

# 富山大学看護学会誌

第19巻 1号

(2020年3月)

---

目 次

---

〈原著〉

A 病院における高頻度接触面の認知度と感染予防対策および環境整備の実施状況との関連  
大松尚登, 清水直美, 森川朋子, 茂野敬, 吉井美穂, 金森昌彦 …… 1

片側手指拘縮をもつ施設療養者の手指汚染に関する基礎的研究  
- 拘縮手と非拘縮手の比較 -  
菅原志央里, 吉井美穂, 金森昌彦 …… 13

入退院を繰り返す保存期慢性腎臓病患者の療養体験  
新井里美, 中田ゆかり, 比嘉勇人 …… 21

日本の医療におけるコンコーダンスの概念分析  
新井里美, 中田ゆかり, 比嘉勇人 …… 35

〈学会報告〉

第20回富山大学看護学会学術集会 …… 51

# A 病院における高頻度接触面の認知度と感染予防対策および環境整備の実施状況との関連

大松 尚登<sup>1)</sup>, 清水 直美<sup>1)</sup>, 森川 朋子<sup>1)</sup>  
茂野 敬<sup>2)</sup>, 吉井 美穂<sup>2)</sup>, 金森 昌彦<sup>2)</sup>

1) 富山県立中央病院看護部

2) 富山大学学術研究部医学系

## 要 旨

A 病院 B 病棟で感染予防を目的とした環境整備について振り返った際、「高頻度接触面」という概念が認知されておらず、清拭部位が統一されていないことが示された。そこで、「高頻度接触面」の認知度と感染予防対策および環境整備の実施状況との関連について調査を行った結果、「高頻度接触面」は、「標準予防策」や「感染経路別予防策」と比較して認知されていないということが明らかとなった。さらに、「高頻度接触面」を聞いたことがある群では、「感染経路別予防策」について説明できる割合、またベッド周囲において「高頻度接触面」としての認識が低いと考えられる部位の清拭実施率、そして手指消毒の実施率も増加していた。以上のことより、「高頻度接触面」という概念の認知は、感染予防対策の理解を深められる可能性が推測され、適切な環境整備を進めていく上で重要であることが示唆された。

## キーワード

高頻度接触面, 環境整備, 標準予防策, 感染経路別予防策

## はじめに

医療関連感染は、入院患者の主要な死亡原因の一つであり、高中所得国における 5-8% の患者に影響を与えているとされている<sup>1)</sup>。近年、患者周囲の汚染された環境表面は MRSA などといった医療関連感染を引き起こす病原体の感染源となることが明らかになってきており<sup>2)</sup>、環境表面の清潔を保持することは、医療関連感染予防において重要である。

米国疾病管理予防センター (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) ガイドライン<sup>3)</sup>では、患者周囲のハウスキーピング表面を、床や壁などの手であまり接触しない低頻度接触面と、頻繁に手で接触する高頻度接触面に分類してい

る。接触頻度による明確な定義付けはされていないが、床や天井を低頻度接触面、ドアノブやベッド柵、電灯のスイッチなどを高頻度接触面の例として挙げており、高頻度接触面はより頻繁に清掃すべきとしている。

2018 年、A 病院 B 病棟において MRSA のアウトブレイクが発生した際に、病棟内で感染予防を目的とした環境整備について振り返りを行なった。その結果、スタッフ間に「高頻度接触面」という概念が認知されていないということが明らかとなった。さらに、ベッド周囲の環境整備を行う際の清拭部位にも個人差があり、統一されていない現状が確認されたことから、現状では、環境整備が適切に実施できていないということが推測された。

そこで、今回、現在の環境整備における課題を明らかにし、誰もが適切な環境整備を実施できる方策を考えることを目的に、看護師の「高頻度接触面」の認知度と感染予防対策の知識及び環境整備の実施状況の関連について調査を行った。

## 研究対象と方法

### 1. 対象

A病院の病棟看護師 532名

### 2. 研究デザイン

調査研究

### 3. 調査期間

2019年10月

### 4. 調査方法

対象部署の師長に対し、調査の趣旨及び方法を説明した文書を添えて調査協力の依頼を行った。調査には無記名による自記式質問調査票を用い、各病棟に設置した回収箱への返送をもって研究参加の同意とした。

### 5. 調査内容

#### 1) 対象者の属性

性別、看護師経験年数、感染に関する研修受講歴、感染に関する研修受講回数、感染に関するアウトブレイク経験歴、ICTリンクナース経験歴、最終学歴、環境整備の具体的方法を学生時代に習ったことがあるか、環境整備の具体的方法を入職後に習ったか、看護手順の環境整備に関する項目を知っているかについて調査した。

#### 2) 感染予防対策に関する認識と実態

看護師がどのような知識に基づいて感染予防対策を行っているのかを把握するために、「標準予防策」「感染経路別予防策」「高頻度接触面」の認知度、感染予防対策に関する知識、感染予防対策行動の知識、各病棟での環境整備の実態、環境整備実施時のベッド周囲各部位の清拭頻度、環境整備実施時に清拭部位を判断する上で考慮している

こと、環境整備を継続する上で障害となる要因について調査を行った。

### 6. 分析方法

分析には、統計ソフト Excel を使用し、「標準予防策」「感染経路別予防策」に加えて「高頻度接触面」までを聞いたことがある人（以下、高頻度見聞あり群）と、「標準予防策」「感染経路別予防策」のみ聞いたことがある人（以下、高頻度見聞なし群）の感染予防対策・環境整備の実施状況について、各項目ごとに  $\chi^2$  検定を行った ( $p < 0.05$ )。

### 7. 倫理的配慮

調査への協力は自由意志であり、協力が得られない場合でも不利益はないこと、個人が特定されないこと、研究目的以外に情報を利用しないことを依頼文に明記し、回答用紙の回収をもって同意とした。なお、本研究は A 病院倫理委員会の承認を得て実施した（第 57-102 番）。

## 結 果

アンケートを配布した 532 名のうち 464 名から回答があり、回収率は 87.2% であった。分析にあたり、回答に欠損のあった 87 例を除外した。さらに、「高頻度接触面」を聞いたことがある人は、「標準予防策」「感染経路別予防策」を聞いたことがある人がほとんどであったため、「標準予防策」「感染経路別予防策」「高頻度接触面」のいずれの言葉も聞いたことがある群（＝高頻度見聞あり群）と「標準予防策」「感染経路別予防策」の両者は聞いたことがあるが「高頻度接触面」は聞いたことがない群（＝高頻度見聞なし群）のみを有効とし、それ以外の 9 例を除外した 368 名を分析対象とした（有効回答率 79.3%）。

#### 1. 対象者の属性（表1）

対象者は女性 338 名（91.8%）、男性 30 名（8.2%）で、看護師経験年数は 3 年未満 75 名（20.5%）、3 年以上 6 年未満 69 名（18.9%）、6 年以上 10 年未満 75 名（20.5%）、10 年以上 15 年未満 56 名（15.3%）、

表1. 対象者の属性

		全体 n=368		高頻度 見聞あり群 n=134		高頻度 見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	人数	%	
看護師経験年数	3年未満	75	20.5	34	25.8	41	17.6	0.319
	3年以上6年未満	69	18.9	25	18.9	44	18.9	
	6年以上10年未満	75	20.5	24	18.2	51	21.9	
	10年以上15年未満	56	15.3	16	12.1	40	17.2	
	15年以上	90	24.7	33	25.0	57	24.5	
性別	男性	30	8.2	11	8.2	19	8.1	0.976
	女性	338	91.8	123	91.8	215	91.9	
感染に関する 研修受講歴	あり	341	93.9	127	96.2	214	92.6	0.170
	なし	22	6.1	5	3.8	17	7.4	
感染に関する 研修受講回数	1-3回	157	72.7	56	73.7	101	72.1	0.808
	4回以上	59	27.3	20	26.3	39	27.9	
アウトブレイク 経験歴	あり	134	36.4	50	37.3	84	35.9	0.786
	なし	234	63.6	84	62.7	150	64.1	
ICTリンクナース 経験歴	あり	82	22.4	33	24.8	49	21.0	0.404
	なし	284	77.6	100	75.2	184	79.0	
最終学歴	高等学校	36	9.8	9	6.8	27	11.6	-
	専門学校	223	60.9	83	62.4	140	60.1	
	大学	91	24.9	33	24.8	58	24.9	
	大学院	5	1.4	4	3.0	1	0.4	
	その他	11	3.0	4	3.0	7	3.0	
環境整備の具体的方法を 学生時代に習ったか	習ったことがある	296	80.9	110	82.1	186	80.2	0.653
	習ったことがない	70	19.1	24	17.9	46	19.8	
環境整備の具体的方法を 入職後に習ったか	習ったことがある	286	78.4	109	82.0	177	76.3	0.206
	習ったことがない	79	21.6	24	18.0	55	23.7	
看護手順の項目を 知っているか	知っている	174	47.5	74	55.6	100	42.9	0.019
	知らない	192	52.5	59	44.4	133	57.1	

15年以上90名(24.7%)であった。感染に関する研修受講歴はありが341名(93.9%)、なしは22名(6.1%)、感染に関する研修受講回数が1-3回であったのは157名(72.7%)、4回以上は59名(27.3%)であった。感染に関するアウトブレイク経験歴について、ありは134名(36.4%)、なしは234名(63.6%)、ICTリンクナース経験歴ありは82名(22.4%)、なしは284名(77.6%)であった。最終学歴は高等学校が36名(9.8%)、専門学校が223名(60.9%)、大学が91名(24.9%)、大学院が5名(1.4%)であり、その他が11名(3.0%)であった。また、環境整備の具体的方法を学生時代に習ったことがあると答えたのは296名(80.9%)、ないと答えたのは70名(19.1%)、入職後に習ったことがあると答えたのは286名(78.4%)、ないと答えたのは79名(21.6%)であっ

た。さらに、看護手順の環境整備に関する項目について知っていたのは174名(47.5%)、知らなかったのは192名(52.5%)であった。

高頻度見聞あり群と高頻度見聞なし群との比較では、女性はそれぞれ123名(91.8%)と215名(91.9%)、男性は11名(8.2%)と19名(8.1%)であり、看護師経験年数が3年未満は34名(25.8%)と41名(17.6%)、3年以上6年未満は25名(18.9%)と44名(18.9%)、6年以上10年未満は24名(18.2%)と51名(21.9%)、10年以上15年未満は16名(12.1%)と40名(17.2%)、15年以上は33名(25.0%)と57名(24.5%)であった。感染に関する研修受講歴があったのは、127名(96.2%)と214名(92.6%)、なかったのは5名(3.8%)と17名(7.4%)であり、感染に関する研修受講回数が1-3回であったのは56名(73.7%)と101名(72.1%)、4

## 高頻度接触面の認知と感染予防対策との関連

回以上であったのは20名(26.3%)と39名(27.9%)であった。感染に関するアウトブレイク経験歴があったのは、50名(37.3%)と84名(35.9%)、なかったのは84名(62.7%)と150名(64.1%)であり、ICTリンクナース経験歴があったのは、33名(24.8%)と49名(21.0%)、なかったのは100名(75.2%)と184名(79.0%)であった。最終学歴については、高等学校は9名(6.8%)と27名(11.6%)、専門学校は83名(62.4%)と140名(60.1%)、大学は33名(24.8%)と58名(24.9%)、大学院は4名(3.0%)と1名(0.4%)、その他は4名(3.0%)と7名(3.0%)であった。また、環境整備の具体的方法を学生時代に習ったことがあると答えたのは、110名(82.1%)と186名(80.2%)、ないと答えたのは24名(17.9%)と46名(19.8%)、入職

後に習ったことがあると答えたのは、109名(82.0%)と177名(76.3%)、ないと答えたのは24名(18.0%)と55名(23.7%)であった。さらに、看護手順の環境整備に関する項目について知っていたのは、74名(55.6%)と100名(42.9%)、知らなかったのは59名(44.4%)と133名(57.1%)であった。

## 2. 「高頻度接触面」の認知度と感染予防対策に関する知識との関連

「標準予防策」「感染経路別予防策」「高頻度接触面」それぞれについて、具体的に説明できるか、また、環境表面に付着した病原菌が医療者の手を介して患者に感染する可能性があることを知っているかについて、高頻度見聞あり群と高頻度見聞

表 2. 高頻度接触面の認知度と感染予防対策に関する知識との関連

		高頻度見聞あり群 n=134		高頻度見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	
標準予防策を説明できるか	できる	128	95.5	228	97.4	0.320
感染経路別予防策を説明できるか	できる	113	84.3	170	72.6	0.011
高頻度接触面を説明できるか	できる	96	71.6	21	9.0	0.001>
環境表面の感染リスクを知っているか	知っている	134	100.0	232	99.1	0.283

表 3. 高頻度接触面の認知度と感染予防対策行動の知識との関連

		高頻度見聞あり群 n=134		高頻度見聞なし群 n=234	
		人数	%	人数	%
排菌している結核患者の部屋に入室するときのN95マスクの装着	した方が良い	134	100.0	232	99.1
入室前の手指消毒	した方が良い	134	100.0	234	100.0
オムツ交換時の手袋の装着	した方が良い	134	100.0	234	100.0
MRSAなど感染が報告されている患者のベッド周囲を定期的に消毒用クロスで清拭すること	した方が良い	134	100.0	234	100.0
MRSAなど感染が報告されていない患者のベッド周囲を定期的に消毒用クロスで清拭すること	した方が良い	128	95.5	216	92.3
吸痰時の手袋の装着	した方が良い	134	100.0	234	100.0
吸痰時のエプロンの装着	した方が良い	133	99.3	234	100.0
吸痰時のアイガードの装着	した方が良い	132	98.5	232	99.1

なし群で比較した結果を表2に示す。その結果、「感染経路別予防策」について説明できると答えたのは、高頻度見聞あり群では113名(84.3%)、高頻度見聞なし群では170名(72.6%)、「高頻度接触面」については、高頻度見聞あり群で96名(71.6%)、高頻度見聞なし群で21名(9.0%)となり、「感染経路別予防策」および「高頻度接触面」において有意な差を認めた。しかし、「標準予防策」と環境表面の感染リスクに関しては、2群間で有意な差は認められなかった。

### 3. 「高頻度接触面」の認知度と感染予防対策行動の知識との関連

「高頻度接触面」の認知の有無が感染予防対策行動に影響しているかどうかを調べた結果を表3に示す。その結果、全ての項目において「したほうが良い」が90%以上を占めていた。

### 4. 環境整備の実態

環境整備の実態について、表4に示す。病棟で定期的な環境整備を実施していると答えたのは331名(90.7%)で、主に看護師と看護助手によって実施され、平日は助手、土日は看護師が実施しているが129名(39.0%)と最多であった。最も

多く使用されていた用品はショードック<sup>®</sup>234人(71.6%)であった。また1週間あたりの環境整備回数で最も多かったのは、週5回の81名(25.2%)で、次いで週7回以上の78名(24.2%)であった。定期的な環境整備を実施していると答えた看護師のうち、実施する頻度や勤務帯が決められていると返答したのは108名(32.8%)で、そのうち「だいたいできている」「必ずできている」と答えたのは52名(48.1%)であった。また各勤務帯での実施するタイミング、例えば、勤務始めあるいは終わりに実施するなどまでについて決められていると答えたのは39名(36.1%)であった(表5)。

### 5. 「高頻度接触面」の認知度と手指消毒の関連

「入室前の手指消毒」「退室後の手指消毒」の実施状況について、高頻度見聞あり群と高頻度見聞なし群で比較した結果を表6に示す。「入室前の手指消毒」については高頻度見聞あり群で123名(91.8%)、高頻度見聞なし群で189名(80.8%)、「退室後の手指消毒」については高頻度見聞あり群で107名(79.9%)、高頻度見聞なし群で150名(64.4%)となり、ともに有意な差が認められた。

表4. 病棟での環境整備の方法や頻度、取り決めについて

	人数	%	
主に誰が行なっているか	看護師	70	21.1
	看護助手	125	37.8
	平日は助手 土日は看護師	129	39.0
	その他	7	2.1
何を用いているか	ショードック	234	71.6
	クリネルユニバーサル	71	21.7
	その他	22	6.7
1週間あたり何回程度環境整備を実施できているか	0回	7	2.2
	1回	33	10.2
	2回	43	13.4
	3回	53	16.5
	4回	18	5.6
	5回	81	25.2
	6回	9	2.8
7回以上	78	24.2	
実施する頻度や勤務帯は決められているか	決められていない	223	67.8
	決められている	108	32.8

表 5. 個人の環境整備の実施率

		人数	%
自分は実際の程度実施 できているか	ほとんどできていない	4	3.7
	あまりできていない	52	48.1
	だいたいできている	40	37.0
	必ずできている	12	11.1
実施するタイミングは 決められているか	決められていない	69	63.9
	決められている	39	36.1

表 6. 高頻度接触面の認知度と手指消毒の関連

		高頻度 見聞あり群 n=134		高頻度 見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	
入室前の手指消毒	する	123	91.8	189	80.8	0.005
退室後の手指消毒	する	107	79.9	150	64.4	0.002

## 6. 「高頻度接触面」の認知度とベッド周囲清掃の関連

渋谷らの文献<sup>6)</sup>を参考に、ベッド周囲の環境整備における清拭部位 24ヶ所を設定し、その実施状況を表 7 に示す。各部位の清掃実施状況を高頻度見聞あり群と高頻度見聞なし群で比較したところ、「ベッド柵（カーテン側の頭部側）」高頻度見聞あり群 98 名（73.1%）、高頻度見聞なし群 142 名（60.7%）、「点滴スタンドの持ち手」高頻度見聞あり群 88 名（65.7%）、高頻度見聞なし群 125 名（53.4%）、「ベッドの頭側のボード」高頻度見聞あり群 82 名（61.2%）、高頻度見聞なし群 118 名（50.4%）、「吸引瓶の吸引圧の調整つまみ」高頻度見聞あり群 82 名（61.2%）、高頻度見聞なし群 95 名（40.6%）、「輸液ポンプのボタン」高頻度見聞あり群 77 名（57.5%）、高頻度見聞なし群 89 名（38.0%）、「ナースコールのリセットボタン」高頻度見聞あり群 71 名（53.0%）、高頻度見聞なし群 81 名（34.6%）、「部屋の照明スイッチ」高頻度見聞あり群 57 名（42.5%）、高頻度見聞なし群 71 名（30.3%）、「吸引瓶のルート」高頻度見聞あり群 50 名（37.3%）、高頻度見聞なし群 58 名（24.8%）

となり、24ヶ所中 8ヶ所において有意な差が認められた。

## 7. 「高頻度接触面」の認知度と清拭部位判断との関連

環境整備実施時に清拭部位を判断する上で考慮することについて、高頻度見聞あり群と高頻度見聞なし群で比較した結果を表 8 に示す。いずれの項目も有意差は認められず、全てにおいて、両群ともにほぼ 90%以上が考慮すると答えていた。

## 8. 環境整備の実施継続に障害となる要因

環境整備を継続する上で障害となる理由として最も多かったのは高頻度見聞あり群、高頻度見聞なし群ともに「他に優先すべきことが多い」であり、高頻度見聞あり群においては「時間がない」も同数であった（表 9）。さらに、「誰が行うか責任があいまい」「習慣化されていない」「効果が見えない、わかりにくい」に関しても「当てはまる」が 65%を超えていた。一方で、「やっても意味がない」については両群ともに約 10%と少数であった。

表 7. 高頻度接触面の認知度とベッド周囲清掃の関連

		高頻度 見聞あり群 n=134		高頻度 見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	
オーバーテーブル	拭く	119	88.8	204	87.2	0.647
ナースコールボタン	拭く	100	74.6	165	70.5	0.398
ベッド柵(患者が下りる側の頭部側)	拭く	100	74.6	164	70.1	0.352
ベッド柵(患者が下りる側の足元側)	拭く	97	72.4	157	67.1	0.291
ベッド柵(カーテン側の頭部側)	拭く	98	73.1	142	60.7	0.016
ベッド柵(カーテン側の足元側)	拭く	95	70.9	143	61.1	0.059
ベッドのリモコン	拭く	91	67.9	141	60.3	0.143
枕灯のスイッチ	拭く	91	67.9	141	60.3	0.143
テレビ台のテーブル	拭く	85	63.4	133	56.8	0.215
ベッド柵の下の隙間	拭く	83	61.9	133	56.8	0.339
点滴スタンドの持ち手	拭く	88	65.7	125	53.4	0.022
ベッドの頭側のボード	拭く	82	61.2	118	50.4	0.046
ベッドの足側のボード	拭く	80	59.7	119	50.9	0.101
吸引瓶のつまみ	拭く	82	61.2	95	40.6	0.001 >
TVリモコン	拭く	73	54.5	103	44.0	0.053
輸液ポンプボタン	拭く	77	57.5	89	38.0	0.001 >
部屋のドアノブ	拭く	66	49.3	94	40.2	0.091
テレビ台の引き出しの取っ手	拭く	64	47.8	93	39.7	0.135
ナースコールのリセットボタン	拭く	71	53.0	81	34.6	0.001
部屋の照明スイッチ	拭く	57	42.5	71	30.3	0.018
吸引瓶のルート	拭く	50	37.3	58	24.8	0.011
床	拭く	24	17.9	27	11.5	0.089
壁	拭く	16	11.9	26	11.1	0.810
カーテン	拭く	12	9.0	16	6.8	0.461

表 8. 高頻度接触面の認知度と清拭部位判断との関連

		高頻度 見聞あり群 n=134		高頻度 見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	
患者の手がよく触れる場所	考慮する	133	99.3	230	98.3	0.443
医療者の手が良く触れる場所	考慮する	133	99.3	231	98.7	0.633
尿や便で汚染されやすそうな場所	考慮する	133	99.3	233	99.6	0.689
痰で汚染されやすそうな場所	考慮する	133	99.3	229	97.9	0.311
血液で汚染されやすそうな場所	考慮する	131	97.8	231	98.7	0.486
咳や痰、唾液などの飛沫が 飛んでいそうな場所	考慮する	131	97.8	224	95.7	0.309
食べ物で汚染されていそうな場所	考慮する	130	97.0	221	94.4	0.258
目に見える汚れがある場所	考慮する	134	100.0	231	98.7	0.188
ほこりがたまりやすそうな場所	考慮する	119	88.8	212	90.6	0.582



表 9. 環境整備の実施継続に障害となる要因

		高頻度 見聞あり群 n=134		高頻度 見聞なし群 n=234		p値
		人数	%	人数	%	
他に優先すべきことが多い	当てはまる	112	83.6	209	89.3	0.113
時間がない	当てはまる	112	83.6	205	87.6	0.282
誰が行うか責任があいまい	当てはまる	92	68.7	180	76.9	0.082
習慣化されていない	当てはまる	90	67.2	174	74.4	0.140
効果が見えない、わかりにくい	当てはまる	88	65.7	172	73.5	0.112
忘れてしまう	当てはまる	72	53.7	150	64.1	0.050
やらなくてもわからない	当てはまる	69	51.5	128	54.7	0.553
物品が病室のそばになく調達しにくい	当てはまる	65	48.5	118	50.4	0.723
手順が明確でない	当てはまる	54	40.3	103	44.0	0.488
やっても意味がない	当てはまる	13	9.7	24	10.3	0.865

## 考 察

「標準予防策」及び「感染経路別予防策」の説明ができるかという質問に対し、「標準予防策」は高頻度見聞あり群と高頻度見聞なし群の両群において95%以上が説明できると回答したのに対し、「感染経路別予防策」では、高頻度見聞あり群84.3%、なし群72.6%であり、両群間で有意な差が認められた。これは、「高頻度接触面」の認知の有無が感染経路を考慮した感染対策の実施と関連している可能性を示しているものと推測される。また、今回の調査では、感染予防対策行動の知識や、ベッド周囲の清拭部位を判断する上で考慮することについて、両群間に有意差は認められなかったものの、実施においては、「ベッド柵(カーテン側の頭部側)」「点滴スタンドの持ち手」「ベッドの頭側のボード」「吸引瓶の吸引圧の調整つまみ」「輸液ポンプのボタン」「ナースコールのリセットボタン」「部屋の照明スイッチ」「吸引瓶のルート」の8カ所において有意に高い割合で清拭が行われており、「高頻度接触面」の認知が、実際の行動に結びついている可能性も示唆された。

ハウスキーピング表面のうち、どの部位を「高頻度接触面」と捉えるかについては、CDCのガイドライン<sup>3)</sup>においても、例としてドアノブやベッド柵、電灯のスイッチなどが挙げられているが、

具体的な部位については各施設でアセスメントし同定するとしており、明確な部位は提示していない。渋谷ら<sup>6)</sup>は、どの部位を「高頻度接触面」と捉えるかについては、施設ごとにその構造や設備、状況などを踏まえて検討するとしており<sup>6)</sup>、本調査で設定した清拭部位24カ所についてみた場合、患者や医療者の手指が直接接触する頻度が低い「床」や「壁」は低頻度接触面と考えられるが、他の22カ所はいわゆる高頻度接触面と考えられる。今回、「高頻度接触面」の8カ所で有意な差が認められたが、これらの多くは、「高頻度接触面」22カ所の中でも、特に全体での清拭頻度が低い部位であった。よって、「高頻度接触面」の認知が、清拭部位を判断する上で適切な認識を導き、通常、「高頻度接触面」でありながらも十分な実施に至っていない部位の的確な判断に繋がっていたものと推測される。

一方で、高頻度見聞あり群においても清拭の実施率が低い部位も多く、「部屋のドアノブ」「テレビ台の引き出しの取っ手」「部屋の照明スイッチ」「吸引瓶のルート」「カーテン」については、拭くと答えた看護師が50%に満たなかった。「カーテン」は、高頻度接触面でありながら、布製であり清拭する対象とはなりにくいことが要因であると考えられるが、他の部位は清拭の実施率が低い結果であった。ただ、今回は設定した清拭部位24

カ所中 22 カ所を高頻度接触面としたが、例えば、痰の吸引を必要しない患者であれば「吸引瓶のルート」は高頻度接触面には当たらないように、高頻度接触面は患者の自立度や必要なケアの違いにより、異なるとも考えられる。今回は病棟を区別せずに全病棟で分析を行ったが、各部位の清拭が十分かどうかは、患者の自立度や必要なケアが類似する病棟ごとに分け、その病棟ごとに高頻度接触面を選定し分析する必要がある。一方で、「部屋のドアノブ」「部屋の照明スイッチ」については、多くの病棟で共通して高頻度接触面に相当すると考えられることから、高頻度接触面でありながら清拭が十分でない部位と考えられ、清拭実施率が低い部位として周知していく必要がある。

高頻度接触面の説明ができるかの質問については、高頻度見聞あり群では 96 名 (71.6%) が、高頻度見聞なし群では 21 名 (9.0%) ができると回答しており、両群間で有意差が認められたが、高頻度見聞なし群においても一定数の看護師が「高頻度接触面の説明ができる」と答えていた。「高頻度接触面」という言葉を聞いたことがないのに、その言葉を説明できるという結果は矛盾しているとも考えられるが、今回の調査では、CDC ガイドラインなどで使用されている「高頻度接触面」と限定しておらず、また、内容を正しく理解しているかまでは明らかにしていない。「高頻度接触面」という言葉は内容を理解していなくても、「高頻度に接触する面」ということから、ある程度内容を予想できる言葉であるため、このような結果になったと推察される。しかし、清拭部位を的確に判断するには、環境表面中の高頻度接触面の清潔を保持することが感染予防において重要であるということ、正しく理解していることが必要と考えられる。

また、高頻度見聞あり群の看護師は、「高頻度接触面」だけでなく、「感染経路別予防策」について説明できると答えた割合も有意に高かった。さらに、入室前の手指消毒や退室時の手指消毒の実施率、そして看護手順の環境整備に関する項目の認識についても有意に高くなっていた。また、入室前の手指消毒については、高頻度見聞あり群、高頻度見聞なし群ともに 100% の看護師が

したほうが良いと答え、両群ともに必要性については理解していたが、実際の実施率には差がみられ、高頻度見聞あり群で有意に実施率が高くなっていた。以上のことから、高頻度見聞あり群の感染予防対策への意識の高さがうかがえた。

今回の結果に対し、「高頻度接触面」の認知が直接関連しているのか、あるいは高頻度見聞あり群の看護師の感染予防対策に関する意識の高さが影響したのかは不明である。しかし、両群間で、「標準予防策」の説明に関しては、有意差がみられなかったのに対して、「感染経路別予防策」で有意差がみられたこと、そして実際に、「高頻度接触面」の清拭にも差が認められていたことから、「高頻度接触面」の認知の有無が感染経路を考慮した感染対策の実施と関連している可能性は低いと考えられる。

「標準予防策」は、汗を除くすべての湿性生体物質には伝染性の感染性病原体が含まれると考え、感染の有無に関わらず全ての患者に対して実施される感染対策であり、手指消毒や、病原体の暴露予防を目的としたマスクや手袋など个人防护具の適切な使用が含まれる。これに対して、「感染経路別予防策」は、病原体が明確もしくは疑われる場合に「標準予防策」に追加して行われる予防策であり、感染経路の遮断を目的として、「標準予防策」単体では感染経路が十分遮断できないときに適用される<sup>4)</sup>。「感染経路別予防策」には、接触感染予防策や飛沫感染予防策、空気感染予防策が含まれるが、特に接触感染予防策は、排菌患者の周辺環境といった感染源との間接接触に対して、「標準予防策」に追加して行う予防策とされている<sup>5)</sup>。つまり、主に患者との直接接触時の暴露予防に意識を置いた「標準予防策」に比べ、「感染経路別予防策」、特に接触感染予防策では、患者との直接接触だけでなく、環境との間接接触にも意識が向けられていると言える。実際、ベッド周囲の清拭部位について、適切な環境整備を実施するためには、患者の疾患や症状から、どこから排菌されている可能性が高いのか、その結果ベッド周囲のどこが汚染されやすく、どこを中心に清拭すればより効果的な環境整備につながるのかなど、総合的に考え判断していく必要がある。

そのためには、「標準予防策」だけではなく、「感染経路別予防策」を理解した上で、「高頻度接触面」がどこになるのかを判断することが重要になると考えられる。

また、各病棟での環境整備は、看護師と看護助手によって主に実施されており、今回調査した90%以上の看護師が定期的な環境整備を実施していると答えたが、そのうち週7回以上実施していたのは24.2%であった。CDCのガイドラインでは、「高頻度接触面」の清掃頻度についてはより頻繁に清掃すべき<sup>3)</sup>としており、具体的な清拭頻度を示してはいないが、多くの文献では、「高頻度接触面」の清掃は1日1回以上実施することが望ましいとしている<sup>6) - 8)</sup>。さらに、定期的な環境整備を実施していると答えた看護師のうち、実施する頻度や勤務帯が決められていると返答したのは32.8%と少なく、その中で、自分が「だいたいできている」「必ずできている」と答えたのは48.1%であり、個人の環境整備実施率も低い現状であったことから、環境整備の実施頻度は十分ではなく改善が必要であると考えられた。

一方で、環境整備が継続できない理由としては、「他に優先すべきことが多い」「時間がない」と答えた看護師が多く、「やっても意味がない」と答えた看護師は約10%と少数であった。このことから、看護師の多くは環境整備の必要性は理解しているが、多忙であることが原因で継続できていないと考えられ、環境整備の実施環境と合わせて方策を考えていく必要性が示唆された。また、「誰が行うか責任があいまい」「習慣化されていない」が継続できない理由として当てはまると答えた看護師も多く、看護手順に環境整備に関する項目があることを知っていると言った看護師が半数程度と十分に周知されていないこと、さらに、病棟内で環境整備に関する取り決めが周知、統一されていないことを合わせて考えると、多忙な勤務の中で環境整備の実施の習慣化を促すためにも、誰が勤務のどのタイミングで環境整備を実施するかを明記した明確な手順の作成と時間の確保が必要であると考えられた。

また、今回は看護師に対して、高頻度接触面の認知度と感染予防対策および環境整備の実施状況

との関連について調査したが、病棟での環境整備の実施は、37.8%が看護助手によりされており、看護助手の実施率も高い。高頻度接触面の認知度は、看護師に比べ看護助手ではさらに低いと予想され、看護師とともに看護助手に対する「高頻度接触面」という概念の教育も重要であると考えられる。

以上より、継続した環境整備を実施していくためには、多忙な勤務の中で誰がどのタイミングで行うかなどといった具体的な内容を記した手順の作成と周知が必要であり、さらに対象に合わせた清拭部位を適切に選択し実施するには「高頻度接触面」という概念が重要であることが示唆された。今後、具体的な手順を作成し周知するとともに、「高頻度接触面」という概念の啓発を進めることで、環境整備の頻度や清拭部位の選定に変化がみられるか検討していく必要がある。

## 結 語

- 1) 「高頻度接触面」を知っている看護師は「高頻度接触面」および「感染経路別予防対策」を説明できる割合が高いということが明らかとなった。
- 2) 「高頻度接触面」の認知の有無は、「高頻度接触面」としての認識が低い清拭部位において、感染経路を考慮した環境整備の実施に影響している可能性が示唆された。
- 3) 「高頻度接触面」を知っている看護師は、入退室時の手指衛生の実施率が高いということが明らかとなった。
- 4) 環境整備の実施に関して、誰がどのタイミングで行うかなどといった具体的内容を含めた手順の作成と周知の必要性が示唆された。

## 引用文献

- 1) World Health Organization : WHO report on the burden of endemic health care associated infection world wide. 2011.
- 2) Otter JA, Yezli S, French GL. : The role played by contaminated surfaces in the transmission of

- nosocomial pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 32 (7) : 687-99, 2011.
- 3) Schulster L, Chinn RY; CDC; HICPAC. : Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2003.
- 4) Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, et al : Guideline for Isolation Precautions : Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007
- 5) 小林寛伊, 吉倉廣, 荒川宣親編 : エビデンスに基づいた感染制御. メヂカルフレンド社, 東京, 2002.
- 6) 渋谷智恵編 : 保存版環境整備 ICT マニュアル. メディカ出版, 大阪, 2018
- 7) 荒川宣親 : 医療機関における院内感染対策マニュアル作成のための手引き (案) [更新版] (160201 ver. 6.02) 2016 年版.
- 8) 森澤雄司監修 : おべんきょ環境整備. リーダムハウス, 名古屋, 2019

# **Relationship between awareness of high-touch surfaces and infection prevention measures and the implementation status of environmental maintenance at Hospital A**

naoto OMATSU<sup>1)</sup>, naomi SHIMIZU<sup>1)</sup>, tomoko MORIKAWA<sup>1)</sup>,  
takashi SHIGENO<sup>2)</sup>, miho YOSHII<sup>2)</sup>

1) Department of Nursing, Toyama Prefectural Central Hospital

2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences Research, University of Toyama

## **Abstract**

Maintaining environmental surface cleanliness is important in preventing healthcare-related infections, and CDC guidelines require that high-touch surfaces around patients should be cleaned more frequently. When we looked back on the environmental maintenance aimed at preventing infection in our ward, it was found that the concept of high-touch surfaces was not recognized and the wiping site was not unified. Therefore, we investigated the relationship between awareness of high-touch surfaces, infection prevention measures, and the implementation status of environmental maintenance. As a result, high-touch surfaces are not recognized as compared to Standard precautions and Transmission-Based Precautions, and the percentage of people who have heard of high-touch surfaces can explain Transmission-Based Precautions. In addition, the high-touch surfaces around the bed are wiped more frequently, and the hand sanitization rate was also increasing. These suggest that recognition of the concept of high-touch surfaces may deepen the understanding of infection prevention measures and is important in promoting an appropriate environmental maintenance.

## **Keywords**

high-touch surfaces, environmental maintenance, Standard precautions, Transmission-Based Precautions

# 片側手指拘縮をもつ施設療養者の手指汚染に関する基礎的研究 －拘縮手と非拘縮手の比較－

笹原 志央里<sup>1)</sup>, 吉井 美穂<sup>2)</sup>, 金森 昌彦<sup>2)</sup>

1) 富山大学附属病院

2) 富山大学学術研究部医学系

## 要 旨

片側拘縮手を持つ施設療養者の手指汚染の実態を明らかにすることを目的に、拘縮手（3指以上が屈曲 60 度以上）と非拘縮手の細菌数の比較を行った。対象 21 名に対する二度の拭き取り調査の結果、全サンプルから細菌が検出され、1 手当りの平均コロニー数は  $4.3 \times 10^3$  cfu/ml であった。また、拘縮の有無でコロニー数を比較したところ、非拘縮手よりも拘縮手で有意に多く存在していた ( $p < 0.001$ )。手指から最も多く検出されたものは *Staphylococcus* 属で、全体の 60.5% であり、保有率は拘縮手 70.7%、非拘縮手 78.0% であった。*Staphylococcus* 属以外の菌属（以下、その他の菌属）の保有率はそれぞれ 51.2%、53.2% であり、両者の保有率に有意差は認められなかった。しかし、同一対象者の両手指から検出されたその他の菌属の細菌叢は異なる様子を示しており、拘縮の有無により細菌叢に違いがある可能性も考えられたが、今回の調査では拘縮の影響かどうかについては明らかにならなかった。

## キーワード

片側拘縮, 施設療養者, 細菌数, 手指

## はじめに

介護老人保健施設療養中の高齢者（以下、施設療養者）の感染は、健康阻害の大きな要因の一つである。その中でも外因感染は施設療養者を取り巻く環境によって引き起こされることが多く、これを少しでも防ぐことが、看護の重要な仕事である。特に手指は、生活環境において様々な物や人に触れる機会が多く、汚染されやすいことから、これまでも医療関連感染予防を目的に医療従事者の手指衛生について多くの報告<sup>1-3)</sup>がなされてきている。

さらに、医療従事者以外を対象とした研究においても、工藤ら<sup>4)</sup>の対象の安静度別に手指の細菌

汚染を実態調査したものや、泉ら<sup>5)</sup>の片麻痺患者の麻痺手と健手を比較したもの、また天野ら<sup>6)</sup>の片麻痺患者を対象とし、移動可能群と寝たきり群の 2 群に分けて比較したものなどがあるが、これらの先行研究では対象者がすべて病院入院患者であった。一方、施設療養者に関しては、これまでに手指の状態を把握する調査は行われておらず、臭いなどから経験的に汚染しているという認識はあるものの、その実態については明らかになっていない。

以上のことより、今回、片側拘縮手をもつ施設療養者の手指汚染状況を細菌学的視点から明らかにすることを目的に調査を行った。

## 研究対象と方法

調査は 201X 年に実施し、対象は「研究内容に同意の得られた片方の手指の関節拘縮を持つ施設療養者」とした。なお手指の関節拘縮とは、3 指以上、60 度以上の屈曲拘縮があることとした。

### 1) 手指表面の拭き取り調査

手指表面の拭き取り調査を 2 週間の間隔を空けて二度実施した。拭き取りは研究者 1 名で行い、実施の際は手袋を装着し、対象の手指の第 1 指から第 5 指全ての指腹と指間表面を滅菌綿棒 (Pro-media SWAB TEST, エルメックス, 東京) を用いて拭き取り、サンプリング液とした (図 1)。

### 2) 菌の培養と分離

拭き取りによって得られたサンプリング液を普通寒天培地 (日水, 東京) に接種し、37℃で一晩培養を行った後、コロニー数をカウントした。各コロニーはハートインフュージョン液体培地 (HIB, 栄研, 東京) を用いて分離培養した。

### 3) 細菌数の算定

1 手当りの細菌数から 0 ~ 10<sup>2</sup> colony forming units (以下 cfu) /ml を 1+, 10<sup>2</sup> ~ 10<sup>3</sup> cfu/ml を 2+, 10<sup>3</sup> cfu/ml 以上を 3+ とした。

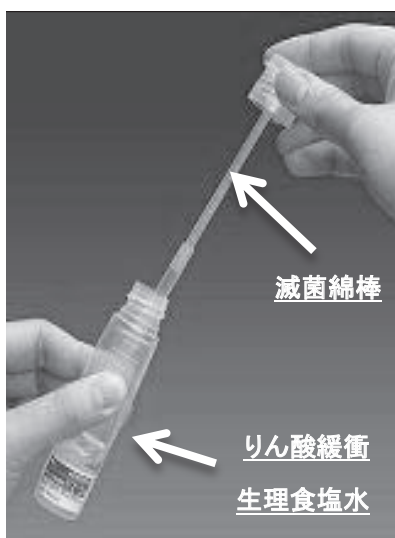


図 1. 拭き取り用綿棒

### 4) 菌の同定

分離したコロニーをグラム染色し、グラム陽性と陰性、球菌と桿菌に分類した。グラム染色によって分類後、アピマニュアルキット (ピオメリユー・ジャパン株式会社) および Bacterial 16S rDNA PCR キット (タカラバイオ株式会社・滋賀) を用いて細菌同定を行った。

アピマニュアルキットで得られた結果は、アピラボソフト (ピオメリユー・ジャパン株式会社, 東京) を用いて判定した (図 2)。また Bacterial 16S rDNA PCR キットによって得られた増幅産物は、タカラ受託サービス「プレミックスシーケンス解析」に依頼して、塩基配列情報を得た後、日本 DNA データバンク (DDBJ, 静岡) の BLAST version 2.2.24 検索を用いて解析した (<http://www.ddbj.nig.ac.jp/index-j.html>)。

### 5) 統計学的分析

統計学的処理には、統計パッケージソフト SPSS Ver 15.0 for windows (日本アイ・ビー・エム株式会社, 東京) を使用した。コロニー数の有意差検定には、Mann-Whitney の U 検定を、また保有率の検定にはカイ二乗検定を用いた。また 1 回目と 2 回目のコロニー数の相関関係は Spearman の相関係数 (rs)、一致率はカッパ係数 (κ) で示し、カイ二乗検定を行った。

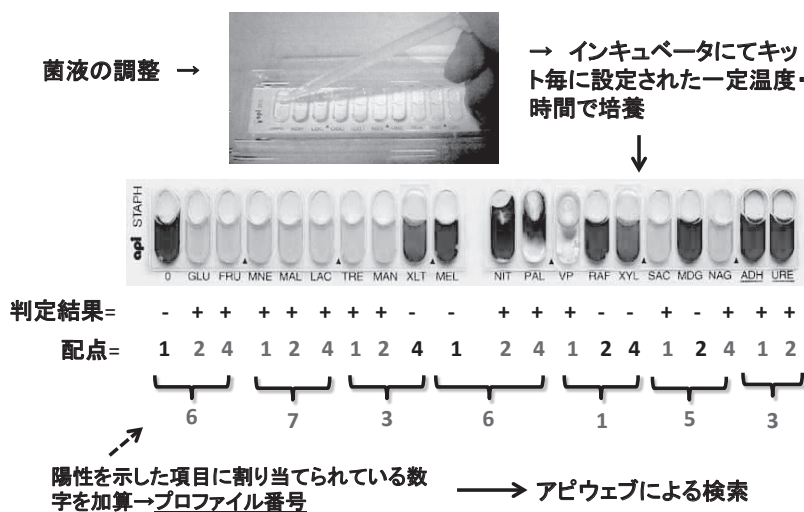


図 2. アピマニュアルキットによる判定

## 6) 倫理的配慮

対象者又は保護者である家族(代諾者)に対し、研究の目的と方法、調査への協力は自由意思であること、拒否による不利益のないこと、途中で調査を中止できることを文書および口頭で説明し、調査の協力と倫理的配慮への同意を得た。本研究は、富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会で承認された(臨認23-5)。

## 結 果

### 1) 対象の属性

A介護老人保健施設療養者を対象とし、手指表面の拭き取り調査を実施した。対象となる拘縮手のある施設療養者は、男性4名、女性17名、平均年齢 $82.8 \pm 5.7$ 歳、平均入所期間は $28.6 \pm 16.0$ ヶ月であった。

### 2) 1手あたりの平均コロニー数と累積頻度

対象21名に対する二度の手指表面の拭き取りから、2回目のサンプリング時に退所していた1名の2回目のデータを除いた、延べ82手分のサンプルを採取した。その結果、1手当たりの平均コロニー数は $4.3 \times 10^3$ cfuであった。

拘縮手および非拘縮手41手から採取されたコロニー数と累積相対度数を図3に示す。両者の累積相対度数は、 $5.0 \times 10^2$  cfu/ml未満の場合、拘縮手は2.4%、非拘縮手4.8%であったが、 $5.0 \times 10^3$  cfu/ml未満では拘縮手で22.0%、非拘縮手で73.2%となり、非拘縮手において高い頻度を示していた。

### 3) 拘縮の有無別にみた両手のコロニー数の関係

同一の対象の拘縮手と非拘縮手をペアとして、拘縮手と非拘縮手のコロニー数の関係を図4に示す。非拘縮手よりも拘縮手のコロニー数が多いペアが全体の25組(61.0%)であり、拘縮手よりも非拘縮手のコロニー数が多いペア9組(21.9%)、拘縮手と非拘縮手のコロニー数が同等だったペア7組(17.1%)であった。また、コロニー数は非拘縮手よりも拘縮手の方が有意に多かった( $p < 0.001$ )。

さらに、2度のサンプリングが可能であった20名において、同一手の採取1回目のデータと2回目のデータとをペアとした際の、拘縮手および非拘縮手の1回目と2回目におけるコロニー数の関係を図4に示す。拘縮手では、1回目と2回目のコロニー数が同等なものが最も多く12組

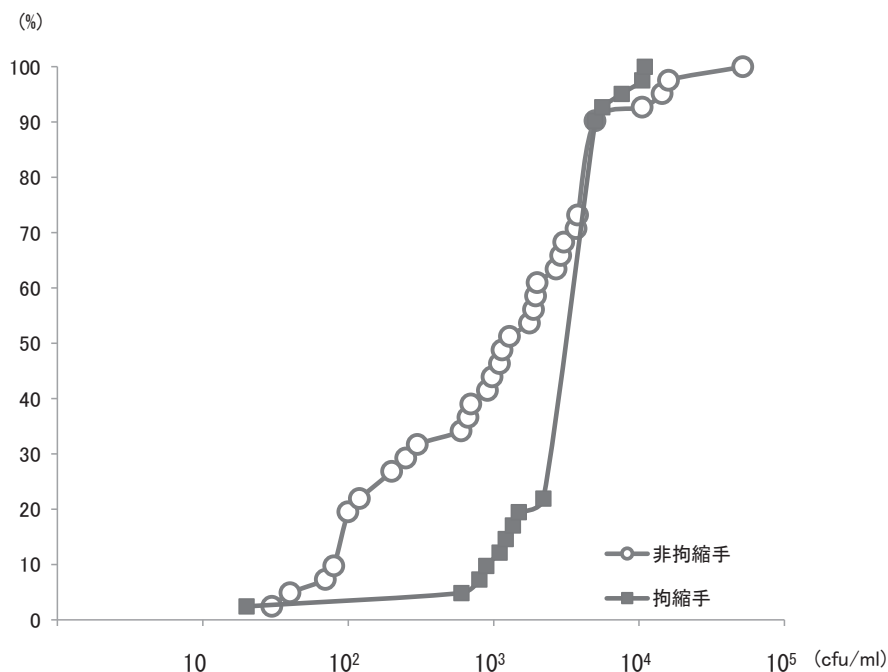


図3. コロニー数の累積相対度数



(60.0%), 1回目よりも2回目のコロニー数が多いのは5組(25.0%), 2回目よりも1回目のコロニー数が多いのは4組(15.0%)であった。一方, 非拘縮手において最多であったのは1回目のコロニー数の方が多かった10組(50.0%)で, 次いで2回目のコロニー数の方が多かった8組(40.0%), そして1回目と2回目のコロニー数が同等なものは2組(10.0%)であった。また, 1回目と2回目のコロニー数の相関をみると,  $r_s=0.543$  ( $p=0.101$ ) で有意な相関関係は認められず, 非拘縮手においても  $r_s=0.393$  ( $p=0.087$ ) と有意な相関関係は認められなかった。

#### 4) 拘縮の有無別に見たコロニー数判定

拘縮の有無別にコロニー数判定を行った結果を表1に示す。最も多かったのは, 拘縮手と非拘縮手のコロニー数判定が同じだった25組(61.0%)であった。次いで, 非拘縮手よりも拘縮手のコロニー数判定が高かったものが15組(36.6%), 拘縮手よりも非拘縮手のコロニー数判定が高かった

ものが1組(2.4%)という結果であり, 拘縮手と非拘縮手のコロニー数の一致率は,  $\kappa =0.163$  ( $p=0.059$ ) であった。

さらに拘縮手の1回目, 2回目での判定結果を表2に示す。その結果, 最も多かったのは, 1回目と2回目のコロニー数判定が同じだった17組(85.0%)であった。次いで, 2回目よりも1回目の方が高かったものが2組(10.0%), そして1回目よりも2回目の方が高かったものが1組(5.0%)であった。また, 1回目と2回目のコロニー数判定の一致率をみると,  $\kappa =-0.071$  ( $p=0.732$ ) であり, 一致しているとは言い難かった。一方, 非拘縮手では, 最も多かったのは1回目と2回目のコロニー数判定が同じだった11組(55.0%)で, 次いで1回目よりも2回目の方が高かったものが5組(25.0%), 2回目よりも1回目の方が高かったものが4組(20.0%)であった(表3)。また, 1回目と2回目のコロニー数判定の一致率をみたところ, データ数が十分でなかったため, 判定不能となった。

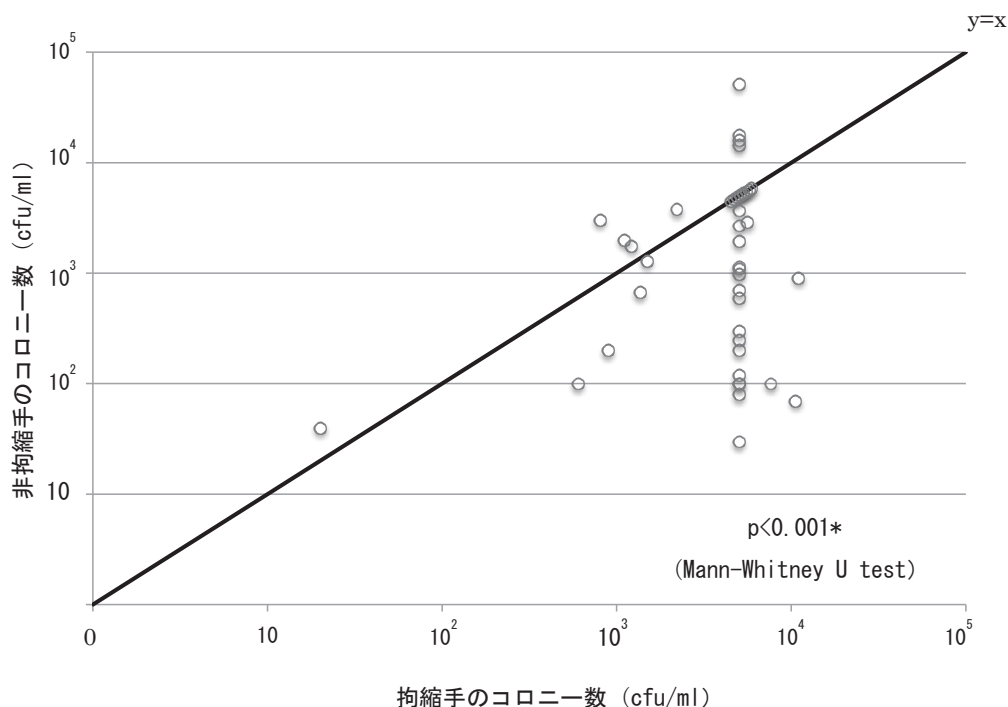


図4. 非拘縮手と拘縮手のコロニー数の関係

※図中の式  $y=x$  上のプロットは拘縮手および非拘縮手のコロニー数が等しく,  $y=x$  よりも下にあるプロットは非拘縮手よりも拘縮手のコロニー数が大きいことを示し,  $y=x$  よりも上にあるプロットは拘縮手よりも非拘縮手のコロニー数が大きいことを示す。

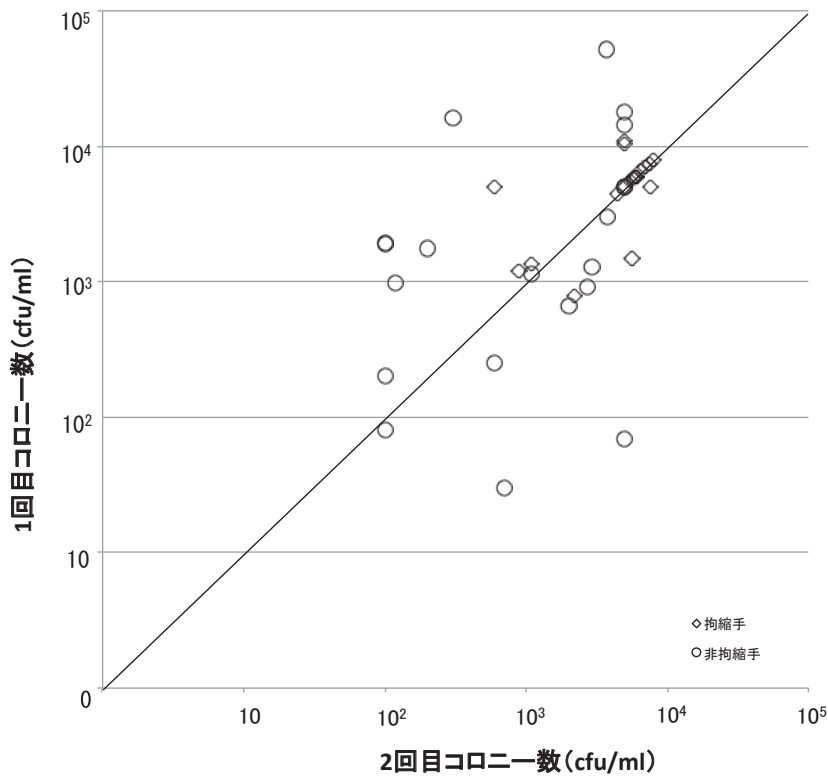


図 5. 拘縮手および非拘縮手の 1 回目と 2 回目のコロニー数の関係

表 1. 拘縮の有無別に見たコロニー数判定 (n=41)

	拘縮手			
		1+	2+	3+
非拘縮手	1+	1	0	3
	2+	0	2	12
	3+	0	1	22

表 2. 拘縮手の 1 回目, 2 回目でのコロニー数判定 (n=20)

	2 回目			
		1+	2+	3+
1 回目	1+	0	0	0
	2+	0	0	1
	3+	0	2	17

表 3. 非拘縮手の 1 回目, 2 回目でのコロニー数判定 (n=20)

	2 回目			
		1+	2+	3+
1 回目	1+	0	2	1
	2+	0	3	2
	3+	0	4	8

### 5) Staphylococcus属およびその他の菌属の検出結果

1 手あたりの細菌叢を調べるため、82 手分のサンプルより分離培養し、同定して得たコロニー数は 143 個あり、全 18 菌属に分類された。最も多く検出されたものは Staphylococcus 属の 86 個で、全体の 60.1% を占めていた。

また、拘縮手の Staphylococcus 属の保有率は 70.7%、非拘縮手では 78.0%、一方、Staphylococcus 属以外の菌属（以下その他の菌属）の保有率は、拘縮手で 51.2%、非拘縮手で 53.7% であった。

拘縮手、非拘縮手より検出したその他の菌属の菌属類を表 4 に示す。拘縮手から検出された菌属は 13 種類、非拘縮手から検出された菌属は 11 種類であった。拘縮手、非拘縮手より共通して検出されたものは Bacillus 属、Pseudomonas 属、Peptostreptococcus 属、Kocuria 属、Acinetobacter 属、Aeromonas salmonicida 属、Micrococcus 属であり、拘縮手、非拘縮手とも最も多く検出したものは Bacillus 属で、9 手であった。また、拘縮手からのみ検出したものは、Myroides 属、Steno-

trophomonas 属, Flammeovirga 属, Marivirga 属, Prevotella 属, Saccharopolyspor 属で, 非拘縮手からのみ検出したものは, Veillonella 属, Proteus 属, Propionibacterium 属, Rhizobium 属であった.

## 考 察

手指は, 生活環境において様々な物や人に触れる機会が多く, 汚染されやすい. しかし, 外界と接する皮膚や粘膜等には, 皮膚常在菌叢が形成されており, 微生物の侵入阻止と, 自浄作用により健康状態を保っている. 一方で, 高齢者は加齢に伴う皮膚の構造的, 機能的変化により常在菌層に変化が生じ, 感染に対する抵抗力が低下して外因感染を起こす可能性もある.

今回, 施設療養者の手指細菌叢について手指表面の拭き取り調査を実施した結果, 全ての手指から細菌が検出された. そこで, 拘縮の有無によるコロニーの累積相対度数を調べたところ,  $5.0 \times$

$10^3$  cfu/ml 未満に分布している割合が拘縮手では 22.0% であったのに対し, 非拘縮手では 73.2% となり, 拘縮手のコロニー数が有意に多くなっていた. また同一対象の拘縮手と非拘縮手をペアとしてコロニー数を比較した結果, 拘縮手および非拘縮手のコロニー数に有意な差が認められた. さらに, 同一手の採取 1 回目のデータと 2 回目のデータをペアとして関連性を調べたところ, コロニー数には有意な相関が認められたが, 拘縮の有無別では, 拘縮手および非拘縮手ともに相関は認められず, 1 回目と 2 回目の手指コロニー数の類似性は低かった.

手指より検出された菌の同定を行った結果, 最も多く検出されたものは Staphylococcus 属で全体の 60.1% を占めていた. Staphylococcus 属はヒトの常在菌として自然界に広く分布し, 健康なヒトの皮膚・鼻腔・腸管に常在する菌種が含まれ<sup>4)</sup>ることから, 最も多く検出されたものと推測される. しかし, 拘縮手および非拘縮手の

表 4. 拘縮手、非拘縮手より検出したその他の菌属 (n=112)

	拘縮手	非拘縮手	両手検出	片手検出
<i>Staphylococcus sp</i>	28	27	18	37
<i>Bacillus sp</i>	9	9	8	10
<i>Pseudomonas sp</i>	4	3	2	5
<i>Peptostreptococcus group</i>	3	2	0	5
<i>Micrococcus sp</i>	1	3	0	4
<i>Kocuria sp</i>	2	1	0	3
<i>Myroides sp</i>	3	0	0	3
<i>Veillonella sp</i>	0	3	0	3
<i>Acinetobacter sp</i>	1	1	0	2
<i>Aeromonas salmonicida sp</i>	1	1	2	0
<i>Proteus sp</i>	0	2	0	2
<i>Stenotrophomonas sp</i>	2	0	0	2
<i>Flammeovirga sp</i>	1	0	0	1
<i>Marivirga sp</i>	1	0	0	1
<i>Prevotella sp</i>	1	0	0	1
<i>Propionibacterium sp</i>	0	1	0	1
<i>Rhizobium sp</i>	0	1	0	1
<i>Saccharopolyspora sp</i>	1	0	0	1
Total	58	54	30	82

Staphylococcus 属の保有率は 70.7%, 78.0%, その他の菌属の保有率は 51.2%, 53.2% と、どちらも拘縮手、非拘縮手における保有率に差は認められなかった。

以上のことより、全ての手指において細菌の存在が認められ、非拘縮手よりも拘縮手のコロニー数が有意に多いことが明らかとなった。一方、検出された菌属の種類に違いがみられたことは、拘縮の有無による違い、あるいは通過菌として一過性に付着した可能性が考えられた。

手指には元来常在菌が存在している。常在菌叢を構成する菌種には、病原菌と非病原菌とが混在し、互いに共生あるいは拮抗しながら、一方では宿主との間に一定の平衡関係を維持し<sup>8)</sup>、日和見感染を防いでいる。しかし、その平衡関係が何らかの原因で破綻すると、日和見感染を起こすことがある。本研究の対象である施設療養者は、加齢に伴う免疫能の低下、皮膚常在菌叢の変化、加えて何らかの疾患を有する有病者が多く、易感染状態にあるといえる。今回手指より検出された菌の多くは Staphylococcus 属であり、その多くは人の常在菌で病原性の低いものである。しかし、中には病原性が高い菌種も存在する。また、コロニー数が多い傾向にあった拘縮手は手指の可動域が制限された状態<sup>9)</sup> にあり、非拘縮手に比べ手指衛生の実施可能範囲も制限されるため、屈曲した皮膚と皮膚との間に菌が蓄積し易い状態にあると考えられる。今後、拘縮手の細菌叢の変化を調査するとともに、手指衛生方法についても検討していく必要がある。

## 結 論

今回、施設療養者の手指細菌叢について手指表面の拭き取り調査を実施し検討した結果、以下のような知見を得た。

1. 全ての手指からも細菌が検出され、非拘縮手よりも拘縮手のコロニー数が有意に多く存在していた ( $p<0.001$ )。
2. 手指から最も多く検出されたものは Staphylococcus 属で、全体の 60.5% を占めていた。
3. 拘縮手および非拘縮手の Staphylococcus 属

の保有率は 70.7%, 78.0%, その他の菌属の保有率は 51.2%, 53.2% であり、保有率に差は認められなかった。

4. 同一対象の両手指の細菌叢は異なる様子を示し、拘縮の有無による細菌叢の違い、あるいは一過性に付着した可能性が考えられたが、拘縮の有無による影響については明らかにならなかった。

## 引用文献

- 1) 庄司麻衣子, 一色恭徳, 山崎眞一ほか: 医療現場における手指衛生の評価. 薬剤学 69(4): 289-296, 2009.
- 2) 古谷須磨子, 長岡榮子, 浜口菊枝: 手術時手洗いにおける水道水の有効性に関する細菌学的検討. 北日本看護学会誌 7(2): 1-4, 2005.
- 3) 黒須一見, 太田真弓, 市川利枝他: 医療従事者の手洗い行動改善への取り組み - 第1報看護師へのアプローチ-. 日本環境感染学会誌 19(3): 356-359, 2004.
- 4) 工藤綾子, 村上みち子, 山口瑞穂子ほか: 入院患者の安静度別による手指細菌汚染の実態. 順天堂医療短期大学紀要 7: 1-8, 1996.
- 5) 泉キヨコ, 平松知子, 金川克子ほか: 片麻痺患者の麻痺手と健手の皮膚細菌叢に関する看護的研究 - 慢性期の片麻痺患老人患者についての検討. 金沢大学医療技術短期大学部紀要 16: 49-54, 1993.
- 6) 天野瑞枝, 中田秀美, 三好陽子ほか: 麻痺のある患者の手指の細菌調査 - 移動可能群と寝たきり群の比較. 医学と生物学 150(12): 426-432, 2006.
- 7) 藤本秀士: わかる! 身につく! 病原体・感染・免疫 (第3版). 南山堂, 東京, 2017.
- 8) 光岡知足: 常在菌の働き, 役割, サルコイドーシス/肉芽腫性疾患 22(1): 3-12, 2002.
- 9) 中西睦子編: 看護・医学事典 第6版, 医学書院, 2005.

## **Bacterial hand contamination in nursing home residents with – Comparison between contracted side and non-contracted side –**

Saori SASAHARA<sup>1)</sup>, Miho YOSHII<sup>2)</sup>, Masahiko KANAMORI<sup>2)</sup>

1) Toyama University Hospital

2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences Research, University of Toyama

### **Abstract**

To clarify the actual condition of bacterial hand contamination in nursing home residents with contracture of digits ( $\geq 60$  degrees and  $\geq 3$  digits), bacterial numbers were compared between contracted hand and non-contracted hand. Twenty-one residents participated in this study. Each hand was wiped twice, and measured the bacterial contamination. As a result, contaminated bacteria were detected in all samples (average concentration:  $4.3 \times 10^3$  cfu/ml per a hand). The most abundant genus were staphylococci, which accounted for 60.5% of all samples (70.7% in contracted hand and 78.0% in non-contracted hand). Other genus were 51.2% and 53.2%.

Bacterial floras of genus looked like different between two groups, but we could not confirm in this study. Further investing is needed to study the potentially useful to care the nursing from residents.

### **Keywords**

Unilateral contracture, Nursing home residents, Bacterial hand contamination

# 入退院を繰り返す保存期慢性腎臓病患者の療養体験

新井 里美<sup>1)</sup>, 中田 ゆかり<sup>1)</sup>, 比嘉 勇人<sup>2)</sup>

- 1) 金沢医科大学看護学部
- 2) 富山大学学術研究部医学系

## 要 旨

本研究の目的は、入退院を繰り返す保存期慢性腎臓病（CKD）患者の療養体験を明らかにすることである。入退院を2回以上繰り返している保存期CKD患者11名を対象にインタビューを行った。保存期CKD患者の療養体験の語りとして、13のサブカテゴリ、さらに2カテゴリとして【腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験】【自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験】という内容が抽出された。

本研究では、入院するからこそ自分の生活を振り返ることができ、自分で腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら療養しているという体験が明らかとなり、今後の効果的な療養指導への示唆を得た。

## キーワード

慢性腎臓病, 療養指導, 療養体験

## はじめに

わが国のCKD患者は成人の約8人に1人に達し、21世紀に出現した新たな国民病<sup>1)</sup>といわれている。2018年度には700人を超える腎臓病療養指導士が生まれ全国的にCKD対策が推奨され腎臓病の重症化を抑制するためのエキスパートが増えてきている。CKDは末期腎不全、心血管疾患のリスクが高く、さらに糖尿病、高血圧などの生活習慣病が背景因子となって発症することが多いため、治療には生活習慣の改善、CKDステージに応じた食事療法、血圧・血糖・脂質などの集学的治療が必要である<sup>2)</sup>ことから重症化を防ぎ、発症を抑制するためには生活習慣の改善が重要である。また日本透析医学会<sup>3)</sup>の報告では透析患者は2010年29万8252人から2017年33万4505人へ、新規透析導入患者は2010年3万7512人から2017

年4万959人と増加の一途を辿っており医療経済の負担はますます増大している。CKDは原疾患を問わない概念<sup>2)</sup>であることから、同じCKDでも原疾患により大きく予後が異なるため個々人にあった指導・介入が必要であり透析導入を回避するためには、保存期CKD患者への効果的な介入が喫緊の課題である。

CKD患者は症状の乏しい時期に知識を提供しても行動変容につながらないことが多く、教育入院を繰り返す傾向がある。筆者らの先行研究では、腎臓病患者の療養指導に関する看護師の困難として【患者の個別性に合わせた指導ができない】【指導技術・知識の未熟さ】【患者の意欲を引き出せない】【不可逆的な腎疾患であるがゆえの戸惑い】を報告している<sup>4)</sup>。このように、効果的な介入が行えていない背景には、看護師がCKD患者の生活心情や性格傾向を十分に捉えることができず

らず、患者と医療者の思考や方向性が一致していないこと、またCKD患者に対する効果的な教育プログラムが確立していないことなどがあげられる。CKDの治療と生活（暮らし）は大きく影響し合っているが、既存の研究では透析導入患者や看護技術への意識調査、満足度調査が多い。また保存期CKD患者の看護介入に関する研究はいくつかあるが<sup>5-8)</sup>、保存期CKD患者の療養体験に着目した研究はみられず、具体的な介入方法は示されていない。

本研究では、効果的な療養指導を検討していくための手がかりとして、入退院を繰り返す保存期CKD患者の療養体験を明らかにすることを目的とした。

## 用語の定義

### 療養指導

生活習慣の改善と病気の進行を抑えるための「行動変容を促す支援」<sup>9)</sup>とする。

### 療養体験

患者自身が体験している「自分らしい暮らし」<sup>10)</sup>とする。

## 研究対象と方法

### 1. 研究参加者

A病院腎臓内科病棟入院中の保存期CKD患者とし、①CKDと診断されている20歳以上②入退院を2回以上繰り返している③日常生活が自立している④主治医より研究参加可能な状態であると許可がある⑤研究に対する同意が得られ同意書に署名が得られる、以上の条件を満たす患者を研究対象とした。なお研究対象選定においては、研究施設の領域長・病棟医長・看護師長に研究の主旨を事前に説明し、研究期間内に上記条件を満たす患者を選定してもらった。そのうえで、筆者が患者に説明・同意を得た者を研究対象とした。

### 2. 調査方法および調査期間

#### 1) 研究デザイン

本研究は質的記述的研究を用いた。これは、現象の率直な記述が求められるときに選択すべき方法であり<sup>11)</sup>、さらに単にカテゴリやサブカテゴリを列挙するだけではなく、カテゴリ間の関連を検討し、それを図式化することで、データの意味するところを視覚的に表示することもでき<sup>12)</sup>、患者によって語られた複雑な療養体験を可視化できるこの分析は、本研究に適した手法であると考えた。

### 2) 調査期間

2017年11月～2018年4月

### 3. データ収集方法

CKD患者の生活心情や療養体験について研究参加者に半構造化面接を行った。面接場所はプライバシーが確保できる個室で行い、研究参加者の承諾を得た上で面接内容をICレコーダーに録音し逐語録を作成した。対象者の基本属性として年齢、性別、原疾患、腎機能（eGFR、Hb、蛋白尿）、入院回数・期間を診療録にて調査した。インタビューガイドはコンコダンスの自分らしい暮らしの回復7つの視点を用いた。リカバリーモデルをもとにしたこの7つの視点とは、希望・安全な居場所・自分らしさ・あたたかい人間関係・自己決定と自己主張・対処や工夫をする・意味を感じる<sup>10)</sup>であり、研究参加者にもこの言葉を理解して語ることができるよう、書籍<sup>10)</sup>の解説部分を一緒に確認しながらインタビューを行った。

### 4. データ分析

ICレコーダーで録音した会話を逐語録にした生データを繰り返し読み、研究参加者自身が保存期CKDを抱えながらどのように療養してきたかという体験として読み取れる箇所すべてを分析の対象とした。研究参加者一人一人の逐語録について意味が損なわれないよう生データの表現を重視し、意味のあるまとまりでコード化した。次にこのコードを、相違点、共通点について比較することによって分類し、複数のコードが集まったものにふさわしいコード名をつけることで、概念の抽象度を上げていき、療養体験を明確に表すテーマ

を見出した。

研究の信用性を確保するために、分析の全過程において質的研究の専門家である大学教員からスーパーバイズをうけた。

## 5. 倫理的配慮

本研究は、金沢医科大学医学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(2017年11月15日 No.I214)。研究参加者には、書面を用いて研究計画の主旨や目的、研究への協力は任意であり、結果の如何により、個人が不利益な対応を受けることがないこと、プライバシーは守られること、などについて説明し、意思決定を最大限に尊重したうえで、研究協力について同意書に署名を得た。

個人情報の保護に関して、データの入力および分析時は、インターネットに接続されていないノートパソコンを使用した。取得した個人情報は、ID化し匿名加工情報とした。記録データは全て

セキュリティロック付外部記憶媒体に記録され、厳重に秘密が守られるよう配慮した。収集したデータは、鍵のかかる研究室に保管し、管理を徹底した。

安全対策に関しては、参加者に心身の不調が生じたり訴えがあった場合には、直ちに面接を中止し病棟スタッフに連絡し対応することとした。

## 結 果

### 1. 研究参加者の概要 (表1)

本研究では、腎臓内科病棟入院中のCKD患者11名(男性5名,女性6名)から協力が得られた。研究参加者の属性は、年齢26歳～82歳(平均年齢:63.8 ± 15.4歳)、入院回数2回～11回(平均入院回数:4.5 ± 3.1回)、面接時間42分～104分(平均面接時間:64.9 ± 5.3分)であった。

表1. 対象の属性

	年齢	性別	主病名	療養期間	入院回数	重症度分類	面接時間 (分)
A	60代	男	慢性糸球体腎炎	30年以上	9	G2	56
B	50代	女	IgA腎症	25年以上	6	G3a	84
C	70代	女	糖尿病性腎症	15年以上	3	G5	50
D	60代	男	糖尿病性腎症	20年以上	3	G5	50
E	60代	女	IgA腎症疑い	15年以上	2	G5	42
F	20代	女	頻回再発性MCNS	20年以上	11	G1	60
G	80代	男	2型糖尿病 MCNS疑い	50年以上	2	G5	68
H	60代	男	2型糖尿病 慢性腎不全急性増	5年以上	2	G5	104
I	50代	女	急性腎不全	5年以上	4	G3b	74
J	80代	女	糖尿病性腎症	10年以上	2	G4	57
K	60代	男	MCNS	30年以上	6	G2	69

・CKD重症度分類：G1腎障害はあるが腎臓の動きは正常～G5腎不全

・MCNS(minimal change nephritic syndrome)：微小変化型ネフローゼ症候群



## 2. ストーリーライン

本研究では、2カテゴリ、13サブカテゴリが生成された。これらの全体的な関連についてまとめたストーリーラインと結果図(図1)を作成した。カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉で記載した。左から右への時間軸とした療養体験の中で行動変容していく様子を図示し、今回明らかとなった療養体験を包括した円として表した。大きな矢印が右回り(外側)左回り(内側点線)と行きつ戻りつ揺れ動きながら療養していることを表し、サブカテゴリ間の関連を検討し小さな矢印で図示した。

保存期CKD患者は療養体験を積み重ねる中で、【自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験】と【腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験】を行きつ戻りつ揺れ動いていた。〈自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった〉患者は、自分の療養について〈入院するからこそ生活を振り返ることができた〉。そして患者は入退院を繰り返す中で医療者と〈簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた〉ことを振り返り、〈これまでの療養体験の意味・

価値を見出す〉という体験が語られた。また〈簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた〉ことで、腎臓病を抱えながら生きることを〈自分で自覚し覚悟をもって、命がけで療養した〉体験は、療養生活の中で〈自分を守るために、自分なりに療養生活を工夫し続けた〉という行動変容へとつながっていた。しかし、長い療養生活では〈頑張りたいけど不安や葛藤がある〉。〈我慢して工夫しながら療養しても生活との折り合いがつかない〉体験や〈医療者との信頼関係が不安定であるため、医療者の言動で不安や自尊心低下を助長する〉体験、そして腎臓病を抱え社会的な役割を維持しながら療養生活を送るということでは、食事管理等日常生活を送ることや入退院を繰り返すことが、生活を共にする家族にも影響をおよぼし、〈家族への申し訳なさを感じる〉ことも体験していた。一方で家族に申し訳なさを感じながらも〈家族や地域・医療者の心強い支え、協力があるからこそ自分らしく過ごせる〉体験や、療養生活を続けていく中での困難感や孤独感などに対して〈人(家族、他患、医療者)とのつながりを感じる安心感〉を体験しており、これらの体験が周囲との関係性を維持しながら自分自身の役割を獲得し

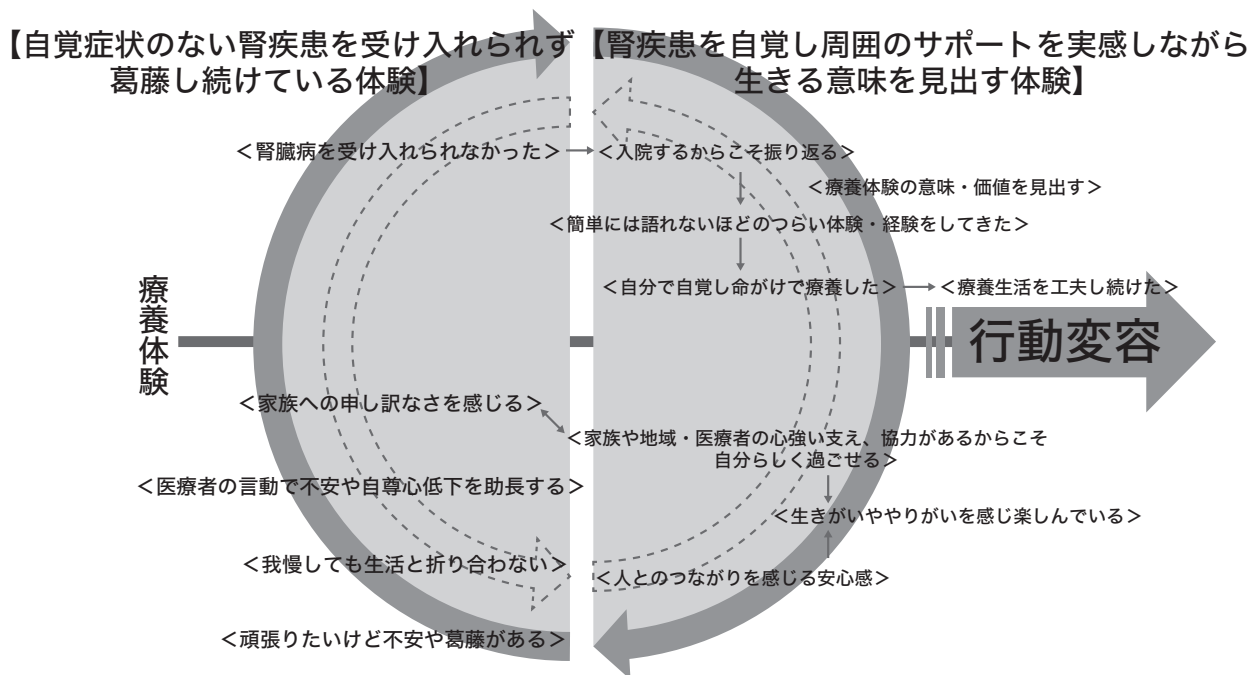


図1. 保存期CKD患者の療養体験

表2. 保存期 CKD 患者の療養体験

カテゴリー	サブカテゴリー	該当参加者
腎疾患を自覚し生きる周囲の意味のサポートを見出す体験を実感しながら	・入院するからこそ生活を振り返ることができた	ABCDEFGHIJK
	・簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた	ABCDEFGHIJK
	・自分で自覚し覚悟をもって、命がけで療養した	ACDEFGHIJK
	・これまでの療養体験の意味・価値を見出す	ABDEFIJK
	・自分を守るために、自分なりに療養生活を工夫し続けた	ABEFGHIJK
	・家族や地域・医療者の心強い支え、協力があるからこそ自分らしく過ごせる	ABCDEFGHIJK
	・人（家族、他患、医療者）とのつながりを感じる安心感	ABCDEFGHIK
	・生きがいややりがいを感じ、楽しんでいる	BCDEGHJK
自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験	・自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった	BCDEFGHIJK
	・我慢して工夫しながら療養しても生活との折り合いがつかない	BCDEFGHIJK
	・医療者との信頼関係が不安定であるため、医療者の言動で不安や自尊心低下を助長する	AGH
	・家族への申し訳なさを感じる	BDG
	・頑張りたいけど不安や葛藤がある	BCDFGHI

〈生きがいややりがいを感じ、楽しんでいる〉という療養体験へとつながっていた。〈これまでの療養体験の意味・価値を見出す〉という体験や〈生きがいややりがいを感じ、楽しんでいる〉という体験は、行動変容への動機づけとなる体験であった。この結果をもとに図を作成し、「保存期 CKD 患者の療養体験」と命名した。

### 3. 保存期CKD患者の療養体験の語り（表2）

保存期 CKD 患者の療養体験の語りとして、13 のサブカテゴリーが見出され、さらに2カテゴリーとして【腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験】【自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験】という内容が抽出された。なお、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, 語りは斜体, 語りの内容に対しての補足の解釈を加えた部分は( )で記した。

#### 1) 腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験

〈入院するからこそ生活を振り返ることができた〉〈簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた〉〈自分で自覚し覚悟をもって、命がけで療養した〉〈これまでの療養体験の意味・価値を見出す〉〈自分を守るために、自分なりに療養生活を工夫し続けた〉〈家族や地域・医療者の心強い支え、協力があるからこそ自分らしく過ごせる〉〈人（家族、他患、医療者）とのつながりを感じる安心感〉〈生きがいややりがいを感じ、楽しんでいる〉の8つのサブカテゴリーで構成されていた。

〈入院するからこそ生活を振り返ることができた〉は、自分の生活もしくは家族とともに生活していく中での自分の療養について、入院という環境にいるからこそ、生活を振り返り見つめ直して

いた体験が語られていた。以下に語りを示す。

「そうですね。あのときは、再発したら、やはりどうしても負の・・・、どよんとしていたのですが、でも、入院するからこそ、体、自分のことを見つめ直すこともできたし、治す時間もできたし、かな。なかなかないではないですか。入院して、家族と離れて、今だからこそ、子供に会いたいとか、ありますし、子供の大切さをあらためて感じるし」(研究参加者F)

〈簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた〉は、慢性疾患を抱えながら入退院を繰り返す中入院という普通の療養生活とは違う場で生活することにより、患者は医療者(筆者)と療養体験を振り返る機会となったことで、簡単には語りつくせないほどのつらい体験を思い起こしていた。以下に語りを示す。

「やはり入院するのも嫌だったから、基本的に、3回目の入院ぐらいのときは、自分で一番辛かった。もうずっとこのままかなとか、何で自分だけなるのかなとか、それが一番辛かった。」(研究参加者K)

〈自分で自覚し覚悟をもって、命がけで療養した〉は、療養生活の中で透析や死に対する底知れない不安や恐怖を意識したことで、腎臓病を抱えながら生きることを自分自身で自覚し、命がけで我慢しながら療養した体験が語られていた。以下に語りを示す。

「ここ来たときから、先生は透析と、おどかしていたから、『えっ、透析?やばい。それなら加減しなければ』というので、それからずっと制限しているから。だから最初悪いと言われたときは、今までおまんじゅうでも大好きで、1日2個平気だったけれども、まんじゅうも駄目、ケーキも駄目。全部食べる物をやめたから、1年間我慢した。そうしたら、そのうちやはり食べたくなくて、また少し食べるようになったけれど、それまでは1年間、我慢しました。」(研究参加者E)

〈これまでの療養体験の意味・価値を見出す〉は、入退院を繰り返し簡単には語りつくせない体験を

振り返りながら腎疾患を自覚し生活していく中で、療養体験の意味や価値を見出していることが語られていた。以下に語りを示す。

「やはり人間である以上、少しでも健康で長く、健康寿命といますけれども、やはりそんな、ただ生きているのではなくて、やはり元気に動いて、好きなものが食べられてというのが、すごく大事なことだと思うのです」(研究参加者I)

〈自分を守るために、自分なりに療養生活を工夫し続けた〉は、腎臓病を自覚することで、この疾患を抱えた自分を守っていくためには、生活上の様々な管理(あるいは制限)をこれから続けていく必要があることを認識し、そして今までの社会的役割を維持しながら生活を続けていくためにも、できる範囲で工夫しながら療養生活を送っていることが語られた。以下に語りを示す。

「ずっとこんにやくとコケはタンパクがないというので、毎日、お昼のお弁当はそれを入れた薄味の煮物を、毎日、何年も本当に、サラダと揚げ物とかは家族には普通どおり、私はその半分とか、そんな感覚でやっていたのですが、もう、家族は難しいことはできないし、考えたらこんな(うつうつと下を向く)になってしまうし。だから、1日おきに魚と肉にするようにして。基本、うん。だから、あのときは何単位とか、そういうことでやっていたし、ご飯は120しか食べないとか。はかりを置いて、ご飯は絶対120g量って。そして後は、お肉だったら半分。まあ、何でも半分。半分というような感じで。だから、1日に何単位取りなさいとか、そこまでできないから、ご飯は120g、あとは半分、みたいな感じで、しょうゆはかけないとか、そのぐらいでやっていたのです」(研究参加者B)

〈家族や地域・医療者の心強い支え、協力があるからこそ自分らしく過ごせる〉は、社会生活を続ける中、さらに療養しながらの生活を送る中で、家族や地域・医療者の言動による支援を実感し、自分らしく過ごせていることが語られていた。以下に語りを示す。

「栄養指導の栄養士の人が言っていたように、

ざっくばらんな感じで、あまり決め決めに、続かないから、食べ方次第で幾らでもどうにもなれるのだから、考えることが工夫のあれになるし。ただ、そこにあるから、それをそのまま食べるというのは、誰でも食べるけれど、そこで一工夫すればということ、なるほどねと思うことは思ったのだけれども、楽になっている。その程度でいいのかとなる」(研究参加者H)

〈人(家族、他患、医療者)とのつながりを感じる安心感〉は、療養生活を続けていく中での困難感や孤独感などに対して、入院時においては患者同士のピアサポートを体験したり、地域においても医療者とのつながりを感じる安心感が語られていた。以下に語りを示す。

「でも、違う経験をしているからこそ、やはり病院に来たら、看護師さんや先生とのつながりもあるし。そのときは、やはり病室で、隣の人と話すといっても、年齢が違うから、別に話さなかったのですが、今となっては、こんな病気、腎臓でもいろいろあるではないですか。透析をしている人もいればと思うし、お話を聞いたりもできるし。そうですね。つながりは、すごく恵まれたというか、それは思いますね、本当に」(研究参加者F)

〈生きがいややりがいを感じ、楽しんでいる〉は、療養しながらの生活ではあるものの、周囲との関係性を維持しながら自分自身の役割を獲得し、楽しみながら生活していることが語られていた。以下に語りを示す。

「(腎臓が悪いと聞いて) がーんと来た。でもなおさら、頑張っとうろうと思っています、できることを。無理しないといたら、しているかもしれません。教えるというか、良いのにしているけれども。私はそれが生きがい。私はそれで頑張れるのかなと。家にいて、こんなになって(落ち込んで)いたら」(研究参加者C)

## 2) 自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験

〈自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった〉〈我慢して工夫

しながら療養しても生活との折り合いがつかない〉〈家族への申し訳なさを感じる〉〈医療者との信頼関係が不安定であるため、医療者の言動で不安や自尊心低下を助長する〉〈頑張りたいけど不安や葛藤がある〉の5つのサブカテゴリで構成されていた。

〈自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった〉は、家族や周囲のすすめで受診してみると、腎臓病が進行していて入院治療が必要なこと、今後食生活や療養生活の見直しを行わないと透析になることなど、自分では腎臓に関連した症状の自覚がないのに、思ってもみない現実を突き付けられ、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった体験が語られていた。以下に語りを示す。

「糖尿病でも、『あんだ、今分かったのではなくて、これはずっと前から、大体こういうふうな症状が出ていたのだわ』と、地元のお医者さんはそう言っていたが全然どこも悪くないわと思っていた。自覚症状なかったが、かかりつけ医から家族に報告があり受診となった」(研究参加者J)

「腎臓のせいだと言われて、びっくりした」(研究参加者G)

〈我慢して工夫しながら療養しても生活との折り合いがつかない〉は、入退院を繰り返す中で行われた療養指導(食事指導)等で、今後も自分の療養生活を維持するため(再入院しないため・透析に至らないため)の生活を管理していく必要性を都度実感しながらも、実際の自分の生活にどう取り入れていけばよいのか、具体的に対処できないために、自分なりに工夫して我慢しながら療養生活を管理しているつもりでも継続することが難しく、生活との折り合いがつかずに入院に至る、または自分なりに調べて工夫して療養しても入院に至る体験が語られていた。以下に語りを示す。

「素人に何gと言われても。実際、家庭で何gと量りながら、やっている人はいないからね。分かりやすく言ったら、例えば小さじ何杯だとか、そういう話になるものですよ」(研究参加者G)

〈医療者との信頼関係が不安定であるため、医療者の言動で不安や自尊心低下を助長する〉は、腎疾患により入退院を繰り返し、さまざまな不安を抱えながら療養生活を送っている患者にとって、入院や受診時に関わる医療者の態度や言動は希望や不安など今後の療養生活に大きな影響を及ぼす可能性がある。その際医療者が自分を尊重するような態度でない場合不信感を持ち信頼関係が築けず、医療者との関係性が不安定となりさらに不安や自尊心低下を助長したという体験が語られていた。以下に語りを示す。

「患者と先生は同等でなくても、少し私らを目上に見るというタイプなら構わないのだけれども、上からこう押さえつけるように、飼い主が犬に物を言うみたいに言うと、腹が立ちます。それで結局（血糖値）上がってもかまわない。何でも食べていたのです。そうしたら、だんだんだんだん血糖値が上がって、これはいけないと、針を私物で買えと」（研究参加者A）

〈家族への申し訳なさを感じる〉は、腎臓病を抱えながら社会的な役割を維持しながら療養生活をしていくということでは、食事管理等日常生活を送ることや入退院を繰り返すことが、生活を共にする家族にも影響をおよぼし、申し訳なさを感じながら生活している体験が語られていた。以下に語りを示す。

「家族が仕事を終わったら送り迎えしているものだから、家族に一番負担をかけている。自分の代わりに、仕事は3時ごろで終わるから、迎えに行くのは、4時半か5時ぐらいだから、少し間があるからいいのだけれど、仕方ないなと思って」（研究参加者D）

〈頑張りたいけど不安や葛藤がある〉は、腎疾患のためには生活を管理・調整していく必要性を意識しながらも、社会的な役割を維持しながらの療養のむずかしさ、サポートが十分得られないなどの、頑張りたいけど不安や葛藤がある体験が語られていた。以下に語りを示す。

「ここみたいに時間になったら、（食事が）出てくるわけじゃないから、今日は元気があるから、

ぱっぱっとできるかもしれないけれども、元気がないときもあるもの。1食抜いても別にいいやとなってしまうでしょう。そうすると、今度、飲む薬を休んだりとかになってしまうし、そうするとまた狂って、平凡というのが一番難しい。何事もなく過ごすというのが、どれだけ大変なことか。前の日から段取りして、何も考えていなかったら、そこまでできないです。ここにいると、周りの目があるから、家に帰ったら、誰も指導も何もないから、やりたい放題だから」（研究参加者H）

## 考 察

### 1. 入院という環境で葛藤しながらゆれ動く体験

長期的で予後は不確かな慢性疾患であるCKDの療養生活において、研究参加者からは【腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験】と【自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験】を行きつ戻りつゆれ動きながら入院生活を送っていることが語られた。

腎臓は沈黙の臓器ともいわれ、初期の段階ではほとんど自覚症状がみられない。体調不良に気づいて初めて病院を訪れたときには、すでに病気が進行していて、末期腎不全のために自分の腎臓の代わりにしてくれる腎代替療法の「透析療法」や「腎移植」をしなければ命を保てなくなっている場合も珍しくない<sup>13)</sup>といわれているように、健診で尿たんぱくや腎機能異常の指摘が数年前からあったとしても放置したり、通院をやめてしまう患者も少なくない。本研究でも〈自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった〉体験として、「腎臓のせいだと言われて、びっくりした」（研究参加者G）「全然どこも悪くないわと思っていた」（研究参加者J）と語られていたように、これまで健診や受診時に腎臓のことや食生活などに気をつけるようその場では説明されていたとしても、やはり自覚症状がないために、自分のこととして承認できなかったのではないかと考える。石井<sup>14)</sup>は、症状がない人にとって、糖尿病は「頭」で理解するバーチャルな病気（virtual reality）である、と述べている。

本研究でも糖尿病同様 CKD も腎臓の病気ということは知っていても、もしくは指摘されていてもそれを自分のこととして受け入れられない、自分が体験していることとは一致しないバーチャルな病気であったのではないかと考える。そして何かしらの症状が悪化して入院となった患者は、症状改善・維持のために様々な療養指導を受けることになる。慢性疾患においては、患者が自分の症状とその影響をできるだけ詳細に知ることが現実的にもっとも重要であり、自分の症状のパターンを学習しなくてはならない。こうした直接経験がないことには症状が患者の体の動き・能力・仕事・毎日毎週の気分・社会的関係にいったいどのような影響をおよぼしているのか、本人以外には知ることができないから<sup>15)</sup>であるが、自覚症状がほとんどない CKD 患者にとっては、本人自身も症状に気づけていないバーチャルな CKD という疾患を正しく理解するということが、そして CKD による症状といわれるものを改善するために療養指導を受けたり、その指導内容を療養生活に取り込み維持していくということは、非常に困難であったと考える。だからこそ、〈自覚症状もほとんどなく、腎臓がこんなに悪いことを受け入れられなかった〉患者は、自分の療養について〈入院するからこそ生活を振り返ることができた〉と語る一方で、〈頑張りたいけど不安や葛藤がある〉〈我慢して工夫しながら療養しても生活との折り合いがつかない〉と行きつ戻りつ揺れ動いている心情が語られたと考える。齋藤ら<sup>16)</sup>は慢性疾患患者の退院後の生活に対する認識と患者指導に望むこととして、患者は入院中に指導を受け、退院後生活を変えなければならないと感じているが、生活習慣を変え、それを維持することの難しさも感じていた、と報告している。特に腎不全保存期では、自覚症状がないにもかかわらずクライアントが自主的に行わなければいけないセルフケアが多いため、病気についての知識はあっても、実行するのは面倒臭いと考える人も少なくない<sup>17)</sup>といわれているように、本研究でも入退院を繰り返すなかで CKD を自覚し生きる意味を見出しているにもかかわらず、自覚症状もほとんどなく予後の不確かな慢性疾患である CKD を抱え療養し続けることに葛藤しな

がらゆれ動く体験が明らかとなった。

## 2. 入退院を繰り返し療養生活に折り合いをつけていく体験

慢性疾患は病状が不安定で治療をしても回復と悪化を繰り返し、予測できないまま徐々に病状が悪化することもある。このように不安定ななかで、患者はさまざまな局面に適応しようとしなければならず、生活全体に大幅な変更を迫られる<sup>18)</sup>、という特徴があるため、慢性疾患である保存期 CKD 患者が入退院を繰り返すということはある意味では必然だと考えることができる。さらに保存期 CKD を抱える患者の療養生活の中で、症状をコントロールしていくということを見ると、CKD は症状を自覚しづらい疾患であるがゆえに、ライフ・スタイルの再編成がよりいっそう難しいことが、疾患自体の特殊性からもうかがえる。

本研究で入退院を繰り返す保存期 CKD 患者は、入院するからこそ自分の生活を振り返ることができ、入退院を繰り返す中で自分で腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら療養しているという体験が明らかとなった。自己管理ができず疾患のコントロール状態が悪いと、多くの医師や看護師は、できないのは患者のせいだと患者を責め、時には「意欲のない患者」とレッテルを張って済ませてしまいがち<sup>19)</sup>であるといわれているように、筆者もこれまで生活習慣改善のために教育入院をしていた患者が入退院を繰り返す現状を、再入院してきたという事実にはしか注目しておらず、症状が乏しく CKD の自覚がないために患者も家族も療養行動を守れず入退院を繰り返すのではないかと考えていた。しかし、本研究の入退院を繰り返している研究参加者全員、療養行動を守っていなかったのではなく、これまでに得た知識をどうにかして暮らしに活かそうと自分なりに頑張っても折り合いがつかず入院となっていた。慢性疾患を患うということは、長年の療養生活のなかで生み出した知恵が患者にはたくさんあるということ<sup>20)</sup>でもあり、患者は実際、病の体験を語る慢性疾患のエキスパート<sup>21)</sup>であるといわれているように、本研究でもどうにかして折り合いをつけて生活していこうと思ってもできない現状があ

り、入院するからこそその都度生活を振り返りほとんど自覚症状のないCKDを自覚し、自分なりに工夫してその行動を意味づけしながら再入院や透析を回避するために療養している現状が明らかとなった。コービンとストラウス<sup>22)</sup>は慢性疾患の病みの軌跡で、『折り合いをつける』とは慢性状況を抱えながら生きていくときに必要になるアイデンティティの適応のプロセスで、このアイデンティティの適応は、病みの行路の変化に伴って何度も何度も行わなければならないため、最終的な状態と言うよりは一つのプロセスと考えられている、と述べている。本研究では、図1のように〈簡単には語れないほどのつらい体験・経験をしてきた〉ことで、腎臓病を抱えながら生きることを〈自分で自覚し覚悟をもって、命がけで療養した〉体験は、療養生活の中で〈自分を守るために、自分なりに療養生活を工夫し続けた〉という行動変容へとつながっていた。このように、どうにかして生活と療養の折り合いをつけるために、慢性疾患であるCKDを抱えながら入退院を繰り返すということは、その入院するという機会があるからこそ、自分の生活を振り返る機会となり、何度もアイデンティティを適応させていくプロセスであることが示唆された。

再入院からの生活の立て直しはまさに回復のプロセスであると考え。回復 recovery とは、再建と立ち直りを特徴とする概念であり、そこでは、コンプライアンス(治療上の指示に対する従順さ)よりも、協力や協調に焦点がおかれている<sup>22)</sup>。今回のインタビューではコンコダンスの自分らしい暮らしの回復7つの視点をインタビューガイドとして参考にした。7つの視点の構成要素(希望・安全な居場所・自分らしさ・あたたかい人間関係・自己決定と自己主張・対処や工夫をする・意味を感じる)は、いずれも、普段意識されることはないが、意識されないほど暮らしの中に浸透している感覚であり、疾病や治療を通して患者を看る習慣がついてしまった看護師に不可欠な視点である<sup>23)</sup>といわれている。またモース<sup>24)</sup>は病気体験における希望と苦悩の理論で、種々の過酷な状況におかれても、人間には、はいあがろうとする力が本来的に備わっているがゆえに、不確か

さの体験が希望を見出すうえで重要だ、と述べている。筆者自身糖尿病や腎臓病の療養指導を実践してきた中で、入院中の患者と今後の希望について語り合った経験がほとんどなく、本研究でも「入院中に希望を聞かれたのははじめて」と語った研究参加者もいた。入院という場で病気を纏うCKD患者が今後の希望について語ることは、本来の自分らしさを取り戻すきっかけになったのではないかと考える。このことは、入院が症状コントロールの失敗ではなく回復のプロセスであることを再認識する機会となり、【生きる意味を見出す体験】というポジティブな体験の語りにも影響していたのではないかと考える。入退院を繰り返す保存期CKD患者が療養生活でどのような暮らしを体験しているのかを明らかにするためには、自分らしい暮らしの回復7つの視点は非常に重要な視点であり、今後療養指導時に医療者が意識すべき重要で不可欠な視点である。

CKDは原疾患を問わない概念である。21世紀のヘルスケア産業の中で最も重要なことは、患者ごとにさまざまな要求をもっているということ、そして同じ一人の患者でも人生の別の時期では、違った要求をもつものなのだとすることを認識することで唯一正しい方法というものはない<sup>25)</sup>といわれているが、原疾患により大きく予後が異なるCKDでは個々人の療養体験もより複雑であると考え。今回明らかとなった療養体験をふまえた医療者の関わりとして、自分なりに何とか工夫して生活しようと努力している患者を尊重した援助的なコミュニケーションを行うことによって、患者の安心感や行動変容への動機づけとなり、患者が透析を回避し腎疾患をもちながらも自分らしい暮らしが営めるようになることを考える。人間は変化していくのだから、まずは、わたしたちが対象者の生活習慣やセルフマネジメントに関する考え方や価値観に目を向け、耳を傾け、患者の変化を信じるのが大切<sup>26)</sup>であり、繰り返す入退院は慢性疾患であるがゆえであり、入退院を繰り返しながらも透析に至らないために、より早期に行動変容できるよう、そしてその療養を維持できるよう援助することが重要であると考え。

## 結 語

保存期 CKD 患者の療養体験の語りとして、13 のサブカテゴリが見出され、さらに2カテゴリとして【腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら生きる意味を見出す体験】【自覚症状のない腎疾患を受け入れられず葛藤し続けている体験】という内容が抽出された。面接中もそれぞれの体験を行きつ戻りつゆれ動きながら入院生活を送っていることが語られていた。入院で得た知識をどうにかして暮らしに活かそうと自分なりに頑張っても、折り合いがつかず入院となっていたことから、対象者全員が自分なりに工夫して、その行動を意味づけしながら生活している体験が明らかとなった。本研究では、入院するからこそ自分の生活を振り返ることができ、自分で腎疾患を自覚し周囲のサポートを実感しながら療養しているという体験が明らかとなった。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました皆様に深く御礼申し上げます。なお、本研究は JSPS 科研費 JP17H07208 の助成を受けた研究の一部である。本研究の一部は、第 49 回日本看護学会—慢性期看護—学術集会において発表した。

## 引用文献

- 1) 社団法人日本腎臓学会：CKD 診療ガイド 2012. pp ii, 東京医学社, 東京, 2012.
- 2) 一般社団法人日本腎臓学会：エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2018. 日本腎臓学会誌 60 (8) : pp v -13, 2018.
- 3) 一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現状」(2017年12月31日現在) <https://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2019.7.8 閲覧)
- 4) 田中ともみ, 清水真佐子, 池田英利他：保存期慢性腎臓病患者への指導時に看護師が抱える困難. 日本看護学会論文集・慢性期看護, 45号 : 44-51, 2015.
- 5) 西岡久美子, 中野綾美：保存期慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの構成. 高知女子大学看護学会誌, 42 (2), 1-10, 2017.
- 6) 金子順子：成人期慢性腎臓病患者の診断から血液透析導入に至るまでの不確かさ. 日本慢性看護学会誌, 9 (2), 44-51, 2015.
- 7) 上星浩子, 岡美智代, 高橋さつき他：慢性腎臓病教育における EASE プログラムの効果—ランダム化比較試験によるセルフマネジメントの検討—. 日本看護科学学会誌, 32 (1) : 21-29, 2012.
- 8) 木嶋千枝, 岡美智代, 茂木英美子：EASE プログラムの行動目標設定画面において効果的な看護師発話の特徴. 日本保健医療行動科学会年報, Vol.27 : 171-183, 2012.
- 9) 一般社団法人日本腎臓学会：医師・コメディカルのための慢性腎臓病 生活・食事指導マニュアル. 蒲原一夫, pp24-28, 株式会社東京医学社, 東京, 2015.
- 10) 安保寛明, 武藤教志：コンコーダンス患者の気持ちに寄り添うためのスキル 21. pp34-37, 医学書院, 東京, 2010.
- 11) マーガレット・サンデロウスキー：質的研究をめぐる 10 のキークエスチョン—サンデロウスキー論文に学ぶ. 谷津裕子, 江藤裕之訳, pp133-150, 医学書院, 東京, 2015.
- 12) グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして第2版. pp64-84, 医歯薬出版, 東京, 2016.
- 13) 原茂子, 福島正樹：改訂版 慢性腎臓病 (CKD) 進行させない治療と生活習慣. pp14-15, 法研, 東京, 2016.
- 14) 石井均：病を引き受けられない人々のケア—「聴く力」「続ける力」「待つ力」. pp48-73, 医学書院, 東京, 2015.
- 15) アンセルム・ストラウス：慢性疾患を生きるケアとクオリティライフの接点. 南裕子, 木下康仁, 野嶋佐由美訳 : pp64-77, 医学書院, 東京, 2014.



- 16) 齋藤久美子, 佐藤真由美, 一戸とも子他: 慢性疾患患者の退院後の生活に対する認識と患者指導に望むこと. 保健科学研究, 6, 41-50, 2016.
- 17) 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵: セルフマネジメント成人看護学③. pp116-134, メディカ出版, 大阪, 2015.
- 18) 野末聖香: リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために .pp182-188, 医歯薬出版, 東京, 2017.
- 19) 河口てる子: 熟練看護師のプロの技見せます! 慢性看護の患者教育—患者の行動変容につながる「看護の教育的関わりモデル」. pp8-24, メディカ出版, 大阪, 2018.
- 20) 東めぐみ: 慢性期看護実践に活用するリフレクション—患者の内省を支える, リフレクティブナ実践者としての看護師. 臨床透析 30 (3), 255-262, 2019.
- 21) アーサー・クラインマン: ケアをすることの意味—病む人とともに在ることの心理学と医療人類学. 皆藤章訳, pp93-110, 誠信書房, 東京, 2015.
- 22) 黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田 穂訳: 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル. ppix-31, 医学書院, 東京, 2017.
- 23) 武藤教志: 改訂 専門的な思考を鍛える看護のためのフレームワーク. pp218-219, 精神看護出版, 東京, 2016.
- 24) 野川道子, 佐々木栄子: モースの病気体験における希望と苦悩の理論. 看護実践に活かす中範囲理論 (第2版), 野川道子編, pp188-208, メヂカルフレンド社, 東京, 2017.
- 25) J.A. ミュア・グレイ: 患者は何でも知っている EBM時代の意思と患者. 齊尾武郎訳: pp173-176, 中山書店, 東京, 2006.
- 26) 岡美智代: 行動変容をうながす看護—患者の生きがいを支える EASE プログラム. pp6-8, 医学書院, 東京, 2018.

# **Recuperation experience of pre-dialysis patients with chronic kidney disease who repeatedly enter and leave hospital**

Satomi ARAI<sup>1)</sup>, Yukari NAKADA<sup>1)</sup>, Hayato HIGA<sup>2)</sup>

1) Kanazawa Medical University School of Nursing

2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Science University of Toyama

## **Abstract**

The purpose of this study is to clarify the recuperation experience of pre-dialysis patients with chronic kidney disease who repeatedly enter and leave hospital, and is development of a new individual patient education model promote health behavior change using Concordance for pre-dialysis patients with Chronic Kidney Disease. we interviewed 11 pre-dialysis patients with Chronic Kidney Disease in the hospital. The categories 【Experience to understand the meaning of living while being aware of the renal disease and realizing the surrounding support】 and 【Experience of not being able to accept the symptomless kidney disease and continuing to struggle】 were extracted.

In this study, the recovery experience of pre-dialysis patients who repeated hospitalization was clarified. The recovery experience revealed that patients were able to look back on their lives by being hospitalized, and that they were recuperating themselves while being aware of kidney disease and experiencing support around them. This gave us suggestions for effective patient education in the future.

## **Keywords**

Chronic Kidney Disease, patient education, recuperation experience



# 日本の医療におけるコンコーダンスの概念分析

新井 里美<sup>1)</sup>, 中田 ゆかり<sup>1)</sup>, 比嘉 勇人<sup>2)</sup>

- 1) 金沢医科大学看護学部  
2) 富山大学学術研究部医学系

## 要 旨

日本の医療におけるコンコーダンスについて概念分析を行い、構成要素を明らかにして概念定義を再検討することを目的とした。Rodgers の概念分析の方法を参考とし、49 文献を対象とした。属性は【調和のための対話】【相互尊重】【共通理解の形成プロセス】【責任の共有】の 4 カテゴリーが抽出された。これらより日本の医療のコンコーダンスは「当事者と医療者の調和のための対話を通し、意思決定の主体は当事者であるという相互尊重の関係性を基盤に共通理解の形成を行い、その決定の責任は共有されるプロセス」と定義づけられた。先行要件には【医療の変化】【当事者の状況】【アドヒアランスの低下】【当事者と医療者の関係性】の 4 カテゴリーが、帰結には【行動変容による再発予防】【治療効果の向上】【当事者の自己実現】の 3 カテゴリーが抽出された。

## キーワード

コンコーダンス, 概念分析, 医療, 看護

## はじめに

コンコーダンスは 20 世紀中ごろから、医師が処方した薬が処方どおりに服用されない場合が問題視され考えられるようになった新しい概念である<sup>1)</sup>。2014 年に Snowden<sup>2)</sup> がコンコーダンスの概念分析を行い概念の明確化、アドヒアランスとは異なる概念であることが結論づけられ、日本でも現在このコンコーダンスという概念が浸透しはじめている。コンコーダンスは患者と医療者の調和であると同時に、患者の気持ちと行動の調和、さらには患者の未来と現在の方向性の一致を目指すものである<sup>3)</sup>、という当事者の主体的な療養への参画を支援するための援助的人間関係を説明した概念である。そのため生活習慣の改善など療養プロセスにも応用可能と考えられており、日本の医療においてより当事者のライフスタイルに沿った

援助を考えていくうえでの活用の重要性が注目されている。

慢性疾患の場合、看護師がマニュアル通りに療養指導を行っても当事者は入退院を繰り返すことがあり、筆者は先行研究で保存期慢性腎臓病患者への指導時に看護師が抱える困難<sup>4)</sup>を明らかにした。そこで療養指導の場面でコンコーダンスの概念を導入することで、既存の行動変容のための教育プログラムをより効果的なものにするに寄与すると考えた。現在コンコーダンスはより抽象的な概念として公開されており、コンコーダンスに基づいた治療の意思決定や医療者と当事者のコミュニケーションなど相談・治療のプロセスや実践方法、教育方法などその適用方法は一貫しておらず、具体的な方法論については研究が進められている最中である<sup>5)</sup>。医療者と当事者の関係性の中で、援助的コミュニケーションの基盤概念とし

てコンコーダンスの概念を明確に定義することは、当事者のよりよい行動変容を促すための療養援助モデルの開発に重要であると考え、複雑な看護現象の理解には多くの概念が必要とされる。その概念間の関係性の中で概念の解釈、その意味が異なれば当然その関係も異なってくるため、基礎となる概念の正確さは重要<sup>6)</sup>である。本研究では現在の日本の医療におけるコンコーダンスの概念を分析し定義を改めて再検討することを目的とする。

## 研究対象と方法

### 1. 研究方法

Rodgers の概念分析<sup>7-9)</sup>の方法を参考に分析を行った。この分析方法は、概念の最近の使い方を文脈や一般的な使われ方の側面に注意を払いながら明らかにする<sup>8)</sup>目的で使用される。今回分析するコンコーダンスは特に、薬剤から医療全体へ変化しつつある概念であるため、Rodgers の概念分析の方法が最も適切であると考えた。

### 2. 文献検索方法

コンコーダンスの一般的な用法については、辞書、参考図書などを検討した。検索データベースは厚生労働科学研究成果データベース、IRDB (Institutional Repositories DataBase)、学術研究データベース・リポジトリ、CiNii、メディカルオンライン、医学中央雑誌 Web 版の和文献を使用した。キーワードは「コンコーダンス / Concordance」「医療」「看護」とし、検索範囲は限定なしとした。

以上より重複した文献や会議録、コンコーダンスの概念に関する記載のない文献を除く、『コンコーダンス』の用語を含む 62 論文を抽出した。Rodgers は着目した分野から 30 文献あるいは母集団の 20% を占める文献のどちらか大きい方をサンプルとして選別することを推奨しているため<sup>7) 9)</sup>、検索した 343 文献の約 20% にあたる 62 文献を選択した。さらに、同一著者では使用するコンコーダンス概念は同じであると考え、同一著者の最新の文献もしくはコンコーダンス概念に関

する記述がより明確な文献を選択し、49 文献を分析対象とした。

### 3. データ分析方法

コンコーダンスという用語は、言語学やコンピューター関連の分野での使用については意味が全く異なるため、一般的な英単語として用いられるコンコーダンス (調和・協調) に焦点をあて、分析をすすめた。データシートを作成し、概念の性質を示している用語を「属性」、概念に先立って生じるできごとを「先行要件」、概念が生じた結果として起こるできごとを「帰結」とし、それぞれに該当する内容を抽出した。抽出した内容をコード化し、共通性や相違性に基づいてカテゴリ化を行った。分析の妥当性確保のため博士課程を修了した保健師から示唆を得、分析の全過程においては質的研究の専門家である大学教員からスーパーバイズをうけた。

### 4. データ収集期間

2018 年 4 月～2019 年 8 月

## 結 果

本研究は、論文および解説等も含む 49 文献を対象文献とした。その結果、薬剤師とともに治療や看護場面でもコンコーダンスの概念に基づいたケアがなされていた。予防から看取りまでの様々な医療分野および医療者への教育分野でコンコーダンスの概念が活用されていた。対象文献における「コンコーダンス」とそれに関連する用語の定義、属性、先行要件、帰結の内容を以下に述べる。また、コンコーダンスを達成 (実践) するための具体的な方法についても述べる (図 1)。

### 1. コンコーダンスの定義

コンコーダンスの一般的な用法として広辞苑<sup>10)</sup>によれば、出典や文脈の付いた用語索引、特に聖書について作ったもの、とされている。また看護大事典<sup>11)</sup>によれば、患者と医療者が相互に相手の意見を尊重することを基盤として十分に話し合い、合意のもとに診断、治療が進められること。

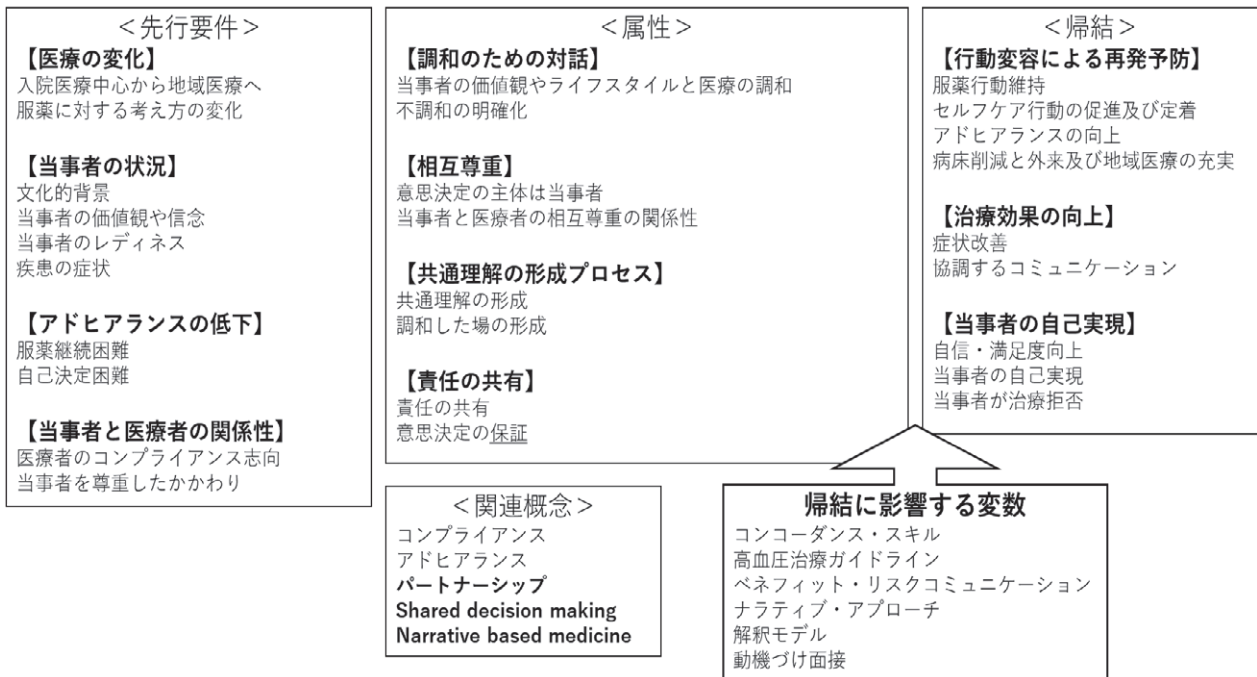


図1. コンコダンスの概念分析 概念図

イギリスで誕生した概念であり、患者に決定権があることが、アドヒアランスと異なる点であるとされている。今回後者の意味に焦点を当てた。本概念分析では、分析対象論文の中でコンコダンスを定義していたものは29件<sup>5) 12-39)</sup>であった。コンコダンス医療やコンコダンス・モデル、薬剤に関するコンコダンスは、コンコダンスとほぼ同義語で定義されていた(表1)。

## 2. 属性(表2)

【調和のための対話】【相互尊重】【共通理解の形成プロセス】【責任の共有】の4カテゴリが抽出された。カテゴリは【】、サブカテゴリは《》に示す。

### 1) 【調和のための対話】

《当事者の価値観やライフスタイルと医療の調和》《不調和の明確化》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは「相手のことは完全に理解はできない」ことを前提としながら、「何とか相手を分かって」としてインタビューし続ける<sup>28) 40)</sup>、患者や家族が我慢や不本意な妥協を強いら

れることがないように、医療者の優先する価値と患者や家族が大事にしている価値とのすり合わせが欠かせない<sup>21)</sup>等が要件として含まれていた。

### 2) 【相互尊重】

《意思決定の主体は当事者》《当事者と医療者の相互尊重の関係性》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、服薬を含む行動選択の主体は当事者にあり、患者に意思決定の主体を戻すこと<sup>41)</sup>、そして医療者と患者が上下の関係性ではなく対等に協働する関係性<sup>23) 26) 32) 42) 43)</sup>等が要件として含まれていた。

### 3) 【共通理解の形成プロセス】

《共通理解の形成》《調和した場の形成》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、患者と医療者の間に共通理解を形成することが特徴である。その意思決定にまつわる背景要素をお互いに知る過程を省くことはできず<sup>12)</sup>、患者が納得して治療を継続する環境を提供し続ける<sup>44) 45)</sup>等が要件として含まれていた。

表1. 分析対象文献中における「コンコーダンス」の定義

定義されている言葉	定義内容	文献
コンコーダンス	パートナーシップに基づいた処方と服薬のプロセス	5
コンコーダンス	当事者と支援者は意思決定過程において対等性や相互性を有しており、価値観や生活習慣の尊重をもとにした意思決定過程	12
コンコーダンス	病気について十分な知識をもった患者が疾病管理にパートナーとして参加し、医師と患者が合意に至った治療を協働作業として行うプロセス	13,14
コンコーダンス	直訳すると「用語索引」「調和」「一致」という意味だが、医療界では「医療者と患者との協力関係に基づいて治療方針や処方設計を行うこと」と解説されている	15
コンコーダンス	患者・医師・薬剤師が参加協働してすすめる治療 治療成績を左右する重要な概念	16
コンコーダンス	医師と患者のパートナーシップの上立った治療上の関係の概念	17
コンコーダンス	患者さんと医療専門職が対等な対話を重ね、患者さん自身の価値観やライフスタイルに合わせて治療を意思決定できるよう支援していくための概念	18
コンコーダンス	コンプライアンス、アドヒアランスの「さらに先」をめざした概念 その人の暮らしにぴったりフィットする治療提供のあり方を構築していくための考え方	19
コンコーダンス	コンプライアンス、アドヒアランスの「さらに上」をめざした概念 「調和」「一致」を意味し、患者と医療者のパートナーシップを実現させるという理念をもつ	20
コンコーダンス	「調和」という意味であり、患者と医療者とのパートナーシップを実現させるという理念をもつ	21
コンコーダンス	①患者がパートナーとして参加するうえで十分な知識をもつこと②処方の際のコンサルテーションに患者がパートナーとして参加すること③患者による薬の使用を支援することを目標とする、医師と患者のコミュニケーションを主体とする概念	22,23
コンコーダンス	医師（医療専門職）と患者が（治療同盟に基づく）パートナーシップの基盤に立ち、患者の持つ病気や治療についての経験や信念を重視し、一緒になって治療に関する意思決定を行うこと	24,25
コンコーダンス	アドヒアランスよりさらに医療者と患者の協働を目指した概念	26
コンコーダンス	患者と医療者が、パートナーシップに基づき、治療について必要な情報を共有した上で意思決定されること	27
コンコーダンス医療	二人三脚医療 患者・家族と医療者が対等に会話できる関係を維持することと、患者が自己管理できるように医療者が患者の意思決定を支援すること。治療方針を共に話し合い、治療目標の達成度を患者が判定する	28
薬剤に関するコンコーダンス	患者の薬剤に関する考えを十分に聴取し、患者とケアチームが薬物療法を通して協調する	29
コンコーダンス医療	治療において多職種が連携するだけではなく、患者自身もチームの一員として治療に参加するという考え方を提唱したもの（日本高血圧学会：JSH2014）	30
コンコーダンス・モデル	パートナーシップを基盤とし、患者の考えを重視し、患者と一丸となって治療に関する意思決定をする	
コンコーダンス	患者・医療者の新しい関係モデルとして使われ「医療現場における患者と医療者のパートナーシップを実現する」という哲学を表している	31
コンコーダンス	患者と医療者がお互いの違いを理解しながら目標に向かって共に歩んでいく考え	32
コンコーダンス	薬を服用するエキスパートとしての当事者の意向も尊重されるという考え方	33
コンコーダンス	医師と患者がそれぞれの立場に基づいて治療方針の決定に同意するプロセスを経て、処方相談から薬物服用支援へ概念が拡大した	34
コンコーダンス医療	病気について十分な知識をもった患者が疾病管理にパートナーとして参加し、医師と患者が合意した治療を共同作業としておこなう（コンコーダンス医療が治療抵抗性高血圧の根本的な対策となろう）（日本高血圧学会：JSH2009）	35
コンコーダンス	患者の行動よりも患者と医療従事者の関係に焦点を合わせたものであり、相談のプロセスを重視し、患者の健康信念を医師のそれと同等に尊重し、意見の一致を目指すなど、合意形成に近いモデルを提供している	36
コンコーダンス医療	チーム内のメンバーは、患者を含めて全員が対等の立場であるが、関係が成立する大前提として、互いの理解を尊重しなければならない	37
コンコーダンス	患者が疾病管理に対してパートナーとして参加し、合意した治療を共同して行うという概念	38
コンコーダンス	患者は薬に対してメリットとデメリットの両方を感じている。デメリットをできるだけ減らし、生活の中で継続しやすい治療方法を患者と一緒に模索していく。患者自身が治療の意義を見つけ、治療を受けながら自分らしく生きることが長い治療生活の支えとなる。	39

表2. コンコーダンスの属性

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
調和のための対話	当事者の価値観やライフスタイルと医療の調和	患者の価値観やライフスタイルに医療の調和を目指す	12,15,19,26,28,21,38,52,56
		患者と共感する	28,31
	不調和の明確化	ポジティブな印象を残す	19,49
		患者と医療者には違いがあることを前提にまずはその違いを明確化する 「お互いの視点が異なっている」ことをお互いが認識する	15,50 31
相互尊重	意思決定の主体は当事者	「相手のことは完全には理解できない」ことを前提としながら「何とか相手を分かろう」とし続ける	28,40
		重要なことは、「最終決定権は患者にある」ことを認識すること	5,40,45,50
		医療者の治療上の決定を押し付けることなく、考え方や生活背景を尊重したうえで意思決定を優先	45
		医療に従順だけではない自律的な対象者像	58
		患者自身が生活の中で無理なくできる治療方法を見つけ出す	39
	当事者と医療者の相互尊重の関係性	患者が自己の行動を選択することを助ける	23,56
		患者が納得し自ら選択した治療方針	49
		患者に意思決定の主体を戻す	41
		患者の考えを知り、医療者側の考えや価値観を反省し修正していく	36
		医療者と患者が上下の関係性ではなくパートナーとして対等の協働する関係性	23,26,32,42,43
共通理解の形成	患者と医療者との双方向による合意	49,45,59	
	医療者が患者の気持ちに寄り添うことで、患者は医療者の話に耳を傾けてくれる	21	
	医師がサポーターとして伴走することが肝要	30,58	
	率直に話し合える関係性	28,36,38	
	患者と医療者の間に共通理解を形成する	5,12,30	
	患者及びその家族への十分な説明と治療への参画	23	
共通理解の形成プロセス	患者の健康信念を医師のそれと同等に尊重し、意見の一致を目指す相談のプロセス	36	
	患者と医療者の間に調和した場を形成	12,21,50	
	病院・診療所と薬局で情報共有・役割分担	49	
	調和した場の形成	44,45	
責任の共有	説明の機会を設定	45	
	積極的に対話する場を作る	5,41,59	
	治療の責任を一緒に担う	5,32,46	
	処方者として服薬の過程にも責任を負う	36	
意思決定の保証	患者の物語をふまえ、最良の医療を提案する	24,25,47,48	
	処方者は、患者の信念を聞き出し、科学的根拠に基づいた治療法を提示する「義務」を負う	36	

#### 4) 【責任の共有】

《責任の共有》《意思決定の保証》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、治療の責任を一緒に担う<sup>5) 32) 46)</sup>ということ、そして患者にとって最良の医療を提案する<sup>24) 25) 47) 48)</sup>ために対話を重ね、お互いが理解・納得できる新たな物語を生み出す過程を保証する要件が含まれていた。

### 3. 先行要件 (表3)

【医療の変化】【当事者の状況】【アドヒアランスの低下】【当事者と医療者の関係性】の4カテゴリが抽出された。

#### 1) 【医療の変化】

《入院医療中心から地域医療へ》《服薬に対する考え方の変化》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、「地域包括ケア」が推進されている<sup>49)</sup>現状や、これまでコンプライアンス概念のもと服薬順守そのものが重要視されてきたが、近年では服薬アドヒアランスの獲得が重要<sup>45) 51)</sup>という服薬に対する考え方の変化が要件として含まれていた。

#### 2) 【当事者の状況】

《文化的背景》《当事者の価値観や信念》《当事者のレディネス》《疾患の症状》の4つのサブカテゴリで構成されていた。これは、欧米と比較して医療者への依存が強い<sup>12) 38) 50)</sup>日本人の文化的背景や、信念や価値観の形成に関するライフストーリー<sup>12) 49)</sup>の重要性、患者がパートナーとして参加するための十分な知識を持つ<sup>13) 14) 22) 23) 26) 32) 35)</sup>、もしくは服薬に対する認識不足<sup>51)</sup>という当事者のレディネス、また症状が落ち着いている<sup>45) 46)</sup>等疾患の症状が要件として含まれていた。

#### 3) 【アドヒアランスの低下】

《服薬継続困難》《自己決定困難》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、患者コンプライアンスの悪さ<sup>15) 45) 51)</sup>や、EBMに基づく医療<sup>21) 44)</sup>、および長期入院により自己決定の範囲が狭まってしまう<sup>12) 45)</sup>ことによる自己決定困難が要件として含まれていた。

#### 4) 【当事者と医療者の関係性】

《医療者のコンプライアンス志向》《当事者を尊重したかかわり》の2つのサブカテゴリで構成



表3. コンコーダンスの先行要因

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
医療の変化	入院医療中心から地域医療へ	入院医療中心から地域生活中心へ	23,38,45,49,50,56
		患者の意向を尊重した医療	28
	医療の変化	治療薬の発達	12,23,45,49
		病気の治癒ではなく、慢性疾患としてコントロールしていく疾患の増加	50
		服薬に対する時代の考え方の変化（コンプライアンスからアドヒアランス）	45,51
服薬に対する考え方の変化	費用対効果	15	
	リスクコミュニケーション	16,42	
	患者は、患者の視点を理解・尊重し、治療を共同ですすめていく医療者を望んでいる	43	
当事者の状況	文化的背景	日本はねがいを重視する、欧米と比較して医療者への依存が高い	12,38,50
		日本人の患者は医療者と対等に対話する経験が乏しく、自己決定も苦手	28
	当事者の価値観や信念	信念や価値観の形成に関するライフストーリー	12,49
		患者の考えをより重視することと医療相談そのものの重要性	5
		行動選択の主体は当事者	51
当事者のレディネス	人から指導されてもなかなか自分を変えることができない	15,28	
	療養行動への意欲	49	
	服薬に対する認識不足	51	
	患者がパートナーとして参加するための十分な知識を持つ	13,14,22,23,26,32,35	
疾患の症状	症状が落ち着いている	45,46	
	慢性疾患で長期間にわたって治療を継続しなければならない疾病	15	
	疾患の程度	5	
		スピリチュアルペイン：答えのない苦悩	28
アドヒアランスの低下	服薬継続困難	患者コンプライアンスの悪さ	15,45,51
		薬剤師からの多すぎる説明	49
	自己決定困難	服薬や治療への不安・抵抗感	45,49
		服薬自己管理	45,51
		疾患からくる脆弱な自我により漠然とした自分の存在に対する不安感から	
		自分の考えに自信が持てない	12,50,51,56
当事者と医療者の関係性	医療者のコンプライアンス志向	長期入院により自己決定の範囲が狭まってしまう	12,45
		EBMに基づく医療	21,44
	当事者を尊重したかかわり	治療のリスクとベネフィットに関する情報を十分にもたないあるいは誤解している	5
		専門性が高いものへの理解困難	27
		患者は生活や価値観を変えるのは当然という医療者の考え	23,49
		薬物療法を長期に継続する必要がある慢性疾患	49
		知識獲得のための療養指導	45,49
		患者と医療者間での情報リテラシー能力格差、両者間でのコミュニケーション不足	27
		その人にとって意味のある実現可能な願いをかなえようとして行動すること	28
		全人的ケアを行うための多職種からなる医療チームの円滑な運営	28
		療養行動を継続できるように支援できる良好な関係を築く	49
		主役は誰であり、目的とゴールはどこにあるのか、チームで共有	23
		自由に出入りできる薬局、医師には言いにくい生活上の問題や不安を薬剤師に話す	49
		患者と看護者には違いがあることが前提	50
		関係が成立する大前提として互いの理解と尊重がなければならない	37
		自分のことを十分に語ったと感じてもらおうことを意識する必要性	38

されていた。これは、患者は病気なのだから生活や価値観を変えるのは当然<sup>23) 49)</sup> という医療者のコンプライアンス志向や、関係が成立する大前提として互いの理解と尊重がなければならない<sup>37)</sup> という当事者を尊重したかかわりが要件として含まれていた。

#### 4. 帰結（表4）

【行動変容による再発予防】【治療効果の向上】【当事者の自己実現】の3カテゴリが抽出された。

#### 1) 【行動変容による再発予防】

《服薬行動維持》《セルフケア行動の促進及び定着》《アドヒアランスの向上》《病床削減と外来及び地域医療の充実》の4つのサブカテゴリで構成されていた。これは、怠薬を防ぎ<sup>39)</sup> 服薬継続に至った<sup>51-53)</sup> という服薬行動の維持、セルフケア行動の促進および定着<sup>12) 28) 45) 46)</sup>、患者の服薬に対する動機を高め、前向きな服薬管理ができるようになる<sup>49) 51)</sup> アドヒアランスの向上、そして精神医療における長期入院患者の減少<sup>12)</sup> や地域生活定着の促進<sup>45)</sup> 等が要件として含まれていた。

表4. コンコーダンスの帰結

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献	
行動変容による再発予防	服薬行動維持	服薬継続	51,52,53	
		病識の獲得、服薬への意識の変化	45,49,51	
		怠薬を防ぐ	39	
	セルフケア行動の促進及び定着	セルフケア行動を促進及び定着	12,28,45,46	
		当事者の自律的志向を強化し、事実認識の変容に有効	28,49,58	
		治療の効果をより実感し、自己コントロール感を高める	46,51	
	アドヒアランスの向上	アドヒアランスの向上	12,45,49,51	
		前向きな服薬管理ができるようになる	49,51	
		病床削減と外来及び地域医療の充実	病床の削減と外来及び地域医療の充実	12
			精神医療における長期入院患者の減少	12
訪問看護において有力な介入法			58	
地域生活定着の促進			45	
チーム医療などの援助ネットワークの形成			12	
治療費等の経済的な負担の軽減	49			
治療効果の向上	症状改善	治療効果が高まり、症状が改善する	19,49,54	
		症状の安定	45	
	協調するコミュニケーション	医療に対する信頼	12	
		ラポールが得られれば患者は医療者の話にも耳を傾けてくれる	28	
		患者の思いをより深く知ることができ、患者のベースに応じた目標を達成	50,53	
		患者と対話する「動機」を高めるもの	48	
当事者の自己実現	自信・満足度向上	退院・服薬に前向きになれる	19,28,56	
		医師・患者双方の満足度が増加	38,49,50,52,55,56	
		患者に意思決定の主体を戻すことができる	12	
		患者自らが意思決定を行うコミュニケーションに慣れることでその後の種々の困難な意思決定の場面でも大きな支えとなる	28	
	当事者の自己実現	服薬や治療への不安、抵抗感軽減	45,51	
		患者の自己実現につながった	49,53	
		処方患者のidentityの現れとなる	23	
		多彩な希望を聞き取ることが可能	28	
当事者が治療拒否	治療を拒否する	5,23		
	服薬中断	38		
		意見の不一致によるノンコンコーダンス	36	

## 2) 【治療効果の向上】

《症状改善》《協調するコミュニケーション》の2つのサブカテゴリで構成されていた。これは、治療効果が高まり症状が改善する<sup>19) 49) 54)</sup>ことや、患者の思いをより深く知ることができ、患者のベースに応じた目標を達成できる<sup>50) 53)</sup>という、当事者と医療者の協調するコミュニケーションが要件として含まれていた。

## 3) 【当事者の自己実現】

《自信・満足度向上》《当事者の自己実現》《当事者が治療拒否》の3つのサブカテゴリで構成されていた。これは、医師・患者双方の満足度が増加する<sup>38) 49) 50) 52) 55) 56)</sup>という自信・満足度向上や、患者の自己実現<sup>49) 53)</sup>、説明を尽くした

としても、医療者からみて最善の治療法を患者が拒否する<sup>5) 23)</sup>という当事者の治療拒否が要件として含まれていた。

## 5. 関連概念との相違

本研究の分析対象文献において「コンプライアンス」と「アドヒアランス」という用語が多く含まれていた。これらは治療法に患者がどのように従っているのかを表す時に用いられる患者を評価する概念であり、コンコーダンスでは患者・医療者の間の関係性が主題となり大きな相違がある<sup>5) 15) 19) 31)</sup>ことが明らかで、当事者が処方された薬を飲むという行動を正しい行動と評価するアドヒアランスはやはりコンプライアンスの延長線上に留まっている概念<sup>36)</sup>であることから、ここでは

「パートナーシップ」「Shared decision making (共同意思決定：以下 SDM)」「Narrative based medicine (以下 NBM)」という用語の相違点について述べる。

### 1) パートナーシップ

コンコーダンスはパートナーシップに基づいた処方と服薬のプロセス<sup>5)</sup>であることから、パートナーシップはコンコーダンスという概念の医療者と当事者との関係性を意味していた。一方で、パートナーシップに基づいた処方と服薬のプロセスでは患者がパートナーとして参加するうえで十分な知識をもつことが前提であるとする文献<sup>13)</sup><sup>14)</sup><sup>22)</sup><sup>23)</sup><sup>26)</sup><sup>32)</sup><sup>35)</sup>もみられた。「お互いの視点が異なっている」ことをお互いが認識すること自体が「お互いに協調 (コンコーダンス) している」<sup>31)</sup>という相手を理解しようと無知の姿勢で臨むコンコーダンスとは異なる意味で使用している現状があった。

### 2) SDM

コンコーダンスは、相互性によって顧客主義との違いがある点において共同意思決定 (SDM) との関係が深く<sup>12)</sup>、コンコーダンスのアプローチは SDM のプロセスに重なる<sup>33)</sup>点で類似している。一方で SDM は基本的に治療を選択するものであるため、疾患教育が先に行われるべきかもしれない<sup>57)</sup>とのことから、価値観や生活習慣の尊重をもとにした意思決定過程で対等な立場を強調し教育的に当事者にかかわることが少ないコンコーダンスの概念とは、治療の選択という枠組みのなかでは相違する点もある。

### 3) NBM

治療を進めるうえでは、「(科学的) 根拠に基づく医療」といわれる普遍的で一般的な医療を重視する EBM (Evidence based medicine) と、「物語と対話に基づく医療」<sup>47)</sup>といわれる個別性を重視する NBM の両方の視点の組み合わせが重要である。患者を患者自身の専門家として尊重し、「分からないから教えてください」という謙虚な質問を“無知の質問”と言い、これがナラティブ・ア

プローチとコンコーダンスに共通する考え方である<sup>31)</sup>という点で類似している。また NBM はアプローチの視点であり、コンコーダンスのプロセスが重要<sup>32)</sup>ということでは、NBM はコンコーダンスの概念の前提として使用されていた。

## 6. コンコーダンスを達成 (実践) するための具体的な方法

コンコーダンスは抽象的な概念として公開されているが、対象文献ではコンコーダンスを達成 (実践) するための具体的な方法として、コンコーダンス・スキル<sup>18-21)</sup><sup>38)</sup><sup>50-53)</sup><sup>56)</sup><sup>58)</sup>、高血圧治療ガイドライン<sup>13)</sup><sup>17)</sup><sup>22)</sup><sup>30)</sup><sup>32)</sup><sup>35)</sup><sup>44)</sup><sup>55)</sup><sup>59)</sup>、ベネフィット・リスクコミュニケーション<sup>16)</sup><sup>27)</sup><sup>33)</sup><sup>42)</sup>、ナラティブ・アプローチ<sup>28)</sup><sup>31)</sup><sup>32)</sup><sup>47)</sup><sup>52)</sup>、解釈モデル<sup>26)</sup><sup>43)</sup><sup>47)</sup>、動機づけ面接<sup>32)</sup><sup>59)</sup>等が挙げられていた。

## 考 察

### 1. 本概念の定義

本研究では、日本の医療におけるコンコーダンスを「当事者と医療者の調和のための対話を通し、意思決定の主体は当事者であるという相互尊重の関係性を基盤に共通理解の形成を行い、その決定の責任は共有されるプロセス」と定義した。

### 2. 構成概念

#### 1) 先行要件

時代の変化に伴い価値観が多様化した医療において、病気を治すということから、生活を維持するというパラダイムへと移行しており、生活の工夫を一緒に考えていくことの重要性・必要性が増している。それは私たちが生活習慣病と関わるが多くなったからではないかと考える。生活習慣病は患者本人が病気を理解し、セルフケアに取り組まなければ快方に向かわない<sup>60)</sup>との報告もあるように、《入院医療中心から地域医療へ》と【医療の変化】に伴い、《服薬に対する考え方も変化》してきた。近年【当事者の状況】を理解する重要性や【アドヒアランスの低下】に医療者も当事者も気づきはじめている。そのため【当事者と医療者の関係性】として、《医療者のコンプラ

イアランス志向」と「当事者を尊重したかわり」という相反する要件が抽出されたと考える。また、「当事者のレディネス」として、当事者が十分な知識を持っていることが前提との文献もみられた。コンコーダンスの特徴・問題点などとしても、医療情報を充分に理解できる個人が必要<sup>61)</sup>との報告は、医師が治療を行ううえでは、当事者が知識をもっていることがその専門性や治療目的に応じて先行要件となる可能性も考えられる。しかしこのような認識は医療全体としての昔ながらのパターンリズムも影響しているだろう。当事者が医療者と同じような情報量や知識を得ることがコンコーダンスの先行要件であるとするならば、背景が違うお互いを尊重することなどできないのではないかと考える。未だ実践の場では医療者と当事者のお互いの共通理解には至っていない現状<sup>22)</sup><sup>47)</sup>が報告されているが、コンコーダンスは意思決定にかかわる人たちの持つ知識や背景の相違を尊重したうえで、調和という場を形成するモデルである<sup>1)</sup>。医療者は当事者が医療についての知識をどれだけもちあわせているかよりも、病い（自分の体）の専門家としての当事者を尊重する態度をもって【当事者の状況】を理解する必要があると考える。

## 2) 属性

医療者と当事者ではそもそもの知識や情報量の違いがあり、違いがあることを認め、だからこそ「当事者の価値観やライフスタイルと医療の調和」や「不調和の明確化」により共通理解の形成ができるように【調和のための対話】を続ける必要がある。【相互尊重】では、当事者の選択する人生は当事者のものであるから、「意思決定の主体は当事者」とあるということを医療者は認識する必要がある。同時に、療養を維持するための疾患理解や生活の行動変容における知識や選択においては、「当事者と医療者の相互尊重の関係性」も重要である。医療の変化に伴いより当事者のライフスタイルに沿った援助を考えていく必要があるが、より良いとされる療養のためには、当事者自身も疾患や疾患に影響する生活環境等を自己理解し、主体的にセルフケアを行うことが重要である。

そのためには医療の専門家である医療者の言動を当事者が受け入れる、つまり医療者の願いも尊重されないと、お互いの共通理解は得られないと考える。互惠性の規範による影響<sup>62)</sup>や、ケアの目的を遂行するには相手に協力してもらうことが必要で、協力・協働できる良い関係をまず作っておかなければいけない<sup>63)</sup>。このことから、私たち医療者が相手を尊重することで、当事者からも医療者を尊重してもらえるとという基本的な信頼関係を築くことが、医療者の目的的な方向性と当事者の希望について一緒に考えることにつながる。この【相互尊重】によって、目の前にいる当事者こそ、これまでの生活や価値を尊重し信頼関係を構築していく姿勢をもったうえで「調和した場を形成」し、【共通理解の形成プロセス】を共に歩むことがコンコーダンスの属性である。

【責任の共有】については、自分自身の体を放棄できない当事者に対して、薬を服用すること・医療を受け入れることが正しいのであるという前提をもってアドヒアランスを重視したケアを行うと、指示的・教育的な介入にならざるを得ないのではないかと考える。当事者に選択の余地はほぼないと言える。このことは、一方的に説明責任を果たしたと医療者が満足するだけで、その後の医療の全責任を当事者に負わせかねず、この先続く服薬や見通しのたたない療養生活における制限など心理的重圧は計り知れない。本研究においてコンコーダンスの「責任の共有」そして「意思決定の保証」とは、お互いの納得を基盤とした責任の共有であった。「相手を押せば、押し返されるか、逃げられる」という関係の大原則としてあるなかで、ケアの対話で重要なのは、相手を押さないこと<sup>63)</sup>である。つまり医療者は当事者に対し「なぜ薬を飲まないのか？」ではなく、薬を飲まない責任を分かち合う姿勢、医療を押し付けないという相互尊重の関係性により、信頼関係が構築され、また当事者は生活に対する自信を獲得できるのではないかと考える。コンコーダンスという視点は、セルフケア概念を知識や能力に関する概念から心理社会的要素を含んだ包括的な概念へと発展させていると読み取ることができる<sup>64)</sup>との報告もある。意思決定を保証し責任を共有することで、少

しでも心理的負担が軽減しセルフケアとして自信を持って生活を行えることは、その療養生活を維持するという点の大きな動機になると考える。一方で、実践の場では意思決定を共有することを望まない患者や、医師に責任を委ねることを望む患者がおり、SDMが存在しないコンコーダンスもあり得る<sup>65)</sup>点や、「まな板の鯉」と表現されるように日本人的なSDMが存在しないコンコーダンスもあり得る。しかし当事者の意思決定としてお任せか合意形成かという“態度”は、医療者と当事者がお互い納得したうえでの決定ともいえる<sup>66)</sup>と考える。なぜなら、この任せるという意思決定も医師との信頼関係があってこそだと考えるからである。医療の知識のない人間が、専門家と向き合っただけで判断していった、その基準は医師たちの誠意であった<sup>66)</sup>との報告で医療の自己決定は医師への信頼なくして成り立たないことが述べられている。信頼できる医療者だと思えたからこそ、自分自身もしくは家族の治療・命の選択を任せられるのだと考える。情報不足で、疾患や治療への不安も強く危機状態であるときこそ、当事者もしくは家族は誰よりも医療者を頼りにし、すぎる思いで居るのであって、対話が成り立たない信頼のない人とは治療契約すら結べない<sup>67)</sup>と考える。医療者が最善で正しいと考える治療を、当事者との対話を通して共通理解し合い、もしくは信頼し合い、その後の行動を協働で決定していくプロセスは、当事者の心理的重圧に対して少しでも責任を分けあい、希望のある未来を一緒に描くことにつながり療養行動の維持に良い効果をもたらすと考える。

### 3) 帰結

コンコーダンスはアドヒアランスを重視するというよりも、そのプロセスの帰結としてアドヒアランスが向上することが明らかとなっている<sup>12)</sup><sup>45)</sup><sup>49)</sup><sup>51)</sup>。本研究でも調和のための対話を通じた相互尊重の関係性を基盤に共通理解形成を行うプロセスであるコンコーダンスの帰結として、当事者を評価する概念であるアドヒアランスが向上しており同様の結果が得られたと考える。また、Snowdenのコンコーダンス概念分析で統合され

た概念分析の先行要件は【Policy guidelines】【informing and educating】、属性は【Partnership】【Agreement】、帰結は【Relationship building】【Unclear evidence】であった。Snowdenは帰結を【Relationship building】【Unclear evidence】と結論づけているが、パートナーシップは全ての共通の要素であり、強力な共通基盤であることを示唆している。パートナーシップとは共通の課題をもったパートナーが、対等な信頼関係を基盤とし、相互理解をしながら合意形成し、相互協力の過程を共有するもの<sup>67)</sup>であり、本研究でも属性としての相互尊重の関係性を基盤に、帰結としては【行動変容による再発予防】【治療効果の向上】【当事者の自己実現】が抽出された。かつて、医療現場は医師が治療方針に関するいっさいの権限をもち、他職種は医師の指示に従って動き、患者や家族は医師にすべてをゆだねるというパートナーリズムの時代から、現在はチーム医療が主流となっている。患者はこれまでの医師にすべてをゆだねまかせる立ち位置から、医療者へ治療に対する要望や期待、自分の価値観を伝えることで治療に参画するようになりつつある<sup>68)</sup>こと、またコンコーダンスにおける研究の発展により、予後のエビデンスが蓄積され、本研究では帰結として明らかになったのではないかと考える。これはアドヒアランス向上、当事者の予後への影響、さらには医療費の削減につながる可能性が示唆された。

### 3. 概念の有用性

保健医療における人間関係は単に目的を達成するための手段ではなく、相手を理解すること、人間関係を形成することそのものがその職務の前提であり、中心である<sup>69)</sup>ことから、コンコーダンスは医療の変化に伴う医療者と当事者の関係性を説明するうえで重要な概念である<sup>70)</sup>と考える。現在の医療者と当事者の関係性の中で、援助的コミュニケーションの基盤概念となり得るコンコーダンスの概念を明確に定義したことは、当事者のよりよい行動変容を促すための療養援助モデルの開発に非常に有益な分析であったと考える。特に慢性期病棟の場合、医療者が一生懸命療養指導を行っても再入院してくる当事者が多い現状は、医療者のだれもが感じたことがあるだろう。コン

コーダンス概念を通してその現象を理解していくことで、基本的な当事者との関係性を築けないまま一方的に熱心に指導していた側面や、当事者は自分なりに療養生活を工夫していても再入院となった現状に気づけるのではないかと考える。コンコーダンスの実践は相互尊重を基盤とするが、日本では患者は医療者と対等に対話する経験に乏しく、自己決定も苦手なので、医療者側から患者にコンコーダンス医療を積極的に働きかけ、患者の希望に沿ってその人らしい生活や人生、生き甲斐を一緒に考える姿勢が必要<sup>28)</sup>である。さらに、看護師が患者と言葉のキャッチボールをする程度の対話技術しかもたず、患者の視点や立場を尋ねられなければ真の意味でも患者理解や患者中心の看護は実現できない<sup>21)</sup>とされているように、概念理解だけでなく医療者側の援助的なコミュニケーションスキルも重要である。結果からも、コンコーダンスを達成するという帰結に影響する変数として図1にも示したように、具体的な方法が必要なのである。当事者を含む医療者チームが最善と納得できる医療がもたらされるよう、今後援助的コミュニケーションについてさらなる検討をすすめていく必要があると考える。

本研究により日本の医療におけるコンコーダンスの概念は、当事者の自己実現を促進し、再発予防のための看護援助の方向性を示すことができることから、ケア実践および教育・研究活動に適用できる可能性は十分にあると考えられる。

## 結 語

Rodgers の概念分析方法を用いて、日本の医療におけるコンコーダンスの概念分析を行った。その結果、4属性、4先行要件、3帰結を抽出した。本分析結果より、日本の医療におけるコンコーダンスは「当事者と医療者の調和のための対話を通し、意思決定の主体は当事者であるという相互尊重の関係性を基盤に共通理解の形成を行い、その決定の責任は共有されるプロセス」と定義された。

## 謝 辞

本研究に関して、ご指導いただきました皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS 科研 19K10889 の助成を受けた研究の一部である。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

- 1) 安保寛明, 中安隆志: コンコーダンス. 中範囲理論 (第2版), 野川道子編, pp123-138, メヂカルフレンド社, 東京, 2017.
- 2) Snowden A, Martin C, Mathers B, et al: Concordance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70 (1): 46-59, 2014.
- 3) 安保寛明, 武藤教志: コンコーダンス患者の気持ちに寄り添うためのスキル 21. p6, 医学書院, 東京, 2010.
- 4) 田中ともみ, 清水真佐子, 池田英利ほか: 保存期慢性腎臓病患者への指導時に看護師が抱える困難. *日本看護学会論文集・慢性期看護* 45: 44-51, 2015.
- 5) 横山悦子: コンコーダンス-慢性病をもつ人のコンコーダンス-. *日本保健医療行動科学会雑誌* 29 (1): 115-118, 2014.
- 6) 上村朋子, 本田多美枝: 「概念分析」の主な手法とその背景についての文献的考察. *日本赤十字看護学会誌* 6 (1): 94-102, 2006.
- 7) Beth L. Rodgers: *Concept Analysis: An Evolutionary View*. *Concept Development in Nursing Foundations, Techniques, and Applications* (2nd ed). Beth L. Rodgers, pp77-102, Saunders, Philadelphia, 2000.
- 8) 田代順子, 片岡弥恵子, 柴田秀子ほか: 看護現象に迫ろう! 看護現象の概念化と概念分析とは *Nursing Today* 17 (4): 52-55, 2002.
- 9) 濱田真由美: Beth L. Rodgers の概念分析について - 哲学的基盤に基づく目的と結果の考察 -. *日本赤十字看護学会誌* 17 (1): 45-

- 52, 2017.
- 10) 新村出 (編) : 広辞苑 (第7版). p1120, 岩波書店, 東京, 2018.
  - 11) 和田攻, 南裕子, 小峰光博 (編) : 看護大事典 (第2版). p1141, 医学書院, 東京, 2010.
  - 12) 安保寛明 : コンコーダンスによる共同意思決定とセルフケア概念への影響. 日本保健医療行動科学会雑誌 32 (2) : 20-24, 2017.
  - 13) 森和彦 : 治療に対するアドヒアランス向上のためのコミュニケーション学. 眼科 52(4) : 401-406, 2010.
  - 14) 光山勝慶 : 配合剤によるアドヒアランスの改善と意義. 月刊薬事 55 (7) : 1095-1100, 2013.
  - 15) 廣田憲威 : コンコーダンスと「共同のいとなみ」～コンコーダンスの概念紹介と「共同のいとなみ」の今日的意義. 民医連医療 483 : 44-47, 2012.
  - 16) 大石順子 : 「薬の相談」を通じた県民への医薬品情報の提供. 薬学図書館 56 (3) : 205-209, 2011.
  - 17) 楽木宏実 : 老年医学からみた高齢者高血圧治療ガイドライン 2009. 日本老年医学会雑誌 47 (3) : 180-183, 2010.
  - 18) 長山豊 : コンコーダンス概念を活用して主体的な学習姿勢を育む. 精神看護 20 (4) : 331-333, 2017.
  - 19) 安保寛明, 武藤教志 : コンコーダンス服薬支援のあたらしい考え方. 看護学雑誌 74(12) : 56-68, 2010.
  - 20) 山下祐理 : 周手術期におけるアドヒアランスの低い患者に, コンコーダンス理論を用いた看護. 京都病院学会集 51回 : 397, 2016.
  - 21) 武藤教志 : コンコーダンススキルで対話のスキルを身につける「対話のスキルは身に付いている」という勘違いからの脱出. 看護教育 54 (10) : 895-903, 2013.
  - 22) 西村誠一郎, 義元郁絵, 檜垣實男 : 医師および高血圧患者の高血圧治療に対する意識の実態調査. 血圧 25 (5) : 364-376, 2018.
  - 23) 辻脇邦彦 : 医師の処方活かす看護師の関わり - 処方が患者自身の生き方とその生活の現われとなることを目指して -. 精神科治療学 25 (3) : 361-368, 2010.
  - 24) 伊藤京子 : 第16回米国アリゾナ大学統合医療プログラムから. アンチ・エイジング医学 8 (1) : 95-100, 2012.
  - 25) 栗林伸一 : 経済的に余裕のない患者への療養指導のコツ. ModernPhysician 39 (1) : 79-82, 2019.
  - 26) 神島滋子 : Question 脳卒中患者の服薬アドヒアランスとは? 脳卒中患者の服薬アドヒアランスにはどんなことが関係していますか?. 肥満と糖尿病 9 (6) : 893-894, 2010.
  - 27) 山本美智子 : コンコーダンスに向けた患者への医薬品情報について. 日本糖尿病情報学会誌 16 : 83-94, 2018.
  - 28) 梶山徹 : 患者の希望を引き出し, ケアをするために知っておきたいコンコーダンス医療とSOC (首尾一貫感覚). 消化器看護がん・化学療法・内視鏡 22 (5) : 2-7, 2017.
  - 29) 石川純也, 木村琢磨 : 高齢者の薬物療法に関する臨床的問題. 薬事 59 (7) : 1409-1413, 2017.
  - 30) 勝谷友宏 : エビデンスに基づく降圧療法多剤服用患者における処方整理・減薬・合剤使用のコツ. 医学のあゆみ 260 (5) : 471-476, 2017.
  - 31) 山田晃久 : ノンテクニカルスキルが歯科医療の未来を拓く! 新しい歯科医院のマネジメント新しい患者中心の概念コンコーダンスモデルにおけるナラティブアプローチの実際. 北海道歯科医師会誌 71 : 27-30, 2016.
  - 32) 山田憲一 : 糖尿病とともに生きる～対話から希望へ～. 日本糖尿病教育・看護学会誌 19 (1) : 46-49, 2015.
  - 33) 青木裕見, 渡邊衡一郎 : 精神科治療における双方向性の意思決定 shared decision making の実現可能性. 精神科治療学 30 (1) : 99-104, 2015.
  - 34) 天野宏一 : RA 治療における DMARDs のアドヒアランス. 薬理と治療 41 (5) : 473-781, 2013.
  - 35) 齊藤邦夫 : 要因と対策 アドヒアランスにつ

- いて. 血圧 17 (3) : 217-219, 2010.
- 36) 渡辺義嗣: コンコーダンスの概念について. 生命倫理 17 (1) : 143-151, 2007.
- 37) 実藤敦: チーム医療への道 誇りの根を張れ! コンコーダンスの時代 医療者よ大志を抱け. 誌上ナースセミナー 28 (12) : 71-73, 2007.
- 38) 市原真由美, 五十嵐一美: 脳卒中患者の服薬管理への支援 コンプライアンスからコンコーダンスへの変革を目指して. 国際リハビリテーション看護研究会誌 12 (1) : 48-52, 2013.
- 39) 塩澤克枝: 患者自らが生活に合った治療方法を選ぶためのかかわり コンコーダンスの概念を用いたかかわりを通して. 日本精神科看護学術集会誌 56 (1) : 568-569, 2013.
- 40) 織田聡: 患者さんが自然科学的にナンセンスな治療を希望したら. Gノート 3 (8) : 1425-1429, 2016.
- 41) 亀井美和子: 服薬アドヒアランスと患者支援. 糖尿病の最新治療 8 特別増刊 : 32-36, 2017.
- 42) 杉森裕樹: 患者及び医療関係者との医薬品等安全対策情報のリスクコミュニケーションに関する研究. 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品等規制調和・評価研究事業報告書 : 1-6, 2014.
- 43) 高野裕佑, 半谷眞七子, 立松三千子ほか: がん患者の薬剤師及び薬物療法に関するニーズを調査する質的研究. 薬学雑誌 135 (12) : 1387-1395, 2015.
- 44) 梶本佳孝: 町のお医者さん. 血圧 22 (4) : 328-329, 2015.
- 45) 古野貴臣, 藤野成美, 前原修一ほか: 精神科看護師が統合失調症者の服薬アドヒアランス獲得に向けて日常的に行っている服薬支援. インターナショナル Nursing Care Research 16 (2) : 4151, 2017.
- 46) 石村愛: 患者・家族が痛み日記をつけることによる主体性の強化. 消化器看護がん・化学療法・内視鏡 22 (5) : 813, 2017.
- 47) 有田悦子: 薬の効果を最大限に活かすために: 薬剤師としてぜひ高めたいコミュニケーション能力. 薬局 63 (12) : 3519-3523, 2012.
- 48) 上月正博: 透析患者のサルコペニア・フレイルと腎臓リハビリテーション. 大阪透析研究会会誌 37 (1) : 7-11, 2019.
- 49) 岡田浩: ハイリスク薬の服薬アドヒアランス! 薬剤師介入の具体的な道筋! 血糖降下薬. 薬局 68 (10) : 3203-3207, 2017.
- 50) 片岡三佳, 谷岡哲也, 友竹正人: 精神障害者のためのコンコーダンス・モデルに基づいた新しい看護面接. 四国医学雑誌 69 (1-2) : 57-66, 2013.
- 51) 檜葉歩, 武用百子, 志波 充ほか: コンコーダンス・スキルを用いた統合失調症患者の服薬に対する動機づけの変化. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要 6 : 67-78, 2010.
- 52) 望月和泉, 石森裕也, 谷口亜紀子: 統合失調症患者の服薬継続を困難にする要因の検討～コンコーダンス・アセスメントを活用して～. 看護研究集録 : 60-61, 2015.
- 53) 勝山智子, 後藤美紀, 吉津志保ほか: 透析患者の服薬のコンコーダンス実現に向けての取り組み コンコーダンス・スキルを活用した看護介入とその効果. 日本腎不全看護学会誌 13 (2) : 79-84, 2011.
- 54) 松崎恭一: ウェルビーイングの向上を目指した創傷管理. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 18 (3) : 265-269, 2014.
- 55) 池田義之, 大石充: 診療の秘訣アドヒアランス. コンコーダンスを意識した高齢者高血圧診療. ModernPhysician 39 (4) : 412, 2019.
- 56) 小坂里江子: 自己決定困難がある統合失調感情障害患者へのコンコーダンス・スキルを用いた面接の効果. 日本看護学会論文集精神看護 44 : 38-41, 2014.
- 57) 渡邊衡一郎, 澤田法英: 統合失調症における Shared Decision Making の実現可能性 - アドヒアランスからコンコーダンスへ -. 臨床精神薬理 15 (11) : 1759-1768, 2012.
- 58) 中安隆志, 谷藤伸恵: 精神科訪問看護におけるコンコーダンス・スキルを用いた介入の効果. 日本看護学会論文集精神看護 42 : 31-33, 2012.



- 59) 加藤眞三：患者の力を活かす医療. 日本慢性看護学会誌 12 (1) : 36-38, 2018.
- 60) 実藤敦：チーム医療への道 誇りの根を張れ！コンコーダンスの時代 人が成長するチームの作り方(1). 誌上ナースセミナー 28(10) : 65-67, 2007.
- 61) 岡田浩：コンコーダンスとは？. 肥満と糖尿病 10 (2) : 233-234, 2011.
- 62) 石川ひろの：系統看護学講座基礎分野人間関係論 (第3版). p30, 医学書院, 東京, 2019.
- 63) 堀越勝：ケアする人の対話スキル ABCD. pp75-97, 日本看護協会出版会, 東京, 2016.
- 64) 安保寛明：コンコーダンスによる共同意思決定とセルフケア概念への影響, 日本保健医療行動科学会雑誌 32 (2), pp20-24, 2017.
- 65) クリスティーヌ・ボンド (編集), 岩堀禎廣, ラリー・フラムソン (翻訳) : なぜ, 患者は薬を飲まないのか? 「コンプライアンス」から「コンコーダンス」へ. pp11-35, 薬事日報社, 東京, 2010.
- 66) 沖藤典子：医療の自己決定は医師への信頼なくして成り立たない. 医療と介護 Next1 (6) : 502-504, 2015.
- 67) 高山良子, 藤田佐和：パートナーシップ概念の検討 - がん患者と家族への活用 -. 高知女子大学看護学会誌 41 (2) : 1-11, 2016.
- 68) 石川ひろの：前掲書, p149.
- 69) 石川ひろの：前掲書, p7.

# Concept analysis of concordance in healthcare in Japan

Satomi ARAI<sup>1)</sup>, Yukari NAKADA<sup>1)</sup>, Hayato HIGA<sup>2)</sup>

1) Kanazawa Medical University School of Nursing

2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Science University of Toyama

## Abstract

The study aimed to make a concept analysis of concordance in healthcare in Japan, to clarify the components, and to define and review the concept of concordance. Forty-nine papers were included, referring to Rodgers' evolutionary concept analysis. As attributes, the following four categories were extracted: "negotiations for concordance between a patient and a healthcare professional", "mutual respect that the subject of decision-making is the patient", "formation process for common understanding", and "sharing of responsibility". According to these results, concordance in healthcare in Japan is defined as "a process to form a common understanding based on the relationship of mutual respect that the subject of decision-making is the patient through negotiations for concordance between a patient and a healthcare professional and sharing of responsibility for the decision". As antecedents, the following four categories were extracted: "changes in medical care", "patient's background", "decrease in medication adherence", and "relationship with healthcare professionals". As consequences, the following three categories were extracted: "recurrence prevention owing to behavior changes", "improvement in treatment effect", and "patient's self-fulfillment".

## Keywords

concordance, concept analysis, healthcare, nursing



## 第20回 富山大学看護学会学術集会

学会長 八塚 美樹 富山大学看護学科長  
学術集会長 中林美奈子 富山大学学術研究部医学系地域看護学講座  
開催日時 2019年12月7日(土) 9:30~15:00  
会場 パレブラン高志会館 カルチャーホール (富山県富山市千歳町1-3-1)

### 学術集会日程

開会挨拶	9:35 ~ 9:40
一般演題	9:40 ~ 10:20
休憩	10:20 ~ 10:30
シンポジウム	10:30 ~ 12:00
昼休憩	12:00 ~ 13:00
特別講演	13:00 ~ 14:30
閉会挨拶	14:30 ~ 14:35

### <参加者へのお願い>

#### 1. 参加者の皆様へ

受付は会場入口で9時10分から開始します。参加費は、会員・一般・大学院生は1,000円、大学院生以外の学生は無料です。また、本日、受付で本学会への入会手続きをしておりますので、非学会員の方はこの機会にご入会下さい(年会費5,000円)。

#### 2. 一般演題の口演者の方へ

受付は9時10分から開始します。発表時間10分(発表7分・質疑応答3分)です。6分で1回、7分で2回ベルを鳴らします。時間厳守でお願いします。ご発表セッション開始前に次演者席にお着き下さい。

#### 3. 一般演題の座長の方へ

一般演題の発表時間は10分(発表7分・質疑応答3分)です。6分で1回、7分で2回ベルを鳴らしますので時間厳守での進行をお願いします。ご担当セッション開始前に次座長席にお着き下さい。

#### 4. 学会員・評議員の方へ

本日12時00分からパレブラン高志会館カルチャーホールで総会を開催致しますので、ご参集下さい。

**学術集会プログラム**

---

◆ **開 場** ( 9 : 10 )

◆ **開会挨拶** ( 9 : 35 ~ 9 : 40 )

学会長 八塚 美樹

---

◆ **第 1 部 : 一般演題** ( 9 : 40 ~ 10 : 20 )

座長 高倉 恭子

口演 1) 看護学生のスピリチュアリティとパーソナリティの関連

田中 凌<sup>1</sup> 比嘉 勇人<sup>2</sup> 山田 恵子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>富山大学大学院医学薬学教育部 <sup>2</sup>富山大学学術研究部医学系

口演 2) 生活者の課題解決策を共創するリビングラボの可能性

～コミュニケーションロボットのサービスデザイン検討事例から～

吉田 涼子<sup>1</sup> 長島 洋介<sup>2</sup> 五十嵐 俊治<sup>3</sup> 二瓶 美里<sup>3</sup> 菅原 育子<sup>1</sup>

大中 慎一<sup>4</sup> 井上 剛伸<sup>5</sup> 秋山 弘子<sup>6</sup>

<sup>1</sup>東京大学高齢社会総合研究機構 <sup>2</sup>ラボラトリオ株式会社

<sup>3</sup>東京大学大学院新領域創成科学研究科人間環境学専攻生活支援工学分野

<sup>4</sup>日本電気株式会社プラットフォームソリューション事業部

<sup>5</sup>国立障害者リハビリテーションセンター研究所 <sup>6</sup>東京大学

口演 3) 多職種で作る介護予防教室

野田 理央<sup>1</sup> 斎藤 洋平<sup>1</sup> 大西 真弓<sup>2</sup>

<sup>1</sup>南砺市民病院地域リハビリテーション科 <sup>2</sup>南砺市民病院健康管理課

---

◆ **休 憩** ( 10 : 20 ~ 10 : 30 )

◆ 第2部：シンポジウム（10：30～12：00）      ファシリテーター    中林 美奈子

富山発！コミュニティ(生活の場)を舞台にした  
多学部・多分野連携による研究開発活動

事例報告 1)

富山大学歩行圏コミュニティ研究会の事例紹介

シンポジスト      河原 雅典 先生  
富山大学学術研究部 芸術文化学系 教授

事例報告 2)

介護ロボットのニーズ・シーズ連携協調協議会富山県協議会から  
高齢者のアクティビティを引き出す「外出準備サポートロボット」

シンポジスト      斎藤 洋平 先生  
富山県作業療法士会 会長

事例報告 3)

看工連携 before & after 入浴介助支援ロボット

シンポジスト      中島 一樹 先生  
富山大学学術研究部 工学系 教授

---

◆ 昼休憩（12：00～13：00）

12:00より会場にて富山大学看護学会総会を開催いたします。  
会員の皆様には引き続きのご参加をお願い申し上げます。

---

◆ 第3部：特別講演（13：00～14：30）      司会    桶本 千史

リビングラボ ～市民を中心とする民産官学の新しい共創の形～

講師    秋山 弘子 先生  
東京大学名誉教授  
(社)高齢社会共創センター長

---

◆ 閉会挨拶（14：30）      学術集会長    中林 美奈子

---

## 看護学生のスピリチュアリティとパーソナリティの関連性

田中凌<sup>1</sup>、比嘉勇人<sup>2</sup>、山田恵子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>富山大学大学院医学薬学教育部 <sup>2</sup>富山大学大学院学術研究部医学系

### 【目的】

研究の目的はスピリチュアリティとパーソナリティの関連性を明らかにすることであり、本研究によってスピリチュアリティ概念を標準化するための基礎資料が得られる。

### 【方法】

倫理審査委員会の承認後、看護学生1～3年生253名を対象に質問紙調査を実施した。質問紙は「人格（TIPI-J）10項目」「スピリチュアリティ（神気性：SRS-A）15項目」「性格（TCI）15項目」で構成した。分析はAmosを使い、構造方程式モデルを求めた。

### 【結果】

有効回答者は226名であった。モデルのパス係数は、「人格」（外向性、調和性、開放性）から「神気性」へ0.13～0.25を示し、「神気性」から「性格」（協調、自己超越）へ0.22～0.26を示した。モデルの適合度は良好であった（CFI=0.98, AGFI=0.95, RMSEA = 0.04）。

### 【考察】

「神気性」には「人格」（外向性、調和性、開放性）が一次的基盤となることが示唆された。また、「神気性」が二次的基盤となり、「性格」（協調、自己超越）の形成に影響を及ぼすことが示唆された。以上より、パーソナリティ（人格）の発達過程を理解する上で「人格-神気性-性格モデル」を活用する意義が見出された。「人格-神気性-性格モデル」の活用と有用性検証が今後の課題である。

## 生活者の課題解決策を共創するリビングラボの可能性 ～コミュニケーションロボットのサービスデザイン検討事例から～

吉田涼子<sup>1</sup> 長島洋介<sup>2</sup> 五十嵐俊治<sup>3</sup> 二瓶美里<sup>3</sup>  
菅原育子<sup>1</sup> 大中慎一<sup>4</sup> 井上剛伸<sup>5</sup> 秋山弘子<sup>6</sup>

<sup>1</sup>東京大学高齢社会総合研究機構 <sup>2</sup>ラボラトリオ株式会社 <sup>3</sup>東京大学大学院新領域創成科学研究科  
人間環境学専攻生活支援工学分野 <sup>4</sup>日本電気株式会社プラットフォームソリューション事業部  
<sup>5</sup>国立障害者リハビリテーションセンター研究所 <sup>6</sup>東京大学

### 【目的】

多くの高齢住民の願いは住み慣れた地域で、自立・自律した生活を送ることである。ロボットは高齢期の自立支援に可能性を感じるものの、未だ普及には至っていない。そこで、生活者中心のデザイン思考手法による産官学民の共創の場であるリビングラボで、利用者像と普及に向けたサービスモデルを検討することにした。

**【方法】**

鎌倉リビングラボの60歳以上11名にPaPeRo-i (NEC) を5ヶ月間自宅試用してもらい、適時ワークショップ、訪問調査、座談会を通してロボットに真に求めている機能や要件を抽出した。特に導入方法・試用期間と親和の関係に着目した計画を立てた上で、途中経過を反映し仮説・計画を更新した。

**【結果】**

様々な場面で個々の生活者がロボットを受容する過程を引き出すことができた。加えて、利用者間による学びと交流の機会が利用促進につながる可能性が見られた。

**【考察】**

リビングラボの特徴である多様な主体が「暮らしの中で」「途切れなく」検証に参加することで、生活支援ロボットをサービス展開するための具体的な要件が明らかになってきた。実生活の中で長期間にわたり生活者と検証・共創することが、より良いもの・サービスを普及させる上で重要だと言える。

一般演題 (口演3)

**多職種で作る介護予防教室**野田理央<sup>1</sup> 斎藤洋平<sup>1</sup> 大西真弓<sup>2</sup><sup>1</sup>南砺市民病院地域リハビリテーション科 <sup>2</sup>南砺市民病院健康管理課**【目的】**

当院では、2018年度より南砺市から委託を受け、多職種多因子介入プログラムによる介護予防事業を行ってきた。今回、多因子介入プログラムの効果や今後の課題を検討したので報告する。

**【対象】**

介護予防事業に3クール継続参加した14名を対象とした(男性1名、女性13名。平均年齢78.1歳)。

**【方法】**

1クールと3クールの初回に評価を行い比較した。認知機能はMMSE、体組成はTANITA製MC-78A-N、運動機能は握力、歩行速度、下肢筋力HDD、口腔嚥下機能は舌圧計を用い、ウィルコクソンの符号順位検定を用いて比較した。

**【結果】**

MMSEは $27.0 \pm 2.42$ 点から $28.9 \pm 2.25$ 点と有意な差がみられた。体組成では筋質が $41.8 \pm 10.4$ から $52.0 \pm 10.4$ と有意な差がみられた。運動機能では下肢筋力HDDは $38.7 \pm 9.40$ から $42.9 \pm 9.81$ と有意な差がみられた。

**【考察】**

弘津らによれば健康寿命の延伸には筋肉量の保持、バランスのとれた食事、口腔機能の維持、人との交流が必要とされている。当事業では認知機能や運動機能において増加を認められ、食事指導による栄養維持や口腔機能の維持といった多職種協働による介入が効果的に働いたのではないかと考える。今後は事業に参加された対象者を社会参加へと発展させるシステム構築が求められる。より身近な地域で、参加者が指導側となって関わるなど、事業内容の検討が必要である。



シンポジウム 事例報告 1) 富山大学歩行圏コミュニティ研究会の事例紹介 河原雅典 (富山大学)



最初の社会実験（平成22年11月）：モノだけではダメ  
歩行外出支援として歩行支援とともに運搬対策が重要  
誰も使っていないから恥ずかしい  
家の人(息子, 娘, 嫁)が使おうと言う  
みんなが使っているなら使いたい

平成23年10月～ 組織の枠組みを広げる  
歩行圏コミュニティづくりへ

- 目的：歩いてお出かけ型介護予防のまちづくり, 健康寿命の延伸
- 歩行圏コミュニティ：元気な高齢者はもちろん足腰が弱くなった高齢者も積極的に街に出かけて, 生き生きと交流を楽しむことができる生活圏
- JST-RISTEX (科学技術振興機構-社会技術研究開発センター) 戦略的創造研究事業：「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発領域平成23年度プロジェクトに採択 (平成23年10月-平成27年3月)

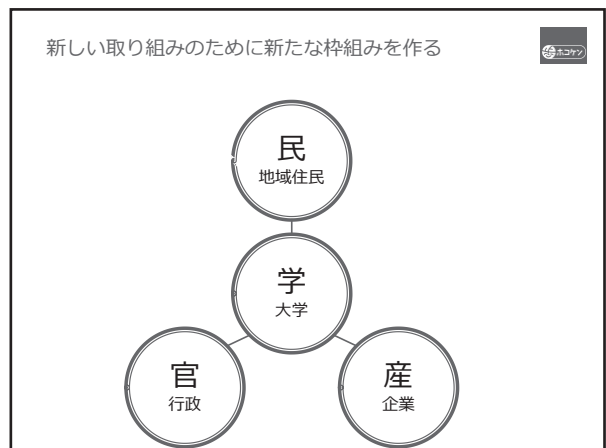
ホコケン活動：三つの「つくる」行為

組織づくり	産官学民それぞれに活動の開始しやすさ, 持続しやすさに違いがある
ものづくり	ものづくりに対する考え方, 求めるものが大きく異なる
楽しみづくり	全員が参加しやすいイベントを行う イベント屋さんになってはならない

富山大学歩行圏コミュニティ研究会が製作した  
歩行補助車「まちなかカート」

写真の「まちなかカート」は研究会が製作した第3世代の車体（通称3号機）です。

5



楽しみづくり:スタンプラリーにもひと工夫



楽しみづくり:毎年課題曲を踊る



今のところの考え  
どうすればよいのか



- してあげる人, してもらう人にならない
- 分業しすぎない
- 時間を共有するだけではうまくいかない
- つくる行為を共有する「つくるの楽しい」
- 広義のつくる行為, 創造的行為が効果的

シンポジウム 事例報告 2) 高齢者のアクティビティを引き出す「外出準備サポートロボット」  
齋藤洋平 (富山県作業療法士会)

20191207第20回富山大学看護学会学術集会  
富山発！コミュニティ(生活の場)を舞台にした多学部・多分野連携による研究開発活動

介護ロボットのニーズ・シーズ連携協議会富山県協議会から  
**高齢者のアクティビティを引き出す「外出準備サポートロボット」**

一般社団法人 富山県作業療法士会 (南砺市民病院地域リハビリテーション科)  
**齋藤 洋平**

1

1) 協議会の概要  
協議会のメンバー構成と概要説明  
平成30年度は、介護ロボットのニーズ・シーズ連携協議会(※)を全国50箇所に設置し、すべての協議会から、介護現場の課題を解決するロボットの提案がなされた。  
(※)開発前の着想段階から介護ロボットの開発の方向性について開発企業と介護現場が協議し、介護現場のニーズを反映した開発の提案内容を取りまとめる協議会  
○各協議会からは、「ロボット技術の介護利用における重点分野」(平成29年10月改訂)における6分野13項目以外にも、多くの場面で活用が期待される介護ロボットの提案がなされた。  
○最も多い提案は見守り支援ロボットであり、次に多い提案は介護業務支援ロボットであった。  
○いずれの提案も、被介護者・介護者双方にとってメリットがある提案となっていた。

厚生労働省 平成30年度介護ロボットニーズ・シーズ連携協議会設置事業 各協議会からの提案より

富山県協議会のメンバー構成

ニーズ委員 ・南砺市民病院 (OT) ・ケアポート庄川 (OT) ・特別養護老人ホームつまま園 (OT) ・深川病院 (OT) ・富山リハビリテーション医療福祉大学校 (専任教員・OT)	コーディネーター ・富山大学地域看護学 (ニーズ) ・石川県リハビリテーションセンター (シーズ)
シーズ委員 ・富山県総合デザインセンター (産業デザイン) ・富山大学大学院理工学工学部 (工学)	

2

2) ニーズの明確化：ニーズ調査・分析  
ニーズ調査の実施概要  
問題意識の整理  
居宅要介護高齢者支援の課題  
要介護高齢者の支援においては、高齢者の「心身機能」「活動」「参加」<sup>1)</sup>のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。しかし、現在の訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ等の居宅サービスにおいては、身体機能(機能回復訓練等)と活動(特にADL向上の働きかけ)へのアプローチが中心であり、参加(社会参加の実現)へのアプローチが少ない。  
※1 ICF(国際生活機能分類)モデルが示す心身機能「活動」「参加」の意味

居宅要介護高齢者の場合、「参加」の基本行為は「外出・交流」である。通所リハビリテーション等の整備により外出の機会は整っているが、高齢者の主体的な外出・交流に結び付いていない現状がある。

外出するための準備  
先行研究により、外出するためには、その準備として「よき格好」が必要であることが示されている。  
1) 意欲、外出意欲、自己の感覚(肌触り等)や、他者の目に映る感覚的イメージが重視される。  
2) 衣類が部屋のまま外に出ないのは、自分だけでなく、自分異なる他者が介在している意識の表れである。  
外出の準備に注目することで、これまでない柔軟な取り組みが可能になる。

外出の準備に関する取り組みは、居宅要介護高齢者のアクティビティを高めるための環境的側面からの支援(環境支援)に位置付けられる。

3

2) ニーズの明確化：ニーズ調査・分析  
ニーズ調査の実施概要  
調査方法、整理・分析の手法  
調査1  
・インタビュー調査  
・内容分析法による質的分析  
調査2-1  
・インタビュー調査  
・内容分析法による質的分析  
調査2-2  
・インタビュー調査  
・内容分析法による質的分析

プロセス(対象者・人数等)

調査1	調査2-1	調査2-2
目的 居宅要介護高齢者の「外出」のきっかけや障壁を探る。	目的 居宅要介護高齢者自身が自覚する「更衣(着替える・おしやれする)」の意義を探る。	目的 居宅要介護高齢者を介護する家族が自覚する「更衣(着替える・おしやれする)」の意義を探る。
対象 実際に外出行動を取っている(デイサービス利用)居宅要介護高齢者6人	対象 積極的な外出行動がない訪問型サービス利用高齢者6人	対象 調査2-1の家族6人
調査内容 ①デイサービス利用の感想、②利用のきっかけ、③利用の外出や交流において大事にしていること等について自由に話してもらった。	調査内容 ①更衣時の気分、②おしやれや身だしなみについて気を付けていること等について自由に話してもらった。	調査内容 ①更衣介助の効用、②家族が「最良」と考える更衣介助の内容等について自由に話してもらった。

4

2) ニーズの明確化：ニーズ調査・分析  
ニーズ調査のまとめ

調査1(対象:通所サービス利用者)	調査2(対象:訪問サービス利用者)	調査3(対象:訪問サービス利用者家族)
1) 利用している感想 「発見知りができた」 「ここに来ておしゃべりするのが一番の楽しみ」 2) 利用のきっかけ 「家族やケアマネに勧められた」 3) 利用にあたっての障壁 「外に出るのがおどろくた」 「服装は行の前面がななと思った。ここに来れば人と会う。みっともない格好はできない。洋服や化粧にも気を遣う。面倒くさい」	1) 更衣時の気分 「運動はよくない気がする。パジャマは外にいけない」 「用意された服によって、その日の予定がかわく」 「(二人での旅行に着ていった洋服)夫との幸せな時間を思い出す。うれし気持ちになる」 2) おしやれや身だしなみで気を付けていること 「特になし。オシャレや身だしなみは大事。でも、どこに行かないから」 「ない。おしやれたいとは思いつけど、何かしようとすると誰かに頼まなければならない。迷惑をかける」	1) 家族が認める更衣の効用 「日常生活のリリリ(着る/脱ぎする)に気持ちのメリハリが繋がる」 2) 家族が認める最良の更衣がわかる 「カコイ服を着せたい。本人も喜ぶだろう」 「身なりをきちんとすること。それは本人への敬意を払うことにつながる」 「自分も楽しめるように、サンプルを色選んでしたがる。介護生活におけるちょっとした遊び心。そんなことがない介護が辛い」

「外出や交流」が居宅要介護高齢者のアクティビティ向上に繋がっていることが確認できた。また、高齢者も家族のこを自覚していた。居宅要介護高齢者のニーズとして外出・交流支援の充実も重要な課題である。

「外出や交流」には準備が必要であり、その要素が「出かける場」と「おしやれ・身だしなみ」であった。出かける場については行政によりその整備をすすめているが、「おしやれ・身だしなみ」については、担当する介護職員の裁量に任せ、「更衣」支援の一環として行っているものの、積極的取り組みがなされている印象は少ない。

5

2) ニーズの明確化：課題分析  
解決すべき課題  
居宅要介護高齢者のアクティビティを維持向上するためには、外出や交流が不可欠である。また、外出・交流にはよき格好に着替えるという準備が必要となるが、現在「よき格好に着替える」という行為の支援は更衣支援の中含まれるものの、標準化された介護方法の提案はなく、介護職員の認識も高くない。

「よき格好に着替える」という行為を支援することで、居宅要介護高齢者の外出・交流行動を促進する。

解決した時のあるべき姿・到達目標(わかりやすく具体的に)

「よき格好に着替える」という更衣支援

【高齢者】アクティビティが高まる	【家族介護者】在宅介護を「我がこと」として引き寄せる	【介護職員】「更衣」支援の質が向上する
<ul style="list-style-type: none"> <li>外出・交流意欲が高まる。</li> <li>外出・交流行動が実現する。</li> <li>回想(過去の出来事を思い出すこと)を通じ、精神的健康の安定を図ることができ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護行為「更衣」に参画する。</li> <li>回想のための手助けを行うことを通じ、高齢者の「思い出」や「人生」を共有することができる。</li> <li>自分なりの介護観を表現することができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「更衣」支援のあり方を再考する機会になる。</li> <li>自分なりの意思を持った「更衣」支援を提供することができる。</li> </ul>

被介護者・家族介護者	介護職員
対象者 居宅で生活する要支援・要介護高齢者とその家族	通所・訪問サービス提供者

6

### 3) 課題解決のための検討：課題解決のための機器（新規ロボット等）のアイデア①

**ロボットのイメージ**

外出準備サポートロボット 高齢者が家族と一緒に使う

**分類情報の付与**  
種類・色  
お気に入り度 etc

**寸法取得**  
撮影  
測定

**データベース化**  
検索/シミュレーションソフトウェア

**データの出力**  
管理機能  
パターン機能  
コーディネート機能  
型紙の出力

**よそ行きの格好に着替える**  
アクティビティの高まり

外出・交流

身体計測機に基づく安全な更衣技術の提供

**ロボットの概要** ※[RT]:ロボット

**1.計測機能(非接触)**  
・[RT]高齢者や障害者の身体機能を評価するために必要な各部位の計測(可動域、ランドマーク等)  
・[RT]洋服購入や制作に必要な各部位の寸法を割り出す

**2.クローゼット機能**  
・[RT]所有する衣類を登録/管理する→【高齢者・家族】仕分けをする(見分ける/想い出の服を残す)

**3.コーディネート機能**  
・【高齢者】家族と一緒に登録されている洋服をタブレットで選択→[RT]選択された洋服(アウター/トップス/ボトムス/小物(スカーフ・帽子))でパターンを作成する。

**4.リフォーム機能**  
・[RT]想い出の洋服をリフォームするための型紙を身体計測値を基に作成→【家族】業者にリフォームを依頼する。

**利用場面**  
自宅での更衣準備  
自宅での送らぬ準備(友人や家族とのコミュニケーション、想い出の回想)  
・リフォーム、介護施設完売等の商業施設(販売促進)

### 3) 課題解決のための検討：課題解決のための機器（新規ロボット等）のアイデア②

項目	概要
必要な機能・技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護者の機器操作技能</li> <li>身体計測機能：姿勢を多方向から撮影 → 3D処理機能 動きを多方向から撮影 → モーションキャプチャー機能</li> <li>リフォーム機能：サイズの合わない洋服の型紙作成</li> <li>クローゼット機能：既存の洋服の登録</li> <li>コーディネート機能：洋服を選択しパターン作成</li> </ul>
新規ロボット等導入による課題解決の評価方法	<p>評価はいずれも導入前後を比較し量的・質的に分析する</p> <p>【高齢者】アクティビティが高まる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■外出・交流意欲の変化：意欲評価スケール（CAS等）を活用（評価結果の改善）</li> <li>■外出・交流行動：外出頻度の観察（外出が増加する）</li> <li>■精神的健康度：意欲評価、認知機能テスト、抑うつ尺度、孤独感尺度等のスケールを活用（評価結果の改善）</li> </ul> <p>【家族介護者】在宅介護を「重たいこと」として引き寄せることができなくなる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■介護行為「更衣」への参画：家族が行う更衣内容を参加観察（更衣介護の内容が変わる）</li> <li>■高齢者の「思い出」や「人生」の共有：訪問時の会話内容の記述（当該内容の会話が増加する）</li> <li>■自分なりの介護観の表出：聞き取り調査（介護観の明確化）</li> </ul> <p>【介護職員】「更衣」支援の質が向上する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■「更衣」支援のあり方の再考：当該テーマに関するレポートの依頼（更衣支援に対する概念の拡大）</li> <li>■自分なりの意図を持った「更衣」支援の提供：更衣支援の様子を参加観察（外出の準備を意図した行為の増加）</li> </ul>
既存の機器、類似機器との相違点・優位性	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆既存の機器、類似機器は見当たらない</li> <li>◆リメイク産業や介護用品市場等の高齢者のマーケットに繋がる可能性が高い</li> </ul>

### 4) まとめ

○一人の利用者には、多職種がそれぞれの視点から関わっている。しかし、現場では日々の業務に追われ、自身の役割等を振り返ることや、多職種連携について考える機会が少ないのが実情である。

○当事業では、「地域課題」の整理に時間をかけた。そのなかで、介護現場で被介護者や家族に接することが多い者の「問題意識」が出发点になることが理解できた。一方で、日々の問題意識を整理しておかないと、「ニーズ＝自分たちの困りごと」になる危険性が窺われた。

○「真のニーズとは何か」について議論を進めていく中で、介護ロボットの開発を多職種異業種で関わる意味が理解でき、適切なニーズ調査を行い、アイデアを提案することができた。

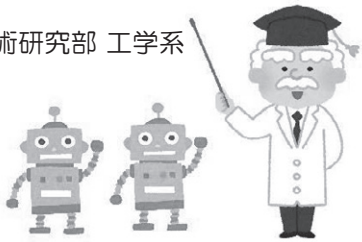
○ニーズ・シーズが連携して開発する介護ロボットの開発は、モブズリに留まるのではなく、地域課題とその解決の一助となる可能性がある。そして、被介護者や家族の「幸せ（well being）」に繋がる方法を併せて開発する点に意義があると感じている。

○今後は、県内企業等と連携し、ロボットの実現化に向け、より具体的なイメージ、深掘りが必要となる。また、富山県に多職種異業種で構成される協議会を設けたことで、今後、様々な分野の活性化にも繋がると考えられる。

シンポジウム 事例報告3) 看工連携 before & after 入浴介助支援ロボット 中島一樹 (富山大学)

## 看工連携 before & after 入浴介助支援ロボット

富山大学 学術研究部 工学系  
中島 一樹



## 平成28年度介護ロボットのニーズ・ シーズ連携協調協議会設置事業

厚生労働省

4. 受託機関  
受託機関は以下の10機関であった。

NO	機関名	分野
1	国立大学法人富山大学	入浴支援
2	社会福祉法人シルヴァーウィング	見守り支援
3	社会福祉法人シルヴァーウィング	移動支援
4	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	見守り支援
5	さいたま商工会議所	排泄支援
6	さいたま商工会議所	移動支援
7	株式会社N.T.T.データ経営研究所	移動支援・排泄支援
8	一般社団法人日本作業療法士協会	排泄支援
9	PWCコンサルティング合同会社	見守り支援
10	PWCコンサルティング合同会社	移動支援

報告書 <http://www.techno-aids.or.jp/research/needs2903hokoku.pdf>

## ある工学者の提案1 (before)

### 体格差を吸収する入浴リフト用のシャワーチェア

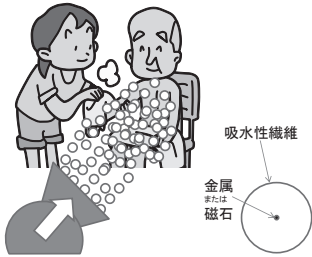
(1) 千手観音  
身体を支える多くの身体支持具で、姿勢を保持してくれる。水中では背中や臀部も温まるようにイスから身体を浮かせてくれる。リフトを上昇させる前には、水中で正しい着座姿勢に戻してくれる。

(2) ピーズのシート  
イスの座面と背面の表面がビーズで構成されており、円背や変形拘縮があったとしても最適に身体に適合する。この状態で座面と背面を吸引することにより身体に適合したビーズが固定するので姿勢が崩れない。水中ではビーズを柔らかくして、全身に湯が通るようにする。リフトを上昇させる前には、水中で座面と背面を最初の身体形状に戻し、正しい着座姿勢を維持してくれる。

(3) ベルトコンベア  
イス座面と背面がそれぞれ別のベルトで(又は複数のテニスボール大で)構成されており、これらが協調して移動することにより、入浴中に崩れた姿勢を湯上がり後に元に戻してくれる。ベルトの材料は、移乗時に利用する薄いシートのようなものを利用する。

## ある工学者の提案2 (before)

### 身体乾燥



・散らばった吸水性繊維は、電磁石で集められる  
・ネットに入れて洗濯できる

## 平成29年度介護ロボットのニーズ・ シーズ連携協調協議会設置事業

1.2.2 実施体制

厚生労働省

表 1-1 協議会のメンバー構成

役割	チーム	氏名	所属・役職等
ニーズ側	N	堤野 広行	特別養護老人ホームささづつ荘、理事、施設長
	O	野口 久子	特別養護老人ホームささづつ荘、係長
	C	牧藤 佳子	特別養護老人ホームささづつ荘、主任
	G	大西 敬子	特別養護老人ホームささづつ荘、副主任
	M	中田 裕	特別養護老人ホームつままふ、施設長
	C	野田 智子	特別養護老人ホームつままふ、介護部長
	C	浜出 都	特別養護老人ホームつままふ、機能訓練指導員
	M	木原 誠三	特別養護老人ホームほのほの苑、施設長
	C	長崎 真美	特別養護老人ホームほのほの苑、介護部長
	E	中島 一樹	富山大学 工学部電子工学系助教 (工学)
シーズ側	C	中村 美奈子	富山大学 工学部医学工学研究部 (看護)、准教授
	M	高橋 博	富山大学 研究推進機構 高度連携推進センター、主任コーディネーター
	E	栗原 拓哉	富山県社会デザインセンター
	E	橋本 敬	カナヤママシンリー プロダクションセンター デザインセクション、チーフ
	M	石崎 謙之	北陸銀行 地域創生部、主任
アドバイザー	C	藤中 実平代	富山大学看護部、看護センター、部長
	C	橋本 育代	富山県介護実習、看護センター、介護機器開発指導員
	M	藤山 雅亮	ビジョンデザインデザイン
その他	中村 秀樹	イースシステム	
	持藤 雅彦	富山大学工学部システム制御工学、研究支援員	
	C: 堤野、M: マーケティング、E: 技術		



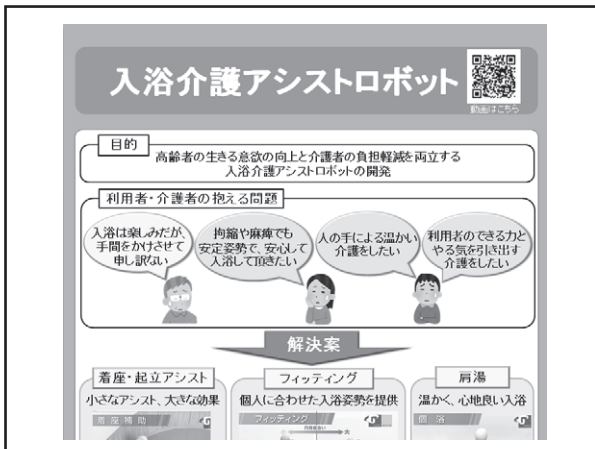


図 1-1 実施体制

報告書 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-06-Seisakujuhouhou-12300000-Poukenkyoku/5401.pdf>

- ニーズとシーズのバランスの良い委員会構成
  - 言語が違う、お互いの理解が必要
- 委員会での発言が本務の評価に影響させない配慮
- 現場ニーズの丁寧な聞き取り
- 模型やCGを用いた議論





- ある工学者の提案(after)**
- デマンドとニーズを分けて考える
  - ロボットが直接、高齢者や介護者を助けることに固守しない
  - 自立支援のために、ロボットが支援することを整理する
  - 機器利用者(高齢者&介護者)の心情に配慮する



特別講演 リビングラボ ～市民を中心とする民産官学の新しい共創の形～

秋山弘子（東京大学高齢社会総合研究機構）

**リビング・ラボ**  
～市民を中心とする民産官学の新しい共創の形～

**秋山 弘子**  
東京大学高齢社会総合研究機構

富山大学看護学会学術集会  
2019年12月7日

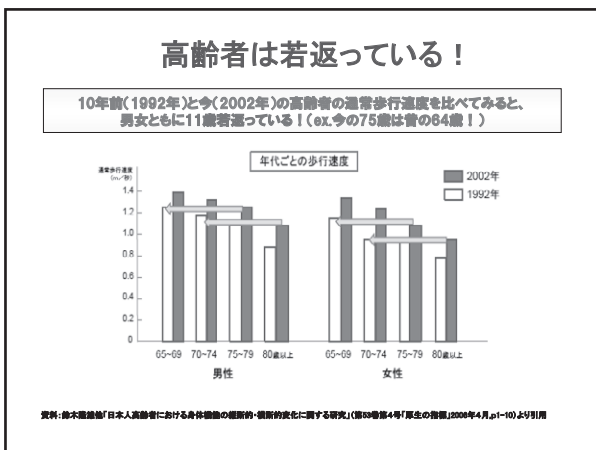
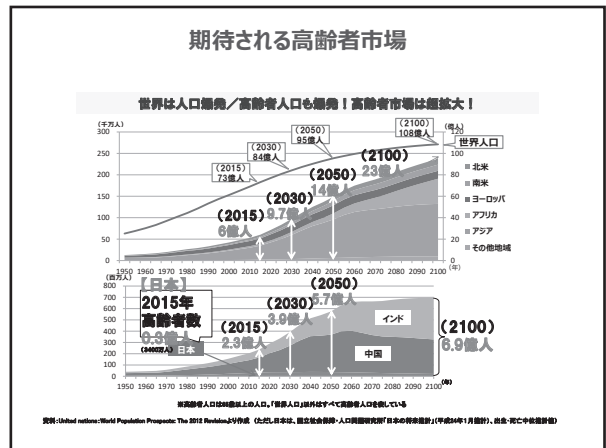
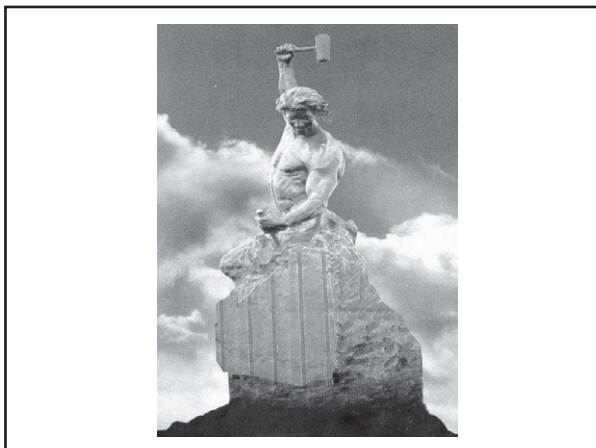



**長寿社会の課題**

**個人** 人生100年を自ら設計、舵取りして生きる  
-多様な人生設計が可能

**社会** 人口の高齢化に対応した社会インフラ  
(ハード&ソフト) のつくり直し

**産業** 長寿社会対応の産業の創成  
-市場は大きい



**高齢者は75歳から**

75歳で高齢者、65歳は「准高齢者」 学会提言

2019年11月10日 高齢社会研究 第10号

日本老年学などは55歳、現在65歳以上と定義されている「高齢者」を75歳以上に昇進するよう提言を発表した。実際の高齢や生活機能の改善により、10年前に比べ身体機能や認知能力が5～10歳は若返っていると判断した。

前期高齢者とされている65～74歳は、現行社会活動が可能な人が大半だと判断して「准高齢者」に区分するよう提言。社会の定年や定年退職年齢を下げることが、明るく活力ある高齢化社会につながるという。

65歳以上を「定年以降の若者」として設計されている社会保険や雇用制度のあり方に関する議論にも大きな影響を与えよう。

平均寿命を延ばす90歳以上は「超高齢者」とした。提言をまとめた大内幹義・虎の門病院院長は「高齢者に対する意識を変え、社会参加を促すきっかけになってほしい」と述べた。

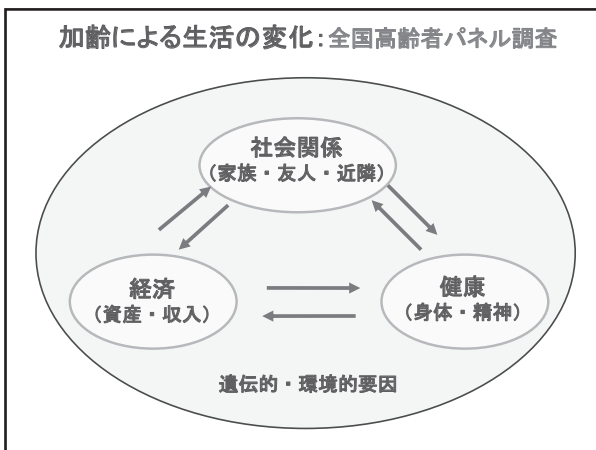
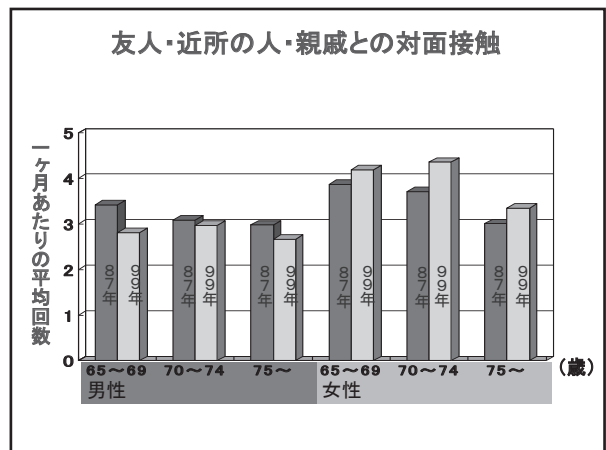
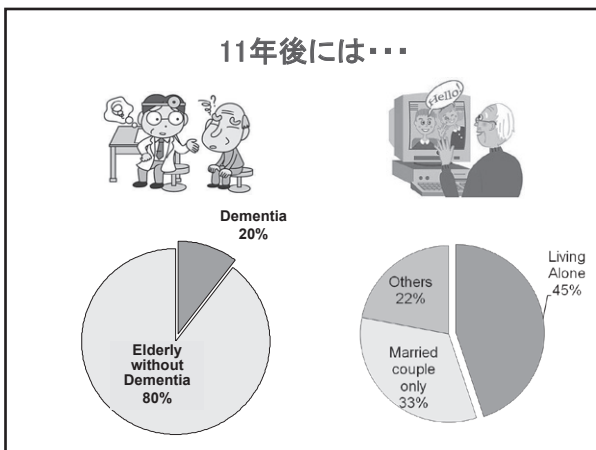
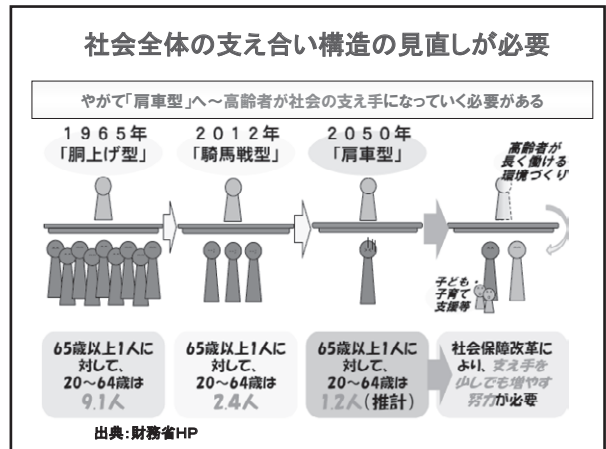
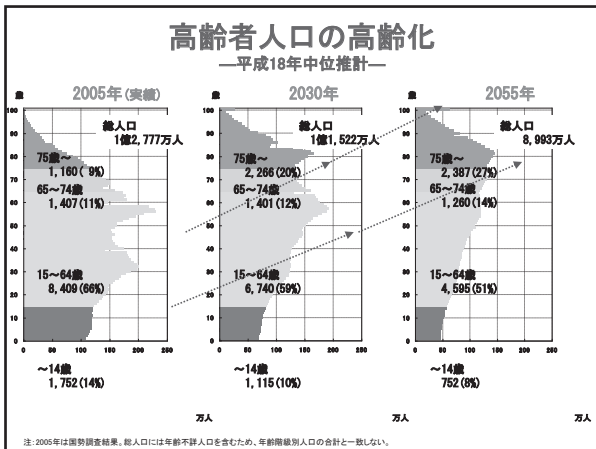
学会は、お年寄りの心身の健康に関するさまざまなデータを解析。身体機能や知識の検査結果、行った回数などは同一年齢で比べると年々異なる傾向にあり、死亡率や認知症発症率も異なるという。

内閣府の健康調査でも、65歳以上を高齢者とすることに否定的な意見が大半で、男性は70歳以上、女性は75歳以上を高齢者とする回答が最多だったことも考慮した。

准高齢者は、仕事やボランティアなど社会に参加しながら、病気の予防や認知機能、健康維持に役立つ期間とした。(共同)

資料: 日本老年学学会高齢者学部編「高齢者学」(日本老年学学会)より引用。また、森本憲一氏に取材し、本報記者が取材した。本報記者が取材した。本報記者が取材した。

©2019 Inc. No reproduction without permission.



### 調査方法

- 全国の住民基本台帳から60歳以上の住民を無作為抽出 (N=5715)
- 3年毎に訪問面接調査



### パネル調査年

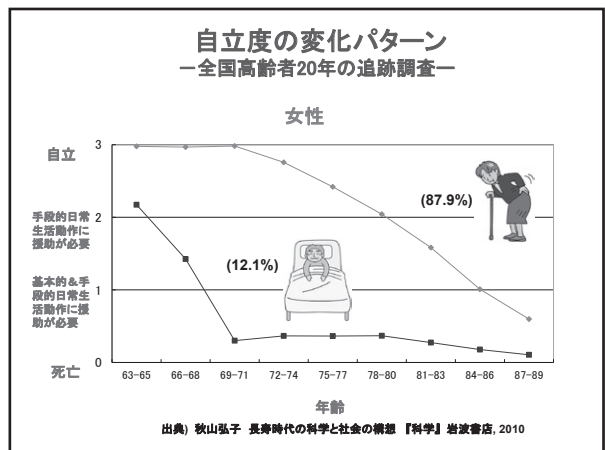
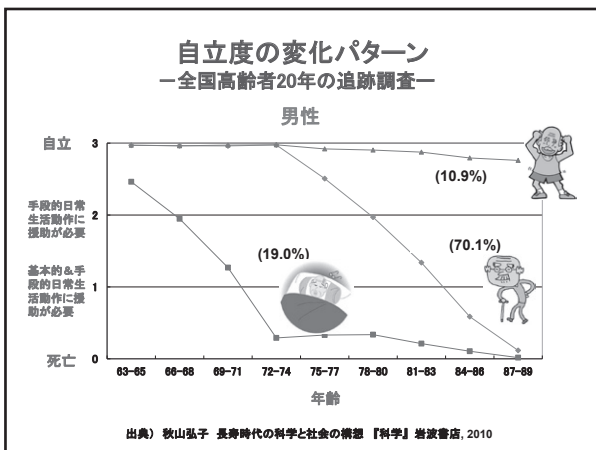
1 次調査	1987
2 次調査	1990
3 次調査	1993
4 次調査	1996
5 次調査	1999
6 次調査	2002
7 次調査	2006
8 次調査	2012 (生検導入)
9 次調査	2017

### 生活自立度

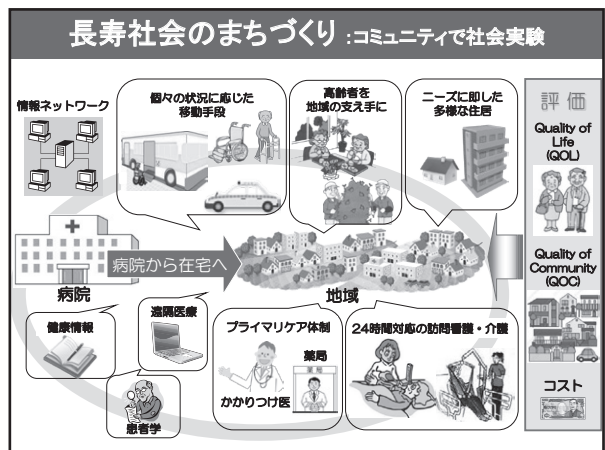
得点
3 ADL、IADL ともに自立
2 IADL 項目に要支援、ADL 項目は自立
1 ADL、IADL ともに要支援
0 死亡

ADL questions	IADL questions 日用品の買
-風呂にはいる	い物をする
-短い距離を歩く	-電話をかける
-階段を2、3段上がる	-バスや電車に乗って外出する



- ### 何をなすべきか？
- 自立期間(健康寿命)の延長
  - 住み慣れたところで日常生活の継続を支える生活環境の整備
  - 人の繋がりがづくり



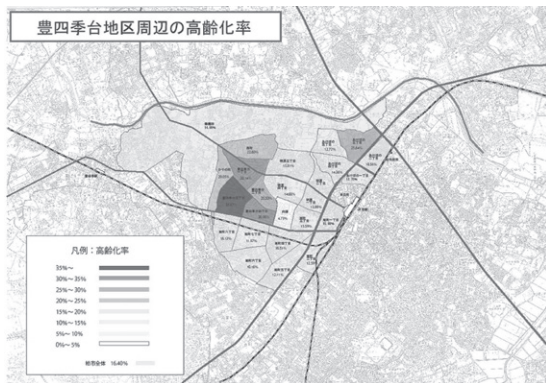
### まちづくりの主要な領域

- 就労・社会参加・生きがい
- 生涯学習
- 人の繋がり
- 虚弱予防
- 包括的医療・介護システム
- 住宅
- 移動手段
- 情報システム

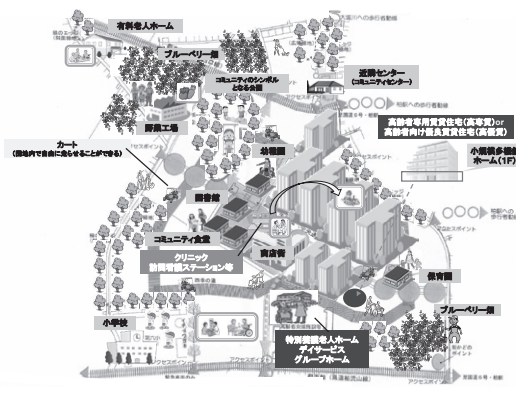
### 2つのコミュニティで社会実験



豊四季台地区周辺の高齢化率



### コミュニティの構想図



全員参加 生涯参加

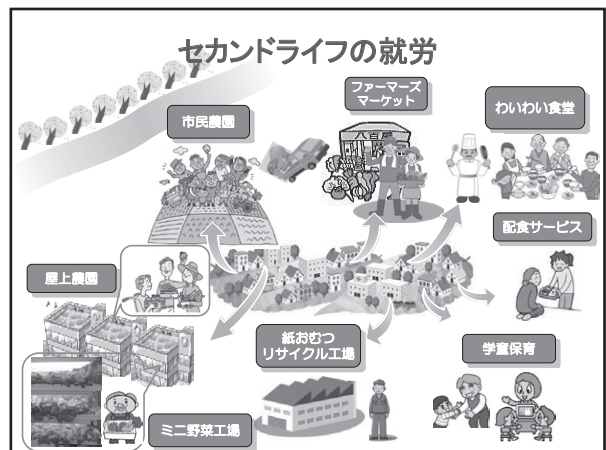
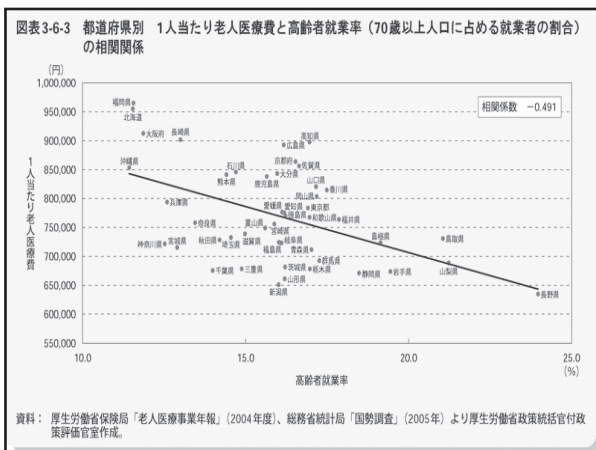
**倍になった人生**

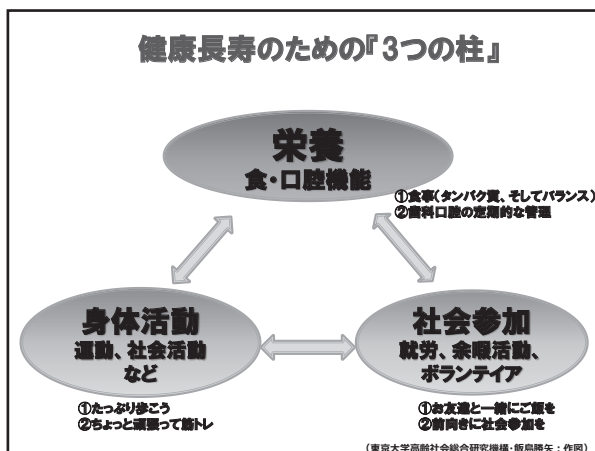
人生50年 ⇒ 人生100年

定年後は余生 ⇒ セカンドライフ

### 将来(65-79歳)における諸活動への参加関心度

活動	関心度		関心度	
	関心度	関心度	関心度	関心度
趣味・余暇活動	4.1	4.1	4.1	4.1
ボランティア活動	3.8	3.8	3.8	3.8
地域活動	3.5	3.5	3.5	3.5
健康増進活動	3.2	3.2	3.2	3.2
学習活動	2.9	2.9	2.9	2.9
ボランティア活動	2.6	2.6	2.6	2.6
健康増進活動	2.3	2.3	2.3	2.3
学習活動	2.0	2.0	2.0	2.0
ボランティア活動	1.7	1.7	1.7	1.7
健康増進活動	1.4	1.4	1.4	1.4
学習活動	1.1	1.1	1.1	1.1
ボランティア活動	0.8	0.8	0.8	0.8
健康増進活動	0.5	0.5	0.5	0.5
学習活動	0.2	0.2	0.2	0.2





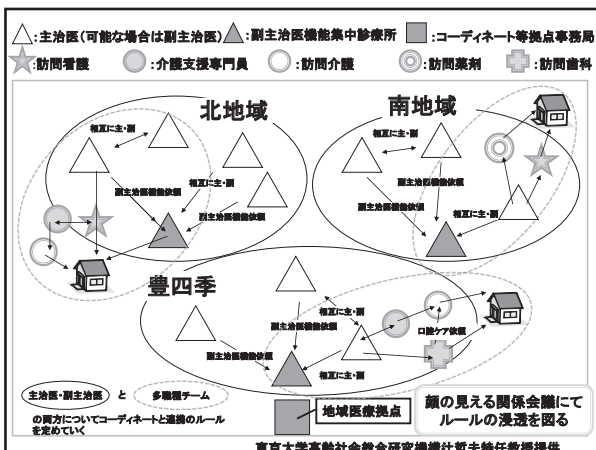
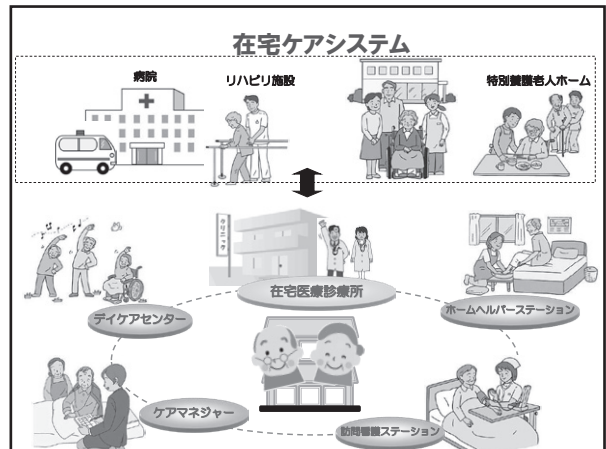
**Aging in Place**

住み慣れた所で安心して自分らしく年をとる

これまでの生活を来月も、来年も、10年後も



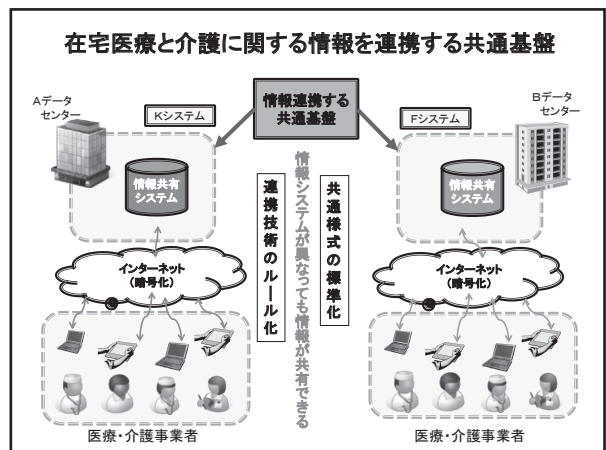
地域包括ケアは在宅で医療、看護、介護、生活支援サービスを提供することを基本とし、住む慣れた地域で住み続けることを実現

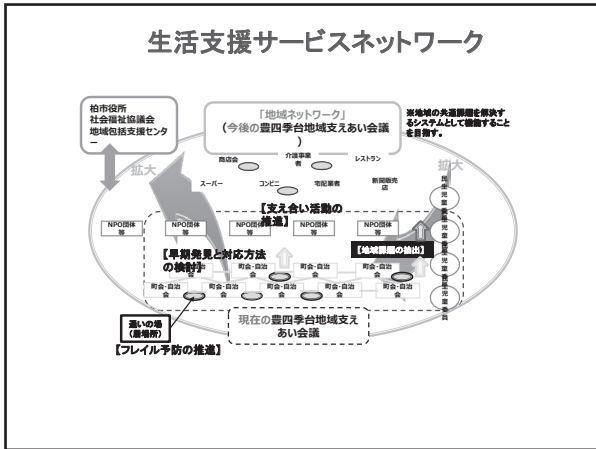


### 柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。  
 → システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。

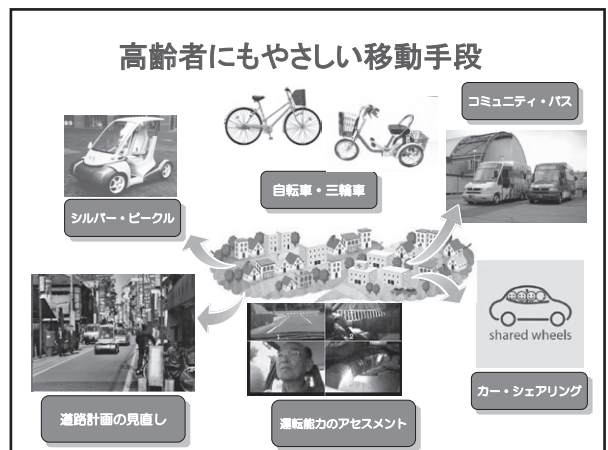
(1) 医療WG 医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論	(2) 連携WG 医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。
(3) 試行WG 主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的ケースに基づく、試行と検証を行う。	(4) 10病院会議 柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。
(5) 顔の見える関係会議 柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。	



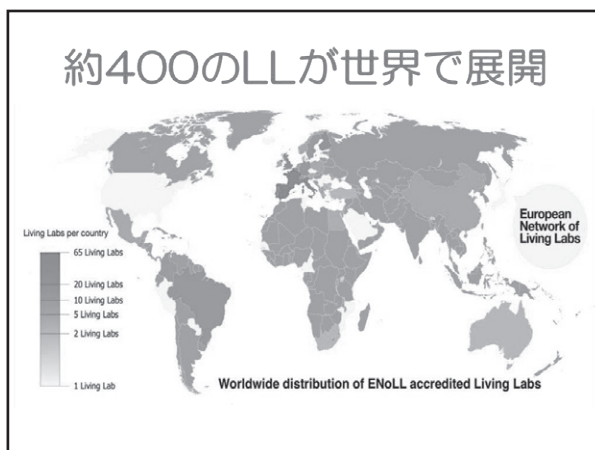
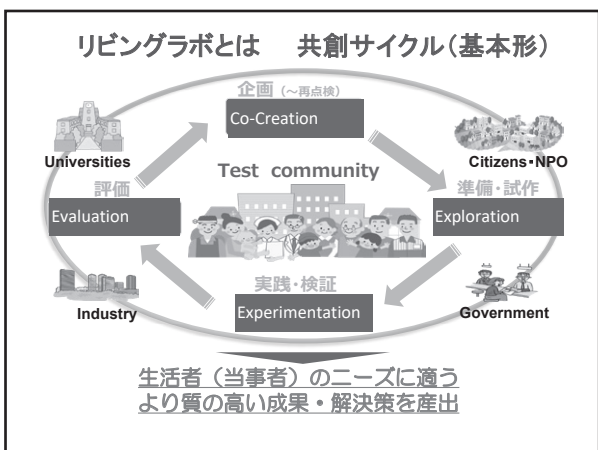
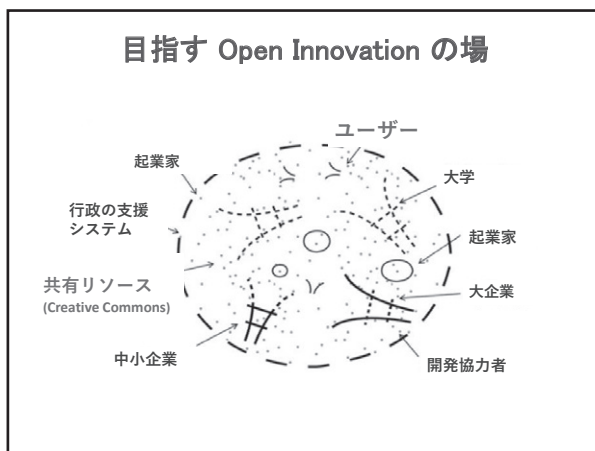
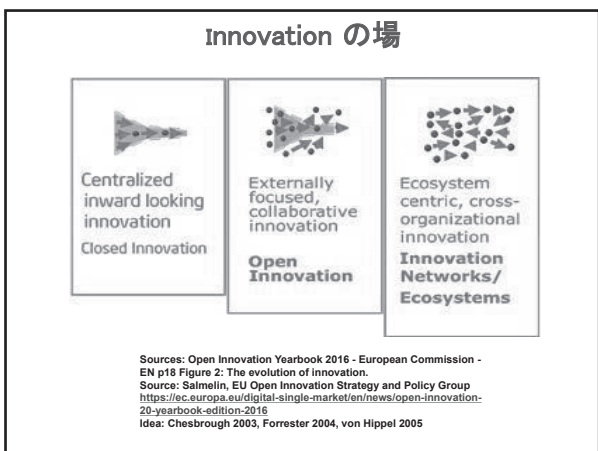


- ### 看護学の新たな理論と方法論が必要？
- 生活の場における医療・看護
  - 患者、家族、医師、ケアマネ、介護士、PT、薬剤師、ボランティアなど  
マルチステークホルダーとの協働
  - 地域の多様性に応じた地域包括ケア

- ### アクションリサーチ
- 社会課題の解決を目指す
  - マルチステークホルダーの協働
  - PDCAサイクル







## まちの未来を創る

地域内外の人たちが暮らしを彩るアイデアの種を持ち寄り共に育てる、新しい地域・社会活動『リビングラボ』を始めます！

# 鎌倉リビングラボ活動

2017年1月  
キックオフ！

行政 まちを変える専門員 まちで暮らしを彩る人 企業 大学

東京大学高齢社会総合研究機構 鎌倉Living Labプロジェクトチーム

### 鎌倉リビングラボの体制

**高齢社会共創センター**  
(東京大学IOGによる支援)  
+プロジェクトごとに専門家チームを形成

高齢社会共創センター会員企業  
(SMBCグループ/日本総研による協力)  
カマコン 起業家

**共創**

**協働**

**鎌倉市役所**

**今泉台地域**  
(町内会&NPO.協力)

※NPO法人タウンサポート鎌倉今泉台 (TSK1)

<今泉台地域基礎データ (2017.4)>  
 ■人口 : 5086人  
 ■世帯数 : 2025世帯  
 ■高齢化率 : 45.1% (75歳以上は 28.8%)





### 鎌倉リビングラボの展開 2017-18年度の目標

2017-18年度（2年間）を目標に、次のA～Cの共創活動を実施し、**具体成果を創出しながら、当該活動の機序（メカニズム）及び事業構造を確立すること**  
（＝日本版リビングラボ活動・事業のモデルの構築）

- A …【共創C主導】⇒関心をもつメンバーで共創チームを形成**  
住民課題にもとづく…「長寿社会にふさわしいワークスタイルと住宅・地域環境の開発」
- B …【共創C主導】⇒関心をもつメンバーで共創チームを形成**  
自治体課題にもとづく…「IoTを活用した鎌倉観光の複線化とシニア活躍事業の開発」
- C …【法人会員の皆様からの提案を受けて活動（提案を受けて共創Cがコーディネート）**  
企業課題にもとづく…「新たな長寿社会向け商品サービス開発（複数）」

### 鎌倉リビングラボの展開 活動事例1

**A 住民課題にもとづく…「長寿社会にふさわしいワークスタイルと住宅・地域環境の開発」**

① 若い人が暮らしたいと思うまち → 「人生100年時代の在宅ワーク環境と家具」  
全くゼロの状態からコンセプト設計を行い、商品化の可能性を模索中

**家具メーカーと共創**

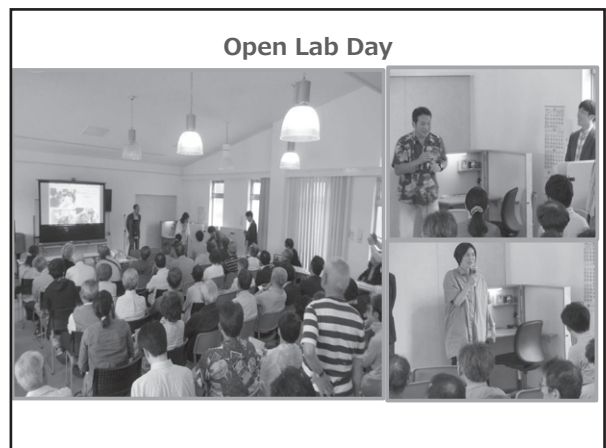
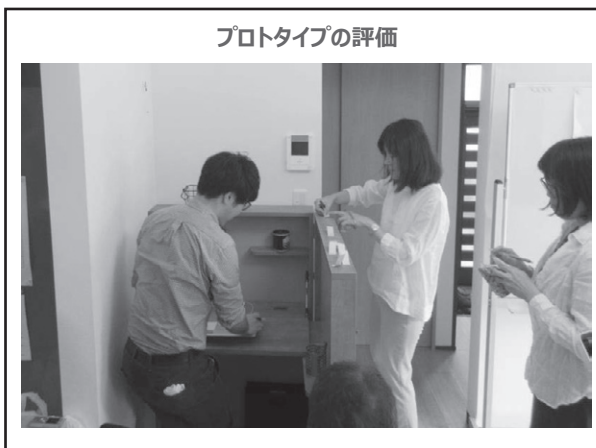
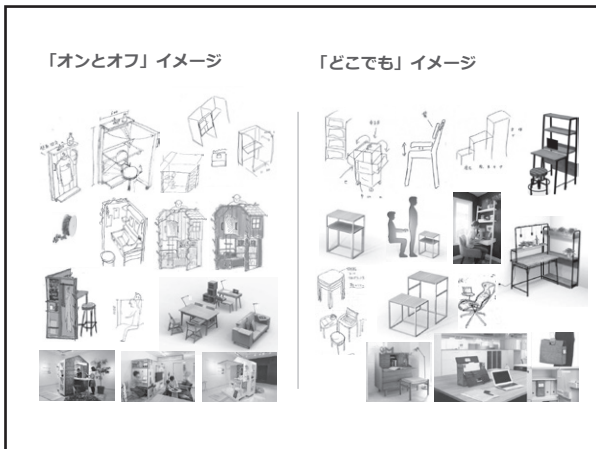
### ワークショップデータ分析ツールの開発

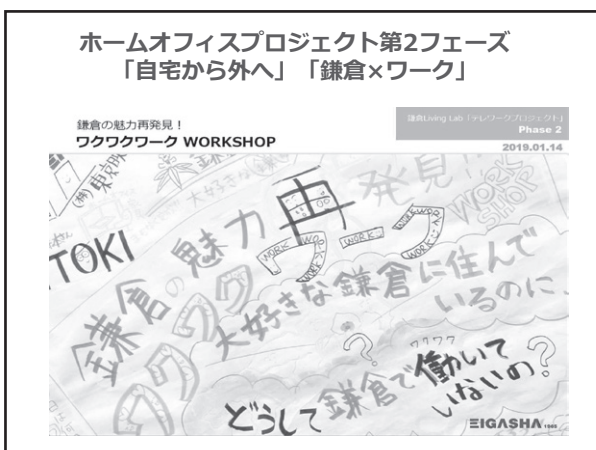
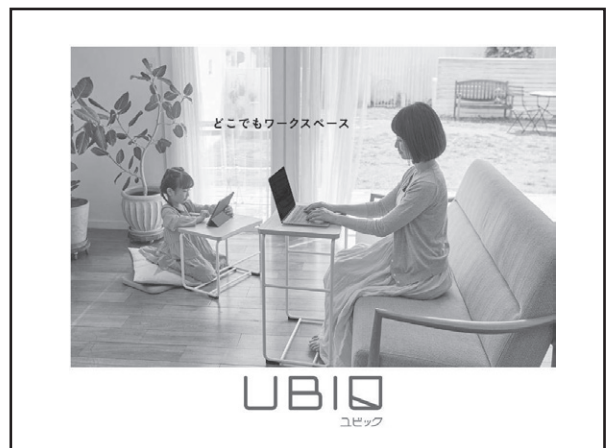
※ 連続データ分析  
あらゆるタイプのデータの関係を客観的に可視化できる分析手法  
定性データから意味のある情報の形成に向けて、専門家と共創（ペルソナの形成、目的の構築 等）

Dual ComBine Analysis ©Data Cake Baker Corporation

### 在宅ワークを可能にする3つのキーワードを抽出

<p><b>働き方・環境について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>子供の様子を見ながら仕事</li> <li>仕事・時間に合わせ部屋を移動</li> <li>国にも馴染みがない</li> <li>オンオフは必要</li> <li>子供の在・不在で変わる</li> <li>子供と過ごすことをしながら時間と場所を共有</li> <li>自然の中に居たい</li> <li>集中は続けられない</li> </ul>	<p><b>機能・設備について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ダイニングテーブルは食卓も食事も</li> <li>収納は必要</li> <li>目線を通る場所は必要</li> <li>扉が邪魔（部屋の大きさ）</li> <li>縦線は理想</li> <li>収納は奥の奥から取れる</li> <li>収納は奥の奥から取れる</li> <li>ロールスクリーンで同時に片付けられる</li> <li>ワゴンタイプ（ナチュラル）</li> <li>長時間座れる（背ごりのない）</li> <li>狭いところが好き</li> <li>扉に奥の奥から取れる</li> <li>ロールスクリーンで同時に片付けられる</li> <li>リビングに増したイス</li> <li>手の届く範囲に音楽</li> <li>仕事に応じて高さを変えられる</li> <li>3色がちょうどいい</li> </ul>	<p><b>どこでも</b></p> <p><b>電る</b></p> <p><b>オンとオフ</b></p>
--	---	---







住民も、企業も、行政も、大学も一緒に知恵をしぼって  
何度も繰り返し行うことでジブンゴト化していく



**鎌倉リビングラボの展開 活動事例 2**

**B** 自治体課題にもとづく...「IoTを活用した鎌倉観光の複線化とシニア活躍事業の開発」




**古くて新しい鎌倉観光  
(古都鎌倉×テクノロジー)**

シニアの活躍、若い世代との協働！



**鎌倉リビングラボの展開 活動事例 3**

**C** 企業課題にもとづく...「新たな長寿社会向け商品サービス開発」

■ (高齢者向け) 新型モビリティ試乗評価




### 鎌倉リビングラボの展開 活動事例 4

#### 100年ライフデザインワークショップ (高校生向け)



### 社会課題解決型ベンチャー企業との共創

- 日本のシニアと海外の若者のビデオ通話を支援するアプリ
- 人との繋がり、社会参加、新しい活躍のあり方



### 鎌倉リビングラボの展開 共有リソースの構築

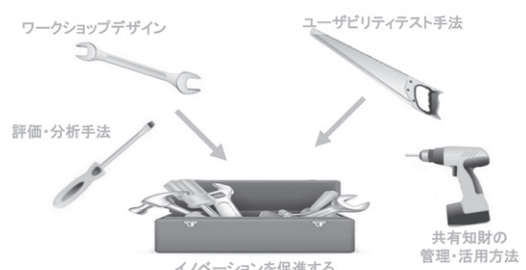
#### データと要素技術 (例)

JST S-イノベ「高齢社会を豊かにする科学・技術・システムの創成」  
～産学連携で10年プロジェクト～

- 高齢者の記憶と認知機能低下に対する生活支援ロボットシステムの開発
- 高齢者の経験・知識・技能を社会の推進力とするためのICT基盤「高齢者クラウド」の研究開発
- 高齢者の自立を支援し安全安心社会を実現する自律運転知能システム
- 高齢社会での社会参加支援のための軽労化技術の研究開発と評価システムの構築

### 鎌倉リビングラボの展開 共有リソースの構築

#### リビングラボ運営のための Tool Box



ワークショップデザイン      ユーザビリティテスト手法

評価・分析手法      共有知財の管理・活用方法

イノベーションを促進する  
知見、ノウハウ、技術の工具箱

### 鎌倉リビングラボの展開 専門家バンク

様々なバックグラウンドを持つ研究者、実践者から構成

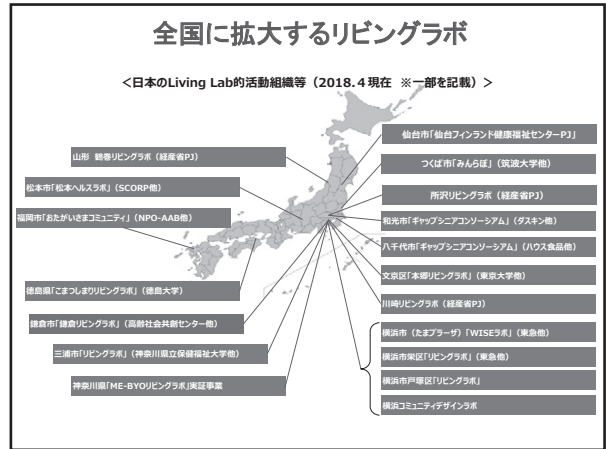
- 人間中心設計
- 工学(人間、移動、住まい、まちづくり、情報、福祉...)
- 医療、看護、リハ、栄養
- 身体機能、認知機能、感情、家族
- 経済、ビジネス、マーケティング etc...



### リビングラボ研究交流会 (隔月開催)

登録メンバー 約200社・団体(自治体含む) 500名  
日本では萌芽期にあるリビングラボについて、多様な参加者が学び合い、交流する場





### スウェーデンとの国際連携型リビングラボの創設

JST 国際科学技術共同研究推進事業 / 日本-スウェーデン 国際産学連携 共同研究 (2016年度公募) ⇒採択  
 テーマ: 「高齢者のための地域共同体的設計サービスに関する革新的な対応策」

**活力ある長寿社会の実現に向けた「国際連携型リビングラボ」の創設!**

- 活力ある長寿社会の実現に向けて、イノベーション (地域の課題解決、新たな商品サービス開発など) のインフラを構築
- ① 産官学民が共創できるプラットフォーム「リビングラボ (Living Lab)」を自立的かつ実効的に創造、展開
- ② リビングラボ先進国であるスウェーデンとの共同研究 (本研究事業) により、「国際連携型リビングラボ」を構築
- 日本とスウェーデンがアジアとヨーロッパの窓口となって高齢者市場を世界的に活性化することが期待される



日瑞共催ワークショップ@ 鎌倉リビングラボ



日瑞連携教育プログラム

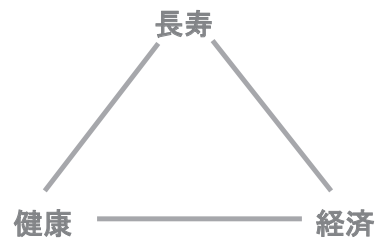
合同の大学院コース 'Innovation through Business, Engineering & Design'

手段共通テーマ: 健康、就労、住まい、移動、孤独

スウェーデン王室のご来訪



長寿社会の課題と可能性



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



# 富山大学看護学会会則

## 第1章 総 則

第1条 本会は富山大学看護学会と称する。

第2条 本会の事務局を富山市杉谷 2630 富山大学医学部看護学科内におく。

## 第2章 目的および事業

第3条 本会は看護の研究を推進し、知見の交流ならびに相互の理解を深めることを目的とする。

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

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

## 第3章 会 員

第5条 本会は本会の目的達成に協力する者をもって構成し、一般会員、学生会員、名誉会員、功労会員、および賛助会員よりなる。

第6条 本会の会員は次のとおりとする。

- 1) 一般会員、学生会員は本会の趣旨に賛同し、細則に定める年会費を納める者
- 2) 名誉会員は本会の発展に寄与した年齢 65 歳以上で、原則としてつぎのいずれかに該当する会員の中から、現職の学会長が推薦し、評議員会および総会で承認された者
  - (1) 本会の学会長、または学術集会長を経験した者
  - (2) 国際的な貢献を行い、これに対する表彰・栄誉を与えられた者
- 3) 功労会員は年齢 65 歳以上で、原則として次のいずれかに該当するものの中から、評議員会が推薦し、総会で承認された者
  - (1) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を准教授（または助教授）以上で退官し、退官後に細則に定める看護学研究等に多大な貢献をした者
  - (2) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を経験し、65 歳に達するまで本会の一般会員を継続した者
- 4) 賛助会員は細則に定める寄付行為により本会の活動を支援する個人または団体で、総会で承認された者

第7条 本会に入会を希望する者は、所定の用紙に氏名、住所等を明記し、会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。会費は細則によりこれを定める。

第8条 会員の年会費は事業年度内に納入しなければならない。毎年度、会費納入時に会員の継続または退会の意志を確認する。原則として、3年間に亘って意志表明がなく会費未納であった場合、自動的に会員としての資格を喪失する。

第9条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

- 1) 本人により退会の申し出があったとき、これを認める。
- 2) 死亡したとき
- 3) 会費を滞納し、第8条に相当したとき
- 4) 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反する行為のあったとき



#### 第4章 役員

- 第10条 本会は次の役員をおく。  
会長（1名）、理事（若干名）、監事、評議員
- 第11条 会長は学科長が務める。年次総会の会頭は会長がつとめる。
- 第12条 理事および監事は会長が委嘱する。
- 第13条 評議員は評議員会を組織し、重要会務につき審議する。
- 第14条 理事は会長を補佐し庶務、会計、会誌の編集等の会務を執行する。理事長は会長が兼務するものとする。
- 第15条 監事は会計を監査し、その結果を評議員会ならびに総会に報告する。
- 第16条 役員任期は2年とする。

#### 第5章 総会および評議員会

- 第17条 総会は毎年1回これを開く。
- 第18条 臨時の総会、評議委員会は会長の発議があった時これを開く。

#### 第6章 会計

- 第19条 本会の事業年度は毎年4月1日より翌年3月31日までとする。
- 第20条 本会の経費は会費、寄付金ならびに印税等をもって充てる。

#### 第7章 その他

- 第21条 本会則の実施に必要な細則を別に定める。
- 第22条 細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる。

- 付則 本会則は、平成9年11月5日から施行する。
- 付則 本会則は、平成12年10月21日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成17年10月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成24年12月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成26年11月22日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成30年12月8日、一部改正施行する。

#### 細 則

- 6-1 一般会員（大学院生含む）の年会費は5,000円とする。学生会員の年会費は1,000円とする。名誉会員および功労会員の会費は免除する。賛助会員の会費は30,000円以上とし、2年間の会員資格を有効とする。
- 6-2 学生会員は卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。
- 6-3 功労会員3)-(1)の条件における、看護学研究等における多大な貢献とは、退官後に富山大学看護学科の協力研究員として、5年以上の実務的な実績がある者とする。
- 6-4 功労会員3)-(2)の条件における、本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする。
- 8-1 前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない。
- 17-1 総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う。
- 18-1 評議員は現評議員2名の推薦により評議員会で審議し、これをうけて会長が委嘱する。

## 富山大学看護学会誌投稿規定

1. 掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は投稿時に富山大学看護学会会員であることが必要である（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）。
3. 学会誌の発刊は年1回とする。
4. 投稿から掲載に至る過程：
  - 1) 投稿の際に必要なもの
    - ①初投稿の際
      - ・原稿3部（図表を含む）
      - ・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）
    - ②査読後再投稿の際
      - ・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）
      - ・査読者に対する回答
      - ・校閲された初原稿
    - ③掲載確定後の際（郵送の場合）
      - ・最終原稿1部
      - ・原稿をファイルしたCD-ROMまたはそれに準ずるもの  
（投稿者名，使用コンピューター会社名，ワープロソフト名を貼付）
  - 2) 査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる。
  - 3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに，最終的には編集委員会が決定する。
  - 4) 掲載順位，掲載様式など：編集委員会が決定する。
  - 5) 校正：著者校正は1校までとし，その際，印刷上の誤りによるもののみにとどめ，内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。
5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は，ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前，イニシャル，病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では，原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと），および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く。
6. 掲載料の負担：依頼原稿以外，原則として著者負担（但し，2万円を上限）とする。なお別刷請求者には別途請求（50部につき5千円）する。

## 7. 原稿スタイル：

- 1) 原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとする。

上下左右の余白は2 cm以上をとり，下余白中央に頁番号を印字する。

### ①和文原稿：

- ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ推敲を重ねたものとする。
- ・句読点には，「，」および「. 」を用い，文節のはじめ（含改行後）は，1字あける。
- ・原則として，横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・原著および短報には英文文末要旨を必要とする。
- ・英文文末要旨は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい。

### ②英文原稿：

- ・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として，12ポイント，ダブルスペースで作成し，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・特に指定のないかぎり，論文タイトル，表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において，最初の文字のみ大文字とする。但し，著者名のうち姓はすべて大文字で記す。
- ・原著および短報には和文文末要旨を必要とする。

- 2) 原稿構成は，表紙，文頭要旨（含キーワード），本文，文末要旨，表，図の順とする。但し，原著・短報以外の原稿（総説等）には要旨（含キーワード）は不要である。頁番号は文頭要旨から文末要旨まで記し，表以下には記さない（従って，表以下は頁数に含まれない）。

- (1) 表紙（第1枚目）の構成：①論文の種類，②表題，③著者名，④著者所属機関名，⑤ランニング・タイトル（和字20文字以内），⑥別刷請求著者名・住所・電話番号・FAX番号，メールアドレス，⑦別刷部数（50部単位）。

表紙（第2枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ，肩文字番号（サイズは9ポイント程度）で区別する。
- ・英文標題は，最初の文字のみ大文字とする。

- (2) 文頭要旨（Abstract）（第3枚目）：本文は和文原稿では400文字，英文原稿では200語以内で記す。本文最後には，1行あけて5語以内のキーワードを付す。各語間は「，」で区切る。英語では，すべて小文字を用いる。

- (3) 本文（第4枚目以降）

- ・原著：はじめに（Introduction），研究対象と方法（Materials and methods），結果（Results），考察（Discussion），結語（Conclusion），謝辞（Acknowledgments），文献（References）の項目順に記す。各項目には番号は付けず，項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：原著に準拠する。
- ・総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し，それ以外の構成は特に問わない。

- (4) 文献：関連あるもののうち，引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載法：右肩に，引用順に番号と右片括弧を付す（字体は9ポイント程度）。同一箇所に複数文献を引用する場合，番号間を「，」で区切り，最後の番号に右片括弧を付す。3つ以上の連続した番号が続く場合，最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。

同一文献は一回のみ記載することとし，「前掲～」とは記載しない。

- ・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する。

○著者名は筆頭以下3名以内とし，3名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する。

英文文献では、family name に続き initial をピリオド無しで記載し、最後の著者名の前に and は付けない。

○雑誌の場合

著者名：論文タイトル、雑誌名 巻：初頁－終頁、発行年（西暦）の順に記す。

雑誌名の略記法は、和文誌では医学中央雑誌、英文誌では index medicus のそれに準ずる。

例：

- 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子ほか：日常生活行動に関する研究. 看護研究 15 : 59-67, 1962.
- 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC, et al : Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58 : 85-89, 1962.

○単行本の場合

・全引用：著者名：単行本表題（2版以上では版数）、発行所、その所在地、西暦発行年。

・一部引用：著者名：表題（2版以上では版数）、単行本表題、編集者、初頁－終頁、発行所、その所在地、西暦発行年。

例：

- 1) 砂原茂一：医者と患者と病院と（第3版）。岩波書店、東京、1993.
- 2) 岩井重富, 矢越美智子:外科領域の消毒. 消毒剤(第2版), 高杉益充編, pp76-85, 医薬ジャーナル社, 東京, 1990.
- 3) Horkenes G, Pattison JR : Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nd ed) , Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989.

○印刷中の論文の場合：これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする。

1) 立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究. 富山大学看護学会誌（印刷中）。

- (5) 文末要旨：新たな頁を用い、標題、著者名、所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し、和文原稿では英訳したもの、英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す(特別寄稿および総説には不要である)。なお文末要旨は2部作成し、1部は著者名、所属機関名を除く。

- (6) 表および図（とその説明文）：用紙1枚に1表（または図）程度にとどめる。

和文原稿においては、図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい。

肩文字のサイズは9ポイント程度とする。

・表：表題は、上段に表番号（表1.あるいはTable 1.）に続き記載する。

脚注を必要とする表中記載事項は、その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す。有意差表示は右肩\*による。表下欄外の脚注には、表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する。

・図説明文：下段に図番号（図1.またはFig. 1.）に次いで図標題、説明本文を記載する。

写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定する。

- (7) その他の記載法

・学名：イタリック体で記す。

・略語の使用：要旨および本文のそれぞれにおいて、最初の記載箇所においては全記し、続くカッコ内に以後使用する略語を記す。

例：後天性免疫不全症候群（エイズ）、mental health problem（MHP）。

但し、図表中においては number の略字としての n または N は直接使用してよい。

・度量衡・時間表示：国際単位 (kg, g, mg, mm, g/dl) を用い, 温度は摂氏 (°C), 気圧はヘクトパスカル (hpa) 表示とする.

英字時間表示には, sec, min, h をピリオド無しで用いる.

- (8) 記事 (海外活動報告・国際学会報告) は1,200字程度とし, 写真 1 ~ 2 枚をつける. 投稿料・掲載料は不要であり, 掲載の可否は編集委員会が決定する.

「投稿先」

〒 930 - 0194 富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会 安田智美 (成人看護学講座) 宛

メールアドレス: [tomomi@med.u-toyama.ac.jp](mailto:tomomi@med.u-toyama.ac.jp)

\* 封筒に論文在中と朱書し, 郵便書留にて発送のこと

# 入会申込書記入の説明

- 入会する場合は、下記の申込書を学会事務局まで郵送し、年会費5,000円（学生会員は1,000円）を下記郵便口座へお振込みください。

学会事務局 〒930-0194 富山市杉谷2630番地  
富山大学医学部看護学科 成人看護学1講座  
八塚 美樹 宛  
振込先：郵便口座00710-1-41658 富山大学看護学会

切 り 取 り 線

## 入 会 申 込 書

令和 年 月 日

富山大学看護学会会長 殿  
貴会の趣旨の賛同して会員として 年度より入会いたします。

ふりがな 氏名 メールアドレス	
勤務先 (所属・職名)	
勤務先住所 TEL FAX	〒
自宅住所 TEL FAX	〒
学会誌送付先	



## 富山大学看護学会 登録事項変更届

令和      年      月      日

※該当する項目に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ	
氏 名	(旧姓名 )
勤 務 先	名称  所属・職種  〒                      —                      —  TEL                      —                      — FAX                      —                      —
自 宅 住 所	〒                      —                      —  TEL                      —                      — FAX                      —                      —
送 付 先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
退 会 届	<input type="checkbox"/> 令和      年3月31日をもって退会します。
事務局への通信欄：	

※用紙は下記へ郵送でお送りください。

〒930-0194 富山県富山市杉谷2630 富山大学看護学会 事務局宛





---

## 編集後記

---

富山大学看護学会員の皆様には、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、教育・研究の場でのご苦勞が多いことと拝察申し上げます。医療に従事する方々は重症者の快癒に向けたケアを続け、研究者はより効果的な予防方法や治療法を日々模索していますが、経済活動、スポーツ・文化活動などへの影響も鑑み、徹底した三蜜を守りながらの活動が再開されつつあります。このような影響を受け、本学会誌への投稿を何度も呼びかけをおこなってまいりました。投稿にご協力賜りありがとうございます。ここに、4編の原稿が集まり、ようやく発行の運びとなりました。大幅に遅れましたこと、ここに深くお詫び申し上げます。

富山大学看護学会 会長 八塚 美樹

---

## 学会名称変更のお知らせ

平素より当会の活動にご理解とご協力を賜り、お礼申し上げます。

当会名称を次号より「看護ケアサイエンス学会」に変更することとなりました。但し、初号の投稿規定は、富山大学看護学会誌と同内容といたします。皆様からの奮ってのご投稿を心よりお待ちしております。

学会活動に関わる定款、投稿規定等につきましては、改めてお知らせいたします。

新しく生まれ変わります看護ケアサイエンス学会を何とぞ宜しく願い申し上げます。

---

平成 31 年／令和元年度  
富山大学看護学会役員一覧

会長 八塚 美樹

庶務 茂野 敬, 青木 頼子

編集 安田 智美, 金森 昌彦, 坪田 恵子, 高倉 恭子

会計 山田 恵子, 伊井 みず穂

監事 笹野 京子, 桶本 千史

---

富山大学看護学会誌 第19巻 1号

---

発行日 2020 (R2) 年 3月

編集発行 富山大学看護学会

編集委員会

安田 智美 (編集委員長)

金森 昌彦, 坪田 恵子, 高倉 恭子

〒930-0194 富山市杉谷2630

TEL (076) 434-7422

FAX (076) 434-5192

印刷 中央印刷株式会社

〒930-0817 富山市下奥井1-4-5

TEL (076) 432-6572

FAX (076) 432-2329

---

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF  
UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL. 19, NO. 1 MARCH 2020

---

CONTENTS

---

〈Original Article〉

Relationship between awareness of high-touch surfaces and infection prevention measures and the implementation status of environmental maintenance at Hospital A

naoto OMATSU, naomi SHIMIZU, tomoko MORIKAWA  
takashi SHIGENO, miho YOSHII, Masahiko KANAMORI ..... 1

Bacterial hand contamination in nursing home residents with  
— Comparison between contracted side and non-contracted side —

Saori SASAHARA, Miho YOSHII, Masahiko KANAMORI ..... 13

Recuperation experience of pre-dialysis patients with chronic kidney disease who repeatedly enter and leave hospital

Satomi ARAI, Yukari NAKADA, Hayato HIGA ..... 21

Concept analysis of concordance in healthcare in Japan

Satomi ARAI, Yukari NAKADA, Hayato HIGA ..... 35

〈News from the Nursing Society of University of TOYAMA〉

Programs of the 20th annual meeting ..... 51