

# 看護科学研究

*Japanese Journal of Nursing and Health Sciences*

**Vol. 18    No. 2**

**November 2020**

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

## 看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)  
副編集長 八代利香 (鹿児島大学)  
(五十音順) 泉 博之 (産業医科大学)  
江崎一子 (大分香りの博物館)  
江藤宏美 (長崎大学)  
河村奈美子 (滋賀医科大学)  
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)  
山下早苗 (静岡県立大学)

編集幹事： 平野 互 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 秋本慶子 (大分県立看護科学大学)  
定金香里 (大分県立看護科学大学)  
白川裕子 (大分県立看護科学大学)  
徳丸由布子 (大分県立看護科学大学)  
山田貴子 (大分県立看護科学大学)  
渡邊弘己 (大分県立看護科学大学)

### 編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考に、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

## 看護科学研究投稿規定

### 1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

### 2. 投稿資格

共著者も含め、特に問わない。

### 3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたもの、或いは依頼したものを掲載する。依頼原稿のカテゴリーは「企画」とし、査読の対象としない。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

### 4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

### 5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

### 6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適当か、論文の長さが適当か、タイトル・英文要旨が適当か、引用文献が適当か

### 7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。なお、返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。また、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

### 8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

### 9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

### 10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

### 11. 投稿料

投稿は無料とする。

### 12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

### 13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、「著者全員の同意書」を提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

### 14. 論文投稿時に原稿とともに提出するもの

論文投稿時は、原稿とともに「投稿論文チェックリスト」(ケースレポートの場合は「ケースレポート用チェックリスト」)、「著者全員の同意書」を提出する。

### 15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

### 16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: [jjnhs@oita-nhs.ac.jp](mailto:jjnhs@oita-nhs.ac.jp)

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

## 執筆要項

### 1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内  
看護科学研究編集事務局

### 2. 提出原稿の内容

#### 1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

#### 2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

#### 3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

#### 4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

### 3. 原稿執筆上の注意点

#### 1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外のソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,  
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,  
TIFF, JPEG, PDF

#### 2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。



全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m<sup>2</sup> kg ㊦ (株) 𐄂

### 3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」,「」,「:」,「;」などは、すべて半角にして下さい。

### 4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

### 5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

### 6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. Public Health Nurs. 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1\\_1\\_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf) (最終閲覧日: 2016年2月5日)  
Lee SW (2014). Overview of nursing theory. Jap J Nurs Health Sci 12, 58-67. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12\\_2/12\\_2\\_3.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12_2/12_2_3.pdf) (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は(太田 他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所でも引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2017)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2019年4月1日改定)

### 執筆者の方へ

投稿規定、執筆要項は改定されることがあります。最新の投稿規定、執筆要項を弊誌ホームページ(<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>)で必ず、ご確認下さい。

# 看護科学研究

*Japanese Journal of Nursing and Health Sciences*

Vol. 18, No. 2 (2020 年 11 月)

## 目 次

### 研究報告

Relationship between low back pain and health-related quality of life in Japanese hemodialysis patients with locomotive syndrome ..... 25

Shuhei Hishii, Nobuyuki Miyatake, Hiroyuki Nishi, Takashi Kondo, Akihiko Katayama, Kazuhiro Ujike, Kiichi Koumoto, Hiromi Suzuki, Hiroo Hashimoto

### 資料

わが国の低活動性行動・心理症状を有する認知症患者に対する看護実践の現状と課題ー実践報告の文献検討を通してー ..... 32

古野 貴臣、藤野 成美、藤本 裕二

### 企画

大分県立看護科学大学 第20回看護国際フォーラム

A path to leadership in nursing: Developing clinical scholars through effective mentoring relationships ... 40

Jamesetta A. Newland

社会に新風を吹き込む看護のリーダーシップー大分県立看護科学大学の活動から ..... 49

村嶋 幸代

## Relationship between low back pain and health-related quality of life in Japanese hemodialysis patients with locomotive syndrome

Shuhei Hishii

Department of Hygiene, Faculty of Medicine, Kagawa University  
Medifit-plus Co., Ltd.

Nobuyuki Miyatake

Department of Hygiene, Faculty of Medicine, Kagawa University

Hiroyuki Nishi

Innoshima General Hospital

Takashi Kondo

Innoshima General Hospital

Akihiko Katayama

Faculty of Social Studies, Shikokugakuin University

Kazuhiro Ujike

Innoshima General Hospital

Kiichi Koumoto

Innoshima General Hospital

Hiromi Suzuki

Department of Hygiene, Faculty of Medicine, Kagawa University

Hiroo Hashimoto

Innoshima General Hospital

Received 17 January 2020; Accepted 22 July 2020

### Abstract

The aim of the present study was to investigate the relationship between low back pain (LBP) and health-related quality of life (HRQOL) in patients on chronic hemodialysis with locomotive syndrome (LS). Ninety-four hemodialysis patients (54 men and 40 women, aged  $72.8 \pm 10.2$  years) with LS by "Loco-Check", which was established by the Japanese Orthopedic Association, were enrolled in this cross-sectional study. The relationship between LBP and HRQOL by EuroQOL-5D (EQ-5D) was evaluated. Thirty-eight patients (40.4%) had LBP. EQ-5D scores were significantly lower in patients with LBP than in those without LBP even after adjustments for confounding factors. A multiple regression analysis identified LBP, age, and history of diabetic mellitus as factors influencing EQ-5D scores in patients on chronic hemodialysis with LS. These results suggest that preventing and attenuating LBP may improve HRQOL in patients on chronic hemodialysis with LS.

### Key words

chronic hemodialysis, health-related quality of life (HRQOL), low back pain, loco-check, locomotive syndrome

## 1. Introduction

End-stage renal failure has become a public health issue in Japan. The number of patients on chronic hemodialysis (CHD) has increased to more than 330,000. Furthermore, the average starting age of hemodialysis was 69.7 years in 2017, but is now also increasing (The Japanese Society for Dialysis Therapy n.d.). Health-related quality of life (HRQOL) was previously shown to be significantly lower in patients on CHD than in average individuals (Mapes et al 2003). Many factors affect HRQOL in patients on CHD. We previously reported that physical activity on non-hemodialysis days was closely associated with HRQOL (Katayama et al 2014). The percentage of sedentary behavior in daily physical activity was found to be approximately 74%, and sedentary behavior negatively correlated with HRQOL in a cross-sectional study (Hishii et al 2018).

The Japanese Orthopedic Association established "Locomotive syndrome (LS)" in 2007, which is characterized by locomotive organs disability that ultimately results in patients becoming bedridden (Nakamura and Ogata 2016). "Loco-Check" is a simple questionnaire prepared by the Japanese Orthopedic Association that predicts LS (Nakamura 2012). HRQOL and physical function were significantly lower in subjects with LS by Loco-Check than in those without LS (Asakura et al 2016, Kataoka et al 2019). Patients on CHD are characterized by an older age, lower nutrition status, and lower physical activity level, resulting in falls and fractures (Johansen 2007). The prevalence of LS in patients on CHD is expected to be higher than that in average individuals (Kitamura et al 2018).

Low back pain (LBP), which is more common in CHD patients than in average individuals in Japan, is also regarded as an important factor affecting HRQOL (Cristofolini et al 2008). We previously reported that LBP was closely associated with psychological distress in CHD patients (Hishii et al 2016). Taken together, previous studies have reported that having LBP and LS lead to lower

HRQOL. However, the relationship between LBP and HRQOL in patients on CHD, particularly those with LS, remains unclear.

Therefore, in this cross-sectional study, we investigated the relationship between LBP and HRQOL in patients on CHD with LS.

## 2. Methods

### 2.1 Subjects

Ninety-four patients (54 men and 40 women, aged  $72.8 \pm 10.2$  years) on CHD among 143 patients, were voluntarily enrolled in this cross-sectional study. The 94 enrolled patients met the following criteria: (1) they underwent hemodialysis at Innoshima General Hospital, Onomichi, Japan between September 2016 and September 2018; (2) they underwent clinical measurements including HRQOL, the presence of LBP and LS, and (3) they provided written informed consent to participate in this study.

Ethical approval for the present study was obtained from the Ethics Committee of Innoshima General Hospital, Onomichi, Japan (H27.12.25, H28.12.9, H29.12.4).

### 2.2 Clinical parameters and measurements

We examined the following clinical parameters: sex, age, height (cm), body weight (dry weight; kg), body mass index (BMI;  $\text{kg}/\text{m}^2$ ), duration of hemodialysis (months), cause of hemodialysis [diabetes mellitus (DM) or other diseases], blood examinations, concurrent illness including LBP, LS, and HRQOL, as previously described (Asakura et al 2016, Kataoka et al 2019).

LS was defined using "Loco-Check", which was developed by the Japanese Orthopedic Association (Ishibashi 2018). LS was defined by an answering of "yes" to any of the 7 questions included. LBP was defined by medical clinical records according to a previous study (Hishii et al 2016). More detailed assessments of LBP, such as its cause and duration, were not performed. HRQOL was evaluated by EuroQOL-5D (EQ-5D Japanese version), as described previously (Hishii et al



2018, Katayama et al 2014).

### 2.3 Statistical analysis

Data are expressed as the mean  $\pm$  standard deviation (SD). Comparisons of clinical parameters between CHD patients having LS with and without LBP were performed by the unpaired t-test, chi-square test and Fisher's exact test. An analysis of covariance (ANCOVA) was used to adjust for sex, age, BMI, duration of HD, history of DM, and a p value  $< 0.05$  was considered to be significant. We performed a multiple regression analysis to identify which factors affected EQ-5D scores in patients on CHD with LS. The

variance inflation factor (VIF) was calculated to evaluate multicollinearity. Statistical analyses were performed using JMP13.0 and JMP Pro 14.2 software (SAS Institute., Cary, NC, USA).

### 3. Results

Thirty-eight out of 94 CHD patients with LS (40.4%) had LBP. The average EQ-5D score was  $0.677 \pm 0.277$  (Table 1).

Table 2 shows a comparison of parameters between LS patients with and without LBP. EQ-5D scores were significantly higher in LS patients without LBP than in those with LBP.

Table 1. Clinical characteristics of 94 patients on hemodialysis

Variables	Total (N = 94)	Minimum	Maximum
Women, n (%)	40 (42.6)		
Age (years)	72.8 $\pm$ 10.2	47.0	92.0
Height (cm)	156.9 $\pm$ 8.7	137.3	175.6
Body weight (dry weight) (kg)	54.1 $\pm$ 11.2	33.3	104.8
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	21.9 $\pm$ 3.5	16.1	35.8
Duration of hemodialysis (months)	79.5 $\pm$ 97.4	2.0	390.0
<b>Chronic disease</b>			
Hypertension, n (%)	86 (91.5)		
Diabetes mellitus, n (%)	40 (42.6)		
Dyslipidemia, n (%)	39 (41.5)		
Low back pain, n (%)	38 (40.4)		
Knee pain, n (%)	14 (15.1)		
<b>EQ-5D scores</b>	<b>0.677 <math>\pm</math> 0.277</b>	<b>-0.331</b>	<b>1.000</b>

Values are shown as the mean  $\pm$  standard deviation or n ( % )

Table 2. Comparison of clinical parameters between patients on hemodialysis with and without low back pain

	Low back pain ( + ) (n = 38)	Low back pain ( - ) (n = 56)	p	p <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>
Women, n (%)	16 (40.0)	24 (60.0)	0.942		
Age (years)	73.7 $\pm$ 1.7	72.1 $\pm$ 1.4	0.525		
Height (cm)	157.3 $\pm$ 1.4	156.7 $\pm$ 1.2	0.717		
Body weight (dry weight) (kg)	53.5 $\pm$ 1.8	54.5 $\pm$ 1.5	0.672		
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	21.4 $\pm$ 0.6	22.2 $\pm$ 0.5	0.300		
Duration of hemodialysis (months)	99.6 $\pm$ 15.6	65.8 $\pm$ 12.9	0.099		
Hypertension, n (%)	33 (86.8)	53 (94.6)	0.262		
Diabetes mellitus, n (%)	16 (42.1)	24 (42.9)	0.942		
Dyslipidemia, n (%)	19 (50.0)	20 (35.7)	0.168		
Knee pain, n (%)	7 (18.4)	7 (12.5)	0.450		
<b>EQ-5D scores</b>	<b>0.576 <math>\pm</math> 0.043</b>	<b>0.746 <math>\pm</math> 0.036</b>	<b>0.003</b>	<b>0.007</b>	<b>0.014</b>

Values are shown as the mean  $\pm$  standard deviation or n ( % )

p<sup>1</sup>: by ANCOVA adjusted for age, sex, body mass index

p<sup>2</sup>: by ANCOVA adjusted for age, sex, body mass index, duration of hemodialysis, history of diabetes mellitus

These relationships remained after adjustments for confounding factors, such as age, sex, BMI, duration of hemodialysis, and the presence of DM (Table 2).

We then compared subcategories of the EQ-5D questionnaire between patients with and without LBP on CHD having LS (Table 3). Significant differences in usual activity ( $p = 0.049$ ) and anxiety/depression ( $p = 0.011$ ), but not in pain/discomfort, were noted between the two groups.

We then investigated what factors affected EQ-

5D scores in LS patients on CHD using a multiple regression analysis. We used EQ-5D scores as the dependent valuable, and age, sex, BMI, duration of hemodialysis, presence of DM, and LBP as independent valuables, which were considered to be critically important. Age, the presence of DM, and LBP (standardized  $\beta = -0.228$ ,  $p = 0.014$ ) were significantly important factors for EQ-5D scores, even after adjustments for confounding factors, with a VIF value  $< 5.0$  (Table 4).

Table 3. Comparison of the EQ-5D sub-scale between hemodialysis patients with and without low back pain

EQ-5D sub-scale	Low back pain ( + ) (n = 38)	Low back pain ( - ) (n = 56)	<i>p</i>
<b>Mobility</b>			
No problem	9 (23.7%)	23 (41.1%)	0.155
Moderate problem	27 (71.1%)	32 (57.1%)	
Extreme problem	2 (5.3%)	1 (1.8%)	
<b>Self-care</b>			
No problem	25 (65.8%)	42 (75.0%)	0.219
Moderate problem	9 (23.7%)	13 (23.2%)	
Extreme problem	4 (10.5%)	1 (1.8%)	
<b>Usual activities</b>			
No problem	15 (39.5%)	34 (60.7%)	<b>0.049</b>
Moderate problem	17 (44.7%)	20 (35.7%)	
Extreme problem	6 (15.8%)	2 (3.6%)	
<b>Pain / discomfort</b>			
No problem	16 (42.1%)	25 (44.6%)	0.140
Moderate problem	19 (50.0%)	31 (55.4%)	
Extreme problem	3 (7.9%)	0 (0.0%)	
<b>Anxiety / depression</b>			
No problem	21 (55.3%)	45 (80.4%)	<b>0.011</b>
Moderate problem	14 (36.8%)	11 (19.6%)	
Extreme problem	3 (7.9%)	0 (0.0%)	

Number of subjects (%)

Table 4. Multiple regression analysis between EQ-5D scores and clinical parameters

Independent variables	Standardized $\beta$	SE	<i>p</i>	VIF
Age (years)	-0.360	0.003	<b>&lt; 0.001</b>	1.08
Sex (Men / Women)	-0.115	0.050	0.208	1.02
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	0.152	0.008	0.112	1.12
Duration of hemodialysis (months)	-0.188	0.000	0.057	1.19
Diabetes mellitus ( + / - )	-0.199	0.051	<b>0.033</b>	1.05
Low back pain ( + / - )	-0.228	0.051	<b>0.014</b>	1.05

Adj R<sup>2</sup> = 0.256,  $p < 0.001$

$p < 0.05$  indicated in bold.

SE: standard error, VIF: variance inflation factor

#### 4. Discussion

This is the first study to investigate the relationship between LBP and HRQOL in Japanese patients on CHD with LS, and the results obtained revealed that age, the presence of DM, and LBP were important factors for HRQOL in LS patients on CHD.

Previous studies reported that aging and DM aggravated HRQOL (Sakamaki et al 2006, Saleh et al 2015). Sakamaki et al. showed that EQ-5D scores were significantly lower in 220 patients with type 2 DM aged 70 years or older than in those aged 59 years or younger (Sakamaki et al 2006). Saleh et al (2015) found that patients with type 2 DM had problems associated with pain/discomfort, anxiety/depression, mobility and usual activities by using EQ-5D. In the present study, 76 patients were 65 years or older (80.9%), and 40 patients had DM (42.6%). Furthermore, age and the presence of DM were important factors for HRQOL, as reported previously. Difficulties are associated with compensating for the effects of aging and clinical therapy because they may be major contributors affecting the status of DM in patients on CHD.

The prevalence of LBP in Japan was previously reported to be 30.6% (men 29.2%, women 31.8%) in 2966 subjects (age:  $51.1 \pm 15.8$  years), it increased with age, and was higher in men than in women (The national survey report on low back pain in 2003 2011). The prevalence of LBP in the present study was 40.4% (38 patients), which was higher than that previously reported in average individuals (Cristofolini et al 2008, Kesikburn et al 2018). Patients in the present study were older and all had LS and CHD. Patients on CHD have to lie in the supine position for approximately 4 hours per day and 3 times per week, which may have contributed to the higher prevalence of low back pain in the present study. In addition to the effects of aging, the factors such as prolonged holding posture for treatment and restriction of physical activity may induce involvement in the development of LS in CHD patients, although the

present study could not prove it.

Regarding the relationship between LBP and HRQOL, Kesikburn et al. reported that aging, BMI, and smoking were closely associated with LBP, resulting in lower HRQOL (Kesikburn et al 2018). In this study, the difference in EQ-5D score with and without LBP was similar to the previous study comparing HRQOL with and without LS in DM patients (Asakura et al 2016) and obstructive sleep apnea syndrome patients (Kataoka et al 2019). In Japan, according to the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), HRQOL was significantly lower in subjects with LBP than in those without LBP among middle-aged women (Muraki et al 2010), workers (Tominaga et al 2003) and community dwelling people (The national survey report on low back pain in 2003). Pain is generally accepted to directly and/or indirectly reduce HRQOL. However, among patients on CHD, the relationship between LBP and HRQOL remains unclear in those with LS. In the present study, we found that the prevalence of LBP was higher and closely associated with low HRQOL in LS patients on CHD, even after adjustments for confounding factors. Furthermore, it is important to note that in a sub-analysis of EQ-5D scores, the components of usual activity and anxiety/depression, but not pain/discomfort, were associated with LBP. Saito et al. reported that longer sedentary behavior and shorter physical activity were closely associated with LBP in 932 elderly Japanese subjects (Saito et al 2015). We also previously showed that LBP was closely associated with psychological distress (Hishii et al 2016). Based on these findings and the present results, HRQOL may be improved in patients on CHD through not only pain treatments, but also physical activity programs and mental health care.

There are some limitations that need to be addressed. The present study was cross-sectional in nature with a small sample size ( $n = 94$ ). Furthermore, it was conducted at only one hospital with older subjects (80.9% patients were 65 years

or older), suggesting that our results represent only general patients on CHD. In addition, LBP was assessed according to medical clinical records. Therefore, further details on LBP, such as its cause, duration, and medication, were not accurately evaluated. Moreover, the mechanisms contributing to the relationship between LBP and HRQOL have not yet been elucidated.

In conclusion, the present results suggest that the amelioration of LBP may prevent the decline observed in HRQOL in patients on CHD with LS. Further large-sample and prospective intervention studies to attenuate LBP are needed for Japanese patients on CHD with LS.

#### Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to report.

#### Acknowledgments

The present study was supported in part by a research grant from the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan (JSPS KAKENHI grant no. JP 17K01851, 20K11557).

#### References

Asakura R, Miyatake N, Dokai Mochimasu K et al (2016). Comparison of health-related quality of life between type 2 diabetic patients with and without locomotive syndrome. *Environ Health Prev Med* 21, 356-360. DOI: 10.1007/s12199-016-0537-z

Cristofolini T, Draibe S and Sesso R (2008). Evaluation of factors associated with chronic low back pain in hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract* 108(4), c249-255. DOI: 10.1159/000124328

Hishii S, Miyatake N, Nishi H et al (2016). Psychological distress between chronic hemodialysis patients with and without low back pain. *Environ Health Prev Med* 21, 487-491. DOI: 10.1007/s12199-016-0573-8

Hishii S, Miyatake N, Nishi H et al (2018).

Relationship between sedentary behavior and health-related quality of life in patients on chronic hemodialysis. *Acta Med Okayama* 72(4), 395-400. DOI: 10.18926/AMO/56177

Ishibashi H (2018). Locomotive syndrome in Japan. *Osteoporosis Sarcopenia* 4, 86-94. DOI: 10.1016/j.afos.2018.09.004

Johansen K (2007). Exercise in the end-stage renal disease population. *J Am Soc Nephrol* 18, 1845-1854. DOI: 10.1681/ASN.2007010009

Kataoka H, Miyatake N, Ichikawa H et al (2019). Sub-analysis of the prevalence of locomotive syndrome and its relationship with health-related quality of life in patients with obstructive sleep apnea syndrome as classified by age and sex. *Sleep and Biological Rhythms* 17, 149-153.

Katayama A, Miyatake N, Nishi H et al (2014). Evaluation of physical activity and its relationship to health-related quality of life in patients on chronic hemodialysis. *Environ Health Prev Med* 19, 220-225. DOI: 10.1007/s12199-014-0380-z

Kesikburun B, Eksioglu E, Akdag I et al (2018). Low back pain in hemodialysis patients: Risk factors and its impact on health-related quality of life. *Turk J Phys Med Rehab* 64, 66-71. DOI: 10.5606/tftrd.2018.1016

Kitamura Y, Imai R, Watanabe K et al (2018). Clinical research of locomotive syndrome and musculoskeletal ambulation disability symptom complex in Tojinkai hospital. *Kidney and Dialysis* 84(Suppl), 101-103 (in Japanese).

Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S et al (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 64(1), 339-349. DOI: 10.1046/j.1523-1755.2003.00072.x

Muraki S, Akune T, Oka H et al (2010). Impact of knee and low back pain on health-related quality of life in Japanese women: the Research on





## わが国の低活動性行動・心理症状を有する認知症患者に対する看護実践の現状と課題 —実践報告の文献検討を通して—

Current status and issues on nursing practices for patients with low activity behavioral and psychological symptoms of dementia in Japan: Literature review of a nursing practice report

古野 貴臣 Takaomi Furuno

佐賀大学 医学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

藤野 成美 Narumi Fujino

佐賀大学 医学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

藤本 裕二 Yuji Fujimoto

佐賀大学 医学部 看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

2019年9月11日投稿, 2020年6月18日受理

### 要旨

認知症症状である行動・心理症状(BPSD)が認知症患者や家族のQOL低下を招いている。このBPSDは興奮を中心とした過活動症状と、うつを中心とした低活動症状に分類される。一見手がかからない低活動症状が認知症患者のケア提供者に見逃されやすいことが指摘されている。本研究では、BPSDの低活動症状を有する認知症患者に対する看護実践に関して、実践報告を用いた文献検討を行い、わが国の現状と課題を検討した。文献から記述を抽出し分析した結果、【個人を尊重した食事援助】【生活リズムの是正】【意図的なタッチング】が行われていることが明らかになった。低活動症状のうち悲哀に関する看護実践に関して記述された文献は見当たらなかった。見逃されやすい低活動症状に対する看護実践が行われていることが明らかになったが、本研究を基盤として看護師の観察の視点や臨床判断を明らかにすることが求められる。

### Abstract

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) reduce the quality of life of dementia patients and their families. BPSDs are classified as “overactivity syndrome,” with excited state, and “low activity syndrome,” with depressive state. Low activity BPSDs can remain unidentified by dementia care providers because of inconspicuous patient behaviors. In this study, existing literature was reviewed using reports on nursing practice for patients with low activity BPSDs to examine the current situation and issues in Japan. From extracting and analyzing descriptions from the literature, “Assisting eating that respects patients,” “Improving life rhythm,” and “Intentional touching care” were the main suggested practices identified. No literature was found describing nursing practices related to grief concerning low activity symptoms. However, literature describing nursing practices concerning low activity symptoms (often overlooked) was found. This study can serve as a basis for clarifying nurses' observation perspectives and clinical judgments.

### キーワード

行動・心理症状、低活動症状、看護実践

### Key words

behavioral and psychological symptoms of dementia, low activity symptom, nursing practice

## 1. 緒言

わが国では、急速な高齢化を背景に認知症患者の急増が予測されている（二宮 他 2014）。認知症は進行性の症状を認め（Van Zadelhoff et al 2011）、物忘れや見当識障害といった中核症状に加え、幻覚・妄想・興奮・攻撃性・徘徊・アパシー（意欲低下）など様々な症状を認める行動・心理症状（BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia）がある。このBPSDは、転倒などの身体損傷（Sato et al 2018）や家族の介護負担の増大を招く（梶原 他 2012）など、認知症患者とその家族のQOL低下を引き起こす。

改訂版BPSD初期対応ガイドライン（精神異常・行動異常（BPSD）に示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班 2018）によると、BPSDは興奮を中心とした過活動症状と、うつを中心とした低活動症状に治療上分類される。具体的には、過活動症状は幻覚・妄想・攻撃性・逸脱行為・徘徊などで、低活動症状は抑うつ・悲哀・不眠・意欲低下（アパシー）・摂食障害の5つであることが示されている。BPSDは対応が困難である過活動症状に目が向きやすく、一見おとなしく手がかからないように見える低活動症状が見逃されやすいことが指摘されている（服部 2013）。代表的な症状であるアパシーは機能低下の危険因子になるなど（Lechowski et al 2009）、低活動症状に焦点を当てることは認知症患者のQOL向上において重要である。

このように、見逃されやすいBPSDの低活動症状ではあるが、認知症患者を観察する機会が多い看護師による介入は、症状の早期発見や対応において重要である。しかし、BPSDを有する認知症患者に対し、低活動症状に着目した看護実践の内容は明確でない。看護師がBPSDの低活動症状に着目した看護実践を明確にできれば、認知症看護の質向上に貢献できると考える。

## 2. 用語の定義

本研究は実践報告に関する文献検討である。学術的な定義は様々あるが、本研究における看護実践の場は臨床である。以上のことから、最も臨床を反映していると思われる日本看護協会の定義を引用し、本研究における看護実践を「臨床において看護職が対象に働きかける行為」（日本看護協

会 2007）と定義した。

## 3. 研究目的

BPSDの低活動症状を有する認知症患者に対する看護実践の内容に関する文献検討を行い、現状と課題を明らかにする。

## 4. 方法

### 4.1 文献の抽出方法

BPSDの低活動症状を偏りなく検索するために、シソーラス語で検索が可能な医学中央雑誌WEB版 Ver.5を用いた。キーワード（シソーラス語を“キーワード/TH”で示す）は、認知症 and 看護 and [抑うつ/TH or 悲哀/TH or 不眠（不眠症/TH） or 意欲低下（アパシー /TH） or アパシー /TH or 拒食 or 摂食障害（摂食機能障害/TH）]として検索した。低活動症状のキーワードは、改訂版BPSD初期対応ガイドラインに記載されている過活動症状と低活動症状の分類を参考にした（精神異常・行動異常（BPSD）に示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班 2018）。検索期間は、国際老年精神医学会においてBPSDの定義のコンセンサスが得られた1996年（Finkel et al 1996）から2019年とし、論文の種類を原著論文・総説・症例検討会に絞った検索を行った（検索日：2019年8月29日）。その結果、266件の文献が抽出された。これらの文献のタイトルおよびアブストラクトを読み、いずれかの低活動症状を有する認知症患者に対し、看護師が行った看護実践に関する記述があるものを抽出した。その結果、99件の文献に絞り込まれた。これらの文献を精読し、会議録を除き、看護実践の内容に具体的な記述がある文献を選定した。その結果18件を分析対象とした。分析対象となった文献一覧および各文献に記述されていた認知症患者の低活動症状を表1で示す。抽出の際、精神疾患（統合失調症など）を合併する認知症患者を対象とした文献、および低活動症状とはいえない嚥下障害に関する文献は除外した。

### 4.2 分析方法

抽出された論文を精読し、看護実践の内容に関する記述を抽出した。看護実践の内容を明確にするため、定義にもとづいて文献から記述を抽出した。看護実践の意味内容を損なわないように分類

表1. 分析対象の文献一覧

NO.	著者	出版年	研究の概要	認知症患者の低活動症状
1	田中 他	2018	胃瘻を増設した認知症患者1名に対し、身体拘束が経口による食事摂取を困難としていると判断した。身体拘束を最小限化した結果、喫食量が安定し、胃瘻を除去できた。	喫食量の不安定
2	黒瀬 他	2018	認知症患者を含む計18名（明確な記載なし）を対象に、摂食嚥下機能訓練プログラムを実施した。18名中8名が経口摂取の再獲得に至った。	経口摂取が困難
3	澤	2017	認知症患者1名に対してデイルームでの食事摂取、患者の嗜好に合わせた食事形態の工夫を行ったが、食事摂取量に変化はなかった。	食事摂取量の減少
4	長野・八木	2017	認知症患者2名に対して、嗜好に合わせた食事内容の工夫や、認知症症状の日内変動に応じて食事のタイミングを調整した結果、食事摂取量が維持された。	食事摂取量の減少
5	村上 他	2016	認知症患者1名を含む5名の対象者に対して独自に作成した集団嚥下体操を実施した結果、食事所要時間・摂食量・食事摂取自立度が改善した。	食事摂取自立度や摂取量の減少
6	相川 他	2015	認知症患者10名に対し、屋内の日光が当たる場所に患者を移動する簡易光療法を行った結果、夜間の平均睡眠時間が増加した。	睡眠障害
7	金田 他	2014	胃瘻を増設した認知症患者2名に対し、認知症症状が安定しているタイミングで経口摂取をすすめたことで、経口摂取を可能とただでなく対象者の食のありかたを尊重できた。	抑うつ
8	青木 他	2013	認知症患者1名を含む2名の対象者に園芸療法を導入した。認知機能（長谷川式簡易知能スケール改訂版にて評価）および抑うつ（老年期うつ尺度短縮版にて評価）が改善した。	抑うつ
9	井上・赤川	2012	認知症患者11名に対して阿波踊り体操を導入した。N式老年者精神症状尺度の「家事・身辺整理」「関心・意欲・交流」「会話」および、機能的自立度評価表の運動項目の点数が有意に改善した。	意欲低下
10	春日 他	2011	認知症患者3名に対してタクティールケアを実施し、睡眠評価表を用いて評価した。3名とも睡眠状態が改善した。	睡眠障害
11	田中 他	2010	経管栄養や静脈栄養を行っている認知症患者を含む11名の対象者（明確な記載なし）に、嚥下訓練を実施した。そのうち、認知症患者2名を含む6名が経口摂取が可能となった。	食欲不振
12	梅野 他	2010	認知症患者2名に対して、生活リズムの是正や、食への思いの理解、NSTとの協働を行った。その結果、経口摂取が継続できた。	食行動異常と摂食量の不安定
13	金田 他	2009	認知症患者3名に対して、リフレクソロジーを導入した。不安フェイススケールで評価したところ、不安の改善を認めた。	抑うつ
14	村田 他	2007	認知症患者7名に対し、独自に作成した活動と休息を取り入れた運動プログラムを実施した。6名の中途覚醒が減少し、睡眠時間が増加した。	睡眠障害
15	三木	2007	胃瘻を増設した認知症患者1名に対し、口腔ケアの実施、食事形態の工夫、車いすに移譲して食事摂取を促した。その結果、普通食を自力で経口摂取できるようになった。	食べ物を認識できない
16	能見 他	2005	2名の認知症患者に対して音楽療法を導入した。日中の活動性が増加し、認知症の行動障害を評価するBehave-ADにおいても改善を認めた。	意欲低下
17	近藤 他	2003	認知症患者1名に対し、日中に車いすに座ってもらう、訪室する頻度を増やして日中の覚醒を促した。その結果、夜間の入眠時刻が早くなった。	睡眠障害
18	高橋 他	2000	認知症患者1名に対し、頻回な訪室、日中の声かけや活動の促しを行った。入眠時間に変化はなかったが、自発性の回復傾向を見せた。	睡眠障害

した。類似性と共通性からサブカテゴリ、カテゴリを生成した。老年看護、精神看護の研究者計3名によるエキスパートパネルによる検討会議を開催した。カテゴリが看護実践を適切に説明できると全員が合意するまで議論・分析を繰り返した。

#### 4.3 倫理的配慮

対象文献に偏りがないように、WEBソフトを用いた自動検索を行った。また、文献の内容を抽

出する際、複数の研究者で確認しながら、実践報告の意味内容を損なわないようにした。さらに、各研究論文の著作権保護に努めた。

## 5. 結果

低活動性BPSDを有する認知症患者に対する看護実践の内容は19に分類され、7のサブカテゴリ、3のカテゴリが生成された。以下カテゴリを【】、サブカテゴリを□で示す(表2)。

表2. 低活動性BPSDを有する認知症患者に対する看護実践の内容

カテゴリ	サブカテゴリ	看護実践の内容	記述されていた文献NO	文献数
個人を尊重した食事援助	摂食嚥下機能訓練を実施する	摂食嚥下機能訓練を実施する	2・5・11	9
		口腔ケアを実施する	11	
		味付けを工夫する	4	
	食事環境の調整や食事形態の工夫を行う	拒否がないタイミングで食事を促す	4	
		麺やゼリーなど食事形態を工夫する	3・4・15	
		デイルームで食事をするなど環境調整を行う	3・12	
	根気強く経口摂取を継続する	胃瘻を増設しても経口摂取を続ける	1・7	
		根気強く食事介助を繰り返す	15	
		食に対する思いを理解する姿勢で関わる	12	
生活リズムの是正	非薬物療法を取り入れる	園芸療法を取り入れる	8	8
		音楽療法を取り入れる	16	
		日中は車いすに座ってもらう	12・17	
	体を動かす時間を設ける	好きな活動をすすめる	18	
		独自の運動プログラムを実施する	9・13	
		日内リズムを図表化する	18	
		声をかけて日中の覚醒を促す	18	
		光を活用してサーカディアンリズムの調整する	6	
意図的なタッチング	意図的なタッチングを取り入れる	リフレクソロジーを取り入れる	13	2
		タクティールケアを実施する	10	

合計が18件でないのは1つの文献で複数の看護実践の記述があるため

【個人を尊重した食事援助】は、〔摂食嚥下機能訓練を実施する〕〔食事環境の調整や食事形態の工夫を行う〕〔根気強く経口摂取を継続する〕で構成されていた。この看護実践は、摂食機能の再獲得や食事摂取量の向上だけでなく、胃瘻を増設しても経口摂取を続けているように、食事を通して認知症患者の尊厳を守ることを重視していた。このカテゴリに関する看護実践の内容を記述する文献は9件であった。

【生活リズムの是正】は、〔非薬物療法を取り入れる〕〔体を動かす時間を設ける〕〔光を用いてサーカディアンリズムを調整する〕で構成されていた。この看護実践は認知症患者が興味のあることや非薬物療法などにより、日中の活動と陽の光の活用により、睡眠の確保や生活リズムの是正を重視していた。加えて、ADLの向上や認知・精神機能の改善を考慮していた。このカテゴリに関する看護実践を記述する文献は8件であった。

【意図的なタッチング】は、〔意図的なタッチングを取り入れる〕で構成されていた。この看護実践は認知症患者に触れることで、安心感が得られることを重視していた。このカテゴリに関する看護実践の内容を記述する文献は2件であった。

以上の結果で示されたBPSDの低活動症状を有する認知症患者に対する看護実践は、〔音楽療法を取り入れる〕ように、時間や場所を設定する上で行われる治療的な枠組みが用いられていた。一方、同じ【生活リズムの是正】であっても、声をかけて日中の覚醒を促す実践が行われるなど、認知症患者の状態に応じて日常生活に組み込む看護実践も行われていた。

## 6. 考察

認知症患者は高齢者が多いことから、食事摂取量の低下は虚弱を招くおそれがある。日本看護倫理学会の「医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン」（日本看護倫理学会2015）においても、認知症患者の尊厳を守るうえで食事が重要であることが述べられている。本研究においては、認知症患者の摂食量の向上に加え、胃瘻造設後も経口摂取を継続することや食に対する思いを理解する姿勢で関わりが行われていた。このように、認知症患者の生命機能やQOL低下に直結する食事摂取を重視し、【個人を尊重した食事援助】が行われていると考える。

認知症患者の治療のガイドラインにおいて、



BPSDの治療において侵襲の少ない非薬物療法の実践が重要視されている（日本老年医学会 2015, 日本神経学会 2017）。日中に活動することは、認知症患者の寝たきりに伴う廃用症候群予防、過剰な午睡の防止などの観点からも重要である。認知症患者の睡眠障害に関する問題は以前から指摘されており、サーカディアンリズムの乱れによる「夕暮れ症候群」、すなわち夕方から夜にかけての時間帯に混乱や症状悪化の一因になっている（Evans 1987）。加えて、睡眠障害がきっかけとなり、興奮・せん妄・徘徊などさらなるBPSDを引き起こす（Lee et al 2007）。これらの看護実践の内容を含む【生活リズムの是正】は、BPSDの改善・心身機能維持・日中の活動に伴う夜間睡眠の質向上などに貢献できると考える。このような観点から、園芸療法・音楽療法などの非薬物療法や、日中にできる活動を取り入れてる看護実践が行われていると考える。

認知症患者へのタッチングは、信頼関係の構築や不安の軽減に有効である。例えば、本研究で示された「タクティールケアを実施する」にもあるように、タクティールケアは触れることで信頼関係の構築・不安の軽減・意欲の向上などが目的であり（木本 2012）、認知症患者の攻撃性が軽減したと報告されている（Suzuki et al 2010）。このような観点から、【意図的なタッチング】が行われていると考える。

BPSDで最も出現頻度が高い症状はアパシーで76%、食欲/摂食障害は64%、抑うつおよび睡眠障害はどちらも54%の認知症患者に認められたと報告されている（Mirakhur et al 2004）。この結果に裏付けられるように、本結果における看護実践の内容をみると、出現頻度が高い食事や、意欲低下・抑うつ・睡眠障害に関連した看護実践に関する文献数が多かった。しかしながら、悲哀を有する認知症患者に対する看護実践に関する文献は見当たらなかった。悲哀は、広辞苑（第7版）によると、「悲しむこと」「悲しく哀れなこと」とされている（新村 2018）。改訂版BPSD初期対応ガイドラインでは、低活動症状として悲哀があげられている（精神異常・行動異常（BPSD）に示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班 2018）が、明確な定義が示されていない。認知症患者の有する悲哀に関する概念分析及び看護実践の明確化が求

められる。

以上のことから、摂食機能訓練、音楽療法、園芸療法など、有効性が示された治療的な枠組みが存在する看護実践を導入することは、低活動症状およびそれに伴う機能低下改善などに有効であると示された。また、非薬物療法のような枠組みの存在しない看護実践は認知症患者の状態に応じて柔軟に対応することが求められる。つまり、低活動症状を有する認知症患者に対する、看護師の観察や臨床判断に依存する。したがって、看護師を対象とした質的研究により、臨床判断を含めた看護実践の枠組みを設定し、有効性を検証するなど、さらなる追求が求められる。

## 7. 研究の限界

本結果は、2019年8月29日時点で医学中央雑誌WEB版Ver.5から検索された文献を分析している。取り扱ったデータベース以外の文献は分析できておらず、すべての看護実践報告を網羅できたわけではない。加えて、認知症の発症時期・種類（若年性・4大認知症など）・入院目的などを考慮できていない。よって、一般化には限界がある。

## 8. 結論

本研究において、見逃されやすいBPSDの低活動症状を有する認知症患者に対する看護実践に関する文献検討を行った。その結果、【個人を尊重した食事援助】【生活リズムの是正】【意図的なタッチング】が行われていることが示された。しかし、低活動症状の一つである悲哀に関する看護実践に関しては明確にできなかった。これらの看護実践を行うためには、BPSDの低活動症状を見逃さないような看護師の意識的な観察やアセスメントが求められる。

### 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

相川桂子, 岳川智子, 田添麗子 他(2015). 認知症患者の睡眠障害に対する簡易光療法の予備的検討. 不眠研究 2015, 9-12.

青木妃沙子, 斎藤今日子, 戸沢智也(2013). リハ



ビリテーション病院の入院生活に"役割の場"を提供する 園芸作業が認知・精神機能に与える影響について2事例から考察する. リハビリナース 6(6), 616-622.

Evans L.K (1987). Sundown syndrome in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 35(2), 101-108. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1987.tb01337.x

Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G et al (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International psychogeriatrics* 8(S3), 497-500. DOI: 10.1017/s1041610297003943

箱崎加奈, 村上智美, 岡野薫 他(2009). 認知症患者の嚥下障害に対するアプローチ 看護計画表を使用し言語聴覚士との連携により経口摂取が可能となった事例. 因島総合病院医学雑誌 15, 19-22.

服部英幸(2013). 認知症にともなう精神症状・行動異常(BPSD)とその対応. 明日の臨床 25(1), 1-9.

井上美那子, 赤川典子(2012). 活動意欲の低い高齢者や認知症患者に対して阿波踊り体操を導入した効果. 日本看護学会論文集: 成人看護II 42, 31-33.

梶原弘平, 辰己俊見, 山本洋子(2012). 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. 老年精神医学雑誌 23(2), 221-226.

金田明子, 天池千英, 多幡明美(2014). 精神疾患患者における胃瘻造設患者の経口移行への看護 胃瘻と経口摂取の併用が有効であった3例. 看護実践の科学 39(10), 69-74.

金田恵美, 田中俊子, 菊地さよ子 他(2009). 認知症の患者にリフレクソロジーを取り入れて 不安や不満などを抱えた患者がみせた反応. 福島県農村医学会雑誌 51(1), 35-36.

春日邦江, 木村晴美, 中村美樹, 他(2011). タクティールケアが睡眠に及ぼす効果の検証 脳血管性認知症患者への介入. 日本看護学会論文集: 成

人看護II 41, 111-114.

木本明恵(2012). タクティールケアの基礎. コミュニティケア 14(4), 66-71.

近藤恵, 土居春美, 岩戸瞳(2003). 痴呆を伴う高齢者の看護を通して 問題行動への援助を考える. 名古屋市厚生院紀要 29, 52-54.

黒瀬陽子, 成田隆守, 清水かおり 他(2018). 療養病棟における経口摂取の再獲得に向けた摂食嚥下機能訓練の取り組み. 愛仁会医学研究誌 49, 104-106.

Lechowski L, Benoit M, Chassagne P et al (2009). Persistent apathy in Alzheimer's disease as an independent factor of rapid functional decline: the REAL longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(4), 341-346. DOI: 10.1002/gps.2125

Lee JH, Bliwise DL, Ansari FP et al (2007). Daytime Sleepiness and Functional Impairment in Alzheimer Disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(7), 620-626. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3180381521

三木紗希恵(2007). 「先行期」障害のある高齢患者が自力経口摂取可能となった一事例. 奈良県立三室病院看護学雑誌 23, 38-41.

Mirakhur A, Craig D, Hart D et al (2004). Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19(11), 1035-1039. DOI: 10.1002/gps.1203

村上世津子, 西谷千尋, 岩谷友華 他(2016). 急性期病棟における摂食・嚥下機能向上を目指した集団嚥下体操の導入 嚥下体操DVD作成の試み. 黒石病院医誌 22(1), 52-56.

村田かおり, 帆苅裕子, 伊藤幸子 他(2007). 不穏不眠患者に対する「いきいきプログラム」を用いた睡眠覚醒リズムの改善. 日本看護学会論文集: 老年看護 37, 50-52.

長野清美, 八木寿乃(2017). 摂食障害のある認知症の患者へのアプローチ. 榛原総合病院学術雑誌

11(1), 49-52.

日本看護協会(2007). 看護にかかわる主要な用語の解説—概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈—, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/yougokaisetu.pdf> (最終閲覧日: 2019年9月2日)

日本看護倫理学会(2015). 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン, [http://jnea.net/pdf/guideline\\_songen\\_2015.pdf](http://jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf) (最終閲覧日: 2019年9月2日)

日本老年医学会(2015). 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015, [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808\\_01.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf) (最終閲覧日: 2019年9月2日)

日本神経学会(2017). 認知症疾患診療ガイドライン, [https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo\\_2017.html](https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html) (最終閲覧日: 2019年9月2日)

二宮利治, 清原裕, 小原知之 他(2014). 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金分担報告書, <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A> (最終閲覧日: 2019年9月2日)

能見昭彦, 美原淑子, 美原恵里 他(2005). 音楽療法により behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD)が軽減した認知症高齢者の2例. 日本音楽療法学会誌 5(2), 207-213.

Sato S, Kakamu T, Hayakawa T et al (2018). Predicting falls from behavioral and psychological symptoms of dementia in older people residing in facilities. *Geriatrics & Gerontology International* 18(11), 1573-1577. DOI: 10.1111/ggi.13528

佐藤夕子, 富田知也子, 吉村竜之介 他(2019). 認知症患者への折り紙を用いた作業療法導入を試みて. 山口県看護研究学会学術集会プログラム・集録 18, 55-57.

澤真由美(2017). 食事摂取量が減少した認知症高齢者への介入の一考察 認定看護師の介入の成果を可視化する. 日本看護学会論文集: 慢性期看護

47, 95-98.

精神症状・行動異常(BPSD)を示す認知症患者の初期対応の指針作成研究班著(2018). 改訂版 BPSD初期対応ガイドライン. 服部英幸(編), ライフサイエンス社, 東京.

新村出(2018). 広辞苑 第7版, p2727. 岩波書店, 東京.

Suzuki M, Tatsumi A, Otsuka T et al (2010). Physical and psychological effects of 6-week tactile massage on elderly patients with severe dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 25(8), 680-686. DOI: 10.1177/1533317510386215

高橋まり子, 井川美香, 大砂直美 他(2000). 介護病棟発足後の看護の取り組み 事例をとおして学んだこと. 看護技術 46(8), 892-894.

田中美智子, 伊丹有紀, 藤藁ひろみ(2010). 摂食・嚥下障害のある患者への嚥下訓練の取り組み. 日本看護学会論文集: 成人看護II 40, 320-322.

田中美波, 本多葵, 中村真知子 他(2018). 胃瘻造設後に経口摂取が回復、経管栄養を離脱した超高齢症例. 日本静脈経腸栄養学会雑誌 33(3), 888-891. DOI: 10.11244/jspen.33.888

梅野夏梨, 吉中麗華, 峯松瞳 他(2010). 認知症のある摂食障害患者へのアプローチ. 因島総合病院医学雑誌 16, 52-58.

Van Zadelhoff E, Verbeed H, Widdershoven G et al (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2490-2500. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03759.x



著者連絡先

〒849-8501

佐賀市鍋島5-1-1

佐賀大学 医学部看護学科

古野 貴臣

tfuruno@cc.saga-u.ac.jp

## 大分県立看護科学大学 第20回看護国際フォーラム

## A path to leadership in nursing: Developing clinical scholars through effective mentoring relationships

Jamesetta A. Newland, PhD, RN, FNP-BC, FAANP, DPNAP, FAAN

New York University Rory Meyers College of Nursing

Received 29 June 2020

## Abstract

One method of developing clinical scholars in nursing who then become leaders is through effective mentorship relationships. The purpose of this paper is to define scholarship according to Boyer's Model, using as an example the roles of faculty and students in the Doctor of Nursing Practice program in the United States. The expected competencies of graduates from this clinical doctoral nursing program are modifiable and can be applied to nurses at all levels of educational preparation. Productivity through clinical scholarship empowers nurses with the skills and confidence they need to become leaders who will engage in change based on scientific evidence to improve patient care and health care outcomes. Facilitating clinical scholarship is the responsibility of all nursing faculty, administrators, practicing nurses, and organizations in which nurses are employed. The culture within an organization is important in encouraging and providing opportunities for scholarship and mentorship. Research findings are used to define mentorship, and strategies are discussed to implement mentorship programs on different levels in various settings, from individual to institutional. Every nurse has the potential to be a mentor. Clinical scholars are leaders by the nature of the way they approach the work they do. Nurses can make a difference in practice, education, research, and policy if given the necessary tools and support.

## Key words

scholarship, clinical scholars, Boyer model, graduate nursing education, mentorship, leadership

## 1. Introduction

Health care delivery has evolved into a complex system that requires thinkers, innovators, advocates, and experts. The largest component of the workforce in almost every health system in the world is nursing. Nurses are not only responsible for providing direct care but also, as their educational levels rise, they must be prepared to be leaders in creating change to improve the quality of health care and ultimately, patient outcomes. Nursing science is a respected discipline and through practice, education, research, and policy, nurses demonstrate the impact of the profession. Nurses daily demonstrate how significant nursing's contribution is to the health of all populations. Nurses have many options within the profession, and every nurse should be encouraged to meet her or his highest potential. Nursing leaders are not born but are developed through the appropriate

education, training, and experience. Not all leaders are top executives but every nurse has the capacity to be a leader even if only in a small way. Not all leaders are in the front; some quietly lead from behind and the influence of either one makes a difference. Every nurse has the capacity to become a leader. One path to fostering leadership in nursing is by first developing clinical scholars and then guiding these scholars to meet their potential through effective mentoring relationships. Every nurse has the capacity to be a scholar.

## 2. Purpose

The American Association of Colleges of Nursing (AACN) recently defined scholarship as "the communication of knowledge generated through multiple forms of inquiry that inform clinical practice, nursing education, policy, and healthcare delivery. . . the hallmark attribute of scholarship is the cumulative impact of the

scholar's work on the field of nursing and health care" (AACN 2018, p. 2). The objectives of this paper are to 1) define the components of the Boyer Model of Scholarship, 2) list and discuss competencies of graduates of the Doctor of Nursing Practice (DNP) program in the United States (US) as an exemplar of preparation to becoming a leader, 3) describe components of an effective mentoring relationship, and 4) identify strategies to develop clinical scholars as leaders in practice, education, research, and policy. Although the DNP is a clinical doctoral nursing degree, the competencies expected of graduates can be modified to fit nursing professionals at any level of nursing education.

### 3. Boyer Model of Scholarship

The Boyer Model of Scholarship was written for the professoriate and has four components: discovery, practice, teaching, and integration (Boyer 1990). Boyer sought to create tangible concepts by which university professors could evaluate their contributions to higher education and foster greater engagement with their communities. The scholarship of discovery or scientific inquiry is the generation of new knowledge, or the expansion or refinement of existing knowledge. This new knowledge must be translatable into practice. We usually think of pure researchers as the finders of new knowledge but Boyer's concept does not refer only to primary empirical research but also includes implementation and translational science used by many nurses in areas other than pure research. Other examples of discovery include managing large data sets, health services research, development of health-related guidelines, and communication about research findings to non-professional (public) groups to promote translation and implementation (AACN 2018).

The scholarship of practice refers to the translation of evidence into practice and policy to improve care and outcomes related to individual patients, organizations, and social problems. Research findings are used to address real world

problems at the point-of-care. The intent is to create best practices that are supported by evidence and not driven by tradition, custom, or personal preferences. Examples include outcomes management, quality improvement and evidence-based practice projects, and the establishment of academic-practice partnerships. Practice scholars are change agents engaged in promoting best practices, creating new models of care, measuring outcomes, and evaluating team outcomes (AACN 2018). A specific example relevant to my work here in Japan is the development of clinical nursing programs in another academic institution.

The scholarship of teaching requires one to have the ability to understand, describe, and explain teaching-learning strategies; to assess learner outcomes, and to disseminate results. Innovation is encouraged and should be rewarded by recognition and replication. The scholarship of teaching can be advanced through educational evaluation research and the application of theoretical concepts to curriculum development (AACN 2018). Examples of teaching scholarship include incorporating the use of instructional technology in nursing education or redesigning educational systems to prepare students in new roles, as you have done here in Japan with the nurse practitioner role.

The scholarship of integration brings together the institutional missions of research, practice, health policy, and/or education and is essential to fully be characteristic of Boyer's model. See Figure 1. Achieving these four concepts is challenging for faculty but the successful integration fosters collaborative partnerships between academia and practice settings, between researchers and clinicians, and advances the professional practice of nursing (AACN 2018). An example of advancing scholarship across institutional missions is "implementing quality and safety interventions across care settings and into the community" (AACN 2018, p. 9) or providing joint appointments between research-focused and practice-focused doctorally prepared nursing scholars. Boyer's model serves as a framework



for scholarship in many U.S. schools of nursing, and criteria are developed within each concept to evaluate faculty performance. But effective integration requires a commitment from the institutions and changes in structural and strategic plans.

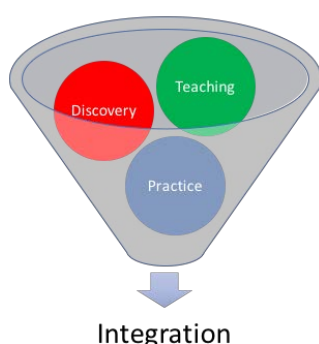


Figure 1. Boyer model of scholarship

The introduction of advanced nursing practice at Oita University of Nursing and Health Science was an example of advancing professional nursing and faculty engaged in all four concepts outlined.

#### 4. Graduate Nursing Education

The AACN defined advanced nursing practice as "any form of nursing intervention that influences health care outcomes for individuals or populations, including the direct care for individuals and populations, administration of nursing and health care organizations, and the development and implementation of health policy" (AACN 2004, p. 3). This is a very broad definition of advanced nursing practice; almost any advanced practice nurse could fit their practice into this definition except academic educators. In the US, the direct care roles for advanced practice registered nurses (APRNs) are nurse practitioner (NP), certified nurse midwife (CNM), clinical nurse specialist (CNS), and certified registered nurse anesthetist (CRNA). But for these roles, in the US, we are now preparing nurses at not only the master's level, but also the doctoral level.

#### 5. Doctoral Education for Advanced Nursing Practice

The push in nursing education is to prepare advanced practice nurses at the doctoral level as entry level. Many faculty argue that the current master's programs parallel the clinical doctoral program; programs contain the science, medicine, and role content but lack adequate leadership preparation. The AACN has established eight essentials or categories in which graduates must demonstrate competency in order to be eligible for certification and independent practice (AACN 2006). Table 1 contains a list of the eight areas. In this paper, I will discuss only the three bolded areas - Organizational and Systems Leadership, Clinical Scholarship, and Advance Nursing Practice as they relate to the focus of this paper. Students who complete the DNP program at New York University Rory Meyers College of Nursing are prepared at the highest academic level for advanced clinical practice. The DNP degree enables clinical scholars to function as organizational systems thinkers and leaders in practice innovation, quality, and safety. As experts in translating evidence-based knowledge into clinical practice, graduates lead interprofessional teams in the transformation of healthcare by improving population health outcomes utilizing skills and essential competencies in ethical decision-making, healthcare policy, informatics, business, finance, and economics. This is how many schools of nursing in the US describe the education, training, and skills of DNP graduates (Zaccagnini and White 2015). Here in Japan, advanced practice nurses or nurse practitioners are prepared at the master's level. But as noted earlier in this paper, this approach to developing leaders is transferrable to other levels of nursing education by modifying the complexity of expected outcomes.

Table 1. The essentials of doctoral education for advanced nursing practice

I.	Scientific Underpinnings for Practice
II.	<b>Organizational and Systems Leadership</b> for Quality Improvement and Systems Thinking
III.	<b>Clinical Scholarship</b> and Analytical Methods for Evidence-Based Practice
IV.	Information Systems/Technology and Patient Care Technology for the Improvement and Transformation of Health Care
V.	Health Care Policy for Advocacy in Health Care
VI.	Interprofessional Collaboration for Improving Patient and Population Health Outcomes
VII.	Clinical Prevention and Population Health for Improving the Nation’s Health
VIII.	<b>Advanced Nursing Practice</b>

6. Clinical Scholars

DNP graduates are considered clinical scholars. A clinical scholar uses evidence-based skills to translate current best evidence to improve healthcare and healthcare outcomes, thereby transforming systems of care (National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) 2016, p. 1). See Figure 2. Students enter the program with expert clinical skills as an advanced practice nurse; nurse practitioners have experience in direct patient care, responsible to assess, diagnose, treat, and manage patients autonomously within the scope of practice in their respective state. Content in the DNP program concentrates on acquiring leadership skills in order to meet the other essential competencies.



Figure 2. Evidence-based practice process

Acquiring the skills to design, implement, and evaluate evidence-based practice projects that

make a difference in the quality of care and health outcomes (Melnik and Fineout-Overholt 2014), demands a level of competence, coordination, and confidence that is taught and learned. Mentoring becomes important in this process and evolution.

7. Mentoring

An essential part of developing a clinical scholar is mentorship - before, during, and after scholarship activities are initiated during a formal nursing program. Meier defined mentoring as "A nurturing process in which a more skilled or more experienced person, serving as a role model, teaches, sponsors, encourages, counsels, and befriends a less-skilled or less-experienced person for the purpose of promoting the latter's professional and/or personal development" (Meier 2013, p. 343). Everyone more than likely has encountered individuals they viewed as mentors at some time in their lives, whether personal or career-focused. Mentoring, however, does not occur in a vacuum. To be effective, mentoring efforts require planning and dedicated resources. Characteristics often associated with a mentor include generosity, competence, self-confidence,

commitment to the mentor-mentee relationship, availability, listening skills, and ability to provide meaningful feedback.

Many factors must be considered with regards to mentoring. Personal concerns include examining the purpose of the mentoring relationship, the careful selection of the dyad, arrangement for working together, commitment of time and resources, establishing short and long-term goals, deciding about meetings and mode/s of communication and how often each might occur, identifying measurable outcomes of success, and creating a plan for continuation or closure when the immediate task is accomplished (Crew 2016, Meier 2013). Some administrative considerations are similar and include funding, defining the scope or extent of the mentoring relationship, training mentors, using mentor/mentee guidelines, also selecting the dyads, determining the length of the relationship, creating an evaluation system, and garnering buy in into mentoring from all the stakeholders. I will briefly comment on three types of mentoring - faculty to student, nurse to nurse, and faculty to faculty. In academia, the mentor-mentee relationship is often between faculty and student.

#### **8. Faculty to Student Mentorship**

Through the previously mentioned DNP program, faculty mentorship is an avenue by which to develop the NP clinical scholar, determined by several influential factors, "academic culture and organizational structure; nature of scholarly community; expert faculty who serve as mentors; and curricula that support clinical scholarship development" (NONPF 2016, p. 4). A paradigm shift is necessary; faculty buy in and support are critical (Brown and Crabtree, 2013). The DNP clinical scholar is further required to conduct a scholarly project that meets the eight AACN Essentials; they must design, implement, evaluate, and disseminate the project. Sustainability is also a part of planning with the clinical agency; finding someone on staff who will continue the

practice change once the student is gone ensures sustainability (AACN 2015, AACN 2018). Throughout the program, students learn leadership skills and have multiple opportunities to practice using them, such as theories of leadership applied to self-assessment, honing presentation skills, regular writing assignments and writing assistance, interprofessional teamwork, general and targeted field experiences, and invitations to "sit at the table" during nursing executive sessions at an agency or facility. This discussion is particularly true for doctoral nursing students (Montalvo and Byrne 2016) but these strategies can be useful when modified for other levels of nursing education. Student to student mentoring is also a path to developing leadership (Smith et al 2017). The intent is to mentor the nurse to engender self-confidence in her or his ability to be a change agent and effective leader to improve health care quality and patient outcomes.

#### **9. Nurse to Nurse Mentorship**

Nurse to nurse mentorship is common for new graduates, for someone new to a special unit, or for someone in a new position. The intent is to progress the nurse from novice to expert (Benner 1984). A nurse may move from one station to another, move back and forth, or begin all over again, depending on the situation and particular time in their career trajectory. Nurses described mentors as someone they wanted to "be like". A mentor had the ability to bring a calming presence even to a chaotic situation. A mentor was well respected by all and recognized as a clinical expert. A mentor possessed a high degree of self-confidence in their nursing practice and exhibited a willingness to help others (Thomka 2007). O'Keefe and Forrester (2009) describe a successful online mentoring program for hospital registered nurses. Mentorship relationships often result in mentor-mentee becoming colleagues of parallel standing and responsibility. The mentee is then ready to become a mentor.

## 10. Faculty to Faculty Mentorship

Faculty new to teaching or research can benefit from mentoring - a newly hired doctoral graduate, a nurse transitioning from a clinical role to an educator role, or a faculty new to the university or one who has changed assignment or position. Faculty mentoring needs are many in the areas of teaching methodologies, curriculum development, classroom management, student engagement, student evaluation, student discipline and managing the difficult student. Other needs include strategies for resolving faculty conflict, organizational and time management, socialization into the environmental culture; integration of scholarship, practice and/or research. Most importantly, new faculty need tips on how to best strike an acceptable life balance between work and personal commitments (Cangelosi 2014). Again, the intent is to move a faculty from a beginning instructor to a master teacher. See Figure 3.

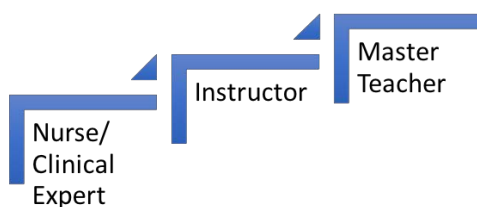


Figure 3. Success in teaching mentorship

## 11. Measuring Success

Mentoring relationships are based on common short and long-term goals. Measuring the success of a relationship can be done by looking at whether the individuals in the original dyad completed the process together, how many meetings were held, the types and frequency of communication, and the outcomes achieved. Hnatiuk stated, "Successful mentoring relationships are built upon trust, openness to self-disclosure, affirmation, and willingness and skill in giving and receiving feedback" (Hnatiuk 2012, p. 10). My personal mentor said to me early in our relationship, "Hold onto my apron strings and you will know when

to let go." Successful mentoring relationships are characterized by open communication and accessibility, mutual goal setting, overcoming challenges, passion and inspiration, caring personal relationships, mutual trust and respect, the exchange of knowledge, independence and collaboration, and role modeling (Eller et al 2014).

Challenges to effective mentoring exist and include volunteer participation versus coercion, normal time constraints, lack of structure and guidance, unsuccessful matches, communication breakdown, conflict/balance of power, accusations of favoritism, and relationships that are not reciprocal. Organizational responsibilities include supporting the development of intellectual capital and succession planning by creating a positive culture for mentoring. Mentoring also promotes retention of staff across settings and faculty in academia; mentoring facilitates the delivery of quality patient outcomes through shared knowledge and skills (Thomka 2007).

## 12. Best Practices in Academic Mentoring

Nick, Delahoyde, and Del Prato developed a model for excellence in academic mentoring. Details are in Figure 4. The main ingredient for success is organizational support and formalization of faculty mentoring programs. Incorporated into formal programs are the personal and structural considerations about mentoring that have been discussed. The authors conclude, "Imagine the impact on faculty career attainment, institutional culture, the science of nursing, and leadership development in nursing education, if all faculty were mentored. Mentoring programs are especially important at a time when academia is experiencing a shortage of nurse faculty members. A trait of a true leader then is being an excellent mentor and developing future leaders" (Nick et al 2012, p. 8).

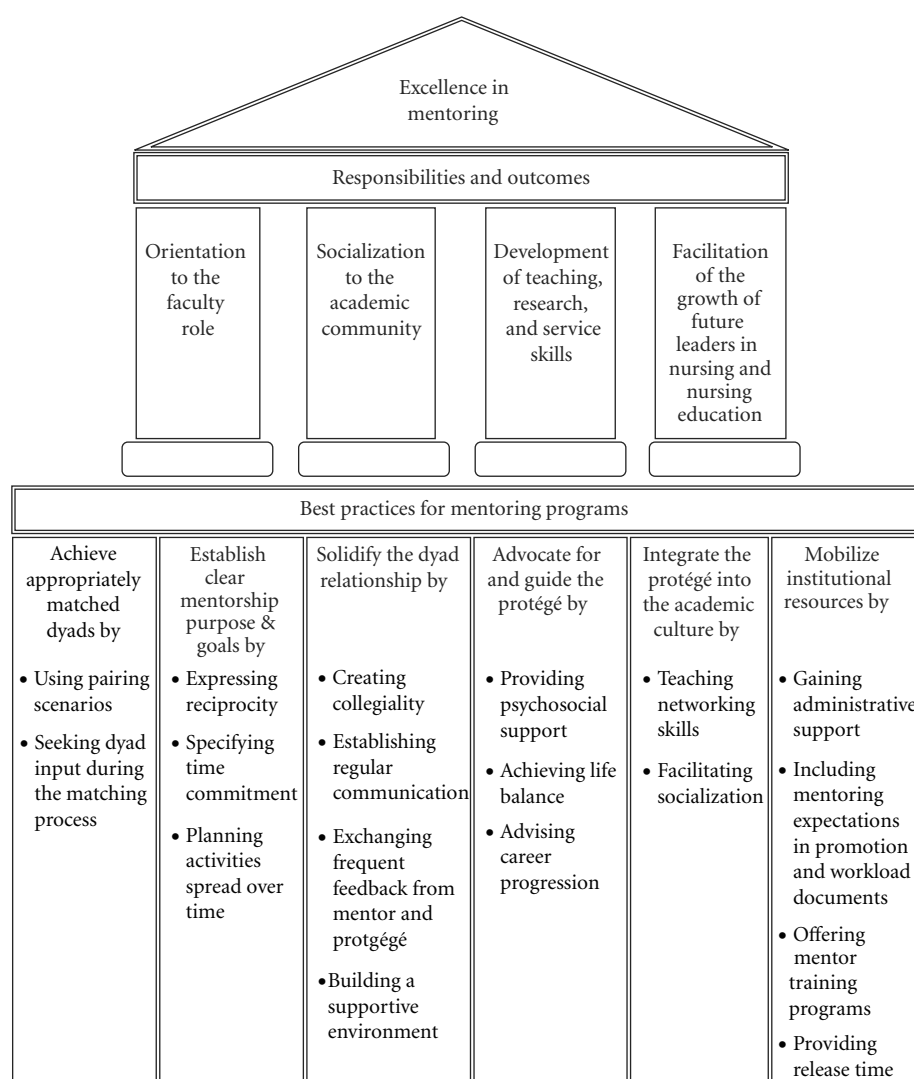


Figure 4: Best practices in academic mentoring: A model for excellence (Nick et al 2012)

### 13. Conclusion

Leaders are developed through careful thought and purpose. Clinical scholars or nurses at all levels can be leaders in practice, education, research, and policy. There is a role for every nurse in improving the quality of care and patient outcomes. Acquiring understanding and requisite skills of scholarship can lead to effective leadership within the context of a supportive mentoring environment. Nurses have a responsibility to mentor others, whether in the clinical or academic environment. Advanced practice nurses are particularly prepared to become leaders, to elevate further the profession of nursing within their society by demonstrating knowledge,

skills, and attitudes that facilitate confidence and competence.

This paper focuses on advanced practice nurses as clinical scholars and leaders. Of course, the most direct way they demonstrate competency is through practice, providing direct patient care. The medical content in their educational programs prepares them to manage patients autonomously but in collaboration with other professional team members. Patients trust nurses, which positions them well to influence health behaviors and work in partnership with their patients to improve their quality of life.

Advanced practice nurses can participate in classroom and clinical education of future nurses



at all levels depending on their own academic degree. With the appropriate and sustained mentoring from senior faculty, these novice educators can develop into effective teachers. Their clinical experience will enrich the learning of students. Nurses who do achieve a final doctoral degree, the preferred preparation for faculty, are more than likely considering moving from practice to teaching. They represent an excellent pipeline from which to recruit future teachers.

Advanced practice nurses are qualified to participate in research as team members on scientific research studies or as leaders of interprofessional teams on quality improvement projects based on the evidence. They are able to translate research findings through a systematic evidence-based practice process, to the bedside so that patients may receive direct benefit much earlier; these nurses become change agents, transforming traditional practices and policies to evidence-based practice. Health care systems require a team approach to achieve the best outcomes. Patients are also more satisfied because they are encouraged to be involved, taking into account patient preferences.

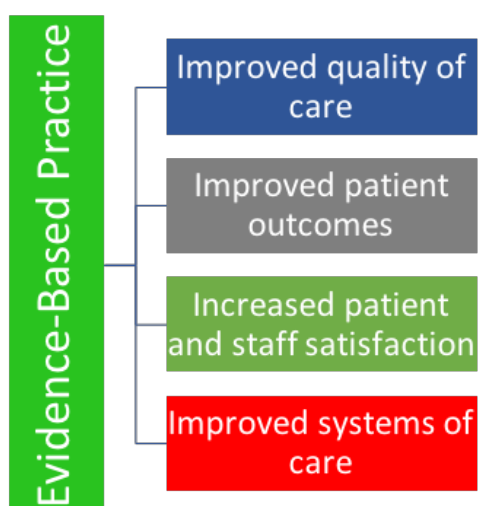


Figure 5: Evidence-based practice

Advanced practice nurses can also become involved in policy decisions, within their organization, community, and political district.

Involvement is only limited by the nurse's level of creativity. Administrators and legislators alike need to be regularly briefed on the state of health of populations they oversee. Nursing has power to influence decisions by being informative and advocating for patients' needs.

Dissemination is a part of a nurse's professional development. Writing and publication, presentation at meetings, holding public forums, talking to the press, imparting one's expertise to students and colleagues are all ways to let the voice of nursing be heard. Nursing leadership makes a difference when those leaders are educated, trained, competent, and confident. Make a commitment to help every nurse through mentorship become a clinical scholar that transforms that nurse into an effective leader.

## References

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2004). AACN position statement on the practice doctorate in nursing. AACN, Washington, DC. <https://www.aacnnursing.org/News-Information/Position-Statements-White-Papers/Practice-Doctorate>

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2006). The essentials of doctoral education for advanced nursing practice. AACN, Washington, DC. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/Publications/DNPEssentials.pdf>

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2015). The doctor of nursing practice: current issues and clarifying recommendations. Report from the task force on the implementation of the DNP. AACN, Washington, DC. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/DNP/DNP-Implementation.pdf>

American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2018). Defining scholarship for academic nursing: task force consensus position statement. AACN, Washington, DC. <https://www.aacnnursing.org/News-Information/Position->

Statements-White-Papers/Defining-Scholarship-Nursing

Benner P (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall, New Jersey.

Boyer E (1990). *Scholarship reconsidered: priorities for the professoriate*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New Jersey.

Brown M and Crabtree K (2013). The development of practice scholarship in DNP programs: a paradigm shift. *J Prof Nurs* 29, 330-337. DOI: 10.1016/j.profnurs.2013.08.003

Cangelosi PR (2014). Novice nurse faculty: in search of a mentor. *Nurs Educ Perspect* 35, 327-329. DOI: 10.5480/13-1224

Crew RL (2016). Personality and mentoring: stepping off on the right foot. *J Contin Educ Nurs* 47, 201-203. DOI: 10.3928/00220124-20160419-02

Eller LS, Lev EL and Feurer A (2014). Key components of an effective mentoring relationship: a qualitative study. *Nurse Educ Today* 34, 815-820. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.07.020

Hnatiuk CN (2012). Mentoring nurses toward success. *Med-Surg Matters* 21(5), 9-11.

Meier SR (2013). Concept analysis of mentoring. *Adv Neonatal Care* 13, 341-345. DOI: 10.1097/ANC.0b013e3182a14ca4

Melnik BM and Fienout-Overholt E (2014). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*, Third edition. Wolters Kluwer, Philadelphia, PA.

Montalvo W and Byrne MW (2016). Mentoring nurses in political skill to navigate organizational politics. *Nurse Res Pract Article ID* 3975634. DOI:10.1155/2016/3975634

National Organization of Nurse Practitioner Faculties (NONPF) (2016). *White paper: the*

doctor of nursing practice nurse practitioner clinical scholar. NONPF, Washington, DC. <https://cdn.ymaws.com/www.nonpf.org/resource/resmgr/docs/ClinicalScholarFINAL2016.pdf>

Nick JM, Delahoyde TM, Del Prato D et al (2012). Best practices in academic mentoring: a model for excellence. *Nurse Res Pract Article ID* 937906. DOI:10.1155/2012/937906

O'Keefe T and Forrester DA (2009). A successful online mentoring program for nurses. *Nurs Admin Q* 33, 245-250. DOI: 10.1097/NAQ.0b013e3181accb45

Smith T, Hober C and Harding J (2017). Peer student mentoring for nursing program persistence and leadership development. *Int J Innov Educ Res* 5(3), 11-15. DOI: 10.31686/ijier.vol5.iss3.627

Thomka LA (2007). Mentoring and its impact on intellectual capital: through the eyes of the mentee. *Nurs Adm Q* 31, 22-26. DOI: 10.1097/00006216-200701000-00008

Zaccagnini M and White K (2015). *The doctor of nursing practice essentials: a new model for advanced practice nursing*, Third edition. Jones & Bartlett Learning, Sudbury, MA.



#### Author for correspondence

Jamesetta A. Newland  
New York University Rory Meyers College of  
Nursing  
433 First Avenue  
New York, NY 10010, USA  
[jan7@nyu.edu](mailto:jan7@nyu.edu)

## 大分県立看護科学大学第20回看護国際フォーラム

## 社会に新風を吹き込む看護のリーダーシップ-大分県立看護科学大学の活動から

村嶋 幸代 Sachiyo Murashima

大分県立看護科学大学 理事長・学長 Oita University of Nursing and Health Sciences, President

2020年8月29日投稿

## 要旨

1998年に開学した大分県立看護科学大学は、2018年に創立20周年を迎えることができた。この間、1,393人の学部卒業生、172人の修士、18人の博士課程修了生が本学を巣立ち、活躍している。大分県の進取の気性に富む風土の中で、本学は世界を見据えて看護の科学を追求し、人材を育ててきた。この20年間で、現在の教育体系(学士課程は看護師(全員)と養護教諭1種(選択)、大学院看護学研究科修士課程看護学専攻実践者コースに、NP、広域看護学(保健師)、助産学、看護管理・リカレントの4コースと、研究者コースと博士課程)を作り、学士課程では予防的的家庭訪問実習等、地域志向の教育を作り上げてきた。また、大分県・大分県看護協会と一緒に、中小規模病院看護管理者支援事業等を実施してきた。本学が今後取るべき道は、看護を通して大分県全体の活性化に尽力することであろう。本学を創設し、導き、支えてくださった多くの方々に感謝し、新しい一歩を踏み出したい。

## キーワード

大分県立看護科学大学、20周年、看護教育体系、使命、成果

## Key words

OUNHS, 20th anniversary, nursing education system, mission, results

## 1. はじめに

1998年4月に開学した大分県立看護科学大学は、今年、創立20周年を迎えることができた。

この間、1,393人の学部卒業生、172人の修士、18人の博士課程修了生が本学を巣立ち、大分県を始め全国で活躍している。本学を創設し、導き、支えてくださった多くの方々に心から感謝申し上げる。

本学の建学の精神は、「看護学の考究」「心豊かな人材の育成」「地域社会への貢献」である(図1)。

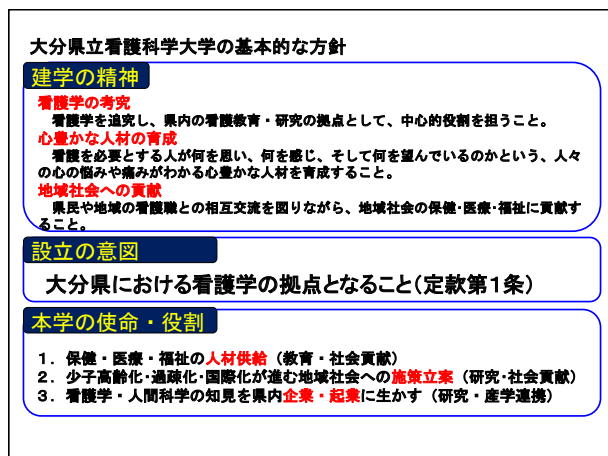


図1. 大分県立看護科学大学の基本的な方針

大分県の進取の気性に富む風土の中で、本学は世界を見据えて看護の科学を追求し、人材を育ててきた。本稿では、この20年間で成し得たことと課題を整理し、本学の役割と今後取るべき道について考えたい。

## 2. 本学の歴史と現在の教育体系

## 2.1 歴史

1998年の開学後、本学は、順調に成長してきた。4年後の1992年に大学院修士課程、その2年後に博士課程を開設した。2006年に独立法人化し、公立大学法人となった。公立の看護系大学では、日本で最初であった(表1)。

更に、2008年に大学院修士課程に「実践者養成コース」を設立したのが、大きな転機となった。これは高度実践者を養成するコースであり、日本で最初にNP (Nurse Practitioner) 教育を立ち上げたコースである。また、2011年4月からは、学部を看護師教育に特化し、保健師教育は修士課程に移行した。これも、全国で最初であった。

以上は、初代の草間朋子学長時代の実績である。

2012年4月に、村嶋が2代目の学長として着任した。2013年に全国的に文科省で公募された「地(知)の拠点」整備事業に応募し、「看護学生に

表1. 大分県立看護科学大学の歴史と成果

(下線は、全国初の事項)

西暦 年	出来事	本学関係の成果 (人数:累積)
1998 年	開学	学部卒業生 1,393 人
2002 年	大学院修士課程開設	修士修了生 172 人
2004 年	大学院博士課程後期開設	博士修了生 18 人
2006 年	独立法人化→公立大学法人(看護初)	
2008 年	<u>修士課程実践者養成コース開設 (NP コース・助産学コース)</u>	NP40 人・助産:W スクール 33 人
2011 年	<u>修士課程広域看護学コース・開設</u> <u>学士課程を看護師教育に特化</u>	修士課程修了保健師 16 人
2012 年	<u>修士課程助産学コース開始</u>	
2013 年	<u>文科省地(知)の拠点整備事業(COC)採択</u>	予防的家庭訪問実習開始・継続
2015 年	学部に養護教諭1種課程(選択制)	4年12人、3年12人選択
2015年10月	<u>「特定行為に係る看護師の研修制度」指定+地域枠5</u>	修士課程で特定行為研修実施
2017 年	産学官の連携推進 「看護とものづくり」科目導入	2017年グッドデザイン賞受賞

よる予防的家庭訪問実習」を開始した。この実習は、文科省の助成期間終了後の2018年度からは、通常カリキュラムに組み込んで継続している。2015年には、学士課程に養護教諭1種養成課程を選択制で開いた。医療依存度の高い子供たちが学校現場でも増えていることを考慮し、看護学の背景を持つ養護教諭が必要と考えたからである。

2015年10月に創設された「特定行為に係る看護師の研修制度」で、本学は指定研修機関となった。

また、看護は、ものづくりにも貢献できる可能性がある。2017年には、本学でも「看護とものづくり」の科目を導入し、「産学官連携推進チーム」が発足した。

## 2.2 現在の教育体系

以上のように、本学の歩みには日本で最初に取り組んだ事項が多く、日本の看護を開拓してきたと言える。その結果、本学の教育体系は、図2の通りである(図2)。すなわち、学士課程は、「看護師(全員)と養護教諭1種(選択)」、また、大学院看護学研究科修士課程の看護学専攻実践者コースに、NP、広域看護学(保健師)、助産学、看護管理・リカレントの4つのコースを設置し、更に、研究者コースと博士課程を置く。一方、健康科学専攻には、修士課程と博士課程があり、多様な学

生が学んでいる。健康科学コースで学ぶ看護職もあり、日頃、看護を行う中で見出した疑問を研究で明確にし、博士号を取得することができている。

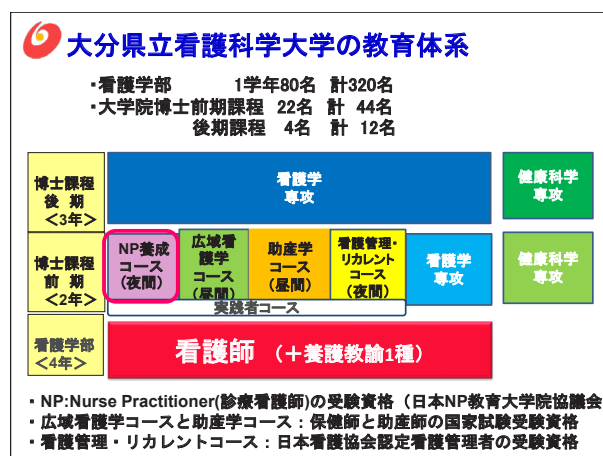


図2. 大分県立看護科学大学の教育体系

## 3. 成果と社会への新風

### 3.1 NP (Nurse Practitioner) の養成

NPは、米国で生まれた制度である。1965年、コロラド大学地域看護学Loretta Ford博士が、小児NPのプログラムを開始した。NPは、医師不足の地域で、外来診療や地域保健センター、農村部の診療所などに活躍の場を拡げ、地位を確立し



てきた。現在、約20万人のNPが医師と連携/協働し、米国では、処方や検査オーダーも行う。

大分県立看護科学大学のNP教育は、1学年定員10名（内5名は、地元枠）で、プライマリーケアに重点を置いている（図3）。受験資格は「臨地経験5年以上」の看護職である。一般社団法人日本NP教育大学院協議会（以下、NP協議会）の基準に則った全55単位（内、実習16単位）の教育をしている。修了生の質保証は、進級試験と修了試験、および、NP協議会による統一試験で行っている。本学からは、既に40人が修了し、NPとして活躍している。全国では350人である。

- 6 大分県立看護科学大学のNP教育課程**
- ・2008年開始
  - ・大学院看護学研究科修士課程実践者コース
  - ・1学年定員**10名（内5名は、地元枠）**
  - ・プライマリーケアに重点
  - ・受験資格:「**臨地経験5年以上**」の看護職
  - ・教育内容: **一般社団法人日本NP教育大学院協議会の基準に則り、認定を受けた。**
  - ・原則、夜間開講（全55単位中、実習16単位は日中）
  - ・長期履修制度あり
  - ・**修了生の質保証:進級と修了試験と日本NP教育大学院協議会の試験**

図3. 大分県立看護科学大学のNP教育課程

本学のNPコースの開設は、その後、厚労省の「チーム医療の推進に関する検討会」を経て「特定行為に係る看護師の研修制度」に発展した（図4）。これは、本学がNPの制度化を求めて、長年にわたり働きかけた結果できた制度である。本学も、制度創設と同時に研修機関の指定を受け（図5, 6）、全21区分38行為を教育している。制度創設を機会に、コースの充実をはかった。即ち、2018年に本学でNPコースを立ち上げて社会に働きかけた結果が、2015年の「看護師の特定行為に係る研修制度」の創設につながり、その結果、更に本学のNPコースが強化された、という循環が生まれた。

なお、現在、一般社団法人 日本NP教育大学院協議会では、NPを「診療看護師(NP)」と呼んでいる。国民の理解を得るのに、日本語にする必要を感じたためである。

**「特定行為に係る看護師の研修制度」**  
(創設:2015 (H27)年10月1日)

**地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律**

第186回(通常)国会提出→可決 平成26年6月

⇒【保健師助産師看護師法の改正】

**第37条の2**

**特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る研修を受けなければならない。**

⇒研修を受けた看護師は、手順書の範囲であれば、**医師の指示を待たずに特定行為ができる**

図4.「特定行為に係る看護師の研究制度」

**看護師が特定行為ができると  
実践活動が広がり、患者の安全・安楽・安心につながる**

⇒大分県立看護科学  
大学では、大学院修士  
課程NPコースで、  
38特定行為を全て学ぶ



厚生労働大臣から、  
「特定行為研修指定  
研修機関」の指定証  
(平成27年8月5日)

図5. 看護師が特定行為ができると、患者の安全・安楽・安心につながる

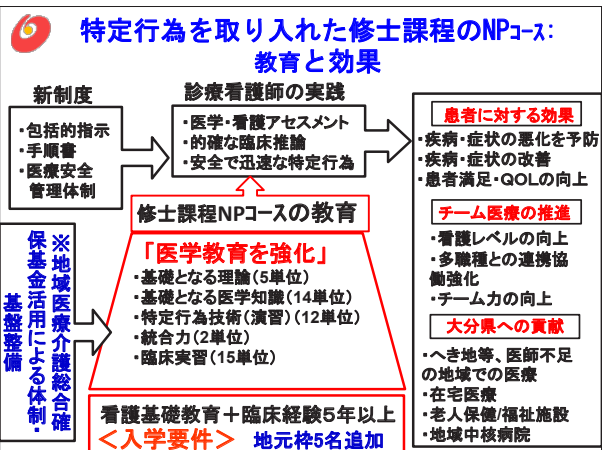


図6. 特定行為を取り入れた修士課程のNPコース



### 3.2 修士課程広域看護学コース(保健師教育)

次いで、社会に変革をもたらしたのが、保健師教育課程を修士課程に移行したことである。保健師は全国で約2万人。その7割弱が自治体勤務である。

1952年に大学で看護教育が開始されて以来、大学では、看護師教育と保健師教育を一体化して実施してきた。しかし、保健師の活動の場が拡大し扱う問題が深刻化したこと(図7)、看護系大学の急増で保健師の「全員必修」が大きな問題となったこと等から、保助看法が改正され、保健師の修業年限が6カ月から1年に強化された。それを受けて、大学では、保健師教育課程を学士課程の選択制、修士課程や専攻科という形で学士課程に積み上げることができるようになった(図8)。2011年度からである。

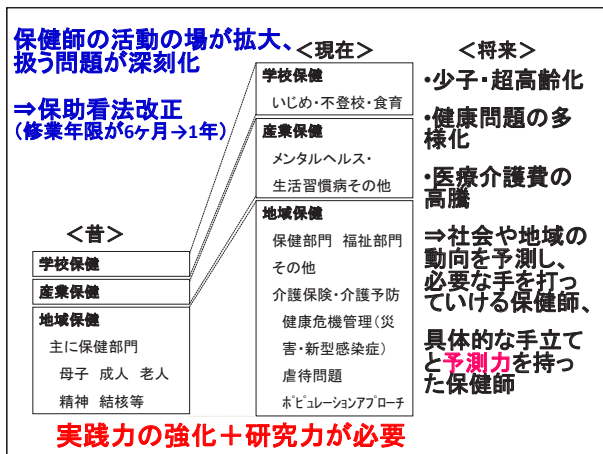


図7. 保健師の活動の場が拡大、扱う問題が深刻化

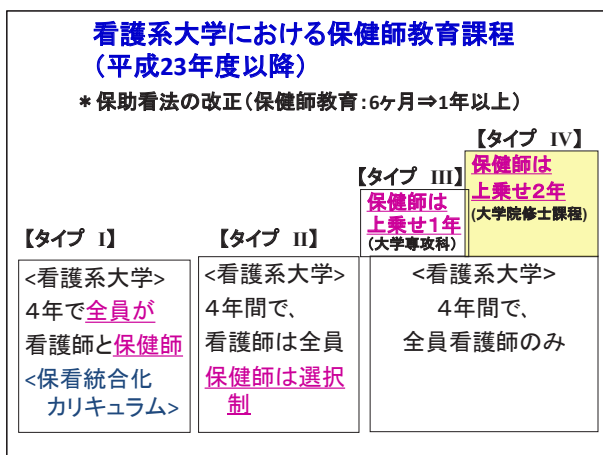


図8. 看護系大学における保健師教育課程の多様化（平成23年度以降）

本学は、この改正を受けて、全国で最初に、修士課程の保健師教育を開始した(図9, 10)。定員は5名だが徐々に人気が高まり、目下3-5倍の入試倍率になっている。何とか、学生定員を10名に拡大したい所ではあるが、それには教員を充実する必要がある、今後の課題である。

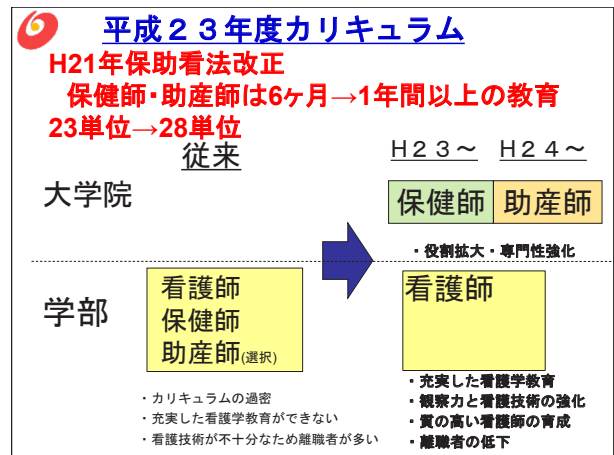


図9. 平成23年度カリキュラム

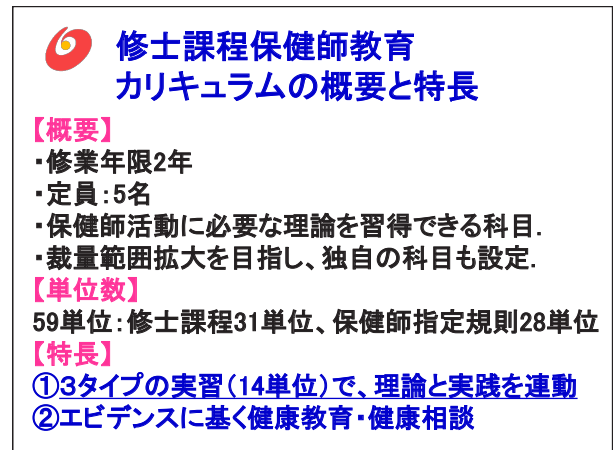


図10. 修士課程保健師教育カリキュラムの概要と特長

2年間の修士課程で、1年次には3つのタイプの実習を計14週間、全県下で実施する(図11)。また、各々の実習報告会に県下の保健師を招いて成果を共有している。保健師の指導者たちから有意義なコメントをもらい、学生も教員も学びがある。院生の発表を共有することにより、徐々に保健師の専門性等について共通認識ができつつあると思う。2018年3月までの4年間で14名が修了し、その半数が県内に就職している。また、2018年度現在、修士課程2年に9名、1年に6名が在学して勉学に励んでいる。

全国的には、大学院修士課程での保健師教育が14校になり、修士課程や専攻科への移行を検討する大学も増えている。院生たちは、全国の大学で院生倶楽部を組織し、学会でワークショップを開催する等、自主的に活動している。また、実習や研究の成果を国際学会等でも発表している。

世界を見ると、保健師を国家免許で独立させている国は少数であり、保健師の専門性を追求することは、公衆衛生看護学という学問の開拓につながる。保健師は、看護職として、これまで、下記の3つの能力を活用しながら、人々の健康を守ってきた。

- 個人や家族を支援する対人支援能力
- その集合体である地域やグループの健康課題を把握し、対処する能力
- 地域に必要な対策が公正に継続的に行われるよう事業化・施策化する能力

個人と集団、そして、社会や組織を守る保健師の方法論や力量が、修士課程の教育の中で見えてくることが期待している。

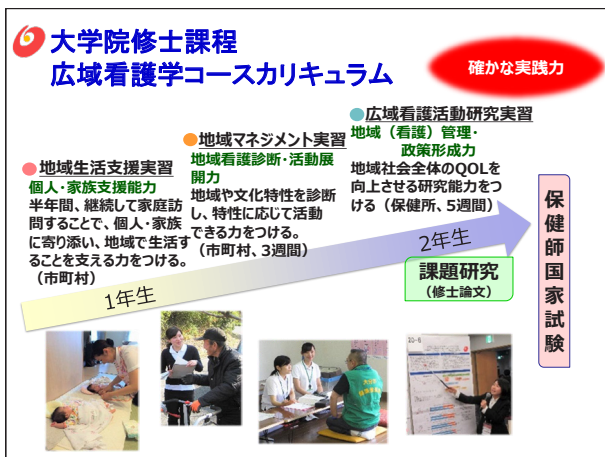


図11. 大学院修士課程 保健師教育

### 3.3 学部教育の強化

#### 3.3.1 4年間で看護師を教育する学部教育

学士課程は、2011年度入学生から看護師の教育に焦点化した。看護師を、学士課程4年間かけて教育する理由は、大きく2点ある。一つ目は、【看護師に求められる能力・技量の高度化】である。医療の高度化により、看護師には、高い技術が必要となった。看護師に必要な単位数も、従来の93単位から、2007年度には97単位に増えている。看護師の働く場も、病院から地域・福祉施設へと

多様化しており、開業・起業する看護師も増えて【看護師に、高いマネジメント能力が求められる】ようになった。看護師はチーム医療のキーパーソンとして、確かな技術とコミュニケーション能力・調整能力が必要である。

学士課程4年間で看護師教育にしたことで可能になったのは自律性の向上で、演習や実習を強化した。1～4段階の看護技術習得プログラムを導入し、卒業生による指導やアクティブラーニングも導入した。

#### 3.3.2 予防的家庭訪問実習の開始

2013年度には、文科省の「地(知)の拠点整備事業(COC)」に「看護学生による予防的家庭訪問実習を通じた地域のまちづくり事業」が採択され、本学の地元の2地区で高齢の協力者のお宅を1～4年次生がチームで訪問し、実習協力者の健康維持など、予防活動に取り組むという実習が始まった(図12)。指導者として、看護学の教員だけでなく健康科学の教員もペアに入り、約30組の教員たちが、学生の80チームを指導している。



図12. 予防的家庭訪問実習

— 4年間の実習グループ例 —

予防的家庭訪問実習の効果として、学生たちは「病院実習でも、患者さんの入院前後の生活をイメージできるようになった。」「上級生と協力者さんとのやり取りを見て、観察のポイントやコミュニケーションの取り方を学ぶことが出来た。」と述べている。また、協力者からは、「一人暮らしで人と話をする機会も減る中、学生の訪問が楽しみで生活に張りが出た。」「学生の訪問で体重や体脂

肪を気にするようになり自宅で定期的に測定するようになった。」という感想が得られ、高齢者にとっても、若い学生の訪問が生活の張りになっていることが分かった。

また、「団地内を若い学生達が歩いているのを見ると、団地に活気が出て、いいことだと思う。」という声、更に、「高齢者の卓球教室に来てくれる学生がいて、明るくなった。」など、地域に活気を与える効果のあることが分かった。文科省の中間評価ではS評価を得た。

事業終了年度は2017年だったが、協力者や地元関係者から継続が要請され、学生の学びも大きいこと等から、2018年度以降もスリム化して実施している。本学のカリキュラムの1年次から4年次まで、一貫して実施する看護学実習になっている(図13)。

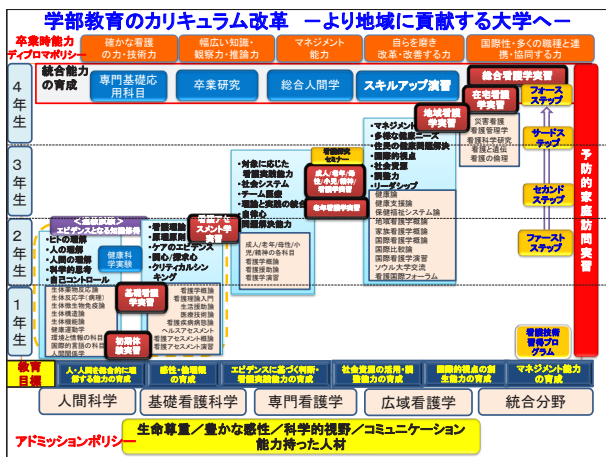


図13. 学部教育のカリキュラム改革  
ーより地域に貢献する大学へー

### 3.3.3 地域志向の看護師教育

高齢化に伴い病院以外で療養する人が増え、看護師の活躍の場も広がっていった。また、在院日数の短縮化等に伴い、病院でも「地域の視点」が必要となってきた(図14)。例えば、外来では、外来患者に対する重症化予防や健康回復に向けた適切な療養生活指導をする。また、病棟では、入院時から退院後の生活に注目した看護を行うと共に、退院支援・調整に伴う施設内連携、家族指導等が求められる。地域では、「医療依存度の高い在宅療養患者(児)の看護」が必要になった。自宅への訪問看護以外に、学校・施設等でも看護が求められる、看護師の活躍の場が広がった。

このような社会の動向を受けて、本学では、学部教育で看護師のための地域看護学を教育している。予防的家庭訪問実習等によって学生に地域志向が芽生え、総合看護学実習で遠隔地の病院にも行き始めたこと等により、県内各地の地域密着病院への就職が増えている。今後も、大学の全活動を通して地域との連携を大切にしていきたい。

看護界全体としては、近い将来、看護師教育に、地域看護学が導入されることが期待される。

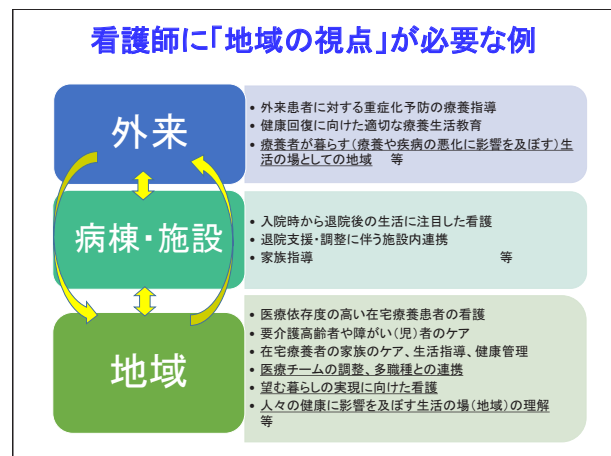


図14. 看護師に「地域の視点」が必要な例

## 4. 大分県への貢献

一方で、少子化の中で、日本および大学は一段と厳しい状況に置かれている。大分県も例外ではない。2013年に出された地域医療構想では、県内の病床数は2025年までに約7割になると想定されている(図15)。

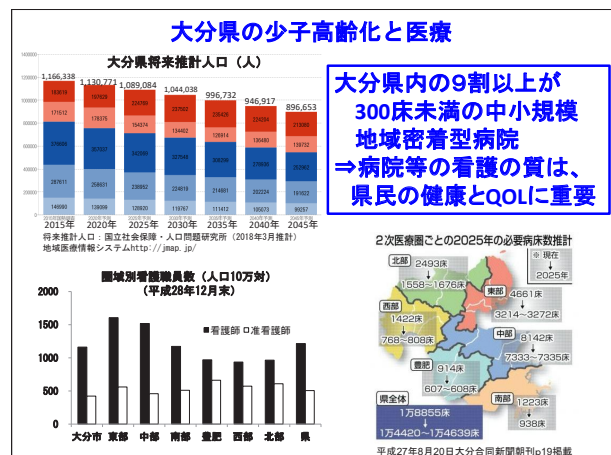


図15. 大分県の少子高齢化と医療構想



#### 4.1 大分県版中小規模病院等看護管理者支援事業

大分県の病院の9割は、300床未満の中小規模病院である。この病院の看護の質が、大分県民が療養する環境、ひいては、QOLに大きく影響する。そのようなことを考えていた時に、厚生労働省から、「中小規模病院看護管理者支援事業」のお誘いを受けた。大分県、大分県看護協会と相談し、本学の保健管理学研究室の福田広美教授が事務局となってこのモデル事業を受けることにした。

本事業の目的は、中小規模病院等の看護管理の向上を目指すものである。上記3機関と大分県看護管理者連絡協議会、大分大学により、「大分県中小規模病院等管理支援協議会」を形成した（図16）。大分県では、県庁主導で、2003年から各保健所（保健部）を中心に、看護ネットワーク（略称：看護ネット）が形成されており、各地で、ほぼ2カ月に一回研修会等がなされている。事務局は、保健所の地域保健課長である。この研修会には、管内の病院だけでなく、介護施設や訪問看護ステーションの看護職・介護職等が集まるため、この仕組みを活用することにした。

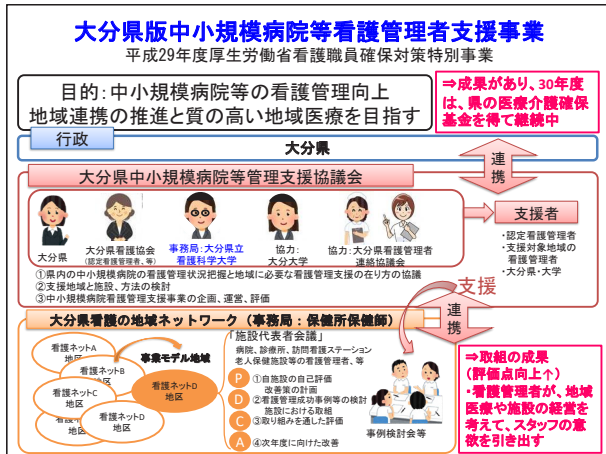


図16. 大分県版中小規模病院等看護管理者支援事業

最初に、農村地域の保健所と管内の看護部長たちが受け入れてくださり、モデル事業を実施することができた。支援者(アドバイザー)は、「協議会」が人選し、依頼した。実際の会合では、中小規模の看護管理者たちの日頃の悩みが大変多く語られ、支援者が上手にアドバイスされていた。全体の評価点が向上すると共に、看護管理者が、地域医療や施設の経営を考えて、スタッフの意欲を引き出すことができるようになった。この成果を受けて本事業は、2018年度、県の医療介護確保基金を

得て、別の保健所管内にも対象を広げて継続している。

#### 4.2 ものづくりへの貢献

看護は、療養者の生活に密着しており、看護の視点を活かして、ものづくり(工学・看護・芸術の連携)にも貢献することができる。教員や看護研究交流センターの産学官連携推進チームに、企業からの共同開発(医療用品、機能性食品、家具、補装具、リハビリ機器 等)の申し込みもある。それに応じて、本学を含むグループが作成した椅子は、2017年度グッドデザイン賞を受賞した。

#### 5. 大分県立看護科学大学の役割と取るべき道

##### 5.1 看護を通した大分県全体の活性化に向けて

県立大学の役割は、「保健・医療・福祉の分野で活躍する人材育成」「地域社会の課題解決に向けた対策立案(研究・社会貢献)」「看護学・人間科学の知見を、県内の企業・起業に生かす(研究・産学連携)」ことだと考える。その活動を通して良質な看護が行き渡るように、大分県が豊かになるように取組むことである。

大分県の看護水準が向上することにより、県民が、より良質な保健活動と医療を受けること、健康を保つことができるようにすることが県立大学の使命であり、この実現のために、各地の保健・医療・福祉関係者と協働しながら進みたいと思う。まずは、県内各地に看護職を送ることができるように、学生の地域志向性を育てると共に、看護師のキャリア開発の道筋を、大学院の役割発揮と結び付けて考えたい(図17)。本学修士課程には実践者養成コースがあり、保健師・助産師・診療看護師(NP)、認定看護管理者の育成(受験資格付与)が可能である。看護職が自分の能力を開発することと、大分県の保健医療福祉の更なるレベルアップを図ることの両方を視野に入れ、相乗効果が出るような方策を探りながら進みたい。



図17. 県全体に良質な看護を行き渡らせる「教育」と「研究」

## 5.2 県立大学の役割を追求し世界に発信する

人材育成と教育は大学の根幹である。学部生だけでなく、大学院生、教職員、一人一人が自己実現できること、やり甲斐を持てること、自ら考えて行動できるようにしていくことが重要である。リーダーシップから言えば、メンバー個々人が全体を理解したうえで自分の在り方を考え、最善を尽くせるようにすることだろう。リーダーの役割は、方向性を示すこと、各自が考えられるように十分な情報を提供するように努めることだと思う（図18）。そして、教育と研究、社会貢献と大学運営が、効果的に組み合わせられて全体が進むように図っていききたい（図19）。

## 6. 終わりに

本学の歴史は、看護教育の開拓・創造の歴史である。20周年は、本学が成人として踏み出すことでもある。公立大学法人大分県立看護科学大学の創立20周年に際し、大分県、県民の皆様、本学を創設してくださった方々、本学の草創期に働き素晴らしい大学になることに尽力してくださった方々、本学を支えてくださっている多くの方々、実習施設、関係機関に感謝申し上げたい。

私たちは、これからも、看護学の創造を図りながら、豊かな人間性を持つ看護職者を育成し、安全・安心な地域社会の暮らしと持続的な発展に貢献することに全力を尽くす所存である。更なるご指導・ご鞭撻を、お願い申し上げます。

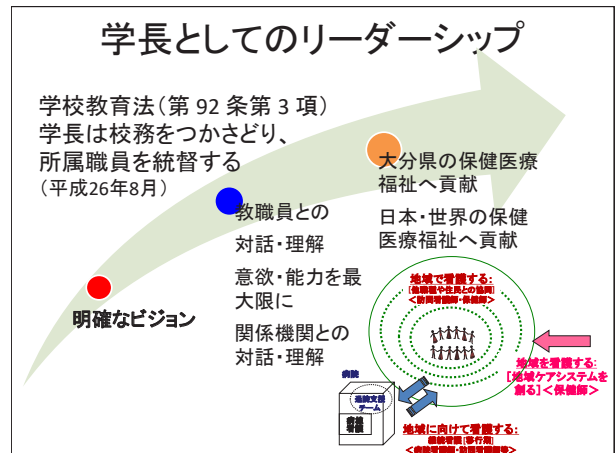


図18. 学長としてのリーダーシップ

## 大学の教育・研究・社会貢献機能を運営と重ねながら最大限発揮する



図19. 大学の教育・研究・社会貢献機能を運営と重ねながら最大限発揮する

## 著者連絡先

〒870-1201  
大分県大字廻栖野2944-9  
大分県立看護科学大学  
村嶋 幸代  
murashima@oita-nhs.ac.jp