面での業務ではなくメールや電話が主なやりとりの手段であるのは、広大な地域をカバーしているアメリカの病院ならではのフォロー体制であると思った。

④ Family Centered Careについて学ぶ

Dr.、RN、Nurse Practitioner (NP)、Burcher Nurse、Pharmacist、Care-Worker 等さまざまな人が患者とその家族に早期から関わり、常に行われている医療の中心には患者とその家族がいた。実際に入院したその日から様々な職種が患者のもとを訪れて、患者や家族と話し方針を決めていた。PICU を見学した際、毎日病室の前で指導医・研修医・Charge Ns、栄養士、薬剤師を含めたカンファレンスが行われており、そこに家族も参加していた。家族がカンファレンスに参加することで、普段の家での生活でできることや性格・アレルギーなどを医療者に伝えることができたり、治療方針を家族がより理解しやすくなることで、患者・家族が常に医療の中心にいたることができるのではないかと考えた。家族がカンファレンスに参加することのメリットを知り、当院でも取り入れられる部分があるか検討していきたいと考えた。

⑤ 医療的ケア児が自宅で生活するための ケア指導について知る

医療デバイスを留置した状態で在宅へ退院する児に対して、退院までの間に家族にそのケア方法や緊急時の対応を含めて教育しており、看護師だけではなく医師や薬剤師も退院指導を行っていた。実際にカルテ内に何をどのくらい家族が経験したか（おむつ交換・吸引・気切チューブの交換など）を記録しており、それらをもとに追加で指導が必要か検討していた。それは当院でも同じ取り組みであった。

また先述の小児循環器専門チームのような、退院前から自宅での状況をよく知り相談に乗れる役割があることで、在宅ケアを担う家族のケアの質を確保していた。

⑥ 医療的ケア児を支える

地域・社会支援サービスを知る

アメリカは広大な土地ゆえに日本でいうところの訪問看護ステーションのような、在宅ケアを支える社会資源に限りがある現状を知った。それ故に、在宅の準備が整うまで退院できなかつたり、退院後は基本的に家族が児を見ていかなければならないために退職せざるを得ない状況があったり、働き方を変えることで経済的負担が多くある現状があった。日本でも現

在約 2 万人の医療的ケア児がおり、小児を診ることができる訪問看護が少ない現状はあり、国によって制度や法律の違いはあるが共通の問題であると感じた。

メイヨーでは、コンサルを専門とする人が、医療的ケア児と家族が自宅で過ごせるように、自宅に近い中小規模の病院に現状を共有し軽症時の対応等はそちらの病院が担えるよう連携をとれるよう調整したり、退院前に退院指導の一環として家族とオンライン面談をしていた。

⑦ Child Life Specialist (CLS) の役割を知る

メイヨーには 3 名の Music Therapist や 1 名の教員、数名の Child Life Assistant (CLA)、及び 32 名の CLS が活躍していた。

子どもの発達に関する訓練を受けた CLS の主な役割は多岐に渡っていた。児やその家族に対して医療に関するストレスや不安を最小限に抑えること、医療体験に備えることで理解を促し親しめるようにすること、家族をサポートし子どもの医療チームの一員として参加するよう励ますこと、兄弟のニーズを認識すること、子どもと家族が日常生活を維持しつながりを維持できるように支援すること、医療処置を子供が乗り越えられるようにサポートすること等であった。CLS は毎朝担当の病棟やユニットをラウンドし、RN やケアコーディネーターと病状や本日の予定を共有し、密に協働していた。CLA と CLS での業務分担も明確であり CLA は遊びや会話、CLS は診断や治療に関する理解と参加の補助が主であった。このように業務を細分化することで役割が明確となり、児へのアプローチがスムーズになるのではないかと考えた。

当院にも子供療養支援士がいるが人数が少なく（1 人）、PICU の他小児外科病棟等で業務していることから、業務を選択せざるを得ない現状がある。多職種が子供療養支援士の存在と役割について理解し、協力を求めやすいように日々の連携を図る手順を定めることから始めていきたい。日常的な児と家族の情報共有とスムーズな連携によって、preparation という大事な役割を担ってもらい、看護師は医療行為に集中するといったそれぞれの役割を発揮できれば良いと感じた。

(4) 小児移植医療に関する支援体制を学ぶ

メイヨーでは、小児の心臓移植が年間約 15 件、成人が 60 件と移植件数が多く、移植コーディネーターが重要な役割を担っていた。患者には移植コーディネーターが必ず付き、移植前から移植後まですべての治療やケアがうまくいっているか通しで見ていた。またメイヨーには移植専門のソーシャルワーカーがあり、移植を受けた人が継続して治療を受けられるようにサポートしていた。

移植センターに約 100 名のスタッフがあり、臓器別や大人と小児に分かれていた。移植前から患者教育に力を入れており、パンフレットは 8 ～ 10 歳が読んで理解できるような内容で作成されていた。成長とともに必要になってくる追加の説明も時を見て教育しており、移植後の生活を継続して見るチームが整っていた。また移植センターにいる RN は、免疫抑制剤の血中濃度値や採血結果などをすべてチェックして、必要な内服管理ができているか経過を追っていた。

病棟見学の際に印象的だったのは、CV (Cardiovascular) ICU で移植待機している患児のところに移植後の患児が訪問し直接励ましている機会に遭遇したことである。移植前後の患者同士が話す機会は日本ではほとんどない状況であるが、患者同士のコミュニティも移植を支える上で重要な体制の一つであると感じた。

ドナー教育に関しては、日本においては脳死を人の死と考えることが難しい死生観が強く、また小児の場合は親の決断が気持ちと追いつかずになかなか臓器提供が進まない現実があるが、アメリカにおいても様々な宗教や死生観があるため、臓器提供は個人の意思が尊重される現状があった。しかし、アメリカが日本より臓器提供が多いのは、車の運転免許を取るころの高校生を対象に命の授業があり、生死についてオープンに考え意見を言い合う機会があることが影響しているのではないかと考えた。ドナーに関する啓もうについては個人では進めにくい規模のものであるが、移植への関心を高めていくような教育について、日本も検討していくことが必要であると感じた。

4 今後メイヨー研修参加を目指す後進へのメッセージ

(1) 研修目的を立てるための準備

申し込みの段階や、application の提出段階で、おおよその見学目的を具体化できるので、研修までの間に目的に関連した日本や所属病院・部署の現状や課題を明確にして、英語で質問できるようにしておくとうい。

(2) 日本の看護や勤務する施設における看護に関する理解と説明の準備

看護部長から推薦をもらう際に、出張になるのか、自己研鑽として休暇（有休）を使っていくのか明確にしておいた方がよい。

また、直属の上司にも研修の目的や内容を大まかに説明し、帰国後に還元できそうなことを理解してもらうと、帰国後の部署内での報告会や業務改善に役立つ。

研修に行く際、日本との違いや病院間での違いについて相手方から質問を受けることが多い。また学びを今後に活かすためにも自部署や病院、日本の医療について自身が研修に行く予定となっている分野について調べておくことや、質問内容をまとめておくコミュニケーションがスムーズであった。

(3) 英語力向上への取り組み

財団のオリエンテーションの際に配布された 3 冊の参考書類にメイヨーの歴史や、看護師の役割などが明記されており、それらを読むことでメイヨーの理念や頻出する医療英語を予習することができたので、早い段階で読み終えて次に予習ステップに進むとよい。通常業務を行いながらの予習は思ったより時間が足りないため、7 月のオリエンテーションを待たずに英語力に不安がある人は予習を始めた方がよい。また、ホテルやスーパーなどで使う日常会話や、病院内で良く使うワードを理解しておく、会話がスムーズに入ってくると思う。あとは、たとえ文法が正しくなくても伝えたいという思いを強く持ち、シャイにならずに話しかけていく勇気を持ち合わせておくとうい。

5 まとめ

2週間の研修中、始めは英語に慣れることや自分の意思を表現することに戸惑いながらも、参加者6名と引率者2名で one team となり、研修を楽しく進めていくことができたと感じる。今回は日本とアメリカの医療の違いを知ることができたとともに、日本の他病院との情報交換も行うことができたこと、また日本に戻ってからも今後の看護師人生の中で交流を続けていきたい人たちと出会うことができ、大変有意義な時間を過ごすことができた。この研修に参加するにあたり、ご尽力いただいた木村看護教育振興財団をはじめ、支えてくれた病棟のスタッフや家族に感謝の思いでいっぱいである。

参考文献

- 1) <https://www.mayoclinic.org/-/media/kcms/gbs/patient-consumer/documents/2024/11/20/17/31/mcf-magnet-public-notice-requirements.pdf>
- 2) ファクトブック 2023、一般社団法人日本移植学会、2023
- 3) 厚生労働省 医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について（閲覧日：2025年1月7日）
- 4) 厚生労働省 第17回医療計画の見直し等に関する検討会 参考資料 1-2、1-3

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved.

(本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

患者の意思尊重と、持続可能なケアの質向上にむけて

山田 享介（杉浦医院 看護師）

はじめに

私は、2012年3月に埼玉県立大学を卒業後、埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センターで5年間勤務した。この高度救命救急センターでの勤務は、クリティカルケア領域を主体とし、意識障害等で自らの声を上げられない患者の「消耗」を、バイタルサインや様々なモニタリング情報から推測し介入していくことが求められる。そして、主病変だけではなく、ICU入室中は、病状の悪化や侵襲的な処置、騒音や看護ケアによってたびたび、せん妄が引き起こされる。このせん妄が引き起こされると、患者の死亡率が上昇し、社会復帰率も低下する。つまり、良かれと思って行った治療やケアが患者の死亡率を上げる可能性があるということだ。こうした一連の経験から、患者の声以外の部分から介入すべきことを発見し介入する面白さと、「質の高いケア」、「患者のために良いケアとは何か」ということに、強い興味を持つようになっていった。

高度救命救急センターで5年間勤務をした後、訪問看護ステーションへ異動をした。高齢化社会が進む中で、このような高度医療が自宅でも行われるに違いないと考えたからだ。在宅看護の環境は、高度救命救急センターとは全く異なる。患者の変化が分単位から月単位、年単位になる。しかし、根本的な部分は変わらない。特に、在宅看取りにおいて、患者自身がどのように亡くなりたいか、どこで亡くなりたいか、どのようなことを尊重して欲しいかということについて、患者本人が語ることはわずかだ。さらに、患者家族の希望やこれまで生きてきたことの価値観なども大切なケアの根拠となる。つまり、ここでも患者の声にならない訴えを周囲の環境や家族とのコミュニケーションから把握収集し、推定してケアを行う必要があるということだ。しかし、こうしたケア実践はあまりにも複雑で困難を極める。日本では、訪問看護における教育が不足しているのではないかと考えるようになり、修士課程へ進学をすることとした。

修士課程では、新卒・新人訪問看護師の職場内教育について論文を執筆した¹⁾。その上、修士論文ではどのような教育が、訪問看護師のアセスメント力を向上させるのかを調査した。修士課程修了後、現在所属する杉浦医院で勤務することになった。杉浦医院は外来と在宅診療を行っているが、私は主に外来看護を担当している。この外来においても、患者の価値観や希望をどの

ように聴取し、そしてそれをどのように達成させていくのかを日々問われ、そしてそのような方法で良いのか、そしてこれら情報をどのように共有していけば良いのか日々疑問に感じるようになった。加えて、元々質向上や教育に関する研究を行っていたこともあり、どのような方策を行って質の向上や教育の提供を行っていけば良いのかを考えるようになった。その結果、今回のメイヨークリニックでの研修を受講することに決めた。

1 研修目的・目標

(1) 事前に自分が決めた研修目標

① ホスピスプログラム

- 本プログラムの対象となる患者について理解する。
具体的には、非がん患者も対象か、年齢や保険などに基準はあるかなど
- 本プログラムの看護師の役割について理解する
- 患者に対し、どのような場でどのようなケアを提供しているのかを理解する
- 家族に対し、どのようなケアを提供しているのかを理解する。特に面会時間の定めや、病状説明のために時間を取ることがあるのか、ベッドサイドでの具体的なケアなど
- 多職種がどのように連携しケアを提供しているのかを理解する

② 意思決定支援

- どのように患者や家族に対してACPを実施し記録をしているのかを理解する
- 患者の価値観や希望を、日常のケアの中でどのように聴取しケアに活かしているのかを理解する
- 多職種の情報をどのように共有し連携しているのかを理解する
- プログラムに入る前の情報をどのように入手し、記録しているのかを理解する
- 自施設以外に対して、どのように患者の情報提供を行っているのかを理解する

③ 終末期の支援体制

- どのような勤務体制で、患者に対してケアを提供しているのかを理解する
- 異なる勤務帯のスタッフ同士が、どのように情報共有を行っているのかについて理解する
- 臨死期のケアについて、どのように行っているか理

解する

④ ケアの質の評価と向上

- i. ホスピスプログラムのケアの質をどのように評価しているかを理解する
- ii. ホスピスプログラムのケアの質をどのように向上させているかを理解する

⑤ 看護師教育

- i. 新卒看護師教育について理解する
- ii. 継続教育について理解する
- iii. 病院全体の教育担当者がどのような活動をしているのかを理解する
- iv. 看護師の継続教育における看護研究の位置づけについて理解する

⑥ 看護部の役割

- i. Mayo Clinic の看護部の役割について理解する
- ii. 他医療機関と協働し、どのような教育や研究を行っているかを理解する

※渡航前はホスピスプログラムを希望していたが、ホスピスプログラムはあくまでも1つの部署であり、Palliative Care（緩和ケア）のほうで病院全体に掛かる従前の目標を達成できるとの教育担当者の判断があり、研修はホスピスプログラムだけではなく、Palliative Care でも行うこととなった。

(2) 研修目標に掛かる問題意識や背景

日本では、高齢化社会が進行し、多死社会となり、在宅医療の普及に伴い、がん患者に対する緩和ケアが充実してきた。近年、心不全患者に対する緩和ケアも診療報酬の対象となり、緩和ケアが提供されている一方で、その他の非がん患者は、緩和ケアを中々受けられない環境にある。この原因として、非がん患者の転帰は多様で、緩和ケアの介入タイミングが困難であることがあげられる。そのような状況から、メイヨークリニックではどのような対象に対して緩和ケアを提供しているのかが気になった。

加えて、やはり大切になってくるのが Advance Care Planning (ACP) をはじめとした意思決定支援である。日本においては、名称だけが広まり、正しい実践が行われているような状況には残念ながら、その情報共有も課題となっている。こうしたことから、ACP に対してどのように実践し、記録に残し共有していくのかを知りたいと考えた。

最後に従前より取り組んでいる研究や興味関心のある分野としての質の評価や教育についてである。そもそも、日本は質の評価が途上であり、評価部門があるところもまだまだ少ない。いわんや、小さな診療所においてをや。また、それに付随してどのように看護師を教育しているのか、病院全体の教育担当者がどのような活動をしているのかをすることで、質の評価や向上と、質の向上に欠かせない教育を知ることができたと考えた。

2. 2週間の研修日程

日程	内容	実習場所	担当者
一週目	病棟ラウンド、Care Conference	Palliative Care Team	RN
	受け持ち患者に対するケア	Inpatient Palliative Care	RN
二週目	受け持ち患者に対するケア	Inpatient general/hospice unit	RN
	診察、看護ケアの観察	Ambulatory Palliative Care	RN, MSN
	患者宅訪問 施設訪問	Hospice	MSN, RN
	ケア、服薬管理	Inpatient general/hospice unit	MSN, RN
	Care management について	Care management 部門	MSN, RN

3 研修で得た成果

(1) 緩和ケアについて

① 参考となった技術・知識・経験

私は緩和ケアチームと共に、朝のミーティングと、その日に訪問予定のある患者のもとへ訪問した。緩和ケアチームは、医師、Nurse Practitioner (NP)、看護師、専門看護師 (Clinical Nurse Specialist: CNS)、音楽療法士、聖職者で構成され、Saint Marys Campus のチームは合計 12 人いる。この緩和ケアチームは、18 歳以上の全ての患者を対象としているが、基本的に医師の依頼に基づいて開始される。たとえ、ホスピスに入ったとしても、退院しても Support は継続される（以下では、特に「日本の」と断りがない場合、メイヨークリニックでのシステムを指す）。そのため、がんの患者にかかわらず、心不全や他の疾患の患者との関わりをもっている。日本で行われている緩和ケア教育では、がんの患者を対象としたものが多く、ようやく心不全患者も緩和ケアの対象として診療報酬として認められるようになってきた。裏を返せば、がん以外の疾患の理解や麻薬以外についての知識が必要となるということだ。

毎朝の会議で、その日の患者について、リストに基づき、懸念事項や状況などの情報を共有する。この際に、各専門職がそれぞれの専門的見地から意見をいう。医師が看護師をフォローしたり、CNS が看護師をフォローしたりするイメージではなく、自分達の役割をしっかりと認識した上でミーティングを行う。CNS はチームの中で全体を管理する役割を果たし、看護師は直接的に患者や家族と話す役割を果たす。もちろん、CNS と看護師、NP と看護師など、共に行動する場合もあるため、あくまでも役割が異なっているということだ。

加えて、緩和ケアチームは 1 日の中で依頼のあった患者に関するリストに基づき、訪室し状態の観察や話を聞きに行く。その際に、家族や他の医療職がいた場合、情報収集や情報提供といったコミュニケーションをとる。基本的に同じ病棟ではなく、様々な病棟へ訪問するため、患者に関する懸念事項はその場でチームリーダー看護師へ報告される。したがって、その場その場に合わせた家族と多職種とのコミュニケーション力が求められる。

② オペレーションシステムや設備等

多くのコミュニケーションが電子カルテ上で行われるのが大きな特徴である。例えば、患者さんが自宅で亡くなったとき、それを病棟の看護師に伝えたい時もあるだろう。そのようなときに、電子カルテ上でチャットのようなやりとりができる。もちろん、日本の電子カルテにもメールの機能はあるが、メイヨークリニックの電子カルテでは、気軽にハートマークや笑顔のマークなどを返信でき、堅苦しいやりとりではなく、フランクなやりとりが行えるようになっている。そのため、直接訪問して何かを伝えるだけではなく、先述した朝のミーティングでしっかりと懸念事項を抽出し、その中で自分の役割とは何かを認識した上で、行動していく。もちろん、事前にその患者のスタッフとの調整が必要なのであれば、電子カルテ上でやりとりを行う。

また、この電子カルテ上には膨大なデータが蓄積されている。許諾の取れた他院の電子カルテデータやスキャンされた紙データが入っている。その情報の中から「palliative care」と検索したり、「acp」と検索したりすることで、必要な情報を抽出でき、その情報を確認することで、患者情報を確認できるようになっている。

③ 成果と自身の課題との関係

日本においても、コミュニケーションが大きく発展し、地域医療においては、特にクリニックと訪問看護、介護支援専門員などとつながり、コミュニケーションをとることができる。その一方で、日本のコミュニケーションツールは、医療用になればなるほど、かしこまったやりとりが多く、気軽に質問ができない「雰囲気」を感じることも多い。しかしそれは、発信者側が勝手に捉えている「雰囲気」ことも多い。これ各職種が感じる「ヒエラルキー」なども関係するだろう。各職種が自分達の専門性を認識し、その役割に集中できる環境作りを構築していくことが重要といえる。

(2) ACP について

① 参考となった技術・知識・経験

ACP は、「人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み」²⁾とされ、あくまでも「プロセス」であることが重要である。その一方で、日本では事前指示書

(advance directive: AD) と混同されることが多く、ときに「ACP を取った」と表現されることもある。厚生労働省は、ACP を人生会議と名付けて普及活動を行っている途上にあり、非医療職への広まりも途上にある現状がある。

その一方で、あくまでもメイヨークリニックに関わりのある医療機関に限っての話となるが、ACP という用語は一般的に用いられており、入院前から他院で行われた ACP が文書化され電子カルテや紙面で共有されるようになっている。また、本人や家族、医療ケアチーム全体で話し合いが行われる場合ももちろんある。今回、いくつかの Care Conference に参加し、日本との大きな違いに気づきを得た。

日本の場合、看護師と家族、看護師と本人、看護師と双方、というように、各勤務帯の中で、情報収集や意思の確認を行うことが多い。おおよその意思決定が済んだところで、退院前カンファレンスが実施され、退院までに必要な事柄について、整理していくことが多い。しかし、メイヨークリニックでは、こうした意思決定の前から、話し合いの場を持ち、本人の意思の表明、家族の意思の表明、医師の病状説明、他科の医師や緩和ケアチーム、Social Workers といった方々の見解などを表明していく。最終的に本人がどうしたいか、そしてそれを家族が同意するかを、「Support」して、ただひたすら「待つ」。その理由は「私達は決められないから」と、あくまでも本人の意思決定を尊重しているのが、大きなポイントであった。

その上で、患者や家族の同意が得られないケースも多々ある。そして入院期間は「一生」ではない。当然限りがある。その際に、どうしているかという、様々な職種が話し合いの場を設け、各専門職からの説明を行い、彼らが決められるのを「待つ」という。特別、話し合いの場を増やしたところで、意思決定支援までの速度が加速する訳ではないが、決められるように「Support」するには、コミュニケーションしかないから、というのが彼らの答えであった。

② オペレーションシステムや設備等

特に、大きく日本の電子カルテと異なるのが、ACP の項目があることだ。この項目は、メイヨークリニックに勤務する人であれば、誰でもアクセスでき、誰でも記

録することができる。つまり、ACP とは「プロセス」であるということに基づき、日常臨床の中で、患者の変わりゆく希望を記録できるシステムが存在しており、誰でも閲覧できるようになっているということだ。

加えて、メイヨークリニックでは、ミネソタ州の法律に基づいた事前指示書が作成されている。事前指示書というと、先述した日本の状況と重なるが、中身はそうではない。3 段階に分かれており、1 段階目は自分達の望みや価値などを書く欄になっている。もちろん、自分自身で埋めても良いし、医療者と共に埋めても良い。各段階を経るにつれて、自分自身の病状の理解と、治療方針に関する記述へと移行する。これら書類は、自分自身の気持ちが変わった時点で変更が可能であり、古いものは効力を失う。そして、入院などのエピソードがあると、スキャンされ電子カルテ上に取り込まれ、保存される。この用紙は、対象が定まっておらず、タイミングも定まっていない。つまり、いつ、誰でも記入することができる。あくまでも、1 人の看護師の予測ではあったが、5 割の患者が事前にこうした用紙に記入してくるという。

③ 成果と自身の課題との関係

多くの日本の病院は、AD つまり、CPR するかしないか、呼吸器を付けるか付けないか、などの記述に留まっていなかったらどうか。日々関わる医師や看護師、介護支援専門員と患者とのやりとりは、ときに記録され、ときに記録されない。良い実践が引き継がれず、ややもすれば入院中に本人の希望とそぐわない治療やケアを受けることもある。

もし、このような用紙があれば、クリニックの外来から ACP のプロセスを開始することができる。書くことが分からなければ、医師や看護師と一緒に書いたって良い。大切なのは、自分が何を大切にしているのか、そしてその価値は何なのかを認識し、他者に話すこと、そして最終的にそれが尊重されることなのだから。

(3) 終末期の支援体制について

① 参考となった技術・知識・経験

入院病棟では、日勤帯で全身評価し、夜勤帯で集中的なアセスメントを行う。そして、申し送りは直接担当看護師同士で行われ、懸念点などが共有される。もちろん、患者が拒否したケアや、自分達が観察できなかった

たことについても共有されるため、次の勤務帯でカバーされる。痛みの程度や気持ち悪さ、息苦しさなど、ほとんどがスケール化されているため、数字によるやりとりがなされ、客観的な評価もしやすい。全てのスケールを暗記する必要はなく、電子カルテに項目毎に入力すれば自動的に算出されるため、大変効率的である

ホスピスケアと緩和ケアは明確に区別されている。ホスピスは予後 6 か月位内と診断された人で、積極的な治療を希望せず、自宅や病院、施設で過ごす人に提供される。緩和ケアは、何らかの病気が診断されたときから提供され、例えホスピスプログラムを利用している人であっても、緩和ケアは継続される。

② オペレーションシステムや設備等

まず、入院病棟では薬剤管理用の指紋認証による金庫管理となっており、基本的には W チェックを不要としている。麻薬管理も同様である。残薬を入力することにより、適正に管理されているかを評価している様子だった。予薬前にも、バーコード認証により誤薬を防いでいる。したがって、他の看護師の手を止める必要がない。

ホスピスプログラムでは、医師を含めたプロバイダーに薬剤の相談をした後、各自看護師が電子カルテ上でオーダーを入力する。その内容を医師が承諾すると、薬剤が各自自宅や施設へ自動的に配送される。加えて、入浴支援などの介護士によるケアが必要な場合は、すべて看護師が計画を立てる。こうした Care Management を通じて、ケアの質を一定に保つ。加えて、夜勤帯も看護師が常駐し、電話の対応や緊急時訪問も対応する。

③ 成果と自身の課題との関係

日本においては、くり返しになるが緩和ケアに関する病気の縛りがある。さらに、緩和ケア病棟が、ときに「ホスピス」と名乗っている場合もあり、緩和ケアとホスピスが明確に区別されていない。メイヨークリニックでは、緩和ケア病棟でも化学療法ができるが、日本の緩和ケア病棟では、できない場所のほうが多いと思われる。その反面、在宅ケアでは、訪問診療医が緩和ケアを提供し、かつ化学療法を行う患者も多い。メイヨークリニックのホスピスプログラムでは、緩和ケアチームも途切れず関わるため、「見放される」という印象を抱く可能性

が低くなる。これらを踏まえると、やはり疾患に囚われず緩和ケアを提供し、そのケアの中で患者の希望をくみ取り、望む場所で最期を迎えるように支援する体制を構築していく必要があると考えた。

(4) ケアの質の評価と向上

① 参考となった技術・知識・経験

この項目で特に重要になってくるのは、各専門家が、自分自身の役割を認識し、行動することである。各病棟には、看護管理者、CNS、NES がおり（NES はいない場合もある）、ケアマネジメントの部署で測定された評価結果を基に、自分達の病棟における対策を立て、質の維持・向上を図る。管理者の役割意識が強い日本とは異なり、あくまでもこの 3 者が一体となって問題解決を図ることが重要という。

その上で、CNS は、各質評価の結果を基に、優先順位を立て、焦点を絞る。その後、どうしてこのような結果になっているのかを、電子カルテやスタッフとのコミュニケーション、全体の環境観察を通じて、原因を究明する。原因に当たりがついたところで、対策を立てる。この上で、スタッフに対する教育が必要な場合には、NES がこれら原因をもとに教育を提供する。また、環境依存的な問題、つまり管理的な問題であれば、管理者が介入し改善するよう試みる。こうした活動は、個々の役割を個々が認識しているからこそできる。

② オペレーションシステムや設備等

1 番大きな役割を担っているのが、Care Management 部門である。日本でも、医療の質評価の取り組みは広まってきているが、まだ途上である。ときに日本では、病棟の看護師が個々に測定したり、各部門（感染管理や皮膚排泄ケア）が測定したり、改善を試みたりしているケースも散見される。こうした活動は、ときに病棟で患者を看ながら行うことを求められ、その負担も大きい。また、役割が重なっているため、スタッフ看護師との対立も生じやすい。特に、チームからの一方的な発信（評価と改善策の提示）は、病棟事の文脈を無視する事もありうるため、尚更対立を生みやすい。

その一方で、あくまでも Care Management 部門は、ケアの質の測定に徹底しており、各対策はそれぞれの病棟に託されている。ここでも分業である。その結果、

各文脈に合わせて病棟側が対策を考えやすく、自分達の役割に専念することができる。

③ 成果と自身の課題との関係

私達の診療所は大変小規模のため、ケアの質評価はもちろんのこと、その向上に向けた対策が立てにくい環境にある。その一方で、定期的なカンファレンスで、課題の共有や対策の方策検討など、医師、看護師、事務職といった多職種で話し合うことができている。こうした事柄は記録されているため、今後の方針の修正や評価などにも有用であるといえる。

その一方で、私が研究テーマとしている訪問看護領域においては、訪問看護管理者が管理業務から教育、質の評価や改善策の提示まで一括して行っている訪問看護事業所が多い。しかし、この件をメイヨークリニックの看護管理者に話したところ、大変驚いていた。つまり、管理者には管理業務があり、それだけで大変にもかかわらず、それぞれが独立している教育や質向上までも行わなければいけないことは、どう考えても業務負担が大きいことを示しているのだ。したがって、教育担当者や質の評価を担当する CNS などの拡充が望ましいといえる。

(5) 看護師教育について

① 参考となった技術・知識・経験

メイヨークリニックでは、1 年目に基本的な事柄について広範に教育を提供し、2 年目以降は各部署で専門的な教育が提供される。これらは、Web 上から実施できるが、多くはコース（複数の講義が連続している）で構成され、最後に QUIZ として問題が用意されており、80% 以上で合格などの条件が設定されている。これらは、学ぶと自分自身のポートフォリオとして形成され、これらは実績として評価される。こうしたプログラムは、日本では各会社や学会が有料で提供している現状がある。したがって、メイヨークリニックの看護師達は、必要な教育を、質の高い教材で学び、知識や技術を高めることができる。こうした背景には、アメリカの看護師免許証は、更新するための教育が求められるため、各病院は豊富な教育を提供する必要がある。そして看護師達も、免許証の更新のためにも、日々提供される教育を受け、知識の向上に寄与していた。

加えて、日本のように看護研究が義務づけられておらず、自主的に研究を行うようになっていた。

② オペレーションシステムや設備等

緩和ケア病棟へ行って気がついたことだが、日本とアメリカでは、そもそも看護師の果たすべき役割が大きく異なる。日本では看護師が直接的なケアからアセスメント、薬剤管理などを行うが、アメリカでは直接的なケアはほとんど行わない。基本的にアセスメントを行い、薬剤管理などを行う。特にこのアセスメントに力が入れており、朝のミーティングで集中的にアセスメントを行い、夜間帯は特定の分野においてアセスメントを行うようになっている。これにより、看護師は患者の情報収集と解釈に集中することができる。

加えて、点滴のドレッシング交換や膀胱留置カテーテルの交換、MRI への搬送など、すべて担当部署が存在する。日本では、点滴のテープが剥がれかけていたら、その場で張り替えるだろう。しかし、メイヨークリニックでは、IV ナースがおり、ドレッシング交換から、必要であれば IV カテーテルの挿入も行う。また、MRI などの研貞には、輸送担当部署があり、輸送を行ってくれる。したがって、看護師がいかに自分の役割に専念できるような仕組みになっているか、である。

③ 成果と自身の課題との関係

日本の大きな課題は、看護師は法律上自らの資質を維持向上させる必要があることが明記されている一方で、免許は更新制ではない。したがって、現状個々の看護師の意識に委ねられている。そのため、個々人が有料で受けられる学習プログラムが充実していくことも 1 つであるが、各病院や事業所の電子カルテやデバイス上で、学習資料を載せるなどの支援が、1 つの解決策になる可能性がある。

(6) 看護部の役割

（「看護研究」についての講義内容を含む）

① 参考となった技術・知識・経験

1 つの主軸として行われているのが、リーダーシップ教育である。リーダーシップの段階を 4 段階に分け、メンターや管理者による評価を受け、次の段階に進むかどうかを判断される。このリーダーシップ教育を受け、主

体的に自分自身のキャリアに考え学びを深めるほか、他者に対するリーダーシップを発揮して問題解決や革新的な活動につなげることも期待されている。

看護部として、看護研究を義務づけていない反面、看護師の自主性を尊重し、看護研究を行いたいという意欲のある看護師に対し、支援する仕組みを構築していた。

② オペレーションシステムや設備等

看護部がこのリーダーシップを育成するために、豊富な教育資材を提供し、スタッフは勤務時間帯に活用できるほか、Udemyといった外部教材を無料で提供している。つまり、スタッフが主体的に教育を受けようとするれば、その声に応える形で、様々な教材を提供していることを意味している。

加えて、看護研究者が専属で雇用されている研究部門を持つ (Toftthagen, C., et al., 2024)。この部門では、研究を行いたい看護師と看護研究者が協働して2年間で研究を行うプログラムである。また、看護研究者は他機関の研究者とも共同研究を行っていた。

③ 成果と自身の課題との関係

この看護師に対するリーダーシップをどのように育成するかという点に関して、新しい視点であった。どうしても、日本の看護師の多くは頑張りすぎ、自分達の評価が厳しい傾向にある。頑張りすぎる看護師ほど外部研修を受けるような印象もある。したがって、サポート体制を構築しながら、主体的に学習できるような環境を構築することで、日本の看護師も負担少なく学習を深めることができる可能性がある。

日本においても、いくつかの病院で看護研究を自主性に任せ、大学と連携し支援するところができているが、まだ全国に広まっているわけではない。こうした良い取り組みを拡散することにより、看護の質向上にも繋がるのではないかと感じた。

4 今後メイヨー研修参加を目指す後進へのメッセージ

今回、メイヨークリニックでの研修を受けて感じた1つの強い想いがある。アメリカの病院における褥瘡発生率は4 - 10%といわれるなか、日本における調査では3%前後である³⁾。あくまでも、褥瘡に対する評価であ

るが、日本の看護ケアの質は低くない。もちろん、メイヨークリニックでのシステムは確かに素晴らしい。圧倒される部分もあるだろう。されど、日本では、個々の看護師が直接的なケアを行いながらもアセスメントを実施し、質の高いケアを提供していることに誇りを持つと思った。その上で、このメイヨークリニックでの研修を受け、どうやったら日本の環境に導入できるのかを考え、試行錯誤し、より質の高いケアを提供できるような契機にして欲しい。

英語に関しては、私は TOEFL My Best Score 79 点で、Speaking の点数が 20 点に満たないため、ZOOM による面接を受けた。したがって、周囲よりも英語に関して、遅れを取っての研修参加となった。しかしながら、プレゼンテーションでの議論や病棟での実習において、積極的に質問し、一通りのコミュニケーションを行うことができたのではないかと考えている。このことから、英語の点数に臆することなく、知りたいという想い、学びたいという想いを持って、楽しんで参加することもおすすめする。

5 まとめ

私の専門領域は、質の評価と向上、看護師教育、緩和ケアである。この専門領域の事柄について、メイヨークリニックで最大限に吸収して日本に帰ってきたと自負している。この情報をもとに、日本の看護界における質の向上に寄与していきたい。

引用文献

- 1) 山田享介, 野口麻衣子, 沼田華子, 山本則子. 日本の新卒・新人訪問看護師に対する職場内教育プログラムの文献検討. 日本在宅看護学会誌. 2022 Aug;11 (1): 52-61.
- 2) 厚生労働省, 「人生会議」してみませんか, 厚生労働省 web https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html, (閲覧日: 2024 年 9 月 27 日)
- 3) 紺家千津子, 志渡 晃一, 安部 正敏, 安倍 吉郎, 飯坂 真司, 島田 賢一, 正壽 佐和子, 田中 克己, 樋口 浩文, 水木 猛夫. 療養場所別自重関連褥瘡と医療関連機器圧迫創傷を併せた「褥瘡」の有病率, 有病者の特徴, 部位・重症度. 褥瘡会誌, 2018, 20 (4): 423 - 445.

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved. (本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

メイヨークリニックでの臓器移植

- レシピエント移植コーディネーターの活躍からの学び -

横井 由貴（慶應義塾大学病院 看護師・レシピエント移植コーディネーター）

はじめに

私は大学の講義で移植医療に触れ、難病で入院を余儀なくされていた子どもたちが、臓器移植を経て学校、職場等に社会復帰していく姿に驚いた。その過程ではレシピエント移植コーディネーター（Recipient Transplant Coordinator, RTC）が重要な役割を担っていた。RTCの方々がやりがいをもって働いている話を聞く中で、私も目指したいと思い、肝臓・腎臓・小腸の移植実施施設である、慶應義塾大学病院に入職した。

現在は、2024年にRTC認定資格を取得し、RTCとしてのキャリアを積み重ねながら、患者と家族の意思決定支援、移植手術とその後の生活が安心して送れるよう関わっている。

1. 研修目的・目標

私は主に肝臓と腎臓移植に関わっている。移植医療に携わる中で、この数年間で臓器移植を必要とする疾患は、難病、先天性疾患から、代謝異常関連脂肪肝、アルコール性肝疾患、糖尿病と生活習慣の影響が強い疾患が増え（図1）、移植前からの生活指導の重要性が増している。

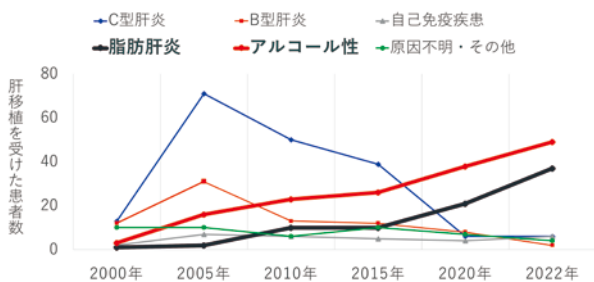


図1 日本での肝細胞性疾患に対する肝臓移植疾患変化

疾患が変化している中で、身体的には移植が必要だが、患者の言動、怠業、再飲酒、生活習慣の乱れ等から、移植臓器を痛めている患者も一定数存在し、RTCとして働く中で移植治療に対し葛藤する事が増えてきた。アメリカでも、移植を必要とする疾患の変化は、日本と同じ状況にある（図2、3）。

今回、アメリカの移植医療を学びたいと思い、以下5項目に分けて、目標設定した。アメリカでRTCは、クリニカル認定移植コーディネーター（Certified Clinical Transplant Coordinator, CCTC）が名称であり、以降はCCTCで表記を統一する。

(1) 臓器移植

- ① 移植チームの構成メンバーを知る
- ② 細分化されたCCTCの役割を理解する
- ③ メイヨークリニック内での臓器移植適応判定の仕組みを知る

(2) 移植病棟

- ① 病棟で行われている実際の看護を知る
- ② 病棟の退院指導を知る

(3) 移植センター（外来）

- ① 移植待機中の看護を知る

(4) 小児移植

- ① 子どもへのインフォームドコンセント（IC）、精神的サポートへの取り組みを理解する
- ② 移植後の怠業予防に対する取り組みを理解する

(5) 意思決定支援

- ① 移植医療が提示された患者の意思決定支援方法を理解する
- ② 生体ドナーの意思決定支援、サポート体制を理解する

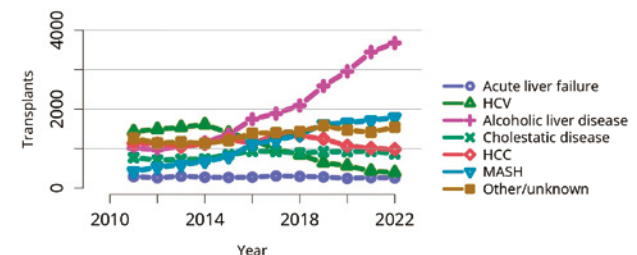


図2 Total liver transplants by diagnosis¹⁾

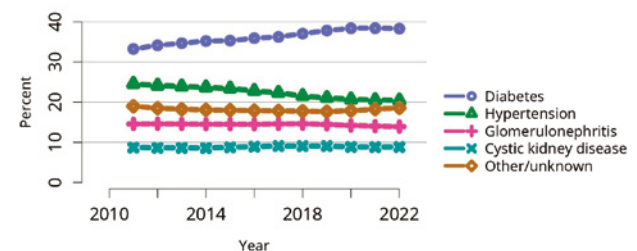


図3 Distribution of adults waiting for kidney transplant by diagnosis²⁾

2. 2 週間の研修日程

日程	内容	実習場所	担当者
一週目	Pediatric Outpatient Transplant Observation (Heart Transplant)	移植センター	RN, CCTC
	Transplant Unit Observation (Liver and Kidney Transplant)	肝・腎臓移植専門一般病棟	RN
二週目	Pre-Kidney Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Post-Kidney Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Pre-Liver Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Post-Liver Transplant and Pediatric Liver Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Living Donor Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Bone Marrow Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Pre-Heart / Pre-Lung Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Post-Heart / Post-Lung Transplant Unit Observation	移植センター	RN, CCTC
	Transplant ICU / PCU Observation	肝・腎臓移植集中治療室	RN
	Pediatric Transplant PICU Observation	小児移植集中治療室	RN
	Pediatric Gastroenterology Observation	・小児消化器疾患外来 ・小児内視鏡 ・手術室	RN

RN: Registered Nurse CCTC: Certified Clinical Transplant Coordinator

3. 研修で得た成果

(1) 臓器移植

① 移植チームの構成メンバーを知る

メイヨークリニックでは、心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓移植を行っている。チーム構成を表 1 にまとめた。

チーム員、全員の机が同じ部屋にあり、職種をまたぎ常に患者状況の共有ができる環境にあった。チームカンファレンスでは職種、新入職員関係なく意見が活発に交わされているのが印象的であった。

表 1 移植チームのメンバー構成

メンバー	人数	役割
移植外科医	10 ~ 15	・移植手術、術後（入院中）の診療担当 ・臓器搬送は専門企業が行うことが大半だが、移植外科医が出向くこともある
移植内科医	5 ~ 10	・手術以外のすべてを担当 ・患者に合うドナー条件の決定
※臓器移植専門糖尿病内科医	2	・術後のステロイド、インスリンの調整
※臓器移植専門感染症専門医	2	・感染症管理全般 ・移植前後の予防接種計画書作成
臓器移植専任病理医	1	・生検結果とDSA検査の結果分析 ・移植手術後、患者と家族へドナー臓器の尊さについて説明
※臓器移植専門薬剤師	2	免疫抑制剤が至適血中濃度から外れた時の原因分析
臓器移植専任管理栄養士	6	栄養管理全般
ナースプラクティショナー	3 ~ 5	術後管理全般
フィジシャンアシスタント	3 ~ 5	・移植手術時の助手 ・外来での診療
CCTC	10 ~ 15	3 - (1) - ②で記載
臓器移植専任医療ソーシャルワーカー (MSW)	2	・患者家族の社会的問題の確認 ・長期的な自己管理能力の査定
臓器移植専任ファイナンシャルコーディネーター	1	・長期的な視点で、医療費支払い能力の査定

※の職種は全臓器兼任

② 細分化された CCTC の役割を理解する

アメリカでは、場面ごとに特化した CCTC を配置している。メイヨークリニックでは表 2 のように分かれ

ていた。各臓器に、約 20 名、様々な場面を担当する CCTC が存在し、移植医療において CCTC の役割の重要性が病院内で認知されている結果と考える。

表 2 メイヨークリニック内の CCTC

	各臓器チーム内での人数	役割
プロキュアメント	8	・脳死ドナーコールを受け、臓器到着時間を推測し、移植手術までのスケジュール作成と人員調整 ・公開されたドナー候補情報から、ドナー候補の全身状態と待機患者の順位確認
移植前	2～3	・移植適応判定会に向けた検査、面談調整 ・待機患者の体調確認
移植後	5～7	・退院後の体調管理全般 ・外来での退院指導の実施
病棟	1	・入院中の患者状況の把握
小児	1～2	・移植登録から退院後含め関わる ・移行期には、移植後担当への引き継ぎ
生体ドナー (肝臓・腎臓のみ)	2～3	・生体ドナー候補者との面談、適正評価 ・レシピエントとの関わりは禁止

日本ではプロキュアメント以外、すべての場面を各臓器 1～2 名の CCTC で対応し、一人当たりの業務負担は大きい。臓器移植件数は増加傾向にあり、CCTC の役割、必要性を認知してもらうと共に、労働環境の改善について考える必要があると考える。

③ メイヨークリニック内での臓器移植適応判定の

仕組みを知る

全臓器共通事項として、移植前検査と専門職との面談が行われる。面談は、患者、そして患者のサポート者（家族または友人）と一緒に表 1 太字の職種からそれぞれ 30 分ほど、移植前の心構え、移植後の生活に関わる様々なことをパンフレット、DVD を活用しながら説明を受ける。面談結果を基に、週 1 回開催される適応判定会で移植登録可、保留、不可と判定される。適応判定会には面談を行った全ての職種が参加し、移植希望者の自己管理能力、体力、サポート者の理解度、生涯にわたる医療費の支払い能力について、移植希望者がいかに頂いた臓器を大切に、社会復帰、貢献できるかを中心に判定が行われる。過去には身体的状況を重視し、誰でも登録が出来ていたが、移植後のノンアドヒアランスの増加をきっかけに、10 年ほど前から術後の生活維持に重きを置く現在の評価方法へ変化した。また待機リストに登録できたとしても、通院時には生活状況は常に評価され、時には、改善がみられるまで待機

リストから外れる。

肝臓移植の特に移植数が増加しているアルコール性肝硬変では、移植前からの断酒期間順守と移植後も継続して断酒できるか判定する。判定方法には PEth 検査（採血での過去のアルコール消費量予測マーカー）と uEtG 検査（検尿での過去のアルコール消費予測マーカー）を用い、客観的に断酒していることを判定する。検査実施日は患者に伝えず複数回行い、規定日数の断酒期間達成を判定する。メイヨークリニックで実施された研究で、断酒期間の自己申告では約半数の患者が虚偽申告をしていたと分かり、移植適応判定にも影響していた。

移植大国と言われるアメリカの方が適応基準は緩いと思っていたが、実際はとても厳しく判定を行っていた。特にアルコール性肝硬変の断酒期間は、日本には保険診療内で行える絶対的な評価検査は無く、最終的には患者の自己申告を信じるしかない状況にある。実際に患者と面談し断酒期間、そして移植後の断酒の順守が怪しいと感じることもあるが、確実に飲酒している、移植後飲酒するとも言え切れず、葛藤すること多い。アメリカだけでなく、欧州でも PEth 検査、uEtG 検査実施は標準化しており、日本でも導入が必要なのではないかと思う。

(2) 移植病棟

① 病棟で行われている実際の看護を知る

肝臓移植、腎臓移植では、レシピエントは手術当日に入院し、平均肝臓移植で6日間、腎臓移植では3日間で退院する。メイヨークリニックでは清潔ケア、食事介助等の直接的なケアは看護助手、患者の術後初回歩行含めリハビリは病棟専属の理学療法士、作業療法士がそれぞれ1日2回介入する。点滴の挿入・抜針・採血・輸血投与は院内の点滴チーム、挿管・抜管・吸入は呼吸チームが行い、病棟看護師は患者とよくコミュニケーションを取り、全身状態のアセスメント、患者教育に集中できる環境にあった。

② 病棟の退院指導を知る

入院期間で移植後に必要となる知識の習得は困難なため、初めから自宅退院を目指さず、病院から15分圏内の施設に滞在し、実生活を通して習得していく仕組みが出来ていた。患者指導には入院後に手渡される写真1のファイルを元に行われる。ファイル内には、移植後の生活に関する冊子、自己管理手帳、免疫抑制剤に関する資料、疼痛コントロール資料、緊急連絡先が挟まれている。



写真1 退院指導資料

i. 病棟での指導

内服と食事に関する指導が看護師により手術翌日から行われる。内服については、内服の都度薬剤名と効果を看護師が伝えるだけでなく、患者にも復唱してもらい覚えてもらう。食事は患者が好きな時間に食べたいものを、タブレットを用いて選ぶことが出来る。食事内容を看護師が確認し、移植後の健康を考えた食事を選択出来ているのか患者に伝える。患者自身が自宅を想定して食事を選び、振り返ることが出来る環境は、個性も踏まえた指導につながり良い仕組みと感じた。

ii. 退院～自宅退院までの間の指導

患者は病院から15分圏内のホテルもしくは臓器移植を受けた患者専用施設（写真2）にサポート者と共に滞在する。移植患者に限らず、ホテルから外来通院で治療を行っている患者は多く、病院周囲には多くのホテルやコンドミニウムが建設されていた。写真2の施設内には、無料の送迎バス、採血室もあり、患者は外来受診日には施設内で採血を終えて病院へ向かうことが出来る。全臓器共通として、外来通院中に行われるすべてのチェックテストの合格、それに加え、心臓・肺移植は手術日から90日、肝臓・腎臓移植は退院後より30日の滞在が求められる。



写真2 移植患者専用の移植後滞在施設

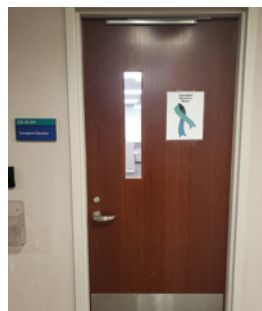


写真3 患者指導専用部屋

指導は全てサポート者と共に行われ、個別指導だけでなく移植センター内の専用部屋（写真3）での集団指導がある。

チェックテストの項目は、大きく分けると、内服・食事・運動・感染予防・自己体調管理方法の5項目で構成される。どの項目も、患者が自分の言葉で説明できることを大切に、その確認方法として、筆記や口頭でのテストが行われる。一見厳しく感じるが、自宅を想定しながら行われる、徹底した指導が早期退院でも安心した自宅生活に繋がっていると思う。

当院での退院指導ではCCTCが患者へ説明、質疑応答が中心であり、筆記試験などのテストは行っていない。文化的な違いもあるが、今回の研修で実際に配布される資料をみて、充実させる余地はあると感じた。

(3) 移植センター（外来）

① 移植待機中の看護を知る

移植前 CCTC が最低週 1 回は患者と連絡を取り体調確認し、その内容は週 1 回開催される、待機患者評価カンファレンスで移植チームと共有される。患者は 1 ～ 3 カ月 / 回の頻度でメイヨークリニックを受診し、体調確認とカンファレンスで懸念が上がった際には多職種が再度患者と面談し、移植適応条件から外れていないか、時には移植希望登録の中断も宣告される。登録中断宣告は辛いことではあるが、脳死ドナー家族の気持ちを考えて厳しく行っているとのことだった。

(4) 小児移植

① 子どもへの IC、精神的サポートへの取り組みを理解する

各年代に合わせた資料が準備され、個々に合わせて修正し説明している。説明前には両親と伝え方、使用を控える言葉を打ち合わせ、説明後は子どもの反応に合わせて、小児専門の臨床心理士、小児精神科医師とも状況を共有し、心理的負担が強くないよう配慮しながら進めている。

移植前の説明だけでなく、乳幼児期といった記憶が残らないうちに移植を受けた子どもたちへの成長後の疾患理解に力を入れ、12 歳より本格的に開始する。小児 CCTC が 1 対 1 で 1 時間程かけ、病気の理解、薬の重要性、ドナー家族の気持ちや両親の当時の気持ちを考える時間を取る。12 歳以降の年齢というのは、思春期、反抗期と多感な時期にあたる。臓器移植を受けたこと、生涯に渡り免疫抑制剤の内服が必要だということを受け入れられない子どもたちもいる。ただ受け入れなさいと諭すのではなく、その葛藤を伝えられる場所の提供、先輩たちがどう受け止めてきたかを書いた冊子も渡すことで、この葛藤が自分だけではないと分かることを大切にしている。

自施設では、メイヨークリニックのようなプログラムは存在していない。診療システムも違う中で、同じ事を行うのは困難だが、ドナーの思いを伝え、一緒に考えるというプロセスは、子どもたちの長い人生を考えた時にとても有意義な取り組みと考える。

② 移植後の怠薬予防に対する取り組みを理解する

小児領域だけの問題ではないが、移植後長期経過の中で生活スタイルの変化や、疾患と治療に対する理解不足が要因とされている。メイヨークリニックでも怠薬対策は解決が難しく、2024 年からは Medisafe 社の内服管理アプリを活用していた。

このアプリは、内服時間の通知だけでなく、内服報告の入力が必須であり、報告の有無が両親の携帯へ通知されるという特徴がある。アプリの効果は検証段階だが、未使用時と比較し、両親の目が入ることで、怠薬日数が減っている印象があるとのことだった。

(5) 意思決定支援

① 移植医療が提示された患者の意思決定支援方法を理解する

世界中から患者が集まり、医療に対する価値観、宗教や信条が異なる中でどのように支援を行っているのか気になっていたが、実際に移植前 CCTC に質問すると「ここに来る人は、移植を受けるか受けないかで悩んでいない。」と拍子抜けする返答であった。

なぜ悩んでいないのかと考えた時に、一番の要因は医療保険制度の違いと思われた。アメリカでは、職場が加入している保険に応じて医療費の個人負担額が大きく変わる。治療説明の場で患者や家族からの「先生にお任せします」という言葉は、日本の病院で働いていたら一度は聞いたことのある言葉かと思う。アメリカでは自己破産理由の 1 位が医療費となるほど、医療費は高額であり、任せるのではなく自分の意思で選択する気持ちが日本より強く、移植センターに訪れる時点では意思が定まっているのだと考えた。

CCTC が直接的に手術前の意思決定支援に関わっていないが、病院には患者が自主的に情報収集できる環境が整備されている。リニューアル工事中のため見学出来なかったが、病院内には Patient Education Center があり、病気や治療に関するパンフレット、DVD は自由に持ち帰ることが出来る。オンライン媒体では、病院のホームページ、Podcast があり、手軽に正しい医療情報に触れる環境が整っていた。

② 生体ドナーの意思決定支援、サポート体制を理解する

生体ドナー CCTC を中心に慎重に関わっていた。生体ドナー CCTC は精神科医師、臨床心理士と共同し、面談、心理面接を通じて、生体ドナーを希望することが自発的意思か判断する。公平性担保のため、生体ドナーと面談を行う医療職は、レシピエントと一切の接点を持たないことがメイヨークリニックの職務規定として定められている。レシピエントが親族であっても一切の接点を持たないことで、安心して生体ドナー候補となった経緯、時には揺らいでいる気持ちを話し、不本意な意思決定を防いでいる。実際に、家族内の話し合いではドナーを断れなかったが、生体ドナー CCTC が関わる中で、ドナーになりたくない気持ちを伝え、移植が中止となった症例も多いとのことだった。対面で医療者と話すことに緊張を感じる方もいるため、専用のメールアドレスも準備し対応していた。

アメリカの生体ドナー条件は日本の 6 親等以内の血族と 3 親等以内の姻族等の基準は無く、レシピエントのことを知らなくても、誰もがドナーになれる。そのため、脳死下臓器提供のように生体ドナーは別の病院で臓器摘出術を受け臓器が搬送される等、仕組みが日本と全く違い、生体ドナー専任の CCTC を設けないと業務が難しい印象を受けた。

日本は生体ドナー専任の CCTC はいない。その理由として、日本は法律で生体ドナーの範囲も定められ、準備の段階からレシピエントとドナー双方の状況を理解しながら意思決定支援し、検査を進めていく必要があり、あえて分けなかったのではないかと考えた。一方で、生体ドナーの身体だけでなく精神面の安全を守るためにも、各施設内の CCTC の人数が増え、連携を取りながら役割分担することで、生体ドナーの意思決定支援、サポート体制がより充実すると感じる。

(6) その他（共通講義、感染症対策についての学び）

Infection Prevention and Control (IPAC) は感染対策、及び感染症に対する教育を院内だけでなく、患者や関連病院へ提供している。メンバーは感染管理に精通している専門職だけでなく、写真 4 のように院内の感染に対する学びを深めたい職員を交えることで、部署特有の感染対策にも目を配れるようにしている。感染対策は、医療者だけでなく患者の協力も不可欠である。

世界中から患者が集まり、各国で衛生習慣、学校教育にもばらつきがあり、言葉だけでの説明や理解を求める事には限界があり、カード（写真 5）を掲示し、誰もが可視化して最低限必要な感染予防対策が行えるよう工夫がされていた。

15 team members- 369 Combined Years of Experience	
- Leadership and Management - Occupational Health - State and Local Public Health - Public Health Research - Pediatric Bedside Nursing - Surgical Bedside Nursing - Medical Bedside Nursing - Critical Care Bedside Nursing - Cardiology Bedside Nursing - Neurology Bedside Nursing - Oncology Bedside Nursing - Ortho Bedside Nursing - GI Bedside Nursing - Outpatient Clinic Nursing - Ambulatory Nursing	- PACU - Gerontology - Microbiology - Education - Diabetes - Alzheimer's Staff Training - Transplant Coordinator - Phlebotomy - Medical Device Microbiology and Regulatory - Public Health Veterinary Infectious Disease Epidemiology Research - Quality, Practice and Patient Safety - Wound Care - Home Health Care - Long Term Care - Anticoagulation Clinic

写真 4 IPAC メンバーの経験部署⁴⁾



写真 5 感染予防対策カード⁵⁾

4. 今後メイヨー研修参加を目指す後進へのメッセージ

(1) 研修目的を立てるための準備

研修では事前に詳細な目標を提出する。日々の臨床での疑問、違和感等を書き留める作業を繰り返しているうちに、何を学びたいかが明確化してくると思う。壮大なことでもなくても問題ない。メイヨークリニックの研修担当者が、あなただけのとおきおきのプログラムを作り、学びの機会を提供してくれる。

(2) 日本の看護や勤務する施設における看護に関する理解と説明の準備

研修中は、どんな些細な質問にも根気よく答えてくれる。その一方で日本への疑問も問われる。日本の現状が「わからない」とならないよう、自身の専門とする分野の法律関連の再確認、専門書 3 冊と決めて読み込み、

日本語ではどんな質問にも答えられる自信が持てるようになった。

また、アメリカの医療保険制度は日本と全く違うので、事前に調べておくと、理解、質問が具体化すると思う。

(3) 英語力向上への取り組み

現地では、聞き取れないことには何も始まらないため、リスニング強化に努めた。仕事もある中で、まとまった時間の確保は難しく、理解より耳を馴らすことを目的に、英語ラジオ、海外医療ドラマを字幕付きで視聴した。

医療英語については、ありがたいことに、自施設には英語の医療専門書が多数あり、移植看護に関する英書を1冊読みきる事を目標とし、移植に関わる用語に触れることができた。研修前は様々な準備に追われるので、何か楽しく毎日5分でも英語と触れることが研修での自信に繋がると思う。

5. まとめ

この先、こんなに看護漬けになることは無いのではないかと思うほど、臨床・教育・リーダーシップ・管理について学び、議論した研修期間であった。個別研修では様々な場面のCCTCの仕事を目の当たりにするだけでなく、日米の移植医療の違い、患者と関わる中での苦悩について討議した。各CCTCからの言葉は、きっとこの先仕事を続ける中で壁に突き当たった時の心の支えとなると感じている。

医療制度をはじめ、移植件数、仕組みと違いは多くあるが、学んだ良い部分をどのように自施設に組み込んでいけるかが今後の課題となる。近年では臓器移植に関する話題を教科書、テレビ等のメディアを通して聞くことも増えた。まだ発展途中の医療であり、これからの成長に向けて、メイヨークリニックでの学びを胸に貢献していきたい。

謝辞

研修前には想像も出来ないほどの学びを得た、濃厚な2週間を過ごすことが出来ました。このような機会を与えてくださった木村看護教育振興財団の皆さま、快く送り出してくださった慶應義塾大学病院の皆さま、現地で携わった全ての皆様に改めて感謝を申し上げます。

引用・参考文献

- 1) OPTN/SRTR 2022 Annual Data Report : Liver
- 2) OPTN/SRTR 2022 Annual Data Report : Kidney
- 3) IPAC 講義資料
- 4) IPAC 講義資料
- 5) 日本肝移植学会：肝移植症例登録報告．移植 2023；58；339-355

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved.
(本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

多職種協働による子ども主体のケア—メイヨークリニックでの学び

渡邊 朋（千葉大学医学部附属病院 副看護師長・小児看護専門看護師）

はじめに

私は大学病院の総合医療教育研修センターに所属し、副看護師長として教育を担っている。小児看護専門看護師としては、成人後も治療や健康管理が必要な子どもの自律を支援する看護外来を担当し、院内の臨床倫理コンサルテーションチームの一員としても活動している。これまで様々な役割を担う中で、子どもの疾患特性や予後の不確実性に伴う課題の複雑さ、家族機能や価値観の多様性による支援の難しさ、さらにチームでの協働における自身の課題を認識することが多くあった。

今回、多様な文化背景をもつ患者を受け入れ、かつアメリカ国内でも規模の大きいメイヨークリニックで学ぶ機会を得た。小児看護専門看護師として、アメリカの専門看護師（Clinical Nurse Specialist, CNS）の役割や多職種協働、実際の支援のあり方を学び、自身の実践に活かしたいと考え、研修に参加した。

1. 研修目的・目標

1) 研修目的

子どもと家族の意思決定支援、および倫理調整、多職種協働について学び、今後の自身の実践に活用する

2) 研修目標

(1) 子どもと家族の意思決定支援について学ぶ

- ・End-of-Lifeにある、あるいは予後不良な子どもへの病気や治療の説明の実際を知る
- ・End-of-Lifeにある子どもの治療や療養場所、支援について知る
- ・病気の子どもの家族やきょうだいへの支援について理

解する

- ・未成年きょうだいのドナーの意思決定支援を理解する
- ・Child Life Specialist (CLS) の活動内容を知る
- ・End-of-Lifeにある子どもと家族をケアする看護師教育について知る

(2) 多様な文化や背景をもつ子どもや家族のための倫理調整について学ぶ

- ・小児領域に関わらず、医療現場で起こりやすい倫理的課題について知る
- ・倫理的課題に関わるチームについて知る
- ・多様な文化・多様な背景をもつ患者を支援する多職種協働の実際と看護師の役割を知る

(3) 退院支援の実際、多職種協働や継続看護について学ぶ

- ・医療的ケアが必要な子どもの退院支援の実際を知る
- ・家族機能が脆弱な家族への退院支援を理解する
- ・退院支援・退院調整における多職種協働の実際を理解する
- ・入院・在宅・外来での一貫した看護を継続していくための連携について知る

(4) 看護師の多様な専門性と働き方について学ぶ

- ・スペシャリストの役割、実践、働き方、特に CNS について知る
- ・看護師のキャリア支援について知る
- ・看護師のウェルビーイングを目指した働き方やシステムを知る

2. 2週間の研修日程

日程	場所（内容）	職種
9月18日	NICU（RN 実践見学）	RN
9月20日 AM	Radiation Oncology & Proton Beam（RNと放射線技師の見学）	RN、放射線技師
9月20日 PM	Pediatric and Adolescent Medicine（ディスカッション）	外来看護師長、がん専任薬剤師
9月24日	Inpatient Pediatrics（RN 実践見学）	RN
9月25日	Inpatient Pediatrics（RN 実践見学）	RN
9月26日 AM	PICU Bone Marrow Transplant Unit（RN 実践見学）	RN
9月26日 PM	Pediatric Infusion Therapy Center（RN 実践見学）	RN
	The role of the CNS in Pediatric Oncology（ディスカッション）	CNS
9月27日	Pediatric Infusion Therapy Center（RN 実践見学）	RN
9月28日 AM	Outpatient Pediatric Clinic（RN 実践見学）	RN
9月28日 PM	Pediatric Palliative Care Team（病院見学、ディスカッション） Child Life Specialist（外来ラウンド）	RN, CPN CLS

3. 研修で得た成果について

目標に沿って述べる

1) 子どもと家族の意思決定支援について学ぶ

(1) 参考となった技術・知識・経験

主に End-of-Life にある子どもの意思決定支援に関する課題をもって研修に取り組んだ。メイヨークリニックでは、End-of-Life にある子どもたちの多くが在宅または緩和ケア病棟で過ごしているため、研修中に実際のケアを見学する機会はなかった。しかし、陽子線治療部門や小児集中治療室（PICU）の見学、緩和ケアチーム専従の Registered Nurse（RN）とのディスカッションを通じて、意思決定支援に関する学びを得ることができた。

小児の Informed Consent において、子ども自身が十分に理解し、自己責任のもとで決定することは難しい。しかし、子どもが病気や治療について適切な説明を受け、自分なりに理解し納得する「Informed Assent」は、子どもの意思と権利を尊重する上で重要である。

日本では、End-of-Life にある子どもに対し、死期が近いことなどの Bad News を伝えることに関する明確な指針は整備されていない。その背景には、死についての語り合いをためらわせる日本の文化的傾向や死生観が影響していると考える。看取りの時期にある小児がんの子どもとその親をケアする看護師を対象とした研究では、Bad News が子どもに伝えられていない現状において、看護師が葛藤を抱きやすいことが報告されている¹⁾。この日本の現状について緩和ケアチームの RN と共有したところ、「家族が『子供を悲しませたくない』と考え、Bad News を伝えない選択をするケース」は日本と類似していることが分かった。実際の支援について RN と確認し合ったことは、子どもに死期を伝えることや何かを説明すること自体がゴールではないということである。Shared Decision Making（SDM）は、医療者と患者、家族がともに治療方針を話し合い、患者の価値観や希望を尊重しながら最善の選択肢を見つけるプロセス²⁾である。そのためには、子どもが何を感じ、何を考えているのかを教えてほしいという姿勢をもち、意向をくみ取ることが重要であり、それをチームで共有することで、子ども中心のケアにつながる。メイヨークリニックでは、2歳以上の子どもの抗がん剤治療は基本的に通院で行われるため、外来での対話が意思

決定支援の重要な機会とされていた。一方、日本では入院治療が主流であり、日常のケアを通じて子どもの好みや願いをくみ取ることができる。大切なのは、子どもが表現したいと感じた場面で自由に思いを表現できるよう、多職種と連携しながら環境を整え、丁寧にくみ取ることである。それが、子ども主体のケアにつながることを再確認した。

また、小児がん担当のソーシャルワーカーとの対話を通じて、親への教育的支援の実践について学ぶことができた。彼女も親の意向によって子どもとのオープンなやり取りに困難するケースを度々経験していた。実際の親への支援としては、「あなたの子どもは、あなたが思っている以上に賢く、理解する能力がある」と伝えるときも、親自身の懸念や気持ちを聴き、一緒に考えることを大切にしていた。このアプローチにより、親自身の不安や葛藤を軽減し、子どもの意思を尊重する意思決定につながることを実感した。

また、CLS からは、Informed Assent の一環である「プレパレーション³⁾」について詳しく知る機会を得た。CLS は、子どもたちが医療体験によって傷つくことなく、むしろ良い体験となるように心理社会的支援を担う専門職である⁴⁾。小児一般病棟では、末梢静脈留置など急な処置であっても、必ず CLS に支援を依頼していた。また、外来では予定された手術や検査に関するプレパレーションのニーズが高く、発達年齢に応じた絵本やパンフレット、タブレット、オンライン教材を活用し、病院に来る前からの支援を実施していた。このような計画的な支援が、子どもに適したプレパレーションとなる。そのため、急に検査が決定されたり、事前の連絡が CLS に届かなかったりした際に、葛藤を抱えやすいと言っていた。CLS として、子ども・家族が医療の中心となるように権利擁護する役割を大切にしていることが伝わってきた。北米で資格認定を受けて日本で活躍する CLS は 49 人⁴⁾と少なく、多くの施設では看護師や保育士がその役割を担っているのが現状である。CLS の増加が期待される中で、私達看護師も支援の質を高めるために、より一層の能力向上に努めていく必要がある。

(2) オペレーションシステム・設備等

メイヨークリニックでは、患者ポータルシステム「Patient Online Services」が導入されており、患者は自宅や外出先から医療記録の閲覧、検査結果の確

認、予約管理、医療提供者とのコミュニケーションを行うことができる。研修時には、化学療法の副作用管理やかつらの保険適応に関する問い合わせがあり、外来看護師が迅速に対応していた。日本では、自宅療養中の患者が疑問を持った場合、電話で問い合わせるか、次回の外来受診時に相談することが一般的である。いずれのシステムにおいても人手は必要だが、迅速な対応が患者の安心感につながり、結果として医療従事者の業務負担軽減にも寄与する可能性を考えた。

(3) 成果と自身の課題との関係

日本では、患者や家族の意向を尊重しつつも、医療者が治療方針を主導する傾向がある。今回の研修で、SDMやInformed Assentの概念、プレパレーションの実践を学び、子どもの意思を尊重するケアのあり方や家族支援の重要性について理解を深めることができた。子どもの意思の尊重は、医療者の姿勢や環境づくりによって大きく左右される。意識的に子どもの発言や表情、行動を観察し、対話を通じてその意向を理解していくことが求められる。また、親自身の葛藤への支援が不可欠である。「親はどう考えるか」に注視しすぎず、「親がどうすれば安心して意思決定に関われるか」という視点を持ち、実践していきたい。

2) 多様な文化や背景をもつ子どもや

家族のための倫理調整について学ぶ

(1) 参考となった技術・知識・経験

各研修場で「どのような倫理的な葛藤がありますか?」「どのように解消・支援していますか?」と問いかけることで、具体的な事例や対応策を学ぶ機会を得た。共有された倫理的課題の事例として、輸血拒否、抗がん剤治療の拒否（自然療法の希望）、親が子どもへの説明を拒否、障がいのある子どもの出産、ECMOの中止、在宅移行が困難な重症児の長期入院などが挙げられた。これらの課題は、日本における倫理的課題と類似していた。倫理調整の実際を見学する機会はなかったものの、RN、薬剤師、ソーシャルワーカーとの対話を通じて、チームアプローチによる倫理的課題への取り組みを学んだ。その中で特に印象的だったのは、「一人で抱え込む必要はなく、いつでもチームと話し合うことで解決に向かう」という考えが根付いていたことである。これは、自職種だけでなく、他職種の専門性や意見を尊重する姿勢が

組織全体に浸透しているからだと感じた。CLSは、「私はまだ若いけれど、チームメンバーは私の意見を頼ってくれるし、いつも尋ねてくれる。尊重されていると感じることができるし、私自身もチームを尊敬している。」と話していた。このような専門職同士の信頼と尊重が多職種協働を支え、倫理的課題の調整を円滑にする基盤となることを学んだ。他職種の専門性を理解し、日々の業務の中で相手を尊重する姿勢をもち、対話を重ね、信頼関係を築くことが大切である。

(2) オペレーションシステムや設備等

多言語対応の充実が特徴的であった。院内には常駐の医療通訳者が配置され、必要に応じて迅速に依頼できる体制が整っていた。また、ベッドサイドケアにおいてもオンラインで通訳者に接続し、リアルタイムで支援を受けられる仕組みが確立されていた。日本の病院でも翻訳ツールやオンラインでの通訳者による支援が導入されつつあるが、常駐する医療通訳者による対面での迅速な対応は、医療者との意思疎通をより円滑にすると感じた。日本の医療現場でも国際化が進む中で、今後さらに発展が求められる分野であると考えた。

(3) 成果と自身の課題との関係

倫理的課題において、対話を通じて個々の価値観を理解し、合意形成のプロセスを大切にすることの意義を改めて認識した。特に多職種協働の基盤となる「専門性の理解と尊重」は、日本の医療現場でも発展しつつある要素であり、今後さらに強化すべきであると感じた。臨床倫理コンサルテーションチームメンバーとして、多職種協働をより意識した倫理調整を実践し、患者や家族の多様な価値観を尊重した最善のケアが提供できる体制づくりに取り組んでいきたい。

3) 退院支援の実際、多職種協働や

継続看護について学ぶ

(1) 参考となった技術・知識・経験

退院支援については、新生児集中治療室（NICU）での研修を通じて学んだ。研修を行ったNICUでは、在胎30週以上、1,500g以上の新生児が収容されており、酸素療法や経管栄養を一時的に必要とするものの、退院時には離脱できるケースが多かった。重症度としては、日本のGCU（Growing Care Unit）に相当していたが、看護師1人あたりの担当人数は2～3人

と少なく、業務に時間的余裕があるように感じられた。また、退院を見据えた親への教育的支援が早期から開始されていた。教育ブックやビデオ教材を活用し、退院後の育児に関する基本情報だけでなく、CPA 対応、未熟児の抱き方、クベースの仕組み、哺乳の準備状態のアセスメントなど、未熟児特有の専門的なケアも含まれていた。このような教育支援により、親が赤ちゃんの現在のニーズを理解しながら、徐々に親としての役割を認識し、自信を深めることができる。結果として、退院後の不安の軽減につながると感じた。一方で、家族の事情は多様であり、自宅が遠方で定期的な面会が難しいケースや、親にドラッグの問題があり面会すらできないケースもあった。このような家族支援として、ソーシャルワーカーが早期に介入し、里親や家族サポートの手配を迅速に進めることで、家族機能の問題による退院の遅れを最小限にしていた。里親制度の充実などは、日本においてもニーズが高まっていく点だと考えた。

小児一般病棟と PICU（造血幹細胞移植エリア）では、親が付き添い、泊まり込むことが基本となっていた。稀に付き添い不在の子どもがおり、その場合は見守りのスタッフを常時配置し、離れる際にはモニタリングを行うなど、安全と安心を確保するための対応がとられていた。看護師は、子どもの安心を最優先に考え、親に付き添いを推奨するとともに、入院中の子どもの状態を親と共有しながらケアの選択肢を一緒に考えていた。また、病室はすべて個室でシャワーが完備され、親が自由に飲食できる軽食なども用意されており、親の負担感を軽減する環境が整っていた。このように、親が主体的にケアに関わることを支援し、退院後の育児や医療的ケアに対する自信につなげていることが分かった。

(2) オペレーションシステムや設備等

NICU では、赤ちゃんの様子を遠隔で確認できるモニタリングシステム（Closed-Circuit TV system）が導入されていた。クベースに設置されたカメラを通じて、親がスマートフォンやタブレットを使用し、どこからでもリアルタイムで赤ちゃんの様子を確認できる仕組みである。日本での実情は把握しきれなかったが、このようなシステムは、親子の絆を保ち、育児不安を軽減する助けになると感じた。

(3) 成果と自身の課題との関係

退院支援は、入院時からの計画的な支援が重要であ

り、多職種と連携することで、よりスムーズな移行と継続的なケアが可能となることを改めて学んだ。また、家族の多様な背景を理解し、その価値観を踏まえた支援を行うことが求められる。親が「親としての自信」をもって退院できるよう、支援していきたい。

4) 看護師の多様な専門性と働き方について学ぶ

(1) 参考となった技術・知識・スキル・経験

CNS の役割について、全体講義と、小児 CNS との個別ディスカッションを通じて学んだ。メイヨークリニックでは、82 人の CNS が活躍しており、NACNS（National Association of Clinical Nurse Specialists）が示す 5 つの役割（Leader（リーダー）、Clinician（臨床家）、Educator（教育者）、Consultant（コンサルタント）、Researcher（研究者））を担っている（図 1）。講義において印象的だったのは、CNS が病棟の管理者、Nursing Education Specialist（NES）とともにリーダーシップチームを形成し、病棟の課題と目標を明確にしながら協働している点である。CNS は、患者カルテや実践の結果を分析し、課題を抽出した上で、より良い実践につなげる役割を担っていた。小児 CNS とのディスカッションでは、「特に重要なのは、ベッドサイドケアに Evidence-Based Practice（EBP）を浸透させること」という言葉が印象的だった。具体的な取り組みとして、カテーテル関連感染を防ぐための固定方法の工夫、口腔ケア、清潔ケアなどの日常ケアが確実に実施されることを目指し、教育や相談を通じてスタッフの実践を支援していた。また、看護実践の成果を公表し、スタッフのモチベーション向上のために、実践に貢献したスタッフの個別表彰も取り入れていると話していた。看護の質の維持・向上には、現場の課題を的確に把握し、予防的ケアを定着させることが不可欠であり、管理者との協働も CNS の重要な役割であることを確信した。

ROLES OF THE CNS

Leaders in healthcare

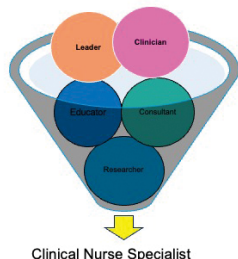
Possess advanced knowledge of the science of nursing with a specialty focus

Apply that knowledge to nursing assessments, diagnoses, interventions, and the design of innovations

Function independently to provide theory and evidence-based care to patients

Provide clinical expertise and support to drive system wide practice changes to improve access, quality, and safety

Collaboration with other nurses to advance their nursing practice and improve outcomes



(NACNS, 2022)

©2025 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-1

図 1. CNS による講義資料

(2) オペレーションシステム・設備等

メイヨークリニックには、Division of Nursing Research（看護研究部門）があり、看護研究を専任とする看護師が在籍していた。彼らは、看護師が抱える臨床上の疑問をリサーチクエストに落とし込み、研究活動を進めるほか、プロジェクトの遂行や成果の公表をサポートしていた。CNS との連携については、現場の課題に関する方向性について相談を受けながら、研究活動の支援も行える体制が整っていた。日本の病院では、CNS を含め現場の看護師が研究を進めるには時間的・人的制約が大きいと、こうした専門部署があることは非常に羨ましく感じた。病棟ごとに多くのプロジェクトが同時進行しており、研究と実践を結びつける組織的な仕組みと支援が影響していると考えた。

(3) 成果と自身の課題との関係

看護の質の維持・向上には、日常ケアの現状を把握し、課題と目標を明確にすることが重要である。これまで、新たな成果を生み出すことの難しさを感じ、思うように進められない部分もあった。しかし、日常のケアに EBP を浸透・維持することこそが CNS の重要な役割であると再認識した。今後は、臨床と研究の橋渡しを意識しながら、実践的なアプローチに取り組みたい。

4. 今後メイヨー研修参加を目指す 後進へのメッセージ

自分が目指すありたい看護師像を明確にし、アメリカで何を知りたいのか、どのような学びを得たいのかを明確にしておくほど、研修の成果は大きくなると考える。どの研修場所でも「知りたい」「聞きたい」「見たい」という積極的な姿勢が重要だった。看護に限らず、さまざまな職種の人と話す機会を持つことで、学びの幅が広

がったため、とっさの場面でもコミュニケーションが取れるよう、事前に質問リストを作成しておくことが多かった。また、日本や自施設の現状について問われることが多いと、事前に整理しておくことをお勧めする。

生活面では、渡米後の時差ぼけが大きな課題だった。個人差はあるが、出国前に活動や睡眠時間を調整しておけると良いかもしれない。

5. まとめ

メイヨークリニックでの研修を通じ、多職種協働の実践や倫理調整、退院支援の視点から、看護師や CNS 役割について理解を深めることができた。また、日常の看護ケアにおける課題と目標設定の重要性を再確認し、自身の実践を振り返る貴重な機会となった。特に、子どもの意思決定支援、EBP の浸透、多職種協働の在り方について多くの示唆を得た。これらの学びを実践に活かし、子ども主体のケアを実現していきたい。

引用文献

- 1) 名古屋裕子, 塩飽仁, 鈴木祐子. 看取りの時期にある小児がんの子どもとその親をケアする看護師が抱える葛藤. 日本小児看護学会誌. 2013, 22 (2), p41-47.
- 2) Jong-Myon Bae. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. Epidemiol Health. 2017, 39.
- 3) 田中恭子. プレパレーションの 5 段階について. 小児保健. 2009, 68 (2), p173-176.
- 4) 一般社団法人日本チャイルド・ライフスペシャリスト協会. <https://jaccls.org/>

(注) Used with permission of Mayo Foundation for Medical Education and Research, all rights reserved.
(本報告書の図表及び写真については、Mayo Clinic の承認を得て使用しています。)

2024 年度メイヨナーンス来日セミナー

メイヨークリニックと本財団は、エクスチェンジプログラムにより、30 年以上にわたってお互いに看護師を派遣し、交流を続けております。その一環として、2024 年度はコロナ禍をはさんで 5 年ぶりにメイヨナーンス 4 名が来日されました。

2024 年 11 月 7 日（木）には、本財団主催の「メイヨナーンス来日セミナー」をホテル東京ガーデンパレス（東京都文京区）において開催いたしました。

同セミナーでは、Katherine Kielkucki 氏（メイヨークリニック メイヨーバーチャル事業リソースナース兼消化器内科 / 肝臓科病棟ナース）に「看護師の定着と離職防止」をテーマに、看護師の離職率を低下させるために必要な戦略などについて語っていただきました。次に Wesley Nigon 氏（同クリニック 入院患者ケースマネジャー）には「看護の質」をテーマに、看護ケアの質を高めるために行われている同クリニックでの取り組みをご紹介いただきました。セミナーに続く懇親会では、メイヨナーンス及び参加者の方々がお互いに交流を深めておられました。多数の看護関係者の方々にご参加いただき、本セミナーはお陰様で盛会のうちに終了することができました。

終了後には、参加者の方から、「日頃感じていることを言語化し、実際の取り組みを伝えていただいたので大変参考になった。」、「マグネットホスピタルであるメイヨークリニックの教育・プログラムは最高だと改めて思った。中身が濃く、必死に聴講した。」等の感想が寄せられました。



メイヨナーンスとの記念撮影
(前列メイヨナーンス、後列財団理事、評議員等)

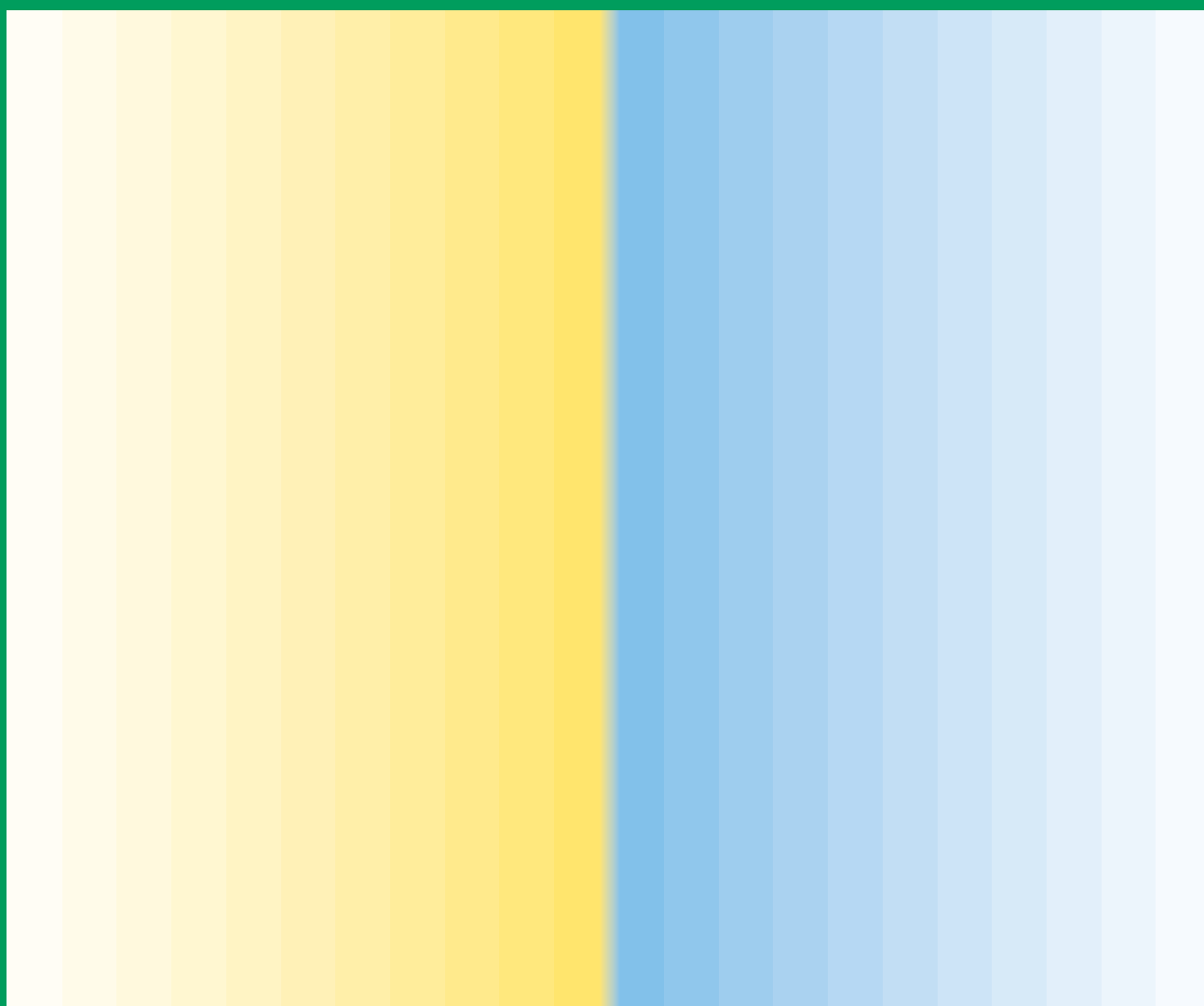


Katherine Kielkucki 氏の講演



Wesley Nigon 氏の講演

看護研究助成事業



※看護研究助成については、研究期間が2年間のため、2023年度に助成対象となった研究の報告書を収載しています。

看護研究助成事業

専門職である看護職者には、優れた実践能力とともに、よりレベルの高い専門分野の調査研究を遂行する力も求められます。本財団の看護研究助成は、看護に関する調査・研究に対するものです。対象になった研究課題は、その成果を関係学会に発表して頂くとともに、研究集録として刊行しており、各機関で活用されています。

看護研究助成は1992年度（平成4年度）から毎年度実施し、2024年度（令和6年度）までに1,914件の応募に対し276件の調査研究について助成を行っており、助成対象となった代表研究者及び共同研究者の数は1,238名となっています。

看護研究助成の概要

●助成の対象

看護の質的充実・向上が期待できる先駆的研究で、療養環境に関わる研究など、臨床の役に立つ未発表のもの

基礎看護 ・ 成人看護 ・ 老年看護 ・ 小児看護 ・ 母性看護
精神看護 ・ 地域看護 ・ 在宅看護 ・ 看護管理 ・ 看護教育 ・ その他

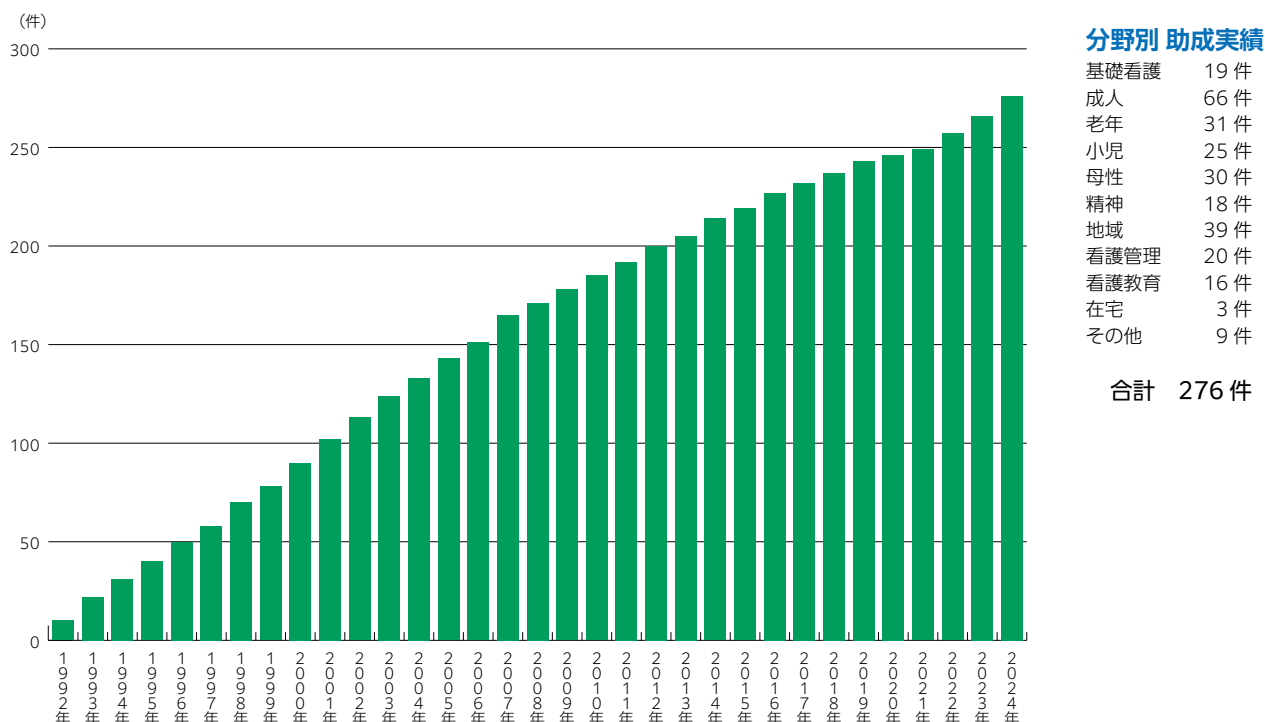
●応募資格

- (1) 申込者（共同研究の場合は研究代表者）は、日本在住の看護職者で臨床・地域看護に従事している個人であること。
- (2) 申込者が大学の教員や大学院生である場合は対象外です。但し、大学の教員や大学院生であっても、臨床・地域看護に従事している看護職者であれば対象となります。
- (3) 助成決定後、直ちに所属機関等の倫理審査委員会等への承認申請を行うこと、または既に承認申請中であること。
- (4) 関係所属長の推薦があること。医療機関と大学・大学院の両方に所属する場合は、医療機関の所属長とすることが望ましい。
- (5) 営利を目的とする研究ではないこと。

●助成金額

1件につき100万円を限度

○看護研究助成の実績



排尿日誌に対する患者の負担感を軽減するための 排尿日誌自動記録システムの検証 従来法と採尿不要の排尿量計を使用しての負担感調査

Verification of an automatic recording system of voiding diary to reduce the stress on patients.
- Comparative investigation of conventional method and urination volume meter without urine collection -

研究代表者 福井大学医学部附属病院 看護部 看護師長 天谷 佳恵

共同研究者 四谷 淳子※¹ 青木 芳隆※² 青木 未来※¹

キーワード：排尿日誌、自動尿量測定装置、使用感評価、負担感

I 研究目的

本研究の目的は、従来の排尿日誌の記録方法と、採尿不要の排尿量計と連動するアプリを活用した排尿日誌の記録方法を比較し、負担感を含む使用感を評価することである。吉村ら（2013）は、排尿日誌の記録において、高齢者にとって文字の読み書きの不便さ、尿量の測定と、その都度記録し、容器を洗浄することの手間（特に就寝時間帯）が課題であること¹⁾を指摘している。

本研究の意義は、これらの問題点を解決するため、誰もが容易に利用できる排尿日誌自動記録システムを導入し、患者の負担軽減と記録の正確性向上を検討することである。これにより、患者の状態を正しくアセスメントし、より適切な治療およびケアの方針を決定することが期待される。さらに、排尿ケアの質向上に貢献できると考えられる。

II 研究方法

1 研究デザイン

1) 研究の種類：観察研究（アンケート調査）

2) 研究対象

下部尿路症状を有し泌尿器科外来受診し、前立腺肥大、前立腺癌、骨盤臓器脱での全身麻酔手術予定の65歳以上の者とした。対象者は、研究期間内に入院予定であり、研究への参加に同意を得た患者とした。A大学病院は、32診療科の600床を有する特定機能病院である。なお、対象者は自排尿が可能であり、従来の排尿日誌の記録方法（以下、従来法とする）および排尿量計 Urina ユリーナを使用した排尿日誌自動記録する方法（以下、ユリーナ法とする）の理解が可能で、機器の操作および乗降が容易に行える者とした。

3) 使用機器（図1）

排尿量計 Urina ユリーナ（排尿量測定システム：株

式会社島津製作所）特別保守管理医療機器。本体と患者用端末と医療者用端末から構成される。患者用端末はディスプレイ：4インチ / サイズ：約（幅）123mm×（奥行）59mm×（高さ）6mm、重さ約88g、医療者用端末は、ディスプレイ：10.2インチ / サイズ：約（幅）251mm×（奥行）174mm×（高さ）8mm、重さ約490g、排尿量計 Urina ユリーナ（以下ユリーナとする）本体は（幅）310mm×（奥行）295mm×（高さ）32mm、重さ2400g

ユリーナは採尿不要であり、患者が自排尿前後に機器に乗るだけで尿量を測定し、スマートフォンアプリと連動して自動で記録される排尿量測定システムである。

4) 研究の方法

(1) 入院する前の外来時、研究内容を説明し同意を得た後、排尿日誌（図2）、採尿カップを渡し、自宅にて従来法で3日間の排尿日誌を記録した。

*従来法の記入について

採尿カップ（紙製の400ml入る採尿コップ）、排尿日誌を渡し自己で記入した。排尿記録は、排尿ごとに採尿カップで尿量を測定し、排尿時刻と排尿量などを24時間記録した。就寝時から翌日の就寝前までを1日分として記録した。休日などを利用し、可能な限り連続する日付で3日分を記録する。連日記録が難しい場合でも、研究期間内に3日分を行った。「日付」、「起床時間」、「就寝時間」を記入する。「切迫感」があった場合は○、「（尿）漏れ」があった場合は○を記入した。

(2) 入院後、排尿日誌を回収し、使用感調査票 SUS（System Usability Scale、以下 SUS と略す）と使用感についての自由記載のアンケートに記入した。その後、ユリーナ法で1～3日間の排尿記録を実施した。

※1 福井大学学術研究院医学系部門看護学科 コミュニティ看護学領域 老年看護学

※2 名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院 泌尿器科

*ユリーナ法について

入院後、ユリーナと連動する端末をベッドサイドに設置し、使用方法について説明を行った。説明終了後より計測を開始した。毎回の排尿前後にユリーナに乗ることで計測を行った。排尿前には、患者用端末の「はじめる」ボタンを押し、音声ガイダンスに従ってユリーナに乗った。音声ガイダンス終了後、トイレに移動し排尿を行った。排尿後は、ユリーナの前で患者用端末の「排尿後の測定にすすむ」のボタンを押し、再び音声ガイダンスに従ってユリーナに乗った。測定終了後、ユリーナから降り、表示された結果を確認し、「次へ」ボタンを押して質問に回答後、「完了」ボタンを押して記録を終了した。

- (3) ナリーナ法を終了後 SUS と使用感についての自由記載のアンケートに記入した。

*使用感調査票 SUS について (表 1)

SUS は、ユーザビリティ評価のための尺度であり、肯定的な質問と否定的な質問を交互に繰り返す内容で 10 項目の質問から構成される。各質問項目の得点と総合得点で評価する。各項目別評価と総合得点の絶対評価の尺度として利用でき、信頼性が検証されている²⁾。各質問に対し、「まったくそう思わない(1 点)」から「まったくそう思う(5 点)」の 5 段階リッカートスケールで回答する。質問項目毎の得点を比較し評価する。総合得点の算出方法として、各項目の点数を X 点とし、奇数番号の質問へのスコアは $X - 1$ 、偶数番号の質問には $5 - X$ として算出し、スコアの総計に 2.5 をかけて総合得点(100 点満点)を算出する。総合得点は 80.3 超が Excellent、68.0 超から 80.3 が Good、68.0 が Okay、51.0 以上から 68.0 未満が Poor、51.0 未満は Awful と評価する。

5) 研究実施期間

2024 年 7 月 26 日から 2025 年 3 月 31 日

6) 調査方法

従来法と簡便かつ負担を軽減する方法としてユリーナ法を用いて排尿日誌を記録し、使用後、それぞれの方法について医療機器の使用感調査票 SUS と使用感についての自由記載のアンケートを実施した。

2 用語の定義

1) 負担感

排尿日誌を記録する一連の動作に対して、対象者が心理的、身体的、社会生活に被った思いと動作

2) 排尿日誌自動記録システム

計量カップを用いず、排尿時刻や尿量を自動的に記録・集計する機能を有するシステムであり、従来の排尿日誌に代わるもの

3 データ分析方法

「従来法」と「ユリーナ法」における患者の使用感の差について、Wilcoxon の符号付順位和検定を用いて解析した。統計解析には統計ソフト SPSS Ver. 26 (IBM, JAPAN) を用いて行い、有意水準は $p < 0.05$ とした。また、使用感についての自由記載のアンケートの回答を内容毎に分類し、類似する内容をカテゴリー化して分析した。「従来法」と「ユリーナ法」の尿量の違いについては、24 時間平均 1 回排尿量、日中平均 1 回排尿量、夜間平均 1 回排尿量を比較し、相関係数を算出した。それぞれの平均 1 回排尿量は、従来法は 3 日間の排尿日誌の記録から、またユリーナ法は 1 から 3 日の記録から 1 日毎の平均を算出したのちその日数で割って平均を算出した。

4 倫理的配慮

対象者には、外来受診時に研究者が本研究の説明を行い、研究への参加を拒否する権利があること、また、研究参加の有無が入院中の治療やケアに影響を与えないことを説明したうえで、書面による同意を取得した。なお、本研究は福井大学医学部系研究倫理委員会承認を得て実施した(承認番号 20240061)。

Ⅲ 結果

1 対象者の特徴

対象者は同意が得られた 18 名のうちユリーナ法を直前に拒否した患者 5 名を除く 13 名であった。平均年齢 73.5 歳 $\pm$ 5.6 歳、性別は男性 10 名、女性 3 名であった。病名は前立腺癌 6 名、骨盤臓器脱 3 名、膀胱癌 1 名、尿管癌 1 名、前立腺肥大症 1 名、尿管結石 1 名であった。

2 「従来法」と「ユリーナ法」の SUS 評価票を用いた使用感の比較 (表 2)

1) 総合点

従来法とユリーナ法の SUS 総合得点は、従来法の平均値 59.04 点 $\pm$ 26.2 点であり、ユリーナ法の平均値 59.04 点 $\pm$ 19.883 点で、どちらの方法も「Poor」の評価に分類され、有意な差はなかった。

2) 各項目別

各項目別得点は、尺度で示された数値を表示する。「質

問 10: この方法（装置）を使い始める前に多くのことを学んでおく必要があると思う」では、ユリーナ法で平均値 3.38 点± 1.261 点が従来法の平均値 2.69 点± 1.377 点より有意に高値であった。

3 「従来法」と「ユリーナ法」のアンケートによる自由回答の比較（表 3）

1) ネガティブ意見

採尿物品・機器の不具合では、従来法で採尿するカップやメモ用紙を用意することに気を遣っていることや、カップの大きさに対する不満が挙げられた。また、ユリーナ法では、機器を作動時のトラブルが報告され、スムーズな計測が難しい場合があった。

排尿動作では、従来法で採尿することの不便さ、尿をこぼすことがあり、正確な測定に困難さがあった。ユリーナ法では、機器の操作に時間がかかり、操作する時間の間に尿意切迫感が出現し排尿に間に合わない。機器の動作がうまく作動しないことで排尿が間に合わず、計測が完了しないケースも報告された。

環境に関して、従来法では、採尿カップを置く場所やトイレの使用環境に関する気遣いがあり、ユリーナ法では機器の充電や読み取り機能に関して配慮していることが示された。

心理面では、採尿しなければならないという精神的な圧力があり、それに伴う精神的な苛立ちがみられた。また、機器の操作が煩わしく思い、やり方を学ぶまで時間がかかった。また理解するまでに時間がかかることが示された。従来法、ユリーナ法のどちらの方法においても、外出できないという行動制限が生じることに対する煩わしさや面倒さが指摘された。また、排尿状態を自己で観察しても、それが正常なのかどうか判断がつかないという意見がみられた。

2) ポジティブ意見

従来法、ユリーナ法ともに「事前準備はしていない」、「気を付けることはなかった」が数人存在した。また、排尿状態を自己で観察できるため、排尿に関する気づきがあった。ユリーナ法に関しては尿量計に乗ることで採尿行為がなく簡単であり、覚えれば簡単にできるという意見がみられた。

4 「従来法」の尿量と「ユリーナ法」の尿量の比較（表 4）

従来法とユリーナ法での 24 時間平均 1 回排尿量、日中平均 1 回排尿量、夜間平均 1 回排尿量を比較した。

24 時間平均 1 回排尿量では、中程度の正の相関 ($r = 0.556$ $p = 0.049$) が認められた。日中平均 1 回排尿量でも、中程度の正の相関 ($r = 0.591$ $p = 0.033$) が認められた。夜間平均 1 回排尿量では相関 ($r = 0.360$ $p = 0.226$) は認められなかった。24 時間の平均 1 回排尿量および日中の平均 1 回排尿量では、両側検定で有意に差を認められたが、夜間の平均 1 回排尿量に関しては有意な相関は認められなかった。

IV 考察

従来法とユリーナ法で使用感調査の結果、総合得点においてどちらも「Poor」の評価であった。

これは、自由回答でも指摘されたように、採尿物品や機器の不具合があり、従来法では採尿の手間、ユリーナ法では排尿前後の機器操作の負担が影響していると考ええる。

しかし、項目別の評価では、ユリーナ法で「この方法（装置）を使い始める前に多くのことを学んでおく必要があると思う」が有意に高値を示していた。

これは、機器の操作方法を理解し、使いこなすまでの負担感が大きいことを示している。自由回答のネガティブ意見においても、「操作のやり方を学ぶまで時間がかかる」ことが挙がっており、負担感に繋がった結果となった。門西ら（2022）の報告でも、患者の理解度や ADL（Activities of Living: 日常生活動作）の状況によっては使用が難しい可能性が指摘されており³⁾、本研究の結果とも一致している。高齢者にとって新しい機器の取り扱いが困難であり、導入時には細かな説明や十分な練習が必要である。

一方で、ユリーナ法の利点として、採尿不要で排尿量が測定できるため、感染リスクの低減や、衛生的な管理が可能である点が評価された（門西ら、2022）³⁾。従来法では、尿がこぼれることや、採尿カップをトイレにおいて置くことで衛生面の問題が生じる可能性があるため、ユリーナ法の方が衛生的に優れていると考えられる。

さらに、自由回答のポジティブ意見として、「事前準備はいらぬ」、「気を付けることはない」といった点がユリーナ法に多く挙げられた。また、「操作を覚えれば簡単にできる」という意見もみられた。谷口ら（2022）⁴⁾の報告でも、ユリーナ法の使用感が高評価を得ており、スマートフォンを使用しない高齢者でも操作が簡単でわかりやすいという点が確認されていることから負担が少なく排尿日誌を記録できるといえる。

本研究では、24 時間平均 1 回排尿量および日中平均 1 回排尿量において正の相関が認められ、ユリーナの器機の正確性においては確保されており (Takai et al, 2020) ⁵⁾、ユリーナ法で排尿日誌を記録することは有効であると考ええる。

また、多くのガイドライン (女性下部尿路診療ガイドライン第 2 版、2019) では、記録の正確性に関して、排尿日誌の調査期間が長すぎると信頼性が低下することが危惧されている ⁶⁾。その点においてユリーナ法は採尿不要で、自動で計測記録されるので、記録の正確性は保てる。また、排尿時の採尿行為、自己での記録が省けるという点では負担軽減となり、長期間の排尿日誌を記録する場合に有効な手段となり得ると考える。

現在、ユリーナ法は病院や施設での利用に限られており、自宅での使用は想定されていない。しかし、今後、自宅での使用が可能となり、体重計のように簡単に乗り降りするだけで排尿記録が自動化され、スマートフォン上で自身の排尿状態を確認できるようになれば、個々のニーズに応じた排尿日誌の記録方法の選択肢の一つとしての有用性が期待される。

V 研究の限界と今後の課題

ユリーナ法を直前に拒否した患者 5 名については女性 2 名男性 3 名であったが、5 名は説明時点で操作が難しいと体験せずに拒否された。内 1 名は設置時点に作動に時間がかかったのを見て拒否された。女性 2 名は骨盤臓器脱の 80 歳以上であった。また男性は性格的にせっかちの傾向に見うけられた。従来法は拒否されず記録したことを考慮すると、新しい方法の提案にユリーナを使用することの各個人の受け入れに限界を感じた。機器を使用することに患者の理解度や性格を十分考慮していく必要があるといえる。そのためには、看護師が、患者に合わせた物品の選定と、ユリーナ法でする際は操作の手順を簡潔に説明し、不安を与えないように行っていく必要がある。新しい機器を導入する場合、皆が同じレベルで扱えるよう看護師の教育、育成は欠かせない。

ユリーナの使用において、現在は医療機関での使用と限定されている。入院日数の短縮に伴い、在宅での療養の重要性が増す中、施設等での使用を広めることで、医療者を含む介護支援者が、高齢者の排尿管理を容易にし、患者の生活の質 (Quality of Life) を高める可能性は期待できる。

VI 結論

従来の排尿日誌の記録方法と、採尿不要のユリーナと連動するアプリを活用した排尿日誌の記録方法について、患者の使用感を比較した結果、総合評価では両者に差はなかった。一方、ユリーナ法では、使用前に多くのことを学ぶ必要がある点で有意に高値を示した。

しかし、十分な取り扱い説明を行うことで、ユリーナ法は採尿不要で排尿日誌を記録できる有効な選択肢となる可能性が示された。今後、患者の負担を軽減しながら、より適切な排尿管理ができる方法として、ユリーナ法のさらなる活用が期待される。

謝辞

本研究実施にあたり、公益財団法人木村看護教育振興財団の看護研究助成を頂いたことに感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 吉村耕治, 他. 「排尿日誌 (排尿記録) を用いた排尿管理・指導の有効性」夜間頻尿, 日本排尿機能学会誌, 2013;24 (2): 309-313.
- 2) Brooke J.SUS:A quick and dirty usability scale. In: Jordan, PW, Thomas B McClelland IL, Weerdmeester B (eds) Usability Evaluation in Industry. Taylor and Francis.London,1996: 189-194.
- 3) 門西知香, 他. 現行の自動尿量測定装置と採尿不要の新排尿量測定装置の看護師の使用感調査. 創傷・オストミー・失禁管理学会会誌 (4); 2022: 347-354.
- 4) 谷口珠美, 他; 現行の自動尿量測定装置と開発機の患者使用感評価. 日本排尿機能学会誌 32 (2); 2022: 460-464.
- 5) Shun Takai, et al; A small pilot study to evaluate the accuracy and feasibility of a novel automated voiding diary device for recording urine output measurements: Neurourology and Urodynamics. 2020: 1-6. doi:10.1002/nau.24547.
- 6) 日本排尿機能学会 / 日本泌尿器科学会 (編). 女性下部尿路症状診療ガイドライン [第 2 版]. リッチヒルメディカル: 2019

図1 排尿量計 Urina

排尿前後で
ユリーナに乗り
排尿量を測定
(約 31cm× 29.5cm)



排尿量計Urina

患者専用の
スマートフォン



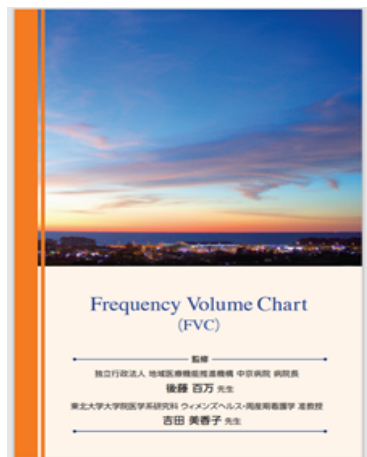
患者用端末

医療者専用の
タブレット



医師用端末

図2 排尿日誌



排尿日誌
採尿カップ（紙製の 400ml 入る採尿コップ）は
どんなものでも代用可能

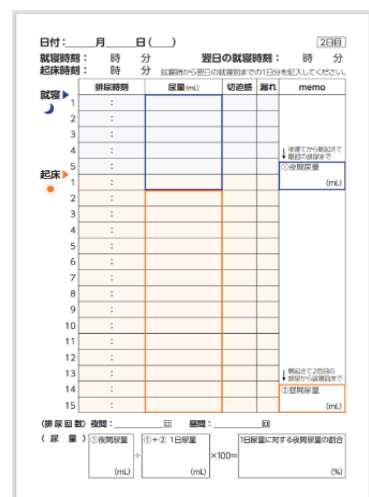
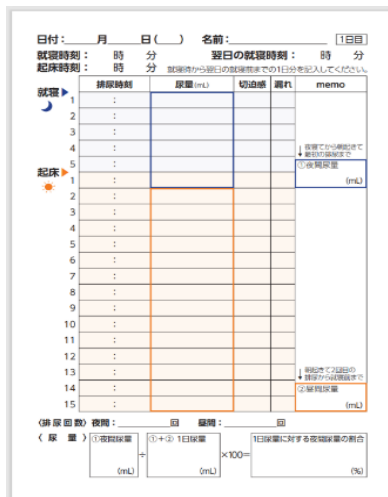
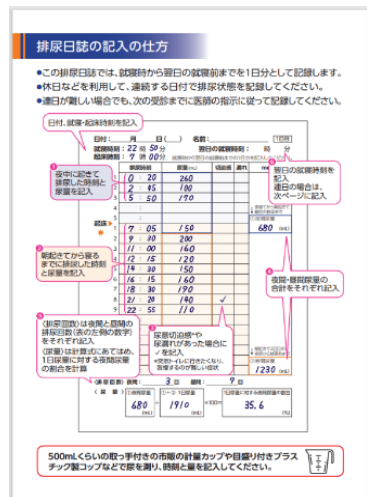


表 1 使用感調査票 SUS (System Usability Scale) (10 項目)

SUS : System Usability Scale (逆転項目は合計時置換算出)

		まったく そう思わ ない					まったく そう思う	
1	この方法を毎回利用したいと思う	1	2	3	4	5		
2	この方法は、必要以上に複雑だと思う (逆転)	1	2	3	4	5		
3	この方法は、簡単に使うことができると思う	1	2	3	4	5		
4	その方法を使う為には、病院スタッフのサポートが必要だと思う (逆転)	1	2	3	4	5		
5	この方法にある色々な機能は良くまとまっていると思う	1	2	3	4	5		
6	この方法は一貫性がないところが多すぎると思う (逆転)	1	2	3	4	5		
7	たいていの人はこの方法の使い方をすぐに理解すると思う	1	2	3	4	5		
8	この方法はとても扱いにくいと思う (逆転)	1	2	3	4	5		
9	この方法を利用する自信がある	1	2	3	4	5		
10	この方法を使い始める前に、多くのことを学んでおく必要があると思う (逆転)	1	2	3	4	5		

SUS score	Grade	Adjective Rating
> 80.3	A	Excellent
68 - 80.3	B	Good
68	C	Okay
51 - 68	D	Poor
<51	E	Awful

表 2 従来法とユリーナ法の SUS を用いた使用感評価 (総合得点、各項目)

n=13

		従来法				ユリーナ法				
		中央値	四分位 範囲	平均値	標準 偏差	中央値	四分位 範囲	平均値	標準 偏差	有意 確率
総合得点		65.00	45.00	59.04	26.211	52.50	31.25	59.04	19.883	0.723
項目	1 このやり方 (装置) を 毎回利用したいと思う	3.00	2.00	2.69	1.377	3.00	3.00	3.08	1.498	0.569
	2 このやり方 (装置) は 必要以上に複雑だと思う	2.00	2.00	2.23	1.363	3.00	1.00	2.69	1.109	0.305
	3 このやり方 (装置) は 簡単に使うことができると思う	3.00	3.00	3.23	1.589	3.00	2.00	3.23	1.363	1.000
	4 これをやる (その装置を使う) 為には 病院スタッフのサポートが必要だと思う	1.00	2.00	2.00	1.528	2.00	2.00	2.08	1.038	0.836
	5 これ (この装置) は機能的に良く まとまっていると思う	3.00	1.10	3.15	1.144	3.00	3.00	3.15	1.463	1.000
	6 このやり方 (装置) は 一貫性がないところが多すぎると思う	2.00	2.50	2.54	1.450	2.00	1.50	1.77	0.832	0.120
	7 たいていの人はこの (装置の) 使い方をすぐに理解すると思う	4.00	2.50	3.54	1.330	3.00	3.00	3.31	1.494	0.454
	8 このやり方 (装置) は とても扱いにくいと思う	2.00	3.50	2.69	1.702	2.00	2.00	2.23	1.013	0.527
	9 このやり方 (装置) を 利用する自信がある	3.00	3.10	3.15	1.573	3.00	3.00	3.00	1.528	0.874
	10 このやり方 (装置) を使い始める前に 多くのことを学んでおく必要があると思う	3.00	2.00	2.69	1.377	3.00	2.00	3.38	1.261	0.02*

注1) SUS: System Usability Scale (使用感調査票)

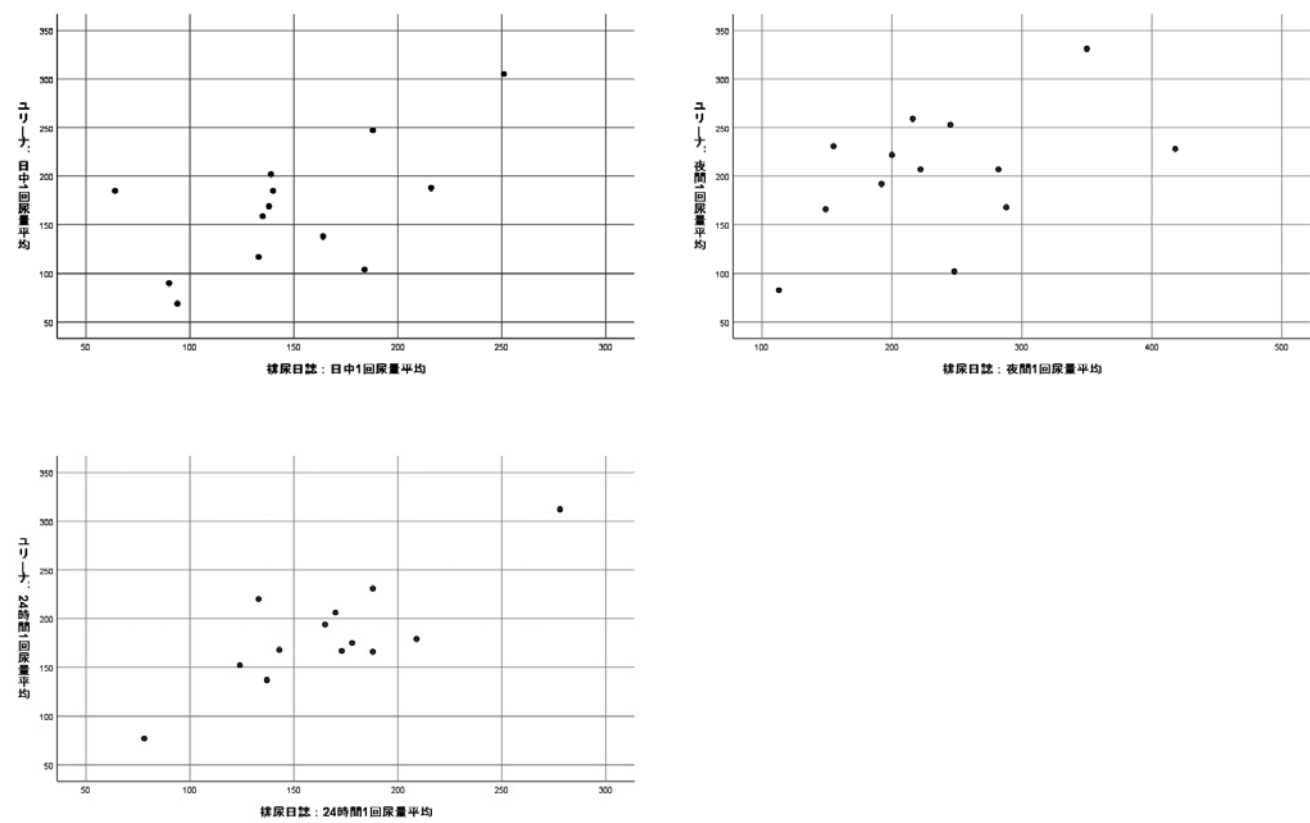
* Wilcoxon の符号付き順位検定 $p < 0.05$

表3 従来法とユリーナ法のアンケート自由回答

カテゴリー	従来法		ユリーナ法	
	ネガティブ意見	ポジティブ意見	ネガティブ意見	ポジティブ意見
採尿物品・機器の不具合	計量カップを準備した	事前準備はしていない (3)	ロックの解除が出来ず先に進めなかった	事前準備はしていない (4)
	大きいカップを用意した		スマホのロック操作がかかりすぎ	
	夜間・早朝など紙コップでは入りきらないカップの大きさが深い方が良かった		途中でロックがかかるのでスムーズに次の作業が出来なかった	
	尿カップの口が大きい方がいい		ロック解除も固まってしまう、画面表示せずで途中でやめることが多かった	
	コップの高さが低い方がいい メモが必要			
動作面 排尿動作	取りにくい 上手くできない 尿カップをこぼすことがあった したくなったらすぐできるのに、コップで採らないといけない		すぐにトイレに行きたいがいけない 排便の時の尿量が取れない 体重計の乗り降りだけなので簡単でいいのだけれどスマホの操作ボタンの反応が悪く、トイレで排尿するのに間に合わなかった	
環境面	コップを目立たないところに置いた 個人用のトイレとした	配偶者のみなので気遣いなし 家族には説明だけでよかった	機器のトラブルの際にマニュアルが必要 装置はいいがロック機能等必要ないと思う 体重計でも充電しておかないといけないこと バーコードの読み取り	
心理面	量るのが億劫になる プレッシャーがある 採尿を言われると出ない トイレが気になってしまう (少しだけ) 面倒 (3) すぐに記録しないと時間と量を忘れてしまう 3日間のデータでどの程度の症状がわかるのか、好し悪しの判断が不明家でするからいいが、外出すると困る 出来れば外出の制限があるのでつけない	気を付けることはなかった (2) 面倒だが、量は知りたい 夜は量が多かったが、前々から感じていた 自力排尿の量を知る上で有益と感じた	試験的に1回実行してみても理解できた 休日ならできると思う 煩わしい 必要な場合を除いてはやりたくない やり方を学ぶまで時間がかかる 体重計に乗るのが面倒 日々状態が変わる為、何が正常なのかわかり難い	気を付けることはなかった (3) 体重計の乗り降りだけなので続けた 少しはいいと思う 覚えればできるので簡単にできる 計量をしないのでカップより楽 よく考えている機械だ 夜は尿が多いと思っていたが日中が少ないのかも本当に分かった 水分をもっととらないといけないとわかった 手軽に量れるのがとても良い 通常の排尿で良い所

* () 内の数字は回答人数

表 4 従来法とユリーナ法との平均 1 回排尿量の相関関係



COVID-19 パンデミック初期に看護師が認識した看護師長の リスクコミュニケーションに関する実態調査

A Survey on Nurses' Perceptions of Nurse Managers' Risk Communication During Early Stage of the
COVID-19 Pandemic

研究代表者 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 副看護師長

感染症看護専門看護師 木下 紀道

共同研究者 佐藤 ゆか※₁ 青山 恵美※₂ 長崎 由紀子※₂

キーワード: COVID-19, 看護師長, 看護師, クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション,
精神的エンパワメント

I 研究目的

COVID-19 パンデミック初期は、未知の感染症への対応により看護師の不安とストレスが極度に高まった^{1), 2)}。この危機的状況下では、看護師長による効果的なリスクコミュニケーションが看護師の精神的安定と適切な行動決定に重要な役割を果たしたと考えられる^{3), 4)}。しかし、パンデミック下での看護師長のリスクコミュニケーションの実態とその効果に関する定量的研究は限られている⁵⁾。

本研究は、COVID-19 パンデミック初期において、感染患者を直接ケアした看護師が、看護師長のリスクコミュニケーションをどのように認識したか、クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション⁶⁾ (Crisis and Emergency Risk Communication: CERC) 6 原則の視点に基づき検討する。また、看護師の精神的エンパワメントに対する、リスクコミュニケーションの影響を明らかにする。これにより、新興感染症流行時における看護管理の質向上に資するリスクコミュニケーションの在り方について示唆を得る。

II 研究方法

研究デザインは、自記式質問紙を用いた後方視的横断研究である。調査期間は、2023 年 5 月 8 日～5 月 31 日。本研究では、パンデミック初期を 2020 年 1 ～10 月と定義し、対象者は、該当期間に関東地方 1 都 3 県の重点医療機関 237 施設に所属し、COVID-19 患者を直接ケアした看護師 1896 名とした。調査項目は、施設特性 (設置主体、病床数等)、個人属性 (性別、年齢等)、従事決定時点の意欲 (5 件法)、およびパンデミック初期における個人防護具充足状況 (5 件法、1= かな

り不足していた～7= かなり充足していた、各項目の平均として算出、範囲 1-5 点、高得点ほど充足)、看護師長の CERC に関する認識 (全 24 項目 7 件法、1= 全くそう思わない～7= 非常にそう思う、各項目の平均として算出、範囲 1-7 点、高得点ほど肯定的認識)、精神的エンパワメント (全 12 項目 7 件法、各項目の平均として算出、範囲 1-7 点、高得点ほど高いエンパワメント) である。

看護師長の CERC に関する設問は、CERC6 原則 (迅速性、正確性、信頼性、共感、敬意、行動促進) に基づき作成し、専門家による内容妥当性の検討および予備調査を経て使用した。精神的エンパワメントは日本語版精神的エンパワメント尺度⁷⁾ (日本語版 Psychological Empowerment Scale; 以下、PES) を著者の許諾を得て使用し、測定した。

CERC 設問は、探索的因子分析 (主因子法、プロマックス回転) を行い、構造的妥当性を確認した。信頼性はクロンバックの α 係数で評価した。CERC の関連要因は、[CERC 得点] と施設特性・個人属性との関連について Mann-Whitney U 検定、Kruskal-Wallis 検定、Spearman の順位相関係数の算出を行い検討した。CERC が精神的エンパワメントに与える影響は、[PES 得点] を目的変数、交絡因子を説明変数として重回帰分析を行い検討した。カテゴリカル変数については群間比較、連続変数については相関分析を [PES 得点] に対して行い、説明変数を選択した。分析には SPSS ver.28.0 を使用した。

本研究は、共同研究者の所属機関である愛知医科大学看護学部倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号: 22036)。参加者には研究の目的、方法、匿名

※ 1 元 愛知医科大学 看護学部 ※ 2 愛知医科大学 看護学部

性の保持、任意参加であること、および結果の公表に関する事項を文書で説明し、同意の上で回答を得た。

Ⅲ 結果

1 対象者の属性

対象者のうち704名に調査票を配布し、443名より回答を得た。有効回答は417名であった（回答率62.9%、有効回答率94.1%）。回答者の平均年齢は35.6歳、女性378名（90.6%）であった。

施設特性では、大病院群（400床以上）213名（51.1%）、中小病院群（400床未満）203名（48.7%）であった。個人属性では、上司による事前意思確認あり279名（67.1%）、従事決定時に意欲が高い看護師110名（26.3%）、低い看護師95名（22.8%）であった。

勤務部署では、ICU所属35名（8.4%）、COVID-19専用病棟所属350名（83.9%）であった。ICU所属群は、調査対象期間中にICU内でCOVID-19患者を直接ケアした看護師を指し、他部署への一時的異動者は含まない。重症患者担当経験者188名（45.2%）、感染対策関連の役割経験者97名（23.3%）であった。个人防护具充足度は中央値2.67（範囲1.00-5.00）であり、理論的中央値3を下回った。

2 CERC設問の妥当性と信頼性

探索的因子分析の結果、CERC設問は【共感・敬意】【迅速性・正確性・信頼性】【行動促進】の3因子に分類された（KMO測度.964、Bartlettの球面性検定 $p<.001$ 、累積寄与率78.3%）。クロンバックの α 係数は全体で.978であった。CERC設問は、十分な妥当性と信頼性を有すると考えられた。

3 CERCと関連する属性

【CERC得点】の全体中央値は5.24点（範囲1.21-7.00）であり、理論的中央値4.0点を上回る概ね肯定的な評価であった。

施設特性別では、大病院群（400床以上、 $n=213$ ）の中央値は5.32点（1.21-7.00）、中小病院群（400床未満、 $n=203$ ）は5.19点（1.33-7.00）であり、大病院群が有意に高かった（ $p=0.037$ ）。

個人属性では、事前意思確認あり群（ $n=279$ ）の中央値は5.42点（1.62-7.00）、なし群（ $n=136$ ）は4.87点（1.21-7.00）であり、意思確認あり群が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。従事決定時高意欲群（ $n=110$ ）の中央値は5.50点（1.21-7.00）、低意欲群（ $n=94$ ）は5.12

点（1.23-7.00）であり、高意欲群が有意に高かった（ $p=0.005$ ）。个人防护具不足経験群（ $n=233$ ）の中央値は5.11点（1.21-7.00）、不足経験なし群（ $n=175$ ）は5.46点（1.36-7.00）であり、不足経験なし群が有意に高かった（ $p=0.046$ ）。感染対策関連の役割経験あり群（ $n=96$ ）の中央値は5.03点（1.23-7.00）、なし群（ $n=317$ ）は5.32点（1.21-7.00）であり、有意差はなかった。

4 CERCと精神的エンパワメントの関連

【PES得点】は、中央値4.00（1.00-6.50）であった。【PES得点】と有意な関係性を認めたカテゴリカル変数は、【病院規模】（ $p=.031$ ）、【性別】（ $p=.029$ ）、【リーダー役割の有無】（ $p<.001$ ）、【意思確認の有無】（ $p=.031$ ）、【従事開始時期】（ $p=.033$ ）、【従事決定時点の意欲】（ $p<.001$ ）であった。【重症患者担当の有無】（ $p=.163$ ）は、重回帰分析モデルへの投入基準（ $p<0.2$ ）を満たした。連続変数では、【CERC得点】（ $r=.270$, $p<.001$ ）、【年齢】（ $r=.231$, $p<.001$ ）、【看護師経験年数】（ $r=.245$, $p<.001$ ）について、【PES得点】と有意な関係性を認めた。ただし【年齢】と【看護師経験年数】の間で強い相関を認めたため（ $r=.863$, $p<.001$ ）、投入する変数は、より相関係数の大きい【看護師経験年数】のみとした。

以上より、【PES得点】を目的変数、関連性が示唆された9つの因子を説明変数として、強制投入法により重回帰分析を行った。得られたモデルの決定係数 R^2 は.265であり、【PES得点】に対して有意な影響を及ぼす因子は、標準化係数の大きい順に【従事決定時点の意欲】（ $\beta=.277$, $p<.001$ ）、【CERC得点】（ $\beta=.258$, $p<.001$ ）、【リーダー役割の有無】（ $\beta=.232$, $p<.001$ ）、【看護師経験年数】（ $\beta=.169$, $p<.001$ ）、【性別】（ $\beta=.104$, $p=.018$ ）であった。【CERC得点】は、【PES得点】に有意な正の影響を与えていた。

Ⅳ 考察

1 CERCの肯定的な認識

看護師長によるCERCは、感染患者を担当した看護師によって、肯定的に認識されていた。看護管理者に対する質的調査⁸⁾では、組織が一丸となって職員を守る姿勢を明確に示したこと、看護管理者が速やかに情報を共有する重要性を高く認識していたこと、感染予防に必要な教育を実践したことが報告されている。こうした組織的な取り組みが、対象施設においても広く行われ、看

看護師長のリスクコミュニケーションを支援し、看護師の肯定的な認識に繋がったと推察される。

2 CERC と正の関連をなす要因

看護師長の CERC と正の関連をなす変数は、大病院、事前の意思確認、従事決定時点の意欲であった。

大病院の強みとして、まず、経営資源の有利性が考えられる。大病院は中小病院に比して、収益比率が高く、入院患者一人当たりの看護職員数も多い傾向がある。人的資源に余裕があれば、感染や濃厚接触に伴う看護師の欠員を補うことが可能である。また、大規模病院は中小病院に比して空間的ゆとりがあり、感染患者の動線を確保したり、隔離したりする上で有利であったと考えられる。労働環境の整備は、看護師の不安を緩和し、組織や看護師長に対する信頼形成に寄与した可能性がある。

事前の意思確認と従事決定時点の意欲が相関していたことから、意思確認が意欲を向上させ、結果的に、CERC の認識が高まった可能性が考えられる。上司による意思確認は、情報の伝達、誤解の防止、不確実性の軽減、信頼関係の構築に寄与しうる。特に役割課題の明確化は、看護師の意欲を高めることが指摘されている⁹⁾。意思確認の場で、組織としての姿勢が共有され、問題や課題の明確化が行われたことにより、看護師の意欲が高まったと推察する。また、参加型意思決定は、従業員と組織の相互信頼を強化し、職務へのコミットメントを高める¹⁰⁾。より職務にコミットする看護師は、新しい情報や知識を積極的に求めると考えられる。看護師長が、意欲的な看護師の取り組みや努力を認識して、共感や敬意を示し、新たな情報提供を行ったことで、CERC の肯定的な認識に繋がった可能性がある。

3 CERC と負の関連をなす要因

看護師長の CERC と負の関連をなす変数は、個人防護具の不足、感染対策関連の役割経験、ICU 所属、重症患者担当経験であった。

個人防護具の不足に伴うリスク認知の高まりが、看護師長の CERC に対する厳しい評価に繋がった可能性がある。リスク認知は、ハザードとアウトレイジの和と定義される¹¹⁾。個人防護具の不足は、看護師の共感疲労、バーンアウト指数、道徳的苦痛などを高めることが指摘されている^{12) 13)}。アウトレイジを抱く看護師はリスク認知が高まり、看護師長が提供する情報の透明性や信頼性に懸念を抱きやすくなる。結果として、看護師長の CERC

を不十分と認識した可能性がある。

ICU 所属と重症患者担当にみられた【共感・敬意】因子得点の低さは、同じ問題に起因する可能性がある。重症患者のケアは、感染リスクが高いにも関わらず個人防護具が不足していたこと、看護実践の効果を実感しにくいこと、ICU では看護師長が個々のスタッフと対話する時間を十分持ちにくいことが、要因として考えられる。一般的に重症患者はウイルス量が多いうえに、挿管中の呼吸器管理、口腔ケア、吸引処置など、エアロゾルが発生する状況に直面しやすい¹⁴⁾。加えて、重症患者の看護は、看護必要度が高く、身体的な密着度が高まる傾向がある。しかし調査結果では、重症患者担当あり群がなし群よりも、個人防護具の不足を感じていた。そのため、看護師のストレスがより増大したと考える。また、COVID-19 重症患者の看護実践における特徴として、回復の兆しを実感しにくいと指摘されている¹⁵⁾。看護ケアの目標やゴールが見えづらい状況は、看護師が不安全感や無力感を抱く要因となりうる。

感染対策関連の役割経験者は、パンデミック初期において事態の深刻さや緊急性をより理解していたため、看護師長による CERC をより厳しく評価した可能性がある。所属部署で感染に関する役割を有する看護師は、感染制御部門と病棟を仲介し、所属部署の特性に適した感染対策を自ら実践してスタッフの役割モデルとなり、部署の感染教育の中心を担うことが期待される¹⁶⁾。彼らは、看護師長が提供する情報の質や量、迅速さに対し、より高い期待を抱いていた可能性がある。部署の感染対策の要として、彼らとより積極的にコミュニケーションを図ることが望まれる。

4 CERC が精神的エンパワメントに及ぼす影響

看護師長による CERC は、看護師の精神的エンパワメントに正の影響を及ぼしていた。CERC の目的は、危機的な状況下で対象が自己決定を行い、適切な行動を取れるよう、そのために必要な情報やスキル、リソースを与えるなど、対象をエンパワーすることである¹⁷⁾。しかし、CERC がもたらすアウトカムの定量的な検証は、ほとんどなされていない⁵⁾。本研究は、CERC の有効性を定量的に示した、希少な研究の 1 つと考える。

看護師が看護師長の CERC 実践を高く認識すると、精神的エンパワメントを構成する 4 因子である【意義】・【能力】・【影響力】・【自己決定】¹⁸⁾と関連して、精神的エンパワメントの向上を経験する可能性がある。看護

師の精神的エンパワメントの向上は、職務満足度¹⁹⁾や組織コミットメント²⁰⁾を高め、感情障害²¹⁾やバーンアウトを軽減しうる²²⁾。

V 結論

新興感染症のパンデミック発生時に看護師長によるリスクコミュニケーションの実効性を高める方策として、CERC6原則に基づく対話、重症患者をケアする看護師への配慮、感染役割を有する看護師との協働等に関する示唆を得た。組織として、看護師長のリスクコミュニケーションを支援する課題に対しては、看護師の意思決定を尊重する組織風土の醸成、感染症看護への関心や意欲を向上させる教育・トレーニングの実施、個人防護具の備蓄等に関する示唆を得た。看護管理者がリスクコミュニケーションについて学び、その実践能力を高めることで、看護師の精神的エンパワメントが向上し、看護の質向上に寄与する可能性がある。

謝辞

調査にご協力いただいた看護師の皆様、研究実施をご支援いただいた木村看護教育振興財団、各医療機関の関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Pappa S, Ntella V, Giannakas T, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020;88:901-907.
- 2) Zipf AL, Polifroni EC, Beck CT. The experience of the nurse during the COVID-19 pandemic: A global meta-synthesis in the year of the nurse. *J Nurs Scholarsh*. 2021;54:92-103.
- 3) Leppäkoski, T., Mattila, E. and Kaunonen, M., 2023. Nursing managers' experiences of facing the COVID-19 pandemic in their work: A systematic review. *Nursing Open*.
- 4) Simonovich, S.D., Spurlark, R.S., Badowski, D. and et al., 2021. Examining effective communication in nursing practice during COVID-19: A large-scale qualitative study. *International Nursing Review*, 68, pp.512-523.
- 5) Miller AN, Collins C, Neuberger L, et al. Being first, being right, and being credible since 2002: A systematic review of crisis and emergency risk communication (CERC) research. *J Int Crisis Risk Commun Res*. 2021;4 (1) :1-28.
- 6) Centers for Disease Control and Prevention. *Crisis and Emergency Risk Communication (2014 Edition)*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
- 7) 渡辺真弓, 金井 Pak 雅子. 日本語版精神的エンパワメント尺度の信頼性・妥当性の検証. *日本看護管理学会誌*. 2019;23 (1) :50-60.
- 8) 武村雪絵, 井上真帆, 市川奈央子ほか. 新型コロナウイルス感染症に対応する看護職員の確保及び最適なマネジメント検討に向け

- た実態調査研究. *看護*. 2021;73 (13) :64-68.
- 9) 佐野明美, 平井さよ子, 山口桂子. 中堅看護師の仕事意欲に関する調査-役割ストレス認知及びその他関連要因との分析. *日本看護研究学会雑誌*. 2006;29 (2) :81-93.
 - 10) Kumar SP, Saha S. Influence of trust and participation in decision making on employee attitudes in Indian public sector undertakings. *SAGE Open*. 2017;7 (3) :1-12.
 - 11) Sandman PM. *Responding to community outrage: Strategies for effective risk communication*. Fairfax, VA: AIHA Press; 1993.
 - 12) Lake ET, Narva AM, Holland S, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *J Adv Nurs*. 2021;78:799-809.
 - 13) Ness MM, Saylor J, DiFusco LA, et al. Leadership, professional quality of life and moral distress during COVID-19: A mixed-methods approach. *J Nurs Manag*. 2021;29:2412-2422.
 - 14) 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き 第 10.0 版 [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 5]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/001136687.pdf>
 - 15) 牧野夏子, 内山真由美. COVID-19 重症・中等症患者の看護実践における困難の実態. *日本クリティカルケア看護学会誌*. 2023;19:172-183.
 - 16) 森那美子, 西岡みどり. 感染管理リンクナースの準備性・教育実態調査および教育プログラム実施報告. *国立看護大学校研究紀要*. 2016;15 (1) :1-14.
 - 17) 蝦名玲子. クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション (CERC). 東京: 大修館書店; 2020.
 - 18) Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Acad Manage J*. 1995;38 (5) :1442-1465.
 - 19) Ding J, Wu Y. The mediating effect of job satisfaction and emotional exhaustion on the relationship between psychological empowerment and turnover intention among Chinese nurses during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2023;22 (1) :221.
 - 20) Laschinger HKS, Finegan J, Wilk P. Context matters: The impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *J Nurs Adm*. 2009;39 (5) :228-235.
 - 21) Llorente-Alonso M, Garcia-Ael C, Topa G. A meta-analysis of psychological empowerment: Antecedents, organizational outcomes, and moderating variables. *Curr Psychol*. 2023;1-26.
 - 22) Kanai-Pak M. Leadership behaviors that mitigate burnout and empower Japanese nurses [dissertation]. Tucson (AZ) : The University of Arizona; 2009.

参考文献

- 1) 倉岡有美子. 病院における新型コロナウイルス感染症患者受け入れ体制の構築・運用プロセス-看護師長の視点から-. *日本看護科学会誌*. 2021;41:467-475.
- 2) Kamarainen PM, Nurmeksela A, Kvist T. A cross-sectional study of nurses' perceptions of nurse leaders' internal crisis communication during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. 2022;1-11.
- 3) Sangal RB, Bray A, Reid E, et al. Leadership communication, stress, and burnout among frontline emergency department staff amid the COVID-19 pandemic: A mixed methods approach. *Healthcare*. 2021;9:1-6.
- 4) Yong LMO, Xin X, Wee JML, et al. Perception survey of crisis and emergency risk communication in an acute hospital in the management of COVID-19 pandemic in Singapore. *BMC Public Health*. 2020;20:1919-1930.

産褥早期の授乳方法が睡眠と抑うつに及ぼす影響

The Effects of Early Postpartum Breastfeeding Methods on Sleep and Depression

研究代表者 刈谷豊田総合病院 看護師長 坂井田 綾子

共同研究者 森田 一三※¹ 野口 眞弓※¹

キーワード：産褥早期、授乳、睡眠、抑うつ

I 研究目的

母乳栄養が新生児の免疫機能や疾病予防、母子相互作用を高めることは広く知られ、医療従事者は母乳栄養を確立する支援を行っている。授乳は児の欲求にあわせ頻回に行うため、母親がまとまった睡眠時間をとることを困難とし、新生児の育児を行う母親の合計睡眠時間は4.8時間と少ない¹⁾ことが報告されている。しかし、産後の母親の睡眠時間が少ないことは当然であると考えられており、積極的なケアは行われていない現状がある。産後の睡眠不足や疲労は母親のメンタルヘルスを低下させる^{2) 3)}ことから、母親の睡眠不足の改善は喫緊の課題である。

母親の睡眠時間を圧迫する理由の1つである授乳は、これまでの研究では母乳栄養、混合栄養、人工栄養の3つに分類されることが多かった。しかし、母乳栄養といっても児が直接母の乳房から哺乳するいわゆる直接授乳だけでなく、早産や乳頭亀裂などの理由により搾乳した母乳を与えることもある。混合栄養では、母乳と人工乳を与えるが、その組み合わせは直接授乳と人工乳、直接授乳と搾乳と人工乳、搾乳と人工乳など様々であり、授乳方法によっては、授乳に相当に長い時間を要していると考えられる。母乳栄養を望む母親の期待に応えるために、睡眠不足や疲労を最小限にした母乳育児教育が求められているが、その根拠となる授乳方法の違いによる睡眠のデータは乏しい。そのため、臨床における助産師の母乳育児教育支援方法は確立されていない。

そこで本研究は、産褥早期の授乳の実態、詳細な授乳方法の分類による睡眠時間や睡眠の質、抑うつ、ボンディングの違いを明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1 研究デザイン

量的記述的デザイン

2 研究対象

A県の地域周産期母子医療センター1施設で出産した、母乳育児を希望する産褥入院中の母親を対象とした。18歳未満、日本語の読み書きのできない、母児ともに重篤な合併症がある、精神疾患で治療を受けている、授乳・睡眠経過表がない母親は除外した。

3 データ収集方法

データ収集は、1) 属性、2) 産褥早期の授乳の実態、3) 授乳に関連する要因、4) 産褥早期の睡眠状態（主観／客観データ）、5) 褥婦のスクリーニングで用いられている質問票について行った。1)、2)、4)（主観データ）、5) に関しては、オプトアウトにより本研究の実施を研究対象者に周知し、3) のデータ収集は、研究に関係のない病棟勤務助産師が退院前日に研究説明書と質問票を配布し、授乳室の回収箱で回収して行った。4)（客観データ）に関しては、病棟勤務助産師から紹介を受けた褥婦に研究代表者が文書と口頭で説明を行った。データ収集は対応表を作成しデータを結合した。

4 調査内容

1) 属性

年齢、出産経験、出産方法、合併症の有無、産褥早期のヘモグロビン値、児の入院、児の体重、在胎週数をカルテより情報収集した。

2) 産褥早期の授乳の実態

退院前日の授乳・睡眠経過表を用いて、産褥早期の直接授乳・搾乳・人工乳を与えた回数や時間、乳輪トラブルの有無、ラッチオンの状態、ニップルシールドなどの授乳を補助する器具の使用などの授乳の実態を把握した。

※1 日本赤十字豊田看護大学看護学部

3) 授乳に関連する要因

(1) 母乳育児自己効力感

母乳育児自己効力感は、母乳育児を成功できるという確信であり (Otsuka et al., 2008)、作成者の許可を得て日本語版母乳育児自己効力感スケール (Breastfeeding Self-efficacy Scale Short-Form: BSES-SF) ⁴⁾ を用いて、産褥早期、産後 2 週、産後 1 か月に測定した。BSES-SF は 14 項目 5 件法で構成され、得点が高いほど母乳育児自己効力感が高いことになる。

(2) 助産師の指導満足感

助産師の指導満足感を産褥早期に VAS を用いて測定した。得点が高いほど助産師から受けた授乳の指導満足感が高いことになる。

4) 産褥早期の睡眠状態

(1) 睡眠と疲労の主観的評価

退院前日の授乳・睡眠経過表を用いて睡眠時間、休息時間、睡眠満足感・疲労感を把握した。睡眠満足感・疲労感は VAS を用いて測定しており、得点が高いほど睡眠満足感が高く、疲労感が強いことになる。

(2) 睡眠の客観的評価

研究協力が得られた褥婦に対して、アクチ・ジャパン社の wGT3X-BT[®] を非利き手への装着を依頼した。これを用いて退院前日の入床回数、全睡眠時間 (Total sleep time、以下 TST)、睡眠効率を測定した。

5) 褥婦のスクリーニングで用いられている質問票

(1) 抑うつ

本研究では精神疾患で治療を受けている者を除外しており、抑うつは「抑うつ気分」とする。エジンバラ産後うつ病自己調査票 (以下 EPDS) を用いて産褥早期、産後 2 週、産後 1 か月に測定した。これは、10 項目 4 件法で構成され、得点が高いほど抑うつが強いことになる。

(2) ボンディング

ボンディングは、母親が児に対して感じる愛情や絆であり、日本語版 Mother-to-Infant Bonding Scale: MIBS) を用いて産褥早期、産後 2 週、産後 1 か月に測定した。これは、10 項目 4 件法で構成され、得点が高いほど子どもへの否定的な感情が強いことになる。

5 データ分析方法

産褥早期の授乳の実態を明らかにするために SPSS を使用し基本統計を行った。有意水準は 5% とした。授乳、母乳育児自己効力感、睡眠、疲労、抑うつ、ボンディ

ングなどの主要変数間の Spearman の順位相関係数を求めた。次に、授乳方法の分類による睡眠、疲労、抑うつ、ボンディングの違いを Kruskal-Wallis の一元配置分散分析および、多重比較を Dunn-Bonferroni の方法を用いて分析を行った。なお、アクチグラフによって得た睡眠のデータは、1 回の入床あたりの睡眠毎に専用ソフトで分析を行ったのち各変数を算出した。

6 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字豊田看護大学 (承認番号 2233) 及び、研究実施施設の研究倫理審査委員会の承認 (承認番号 906) を得て実施した。本研究の実施について、オプトアウトにより研究対象者に周知し、退院前日に行う母乳育児自己効力感等の調査時に調査項目の閲覧について口頭と文書で同意を得た。

Ⅲ 結果

1 研究対象者の背景

選定条件を満たした 185 名 (このうちアクチグラフの調査は 89 名) を分析対象とした。研究対象者の年齢は 32.4 歳 (± 4.5)、出産歴は初産婦 99 名 (53.5%)、在胎週数は 39 週 1 日 (± 1 週 2 日)、出産方法は正常分娩が 102 名 (55.1%)、産褥早期のヘモグロビン値は 10.0g/DL (± 1.4)、児の出生体重は 3,001g (± 333) であった (表 1)。

表 1. 研究対象者の背景 n = 185

	平均値 (SD)	n (%)
出産年齢 (歳)	32.4 (± 4.5)	
出産歴		
初産婦		99 (53.5)
経産婦		86 (46.5)
出産時の週数	39 週 1 日 (± 1 週 2 日)	
出産方法		
正常分娩		102 (55.1)
器械分娩		21 (11.4)
選択的帝王切開		45 (24.3)
緊急帝王切開		17 (9.2)
ヘモグロビン値 (g/DL) *	10.0 (1.41)	
児の出生体重 (g)	3001 (± 333)	
退院前日 ** の児への授乳方法		
直接授乳のみ		24 (13.0)
搾乳のみ		2 (1.1)
直接授乳と搾乳		2 (1.1)
直接授乳と人工乳		87 (47.0)
搾乳と人工乳		7 (3.8)
直接授乳と搾乳と人工乳		63 (34.0)

* : 平均測定日数 2.32 (± 0.54) 日

** : 出産後 4.4 (± 1.0) 日

2 産褥早期の授乳の実態

産褥早期（退院前日）の授乳の実態は、直接授乳と人工乳が 87 名（47.0%）と多く、次いで直接授乳と搾乳と人工乳が 63 名（34.0%）で、直接授乳のみが 24 名（13.0%）であった。しかし、74 名（40.0%）が搾乳をしていた（表 1）。

授乳に要した時間は平均 36.6 分（± 11.5）であった。産褥早期の授乳の実態を全体と直接授乳と搾乳と人工乳をしている母親で比較した。「ニップルシールド使用」は、全体で 17.3%、直接授乳と搾乳と人工乳で 31.7%、「ラッチオンに問題あり」は、24.3%、46.0%、「扁平・陥没乳頭」は、14.1%、25.4%、「乳頭乳輪のトラブルあり」は、19.5%、28.6%であった。

3 授乳に関連する要因

産褥早期（退院前日）の BSES-SF 得点の平均は 39.9（± 11.4）、助産師の指導満足感の得点平均は 87.1 点（± 16.4）であった。

産褥早期、産後 2 週、産後 1 か月の BSES-SF 得点は、授乳方法が「直接授乳のみ」の母親よりも「直接授乳と人工乳」、「搾乳と人工乳」、「直接授乳と搾乳と人工乳」の母親が有意に低かった（ $P < 0.001$ あるいは $P < 0.05$ ）。以下、有意確率が 5%未満を*、1%未満を**、0.1%未満を***で示す。

4 産褥早期の睡眠と疲労

産褥早期の主観的評価の睡眠時間の平均が 4.8 時間（± 1.8）、休息時間が平均 2.1 時間（± 2.1）、睡眠満足感が 51.8（± 25.6）、疲労感が 53.0（± 22.8）であった。また、睡眠時間と疲労感（ $rs = -.216^*$ ）、睡眠満足感と疲労感（ $rs = -.433^{**}$ ）に有意な負の相関がみられた（表 2）。つまり、睡眠時間が短く睡眠満足感が低いと疲労感がみられた。

アクチグラフで測定した産褥早期の入床回数が平均 4.9 回（± 1.5）、TST が 319.0 分（± 105.2）、睡眠効率が 74.5%（± 9.3）であった。TST と睡眠効率との間に有意な正の相関がみられた（ $rs = .489^{***}$ ）。このことは、睡眠時間が長いと睡眠効率がよいことが示された。

次に主観的睡眠評価とアクチグラフの客観的評価との関連では、主観的睡眠時間と睡眠効率との間に有意な正の相関がみられた（ $rs = .297^*$ ）。しかし、睡眠満足感および疲労感と TST、睡眠満足感および疲労と睡眠効率との間に有意な関連はみられなかった。つまり、主

観的睡眠時間で睡眠効率を推測できることが示された。

5 授乳方法（6 分類）と睡眠時間や睡眠の質、抑うつ、ボンディングの関連

授乳方法 6 分類の間で睡眠時間、睡眠効率、睡眠満足感、疲労感、抑うつ、ボンディングに有意な差はみられなかった。

6 授乳方法と授乳時間

1 回あたりの授乳時間の平均では、最も短時間で授乳できるのが直接授乳と搾乳で 24.0 分である。次に直接授乳のみが 24.5 分、直接授乳と人工乳が 35.6 分、直接授乳と搾乳と人工乳が 38.7 分、搾乳と人工乳が 44.7 分、搾乳のみが 45.0 分であった。「直接授乳のみ」の母親よりも「直接授乳と搾乳と人工乳」の母親の授乳時間が有意に長かった（ $P = 0.004^{**}$ ）。この結果から、授乳時間と授乳に関連する要因及び抑うつ等の関連を検討した。

7 授乳時間と授乳に関連する要因及び睡眠時間や睡眠の質、抑うつ、ボンディングの関連

1) 産褥早期の授乳時間と授乳に関連する要因

産褥早期の授乳時間と産褥早期及び産後 1 か月の BSES-SF 得点に有意な負の相関がみられた（産褥早期 $rs = -.493^{**}$ 、産後 1 か月 $rs = -.303^{**}$ ）。また、産褥早期の授乳時間と産褥早期の疲労感に有意な正の相関がみられた（ $rs = .265^*$ ）（表 2）。つまり、産褥早期の授乳時間が長いと、母乳育児効力感が低く、疲労を感じていた。

2) 産褥早期の授乳時間と授乳指導満足、抑うつ、ボンディング

産褥早期の授乳時間と抑うつには関連がなかったが、産褥早期の授乳時間と産褥早期の授乳指導満足感に有意な負の相関（ $rs = -.364^{**}$ ）、産後 2 週の MIBS 得点に有意な正の相関がみられた（ $rs = .223^*$ ）（表 2）。このことは、産褥早期の授乳時間が長いと、産褥早期の授乳指導満足感が低下し、産褥 2 週間の母親が児に対して感じる愛情や絆が良くないことを示した。

3) 産褥早期の授乳指導満足感と母乳育児自己効力感、抑うつ

産褥早期の授乳指導満足感は、授乳方法が「直接授乳のみ」の母親よりも「搾乳と人工乳」の母親の得点が有意に低かった（ $P = 0.004^{**}$ ）。授乳指導満足感と

産褥早期 ($rs=.375^{**}$)、産後 2 週 ($rs=.281^{**}$)、産後 1 か月の BSES-SF 得点 ($rs=.308^{**}$) に有意な正の相関がみられた。また、授乳指導満足感と産褥早期の EPDS 得点に有意な負の相関がみられたが ($rs=-.205^{*}$)、産後 2 週間、産後 1 か月では有意な相関は見

られなかった (表 2)。つまり、授乳指導満足感が高いと母乳育児自己効力感が高くなり、授乳指導満足感が低いと産褥早期の抑うつが強くなるといえる。

表 2. 産褥早期の授乳に関連する要因と睡眠・疲労および主要尺度との関連

	産褥早期							産後 2 週			産後 1 か月		
	EPDS	MIBS	授乳時間	BSES-SF	睡眠満足感	疲労感	睡眠時間	EPDS	MIBS	BSES-SF	EPDS	MIBS	BSES-SF
産褥早期授乳時間	.148	.159	—	-.493**	-.136	.265*	.064	.096	.223*	-.228	.016	.005	-.303**
産褥早期BSES-SF	-.202*	-.303**	-.493**	—	-.014	-.134	-.044	-.229**	-.309**	.751**	-.216**	-.248**	.672**
産褥早期授乳指導満足感	-.205*	-.141	-.364**	.375**	-.017	-.155	-.149	-.101	-.157	.281**	.014	-.074	.308**
産褥早期睡眠満足感	.067	-.107	-.136	-.014	—	-.433**	.009	.033	-.224*	.163	-.005	-.112	.183
産褥早期疲労感	.184*	.126	.265*	-.134	-.433**	—	-.216*	.091	.132	-.067	.158	.067	-.176
産褥早期睡眠時間	.025	.139	.064	-.044	.009	-.216*	—	.087	.145	-.116	-.058	.089	-.061

Spearman の順位相関係数, *: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$, BSES-SF (Breastfeeding Self-efficacy Scale Short-Form) : 母乳育児自己効力感

IV 考察

我が国の出産年齢は 30 ～ 34 歳が多く⁵⁾ 本研究の対象者は平均的であった。また、18 ～ 79 歳の日本人男女 10,000 人の平均睡眠時間は約 7 時間であり⁶⁾、健康な青年期・中年期の睡眠効率は 92.3 ～ 98.5% と報告されていることから⁷⁾、産後の母親の睡眠時間は少なく、睡眠効率は低く、睡眠の質は低かった。

1 回あたりの授乳時間の平均は、産褥早期の授乳方法が「直接授乳のみ」よりも「直接授乳と搾乳と人工乳」が有意に長かった。「直接授乳と搾乳と人工乳」をしている母親は、授乳に問題がある割合が高く、搾乳をする必要があり授乳時間が長くなった可能性がある。

産褥早期の授乳時間が長いと、産褥早期の疲労感が強く、母乳育児自己効力感と授乳指導満足感が低い。これは、産後 2 週のボンディング、産後 1 か月の母乳育児自己効力感に影響する。産褥早期の母親の抑うつに関連する要因は、疲労が強く、直接授乳時間が長く、睡眠頻度が少ないことが報告されている⁸⁾。本研究でも抑うつと疲労は関連しており同様の結果が得られた。授乳時間を先行研究では直接授乳時間のみを、本研究では直接授乳時間に加え搾乳や人工乳を与える時間も含めていた。先行研究の直接授乳時間が長いことは、ラッチオンの問題や少ない母乳量が抑うつに影響した可能性がある。

産褥早期の母乳育児自己効力感と授乳方法との関連の報告では⁹⁾、母乳育児自己効力感が高い母親は母乳のみで育てており、本研究と同様の結果であった。産褥早期の母乳育児自己効力感が高いほどボンディング

は強く、産後 2 週間と産後 1 か月の抑うつが弱いことが明らかとなった。したがって、母親の授乳時間を十分に考慮し、母親の疲労を把握したうえで、母乳育児自己効力感を高められるような母乳育児支援を促進していくことが必要である。

V 結論

産褥早期 (退院前日) の授乳の実態は、直接授乳と人工乳が 87 名 (47.0%) と多いが、74 名 (40.0%) が搾乳をしていた。

授乳方法により睡眠時間、睡眠効率、睡眠満足感、疲労感、抑うつ、ボンディングに有意な差はみられなかった。

産褥早期の授乳時間が長いと、疲労感があり、母乳育児自己効力感が低く、授乳指導満足感が低い。これは、産後 2 週のボンディング、産後 1 か月の母乳育児自己効力感に影響する。

謝辞

ご協力いただいた産後のお母さまに心より感謝申し上げます。この研究は 2023 年度木村看護教育振興財団の看護研究助成金の援助を受けて実施しました。

引用文献

- 1) 河田みどり, 池邊敏子, 千葉県看護協会助産師職能委員会: 産後の疲労と授乳の関連. 千葉科学大学紀要 (6), 103-110, 2013.
- 2) 藤岡奈美, 伊藤由香里, 間倉千明, 他: 初産婦の出産後 1 ヶ月間における睡眠が産後うつ傾向に及ぼす影響 適応年齢褥婦と高齢褥婦を比較し、高齢褥婦の特性を検証する. 母性衛生, 578 (2), 385-392, 2016.
- 3) 山崎圭子, 高木廣文: 産後 4 ヶ月までの「産後の疲労感尺度」の検討. 母性衛生, 62 (2), 317-324, 2021.
- 4) Otsuka, K., Cindy-Lee E. D., Tatsuoka, H. 他: The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers, Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing. JOGNN, 37 (5), 546-555, 2008.
- 5) 厚生労働省: 令和 5 年 (2023) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 - 第 3 表 出生数の年次推移、母の年齢 (5 歳階級) 別 (2025.3.15 検索) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/>
- 6) 日本睡眠科学研究所: 西川睡眠白書 2023 ~日本人の睡眠調査 (2024.1.15 検索) <https://www.nishikawa1566.com/company/laboratory/hakusyo/archive/2023/>
- 7) 中山栄純, 小林宏光, 山本昇: アクチグラフによる睡眠・覚醒判定の基礎的検討. 石川看護雑誌, 3 (2), 31-37, 2006.
- 8) Kawashima, A., Detsuka N., Yano, R.: Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding. Journal of Rural Medicine, 17 (1), 40-49, 2022.
- 9) 入山茂美, 濱寄真由美, 山崎真紀子, 他: 産褥早期の母乳育児自己効力感が産後 1 ヶ月時の母乳育児状況に与える影響, 母性衛生, 52 (4), 538-545, 2012.

日本語版 Pediatric Intensive Care Unit-Quality of Dying and Death

(PICU-QODD-J) の信頼性・妥当性の検証、

および我が国の小児集中治療室における終末期の質の実態

Validation of Japanese version of the Pediatric Intensive Care Unit-Quality of Dying and Death (PICU-QODD-J) and the quality of end-of-life care in Pediatric Intensive Care Units in Japan

研究代表者 東京大学医学部附属部病院 看護部 看護師 高山 温子

共同研究者 川口 敦※¹ 入江 亘※^{2,3} 宮下 光令※² 余谷 暢之※⁴ 山口 拓洋※² 塩飽 仁※²

キーワード: 小児集中治療室、PICU、Quality of Dying and Death、終末期、質の評価

I 研究目的

小児集中治療室 (PICU) でのケアの目標は、子どもの病気の治癒や状態の早期回復である。しかし、院内死亡のほとんどが PICU で発生しており^{1) 2)}、PICU のケアには、死にゆく子どもとその家族に対する終末期ケアも含まれる。

高い Quality of death は終末期医療が到達すべき目標とみなされており、成人領域では、これまでに複数のツールが開発され、終末期ケアの質や死の質の測定が行われてきた^{3) -5)}。しかし、子どもの死は質的に大人と異なるため、小児用のツールを用いた評価が必要である⁶⁾。

PICU-QODD (Pediatric Intensive Care Unit-Quality of Dying and Death)⁶⁾ は、PICU で亡くなった子どもと家族の dying and death の質を測定する尺度である。最新のシステマティックレビューでは、PICU-QODD は good death の様々な側面について、最も包括的な内容を含んでいると評価されている⁷⁾。質の高い終末期ケアを達成するためには、質の測定は不可欠であるが、日本では PICU で使用可能な検証済みのツールは存在しない。

我々は、本研究の前段階として PICU-QODD の日本語への翻訳と異文化適応を確認し、日本語版 (PICU-QODD-J) を開発した。本研究の目的は、以下の 2 点である。① PICU-QODD-J の心理学的特性を検証すること、② PICU-QODD-J を用いて我が国の PICU で亡くなった子どもと家族の終末期の質を明らかにすること。

II 研究方法

1 研究デザイン

多施設前方視的横断研究

2 用語の定義

終末期: 集中治療室で治療されている急性重症患者に対し、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断され、それが家族に告げられ、死を迎える時期であり、死にゆく過程 (dying) と死の瞬間 (death) が含まれる。

終末期の質: Quality of Dying and Death を示す。「子どもと家族の終末期の経験の質」であり、PICU での子どもの死にゆく過程と死の瞬間に、子どもと家族が経験することに対する希望や意向、優先順位などが尊重され、満たされた程度。

3 研究対象

1) 参加施設

次の 4 つの基準をすべて満たす国内 8 施設の PICU で実施した; ①前年の年間死亡症例数が 5 例以上である、② Closed PICU である、③疾患を問わず入院患者を受け入れている、④独立した看護チームである。

2) 症例

2023 年 5 月 1 日から 2024 年 4 月 30 日の間に参加施設で亡くなった 0 から 15 歳未満の子ども、およびその親または保護者、かつ PICU の入室期間が 48 時間以上とした。除外基準は、子どもが亡くなるまでに何らかの事由により、親がまたは保護者が面会できなかった症例とした。

3) 医療者

PICU で亡くなった子どもの最後の 3 日以内に関わった医療者の中で、最もその症例の終末期の状況を把握していると考えられる医師と看護師とした。対象者は参

※ 1 聖マリアンナ医科大学、※ 2 東北大学大学院、※ 3 順天堂大学大学院、※ 4 国立成育医療研究センター

加施設の研究責任者により、1 症例につき医師と看護師が 2 名ずつ選定された。

4 データ分析方法

1) PICU-QODD-J

PICU-QODD-J は、PICU-QODD を日本語に翻訳し、専門家パネルでの検討、医師と看護師、及び子どもを亡くした遺族によるインタビュー調査を通して、表面的妥当性と内容的妥当性を確認して開発された、医療者による代理評価尺度である。全 21 項目で構成されており、対象者は、子どもと最期の 3 日間を振り返って、各項目について「0= 全くそう思わない」から「10= 非常にそう思う」の 11 段階で評価を行う。スコアが高いほど、終末期の質が高いことを意味する。

2) データ収集方法

症例数は、2023 年 5 月 1 日からカウントが開始された。3 ヶ月ごとに各施設の累計症例数を確認し、予定症例数に到達した施設では調査を終了した。患者データは、各施設の研究責任者により医療記録から収集された。

医療者を対象とした、Web アンケート調査を実施した。調査は、2023 年 8 月から 4 クール(2023 年 8 月、11 月、2024 年 2 月、5 月)に分けて実施し、再テスト信頼性検証のために 1 クールあたり 2 回実施した。2 回目の調査は、1 回目のアンケートを配信してから 3 週間後に対象者に配信された。対象者は、子どもと家族の最後の 3 日間の状況を振り返って、(1) PICU-QODD-J を用いた QODD の評価 (0 から 10 点の 11 段階評価)、(2) 3 つの単一項目の質問 (終末期ケアの質、死の瞬間の質、家族ニーズの充足) の評価 (0 から 10 点の 11 段階評価) を実施した。本研究では対象者のマッチングは行わなかった。

3) 統計解析

カテゴリカル変数は度数とパーセンテージ、順序変数と連続変数は中央値と IQR、あるいは平均値と SD で要約した。PICU-QODD-J の検証では、回答の 15% 以上が欠損している、あるいは半分以上の項目を「わからない」と回答している個人のデータは除外した。有効回答を使用してまず標準項目分析を実施し、個々の項目のパフォーマンスを評価した。0 を選択した割合、10 を選択した割合、歪度、「わからない」と回答した割合が調べられた。個人のデータにおいて、「わからない」と回答した項目、および欠損データは個人の平均値で補完した。標準化スコアは、合計点を項目数で割り、

10 を乗じて算出した⁸⁾。

尺度の心理学的特性の検証では、内的一貫性、再テスト信頼性、構成概念妥当性は症例ごとの対象者全員の平均値による標準化スコアを用いて、評価者間信頼性は個人の標準化スコアが用いられた。内的一貫性は、Cronbach α に従って評価し、 $\alpha > 0.7$ を許容可能な値とした⁹⁾。再テスト信頼性は 1 回目と 2 回目の調査の標準化スコアを用いた級内相関係数 (ICC) に従って評価した。評価者間信頼性は、複数の症例の評価をしている対象者を考慮し、一般線形混合モデル (GLMM) を使用し、症例、対象者、誤差の分散を推定し、ICC に従って評価した。ICC > 0.75 を良好とした¹⁰⁾。構成概念妥当性は、3 つの単一項目の質問のスコアと標準化スコアから、ピアソンの積率相関係数を使用して確認した。我々は、終末期ケアの質、死の瞬間の質、家族ニーズの充足の 3 項目は、PICU-QODD-J の標準化スコアと有意かつ、正の相関があると予想した。さらに、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 検定¹¹⁾ および Bartlett の球面性検定を実施した後、探索的因子分析 (主因子法、プロマックス回転、固有値下限 1) を実施し、負荷量は 0.4 より大きい場合に良好とした。最終的な因子数は、スクリーンプットと解釈可能性により決定した。統計解析は SPSS ver.29 を使用した。

5 倫理的配慮

本研究は、東北大学倫理委員会の承認 (2023-1-401)、および各共同研究機関の倫理委員会の承認と所属長の承認を得て実施され、ヘルシンキ宣言に示された原則に準拠して行われた。研究参加の同意は、対象者からアンケートへの回答により取得した。患者データの収集における同意は、各施設の HP において情報公開文書を公開するオプトアウト方式を用いた。

Ⅲ 結果

1 対象者背景

1) 症例

症例数は、65 症例であった (男:39 人 [60%]、年齢中央値 [IQR]:1 歳 [0-4 歳])。47 症例 (72.3%) が緊急入室だった。終末期において、63 人 (96.9%) が人工呼吸器管理、14 人 (21.5%) が ECMO または PCPS の治療を受け、5 人 (7.7%) は死亡 24 時間以内に CPR を受けた。死亡理由で最も多かったのは、心血管系 24 人 (36.9%) であった (表 1)。

2) 医療者背景

260人（医師130人、看護師130人）にアンケートが配信され、1回目調査の調査では231人（医師：112[48.4%]、看護師：119[51.5%]）が回答した（回答率88.8%）。2回目の調査には、182人が回答した（医師：91[50%]、看護師：91[50%]）（回答率70%）。計41人（医師：24、看護師：17）が2症例以上の評価を実施した。

3) PICU-QODD-Jのパフォーマンス

標準化スコアに基づくパフォーマンスを示した（表2）N/Aと欠損値は個人の平均値で補完された。症例ごとの対象者の平均に基づく各項目の中央値とIQRを示した（表3）。

4) 信頼性と妥当性

Cronbach $\alpha = 0.92$ で、許容可能な内的一貫性を示した。再テスト信頼性は $ICC = 0.77$ (95%CI : 0.64-0.85) で、良好な値を示した。評価者間信頼性は $ICC = 0.09$ (95%CI: 0.06-0.13) で低かった。PICU-QODD-Jの標準化スコアは、全体評価である終末期ケアの質、死の瞬間の質、家族ニーズの充足と中程度から強い正の相関 ($r = 0.61-0.78$, $p < 0.01$) を示し、良好な構成概念妥当性が確認された。

5) PICU-QODD-Jの因子構造

探索的因子分析では、KMO検定は0.831で、Bartlettの球面検定の近似 χ^2 乗は1029.77、自由度210、統計的有意であった ($p < 0.001$)。PICU-QODD-Jからは4因子が抽出された；(1) 家族ニーズに対するケア（11項目、 $\alpha = 0.91$ ）、(2) 親子の関係性や親役割に対するケア（4項目、 $\alpha = 0.85$ ）、(3) 子どもの痛みと症状管理（3項目、 $\alpha = 0.89$ ）、(4) コミュニケーションと意思決定支援（3項目、 $\alpha = 0.85$ ）であった。

6) PICUにおける子どもと家族の終末期の質

症例ごとの対象者の標準化スコアの平均 $\pm$ SDは 72.2 ± 13.3 点であった。医師と比較して看護師の平均 $\pm$ SDは4点低かった（医師 74.2 ± 12.8 、看護師 70.3 ± 13.6 ）。

IV 考察

本研究の目的は、PICU-QODD-Jの心理学的特性を検証すること、および我が国のPICUにおける終末期の質の実態を明らかにすることであった。PICU-QODD-Jの良好な信頼性と妥当性が確認された。

1) PICU-QODD-Jの評価者間信頼性

PICU-QODD-Jは良好な信頼性と妥当性が確認されたが、一方で、評価者間信頼性は低い値を示し、評価者によって評価が異なることが示された。これは成人研究でも報告されている結果と同様である^{12) 13)}。この要因には、3つの要因が考えられる。1つ目は、偶然の違いである。評価者が同じ症例を評価したとしても、その時の注意力や解釈の微妙な違いなどにより評価が一貫しない場合があり、系統的でない偶然のばらつきを反映している可能性がある。2つ目は症例による実際の違いである。本研究では、65症例の評価をしており、その患者背景は多様である。PICUに入室する患者は多様な背景をもっているため、この差異はPICU環境の特徴を反映している可能性がある。3つ目は評価者による違いである。本研究の結果からは、その要因を探索することはできないため、今後さらなる研究が必要である。今後、PICU-QODD-Jによる終末期の質の評価では、個人の評価ではなく、複数人で評価をすることを推奨する。

2) 我が国のPICUにおける終末期の質の実態

PICU-QODD-Jを用いた評価により、我が国のPICUにおける子どもと家族の終末期の質が明らかになった。我が国の終末期の質は比較的高いスコアを示したが、米国で報告された値よりも10点以上低かった^{6) 8)}。また、医師と看護師では看護師の方が低いスコアを示したが、この要因には、患者背景、施設背景、提供されたケアの質、職種、対象者個人の経験や認識、価値観など様々な要因が考えられる。これについては、さらなる研究が必要である。

V 結論

本研究により、PICU-QODD-Jは良好な信頼性と妥当性を有した尺度であることが確認された。PICU-QODD-Jは今後の臨床実践や研究に適用可能である。また、我が国のPICUにおける子どもと家族の終末期の質は、他国と比較して低い値を示した。今後は、これに関連する要因を特定するためにさらなる研究が必要である。

表 1. 患者背景

N = 65

年齢, 歳	平均 [SD]	2.77	[4.12]
	中央値 [IQR]	1	[0-4]
		n	%
性別	男	39	60.0%
入室区別	予定入室	18	27.7%
	緊急入室	47	72.3%
死亡理由	心血管系	24	36.9%
	呼吸器系	13	20.0%
	敗血症	10	15.4%
	脳神経系	8	12.3%
	消化器系	3	4.6%
	腎系	1	1.5%
	その他	6	9.2%
PICU 在室日数	中央値 [IQR]	22	[11-61]
終末期の 状況	人工呼吸器管理	63	96.9%
	ECMO	14	21.5%
	死亡 24 時間以内の CPR	5	7.7%
	DNAR の指示	48	73.8%
	生命維持治療の中止	14	21.5%
	生命維持治療の差し控え	40	61.5%

表 2. 標準化スコアに基づくパフォーマンス

	全体 (n=231)	医師 (n=112)	看護師 (n=119)
平均	72.2	74.2	70.3
SD	13.3	12.8	13.6
歪度	-0.4	-0.1	-0.6
中央値	72.4	74.3	71.4
IQR	64.2-80.7	66.4-81.2	62.2-80.5
最高スコア	100	100	99.5
最低スコア	24.7	41.9	24.7

表 3. PICU-QODD-J の各項目のスコア

n=65

	質問	中央値	[IQR]
1	子どもには、からだの痛みがなかった	6	[3-8]
2	子どもには、痛みの他にからだのつらい症状がなかった	5	[2-8]
3	子どもには、気持ちのつらさの症状（不安、恐れ、寂しさなど）がなかった	6	[3-8]
4	医療者は、子どもの症状について親が抱く不安や心配事に迅速に対応した	7	[6-8]
5	医療者は、子どもの情報を親にわかりやすく伝えた	8	[7-9]
6	医療者は、親が質問しやすい雰囲気をつくった	8	[6-9]
7	医療者は、子どもを一人の人として大切にしていることが子どもと親に伝わるように接した	8	[7-10]
8	医療者は、親に寄り添い、気持ちのつらさを支えた	8	[7-9]
9	医療者は、親の希望や意向をくみとり、尊重した	8	[6-9]
10	医療者は、子どもが受けるケアや治療の選択肢について親と医療者が話し合う機会を提供した	8	[5-9]
11	子どもの最善の利益に基づいた治療方針の決定について、医療者と親の意見に違いはなかった	7	[4-8]
12	親は、基本的な生活（食事、入浴、休憩場所、宿泊場所など）で困ることがなかった	6	[6-9]
13	医療者は、親が子どものそばにいられる機会がもてるように配慮した	8	[7-10]
14	医療者は、家族の文化（家族の習慣、行事、儀式、地域の慣習、宗教など）に配慮し、尊重した	8	[6-9]
15	医療者は、子どもらしさ・家族らしさ（価値観・信念、性格、本来の姿など）に配慮し、尊重した	8	[6-8]
16	医療者は、親が子どもに触れたり、抱きしめたり、親子の気持ちがつながるように支えた	8	[7-10]
17	医療者は、親が心の準備をできるように、これから子どもに起こりうることを親に伝えた	8	[7-9]
18	医療者は、子どもの死が近づいたときに親子で過ごす時間やプライバシーが守られる環境を提供した	8	[7-10]
19	医療者は、親が子どもとの思い出（手形、足形、写真、添い寝など）をつくるのを支えた	8	[7-10]
20	子どもが亡くなったあと、医療者は親が子どもと一緒に過ごす時間を十分に提供した	8	[7-9]
21	医療者は、次の勤務帯の担当者に子どもに関する情報を十分に伝達した	8	[7-9]

謝辞

本研究にご協力頂いた医師・看護師の皆様に感謝申し上げます。本研究は、2023年度 公益財団法人木村看護教育振興財団の看護研究助成を受けて実施されたものであり、ここに深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Carter BS, et al: Circumstances surrounding the deaths of hospitalized children: opportunities for pediatric palliative care. *Pediatrics*.2004;114 (3) :e361-e366.
- 2) Chong PH, et al: Do children die? A retrospective review of deaths in a children' s hospital. *Singapore Med J*. 2012;53 (3) :192-195.
- 3) Gutiérrez Sánchez D, et al: The quality of dying and death measurement instruments: A systematic psychometric review. *J Adv Nurs*. 2018;74:1803-1818.
- 4) Kupeli N, et al: Tools Measuring Quality of Death, Dying, and Care, Completed after Death: Systematic Review of Psychometric Properties. *Patient*. 2019;12 (2) :183-197.
- 5) Xu S, Fang Y, et al: A systematic review of instruments measuring the quality of dying and death in Asian countries. *Qual Life Res*. 2023;32 (7) :1831-1842.
- 6) Sellers DE, et al: Measuring the quality of dying and death in the pediatric intensive care setting: the clinician PICU-QODD. *J Pain Symptom Manage*. 2015;49 (1) :66-78.
- 7) Mayland CR, et al: Measuring quality of dying, death and end-of-life care for children and young people: A scoping review of available tools. *Palliat Med*. 2022;36 (8) :1186-1206.
- 8) Bailey V, Beke DM, Snaman JM, et al: Assessment of an Instrument to Measure Interdisciplinary Staff Perceptions of Quality of Dying and Death in a Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *JAMA Netw Open*. 2022;5 (5) :e2210762.
- 9) Tavakol M, et al: Making sense of Cronbach' s alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-55. Published 2011 Jun 27.
- 10) Koo TK, et al: A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016;15 (2) :155-163.
- 11) Kaiser, Henry F: "An Index of Factorial Simplicity." *Psychometrika*,vol. 39,no. 1,1974, pp.31-36.
- 12) Levy CR, Ely EW, Payne K,et al: Quality of dying and death in two medical ICUs: perceptions of family and clinicians. *Chest*. 2005;127 (5) :1775-1783.
- 13) Cho JY, Lee J, Lee SM, et al: Transcultural Adaptation and Validation of Quality of Dying and Death Questionnaire in Medical Intensive Care

Units in South Korea. *Acute Crit Care*. 2018;33 (2) :95-101

心不全患者における倦怠感のマネジメントを支援する 看護ケアプログラムの開発

Development of a Nursing Care Program to Support the Management of Fatigue
in Heart Failure Patients

研究代表者 元神戸掖済会病院 看護部 看護師

神戸常盤大学看護学部看護学科 講師 筒井 千春

キーワード：心不全、倦怠感、症状マネジメント、セルフケア

I 研究目的

全身に及ぶ複数の心不全症状の中でも、倦怠感是有症率が高く、末期状態や急性増悪期だけでなく、病状安定時期にも日常的に体験されている^{1) 2)}。近年、心不全に対する治療は飛躍的に拡大、進歩しているものの、倦怠感心不全の進行の表れでもあり、倦怠感を緩和する有効な治療法は未だ見出されていない。患者は倦怠感を抱えながら暮らしていかざるをえないのが現状である。

心不全患者の倦怠感身体全体を覆う異常な疲労、消耗の感覚で、日常の活動を妨げ、患者は倦怠感に対してパワーレスな状態にある³⁾。運動療法、認知行動療法などの先行介入研究が試みられているが、これらは一様のマネジメント技術提供であり、患者のコントロール感に働きかけるものではない。そこで、「心不全患者における倦怠感のマネジメントを支援する看護ケアプログラム（以下、ケアプログラム）」を考案し、患者が自分の倦怠感の要因に合わせて生活を工夫、調整するセルフケア能力を高めることで、倦怠感に対しコントロール感を持ちながら、少しでも安楽に日常を過ごせることを目指した。

本研究の目的は、研究者が考案したケアプログラムによる、心不全患者のセルフケア能力、倦怠感への予備的効果について検討すること、ケアプログラムの実施可能性、許容可能性について検討することである。

II 研究方法

1 研究デザイン

事例介入研究

2 用語の定義

倦怠感：持続する異常なほどの身体全体の疲労、消

耗の感覚であり、気分や意欲といった情緒面、思考や集中力の低下といった認知面にも影響を及ぼす症状。

症状マネジメント：症状の出現、増強のしかたや影響要因を分析し、それに基づいて症状の発症の予防または軽減を図り、症状の状態に合わせて工夫しながら生活できるようにするための意図的な取り組みであり、プロセスや能力を含む。

3 研究対象

1. 研究協力施設：循環器内科外来を有する病院 1 施設
2. 研究協力者：下記選定条件を満たし同意が得られた 10 名。(1) 心不全の診断を受けており、NYHA 心機能分類Ⅱ～Ⅲの状態にある、(2) 外来医師・看護師によるスクリーニングで「活動時の易疲労感や安静時の疲労感」「あまり眠れていない状態」のいずれかがある、(3) 心不全急性増悪による入院が過去 2 か月以内になく、地域での生活が可能、(4) 約 4 週間毎に外来受診が予定されている、(5) 倦怠感に関する毎日の観察、記録が行える。

4 ケアプログラムの枠組みと概要

倦怠感身体、心理社会的、実存的な側面を含む人それぞれに異なる感覚であり、支援にあたっては看護者がそれを丁寧に捉えることが重要である。このことから、症状をその人個別の「体験」として捉え、セルフケア能力および症状の改善に働きかける看護ケアモデルとして、症状マネジメントの統合的アプローチ (The Integrated Approach to Symptom Management: IASM)⁴⁾ を本ケアプログラムの基盤とすることとした。介入枠組みを図 1 に、ケアプログラムの具体的方法を表 1 に示す。介入は、患者の外来受診日に合わせて対面にて 3 回 (1,3,5 回目)、電話にて

2回（2,4回目）の合計5回、8週間とした。介入内容の統一を図るため、介入はすべて研究者のみで実施した。研究者はこれまでに冠疾患集中治療室、循環器内科病棟で12年勤務している。本ケアプログラムの実施にあたっては、事前研究として4名の心不全患者を対象に倦怠感の体験に関するインタビューを行い、傾聴の技術向上に努めた。

5 データ収集

1) データ収集期間

2023年3月～2024年8月

2) 調査内容・時期

(1) 量的データ

主要評価項目をセルフケア能力（Self-Care Agency Questionnaire-30：SCAQ-30）、副次評価項目を倦怠感（Multidimensional Fatigue Inventory：MFI）とし、介入前、介入終了直後に質問紙への回答を依頼した。SCAQ-30は、「健康に関心を向ける能力」、「選択する能力」、「体調を整える能力」、「生活の中で続ける能力」、「支援してくれる人をもつ能力」の5つの下位尺度（30項目）で構成される自記式評価尺度で、ク

ロンバック α 0.91と信頼性が確認されている。各項目はいいえ（1点）～はい（5点）の5件法で評価し、得点が高いほどセルフケア能力が高いことを示す。MFIは「全般的疲労感」、「身体的疲労感」、「精神的疲労感」、「活動性の低下」、「意欲の低下」の5つの下位尺度（20項目）で構成される自記式評価尺度で、クロンバック α 0.91と信頼性が確認されている。各項目は全くそう思わない（1点）～全くその通りだ（5点）の5件法で評価し、得点が高いほど倦怠感が強いことを示す。

(2) 質的データ

対象者から了承が得られた場合、対面による介入の際の会話を録音し、逐語録に起こした。

①セルフケア能力：研究者がOrem⁵⁾のセルフケア能力の10のパワー構成要素を参考として介入ごとに逐語録より抽出、およびフィールドノートに記録した。

②倦怠感マネジメント方略：患者が行った方略の内容を、介入ごとに逐語録より抽出、およびフィールドノートに記録した。

(3) 基本情報

年齢、基礎心疾患、併存疾患、最新の心エコー結果、血液検査データを診療録より収集した。

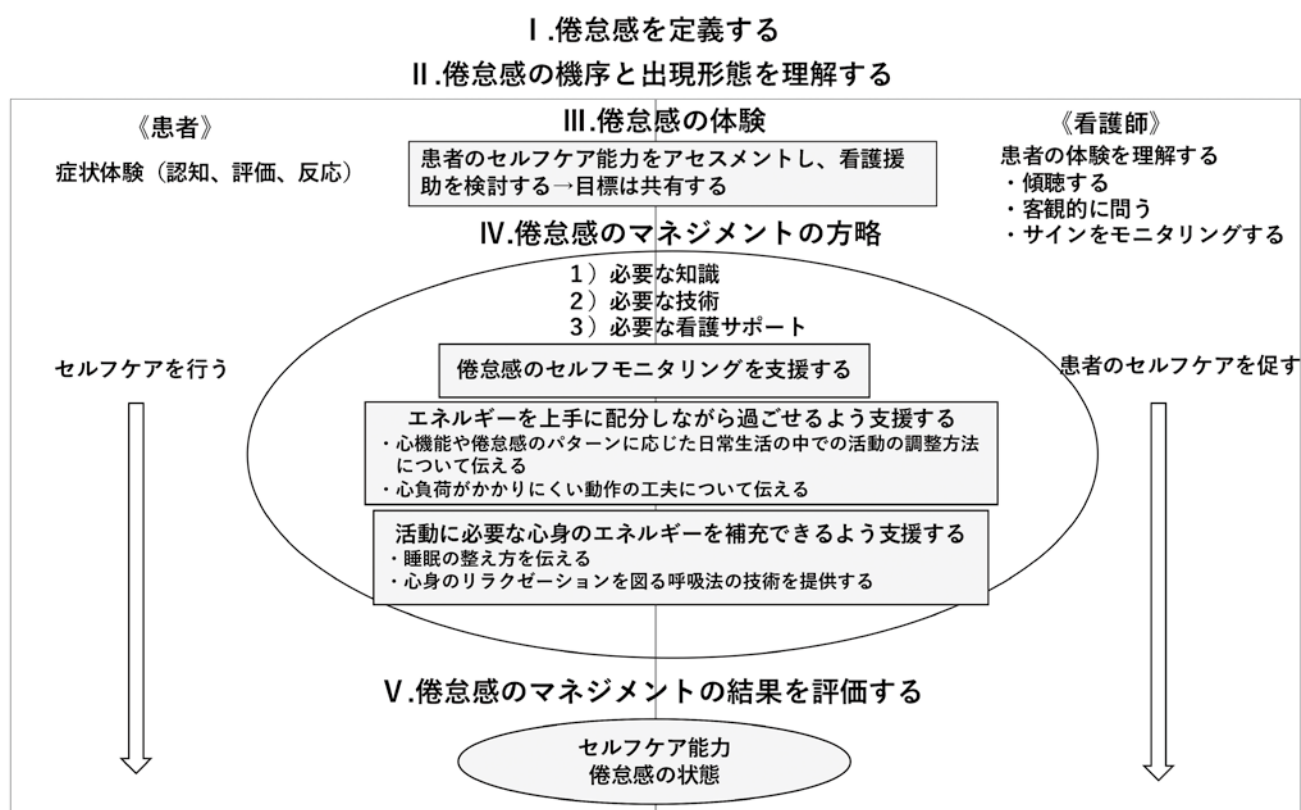


図1 心不全患者における倦怠感のマネジメントを支援する看護ケアプログラム

表1 ケアプログラムの具体的方法

介入時期、 形式、時間	構成要素	具体的方法
1 回目 (対面、 60 分)	①傾聴、倦怠感について客観的に問うこと、倦怠感に関連した徴候の観察によって倦怠感の体験（認知、反応、評価）を理解する	倦怠感の体験について患者に自由に語ってもらうことに加え、感じている倦怠感がどのようなものか（認知）、倦怠感の程度や持続時間・強くなったり軽くなるのはどのような時か（評価）、倦怠感の影響がどのように身体面や心理面、行動面に表れているか（反応）問いかけながら丁寧に聞くこと、研究者による身体観察を通して、患者にとっての倦怠感を捉える。
	②患者のセルフケア能力をアセスメントし、看護援助を検討、目標を共有する	患者の倦怠感の体験の語りの中に埋め込まれた、患者のセルフケアの状況、患者が望む日常の過ごし方や生き方、価値を捉え、患者の倦怠感マネジメントの目標を把握し、目標を患者と共有する。
	③倦怠感のメカニズムや影響要因、モニタリングに関する知識・技術を提供する	研究者が作成したパンフレット（A4 サイズ、冊子体）を用いて、倦怠感のメカニズムや影響要因（心因子、血液因子、呼吸因子、骨格筋因子、活動や薬物療法、睡眠、気分）の状態を、①で語られた患者の倦怠感の体験と関連づけながら説明する。倦怠感の観察は、研究者が作成した「倦怠感ダイアリー」（B5 サイズ、冊子体）を用いて毎日継続してもらう。倦怠感ダイアリーは倦怠感の強さ・強かった時間帯、体重、血圧、浮腫、睡眠状況、倦怠感についての1日の振り返り等で構成される。身体観察・測定が難しいような場合は一緒にいき、観察・測定技術獲得を支援する。
2 回目 (1 週間後、 電話、 10 分)	①倦怠感をモニタリングする力を強化する	1 週間の観察・記録を通して、観察・記録で困ったことはなかったか、対象者が捉えた倦怠感の推移、パターン、影響要因について問いかけ、介入1回目で呼び起こした倦怠感の「自覚」に続き、「測定」する力が高まるよう働きかける。
3 回目 (4 週間後、 対面、 40 分)	①倦怠感をセルフモニタリングする力を強化する	倦怠感ダイアリーを持参してもらい、記録内容を患者と一緒にしながら倦怠感の推移、パターン、影響要因を患者とともにアセスメントし、セルフモニタリングの「解釈」する力が高まるよう働きかける。倦怠感ダイアリーに記録された倦怠感の程度が増強する曜日や時間帯と、血圧等の測定データ・睡眠状況、活動状況を照らし合わせながら一緒に検討することで倦怠感の影響要因への気づきを促し、患者自らが解釈して自分に合った方略を考えていけるよう支援する。
	②エネルギーを上手に配分しながら過ごすための方略に関する知識、技術を提供する	倦怠感ダイアリーの記録をもとに、「心機能や倦怠感のパターンに応じた日常生活の中での活動の調整方法」、「心負荷がかかりにくい動作の工夫」について詳しく説明する。「活動の調整」は、患者の活動量が心機能に応じたものであるかアセスメントしたうえで、倦怠感の程度に合わせた日、週単位での活動の調整方法について説明する（倦怠感が軽減する時間帯に重要な物事を行う、優先順位をつけて活動するなど）。「動作の工夫」については、患者の自宅環境の実例を交えて説明、または患者と一緒にその場で模擬実演を行う（ゆっくり動作を行う、キャリー等の道具を活用する、等尺性運動をできるだけ避けるなど）。
	③活動に必要な心身のエネルギーを補充するための方略に関する知識、技術を提供する ※エネルギーを上手に配分しながら過ごすための方略、心身のエネルギーを補充するための方略は、介入1回目に捉えた患者の生活、マネジメント目標、セルフケアの強みに応じて、その患者にとって重要と考えられるものに重みづけしながら、患者がやり得る具体的な内容を提案する。	介入1回目の倦怠感の体験、倦怠感ダイアリーの記録をもとに、睡眠の妨げとなるものがないかアセスメントし、「睡眠の整え方を伝え」、睡眠衛生への働きかけを行う（日中から眠前の過ごし方、入浴のタイミング、光環境など）。 また介入1回目の倦怠感の体験から、抑うつや不安といった気分が倦怠感に影響していると考えられる場合、心身のリラクゼーションを図るための呼吸法の技術を提供する。マインドフルネス瞑想を取り入れた呼吸法は、緊張している身体をほぐし、心理的ストレスのマネジメントにつながることを伝え、患者と一緒に模擬的に実践してみる。
4 回目 (6 週間後、 電話、10 分)	①倦怠感のマネジメント方略の効果を評価し、自分に合ったマネジメント方略が継続できるようフィードバックする	患者が捉えた倦怠感の推移、パターン、影響要因に関する患者の解釈を確認し、提案したマネジメント方略のうち実際に行った方略、その効果を尋ねる。もし方略を行わなかった場合は、理由について尋ね、患者が自分に合った方略を見出し継続できるようフィードバックする。
5 回目 (8 週間後、 対面、30 分)	①倦怠感マネジメントの結果を評価する	引き続き患者が捉えた倦怠感の推移、パターン、患者が行ったマネジメント方略、方略を行わなかった場合の理由について確認し、8 週間を通しての倦怠感の変化、倦怠感に対する気づき、目標達成状況を、倦怠感ダイアリーと一緒に振り返りながら評価する。介入を通して高まったと考えられるセルフケア能力を患者にもフィードバックし、今後も倦怠感マネジメントを継続できるよう動機づけを高める。

6 データ分析方法

1) 量的データ：セルフケア能力（SCAQ-30）、倦怠感（MFI）

統計解析ソフト SPSS Statistics® ver.26.0 を用い、介入前後に評価尺度の因子ごと、および総得点について分析した。変化量は、正規性が認められた項目については paired-t-test、正規性が認められなかった項目では Wilcoxon signed-rank test を行い、分析した。

2) 質的データ

(1) セルフケア能力

①個別分析：対象者ごとに抽出したセルフケア能力のうち、類似するものを集めて簡潔な一文として表し、10 のパワー構成要素別に分類した。介入 1 回目と介入 5 回目における 10 のパワー構成要素の数、内容の変化を比較、評価した。

②全体分析：全対象者の介入 1 回目と 5 回目の 10 のパワー構成要素の種類を集め、その変化を評価した。

(2) 倦怠感マネジメント方略

①個別分析：対象者ごとに抽出した方略のうち、類似するものを集めて簡潔な一文として表した。介入 1 回目と介入 5 回目における方略の内容の変化を比較、評価した。

②全体分析：研究者による各対象者への方略の提供状況と、対象者の方略実施状況を比較し、実施困難なものはなかったか、検討した。

7 倫理的配慮

兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会（承認番号：2022D06）、研究協力施設の倫理委員会の承認を得た上で実施した。

Ⅲ 結果

1) ケアプログラムの実施状況

選定基準を満たした 13 名に研究協力依頼を行い、10 名から同意を得た。1 名は眼科手術のために 4 週目の電話介入が中止となったが、それ以外の者は全介入を完遂した。介入の平均時間は対面 36.35 (SD ± 7.22) 分/回、電話 7.2 (SD ± 7.10) 分/回であった。

2) 対象者の概要

対象者の平均年齢は 77.6 歳 (SD ± 12.21)、性別は男性 5 名、女性 5 名であった。左室駆出率による心不全分類では HFrEF：2 名、HFmrEF：1 名、HFpEF：7 名であった。NYHA 心機能分類Ⅱの者が 8 名、Ⅲは 2 名だった。主な併存疾患は糖尿病 4 名、慢性腎不全

3 名、がん手術後 2 名、慢性閉塞性肺疾患 1 名であった。独居 5 名、2 人暮らし 5 名で、独居者のうち 2 名が介護保険サービスを利用していた（要支援 1-2）。

3) 介入前後の量的データの変化

SCAQ-30、MFI の介入前、介入後の変化を表 2 に示す。

(1) セルフケア能力（SCAQ-30）

SCAQ-30 合計得点（中央値）は介入前の 125.00 点から、介入後は 134.00 点へ増加したが、有意差はなかった。下位尺度では、「生活の中で続けること」の得点が増加したが、有意差はなかった。対象者別では、4 名において介入後の合計得点が増加したが、6 名の対象者では低下した。6 名においてセルフケア能力に影響を与えそうな基本属性について検討したところ、併存疾患として 3 名が糖尿病、慢性腎不全、2 名ががんを有していた。4 名が 2 人暮らしであったが、うち 2 名は家事や介護を一手に担っていた。残る 2 名は独居で、そのうち 1 名は生活に困り介護サービスが必要になりつつあったが、受け方がわからず未利用であった。また、介入中、倦怠感マネジメント方略を自分の生活に落とし込み、応用的に行っていたとしても、「まだきちんとできていない」といった発言が聞かれた対象者が複数いた。介入終盤になって「やっぱり自分にも倦怠感はある」、「もう少し自分を労わらないといけないということがわかった」と述べ、自分の倦怠感、自分をケアする必要性に気づいた事例もあった。

(2) 倦怠感（MFI）

MFI 合計得点（中央値）は介入前の 61.00 点から、介入後は 60.11 点へと低下したが、有意差はなかった。対象者別では 3 名において合計得点が増加し、それらの対象者には左室駆出率が 28-38%と低い、がん手術後のホルモン療法の影響により自律神経症状を有するといった特徴があった。

4) 介入前後の質的データの変化

(1) SCAQ-30 が増加した 4 名における 10 のパワー構成要素および倦怠感マネジメント方略

4 名中 3 名以上でパワー構成要素 4：倦怠感の影響要因について推論する力が高まっていた。4 名においては、この力を発揮して、倦怠感ダイアリーを通して睡眠が不足していたことに客観的に気づく、倦怠感ダイアリーを振り返り自分の睡眠位相のずれに気づく、しんどさを自覚して血圧を測定してみる、自分に合った歩数の基準を持つ、自分なりに心臓への負担を考えて外出するかどうか決めるといった方略が行えるようになっていた。

表 2 介入前後の量的データの変化

	介入前		介入後		p	d	z
	Median	IQR	Median	IQR			
SCAQ							
健康のために気をつけていること	23.00	20.75-25.00	22.50▼	20.00-25.00	0.292b		-1.053
健康のために選んでいること	22.50	20.00-24.25	22.00▼	19.25-24.00	0.107b		-1.613
体調を整えること	27.50	23.50-29.25	27.50	23.75-29.25	0.673b		-0.422
生活の中で続けること	26.22	24.00-33.25	29.00△	27.25-34.00	0.673b		0.422
支援してくれる人をもつこと	31.50	24.00-35.00	30.00▼	24.25-32.25	0.141b		-1.474
SCAQ合計	125.00	118.61-141.25	134.00△	106.25-139.00	0.475b		-0.714
MFI							
全般的疲労感	12.00	10.75-13.17	12.00	12.00-12.00	0.573b		0.564
身体的疲労感	14.00	12.00-16.00	13.50▽	12.00-14.50	0.496a	0.224	
精神的疲労感	12.00	9.00-15.25	12.50▲	7.25-14.25	0.405a	0.276	
活動性の低下	11.50	6.75-15.25	11.61▲	9.50-14.25	0.376a	-0.294	
意欲の低下	11.00	8.75-12.25	11.10▲	9.75-13.00	0.604a	-0.17	
MFI合計	61.00	50.75-67.00	60.11▽	48.25-67.00	0.905a	0.039	

a: paired t-test b: Wilcoxon signed-rank test *p<.05

(2) 倦怠感マネジメント方略の実施状況

「倦怠感のセルフモニタリングを行う」、「心負荷がかりにくい動作の工夫を行う」はすべての対象者が実施していた。「呼吸法を行い、心身のリラクゼーションを図る」は、1名の対象者でうまく息が継げず、実施できなかった。

IV 考察

1) セルフケア能力の評価

6名の対象者において SCAQ-30 の得点が低下した要因の一つとして、対象者のサポート活用力の低さが考えられた。外来通院中の高齢慢性疾患患者においては、遠慮して医療者に頼ろうとしない、社会的支援の情報を得る方法がわからないといった理由で、患者が自分からは関わりを求めてこないことが示されており⁶⁾、本研究でも、そのような事例が含まれた。サポート活用力が低い事例では、生活を回すことに手いっぱいとなり、自身の身体のケアに関心を向ける余力がなかったことが、セルフケア能力に影響したと推察される。また、本研究では多くの対象者が併存疾患を抱えており、これらの併存疾患そのもの、併存疾患治療の影響が倦怠感を増強させ、セルフケアへの取り組みを困難にさせた可能性がある。心不全患者の年齢中央値は 81 歳と高齢で、約 20%が独居者、約 30%が 2 人暮らしで、複数の合併疾患を有する⁷⁾ことが知られている。心不全患者に特有なこれらの身体、社会環境的な特徴が、セルフケア能力にネガティブな影響を与えていた。

対象者自身がセルフケア能力向上に気づいていなかったことも得点低下に反映されたと考えられた。今後は高まったセルフケアについて可視化して伝えるといった工夫により、患者がコントロール感を持って倦怠感をマネジメントしていけるよう支援する必要がある。

2) 倦怠感の評価

MFI 得点が悪化した 3 名においては 2 名が HFrEF で、全対象者中この 2 名のみが NYHA 心機能分類Ⅲであるという共通点がみられた。倦怠感とは心不全の重症度に比例して増強するといわれている⁸⁾。その他の 1 名は倦怠感以外の症状も有していた。心不全重症度が高い者や他の疾患の治療を受けている者では、身体の状態や治療の影響に留意するとともに、より症状緩和に特化したケア内容を検討することが必要である。

3) 看護ケアプログラムの修正について

本ケアプログラムでは 9 名の対象者が 5 回の介入を完遂することができたことから、1 回あたりの介入時間・内容については倦怠感を有する心不全患者にとっても参加可能で、概ね実用的と考えられた。また、今回の調査では SCAQ-30 の下位尺度「生活の中で続ける能力」が得点増加し、これには「自分に合わせた具体的な健康管理方法を見つけた」、「健康を保つ上で必要なことを行うコツをつかんだ」といった設問の得点増加が含まれた。本プログラムが、患者が自分に合った倦怠感マネジメント方略を見つけ、要点を押さえながら実施していくことへの一助となった可能性が示唆された。

一方で、対象者別ではセルフケア能力は 6 名におい

て向上しなかった。本ケアプログラムの介入期間は先行介入研究、倦怠感を有する対象者にとっての負担への配慮に基づき、8週間と設定したが、倦怠感を認識していなかったり、介入によって自分の身体を労わる必要性に気づき始めた場合は倦怠感の意識化に時間がかかった。支援を継続することでセルフケア能力により良い効果をもたらすことができた可能性があり、介入期間延長について検討する必要がある。先行研究では介入期間は8週間が最も多く、次いで3・6か月が多かったが、高齢者が多い心不全患者では、長期にわたると脱落者が増加する可能性、経過の中で倦怠感が心不全悪化による影響を受けてしまう可能性を考慮すると、3～6か月程度が適切と考えられる。

また今回、高齢、独居や高齢者2人暮らしが多い心不全患者では、生活限界を迎えつつある人が含まれ、生活基盤を安定させなければ、倦怠感マネジメントに至らない可能性もあることが示された。プログラム内容の修正として、対象者・家族の生活を整える援助を並行して進めることが必要である。

本研究の対象者年齢は平均77.6歳と高齢であり、心不全患者の実情を表してはいたものの、より若年の患者ではまた異なる倦怠感マネジメント上の課題があると考えられる。今後は異なる年齢層におけるプログラムの効果を検討することが課題である。

V 結論

本ケアプログラムにおいては、対象者10名中6名で介入後にSCAQ-30合計得点が低下した。介入期間延長、高齢独居や2人暮らし患者の生活基盤安定に向けた援助をプログラムに追加する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力頂いた対象者の皆様、研究協力施設の皆様、ご指導頂いた兵庫県立大学 川崎優子教授に心より感謝申し上げます。本研究は木村看護教育振興財団の助成を受けて行われました。深く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) Albert, N., Trochelman, K., Li, J., & Lin, S. (2010) . Signs and symptoms of heart failure: are you asking the right questions? American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses, 19 (5) , 443-452.
- 2) Williams, B. A. (2017) . The clinical epidemiology of fatigue in newly diagnosed heart failure. BMC cardiovascular disorders, 17 (1) , 122.
- 3) Ekman I, & Ehrenberg A. (2002) . Fatigue in chronic heart failure -- does gender make a difference? European Journal of Cardiovascular Nursing, 1 (1) , 77-82.
- 4) Larson PJ, Uchinuno A, Izumi S, et al. (1999) . An integrated approach to symptom management. Nursing & Health Sciences, 1 (4) , 203-210.
- 5) Orem D E., 小野寺杜紀 (訳) . (2005) . オレム看護論 看護実践における基本概念 第4版 . 東京 : 医学書院 .
- 6) 二十軒温美, 大納庸子 . (2018) . 慢性病者の様相に関する外来看護師の認識—外来看護の充実に向けての一考察—. 日本慢性看護学会誌, 12 (1) , 20-26.
- 7) Shiba N, Nochioka K, Miura M, et al. (2011) . CHART-2 Investigators. Trend of westernization of etiology and clinical characteristics of heart failure patients in Japan--first report from the CHART-2 study. Circ J, 75, 823-833.
- 8) Maurer, M. S., Cuddihy, P., Weisenberg, J, et al. (2009) . The prevalence and impact of anergia (lack of energy) in subjects with heart failure and its associations with actigraphy. Journal of cardiac failure, 15 (2) , 145-151.

全身麻酔下側臥位手術患者における術前皮膚状態と術後皮膚障害・褥瘡発生の関連：前向きコホート研究

Relationship Between Preoperative Skin Conditions and Postoperative Skin Disorders in Lateral Decubitus Surgery: A Prospective Cohort Study

研究代表者 熊本大学大学院生命科学研究部 基盤看護学 准教授 原 健太郎

共同研究者 高見 宗太郎※¹ 上村 貴弘※¹ 立花 玲華※¹ 神代 竜育※¹ 弓削 亜矢香※¹

下山 孝一郎※² 朝重 耕一※³ 山口 美知子※⁴ 藤岡 正樹※⁵ 田川 努※³

キーワード：側臥位手術、経表皮水分蒸散量（TEWL）、周術期皮膚障害、術後褥瘡、皮膚バリア機能

I 研究目的

手術中の体位によっては、持続的な圧迫や虚血が生じ、術後の皮膚障害や褥瘡のリスクが高まることが知られている¹⁾。特に側臥位手術では、長時間の不動が皮膚血流の低下を引き起こし、圧迫部位における皮膚障害・褥瘡発生リスクが増大する²⁾。これらのリスク因子に対する予防策として、手術中の体位調整や圧迫軽減マットレスなどの使用が推奨されているが、術前の皮膚状態が術後の皮膚障害に及ぼす影響については十分に検討されていない³⁾。

皮膚バリア機能の指標として経表皮水分蒸散量（transepidermal water loss: TEWL）が広く用いられており、TEWL 値が高いほど皮膚の水分保持能力が低下し、バリア機能が損なわれていることを示す⁴⁾。一般に、皮膚の水分量や pH もバリア機能に影響を及ぼすが、特に TEWL は手術時の皮膚脆弱性の指標となる可能性がある^{5) 6)}。しかし、周術期における TEWL の役割や術前の TEWL 値と術後の皮膚障害発生との関連については、これまで十分に検討されていない。

本研究の目的は、側臥位手術を受ける患者における術前の TEWL 値と術後の皮膚障害発生との関連を明らかにし、高リスク患者を特定するためのカットオフ値を設定することである。また、皮膚の水分量や pH と術後の皮膚障害との関係も併せて検討し、TEWL を指標とした周術期の皮膚障害予防戦略の有効性を評価する。

II 研究方法

1 研究デザイン

本研究は、前向き観察研究（prospective cohort study）として実施した。側臥位手術を受ける患者を対象に、術前の皮膚状態（経表皮水分蒸散量（TEWL）、皮膚水分量、皮膚 pH など）を評価し、術後の皮膚障害の発生状況との関連を分析した。

2 研究対象

本研究の対象は、2022 年 11 月から 2023 年 12 月の期間に国立病院機構長崎医療センターの手術室で側臥位手術を受けた成人患者とした。対象者の選定基準は、20 歳以上で全身麻酔下において側臥位手術を受ける患者とし、研究への参加に書面同意を得た者とした。一方で、緊急手術を必要とする患者、手術時間が 4 時間を超える患者、および既存の皮膚疾患や重度のアレルギー反応を有する患者は除外した。

3 測定項目

本研究では、皮膚関連因子と周術期因子を評価した。術前の評価は手術直前に実施し、TEWL を VapoScan VT100RS (Nihon Ash Co., Ltd.) を用いて側胸部の皮膚の蒸散量として測定した。また、接触型温度計を用いて皮膚温を測定し、Mobile Moisture HP19-M (Integral Co., Ltd.) を使用して皮膚水分量および角質層水分量を測定した。さらに、Skin and Scalp pH Tester HI981037 (Hanna Instruments) を用いて皮膚 pH を測定した。TEWL および角質層水分量は、各測定部位においてプローブの位置をわずかにずらして 2

※¹ 国立病院機構長崎医療センター 手術センター
※³ 国立病院機構長崎医療センター 呼吸器外科
※⁵ 国立病院機構長崎医療センター 形成外科

※² 富山大学医学部附属病院 呼吸器外科
※⁴ 国立病院機構長崎医療センター 麻酔科

回測定し、その平均値を解析に用いた。

術中のデータとして、手術時間、麻酔時間、体温（開始時および終了時）、出血量、および輸液量を記録した。術後の評価は、術直後、術後 1 日目、および術後 3 日に行い、皮膚障害の有無を National Pressure Ulcer Advisory Panel 分類に基づいて評価した⁷⁾。また、Dermocamera DZ-D100 を使用して皮膚の写真記録を行い、形成外科医が評価を実施した。

4 データ解析

患者の背景因子、手術因子、および麻酔因子のデータは、変数の特性に応じて中央値（四分位範囲）または割合（%）として記述した。連続変数の正規性は Shapiro-Wilk 検定を用いて確認し、正規性を満たさない場合は Mann-Whitney U 検定を用いて群間比較を行った。名義変数の比較にはカイ二乗検定または Fisher の正確検定を適用した。

本研究の主要評価項目である術後皮膚障害の発生率と TEWL の関連を分析するために、Spearman の順位相関係数を用いた。また、TEWL のカットオフ値を決定するために、受信者動作特性（ROC）曲線解析を実施し、Youden 指数を用いて感度と特異度の最適なバランスをもつカットオフ値を求めた。さらに、術後皮膚障害の発生に関連する因子を評価するため、多変量ロジスティック回帰分析を行い、年齢、性別、BMI、手術時間、出血量などの交絡因子を調整したモデルを構築した。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とし、すべての解析は JMP® 17 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) を用いて実施した。

5 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言の倫理原則に基づき実施され、長崎医療センター倫理審査委員会（承認番号：

2022096）の承認を得た。また、本研究のプロトコルは UMIN 臨床試験登録（UMIN000053356）に登録されている。

Ⅲ 結果

1 研究対象の特性

本研究の対象となった患者 86 名のうち、術後に皮膚障害を発症した患者は 24 名（27.9%）であり、残り 62 名（72.1%）は皮膚障害を認めなかった。皮膚障害を発症した 24 名のうち、16 名（66.7%）が Stage I、8 名（33.3%）が Stage II であった。全例が術直後より発生した。患者の背景因子について、年齢、性別、身長、体重、BMI、術前の総タンパク、アルブミン、ヘモグロビン値には、皮膚障害群と非皮膚障害群の間で有意な差は認められなかった（全て $p > 0.05$ ）。また、手術時間、麻酔時間、出血量、輸液量、尿量、術前および術後の中枢温に関しても、両群間で統計学的に有意な差はなかった。

2 皮膚関連因子と術後皮膚障害の関係

術後皮膚障害群と非皮膚障害群における皮膚関連因子を比較した結果、TEWL 値に有意な差が認められた ($p < 0.01$) (Table 1)。皮膚障害群の TEWL 中央値は $16.5 \text{ g/m}^2/\text{h}$ （四分位範囲 5.7–34.2）であり、非皮膚障害群の TEWL 中央値 $7.5 \text{ g/m}^2/\text{h}$ （四分位範囲 4.5–12.0）よりも高値であった。一方で、皮膚温、皮膚水分量、角質層水分量、および皮膚 pH については、両群間で有意差は認められなかった。

Table 1. Comparison of Skin Factors Between the Postoperative Skin Injury Group and Normal Group

	Postoperative skin injury group (n=24)	Normal group (n=62)	p-value
Skin peripheral temperature (°C)	26.8 (26.3–27.7)	26.9 (26.1–27.6)	0.23
Skin moisture (%)	59.3 (46.2–69.1)	52.5 (40.2–61.3)	0.05
TEWL ($\text{g/m}^2/\text{h}$)	16.5 (5.7–34.2)	7.5 (4.5–12.0)	$<0.01^*$
Stratum corneum hydration (%)	38.1 (28.3–43.2)	37.4 (29.3–44.5)	0.97
Skin pH	5.3 (4.7–5.6)	5.3 (4.8–5.7)	0.90

* Significant difference between groups

Note. 中央値（四分位範囲）で表示。群間比較には Mann-Whitney U 検定を使用。

3 術後皮膚障害の予測因子

ロジスティック回帰分析は、皮膚温、皮膚水分量、TEWL、角層水分量、皮膚 pH の 5 項目を説明変数とし TEWL のみが術後皮膚障害の有意な予測因子であることが示された ($B = -0.094$, $SE = 0.031$, $p < 0.01$, 95% CI: -0.161 – -0.037) (Table 2)。Hosmer-Lemeshow 適合度検定の結果 ($p = 0.42$) より、モデルの適合度は良好であると判断された。

Table 2. Logistic Regression Analysis of Postoperative Skin Injuries

	B	SE	p - value	95% CI	Odds Ratio
Skin peripheral temperature (°C)	-0.373	0.195	0.05	-0.829–0.032	0.689
Skin moisture (%)	-0.010	0.024	0.66	-0.059–0.035	0.990
TEWL (g/m ² /h)	-0.094	0.031	<0.01*	-0.161–0.037	0.910
Stratum corneum hydration (%)	0.001	0.026	0.72	-0.043–0.061	1.001
Skin pH	-0.117	0.438	0.78	-0.981–0.758	0.890

4 TEWL のカットオフ値の決定

ROC 解析を実施した結果、TEWL の AUC (Area Under the Curve) は 0.691 (95% CI: 0.613–0.769) であり、カットオフ値を 19.5 g/m²/h と設定した場合、感度 50.0%、特異度 90.3% であった (Figure 1)。

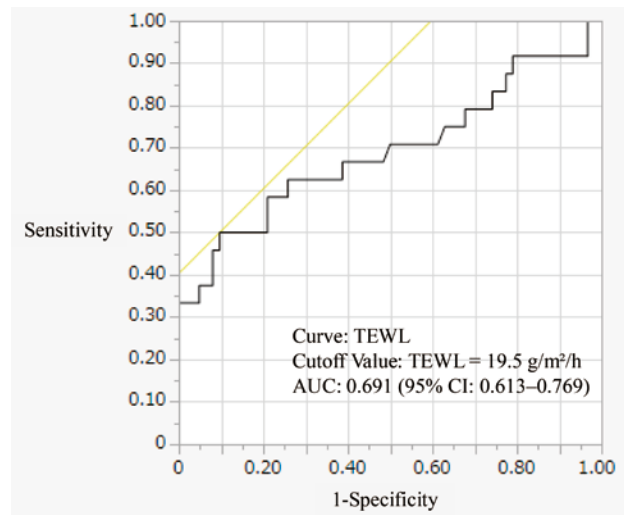


Figure 1. ROC curve analysis

IV 考察

本研究では、側臥位手術を受ける患者において、術前経表皮水分蒸散量 (TEWL) が術後の皮膚障害と有意に関連することが明らかとなった。特に、TEWL が 19.5 g/m²/h 以上の患者ではリスクが高く、周術期スキンケアの新たな評価指標となる可能性が示唆された。

1 TEWL と術後皮膚障害の関連

本研究では、術前の TEWL が術後皮膚障害の発生と有意に関連し、特に皮膚障害群の TEWL 値は非障害群より有意に高かった。ロジスティック回帰分析でも、TEWL のみが独立した予測因子として確認された。これは、皮膚バリア機能が低下した患者では、手術中の

圧迫やずれにより皮膚障害を起こしやすいことを示唆している。TEWL は皮膚の水分保持機能を示す生理指標であり、これまでも慢性皮膚疾患や創傷治癒における評価指標としての有用性が報告されてきたが、周術期ケアにおいて TEWL を評価する意義が示されたのは本研究が初めてである^{4), 5)}。

2 TEWL のカットオフ値の臨床的意義

本研究では、ROC 解析の結果、TEWL のカットオフ値を 19.5 g/m²/h と設定した。このカットオフ値に基づくリスク分類において、感度 50.0%、特異度 90.3% という結果が得られた。特異度が高いことから、このカッ

トオフ値を超える患者では、術後の皮膚障害リスクが高いと判断でき、術前から重点的な皮膚ケアが必要であると考えられる。一方で、感度が50.0%とやや低いため、本カットオフ値のみで全てのリスク患者を特定することは難しく、今後は他の要因（栄養状態、皮膚の厚みなど）を含めた多角的評価が必要となる⁸⁾。

3 周術期における TEWL 評価の意義と今後の展開

周術期において、皮膚障害を予防するためには、術前皮膚状態を的確に評価し、リスクの高い患者に対して早期介入を行うことが重要である。本研究の結果は、TEWL 測定がその一助となる可能性を示しており、特に周術期看護の観点から、術前のスキンケア介入の必要性を判断するための指標として活用できる可能性がある。例えば、TEWL 値が高い患者に対しては、手術前から皮膚保護剤の使用や保湿ケアを強化することで、皮膚バリア機能を改善し、術後の皮膚障害リスクを低減できる可能性がある。

4 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、単施設で実施されたため、手術手技や患者特性が限定されており、結果の一般化には慎重な解釈が必要である。今後は多施設共同研究による検証が求められる。第二に、皮膚障害の観察期間が術後3日目までに限られており、長期的な経過や回復は評価できていない。第三に、TEWL が予測因子であることは示されたが、その値に影響を与える背景因子（年齢、BMI、栄養状態など）、またその重症度との関連は十分に検討されておらず、今後の解析結果が待たれる。

本研究は、TEWL が周術期における皮膚障害リスクの客観的な評価指標となり得る可能性を初めて示した点で意義がある。今後は、TEWL を活用したリスク評価モデルの構築や、スキンケア介入と組み合わせた実践的研究の展開が期待される。

V 結論

本研究では、側臥位手術を受ける患者において、術前の経表皮水分蒸散量（TEWL）が術後の皮膚障害と有意に関連し、特に TEWL が $19.5 \text{ g/m}^2/\text{h}$ 以上の患者でリスクが高まることが示された。術前の TEWL 測定は、リスク評価の有用な指標となる可能性がある。今後は、本結果の一般化に向けた多施設研究や、TEWL

を含むリスク評価モデルの構築が求められる。TEWL 測定の標準化と術前スキンケア介入の組み合わせにより、より効果的な皮膚障害予防策の確立が期待される。

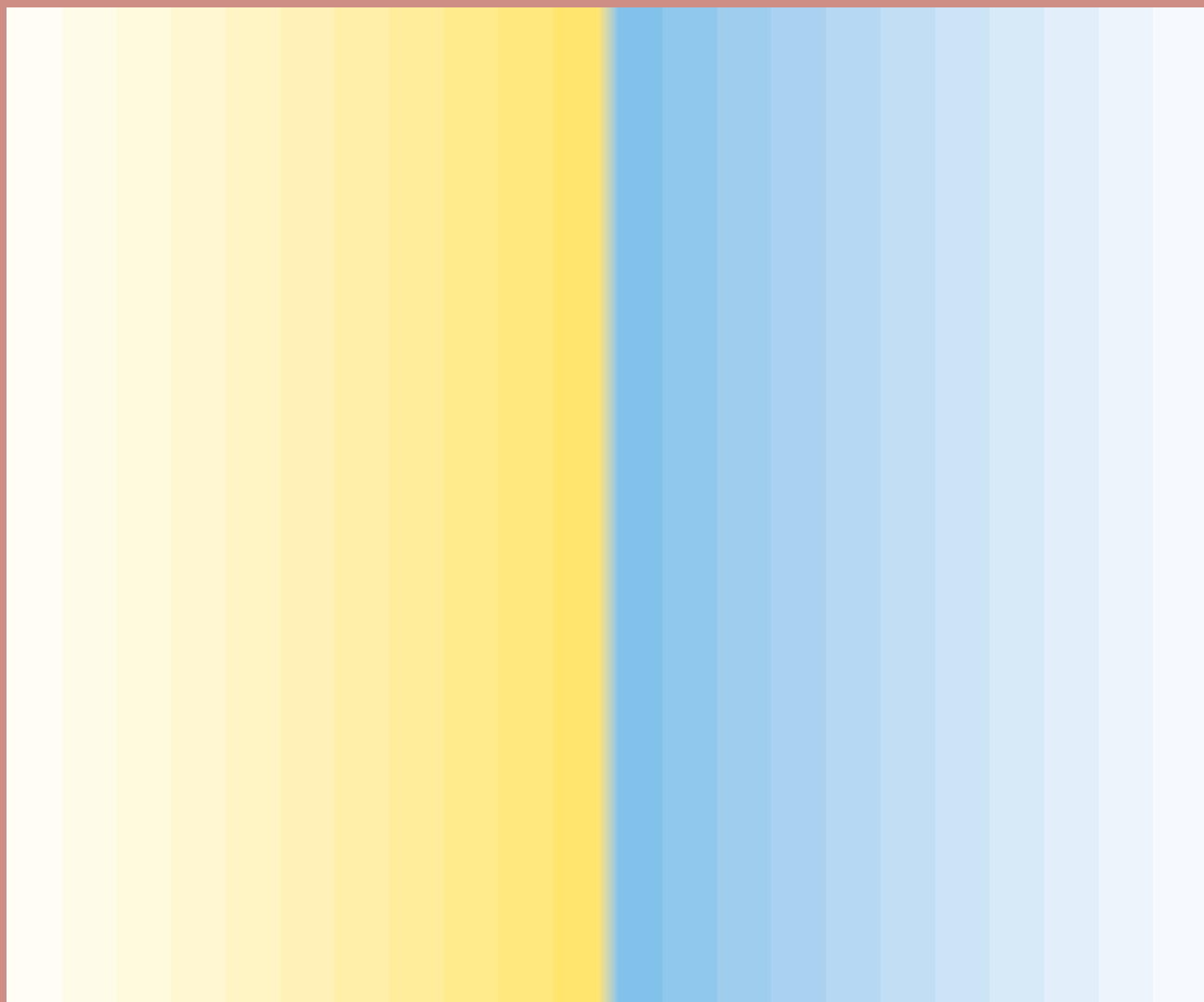
謝辞

本研究の実施にあたり、国立病院機構長崎医療センター手術センター、形成外科ならびに麻酔科のご協力を深く感謝いたします。また、本研究は公益財団法人木村看護教育振興財団の研究助成を受けて実施されました。

参考文献

- 1) Aloweni F, et al. A prediction tool for hospital-acquired pressure ulcers among surgical patients: surgical pressure ulcer risk score. *Int Wound J*. 2019;16 (1) :164-175.
- 2) Lumbley JL, et al. Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development. *J Clin Anesth*. 2014;26 (5) :368-374.
- 3) Tschannen D, et al. Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. *Am J Crit Care*. 2012;21 (2) :116-125.
- 4) Harrow JJ, et al. Subepidermal moisture surrounding pressure ulcers in persons with a spinal cord injury: a pilot study. *J Spinal Cord Med*. 2014;37 (6) :719-728.
- 5) Kim CG, et al. The relationship of subepidermal moisture and early stage pressure injury by visual skin assessment. *J Tissue Viability*. 2018;27 (3) :130-134.
- 6) Schwindt DA, et al. Water diffusion characteristics of human stratum corneum at different anatomical sites in vivo. *J Invest Dermatol*. 1998;111 (3) :385-389.
- 7) Edsberg LE, et al. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43 (6) :585-597.
- 8) Augustin M, et al. Prevalence, predictors and comorbidity of dry skin in the general population. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33 (1) :147-150.

專門看護師 奨学金助成事業



専門看護師奨学金助成事業

専門看護師は、複雑で解決困難な看護問題をもつ患者や家族などに対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するために、特定分野の知識・技術を深めた看護師です。

本財団は、一人でも多くの優れた専門看護師の誕生を願って、2002 年度（平成 14 年度）から専門看護師の認定をめざす看護師の皆様を対象として、専門看護師奨学金助成を実施しております。

2024 年度（令和 6 年度）までに 173 名の方々に助成を行い、そのうち 144 名が専門看護師の認定を取得し活躍されており、残りの方も認定取得を目指しております。

専門看護師奨学金助成事業の概要

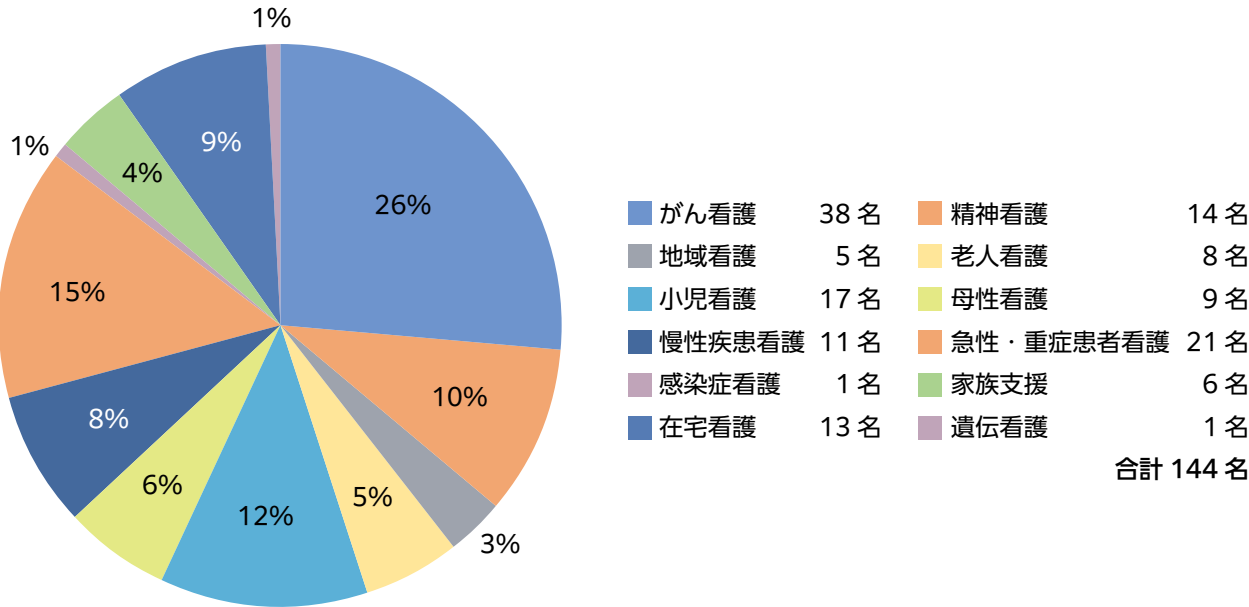
●助成の対象

- (1) 看護系大学院修士課程に在籍し、日本看護系大学協議会が定める専門看護師教育課程基準の所定の単位を取得する見込みの者
- (2) 上記のうち、2024 年 4 月に同課程の最終年次に進級予定であり、2025 年 3 月に同課程を修了する見込みの者。
- (3) 2025 年の専門看護師認定審査申請期間開始日までに、日本看護協会が定める専門看護師認定審査の受験資格を満たす見込みの者。
- (4) 専門看護師認定審査を必ず受験して資格認定を受け、認定された専門看護分野の臨床に 2 年以上就業することを確約できる者。

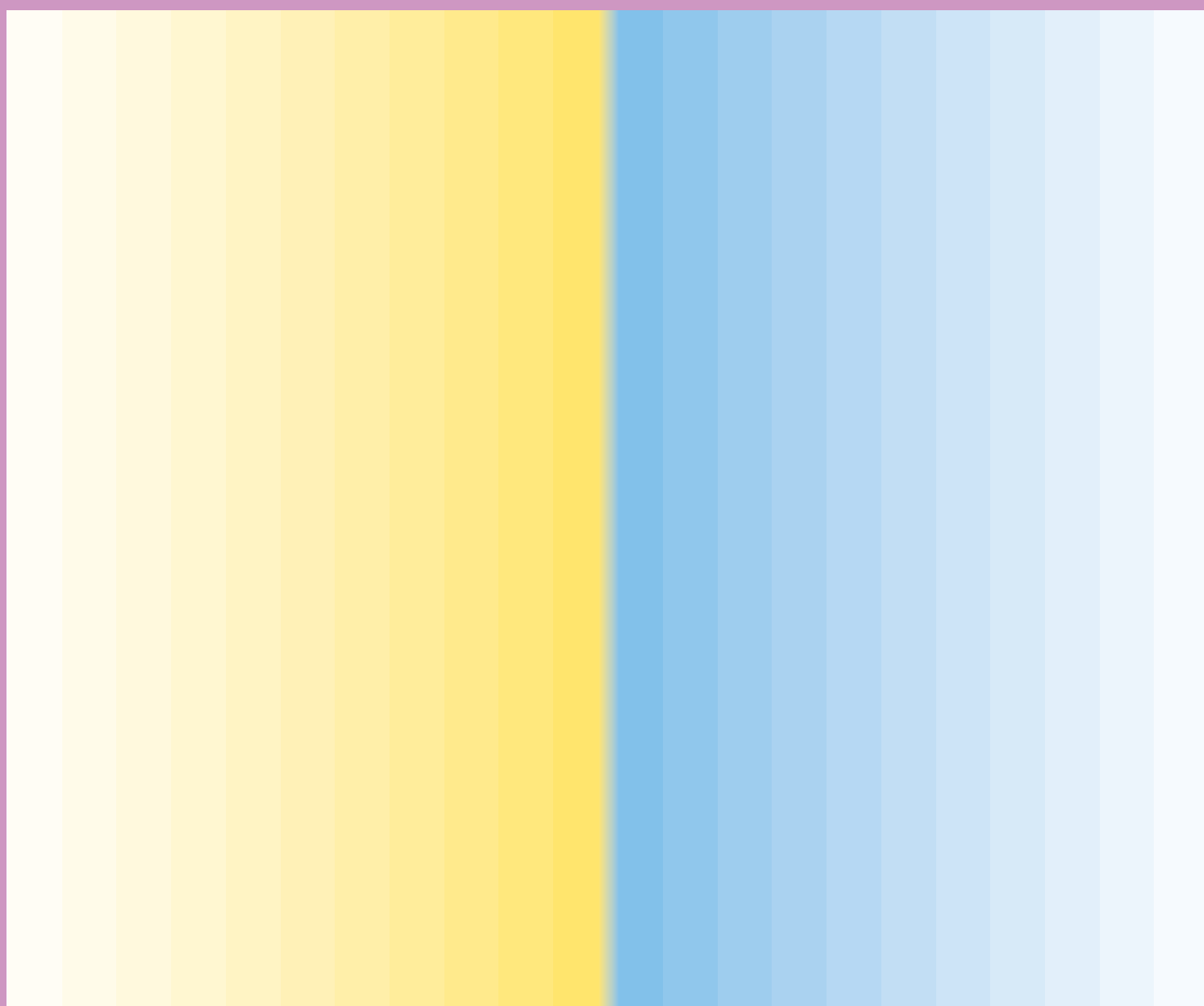
●助成金額

1 人 60 万円（原則返還不要）

○専門看護師認定取得者の分野別内訳



講演会事業



講演会事業

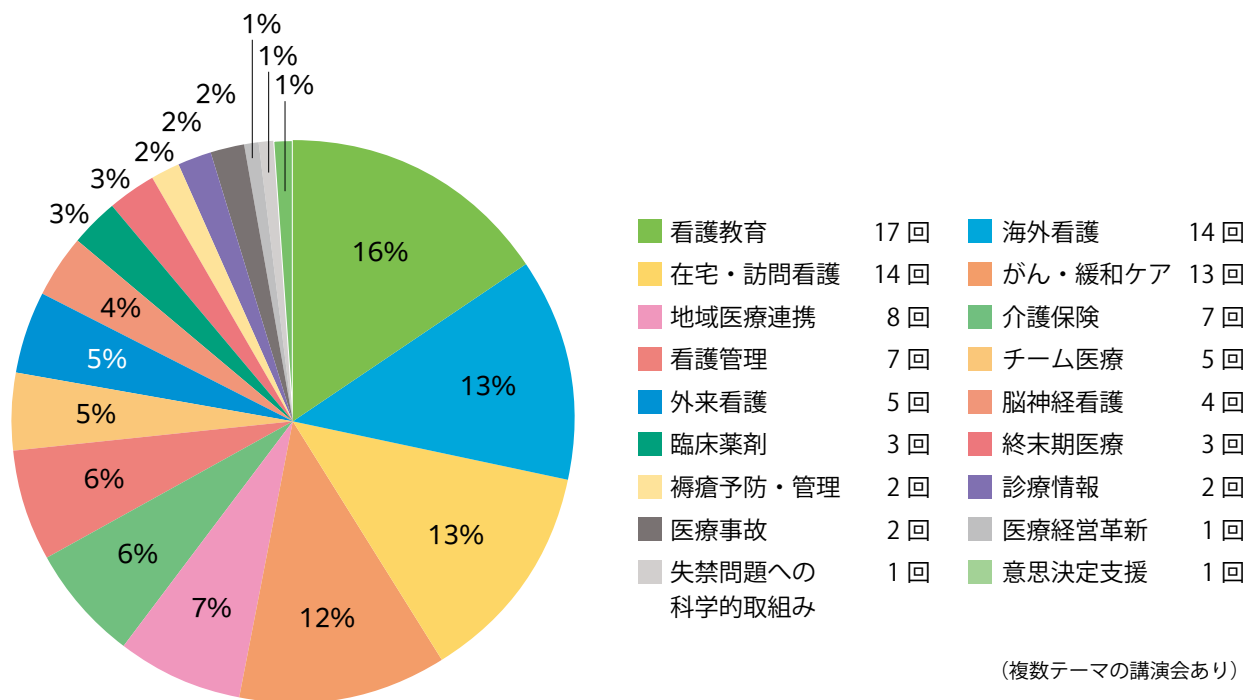
本財団は、1991年3月の設立当初から都道府県看護協会のご後援を得ながら、総合的な看護教育のサポートをめざし、講演会を開催してきております。

講演会は、看護職者が大きな関心を寄せているその時々テーマについて、学識経験豊富な講師をお招きし、具体的で分かりやすく実務に密着した講演を行っています。

本財団主催の講演会は、2019年までは46都道府県での会場開催で実施し、コロナ禍による2年間の中断（2020年、2021年）を経て、2022年以降はウェブ形式によって実施しており、2024年で81回を数えております。延べ聴講者数は、ウェブ形式によるものを含め、約21,800名に及びます。

ウェブ講演会では、現場の要であるミドルマネジメント職の看護師を主な視聴対象とし、企画立案にはこれまで本財団の助成を受けた現場の第一線でご活躍中の方々に参画いただいています。

○講演会テーマの分野別内訳



第81回 看護に関する講演会（ウェブ）

2024 年度講演会テーマ

「この激動の時代に看護の原点に立ち戻る – 「対話」で変化に強い組織をつくる–」

オンデマンド配信

申込期間 2024 年 9 月 10 日（火）13:00 ～ 11 月 24 日（日）22:00

配信期間 2024 年 10 月 23 日（水）15:00 ～ 11 月 24 日（日）23:59

・基調講演

「看護の原点と未来」

坂本 すが

東京医療保健大学 / 大学院 副学長

医療保健学研究科研究科長 / 医療保健学部看護学科学科長

・座談会

「『患者の語り』を通して考える看護の原点」

堀田 聡子（司会）

慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授

認知症未来共創ハブ代表

川崎 つま子

大坪会グループ看護局長 / 認定看護管理者

さとう みき

認知症本人・家族のための相談窓口「おれんじドアはちおうじ」代表

とうきょう認知症希望大使

坂本 すが

東京医療保健大学 / 大学院 副学長

医療保健学研究科研究科長 / 医療保健学部看護学科学科長

・メイヨークリニック講演（原語・日本語吹替）

「Living the Values: Bringing Mayo Clinic Core Values to Life in the Clinical Setting」

Rachel Moody

MS, RN, Certified in Executive Nursing Practice (CENP),

Clinical Nurse Specialist (FCNS), Nurse Administrator Nursing Practice and Quality, Department of Nursing, Mayo Clinic, Rochester, MN

○ 2024 年度講演会企画・立案 アドバイザリーボードメンバー（五十音順）

小峰 幸子

千葉県済生会習志野病院 看護部師長

本財団 2017 年度海外看護研修助成対象者

佐藤 章子

福岡赤十字病院 看護部長

清水 将統

北里大学病院 看護部師長補佐 システム担当

本財団 2017 年度海外看護研修助成対象者

本間 織重

昭和大学病院 看護係長 がん看護専門看護師

本財団 2007 年度専門看護師奨学金助成対象者

山本 祐子

医療法人財団青溪会 駒木野病院 精神看護専門看護師

本財団 2015 年度海外看護研修助成対象者

（2024 年度時点 / 敬称略）

坂本 すが

東京医療保健大学 / 大学院 副学長

医療保健学研究科研究科長 / 医療保健学部看護学科学科長

「看護の原点」と聞いてどのようなことがイメージされるでしょうか。ナイチンゲールの『看護覚え書き』によると、病気とは回復過程であり、看護とは回復過程において患者をとりまく暮らしを健康的に整えていくことと捉えています。

日本の看護の原点はというと、ナイチンゲールよりずっと昔、聖武天皇の妃である光明皇后(701～760年)の功績に遡ります。光明皇后は医療施設である施薬院や、孤児や身よりのない人のために悲田院をつくり、病む人や貧しい人を救おうとしました。この光明皇后こそ「看護」とは“誰にでも平等に慈愛の心をもって接すること”であることを日本で初めて提唱し、実践された人ではないでしょうか。

では、現在、「看護とは何か」にどのように答えられるでしょうか。私たちは、看護の原点をどのように考え、看護を実践しているのでしょうか。

2019年から新型コロナウイルス感染症が蔓延し、患者さんへの対応を含め人との交流のあり方、そして私たちの人生観までも変化を迫られました。かつてない難局に対峙しながら、それでも夢中で患者さんの最善に向け尽力した看護師たちの姿を数多く見聞きました。まさに慈愛の心をもって病気の回復過程を支える。時代が変わっても、変わらない看護の原点がそこにあると思いました。

しかしコロナ禍を経て、看護師は日常を取り戻しつつも、変わらない過酷な労働環境に疲弊しているように思えてなりません。看護師の離職率も高くなっていることも気がかりです。国を挙げて働き方改革が推進されていますが、医療分野では医師に焦点があたる一方、看護師の働き方改革、労働環境の変化はなかなか目には見えてきません。

皆さんはこうした現状をどのように感じているのでしょうか。生き生きと元気に働くことができているでしょうか。先の見えない混とんとした時代ではありますが、こんな時だからこそ、立ち止まり、“私はこんな看護がしたい”と考えてみることを提案したいと思います。自分の心の内の看護師としての原点を見出すという試みです。さらには、未来に向け、その“ありたい看護”を実現するために、どのようなキャリアを重ねていくとよいかもぜひ考えてみていただきたいと思います。

本講演では看護の原点をふまえつつ、未来に向け看護師たちが元気にいきいきと働いていくために、これからの“ありたい看護”を共に語ってみたいと思います。

看護の原点と未来

東京医療保健大学 副学長
坂本 すが

坂本すが

和歌山県出身

（団塊の最後の世代）

1972年 和歌山県立高等看護学院
保健助産学部 卒業

1976年
関東通信病院（現・NTT東日本関東
病院）入職, 1997年～看護部長

1996年 青山学院大学経営学部 卒業

2007年 埼玉大学大学院博士課程
修了（経済学博士）

2011～2017年6月7日
日本看護協会会長（3期6年）

2017年6月8日～現職
東京医療保健大学 副学長

1

テーマについて

テーマ: 看護の原点と未来

- 看護専門職として働くとはどういうことか
- 社会のニーズに対応して考えていくとよいの
ではないか
- あなたの看護の原点は？未来は？
- これからのキャリアビジョンを描いてみよう

本日のお話

1. いま、医療・看護を取りまく社会で何が起こっているのか
2. 看護の原点を考える—看護とは何か
3. 対話が拓く看護の未来

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

3

1. いま、 医療・看護を取りまく社会で 何が起こっているのか

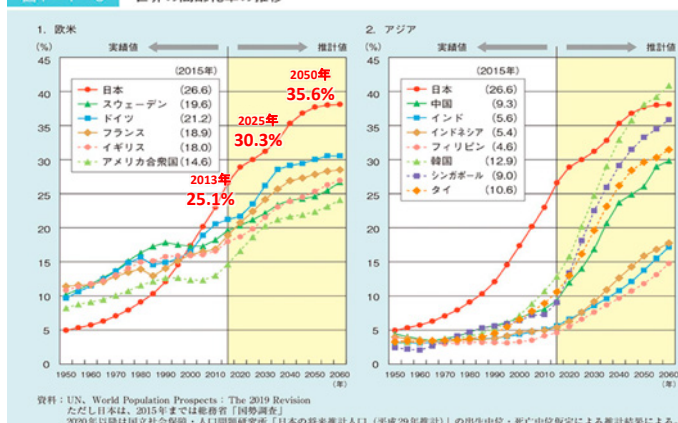
©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

4

人口高齢化の進展 日本は諸外国に比べ急激

先進諸国の高齢化率を比較して見ると、我が国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位、平成17(2005)年には最も高い水準、今後も高水準を維持していく見込み

図1-1-6 世界の高齢化率の推移



(出典)内閣府https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/html/zenbun/s1_1_2.html

5

「時々入院、ほぼ在宅」

朝日新聞2014年2月13日朝刊の見出し



医療提供はどう変わる？

9

医療改革の方向性

＜国民のニーズ＞
“住み慣れた地域で安心して最後まで暮らしたい”



病院の役割の明確化 = 機能分化



自宅で暮らしながら
医療を受けられる仕組み = 在宅医療

10

このように社会が変化する中、
看護職に求められる力は何か

11

看護職に求められる力は

患者さんの異変を予測し、

多様な情報を統合し、

判断・対応(さい配)すること

+考える力

12

これからの患者像と看護

- 急激な社会変化
 - これだけの高齢化は経験したことがない
- 生活モデルのニーズ
 - 生活モデルの特徴はライフ(生命・生活・人生)
 - 病気を診るだけではなく、患者の人生が看護に関係する
- 何かが起こったとき、言われたことをすればいいというわけにはいかない。マニュアルが使えない

13

マニュアルが使えない！

あなたはどのように看護を実践していますか

あなたはこれからどんな看護をしたいですか

14

2.「看護の原点」を考える

看護とは何か

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

15

看護とは何か

There is nothing in this world, which requires so much power of throwing yourself into other's feelings which you have never felt.

Florence Nightingale(1860)Notes on Nursing.[Supplementary Chapter 1-2]



自分自身ではけっして感じたことのない
他人の感情のただなかへ自己を投入する能力を、
これほど必要とする仕事は他に存在しないのである

ナイチンゲール著、湯横ます他訳『看護覚え書』（第7版）、p.227、現代社、2011

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

16

奈良看護(日本の看護の原点)

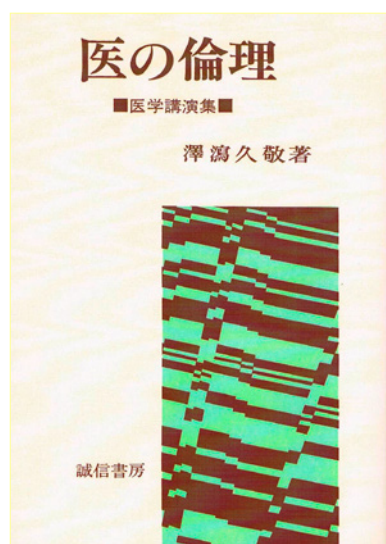
- 光明皇后(聖武天皇の妃)の功績
 - 千人の人々の体を洗う施浴
 - 医療施設である「施薬院」
 - 貧困者救済のための「悲田院」



光明皇后
(701~760年)

➤ “誰にでも平等に慈愛の心をもって接する”と
いう看護の原点を「奈良看護」とよんでいる

17



看護婦の仕事、
(それは)つまり
生に苦しむものの
よき伴侶たろうとする
生活態度なのです

医の倫理—医学講演集
沢瀉 久敬(おもだか ひさゆき) (著)
誠信書房, 1971年

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

18

『看護 ベッドサイドの光景』より



- 患者さんにも、病院というところは、看護婦の役割を
わかるかたちで示せていないと思います。
- 何をしてくれるひとなのか、何ができるひとなのか、
患者さんには看護婦の役割がもうひとつわからない
のではないのでしょうか。
- でも、いまようやく病気をなおす過程は、医師の技術
とか薬剤とか手術とかそういう医療だけではなくて、
病人だ人間がいかに意欲をかきたてて生きようとするか、
それが回復やいのちの維持に大きく作用すると
言われるようになってきました。
- 看護とは、人間を人間らしく生かし、
また人間らしい死を可能とする人間の仕事である。

増田れい子：看護 ベッドサイドの光景。岩波新書, 1996年

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

19

第4回「忘れられない看護エピソード」 一般部門最優秀賞「背中をポンポン」

夕食後、息子は「お母さん、しんどい」と言ってきた。振り向くと、横になった息子の体がゆっくりと反っていった。次には全身がガクガクと動いた。ひきつけを起こしたのだ。病院へ着くまで、そして治療が終わるまで、7回もひきつけた。処置室から出てきた息子は、穏やかな寝顔に戻っていたが、そのまま入院することになった。

翌朝、目覚めた息子は、一変した姿を見せた。日焼けした顔や転んで擦りむいた膝の傷は、昨日の息子と変わらなかった。しかし、私と目を合わせることなく、言葉も失って、ただベッドに横たわっていた。声を掛けても、頭や手足を動かさなかった。私たちは異質な世界へ放り込まれたのではないかと、目の前の状況を疑った。

医師は夫と話していたが「大変だ」とつぶやいて病室を去った。その言葉が、私の涙腺のふたを外した。そこから何日泣き続けただろう。点滴を受け続けている息子の顔を

「お母さん、しんどい」と言ってきた。振り向くと、横になった息子の体がゆっくりと反っていった。次には全身がガクガクと動いた。ひきつけを起こしたのだ。病院へ着くまで、そして治療が終わるまで、7回もひきつけた。処置室から出てきた息子は、穏やかな寝顔に戻っていたが、そのまま入院することになった。

翌朝、目覚めた息子は、一変した姿を見せた。日焼けした顔や転んで擦りむいた膝の傷は、昨日の息子と変わらなかった。しかし、私と目を合わせることなく、言葉も失って、ただベッドに横たわっていた。声を掛けても、頭や手足を動かさなかった。私たちは異質な世界へ放り込まれたのではないかと、目の前の状況を疑った。

医師は夫と話していたが「大変だ」とつぶやいて病室を去った。その言葉が、私の涙腺のふたを外した。そこから何日泣き続けただろう。点滴を受け続けている息子の顔を

背中をポンポン

【河上知子・広島県】

なで、手をさすり、食事の介助をし、泣き続けた。泣いても泣いても心が軽くなることもなく、涙が枯れることもなかった。食べなくては駄目だし生に言われて、買ってきてくれた巻寿司を泣きながら口に入れた。その時の私へ、声を掛ける人はいなかった。声を掛けることができなかったのだと思うところが、私の背中をポンポンとたく人がいた。40歳前後の看護婦だった。血圧の測定をして、ポンポン、点滴液を交換して、ポンポン。機嫌に来て、ポンポン。このポンポンが、いつの間にか優しい励ましの言葉に聞こえていた。反対に、あなたは母親よ。しつかりしなさいと叱咤(した)の言葉にも聞こえ、少しづつ心を落ち着かせることができた。あれから32年。36歳になった息子は、元気に障害者施設へ通っている。振り返れば、今までの看護婦のポンポンを何度も背中に呼び戻して生きてきたように思う。

日本看護協会ホームページより

20

オルト大尉は日本の看護をどうみていたか —戦後GHQ(連合国軍総司令部)による看護改革

- ・オルト大尉(看護師)の改革
 - ・戦後の日本の医療保健改革
 - =アメリカモデル
 - ・病院内に付き添っている家族をいかに看護師に変えるか
 - ・ケアや医療の責任は病院にあることをどうわからせるか



GHQ看護課の初代課長、
グレース・E・オルト
(Grace Elizabeth Alt)

➤改革の方向性

- ①日本の医療保健行政のなかで**看護を独立させる**
- ②産婆規則・看護婦規則・保健婦規則に代わる法律制定
→保健婦助産婦看護婦法により保助看護教育の一本化・国家資格化
- ③全国的な看護職能団体を設立させる

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

21

看護とは何か—(坂本私見)

看護とは、生きる力を引き出すこと

- 自分が**どう考えているのか、**
- 生きる意味をどう考えているのか、
仕事(ケア)に反映する職業

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

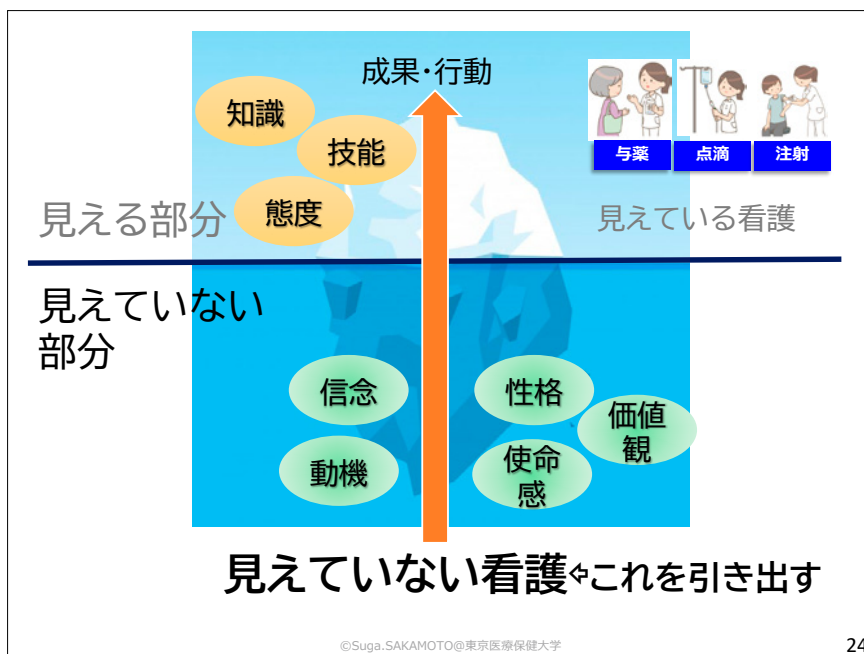
22

看護師は**間隙手**

—患者さんを“深刻な谷間”に落とさない

坂本すが「看護師の仕事のあるべき方向性」
「安心と希望の医療確保ビジョン」第5回会議資料
(平成20年3月19日)

23



見えていない看護(自分)がある
それをいかに引き出すか

25

3. 対話が拓く看護の未来

©Suga.SAKAMOTO@東京医療保健大学

26

理想を伝える、伝え合う

しゃべる・しゃべる・しゃべる

- あなたの理想はなんですか？
- その理想“ありたい看護”をスタッフに伝えていますか？
- スタッフの理想“こんな看護をしたい”を聞いたことはありますか？

30

理想 理想 組織の目標と個人の目標

- ・目標には、「チーム目標」と「個人目標」がある
- ・「なぜ、それぞれの意見を言うこと、相手の意見を聞くことが大事なのか」
- ・誰の意見が正しいというのではなく、それぞれの意見が建設的に積み重なることで、組織全体の意見は仕上がっていく

（出典）原晋：フツの会社員だった僕が、青山学院大学を箱根駅伝優勝に導いた47の言葉、アスコム、2015年

31

看護管理者のなすべきことは

- ・見えないものを引き出す
- ・私たちはしゃべって、しゃべりながら、声にも出して考えることが大事ではないか
- ・対話の場の設定も時には必要だが、インフォーマルなおしゃべりを楽しむ
- ・心理的安全はなんのため？
- ・笑いを起こしながら、わくわくするような未来を語り合える職場をつくる＝看護管理者の役目

32

おわりに

- 心に手をあてて考えてみてください
 - ✓わくわくすること、
 - ✓ちょっとしんどいけどがんばれることは何か
- そこにあなたの看護の原点があります

そして対話。管理者とスタッフはしゃべってしゃべって理想の看護を深掘りしよう！

33

ご清聴ありがとうございました

34

(写真左から)
司会 堀田 聡子
さとう みき
川崎 つま子
坂本 すが



堀田 聡子

皆さんこんにちは。今日は「『患者の語り』を通して考える看護の原点」ということで、患者の顔もお持ちのさとうみきさん、そして看護界からは川崎さん、坂本先生のお二人をお迎えして座談会を進めてまいります。よろしくお願いいたします。ではまず、お一人ずつ自己紹介を簡単にさせていただきたいと思います。さとうさんからお願いいたします。

さとうみき

皆さまはじめまして。さとうみきと申します。私は2019年43歳のときに若年性認知症の診断を受けた当事者になります。現在はピアサポート、講演活動などを行っております。よろしくお願いいたします。

川崎 つま子

皆さまこんにちは。川崎つま子と申します。私は大坪会グループの看護局で勤務しております。長い間、看護の仕事をしてきまして、後半は看護管理者として仕事をしてまいりました。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

坂本 すが

皆さんこんにちは。私は東京医療保健大学の副学長と看護学科長をしております、坂本すがと申します。どうぞよろしくお願いいたします。

堀田 聡子

あらためまして私は今日の進行役を務めます、

慶応大学大学院の堀田と申します。私が進行役を承ったのは、さとうみきさんの活動のパートナーとしても日々ご一緒させていただいているという経緯もございます。よろしくお願いいたします。

今日のこの座談会「『患者の語り』を通して考える」ということで、みきさんは様々な活動をされていますけれども、今日はまず「患者」という立場から、医療機関でのいくつかの経験をご紹介させていただきたいと思います。

最初は検査入院のときに？

さとうみき

そうですね、検査入院のときが初めての入院でした。初日に病棟から売店に買い物に出かけて、戻るときに他の病棟に戻ってしまって、で、間違えたってことが分かった時点でその看護師さんが自分の病棟に案内をしてくださったんですけれども、自分の病棟に戻ったら担当の看護師さんがすぐ走ってきて、「さとうさんは認知症の診断があるから、万が一病院から出ていなくなってしまうのは困るので、GPSをつけてください」ということで、腕に、小さくて薄いものだったんですけども、GPSをつけられてしまったというのが、すごく自分の中ではショックでした。

堀田 聡子

ちなみに、みきさんはご自分で日々、あちこちどこへでも出かけてらっしゃいますよね。

さとうみき

そうですね、はい。時間に余裕を持ちつつ、間違えたり、迷子になってもいいように、色んな工夫をしながら講演活動など、プライベートでも出かけてはおりますので。そんなことは主治医の先生は知っていたと思うんですけども、うまく病棟との連携も出来ていなかったのか、“認知症患者のさとうさん”が迷子になってしまった、何かあってはいけない、というリスクを回避するためのGPSだったのかなという。で、そこで私は「すごく嫌だ」という想いを看護師さんにも伝えて。ただそのときは結局つけたままで、すごく軽いけど自分の気持ち的には重たく感じたんですけども、次の日かな、売店に出かけるときにつけたままだったので看護師さんと一緒に出掛けなくてはいけない、今度は一人での行動が出来なかったんですけど、そのとき一緒に来て下さった看護師さんが私の様子を見ていて、「さとうさんなら一人でも買い物をして、もし間違えたとしても聞いてちゃんと戻ってこられるだろうから、さとうさんを信用して私は先に帰るから」と言ってくださったときに、“認知症患者”としてだけではなくて“一人の患者さん”として認めてもらえたんだなっていう。病棟に戻ったときも、その看護師さんが先生たちと話をして下さって、GPSも外してもらえたので、すごくホッとしたっていう経験がありました。

堀田 聡子

ありがとうございます。いくつか経験をまとめてお話いただこうかなと思います。もうひとつ、夜間に診療を受けようとして、ということもありましたね。

さとうみき

はい、夜間にちょっと体調を崩して、夜間診療の地域での当番のところを探して電話をしたんですけども、そのときに“認知症の診断を受けている”とか“認知症の薬を飲んでいる”ってことで「うちでは診られません」というふうに分断されてしまって、だったら大きい病院に行くしかないのかなということで近くの大い総合病院に連絡をして、そのときは他で断られたこともあって、電話で問い合わせした時点では認知症のことは

言わずに直接出かけたんですけども、問診票に飲んでる薬ですとか既往歴を書いて渡したら、認知症の診断を受けていて一人で、そのとき一人でタクシーで行ったんですけど、一人で来て何かあったときに説明する家族が一緒にいないってということで、やっぱり「うちでは診られません」「受診ができません」と言われてしまったんです。そこで諦めて帰ろうと思ったときに、たまたまそのやり取りを見ていた看護師さんが「今日病棟に婦人科の先生がいるから診てもらいましょう」と言っていて結局は、その看護師さんのおかげで診てもらうことが出来ました。

堀田 聡子

ありがとうございます。そしてこのあと話していただく経験を経て、みきさんから私に、「看護師さんたちに、これらの医療機関での経験をもっと広く伝えたいんだ」という強いメッセージをいただきました。去年2023年のことですね、手術を受けることになった、何の手術でしたっけ。

さとうみき

はい、今も首に傷が残っているんですけども、頸椎のヘルニアの手術を受けました。そのときの病院は他の科でもお世話になっていて、行き慣れた病院でもあり、その科に入院するのは初めてだったんですけども、一人で慣れているので手続きもして入院をして。

堀田 聡子

いつもその病院にはお一人で外来に行かれてるんですね。

さとうみき

はい、一人で行っていました。コロナ禍もあって売店の利用などは出来ないだろうというのは分かっていたので少し飲み物とかは買っていたんですけども、息子が荷物を一緒に運んでくれて、そのときの説明では「売店は行けないけれども、同じフロアにある自動販売機の利用は大丈夫ですよ」というような話だったんですけど、息子と別れて病室に入った途端に、「目の前にある自動販売機も、先ほどはいいとお伝えしたけれども、さとう

さんは認知症の診断を受けていて迷子になるといけないので行かないでください」と。部屋に行く途中に体拭き用か顔拭き用かのおしぼりがあったんですよ、それも「いつでも使ってください」みたいな説明を受けていたので、自動販売機に行くのは駄目だけど、おしぼりはいいのかなと思っておしぼりを取りに行ったら、すごい勢いで「さとうさん！」って声を掛けられて、「おしぼりも一人で取りに行かないでください」って怒られてしまったこともありましたね。それだけではなくて、お部屋が個室だったので、お部屋の中のお手洗いにいった、それだけで「さとうさんどうしましたか」ってナースコールから聞こえるので、私ナースコール押してないのになあ、壊れてるのかなあってことが2、3回あって、どうしてなんだろうって不思議に思っていたときに、女性の看護師さんが「明日も私は日勤なので様子を見に来ました」って言って、私の様子を見に来てくださったのかなと思ったんですけども、私と視線も合わせないので、あれ、なんだろう私のことを見にきたんじゃないんだなと思って、ちょっと私も警戒をしていたら、部屋の中を見渡したあとに、ベッドの枕元のあたりをカシャカシャと何か触っていたので、ああそこにきつと何かあるんだと思って、その看護師さんが出たあとに見てみたら離床キャッチャーがセンサーで1分つてというのが付いていたので、あ、これがよく聞く1分経ったら鳴るみたいな、で、それで私がお手洗いで外れたので「どうしたんですか」って声が届いていたんだなっていうふうに分かって、最初の手続きでは術後のせん妄とかで何かあったときっていう説明は受けていたんですけども、術前に“認知症がある”っていうだけで、何も知らされないで“部屋から出ちゃ駄目”だけではなくて、監視のようなセンサーをつけられてしまったっていうのはすごく傷ついてしまったし、その次の治療、手術をしていたくことに対してすごく怖かった。その先どうなってしまうのか、何かあったときにどうなるんだろうかってすごい不安しかなくて、泣いて堀田さんに電話したりだとか、すごかったと思います。

堀田 聰子

それが手術の前日ですよ？

さとうみき

そうですね、それがちょうど前日になります。

堀田 聰子

泣いて泣いて…夜になったらお薬がやってきたと。

さとうみき

そうです、夜ごはんを食べて、「ゆう薬です」ってきたんですけども、そのゆう薬自体が睡眠薬ではないんですけど、ちょっと眠気の入ってくる薬もあったので、「それを飲むと眠くなっちゃうので、いつも主治医の先生に話をして寝る前に飲んでるんです」と伝えて、それは持参薬だったので、外来のときに薬剤師さんとも何度もそういう話をしていた、入院してから薬剤師さんが確認に来たときもそういうやり取りをしていたんですけども、「飲んでください」って言われたので「これは飲まないんです、今はやりたいことがあるので、まだ寝ないです」とお伝えしたんですが、「それ誰に言いましたか？私は聞いてません」って言われたので、「ちゃんと伝えました」って言っても「さとうさん認知症ありますよね」って、忘れたんじゃないですかみたいな言い方を、結構上から庄のかかるような言い方をされてしまって、何も言わずに一包化の袋を破いて「手を出してください」って言われたので、手を出し、目の前で飲んで、そしたらよく昔のアメリカの精神科の病院とかで見たことのあるような感じで「口を開けてください」っていうふうに飲んだかどうかの確認もされたときっていうのは、すごく“三度目か”っていう感じで、ショックというより“人権がない”という、“認知症”という診断がただで、人権というか尊厳とかがなくなってしまふのかなっていう悲しさでいっぱいでした。

堀田 聰子

そんな経験を思い出していただいて、共有いただいてありがとうございます。その薬を飲んで、だいぶ眠気もきている中でギリギリ書いてくださることができたのが、私に届いた手紙で、“こういう経験を看護師の皆さんにもお伝えしたい”っていうようなメッセージでしたね。

その翌日から話が明るくなるんですが、ちょっとここまでのところで、ひとまず川崎さん、坂本さんにどのようにお聞きになったかということをコメントいただきたいと思います。検査入院でGPSをつけられてしまったこと、それから夜間診療で最初なかなか認知症ということで受診が出来なかったこと、ご自分で決めてご自分で歩いて入院されているけれども、入院された瞬間に離床キャッチをつけられてしまったというようなお話をいただきました。まず川崎さんからいかがでしょうか。

川崎つま子

はい、今さとうさんのお話を伺って、本当にさとうさんがこうやって発信してくれるということがすごく有難いと思いました。やはり、私たち看護師が見ている世界と、みきさんが体験している世界とは、こんなにもズレてしまっているんだなあとということを改めて感じました。ただ、恐らくこれはみきさんだけのことでなくてですね、多くの患者さんが同じような体験をされている部分っていうのはあるんじゃないかなあっていうのは、日頃臨床の現場にいて私も感じるところです。だからそこを私たちはどのように、その隔たりをどう埋めていくのか、その先にやはり「看護」があるっていうふうに思っていますので、そこを一生懸命、患者さんの声を聞きながら、私たちはそこからヒントを得ながらですね、考えていかなきゃいけないあっていうふうに、すごく聞いていて思ったところです。それとあとはまあ病院ですので、色々な人が関わるので、恐らく情報が伝わりきれていない、ある人が有効な情報を持っているにも関わらず、次の人にバトンタッチされていないっていうところが、ひとつ残念な部分だなんてお話を聞いて思いました。まだたくさん話したいことはあるんですけど、このぐらいにしておきます。

堀田聰子

ありがとうございます。では、坂本さんには、今みきさんがお話をくださったご経験は、診断名に“認知症”に関わることが書いてあるので自動的に起動してしまったプロトコルなりマニュアル

なりがあったのかなと想像しますが、それでは片付けられないというか、それが果たして「看護」なのだろうかという問いも、ご講演の中でも発してくださったかなと思います。改めて、どのように聞かれましたでしょうか。

坂本すが

はい、私も今川崎さんがおっしゃったように、患者さんとの情報の非対称性っていいですかね、医師ともそうですけれども、ほんとにそれが、特に命をかけている患者さんに対して、この情報の非対称性っていうものが、看護師はどのようにして動いているのかとか、看護師からは患者さんがどのようなことを考えているのかっていうところをどういうふうに埋めていくのかっていうところが、私はすぐ解決の方に考えてしまうんですけども、システムのね、きちっとお話をすることとお互いに分かり合うための媒介物ですかね、それで分かり合うこと。もう一つはそこに書かれていないもので分かり合うこと。この二つあると思うんですね、やっぱり気遣いばかりで埋めていくことは出来ないの、まず情報の非対称性を医療職と埋めていく方法があるのかなのか、それプラス、その向こうに見えるものとしてはもう一つの気遣いですね。そういうものがあるのかっていうことがすごくお話を伺っていて、ほんとに深い川だなと、そういうふうに思ったんですね。ただ、深い川だなんて思っているだけでは済まなくて、これから恐らく医療費のこととか社会保障費のことも考えるとですね、ここをどのように埋めていくかっていうことの方が、患者さんにとってもいいし、それから医療者にとっても、恐らくお互いに分かり合えることによって効率化できるんじゃないかっていうふうに思うんですね。で、みきさんが色んなことをされている、ね、あっちの病院って断られたりとかやってることってのは、ものすごく無駄ですよ。で、その無駄をどのように防いでいくかってことを、恐らく一人の看護師では駄目で、もうちょっと政策的に動くことも必要なのかなっていう気がしました。でも、このようなお話を提供していただけないと、その溝を埋めていく話し合いが看護管理者の中でも出来ないの、ぜひぜひどんどん発信して

いただけると大変有難いことだなんていうふうに思います。

堀田聡子

お二人ともありがとうございました。ひとまず入院した初日、手術前日のご経験までをお話しいただきましたが、結果的にその病院で手術を受けて、受けたあとはずいぶん変わったんですね？

さとうみき

そうですね、ほんとに変わって。（手術の）翌日からですかね、認知症認定看護師さんに代わったんですけれども、そのときほんとに「こんな素敵な認定の看護師さんがいらっしゃるんだ」ってことを、私自身知ってはいたけれども、初めて出会ったってのもありましたし、そこからほんとに変わって。自分の手術が終わってそこからICU、そのあと一般の病棟に戻ってきて、少しずつ回復して部屋の中を歩くときにも、何となく目を向けてみるとナースコールのところに、ふせんでナースコールを押すとき、お手洗いに行く場合はどうして下さい、みたいな感じで色々注意書きを書いていてくださって、それもあらゆるところに、お手洗いに行くとお手洗いのところにも、一人で立つのがふらつくときは…とか。なんかそれが“文字だけだと冷たいかな”って印象があったのか、可愛らしいお花のマークとかニコちゃんマークとかつけてくださって、目線に行くところどころに貼ってくださって、あとはベッドのテーブルにもリハビリが始まると朝からの流れをto doリストのように、1日の流れの予定表を作ってください、終わると線を引いてくださったりですとか、本当に寄り添った形での看護、ケアに変わったので、自分自身もすごくビックリしたっていうのもありました。

堀田聡子

それは手術の前に本を渡しておられたんですね。

さとうみき

あ、そうですね、2022年12月に本の出版を

させていただきまして、そちらをたまたま持っていたので、認定看護師さんに「もしよろしかったら、お時間があるときに皆さんで目を通していただけたら。当事者の想いに少し触れてください。」みたいな形でお渡しする機会があって、ここからの手術で、そこで皆さんで結構読んでくださったっていうのをあとから聞いて、私がふせんで色んなことをしていると多分そういうのを目にして、じゃあさとうさんにはこういうやり方がっていうところを皆さんが結構共有してくださったのかなっていうのを感じました。

堀田聡子

さとうみきさん、「認知症のわたしから、10代のあなたへ」という本を岩波書店から出しておられて、これまでのご自分の歩みや想い、日々の暮らし、そして工夫も書いておられて、きっとそれを読んで備えてくださっていたってことですね。でもみきさん、同時に指で書いて伝えながらってこともありましたよね。

さとうみき

そうですね、あれはICU、集中治療室に入っているときに、割と早くに目が覚めてしまって、そこからがすごく長かったんですけれども。すごい喉が渇いて、飲めるわけないと思ったんですけど、ちょっと喉を潤したいって思ったときに、看護師さんの手に指文字で「水がほしいです」っていうふうに伝えて、その都度スポンジで冷たい氷でお水を潤してくださいだったりですとか、ほんとにすごくケアをしてくださって、でだんだんと私も意識が戻ってきて、まだ管が入ってるから話せはしなかったんですけど、そのときに聞こえてきたことっていうのが、さとうさんは認知症があるけれども、自分の想い、こうしてほしいとか、一般病棟での手術前日のことも聞いていたと思うんですけど、そのことも含めて、「“伝えられる”からいいよね、よかったね」っていうようなことを言われたときに、確かにコロナ禍で入院してしまった仲間ですとか、認知症である私たちの仲間って、やっぱり入院してからの色んな身体的な変化ってものを感じていたもので、私がもししたら仲間たちも感じているだろうことを、私は伝

えることが出来るので、それを伝えていかなくてはいけないのかなというふうに感じました。

堀田聰子

みきさんは当事者スタッフとしてデイサービスで働いておられたこともあって、で、「仲間たちが病院へ行くとどうしても」っておっしゃっていましたね。

さとうみき

そうですね、病院に行くとき身体的機能が元気だった方でも、食事をするのもお箸を持ってついているとか。あとからご家族に聞くと、病院では全介助で召し上がっていたので、食べることを忘れてしまった。でもそれもトレーニングをして、一つずつ色の濃淡のあるところでお皿に小さく盛って差し上げて食べられるようにしたら、自分で食べられるまでに結構回復されたんですけども、そういうことも、今までゆっくりでもお食事を一人で召し上がられていた方が、やっぱり“認知症がある”っていうだけで、もしかしたらそういうふうにならなくなってしまっていて、出来ていたことが奪われてしまうきっかけになってしまっていたのかもしれない。なので、その中で私が感じていることを伝えることも大切かなって思っています。

堀田聰子

看護師さんともずいぶんお話しになられたんですね。

さとうみき

はい、ただ看護師さんがこうだった、ああだったってことだけ伝えようと思ったのではなくて、だいぶ体力が回復してきたときに、日常業務で臨床されている看護師さんもそうですけれども、師長さんですとかそういう上の看護師さんが一人で入ってきてくださって、「さとうさんには本当に辛い経験をさせてしまったけれども、でもこのことをきっかけに看護師になるときの初心を思い出すことが出来た。忙しさだったり、自分たちが思い描く看護とかケアが出来ていないことに気づかされた、それを逆にさとうさんがどんどん

発信してください」っていうふうに言ってくださったっていうのが、私が発信しようと思ったことに對しての背中を押していただいた。看護師さんたちが悪いとかではなく、本当はやりたいたいと思っている看護とかケアがあるけれども、うまく出来ていないジレンマみたいなものもすごくありませんだろうなっていうふうに感じました。

堀田聰子

ありがとうございます。ということで手術を経て、看護師さんたちも、みきさんの想いも、もしかしたら本も読まれたりして、汲みながら、日々やり取りをしながら、いい環境を作っていくことで、一方でみきさんは仲間たちのことも思って「こうして伝えられるんだったらもっと」っていう想いと、看護師さんたちからも伝えてほしいってことを受け取って今活動されているってことですね。川崎さん、先ほども「こうやって発信してくださってありがとう」っていうふうにおっしゃっていただきましたけれども、改めて手術後の看護師さんたちの変化といいますか、聞かれていかがでしょう。

川崎つま子

看護師たちが変わることが出来た理由の一つには、やっぱりまずみきさんの情報を得たということがすごくあって、これまで持っていた情報量と格段の違いで、「あ、こういうことも実はみきさんは出来るんだ」とか「こういうふうな対応がいいんだ」というようなことを学んだということが一点と、そこにやはりスペシャリストである認定看護師が介入したって部分も非常に大きいなあというふうに私は感じています。やはり彼女たちはそういうことを、期間を経て学んで、認知症の色々なことを学んで、そして業務についていますので、そういう意味では普通のジェネラリストのナースとはまた違う視点で、幅広くですね、深く理解することが出来る。それをまた病棟のジェネラリストのナースたちに還元することが出来るっていうことがやっぱり大きかったかなあってことで、具体的にふせんを貼ったりとか、ああいうアイデアって多分そういうアドバイスも沢山あったのかなあと思うと、

非常にそこは良かったなあってすごく思ったところですよ。

それと、お友達が入院すると少し制限されて前と違う状態になっているというお話のところで感じた部分なんですけれども、本来は私たちの仕事というのは、その人の健康レベルに合った仕事をしないとイケない。つまり、健康回復に向かう人であったならば、健康回復を阻害することはしてはイケない。むしろ引き出す。そして今の状態を維持していくのであれば、それに合ったケアをしなければいけないし、残念ながら終末期であったりとかそういう人に対しては、最期の最期までその人の尊厳を守ったケアをしていかなきゃいけないってというのは、たくさん基礎教育でも学びましたし、実際の中でもそこを大事にしているんですけども、時折自分のしている看護がそこに立ち返らずに、何か今自分がしていることが正しいように思ってしまうってところが多分にあるのかなあと思うと、大切な倫理観とか人を想う尊厳とかそういったものがちょっとどこかへ行ってしまって、むしろ「医療事故に繋がらないようにしよう」とか「管理上の不具合が出ないようにしよう」とかそういったところにエネルギーがいつてしまうところが現実にはあるのかなあっていうことを、お話を聞きながらちょっと思いました。

堀田 聡子

ありがとうございます。そうですね、前半にも情報のことが出ていましたけれども、みきさんの場合は本人もまとめておられたということで、患者さん側の、本人の側の経験や想いを、医療者側目線ではなくて本人側から出された情報を、また別の違う情報から学ばれたということがとても大きいんだなって改めて思いました。それに看護の“生命力の消耗を最小限にするよう整える”という本質が改めて引き出されてきたというところでもあるかと、伺いながら思いました。

一方で、もう一つ川崎さんにお伺いしたいのは、先ほどみきさんがお話くださった中に、看護師さんたちが「初心にかえれた」と、でもやっぱり忙しさだったりとか、お話くださった「医療安全」の方に絡めとられてしまって、「なんだか知らな

いうちに離れてしまっていた」というところ。これはきっと、多くの医療機関、あるいは色々な職場であるあるじゃないかなと思うんですけど、これをふと立ち戻れるためには何が大事なんですかね？

川崎 つま子

私はやはりここを解決していく最大のものは「対話」だというふうにすごく思っているんですね。やはり、自分たちがケアする相手である患者さんに関心を寄せて、で関心を寄せるだけではなかなか相手の情報が分からないのでやっぱり「対話」を重ねていく。同時に私たち自身も自己開示して、私たちが出来ること、あるいは私たちの限界、そういったものも開示して双方に分かり合えるという状態を作って、初めて次のステージに行くのかなあって私は思っているところなんです。どうしてそういうことを言うかと言いますと、以前私がほんとにスタッフナースだった時代は、入院期間が長く30日近くいらっしゃいましたので、家族のような感じになってですね、何から何まで把握出来て、ほんとに冗談を言い合えるぐらいに患者さんとの関係が作られたんですけども、今のナースたちは残念ながら1週間程度の入院で、場合によっては夜勤も入りますので本当に自分の患者さんに接する期間っていうのが極めて少ない、その中で患者さんを理解するっていうことにはすごく苦勞されているんだと思うんですね。だから彼女たちが本来の自分の感性を取り戻したっていうのは、歩み寄って、そしてさとうさんから学ばせてもらって大切なものに気づかせてもらった、そこは一步進んだ「対話」があったから可能だったのかなというふうに私はちょっと思いました。

堀田 聡子

ありがとうございます。坂本さんも、ご講演の中で「しゃべる・しゃべる・しゃべる」というふうにおっしゃって、ご講演の文脈では看護師さんたち同士がという意味だったかなあとも思うんですけど、今の川崎さんのお話で、患者さんと看護師さんの間にも「対話」、あるいは情報を取りにいくだけじゃないやり取りみたいなものがあって

こそ、ということを感じさせられましたけど、改めてここまで聞かれていかがでしょう。

坂本すが

情報の差っていうのをさっきお話しさせていただいたんですけども、私もどうやって看護師がね、「看護の原点」に戻れるようになるのかなっていうふう考えたときに、やっぱり一つは業務はまあもちろん大事なんです、その業務をやっている中でですね、やっぱり方向性っていうか先ほどもちょっとお話しさせていただいたんですけども、私たちはどういうふうな集団で看護をしていこうかっていう方向性を出すっていうことが、まあ目標管理とかああいうのは、結構やってるんですけども、ひらがな的な言葉でね、「こんな病棟にしようよ」っていうようなね、そういうリーダー、今日は看護管理者の皆さんに向けてですから、まあリーダーがひとつの方向性を出して、色んな患者さんとの関わりをしていくってことが、ひとつかなっていうふうに思うんですね。方向性を出せばですね、もうひとつは患者さんもチームなんですよ、だから看護師だけで色んなことをやろうっていったときに、さっきのみきさんとのズレが生じているわけですね、だから患者さんも仲間に入れて「チームだよ」っていうふうにしていくと、もしかしたらそのチームの一員として、枝葉でね、色々なところで関わったときにふとしたところで手や声が出るかも分からないなっていうふうに思いました。私が病棟の師長をしているときに何が一番ワクワクしたかっていうと、やっぱり患者さんに色んなことを聞いて、患者さんからアンケートを取って、「じゃあこんなことをしようね」っていうふうにチームで決めて、何か成し得たときに、患者さんからいい結果が出たときに、やっぱりすごく嬉しかったんですよ。だから、一人ひとりのケアで喜びもあるけども、やっぱり集団で色んなことをしているときに、ひとつの方向性を目指してやっていくっていうことを、管理者の皆さんは指し示してですね、たとえば「この病棟に入ったら安心出来る看護をしよう」、「安心して言葉でやろう」とかね、そういうようなことを出していくとちょっと変わりが出てくるかもわからないですね。

堀田聡子

あの、途中で“ひらがな的な言葉で”とおっしゃられましたが、もうちょっと説明を加えていただけますか。

坂本すが

私ね、いま「光る君へ」ってNHKでやってるじゃないですか。あのときのあの“ひらがな”ね、すごい見てて思ってるんですけど。よく看護界で目標管理って出てきたんですよ、病院も色々なことで経営的にやっていかなきゃいけないってことで目標を達成していこうってことをやったんですけども、あれって漢字なんですよ、ほとんどが。その平安時代の“ひらがな”っていうのは「想いを伝える」ってことですよ。だから、先ほど川崎さんもおっしゃったように、スタッフに想いを伝える、患者さんからも想いが伝わってくるとい、想いになるとやっぱり“ひらがな”ですよ。平安時代のひらがなは、男性は漢字言葉だったんだけど、女性がラブレターを書きたいとかそういったときにひらがな言葉になったという説もあるんですよ。だから、“ひらがな”っていうのはやっぱり「想いを伝える」。そういうことでちょっと使ったんですね。

堀田聡子

なるほど、ありがとうございます。そうするとその看護管理者の方の「方向性を指し示す」というのも、数字とか難しい言葉じゃなくて「想い」としてってことですね。“ひらがな”、なるほど味わい深い。ありがとうございます。

そしてあのみきさんには、もうひとつ、この春からの体調の変化に伴って、「看護の力」に救われたところも色々とおありだったように伺っていますので、是非これも共有していただきたいなと思います。

さとうみき

はい、そうですね。5月末ぐらいですかね。突然、こう、あれっていうぐらいお手洗いに行っても尿が出ないっていうことが、ちょうど自宅でオンラインの会議とかをやっているときにありまして、「なんかおかしいよね」なんて子供たちに伝え

ながら、そのまま救急外来に行って、で、尿閉になっていて、1.5 リットルぐらい溜まっていたというので、そのときはバルーンカテーテルで排出していただいて、で、すぐ取れるものかと思ったんですけども、「翌日に泌尿器科外来を受診してほしい」ってということで、まあその日はウロバッグ（カテーテルから排出された尿を溜めておく袋）と共に帰ってきたんですけども、でもそれも外来で普通に取れるっていうふうに勝手に思っていたんですけど、先生と看護師さんが外来で、ほんとにすごいゆっくり時間をとってくださって、「尿路感染とか感染性のものではなかったの、原因ははっきりと分からない」と、「だけれども、もしかしたら認知症もあっての、膀胱だったり、腎臓とかのそういう機能低下からきていたり、失禁だけではない逆のパターンもあり得る」という説明を受けたときに、正直、私の中では「いよいよ身体の変化も来たんだ」っていうので、「あ、きたんだ…」ってすごい受け止められなくてももう泣いてしまったんですね。で、そのときに看護師さんがゆっくり説明してくださってるんですけども、その目にすごい涙を浮かべてらっしゃるのが分かって、最後に「泣かせるつもりはなかったけど、やっぱりさとうさんが抱えていること、伝えることでそうなって泣かしちゃったんだよね、私」なんて言ってたんですけど、でもそうじゃないっていう。そのときになんでしょね、涙を浮かべてる姿っていうよりも、私の想いをその一言一言だったり、感じていることをすごくキャッチして下さっている、受け止めて下さっているってのも感じて、「万が一そこで自分で尿道カテーテルをするっていう選択肢を選ばなかったとき、また何かあったときに救急外来に来なきゃいけない、でも今後もしかしたらそういうことが頻繁にあるかもしれないから、そこは一緒に私と焦ることなく練習をしていきましょう」っていう言葉を掛けて下さったときに、「はい、自分で自己導尿よ、どうする？これとこれ、どうする？」みたいな選択肢ではなくて、一緒についていうのも嬉しかったですし、「でも万が一自己導尿が難しいってなったときは、他の選択肢もあるので頑張りすぎずに無理だったら一緒に考えましょう」っていうふうに言ってもらえたということもすごく、まあ

デリケートな科だからこそ、そういう優秀な、ほんとに天使のような看護師さんなのか分からないんですけど、でもほんとにそれこそ首と同じ手術をした病院でもあったんですけども、ほんとに救われたっていう。「いつでも連絡していいんだよ」っていうふうに言ってくださる、気にかけてくださるだけでも嬉しかったっていうのがありますね。

堀田聡子

それこそ、きっと泌尿器科だってとっても忙しいだろうに…何時間か？

さとうみき

そうですね、最初のとときとか2時間、3時間、午後の外来で本当に丁寧に。それこそお手洗いで「もう1回自然排尿してみてください」なんていうと、隣の水道をチョロチョロ出して、音でかき消すかのように、「私たち、もういませんから」とかって言って、その声掛けももうすごい看護師さんもすごく必死に関わってくださっているってのも分かりますし、本当に「共に」っていう、共にその人その人に合ったやり方を考えてくださってる。私がたまたま40代後半の若さで認知症があるから、そういうふうにごく優しいのかなって思ったんですけども、そうではなくて、他のときに私が終わったあと、ご高齢の男性の方で待てる患者さんに対しても、すぐお声がけとか気にかけて方っていうのが全然私と変わらずだったので、こういうふうに気にかけて声をかけてくださったりしていただくだけで、こう“諦めてしまう”、私も一旦は諦めてしまいそうになっていたんですけども、でも「諦めないで頑張ってみて、もうひとつ先の目標を持って、まだ認知症があるけれども共に頑張ってみよう」っていうふうに思えたっていうきっかけにもなれたと感じています。

堀田聡子

ありがとうございます。そして、その看護師さんたちの背中を押してくださるのもあって、直後にもう飛行機に乗って、一緒に行きましたよね？

さとうみき

そうですね、そのときはまだ自己導尿が始まる1週間前、自己導尿はまだ早いっていうので尿道にバルーンカテーテルが付いている状態で、（堀田さんと）一緒に香川県に行って、そのときも万が一マグネットのキャップが外れて機内とかで汚しちゃうと怖いので紙パンツを履いて行ったら、帰りに「ちょっとお手洗い行きます」っていったら「外れてました」とかって、たぶん自分の閉め方が悪かったんですけど、そんなこともありつつですね。

堀田聡子

でもどうしても行きたかったんですね。

さとうみき

そうですね、「どうしても出会いたいご本人さんがいるので行きたい」という想いも、ほんとに「駄目」と言われると思っていたんですけど、その想いを看護師さんが先生に伝えてくださって、先生もすごく考えてくださって、じゃあ一番いい方法は「とりあえず香川から帰ってきたら、ゆっくり自己導尿のやり方を練習していけばいいね」というふうにしてくださったっていうのがありましたね。

堀田聡子

今日は「看護の原点」ということですが、私は看護師ではないですが、今の看護師さんたち、色々な「看護の原点」に通じるエピソードやスピリットがあるなあというふうに思ったんですけど、いかがでしょうか。

川崎つま子

はい、今お話を伺っていて、本当にあの恐らくマニュアルとかね、そういったものだけでは問題解決の出来なかったことを、本当にそこを乗り越えて、坂本先生の講演にもありましたけど、その人の生活のその部分にじっと手当てをして、そしてもうひとつ素敵なのは「これから一緒に」と、未来に対しても保障してくれたそのナースの、やっぱり対応がね、すごいなあって思って、すごく嬉しくなりました、同業者として。それは

その人だけの技術であるとか態度であるだけではなくて、まあ多くのナースがそういうことを出来るように育てないといけないなと、逆にすごく感じて、先ほどの坂本先生のお話の中にも「どういうふうにしていきたいのか」というところを管理者がちゃんと表現してっていう部分、私も言葉は違いますけれども、やっぱりビジョンを管理者が持って、そして患者さんに対してどういうふうにしていきたいのかっていうことを本当に表現していくっていう、そういう機会が多くなると非常にいいなってすごく思いました。なんか嬉しくなりました。ありがとうございます。

堀田聡子

みきさんからその看護師さんのお話を伺いすると、きっと恐らくその病棟ではまさにビジョンが共有された中で、ある程度看護師さんたちの裁量があるのかなというふうに感じたりもして、その辺はいかがでしょうか。

川崎つま子

そうですね、もうひとつはチームワークが恐らく取れているんだろうなと思うんですね。一人の人にすごく時間を費やしても、他の人が別の業務をカバーできるような、そういうものがうまく、多分その泌尿器科の外来、あるいは外来全体なのかもしれないんですけど、まあ生かされているのかなあってすごく感じました。マネジメントの視点でいっても良いなと思いました。

堀田聡子

ありがとうございます。坂本さん、先ほど患者さんもチームの一員としてというので、今のお話はとてもフラットなチームの感じ、共感のあるチームという感じがしたんですけど、改めてどう聞かれましたか。

坂本すが

そうですね、あのちょっと視点を変えてですね、2、3日前に研修をしたことがあるんですけどね、「質」という研修をしたんですね。そのときの外来の看護師さんたちが「やっぱり外来看護は見直したい」と言うんですね。「どうしたらいい

いですか」って質問を受けたんです。私はね「患者さんに聞け」って言ったんですね。「自分たちナースだけで話し合うんじゃないくて、患者さんに聞いたらいい」って、そしたら「ああそうですか」って、患者さんに聞くってことをあんまり考えてなかったみたいなんです。だからやっぱりチームで、ナースだけで固まってなんかをやろうではなくって、もしあれだったら外部の人も入れるって言ったんです。まあ患者さんにどうやって聞くって思ったのか分かりませんが、そういうふうにして実は至らないナースもいるかも知れないけども、ナースはナースで悩んでいる、どういうふうにして患者さんに色んなサポートをしていけばいいのかわかっているんだってこともすごく実感として分かるんですね。だから、みきさんのような形で公表して色んなこと、考えたこと、あったことを言ってもらえると、それがまた彼女たちの指針になるっていう気がします。だから、お互いに悩んでいる、とそれが一緒になるっていうのはどうしたらいいかってことですけど、やっぱり「チームになる」ってことなんだろうと思いますね。だから看護師が涙を流したとかね、そういう話を伺うとやっぱりすごいなと思うんですよ。そういうふうに関心できる、誠実さがあるっていうことは、やっぱりこれは看護の宝ですよ。それを是非、患者さん側からも引き伸ばすようにね、していただく機会があるといいのかなという気がしました。

堀田聡子

ありがとうございます。ではそろそろ時間になってまいりましたので、それぞれメッセージをいただければと思うんですが、まずみきさん、実は本日検査入院中でそこから出てきてくださっています。今のリアルな経験からも看護師さんたち、あるいは看護管理者の方々にメッセージがあれば最後にお願いします。

さとうみき

そうですね、今ちょうど入院から出てきているんですけども、ほんとに今回に限ってとかではないんですけども、やっぱり「痛い、つらい」とかそういうときって、私に限らず、他の方の話も

大部屋で聞いていたときに、ほんとにその言葉を一旦受け止めて下さることってすごく大きいのかなあっていうふうに感じていて、中には「あ、そうなのー」って流されてスーッとなくなっちゃうと、何か自分を受け入れてもらえなかったもやもやと痛みだけが残っちゃうっていう感じなので、なんかそこは患者さんだけでも「目の前のひとりの人」として、一瞬でもいいので対話とか関わる時間というものを持ってもらえたら嬉しいなというふうに感じています。

堀田聡子

一瞬の対話に意外と時間はかからないですもんね。ありがとうございます。では、川崎さんと坂本さんからは「看護の原点」というところに立ち返れる看護師さん、あるいは職場、そしてそれを支えられる仕組みという観点からメッセージがあればぜひ最後にお願いします。川崎さんからお願いいたします。

川崎つま子

看護師として優秀だな、素晴らしいなと思っている看護師たちが、実はロールモデルになる先輩に出会い、その先輩の後ろ姿を追い求めていく、そういう人たちは最終的に素晴らしい人になるっていうのを聞きしたことがあって、そう考えますと私はやはり管理者、中間管理者の人たちがどんなビジョンを示すのか、それは患者さんに対するケアに誠心誠意、患者ファーストで仕事をするってことにキチッと焦点を当てて、そのことを常日頃からスタッフとの対話の中でも沢山話して、そしてその材料は患者さんが持っている、謙虚に患者さんから情報をいただいて、私たちが持っている知識と技術と統合して、そして素晴らしい形で態度として表現出来ていったら、お互いが幸せになって、恐らくはケアを通じて私たちも成長するんじゃないかなというふうに思っています。今日はみきさんにまたお話が伺えて、本当に勉強になりました。本日はありがとうございます。

堀田聡子

ありがとうございます。では、坂本さんからもお願いします。

坂本すが

はい、私も本当に「看護の原点」って偉そうにしゃべってますけど、今日みきさんのお話を伺って、やっぱり人と人との関わりの中にあるんだなっていうのを考えました。看護管理者の皆さんに対してお話しなくちゃいけないんですけども、患者さんが喜んだり、患者さんがもっと生きようって思ったり、そういうことにワクワクするグループになってほしいんですね。「ああ患者さんよかったね」とかはよく聞こえてきます。例えば「退院できたね」とかね。「あそこに旅行に行きたいって言ってた患者さんが行くことが出来て嬉しいね」って言うのはよく聞こえてきますけども、やっぱりそれをですね、チームの中で喜びとしてワクワクする、そういう仕事をしてほしいなと思います。

堀田聡子

それを支える仕組みという観点からはいかがでしょう。

坂本すが

そうですね、やっぱりそのひとりひとりの努力だけでその組織をなんとかしようっていうのではなくって、媒介物っていう研究をしたことがあるんですけども、何とかしてお互いに寄り合おうというようなね、パンフレットを作ったり、CDをお渡ししたり、色んなことをしながらですね、繋がっていくものを作りつつ、繋がるものが作ったもので出来ないものというのがあって、もうひとつやっぱり目を見てお話するとか、それこそ気遣うとかそういうことは、その（作ったものの）中では出来ないんですけども、そこに行くまでのものは組織として作った方がいいような気がします。例えば、今日私も受診したんですけども、お名前を呼ぼうとか、生年月日をおっしゃってくださいと先生方から言われたときは安心するんですね。そういう仕組みですよ。そういうものをちゃんと作って、やっぱりひとりひとりのナースだけに任せるんじゃなくて、組織として患者さんに近寄っていくっていうものを作りつつ、それでは出来ないものを色んなことで気づかせていただくということでしょうね。

堀田聡子

ありがとうございます。今日はさとうみきさんの様々な医療機関でのご経験に係わる語りから、お互いにやりとり、「しゃべる・しゃべる・しゃべる」これは看護師さん同士だけじゃなくって、患者さんも1チームメンバーとして一緒に語っていくことで、より質の高い情報が共有されるようになっていく。ちゃんと安心できる仕組みが整っている職場で、ひらがなの言葉で方向性が示されていれば、きっとそれぞれがもう少し生きやすい温かいケアに繋がっていくのかなと思われました。では、あっという間ですけれども、今日の座談会はここまでにいたしたいと思います。皆さんどうもありがとうございました。

全員

ありがとうございました。

【さとうみきさんが座談会の中でうまく伝えられなかったと感じているメッセージ】

「出会うときに、疾患名（例えば、認知症のさとうみき）で出会うのではなく、目の前の1人の人として出会っていただきたいです」

Living the values: Bringing Mayo Clinic Core Values to Life in the Clinical Setting

Rachel Moody, MS, RN, CENP, FCNS
Nurse Administrator Nursing Practice and Quality
Department of Nursing
Mayo Clinic, Rochester, MN

Purpose

At Mayo Clinic, core values are integral to the daily operations and culture, especially from a Nurse Administrator's perspective. These values are exemplified through a commitment to patient safety, dignity, and standardized care. Nurse Administrators play a pivotal role in ensuring these values are upheld, particularly when navigating dilemmas and conflicts. Nurse Administrators develop tactics, communication strategies and programs to solve problems existing in the clinical setting.

Standardization is a key focus, with protocols and guidelines developed to ensure consistency in care delivery. This not only enhances patient safety but also upholds the dignity of each patient by providing equitable and respectful treatment. Nurse Administrators oversee the implementation of these standards, ensuring that all staff are trained and provide the level of care that is expected.

Clinical settings often face challenges such as resource constraints, staff burnout, and complex patient needs. To address these, Mayo Clinic has implemented various measures and programs aimed at supporting dialogue and psychological safety among staff. Shared decision making, rounds, education, coaching, and mental health support services are some of the initiatives that foster an environment where staff feel safe to voice concerns and seek support.

Conclusion

The core values at Mayo Clinic are brought to life through the dedicated efforts of Nurse Administrators who ensure that patient safety, dignity, and standardized care are prioritized. By addressing dilemmas and conflicts with structured protocols and supporting staff through comprehensive programs, Mayo Clinic continues to uphold its commitment to patient dignity and excellence in patient care.



Department
of Nursing

LIVING THE VALUES: BRINGING MAYO CLINIC CORE VALUES TO LIFE IN THE CLINICAL SETTING

Rachel Moody, MS, RN, CENP, FCNS

Kimura Foundation Japan
2024



©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-1

LEARNING OBJECTIVES

- To share how core values are brought to life at Mayo Clinic from a Nurse Administrator perspective.
- To give examples how the organization deals with dilemmas and conflicts
 - Standardization
 - Patient safety
 - Patient dignity
 - Problems clinical settings are struggling with
- To discuss measures or programs implemented to support dialogue and psychological safety.

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-2

NURSE ADMINISTRATOR ROLE

- Bring to life core values
 - Mission
 - Values
- Connecting to:
 - Mayo Clinic Mission, Values
 - Strategic Plan
 - Quality Plan
 - Department of Nursing Plan

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-3

DEALING WITH DILEMMAS AND CONFLICTS

STANDARDIZATION

- The needs of the patient come first
- Practice committees
- Resources are different, but same core principles for all
 - Development of unit specific guidelines
- Bridging the complexity gap
 - New staff
 - New way to learn
 - Multiple generations working side by side
- Utilization of workgroups groups to standardize practice, policies, procedures

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 4

DEALING WITH DILEMMAS AND CONFLICTS

PATIENT SAFETY

- Workplace violence prevention program
 - Resources, videos, guide
 - Training and education specific to work area
- Simulation center, in situ work
- Sharing “Safety in Action” for good catches
- Quality Forums
- Meetings – share story at beginning that aligns with core values
- Tiered huddles

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 5

TIERED HUDDLES

Work area staff

- Opportunity to share
 - Concerns
 - Opportunities to improve
 - Successes
- Hear consistent message
- Connect as a team
- Hear follow up
 - Concerns
 - Opportunities to improve

Work area leadership

- Learn from staff
 - What issues they are seeing
- Improve connections between leaders and staff
- Foster culture of safety
- Dedicated time for communication
- Share actions taken to address concerns
- Opportunity to decrease emails, newsletters, meeting agenda items

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 6

DEALING WITH DILEMMAS AND CONFLICTS

PATIENT DIGNITY

- Code of Ethics - American Nurses Association (2015)
- Learning about the patient – assist in humanizing the patient
- Preferences, differences of patients
 - Embed in all we do with patients, staff
- Behaviors that are essential
 - Safe patient care and continued quality
 - Adopt in daily work

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 7

PROBLEMS STRUGGLING WITH IN CLINICAL SETTINGS

- Working to solve the problems of today and future
- Documentation burden
- Full scope of practice – all patient care roles
- Staffing needs with highly complex patients
- Prevention of falls, pressure injury
- New care team redesign

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 8

EXAMPLES OF LEADERSHIP TACTICS TO USE IN CLINICAL SETTINGS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Leaders – in the practice <ul style="list-style-type: none"> • Presence • Rounds <ul style="list-style-type: none"> • Quality • Patient Safety • Leadership rounding | <ul style="list-style-type: none"> • Virtual Nursing • Technology support • TEAM leadership – Rose O'Sherman (2023) <ul style="list-style-type: none"> • Model • Vision • Process • Action • Heart |
|---|---|

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide 9

PROGRAMS IMPLEMENTED

DIALOGUE (COMMUNICATION) AND PSYCHOLOGICAL SAFETY

- Experience Training, Education and Coaching
 - Courses
 - Tools
 - Resources
- Tiered huddles (in process of implementing)
- Shared Governance and shared decision making
 - Bidirectional communication
- Well-being champions
- Peer Support Program
- Rounds – examples
 - Caring for the caregiver
 - Quality, Patient Safety, Leadership

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-10

MEASURES

DIALOGUE (COMMUNICATION) AND PSYCHOLOGICAL SAFETY

- Culture of Safety survey
 - 18 months to 24 months
- RN Satisfaction Survey
- Magnet Designation
 - Transformational leadership
 - Shared Governance
 - Shared decision-making structure
 - Engagement of frontline staff to own their practice

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-11

THANK YOU



©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | slide-12

REFERENCES

- American Nurses Association (ANA). (2015). Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. American Nurses Association (ANA): Silver Spring, MD. [View the Code of Ethics for Nurses | ANA \(nursingworld.org\)](#)
- American Nurses Credentialing Center (ANCC). The Nurse Executive Review and Resource Manual, 2nd Ed. The Institute for Credentialing Innovation: Silver Spring, MD.
- Porter O'Grady, T. and Clavelle, J.T. (2021). Transforming Shared Governance: Toward Professional Governance for Nursing. The Journal of Nursing Administration, 51(4), 206-211.
- O'Sherman, Rose. (2023). A Team Approach to Nursing Care Delivery: Tactics for working better together.
- Rowell, M. (2024, February). Let's huddle up: A comprehensive ambulatory cancer center's journey to implementing tiered huddles. American Nurse Journal, 19(2), 44-50.
- Adapa, K., Ivester, T., Shea, C., Shultz, B., DeWalt, D., Pearsall, M., Dangerfield, C., Burgess, E., Marks, L.B., and Mazur, L.M. (2022, September). The effect of a system-level tiered huddle system on reporting patient safety events: An interrupted time series analysis. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 000: 1-11.

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | 469-13

REFERENCES

- Oster, C. A. and Braaten, J. S. (2021). High reliability organizations: A healthcare handbook for patient safety & quality, 2nd ed. Sigma Theta Tau International.
- [Schwartz Rounds - The Schwartz Center](#)
- [What is a CNS? | NACNS :: National Association of Clinical Nurse Specialists](#)
- [Huddles | Institute for Healthcare Improvement \(ihi.org\)](#)
- [Emerging Nurse Leader - A leadership development blog \(emergingnleader.com\)](#)

©2024 Mayo Foundation for Medical Education and Research | 469-14

2024 年度ウェブ講演会まとめ

2024 年度ウェブ講演会 申込者数・視聴者数

カテゴリ	申込者数	昨年度 申込者数	視聴者数	昨年度 視聴者数	備 考
財団関係者	18	19	15	17	財団現職、前職、AB メンバー、登壇者
助成対象者	171	204	119	144	財団関係者除く
行政・職能団体	14	11	11	9	行政、看護協会、訪問看護財団、 笹川保健財団等
看護系大学	116	203	77	141	専門学校含む
病 院	1,246	2,087	865	1,536	日赤幹部研修センター、保健所含む
訪問看護・居宅介護等	31	89	24	71	ホスピス、介護施設等含む
その他	101	102	66	72	出版社等
合計	1,697	2,715	1,177	1,990	

視聴率 69.4% (2023 度視聴率 73.3%、2022 年度視聴率 73.4%)

配信期間：2024 年 10 月 23 日（水） 15 時～2024 年 11 月 24 日（日） 23 時 59 分

集計期間	期間 申込者数	累計 申込者数	昨年度累計 申込者数	期間 視聴者数	累計 視聴者数	昨年度累計 視聴者数
～ 9/17（火） 9:00	670	670	581			
～ 9/24（火） 9:00	285	955	1,008			
～ 9/30（月） 9:00	100	1,055	1,367			
～ 10/7（月） 9:00	82	1,137	1,642			
～ 10/15（火） 9:00	85	1,222	1,795			
～ 10/21（月） 9:00	38	1,260	1,969			305
～ 10/28（月） 9:00	74	1,334	2,123	367	367	730
～ 11/5（火） 9:00	79	1,413	2,237	204	571	952
～ 11/11（月） 9:00	61	1,474	2,393	97	668	1,172
～ 11/18（月） 9:00	133	1,607	2,536	176	844	1,535
～ 11/24（日） 23:59	90	1,697	2,715	333	1,177	1,990

2024 年度ウェブ講演会アンケート結果

(単位：人)

2024 年度	
回答者数	372
視聴者総数	1177
回答率 (回答者数 / 視聴者総数)	31.6%

<回答者情報>

【1】現在の所属先は、次のいずれですか。

項目	回答者	割合
病院	295	79.3%
診療所	5	1.3%
在宅看護・介護等	14	3.8%
看護系大学	25	6.7%
行政・看護協会・ 看護関連団体	9	2.4%
その他	17	4.6%
なし	7	1.9%
回答者数	372	

【3】現在の仕事に用いている資格等にあてはまるものをすべてお選びください。(複数回答可)

項目	回答者	取得率
看護師	346	93.5%
助産師	18	4.9%
保健師	25	6.8%
認定看護師	33	8.9%
専門看護師	16	4.3%
認定看護管理者	37	10.0%
特定行為研修修了者	8	2.2%
ケアマネジャー	10	2.7%
その他医療・介護職	5	1.4%
その他・なし	11	3.0%
回答数(重複有)	509	
回答者数	370	

	2023 年度	2022 年度
回答者数	597	228
視聴者総数	1990	833
回答率 (回答者数 / 視聴者総数)	30.0%	27.4%

【2】現在の職種は次のいずれですか。

項目	回答者	割合
看護管理者	215	58.3%
非管理者で 10 年以上の看護職	87	23.6%
非管理者で 5 年以上 10 年未満の看護職	15	4.1%
非管理者で 5 年未満の看護職	15	4.1%
その他	37	10.0%
回答者数	369	

【4】当財団の助成を受けたことがありますか。助成を受けたことがある場合は、どの事業で助成を受けたかを、助成を受けたことがない場合は「経験なし」を選んでください。(複数回答可)

【助成経験の有無】	回答者	割合
助成経験あり	32	8.7%
経験なし	335	91.3%
回答者数	367	

【助成項目】	回答者	割合
メイヨークリニック研修	12	34.3%
英国研修	1	2.9%
北欧研修	3	8.6%
豪州研修	5	14.3%
アルタベイツ・ベスイスラエル・ INHL 研修	2	5.7%
看護研究助成	6	17.1%
専門看護奨学金助成	3	8.6%
不明	3	8.6%
回答数(重複有)	35	
回答者数	32	

<講演内容>

【5】基調講演 坂本すが氏「看護の原点と未来」を視聴した感想はいかがでしたか。
ご視聴された方のみご回答ください。

項目	回答者	割合
とても良かった	266	71.9%
良かった	94	25.4%
普通	8	2.2%
良くなかった	2	0.5%
回答者数	370	

【7】メイヨークリニック講演 Rachel Moody 氏「Living the Values: Bringing Mayo Clinic Core Values to Life in the Clinical Setting」を視聴した感想はいかがでしたか。
ご視聴された方のみご回答ください。

項目	回答者	割合
とても良かった	98	32.3%
良かった	143	47.2%
普通	57	18.8%
良くなかった	5	1.7%
回答者数	303	

<講演形式>

【8】配信形式についてご意見をお聞かせください。

項目	回答者	割合
ライブ配信を希望	11	3.0%
オンデマンド配信を希望	224	61.0%
ライブ配信とオンデマンド配信両方を希望	132	36.0%
回答者数	367	

【10】講演会 1 回あたりの演題数についてご希望の演題数を選択してください。

項目	回答者	割合
1	21	5.7%
2	183	49.5%
3	161	43.5%
4 以上	5	1.4%
回答者数	370	

【6】座談会「『患者の語り』を通して考える看護の原点」を視聴した感想はいかがでしたか。
ご視聴された方のみご回答ください。

項目	回答者	割合
とても良かった	265	75.1%
良かった	74	21.0%
普通	14	4.0%
良くなかった	0	0.0%
回答者数	353	

【5】基調講演 良くなかったを選んだ理由
・学生向けにはよいと思うが、もっと時代を反映した話を聞きたかった。

【7】メイヨークリニック講演 良くなかったを選んだ理由
・写真も何もなく、興味をひかれなかった。
・少し早く感じました。
・日本語の資料があれば良かった。
・メイヨークリニックの見学を 25 年前にしたことがあり、とても興味があったが、内容についていけなかった。

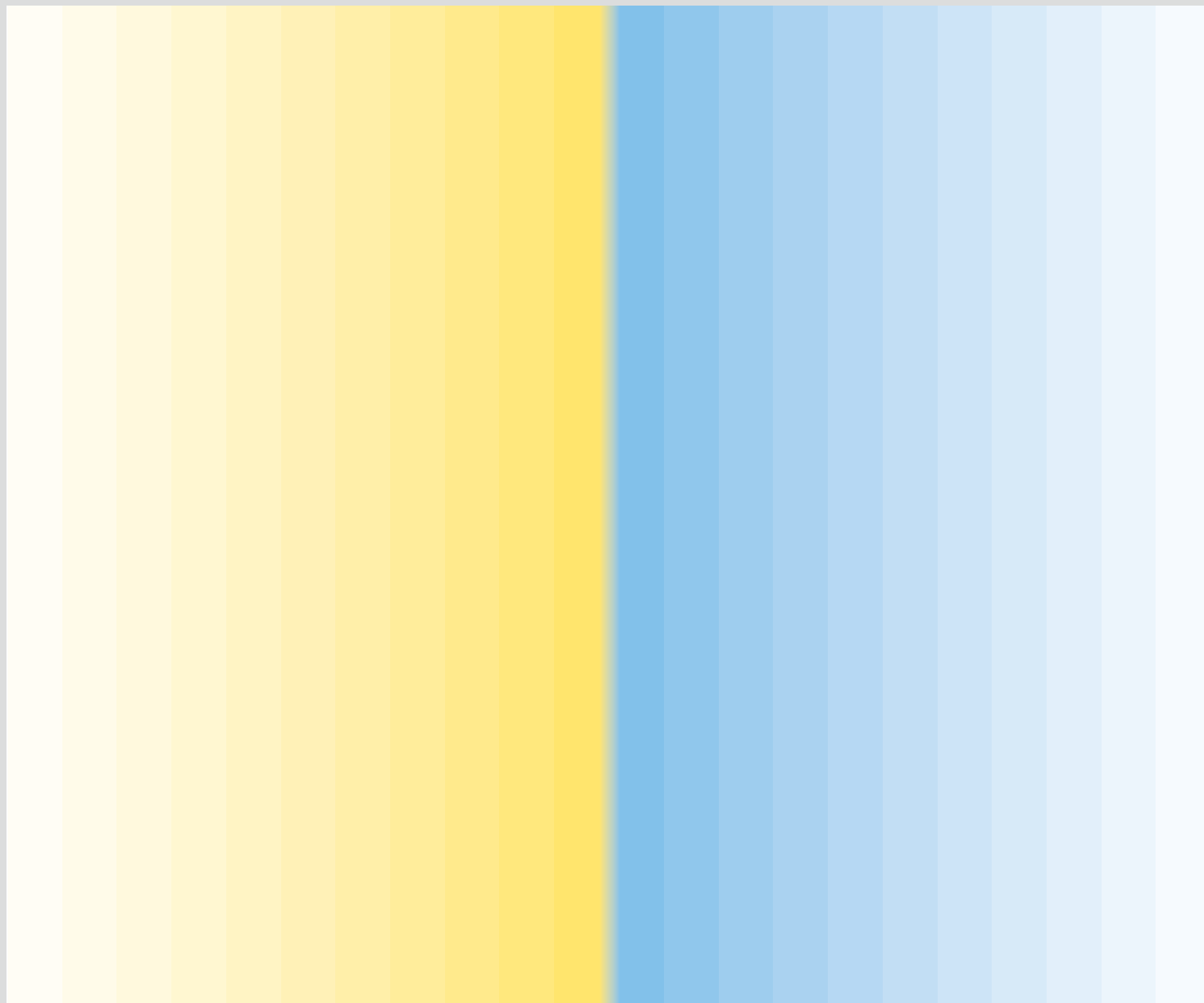
【9】1 演題当たりの視聴時間についてご希望の時間（長さ）を選択してください。

項目	回答者	割合
30 分	196	53.3%
40 分	124	33.7%
1 時間	47	12.8%
1 時間 30 分以上	1	0.3%
回答者数	368	

2024 年度 決算報告書

公益財団法人 木村看護教育振興財団
Kimura Foundation for Nursing Education

自 2024 年 4 月 1 日
至 2025 年 3 月 31 日



貸 借 対 照 表
2025 年 3 月 31 日現在

(単位：円)

科 目	2024 年度	2023 年度	増 減
I 資産の部			
1 流動資産			
現金	50,540	50,792	-252
普通預金	41,184,120	51,124,031	-9,939,911
定期預金	0	0	0
有価証券	2,530,000	2,530,000	0
流動資産合計	43,764,660	53,704,823	-9,940,163
2 固定資産			
(1) 基本財産			
有価証券	15,000,000	15,000,000	0
債 券	500,000,000	500,000,000	0
定期預金	23,066,600	23,066,600	0
基本財産合計	538,066,600	538,066,600	0
(2) 特定資産			
35 周年記念事業支援金資産	3,500,000	0	3,500,000
特定資産合計	3,500,000	0	3,500,000
(3) その他の固定資産			
敷 金	8,549,064	8,549,064	0
什器備品	3,186,305	0	3,186,305
その他の固定資産合計	11,735,369	8,549,064	3,186,305
固定資産合計	553,301,969	546,615,664	6,686,305
資産合計	597,066,629	600,320,487	-3,253,858
II 負債の部			
1 流動負債			
修繕引当金	0	8,317,947	-8,317,947
預 り 金	183,360	176,160	7,200
流動負債合計	183,360	8,494,107	-8,310,747
2 固定負債			
	0	0	0
固定負債合計	0	0	0
負債合計	183,360	8,494,107	-8,310,747
III 正味財産の部			
1 一般正味財産	596,883,269	591,826,380	5,056,889
うち基本財産への充当			0
うち特定財産への充当			0
正味財産合計	596,883,269	591,826,380	5,056,889
負債及び正味財産合計	597,066,629	600,320,487	-3,253,858

正味財産増減計算書

自:2024年4月1日 至:2025年3月31日

(単位:円)

勘定科目	2024年度	2023年度	増減
大・中・小科目			
I 一般正味財産増減の部			
1 経常増減の部			
(1) 経常収益			
①基本財産運用益			
株式配当	49,200,000	37,200,000	12,000,000
基本財産利息	16,500,461	16,500,462	-1
②運用財産収入			
株式配当	8,298,400	6,274,400	2,024,000
運用財産利息	23,819	488	23,331
雑収入	0	0	0
③寄付	0	0	0
経常収益計	74,022,680	59,975,350	14,047,330
(2) 経常費用			
①事業費			
役員報酬	3,430,097	3,427,870	2,227
給与	13,637,002	9,036,607	4,600,395
諸手当	1,803,070	940,680	862,390
福利厚生費	1,500,238	750,622	749,616
助成金	25,241,257	19,630,859	5,610,398
諸謝金	1,938,595	1,136,870	801,725
旅費交通費	120,366	614,708	-494,342
消耗品費	1,076,278	1,192,613	-116,335
会議費	87,324	67,800	19,524
光熱費	444,053	309,213	134,840
賃借料	4,297,090	4,006,709	290,381
通信費	438,174	715,258	-277,084
印刷製本費	2,908,455	1,655,775	1,252,680
諸手数料	100,972	105,565	-4,593
雑役務費	2,504,300	751,790	1,752,510
雑費	26,640	40,080	-13,440
消耗什器備品費	146,146	503,041	-356,895
減価償却費	265,309	0	265,309
修繕引当金繰入額	0	5,822,563	-5,822,563
事業費計	59,965,366	50,708,623	9,256,743

勘定科目	2024年度	2023年度	増減
大・中・小科目			
②管理費			
役員報酬	4,473,508	4,051,542	421,966
給与	2,331,000	936,000	1,395,000
諸手当	588,290	340,680	247,610
福利厚生費	486,859	235,961	250,898
旅費交通費	11,150	426,182	-415,032
消耗品費	632,674	558,745	73,929
会議費	33,340	69,041	-35,701
光熱費	190,305	132,518	57,787
賃借料	1,838,100	1,717,161	120,939
通信費	180,653	175,222	5,431
印刷製本費	0	121,275	-121,275
諸手数料	49,214	43,347	5,867
雑役務費	232,485	184,239	48,246
雑費	578,775	321,699	257,076
消耗什器備品費	288,244	215,589	72,655
減価償却費	113,706	0	113,706
修繕引当金繰入額	0	2,495,384	-2,495,384
管理費計	12,028,303	12,024,585	3,718
経常費用計	71,993,669	62,733,208	9,260,461
当期経常増減額	2,029,011	-2,757,858	4,786,869
2 経常外増減の部			
(1) 経常外収益			
修繕引当金戻入	2,996,724	0	2,996,724
過年度助成金返還	31,154	128,696	-97,542
経常外収益計	3,027,878	128,696	2,899,182
(2) 経常外費用			
当期経常外増減額	3,027,878	128,696	2,899,182
当期一般正味財産増減額	5,056,889	-2,629,162	7,686,051
一般正味財産期首残高	591,826,380	594,455,542	-2,629,162
一般正味財産期末残高	596,883,269	591,826,380	5,056,889
Ⅱ 正味財産期末残高	596,883,269	591,826,380	5,056,889

財務諸表に対する注記

1 重要な会計方針

(1) 有価証券の評価方法

債券…帳簿価額によっている。

株式…帳簿価額によっている。

(2) 固定資産の減価償却の方法

什器備品…定額法によっている。

(3) 消費税の会計処理

税込方式によっている。

財 産 目 録
2025 年 3 月 31 日現在

(単位：円)

		場所・物量等	使用目的等	
(流動資産)	現 金	手元有高	運営資金として	50,540
	預 金	(普通預金) 三菱 UFJ 銀行本郷支店	運営資金として	41,184,120
	有 価 証 券	(株式) 大和証券株式会社 法人営業第一部・第二部・第三部	運営資金として	2,530,000
流動資産合計				43,764,660
(固定資産)				
基本財産	預 金	(定期預金) 三菱 UFJ 銀行本郷支店	公益目的事業及び管理目的の 財源として使用する資産である	23,066,600
	有 価 証 券	(株式) 大和証券株式会社 法人営業第一部・第二部・第三部	公益目的事業及び管理目的の 財源として使用する資産である	15,000,000
		(外国債・円建償還付き債券) 野村證券株式会社本店法人営業部	公益目的事業及び管理目的の 財源として使用する資産である	500,000,000
基本財産合計				538,066,600
特定資産	35 周年記念 事業 支援金資産	(普通預金) 三菱 UFJ 銀行本郷支店	創立 35 周年記念事業の開催費 用に充当する資産として管理	3,500,000
特定資産合計				3,500,000
その他の 固定資産	敷 金	SugarV 東大赤門前ビル 8 階 (94.01 平方メートル)	事務所	8,549,064
	什 器 備 品	東京都文京区本郷 5-25-14 SugarV 東大赤門前ビル 8 階	事務所内家具、オンライン会議用 機器等	3,186,305
その他の 固定資産合計				11,735,369
固定資産合計				553,301,969
資 産 合 計				597,066,629
(流動負債)	預り金	役職員からのもの	役職員から源泉徴収した 所得税及び住民税である	183,360
流動負債合計				183,360
(固定負債)				0
固定負債合計				0
負 債 合 計				183,360
正 味 財 産				596,883,269

公益財団法人木村看護教育振興財団
2024 年度年次報告書

発行 公益財団法人木村看護教育振興財団

〒113-0033 東京都文京区本郷 5-25-14 8 F
TEL 03-5800-2700 FAX 03-5800-0022
e-mail kimura-info@nurseed.jp
ホームページ <https://www.nurseed.jp>

印刷 大伸社

2025 年 10 月発行
非売品

*記事・写真等の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
また、私的使用以外のいかなる電子的複製行為も一切認められておりません。

年次報告書 2024

公益財団法人 木村看護教育振興財団
Kimura Foundation for Nursing Education