

Volume 28 Number 4 September 2005
ISSN 0285-9262

**Journal of Japanese Society
of
Nursing Research**
日本看護研究学会雑誌

Japanese Society of Nursing Research

日本看護研究学会

28巻 4号

コンパクトでわかりやすい、本領域における初の単行本

ヘルスケアに活かす アクションリサーチ

新刊

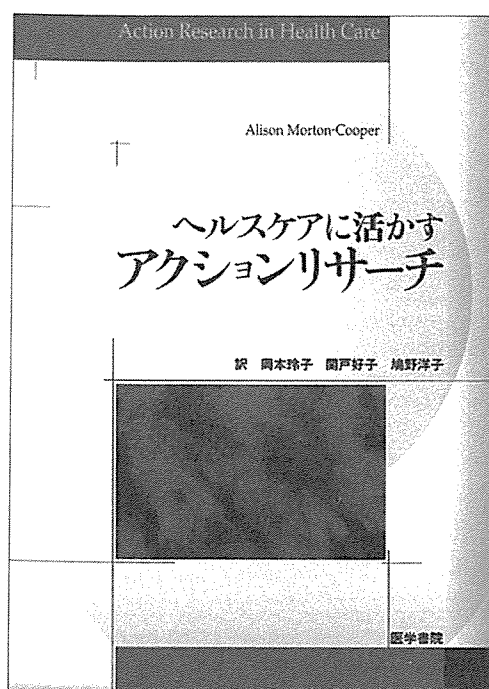
著 アリソン・モートン＝クーパー

訳 岡本玲子 神戸大学助教授

関戸好子 山形県立保健医療大学教授

鳩野洋子 国立保健医療科学院

ヘルスケアにおけるアクションリサーチを扱った初の単行本。アクションリサーチの考え方と基本原理、実施する際の実際的な方法と秘訣をわかりやすく紹介。付録では、アクションリサーチによる研究のクリティックの仕方についても実際的な知識を示し、わかりやすい表現で、コンパクトにまとめられた1冊。



目次

- 第1章 アクションリサーチの本質
- 第2章 計画の立案
- 第3章 アクションリサーチの実施
- 第4章 効果的な報告書作成
- 付 録 アクションリサーチをクリティックするためのガイドライン

●A5 頁132 2005年
定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN4-260-33399-2]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院 〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

会 告 (1)

平成17年度日本看護研究学会総会において、次の事項が提案の通り承認されましたので、お知らせ致します。

1. 平成16年度事業および会計に関する報告
2. 将来構想検討委員会からの提案について（註1）
3. 学会ロゴマーク・学会誌表紙デザインについて
4. 平成17年度事業計画および予算

（註1）国の公益法人に関する法律改正を視野に入れ、その準備にあたる作業部会の設置について提案され、承認された。

平成17年7月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

平成17年度日本看護研究学会総会において、第33回（平成19年度）学術集会長は、岩手県立大学看護学部教授 石井 トク氏に決定しました。

平成17年7月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (3)

雑誌編集委員会投稿規程の一部が変更となりました。投稿規程をご確認下さい。

平成17年7月21日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (4)

第32回日本看護研究学会学術集会を下記の通り、別府市において開催いたしますのでお知らせします。

記

期 日：平成18年8月24日（木）、25日（金）

場 所：別府市 ビーコンプラザ

〒874-0828 大分県別府市山の手町12-1

（問い合わせ先）（財）別府コンベンションビューロー

TEL 0977-26-7111

学術集会 事務局

学術集会参加申し込み等

〒879-5593 大分県大分郡挾間町医大ヶ丘1-1

大分大学医学部看護学科内

第32回日本看護研究学会学術集会 事務局

TEL & FAX：097-586-5074

E-mail：jsnr32@med.oita-u.ac.jp

ホームページ：http://www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/

日本看護研究学会入会申し込み等：

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

TEL：043-221-2331 FAX：043-221-2332

平成17年9月20日

第32回日本看護研究学会学術集会

会長 松岡 緑

（大分大学医学部看護学科）

会 告 (5)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程・細則及び募集要項に基づいて、平成17年度学会賞の募集を行っています。推薦される方は、規程・細則および募集要項に従って申請してください。

（第2回公告）

平成17年9月20日

日本看護研究学会

理事長 山口 桂子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

- 1) 日本看護研究学会賞（以下、学会賞）
- 2) 日本看護研究学会奨励賞（以下、奨励賞）

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

- 1) 学会賞
 - (1) 過去に本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献した者。
 - (2) 本学会の学術活動に貢献した者。
- 2) 奨励賞
 - (1) 推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
 - (1) 15年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条2号(1)の論文の筆頭者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞については、日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。
- 2) 奨励賞については、理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

第7条 毎年1回、理事長が委嘱した委員によって構成された選考委員会で各賞の候補者を審査選考する。

(決定)

第8条 前条により選出された候補者については、理事会の議を経て授賞者を決定する。

(表彰等)

第9条 各賞の授賞者には、賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は、表彰式が実施される学術集会会期中に記念講演を行う。

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第3条 2)(2)削除する。
- 2) 平成16年7月28日 第4条 2)(3)一部削除する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

第1条 この細則は、日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において、学会賞および奨励賞の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

- (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
- (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2) 奨励賞

- (1) 研究方法や成果に独自性があり、看護実践への示唆が大きく、十分な論理性を備えていること。

(推薦方法)

第3条 学会賞候補者の推薦依頼は、毎年度の本学会雑誌2号において行う。学会賞推薦書は毎年度本学会雑誌2号に綴じ込むものとする。奨励賞は、理事長から委嘱された選考委員会によって推薦される。

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞：本学会員の推薦によるものとし、次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。

- (1) 学会賞推薦書・申請書（所定の用紙）……6通
- (2) 申請論文の別刷またはコピー……6通
- (3) 共著の場合は共著他者の同意書……6通

- 2) 奨励賞：理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし、選考委員会は、次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。

- (1) 奨励賞推薦書・申請書（所定の用紙）……2通
- (2) 申請論文または講演抄録の別刷またはコピー……2通
- (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書……2通

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。
- 2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。
- 3) 選考委員会は4月に設置する。

第6条 選考委員会は、提出された申請書類等を審査し、委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第7条 選考委員会は、11月末日までに各賞候補者を選出し、推薦書を添えて理事長に報告する。

第8条 選考委員会は、候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類（論文別刷を含む）は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

- 1) 平成15年7月23日 第4条1)(2)、2)(2) 第10条別冊を別刷りに改正実施する。

平成17年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により、学会雑誌2号に綴じ込みの所定の用紙により申請する。

2. 応募締切日

平成17年9月30日必着

3. 選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会（以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す）は、規程、細則に基づいて審査を行い、理事長に報告するとともに結果を本学会誌1号で報告する。

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 深 井 喜代子（岡山大学医学部保健学科教授）

委 員 石 垣 靖 子（医療法人東札幌病院副院長）

〃 太 田 喜久子（慶応義塾大学看護医療学部教授）

〃 小 田 正 枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）

〃 河 野 保 子（愛媛大学医学部看護学科教授）

（アイウエオ順）

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 深 井 喜代子

会 告 (6)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成18年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および次頁募集要項に従って申請して下さい。

平成17年 9 月20日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条 (目 的)

本会は日本看護研究学会の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、その研究費用の一部を贈与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を基金として、その金利をもって奨学金に当てる。
会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めた者若干名とする。

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3) 原則として、本人の単独研究であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条 (義 務)

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、更に可及的早い時期3年以内に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

第6条 (罰 金)

奨学金を受けた者の負う義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、委員会が査問の上、贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条 (委員会)

本会の運営、審査等の事業に当たり、日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員によって委員会を設ける。

2) 委員会に委員長を置き、本会を総括する。

3) 委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告

③ 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問、罰則適用の決定及び理事長への報告

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

1) 昭和59年7月22日 一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2) 平成6年7月29日 一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。

4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会 平成18年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。
- 3) 原則として本人の単独研究であること。

3. 応募期間

平成17年11月1日から平成18年1月20日の間に必着のこと。

4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員長（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規定に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 近 田 敬 子 理事（園田学園女子大学）
委 員 紙 屋 克 子 理事（筑波大学医学専門学群看護医療科学類）
寺 崎 明 美 理事（長崎大学医学部保健学科）
中 西 純 子 評議員（愛媛県立医療技術大学）
宮 島 朝 子 評議員（京都大学医学部保健学科）

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 近 田 敬 子

（註1） 審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註2） 奨学研究の成果は、次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討、確認し理事長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行い、又は罰則（日本看護研究学会奨学会規程第6条）を適用することがある。

◆根拠がわかることで技術の応用力と発展力が身につく、つかいやすい画期的なテキスト!

学ぶ・試す・調べる

看護ケアの根拠と技術

◆村中陽子(岩手県立大学ソフトウェア情報学研究科)

玉木ミヨ子(埼玉医科大学短期大学看護学科教授)

川西千恵美(徳島大学医学部保健学科教授) 編著

◀最新刊▶

◆B5判 224頁 定価2,940円(本体2,800円 税5%)

学ぶ・試す・調べる
看護ケアの
根拠と技術



ISBN4-263-23470-7

◆本書の主な特徴

- 基本技術からの応用や発展のさせ方に重点をおき、臨床への適応の助けとなること、今後の臨床看護実践と看護研究の発展に役立つことを目指してまとめたテキスト。
- “学び” “試す” “調べる”という学習が、EBMの実践に必要な根拠を“探し出すこと”、“つくり出すこと”、“使うこと”という態度の習得に繋がるように、ひとつひとつの看護技術の根拠を懇切に記述。
- まず、看護援助の必要性、それを判断するためのミニマムデータとアセスメントの概念図を提示。次に基本技術(安全/安楽/動作経済の面で効果的な方法、臨床における禁忌事項)を根拠を示しながら解説し、実践に役立つようその応用技術と臨床のポイントを加えた。
- 技術を裏づけする多くの実証報告を紹介し、さらに追加検証が必要なケースの検証点、経験からの知の場合どのような観点で検証するとよいかについても詳しく解説した。

●最新データで改訂した定評ある食事指導・食事援助のための看護マニュアル!

NURSING PRACTICE

第2版

症状・疾患別

食事指導の

看護へのいかしかた

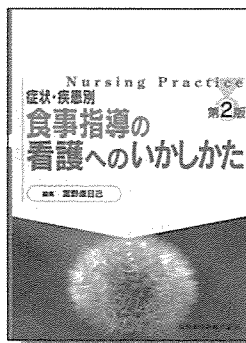
◆富野康日己(順天堂大学教授) 編

◆B5判 292頁 定価4,620円(本体4,400円 税5%)

◀最新刊▶

◆本書の主な特徴

- 看護現場に求められる食事指導、食事援助に必要な知識および看護の役割を、イラストや図表を豊富に取り入れて、わかりやすく解説した、好評「看護へのいかしかた」シリーズの改訂版。
- 医師・看護師・栄養士の共著により、知っておくべき食事の基礎知識から、食事指導・食事援助におけるナースの具体的な役割を網羅。この1冊で若手看護師からベテラン看護師までに役立つ必携のマニュアル。



ISBN4-263-23474-X

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



医歯薬出版株式会社 / 〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

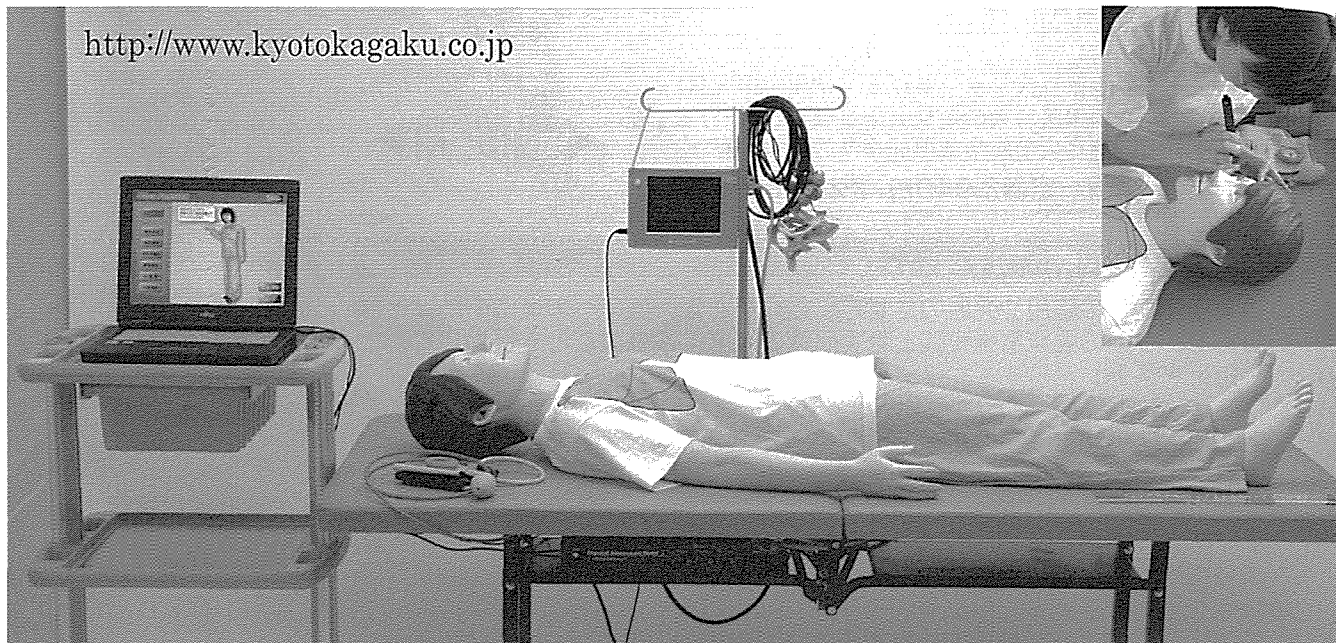
TEL. 03-5395-7610
FAX. 03-5395-7611

2005年8月作成.IS

新製品 ーフィジカルアセスメント・リスクマネジメントのトレーニングにー

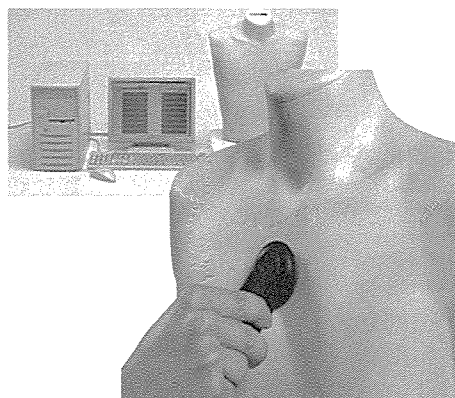
看護教育用シミュレータ

<http://www.kyotokagaku.co.jp>



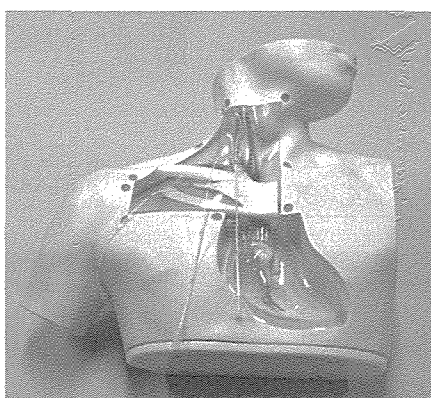
M55 フィジカルアセスメントモデル

コンピュータと連動して総合的にアセスメントの基本診察手順を学ぶことができます。全身観察のほか、瞳孔反射・血圧測定・脈診・聴診（呼吸音・心音・腸音）・心電図の診方の学習ができます。詳細はお問い合わせください。



M81 呼吸音聴診シミュレータ
Lung Sound Auscultation Trainer

コンピュータ画面に肺音分類を表示し操作しながら実際の患者さんから録音編集した肺音を、人体モデル上で聴くことができます。



M97 中心静脈栄養チューブ管理トレーナ

看護師が行う栄養チューブ管理・ケアのための説明用トレーナです。TPNの原理がひとめでわかるよう穿刺部を透明にしています。3箇所のカテーテルを挿入できます。



M50 採血静注シミュレータ
シンジヨー

実際の皮膚や血管にきわめて近い感触の素材を使用しワンタッチ接続で準備・後始末の手間を省き大幅に削減。見えにくい静脈に的確に針を挿入でき技術に対する不安の解消が期待できます。



株式会社 **京都科学**

E-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

Tel: 京都 075-605-2510 東京 03-3817-8071

目 次

—原 著—

メタボリックシンドロームと青年期からの体重増加および生活習慣との関連	11
--	----

名古屋大学医学部保健学科	西 田 友 子
〃	藤 井 千 恵
〃	榎 原 久 孝

エイズ拠点病院における HIV/エイズ看護に関する調査研究	19
-------------------------------------	----

宮崎大学医学部看護学科	前 田 ひとみ
熊本大学医学部保健学科	南 家 貴美代
国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター	渡 辺 恵

—研究報告—

がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究	27
----------------------------------	----

サンビレッジクリニック	谷 口 友 理
旭川医科大学医学部看護学科	松 浦 和 代

在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析	43
---	----

香川大学医学部看護学科	片 山 陽 子
愛媛大学医学部看護学科	陶 山 啓 子

看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析	53
---------------------------------	----

大阪市立大学医学部看護学科	岡 本 双美子
〃	石 井 京 子

高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究	61
---	----

大阪市立大学医学部看護学科	石 井 京 子
〃	近 森 栄 子

CONTENTS

.....Original Papers.....

Relationship of Metabolic Syndrome to Weight Gain from the Youth and Lifestyle	11
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Nagoya University : Tomoko Nishida	
” : Chie Fujii	
” : Hisataka Sakakibara	

The Current Status and Recognition HIV/AIDS Nursing in Japan: From a Survey of Hospitals with HIV/AIDS Care Facilities	19
University of Miyazaki, Miyazaki Medical College : Hitomi Maeda	
Kumamoto University, School of Health Sciences : Kimiyo Nanke	
AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan : Megumi Watanabe	

.....Research Reports.....

A Study on the Transition Process to Family Home Care of Terminal Cancer Patients	27
Sunvillage Clinic : Yuri Taniguchi	
Asahikawa Medical College, School of Nursing : Kazuyo Matsuura	
Factor Analysis of Positive Appraisal on the Part of Family Caregivers Engaged in In-home Medical Care	43
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Yoko Katayama	
Ehime University School of Medicine : Keiko Suyama	
Development for a Nurse's View of Life-and-death Scale and Analysis of its Influencing Factors	53
Osaka City University School of Nursing : Fumiko Okamoto	
” : Kyoko Ishii	
Study of End-of-life Care Activities for Elderly Family Members	61
Osaka City University School of Nursing : Kyoko Ishii	
” : Eiko Chikamori	

メタボリックシンドロームと青年期からの体重増加および生活習慣との関連

Relationship of Metabolic Syndrome to Weight Gain from the Youth and Lifestyle

西 田 友 子¹⁾ 藤 井 千 恵²⁾ 榊 原 久 孝²⁾
Tomoko Nishida Chie Fujii Hisataka Sakakibara

キーワード：メタボリックシンドローム，体重変動，動脈硬化危険因子，生活習慣
metabolic syndrome, weight change, arteriosclerotic risks, lifestyle

I. 緒 言

循環器疾患の中で，特に虚血性心疾患，脳梗塞を含む動脈硬化性疾患の予防は先進国において重要な課題であり，多くの研究から動脈硬化性疾患の危険因子が次第に解明されてきた。日本においても生活習慣の変化から，食生活の西欧化が見られるようになり，また運動不足も伴い，動脈硬化性疾患は増加傾向を示すようになった¹⁾。

動脈硬化性疾患は，その発症基盤として肥満，高血圧，耐糖能異常，高脂血症，高インスリン血症といった様々な危険因子が，個々には大きなリスクとはならなくとも，それらが重なることによって強いリスクになることが指摘されており，複数のリスクが重なった状態をマルチプルリスクファクター症候群と呼んでいる²⁾。この概念はシンドローム X³⁾，死の四重奏⁴⁾，インスリン抵抗性症候群⁵⁾，内臓脂肪症候群⁶⁾ など様々な呼び方で紹介され，近年ではメタボリックシンドローム⁷⁾ とも呼ばれている。これらは単に偶然危険因子が重なっているのではなく，背景に肥満から引き起こされる一つの病態である。

肥満は日本では大きな健康問題になっており，平成12年国民栄養調査によると，男性の26.8%，女性の21.3%が肥満であり，特に男性では30～60歳代の約3割が肥満であるという結果が報告されている。そのため，今後肥満からのメタボリックシンドロームの更なる増加が予想され，動脈硬化性疾患の一次予防は重要な課題となっている。これまで肥満など動脈硬化危険因子と生活習慣との関係は多くの研究によりなされ，生活習慣が動脈硬化性疾患に影響していることが報告されている。著者らは，以前20～30歳代の男性の高尿酸血症がマルチリスク症候群と関連しており，注意を要することを示した⁸⁾。本研究では，メタボリックシンドロームと20歳からの体重変動及び，生活習慣との関連について検討した。

II. 対象と方法

1. 調査対象

2002年5月に愛知県S町で行なわれた定期健康診断を受けた39～86歳の住民1,651人を対象とした。空腹時血液検査値を対象とするために，受診者のうち問診項目で「食後または食後何分たっていますか」に12時間以下と回答したものの498人は除外した。その結果，検討した集団は，合計1,153人で，男性431人(37.4%)，女性722人(62.6%)であった。平均年齢±標準偏差は，男性61.0±10.3歳，女性59.1±9.7歳であった。

2. 調査項目

定期健康診断における調査項目は，病歴や生活習慣に関する問診，身体計測，血圧測定，血液検査などであり，本研究では性，年齢，身長，体重，収縮期血圧値，拡張期血圧値，body mass index (BMI)，血糖値，HbA1c値，血清総コレステロール値，HDLコレステロール値，LDLコレステロール値，血清トリグリセリド値，GOT値，GPT値， γ -GTP値，尿酸値および生活習慣について検討した。BMIは身長と体重値を用いた体重/身長² (kg/m²)により算出した。生活習慣については自記式質問表により飲酒，喫煙，運動，食習慣，睡眠，体重変動についての質問を行った。飲酒については，頻度を「毎日」「週4～6日」「週1～3日」「ほとんど飲まない」「まったく飲まない」に区分した。喫煙については，タバコを「吸わない」「止めた」「吸っている」に区分した。運動については，運動不足だと「思う」「思わない」に区分した。食習慣については，食事の速度が「早いほうである」「それほどでもない」，お腹いっぱい食べるかについて「そうである」「それほどでない」，食事の規則性が「規則正しい」「それほどでない」，甘いものを「よく食べる」「食べない」，脂肪分の多い食事を「好んで食べる」「そうでもない」，塩味について「薄いほうである」「ふつう」「濃いほうである」に区分

1) 名古屋大学大学院医学系研究科博士前期課程 Graduate School of Medicine Former Period, Nagoya University

2) 名古屋大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Nagoya University

した。睡眠については「熟睡感がある」「寝不足を感じる」に区分した。体重変動については、ここ半年の体重変動を「変動なし」「2kg以上増加」「2kg以上減少」に区分した。また、20歳からの体重変動は「変動なし」「増加」「減少」に区分し、変動量を質問した。

3. 分析方法

メタボリックシンドロームとは、耐糖能異常、高トリグリセライド血症、低HDLコレステロール血症、高血圧、上半身肥満といった危険因子を重複して保有するものであり、診断基準⁹⁾は米国Adult Treatment Panel III (ATP III)により、以下の基準：ウエスト周囲径 男性>102cm 女性>88cm：トリグリセライド $\geq 150\text{mg/dl}$ ：HDLコレステロール 男性<40mg/dl 女性<50mg/dl：血圧収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ または拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$ または降圧剤を服薬している者：血糖（空腹時） $\geq 110\text{mg/dl}$ または降血糖剤を服薬している者のうち、基準を満たす項目が3項目以上の状態であると示されている。本研究ではATP IIIによるメタボリックシンドロームの定義⁹⁾のうち、ウエスト周囲径をBMIで代用し、日本肥満協会が出した肥満判定基準¹⁰⁾であるBMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ を用いた。病歴に高血圧、糖尿病がある者は降圧剤、降血糖剤を服薬していると考え、高血圧と高血糖の基準を満たすものとした。基準を満たすものをそれぞれ高BMI：高トリグリセライド：低HDLコレステロール：高血圧：高血糖とした。これら危険因子がいくつ重複しているかをリスク保有数で示し、リスク保有数3以上がメタボリックシンドロームに合致するものとした。

身体的データ（BMI、収縮期血圧値、拡張期血圧値、血糖値、HbA1c値、血清総コレステロール値、HDLコレステロール値、LDLコレステロール値、血清トリグリセリド値、GOT値、GPT値、 γ -GTP値、尿酸値）とリスク保有数の関係は一元配置分散分析を用いて検討した。リスク保有数3以上群と体重増加群と生活習慣との関係は、性・年齢を調整したロジスティック回帰分析を行い、その結果有意な傾向（ $p<0.1$ ）のあった項目で多変量ロジスティック回帰分析を行った。体重変化量とリスク保有数及びリスク3以上群の関係は、Spearmanの相関係数および

ロジスティック回帰分析を用いて検討した。

すべての統計分析において $p<0.05$ を有意水準とした。統計処理は統計パッケージSPSS 11.0 Jにより行った。なお、分析は氏名、生年月日、住所などの個人情報情報を削除してある検診データを用いて行った。

III. 結 果

1. リスク保有数と身体的データとの関連

表1に性・年齢別にみたリスク保有数を示した。39歳（男性11人、女性16人）は40歳代へ、80歳代（男性6人、女性3人）は70歳代へ含めた。リスク3以上群は女性より男性に多く認められ（ $p<0.001$ ）、男性では各年代とも10%以上であった。女性では50歳代以降で約10%を示した。

表2にリスク保有数別に、性別の割合及び年齢、BMI、拡張期血圧、収縮期血圧、空腹時血糖、HbA1c、LDLコレステロール、HDLコレステロール、トリグリセライド、尿酸、GOT、GPT、 γ -GTPの平均値と標準偏差値を示した。リスク保有数の分布はリスク0が最も多く（ $n=471$ ：40.8%）、リスク1（ $n=351$ ：30.4%）、リスク2（ $n=213$ ：18.5%）と続き、最も少なかったのはリスク3以上（ $n=118$ ：10.2%）であった。性別では、リスク保有数が増えるにつれて男性の割合が増加を示した（ $p<0.001$ ）。年齢との比較ではリスク保有群はリスク無し群より高かった（ $p<0.001$ ）。検診データはリスク保有数が増加するにしたがって、BMI、トリグリセライド、血糖、HbA1c、拡張期血圧、収縮期血圧、GOT、GPT、 γ -GTP、尿酸値のいずれも有意に高値を示し（ $p<0.001$ ）、HDLコレステロール値では有意に低値を示した（ $p<0.001$ ）。

2. リスク3以上群と生活習慣との関連

リスク3以上群と生活習慣との関連についてロジスティック回帰分析を行った結果を表3に示した。リスク3以上群とは、「20歳から体重変化あり」群が、オッズ比10.30（95% CI：4.31–24.61）と、高い値を示した。

3. 体重変化量とリスク3以上群及びリスク保有数との関連

表4に20歳からの体重変化量とリスク3以上群との関連を示した。体重増加群では増加量が多いほどリスク3以

表1 性・年齢別に見た年代とリスク保有数との関連

男性	リスク保有数				女性	リスク保有数			
	0	1	2	3以上		0	1	2	3以上
40歳代	31 (45.6%)	16 (23.5%)	11 (16.2%)	10 (14.7%)	97 (75.2%)	19 (14.7%)	12 (9.3%)	1 (0.8%)	
50歳代	27 (29.3%)	31 (33.7%)	22 (23.9%)	12 (13.0%)	101 (45.5%)	65 (29.3%)	36 (16.2%)	20 (9.0%)	
60歳代	53 (29.9%)	58 (32.8%)	39 (22.0%)	27 (15.3%)	103 (39.6%)	87 (33.5%)	45 (17.3%)	25 (9.6%)	
70歳代	30 (31.9%)	33 (35.1%)	20 (21.3%)	11 (11.7%)	29 (26.1%)	42 (37.8%)	28 (25.2%)	12 (10.8%)	
合計	141 (32.7%)	138 (32.0%)	92 (21.3%)	60 (13.9%)	330 (45.7%)	213 (29.5%)	121 (16.8%)	58 (8.0%)	

表2 リスク保有数別にみた検診結果

		リスク保有数				有意確率 ⁽²⁾
		0 (n=471)	1 (n=351)	2 (n=213)	3以上 (n=118)	
性 ⁽¹⁾	男性	141 (29.9%)	138 (39.3%)	92 (43.2%)	60 (50.8%)	<0.001
	女性	330 (70.1%)	213 (60.7%)	121 (56.8%)	58 (49.2%)	
年齢 (歳)		57.1 (10.4)	61.5 (9.1)	62.1 (9.6)	61.7 (8.6)	<0.001
BMI (kg/m ²)		21.4 (1.9)	22.8 (2.8)	24.5 (2.6)	26.3 (2.1)	<0.001
収縮期血圧 (mmHg)		110.9 (10.7)	128.0 (18.9)	136.2 (18.1)	143.6 (16.5)	<0.001
拡張期血圧 (mmHg)		66.1 (8.0)	73.9 (11.0)	77.1 (11.4)	81.4 (11.6)	<0.001
空腹時血糖 (mg/dl)		90.8 (7.6)	97.8 (16.9)	104.7 (22.9)	111.7 (26.5)	<0.001
HbA1c (%)		5.0 (0.4)	5.2 (0.7)	5.4 (0.9)	5.6 (0.9)	<0.001
血清総コレステロール (mg/dl)		213.5 (33.9)	222.4 (34.0)	217.9 (35.1)	223.0 (37.4)	0.001
LDL コレステロール (mg/dl)		129.0 (30.3)	139.8 (30.4)	136.2 (31.9)	141.5 (31.7)	<0.001
HDL コレステロール (mg/dl)		67.6 (14.2)	61.7 (15.1)	55.9 (14.4)	46.3 (11.4)	<0.001
トリグリセライド (mg/dl)		77.1 (26.3)	100.0 (44.0)	133.0 (58.7)	193.8 (91.4)	<0.001
尿酸 (mg/dl)		4.7 (1.2)	5.1 (1.2)	5.6 (1.4)	5.6 (1.3)	<0.001
GOT (IU/l)		18.6 (6.2)	21.2 (9.7)	22.5 (15.2)	23.3 (10.2)	<0.001
GPT (IU/l)		14.6 (6.9)	18.3 (13.4)	20.9 (14.9)	24.3 (15.4)	<0.001
γ GTP (IU/l)		18.8 (15.4)	27.5 (35.0)	35.5 (42.6)	36.9 (36.9)	<0.001

(1) 性は度数 (%) を示し、その他は平均値 (標準偏差値) を示す

(2) 有意確率は一元配置分散分析または χ^2 検定による

表3 リスク3以上群と生活習慣との関連

		単変量調整オッズ比 ⁽¹⁾ (95%CI)	有意 確率	多変量調整オッズ比 ⁽²⁾ (95%CI)	有意 確率
腹いっぱい食べる	そうである / それほどでない	1.49 (0.94 - 2.36)	0.086	1.44 (0.89 - 2.32)	0.137
睡眠	寝不足を感じる / 熟睡感がある	0.65 (0.41 - 1.03)	0.069	0.64 (0.40 - 1.04)	0.072
運動不足	思う / 思わない	1.49 (0.95 - 2.36)	0.085	1.47 (0.91 - 2.39)	0.113
20歳からの体重変化	変化あり / 変化なし	10.25 (4.31 - 24.38)	< 0.001	10.30 (4.31 - 24.61)	< 0.001

(1) 単変量調整オッズ比は性・年齢を調節した値を示す

(2) 多変量調整オッズ比は性・年齢、「腹いっぱい食べる」「睡眠」「運動不足」「20歳からの体重変化」を調整した値を示す

表4 20歳からの体重変動量とリスク3以上群との関連

体重変動量	リスク保有数		性・年齢調整オッズ比 (95% CI)	有意確率
	0 (n=384)	3 (n=105)		
減少	76 (91.6%)	7 (8.4%)	1.96 (0.60 - 6.34)	0.263
変化なし	136 (95.8%)	6 (4.2%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	131 (90.3%)	14 (9.7%)	3.32 (1.19 - 9.30)	0.022
～ 10kg増	92 (73.0%)	34 (27.0%)	3.76 (2.29 - 6.19)	< 0.001
それ以上増	25 (32.9%)	51 (67.1%)	4.29 (2.94 - 6.28)	< 0.001

上群である割合が有意に高く、「変化なし」群では4.2%であるのに対し、10kgより多く増加した「それ以上」群では67.1%であった。体重変化なしと比較したオッズ比は増加量が増すごとに、それぞれ3.32 (95% CI: 1.19-9.30), 3.76 (95% CI: 2.29-6.19), 4.29 (95% CI: 2.94-6.28) と上

昇した。体重減少群には有意な差はみられなかった。

次に、高BMIである群とない群に分け、リスク保有数と20歳からの体重増加量の関連をSpearmanの相関係数により検討し表5に示した。高BMIである群では、体重増加量が増えるにつれて、リスク保有数が多い群の割合が有

表5 BMI 区分別にみた体重増加量とリスク保有数との関連

体重変動量		リスク保有数				Spearman の相 関係数
		0	1	2	3	
高BMI なし群	変化なし	136 (57.1%)	81 (34.0%)	16 (6.7%)	5 (2.1%)	0.128 **
	～ 5 kg 増	131 (54.1%)	76 (31.4%)	28 (11.6%)	7 (2.9%)	
	～ 10kg 増	92 (46.2%)	58 (29.1%)	40 (20.1%)	9 (4.5%)	
	それ以上増	25 (46.3%)	16 (29.6%)	10 (18.5%)	3 (5.6%)	
高BMI あり群	変化なし		8 (47.1%)	8 (47.1%)	1 (5.9%)	0.163 *
	～ 5 kg 増		5 (21.7%)	11 (47.8%)	7 (30.4%)	
	～ 10kg 増		24 (28.6%)	35 (41.7%)	25 (29.8%)	
	それ以上増		26 (21.8%)	45 (37.8%)	48 (40.3%)	

有意確率はSpearman の相関係数による ** p<0.01 , * p<0.05

表6 体重増加量と生活習慣との関連

体重変動量		性・年齢調整オッズ比 (95% CI)		有意確率
運動不足	思わない	思う		
変化なし	107(42.0%)	148(58.0%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	84(31.8%)	180(68.2%)	1.36 (0.94 - 1.97)	0.100
～ 10kg 増	83(29.5%)	198(70.5%)	1.50 (1.04 - 2.17)	0.031
それ以上増	34(19.7%)	139(80.3%)	2.83 (1.79 - 4.47)	<0.000
食事の速度	それほど早くない	早いほうである		
変化なし	165(64.7%)	90(35.3%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	155(58.5%)	110(41.5%)	1.23 (0.85 - 1.76)	0.270
～ 10kg 増	142(50.2%)	141(49.8%)	1.61 (1.13 - 2.31)	0.009
それ以上増	82(47.4%)	91(52.6%)	1.88 (1.26 - 2.81)	0.002
腹いっぱい食べる	それほどでない	そうである		
変化なし	185(72.5%)	70(27.5%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	177(66.8%)	88(33.2%)	1.18 (0.80 - 1.74)	0.396
～ 10kg 増	177(62.5%)	106(37.5%)	1.44 (0.99 - 2.09)	0.056
それ以上増	90(52.0%)	83(48.0%)	2.24 (1.48 - 3.40)	<0.000
甘いもの	食べない	よく食べる		
変化なし	141(56.0%)	111(44.0%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	122(46.6%)	140(53.4%)	1.40 (0.98 - 1.99)	0.065
～ 10kg 増	142(50.5%)	139(49.5%)	1.40 (0.98 - 1.99)	0.065
それ以上増	76(44.2%)	96(55.8%)	1.55 (1.04 - 2.29)	0.031
脂肪分の多い食事	そうでもない	好んで食べる		
変化なし	218(85.5%)	37(14.5%)	1.00 -	-
～ 5 kg 増	231(87.2%)	34(12.8%)	0.83 (0.49 - 1.39)	0.480
～ 10kg 増	239(84.5%)	44(15.5%)	0.95 (0.58 - 1.56)	0.846
それ以上増	154(89.0%)	19(11.0%)	0.60 (0.33 - 1.11)	0.105

意に大きくなり (r=0.163 p=0.011), リスク 3 以上は体重「変化なし」群の中で5.9%であるのに対し, 「それ以上」群では40.3%であった。高BMI でない群でも, 体重増加量が増えるにつれて, リスク保有数が多い群の割合が有意に大きくなり (r=0.128 p=0.001), リスク 3 以上は

体重増加量に伴い, 体重「変化なし」2.1%, 「～ 5 kg 増」2.9%, 「～ 10kg 増」4.5%, 「それ以上増」5.6%であった。

4. 体重増加と生活習慣との関連

20歳からの体重増加量と生活習慣との関連についてロジスティック回帰分析を行い, 結果を表6に示した。増加

量が大きいほど「運動不足だと思っている」、「食事速度が早い」、「腹いっぱい食べる」危険が高い傾向が示された。「運動不足」では、体重「変化なし」と比較したオッズ比は増加量が増すごとに、それぞれ1.36 (95% CI: 0.94–1.97), 1.50 (95% CI: 1.04–2.17), 2.83 (95% CI: 1.79–4.47) であった。「食事の速度」では、それぞれ1.23 (95% CI: 0.85–1.76), 1.61 (95% CI: 1.13–2.31), 1.88 (95% CI: 1.26–2.81) であった。「腹いっぱい食べる」では、それぞれ1.18 (95% CI: 0.80–1.74), 1.44 (95% CI: 0.99–2.09), 2.24 (95% CI: 1.48–3.40) であった。

IV. 考 察

本研究では、メタボリックシンドロームと20歳からの体重変動などとの関連について検討した。その際、動脈硬化危険因子についてはATPⅢによるメタボリックシンドロームの定義を参照した。メタボリックシンドロームとは以下の基準⁹⁾：ウエスト周囲径 男性>102cm 女性>88cm：トリグリセライド $\geq 150\text{mg/dl}$ ：HDLコレステロール 男性<40mg/dl 女性<50mg/dl：血圧収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ または拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$ または降圧剤を服薬している者：血糖（空腹時） $\geq 110\text{mg/dl}$ または降血糖剤を服薬している者のうち基準を満たす項目が3つ以上ある状態を指すものである。ただし、本研究で使用した基準は、メタボリックシンドロームの基準のうちウエスト周囲径をBMIで代用し、日本肥満協会による肥満判定基準¹⁰⁾：BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ を用いた。これは、本来ならウエスト周囲径を用いるのが適切であるが、S町でウエスト周囲径の測定は行われていなかったからである。ただ、中村らの研究²⁾においてBMIを基準に使用した結果、動脈硬化危険因子保有数が3–4のマルチプルリスクファクターを有する群では虚血性心疾患の危険度は上昇したことが報告されており、ウエスト周囲径をBMIで代用しても有用であると考えた。

Yong-Woo Parkらは米国におけるメタボリックシンドロームは男性22.8%、女性22.6%と報告している¹¹⁾。日本では中村らの研究では動脈硬化危険因子保有数3–4群が全体の10.4%であった²⁾。本研究では対象集団のうちリスク3以上群は全体の10.2%であった。この結果は米国に比べると低率であるが、日本での中村らの調査結果と似た値であった。

1. リスク3以上群と生活習慣との関連

今回検討した危険因子1つ1つと生活習慣との関連を示す報告は多くみられる^{12–14)}が、今回のような危険因子が重複した状態であるリスク3以上群と生活習慣の関連を示す研究は、多くはない。本研究ではリスク3以上群と生活習慣の関連について、特に20歳からの体重変化の影響が大

きいことが示され、体重変動があった者はなかった者よりリスク3以上群になる危険が約10倍あった。これまでの研究において動脈硬化危険因子と、体重変化の間に関連があることが報告されている^{15–21)}。松田の研究では青年期から体重が高度に増加した群で、高血圧、高血糖、高脂血症、肝機能異常など多くの健康異常が有意に高率であることを示し¹⁵⁾、李らの研究でも体重変化が冠疾患危険因子の変化と有意に関連することが報告されている¹⁶⁾。本研究においても20歳から体重の「変化あり」群はリスク3以上群の危険が有意に高かった。また、本研究では、20歳からの体重変化量とリスク3以上群との関係は、減少とは有意差がみられなかったが、増加では体重の増加量が多いほどリスク3以上である危険が有意に高いことが示され、体重の増加がメタボリックシンドロームに大きく関連していることが考えられる。

2. 体重増加とリスク保有数及び生活習慣との関連

体重増加はBMIと強く関連しており、増加量が多いということはBMIも高くなると容易に予想される。BMIは危険因子の一つとして本研究の基準に使用されているため、体重増加量が多いほどリスク3以上群である割合が多いというのは当然の結果ともいえる。そこで高BMI群とそうでない群に分け、リスク保有数と20歳からの体重増加量の関連を検討した。その結果、「高BMIあり」群では体重増加量が増えるにつれて、多くリスクを保有している群の割合が大きくなる傾向が示された。一方、「高BMIなし」群でも体重増加量が増えるにつれて、リスク3以上の割合が有意に大きくなることが示された。このことから20歳からの体重増加量とリスク3以上群との関連は、体重増加が危険因子の一つである高BMIに影響を与えるということだけでなく、高BMIでなくても体重増加量が多いほど他の動脈硬化危険因子にも影響を与え、リスク3以上群になりやすくなると考えられる。メタボリックシンドロームの根底には肥満があり、現時点での肥満状態が重要であることは明らかであるが、それに加え、本研究では過去から現在にかけての体重増加も重要な要因であることが示唆されたと考える。

最後に体重増加と生活習慣との関連を検討した。本研究において20歳からの体重増加量と生活習慣との関連において、増加量が多いほど「運動不足だと思っている」、「食事速度が早い」、「腹いっぱい食べる」傾向があることが示された。このことから体重増加は生活習慣と関連があり、健康な生活習慣を長期間維持することが、体重の増加及び肥満を防ぎ、メタボリックシンドロームを予防することにつながると考える。

今後さらに検討すべき課題として、メタボリックシンドロームの基準のうちウエスト周囲径をBMIで代用した

ことが挙げられる。多くの研究で内臓脂肪の増加は正常体重の範囲にある者でも見られ、その場合でもマルチプルリスクを伴いやすいことが指摘されている^{22, 23)}。また、浦田らは身長と体重から算出される肥満度では十分に過剰脂肪蓄積を言い当てることはできないと報告し²⁴⁾、李らは冠動脈疾患危険因子と肥満指標の関連を見た場合、ウエスト・身長比とウエスト周囲径は冠動脈疾患危険因子と最も関連が強かったと報告している²⁵⁾。メタボリックシンドロームにおけるウエスト周囲径の基準は男性>102cm 女性>88cmであるが⁹⁾、日本肥満学会は男性 $\geq$ 85cm 女性 $\geq$ 90cmを内臓脂肪型肥満としており¹⁰⁾、欧米人の体格から考えられたメタボリックシンドロームにおけるウエスト周囲径の基準値をそのまま日本人にあてはめることの妥当性には疑問が残る。しかし、根底に内臓脂肪があることから、肥満に対する測定を体重に依存したBMIだけでなくウエスト周囲径も測定し検討する必要があると考える。

本研究は横断研究であり、20歳からの体重変動量を出して問診表に記入してもらっていることから、体重変動量の信頼性に限界が存在している。また、生活習慣との関係についても、横断研究であるため因果関係については結論づけることができない。今後、追跡調査も含めた検討

が必要だと考える。

V. 結 論

本研究により、動脈硬化危険因子保有数3以上群には20歳からの体重増加量が大きく関連していること、体重増加量が多い群ほどリスク保有数も多いことが示された。BMI 25未満の非肥満者においても、体重増加は動脈硬化危険因子保有数の増加と関連があることが示された。また、体重増加は生活習慣と関連があり、増加量が大きいほど「運動不足だと思っている」、「食事速度が早い」、「腹いっぱい食べる」傾向があることが示された。これらは、肥満及び体重増加量を抑えるよう心がけた生活習慣を長期的に行うことが、動脈硬化危険因子すべてに対する予防になり、ひいてはメタボリックシンドロームの予防になることを示唆している。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、多大なご協力を頂きました愛知県S町の保健師及び住民の方々に心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究は、動脈硬化性疾患の一次予防を考える上で、メタボリックシンドロームと生活習慣との関連を明らかにするために実施した。2002年に愛知県S町で行なわれた定期健康診断の受診者1,153人を対象とした。動脈硬化性疾患の危険因子重複数をリスク保有数で示し、20歳からの体重増加量および生活習慣との関連を検討した。リスク3以上群の割合は、20歳からの体重増加量が多いほど有意に高値を示した。高BMI群とそうでない群に分けた比較でも、両群とも体重増加量が増えるにつれて、リスク保有数が多い割合が有意に高かった。また、20歳からの体重増加量が多いほど「運動不足である」「食事速度が早い」「腹いっぱい食べる」傾向が示された。本研究により、メタボリックシンドロームには20歳からの体重変動量が大きく関与していることが示唆され、肥満のみでなく青年期からの体重増加量も抑えるよう気を付けることが予防になると示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate a relationship between metabolic syndrome and lifestyle for primary prevention of arteriosclerotic diseases. The subjects were 1,153 participants (431 men and 722 women) in an annual mass health screening examination in 2002 performed in the S town, Aichi Prefecture. As the arteriosclerotic risk factors the standards of the metabolic syndrome were adopted, among which BMI was substituted for the waist circumference. The number of the arteriosclerotic risks were counted in each subject, and a relationship was investigated between persons with three or more risk factors and an amount of weight gain from 20 years old and the lifestyle. Persons who had greater weight gain from 20 years old were more likely to have three or more risk factors. Even in non-obese subjects with BMI < 25.0 kg/m², persons having three or more risk factors tended to be prevalent with increasing weight gain from 20 years old. Greater weight gain from 20 years old was also associated with "daily inactivities", "eating fast", and "eating heartily" in lifestyle. The present study suggested that much weight gain from the youth as well as overweight should be avoided to prevent metabolic syndrome.

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標 臨時増刊 国民衛生の動向, 49 (9), 83-102, 2002.
- 2) Nakamura T, Tsubono Y, et al.: Magnitude of sustained multiple risk factors for ischemic heart disease in Japanese employees – a case-control study –, *Jpn Circ J*, 65, 11-17, 2001.
- 3) Reaven G.M. Banting lecture 1988: Role of insulin resistance in human disease, *Diabetes*, 37, 1595-1607, 1988.
- 4) Kaplan N.M. The deadly quartet: Upper-body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension, *Arch Intern Med*, 149, 1514-1520, 1989.
- 5) DeFronzo R.A., Ferrannini E. Insulin resistance: A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease, *Diabetes Care*, 14, 173-194, 1991.
- 6) Matsuzawa Y.: Pathology and molecular mechanism of visceral fat syndrome, *Diabetes Metab Rev*, 13, 3-13, 1997.
- 7) Grundy S.M.: Hypertriglyceridemia, insulin resistance, and the metabolic syndrome, *Am J Cardiol*, 83(9), 25F-29F, 1999.
- 8) 藤井千恵, 榑原久孝：地域消防団における若年男性の高尿酸血症とマルチプルファクター症候群の関与, *日本看護研究学会雑誌* 25(1), 111-118, 2002.
- 9) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), *JAMA*, 258, 2486-2496, 2001.
- 10) 中村 正, 松澤佑次, 他：我が国での新しい肥満判定, 肥満症診断基準, 肥満分類と肥満判定の国際比較, *日本臨床*, 61 (6), 402-407, 2003.
- 11) Park Y-W., Zhu S., et al: The Metabolic Syndrome: Prevalence and Associated Risk Factor Findings in the US Population From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, *Arch Intern Med*, 163 (4), 427-436, 2003.
- 12) 宮武伸行, 西河英隆, 他：肥満度別の生活習慣及び肥満関連の健康障害の検討. *保健の科学*, 45(1), 69-74, 2003.
- 13) 宮武伸行, 西河英隆, 他：肥満に及ぼす生活習慣因子の検討, 診断と治療, 89(7), 1179-1182, 2001.
- 14) 西山悦子：中年女性のBMI変動に及ぼす食習慣の影響に関するコホート研究, *日本衛生学雑誌*, 57(9), 591-597, 2002.
- 15) 松田弘史：長期体重変動の健康危険度評価, *日本公衆衛生雑誌* 37(10), 817-823, 1990.
- 16) 李 延秀, 川久保清, 他：体重変化と冠危険因子の関連－中年男性の6年間の健診データ成績から－, *日本公衆衛生雑誌*, 46(5), 373-379, 1999.
- 17) 山崎富浩：若年男性を中心とした職域集団における生活習慣, 作業姿勢, および職種がBMI変化割合に与える影響, *日本公衆衛生雑誌*, 42(12), 1042-1052, 1995.
- 18) Iribarren C., Sharp D.S., et al: Association of weight loss and weight fluctuation with mortality among Japanese American men, *N Engl J Med*, 333(11), 686-692, 1995.
- 19) Wakui S., Odagiri Y., et al.: Relation between Self-reported Weight Cycling History, Dieting and Bio-behavioral Health in Japanese Adult Males, *Environ Health Prev Med*, 6 (4), 248-255, 2001.
- 20) Tamakoshi K., Yatsuya H., et al: Long-term body weight variability is associated with elevated C-reactive protein independent of current body mass index among Japanese men, *Int J Obesity*, 27 (9), 1059-1065, 2003.
- 21) Manson J.E., Willett W.C., et al: Body weight and mortality among women, *N Engl J Med*, 333(11), 677-685, 1995.
- 22) The Examination Committee of Criteria for "Obesity Disease" in Japan, Japan Society for study of Obesity: New Criteria for 'Obesity Disease' in Japan, *Circ J*, 66 (11), 987-992, 2002.
- 23) Han T.S., Van Leer E.M., et al: Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample, *BMJ*, 311 (7017), 1401-1405, 1995.
- 24) 浦田秀子, 田原靖昭, 他：成人女性における身長と体重から計算した各種肥満度の妥当性－水中体重秤量法を外的基準として－, *日本公衆衛生雑誌*, 47(8), 621-628, 2000.
- 25) 李 延秀, 川久保清, 他：冠動脈危険因子との関連からみた地域住民における有用な肥満指標に関する研究, *日本公衆衛生雑誌*, 46(2), 86-101, 1999.

[平成16年10月12日受 付]
[平成17年 4 月27日採用決定]

エイズ拠点病院におけるHIV/エイズ看護に関する調査研究

The Current Status and Recognition HIV/AIDS Nursing in Japan:
From a Survey of Hospitals with HIV/AIDS Care Facilities

前 田 ひとみ¹⁾ 南 家 貴美代²⁾ 渡 辺 恵³⁾
Hitomi Maeda Kimiyo Nanke Megumi Watanabe

キーワード：HIV/AIDS看護，エイズ拠点病院，看護体制
HIV/AIDS nursing, hospitals with HIV/AIDS care facilities, nursing system

I. 緒 言

日本のHIV/エイズ感染者動向の特徴として、献血血液のHIV抗体陽性率が年々増加していることやエイズを発症してから医療機関を訪れる感染者が多いことがあげられる¹⁾。さらに日本のエイズ診療の中心である国際医療センター・エイズ治療・研究開発センター（以下、ACC）へのHIV/エイズ患者の紹介元は一般病院・診療所が多くなってきており、ACCから一般病院へ転院する患者もいることから、一般病院でもHIV感染者の診療に携わる機会が増加してきているといえる²⁾。

厚生労働省では、エイズ医療の地域格差をなくして医療の質を向上させるために、全国を8ブロックに分け、それぞれの核となる病院を「ブロック拠点病院」、各都道府県においてエイズ医療に積極的に取り組む病院を「拠点病院」として選定している。そしてブロック拠点病院には、診療担当医とともにHIV/エイズ診療の専任としてコーディネーターナース（以下CN）が配置された。CNは患者のケアはもちろんのこと、拠点病院や一般病院の相談・指導にあたっている。

HIV/エイズ医療におけるCNの役割・機能とその評価については参加観察³⁾や医療職者⁴⁾や患者⁵⁾に対する面接による研究が報告されている。そしてCNの主な看護活動は「相談・カウンセリング」、病気、治療、身障者手帳等の「情報提供」、初診時の「初期教育」、内服や日常生活についての継続的な「患者教育」、「服薬に関する相談・指導」、「患者と医師との関係形成支援」、家族、同病者等による「サポート形成支援」、診療の窓口としての「在宅と病院のつなぎ」、「施設内・外の連携・調整」の9項目に分類されている⁵⁾。またCNの看護活動にはCN以外の看護師や他の医療職者も関与しており、協働しながら行われ

ていることも報告されている^{4, 6, 7)}。これらのCNの看護介入や他の医療職者との協働によって、HIV/エイズ患者の生きる意欲や受療・治療への取り組みに変化がもたらされていたことから、CNは患者の療養生活環境を整え、セルフケア能力を高めるために重要であることが示されている^{4, 5)}。

現在、拠点病院の中には、患者数の地域による偏りなどからHIV/エイズ患者の診療経験がない施設があるため、ブロック拠点病院を中心とした診療体制のネットワーク作りとその強化や⁸⁻¹⁰⁾ 拠点病院の見直しの必要性が指摘されている^{8, 10)}。そこでHIV/エイズ看護の特徴を明らかにし、HIV/エイズ看護の充実を図るために、本研究はブロック拠点病院並びに拠点病院のHIV/エイズ看護の現状と看護師のHIV/エイズ看護に対する認識を把握することを目的とした。

II. 研究方法

調査を開始するにあたって、全てのブロック拠点病院並びに拠点病院（365施設）の看護管理者に、研究の主旨並びに対象者をエイズ診療に関連する場所で勤務する看護師とすることを説明した調査依頼書を郵送した。その結果、202施設（55.3%）から調査協力の承諾が得られた。

そこで調査期間を平成13年10月の1ヶ月間として、各施設から調査可能として申し出のあった看護師数の自記式質問紙を郵送した。郵送した質問紙は1部から50部の計2,601部であった。なお研究者は調査施設並びに対象者に対し、調査参加は自由意思であること、施設名および看護師名が決して特定されることはないことを書面で説明し、誓約した。

質問紙は経験年数、役職などの基本属性と、先行研

1) 宮崎大学医学部看護学科 University of Miyazaki, Miyazaki Medical College

2) 熊本大学医学部保健学科 Kumamoto University, School of Health Sciences

3) 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

究^{3-7, 11)}を参考にHIV/エイズ看護の特徴として考えられる16項目のHIV/エイズ看護支援をあげ、これらに対する看護経験の有無と看護の重要度の認識、看護を行う上での不安等によって構成した。16項目のHIV/エイズ看護支援に対する重要度の認識については、それぞれの項目別に「重要である」から「重要でない」までの5段階にわけて評価してもらった。なお感染経路の違いによって患者の抱える問題に相違があることが考えられるため、今回は患者数の多い「同性間の性的接触によるHIV/エイズ患者」に限定して調査を行った。調査承諾の有無にかかわらず、回答用紙は回答者が個別の封筒に入れ封をした後に、施設で回収して郵送してもらった。

分析に当たっては、看護の対象者に関する回答をもとにHIV/エイズ患者だけを担当する看護師（以下、エイズ専任看護師）と他の疾患患者の看護も行うがHIV/エイズ患者を優先的に担当する看護師（以下、エイズ兼任看護師）を合わせてエイズ担当看護師とし、それ以外の看護師を一般看護師と分類して比較・検討した。なお、統計解析はSPSS11.0Jを用いて t 検定、 χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定を行い、有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の臨床経験年数、役職、HIV/エイズ看護の経験について

1,956人（回答率75.2%）の看護師から回答が得られ、有

効回答数は1,804人（有効回答率69.4%）であった。

対象者の背景については表1に示すとおりであり、臨床経験年数は5年以下が最も多く482人（26.7%）で、ついで6年から10年以下が380人（21.1%）と10年以下が約半数を占め、平均の臨床経験年数は13.4（標準偏差10.1）年であった。役職としてはスタッフナースが74.7%であり、これまでにHIV/エイズ患者の看護を経験したことがある看護師は1,197人（66.4%）であった。

表1 対象者の背景

n = 1,804		
変 数 名	カテゴリー	人 (%)
臨床経験年数	5年以下	482 (26.7)
	6年～10年以下	380 (21.1)
	11年～15年以下	269 (14.9)
	16年～20年以下	238 (13.2)
	21年～25年以下	226 (12.5)
	26年～30年以下	158 (8.8)
	31年以上	46 (2.5)
	無回答	5 (0.3)
職 位	看護師長	192 (10.6)
	主任看護師	265 (14.7)
	スタッフナース	1,347 (74.7)
HIV/エイズ看護の経験	あ り	1,197 (66.4)
	な し	607 (33.6)

表2 エイズ担当看護師と一般看護師の比較

n = 1,804						
変 数 名	カテゴリー	エイズ担当看護師			一般看護師 (N = 1,599)	検定方法と有意差
		エイズ専任 (N = 14)	エイズ兼任 (N = 191)	小計 (N = 205)		
		人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
職 位	看護師長	4 (28.6)	45 (23.6)	49 (23.9)	143 (8.9)	Mann-Whitneyの U検定 ***
	主任看護師	1 (7.1)	51 (26.7)	52 (25.4)	213 (13.3)	
	スタッフナース	9 (64.3)	95 (49.7)	104 (50.7)	1,243 (77.7)	
HIV/エイズ看護の経験	あ り	14 (100)	121 (63.4)	135 (65.9)	1,062 (66.4)	χ^2 検定 n.s
	な し	0 (0)	70 (36.6)	70 (34.1)	537 (33.6)	
臨床経験年数	5年以下	3 (21.4)	15 (7.9)	18 (8.8)	464 (29.0)	
	6年～10年以下	0 (0)	35 (18.3)	35 (17.1)	245 (21.6)	
	11年～15年以下	3 (21.4)	25 (13.1)	28 (13.7)	241 (15.1)	
	16年～20年以下	0 (0)	42 (22.0)	42 (20.5)	196 (12.3)	
	21年～25年以下	4 (28.6)	41 (21.5)	45 (22.0)	181 (11.3)	
	26年～30年以下	2 (14.3)	26 (13.6)	28 (13.7)	130 (8.1)	
	31年以上	2 (14.3)	7 (3.7)	9 (4.4)	37 (2.3)	
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (0.3)	
	平均±標準偏差	18.0±10.7年	17.6±8.3年	17.6±8.5年	12.9±10.2年	t検定***

*** : p<0.001

対象者の内、エイズ担当看護師は205人（11.4%）であり、調査協力が得られた施設の55.0%（111施設）がエイズ担当看護師を配置していた。その内訳はエイズ専任看護師が14人（0.8%）で14施設（6.9%）に、エイズ兼任看護師が191人（10.6%）で106施設（52.5%）に配置されていた。

次にエイズ担当看護師と一般看護師に分けて比較した結果、表2に示すとおり臨床経験年数の平均±標準偏差はエイズ担当看護師が17.6±8.5年であり、一般看護師の12.9±10.2年に比較して有意に長かった。また役職は、エイズ専任看護師、エイズ兼任看護師ともに看護師長または主任看護師の割合が一般看護師よりも高く、職位は一般看護師に比べエイズ担当看護師の方が有意に高かった。

2. HIV/エイズ看護実践の現状について

一般看護師のうち537人（33.6%）はこれまでに HIV/エイズ看護の経験がなかったが、エイズ担当看護師でも HIV/エイズ看護の経験がない看護師が70人（34.1%）であった（表2）。そこで HIV/エイズ看護の経験がある1,197人を抽出して分析した。

まず HIV/エイズ看護実践の場をエイズ担当看護師と一般看護師で比較した結果、一般看護師では“病棟のみ”が75.6%で“病棟と外来の両方”が11.8%であったのに対し、エイズ担当看護師は“外来のみ”が33.1%で“病棟と外来の両方”が23.0%と病棟と外来の両方で看護を実践する看護師の割合はエイズ担当看護師の方が有意に高かった。

次に、エイズ担当看護師と一般看護師の16項目の看護

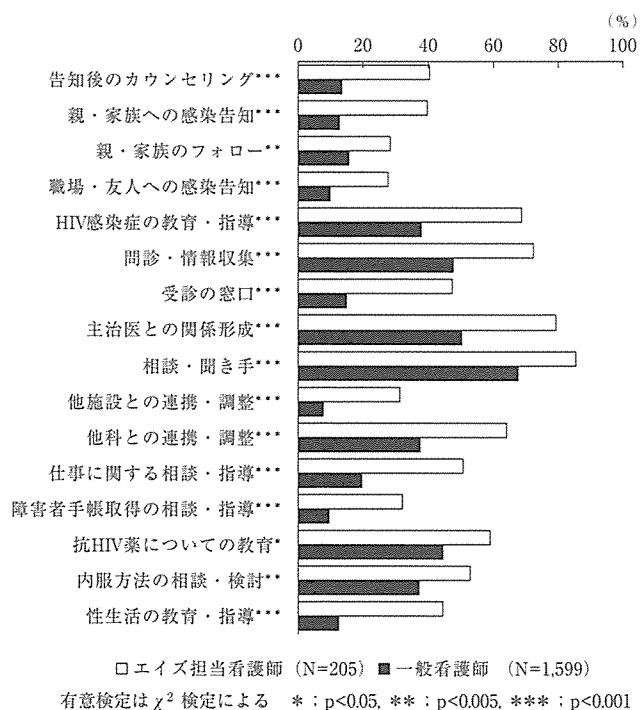


図1 エイズ担当看護師と一般看護師の看護実践経験者の割合

支援の実践について比較した。その結果、図1に示すとおり、両者ともに“相談・聞き手”“主治医との関係形成”“問診・情報収集”の実践経験者が多かった。しかし、すべての項目においてエイズ担当看護師の方が一般看護師よりも実践経験者の割合が高く、有意な差がみられた。特に一般看護師では“他施設への連絡・調整”“障害者手帳の相談・指導”“職場・友人への感染告知”の実践経験者が少なく、いずれも10%に満たなかった。なおエイズ担当看護師がいる施設とない施設で一般看護師の実践経験者の割合を比較したが、差はみられなかった。

HIV/エイズ患者の看護に対しては、看護経験者の53.5%が不安があると回答しており、その割合は、エイズ担当看護師（55.6%）と一般看護師（53.2%）の間で有意な差はみられなかった。

3. HIV/エイズ看護項目に対する重要度の認識について（表3）

16項目の看護支援に対する重要度の認識についてエイズ担当看護師と一般看護師を比較した結果、“受診の窓口”“他科との連携・調整”“性生活の教育・指導”についてはエイズ担当看護師の方が有意に重要であると認識していた（表3-1）。

次に HIV/エイズ看護経験の有無によって看護支援に対する重要度の認識を比較した結果、“告知後のカウンセリング”“主治医との関係形成”“他施設への連絡・調整”については、看護経験の無い看護師の方が有意に重要であると認識していた（表3-2）。一方、エイズ担当看護師のみを抽出し、看護経験の有無によって看護支援に対する重要度の認識を比較した結果では、両者間に有意な差はみられなかった。

また、HIV/エイズ看護経験がある看護師のみを抽出し、エイズ担当看護師と一般看護師にわけて看護支援に対する重要度の認識を比較した結果、エイズ担当看護師の方が“受診の窓口”“他科との連携・調整”について、一般看護師よりも有意に重要であると認識していた（表3-3）。

4. エイズ担当看護師の必要性について（図2）

エイズ担当看護師の必要性については、対象者の60.7%が“必要である”と回答しており、25.8%の看護師は“わからない”と回答していた。HIV/エイズ看護経験の有無によって比較した結果、看護経験のない看護師は経験がある看護師よりも“わからない”と回答した看護師が多く、有意な差がみられた。

次にエイズ担当看護師と一般看護師を比較した結果、看護経験の有無にかかわらずエイズ担当看護師は8割以上がエイズ担当看護師は“必要である”と回答していたのに対し、一般看護師は“必要でない”“わからない”と回答した人が多く、有意な差がみられた。

表3 HIV/エイズ看護支援に対する重要度の認識

1) 看護師の位置づけによる比較

看護支援	看護師 の分類	HIV感染者に対する看護支援としての重要度(%)					有意確率	有意差
		重要である	どちらかとい えば重要	どちらでも ない	どちらかといえ ば重要でない	重要ではない		
告知後のカウンセリング	担当	83.4	14.1	2.4	0	0	0.401	n.s
	一般	81.0	16.6	1.8	0.6	0		
親・家族への感染告知	担当	66.3	27.8	5.9	0	0	0.864	n.s
	一般	65.6	28.9	4.5	0.6	0.4		
親・家族のフォロー	担当	60.5	32.7	5.4	1.5	0	0.162	n.s
	一般	64.8	30.0	4.4	0.7	0.2		
職場・友人への告知の相談	担当	49.3	33.7	13.7	2.0	1.5	0.309	n.s
	一般	46.3	33.7	13.8	4.5	1.6		
HIV感染症の教育・指導	担当	87.3	9.8	2.9	0	0	0.477	n.s
	一般	85.5	12.7	1.6	0.2	0.1		
問診・情報収集	担当	64.4	30.7	4.4	0.5	0	0.987	n.s
	一般	65.3	27.2	7.0	0.3	0.1		
受診の窓口	担当	72.2	21.5	4.4	1.5	0.5	0.000	***
	一般	55.9	31.5	10.4	1.9	0.4		
主治医との関係形成	担当	69.8	24.9	4.4	1.0	0	0.155	n.s
	一般	64.8	28.5	6.1	0.6	0.1		
相談・聞き手	担当	66.8	29.8	2.4	0.5	0.5	0.311	n.s
	一般	63.9	29.7	5.9	0.5	0		
他施設への連絡・調整	担当	52.2	32.2	13.2	1.5	1.0	0.445	n.s
	一般	48.6	35.9	12.3	2.4	0.8		
他科との連携・調整	担当	60.5	31.2	7.3	1.0	0	0.014	*
	一般	51.8	36.8	9.8	1.3	0.3		
仕事に関する相談・指導	担当	44.6	42.2	12.7	0.5	0	0.161	n.s
	一般	41.8	39.9	15.5	2.5	0.3		
障害者手帳取得の相談・指導	担当	39.0	38.5	19.0	2.0	1.5	0.954	n.s
	一般	38.4	39.9	18.0	2.8	0.9		
抗HIV薬についての教育	担当	68.3	23.4	8.3	0	0	0.629	n.s
	一般	65.7	27.2	6.0	0.9	0.1		
内服の相談や検討	担当	71.7	22.9	5.4	0	0	0.629	n.s
	一般	65.1	29.0	4.9	0.8	0.2		
性生活の教育や指導	担当	77.5	19.6	2.9	0	0	0.028	*
	一般	70.3	24.3	4.4	0.8	0.3		

担当：エイズ担当看護師 (n=205) 一般：一般看護師 (n=1,599)
有意検定はMann-WhitneyのU検定による * : p < 0.05, ** : p < 0.01, *** : p < 0.001

2) HIV/エイズ看護経験の有無による比較

看護支援	看護経験	HIV感染者に対する看護支援としての重要度(%)					有意確率	有意差
		重要である	どちらかとい えば重要	どちらでも ない	どちらかといえ ば重要でない	重要ではない		
告知後のカウンセリング	あり	79.9	17.1	2.4	0.6	0	0.026	*
	なし	84.0	14.8	0.8	0.3	0		
親・家族への感染告知	あり	65.5	28.9	4.8	0.4	0.4	0.808	n.s
	なし	66.1	28.5	4.4	0.8	0.2		
親・家族のフォロー	あり	64.3	30.0	4.9	0.6	0.2	0.939	n.s
	なし	64.3	30.8	3.6	1.2	0.2		
職場・友人への告知の相談	あり	47.5	33.3	13.9	3.8	1.6	0.312	n.s
	なし	45.1	34.4	13.7	5.1	1.6		
HIV感染症の教育・指導	あり	85.5	12.3	1.8	0.3	0.1	0.750	n.s
	なし	86.0	12.5	1.5	0	0		
問診・情報収集	あり	64.9	27.4	7.0	0.4	0.2	0.609	n.s
	なし	75.7	28.0	6.1	0.2	0		
受診の窓口	あり	56.6	30.1	10.8	2.1	0.5	0.052	n.s
	なし	60.1	30.9	7.6	1.3	0.2		
主治医との関係形成	あり	63.7	28.7	6.4	0.8	0.1	0.016	*
	なし	68.7	26.7	4.4	0.2	0.1		
相談・聞き手	あり	63.8	29.3	6.2	0.6	0	0.451	n.s
	なし	64.9	30.5	4.3	0.3	0		
他施設への連絡・調整	あり	46.6	35.7	13.9	2.8	1.1	0.000	***
	なし	53.7	35.1	9.6	1.3	0.3		
他科との連携・調整	あり	51.8	36.5	9.4	1.8	0.4	0.190	n.s
	なし	54.6	35.3	9.7	0.3	0		
仕事に関する相談・指導	あり	40.9	40.4	15.7	2.6	0.3	0.084	n.s
	なし	44.5	39.5	14.2	1.6	0.2		
障害者手帳取得の相談・指導	あり	38.3	38.6	18.6	3.2	1.3	0.255	n.s
	なし	38.8	41.9	17.2	1.7	0.5		
抗HIV薬についての教育	あり	66.8	25.4	6.6	1.1	0.1	0.713	n.s
	なし	64.5	29.5	5.6	0.3	0		
内服の相談や検討	あり	66.4	27.3	5.4	0.7	0.3	0.713	n.s
	なし	64.9	30.3	4.1	0.7	0		
性生活の教育や指導	あり	70.1	23.9	5.3	0.7	0.1	0.122	n.s
	なし	73.1	23.5	2.3	0.7	0.5		

看護経験あり (n=1,197) 看護経験なし (n=607)
有意検定はMann-WhitneyのU検定による * : p < 0.05, ** : p < 0.01, *** : p < 0.001

3) HIV/エイズ看護経験ありの看護師の位置づけによる比較

看護支援	看護師 の分類	HIV感染者に対する看護支援としての重要度(%)					有意確率	有意差
		重要である	どちらかとい えば重要	どちらでも ない	どちらかといえ ば重要でない	重要ではない		
告知後のカウンセリング	担当	82.2	14.8	3.0	0	0	0.449	n.s
	一般	79.4	17.6	2.4	0.6	0		
親・家族への感染告知	担当	69.6	24.4	5.9	0	0	0.331	n.s
	一般	64.9	29.8	4.4	0.4	0.5		
親・家族のフォロー	担当	61.5	30.4	7.4	0.7	0	0.343	n.s
	一般	64.9	29.8	4.5	0.6	0.2		
職場・友人への告知の相談	担当	54.1	31.1	11.9	1.5	1.5	0.073	n.s
	一般	46.6	33.7	14.2	3.9	1.6		
HIV感染症の教育・指導	担当	88.9	7.4	3.7	0	0	0.253	n.s
	一般	84.9	13.1	1.6	0.3	0.1		
問診・情報収集	担当	67.4	28.1	4.4	0	0	0.373	n.s
	一般	64.5	27.6	7.3	0.4	0.2		
受診の窓口	担当	73.3	20.0	3.7	2.2	0.7	0.000	***
	一般	54.3	31.5	11.7	2.0	0.5		
主治医との関係形成	担当	68.9	25.2	4.4	1.5	0	0.174	n.s
	一般	62.9	29.5	6.8	0.7	0.1		
相談・聞き手	担当	69.6	26.7	2.2	0.7	0.7	0.114	n.s
	一般	63.3	29.6	6.6	0.6	0		
他施設への連絡・調整	担当	52.6	29.6	14.8	1.5	1.5	0.251	n.s
	一般	45.8	36.9	13.3	3.0	1.1		
他科との連携・調整	担当	63.0	29.6	5.9	1.5	0	0.004	**
	一般	50.1	37.8	9.8	1.8	0.5		
仕事に関する相談・指導	担当	46.3	41.0	11.9	0.7	0	0.058	n.s
	一般	40.0	40.7	16.2	2.8	0.4		
障害者手帳取得の相談・指導	担当	40.0	35.6	19.3	3.0	2.2	0.923	n.s
	一般	37.8	39.5	18.5	3.2	1.1		
抗HIV薬についての教育	担当	68.9	20.0	11.1	0	0	0.876	n.s
	一般	67.0	25.7	6.1	1.3	0		
内服の相談や検討	担当	73.3	18.5	8.1	0	0	0.127	n.s
	一般	65.5	28.5	5.0	0.8	0.2		
性生活の教育や指導	担当	76.3	20.7	3.0	0	0	0.077	n.s
	一般	69.5	24.1	5.7	0.8	0		

担当：エイズ担当看護師 (n=135) 一般：一般看護師 (n=1,062)

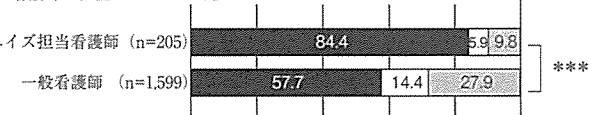
有意検定はMann-WhitneyのU検定による

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

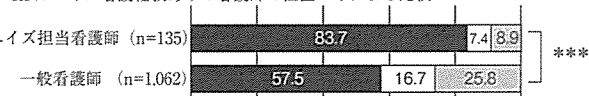
1) HIV/エイズ看護経験の有無による比較



2) 看護師の位置づけによる比較



3) HIV/エイズ看護経験ありの看護師の位置づけによる比較



■必要である □必要ではない □わからない
有意検定は χ^2 検定による ***: p<0.001

図2 エイズ担当看護師配置の必要性について

IV. 考 察

今回の調査に協力が得られた施設のうち半数以上の111施設に、205名のエイズ担当看護師が配置されていた。しかし、エイズ担当看護師の34.1%はこれまでにHIV/エイズ看護の経験がなく、この割合は一般看護師と差がなかつ

た。これは、エイズ拠点病院のうち、受療者数0人の施設が34%あったという報告¹⁰⁾と同様の結果である。我が国のHIV感染者の受療動向から考えると、たとえ現在はHIV/エイズ患者がいなくても、いつHIV感染者が受診しても対応できるような体制を整えておくことは重要である。

エイズ担当看護師の必要性については、約6割の看護師が必要であると回答していたが、1/4の看護師は“わからない”と回答しており、その割合は看護経験のない看護師の方が高かった。この理由として、エイズ患者の経験がない施設や看護師には、エイズ担当看護師の役割や機能が認識されていない¹¹⁾ことが考えられる。また、一般看護師の方がエイズ担当看護師よりもエイズ担当看護師の必要性を低く評価していた。看護の分野においては、専門看護師や認定看護師などの専門性の高い看護師が導入されているが、その定着については多くの問題を抱えている^{12, 13)}。今回の結果からも、何をもって専門性が高いと言えるのかを明確にすることやこれらの看護師配置による効果を評価していく必要がある。

本調査で用いた16項目の看護支援がHIV/エイズ看護の

特徴といえるのか、その信頼性・妥当性を検証した研究はない。そこで、HIV/エイズ看護の経験者のみをエイズ担当看護師と一般看護師に分けて比較した結果、16項目すべての看護支援について一般看護師の方がエイズ担当看護師よりも実践経験者が少なく、有意な差がみられた。“受診の窓口”や“告知後のカウンセリング”については外来受診時に実施されることが多いのに対し、一般看護師は看護活動の場が“病棟のみ”に限られている看護師が多かったことが原因として考えられる。しかし、HIV感染症や服薬に関する教育・指導・相談は、患者の疾患や治療への理解を深めてセルフケア能力を高めるために、外来、病棟にかかわらず欠かせない支援である。また、患者の療養生活を整えるためには、患者とのコミュニケーションだけでなく、家族などの患者を取り巻く人々や保健医療福祉関係者との連携・調整も円滑に行われなければならない^{4-6, 14, 15)}。ところが、これらの支援についても施設でのエイズ担当看護師配置の有無にかかわらず、一般看護師の実践経験者は半数以下であった。抗HIV薬の進歩により通院患者が増えている現在では、これまで以上に施設外との連絡・調整がHIV/エイズ看護に求められている^{5, 6, 15)}。今回は一般看護師に比べエイズ担当看護師の方が看護師長や主任看護師の割合が高かった。本調査からは看護師長や主任看護師がエイズ担当として位置づけられたのか、エイズ担当として位置づけられた後に役職が与えられたのかについてはわからなかったが、熟練した看護実践能力とリーダーシップやマネジメント能力を有する看護師が、病院と在宅をつなぐ窓口として外来と病棟の区別なくHIV/エイズ患者に関与できる体制を整えることは必須である。そしてその機能を十分に発揮できるためには、勤務時間の調整やチームをマネジメントできる権限と責任を組織として付与することも重要である¹⁶⁾と考える。

16項目の看護支援に対する重要度の認識は、HIV/エイズ看護経験の有無によって有意な差がみられたが、エイズ担当看護師については看護経験の有無による差はなかった。これについては、エイズ担当看護師と一般看護師の臨床経験の長さの違いによるものも考えられるが、ACCやブロック拠点病院では看護実務者を対象とした研修や教育・実習を頻繁に行っており、エイズ担当看護師と位置づけられることによってこれらに参加する機会が増えることが大きく関与しているものと考えられる。服薬アドヒアランス、在宅療養、高額な医療費などをキーワードとしたエイズ医療において、患者の主体性に重点をおき、セルフケア

能力の獲得を支援しながら外来通院による治療と生活とを両立させQOLを高めるような看護^{14, 15)}を実践するためには、単なる知識だけの習得ではなく、実習などを取り入れた研修や教育が必要であり、今後の検討課題である。

最後に、看護師の位置づけに関係なく、約6割がHIV/エイズ患者の看護に対して何らかの不安を感じていた。看護師の不安や困難の内容については、HIV/エイズ看護経験によって異なることが示されている¹⁷⁾が、これらの不安や困難を解消するためには、それぞれの施設の役割・機能にそった看護実践の評価を行い、ブロック拠点病院のような看護実践の蓄積がある施設の相談・教育機能を活用して、ネットワークを構築していくことが効果的であると考えられる。

V. 結 語

今回の結果からHIV/エイズ看護の経験がある看護師の約6割がHIV/エイズ患者の看護に何らかの不安を感じていることが示された。そこで看護師に対する教育内容の充実や医療施設の機能を補完しあうような施設間並びに看護師間の密な連携・ネットワークの構築が必要であるといえる。

また、HIV/エイズ看護の経験やエイズ診療における看護師の位置づけによって看護支援に対する重要度の認識が異なっており、特に病棟中心の一般看護師では家族などの患者を取り巻く人々や保健医療福祉関係者との連携・調整の実践経験者が少なかった。治療の進歩により外来通院によって治療と生活とをいかに両立させるかというセルフケアが重視されるようになってきたHIV/エイズ患者に対して質の高い看護を提供するためには、患者と医療者、そしてボランティア等も含めて幅広く保健医療福祉機関をつなぐ役割を担うことができる看護師を育成することや外来、病棟の区別なく看護を実践できるような体制を作っていくことが求められる。

謝 辞

本調査にご協力頂きましたエイズ拠点病院の看護師の皆様にご心から感謝致します。

なお、本研究は平成13年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制に関する研究」の一環として実施した。

また、本研究の一部は、第28回日本看護研究学会学術集会において発表した。

要 旨

HIV/エイズ看護の現状と看護ケアに対する認識を把握する目的で、平成13年10月に、ブロック拠点病院並びに拠点病院のエイズ診療に関連する場所で勤務する看護師を対象に質問紙調査を行った。

有効回答数は1804人（202施設）であった。エイズ専任またはエイズ兼任をあわせたエイズ担当看護師（以下エイズ担当）は55.0%の施設で配置されていた。一般看護師の33.6%、エイズ担当の34.1%がこれまでにエイズ患者の看護経験がなかった。エイズ看護に特徴と考えられるケアの経験者率はエイズ担当と一般看護師で有意な差がみられ、重要度の認識も異なっていた。またエイズ看護経験者の半数以上がエイズ看護に不安を感じていることがわかった。

今後はHIV/エイズ患者と医療者、保健医療福祉機関をつなぐ役割を担うことができる看護師の育成と、外来、病棟の区別なく看護実践ができるような体制を作る必要がある。

Abstract

In order to understand the current status and recognition of HIV/AIDS nursing in Japan, we performed questionnaire in October 2001, enrolling 1804 nurses, who were involved in HIV/AIDS care in 202 hospitals (55.3% of total hospital with HIV/AIDS care facilities).

The assigned and concurrent nurses of HIV/AIDS: i.e. nurses who were in charge of HIV/AIDS care, were allocated to 55.0% of hospitals with HIV/AIDS care facilities. There was no experience of HIV/AIDS care in 33.6% of general nurses, and 34.1% of nurses that were in charge of HIV/AIDS care, respectively. The nurses, who take charge of patients with HIV/AIDS, more frequently experienced the specific cares for HIV/AIDS nursing, and recognized more important role of them than general nurses. More than half of nurses, who had the nursing experience to patients with HIV/AIDS, felt concern about HIV/AIDS nursing.

These findings indicated that it is necessary to educate nurses who have ability to coordinate between patients with HIV/AIDS and health care/welfare system. It was also important to establish the system that can provide nursing specialists, who can care patients with HIV/AIDS throughout bedside and outpatient clinic.

文 献

- 1) 厚生労働省 エイズ動向委員会：平成15年エイズ発生動向年報，2004。 http://www.acc.go.jp/center/info_frame.htm
- 2) 武田謙治，渡辺 恵，他：医療連携におけるHIV/AIDS患者の療養継続支援の検討：その1 エイズ治療・研究開発センター新規受診患者の受診経路と転帰，日本エイズ学会誌，6(4)，237，2004。
- 3) Misao, H., Yamada, M. et al.: The role and function of the HIV/AIDS coordinator nurse in Japan, J. Assoc. Nurs. Aids. Care, 11(4)，89-96, 2000.
- 4) 前田ひとみ，南家貴美代，他：チーム医療における外来看護の専門職性－エイズコーディネーターナースに対する多職者の認識－，第32回日本看護学会論文集－看護総合－，5-7，2001。
- 5) 前田ひとみ，南家貴美代，他：HIV/AIDS医療におけるコーディネーターナース介入による影響，南九州看護研究誌，1，37-45，2003。
- 6) 池上千寿子，生島 嗣，他：HIV陽性者に対する地域の支援および陽性者によるサポート資源の活用について，日本エイズ学会雑誌，2(3)，205-210，2000。
- 7) 矢永由里子，山本政弘，他：HIVチーム医療における心理カウンセリングの機能－二重構造の枠組み－，日本エイズ学会雑誌，2(2)，111-117，2000。
- 8) 吉崎和幸：日本のエイズ，その医療体制の現状と問題点，日本エイズ学会雑誌，3(1)，31-38，2001。
- 9) 厚生労働省 疾病対策課：拠点病院の機能に関する検討会中間報告書，2002。
- 10) 山口拓洋，橋本修二，他：エイズ治療の拠点病院におけるHIV/AIDSの受療者数，日本エイズ学会雑誌，4(3)，91-95，2002。
- 11) 石原美和，本道子和，他：HIV/AIDS患者の療養継続への看護支援に関する研究，厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症の医療体制に関する研究 平成12年度研究報告書，1-5，2002。
- 12) 川上理子，嶋岡暢希，他：看護者のCNSへの認知と期待する役割からみた今後の課題，高知女子大学紀要，52，31-38，2003。
- 13) 岡谷恵子，富 律子，他：専門看護師（CNS）の機能と待遇の現状，Quality Nursing，5(4)，282-287，1999。
- 14) 野々山未希子：抗HIV薬の服薬アドヒアランスに関する研究，日本看護研究学会雑誌，23(5)，69-80，2000。
- 15) 本道子和，池田和子，渡辺恵：HIV感染者の継続的支援のための連携体制，看護展望，27(2)，278-282，2002。
- 16) モーリン・P・サリバン著 佐藤エキ子日本語監修：リーダーシップとマネジメント，へるす出版，東京，1995。
- 17) 南家貴美代，前田ひとみ，他：エイズ拠点病院における看護師の抱える不安と困難，日本エイズ学会雑誌，4(4)，348，2002。

〔平成16年7月21日受 付〕
〔平成17年5月27日採用決定〕

がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究

A Study on the Transition Process to Family Home Care of Terminal Cancer Patients

谷 口 友 理¹⁾

Yuri Taniguchi

松 浦 和 代²⁾

Kazuyo Matsuura

キーワード：がん患者，主介護者，在宅ターミナルケア，移行過程
cancer patients, care givers, terminal home care, transition process

I. はじめに

2001年の人口動態統計（厚生労働省）¹⁾によれば，がんによる死亡数は約30万人に達しており，1981年以降，死亡順位の第1位を占めている。がんの患者の在宅死は1960年には約6割を占めていたが，2001年にはがん患者の約9割が病院で死亡している。

1989年WHOは癌性疼痛治療と緩和医療に関する専門会議を開催し，「がんの痛みからの解放と緩和ケア」を採択し，その中で緩和ケアの定義を「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケア」と明らかにした²⁾。これ以降，わが国においても，疾患の治癒や救命を重視した従来の医療から，患者のQOLを重視した医療の転換が求められるようになった。特に，ターミナル期にある患者に対しては，疼痛や症状の緩和を重視した医療が望まれている³⁾。こうした国民のニーズを尊重して，ターミナル期の緩和ケア，ホスピスケア，および在宅ケアの充実を図ることが，がん看護における今後の課題のひとつとされている⁴⁾。

1989年6月，厚生省は「末期医療に関するケアの在り方の検討会」報告書を公表し，告知，延命治療の是非，末期医療のケアのあり方を提言した⁵⁾。厚生省と日本医師会は，この提言をもとにがん末期医療に関するケアのマニュアルを提示した。1990年の診療報酬改訂により「緩和ケア病棟入院料」が新設されている。その後も緩和ケア病棟に対する診療報酬の見直しなどにより，施設数は増加している。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会によれば，2002年6月末現在，全国で緩和ケア病棟の承認を受けているのは，104施設，1,953床である⁶⁾。

しかし，1999年のがん患者の死亡場所⁷⁾は，施設ホスピス1.9%を含めた病院死が90.4%，在宅死は6.5%である。在宅ホスピスはその必要性が高まっているにもかかわらず，数量的には拡大する傾向がみられていない。一方，が

ん患者の病院における在院日数の短縮傾向^{8, 9)}がみられており，在宅でターミナル期を過ごすがん患者が増加しているが，多くの不安を抱えた家族から，ホスピスケア研究会への電話相談が増えている¹⁰⁾。その内容は，医療者との関わり，告知に関すること，病状・治療との関係，ホスピスに関すること，不安な気持ちの受け止め，患者との関わり方・介護方法に関すること，在宅療養体制に関することである。わが国の在宅ホスピスケアに関する基準は，現状で定められていない¹¹⁾。

従来のがん患者の在宅ターミナルケアに関する研究は，在宅死を可能にする要因を検討した実践報告や事例報告が中心であった。しかし最近では，在宅ターミナルケアの実践内容の研究¹²⁾もいくつか報告されている。

訪問看護師の支援内容を検討した研究では，在宅ケアの導入期，安定期，臨死期における支援内容の報告¹³⁾や，訪問看護師の判断内容から在宅療養者の自己決定と家族の意向との不一致を解決するためのケア機能を分析した報告¹⁴⁾がある。小川ら¹⁵⁾は，訪問看護を利用して死亡したがん患者の家族と看護者による訪問看護のケア内容を評価している。外来・病棟看護師の在宅に向けての支援内容を検討した報告として，文ら¹⁶⁾は在宅療養の日数と退院指導内容の関連性について調査し，退院時のADLが在宅支援日数に影響していたことを報告している。だが，これらの研究は，データを診療録や看護記録から得たものが多く，がん患者や主介護者の実態を把握しきれていない可能性がある。

射場ら¹⁷⁾は，日本におけるターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題について，ターミナル期におけるがん患者とその家族の理解を深めるためには，がん患者や家族の体験に基づき，現象を記述していくような研究の積み重ねが必要であることを指摘している。

したがって，今後，がん患者や家族が希望する質の高い

1) サンビレッジクリニック Sunvillage Clinic

2) 旭川医科大学医学部看護学科 Asahikawa Medical College, School of Nursing

在宅ターミナルケアを実現するには、現実と直面している問題を明らかにし、在宅ターミナルケアへの移行を困難にしている要因を検討する必要がある。

本研究の目的は、がん患者を看取った主介護者を対象とした非構成的面接から、在宅ターミナルケアへの移行過程と関連要因を分析することであった。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は質的研究であり、記述的研究デザインとした。

2. 対象者

対象者は、がん患者を看取った主介護者（以下、主介護者）で、①在宅・病院でがん患者を直接介護し看取った体験を有すること、②患者の病名・病状について医師から説明を受けていたこと、③がん患者の死亡後6ヶ月～5年を経過したもの、の3条件を満たすものであった。地域住民の率直なニーズを把握するために、研究参加者は、特定の医療機関からの紹介によらず、A市B地区町内会の定例会において募集を行なった。

3. 方法

1) 面接方法

面接は個人面接とし、非構成的面接法とした。面接場所は、対象者の指定する場所とした。面接時間は約1時間を予定した。

2) 面接期間

面接期間は、平成13年2月から5月までとした。

3) 面接手順

- ①研究参加に応諾のあったものに、電話で研究の概略を説明し、口頭で面接参加への同意を得て、面接日時と場所を決定した。
- ②面接に際しては、対象者に再度、文書と口頭によって研究の主旨を説明した後、同意書に署名を得た。
- ③面接開始前に、簡易調査票への記入を依頼した。簡易調査票の内容は、主介護者とがん患者の基本的属性、病名告知の有無、闘病期間および看取りの場所であった。
- ④面接内容は、対象者の同意を得てテープレコーダーに録音した。録音に際しては、テープレコーダーを対象者の視野に入らない位置に設置した。
- ⑤面接の導入に際しては「○○（がん患者）さんの病気に気づいてから亡くなるまでの経過をお話してください」と依頼した。対象者がスムーズに話し始めた場合には、傾聴した。
- ⑥面接の導入部分で対象者が会話が窮する場合には、「受診のきっかけは何でしたか?」、あるいは、「○○（がん患者）さんのことを教えていただけますか?」と声をかけ、会話を促した。

⑦面接中は、対象者の心理状態に配慮し、傾聴と共感的理解を示した。

⑧面接途中で対象者の会話が途絶えた場合には、「次に○○（がん患者）さんはどのような状態になりましたか?」と声をかけ、会話を促した。

⑨面接終了後、録音テープから、逐語録を作成した。また対象者の表情や行動を観察記録に記載した。

4) 倫理的な配慮

研究以外の目的では使用しないこと、プライバシーを厳守すること、面接中においても会話が継続できない場合は面接の中止が可能であること、また面接後に研究に同意できなくなった場合にはその意志が尊重されること、について口頭で説明し、誓約書を手渡した。さらに、研究同意の署名を得た。

4. 分析方法

①逐語録の分析には、Berelsonの内容分析¹⁸⁾の手法を用いた。Berelsonは、内容分析を「表現されたコミュニケーション内容を客観的・体系的、かつ数量的に記述するための調査技法である。」¹⁸⁾と定義しており、分析対象を明らかにしたり、記述内容と目標を対照するなどの分析対象の持つ特性に関する研究に活用可能である¹⁹⁾と言われている。本研究は、がん患者の在宅ターミナルケアへの移行の過程を捉え、それに関連する要因を分析することが目的である。そのためには、がん患者を介護した主介護者の体験に基づき、時間的経過を辿りながら想起していく必要がある。したがって、本研究では、推論的要素を含めず可能な限り忠実に表す方法として、Berelsonの内容分析を用いることとした。逐語録の中から、ターミナルケアへの移行に関連するがん患者と主介護者の状況記述を抽出した。内容が一文一意味であるように、文脈に留意しながら記述を区切った。記録単位は一文脈とした。

②記録単位の意味が十分に伝達されない場合に限り、代名詞を固有名詞に置き換える修正を行った。

③個々の記録単位について類型化を繰り返し、サブカテゴリーを抽出した。

④サブカテゴリーに分類した記録単位数と人数を集計した。

⑤サブカテゴリーをAndersen & Newmanの行動モデル²⁰⁾を参考にし、看取ったがん患者・主介護者に関する先行要因、促進・阻害要因、ニーズ要因、及び在宅医療の支援体制の7カテゴリーに分類した。

⑤分析の妥当性を得るために、①～④の過程は、研究者とスーパーバイザー1名で分析内容の照合を行い、一致するまで討論を行った。さらに、分析結果については、別のスーパーバイザー1名に指導を受けた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

主介護者は15名であった。性別は女性12名男性3名で、年齢は43～78歳であった。職業は無職9名、有職6名であった。看取ったがん患者との続柄は娘6名、配偶者4名、嫁2名、姉妹2名および実母1名であった。看取りの場所は病院が13名、自宅が2名であった。

死別から面接までの期間は8ヶ月～4年10ヶ月で、平均は2年4ヶ月であった。面接中に、心理的動揺等により、面接を中断あるいは中止した事例はなかった。面接所要時間は約20～90分/名であった。

面接によって把握されたターミナルケアの状況に基づいて、主介護者を在宅ターミナルケアの希望の有無と、看取りの場所の相違から、3群に大別した(表1、2)。

第1群は在宅ターミナルケアを考える段階には至らず病

院で看取った群であった(n=5)。主介護者は女性が4名、男性が1名であり、年齢は40歳代前半～70歳代後半であった。看取ったがん患者の年齢は、40歳代後半～60歳代前半であった。初発が4名、再発が1名であり発病から死亡までの期間は1～8ヶ月であった。医師から告知を受けたがん患者は、1名であった。全例が症状の急変により死亡していた。

第2群は、在宅ターミナルケアを希望していたが断念しなければならぬ問題が生じ、病院での看取りをした群であった(n=8)。主介護者は女性が7名、男性が1名であり、年齢は50歳代前半～70歳代後半であった。看取ったがん患者の年齢は60歳代前半～80歳代後半であった。初発が3名、再発が5名であり、発病から死亡までの期間は6ヶ月～3年2ヶ月であった。医師から告知を受けたがん患者は1名であった。

表1 主介護者の基本的属性 (n=15)

	No	性別	死別時の年齢 (歳)	職業	看取ったがん 患者との続柄	同居の有無	副介護者
第1群	1	女	42	無職	嫁	有	叔母
	2	女	76	無職	母	無	婿・孫
	3	女	54	無職	妻	有	娘
	4	男	58	公務員	夫	有	娘
	5	女	57	会社員	姉	有	なし
第2群	6	男	74	無職	夫	無	娘2人
	7	女	52	無職	娘	有	妹
	8	女	57	会社員	妹	有	義兄・姪
	9	女	52	自営業	娘	有	妹
	10	女	52	無職	娘	無	父
	11	女	57	無職	娘	有	娘
	12	女	54	無職	娘	無	父
	13	女	58	公務員	嫁	有	義父
第3群	14	男	47	公務員	夫	有	義母
	15	女	54	無職	娘	有	母

表2 看取ったがん患者の基本的属性 (n=15)

	No	性別	年齢(歳)	がんの発病	がんの診断部位	闘病期間	病名告知の有無
第1群	1	女	64	再発	子宮	8ヶ月	無
	2	女	46	初発	肺	3ヶ月	無
	3	男	55	初発	肝臓	1ヶ月	無
	4	女	58	初発	肝臓	3ヶ月	有
	5	男	56	初発	前立腺	6ヶ月	無
第2群	6	女	70	再発	肺	1年	無
	7	男	80	初発	大腸	6ヶ月	無
	8	女	63	初発	肺	1年2ヶ月	無
	9	女	72	再発	大腸	3年2ヶ月	有
	10	女	74	再発	膵臓	2年6ヶ月	無
	11	女	80	初発	肺	6ヶ月	無
	12	女	70	再発	肺	1年	無
	13	女	88	再発	結腸	1年	無
第3群	14	女	49	再発	乳房	6年7ヶ月	有
	15	男	82	初発	肺	1年6ヶ月	無

第3群は、在宅ターミナルケアを希望し、在宅での看取りをした群であった（ $n=2$ ）。主介護者は1名が男性で48歳、1名が女性で59歳であった。看取ったがん患者の年齢は49歳と82歳であった。初発が1名、再発が1名であり、発病から死亡までの期間は6年7ヶ月と1年6ヶ月であった。壮年期のがん患者1名は医師から告知を受けていた。

2. 記録単位・サブカテゴリーの総数

逐語録の総文字数は45,935文字で、400字詰原稿用紙115枚であった。逐語録から得られた記録単位の総数は534であり、記録単位から抽出されたサブカテゴリーの総数は75であった（表3）。各群より得られたサブカテゴリーの内容は、以下のようであった。

3. 第1群

第1群のサブカテゴリー数は23、記録単位数は134であった（表4）。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、記述単位を「 」、事例Noを（ ）で示す。

1) 看取ったがん患者に関する分類内容

【先行要因】に属するサブカテゴリーは、<医療サービスに対する態度や信念>であった。ここでは、薬剤の使用や医療機関の利用について、主介護者より医療サービスに対するがん患者の認識が断片的に語られた。

【促進要因・阻害要因】に属するサブカテゴリーは、<在宅療養のための準備>であり、退院後の療養生活に向けて、がん患者自身が準備していたことが主介護者より述べられた。

【ニーズ要因】に属するサブカテゴリーは、9であった。看取ったがん患者の告知に関しては、<病名の未告知>、<余命の告知>のサブカテゴリーがそれぞれ含まれていた。<病状の楽観視>のサブカテゴリーでは、がん患者がいずれも病名告知を受けていなかった事例であり一例として、「（本人は）あーやっぱり疲れて風邪だったんでないって言ってたのね。」（No1）と、語っていた。<外泊経験>では、2名の主介護者のうち、1名はがん患者の外泊時の満足を、他の1名はがん患者が週末毎に外泊していたことを述べていた。<回復への期待>では、がん患者自身が回復を信じ、最後まで治療への努力を続ける一方で、<疾患・治療に対する不安>を訴えていたことを、主介護者は語った。<医療者に対する不信>では、症状が悪化するにつれて、医療者への信頼を失っていった様子が語られた。また、5名中4名の主介護者が、がん性疼痛、呼吸困難、全身倦怠感と腹水、活動の低下に関して、<症状のコントロールの困難さ>を述べていた。<症状の急激な悪化による死の転帰>のサブカテゴリーは、5名全員が語っていた。3名は、がん患者の意識が急激に低下し死に至ったことを語っており、2名は、数日前から一般状態がすぐれていな

かったことを語っていた。また1名は、死亡前に幻覚症状が出現した状況を、1名は大量出血があったことを述べていた。

2) 主介護者に関する分類内容

【先行要因】に属するサブカテゴリーは<医療サービスに対する態度や信念>であり、主介護者の2名は、「病院でないと無理ですからね」（No4）、「私はどうすることもできないし、病院に任せるしかない。」（No5）と、述べていた。

【促進要因・阻害要因】に属するサブカテゴリーは、抽出されなかった。

【ニーズ要因】のサブカテゴリーは、10であった。主介護者に関して、<疾患に関する説明>、<不治の告知>、<余命の告知>の内容が含まれていた。<情報不足・半信半疑>では、重篤な病気に対して、信じきれない時期があったことを語った。<回復への期待>の具体例は、「漢方薬とか一生懸命煎じて飲ましてたり、やっぱり婿さんも希望的だったね。」（No2）と、最後まで回復への希望をもっていたことを語った。<疾患・治療に対する不安>では、がんが進行したのではないかという不安や、薬の増量に対する不安について述べていた。<医療者に対する不信>では、医師からの説明や治療方針について、医療者との意見の相違があったことを述べていた。<治療経過>については、2名が積極的治療中であったことを語っていた。これに対し、1名は、緩和治療の段階にあったことを述べていた。<ターミナル期の覚悟>については、延命治療について限界を感じており、そのうち1名は、がん患者がターミナル期にあることを受け止め、病院での看病にあたっていたことを述べていた。<ターミナル期の心理状態>のサブカテゴリーは、5名中4名が、語っていた。がん患者のターミナル期において主介護者は、ショック、否認、不安、苦しい病人を見ていることのつらさ、無力感、喪失感、いらだち・後悔、あきらめの心情を語った。

【在宅医療の支援体制】では、<24時間の連絡体制>のサブカテゴリーが含まれていた。

4. 第2群

第2群で得られたサブカテゴリー数は28、記録単位数は282であった（表5）。

1) 看取ったがん患者に関する分類内容

【先行要因】に属するサブカテゴリーは<医療サービスに対する態度や信念>であり、病院の受診について、看取ったがん患者の意思が反映されていたことを述べていた。

【促進要因・阻害要因】に関するサブカテゴリーは、<医療機関までの距離>であった。1名の主介護者は「家の近くの医院に移ったんですけど、そこが家の近くだったから家で治療するよりも病院の方がいいのはって。」（No

表3 がん患者の在宅ターミナルケアへの移行と関連する要因

カテゴリー		群	サブカテゴリー (75)	記録単位数 (534)	人数
看取ったがん患者	先行要因	第1群	医療サービスに対する態度や信念	3	3
		第2群	医療サービスに対する態度や信念	5	4
		第3群	体質	1	1
	促進要因・阻害要因	第1群	在宅療養のための準備	1	1
		第2群	医療機関までの距離	1	1
		第3群	家屋環境	1	1
	ニーズ要因	第1群	病名の未告知	3	3
			余命の告知	1	1
			病状の楽観視	4	3
			外泊経験	3	2
			回復への期待	8	3
			疾患・治療に対する不安	4	2
			医療者に対する不信	3	1
			症状のコントロールの困難さ	10	4
			症状の急激な悪化による死の転帰	14	5
		第2群	治療に関する説明	2	2
			余命の告知	1	1
			病気について聞かないこと	6	4
			疾患・治療に対する不信	7	3
			医療者に対する不信	2	2
			療養場所の希望	12	6
			症状のコントロールの困難さ	27	7
			ターミナル期の心理状態	19	6
			臨死期の悪化・急変	22	6
第3群		病名・余命の告知	3	1	
		基本的ニーズの障害	18	2	
		療養場所の希望	4	2	
		在宅死の覚悟	1	1	
		ターミナル期の心理状態	3	1	
		臨死期の悪化・急変	6	1	

主介護者	先行要因	第1群	医療サービスに対する態度や信念	2	2
		第2群	医療サービスに対する態度や信念	11	5
		職業	2	1	
	促進要因・阻害要因	第2群	在宅ケアへの移行の問題	29	8
			経済状況	1	1
			医療機関までの距離	2	2
		第3群	在宅ケアへの移行に関連した要因	17	2
			経済状況	1	1
			職場の理解	3	1
			医療機関までの距離	1	1
	ニーズ要因	第1群	疾患に関する説明	2	1
			不治の告知	3	1
			余命の告知	1	1
			情報不足・半信半疑	6	3
			回復への期待	14	4
			疾患・治療に対する不安	3	1
			医療者に対する不信	13	3
			治療経過	5	3
			ターミナル期の覚悟	7	3
			ターミナル期の心理状態	23	4
		第2群	疾患に関する説明	3	3
			病名の告知	2	2
			不治の告知	1	1
			余命の告知	6	4
			疾患・治療に対する不満	9	4
			医療者に対する不満	10	4
			覚悟	18	8
			治療経過	13	5
			医療者への感謝	7	4
			介護の困難感	24	8
第3群		家族内役割の変化	4	3	
		ターミナル期の心理状態	36	6	
		余命の告知	2	2	
		治療経過	3	1	
	医療者への感謝	3	2		
	在宅での看取りの覚悟	3	2		
	介護の実践と達成感	12	2		
	家族内役割の調整	2	1		
	身体的負担	5	1		
	ターミナル期の心理状態	18	1		
在宅医療の支援体制	第1群	24時間の連絡体制	1	1	
		臨死期における病態の認識	3	1	
		臨死期における余命の告知	2	2	
		死別期の悲嘆	4	1	

表4 第1群の分析結果 (n=5)

人数 (記録単位数)

	カテゴリー	サブカテゴリー	実際の記述内容例
看取ったがん患者	先行要因	医療サービスに対する態度や信念 3 (3)	あの人は、病院嫌いだったから…。
	促進要因・阻害要因	在宅療養のための準備 1 (1)	(本人が) 何かそのためにベッドを用意したみたいだね。で帰ってきて点滴とか掛ける用意とかして。そのベットから電話とかもつなげて親しい人とかに電話したり何かして。
	ニーズ要因	病名の未告知 3 (3) 余命の告知 1 (1) 病状の楽観視 3 (4) 外泊経験 2 (3) 回復への期待 3 (8) 疾患・治療に対する不安 2 (4) 医療者に対する不信 1 (3) 症状のコントロールの困難さ 4 (10) ① 疼痛 3 (6) ② 呼吸困難 1 (1) ③ 全身倦怠感 1 (1) ④ 腹水 1 (1) ⑤ 活動の低下 1 (1) 症状の急激な悪化による死の転帰 5 (14)	夫 (本人) はがんって知らなかった。 もう、あと2～3ヶ月かそれくらいだろうって。 (本人は) あーやっぱり疲れて風邪だったんでないって言ってた。 たまあに家に帰っていいですかとは聞いて土日とかに毎週ね、帰っていたけど。 おならと便とおしっこさえ出ればこの腹は楽になるって。 夜に「お母さん心配かけてごめんね。」ってよく電話きたしね。何か感じていたのか、不安になったりしてたんだね。(本人は) 面と向かって弱きにはならなかったよ。 やっぱりあの時の涙は無念だっていう涙だと思うんだけど、涙を流していたの。 あれしている間はすごく苦しかったらしい、痛くてね。 おとそを飲んだ時も、ちょっとのあれなのに急にむせて、飲めなかったの。 「もうこわくて、こわくて。」って便器にもたれてるの。そして個室に移ったの。 肝臓の場合はね腹水がすごいでしょ。だから本人も異常な腹を常に気にしてトイレに行っているから。腹水も3日に1回は抜いていた5リットルくらいずつ。 体も動かないわねとかってつぶやいてたりしてた。 眠ることが多くなって急に物食べなくなってしまうようになった。
主介護者	先行要因	医療サービスに対する態度や信念 2 (2)	私はどうすることもできないし、病院に任せるしかない。
	ニーズ要因	疾患に関する説明 1 (2) 不治の告知 1 (3) 余命の告知 1 (1) 情報不足・半信半疑 3 (6) 回復への期待 4 (14) 疾患・治療に対する不安 1 (3) 医療者に対する不信 3 (13) 治療経過 3 (5) ターミナル期の覚悟 3 (7) ターミナル期の心理状態 4 (23) ① ショック 2 (3) ② 否認 1 (1) ③ 不安 1 (1) ④ 「苦しい病人を見ているつらさ」 2 (4) ⑤ 無力感 2 (6) ⑥ 喪失感 1 (1) ⑦ いらだち・後悔 1 (3) ⑧ あきらめ 2 (4)	肺に転移しているって、言うのね。 手術とか治療の対象ではないって言われた。 医者にも、もう何ヶ月の命って言われていた。 あー何か変だとは思っていたんだけど。 漢方薬とか一生懸命煎じて飲ましてたり、やっぱり皆さんも希望的だったね。 私がね、薬がきつくなってきたからでないでしょうかってね、こんなでいいんでしょかって聞いた事があるの。 自分はやれることをして欲しかった。 点滴とか、いっぱいしていましたよ。輸血したりとかしていろいろやった。 もうこれ以上は、っていう段階になったらその時はあれこれしないでって、医者には言いましたね。 あまりに突然のことで信じられませんでした。 私より先になんてそんなこと認めたくないし。 私たちにしたら何か不安でいたの。 痛がるのだけは、見てるのもつらくてさー (私が) わーわー泣きながら毎日病院行ったよ。 水のまじたり、痛いとかさすったりずっとと傍にいたことしかとにかくできなかった。 何が支えだってあの人が支えだった。離婚しても、あの人がいたからやっていけた…。 早くから病院行っていれば、こんなことにならなかった。 ま、しかたないことなんだけども。
	在宅医療の支援体制	24時間の連絡体制 1 (1)	1回だけ。結婚式の日だけで、外出した時も先生は待機していた。「ほくいつでもいます。」って外出する時にも言われたもん。

13) と、医師の勧めにより、看取ったがん患者の療養場所を決定していたことを述べていた。

【ニーズ要因】のサブカテゴリーは、9であった。《治療に関する説明》は、治療について、看取ったがん患者に対する医師からの説明内容を語っていた。《余命の告知》では、患者自身の希望により、医師から余命を知らされたことと主介護者が語った。《病気について聞かないこと》では、がん患者からは、「分かっていたかもしれないけど、

口にはしなかった。」(No12)のように、自分ががんであることを尋ねなかった、と主介護者が語っていた。しかし、「入院しててもよくならないし、体こわいし。何かおかしいんじゃないかっていう感じじゃあない。自分の心の中で何かちがうんじゃないっていう感じ。」(No12)と主介護者が述べたように、がん患者自身が《疾患・治療に対する不信》も感じていた。《医療者に対する不信》では、看取ったがん患者の1名は医療者に対する失望感について、

表5 第2群の分析結果 (n =8)

人数 (記録単位数)

	カテゴリー	サブカテゴリー	実際の記述内容例
看 取 っ た が ん 患 者	先行要因	医療サービスに対する態度や信念 4 (5)	病院行くの嫌だしなつて。
	促進要因・阻害要因	医療機関までの距離 1 (1)	家の近くの病院に移ったんですけど、そこが家の近くだったから家で治療するよりも病院の方がいいのはって(医師に勧められた)。
主 介 護 者	ニーズ要因	治療に関する説明 2 (2) 余命の告知 1 (1) 病気にについて聞かないこと 4 (6) 疾患・治療に対する不信 3 (7) 医療者に対する不信 2 (2) 療養場所の希望 6 (12) ①「病院にいたくない」 2 (3) ②「病院にいたい」 2 (3) ③外泊・退院の希望 6 (6) 症状のコントロールの困難さ 7 (27) ①呼吸困難 5 (15) ②疼痛 2 (6) ③食欲不振 3 (3) ④全身倦怠感 2 (3) ターミナル期の心理状態 6 (19) ①否認 1 (3) ②不安 2 (3) ③悲嘆 1 (1) ④後悔 1 (1) ⑤受容 5 (10) ⑥安堵 1 (1) 臨死期の悪化・急変 6 (22)	本人へは肺がくもってるからその治療をするって言われてる。 4回目の手術の時はね、本人が聞いたの。(本人が)どのくらいもつのって聞いた。手術してもさ、1ヵ月だって。 分かってたかもしれないけど、口にはしなかった。 入院してもよくならないし、体こわいし。何かおかしいんじゃないかという感じじゃない？自分の中で何か違うんじゃないという感じ。 医者に見離されたって、本人が言ってた。 もう、飽きたっていう感じだった。 病院は嫌だったんだけど、病院にいるほうが安静にいられたっていうかな、薬にいられたんだと思うよ。寝たい時に寝て、あの、静けさも。 1度は家に帰りたいということで帰って。 もう息が絶え絶えでさ。 苦しい。この辺マッサージしてくれて言うんだわ。やっぱり、痛いのか苦しいのかわからないけどね。揉んでくれ、擦ってくれて。 食べられなかった。 さすがに言わないおばあちゃん(本人)がね、足上げてとかって言った。 死ぬわけ無いと思っとったかもしれない。 すごく不安だったみたい。 先生に(予後を)言われて泣いてた。 いろいろ思い残す事はあったと思う。いろんな人方をうちに呼んでお茶のあれをここのでやりたいって言ってた。 父さんは死ぬのは何も怖くないよ、母さんも天国にいるしってにこにこして言った。 気分的にあー、いんだ。ってそれで少し快方に…。して気分的にも少し食べれるようになったりして。(後略) 入院して次の日に亡くなった。今日は安心して寝るだけだったのに…。
	先行要因	医療サービスに対する態度や信念 5 (11) 職業 1 (2)	病院に頼るしかない。 私がいないと店開くことできないし、女の子使ってたし、やっぱり何かあったら困る
主 介 護 者	促進要因・阻害要因	在宅ケアへの移行の問題 8 (29) ①物的問題 2 (3) ②人的問題 2 (8) ③医療者の問題 8 (18) 経済状況 1 (1) 医療機関までの距離 2 (2)	ここなんも機械ないし何もないもん、手当てできないでしょう。 あの人(おじいちゃん)が一番手がかかった。 1回帰ってしまったら、もう往診とかっていうのはできない、と言われた。 そんなこと(在宅ケアの継続を)考えたけど、生活できなくなる 近い今までの病院にした。
	ニーズ要因	疾患に関する説明 3 (3) 病名の告知 2 (2) 不治の告知 1 (1) 余命の告知 4 (6) 疾患・治療に対する不満 4 (9) 医療者に対する不満 6 (10) 覚悟8 (18) ①ターミナル期の覚悟 4 (5) ②病院での看取りの覚悟 4 (5) ③在宅での看取りの覚悟 3 (8) 治療経過 5 (13) 医療者への感謝 4 (7) 介護の困難感 8 (24) 家族内役割の変化 3 (4) ターミナル期の心理状態 6 (36) ①「病名を隠すことのつらさ」 3 (19) ②「苦しい病人を見ているつらさ」 4 (7) ③後悔 2 (2) ④あきらめ 2 (2) ⑤満足 3 (6)	だいぶがん…進行していますって。 この時はがんって私は知っていた。 じいちゃんのような死にはできないよって言われた。 何日も、そう、あと3日くらいしかもたないな～って(医師が)言ってた。 どこ行ってもいい返事ももらえないんだ。いい答えがないんだ。あーもうこれ大丈夫ですよ、なんて聞いたことなかった。 病院では水もやっちゃあいけないって。…そんなかわいそうな思いさせなくっても。(後略) 延命の処置はしないで、とは言っていた。 最後は思わなかった。うん。最終的には病院。 連れてくよ。おうちにいて苦しいっていう状況になったら、近医でもどこでもその都度連れて行って診てもらおう。おじいちゃんの時もそうだったから。 何もしないよりはって抗がん剤とかやってた。 本人の好きなことをさせてくれた。 やっぱり帰っても手当てできないでしょう。 おばあちゃんのやってた仕事全部、1人で背負わなくてはならない。 「もしがん」って聞かれたらどうしよう、どうしよう。ってなんて言えばいいかそれが困ってた。 呼吸器のがんは見てるのもつらい。 もっと早い段階で大きな病院に行っていたら…。 あとからはもうしようがないという感じ。 最期まで2人で看れたから。1ヶ月びっちり看れたし、それは良かった。

他の1名は情報不足に対する不満を述べていた。〈療養場所の希望〉のサブカテゴリーでは、3つの内容に分けられた。その内容は、①病院にはいたくない、②病院にいたい、③外泊・退院の希望であった。〈症状のコントロールの困難さ〉では、8名中7名が述べていた。そのうち、最も多かった呼吸困難については、5名が述べていた。その他では、疼痛、食欲不振、全身倦怠感があげられていた。

〈ターミナル期の心理状態〉では、がん患者の否認、不安、悲嘆、後悔、受容、安堵といった心情を主介護者が語っていた。〈臨死期の悪化・急変〉は、病状が急転し、臨終に至った事例は6名であった。そのうち3名の主介護者は、がん患者の在宅療養中に病状が急変し、往診を呼んだ時の様子を語っていた。他の3名は、症状の急変を述べており、死を予期できなかったことについて述べていた。また、対症療法のために短期入院をした1名は、「入院して次の日に亡くなった。今日は安心して寝るだけだと思ったのに…」(No8)と、突然の死が訪れたことを語っていた。

2) 主介護者に関する分類内容

【先行要因】に関して、〈医療サービスに対する態度や信念〉では、がん治療に対する認識や病院に任せたいとする内容を述べていた。また、〈職業〉に関しては、仕事の都合で、在宅ケアの継続が困難であったことを語っていた。

【促進要因・阻害要因】に関しては、〈在宅ケアへの移行の問題〉について、8名全員が述べていた。その内容は、①物的問題、②人的問題、③医療者の問題であった。①物的問題では、「ここなんも機械ないし何もないもん、手当てできないでしょう。」(No6)のような、在宅におけるケアの困難感を述べていた。②人的問題では、家族員の中に高齢者がおり、「あの人(おじいちゃん)が一番手がかかった。」(No10)のように、自宅の状況が人的な側面で療養環境に不適切であったと述べていた。③医療者の問題は、医療者の要因については8名全員が述べていた。5名は、医師の往診について語っており、その一例では、「1回帰ってしまったら、もう往診とかっていうのはできない、と言われた。」(No7)と、述べていた。2名は、医師からの在宅療養に関する説明には触れていなかったと語った。他の1名は、病院のシステムについて不満を述べていた。〈経済状況〉では、在宅療養の継続について、経済上の問題を述べていた。〈医療機関までの距離〉では、病院選択の基準に、医療機関の距離をあげていた。

【ニーズ要因】のサブカテゴリーは、12であった。ここでは、〈疾患に関する説明〉や〈病名の告知〉に関するサブカテゴリーが含まれており、〈不治の告知〉については、疾患の治癒が望めないことを、〈余命の告知〉ではがん患者の死が間近にあることを医師より説明をされ

ていた。〈疾患・治療に対する不満〉では、主介護者の1名が診断結果について、1名は治療結果について、また2名は検査・処置に対する不満を述べていた。一方、医療者の対応については4名が〈医療者に対する不満〉を表出しており、他の2名は医療者に対する不信を述べていた。また1名は、医師からの疾患に関する説明が不足していたことを、さらに1名は家族の介護参加の要望を述べていた。〈覚悟〉のサブカテゴリーは8名全員が述べており、第2群では内容が3つに分かれていた。その内容は、①ターミナル期の覚悟、②病院での看取りの覚悟、③在宅での看取りの覚悟であった。〈治療経過〉において、主介護者は看取ったがん患者の病状悪化について語っており、抗がん剤による治療やその副作用について述べていた。〈医療者への感謝〉では、医療者の対応について、「本人の好きなことをさせてくれていた。」(No9)と、感謝を述べていた。〈介護の困難感〉のサブカテゴリーは、8名全員が述べていた。代表的な例では、「やっぱり帰っても手当てできないでしょう。」(No6)と、これに類似した内容が、8名中7名から述べられていた。〈家族内役割の変化〉では、家族内の役割変更について述べており、一例をあげると、「おばあちゃんのやっていた仕事全部、1人で背負わなくてはならない。」(No6)と、役割の負担を述べていた。〈ターミナル期の心理状態〉では、病名を隠すことのつらさ、苦しい病人を見ていることのつらさ、後悔、あきらめ、満足といった心情を語った。

【在宅医療の支援体制】に属するサブカテゴリーは、抽出されなかった。

5. 第3群

第3群で得られたサブカテゴリー数は24、記録単位数は118であった(表6)。

1) 看取ったがん患者に関する分類内容

【先行要因】は〈体質〉について、「入院すると、実はアトピー体質で、普通の食事は湿疹が出て駄目なんです。」(No14)と、看取ったがん患者の体質から食事への気遣いをしていたことを述べていた。

【促進要因・阻害要因】に関しては〈家屋環境〉であり、家屋内の工夫により、がん患者のADLが維持されていたことを主介護者は語っていた。

【ニーズ要因】のサブカテゴリーは、6であった。〈病名・余命の告知〉では、「がんだと告知は、(本人に)されました。(中略)予後とか、はっきり言われましたよ。予後は、1年以上5年以内くらい。」(No14)と、医師より説明されていたことを語った。〈基本的ニーズの障害〉については、主介護者が、疼痛、呼吸困難、腹水、褥瘡といったがん患者の主症状に加えて食欲不振が併発していたことを述べていた。また介護上の問題では、排泄について述

表6 第3群の分析結果 (n =2)

人数 (記録単位数)

	カテゴリー	サブカテゴリー	実際の記述内容例
看 取 っ た が ん 患 者	先行要因	体質 1 (1)	入院すると、実はアトピー体質で普通の食事は湿疹が出て駄目なんです。
	促進要因・阻害要因	家屋環境 1 (1)	たまたま妻が寝ていた部屋は、トイレがすぐ近くて手すりを付けたら (トイレが) できて。
	ニーズ要因	病名・余命の告知 1 (3) 本来的ニーズの障害 2 (18) ①疼痛 1 (3) ②呼吸困難 1 (1) ③食欲不振 2 (5) ④排泄に伴う問題 2 (5) ⑤腹水 1 (1) ⑥褥瘡 1 (1) ⑦活動の低下 1 (2) 療養場所の希望 2 (4) 在宅療養の理由 在宅死の覚悟 1 (1) ターミナル期の心理状態 1 (3) ①あきらめない 1 (1) ②感謝 1 (2) 臨死期の悪化・急変 1 (6)	がんだと告知は、(本人に) されてました。(中略) 予後とか、はっきり言われましたよ。予後は、1年以上5年以内くらい。 (ベッドから起きるのに) 手を貸してやらないと、痛がる。 なんか胸が苦しいって。 衰弱して、本当に食べられなくなった。 やっぱ悩んだのはトイレ。トイレが大変だった。 おなか見たらぶーってふくれてるの。そこ (病院) で腹水1リットル抜いた。 1日に何回も歩かなくなってきたら、今度床ずれ。死ぬ1週間前からできてた。 始めは病院の中に入れたんだけど、だんだん悪くなって、看護婦さんが車のところへきて、打ってくれて。 子どもは小さいし、なるべく子どもと接してたいので、入院してしまうと…。 妻 (本人) は、最後まで家にいたいと言った。 最後まで、病氣と闘う気力を持ち続けていた。 妻 (本人) も私は、「幸せだ」って言ってくれて。 血圧が下がって、危ないって点滴しているうちに、呼吸がなくなったりして…。(後略)
主 介 護 者	先行要因	医療サービスに対する態度や信念 1 (2)	いや (困ったことはない)。私やっぱし、掛かりつけの先生の言う事をちゃんと聞いて。全面的に信頼もしてたから。
	促進要因・阻害要因	在宅ケアへの移行に関連した要因2 (17) ①物的要因 2 (2) ②人的要因 1 (1) ③医療者の要因 2 (14) 経済状況 1 (1) 職場の理解 1 (3) 医療機関までの距離 1 (1)	8時とか9時とかになると、病院から出ていかなきゃならないから。 それ (介護) は愛情だよな。 夜中でもいつでも電話できて来てくれる状態だった。 経済的に苦しかったら外に出なくちゃいけない。 移動先を希望できるので、自宅に近い…。 家の近くだったのが幸運でした。それがないとたぶん…。
	ニーズ要因	余命の告知 2 (2) 治療経過 1 (3) 医療者への感謝 2 (3) 在宅での看取りの覚悟 2 (3) 介護の実践と達成感 2 (12) 家族内役割の調整 1 (2) 身体的負担 1 (5) ターミナル期の心理状態 1 (18) ①「信頼されること」 1 (2) ②意志 1 (5) ③不安 1 (1) ④あきらめ 1 (3) ⑤満足 1 (2) ⑥燃え尽き (バーンアウト) 1 (5) 臨死期における病態の認識 1 (3) 臨死期における余命の告知 2 (2) 死別期の悲嘆 1 (4)	本当は手術したいんだけど、年も年だからこのままでおいたら1年もつからって言われた。 病院では、ホルモン剤だけは (やった)。それだけかな。それをやりながら、丸山ワクチンをやっていた。 やっぱ安心感がある。そういうのが前提にあったの僕の看護でした。 (覚悟は) できてた。 食べさせたり、朝起きて、薬飲ましたり、食べさせて。それから職場に行って12時に迎えにきて、トイレさせたり。 おばあちゃんはね、食事のことやってくれて、で、僕は1週間に1回当番があつて。 介護も、仕事も家事も、という、つらいですね。 看護婦さんより (だったら)、最後までわがまま言えないでしょう。夫だったら、痛いとか言えるから。最後まで、僕が一番いいんですよ。 僕と妻は最後まで死の恐怖より、生きられるんだと、生きて見せるんだと、そういう方が強かった。 友達に会わせると妻の方で、もう駄目じゃあないかと思って萎縮しちゃうと困る。 必死になって、どっかで2人であきらめてね。 自分が最後まで看れたので、そういったことに関しては悔いはない もう2人とは看れないな。おばあちゃんが倒れた時には、入院してもらえない。 (本人の) 顔が赤いわけ。あー、熱があるねって (医師が) 言っていたから、自分は熱があるだけだとばかり思っていた。 その時になって先生も「ちょっと、もうやっぱ駄目じゃあないかな。もし会わせたい人がいたら、会わせるように」と。 ある程度、妻の世話をしたり、話をしたり、逆にそういうこといっぱいやってた方が、後で悔いないんじゃないかな…。

べていた。さらに主介護者の1名は、がん患者の病状の進行に伴う活動の低下の状況について語っていた。《療養場所の希望》では、在宅療養の理由として、主介護者の1名は、「子どもは小さいし、なるべく子どもと接していたいので、入院してしまうと…。」(No14)と、家族と共に過ごしたいというがん患者の考えを語っていた。他の1名は高齢のため、がんの罹患前より、がん患者が在宅療養していたことを主介護者は述べていた。《在宅死の覚悟》では、「妻(本人)は、最後まで家にいたいと言った。」(No14)と、1名の看取ったがん患者自らが、在宅療養についての意思を述べており、《ターミナル期の心理状態》を家族に語っていたことを述べていた。《臨死期の悪化・急変》では、主介護者の1名は「血圧が下がって、危ないって点滴しているうちに、呼吸がなくなったりして…。(後略)」(No14)と、がん患者の臨終について、詳細に語った。

2) 主介護者に関する分類内容

【先行要因】のサブカテゴリーは《医療サービスに対する態度や信念》であり、往診医の存在により不安がなかったことを述べていた。

【促進要因・阻害要因】に関するサブカテゴリーは、4であった。《在宅ケアへの移行に関連した要因》では、2名ともに述べていた。①物的要因の内容では、病院の面会時間の制限が在宅ケアへの決意につながったこと、また住居の改築について述べていた。②人的要因では、介護への意思について語っていた。③医療者の要因は、医療機関への連絡と対応がいつでもできる状態にあり、往診の医師から在宅での看取りに関する勧めがあったことを述べていた。その他、1名は《経済状況》について、他の1名は《職場の理解》と往診医や訪問看護ステーションの利便性に関する《医療機関までの距離》について、述べていた。

【ニーズ要因】のサブカテゴリーは11であった。《余命の告知》では、医師からの余命期間の説明について述べていた。そのうち1名の主介護者は《治療経過》の中で、がんの治療との併用した治療として、「(前略)丸山ワクチンをやっていた。」(No14)と、述べていた。《医療者への感謝》の1名は希望した治療を施してくれたことを、他の1名は症状を発見してくれたことへの感謝を述べていた。第3群では、《在宅での看取りの覚悟》を2名ともに述べており、《介護の実践と達成感》のサブカテゴリーでは、日常生活の援助や、点滴の管理、ワクチン投与を自己評価していた。《家族内役割の調整》では、家族内の役割について、副介護者との役割分担の様子を述べていた。しかし、「介護も、仕事も家事も、というところがつらいですね。(中略)1週間くらい入院してほしいとか、正直考えたこともあります。」(No14)のような《身体的負担》も同様に述べていた。《ターミナル期の心理状態》では、燃え尽き(バー

ンアウト)の具体例として、「もう2人とは看れないな。おばあちゃんが倒れた時には、入院してもらうしかない。」(No14)と、語っていた。《臨死期における病態の認識》では、臨死期の状況について、その場の事態を乗り越えられると考えていた。《臨死期における余命の告知》では主介護者の2名が医師より説明を受けていた。《死別期の悲嘆》では、がん患者と死別後の子供たちの悲嘆について心配していたことを主介護者が語った。

【在宅医療の支援体制】に属するサブカテゴリーは、抽出されなかった。

6. 各群の分析

これまでの内容について、主介護者より語られた、看取ったがん患者と主介護者の主なサブカテゴリーを対比し、主介護者の状況の変化と関連づけながら、各群の分析を行なった。その結果、各サブカテゴリー間の関係、およびサブカテゴリーの内容に特徴が認められた。以下、各群ごとにその分析内容を述べる。

1) 第1群

第1群の主なサブカテゴリーを示した(図1)。看取ったがん患者に対しては、《病名の未告知》が多く、がん患者自身は《病状の楽観視》する傾向を示し、《回復への期待》を抱いていた。医師から《余命の告知》を受けた主介護者は1名であり、第2群・第3群と比較してその割合が低かった。《情報不足・半信半疑》については、がんという診断にいまだ確信が得られず、患者と同様に主介護者も《回復への期待》を抱いていたといえる。しかし、その一方で、看取ったがん患者は《症状のコントロールの困難さ》を経験しており、急性症状と積極的治療による副作用の強さを主介護者は感じていた。

こうした闘病経過から、主介護者の中には、延命治療の限界を感じていたものが3名おり、《ターミナル期の覚悟》のサブカテゴリーが表出されていた。

がん患者の《症状の急激な悪化と死の転帰》では急変の状況が克明に述べられており、主介護者の《ターミナル期の心理状態》としては、ショックや無力感といった様々な心理反応が表出されていた。

2) 第2群

第2群の主なサブカテゴリーを示した(図2)。前述のように、7名のがん患者が病名の告知を受けておらず、がん患者は長期化する入院と症状に改善がみられないことについて《疾患・治療に対する不信》と《医療者に対する不信》を感じていた。一方、医療者や主介護者に対して《病気について聞かないこと》というサブカテゴリーが、第2群では出現していた。また、がん患者の《症状のコントロールの困難さ》では、苦痛の緩和はある程度は得られていたものの、治療の副作用も含めて治療では緩和できない

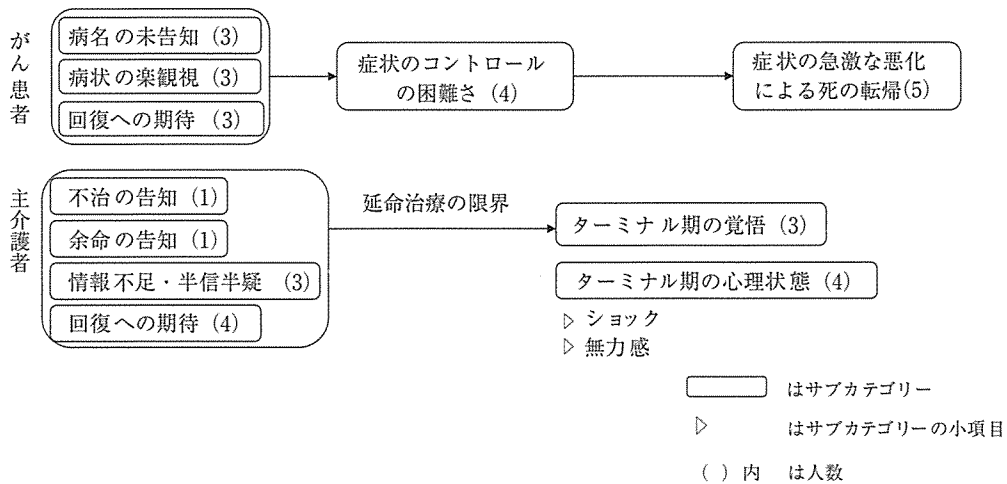


図1 第1群の主なサブカテゴリー (n=5)

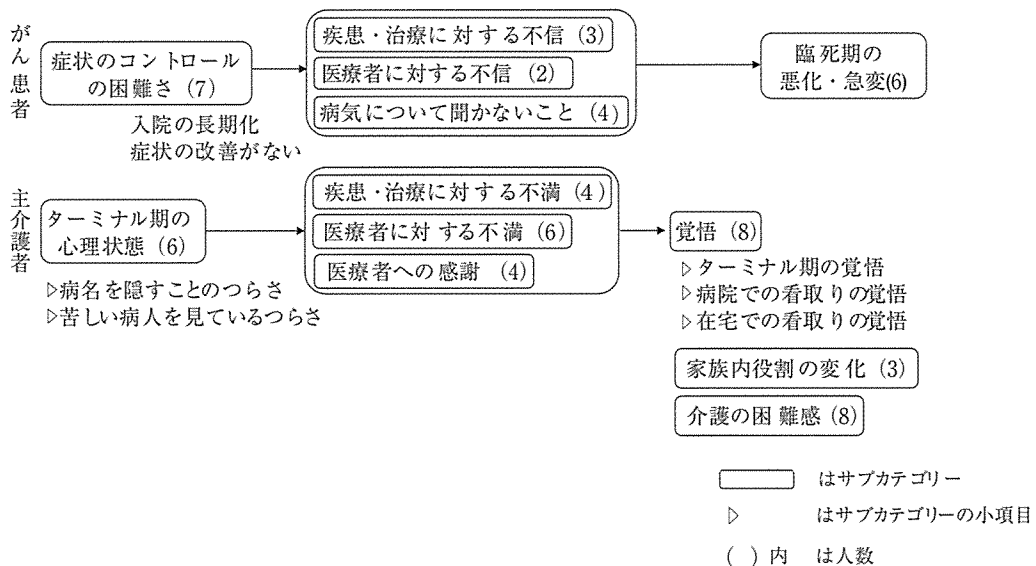


図2 第2群の主なサブカテゴリー (n=8)

症状が表現されていた。主介護者は、がん患者のこうした精神的苦悩に最も身近で接していたことから「ターミナル期の心理状態」として「苦しい病人を見ているつらさ」と「病名を隠すことのつらさ」を語っており、さらにその葛藤から、＜疾患・治療に対する不満＞と＜医療者に対する不満＞を強めていったことが推察される。しかし、長い経過の中で主介護者は、医療者から配慮があったことに対して＜医療者への感謝＞も表していた。

＜覚悟＞では、主介護者全例が、闘病期間が長期化する中で、ターミナル期の覚悟、病院または在宅での看取りの覚悟をしていった。主介護者は、がん患者の役割を代行するという＜家族内役割の変化＞を体験し、これが新たな負担を形成していた。さらに8名の主介護者全例が、がん患者の入退院を繰り返しながら在宅での介護を経験していた。その体験を通して、主介護者全例が、「手に負えない」

という表現で＜介護の困難感＞を表出していた。この背景には、介護上の問題点について、周囲から適切なサポートが得られなかったことがあり、その詳細は、阻害要因の中で＜在宅ケアへの移行の問題＞として①物的問題、②人的問題、③医療者側の問題が述べられていた。

3) 第3群

第3群の主なサブカテゴリーを示した(図3)。医師から余命の告知を受けていたがん患者1名は、＜在宅死の覚悟＞の意志を周囲に明確に伝えていた。主介護者2名は、医師からの＜余命の告知＞を受けており、＜在宅での看取りの覚悟＞を決め、＜家族内役割の調整＞として、副介護者と役割分担をしていた。

在宅での介護を通して、主介護者は、排泄の問題や活動の低下といった基本的ニーズの充足が課題となっていたが、2名ともに＜介護の実践と達成感＞と＜医療者への感

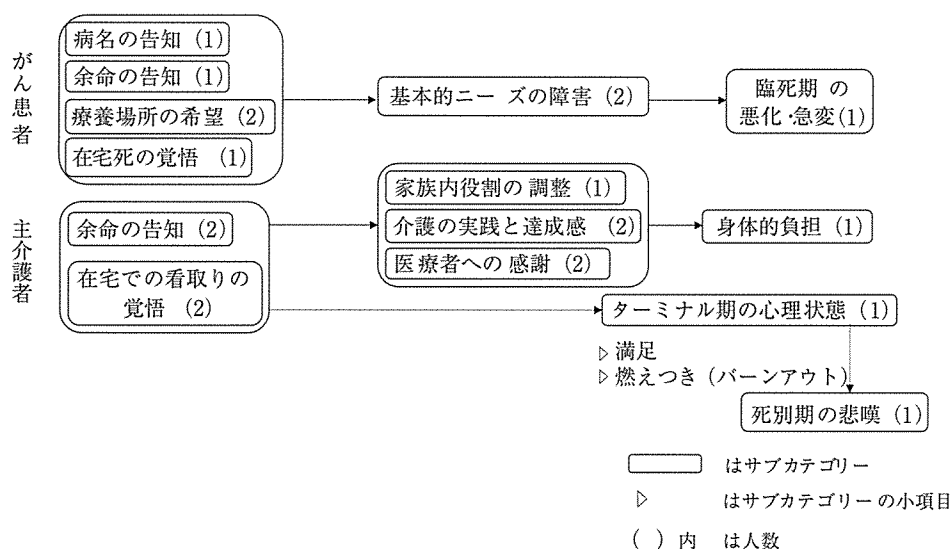


図3 第3群の主なサブカテゴリー (n=2)

謝」を示していた。

しかしながら、家族内の役割代行と介護の両立は「身体的負担」を生んでいた。その結果、「ターミナル期の心理状態」については、在宅で看取った、という満足感を示す反面、バーンアウトにも陥っていた。

また、主介護者に対しては、医師から「臨死期における余命の告知」が段階的に行なわれていた。だが、主介護者は、がん患者の臨終に際して、死を予期してはいたがその時も乗り切れると思っていたことを「臨死期における病態の認識」で表現していた。そして、「死別期の悲嘆」が語られていた。

IV. 考 察

1. がん患者の在宅ターミナルケアへの移行に関連する要因

1) がん患者の在宅ターミナルケアへの移行に関する記述内容

がん患者を看取った主介護者15名の非構成的面接から、在宅ターミナルケアへの移行に関連する要因を分析した。その結果、看取ったがん患者・主介護者に関する記述内容が多く分類され、在宅医療の支援体制に関する記述は1であった。

また記述内容からほとんどの主介護者は、がん患者の対応に難渋することも稀ではなく、在宅での困難も感じていたことが明らかとなった。在宅でターミナル期を過ごすがん患者を抱えた家族からの電話相談の内容¹⁰⁾においても、在宅介護に関しての不安や疑問といった相談が多く寄せられており、これに類似する内容が今回も示された。この背景として、在宅でのケアに踏み切る場合でも、病院側からの情報提供が断片的であったことがあり、ほとんどの主介

護者は、がん患者の在宅ターミナルケアに関してどのようなサービスが利用できるかについて想起できていなかったことが考えられる。介護者が利用できる保健・福祉のサービスに関する情報の不足については、Jonesら²¹⁾の研究報告と同様な結果が得られたことから、がん患者の在宅ターミナルケアの移行に関連して、この問題の存在は大きいといえよう。

しかしながら、在宅でがん患者を看取った第3群の主介護者2名は、医療者からがん患者の在宅療養の勧めがあり、往診や訪問看護の手配について情報を与えられていた。また、主介護者は、病院や地域のかかりつけ医、訪問看護師との信頼関係が比較的早い時期から築かれており、家族のケア能力を高めていくことができていた。長江ら¹³⁾の報告では、家族に起る問題は家族が適切な対処方法を知ること、家族が持っている本来の力を発揮し、問題解決が可能であることを指摘している。このことから、主介護者が確実に移行の段階を踏んでいくためには、在宅支援サービスに関して、情報の提供だけでなく、医療者の積極的な介入が必要である。

2) 各群の特徴

第1群は、主に壮年期のがん患者であり、闘病期間は第2群と第3群に比較して短期であった。また、疼痛に代表される症状のコントロールについては、最も記述内容が多く、5名中4名の主介護者が述べていた。主介護者は、がん患者の闘病経過を最も身近で見ていることから、心身の負担が大きい状況であった。このことから、主介護者は、がん患者の死を予期する段階には至っていなかったことが推察される。川越¹¹⁾は在宅ホスピスケアが成立するためには、絶対的条件として、①患者が在宅ケアを切望すること、②家族が在宅ケアを切望すること、③看取る家族が

いること、の3条件をあげている。さらに準絶対的条件として、①患者が末期がんであることを知っていること、②症状コントロールができていること、③症状コントロールが簡単なこと、をあげている。第1群は、がん患者と主介護者はともに回復の期待を抱いており絶対条件の①②、準絶対条件①②③を満たしていない。こうした点から、在宅ターミナルケアへの移行は困難な群であったと考えられる。

第2群は、主に老年期のがん患者であり、闘病期間は長期であった。それゆえ、主介護者全例が、ターミナル期の覚悟、あるいは看取りの覚悟を決めていたが、介護の困難感も述べていた。在宅でのターミナルケア、および看取りまでを考慮する場合には、物的・人的環境のサポートが必要であること²²⁾、24時間の柔軟な医療やケアが受けられること^{21～25)}といった条件が必要であるとの報告がある。第2群の主介護者は、これらの要件が満たされていず、在宅ターミナルケアへの移行が促進されなかった。こうした経緯から、在宅ターミナルケアの断念に至ったことが考えられる。

第3群は2事例で、1例は壮年期のがん患者を看取った主介護者であり、もう1例は老年期のがん患者を看取った主介護者であった。主介護者の2名はともに、がん患者の余命に関する告知を受けており、第1群・第2群と比較するとその割合が高い。がん患者の闘病期間は第2群と同様に比較的長期であり、がん患者の入退院を繰り返しながら、最終的に在宅ターミナルケアを選択した。

第3群の主介護者は、第1群・第2群のような身体的苦痛の訴えよりはむしろ、排泄の問題や活動の低下といった基本的ニーズの充足が課題となっていた。病院死したがん患者のターミナル期における日常生活行為について、杉本

ら²³⁾は、死亡前4週間の在宅患者は、食事、排泄、清潔といった日常生活行為において、病院患者よりも日常生活に近い形で行われていたことを報告している。在宅死をした第3群の看取ったがん患者の介護状況も、この点が主体であったといえる。

在宅でのケアは、家族の介護がなければ成り立たない。がん患者の在宅ターミナルケアにおいても、家族の介護力があること^{22,24)}について報告されているが、第3群の主介護者もケアを継続する上では重要な要因となった。介護者の心理的破綻に関しては、清水ら²⁶⁾が、ターミナル期にある高齢者への介護状況を調査し、介護期間は3ヶ月から6ヶ月を経過するうちに介護疲れはピークに達し、精神的にも疲労、不安、責任などのストレスからバーンアウトする傾向をみだしている。主介護者がバーンアウトに陥らないための援助として、病院看護師による在宅ケアサービス機関との連絡調整や、レスパイトケアの導入が必要と考えられる。

2. がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程と関連要因

在宅ターミナルケアは、ターミナルケアと在宅ケアの2つの側面を有している¹¹⁾。本結果から、がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程には、第1群より得られたサブカテゴリーによって、がん患者と主介護者は「ターミナルケアの準備期」、また第2群のような在宅移行期には「在宅ケアの準備期」があることが把握された。さらに、第3群のがん患者と主介護者のような在宅ケアに焦点が当てられる時期としては、「介護者の準備期」があることが把握され、また各準備期に関連する要因も見いだされた。そこで、全群から抽出された主なサブカテゴリーをもとに、がん患者の在宅ターミナルケアにおける各準備期と関連要因

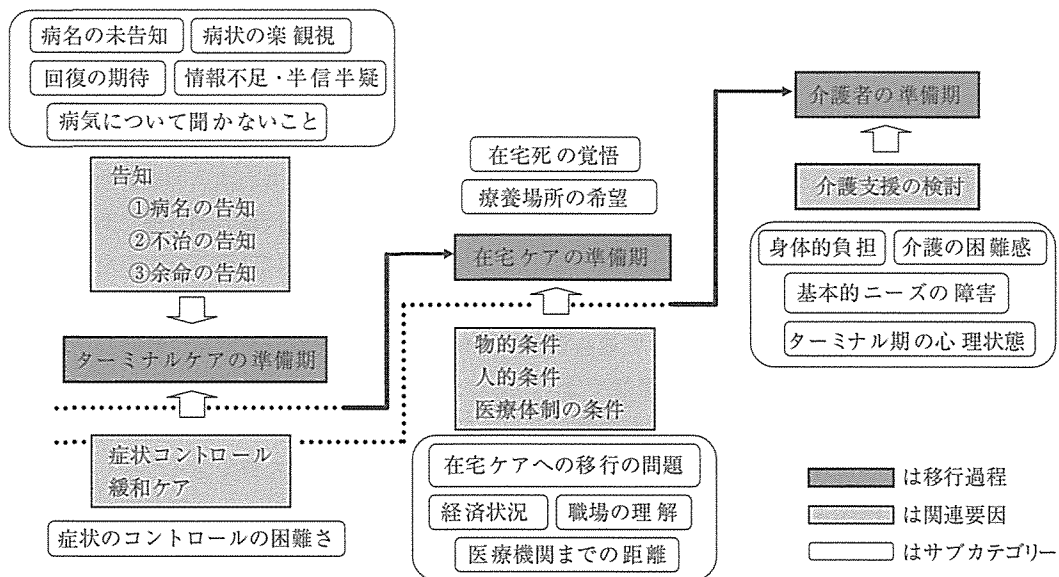


図4 がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程と関連要因

を示した（図4）。

「ターミナルケアの準備期」は、医師から病名の告知・不治の告知・余命の告知という段階的な告知を経て、がん患者と主介護者がターミナル期であることを受容し、今後の過ごし方を検討する段階である。しかしながら、第1群では5名中4名が、また第2群では8名中7名の主介護者が、がん患者に対する告知はなかったと述べていた。本田ら²⁷⁾は、がん患者の家族の情意的側面に関する調査から、病名を隠していることで家族内のコミュニケーションの困難感が生じることを指摘しており、この点が在宅ターミナルケアの移行がスムーズに行なわれなかった一因と考えられた。したがって、ターミナルケアの準備期に関連する要因は、病名の告知・不治の告知・余命の告知が必須条件となることが示唆された。さらに、この段階では、症状コントロールの問題があげられた。従来から言われているように、症状コントロールができていないことは、在宅ターミナルケアを行なう上で重要な因子^{21～26)}であり、がん患者や主介護者が希望する場合には、緩和ケア病棟やホスピスにおいて、ターミナルケアを受けることも考慮する必要がある。以上から、ターミナルケアの基本とされている症状のコントロールと緩和ケアが重要な要因であることが再確認された。

ついで、「在宅ケアの準備期」では、がん患者の療養場所の希望、あるいは在宅死の覚悟が示されていることが前提条件となる。在宅ケアの準備期は、がん患者と主介護者が在宅ターミナルケアを実現するための、①物的条件、②人的条件、③医療体制の条件を検討する段階である。①物的条件は、がん患者が在宅で療養する上で必要とされる専用病室やバリアフリーなどの家屋環境が整っていること、もしくは整えられること、である。②人的条件は、家族全体の介護力である。事例によっては、近隣の友人から得られる個人的支援もこの条件に含まれる。逆に、家族の中に高齢者や障害者がいる場合には、がん患者の在宅ケアは困難となることが予測される。そのため、家族員の構成についてもアセスメントを行い、在宅ケアへの移行の可能性を吟味しなければならない。③医療体制の条件は、往診と緊急時の対応があげられる。往診と緊急時の対応が保障されなかったために在宅ケアを断念した事例は多く、医療体制の条件を満たすことは、在宅ケアへの移行に向けて最も重要な課題のひとつである。今回の結果から、第2群では、これらの条件が整わず在宅ターミナルケアの実現が困難であったことから、物的条件、人的条件、医療体制の条件は在宅ケアの準備に重要な要因となることが考えられた。

「介護者の準備期」は、家族の介護力について現実的な検討を行なう段階である。日本における在宅介護の特徴²⁸⁾は、女性が主な担い手となっている点である。がん患者の

家族による介護に関する研究²⁹⁾でも、介護者の割合は女性が高いことが報告されている。従来、家庭内介護の主たる担い手が女性であったが、今後、介護者の男女構成比に変化が生まれる可能性は高い。第3群の主介護者1名は、40歳代の男性であり仕事や家事と介護を両立していた。しかし、介護の継続は在宅で看取った満足感や介護の達成感を得た一方で、身体的負担・バーンアウトに陥っていた。このことから、データを再検討した結果、この段階の主介護者に対する支援としては、以下の5条件の検討が必要であることが示唆された。

- ①主介護者が仕事と介護を両立することができる。
- ②主介護者が介護技術を習得する。
- ③副介護者を確保する。もしくは、必要に応じて、ヘルパーとの契約を行なう。
- ④訪問看護ステーションとの契約を行なう。
- ⑤主介護者が、自分の休息の取り方や、休息をとる際に活用できる社会的資源（レスパイトケアの利用など）に関する情報を得る。

これらの5条件を吟味し、がん患者の在宅ターミナルケアへの移行上の問題点を解決するうえで、看護職者に期待される役割は大きい。

V. 結 論

がん患者を看取った主介護者15名の非構成的面接から、在宅ターミナルケアへの移行過程と関連要因を分析し、次の3点が明らかとなった。

1. がん患者の在宅ターミナルケアへの移行に関連するサブカテゴリーの総数は75であり、その記述内容は看取ったがん患者・主介護者に関するものがほとんどであった。この結果から、主介護者は、がん患者の在宅ターミナルケアに関して有効に利用できる社会的情報を有していなかったことが示唆された。
2. がん患者を看取った主介護者を、3群に分類した。抽出されたサブカテゴリーから、各群の特徴を把握した。第1群は、がん患者の病名の未告知・回復の期待・症状のコントロールの困難さが特徴であり、在宅ターミナルケアを考える段階には至らなかった群であった。第2群は、在宅ターミナルケアを希望していたが介護の困難感や在宅ケアへの移行の問題に直面し、断念した群であった。第3群は、がん患者と主介護者が在宅ターミナルケアの意志を明確に示し、在宅への移行の問題を解決し在宅での看取りをした群であった。
3. 在宅ターミナルケアへの移行期には、がん患者と主介護者は「ターミナルケアの準備期」「在宅ケアの準備期」の段階があり、さらに在宅ケアに焦点が置かれる時期には「介護者の準備期」があることが把握された。

要 旨

本研究は、がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程と関連要因を分析することを目的に、がん患者を看取った主介護者を対象に非構成的面接を行ない、内容分析の手法を用いて分析した。

対象となった主介護者は、15名であった。ターミナルケアの状況は、在宅ターミナルケアの希望の有無と看取りの場所の相違から、在宅ターミナルケアを考える段階には至らず病院で看取った群、在宅ターミナルケアを希望していたが病院での看取りをした群、在宅ターミナルケアを希望し在宅での看取りをした群の3群に大別された。得られた内容は、75サブカテゴリーで、看取ったがん患者側、主介護者側に関する先行要因、促進・阻害要因、ニーズ要因、及び在宅医療の支援体制の7カテゴリーに分類した。サブカテゴリーの比較から、在宅ターミナルケアへの移行過程には、がん患者と主介護者は「ターミナルケアの準備期」「在宅ケアの準備期」「介護者の準備期」の段階があることが把握された。移行段階に関連する要因としては、症状のコントロールと緩和ケア、物的・人的・医療体制の条件の整備、主介護者の介護技術の習得、副介護者の確保などが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to analyze the process of transition from hospital to home care for terminal cancer patients and their caregivers, and to consider all related factors. The study was conducted through unstructured interviews with the principal caregivers and data from each interview was subjected to content analysis.

Fifteen principal caregivers were included in the study. Terminal care situations were divided according to whether the caregiver wished to care for the patient at home and then where the patient died. Three groups were thereby formed: patients who died in hospital due to lack of preparation on the part of caregivers; patients who died in hospital against the wishes of the caregivers; and patients who died at home. The study also revealed that patients and caregivers are three main stages: a preparation period for terminal care; preparation for home care; and preparation by the caregiver. Finally, suggestions are made with regard to factors, such as symptom control and palliative care, related to the transition process to make improvements in facilities and medical services and to support the caregiver either by basic training or with a second caregiver.

VI. 参考文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成13年人口動態統計上巻，144-271，2001。
- 2) 世界保健機構編，武田文和訳：がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア，1-6，金原出版，1994。
- 3) 厚生省健康政策局総務課監修：21世紀の末期医療 第1部末期医療に関する意識調査等検討会報告書，29-106，中央法規出版，2000。
- 4) 杉本正子：医療における在宅ホスピスケアシステムの構想－訪問看護ステーションの位置づけと役割－，順天堂医学，44(3)，271-285，1998。
- 5) 厚生省・医師会編：末期医療のケア，3-16，中央法規出版，1989。
- 6) 沖原由美子：緩和ケアの評価基準－全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の取り組み－，ターミナルケア，13(2)，85-91，2003。
- 7) 川越 厚：在宅緩和ケア（ホスピスケア）の基準と現状，臨床看護，27(11)，1603-1607，2001。
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成11年患者調査 上巻，67，厚生統計協会，1999。
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成8年患者調査 上巻，50，厚生統計協会，1996。
- 10) 季羽倭文子：Ⅲ.在宅ホスピスケアの現状と展望，ターミナルケア，8，13-18，1998。
- 11) 川越 厚：在宅ホスピス医療の現状，日本医事新報，12-16，2000。
- 12) Joyce, V.Z., 永田智子訳：ホスピス看護における家族ケアモデル，看護研究，32(1)，33-43，1999。
- 13) 長江弘子，成瀬和子，川越博美：在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造－訪問看護婦の支援に焦点を当てて－，聖路加看護大学紀要，26，31-431，2000。
- 14) 松村ちづか：熟練訪問看護者の判断内容から導かれる終末期療養者の自己決定を実現するためのケア機能－終末期療養者の自己決定と家族の意向が不一致な状況から－，順天堂医療短期大学紀要，12，66-76，2001。
- 15) 小川恵子，島内 節，河野あゆみ：在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価，日本看護学会誌，18-28，2001。
- 16) 文 才理，牛込陽子，他：在宅療養を経験した末期がん患者への退院指導の検討，日本看護学会論文集第30回地域看護，14-16，1999。
- 17) 射場典子，川越博美：わが国のターミナルケアに関する研究の動向と今後の課題，看護研究，33(4)，261-271，2000。
- 18) Berelson, B., 稲葉三千男，金圭煥訳：内容分析，みすず書房，1957。
- 19) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，42-53，医学書院，東京，1999。
- 20) Andersen, R.M., Newman, J.F.: Societal and individual determinants of medical care- utilization in the United States, Milbank memorial fund quarterly, 51, 95-124, 1973。
- 21) Jones, R.V.H., Hansford, J. et al: Death from cancer at home: the carers' perspective, British medical journal, 306(23), 249-251, 1993。
- 22) McWhinney, I.R., Bass, M.J. et al: Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team, Cancer medical association journal, 152(3), 361-367, 1995。
- 23) 杉本正子，高石純子，他：病院死と在宅死におけるがん患者の日常生活行為の比較，東京保健科学学会誌，2(1)，39-45，1999。
- 24) Conno, F., Caraceni, A. et al: Effect of home care on the place of

- death of advanced cancer patients, European journal of cancer, 32A (7), 1142-1147, 1996.
- 25) 大山ちあき, 藤野文代: 在宅ターミナルケアを望んだがん患者の看護－訪問看護記録による訪問看護の分析－, 北関東医学雑誌, 51(5), 301-305, 2001.
- 26) 清水マキ, 清水節子, 他: ターミナルステージを在宅で過ごす老人患者と家族の介護状況と看護, ターミナルケア, 8(1), 44-52, 1998.
- 27) 本田彰子, 佐藤禮子: 「がん告知」を受けた家族の心理と看護介入, 臨床看護, 17(7), 911- 916, 1991.
- 28) 緒方正名, 大森豊緑: わが国における在宅ケアの現状と展望, 川崎医療複視学会誌, 3(1), 1-10, 1993.
- 29) 岩田みどり: ターミナル患者家族の生活状況と意識, 日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要, 5, 22-27, 1992.
- [平成16年4月6日受付]
[平成17年4月15日採用決定]

在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析

Factor Analysis of Positive Appraisal on the Part of Family Caregivers Engaged in In-home Medical Care

片山陽子¹⁾

Yoko Katayama

陶山啓子²⁾

Keiko Suyama

キーワード：医療的ケア，家族介護者，介護肯定感，対処行動
in-home medical care, family caregivers, positive appraisal, coping process

I. 緒言

近年、医療保険制度の改革において、施設ケアから在宅ケアへの転換が図られており医療行為を必要とする在宅療養者が増加している。しかし、在宅ケアの制度が整備され始めたとはいえ、在宅療養者が必要としている医療行為（以下、医療的ケアという）の全てを訪問看護師が担うための人的資源は不足しており、それに伴う家族の経済的負担も大きいことから、医療的ケアの多くは家族介護者に委ねられている現状である。喀痰吸引や経管栄養など生命に直接影響する医療的ケアを1日何回も繰り返す家族介護者は、身体的にも精神的にも多大な負担があることが予測される。

しかし、先行研究¹⁾においては、医療的ケアの実施の有無と介護負担感には関連が認められなかったという報告もされている。医療的ケアを実施している介護者は、客観的には負担が大きい状況にありながらも、介護を自分の生きがいや役割と感じ、在宅介護を前向きに捉えていることが推察される。小長谷²⁾の研究でも医療的ケアの実施と介護負担感の有無には差がなく「医療的ケアを実施している介護者は身体的疲弊感や不安が強い半面、介護を前向きに捉え介護の継続意思が強いことが示された」と介護負担感とともに、介護に対する肯定的な側面について考察している。看護者はこのような医療的ケアを実施している介護者を支援していくために介護を肯定的にとらえる介護者の心理を理解する必要がある。

介護者の肯定的な認識に関する研究は、Lawton³⁾が主観的満足感 (satisfaction)、Kramer⁴⁾ は介護からの利得 (gain) などの概念で研究しており、それらが介護者の精神的健康に関連し、介護の質を向上させることを指摘している。わが国でも介護の肯定的側面についての研究は負担感の研究に比べて数が少ないが、井上⁵⁾ は“報酬”の概念を用いて介護の肯定的な認知が、介護者の精神的健康

に好影響を与えており、介護者の健康を考える上で重要な概念であると指摘しており、櫻井⁶⁾ は介護肯定感には介護負担感を軽減する効果があると述べている。これらのことから介護肯定感とは介護者の精神的安定や介護の質を向上させるために重要な概念であると考えた。また、陶山⁷⁾ は介護肯定感の形成には介護者の対処行動が関連していることを報告している。本研究においては介護肯定感とは、日々の介護過程の中で実践している対処行動に関連して形成されるという陶山⁸⁾ が用いた概念枠組みを用いて、医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に影響を与える要因を明らかにしたいと考えた。

今後ますます増加することが予測される医療的ケアを必要としている在宅療養者とその介護者への在宅支援は、看護師が中心的役割を担い看護師が提供するケアの質と量により療養者と介護者の健康レベルは影響される。看護師は介護負担感を軽減することのみでなく、介護肯定感を高められるような看護援助が求められている。そのため看護師は、介護肯定感の高低のみに着目するのではなく、医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感がどのような要因により形成されるかを理解し介入することが必要であると考えた。しかしながら医療的ケアに携わっている家族介護者の介護肯定感の概念構造やそれに関連する要因についてはまだ明らかになっていない状況であり、本研究において明らかにすることをねらいとした。

II. 研究目的

1. 在宅で介護している家族介護者の、介護に対する対処行動及び介護肯定感の構造を明らかにする。
2. 在宅で医療的ケアを実施している家族介護者の特性を把握すると共に、医療的ケアを実施している家族介護者の介護肯定感に関連する要因を明らかにする。それにより医療的ケアを実施している主介護者が有効な対処行動

1) 香川大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

2) 愛媛大学医学部看護学科 Ehime University School of Medicine

がとれ、介護肯定感を高められるような看護援助への示唆を得る。

Ⅲ. 研究方法

1. 分析枠組み

介護に対する肯定的な認識についてKramer⁹⁾は、介護の過程の中で獲得する利得 (gain) とし、介護成果の評価として位置づけた。そして、肯定的な認識には対処行動の関連が重要であることを指摘している。筆者らも介護者の介護肯定感は介護者がとる対処行動とその結果に対する認知の影響を受けると考えた。そこで本研究は、Kramer¹⁰⁾の示した概念枠組みを基に、ストレスfulな問題状況を克服する努力過程の結果、すなわち対処行動の結果、介護肯定感が形成されると仮定し介護肯定感の直接的な規定要因を対処行動とした。また、介護者や療養者の特性などは直接的に対処行動を規定する要因でもあったと考えた。先行研究¹¹⁾において介護の文脈が介護の肯定的な認識に関連することが指摘されているため介護期間や介護時間、家族機能、副介護者の有無についても介護者特性として分析に用いた (図1)。

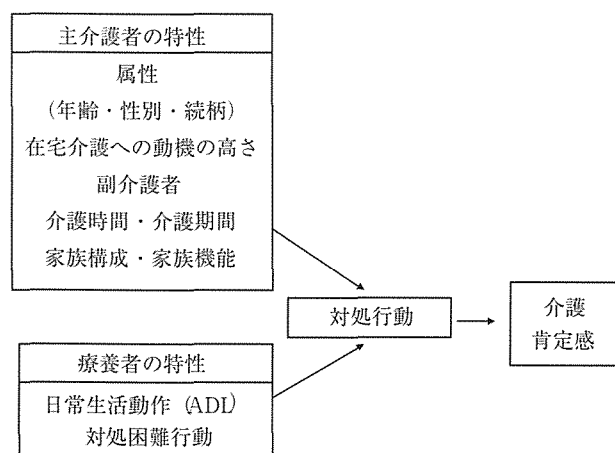


図1 分析枠組み

2. 用語の操作上の定義

1. 介護肯定感

日々介護を経験している過程の中でフィードバックを繰り返して、様々な対処行動をとりながら介護者自身が培ってきた成果及び、介護の文脈の影響を受けて形成されてきた「介護をしてきてよかったと思える」など介護者の介護に対する認識の肯定的な側面である。

2. 医療的ケア

日本小児神経学会の定義を参考に、保険診療において在宅医療と認められている医療処置の中で、医師の管理下で基本的な注意や手順を守って行うのであれば危険性や困難

性はさほどなく、実際に在宅で家族が実施している吸引や吸入、経管栄養の管理などの行為とする。医療処置とは言われているが、本研究では点眼・座薬の挿入など日常的に実施されており、一般的であると共に軽度の負担であると考えられる行為は除いた。

3. 対象及び調査方法

対象は、K県内の訪問看護ステーションと訪問介護事業所を利用している在宅療養者の主介護者190名。対象の内訳は、在宅で医療的ケアを実施している主介護者 (以下、有り群) 117名、及び医療的ケアを実施していない主介護者 (以下、無し群) 73名であった。事前に調査の趣旨を説明し、調査に同意の得られた主介護者を対象に、質問紙を用いて面接聞き取り調査を主介護者の自宅で実施した。今回、悪性疾患等によるターミナル期の療養者及び、小児の療養者を介護している主介護者は対象から除外した。

調査期間は、平成14年7月11日から10月31日であった。

4. 調査内容

主介護者に関する項目として、性別、年齢、療養者との関係、家族構成人数について尋ねた。介護状況に関しては、副介護者の有無、家族機能、動機の強さ、介護時間、介護期間、利用サービス数、利用サービスの種別を尋ねた。家族機能は、家族APGER指数¹²⁾を用いて測定した。動機の強さは、介護者自身が調査時点で持っている在宅介護に対する意思を反映したものであり、「絶対に在宅で介護したい」「できれば在宅で介護したい」「仕方なく在宅での介護をしている」の、在宅介護に対して積極性の高い順番に3～1点とした。介護時間は、「16時間以上 (日中と夜間も含み介護している)」、「8時間から16時間くらい (日中はほぼ介護に携わっているが、夜間は休める)」、「4時間から8時間くらい (日中、介護とそれ以外の時間がほぼ同程度である)」、「4時間以内 (一日の生活の中で時々介護している)」の選択肢とし、介護時間の長い順番に4～1点とした。

療養者については、主疾患名、日常生活動作 (以下、ADL)、対処困難行動、医療的ケアの有無、医療的ケアの数とその種類について尋ねた。ADLの評価法には、改訂版バセルインデックス¹³⁾を用いた。対処困難行動は、介護保険の要介護認定調査¹⁴⁾の問題行動に関する調査項目を参考に「夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある」「暴言や大声を出す」などの9項目を選出し、各項目ごとに「ある」「時々ある」「ない」の困難性の高い順番に2～0点とし9項目の合計得点を算出した。

対処行動の項目は、ラザルスのストレスコーピングテスト¹⁵⁾と、岡林¹⁶⁾が介護者を対象に作成した測定項目とともに、実際に介護に携わっている介護者にその対処行動についてインタビューした内容を参考として、筆者が在宅の

家族介護者用に原案を作成した。そして、実際に介護している主介護者4名に面接して内容を確認すると共に、項目表現の曖昧さ、項目内容の意味重複などを検討して27項目を設定した。各項目ごとに「よくしている」から「全くしない」の4段階で行動している頻度の高い順番に3～0点とした。介護肯定感は、櫻井¹⁷⁾の介護肯定感14項目を使用した。各項目ごとに「非常にそう思う」「少しそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の4段階で肯定感の高い順から4～1点とした。

5. 分析方法

介護肯定感と対処行動については、因子分析及び信頼性の検証を実施した。因子分析は、主因子法（バリマックス回転）にて実施した。次に、介護者及び療養者の特性、対処行動、介護肯定感の各変数及び因子について基本統計量を求め、医療的ケア実施の有無により2群に分けて各因子ごとに χ^2 検定及びt検定を実施した。医療的ケア有り群の介護肯定感に関連する要因の分析は、図1に示した分析の枠組みに基づいて行った。まず対処行動を従属変数に、介護者及び療養者の特性11項目を独立変数として、次に介護肯定感を従属変数に、介護者及び療養者の特性と対処行動を独立変数として順次重回帰分析（強制投入法）を実施し、パス図を作成した。統計解析には、統計処理ソフトSPSS（version10.0）を用い、有意水準は5%以下を採用した。

6. 倫理的配慮

調査については、訪問看護ステーション及び訪問介護事業所の管理者と、療養者および介護者に調査の主旨を説明し、研究についての同意を得た上で実施した。また、調査の途中で中止することは可能であり、そのことにより不利益が生じない事、研究に用いられる個人的情報などについては研究目的以外に使用しないことを説明した。

IV. 研究結果

1. 基本的属性および介護状況

介護者の属性は表1に示した。介護者の性別は両群ともに女性が70%以上であり、平均年齢は有り群が63.79±12.49歳、無し群が66.03±11.47歳であった。両群ともに療養者との関係は配偶者、家族構成は3人世帯以上が多かった。介護者の属性は各項目ともに有り群と無し群で有意差は認められなかった。

介護状況は表2である。一日の介護時間は、8時間以上群と8時間未満群の2群として分析した結果、有り群は8時間以上が66名（56.41%）、無し群は8時間未満が46名（63.02%）であり1%水準で有意差が認められた。平均介護期間は、有り群が5.35±5.25年であり、無し群が4.74±6.04年であった。副介護者の有無は有り群、無し群共に約50%が副介護者が有った。家族APGER指数の平均点数

は、有り群が5.89±2.97点、無し群が6.42±3.12点であった。介護期間と副介護者の有無及び家族APGER指数はともに有意差は認められなかった。在宅介護に対する動機の強さは「絶対に在宅で介護したい」という強い意思を表示した介護者が、有り群は61名（52.13%）、無し群は23名（31.50%）であり有意差（ $P<0.05$ ）が認められた。

療養者の状況は表3であり、主疾患は両群ともに脳血管疾患が最も多く、有り群は呼吸器疾患が次いで多かった。ADLのバセルインデックスの平均得点は両群ともに低く、有意差は認められなかった。対処困難行動の平均得点は、無し群の得点が高く有意差（ $P<0.05$ ）が認められた。有り群において実施している医療的ケアの数は、1つから6つに分布し、高率を占めたのは1つのみ48名（41.02%）、2つ38名（32.48%）であった。医療的ケアの種類は、経管栄養（経鼻経管栄養法・胃瘻・ネラトン法）が41名、膀胱留置カテーテル35名、吸引31名などであった（表4、複数回答）。

表1 主介護者の属性
N = 190 人 (%)

		医療的ケア有り群 n = 117 (100.0)	医療的ケア無し群 n = 73 (100.0)
性別	男性	25 (21.36)	20 (27.39)
	女性	92 (78.64)	53 (72.61)
平均年齢		63.79 (±12.49)	66.03 (±11.47)
療養者との関係	配偶者	61 (52.13)	28 (38.35)
	娘	19 (16.24)	15 (20.54)
	嫁	17 (14.54)	17 (23.29)
	その他	20 (17.09)	13 (17.82)
家族構成人数		3.84 (±1.66)	3.66 (±1.57)
家族構成	2人のみ	31 (26.49)	21 (28.76)
	3人以上	86 (73.51)	52 (71.24)

全項目：ns

性別、療養者との関係、家族構成： χ^2 検定
平均年齢、家族構成人数：t 検定

表2 介護状況
N = 190 人 (%)

		医療的ケア 有り群 n = 117 (100.0)	医療的ケア 無し群 n = 73 (100.0)	
介護時間	8時間未満	51 (43.59)	46 (63.02)	**
	8時間以上	66 (56.41)	27 (36.98)	
副介護者	有り	59 (50.41)	35 (47.95)	ns
	無し	58 (49.59)	38 (52.05)	
介護期間		5.35 (±5.52)	4.74 (±6.04)	ns
家族機能		5.89 (±2.97)	6.42 (±3.12)	ns
動機の強さ	絶対に在宅	61 (52.13)	23 (31.50)	*
	できれば在宅	49 (41.88)	42 (57.53)	
	仕方なく	7 (5.99)	8 (10.97)	

* $P<0.05$ ** $P<0.01$

介護時間、副介護者、動機の強さ： χ^2 検定
介護期間、家族機能（家族APGER）：t 検定

表3 療養者の状況

N = 190 人 (%)

		医療的ケア有り群	医療的ケア無し群	
		n = 117 (100.0)	n = 73 (100.0)	
主 疾 患	脳血管疾患	54 (46.15)	39 (53.42)	
	悪性新生物	6 (5.13)	5 (6.85)	
	骨折	3 (2.56)	6 (8.22)	
	呼吸器疾患	22 (18.80)	0 (0.00)	
	その他	32 (27.36)	23 (31.51)	
日常生活動作		23.25 (±24.08)	26.75 (±22.49)	ns
対処困難行動		1.57 (± 2.14)	2.52 (± 3.16)	*

* P < 0.05

日常生活動作 (バセルインデックス), 対処困難行動: t 検定

表4 介護者が実施している医療的ケアの種類

N = 117

医療的ケアの種類	人数 (%)
経管栄養	41 (35.04)
膀胱留置カテーテル	35 (29.91)
褥瘡	33 (28.21)
吸引	31 (26.49)
酸素吸入	29 (24.79)
薬液吸入	22 (18.80)
気管カニューレ	13 (11.11)
人工呼吸器	9 (7.69)
中心静脈栄養	8 (6.84)
自己導尿	5 (4.27)
インスリン自己注射	4 (3.42)
腹膜灌流	3 (2.56)
人工肛門	2 (1.70)
その他	21 (17.95)

(複数回答)

表5 対処行動項目の因子分析

N = 190

質問項目	因子負荷量				
	I 因子	II 因子	III 因子	IV 因子	共通性
第1因子: 情緒的な接近型 ($\alpha = .837$)					
・療養者の気持ちを常に尊重して行動している	0.705	0.203	0.155	0.158	0.587
・療養者に対してやさしく真心をこめて接する	0.645	0.329	0.142	0.219	0.593
・とにかく精一杯頑張る	0.540	0.118	0.176	0.100	0.347
・自分の役割であると再確認する	0.537	0.048	0.326	0.135	0.416
・療養者の状況の変化に備えて対応策を立てる	0.509	0.332	0.125	0.378	0.527
・自分が間違っているときは、療養者に素直に謝る	0.509	0.324	0.138	0.198	0.422
・療養者に頼まれたことは後回しにせずすぐに実行する	0.499	0.302	0.097	0.058	0.353
・介護や療養者の良い面を見るよう努めている	0.552	0.487	0.146	0.206	0.615
・問題や困難が生じたとき、責任は自分にあると思う	0.391	0.320	0.143	0.020	0.280
・医師や看護師など専門家に相談する	0.378	0.275	0.185	0.302	0.344
第2因子: 計画的な問題解決型 ($\alpha = .755$)					
・介護に役立つ情報を集める	0.318	0.605	0.135	0.202	0.525
・介護についての問題解決のため、慎重に計画立案する	0.283	0.596	0.164	0.275	0.538
・1日の介護内容を書き出すなど計画的に過ごす	0.281	0.504	0.083	0.078	0.346
・同じように介護している人の助言を求める	0.259	0.460	0.131	0.236	0.351
・先のことはあまり考えない	0.022	0.444	0.359	0.100	0.340
・在宅サービスを積極的に利用する	0.244	0.433	0.107	0.179	0.291
第3因子: 自己コントロール型 ($\alpha = .723$)					
・自分の体調を見ながら無理しないように介護する	0.148	0.068	0.679	0.111	0.500
・解決困難な事が起こってもそのうち何とかできると考える	0.124	0.117	0.559	0.029	0.343
・自分で自分を励ましている	0.384	0.234	0.518	0.066	0.475
・気分が沈んだ時もあまり考えないようにする	0.253	0.243	0.470	0.028	0.345
・介護ばかりでなく、自分自身の時間をもつようにする	0.110	0.118	0.409	0.344	0.290
・介護上、困難なことはあきらめる、無理しない	0.126	0.338	0.385	0.025	0.281
第4因子: 他者への支援追求型 ($\alpha = .657$)					
・介護は自分ばかりがやらずに周りに協力を頼む	0.018	0.321	0.038	0.613	0.480
・困難な事は、誰かが何とかしてくれると思う	0.097	0.062	0.041	0.568	0.337
・不安や苦しさを家族や周囲に聞いてもらい心を落ち着ける	0.233	0.082	0.006	0.546	0.359
・友人と会ったり自分の好きなことをして気分転換する	0.096	0.062	0.162	0.452	0.244
・解決困難な場合は自分の問題ではないと思う	0.101	0.175	0.085	0.363	0.174
固有値	3.604	2.864	2.121	2.114	
寄与率	13.349	10.606	7.857	7.828	
累積寄与率	13.349	23.954	31.812	39.640	

表6 介護肯定感項目の因子分析

N = 190

質問項目	因子負荷量			
	I 因子	II 因子	III 因子	共通性
第1因子：介護を通しての自己成長感（ $\alpha = .816$ ）				
・介護のおかげで人間として成長したと思う	0.749	0.228	0.207	0.655
・介護のおかげで難しい状況に対処する力など自信がついた	0.627	0.227	0.312	0.542
・療養者の介護をすることで学ぶことがたくさんある	0.602	0.321	0.435	0.654
・介護することは、自分の老後のためになる	0.547	0.217	0.152	0.369
第2因子：介護状況への満足感（ $\alpha = .854$ ）				
・療養者といえるのが楽しいと感じる	0.342	0.726	0.240	0.701
・療養者の介護をしていて逆に自分が元気付けられたり励まされる	0.417	0.648	0.133	0.611
・療養者を介護することによって満足感が得られる	0.462	0.607	0.138	0.601
・療養者が介護に感謝したり喜んでいと感じる	0.047	0.559	0.343	0.433
・介護することで療養者と親密になったように感じる	0.487	0.518	0.321	0.608
・療養者を介護することが自分の生きがいになっている	0.505	0.597	0.222	0.661
第3因子：介護役割の積極的受容（ $\alpha = .779$ ）				
・療養者を自分が最後まで見てあげようと思う	0.237	0.099	0.752	0.631
・介護の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う	0.414	0.227	0.557	0.533
・療養者の介護を義務感からでなく、望んでしている	0.113	0.428	0.535	0.482
・療養者が何か小さなことに喜ぶのを見てうれしくなる	0.315	0.332	0.517	0.477
固有値	2.953	2.861	2.146	
寄与率	21.090	20.435	15.325	
累積寄与率	21.090	41.525	56.850	

2. 対処行動の構造と各因子の得点

対処行動項目27項目に対して因子分析（主因子法，バリマックス回転）を実施した結果，4因子が抽出された。因子負荷量が，いずれか1項目のみに0.45以上である項目19項目を選択した（表5）。4因子の累積寄与率は，39.64%であった。第1因子は「情緒的な接近型」，第2因子は「計画的な問題解決型」，第3因子は「自己コントロール型」，第4因子は「他者への支援追求型」と解釈された。各因子の信頼係数（Cronbach's α ）は，第1因子が0.837，第2因子が0.755，第3因子が0.723，第4因子が0.657であった。対処行動各因子の平均得点は，有り群と無し群では，4因子共に有意差は認められなかった（表7）。

3. 介護肯定感の構造と各因子の得点

櫻井の介護肯定感14項目に対して因子分析（主因子法，バリマックス回転）を実施した結果3因子が抽出された。因子負荷量がいずれか1項目のみに0.50以上の13項目を選択した（表6）。3因子の累積寄与率は，56.85%であった。第1因子は『介護を通しての自己成長感』，第2因子は『介護状況への満足感』，第3因子は『介護役割の積極的受容』と解釈された。介護肯定感各因子の信頼係数（Cronbach's α ）は，第1因子が $\alpha = 0.816$ ，第2因子が0.854，第3因子が0.779であった。介護肯定感各因子の平均得点は表7に示した。第1因子と第3因子において，両群間で有意差（ $P < 0.05$ ）が認められた。

表7 対処行動・介護肯定感各因子の平均点

N = 190 人 (%)

		医療的ケア 有り群	医療的ケア 無し群	
		n = 117 (100.0)	n = 73 (100.0)	
対処行動	I：情緒的な接近型	18.09 (4.06)	17.89 (4.94)	ns
	II：計画的な問題解決型	6.13 (3.00)	6.23 (2.97)	
	III：自己コントロール型	8.24 (2.30)	7.97 (2.60)	
	IV：他者への支援追求型	6.49 (2.45)	6.38 (2.72)	
介護肯定感	I：介護を通しての自己成長感	12.11 (2.64)	11.10 (2.85)	*
	II：介護状況への満足感	13.63 (3.39)	13.00 (3.69)	ns
	III：介護役割の積極的受容	13.61 (2.17)	12.78 (2.51)	*

* $P < 0.05$

対処行動，介護肯定感：t検定

4. 医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感に関連する要因

重回帰分析の結果を表8に示し，このうち有意な関係を図示したものが図2である。また，相関関係の分割表は表9である。介護肯定感の3因子全てにおいて関連した要因は，「情緒的な接近型」の対処行動と，介護者の特性である在宅介護への動機が強いことであった。その他の関連については，『介護を通しての自己成長感』には，「自己コントロール型」の対処行動と介護期間が長いこと，そして療

表8 介護肯定感の重回帰分析の結果（標準偏回帰係数）

N = 117

説明変数	対処1)	対処2)	対処3)	対処4)	介護を通しての 自己成長感	介護状況への 満足感	介護役割の 積極的受容
年齢	0.162	0.137	0.132	0.129	- 0.094	- 0.086	- 0.176
性別	0.007	0.048	0.162	0.074	0.041	- 0.055	- 0.003
続柄	0.116	0.121	0.130	0.076	0.081	- 0.073	- 0.126
家族構成	0.041	0.022	0.060	0.042	- 0.101	- 0.031	0.029
家族機能	0.257 **	0.052	0.111	0.331 **	0.066	.140	0.088
副介護者	- 0.235 **	- 0.076	- 0.258 **	0.192*	- 0.158	- 0.157	- 0.046
介護時間	0.072	0.043	0.096	0.114	0.026	- 0.142	- 0.087
介護期間	0.008	- 0.001	- 0.055	- 0.052	0.164*	0.096	0.175*
在宅介護への動機の高さ	0.226*	0.106	0.176	- 0.034	0.237 **	0.367**	0.268**
療養者の対処困難行動	- 0.058	- 0.011	0.065	0.081	0.189*	0.196*	0.061
療養者の日常生活動作	- 0.279 **	- 0.335 **	- 0.114	- 0.053	- 0.086	0.042	0.003
対処1) 情緒的な接近型					0.255*	0.244*	0.378 **
対処2) 計画的な問題解決型					0.125	0.041	- 0.020
対処3) 自己コントロール型					0.188*	0.116	0.046
対処4) 他者への支援追求型					0.030	0.081	0.108
重相関係数 (R)	0.283 **	0.155*	0.150*	0.242*	0.406**	0.396**	0.374 **
F 値	4.682	2.189	2.101	3.805	5.412	5.193	4.727

*P<0.05 **P<0.01

表9 相関関係の分割表

N = 117

従属変数	独立変数	直接効果	間接効果	総効果	相関係数	みかけの相関
対処1) 情緒的な接近型	副介護者	- 0.235	-	- 0.235	- 0.197	0.038
	家族機能	0.257	-	0.257	0.212	0.045
	介護への動機の強さ	0.226	-	0.226	0.323	0.097
	療養者の日常生活動作	- 0.279	-	- 0.279	- 0.260	0.019
対処3) 自己コントロール型	副介護者	- 0.335	-	- 0.335	- 0.217	0.118
肯定感1) 介護を通しての自己成長感	対処1) 情緒的な接近型	0.255	-	0.255	0.508	0.253
	対処3) 自己コントロール型	0.188	-	0.188	0.389	0.201
	介護期間	0.164	-	0.164	0.199	0.035
	副介護者	-	- 0.018	- 0.018	- 0.192	- 0.174
	家族機能	-	0.016	0.016	0.092	0.076
	介護への動機の強さ	0.237	0.057	0.294	0.340	0.046
	療養者の対処困難行動	0.189	-	0.189	0.002	- 0.187
	療養者の日常生活動作	-	- 0.071	- 0.071	- 0.207	- 0.136
肯定感2) 介護状況への満足感	対処1) 情緒的な接近型	0.244	-	0.244	0.475	0.231
	副介護者	-	- 0.057	- 0.057	- 0.151	- 0.094
	家族機能	-	0.062	0.062	0.218	0.156
	介護への動機の強さ	0.367	0.055	0.422	0.428	0.006
	療養者の対処困難行動	0.196	-	0.196	0.001	- 0.195
	療養者の日常生活動作	-	- 0.068	- 0.068	- 0.074	- 0.006
肯定感3) 介護役割の積極的受容	対処1) 情緒的な接近型	0.378	-	0.378	0.504	0.126
	副介護者	-	- 0.088	- 0.088	- 0.062	0.026
	家族機能	-	0.097	0.097	0.201	0.104
	介護期間	0.175	-	0.175	0.186	- 0.011
	介護への動機の強さ	0.268	0.085	0.353	0.389	0.036
	療養者の日常生活動作	-	- 0.105	- 0.105	- 0.141	- 0.036

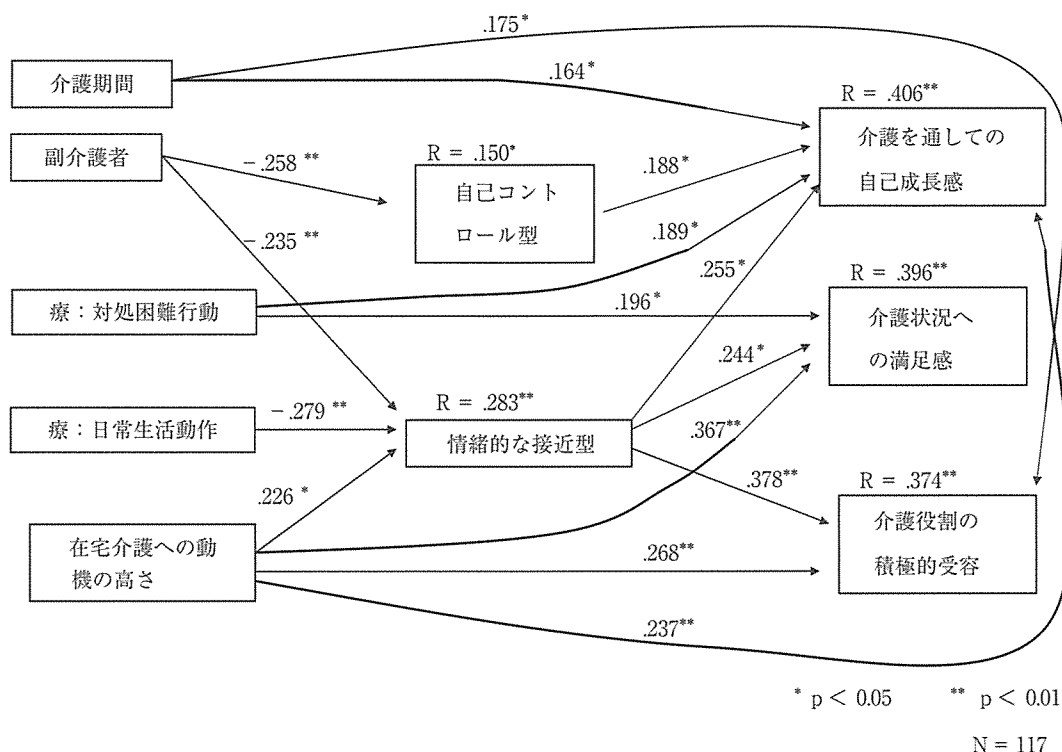


図2 医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感の関連図

養者の対処困難行動が関連した。また、『介護状況への満足感』には療養者の対処困難行動が高いことが関連した。次に、対処行動への関連については療養者のADLが低いことと、介護への動機が高いこと及び副介護者がいないことが「情緒的な接近型」の傾向を示した。「自己コントロール型」の対処行動には、副介護者がいないことが関連していた。

V. 考 察

1. 医療的ケアを実施している介護者の特性

本研究の対象者の基本的属性は、全ての項目において医療的ケア実施の有無とは関連がなく、老老介護の状況にある者が多く、ADLは低い状況であった。医療的ケアの実施状況としては、在宅酸素療法や人工呼吸療法、経管栄養などの処置を複数実施している者も多く重介護の状況が推察された。さらに、医療的ケアが必要な療養者は、必要としない療養者に比べて対処困難行動は低いものの、介護者が実施する介護時間は長いことが明らかとなった。医療的ケアを実施している介護者は、療養者の食事や排泄の世話など日常的な介護に加え医療的ケアの実施があり、介護時間が医療的ケアの必要の無い療養者の介護に比較して長くなることは妥当な結果であると考えられる。また、医療的ケアを実施している介護者は、在宅介護に対する強い動機を持っていたことが明らかとなった。これは緒方¹⁸⁾の研究と同様の結果である。介護者にとって医療的ケアとは、

今まで全く未経験であり非日常的な行為であると考えられ、その役割を担うために在宅介護への高い動機が必要であることが推察される。

2. 対処行動の特性

対処行動は4因子が抽出された。4因子の累積寄与率が高い値を得られなかったことは、医療的ケアのもつ特性をふまえた対処行動の構成概念について今後も検討を重ねていく必要性を感じた。第1因子は、「療養者の気持ちを常に尊重して行動する」「療養者に対してやさしく真心をこめて接する」「とにかく精一杯頑張る」など療養者に前向きに、介護に積極的に取り組む認識をもとうとする対処行動であり『情緒的な接近型』と解釈した。第2因子は、「介護に役立つ情報を集める」「介護についての問題解決のため慎重に計画立案する」など介護者自身が自ら計画的な行動をとることにより問題を解決しようとする対処行動であるため『計画的な問題解決型』と解釈した。第3因子は「自分の体調をみながら無理しないように介護する」や「介護困難なことが起こってもそのうち何とかなると考える」というような介護に対する物理的・心理的距離を調整するという対処であるため『自己コントロール型』とした。第4因子は、「介護は自分ばかりがやらずに周りに協力を頼む」「不安や苦しさを周りに聞いてもらい心を落ち着ける」など他者へ支援を求めるという特徴があるため『他者への支援追求型』と命名した。医療的ケア実施の有無と、対処行動の各因子とは関連は認められなかった。このことから対

処行動は、医療的ケアの有無よりも、その人自身が本来持っている物事への対処スタイルが関与することが推察される。

3. 介護肯定感の特性

介護肯定感の項目は、櫻井¹⁹⁾の肯定感尺度の項目を用いた。第1因子は、「介護のおかげで人間として成長した」や「介護のおかげで難しい状況に対処する自信がついた」などの項目を含み介護経験を通して得られた自己の変容を表現していると解釈し『介護を通しての自己成長感（以下、成長感）』と命名した。第2因子は、「療養者といのが楽しいと感じる」「介護することによって満足感が得られる」など療養者との相互作用を前向きに受け止めて、精神的充足感を持っている状態であると考え『介護状況への満足感（以下、満足感）』とした。第3因子は、「療養者を自分が最後まで看る」「介護の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う」など櫻井²⁰⁾が“継続意思”とした項目が2項目抽出されたが、その他「介護を義務感からでなく望んでしている」「療養者が何か小さなことに喜ぶのを見てうれしくなる」という項目も含まれ介護役割を積極的に受け入れた状態や、介護を継続することへの意思を表現していると考え『介護役割の積極的受容（以下、役割受容）』とした。

介護肯定感の3因子について、医療的ケアの実施の有無で比較検討したところ『役割受容』と『成長感』の2因子について医療的ケアを実施している介護者が高い結果であった。医療的ケアを実施している介護者の在宅介護への動機が高いことと、医療的ケアという行為の特性に関連したと推察された。「医療的判断や技術を要するケアは、的確に提供されない場合には、療養者の生命危機を引き起こしかねない。このことはまた家族介護者に療養者のケアに対する責任感や緊張感をもたらしている」²¹⁾と述べられるように医療的ケアに携わっている介護者は、療養者の生命に直接関わっているという努力過程の成果として、これらの介護肯定感が形成されているのではないかと考えられた。

4. 医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感に関連する要因

医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感の関連要因について分析した結果、3つの介護肯定感全てに共通して、介護者が持つ在宅介護への動機の高さと、「情緒的な接近型」の対処行動という2因子が直接関連していた。介護者の療養者への接近型の対処行動が介護肯定感を高めるという結果は、陶山ら²²⁾の研究と同様であった。また井上²³⁾も介護を通じて得られる報酬につながるものとして、介護者と療養者の相互性の高さと、介護者としての準備状態のよさを挙げている。医療的ケアを実施している介護者は、在宅介護に対する動機づけが高い。自らを介護役割を担うものであると決め、自分から積極的に在宅介護を

選択できているという介護者としての準備性のよさであると考えられる。このことが、療養者に積極的に関わろうとする対処行動にもつながり、そして介護の成果に関連し、介護肯定感の高さにつながっていることが推察される。さらに、「情緒的な接近型」という対処行動の根底には、療養者への愛情や尊敬の気持ち、また療養者との深い絆があり、このことは、介護が必要となる以前からの介護者と療養者の人間関係の良好さに支えられていると考えられる。しかし、副介護者がいないことや療養者のADLが低いという積極的に介護せざるを得ない状況が「情緒的な接近型」と関連していることから、介護を通してその絆や愛情が強化され、介護肯定感に関連したとも考えられる。療養者と介護者の良好な関係が保てるような看護師の介入が介護肯定感に重要であることが示唆された。

介護肯定感『成長感』には他の肯定感とは異なり、共通する2つの因子以外に介護期間と「自己コントロール型」の対処行動との関連が認められた。介護期間の長いことが直接的に『成長感』に関連したことから、介護肯定感は介護者が介護に携わる過程のなかでその成果を評価し形成されていく認識であることが推察される。また、「情緒的接近型」の対処は介護の質を高めるが、岡林ら²⁴⁾が指摘するように精神的消耗に結びつき、介護者自身の健康や生活を害してしまう危険性も持っていると考えられる。そのため介護との物理的・心理的な距離を自ら調整しようとする「自己コントロール型」の対処行動は岡林²⁵⁾の研究の“介護におけるベース配分”の対処と一致しており、介護者の精神的消耗を防ぐことに有効であると思われる。客観的にみて医療的ケアが必要な療養者を在宅で介護していることは多大な介護量である。そのため介護肯定感は単にその高さのみを評価するのではなく、重要なことは高い動機と療養者への接近という対処によって介護肯定感が高められると共に、介護者自身が自分の体調に応じて介護との距離をとったり接近したりする2つの対処行動のバランスを調整した対処行動がとれることである。その適切な対処行動の選択によって介護者は、介護過程での困難や課題を克服することが可能となり、この努力過程から得た学びを自覚する経験を重ねることで自らの成長を認識し、介護肯定感を高める結果になると考える。

以上のことから、医療的ケア有り群は介護時間が長く、介護への動機が高く、その動機の高さと情緒的な接近という対処行動が介護肯定感に関連していることが明らかとなり、療養者と介護者の関係性に着目し、相互性を高める援助が介護肯定感を高めること繋がるとが示唆された。このことは一方で、介護者の身体的負担への影響も懸念されるため、介護肯定感の形成における介護者の健康管理の重要性を看護師は認識しなければならない。特に『成長感』

を高めるためには、介護者が情緒的な接近と自己コントロールという2つの対処行動の選択を適切に行えるように支援していく必要性が示唆された。

VI. 結 論

医療的ケアを実施している介護者は介護時間が有意に長く、在宅介護に対する動機が強いことが明らかになった。対処行動は、「情緒的な接近型」「計画的な問題解決型」「自己コントロール型」「他者への支援追求型」という概念構造であり、対処行動各因子に関しては医療的ケア実施の有無との関連は認められなかった。そして介護肯定感は、『介

護を通しての自己成長感』『介護状況への満足感』『介護役割の積極的受容』という概念構造が確認された。介護肯定感については医療的ケアを実施している介護者が、『介護を通しての自己成長感』と『介護役割の積極的受容』の因子が有意に高いことが示された。医療的ケアを実施している介護者の介護肯定感については、全ての介護肯定感に在宅介護の動機の高さと「情緒的な接近型」の対処行動が関連し、『介護を通しての自己成長感』には動機の高さと「情緒的な接近型」の対処行動のほか介護期間と「自己コントロール型」の対処行動が関連した。

要 旨

在宅で医療的ケアを実施している介護者の特性を把握すると共に、介護肯定感に関連する要因を明らかにすることを目的とした。主介護者190名（医療的ケア有り群117名、無し群73名）を対象に、質問紙を用いた訪問面接調査を実施した。

医療的ケア有り群は介護時間が長く、在宅介護に対する動機が高いという特性が認められた。そして、介護肯定感の「介護を通しての自己成長感」と「介護役割の積極的受容」が医療的ケア有り群は無し群に比べて有意に高い結果であった。有り群の介護肯定感に関連する要因としては、在宅介護への動機の高さと「情緒的な接近型」の対処行動であった。このことから、介護者が介護を自分の役割であると認識できることと、療養者と介護者の関係性の良さが重要であると考えられた。また、看護師は介護者の役割意識を支持することや、療養者と介護者が良好な関係を構築できるように介入することの必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this survey is to identify and analyze the factors related to positive appraisal on the part of the family caregivers engaged in in-home medical care by examining their characteristics. The survey has been conducted by interviewing 190 primary caregivers (117 of them are giving in-home medical care, "medical group", and 73 are not, "non-medical group") by the use of questionnaires.

The survey shows that the "medical group" has the characteristics of long care-giving hours and strong in-home care motives. Compared to the "non-medical group", the "medical group" is shown to give higher responses, as positive appraisal, to "self-developing feeling through care-giving" and "willing acceptance of caregiver's role". As for the factors related to the positive appraisal, the "medical group" is shown to have strong motives for in-home care and "emotional approach style" as the coping process.

The above results suggest that it is essential for the caregivers to recognize care-giving practices as their own roles and that the good relationships between caregivers and care-receivers are fundamentally important. Nurses need to be involved so as to help caregivers develop the role recognition and to assist in forming better relationships between givers and receivers.

引用文献

- 1) 斉藤恵美子, 國崎ちはる, 他: 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討, 日本公衆衛生誌, 48(3), 180-189, 2001.
- 2) 小長谷百絵: 筋萎縮性側索硬化症患者を介護する家族の介護負担感に関する研究, 日本在宅ケア学会誌, 5(1), 34-41, 2001.
- 3) Lawton MP, Miriam Moss, et al.: A Two-Factor Model of Caregiving Appraisal and Psychological Well-Being, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46(4), 181-189, 1991.
- 4) Betty j.Kramer: Gain in the Caregiving Experience: Where are We? What Next?, The Gerontologist, 37(2), 218-232, 1997.
- 5) 井上 郁: 認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状, 看護研究, 29(3), 189-202, 1996.
- 6) 櫻井成美: 介護肯定感がもつ負担感軽減効果, 心理学研究, 70(3), 203-210, 1999.
- 7) 陶山啓子, 河野保子, 他: 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析, 老年社会学, 25(4), 461-470, 2004.
- 8) 前掲7)
- 9) 前掲4)

- 10) Betty j. Kramer : Differential Predictors of Strain and Gain Among Husbands Caring for Wives With Dementia, The Gerontologist, 37(2), 239-249, 1997.
- 11) 前掲 7)
- 12) Gallo JJ, Reichel W, Andersen LM(岡本祐三監訳) : 高齢者機能評価ハンドブック, 140-142, 医学書院, 東京, 1998.
- 13) 大川嗣雄 : 障害評価に対する最近の考え方 : A D L 評価と総合評価を中心に, 総合リハビリテーション, 16(4), 291-300, 1988.
- 14) 遠藤英俊 : 介護保険認定審査会委員ハンドブック, 52-62, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1999.
- 15) 日本健康心理学研究所 : ラザルス式ストレスコーピングインベントリー自我態度スケールマニュアル, 1-18, 実務教育出版, 東京, 1999.
- 16) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 他 : 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果, 心理学研究, 69(6), 486-493, 1999.
- 17) 前掲 6)
- 18) 緒方泰子, 橋本迪生, 他 : 在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担, 日本公衆衛生誌, 47(4), 307-319, 2000.
- 19) 前掲 6)
- 20) 前掲 6)
- 21) 川村佐和子監修 : 組織のケア力を高める在宅ケア高度実践術, 211-211, 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- 22) 前掲 7)
- 23) 前掲 5)
- 24) 前掲 16)
- 25) 前掲 16)

〔平成16年 4 月12日受 付〕
〔平成16年 5 月17日採用決定〕

看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析

Development for a Nurse's View of Life-and-death Scale and Analysis of its Influencing Factors

岡 本 双美子

Fumiko Okamoto

石 井 京 子

Kyoko Ishii

キーワード：死生観，緩和ケア，終末期ケア，看護師

view of life-and-death, palliative care, terminal care, nurse

I. 緒 言

近年，わが国は，医学の進歩により世界一の長寿国となる¹⁾一方で，核家族化が進み，看取りの場が家庭から病院へと変化した²⁾。このことは，我々が身近な人の死を看取る機会の減少につながり，その結果，他者の死，さらには自己の死について意識し考える機会をも少なくしてきた。一方，病院で働く看護師は，身近な人の死の経験や死について考える機会の有無に関わらず，病院で多くの患者の死を経験する。山本³⁾は，もし，看護師の死生観が未完成のうちに他者の死に直面した場合，どう受けとめてよいか分からず，混乱に陥ったり，燃え尽き状態になったりすることが少なくないと述べている。先行研究では，終末期患者のケアを行う多くの看護師は，不安や恐れ，無力感などの否定的感情⁴⁾や，感情麻痺⁵⁾を体験しており，ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する看護師においても同様の結果⁶⁾が指摘されている。河野⁷⁾は，看護師が確固たる死生観をもたないと，看護師自身のなかに死の恐怖が生じ，それへの防衛のために患者とのコミュニケーションができなくなる，と報告している。死への恐怖は，患者からの逃避になり，終末期患者に向き合い，最期の時を支えるケアを行うことができなくなると考えられ，そのため，終末期ケアを行う看護師は死生観を持つことが必要になると考える。

現在，死に関する研究では，TemplerのDAS (Death Anxiety Scale)⁸⁾が最も頻繁に用いられているが，この尺度は死に対する不安を測っている尺度である。ところが，Shneidmanの調査⁹⁾では，死は多くの人に恐怖のような感情的反応よりも，人生に関して確固たる意識をもつなどの人生を認識させるという結果を示している。また，Gesserらの研究¹⁰⁾では，死に対する態度として恐怖，積極的受容，逃避的受容，中立的受容の4側面を明らかにしている。このように，最近の死に関する研究では，死を不安という否定的な側面からのみではなく，死への態度を多元的に，そして，肯定的側面からもとらえる方向へと発展して

いる。そのため，死に関する意識は，感情的側面のみではなく，生や死ぬ過程といった死と切り離して考えることのできない部分も含めて，多面的に死をとらえていく“死生観”という考え方が必要である。しかし，日本における死生観に関する従来の先行研究¹¹⁾では，死生観を問う項目は“苦痛と孤独”や“人生の試練”など死に対する項目であることが多い。また，対象者が主に大学生^{12, 13)}であり，死生観が人生経験によって触発されて個人の中に形成され変容されていく¹⁴⁾ことから考えると，大学生を対象とした研究結果をそのまま終末期ケアに日々従事している看護師に使用することは適さないとと言える。しかし，看護師を対象に調査した研究は少なく，その中で河野の研究¹⁷⁾は死に対する項目のみであり，田中¹⁸⁾は尺度構成に基づいた因子分析をしていない。そのため，妥当性が検証されておらず，普遍化した尺度として使用することは難しい。看護師の死生観があらゆる場面において，看護の質に大きく影響する¹⁹⁾ことから，看護師を対象とした死生観を明確にすることが急務であると考ええる。

そこで，本研究では，看護師の死生観を尺度化し，その構造を明らかにすること，そして，尺度に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とする。

用語の定義

死生観：死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方
で，感情や信念を含む，行動への準備体制

II. 方 法

1. 死生観尺度原案の作成

死生観に関連する先行研究^{8~13, 15~18)}から“人生に対して死がもつ意味”，“人生の試練”，“死への関心”，“死への恐怖・不安”，“苦痛と孤独”，“生の絶対性”，“生命への人工的介入”，“解放としての死”，“精神不滅性”，“死後の世界観”などの因子として分類されている全ての項目を，ま

た資料^{20, 21)}をもとに肯定的側面からの死生観に関する項目を作成した。さらに、終末期ケアを行ったことのある経験年数9～11年の看護師10名を対象とした死生観に対する考えについての自由記述の調査を行い、7名からの回答をもとに項目を作成した。また、十数年間のホスピス病棟勤務経験をもつ医師とがん専門看護師の専門家2名の助言や、“死に至るまでの過程”など研究者自身が考え出した項目を加えた。

このようにして収集した項目の中で、内容が重複しているもの、質問紙調査の内容として不適切なものを除外し182項目を得た。この182項目から内容が曖昧なものなどを削除し、最終的に死生観を問う質問内容として65項目を選択した。この65項目の表現の仕方を修正し、対象者の属性に関する質問項目を加えて質問紙を作成した。質問項目に対する回答は、「かなりそう思う」「そう思う」「どちらとも言えない」「そう思わない」「全くそう思わない」の5件法である。

2. 予備調査

死生観尺度原案65項目を用いて、予備調査を行った。対象は〇大学看護短期大学部の看護学生156（2年生80、3年生76）名であった。調査方法は、集合調査法により主旨を説明した後、調査用紙を配布し回収場所を設け、後日回収した。調査期間は、平成15年5月であった。

3. 本調査

予備調査の結果、看護師を対象とした質問項目として選択された60項目を用いて本調査を行った。対象は、ホスピス・緩和ケア病棟に勤務している看護師325名と、その他の病棟に勤務している看護師306名、計631名であった。対象施設は、全国緩和ケア病棟承認施設117施設（平成15年6月1日現在²²⁾）の中から18施設を無作為に抽出し、看護部に調査を依頼し、協力の得られた16施設であった。調査方法は、自記式郵送質問紙調査法を採用した。調査票は看護部より各対象病棟看護師へ配布、記入後各自が返送する方法を行った。調査期間は平成15年10月であった。

4. 分析方法

データの統計解析には、統計ソフトSPSS 11.5J for Windowsを使用した。

1) 尺度の構成

まず、各質問項目の回答を「かなりそう思う」5点から、「全くそう思わない」1点として点数化した。次に、各項目の平均得点と標準偏差を求めた。項目分析として、平均値±標準偏差の値を算出し、天井効果・フロア効果の見られる項目を除外した。残った項目を尺度構成の対象とした。さらに、最尤法で因子分析を行った。初期の固有値、累積寄与率などから、因子数を決定してバリマックス回転を行った。最後に、Stepwise探索的因子分析を²³⁾用いて、

適合度を判断基準に項目を選択した。

2) 尺度の信頼性の検討

各因子の内的整合性を見るためにCronbachの α 係数を求め、信頼性係数の推定値とした。

3) 尺度の妥当性の検討

内容的妥当性については、専門家による助言、さらには構成した尺度の因子分析により検討した。また、因子的妥当性を検討するために検証的因子分析（最尤法）を行い、適応度を検討した。

4) 基本属性と死生観尺度との関連

死生観尺度の各因子ごとに項目得点を加算し、算出された尺度得点を用いた。因子分析で抽出されたそれぞれの因子を従属変数とし、基本属性を独立変数とした一元配置の分散分析（F検定）、および多重比較にはTukey法を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

5. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、倫理面への配慮として以下の点に留意した。調査票に調査目的と、個人が特定されないこと、データは統計的に処理し個人情報に関しては秘密厳守されること、調査への協力は自由意志によることを明記した。また、調査は無記名で行い、返信をもって本調査の同意を得たものとした。

III. 結 果

1. 予備調査の結果

配布数156部に対し、回収数130部、回収率は83.3%であった。その内、記入漏れなどのあるものを除いた有効回答数は125部（80.1%）であった。

死生観尺度原案65項目の項目分析の結果、天井効果・フロア効果が見られたのは9項目であった。そのうちの4項目は、対象者が看護学生であるために得られた結果の可能性が高いため本調査にて再度検討するために残し、残りの5項目を削除し、最終的に、看護師を対象とした質問項目として60項目を選択した。

2. 本調査の結果

1) 対象施設の特性

対象施設の総病床数は81～770床と幅があり、49床以下は0施設、50～99床1施設、100～199床2施設、200～499床6施設、500床以上は7施設であり、病床数の多い施設が大半を占めていた。また、ホスピス・緩和ケア病棟の病床数は20～36床であった。ホスピス・緩和ケア病棟の開設年月は1990年4月～2002年10月で、1990年～94年は5施設、95年～99年は7施設、2000年以降の比較的新しい病棟は4施設であった。その他の病棟は、一般内科・外科系であった。

2) 対象者の基本属性

配布数631部に対し、回収数384部、回収率は60.9%であった。その内、記入漏れなどのあるものを除いた有効回答数は342部（54.2%）であった。対象者の基本属性（表1）のうち大多数が女性であった。年齢は、21～57歳の幅があり、平均年齢 32.74 ± 7.97 歳であった。また、経験年数においても1～35年と幅がみられ、平均経験年数 10.37 ± 7.25 年であった。

ホスピス・緩和ケア病棟の経験がある看護師は199名（58.19%）、経験がない看護師143名（41.81%）であった。また、死別経験のある看護師が大半を占めていた。一方、看取りの経験のない看護師が約7割であった。また、家族

表1 対象者の基本属性

		人数	%
性別	男性	4	1.17
	女性	337	98.54
	不明	1	0.29
年齢	21～29歳	145	42.40
	30～39歳	130	38.01
	40～49歳	53	15.50
	50歳～	13	3.80
	不明	1	0.29
経験年数	1～3年	51	14.91
	4～6年	69	20.18
	7～9年	64	18.71
	10～19年	112	32.75
	20年～	43	12.57
	不明	3	0.88
ホスピス・緩和ケア病棟 経験	あり	179	52.34
	なし	163	47.66
死別体験	あり	276	80.70
	なし	63	18.42
	不明	3	0.88
看取り経験	あり	100	29.24
	なし	231	67.54
	不明	11	3.22
家族の死を意識するよう な病気や事故の経験	あり	138	40.35
	なし	199	58.19
	不明	5	1.46
自己の死を意識するよう な病気や事故の経験	あり	49	14.33
	なし	288	84.21
	不明	5	1.46
死を考える機会になった 教育・研修	あり	220	64.33
	なし	118	34.50
	不明	4	1.17
死の話をする機会	よくある	96	28.07
	ときどき	152	44.44
	どちらとも言えない	35	10.23
	あまりない	49	14.33
	ない	7	2.05
	不明	3	0.88
	合計	342	100.00

の死を意識するような病気や事故の経験のある看護師は約4割であった。そして、自己の死を意識するような病気や事故の経験のない看護師が約8割であった。しかし、約7割の看護師が死の話をする機会があることがわかった。

3) 死生観尺度の因子分析結果

60項目の項目分析の結果、天井効果・フロア効果の見られる各2項目を削除し、残った56項目を尺度構成の対象とした。56項目について、最尤法による探索的因子分析を行った。因子数は、固有値・寄与率・解釈可能性に基づき総合的に判断した結果、6因子解を最適解として採用した。次に、最尤法・バリマックス回転による因子分析を行った。因子を構成するのによりふさわしい項目を採用するために、因子負荷量0.35以上を基準として項目選択を行い、因子に負荷しない12項目を削除した。その結果、44項目が残った。このときの累積寄与率は38.03%であった。

さらに、Stepwise探索的因子分析（最尤法・バリマックス回転）を用いて、6因子モデルの適合度を判断基準に、Cronbachの α 係数および因子の内容的妥当性の確保に配慮しつつ項目を選択した。その結果、6因子25項目が選択された。内容、因子パターン行列、因子回転後の共通性、因子寄与率を示す（表2）。この6因子モデルのデータの当てはまりは良好であった（カイ2乗=184.6029（df=165）、 $p=0.1412$ 、GFI=0.9607、CFI=0.9882、IFI=0.9919、RMSEA=0.0219）。また、同一尺度内の項目間で相関係数を算出したが絶対値で0.70を超える相関はなく、尺度の冗長性は低いと判断された。

表2において因子負荷量の絶対値0.40以上を示した項目内容に基づき、各因子を解釈した。第Ⅰ因子を「死の準備教育」、第Ⅱ因子を「死の不安」、第Ⅲ因子を「身体と精神の死」、第Ⅳ因子を「遺体への想い」、第Ⅴ因子を「人生の終焉」、最後に、第Ⅵ因子を「死後の世界」と命名した。

4) 基本属性と死生観尺度との関連

基本属性と死生観尺度との関連をみるため、年齢、経過年数、ホスピス・緩和ケア病棟の経験の有無、死別体験の有無、看取り経験の有無、自己の死を意識するような病気や事故の経験の有無、家族の死を意識するような病気や事故の経験の有無、死の話をする機会の頻度、死を考える機会になった教育や研修の有無を独立変数に、死生観尺度を従属変数として分散分析を行った（表3）。なお、死の話をする機会の回答の、“どちらとも言えない”、“あまりない”、“ない”を、まとめて「あまりない」として分析を進めた。

第Ⅰ因子「死の準備教育」では、20代よりも40代の方が（ $F(3,337)=3.52$, $p<0.05$ ）、経験年数が1～3年、または4～6年よりも10～19年の方が（ $F(4,334)=4.05$, $p<0.01$ ）死の準備教育の必要性や意義を有意に感じてい

表2 看護師の死生観尺度 因子分析結果（最尤法・バリマックス回転）

	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第Ⅴ因子	第Ⅵ因子	共通性
第Ⅰ因子：死の準備教育（ $\alpha = 0.75$ ）							
4 死について考えることは人を成長させる	0.73	- 0.06	0.06	- 0.05	0.09	0.09	0.55
10 死を考えることは、生を見直す機会になる	0.72	- 0.02	0.08	- 0.02	- 0.05	0.02	0.52
27 終末期（余命約6ヶ月）にある身近な人の家族と接することは、生と死を考える機会になる	0.59	- 0.02	0.21	0.02	- 0.05	0.03	0.39
55 死について学ぶこと・教育は必要である	0.58	- 0.06	0.04	- 0.02	- 0.07	0.14	0.37
59 たとえ子供が幼くても（幼稚園児や小学校低学年）身近な人の死を体験させることは大切だ	0.50	- 0.11	- 0.05	- 0.02	0.04	0.10	0.27
9 自分の望む死を迎えるために準備をする必要がある	0.40	0.09	0.04	- 0.04	0.01	- 0.01	0.17
第Ⅱ因子：死の不安（ $\alpha = 0.80$ ）							
1 自分が死ぬことを考えると、不安になる	- 0.02	0.82	0.05	0.04	- 0.06	0.01	0.69
7 死ぬまでの過程を考えると不安になる	0.07	0.71	0.00	0.07	0.02	0.09	0.52
19 死後のことを考えると不安になる	- 0.10	0.66	0.06	0.05	0.10	0.11	0.47
54 死は怖くない	0.08	- 0.65	- 0.02	- 0.02	0.12	0.03	0.44
第Ⅲ因子：身体と精神の死（ $\alpha = 0.78$ ）							
17 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である	0.16	0.02	0.82	0.06	- 0.02	0.10	0.72
38 たとえ脳死状態でも生き続けることは大切である	- 0.01	0.05	0.77	0.07	- 0.04	0.01	0.60
23 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である	0.06	0.07	0.59	- 0.04	0.02	0.06	0.37
43 意思疎通が出来なくても、生きていることは大切である	0.11	- 0.02	0.54	0.04	- 0.13	0.10	0.33
第Ⅳ因子：遺体への想い（ $\alpha = 0.80$ ）							
44 たとえ献体のためでも、遺体に傷をつけたくない	- 0.02	0.09	0.05	0.84	0.02	0.05	0.72
48 たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、遺体に傷をつけたくない	- 0.02	0.10	0.01	0.80	- 0.00	0.12	0.66
35 脳死後は、臓器移植をしたい	0.07	0.02	- 0.05	- 0.64	- 0.00	0.05	0.43
第Ⅴ因子：人生の終焉（ $\alpha = 0.71$ ）							
42 死はすべての終わりである	- 0.16	0.03	- 0.15	0.05	0.76	- 0.20	0.66
46 死は人生の完結である	0.07	0.00	- 0.00	0.12	0.67	- 0.04	0.47
51 死は存在が無くなることである	- 0.03	0.00	- 0.07	0.00	0.56	- 0.25	0.38
34 死とはこの世の苦しみから解放されることだ	0.04	- 0.07	0.00	- 0.12	0.49	0.08	0.27
第Ⅵ因子：死後の世界（ $\alpha = 0.70$ ）							
18 死んでも魂は残ると思う	0.23	- 0.02	0.12	0.01	- 0.17	0.65	0.52
6 死後の世界はあると思う	0.16	- 0.01	0.19	- 0.02	- 0.13	0.65	0.50
24 人は死後、また生まれ変わると思う	0.04	0.05	0.03	0.02	- 0.16	0.56	0.34
12 世の中には「霊」や「たたり」があると思う	- 0.01	0.12	- 0.00	0.07	0.13	0.54	0.33
固有値	2.31	2.12	2.05	1.83	1.73	1.66	
寄与率（%）	9.24	8.46	8.20	7.30	6.93	6.65	
累積寄与率（%）	9.24	17.71	25.91	33.21	40.13	46.78	

注：54・35は逆転項目である

ることが分かった。また、ホスピス・緩和ケア病棟の経験がある方が（ $F(1,340) = 11.57, p < 0.001$ ）、家族の死を意識するような病気や事故の経験がある方が（ $F(1,335) = 7.26, p < 0.05$ ）、また、死の話をする機会があまりないよりもときどきある方が、そしてときどきあるよりもよくある方が（ $F(2,336) = 33.05, p < 0.001$ ）、死の準備教育

の必要性や意義を感じていることが分かった。

第Ⅱ因子「死の不安」では、40代よりも20代の方が（ $F(3,337) = 4.48, p < 0.01$ ）、経験年数が7～9年、または10～19年よりも1～3年の方が（ $F(4,334) = 4.02, p < 0.01$ ）死の不安が有意に高いことが分かった。また、ホスピス・緩和ケア病棟の経験がない方が（ $F(1,340) =$

表3 基本属性と死生観尺度との関連

		第Ⅰ因子 平均 (SD)	第Ⅱ因子 平均 (SD)	第Ⅲ因子 平均 (SD)	第Ⅳ因子 平均 (SD)	第Ⅴ因子 平均 (SD)	第Ⅵ因子 平均 (SD)
年齢	①20代 (145)	24.35 (2.81)	13.25 (3.15)	11.66 (2.27)	8.57 (2.68)	9.89 (2.64)	13.25 (2.38)
	②30代 (130)	25.12 (2.84)	12.36 (3.22)	12.02 (2.70)	9.05 (2.88)	10.72 (2.83)	13.68 (3.02)
	③40代 (53)	25.70 (2.90)	11.45 (3.48)	11.87 (2.83)	8.92 (2.53)	11.42 (3.08)	13.72 (2.86)
	④50代 (13)	24.46 (2.85)	13.15 (3.65)	11.38 (3.28)	9.46 (3.26)	13.08 (3.45)	11.31 (2.93)
	F値	3.52*	4.48**	0.6	0.93	7.95***	3.39*
	Tukey	①<③	①>③			①<③,④ ②<④	②,③>④
経験 年数	①1～3年 (51)	23.92 (2.39)	14.08 (3.12)	11.22 (1.95)	8.22 (2.59)	9.33 (2.59)	13.08 (2.41)
	②4～6年 (69)	24.30 (2.81)	13.09 (3.40)	11.94 (2.60)	8.90 (2.61)	10.13 (2.73)	13.58 (2.28)
	③7～9年 (64)	24.73 (3.18)	12.03 (2.81)	11.92 (2.60)	8.86 (2.83)	10.39 (2.59)	13.45 (2.91)
	④10～19年 (112)	25.59 (2.76)	12.24 (3.26)	12.01 (2.65)	9.03 (2.94)	10.78 (2.91)	13.63 (2.91)
	⑤20年～ (43)	25.12 (2.95)	12.26 (3.52)	11.70 (2.91)	8.86 (2.50)	12.47 (3.08)	12.84 (3.17)
	F値	4.05**	4.02**	0.94	0.79	8.12***	0.9
	Tukey	①,②<④	①>③,④			①<④ ①,②,③,④<⑤	
ホスピス・ 緩和ケア 病棟経験	あり (199)	25.29 (2.95)	12.12 (3.17)	12.08 (2.56)	8.88 (2.87)	10.70 (2.91)	13.69 (2.86)
	なし (143)	24.23 (2.66)	13.35 (3.34)	11.45 (2.53)	8.81 (2.61)	10.38 (2.89)	13.00 (2.58)
	F値	11.57***	12.07***	4.94*	0.58	1.02	5.21*
死別 体験	あり (276)	24.88 (2.87)	12.54 (3.30)	11.66 (2.64)	8.69 (2.78)	10.68 (2.95)	13.43 (2.74)
	なし (63)	24.70 (2.90)	13.10 (3.17)	12.46 (2.11)	9.54 (2.68)	10.11 (2.68)	13.25 (2.90)
	F値	0.21	1.45	5.09*	4.85*	1.96	0.22
家族の 重病経験	あり (138)	25.33 (2.88)	12.76 (3.39)	12.01 (2.56)	8.81 (2.82)	10.87 (2.89)	13.41 (2.95)
	なし (199)	24.48 (2.83)	12.51 (3.25)	11.68 (2.57)	8.93 (2.74)	10.39 (2.89)	13.40 (2.64)
	F値	7.26*	0.46	1.3	0.16	2.28	0
死の話 をする 機会	①よくある (96)	26.31 (2.61)	12.14 (3.51)	11.84 (2.83)	8.84 (3.08)	10.49 (3.19)	13.56 (3.41)
	②ときどき (152)	24.91 (2.51)	12.88 (3.10)	12.12 (2.57)	8.70 (2.57)	10.47 (2.88)	13.41 (2.39)
	③あまりない (91)	23.18 (2.87)	12.82 (3.35)	11.23 (2.18)	9.16 (2.65)	10.84 (2.64)	13.26 (2.65)
	F値	33.05***	1.66	3.47*	0.83	0.51	0.27
	Tukey	①>②>③		②>③			

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

12.07, $p<0.001$), 死の不安が有意に高いことが分かった。

第Ⅲ因子「身体と精神の死」では, ホスピス・緩和ケア病棟の経験がある方が ($F(1,340) = 4.94$, $p<0.05$), 死別体験がない方が ($F(1,337) = 5.09$, $p<0.05$) 有意に身体的な生を大切に感じていることが分かった。また, 死の話をする機会があまりないよりもときどきある方が ($F(2,336) = 3.47$, $p<0.05$) 有意に身体的な生を大切に感じていることが分かった。

第Ⅳ因子「遺体への想い」では, 死別体験がない方が ($F(1,337) = 4.85$, $p<0.05$) 遺体への想いが有意に高いことが分かった。

第Ⅴ因子「人生の終焉」では, 20代よりも40代または50代, また, 30代よりも50代の方が ($F(3,337) = 7.95$, $p<0.001$), 経験年数が1～3年よりも10～19年の方が, そして10～19年よりも20年以上の方が有意に死を人生の

終焉として捉えていることが分かった。また, 4～6年または6～9年よりも20年以上の方が ($F(4,334) = 8.12$, $p<0.001$), 有意に死を人生の終焉として捉えていることが分かった。

第Ⅵ因子「死後の世界」では, 50代よりも30代または40代の方が ($F(3,337) = 3.39$, $p<0.05$), また, ホスピス・緩和ケア病棟の経験がある方が ($F(1,340) = 5.21$, $p<0.05$) 有意に死後の世界を信じていることが分かった。

各因子において, 看取り, 自己の死を自覚するような病気や事故の経験の有無, 死を考える機会になった教育や研修の有無での有意差は見られなかった。

Ⅳ. 考 察

1. 死生観尺度作成

本研究において構成された死生観尺度の信頼性を検討

するために、算出したCronbachの α 係数は0.70～0.87であり、内的一貫性は確保されていると考える。妥当性については、項目作成時に十数年間のホスピス病棟勤務経験をもつ医師とがん専門看護師の専門家2名によるスーパーバイズを受けたことにより、内容的妥当性を確保したと考える。さらに、因子的妥当性を検討するために検証的因子分析（最尤法）を行い、6因子モデル25項目を採用した。この6因子モデルのデータは、カイ2乗=184.6029 (df=165), $p=0.1412$, GFI=0.9607, CFI=0.9882, IFI=0.9919, RMSEA=0.0219であった。狩野は²⁴⁾ GFIやCFIが0.95前後以上、Browneは²⁵⁾ RMSEAが0.05以下であれば当てはまりが良くモデルはデータをうまく説明していると判断してよいと述べている。これらのことから、このモデルは受容され、十分な適合度が得られたと考える。以上のことから、本研究における死生観尺度の信頼性・内容的妥当性・因子的妥当性が確認された。

今回、看護師の死生観として、「死の準備教育」、「死の不安」、「身体と精神の死」、「遺体への想い」、「人生の終焉」、「死後の世界」という6因子によって構成されていることが分かった。死生観に関連する先行研究^{8～13, 15～18)}では、死生観として、“人生に対して死がもつ意味”、“人生の試練”、“死への関心”、“死への恐怖・不安”、“苦痛と孤独”、“生の絶対性”、“生命への人工的介入”、“解放としての死”、“精神不滅性”、“死後の世界観”などがある。“死への恐怖・不安”は第Ⅱ因子「死の不安」に、“生の絶対性”は第Ⅲ因子「身体と精神の死」に、“生命への人工的介入”は第Ⅳ因子「遺体への想い」に、“解放としての死”は第Ⅴ因子「人生の終焉」に、“精神不滅性”と“死後の世界観”は第Ⅵ因子「死後の世界」に、類似していると考えられる。しかし、第Ⅰ因子「死の準備教育」は、“人生に対して死がもつ意味”と類似しているが、“人生に対して死がもつ意味”が死からの側面からのみ人生を捉えているのに対し、本調査で分類された「死の準備教育」は、生と死という側面から人生の意味を問うており、これまで明らかにされてきた因子とは異なる新たな因子であると考えられる。なぜならば、デーケン²¹⁾は、死の準備教育の主な目的を、死を身近な問題として考え、生と死の意識を探索し、自覚をもって自己と他者の死に備えての心構えを習得することとし、よりよく生きるための教育であると述べている。さらに、死が人間的成長の糧となりうることや、人間の創造的能力を開発する機会となることなどの積極的な役割²⁶⁾を認めているからである。これまでのShneidmanやGesserらの調査結果^{9, 10)}では、死に関する積極的な意味や死に対する態度として受容という言葉を用いて述べているが、死に至る過程についての思索は述べていない。また、死を意識し残された生をどういう生きたいのかとい

う、死を考えることで生を考える死の準備教育の大切さについて述べてはいない。しかし、今回、新たに死生観を構成する因子として「死の準備教育」と名付けられる要素が明らかになったことにより、死生観は死の否定的側面だけでなく、死を意識することによってよりよく生きるという肯定的側面が含まれることが分かった。したがって、本調査によって明らかになった死生観尺度は、死に至る過程までの生をも含めた死を捉える多次元的・包括的に捉える尺度であると言える。

2. 基本属性と死生観尺度との関連

死生観に影響を及ぼす要因として、年齢や経験年数に差がみられた。看護師を対象とした先行研究では、死生観は年齢階層による大きな違いは認められない、とする伊藤らの研究結果²⁷⁾があり、現段階ではさまざまな仮説が検証されている段階であり一概には言えないが、暦年齢に支配されるのではなく個人の経験などによって形成されていくものであり、認知発達や社会性の発達などと密接に関わっている²⁸⁾。しかし、本研究では、DAS得点と年齢のあいだには負の相関傾向、経験年数では負の相関が認められた、とする上田の研究結果²⁹⁾に符合する結果となり、加齢とともに経験を重ねることによって死に対する不安が和らぐという結果であった。看護師のほとんどが、年齢とともに経験年数を重ね、それとともに患者の死を看取る、または死を意識する機会が多くなる。そのため、一般の人とは異なる死に接する機会が多いという生活経験を有していると考えられ、その結果、一般の人よりは年齢や経験年数が死生観の形成に影響を及ぼす要因となることが考えられる。

死をめぐる経験では、ホスピス・緩和ケア病棟経験の有無・死別体験の有無・家族の死を意識するような病気や事故の経験の有無・死の話をする機会の頻度において差がみられた。しかし、看取り経験の有無・自己の死を自覚するような病気や事故の経験の有無については差がみられなかった。一般病棟では、患者へ提供しているケアについて看護師同士でカンファレンスを行うことが多いのに対し、ホスピス・緩和ケア病棟では、患者の理解を深めるために医療チームを形成し、患者のよりよい生を支えるためのカンファレンスを定期的に開いている³⁰⁾。したがって、このことは、ホスピス・緩和ケア病棟経験が患者のケアのみならず、患者の生きるということを考える違いにつながってゆくと考える。なぜなら、患者の生を支えるためのカンファレンスによって、ホスピス・緩和ケア経験は生と死を考える機会となり、それが死生観の形成に影響されると推察することができる。成田³¹⁾は、死生観を生成していくには、臨死看護経験を素材にして、患者の人生、家族の悲嘆、死にいくことについて、患者に関わったチームで学んでいくプロセスが必要であると述べている。このように、

お互いの感情を出し合い、分かち合う場を持つことで、自分たち自身の悲嘆体験を乗り越えることが出来³²⁾、学びや反省点を話し合うことで、メンバー個人とチームの両方の成長につながる³³⁾。このことから、死別体験のような死をめぐる体験の有無だけが、死生観に影響を及ぼすのではなく、その死を見つめ、生と死について考えていく過程が大切であると考え。したがって、カンファレンス等で医療チームとして一緒に患者の死の体験について話し、その体験を意味づけることが看護師の死生観を生成していくことにつながるのである。また、死の話しをする機会の頻度においても死生観に差があったこともこれを傍証すると言える。

死を考える機会になった教育・研修の有無について差がみられなかったことは、先行研究の結果³⁴⁾と符合する。丹下³⁵⁾は、直接的に他者の死を経験することのみが死生観を決定するわけではなく、間接的な死の経験を通してであっても死生観は同様に形成される、と述べている。直接的に他者の死を経験することが少なくなってきた現在、間接的に死を学ぶ機会が大切になってきている。しかし、死の準備教育は、わが国ではまだ始まったばかり³⁶⁾であり、本研究結果より、今後さらなる看護師の死生観を確立するための看護教育や卒後教育、死の準備教育等の検討が必要であることが示唆された。

看護師はさまざまな患者・家族と出会い、そして患者の

死を経験する。看護師はそれらの個々の体験を意味づけ、死や生に対する感情や姿勢などを再考し、自らの死生観を明確にして実践に活かすことが必要であり、このことが終末期ケアの質的向上に結びつくものと考え。

V. 今後の課題

今回の調査では、ICUや小児科、訪問看護などに従事する看護師を対象に含めなかった。これらの看護師や看護学生などさらに多様な集団に適応可能かどうかは今後の研究により検討する必要がある。また、対象者のほとんどが女性であり、性差についての検討ができなかった。この点についても、今後の検討が必要である。

さらに、死生観尺度のさらなる妥当性の確保のためにも、今後、既存の尺度との関連をみていくことも重要である。また、さまざまな要因が死生観形成にどのように影響しているのかを質的な研究を行うことで明らかにすることも必要であると考え。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただいた対象施設の看護部長および看護師の皆様方に心から感謝いたします。

本研究は平成15年度笹川医学医療研究財団研究助成を受けて行ったものである。

要 旨

本研究は看護師の死生観を尺度化し、その構造を明らかにすること、そして、尺度に影響を及ぼす要因を明らかにすることを目的とした。ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院に勤務している看護師631名を対象に自記式質問紙調査を行った。探索的因子分析の結果、6因子解を最適解として採用し、第Ⅰ因子を「死の準備教育」、第Ⅱ因子を「死の不安」、第Ⅲ因子を「身体と精神の死」、第Ⅳ因子を「遺体への想い」、第Ⅴ因子を「人生の終焉」、最後に、第Ⅵ因子を「死後の世界」と命名した。さらに、Stepwise探索的因子分析の結果6因子25項目が選択された。死生観に影響を及ぼす要因として、年齢や経験年数、ホスピス・緩和ケア病棟経験の有無・死別体験の有無・家族の死を意識するような病気や事故の経験の有無・死の話しをする機会の頻度が挙げられた。

Abstract

The purpose of this study was to develop a nurse's view of life-and-death scale and to analyze the influencing factors. From sixty hospitals having the palliative care ward, 631 nursing staff were surveyed using a self-reporting questionnaire. Exploratory factor analysis revealed that the scale had the following six factors: "Death education", "Anxiety on death", "Death of body and mind", "Thoughts about the remains", "End of life", "Supernatural belief". The result of stepwise exploratory factor analysis found out that the scale had 25 best fit items. In addition, based on ANOVA (analysis of variance) and multiple comparison, we found that age, nurse's experience, palliative care experience, death experience and frequency of talking about death were the factors that influenced the nurse's view of life-and-death. Possible reasons for these findings are discussed.

引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊，51 (9)，66-68，厚生統計協会，東京，2004.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成14年人口動態統計上巻，136-137，厚生統計協会，東京，2004.
- 3) 山本俊一：死生学のすすめ，21，医学書院，東京，1992.
- 4) 小松浩子，小島操子他：終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究 (1) - ストレス因子とストレス状態の関係，第19回日本看護協会学会収録 (看護管理)，243-246，1988.
- 5) 野末聖香：ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策，ターミナルケア，5，440-444，1995.
- 6) 和田恵子：ホスピスケアにおける看護婦のストレス，ターミナルケア，2(5)，303-307，1992.
- 7) 河野博臣：死の不安への援助，臨床看護，14(6)，812-816，1988.
- 8) Templer, D. I. : The construction and validation of death anxiety scale, *Journal of General Psychology*, 82, 165-177, 1970.
- 9) E.S. シュナイドマン：死にゆく時 - そして残されるもの，白井徳満，白井幸子他訳，262-289，誠信書房，東京，1980.
- 10) Gesser, G., Wong P. T. P. et al : Death attitudes across the life-span : The development and validation of the death attitude profile (DAP)., *Omega : Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128, 1987-88.
- 11) 金児暁嗣：高齢者の宗教観と死生観 - 宗教は死の不安を和らげるか -，平成5年度日本火災ジェロントロジー研究報告，51-64，1993.
- 12) 平井 啓，坂口幸弘他：死生観に関する研究 - 死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証 -，死の臨床，23(1)，71-76，2000.
- 13) 丹下智香子：青年期における死に対する態度尺度の構成および妥当性・信頼性の検討，*心理学研究*，70(4)，327-332，1999.
- 14) 山本俊一：死生学 - 他者の死と自己の死，7-8，医学書院，東京，1996.
- 15) 河合千恵子，下仲順子他：老年期における死に対する態度，*老年社会科学*，17(2)，107-116，1996.
- 16) 十時のぞみ：死生観とターミナル・ケアにおける行動や意識との関連，死の臨床，22(1)，65-70，1999.
- 17) 河野由美：看護婦の死生観 宗教観と死の不安の計量的研究，第29回看護総合，88-90，1998.
- 18) 田中愛子：終末期患者の看護ケアに関する要因の分析研究，*人間科学論究*，5，51-62，1997.
- 19) 藤腹明子，小山敦代他：看取りの心得と作法，3，医学書院，東京，1994.
- 20) 山本俊一：死生学 - 他者の死と自己の死，医学書院，東京，1996.
- 21) A. デーケン：死への準備教育の意義 - 生涯教育として捉える -，デーケン A・メヂカルフレンド社編集部 (編)：死への準備教育 第一巻 死を教える，1-62，メヂカルフレンド社，東京，1986.
- 22) 全国緩和ケア病棟承認施設一覧，ターミナルケア，13(4)，307-309，2003.
- 23) Kano, Y., Harada, A. : Stepwise variable selection in factor analysis., *Psychometrika*, 65, 7-22, 2000.
- 24) 狩野 裕，三浦麻子：グラフィカル多変量解析 - AMOS, EQS, CALISによる目で見える共分散構造分析，138-162，現在数学社，京都，2002.
- 25) Browne, M. W., Cudeck, R. : Alternative ways of assessing model fit., *Testing Structural Equation Models.*, (Bollen, K. A., Long, J. S., Eds.), Newbury Park, SAGE Publications, 137-162, 1993.
- 26) A. デーケン：悲嘆のプロセス - 苦しみを通しての人格成長，曾野綾子・A. デーケン (編)：生と死を考える，56-83，春秋社，東京，1984.
- 27) 伊藤孝治・松岡広子：看護職の死生観の傾向に関する検討 - 愛知県内の3施設から -，第24回 看護総合，8-10，1993.
- 28) Kastenbaum, R., Costa, Jr. P. T. : Psychological perspectives on death., *Annual Review of Psychology*, 28, 225-249, 1977
- 29) 上田稚代子：看護婦の「死観」と個人特性との関連 死の不安尺度および死観尺度に焦点をあてて，月刊ナーシング，18 (12)，74-80，1998.
- 30) 河 正子：緩和ケアと看護の役割，東原正明，近藤まゆみ (編)：緩和ケア，117-128，医学書院，東京，2000.
- 31) 成田小百合：看護婦の臨死看護体験と死生観，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24，27-33，1999.
- 32) 野末聖香：ターミナルケアに従事する医療スタッフのストレスとその対策，ターミナルケア，5，440-444，1995.
- 33) 恒藤 暁：最新緩和医療学，6-10，最新医学社，大阪，1999.
- 34) Peace, H. D., Vincent, A. P. : Death Anxiety ; Does Education make a difference?, *Death Studies*, 12(4), 337-344, 1988.
- 35) 丹下智香子：死生観の展開，名古屋大学教育学部紀要，42，149-156，1995.
- 36) 武田文和・卯木次郎他：日本の医学教育，看護教育における緩和ケアのカリキュラムの進展状況 - WHO 指定研究協力センターによる1998年の調査から -，癌患者と対症療法，10，71-77，1999.

[平成16年10月12日受 付]
[平成17年5月24日採用決定]

高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究

Study of End-of-life Care Activities for Elderly Family Members

石井京子

Kyoko Ishii

近森栄子

Eiko Chikamori

キーワード：高齢者，家族，介護，看取り行動
elderly, family, care, end-of-life care

I. 問題

わが国の高齢者の死亡場所の主体は1980年を境に自宅から病院に移行し、さらに急速にその割合は増加してきている。病院や施設での死亡は家族が身近な肉親の死に至る過程で世話をし、共に時間を過ごすなどの介護を通じての看取りの機会の減少をもたらし、それらが日常の生活や話題から死についての考察を遠ざけることにつながったと言われている¹⁾。

一般的には心身の障害により日常生活に支障がある人に対して直接行われる、生活に必要な援助を介護と言う²⁾。早くから対人援助としてのケアについての見解を述べているMayeroff³⁾は、ケアとは一人の人間を成長しようと努力している存在として認め、その成長を援助することであり、それによってケアを行った側も成長し、自己実現に向かうものであると述べている。木下⁴⁾もケアには他者への関心・気遣い・行為による表現・自発性という意味があり、共に生きるという積極的な行為であり、ケア提供者と被提供者は対等な関係であるとして、ケア提供者から被提供者への一方的な関係を否定し、ケアは両者の相互作用であるとしている。それらのケア要素の構造化を行ったDressel & Clark⁵⁾はケアとは被提供者に対して行う行為のみではなく、その背景の心理的状态にまで配慮する行動・感情・認知の3側面からなるとした。また看護の視点からの報告では、Benner⁶⁾はケアとは対象の健康回復から健康維持、さらに死の迎えまでの全過程の個人をより高い自己へ発展させる概念とし、ケアに含まれる要素として癒し、コミュニケーション、適切な処置などの8領域をあげた。同じくLeininger⁷⁾は人間としての生活様式を改善し、高めようとする個人や集団に対する支援や能力を高めるための慰め、気遣う、手助け、養護など28構成要素からなる行為としている。このように、ケアという概念は、心身の障害を持った対象に対して世話をする・介助をするなどの他者に対する行為側面と、他者への関心や心配りのような

心理的配慮側面の両面から成り立っていることが明らかになっている。

高齢者への介護は家族がその提供者となる割合が高いが⁸⁾、その内容を分析したDietz⁹⁾は情緒的なケアサポートと手段的なケアサポートの2つの側面があるとしている。石井ら¹⁰⁾も高齢者への家族の介護行動には行為的側面と心理的受容側面および拒否の側面という行為と心理的な2側面があることを報告している。このようにケアのもつ行為的側面と心理的配慮側面は高齢者介護においてもその存在が検証されている。

さらに、ケアの延長線上には死に至る対象を看取るという過程があることから、ケアとは健康の回復から健康維持までを支え、死までの全過程で行われる援助であると捉えることが出来る。その看取りの時に行われる行動には、一方では病院や施設で行われる専門職によるターミナル・ケアがある。看護師が行っているターミナル・ケアについては、Degner, Gow et al¹¹⁾はホスピス看護師を対象とした行動観察の分析から、死についての話題、力づける、怒りに対応する、個人の成長を高める、死までの生活の質を高める、勇気づける、家族への対応という7カテゴリーに分類している。Rittman, Rivera. et al¹²⁾も看護師へのインタビューから患者の理解、希望を失わせない、苦痛の開放、プライバシー保護の4カテゴリーがあると述べている。吉田¹³⁾も看護師の行っている行動分類から身体症状コントロール、日常生活の援助、患者との間で病状及び予後の相互認識などの7援助をあげ、野戸ら¹⁴⁾はこれらの7カテゴリーに環境整備と活力の促進を加えて9カテゴリーにまとめている。石井ら¹⁵⁾は看護師自身による高齢患者への行動の想起分析から、身体的援助、精神的援助、家族関係への配慮、宗教的側面への援助の4カテゴリーに分類し、身体的援助は高頻度で行われているが家族への援助は少なく、さらに宗教的側面への援助はほとんど行われていないことを報告した。このように、看護師が行っているターミ

ナル・ケアには身体的側面と心理的側面、及び家族への援助があることが明確になってきている。

このような医療者からの死に逝く対象と家族へのケアについての報告は多い^{16, 17)}が、看取りの時のもう一方の当事者である家族が死に逝く家族員に行っている介護行動についてはほとんど報告が無い。しかし、高齢者への看取りの時の介護が高齢者介護の延長線上にあると考えると、看取った家族と看取られた高齢者の双方が満足する看取りを行うためには、家族が看取りの時にに行っている介護行動を明らかにすること、そして看取りの時に必要とされる援助を明らかにすることが重要と考える。また、従来行われてきた看護師による看取りの時の行動分析は観察行動を任意にカテゴリー分類したものが多く、看取りの時の行動と看取りに影響する要因を明らかにして必要な援助を明確にするためには、尺度構成法に準拠した尺度作成を行う必要がある。

本研究の目的は、家族の高齢者への看取りの時の介護行動を明らかにし、高齢者介護からの連続性について考察を加えることである。さらに、その看取りの時の行動に関係する要因を明らかにすることである。

用語の定義：本研究では、介護とは心身の障害により日常生活に支障のある人々に直接なされる、主として入浴、排泄、食事などの生活の維持・回復・向上を目指す援助で、気懸り、心配、気遣い、慰め、世話、保護などの相手に対するより広い関心として用いる。

II. 方 法

- 1. 対象 対象は〇老人大学の受講生である。調査の主旨を説明し、賛同の得られた対象に質問紙調査票の持ち帰りを依頼した。調査票は無記名で記入後、郵送で回収した。
- 2. 調査項目 対象の基本属性、看取り経験の有無、看取りの経験がある場合には、亡くなられた人との続柄、主として介護を行った人との続柄、看取り時（亡くなる約6か月前の期間）の治療方針、看取り時の家族の介護行動、看取り後の受け止めなどである。看取りの時の家族の介護項目は家族の看取りの手記¹⁸⁾、および文献から抽出して35項目を作成した。測定は各項目に「いつもした」から「しなかった」の4段階評価で行った。予備調査として本調査対象とは別講座の老人大学受講生96名に調査を実施し、その結果6項目を削除して29項目を選出した。調査期間は2003年1月－2月である。分析はSPSS.v11.0を用いた。
- 3. 倫理的配慮としては①調査票に研究目的を記述する、②調査票への記入は自由参加であり、無記名であること、③結果の分析は調査者全体による統計処理のみを行

い、個人データ分析はしないこと、④調査票の管理および処理は厳密に行うことを明記した。調査票の郵送による返送をもって調査への参加の同意が得られたと判断した。

III. 結 果

1. 調査対象の概要と分析対象の属性

調査票は405名に配付し、338名(83.5%)から回収された。回答者の性別は男性201名(59.5%)、女性136名(40.2%)、無記入1名、平均年齢66.84歳(SD=4.33)であった。338名のうち、看取り経験があるという回答は222名(65.7%)にあった。看取った相手(複数回答)は実・義父母である親が187名(84.2%)でもっとも多く、次いで配偶者が42名(18.9%)、子どもが1名(0.5%)、その他の家族(伯・叔父母、兄弟、嫁など)が42名(18.9%)の計268名であった。治療方針は「最期まで治療を行う」が147名(68.4%)、「苦痛の緩和を主体」が51名(23.7%)であった。死亡場所は自宅が76名(34.2%)、病院が142名(64.0%)、看取り後の期間は3年以内が54名(24.3%)、9年以内が50名(22.5%)、10年以上が109名(49.1%)であった。亡くなられた時の平均年齢は親が80.1歳、配偶者が61.1歳、子ども12.0歳、その他66.1歳であった。死亡時期は親が平均16.7年前、配偶者が11.9年前、その他の家族8.4年前であった。本分析では親を看取ったと回答したデータのみを用いて行った。

分析対象である高齢者への治療方針は「最期まで治療を行う」が138名(74.0%)、「苦痛の緩和を主体に行う」が48名(26.0%)で、全体の死亡者の治療方針の割合よりもわずかではあるが最期まで治療を行うという回答が多

表1 調査対象の属性

項目		人数	%
性	男	201	59.60
	女	136	40.20
年齢	～65歳	151	45.80
	66歳～	179	53.00
配偶者	あり	280	82.80
	なし	52	15.40
看取り経験	あり	222	65.70
	なし	107	31.70
看取られ者との続柄	親	187	55.30
	配偶者	42	12.40
	子ども	1	0.30
	その他	42	12.40
死亡場所	病院	142	64.00
	自宅	76	34.20
	その他	4	2.00

かった。看取った場所は、自宅83名（44.4%）、病院104名（55.6%）で、全体の死亡者の割合よりもやや自宅が多かった。

2. 看取りの時に家族が行った介護行動

親を看取った経験があると回答した187名について、看取りの時に家族が行った介護行動29項目を分析した。対象の75%以上が「いつもした」と回答した2項目を除いて、以下の分析を行った。まず主因子法で固有値1.00以上の因子を抽出し、その後バリマックス回転を行った。因子負荷量が低く、複数の因子に高い負荷量を示す項目を順次除外し、各因子負荷量が0.400以上となるまで行った。その結果、17項目よりなる3因子が抽出された。第1因子は「体位交換をする、身体の清拭をする」などの身体的な世話行動と、「そばにいる」のような看取られる対象に対する直接的な行動があげられており、その項目の内容から看取られる人に対する『直接的介護行動』と名づけた。第2因子は「看取りについての希望を聞く、死について話し合う」などの看取られる人の死に対する意思を尊重し、心理的に安寧な状態を保つような家族のかかわりを示す行動であると判断して、看取られる人の『死の受け止めに対する援助行動』と名づけた。第3因子は「いたわる言葉をかける、励ます言葉をかける」などの項目で構成されており、看取

られる人に対する『情緒的援助行動』とした。これら3因子による累積寄与率は49.83%であった。

各因子のCronbachの信頼性係数は第1因子 $\alpha = 0.856$ 、第2因子 $\alpha = 0.786$ 、第3因子 $\alpha = 0.807$ で、いずれもかなり高いといえる。

妥当性は家族が高齢者を看取ったときに実際に行った行動を質問項目に作成したために、内容的妥当性があると考えられる。また看取った対象を親とそれ以外に分けて因子分析を行っても同一の因子構造が抽出されることから、異なった集団でも同一の因子構造が認められる交差妥当性が検証されたと考える。

尚、分析過程で除外された項目は“好みの食べ物を持参する、スキンシップを図る、食事などに意欲を示さないと注意する、同じことを話されると邪険に扱う、禁止されている食べ物や飲み物を持参する、食べやすい状態のものを持参する、家族の話をする、やさしく接する、不安を除くように話をする、車椅子などを利用して散歩させる、季節の食べ物を持参する、つらいので余り顔を見ないようにする”であった。

3. 看取りの時の家族の介護行動に関連する要因

家族の看取りの時の介護行動に影響をもたらしている要因を分析したところ、表3に示したように、第1因子

表2 看取りの時に家族が行った介護行動の因子分析（主因子、バリマックス回転）

	第1因子	第2因子	第3因子	h^2
直接的介護行動				
体位交換をする	0.843	0.166	0.111	0.751
マッサージをする	0.814	0.098	0.140	0.692
身体の清拭をする	0.730	0.277	0.061	0.614
食事や水分補給の介助をする	0.729	0.155	0.211	0.600
頻繁に見舞いに行く	0.491	0.095	0.123	0.265
そばにいる	0.469	0.132	0.125	0.600
死の受け止めに対する援助行動				
看取りに関する希望を聞く	0.142	0.722	0.045	0.544
死について話し合う	- 0.130	0.624	0.194	0.444
宗教に関する話をする	0.208	0.582	0.157	0.406
会いたい人の希望を聞く	0.365	0.566	0.283	0.533
家族と一緒に食事をしたり歌う	0.229	0.564	- 0.027	0.371
わだかまりがある人との和解を図る	0.221	0.515	0.145	0.335
情緒的援助行動				
いたわる言葉をかける	0.121	0.025	0.933	0.888
励ます言葉をかける	0.025	0.105	0.722	0.533
気持ちを推し量りながら接する	0.294	0.136	0.597	0.461
得意な話題や思い出話をする	0.292	0.301	0.467	0.394
相手の繰り返し話を聞く	0.299	0.332	0.433	0.387
固有値	5.45	1.63	1.39	
寄与率	32.04	9.6	8.19	49.83
信頼性係数（全項目 $\alpha = .880$ ）	0.856	0.786	0.807	

表3 看取りの時の家族の介護行動に影響する要因

	要因（人数）	第1因子	t検定	第2因子	t検定	第3因子	t検定
回答者の性	男（62）	15.16（4.40）	4.46***	9.96（3.78）	2.40*	15.16（3.28）	2.19*
	女（39）	19.08（4.11）		11.97（4.31）		16.53（3.08）	
主たる世話	家族（46）	16.56（4.87）	n.s	11.47（4.18）	n.s	15.73（3.00）	n.s
	家族と医療者（51）	17.18（4.30）		10.52（4.01）		15.89（3.31）	
死亡場所	自宅（34）	17.29（4.86）	n.s	11.66（4.07）	n.s	15.59（3.55）	n.s
	病院・施設（63）	16.49（4.55）		10.40（4.10）		15.82（3.19）	
治療方針	最期まで治療を行う（69）	16.41（4.90）	1.70+	10.91（4.10）	n.s	15.68（3.43）	n.s
	苦痛の緩和を主体に行う（21）	18.33（4.41）		10.72（4.75）		16.29（3.00）	
看取りの受け止め	十分に看取った（70）	17.51（4.55）	2.61*	11.13（4.28）	n.s	16.23（2.98）	2.41*
	充分でない（30）	14.93（4.47）		10.40（3.68）		14.59（3.69）	

***p<.001 **p<.01 *p<.05 +p<.10

の『直接的介護行動』には女性の介護提供者のほうが直接的な介護行動を有意に多く行っていた。治療方針に関しては「苦痛の緩和を主体に行う」群のほうが「最期までの治療を行う」群よりも、より直接的な介護行動を多く行う傾向が認められた。また、看取り後に「十分に看取った」という受け止め群の方が直接的介護行動を有意に多く行っていた。第2因子の『死の受け止めに対する援助行動』では、女性の介護提供者のほうが介護行動を有意に多く行っていたが、その他の要因については差がなかった。第3因子の『情緒的援助行動』についても、介護提供者が女性であること、看取りの受け止めに「十分に看取った」と受け止めている群のほうが有意に高い介護行動を示していた。

4. 看取りの受け止めに関連する事柄

家族が看取りを終了した後に、その看取りをどのように受け止めているかについては、「十分に看取った」として居るのは99名（66.0%）で過半数を占めていたが、「あまり充分でない」が33名（22.0%）,「充分とは思えない」が12名（8.0%）と30%にあった。

看取りの受け止めに「あまり充分とは思えない」、あるいは「充分とは思えない」と回答した理由を自由記述で記述してもらったところ、「最期まで医者主導の治療を行った、苦痛の緩和が充分でなかった」などの『病院の対応』に関するものが最も多くあげられた。次いで、「病院に任せきりだった、自分が十分に介護していない、介護知識や方法を知らなかったので看取りに悔いが残る」というような『自身の介護に対する対応』が挙げられていた。また、「本人と話し合えなかった、真実を告げていなかった」などの『本人との意思の疎通』に関するものも多く挙げられていた。その他、家族内の問題や忙しさ、自宅と病院の物理的な遠さなどであった。

表4 看取りに悔いが残った内容

カテゴリー	挙げられた内容
病院の対応	・適切な病院でなかった ・病院の都合で画一的な介護になった ・最後まで医者主導の治療 ・苦痛に耐えさせられた ・苦痛の緩和が出来なかった ・研究材料のように扱われた ・医師と治療方針を話せなかった ・病院の方針で本人の希望に添えなかった
自身の介護対応	・もう少しやさしく出来ればよかった ・自分が十分に介護していない ・病院では遠慮があった ・介護知識や方法を知らなかったので悔いが残る ・病気の持つ性質を理解しておらず叱ることが多かった ・看病疲れで患者をきつく叱った ・介護日数が短かった（2） ・病院に任せきりだった（2）
本人との意思の疎通	・本人と話し合えなかった ・話をしたかったが出来なかった ・真実を告げていなかった（2） ・病人の気難しい性格 ・会話ができなかった
忙しさ	・病院での介護と家事の調整が困難 ・仕事が忙しかった（2）
物理的問題	・病院が遠かった（2） ・遠隔地のため（6） ・同居でなかった
家族内の問題	・家族間の考え方のトラブル ・自宅では無理だった
その他	・突然だった（4） ・金銭がなかった

（ ）内数字は複数の回答数

IV. 考 察

1. 看取りの時の家族の介護行動

人間の一生涯において看取りは家族としてかかわることが出来る最終段階の行動と考えることができる。家族の高齢者への看取りの時の介護行動の構成要素を明らかにする分析から、直接的な行動の側面、それを心理的に支える情緒的側面、さらに死を迎えることへの心理的援助側面の3要因があることが見出された。看取りという介護行動は個人の人生の終結を援助する行動であることから、看取りの時の介護行動にはそれ以前の介護が必要となってから行われる行動と連続性があると予測される。高齢者への介護行動としては相手への行為と心理的な配慮の2側面¹⁹⁾や、情緒的サポートと手段的サポートの2側面²⁰⁾が報告されている。わが国においても干渉的態度と拒否的態度²¹⁾、干渉的態度、不安や負担感、拒否的態度²²⁾などが見出されている。これらに共通している点としては、いずれも高齢者への直接的な介護行動と情緒的なかわり行動が挙げられており、介護にはこの2側面が必要であることが示されている。今回抽出された看取りの時の介護行動のうち、第1因子の『直接的介護行動』と第3因子の『情緒的援助行動』は、まさに介護時の行動で見出されている相手に対する直接的行為と心理的な配慮の両側面と一致している。従って看取りの時の介護行動の一側面は高齢者への介護時と同じく、直接的な介護行動と情緒的な援助行動であるといえる。さらに今回の看取り行動分析からは『死の受け止めに対する援助行動』と名づけた介護行動が抽出されたが、これは項目の内容から情緒的なかわり行動とは別の、死を迎える対象が死を受け入れ、死までの期間を安らかに過ごせるように援助する行動と考えられる。それは看護師のターミナル・ケアとして行われている「死についての話題」²³⁾や、「病状や予後についての相互認識」にカテゴリ分類されているもの²⁴⁾と類似している。すなわち、人生の終末についての話を看護師や介護者と看取られる対象がすることであり、終末期の過ごし方についての決定などのいわば人生の最終段階の最期の時期について、看護師・介護者側が一方的に決めるのではなく、看取られる本人がその意思決定に参画し、それを受け入れていくように援助する行動と考えられる。このことから家族も医療者と同様に、死を迎える対象に対して死の受け止めに関する心理的援助を介護行動の一側面として行っていることが明らかになった。

以上から高齢者への看取りの時の介護行動は高齢者への介護行動分析で明らかにされている側面と類似しており、高齢者への介護から看取りの時の介護行動は連続しており、看取りは高齢者介護の延長線上に布置すると言える。

本調査項目で測定した看取り介護行動は信頼性係数も高く、累積寄与率も約50%あり、高齢者への看取り時の介護行動の測定尺度として用いることが出来るといえる。また、妥当性については、項目作成過程において身近な家族を看取った経験をもつ家族が看取り時の行動を想起して作成した質問項目であり、内容的妥当性もあると考える。さらに因子的妥当性も検証されたと考えられる。

2. 看取りの時の介護行動に関与する要因

看取りの時の介護行動と関連する要因分析から、介護者が女性であること、治療方針として「苦痛の緩和を主体に行う」を選択した群のほうが、第1因子の『直接的介護行動』を有意に多く行っており、そして看取った後に「十分に看取った」と感じていた。介護者が女性である場合のほうが直接的な介護行動を多く行っていたのは、男性に比し女性のほうが日常生活において家事行動を行うことが一般には多く、食事の介助や身体清拭などの直接的な介護行為は家事行為の連続として行いやすいことから、看取りの時の介護が必要になってからも行動を取りやすいためであると思われる。さらに治療方針が「最期まで治療を行う」よりも「苦痛の緩和を主体に行う」を選択した群のほうに直接的な介護行動が多い傾向を示したことは、その選択により苦痛を緩和されて穏やかな状態を保っている高齢者のそばで家族がともに時間を過ごし、世話をする時間が多く取れたことを表している。その結果、対象への介護行動を充分に行えたという思いが「十分に看取った」という受け止めとなり、ひいては看取りの満足感につながると考えられる。このように、看取りに家族が直接かかわることが、その後の看取りそのものの受け止め方に影響をもたらすことが示された。

第2因子の『死の受け止めに対する援助行動』には回答者の性差を除いて他の要因間には差が認められなかった。これは、死の受け止めという事柄に対する援助には治療方針や死亡場所にかかわりが無いことを示している。また、他の2つの因子に比べて得点が低いことから、死の受け止めに対する援助は表出が難しいことを表しているのかもしれない。

第3因子の『情緒的援助行動』には、介護者が女性であること、看取り後の受け止めに「十分に看取った」と認知している群のほうに有意に高得点を示していた。このように看取りの時に家族が納得いくまでかわりを持てることが、看取りが終わったあとにその体験を受容しやすくなるといえる。

3. 看取りの受け止めに関連する要因

看取りの受け止めには主たる世話者や死亡場所などは統計的には関連を持っていなかった。これは、看取った対象が高齢の親であったことが関係すると思われる。高齢

の親の場合には、看取る側にもある程度の覚悟があり、それほど看取りに大きな悔悟の気持ちを持たないことも多いと考えられる。それは、十分に看取ったという回答が66%を占めていることにも表れている。しかし、30%の対象は看取り後の受け止めに「充分と思えない」とし、その理由としては、「病院に任せきり、病院の都合による画一的な介護、医療主導の看取り、本人の希望に添えない治療」などがあげられていた。これらは本人の意思を尊重した介護や、家族が納得のいく介護が行えなかったことをあらわしている。考察2で示したように「最期まで治療を行う」を選択した場合には家族の介護行動が有意に低い傾向を示したことからも、家族が関与しにくい医療中心で行った看取りは、看取った家族にその看取りの時に十分に世話をしたという意識が持てないことを示しており、それが看取りが終了した後の受け止めにも影響したと言える。巻田、七田他²⁵⁾は看取り後の心残りを病院での家庭で看取りたかった、病院のケアに不満と報告している。このように、家族が満足できるかわりを行えなかったことが看取りの受け止めとしての評価となり、それが看取りの満足感につながることが示唆されている。

さらに本調査から、看取りの時に十分に介護したと思えない理由として介護者自身が「介護方法を知らなかった、

病気に対する知識や理解が無く介護の対応に悔いが残る」という、看取りの時の介護行動に対する知識や技術不足が示されたことから次のことが考えられる。死の準備教育の目標の1つとしてプレ・ウイドウフッド・エデュケーションという、配偶者などに先立たれることから生じる問題に対する前もっての教育²⁶⁾があり、主として看取った後に生じる問題への対処の必要性が述べられている。しかし、本調査で示されたように、家族として看取り行動を充分に行うことが出来たと感じるとその看取りを受容しやすく、看取り後の問題の発生も減少できると予測されることから、身近な家族を看取る過程での対処行動や方法を前もって理解する機会を持つ必要性も示された。さらに、ターミナル・ケアに携わる医療者側が看取りの時の家族に出来る、具体的な介護行動を指導することも、満足いく看取りを行うためには必要であることが示された。

V. 今後の課題

本研究の限界として、死亡時期から調査までの期間が開いていることと、想起調査であることがあげられる。今後は、看取りを行っている家族の行動を測定できるような工夫も必要であろう。

要 旨

本研究の目的は、家族が高齢者を看取る過程の介護行動尺度を作成し、介護行動に影響する要因を分析することである。対象は老人大学の受講生405名である。方法は郵送質問紙調査法である。看取り介護行動は29項目よりなり、4段階評価である。結果は次の通りである。看取りを行った経験者は222名(65.7%)であった。看取った相手は親55.3%、配偶者12.4%、子ども0.3%、その他の家族が12.4%であった。看取り時の介護行動の因子分析から3因子が抽出された。それぞれの因子は「直接的介護行動、 $\alpha = 0.856$ 」、「死の受け止めに対する援助行動、 $\alpha = 0.786$ 」、「情緒的援助行動、 $\alpha = 0.807$ 」と命名された。これらの因子に影響する要因は介護者の性、最期の治療方針、看取り後の受け止め感であった。

Abstract

The purposes of this study were to determine what care activities for dying elderly family members, as well as to analyze the factors affecting end-of-life care activities. The subjects were 405 senior citizen's college students. The method was the questionnaires which included 29 questions concerning end-of-life care, and respondents were asked to rate individual questions on a scale of one to four.

The results are as follows: 222 (65.7%) had experiences of providing end-of-life care for their family members: parents (55.3%), spouses (12.4%), children (0.3%) and others (12.4%). As a result of factor analysis, end-of-life care activities classified 3 factors: direct care activities ($\alpha = 0.856$), support to help patients come to terms with their own death ($\alpha = 0.786$), activities to provide emotional support for patients ($\alpha = 0.807$). This study shows that these activities occurred significantly more often caregivers were female, especially where the last therapeutic measures were to relieve pain, and in cases caregivers consider that they were able to give adequate end-of-life care.

文 献

- 1) 金児暁嗣：大学生とその両親の死の不安と死観，大阪市立大学文学部紀要（人文研究），49，537-564，1994.
- 2) 社会福祉基本用語辞典 川島書店，東京，17，1997.
- 3) Mayeroff, M.: On caring. Harper & Row, Pub. Inc, New York, 1971
田村真，向野宣之訳：ケアの本質－生きることの意味－ ゆるみ出版，東京，1993.
- 4) 木下康仁：ケアの基本的意味 老人ケアの社会学，医学書院，東京，9-59，1989.
- 5) Dressel, P. L. & Clark, A.: A Critical Work at Family Care, *Journal of Marriage and the Family*, 52, 769-784, 1990.
- 6) Benner, P.: From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison-Wesley, 1984 井部俊子（監訳），ベナー看護論，医学書院，東京，1992.
- 7) Leininger, M. M.: 看護の文化の中のケア促進要因とケア阻害要因，看護展望，12(1)，32-40，1990.
- 8) Brubaker, T. H. & Brubaker, E.: Family Care of the Elderly in the United States: An issue of gender differences? In Kosberg, J. I. (ed), Family care of the elderly, social and cultural changes, stage publication, 210-231, 1992.
- 9) Dietz, T. L.: Patterns of Intergenerational Assistance within the Mexican American Family: Is the Family Taking Care of the Older Generation's Needs?, *Journal of Family Issues*, 16, 344-356, 1995.
- 10) 石井京子，上原ます子：高齢者への家族ケア機能の検討－家族ケア機能指標の作成と分析－，日本老年社会学会第37回大会発表，1995.
- 11) Degner, L. F., Gow, C. M., et al: Critical nursing behaviors in care for the dying, *Cancer Nursing*, 14(5)，246-253, 1991.
- 12) Rittman, M., Rivera, J., et al: Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing*, 20(2)，115-119, 1997.
- 13) 吉田みつ子：ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究－“良い看とり”をめぐる－，日本看護学会誌，19(1)，49-59，1999.
- 14) 野戸結花，三上れつ他：終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究，日本がん看護学会誌，16(1)，28-37，2002.
- 15) 石井京子，上原ます子：高齢者へのターミナルケアに関する研究－高齢者と家族の望む死の看取り及び病院における援助の現状－，大阪ガスグループ福祉財団研究・調査報告書，10，13-18，1997.
- 16) Zerwekh, J, V.: A family caregiving model for hospice nursing, *The Hospice Journal*, 10(1)，27-44，1995.
- 17) 柏木哲夫：死を学ぶ，有斐閣，東京，2001.
- 18) 石井京子，上原ます子他：高齢者が体験した看取りに対する意味分析，ヒューマン・ケア研究，4，99-107，2003.
- 19) 5) 再掲.
- 20) 9) 再掲.
- 21) 杉澤秀博，横山博子他：特別養護老人ホーム入居者への家族による援助に関する研究－東京都立の2施設を調査対象として－，老年社会科学，15(1)，47-57，1993.
- 22) 下垣 光，下等伸司他：痴呆性老人を抱える介護者の意識と態度，老年社会科学，11，249-263，1989.
- 23) 11) 再掲.
- 24) 吉田みつ子：ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究－“良い看とり”をめぐる－，日本看護学会誌，19(1)，49-59，1999.
- 25) 巻田ふき，七田恵子他：老人を看取った家族の心残りに関する研究，老年社会科学，48-55，1991.
- 26) Deeken, A.: 死とどう向き合うか，52-68，NHKライブラリー，東京，1996.

〔平成16年10月12日受 付〕
〔平成17年5月30日採用決定〕

日本看護 研究学会 会報

第 66 号

(平成17年 9 月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

第32回日本看護研究学会学術集会開催にあたって……………	1
第30回日本看護研究学会学術集会を終えて……………	2
第30回日本看護研究学会学術集会に参加して……………	3
第30回日本看護研究学会学術集会に参加して……………	4
第30回日本看護研究学会学術集会会務報告……………	6
第31回日本看護研究学会学術集会を終えて……………	9
第31回日本看護研究学会学術集会に参加して……………	10
格調高い内容に刺激され続けた学会……………	11
第31回日本看護研究学会学術集会印象記……………	12
第31回日本看護研究学会学術集会会務報告……………	14

第32回日本看護研究学会学術集会開催にあたって

第32回日本看護研究学会学術集会

会 長 松 岡 緑

(大分大学医学部看護学科教授)

第32回日本看護研究学会学術集会を2006年 8 月24日・25日に別府市のビーコンプラザで開催することになりました。本学会は年々、発展を遂げ、学会員数は5,193名余となっております。学術集会には毎年1,500名近い参加者があり、看護系学会の中でも最大規模の学会の一つとして知られております。

本学会の特色は、看護実践家と看護学教育者、研究者が一堂に会し、看護活動ならびに研究の現況を踏まえながら、互いに研鑽を披露し、新たな問題解決への糸口をつかむところにあります。改めて申すまでもなく、看護とは多様な「実践の場」であります。研究志向も当然、実践が重視されねばなりません。

最近の社会状況には、看護に対する大きな期待が感じられます。医療の高度化・専門化、少子高齢化、保健・医療・福祉との連携、コミュニティー・ケアといったキーワードの中で、看護の役割が重みを増しつつあります。

こうした「看護への社会的要請の広がり」を踏まえて、今回の学術集会のテーマを

「社会資源としての看護」

－激動の時代、看護に求められているもの－

と致しました。社会を安全に機能させるソフト、医療利用者をはじめ地域を安心させる資源としての看護活動あるいは看護職をどのように見直せばよいか等、会員のみなさまと一緒に考える会にしたいと存じます。よりよい社会創造の資源として看護を活かし、また看護職者自身が優れた社会資源として認められるには、どのような活動や研究を目指し、他の学問分野または一般社会とのコミュニケーション能力を養えばよいか。それらを日々の実践に生かす知恵と方法を探究する会にしたいと願っています。どうか、一人でも多くの方々のご参加と研究発表をお待ちしています。

第30回日本看護研究学会学術集会を終えて

大会長 竹 尾 恵 子

今年の夏は大変な猛暑で、加えて局地的に集中豪雨が襲来し、北陸や近畿に大きな被害がでたりと、異常気象ともいえる夏真っ盛りの7月29日、30日、さいたま市大宮のソニックシティで第30回日本看護研究学会学術集会が開催されました。2年前にこの記念すべき大会をお引き受けして以来、私の所属する国立看護大学校の先生方のひとかたならぬご努力と綿密な計画によって、なんとかここまで無事にこぎ着けることができました。

しかし、学会当日の2日間は、台風10号が襲来し、時速10キロという超低速で関東沿岸を西に向かって2日間を掛けてゆっくりと通り抜けていき、荒れ模様の中の学会となりました。暴風そのものの影響と、交通機関の麻痺も災いしたかもしれませんが、参加者は1,255名（会員862名、非会員384名、学生9名）と期待よりは2-3割少なくなりました。大会のメインテーマとして掲げた「看護におけるヒューマン・ケアの実現」は、看護学が研究活動を活発に行い、科学としての基盤を固めていく一方で、その土台を支える精神、また、時代を超えて引き継いでいくべき看護の神髄を、ここでもう一度考えて見ようという意図のもとに掲げたものです。ヒューマン・ケアという理想、精神は日々の看護のどのような活動の中に現れ出るのだろうか、私たちがこの手に手応えとして、感じるものにしたい、そうすることで、理想とする概念がより具体化し、身近になるのではないかと思うからです。そんなわけで会長講演もこのテーマに沿って、「ヒューマン・ケアの看護実践への具現化」としました。具体的な看護行為・姿勢を取り上げ、日常の看護活動と結びつけながら「ヒューマン・ケアとは何か」について論じたのです。講演終了後、みなさまからは、一応の評価を頂いたと感じておりますが、今後も、この検討を更に進め充実させていきたいと思っています。

特別講演やシンポジウムには多くの参加者があり、熱心に聞いていただきました。また、看護技術実演交流会には「心肺蘇生法」に220名の方々の、「リンパ浮腫のケア」に140名の方々の参加を頂きました。身近に自分の手で触れて、学び、意見交換できるこうした場合は、参加者にとって学んだという実感が得られる良い機会となったと思われます。また、評価も得られたように思います。そのほかランチョンセミナー「C型慢性肝炎の病態とその治療・看護」には280名の参加が、懇親会には80名がご参加下さいました。

学会発表については、口演が145題、ポスターセッションが159題とそれぞれに日頃の研究の成果が発表されました。またロングセッションも4題ありました。

いくつかの会場を回らせていただきましたが、口演にしろ、ポスターセッションにしろ、研究のレベルが確実に向上してきていることを実感いたしました。看護学が着実に進められていることを嬉しく思うと共に、今学会のこれからの発展が楽しみです。

終わりに、荒れ模様の天候の中、今学術集会にご参加下さいましたみなさまに心から感謝申し上げます。

第30回日本看護研究学会学術集会に参加して

石川県立看護大学 川 島 和 代

去る平成16年7月29日・30日の両日にわたり、第30回日本看護研究学会学術集会が竹尾恵子会長のもと「看護におけるヒューマンケアの実現」をメインテーマに開催された。竹尾会長が、冒頭挨拶で述べられている研究もエビデンスも、技も、看護実践に生かされてこそ意義があるという信念に惹かれて意欲的に様々な研究発表の会場に足を運ばせて頂いた。総数304演題が発表の運びとなり、それぞれの看護研究の粋を極めようと精力的に取り組まれていることに圧倒されるほどであった。

発表者の所属をみると、全体的には大学・短大などの教育・研究者の発表が9割近くを占めていた。臨床の方の発表は21演題、また、臨床と大学や短大との共同研究での発表が11演題、介護施設からの発表が3演題であった。本学会に占める実践の場における看護職の数を思うといささか少ない思いが否めない。また、看護が実践の科学である以上、地域や臨床の方々やそこで働くスタッフを対象とする研究が多いにもかかわらず、共同研究が少ないのも実践家との距離があるような気がする。看護系大学・大学院の増加を思うと、今しばらくはこの傾向が続くであろうが、教育研究を含めて臨床の知となりうる研究かの吟味や問いが重要ではないかと思われた。

座長を担当した発表群では、高齢者施設のスタッフ・家族の体験の特徴を明らかにするものや、事例の事実から介護保険制度の課題を明らかにしようと試みられたものであり大変興味深かった。スタッフや家族の特徴を明らかにするということは、ケアサービスの提供者がどのような資質を備え、働きかけを行うことが有効なのかを示してくれるものと考えます。また、事例の対象者が語る事実から介護保険の課題を明確にすることは、障害のある高齢者の位置から制度を捉えなおすという点で一歩も二歩も踏み込んだ社会サービスへの提言を与えてくれるものと思われた。今後、現場のスタッフ教育や制度の課題を明らかにし、実践への活用を期待したいと思った。研究の分析方法として多変量解析から、面接や対象の語りから意味内容を取りだす質的な分析手法と多岐にわたっていた。看護職者は研究の分析手法にも精通して研究成果を読みとり、活用の可否を判断していく力量がますます求められると実感した。

シンポジウム①の「EBNを実践する鍵－つくる、さがす、つかう－」は、先に述べたこれからの看護職者が研究成果を看護実践に活用していく時代にふさわしいテーマと感じ、関心が高かった。特に患者とケアの根拠と経済効率のバランスを考慮した判断が強く求められることを実感した。なかでもEBNをつかうという観点から発言された「終末期癌患者のリンパ浮腫に対するCDPの効果」からは、今後の看護の展開に重要な示唆が得られた。リンパ浮腫の患者の多いこと、その苦痛を日々実践の中で目の当たりにし、放っておけない感情からケアを模索し、スペシャリストナースから実践の手ほどきを受け、取り入れられた経過は、看護職が専門家として新たな根拠あるケアを創造・検証していかなければならない責任を持つ存在であることを強く意識させられた。実践の重みを実感する。

拝聴した研究の印象全てを述べることは毛頭できないが、研究者の継続的な取り組みが多いことがわかり、確実に看護研究を看護実践の知の集積としていく努力が全国至るところで行われていることを実感し、看護界で最大規模をほこる本学会の存在意義もあらためて感じる事ができた。今後、さらに鋭い討議を重ね、ヒューマンケアたりうる看護の社会化への努力に研究が寄与できるようにすることが大切であると私には思えた。

たくさんの刺激を頂いた本学会の企画構想から準備、当日の運営に至るまで細やかにすすめてこられた竹尾会長をはじめ企画委員、国立看護大学校のスタッフの皆様へこころから感謝申し上げたい。

第30回日本看護研究学会学術集会に参加して

藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科 天 野 瑞 枝

第30回日本看護研究学会学術集会が、2004年7月29日・30日に埼玉の大宮ソニックシティにおいて「看護におけるヒューマンケアの実現」をメインテーマに、国立看護大学校竹尾恵子会長のもとで開催されました。この2日間参加した学術集会の印象を述べさせていただきます。

学会は、会長講演「ヒューマンケアの看護実践への具現化」で始まり、古くて新しい課題であるヒューマンケアについて考える良い機会となりました。また、Boonyanurak,P.やLakomy,J.M.そしてJean Watsonの考え方を基盤に作成したHuman Care Meaning Questionnaire=HCMQを用いた日本における調査についての説明がなされ、今後、HCMQ-Jの改良や日本の感覚へのフィット感が課題として述べられましたが、このスケールは看護活動の極めて日常的・実践的活動の中にある行為や態度として、人と人との交流の中に具現化されるヒューマンケアの内容が網羅されていると感じました。

特別講演は「看護における心臓領域専門家の育成と役割」と題して、UCSFの修士課程プログラムである、上級看護師教育のためのコア・カリキュラムについて、特に心臓疾患予防とリハビリテーション分野の学習を例に述べられ、また心臓リハビリテーション看護師の役割を具体的に述べられました。今後の日本の修士課程における専門看護師教育の在り方におおいに参考になる内容でした。

看護技術実演交流会は、実演交流会①「心肺蘇生法－BLSからACLSまで－」、実演交流会②「リンパ浮腫－リンパマッサージと多層圧迫包帯法－」の2つでした。どちらも会場は多くの参加者であふれるほどでした。特に参加させていただいた実演交流会②では、マニュアルリンパドレナージと多層圧迫包帯法を実際に現場で実用したいという参加者の意気込みが感じられる熱気あふれる会場であったと思います。

シンポジウムは、シンポジウム①「EBNを実践する鍵－つくる・さがす・つかう－」、シンポジウム②「看護教育における国際協力」の2つでした。同じ時間の開催であるためどちらかしか参加できなかった

たのが大変残念でした。参加させていただいたシンポジウム①では、エビデンスを「つくる」からエビデンスを「さがす」「つかう」へ向かった具体的な内容が述べられていました。特に看護教育において「さがして」「つかう」という学習過程の強化の必要性を感じました。

最後に一般演題発表は、145題の口頭発表と159題のポスターセッションでした。ポスターセッションでは教育関係の発表より臨床に関連した発表会場に多くの参加者が集まっており、参加者と演者との交流がさかんに行われているという印象を受けました。

第30回目を迎えた本学会は、30周年という記念すべき節目にあたる学会であり、実践を重んじる研究思考がプログラムの中に随時みられ、臨床・研究・教育の統合が実感できた印象深い学術集会でした。参加させていただいて、素直に「ありがとう」と言える学会だったと思います。

第30回日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成16年7月29日（木）・30日（金）
2. 場 所：大宮ソニックシティ
3. 参加者：総数1,255名（内訳：会員862名、非会員384名、学生9名）
4. 内 容：一般演題304題（口演 145題 示説 159題）
特別講演1題
シンポジウム2題
看護技術実演交流会2題
会長講演

5. 会計報告

収 入 (円)		支 出 (円)	
参加費	11,732,000	会場費	3,101,223
本部補助金	400,000	設営費	8,095,446
学術集会準備費借入金	2,000,000	当日運営費	1,303,105
埼玉県補助金	300,000	講師等謝金・旅費	1,889,370
賛助	20,000	会議費	67,101
展示・広告	2,953,722	印刷費	1,253,502
雑収入	737,115	通信費	305,620
		事務費	790,064
		雑費	635
		学術集会準備費返金	2,000,000
合 計	18,142,837	合 計	18,806,066

収支 - 663,229円

学術集会会長弁済 663,229円

最終収支 0円

以上報告します。

平成17年 8 月22日

第30回日本看護研究学会学術集会

会 長 竹 尾 恵 子



会長講演



特別講演



看護技術実演交流会



看護技術実演交流会



シンポジウム



ポスターセッション



総 会



平成15年度奨励賞授与



懇 親 会



第31回日本看護研究学会学術集会を終えて

医療法人 東札幌病院

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 石 垣 靖 子

平成17年7月21日・22日の両日、札幌コンベンションセンターにて第31回学術集会を無事終了することができました。日本看護研究学会会員の皆様には、多大なご協力・ご支援をいただきましたことにまず心から御礼申し上げます。今回は、10年ぶりの北海道での開催ということもあり、メインテーマ「人間として遇する医療・福祉の定着に向けて～パーシエントからパーソンへの挑戦」に焦点をあてて企画いたしました。地元の人たちもプログラムを盛り上げて下さいました。特に、べてるの家の統合失調症をもつ当事者達には、学会のテーマソング「ありのまま」を作詞・作曲して下さい、オープニングからエンディングまで、参加された方々の心に残るパフォーマンスを披露して下さいました。学会の前日開催した市民公開講座は、北海道出身のノンフィクション作家、渡辺一史さんの「わがままな障害者の遺したもの～こんな夜更けにバナナかよ>の世界～」と題した講演も好評でした。初来日されたMerle H. Mishel先生の講演「ミッシェルの不確かさの理論」(What do We Know about Uncertainty in Illness)には会場があふれるほどの人の参加があり、<Uncertainty>に対する関心の高さを実感いたしました。シンポジウム2題、ジョイント講演など、メインテーマに添って、倫理的な内容を盛り込んで組み立てましたが、アメリカ看護協会の「人権と倫理に関するセンター」の前センター長であったColleen Scanlon先生や、高齢者専門病院で臨床倫理に長く携わっているCornelia Fleming先生などの貴重な講演は、優れた通訳のおかげもあって、わかりやすく参加者に伝わったのも有り難いことでした。実演交流会は「摂食・嚥下障害のフィジカルアセスメントと訓練法」と「在宅で人工呼吸器を装着している療養者のための呼吸管理<呼吸管理支援モデル>の紹介」の2題で、ランチョンセミナーは企業との共催で3題実施し、いずれも満員の盛況でした。

学会の主役はなんと言っても研究発表ですが、今回は384題採択いたしました。すべてポスターセッションの形式で行い、各会場に数名のコーディネーターを配置し、スムーズな意見交換のお手伝いをさせていただきましたが、各会場ともface to faceで活発な交流がなされたと思います。今回参加者は1,278名で、期待していたよりは少なかったのですが、看護教育に携わっている方が多いこの学会としては、臨床の人たちの参加も多く、特別養護老人施設やグループホームで介護の仕事をされている方々の参加があったことはうれしいことでした。しかし、参加された皆様には何かと不行き届きの点も多かったことと思います。誌上をお借りしてお詫び申し上げます。

本学術集会の開催にあたっては、多くの方々がボランティアで運営に参加して下さいました。また、物心両面にわたってご支援下さった皆様ここに衷心より感謝を申し上げます。本当にありがとうございました。

第31回日本看護研究学会学術集会に参加して

鹿児島県隼人町立医師会医療センター 江口恵子

オープニングは涙から－

“ありのままって考えたことある？

ありのままって受け入れられないかい？

でもそれってホントはいいものみたい

ありのままってホントにいいものみたい……”

べてるの家の山本さんの歌う“ありのまま”の歌詞のひとつと言ひと言が胸を打ち、涙があふれてくる。会長講演の中で石垣先生が話された全ての基本はエシックスと人権であり、『パーシェント（耐える人）ではなく、その人自身（パーソン）として遇されることは、自分自身であり得る力を引き出すもっとも大きな支援である。』ということ、まさにその通りに下野さんのギターで山本さんが語りかけるように歌う。

“今日からありのままで生きたい

きみのありのままも あたしのありのままも

違うところも同じところも 好きなのも嫌いなのも

認め合って 話し合って 笑いあって 分かち合って”

浦河べてるの家の統合失調症等の症状を抱えた当事者による「当事者研究」は、自らの生きづらさの意味を「研究」し、実生活に活かしていこうという活動であり、MSWで北海道医療大学の向谷地さんは、当事者が開く可能性と、専門家としての自ら行っていることを“安心して確認できる場所づくりである”と、当事者と同じ目線でしかも専門家として話された。看護のどの理論を見ても、人間についてその存在をポジティブな存在として位置づけており、少なくとも看護を学ぶ者は誰でも知っていることである。否、そうであろうか。私たちは、“専門家!?”として、自分とは違う存在として、患者を見てはいないだろうか。それが精神障害者であればなおさらのことである。学会最後の特別講演「自分の専門家になる－当事者研究の試みから見えてくるもの」は、この学会が終始一貫して『人間として遇する医療・福祉の定着に向けて＝人間として当たり前生きてゆくことを支援すること』というメッセージを送り続けられた、まさに仕上げの講演であった。終わりの涙は何か心温かく明日への希望を抱かせてくれた。余談だが、会場で販売されていた当事者たちの作品（商品）は日高の特産昆布を上手く加工し、少しの無駄もなく上品な味わいであった。地域の中で地域の人たちと共に生きている「当事者」達から多くの示唆を得た。

今回、当院からも1題研究発表を行った。発表は全てパネル形式、しかも、閲覧し興味のある演題のところで発表者とディスカッションをするという初めての体験であった。当初、もし誰も質問がなかつ

たらと不安な感じがあったが、そこはフロアのコーディネーターが上手く調整をされ発表者の支援をされて、発表者に対するきめの細かな配慮を感じた。当院の発表者は今回が初めての学会発表であったが、質問者とディスカッションを繰り返すうちに、不安な表情からしっかりとした表情になり、安堵感の中に達成感を感じられた。若い看護師が、学び発表し討論していくプロセスで自らの力を確実なものにしていく、とても頼もしく嬉しい瞬間であった。これは、看護管理者としての役割であり、一人一人のスタッフを一人の人として見守り育てることに他ならないし、共にあり続けたいと心から感じた。

私自身への課題はもう一つ。最近、日常の仕事に埋没し理論の学習が不足していたことを反省した。理論を学ぶことは、意味を学ぶことである。くしくも、学会長講演で話された「医療集団は思想集団である」ためには「学ばずして語れず」である。ミッシェルの「不確かさ」の理論はもっと学び、現場で活用したいと思った。そして、臨床現場での取り組みを研究としてまとめていく努力を継続することであると痛感した。爽やかな北海道の風の中で人としてのあたたかさに包まれた学会へ参加できたことに心から感謝したい。

格調高い内容に刺激され続けた学会 －感謝をこめて－

大阪大学医学部附属病院 菊池素子

第31回日本看護研究学会、初日の会長講演に臨み、私たち阪大病院福岡看護部長率いる10人の師長達は、前過ぎるほどの位置に陣取った。格調高いテーマの意味合いを一言も聞き漏らしたくない、そんな思いであった。やがて石垣学会長のもの静かな声が会場を制した。繰り返される、人として、人間としてという言葉が、かけがえもなく大切なこととして心にしみ込み、改めて今学会のテーマに深い興味を覚えた。

会長講演としては短すぎたのではないか、一瞬そう思ったが、実は続きがあったのである。舞台のスポットは歌を歌う少女とギター伴奏をする青年へと移っていった。『ありのまま』という歌。なぜか私は訳もなくその歌に感動し、涙が溢れそうになるのを懸命に耐えた。自分の心が疲れているのかなと、一人ひそかに思っていたのだが、そうではなく、後でその話になった時、嗚咽しそうになったという人もいた。

実はこの歌を歌う二人は自ら統合失調症の症状を抱えた方々であり、自分の専門家になる当事者研究者、なのだそうである。私たちが受けた感動は、今学会のサブテーマである「パーシェントからパースンへの挑戦」に対する強烈な刺激であったのではないだろうか。

インパクトの強い会長講演に始まって、プログラムのどれもが興味深く素晴らしかった。自分を含め

た「人」というものが、これほどいとおしく大切に思えた学会はない。例えば、シンポジウムの中で見せられた霊安室のベッドの写真。白いレースに縁取られたベッドがなんと神聖に写ったことか……。臨床現場に思いをはせながら、いかなる人も最後はこのようなベッドに横たえてあげたい。そしてそばに寄り添いながら最後のお別れをしたい、と思ったことである。

シンポジストの中でも臨床倫理学の視点から述べられた清水哲郎先生の発言には、日頃の看護実践（看護姿勢というべきだろうか）と重なり合うところがあり、ことごとく身近なところで深く考えさせられた。その一つ、インフォームド・コンセントに関して「医療側からの病状説明のみならず、患者からも人生（物語られるいのち）についての説明を受けなければならない。その上での合意が必要である」という一言が、今でも鮮明に残っている。そうでなければ寄り添って共に歩むことは出来ないのだから。

さて、メインホールから外に出たところで先ほどの歌姫、賀代ちゃんを見つけた。早速サイン入りCDを購入。素朴な笑顔がなんと素敵であったことか……。彼女が作詞した『ありのまま』。歌詞を少しだけピックアップしてみよう。

♪ありのままって考えたことある？

でもそれってホントはいいものみたい

ありのまま 今の苦勞の主人公になること

それは 自分ひとりだけでがんばらないこと

それは 人生をまるごと受け入れること

それは 自分自身を深く深く知ること

それは 今この時を生きること♪

このような言葉が延々と続く歌である。若い少女が自分で作った歌。今聞いても心にしみ入る。

翌日のラベンダー畑の映像と重なって、心に残るすばらしい学会参加となった。石垣学会長に心から感謝を申し上げたい。

第31回日本看護研究学会学術集会印象記

医療法人心和会顧問 前八千代病院看護部長 加 納 佳代子

私は、この学術集会への参加を心躍る思いで待ち、楽しみにしていた。今までとは違う何かを得られるような、そんな予感がしていた。30年以上臨床の海の中で泳ぎ続けながら私が願っていたことは、人間として当たり前のことを当たり前にしたい、普通のことを普通にしたいということだけだった。にもかかわらず、尊厳をもって人を遇するという「当たり前のこと」を「普通のこと」として持続していくには日々多大なエネルギーを注ぎ続けねばならなかった。悲しいことも、悔しいことも受け入れざるを

得なかった。だから「人間として遇する」「パーシェントからパーソン」というキーワードであらわされるメインテーマは、臨床看護職であり続けた私の琴線に触れた。そして、30回を超えたこの学会が改めて看護の原点に立つことで歴史的な意味を持つことになるだろうと思えた。看護界全体にとっても、今までになく根源的なことに向き合う機会になる。そう感じた。

「べてるの家」の方々にお会いできるのも楽しみだった。「当事者研究」という当事者が自分を仲間とともに研究していくプロセスは、誰の研究を読んでもその深さと真剣さに引き付けられた。「研究」というのは、こうやって他の人に伝えたときに身震いするようなものを持っていることなのだった。私は、隣町にすむ人々の話しのように「べてるの家」の当事者活動を臨床で伝えてきたので、日本看護研究学会で会えるとはこの上なくうれしかった。当事者が自分の病気や健康の「専門家」になれるように伴走者としてつきあうのが看護職である。そう思い続けてきたので、この学会で初めて知る人は、自分たちの「研究」と重ね合わせどんなことをこれから考えていくのだろうか楽しみだった。

しかし、「人間として遇する」という当たり前のことがテーマになるということは、いまだ医療福祉の世界では、患者を患者様として扱おうとしていることにとどまり、「相手を人間として尊重する」当たり前のことは定着していないことに改めて気がついた。

一番心打たれたのは、石垣靖子氏の会長講演だった。日本でのホスピスケアを早くはじめられ、人間の最後を人間らしくケアをうけることができるようにと、いつも時代の求めているものに耳を傾け、長年にわたって実践し続けた蓄積をたんたんとお話してくださった。そのお話の最後に、「それではこれから、この学会のテーマソングを聴いていただきます。歌と演奏は「べてるの家」のお二人です。」といって、会場の参加者は、会長講演の一部としてこの歌を聴いた。「ありのまま」というオリジナル曲だった。

♪ (略)

ありのまま それは生きる苦勞をとりもどすこと

それは 今と向き合うチャンスを探すこと

それは 自分自身を深く知ること

それは 日々の出来事を大切に受け止めること

. (略) ♪

伴走者としての看護職を象徴するような会長講演であった。

それはまた「『実践』をキーワードにしたい」という山口桂子理事長の開会の辞にも通じたように思えた。

特別講演、シンポジウム、セミナー、ポスターセッション、実演交流会どれをとっても、準備してこられた方々の熱意が伝わってきた学術会議であった。

第31回日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期：平成17年7月20日（水）、21日（木）、22日（金）
2. 場 所：札幌コンベンションセンター
3. 参加者学術集会：総数 1278名 内訳：会員 873名、非会員 352名、学生 53名
プレカンファレンスセミナー 218名
4. 内 容：一般演題 384題
特別講演 1題
実演交流会 2題
シンポジウム 2題
ジョイント講演 1題
ランチョンセミナー 3題
会長講演
市民公開講座 1題
プレカンファレンスセミナー 3題
- 但し、以下の演題は発表を取り消された。
- 第20群 102 地域高齢者の長寿かつ上手に老いる要因の検討
○谷垣 静子、仁科 祐子（鳥取大学医学部保健学科）
宮林 郁子（日本赤十字九州国際看護大学）
- 第29群 148 住いに関する学生によるリスクアセスメント
－在宅高齢者の立場での物理的側面を中心に
○深澤 圭子（名寄私立短期大学）
横溝 輝美（札幌医科大学保健医療学部看護学科）
- 第43群 219 新人看護師の Sense of Coherence と職務ストレス
－就職3ヶ月後の調査より－
○片山 清美（日本赤十字社長崎原爆病院）
山本 富士江（県立長崎シーボルト大学大学院人間健康科学研究科）
- 第48群 246 アセスメント能力を向上する看護支援システムのための観察マスターを用いたアセスメントツールの検討
○古賀 美紀（島根大学医学部看護学科）

5. 会計報告

収 入		(円)	支 出		(円)
参 加 費		11,550,000	会場・設営費		5,474,873
本部補助金		500,000	当日運営費		10,368,709
学術集会準備費借入金		2,000,000	講師等旅費・謝金・記念品		4,604,423
展示・広告・賛助		9,770,000	会 議 費		564,400
プレカンファレンスセミナー参加費		1,090,000	印 刷 費		1,072,355
そ の 他		1,346,900	通 信 費		414,541
銀 行 利 子		50	事 務 局 費		1,100,000
			雑 費		657,649
			学術集会準備費返金		2,000,000
合 計		26,256,950	合 計		26,256,950

以上報告します。
平成17年9月1日

第31回日本看護研究学会学術集会
会 長 石 垣 靖 子



受 付



会 場 1



会長講演



会 場 2



特別講演



シンポジウム I



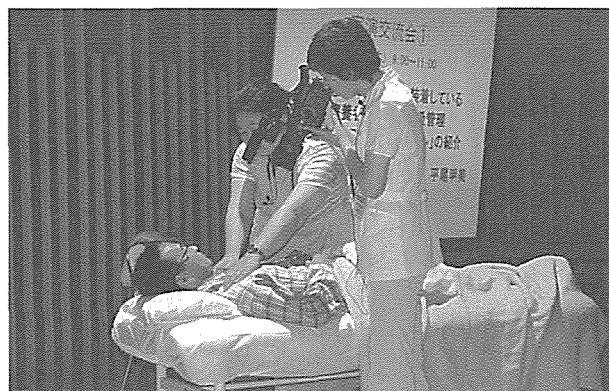
奨学会研究発表



総 会



ポスターセッション



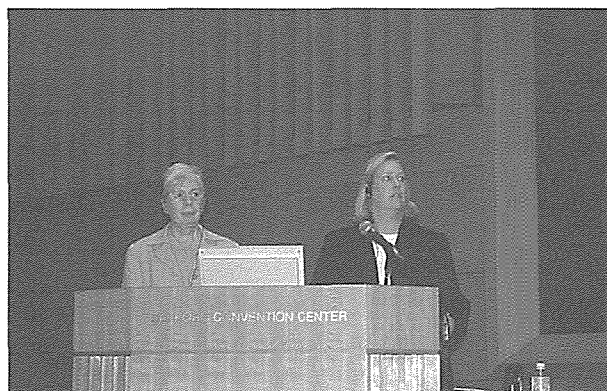
実演交流会①



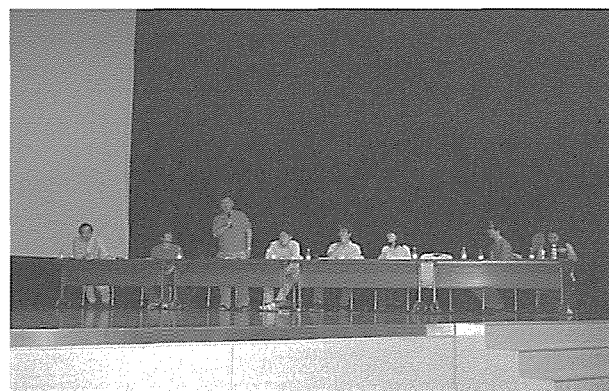
実演交流会②



シンポジウムⅡ



ジョイント講演



特別企画

日本看護研究学会 第10回 東海地方会学術集会のご案内

東海地方会会長 渡邊 順子（聖隷クリストファー大学）
第10回東海地方会学術集会会長 三上 れつ（慶應義塾大学）

◎テーマ：事例研究の再考と課題

－看護を語る、患者からの学びを蓄積する－

◎日 時：平成18年3月11日（土）9：30～16：30

◎会 場：横浜市教育会館 横浜市西区紅葉ヶ丘53

◎プログラム：

9：30～ 受付

9：50～10：00 開会の辞

10：00～11：00 基調講演

「対象をどうみつめるか－事例から学ぶ看護の本質の追求－」

講 師：川嶋みどり（日本赤十字看護大学）

座 長：太田喜久子（慶應義塾大学看護医療学部）

11：00～12：00 一般演題発表（口演・示説）

12：00～12：30 総 会

13：00～14：00 一般演題発表（口演・示説）

14：00～16：00 シンポジウム

「事例研究の現状と課題」

シンポジスト：「教育」 佐藤 正美（東海大学健康科学部）

「臨床」 山崎いづみ（横浜市立市民病院）

「研究」 西村 ユミ（静岡県立大学看護学部）

「医療」 岸本 寛史（富山大学保健管理センター）

座 長：大津 廣子（岐阜大学医学部看護学科）

近藤美知子（神奈川県警友会けいゆう病院）

16：05～16：10 第11回大会長挨拶

16：10～16：15 地方会会長挨拶

16：15～16：20 開会の辞

◎一般演題募集について：

発表者および共同研究者は、「日本看護研究学会員」に限ります。

未入会の方は、入会手続きを完了してからご応募ください。

なお、本地方会学術集会は学術集会の参加費で運営しております。

やむおえず学術集会当日に出席できない共同研究者の方も、全員、事前期日（平成18年2月20日・月）までに参加費をお支払い下さいますよう、お願いします。

◎一般演題募集期間：平成18年1月4日（水）から平成18年1月11日（火）まで

◎学術集会参加申し込みについて：

学術集会への参加は、できるだけ事前にお申し込みください。

学術集会参加専用振り込み用紙は、11月頃発行予定の「東海地方会ニュースレター」に同封します。

あるいは、郵便局にある振り込み用紙を利用して、下記の振込先へ入金されても構いません。

事前に参加申し込みをされた方には、抄録集を送付します。

なお、当日参加は可能です。

◎参加費振込先：口座番号 00860-5-57417

加入者名 日本看護研究学会東海地方会事務局

◎参 加 費：会員 3,000円、非会員 4,000円、学生（院生を除く） 1,000円

振り込み用紙の＜通信欄＞に、「会員番号」・「非会員」・「学生」のいずれかを必ず明記して下さい。

◎学術集会事前参加締め切り：平成18年2月20日（月）

◎お問い合わせ先：

・第10回日本看護研究学会東海地方会学術集会事務局

〒252-8530 神奈川県藤沢市遠藤4411

慶應義塾大学看護医療学部

三上 れつ研究室

TEL & FAX 0466-49-6227（直通）

E-mail rmikami@sfc.keio.ac.jp

・日本看護研究学会東海地方会事務局

〒433-8558 静岡県浜松市三方原町3453

聖隷クリストファー大学看護学部

渡邊 順子研究室

TEL 053-439-1400（代）

TEL 053-439-1902（直通）

FAX 053-439-1406

E-mail yoriko-w@seirei.ac.jp

日本看護研究学会

第19回 近畿・北陸地方会学術集会のご案内

テーマ：看護における倫理的課題

－教育・研究・臨床・地域の視点から－

昨今、医療を取り巻く環境は激変してきており、このような潮流は病者や障害者がその人らしく生活し、医療を必要とする時には適切なインフォームドコンセントが行われることを必要不可欠な状況としてきています。そのためには診療情報の提供・カルテ開示が積極的に行われ、患者と医療者間の信頼関係の構築や、医療の透明性および患者自己決定権の重視といった倫理的側面が重要視されてきているのは周知のことです。さらに、本年の4月からは個人情報保護法が施行され、過敏ともいえる反応が看護界も含めて、医療全体を揺るがせているのも事実です。

このような現状のもと、抽象的な概念である「倫理」をできるだけ具体的な事柄として捉え直すために、様々な分野における倫理問題を直視し、倫理的感受性を洗練させる必要性について話し合う機会を得たいと考えました。とかく倫理はこれが正解というものを求めるのが困難である以上、お互いに話し合っただけでコンセンサスを得ることの重要性が指摘されてきましたが、今回、私たちは教育・研究・臨床・地域において日常的に感じておられる問題点や、積み重ねてこられた様々な工夫に焦点をあて、共有したいと願っております。

多くの臨床家や教育関係者をご参加くださり、学びが深まる機会になることを心より期待しております。

第19回 学術集会会長 瀧 川 薫

1. 開催日時：2006年3月19日（日） 9時30分～16時00分
2. 会場：栗東文化芸術会館“さくら”
〒520-3031 滋賀県栗東市縄2丁目1番28
(JR琵琶湖線 栗東駅東口から約400m・徒歩5分)
3. プログラム：
9時40分～11時30分 一般演題発表（口演・示説）
11時30分～12時30分 地方会総会
13時30分～16時00分 シンポジウム：看護における倫理的課題
－教育・研究・臨床・地域の視点から－
(各分野から専門家をシンポジストとして招聘)
17時00分～19時00分 懇親会
4. 学会参加費：1) 会員…3,000円 2) 非会員…4,000円 3) 学生…1,000円
郵便振込：口座番号 00950-5-223231
加入者名：日本看護研究学会第19回近畿・北陸地方学術集会

◆ 一般演題申し込み締め切り：2005年11月7日（月） 必着

◆ 発表抄録締め切り：2005年12月22日（木） 必着

【お問い合わせ先】

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学医学部看護学科
臨床看護学講座（精神看護学） 瀧川 薫
TEL / FAX 077-548-2084（直通）
e-mail takigawa@belle.shiga-med.ac.jp

日本看護研究学会

第19回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：看護実践におけるエビデンスの確立をめざして

このたび、第19回中国・四国地方会学術集会を、下記のとおり開催する運びとなりましたので、ご案内申し上げます。

近年の看護学の発展は、医療全体の高度化に伴うもののみならず、患者の人権を尊重し、QOLを高めることを目指した成果が著しく認められております。本学術集会では、看護のエビデンスをテーマに、看護学のトップランナーである招待講師から看護学の最先端の研究動向を学ぶ機会を企画いたしました。また、厳選した公募演題に関して研究報告を行い、実践者、研究者、教育者を交えて討議することにより、そこから新たな活力を引き出そうと考えています。わずか1日の企画ではありますが、ご参加の皆様が看護の発展への示唆を得、また新たな展望を見出されることが期待されます。

春光うらかな愛媛の地で、是非皆様とお目にかかれそうですよう祈念いたします。

実行委員長 河野保子
(愛媛大学医学部看護学科)

◆日時 平成18年3月19日(日) 9:00~16:30

◆会場 愛媛大学医学部看護学科 愛媛県東温市志津川

◆プログラム:

○特別講演 「ケアの根拠をどう考えるか」
菱沼典子 先生 (聖路加看護大学看護学部看護学科教授)

○交流会

テーマ1 「欧米のエビデンスは日本のエビデンスと考えてよいのか? - 院内感染に関する調査研究から -」

牧本清子 先生 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野教授)

テーマ2 「生理学的反応を指標とした看護技術の評価 - 自律神経機能を測る -」

佐伯由香 先生 (福岡県立大学看護学部看護学科教授)

テーマ3 「3つの質的データ収集方法の統合 (トライアングレーション) と理論的裏づけの過程 - 高次脳機能障害者の生活行動再獲得支援プログラムの開発過程から -」

中西純子 先生 (愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科教授)

○特別セミナー「学会における効果的なプレゼンテーション」

○一般演題 (口演・示説)

◆演題募集: 9月26日~10月31日

応募資格 発表者、共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること。

演題申し込み方法 「演題申込書」を中国・四国地方会会員の方全員に事前に送付いたします。会員以外の方は、事務局までお問い合わせください。

◆参加申し込み: 参加費 会員4,000円 非会員5,000円

郵便振込: 口座番号 01650-3-37234

加入者名 日本看護研究学会中国・四国地方会学術集会

問い合わせ先: 愛媛大学医学部看護学科 河野保子研究室内
〒791-0295 愛媛県東温市志津川 Tel Fax.089-960-5407
e-mail: hisa@m.ehime-u.ac.jp
HP: <http://www.m.ehime-u.ac.jp/school/nurse/gakkai/kangoken19/>

第10回 日本看護研究学会九州地方会学術集会のご案内

第10回日本看護研究学会九州地方会学術集会を長崎で開催することになりました。

長崎は被爆60周年を迎え、世界の恒久的平和への祈りを発信し続けると宣言致しました。

時代の節目となるこの時期の学術集会としては、人間の尊厳を守り、その人の成長と自己実現にむけたヒューマン・ケアリングを再考する機会と考え、メインテーマを「戦後60年、次代を担うケアリングを再考する」を掲げ、特別講演、シンポジウム、交流セッションを企画致しました。

学術集会の様々な場でご参加頂きました皆様方と議論を深めたいと考えております。

多くの方々のご参加をお待ち申し上げております。

第10回日本看護研究学会九州地方会 学術集会会長 寺 崎 明 美

第10回日本看護研究学会九州地方会学術集会のお知らせ

学術集会全体テーマ：戦後60年、次代を担うケアリングを再考する

会 期：平成17年11月5日（土）9：30～16：00

場 所：長崎大学文教キャンパス

プログラム：

9：30 受 付

10：00 開 会

10：20 特別講演

病と共に「その先を生きること」

立岩 真也氏（立命館大学大学院先端総合学術研究科教授）

11：00 シンポジウム

「成熟・多様化の時代におけるヒューマン・ケアリング」

窪寺 俊之氏（関西学院大学神学部教授）

小田崎節子氏（膠原病友の会会長）

津田 紀子氏（宮崎大学医学部看護学科教授）

12：30 総 会

14：00 研究発表（口演・ポスター）

交流セッション1「DV問題、何を暴力というの？」

根本 恵子氏（米国ウィスコンシン大学マジソン校大学院博士課程）

交流セッション2「戦後60年、被爆体験を語る」

久松シソノ氏（如己堂副館長 ナイチンゲール記章受賞）

16：30 懇 親 会

参加申込み（事前登録）締切り：平成17年10月14日（金）

参加申込み・問合わせ先：〒852-8520 長崎市坂本1-7-1

長崎大学医学部保健学科

第10回日本看護研究学会九州地方会学術集会事務局

TEL/FAX 095-849-7926（看護学研究室）

095-849-7936（寺研究室）

<http://www.am.nagasaki-u.ac.jp/gakkai/>

第1029回

運営審議会の概要 (平成17年5月19日)

第1029回運営審議会は、平成17年5月19日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

- ・地球電磁気学研究連絡委員会報告「21世紀の地球電磁気学」について、担当委員会幹事から説明があり、審議した結果、了承されました。

2 平成17年度及び平成18年度共同主催国際会議委員会委員の追加について

- ・原案のとおり了承されました。

3 平成17年度代表派遣(7月、8月及び9月分)

- (21) 国際自動制御連盟(IFAC)第16回世界大会及び理事会・関連役員会
(7月1日～8日、プラハ/チェコ)
- (22) 国際歴史学委員会(CISH)総会並びに第20回大会
(7月3日～9日、シドニー/オーストラリア)
- (23) 国際自動制御連盟(IFAC)理事会
(7月4日～8日、プラハ/チェコ)
- (24) 第37回肉牛改良連合研究連絡会議
(7月6日～9日、ピリングス/米国)
- (25) 第9回システム学、サイバネティクス、情報学に関する国際会議
(7月10日～13日、オーランド/米国)
- (26) 第3回BSEと食品の安全国際会議
(7月10日～7月15日、サンパウロ/ブラジル)
- (27) 第10回国際地球電磁気学・超高層大気物理学協会(IGA)学術総会
(7月18日～29日、トゥールーズ/フランス)
- (28) 国際微生物学連合(IUMS)第3部会合同会議2005
(7月23日～28日、サンフランシスコ/米国)
- (29) 第22回国際科学史会議
(7月24日～30日、北京/中国)

- (30) 国際中・東欧学会世界大会
(7月25日～31日、ベルリン/ドイツ)
- (31) 第9回国際天文学連合(IAU)アジア太平洋地区会議
(7月26日～29日、バリ/インドネシア)
- (32) 国際第四紀学連合(INQUA)テフロクロノロジーと火山活動に関する国際集会
(7月31日～8月8日、ドーソン/カナダ)
- (33) 第13回アジア地区家政学会議
(8月2日～5日、シンガポール/シンガポール)
- (34) アメリカ会計学会・2005年次総会
(8月7日～10日、サンフランシスコ/米国)
- (35) 国際森林研究機関連合(ユフロ)第22回世界大会
(8月8日～13日、プリズベン/オーストラリア)
- (36) 第2回地球古環境公開会合
(8月10日～12日、北京/中国)
- (37) 第43回国際純正・応用化学連合(IUPAC)総会
(8月13日～21日、北京/中国)
- (38) 2005年国際医事法学会
(8月15日～19日、ソウル/韓国)
- (39) 国際宗教学・宗教史会議理事会(2005年度)
(8月17日～20日、トゥルク/フィンランド)
- (40) 第61回国際財政学会大会
(8月22日～25日、済州/韓国)
- (41) 第20回国際結晶学連合会議及び総会
(8月23日～31日、フローレンス/イタリア)
- (42) 第16回国際純粋・応用生物物理学連合(IUPAB)大会、第51回IUPAB理事会
(8月26日～9月1日、モンペリエ/フランス)
- (43) IEA(国際経済学協会)World Congress
(8月29日～9月2日、マラケシ/モロッコ)
- (44) 海洋研究科学委員会(SCOR)第37回執行理事会
(8月29日～9月1日、ケアンズ/オーストラリア)
- (45) 国際人類民族科学連合2005年会議
(8月29日～9月3日、パルドゥビツェ/チェコ)
- (46) 第65回国際薬学会議
(9月3日～8日、カイロ/エジプト)
- (47) 国際隕石学会第68回年次会議

(9月11日～16日、ガトリンバーグ／米国)

(48) 国際栄養科学連合 (IUNS) 第18回国際栄養学会議

(9月19日～23日、ダーバン／南アフリカ)

(49) 国際労働法・社会保障法学会第8回アジア地域会議

(9月20日～23日、ボローニア／イタリア)

(50) 国際行政学会第3回国際専門会議

(9月20日～23日、ベルリン／ドイツ)

(51) 第27回国際行政学会

(9月20日～23日、ベルリン／ドイツ)

(52) 国際手続法学会大会

(9月28日～10月2日、ウィーン／オーストリア)

4 平成17年度代表派遣の変更について

・パークシャー女性史会議

(6月2日～6日、クレアモント／米国) → (6月2日～5日、クレアモント／米国)

・第20回国際草地学会

(6月26日～7月1日、ダブリン／アイルランド) →

(6月26日～7月6日、ダブリン／アイルランド及びアバリスティウス／英国)

5 第4回産学官連携推進会議の開催について

日時：平成17年6月25日(土)～26日(日)

場所：国立京都国際会館

第1030回

運営審議会の概要（平成17年6月23日）

第1030回運営審議会は、6月23日（木）に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

- ・第2部、第7部合同報告「異状死等について—日本学術会議の見解と提言—」
- ・標準研究連絡委員会報告「21世紀の単位・標準・基礎物理定数などに関わる基礎研究の推進」
- ・人間と工学研究連絡委員会安全工学専門委員会報告「事故調査体制の在り方に関する提言」
- ・基盤情報通信研究連絡委員会情報物質・次世代LSI専門委員会報告「半導体集積回路技術の展望と課題」
- ・物質創製工学研究連絡委員会有機材料専門委員会報告「有機機能性材料開発の展望と人材育成への提言」
- ・社会環境工学研究連絡委員会地盤環境工学専門委員会報告「地盤環境工学の展開と連携に向けて」

以上の6件について、審議した結果、了承されました。

2 広報協力学術団体の指定

- ・原案のとおり了承されました。

3 学術刊行物の指定

- ・原案のとおり了承されました。

4 平成17年度代表派遣の変更

- ・国際自動制御連盟（IFAC）理事会
（7月4日～8日、プラハ／チェコ）
会期の変更 7月3日～10日 主催者の都合のため
- ・国際微生物学連合（IUMS）第3部会合同会議2005
（7月23日～28日、サンフランシスコ／米国）
派遣者の変更
小熊恵二（微生物学研究連絡委員）→富田房男（微生物学研究連絡委員）派遣者の都合のため
- ・国際森林研究機関連合（ユフロ）第22回世界大会
（8月8日～13日、ブリスベン／オーストラリア）
会期の変更 8月4日～8月13日 主催者の都合のため
- ・第43回国際純正・応用化学連合（IUPAC）総会
（8月13日～21日、北京／中国）
取り止め 派遣者の都合のため

5 日英学術会議共同ワークショップ「ナノテクノロジーの社会的影響に関する対話」の開催

日時：7月11日（月）、12日（火）
場所：英国王立協会（ロンドン）

- ・原案のとおり了承されました。

6 第145回総会日程（臨時総会）

日時：8月30日（火）～9月1日（木）
場所：日本学術会議

- ・原案のとおり了承されました。

第1031回

運営審議会の概要 (平成17年7月21日)

第1031回運営審議会は、平成17年7月21日(木)に開催され、次のような審議がありました。

1 第145回臨時総会の日程

平成17年8月30日(火)～9月1日(木)

8月30日(火)午前：総会、午後：部会、運営審議会

8月31日(水)午前：部会、午後：総会、運営審議会

9月1日(木)午前：特別委員会、午後：常置委員会、運営審議会

2 平成17年度共同主催国際会議委員会委員の追加

第39回国際応用動物学会議に3名の委員を追加

3 持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2005の開催

主催：日本学術会議

開催日：平成17年9月9日(金)、10日(土)

会場：国立京都国際会館

4 平成17年度代表派遣の変更

・主催者の都合等によるもの3件

5 日本学術会議地域振興／北海道地区フォーラム

主催：日本学術会議

日時：平成17年9月20日(火)13:00～17:00

会場：ホテル函館ロイヤル(函館市)

6 国内会議の後援

(1) 第46回大気環境学会年会

主催：社団法人大気環境学会

会期：平成17年9月7日(水)～9日(金)

場所：愛知県産業貿易館、財団法人桜華会館

(2) 平成17年度衝撃波シンポジウム

主催：衝撃波研究会、宇宙航空研究開発機構宇宙科学研究本部、東北大学流体科学研究所

会期：平成18年3月16日(木)～18日(土)

場所：横浜国立大学教育人間科学部

7 国際会議の後援

(1) アジア・パシフィック ワイヤレスコミュニケーション シンポジウム 2005

主催：APWCS'05組織委員会、IEEE VTS Japan Chapter、IEEE VTS Seoul Chapter

会期：平成17年8月4日(木)、5日(金)

場所：北海道大学

(2) 第2回科学技術と人類の未来に関する国際フォーラム

主催：STSフォーラム実行委員会

会期：平成17年9月11日(日)～13日(火)

場所：国立京都国際会館

(3) 第8回粘着性堆積物の輸送に関する国際会議2005佐賀

主催：INTERCOH実行委員会、INTERCOH2005組織委員会、佐賀大学低平地研究センター

会期：平成17年9月20日(火)～23日(金)

場所：佐賀大学、ホテルニューオータニ佐賀

(4) 国際地域看護学会第3回学術集会

主催：国際地域看護学会第3回学術集会運営委員会

会期：平成17年9月30日(金)～10月2日(日)

場所：都市センターホテル

(5) 第11回IUPAC農薬化学国際会議

主催：日本農薬学会

会期：平成18年8月6日(日)～11日(金)

場所：神戸国際会議場

8 対外報告

第2部報告「法科大学院の創設と法学教育・法学研究の将来像」

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総 説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー３部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書し、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付

原稿の受付は、随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は、受理できない。

5. 投稿の採否

投稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。
なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1）平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2）平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3）平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4）平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5）平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6）平成17年7月21日 一部改正実施する。

原 稿 執 筆 要 項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）、著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年（西暦）

- 例 -

- 1) 日本太郎、看護花子、他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、日本看護研究学会雑誌、2(1)、32-38、1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、大阪、1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

- 例 -

- 4) 研究花子：不眠の看護、日本太郎、看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京、1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル、2003-01-23,
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI 単位系 (m, kg, S, A など) を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙 3 枚が刷り上がり 1 ページに相当する。刷り上がり下記のパージ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法 (原版の2/3で大まかに見積る) で、A 4 サイズの用紙に配置した場合に必要となるページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7 ページ |
| (4) 総 説 | 7 ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体 (フロッピーディスク、MO、CD の、いずれか) で提出する。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成 5 年 7 月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成 9 年 7 月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年 7 月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年 4 月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年 7 月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年 7 月21日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成17年度会費納入のご案内について

平成16年度会費をお納めの上、平成17年度から「退会」のお申し出のない会員の方にこれまで、平成17年度発行雑誌28巻1・2・3・4号を送付いたしております。

平成17年度会費をまだお納め頂いていない方には、雑誌送付毎に平成17年度会費郵便振込用紙を同封しております。できるだけお早めにお振込下さいますようお願いいたします。会費等は、下記の通りです。

記

会 費	7,000円
郵便振込	口座番号 00100-6-37136
加入者名	日本看護研究学会事務局

お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

会員番号は、封筒のラベルに明記してあります。同姓・同名の方がおられますので、よろしくお願いいたします。

2. 送付先変更の場合、できるだけ早く会費振込用紙の通信欄、または葉書・FAX（043-221-2332）で新しい送付先を事務局までお知らせ下さい。

楷書でお書き頂き、難しい読みの場合は、フリガナを付記して下さいますようお願いいたします。

3. 学会誌28巻3号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

こ-372 後藤 みさ様 な-428 南條 利香様（2004） う-211 梅田梨津美様（2003）

4. 事務局に6月末から、佐藤愛さんが新たにメンバーとして加わりました。

よろしくお願いいたします。

事務所の開所曜日と開所時間

開所曜日	月・火・木・金	電 話	043-221-2331
開所時間	9:00～15:00	FAX	043-221-2332

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第28巻 4号

会員無料配布

平成17年8月20日 印刷

平成17年9月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰（理 事）筑波大学大学院人間総合科学研究科

委 員 黒田 裕子（理 事）北里大学看護学部

中木 高夫（理 事）日本赤十字看護大学

浅野みどり（評議員）名古屋大学医学部保健学科

金城 祥教（会 員）筑波大学大学院人間総合科学研究科

櫻井 利江（会 員）筑波大学大学院人間総合科学研究科

星野 明子（会 員）京都大学医学部保健学科

（アイウエオ順）

発行所 日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

ホームページアドレス

<http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/>

又は、<http://jsnr.umin.jp/>

発 行
責任者

山 口 桂 子

印刷所

（株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。
3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会
4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費7,000円、合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日、(2週間)以内にお振込み下さい。

5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいたします。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。

(切り取り線より切ってお出してください)

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ			専門区分	看護学・医学・その他 ()	
氏 名	印		生 年	西暦	年 月
所 属	TEL FAX				地 区 割
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒			
自 宅	TEL FAX				
評 議 員 推 薦 者 氏 名	印		会員番号 -		
推 薦 者 所 属					
事 務 局 記 入 欄	理事会承認年月日				
	受付番号	年度入会会員番号 -			
	受 付 日	巻 号 ~			
	通知番号	送 付 日			
地 区 名		都 道 府 県 名			
1	北 海 道	北海道			
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島			
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟			
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野			
5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重			
6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川			
7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知			
8	九 州	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄			

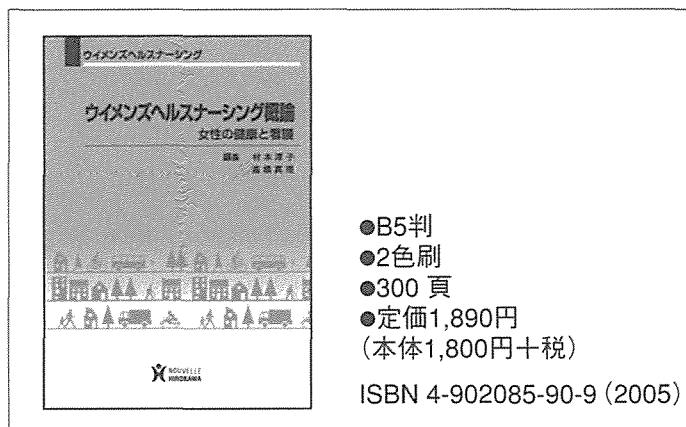
日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	_____年 _____月 _____日		
和文題目			
英文題目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. _____ /	2. _____ /	3. _____ /	
4. _____ /	5. _____ /		
原稿枚数			
本文: _____ 枚 図: _____ 枚 表: _____ 枚 写真: _____ 点			
著者			
会員番号	氏名 (日本語/ローマ字)	所属 (日本語/英語)	
連絡先住所・氏名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____			
別刷希望部数	和文抄録文字数	英文抄録使用語数	
_____部	_____字	_____語	

*受付年月日: _____年 _____月 _____日

ウイメンズヘルスナーシング概論－女性の健康と看護－

三重県立看護大学教授 村本 淳子 編集
北里大学看護学部教授 高橋 真理



●B5判
●2色刷
●300 頁
●定価1,890円
(本体1,800円＋税)
ISBN 4-902085-90-9 (2005)

女性の健康問題について幅広い視野から考えていくための、基盤となる主要な理論・概念を基に、歴史、倫理を踏まえた看護実践への展開、研究、政策、法的問題、国際化までを解説しています。

★ウイメンズヘルスナーシングとして、看護職者を始め、文化人類学研究者、医学原論研究者、女性専門病院の医師、保健所長、国際労働団体職員などの各専門分野から執筆をお願いし、内容を幅広く、深く掘り下げています。

主要目次

- パート1. 女性の健康の基礎となる
主要な概念
- 第1章 女性の健康と看護
第2章 女性の健康と歴史
第3章 女性の健康とリプロダク
ティブヘルス／ライフ
第4章 女性の健康とセクシュア
リティ
第5章 女性の健康の基本理論
コントロールの概念／エンパワ
ーメント／ジェンダー／フェミ
ニストアプローチ／危機理論
第6章 女性の健康とヘルスプロ
モーション
第7章 女性の健康と家族看護
- パート2. 女性の健康の実践への展
開
- 第8章 女性の健康のヘルスアセ
スメント
第9章 女性の健康とメンタルヘル
ス
第10章 女性の健康と倫理
第11章 女性の健康と遺伝
第12章 女性の健康と子育て
第13章 女性の健康と環境
第14章 女性の健康と国際化
- パート3. 女性の健康とリサーチ
- 第15章 女性の健康と文化
第16章 女性の健康と研究
- パート4. 女性の健康と政策
- 第17章 女性の健康と制度・統計
第18章 女性の健康と法的問題

エピローグ：これからのウイメンズ
ヘルスナーシング

付録1：メディアリテラシー
付録2：用語解説