

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 29 Number 1 April 2006 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[29巻1号]

あなたの悩みをズバリ解決!

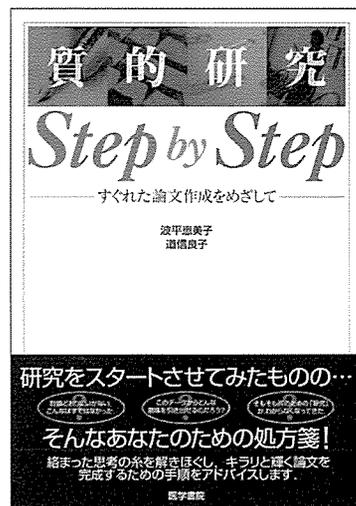
新刊

質的研究

Step by Step

すぐれた論文作成をめざして

波平恵美子 お茶の水女子大学教授
道信良子 札幌医科大学講師



研究をスタートさせてみたものの、この先どのように進めていけばよいか、途方に暮れていませんか? 「計画通りにいかない」「こんなはずではなかった」「そもそも何のための“研究”か、わからなくなってきた」—— しかし、もう悩む必要はありません。絡まった思考の糸を解きほぐし、キラリと輝く論文を完成するための手順をアドバイスします。

目次

本書の意図と特徴 序にかえて

序章 質的研究のエッセンス

1. 質的研究がめざすもの
2. 質的研究の特徴
3. 質的研究の基礎となる学問領域
4. 質的研究そのものとしての文化人類学

第1章 研究テーマの設定

- Step1 問題意識や関心と研究テーマとの違い
- Step2 「研究」とは「発見」である
- Step3 問題意識から研究テーマへの展開のために
- Step4 研究の方法と範囲を設定する
- Step5 研究テーマを設定する
- Step6 研究方法と研究テーマの再検討

第2章 プレ仮説と結論のシミュレーション、およびデータの処理方法

- Step1 研究テーマの確認を行う
- Step2 観察項目や質問項目の設定
- Step3 観察項目や質問項目から得られる結論のシミュレーションを行う
- Step4 プレ仮説から本仮説へ移行する前に調査後の対応を検討する
- Step5 研究テーマからはずれているように見えるデータも拾う
- Step6 手持ちのデータを用いて論文を書くために
- Step7 データ全体の分布から論文のテーマを設定する

第3章 調査を開始するまでの具体的プロセス

学生と教員のやりとり

- Step1 学生は最初ぼんやりした問題意識をもっている
- Step2 学生は自分の問題意識を明確にする
- Step3 学生はプレ仮説と研究方法を検討する
- Step4 倫理委員会の承認の必要性とその手続き

第4章 医療現場における研究とその手順 作業療法室における患者間関係

- Step1 研究目的と研究方法を決める
- Step2 調査のための準備と手続きを行う
- Step3 参与観察を実施する
- Step4 患者へのインタビューを行う
- Step5 分析とその結果
- Step6 研究全体の結論

第5章 博士論文のまとめかた 中南米における少数民族の医療体系

- Step1 博士論文として満たすべき条件の検討
- Step2 博士論文の構成を考える
- Step3 研究計画を立てる
- Step4 調査計画を立てる
- Step5 調査終了後の論文テーマ・校正の再検討
- Step6 ジグソーパズルとしての論文
- Step7 論文の完成前の点検
- Step8 論文作成後の反省と今後の発展のための検討

第6章 オリジナリティをもつ研究をめざして 企業におけるエイズ予防教育

- Step1 研究計画を立て、具体的方法・手順を検討する
- Step2 フィールドワークを行う
- Step3 データの分析と解釈から結論を導く
- Step4 方法論の発展への展望

● おわりに 質的研究を行う者の心得、再び

●B5 頁104 2005年 定価2,520円(本体2,400円+税5%) [ISBN4-260-00137-X]

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)

評議員選挙 (平成18年度) に関連する地区登録の確認について

学会誌28巻5号 (平成17年12月20日発行) 会告 (1) でお知らせ致しましたとおり、評議員選挙 (平成18年度) を実施致します。

つきましては、評議員選挙規程 (下記参照) に合わせ、選挙人・被選挙人名簿を作成するにあたり、各会員の地区登録の確認を行います。

地区登録に変更のある場合は、5月10日 (水) までにFAX (043-221-2332) 宛に会員番号・氏名・新しい地区 (住所・所属等含む) を明記して連絡して下さい。

尚、締め切り日までに変更届けない場合は、現在の登録地区での選挙人・被選挙人名簿となりますのでご了解下さい。

(現在の地区登録は、学会誌送付封筒の宛名ラベル内に各会員の地区番号を記載しています。)

記

評議員選挙規程より抜粋

2. (地区・定数) 全国を付表に示す地区に分け、夫々登録した地区の会員歴3年以上の約5% (四捨五入とする) を地区の評議員定数とする。
3. (被選出資格) 評議員の被選出者となる資格は、会員歴5年以上の者で選挙公示日までに会費を完納している者。
4. (選挙者資格) 会員歴3年以上で、選挙公示日までに会費を完納した者。

付表

地区割

番号	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

平成18年4月20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雑誌28巻2号会告(2)4号会告(5)において、平成17年度学会賞・奨励賞の募集を行い、規程・細則に基づいた推薦・選考の結果、学会賞・奨励賞の受賞者が下記の通り決定いたしました。

平成18年4月20日

日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

学会賞受賞者氏名：大申 靖子氏

奨励賞受賞者氏名：静野 友重氏

対 象 論 文：高齢者の下肢浮腫に対するタッピングの効果

28(2), 15-19, 2005

共 同 著 者 名：乗松 貞子, 岩田 英信

受 賞 者 所 属：(元) 介護老人保健施設「ミネルワ」

職 名：看護師

会 告 (3)

第32回日本看護研究学会学術集会を下記の要領で開催いたします。(第3回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www.med.oita-u.ac.jp/jsnr32/>) をご覧ください。

平成18年4月20日

第32回日本看護研究学会学術集会

会 長 松 岡 緑

記

第32回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「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－

会 場：別府市ビーコンプラザ

〒874-0828 大分県別府市山の手町12-1

TEL：0977-26-7111

FAX：0977-26-7100

E-mail：info@net.b-con.or.jp

期 日：平成18年8月24日(木)、25日(金)

プレカンファレンスセミナー・市民公開講座 8月23日(水)

- | | |
|-------------|---|
| 第1日目 | 8月24日(木) 9:00～17:40 |
| 9:10～9:50 | 会長講演：「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－
松岡 緑 (大分大学医学部看護学科)
座長：石垣 靖子 (医療法人東札幌病院／北海道医療大学) |
| 10:00～12:00 | 招聘講演：「ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー」
Patricia Benner (カリフォルニア大学)
座長：井上 智子 (東京医科歯科大学) |
| 14:30～15:30 | 特別講演Ⅰ：「もっと私をよく観て」
村田 幸子 (元NHK解説委員・福祉ジャーナリスト)
座長：竹尾 恵子 (国立看護大学校) |
| 14:40～16:00 | 交流会：「学会誌への投稿から掲載まで」
川口 孝泰 (筑波大学大学院)
主催：日本看護研究学会編集委員会 |

- 15:40～17:40 シンポジウムⅠ：「利用者と共に歩む看護」
 シンポジスト：
 利用者の立場から
 峰尾 一路（元西日本新聞社論説委員，元九州保健福祉大学）
 看護職の立場から
 村松 静子（在宅看護研究センター代表，看護コンサルタント株式会社取締役社長）
 福祉関係者の立場から
 小幡 秀夫（社団法人日本社会福祉士会 企画課長）
 患者会代表者の立場から
 森尾久海子（日本ALS協会 大分県支部）
 座長：泉 キヨ子（金沢大学大学院医学系研究科）
 座長：小幡 光子（大分大学医学部看護学科）
- 16:10～17:40 実演交流会：「脆弱な皮膚に対する予防的スキンケア
 -高齢者のスキントラブル，尿・便失禁によるスキントラブル-」
 芦田 幸代（大分大学医学部附属病院看護部）

第2日 8月25日（金） 9:00～16:10

- 9:00～11:00 ジョイント講演：「少子高齢社会で看護が果たす役割」
 韓国：Hosihn Ryu（高麗大学・学科長）
 日本：村嶋 幸代（東京大学大学院医学系研究科）
 座長：小西恵美子（大分県立看護科学大学）
- 9:30～11:00 実演交流会：「自立のための最新指導技術“排痰法”と“自己導尿法”」
 排痰法：有松美紗緒（労働者健康福祉機構 総合せき損センター）
 自己導尿法：山上 尚子（労働者健康福祉機構 総合せき損センター）
- 13:00～14:00 特別講演Ⅱ：「看護の質を保証する看護職の人事考課制度」
 正木 義博（済生会熊本病院 副院長）
 座長：隈本 博幸（医療法人真鶴会小倉第一病院 副院長 看護部部长）
- 14:10～16:10 シンポジウムⅡ：「看護の専門職者を育てる・育つ」
 シンポジスト：
 基礎教育 前川 幸子（大分大学医学部看護学科）
 卒後教育1 村上 睦子（日本赤十字社医療センター）
 卒後教育2 リボウイツツ よし子（青森県立保健大学健康科学部看護学科）
 教育学 生田久美子（東北大学大学院教育研究科）
 座長：高橋みや子（山形大学医学部看護学科）
 座長：大池美也子（九州大学医学部保健学科）

市民公開講座

8月23日（水）18：00～19：00 別府市ビーコンプラザ

「認知症を理解しよう」

講師：山田 達夫（福岡大学医学部）

座長：赤司 千波（大分県立看護科学大学）

ランチョンセミナー

8月24日（木）12：00～13：00

・「医療事故対応，真実を究め，看護を守るか」循環器疾患の薬剤管理，呼吸器管理を例にして」

講師：上野 道雄（独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター 院長）

座長：田中 洋子（佐賀大学医学部附属病院 看護部長）

共催：中外製薬株式会社

8月25日（金）11：30～12：30

・「新しい教育手法 eラーニングの現状と病院職員教育への応用」

講師：中村 秀敏（医療法人真鶴会 小倉第一病院副院長）

座長：川本 利恵子（産業医科大学産業保健学部）

共催：キリンビール株式会社

8月25日（金）12：00～13：00

・「安心ですか患者さんに触れる あなたの手 <手指衛生とハンドケア>」

講師：田中富士美（さいたま市立病院 看護師長 感染看護認定看護師）

座長：廣瀬千他子（日本看護協会 常任理事）

共催：大日本住友製薬株式会社

株式会社 資生堂

【学術集会参加費事前払い込みのご案内】

<参加費> 事前登録は平成18年7月15日までの登録

	事前登録（7月15日迄）	当日登録	備考
会員	9,000円	10,000円	
非会員	9,000円	10,000円	但し，学術集会誌代（2,000円）は含まない
学生	2,000円	3,000円	但し，学術集会誌代（2,000円）は含まない

注：大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

<参加申し込み方法>

第32回学術集会参加事前振り込みは，平成17年12月20日発行の第28巻5号に同封の振り込み用紙をご利用下さい。

振込先は郵便振替「第32回日本看護研究学会学術集会 01720-8-117311」です。

<非会員の参加申し込み>

非会員の方は、参加費9,000円と学術集会誌代2,000円を、お振り込みください。
通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- ① 参加希望内容
例) 事前申し込み, 学術集会誌, 懇親会
- ② 所属, 名前, 学会加入の有無
例) 大分大学, 別府太郎, 非会員

【懇親会】

日 時：平成18年8月24日（木）18：00～19：30
会 場：別府市ビーコンプラザ レセプションホール
会 費：6,000円

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学会前日（8月23日）にプレカンファレンスセミナーを開催いたします。
学会参加費とは別の参加申し込みが必要です。
詳細は以下のとおりです。
皆さまのご参加をお待ちしております。

プレカンファレンスセミナー：「臨床に活かす看護研究」 会場：別府市ビーコンプラザ

	セミナー名	講 師	日 時	参加費	定 員
1	量的研究	西田 真寿美 (岡山大学医学部保健学科)	平成18年8月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名
2	質的研究	才木 クレイグヒル 滋子 (首都大学東京健康福祉学部看護学科)	平成18年8月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名
3	統計学入門	中野 正博 (産業医科大学産業保健学部)	平成18年8月23日（水） 13：00～17：00	5,000円（学術集会参加費とは別に入用）	100名

*各セミナーの資料はテキストもしくは配布資料として、当日配布いたします。参加費とは別に資料代が入用です（代金は当日もしくは後日振込みと致します。後日振込みの場合は、各自にご連絡申し上げます）

<申し込み方法>

1. 申し込みは、①施設名、②お名前、③連絡先（お電話番号及びFAX番号またはE-mailアドレス）、④希望セミナーをご記入の上、第32回日本看護研究学会学術集会までFAX・E-mail・往復ハガキのいずれかをお願いいたします。
*定員（各100名）になり次第、締め切らせていただきます。
*プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申し込みしかできません。御了承ください。
★定員オーバーになる可能性がございますので、お早めにお申し込みください。
2. 申し込み受理後、FAXまたはE-mail、返信用ハガキにて、申し込み受理の返信をいたします。受理返信の到着後、1週間以内に会費の事前振込みをお願いいたします。
注意）事前振込みがない場合は申し込みは取り消しとなりますので、ご注意ください。

《事前の振込み期間》

申し込み受理の返信到着後より1週間以内

《振込み方法》

振込み金額 5,000円（資料代別途入用）

郵便振込み 加入者 第32回日本看護研究学会学術集会

口座番号 01720 8 117311

通信欄に下記の内容を必ずご記入下さい。

① 希望セミナー

例) プレカンファレンス『臨床に活かす看護研究』

1. 量的研究

② 所属・名前・学会加入の有無

例) 大分大学・別府太郎・非会員

*いずれかのプレカンファレンスに参加し、別のカンファレンスの資料のみを希望される方は、上記の通信内容に加え、通信欄にどのカンファレンスの資料を希望するかを必ずご記入ください。当日販売もしくは後日振込みと致します。後日振込みの場合は、各自にご連絡差し上げます。

【第32回学術集会事務局】

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘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/>

目 次

第31回日本看護研究学会講演記事

会長講演

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～ 15

医療法人東札幌病院／北海道医療大学 石垣靖子

特別講演

What do We Know about Uncertainty in Illness? 19

Merle H. Mishel, RN, PhD. FAAN

Kenan Professor

School of Nursing

University of North Carolina at Chapel Hill

Chapel Hill, NC, 27599. USA

ジョイント講演

Ethics and Palliative Care 27

Colleen Scanlon RN, JD Catholic Health Initiatives

Cornelia Fleming RN, MPH Sound Shore Medical Center

－原 著－

・ダイケアや作業所に通所する統合失調症患者の生活への思いとその影響要因 37

岡山大学医学部保健学科 國方弘子

岡山済生会総合病院 茅原路代

岡山済生会看護専門学校 大森和子

岡山県立大学保健福祉学部看護学科 神宝貴子

岡山県立大学保健福祉学部看護学科 岡田ゆみ

神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスの探索 45

広島大学大学院保健学研究科博士課程後期 安東由佳子

広島大学大学院保健学研究科 片岡健

広島大学大学院保健学研究科 小林敏生

在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆 57

山口県立大学看護学部 廣瀬春次

統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係 67

岡山大学医学部保健学科看護学専攻 國方弘子

岡山県立大学保健福祉学部 中嶋和夫

—研究報告—

精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法 73

島根県立看護短期大学 石橋 照子

広島大学 岡村 仁

子宮内膜症患者の看護の現状と課題 79

—看護職者の問題の認識と看護に影響を及ぼす要因の分析から—

福岡県立大学看護学部 田淵 康子

大分県立看護科学大学 宮崎 文子

交通事故遺族の受ける二次被害の現状とセルフヘルプ・グループの果たす役割 89

大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座 藤崎 郁

神戸市立中央市民病院 西山 佳奈

回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス 97

大分県立看護科学大学 小野 美喜

—資料—

高齢者の日常生活に及ぼす集中的なモーニングケアの効果 107

大阪警察病院看護専門学校 山本 多香子

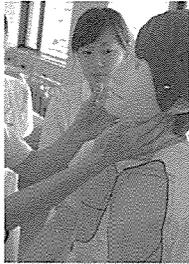
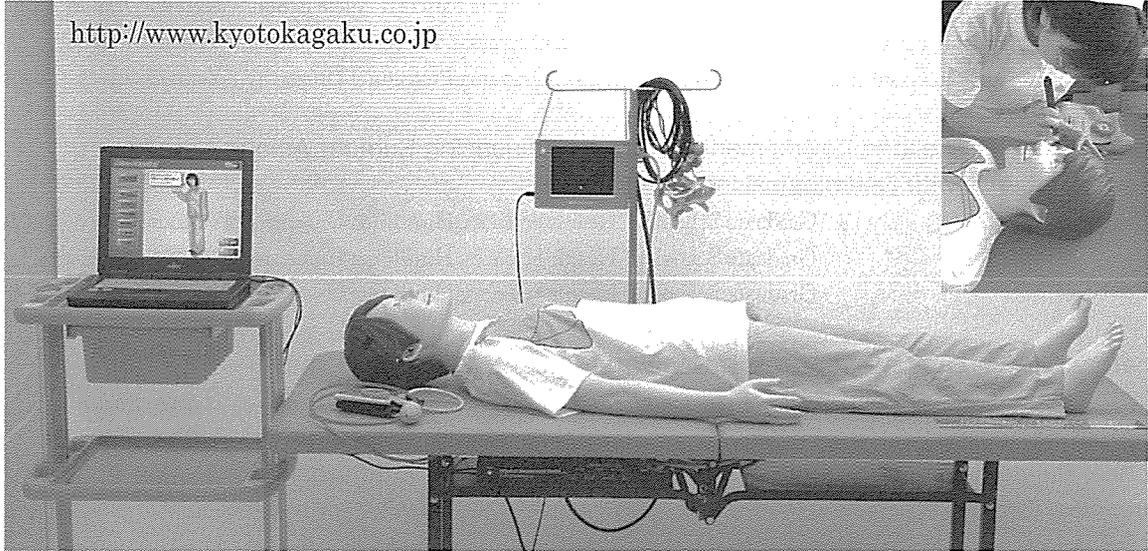
CONTENTS

Original Papers

Schizophrenic Patients' Experiences in Psychiatric Day Care or Small-Scale Workshops: A Qualitative Study	37
Faculty of Health Science, Okayama University Medical School : Hiroko Kunikata Okayama Saiseikai General Hospital : Michiyo Kayahara Okayama Saiseikai Nurse School : Kazuko Ohmori Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Takako Shinpou Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Yumi Okada	
Finding Out the Work-Related Environmental Stressor Influencing Burnout Among Nurses Caring for Patients with Neurological Intractable Illness	45
Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Yukako Ando Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Tsuyoshi Kataoka Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University : Toshio Kobayashi	
Anticipatory Grief of Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home	57
School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University : Haruji Hirose	
The Causal Relationships between Social Skills and Self-Esteem in Schizophrenic Patients Living in the Community	67
Department of Nursing, Faculty of Health Science, Okayama University Medical School : Hiroko Kunikata Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kazuo Nakajima	
Research Reports	
Observation Methods that are Useful for Early Detection of Ileus in Patients with Mental Disorders	73
Shimane Nursing College : Teruko Ishibashi Hiroshima University : Hitoshi Okamura	
Present State and the Problems Concerning of Nursing of Patients with Endometriosis	79
– Analysis of Factor that Influences the Nurse's Recognition and Nursing for Patients – Fukuoka Prefectural University Faculty of Nursing : Yasuko Tabuchi Oita University of Nursing and Health Science : Fumiko Miyazaki	
Secondary Victimization and the Role of Self-Help Groups : A Survey of Bereaved Families of Traffic Accident Victims	89
Osaka University Graduate School of Medicine, Nursing Science : Kaoru Fujisaki Kobe City General Hospital : Kanna Nishiyama	
Discharge Planning Process for Patient and Family to Back Home in the Recovery Rehabilitation Ward	97
Oita University of Nursing and Health Sciences : Miki Ono	
Preliminary Report	
Effects of Intensive Morning Care on Elderly People's Daily Living	107
Osaka police Hospital nursing school : Takako Yamamoto	

新製品 -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-

看護教育用シミュレータ



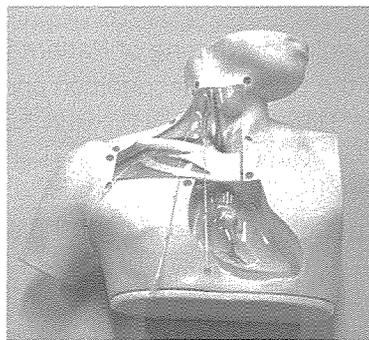
M55 フィジカルアセスメントモデル

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。



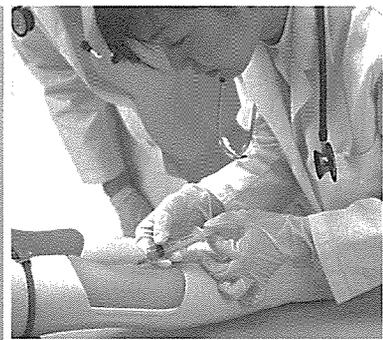
M81 呼吸音聴診シミュレータ
Lung Sound Auscultation Trainer

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箇所にかテーテルを挿入できます。



M50 採血静注シミュレータ
シンジョー

実際の皮膚や血管にきわめて近い感触の素材を使用しファ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

第 31 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事(1)

2005年7月21日(木)・7月22日(金)

会長 石垣靖子

於 札幌コンベンションセンター

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～

医療法人東札幌病院／北海道医療大学 石垣靖子

1. はじめに

ホスピスケアに携わるようになって20年が過ぎた。この間ホスピス・緩和ケア病棟も150施設を越え、がん患者の症状コントロールも格段に進歩してきている。現代のホスピスケアに最も影響を与えたのは、いうまでもなくイギリスにセントクリストファーズ・ホスピスを創立したシシリー・ソンドースである。1967年、彼女がセントクリストファーズ・ホスピスの創立に到ったのは、1960年代という時代背景と、遠く19世紀のアイルランドに遡る人間尊重の精神に裏打ちされていたことがわかる。超高齢社会を迎えた現在、相手を人間として遇するホスピスケアの本質は広く医療・福祉の原点として、その定着が望まれる。本学術集会のメインテーマ「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～」も、その思いをこめて設定した。

2. 1960年代という時代

1962年イギリスのワトソンとクリックはDNAの二重螺旋構造の発見でノーベル賞を受賞した。科学誌「ネイチャー」にその論文が発表されたのは1953年で、半世紀以上経たいま、ヒトゲノムの解読も終わり、DNA・ゲノム研究の成果は様々な分野で実用化が始まっている。DNAの二重螺旋構造の発見は、まさしく生命操作時代の幕開けだったといえる。「生命が操作できる時代を迎えたことは、生命への関心をより強く高めただけでなく生命の一部としての死」という考え方も、押し進めることになった。死への関心は急速に高まり、ヴェトナム戦争と平行しながら、死を語ることはタブーではなくなっていった。人々は自分の命を自分で守るために、平然と死について語り合い、死の研究は進み、死についての教育や学校でも行われるようになった。¹⁾と岡村昭彦は述べているが、1960年代は生命科学や生命倫理の側面からも特筆すべき時代であった。折しもヴェトナム戦争では「枯葉作戦」と呼ばれる枯葉剤の大量散布がなされた。それは、大量のダイオキシンを含有したエージェント・オレンジとよばれるもので、人間の遺伝子を直撃する猛毒だった。その被害は多くのヴェトナムの農民達が世代を越えて苦しめられることになる。この時期アメリカでは進歩する科学が本当に人間の

幸福に貢献するようにと「Science for the People」運動が始まった。キューブラ・ロス博士が「死ぬ瞬間の対話」を発刊したのも1969年、同じ年にヘステイングス・センターにバイオエシックス研究所が設立され、バイオエシックスという新しい学問が誕生した。1967年、セントクリストファーズ・ホスピスができたのも、この時代に始まった生命の一部としての死という考え方や、バイオエシックスの大きなうねりの中にあったことと考えられる。

3. ダブリンからロンドンへの道

現代のホスピス運動に影響を与えたもう一つの背景について考えてみたい。それは、19世紀のアイルランドに遡る。アイルランドはイギリスの植民地として700年間の長きにわたりその圧政に苦しみ続けていたが、1879年は凶作による影響で、多くの人たちが飢えと貧困のため道端で死んでいく光景が見られた。「愛の姉妹会」の創設者である、マザー・メアリー・エイケンヘッドは、「たとえ短い期間ではあっても、それらの人々が死に至る直前に人間らしく世話を受けられる〈ホーム〉とよばれる安息の場を提供し続けてきた。これが〈近代ホスピス〉の原型であることはいうまでもない。²⁾「愛の姉妹会」はその後、イギリスやオーストラリアの貧しい人たちのために同様のホームをつくり人間らしいケアを提供し続けてきた。その一つがロンドンのハックニーにあるセント・ジョゼフ・ホスピスでシシリー・ソンドースがそこで、がんの痛みを使うモルヒネの新しい方法を研究し、後に世界中のがん患者の痛み緩和に貢献することになる。セント・ジョゼフ・ホスピスに受け継がれてきた「愛の姉妹会」の思想はシシリー・ソンドースによってより普遍化されたといえる。

このようにホスピス・緩和ケアはエシックス（倫理）と人権に深く根ざしているが、それは単にホスピスケアだけではなく、人間を相手にするすべての医療や福祉に共通していることはいうまでもない。

4. 生活重視型医療への転換

現在日本では、人口の高齢化に伴ってがん患者は年々増加の一途をたどっているが、いわゆる段階の世代が高齢人口に加わる2015年には、約89万人が新しくがんと診断され

ると予想されている。当然がんで死亡する人も増え、死亡者の第1位になった1981年(166.399人)に比べ、2002年には304.286人で全死亡者の31.0%を占めるようになった。しかし、癌の診断・治療やケア・リハビリテーションの進歩で生存者も増加し、1999年の約161万人に比べ、2015年には約308万人と予想されている。

このようにがんという疾患に代表される生活習慣病や、加齢に伴う心身の障害を持った人が増える時代を迎えて、当然ヘルスケアも変化してきている。すなわち、入院治療は外来や在宅での療養にシフトし、それはホスピスケアもコミュニティ・ケアへの転換がなされているということである。現実にはさまざまな形のコミュニティ・ケアの試みがなされるようになってきた。地域住民と医療や福祉の専門家が協働して、生まれることも、病むことも、老いることも死ぬことも、日常生活の中に取り戻していこうとする動きである。もう一つは良くも悪くも医療者主導の医療であった病気の管理は、病気を持つ人の自律へと置き換えられようとしている。医療者が主体であるときはコンプライアンスの善し悪しが問題になる。すなわち、治療がうまく行かないのは、すべて患者が治療計画に従わないからで、問題は患者にあることになる。しかし、がんを含むすべての生活習慣病がそうであるように、病と共存しQOLを維持しながら生活する主体は患者本人である。病気の理解や治療への参加、セルフケア能力の向上など、医療者の対象理解とその人にあったサポートのしかたこそが問題になる。すなわちアドヒアランスというアプローチへの転換である。それは、従来の生物医学モデルから生活重視型医療モデルへの転換が迫られていることを意味し、ナースもケアのリーダーから病気を持つ人の伴走者としての役割が期待されることになる。アドボケートとしてのナースの存在が今後ますます重要になってくると思われる。

5. アドボケートとしてのナース

看護は本来、「生活(くらし)の営みを整えることに極めて高い専門性が求められる専門職」である。「生活の営みを整える」ということは、生物体としての生命の営みを整えることはもちろんだが、個々に異なる、物語られるいのち(人生)の尊重があってこそ成り立つものである。それは「相手を人間として遇する(尊重する)」ことであり、言葉を換えると、それはアドボケートとしてのナース本来の機能でもある。

1980年のはじめアメリカのホスピスを見る機会があった。そのころのアメリカはまだ施設型のホスピスが主流で、最初に訪れたホスピスは、小さな真鍮の看板がなければそれは普通の民家と変わりなかった。そこでみたがんの終末期を生きる患者たちは、普通の家で、普通の生活をし、

普通に生きているように見えた。そのころ私が知っていた日本のがん終末期の患者とのあまりの違いにショックにも似た感動を覚えたことを記憶している。そしてそれは人生の最期を生きる人たちにとってどれほど価値のあることかと深く心に刻んだ。

ちょうどそのころ岡村昭彦が完訳した「ホスピス(A Way to Die)」という本が出版された。その中でがんを病む16才の少女Janeのことは「Here they treat me like a human being all the time, not just when they feel like it」に出会った。残り少ない人生を生きる人たちは、自分が人間として遇されているかに敏感に反応する。すなわちどのような状況になっても、私たちは意志も感情もあり、それまでの生活歴の中で培ってきた固有の価値観のある存在である。その「物語られるいのち」を尊重された時に人間として遇されたと実感するだと思う。いま看護の目標にしている「ペーシエントからパーソンへの挑戦」はそのとき決心したことである。

6. ペーシエントからパーソンへの挑戦 —ひとつの歴史—

東札幌病院の「医療の本質はやさしさ」という理念は、医療の受け手と担い手とが人間としての対等な関係を築くことがその思想の基盤にある。病気になると、医療技術に関する権限のほとんどは医療者がもっているが、人の価値観におよぶ決定権までは医療者にはない。すなわち、物語られるいのちを生きる主体として相手を尊重し、人間としての対等性を築いていくことが「やさしさ」であり、人間として遇するということである。言葉を換えるとそれは倫理的に振る舞うということでもある。

倫理が日常の医療ケアのなかで意識され具現化されるためには、それを重視する組織文化を創る仕組みが必要である。たとえば、東札幌病院の場合、開院以来「医の倫理セミナー」を平均して年6～8回の頻度で継続し22年が経過した。1987年からは現東北大学大学院教授の清水哲郎先生と共にセミナーを開催し現在に至っている。セミナーの直近のテーマは、「安楽死と緩和ケアの間」、「スピリチュアルということ」、「人間の尊厳について」などがあり、清水先生のテーマについての解説に続き、日常の実践に結びつけて参加者がディスカッションする仕組みになっている。これは日常の実践を意味づけし、抽象化する営みである。1994年には倫理委員会が設置された。研究審査委員会と臨床倫理委員会に分かれており、臨床倫理委員会の委員長は患者・家族のアドボケートとしての役割をもつナースであり、それは今も継続されている。この委員会の任務は①臨床現場で生じる臨床倫理的問題(医療の意志決定や方向付け)に対し、臨床倫理委員会に要請のあった事例や、

日常の合同カンファレンスで話し合われる事例について、現場のスタッフが解決できるように支援する。②臨床倫理に関するスタッフ・患者・家族への教育・啓蒙。③倫理的ポリシーの作成・レビュー (policy recommendation)。④倫理的コンサルテーション・サービス⑤医の倫理セミナーの運営等であり、ここで作成した「インフォームド・コンセント」や「セデーション」のガイドラインは日々の実践に役立て、それは人間として遇する組織文化の定着に貢献するものであった。また、清水教授らが開発した「臨床倫理検討シート」をカンファレンスで活用することによって、治療やケアの方針決定に患者・家族の理解を確かめ意向を尊重することが定着することとなった。また、「自己評価法の有用性とQOL」や「進行がん患者のQOLに関する研究」など、これまで行ったQOL研究も人間として遇する医療の一つの検証でもある。

東札幌病院の理事長（前病院長）の石谷邦彦は、「医療集団は思想集団であり、思想は、繰り返し自己の存立根拠を問い続けることによってのみ思想たり得る。思想とは知識ではない。思想とは個々人の下す判断であり、行動である。」という持論をもっている。思想集団としてあるべく彼が作った仕組みのひとつは年間のキーワードによる研修であった。

「医療の本質はやさしさにあるという経営理念の下に、チームアプローチや緩和ケアを推進している東札幌病院では、石谷邦彦会長（当時）によって年頭にその年のキーワードが掲げられる。そして、スタッフはそのテーマについて1年間学習し考え抜くことで、社会における一人の人間として、また医療や介護に携わる一人の人間としてどう考え、行為するかという〈本質〉を追求しているのである。例えば1990年の「創造」、1996年の「人間主義」、1993年の「自由」、1999年の〈共生とケア〉などといったテーマに関する講義が年間を通して行われているのである。このような抽象的であいまいさを含む（さまざまな解釈ができる）テーマが組織に示されると、そこに〈ゆらぎ〉がもたらされる。するとスタッフは、日常の習慣的な思考・行動パターンの中断に直面し、それらを再考することで、新しいものの見方や発想を獲得するのである。知識ビジョンを組織に広めて知識創造を促進するには、ナレッジ・リーダーによる〈本質的な問い〉や〈ゆらぎ〉の導入といった〈わざ〉が不可欠なのである」³⁾と紹介されたように、キーワードによる学習のプロセスを通して、ケアや人間の本質にふれながら、組織文化の創造と定着をはかるというナレッジ・マネジメントの実践をしてきたことになる。2004年の「原点回帰」そして2005年の「時代とその感性」

は、本学会テーマの背景になったことはいまでもない。

今ひとつの歴史は「ホスピスケアからコミュニティケアへ」の具現化をはかってきたことである。地域住民のニーズにそって、特別養護老人施設や老人保健施設におけるホスピスケアの実践や定着をはかってきたこと。また、在宅ホスピスケアのシステムの開発を全国32施設の参加を得て実施した研究結果からは多くの知見を得たこと。そして「市民と共に創るホスピスケア」を市民と協働で開始し、ホスピスケアの啓蒙や相談・支援活動を継続して10年になる。今は全て市民主導型に移行しNPO法人として、活動の幅も拡がり地域に根付いてきた。

これまで人間として遇する医療の定着に向けて行ってきた様々な活動の一部を述べてきた。それは医療の受け手である普通の人に対して、あたりまえのことをあたりまえにすることへの挑戦でもあった。私たち医療人は優れたプロフェッショナルであると同時に、常に普通の人としての感覚を忘れないことである。何故なら医療をうけるのは普通の人だからである。

「(私たち医療者は) 普通の人々に出会い、その人生に触れ、その結果、その人達の人生が変わり、そして、自分の人生も変わる」⁴⁾のである。医療の受け手と担い手とのそのような相互の関係づくりがこれからの医療や福祉にはますます求められることになろう。

7. ありのまま

今回この学会のために北海道浦河にある「べてるの家」の山本賀代さんと下野勉さんがテーマソング「ありのまま」をつくってくれた。お二人は共に統合失調症をもっておられるが、会長講演の締めくくりとして、当日のおふたりの演奏は参加された方々に大きな感動を与えた。

参考・引用文献

1. 岡村昭彦 未来の生命のために：岡村昭彦集5 353 筑摩書房1986
2. 岡村昭彦 未来の生命のために：岡村昭彦集5 398
3. 近畿クリニカルバス研究会編 医療・福祉のナレッジ・マネージメント82-83日総研2003
4. Leah L Curtin 渡部富栄訳 アドボケートとしての看護師：患者を人として尊重すること インターナショナル・ナーシング・レビュー 35 日本看護協会出版会, Vol.26 No.5 2003
5. 清水哲郎 医療現場に臨む哲学 勁草書房 1997
6. 清水哲郎 臨床倫理学 No.2 臨床倫理検討システム開発プロジェクト 2002
7. 石谷邦彦 社会科学からみた医療の実践 現代のエスプリ 270 至文堂 1990

ありのまま

作詞 山本賀代 with NOHO

作曲 下野 勉

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

ありのまま 今の苦勞の主人公になること それは 人生に支配されないこと
それは 自分一人だけでがんばらないこと
それは 変わらない自分の大切さに気づくこと

それは 自分のことを忘れないこと それは 自分を助けてあげること
それは その場の力を信じること それは 人生をまるごと受け入れること

ありのまま それは生きる苦勞を取り戻すこと
それは 今と向き合うチャンスを探すこと
それは 日々の出来事を大切に受け止めること

このままの自分が許せなかったこともあった でもありのままで もう許されていたんだ
このままでいけないって焦ったこともあった
でもずっとありのままで生きたいと願っていた

ありのまま それは自分を責めることじゃなくて いい加減でいい加減になること
本当になりたい自分になろうとすること 過去を悔やむより成長していくこと

それは 今このときを生きること それは 弱さから希望を見つけること
それは もろさから希望を見つけること それは 人とつながっていくこと

ありのまま それは変わらない苦勞の中でも 今の弱さを受け入れること
今の行き詰まりを順調と言えること
そしてそれは 恐れや不安が減って愛が増えること

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 好きなども嫌いなども
認め合って 話し合って 笑いあって 分かちあって

What do We Know about Uncertainty in Illness?

Merle H. Mishel, RN, PhD. FAAN

Kenan Professor

School of Nursing

University of North Carolina at Chapel Hill

Chapel Hill, NC, 27599. USA

When I began my original research on uncertainty, the concept of uncertainty had not previously been applied in the health and illness context. My original Uncertainty in Illness Theory (1988) drew from existing information processing models and personality research from the psychology discipline, which characterized uncertainty as a cognitive state resulting from insufficient cues with which to form a cognitive schema, or internal representation of a situation or event. I attribute the underlying stress/appraisal/coping/adaptation framework in the original theory to the work of Lazarus and Folkman (1984). What is unique is my structure of the theory, consideration of uncertainty as both a negative and positive cognitive state and application of this framework of uncertainty as a stressor within the context of illness. These points make the framework particularly meaningful for nursing. Currently there are two theories of Uncertainty in Illness, the original theory which I will emphasize in the presentation and the re-conceptualized theory which I will cover more generally.

The uncertainty theory by Mishel (1988) explains how uncertainty develops in patients with an acute illness and how patients are proposed to deal with uncertainty. With the development of the Uncertainty in Illness scales, the research on uncertainty has proliferated. Most of the research has focused on either the diagnosis or treatment phase of acute illness, illness survivorship and living with chronic illness. Some consistent findings have emerged. Across all illnesses studied to date, uncertainty decreases over time but returns with illness recurrence or exacerbation. Uncertainty is highest or most distressing while awaiting a diagnosis. Illness symptoms can lead to uncertainty when the symptoms change over time, are unpredictable and inconsistent. When symptoms can not be linked to a specific illness or disease, this situation results in higher levels of uncertainty. Similarly, severe illness where the outcome is unknown has been reported to lead to uncertainty. This has been found in a number of studies with varying patient samples including those with cardiovascular

disease, and cancer. In studies where patients' symptoms are not clearly distinguishable from those of other co-morbid conditions or where symptoms of recurrence can be confused with signs of aging or other natural processes, symptoms are associated with uncertainty.

Both social support and the relationship with health care provider have been studied as resources available to the patient to help manage uncertainty. A number of studies have explored the relationship between social support and uncertainty. Current evidence is strong for the role of social support in reducing uncertainty among those with an acute illness. However the type of social support needed and who is seen as supportive changes over time and by illness. The role of the health care provider in reducing uncertainty is substantiated for persons receiving treatment for cancer, yet few studies have been done to explore the role of the health care provider with other acute illness populations. Also, there is some evidence that health care providers do not function as a source of support for reducing uncertainty in parents of acutely ill children; however there is a need for further exploration since there are few studies in the area.

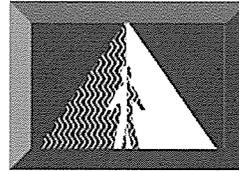
There is a growing body of literature on parent experience of uncertainty in caring for an ill child. There is one literature review of this work. Recently there has been support for the relationship between symptoms of post traumatic stress and uncertainty in mothers of ill children. The association of post traumatic stress and uncertainty has also been reported for other populations dealing with illness. Concerning the role of personality dispositions such as mastery or optimism in reducing uncertainty, the evidence is variable from acute illness to chronic illness. A number of personality dimensions have been identified in chronic illness as effective in managing uncertainty. In acute illness, there is some support for mastery and optimism. Studies of coping with uncertainty in acute illness have resulted in consistent findings for the relationship between uncertainty and emotion-focused coping. However, the qualitative studies offer a

greater variety of strategies to manage uncertainty

Uncertainty functions differently in chronic illness in comparison with acute illness. Also in chronic illness we find the survivors of acute illness. The similarities and differences between survivors and those diagnosed with a chronic illness will be further clarified in the presentation. However, it is important to recognize that some of the differences can be traced to the design of the study as either qualitative or quantitative. Concerning the causes of uncertainty, the findings from qualitative data have provided a rich description of the causes of uncertainty across a variety of chronic illnesses. From the qualitative work, symptom unpredictability, an unknown future and the possibility of disease recurrence and extension have been identified as causes of uncertainty. Lack of information to make the future more predictable has also emerged from qualitative studies as an antecedent of uncertainty. The literature is rich with descriptions of these causes of uncertainty, especially the unpredictability of symptoms. The uncertainty resulting from erratic symptom display that is characteristic of some chronic illnesses has been fully described in the research done to date.

There is sufficient evidence that uncertainty has a negative impact on quality of life and psycho-social adjustment in acute and chronic illness populations. Since the evidence is consistent and strong it provides direction for interventions to target illness-specific outcomes. I have conducted six intervention studies where the focus was on teaching either breast cancer or prostate cancer patients how to manage uncertainty. These interventions are easily applicable to nursing practice and patients report that they have gained skills in managing the disease. Improvement in specific symptoms and attitudes was reported from patients in the intervention studies. Improvement in emotional state was found in another intervention study with men with recurrent and advanced prostate cancer. Even long term survivors reported gains in knowledge and in finding resources to manage enduring treatment side effects. There is evidence for the effectiveness of supportive educational interventions in modifying the adverse outcomes from uncertainty. Repeated testing of these interventions and the development of other theory and research based interventions that build on the body of existing descriptive research should be the direction of future research.

Uncertainty Theory and Supporting Research 不確かさの理論と研究



Merle H. Mishel
Kenan Professor of Nursing

The University of North Carolina at Chapel Hill
School of Nursing

1



Uncertainty 不確かさ

- **Where did the idea of uncertainty come from?**
・不確かさという考え方はどこからきているのか？
- **Initial study of uncertainty and development of uncertainty scales**
・不確かさの初期の研究と不確かさ尺度の開発
- **Development of the uncertainty theories**
・不確かさの理論の発達

2



Uncertainty – Definition 不確かさ—定義

- **The inability to determine the meaning of illness related events**
・病気に関連する出来事に意味づけられないこと
- **The cognitive state created when the person cannot adequately structure or categorize illness related events due to a lack of sufficient cues**
・人が病気に関連する出来事について、十分な手がかりが得られないために、うまく構造化したり分類したりできないときに生じる認知的な状態
- **Occurs in a situation where the decision maker is unable to assign definite value to objects or events and/or is unable to predict outcomes**
・意志決定者が目的や出来事に明確な価値をおいたり、その結果を正確に予測したりできないときにおこる。またはいずれかでおこる

3



How Uncertainty is Generated 不確かさがどのように生じるのか

- **Factors within the person and environment influence perception of illness-related events.**
・人と環境の要因が、病気に関連する出来事の知覚に影響する
- **Perception requires recognition and classification of illness-related events.**
・知覚は、病気に関連する出来事の認識と分類を必要とする
- **Lack of recognition and classification or incorrect classification leads to uncertainty.**
・認識と分類の不足、または誤った分類が不確かさを招く

4

Significance of Uncertainty 不確かさの意義

New York Times June 1, 2004
(ニューヨークタイムズ 2004. 6. 1)

“Fundamental issue for cancer survivors is uncertainty. Is it gone or will it come back.”
“がんサバイバーの基本的な問題は不確かさである。がんが過ぎ去ったのか、またやってくるのか？”

“It’s the not knowing, it’s living with uncertainty- the critical issue.”
“それを知ることができない、不確かさと共に生活することであり、重大な問題である”

5



Uncertainty Theory Four-Factor Scale

- **Ambiguity (曖昧さ)**
 - Ambiguity Factor - 13 Items 13項目
 - Cues about the state of the illness are vague and indistinct and tend to blur and overlap.
 - ・病状についての手掛かりが曖昧ではっきりせず、ぼんやりしていて、重なる傾向がある。
- **Complexity (複雑さ)**
 - Complexity Factor - 7 Items 7項目
 - Cues about treatment and the system of care are multiple and varied.
 - ・治療処置やケアシステムについての手掛かりが多様でいて多様である

9



Stimuli Contributing to Uncertainty 不確かさの刺激となるもの

- Vague (漠然性)
- Unclear (不明確)
- Inconsistent (不一致)
- Variable (可変性)
- Complex (複雑さ)
- Unpredictable (予測不可能性)
- Novel (新奇性)

6



Uncertainty Theory Four-Factor Scale

- **Inconsistency (不一致性)**
 - Inconsistency Factor - 7 Items 7項目
 - Information changes frequently or is not in accord with information previously received.
 - ・情報がたびたび変化したり、または、前に入手したものと一致しない
- **Unpredictability (予測不可能性)**
 - Unpredictability Factor - 5 Items 5項目
 - Lack of contingency between illness cues and illness outcome.
 - ・病気の手掛かりと病気の結果との間の一致を欠いている

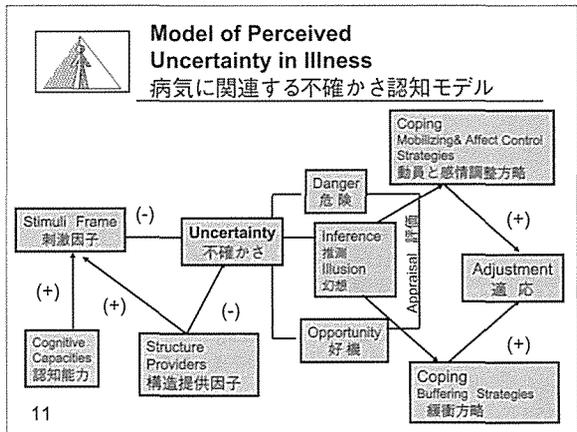
10



Personal Factors Contributing to Uncertainty 不確かさと個人の要因

- selective attention (選択的注意)
- Confusion (混乱)
- emotional arousal (情動的興奮)
- Depression (抑うつ)
- lack of familiarity (不慣れさ)
- cognitive stress (認知的ストレス)

7

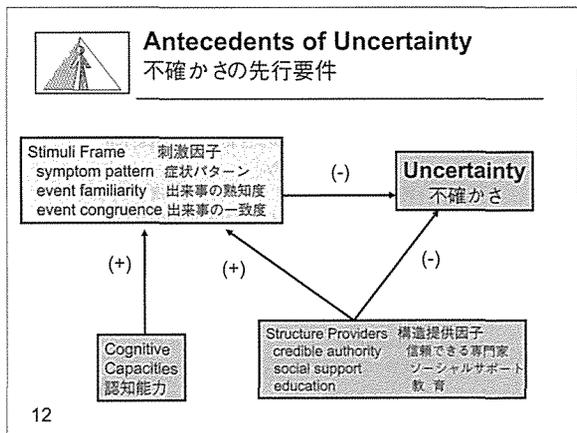



Uncertainty Theory 不確かさ理論 Four-Factor Scale 4-因子尺度

Uncertainty theory was developed from the literature and research on uncertainty using the Mishel Uncertainty in Illness Scale.

不確かさの理論は、Mishelの病気の不確かさ尺度を用いた文献や研究により発達した

8





Symptom Pattern
症状のパターン

The degree to which symptoms are consistent enough to form a pattern.
パターン形成において、症状が十分に貫いているかの程度

Symptoms that are inconsistent in intensity, frequency, number, locations, and/or duration do not form a symptom pattern.
強さ、頻度、数、部位、持続時間に一貫性がない症状はパターンが形成されない

Less symptom pattern leads to uncertainty.
症状のパターンが少ない場合は不確かさをもたらす

13



Event Familiarity
出来事の熟知度

Refers to the habitual or repetitive nature of the health care environment.
・医療環境に対する慣れや反復性を指す

Novelty and complexity of treatment and treatment facility weaken event familiarity and increase uncertainty.
・治療処置や治療施設が初めてで複雑だと、出来事の熟知度が減り、不確かさが高くなる

17



Symptom Pattern
症状のパターン

Research on Symptom Pattern:
症状のパターンに関する研究

Persons with illnesses with remission and exacerbations have high levels of uncertainty.
・寛解と再燃を伴う病気の人では不確かさが高い

Persons with symptoms but no diagnosis have more uncertainty.
・症状はあるが診断がついていない人では、より不確かさが高い

14



Event Familiarity-Research
出来事への熟知度—研究

Women with more uncertainty about biopsy procedures and diagnosis experience high levels of anxiety and depression.
・バイオプシーや診断でより高い不確かさを認知する女性では、より高い不安や抑うつをもつ

As the management of an illness changes and increases in complexity, uncertainty increases.
・病気の管理方法が変わったり複雑さが増すと、不確かさが増大する

18



Research on symptom pattern and uncertainty
症状のパターンと不確かさに関する研究

1. Patients who experience more acute symptoms report more uncertainty.
・急性症状がある人では、より不確かさが高い
2. When illness fluctuates and patients have good and bad days, uncertainty is higher.
・病気に波があり、調子の良いと悪い日があると不確かさはより高い
3. Unpredictability of a symptom complex is associated with uncertainty
・予測のつかない症状群は不確かさと関連している

15



Event Familiarity

Research on Event Familiarity:

Diagnostic tests that are unfamiliar to the patient generate uncertainty
・患者がよく知らない診断用の検査は、不確かさを生じさせる

Among patients with chronic pulmonary disease, unfamiliarity with new home treatments is associated with uncertainty.
・慢性の呼吸器疾患患者においては、馴染みのない新しい在宅治療が不確かさに関連している

19



Research on symptom pattern and uncertainty

1. The less control there is for an illness, the more the uncertainty.
・病気をコントロールする力が弱いと不確かさは高い
2. In childhood illness the more unknown the prognosis is, the higher the uncertainty
・小児期の病気で、予後がはっきりしないと不確かさはより高い
3. Recurrence of illness generates more uncertainty
・病気の再発は、より高い不確かさを生じさせる

16



Event Congruence
出来事の一致性

The consistency between what is expected and what is experienced in illness-related events.
・病気に関連する出来事において、予測することと体験することの間における一致性

When expectations are not met, lack of event congruence leads to uncertainty.
・予測がはずれ、出来事に一貫性がない場合では不確かさを招く

20



Event Congruence

Research on Event Congruence:
 Uncertainty levels reported to be higher in those expecting to be cured but requiring repeat surgery.
 ・治ると期待していたのに、手術をもう一度受けるように言われた患者では不確かさのレベルがより高いと報告されている

Less time between prior and current hospitalization associated with higher levels of uncertainty.
 ・入院と入院の間隔が短いと不確かさはより高くなる

21



Cognitive Capacity

認知能力

Refers to the information-processing abilities of the person.
 その人の情報処理能力を指す

Physiological malfunction and stress-related demands on cognitive processing will decrease available cognitive capacity.
 生理学的機能不全や認知プロセスへのストレス関連の負荷が認知能力を低下させる

25



Research on event congruence And uncertainty

出来事の一貫性と不確かさに関する研究

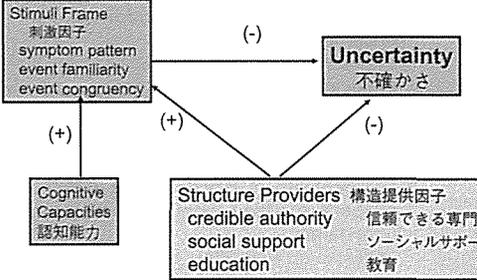
Completing treatment starts the uncertainty of survivorship.
 ・治療の完了は、生き残りにおける不確かさの始まりである。

Uncertainty is reported to be higher in spouses of recurrent women than in the women themselves.
 ・がんが再発した女性の配偶者では、女性自身より不確かさが高いと報告されている

22



Antecedents of Uncertainty



26



Research on event congruence And uncertainty

Survivors experience uncertainty from events that trigger the threat of recurrence.
 ・がんサバイバーは、再発の脅威の引き金となる出来事で不確かさを体験する

Uncertainty is strongly related to symptoms of post traumatic stress in younger breast cancer survivors.
 ・若い乳がんのサバイバーにおいては、不確かさは心的外傷後のストレス症状と強く関連している

23



Structure Providers

構造提供因子

The resources available to provide meaning to illness-related events:
 病気に関連する出来事に意味を与えるために活用できる資源

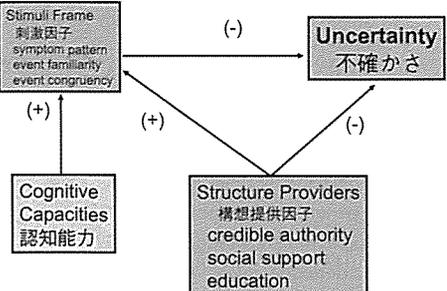
- education (教育)
- social support (ソーシャルサポート)
- credible authority (信頼できる専門家)

27



Antecedents of Uncertainty

不確かさの先行要件



24



Research on Education

教育に関する研究

- Patients with less education report higher levels of uncertainty
 ・あまり教育を受けていない患者では不確かさの水準が高いと報告されている。
- Patients with less education show more benefit from educational interventions to manage uncertainty as compared to patients with more education
 ・あまり教育を受けていない患者では高い教育を受けた患者より、不確かさを管理するための教育的支援から受けるメリットが大きい

28



Social Support

ソーシャルサポート

Research on Social Support:

- Use of the support network during recovery from illness is related to less uncertainty.
 - ・病気からの回復の間に、サポートネットワークを利用した人では不確かさが少ない
- The type of social support needed to reduce uncertainty changes during diagnosis, treatment, and recovery.
 - ・不確かさを減らすために、どのようなソーシャルサポートが必要かは診断、治療、回復の期間に変化する
- Social support reduces uncertainty by explaining symptoms.
 - ・ソーシャルサポートは症状について説明することで不確かさを減らす

29



Health Care Providers

Research on Health Care Providers:

- Four studies support that receiving relevant information from physicians/nurses leads to a decrease in uncertainty about treatment.
 - ・4つの研究は、医者／看護師からの適切な情報が治療処置に関する不確かさを減らすことを示している
- In chronic illness, perceiving that the health care provider has control of the illness is associated with less uncertainty.
 - ・慢性疾患では、医療従事者が病気をコントロールしてくれると認識することが、不確かさの低さと関連している

33



Social Support

Further Research on Social Support:

- Unsupportive interactions predict higher uncertainty.
 - ・サポートに欠ける相互作用はより高い不確かさが予測される
- When illness is stigmatized, there is less use of social support to manage uncertainty.
 - ・偏見がもたれる病気のと看は、不確かさを管理するためにソーシャルサポートを使うことが少ない
- Family members may be unable to be supportive to the patient due to their own uncertainty.
 - ・家族メンバーは自分の不確かさから、患者をサポートできないかもしれない

30



Health Care Providers

Research on Health Care Providers:

- Receiving a specific diagnosis, even with a poor prognosis, significantly reduces uncertainty.
 - ・診断されることは、それが深刻な診断であっても、不確かさを顕著に減らす
- When patient and physician do not communicate well, physicians cannot reduce the patient's uncertainty.
 - ・患者と医者のコミュニケーションがうまくいかない場合、医者が患者の不確かさを減らすことはできない

34



Social Support

Further Research on Social Support:

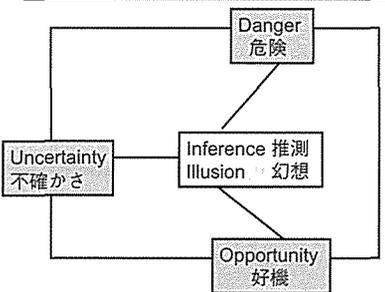
1. Often caretakers of ill patients suffer more uncertainty than the patient.
 - ・病気の患者を世話する人では、しばしば患者より高い不確かさに苦しんでいる
2. Social uncertainty about forming relationships can develop in patients with chronic illness.
 - ・関係形成についての社会的な不確かさは慢性疾患の中で生まれる可能性がある
3. Cancer patients use other patients as a support network to reduce uncertainty.
 - ・がん患者は他の患者を、不確かさを減らすひとつのサポートネットワークとして用いる

31



Appraisal of Uncertainty

不確かさの評価



```

    graph TD
      Uncertainty[不確かさ] --> Inference[推測  
Illusion 幻想]
      Inference --> Danger[危険]
      Inference --> Opportunity[好機]
      Danger --> Uncertainty
      Opportunity --> Uncertainty
    
```

35



Health Care Providers

医療従事者

Health care providers are generally seen as credible sources for information. They can strengthen the stimuli frame by providing information on the causes and consequences of symptoms.

- ・医療従事者は一般的に信頼できる情報源であると見なされる。彼らは症状の原因と結果に関する情報を提供しながら刺激の枠組みを強化する

32



Illusion and Inference

幻想と推測

Illusion 幻想:
Beliefs which have a generally positive outlook.
一般的に肯定的な見方を持っているという信念

Inference 推測:
Judgments based on 以下に基づく判断

- personality disposition 個人の性質
- general experience 一般的経験
- specific knowledge 特定の知識
- contextual cues 状況から得られる手掛かり

36



Illusion and Inference

Research on Inference (Personality Factors):
推測に関する研究 (性格要因)

- Some studies report that uncertainty reduces optimism and mastery.
いくつかの研究は不確かさが楽観主義や克服力を減らすと報告している
- Other studies indicate that hardiness, self-efficacy and spirituality decrease the impact of uncertainty on danger and other negative outcomes.
その他の研究ではストレス耐性の強さ、自己効力、スピリチュアリティが、危険やネガティブな結果についての不確かさを減らすことを示唆している

37



Research on danger and coping

危険とコーピングに関する研究

Breast cancer patients who have more uncertainty about their illness use limited coping strategies because the focus of action is unclear.
病気についての不確かさが高い乳がん患者では、活動の焦点が不明瞭なために限られたコーピング方略を用いている

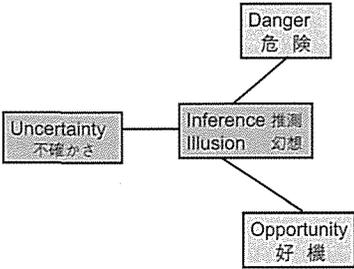
Qualitative studies have reported that acceptance of uncertainty results in a new orientation to life
質的研究では不確かさを受け入れることは、人生について新しい方向性をもつことであると報告している

41



Appraisal of Uncertainty

不確かさの評価



```

    graph TD
      Uncertainty[不確かさ] --> Inference[推測  
Illusion 幻想]
      Inference --> Danger[危険]
      Inference --> Opportunity[好機]
    
```

38



Danger and Opportunity

危険と好機

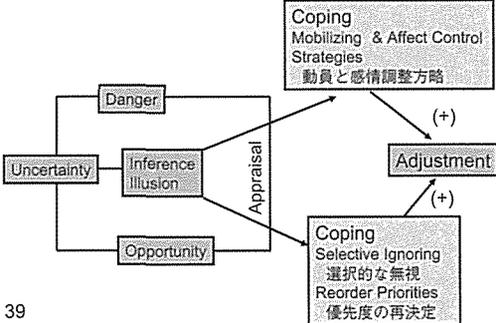
Uncertainty, Danger, Coping:
Uncertainty appraised as an opportunity is associated with active coping strategies.
不確かさを好機と見なす評価は積極的なコーピング方略と関連している

Qualitative research shows that uncertainty as an opportunity promotes a second chance at life.
不確かさを好機と見なす場合では、人生における第2のチャンスを進捗することが質的研究で示されている。

42



Coping with Uncertainty



```

    graph TD
      Uncertainty[不確かさ] --> Appraisal[評価]
      Appraisal --> Coping1[動員と感情調整方略]
      Appraisal --> Coping2[選択的な無視  
Reorder Priorities  
優先度の再決定]
      Coping1 --> Adjustment[調整]
      Coping2 --> Adjustment
      Danger[危険] --> Appraisal
      Opportunity[好機] --> Appraisal
    
```

39



Research on uncertainty, opportunity, coping

不確かさ、好機、コーピングに関する研究

Uncertainty among breast cancer survivors has been reported to predict both psychological distress and psychological benefit
乳がんサバイバーの不確かさは心理的苦痛と心理的利得の両方を予測する

Qualitative studies have reported that acceptance of uncertainty results in a new orientation to life.
質的研究では、不確かさを受け入れることが人生に対する新しい方向性につながることを報告している

43



Danger and Opportunity

危険と好機

Uncertainty, Danger, Coping:

- Findings are that higher uncertainty is associated with danger and poor coping strategies of wishful thinking, avoidance and fatalism.
高い不確かさは希望的観測、回避、運命論といった危険で問題のあるコーピング方略に関連することが明らかにされている
- There are problems with the measurement of coping. Qualitative studies offer a variety of strategies for managing uncertainty.
コーピングの測定は問題がある
質的研究では不確かさの管理のための様々な方略を提示する

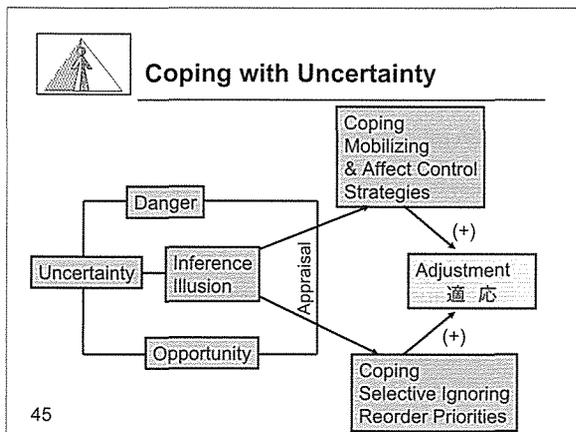
40



Research on uncertainty, opportunity, coping

Living with continual uncertainty during survivorship can lead to a re-evaluation of the uncertainty.
Uncertainty can be seen as the source of new opportunities
病気からの生存の期間に絶え間ない不確かさとともに生きることで、不確かさの再評価をもたらすことができる
不確かさは新しい機会の源と見なすことができる

44



Adjustment 適応

Research on Adjustment:

- Uncertainty is related to less life satisfaction, negative attitudes toward family relationships and employment and poorer quality of life.
- 不確かさは人生に対する満足度の低さ, 家族関係に対するネガティブな姿勢, 雇用, QOLの低さと関連している。

48

Adjustment 適応

Refers to returning to the individual's level of pre-illness functioning.
 個々人の機能が病前の状態に戻ることを指す

Most of the research has focused on emotional stability or quality of life.
 ほとんどの研究では情緒的安定性やQOLに焦点をあわせている

46

Comprehensive Reviews of Uncertainty Theory and Research

- 4 Mast, M.E. (1985) Adult uncertainty in illness: A critical review of research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(1), 3-24.
- 4 Mishel, M.H. (1993) Living with chronic illness: Living with uncertainty. In S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne, R.A. Wiese (Eds). *Key Aspects of Caring for the Chronically Ill: Hospital and Home* (pp. 46-58). New York, N.Y.: Spring Publishing Company.
- 4 Mishel, M.H. (1997) Uncertainty in acute illness. *Annual Review of Nursing Research*, 15, 57-80.
- 4 Mishel, M.H. (1999) Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research*, 17, 269-294.
- 4 Stewart, J.L. and Mishel, M.H. (2000) Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 17, 299-319.

49

Adjustment

Research on Adjustment :
 適応に関する研究

- Most studies ignore the model and examine the relationship between uncertainty and an outcome.
 ・ほとんどの研究では, 不確かさのモデルを無視し, 不確かさとその結果の関係を検討している。
- Findings have consistently shown positive associations between uncertainty and negative emotions of anxiety, depression, hopelessness, and emotional distress.
 ・研究結果では, 「不確かさ」と不安, 抑うつ, 絶望感, そして精神的苦痛というネガティブな感情との間に正の相関があることが一貫して示されている。

47

Ethics and Palliative Care

Colleen Scanlon RN, JD Catholic Health Initiatives
Cornelia Fleming RN, MPH Sound Shore Medical Center

It is an honor for Connie and me to be here at the 31st Japanese Society of Nursing Research meeting. Thank you for inviting us. It is also a true gift to be here at the invitation of our colleague and dear friend Yako Ishigaki – a kindred spirit – thank you.

Connie and I will be presenting this as a joint seminar. I will present the theoretical, ethical and legal components of the talk and Connie will present the practical application through case presentation and analysis.

Again, thank you and let me begin our “Conversation on Ethics and Palliative Care.”

Introduction

Nurses routinely confront ethical uncertainties and dilemmas in patient care. This reality is even more prevalent as nurses render care to persons who are dying and their families. Questions related to the refusal of treatment, advance directives, the use of medically provided nutrition and hydration and assisted suicide are commonplace. The complex ethical predicaments that arise can become even more difficult because of the emotional intensity that burdens all involved in the continuum end-of-life care. While nurses are increasingly familiar with these and other ethical concerns, this does not diminish the distress, confusion, uncertainty and tension that can occur.

Care at the end-of-life is viewed as an interdisciplinary endeavor of which nurses have a pivotal role. It is as crucial that nurses be equipped with the expertise and skills required to deal with the ethical dimensions of care, as with all other aspects of their role. Such competence will ultimately promote the highest quality end-of-life care and protect professional integrity.

Ethical Context of Nursing Practice

Historically nurses, both individually and collectively, have understood their role and corresponding responsibilities as ethically based. Nursing has evolved as a profession that is rooted in moral ideals and committed to addressing the ethical realities associated with patient care and professional life. This rich legacy of the nursing profession and the continued development

of ethical practice benefit the patient as well as the nurse.

Ethical theories, principles and codes of ethics can provide guidance and direction as nurses attempt to fulfill their obligations. The *Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements (Code of Ethics)* explicates the moral ideals and normative precepts that guide nursing practice for nurses in the United States. The *Code of Ethics* incorporates the enduring values of the profession while addressing the ongoing maturation of the profession and the inherent complexities of contemporary health care. The profession's *Code of Ethics* provides a basic foundation for understanding the value propositions that are engrained in the nursing profession.

The *Code of Ethics* explicitly addresses the nurse's role in end-of-life care. “The measures nurses take to care for the patient enable the patient to live with as much physical, emotional, social, and spiritual well-being as possible. Nursing care aims to maximize the values that the patient has treasured in life and extends supportive care to the family and significant others. Nursing care is directed toward meeting the comprehensive needs of patients and their families across the continuum of care. This is particularly vital in the care of patients and their families at the end of life to prevent and relieve the cascade of symptoms and suffering that are commonly associated with dying. Nurses are leaders and vigilant advocates for the delivery of dignified and humane care.” Additional guidance is offered through position statements focused on specific issues in end-of-life care including pain management, do not resuscitate decisions, foregoing medically provided nutrition and hydration, and assisted suicide.

Nurses have distinctive relationships with the persons entrusted to their care that influence the understanding and evaluation of ethical issues. The recognition of the holistic dimensions of the one who is ill (physical, psychological, social, spiritual and existential) brings a unique perspective to care and is essential to the preservation of personal dignity. Nurses as the most omnipresent health care providers have the opportunity to truly engage in relationships that witness attentiveness, truthfulness and a genuine therapeutic presence. Such presence can ward off feelings of isolation and abandonment and is vitally important in

end-of-life care. Patients expect competence, but will remember the compassionate presence of nurses. Nurses build covenant relationships with patients that avow faithfulness and a willingness to partner on journeys of ambiguity and crisis.

Decision Making and Advance Care Planning

Within the past several decades there have been enormous changes in health care decision-making in the United States. The shift from a paternalistic, physician dominated approach to an approach that recognizes self-determination and decisional authority of the patient has been dramatic. While such a shift has been warranted, it is frequently acknowledged that decisions may be best made in a process of ongoing dialogue with the perspectives of clinicians, patient, family and other relevant stakeholders represented. In a model of shared decision-making clinicians bring medical information, clinical approaches and treatment recommendations as well as their values. Patients bring their life experience, values, goals and perceptions. A relationship of shared decision-making emphasizes mutuality, reciprocity and interdependence. While affirming the participative voice of others in decision-making; the ultimate locus of control resides with the patient. Nurses need to be active participants in the decision-making process and advocate to promote and protect the authentic choices of patients.

Individuals are presumed to have decisional capacity unless proven otherwise. Capacity is generally understood as the ability to comprehend information, contemplate options, evaluate risks, make a decision and communicate it. Decisional capacity is necessary for an individual to make an autonomous choice. Though health care professionals frequently use the words capacity and competence as equivalents there is a distinction. Competence is legal term and can only be decided judicially while the determination of capacity is assessed in a clinical environment by clinicians. Capacity evaluations are not an all or nothing determination, but recognize changeability. Nurses can create opportunities to maximize patient involvement in decision-making. Decision-making at life's end can be particularly challenging and even more so with an older adult who may be compromised in his/her ability to participate. Uncertainty about decisional capacity can create angst for all those involved and must be aggressively addressed.

The Patient Self-Determination Act is the first piece of federal legislation in the United States aimed at protecting the right of individuals to make health care decisions and have them upheld and honored. It promotes the use of advance directives as a means to minimize confusion, protect patient preferences and

affirm personal autonomy. While execution of formal advance directives has been limited, the law sets a precedent for how decision-making should be advanced. Advance directives provide information in the case of an emergency, provides directions based on individual values and priorities and can help protect families in difficult situations. At times the ambiguity of clinical situations and patient's wishes in the absence of advance directives has led to the need for judicial intervention.

Presently all states in the United States have some type of advance directive legislation although the specifics can vary greatly. Advance directives are primarily of two types – living wills known as treatment directives (direction for a patient's care) and durable power of attorney for health care known as appointment directives (identification of a spokesperson for the patient's care). While neither document can be applied literally or without thoughtfulness, living wills have presented greater difficulties in their interpretation and application to specific clinical predicaments. It may be more helpful to appoint someone to represent wishes and be a spokesperson than to determine what treatment interventions one would prefer in unknown clinical circumstances since living wills may not be specific and predictive enough to the answer the question at hand. Advance directives not only protect patient preferences, but they provide valuable assistance to families and clinicians who may be confronted with difficult decisions. While advance directives can offer much guidance—they are not always clinically authoritative and may be limited in application. A document isn't a guarantee of knowledge of a patient's wishes or of appropriate clinical action. But they can significantly assist in understanding what a patient would want in the directions offered and simultaneously relieve family burden in the decision making process.

The absence of a written advance directive does not mean that a patient has not thought about, decided or expressed his/her preferences and that this shouldn't be uncovered whenever possible. Oral statements of a patient can be determinative in future decision-making and should be carefully documented. Even with an advance directive or documented statements a patient may change his/her mind and so it is important to view decision making as an ongoing process and not just fixed at a particular moment in time.

The Role of Nurses

Nurses are essential to advancing the decisional authority of each individual, not only when they can communicate or have an advance directive. Nurses can foster conversation with others, create an environment for openness, and begin the exploration

of what a patient would want done. Nurses can express their knowledge of a patient, particularly when the relationship has been longstanding, and authenticate wishes and genuine preferences of the patient. The goal is to give voice to the patient who is now voiceless.

Certainly decisions for an individual who cannot participate and are assumed by others demand scrutiny. Nurses can help assert the premise that patients without decisional capacity have the same rights as those with capacity, though the manner of advancing these rights may be different. Preferences can be uncovered through previously executed advance directives or other means. In the absence of advance directives clinicians turn to other decision makers to act as surrogates. There has been a longstanding practice of relying on families for decisional direction. Once the appropriate decision maker is identified, the basis for decision-making becomes the focus. Recognized standards of substituted judgment and best interests are relied on. The surrogate attempts to make decisions based on knowledge of the patient's probable wishes and speaks subjectively on the patient's behalf (i.e., substituted judgment) or by objectively weighing the relative benefits and burdens of a decision for the patient (i.e., best interests).

Ethical and legal issues associated with end-of-life care and the understanding of them are often intertwined. It is important to distinguish between these two perspectives and understand the guidance that is uniquely provided by each should conflicts arise. Without thoughtful discernment concern about legal liability in end-of-life care can become exaggerated. In the absence of a conflict that warrants judicial intervention, decisions are best made in the clinical setting. An environment of communication and education is vital to promoting decisions that protect the well being of patients and those involved in the process.

Now I'd like to ask Connie to discuss a model for ethical decision-making and present a case situation that illustrates the challenges that nurses may confront in applying these principles.

Ethical Discernment and Decision-Making

Frequently, nurses recognize conflicts that suggest ethical dilemmas, yet are uncertain as to how to proceed. The application of knowledge to clinical problem solving is a routine part of the nurse's practice and can serve as a foundation for the development of a model for ethical decision-making. Everyday nurses put pieces of puzzles together to solve patients' clinical problems. An elderly patient complains of chest pain. The nurse inquires about the type of pain, its location, description and duration. The nurse reviews the patient's history, medication regimen, labora-

tory values; she checks the patient's vital signs and performs a physical assessment. Once all of her findings are reviewed, the nurse makes a decision about how to proceed and whom to involve in the care. A similar process can be applied to an ethical concern.

The first step for a nurse in confronting an ethical dilemma is to articulate what it is about the situation that makes her suspect an ethical issue is involved. Most sources of ethical conflict evolve from either the decision being considered or the person making the decision. Conflicts frequently arise when it is felt that the decision being considered would violate some deeply held principle. Is the decision an ethical one? For example, a decision to withdraw life-support appears to conflict with the principle of non-maleficence, do no harm. Another source of conflict is the decision-maker. Is the appropriate person making the decision? For example, an elderly patient is diagnosed with a terminal illness. Although the patient clearly has the capacity to decide, the physician is discussing treatment options with the patient's children.

Once the nurse has identified a potential ethical dilemma, the next step is to collect all relevant data, similar to the process in addressing a clinical dilemma. In the case of an ethical dilemma, clinical data is relevant but not sufficient. The patient is more than a clinical diagnosis and prognosis. The patient brings to this experience history as a member of a family, culture, religion, values, goals and aspirations. All of this should be explored and considered in the process of arriving at a decision. What direction does the patient provide? When the patient is capacitated, the patient is the appropriate decision-maker and should be supported in this process. When the patient lacks the capacity to decide, it is crucial to identify the appropriate decision-maker. Did the patient give someone legal authority to speak for him? If not, who is closest to the patient? Who knows him best?

The obligation to honor the patient's known directives and values or, when unknown, to act in the best interest of the patient, must be reviewed with the identified decision-maker. Any limitations to the decision-making authority of the surrogate, previously made known by the patient or imposed by law must be clarified. For example, a patient may have stipulated that the direction to withhold medically provided nutrition and hydration applies only to a persistent vegetative state and not to other conditions. Who else is involved and what is their relationship to the patient? How do their needs, values, and experience fit in the equation? This would include not only consideration of family members and significant others, but also physicians and nurses involved in the patient's care.

It is important to remember that each one approaches a situation with a set of values and beliefs. The exercise of values clarification, in which one thinks about and acknowledges one's values, can be helpful when confronting an ethical dilemma and in daily practice. Knowledge and understanding of one's own values will assist in appreciating how they influence the evaluation of a situation. At the same time, one acknowledges that others, whether patients, families or colleagues, also come to a situation with their own set of values that may be very different from one's own. This openness to the views of others will enable one to explore options that might not otherwise been recognized.

When making an ethical decision all the data collected about the patient, including the clinical data, needs to be considered in an ethical context. This involves a review of any pertinent ethical principles, and the inclusion of all concerned persons in the process. The constraints of time can also add pressure to difficult circumstances. The luxury of time provides an opportunity for all involved to meet and discuss differences and options. A decision reached under these circumstances has a better chance of being appropriate and thus accepted than one that is hastily made without complete information. A decision may also be constrained by the law or state regulations. For example, no matter how compelling a patient's request for assisted suicide or euthanasia might be, in New York State both acts are illegal.

The nurse is frequently in a position to foresee the potential for an ethical issue to arise and may have an opportunity to prevent the development of an ethical dilemma. A nurse who cares for a patient over repeated hospitalizations and witnesses the patient's decline can assist the patient in discussing goals regarding end-of-life care with family and physician. Yet, even with the best efforts, there are situations in which a dilemma cannot be avoided. In these cases, the nurse may be in a position to facilitate an appropriate process to address the dilemma and refer the issue to the ethics committee for consultation.

In summary, the nurse can build on knowledge and experience with problem-solving techniques in clinical practice to aid her in addressing an ethical dilemma. Data collection, assessment of the patient, consideration of the patient's diagnosis and prognosis along with advance directives, culture, religion, values and goals are all taken into account. The decision that is at stake is viewed with an understanding of ethical principles. The appropriate decision-maker is identified. All appropriate options are considered.

The outcome of a deliberation to address an ethical dilemma is not seen as right or wrong. The process is intended to assist all parties in understanding one another's positions, the legal and

ethical principles involved, and the impact of the decision for the patient and all involved parties.

Case Presentation and Analysis

Making the Best Decision

Margaret Joseph, an 88-year-old widow, has been a resident at a local nursing home for the past 7 years, following a stroke. Prior to the stroke, Mrs. Joseph had exhibited symptoms of mild dementia and was not able to make independent decisions. She had no children and a niece assisted her whenever the need arose. Her stroke left her with left-sided paresis and dysphagia. She has a feeding tube placed through a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Although she has been treated from time to time for infections, her condition has remained relatively stable over the years. Mrs. Joseph's niece acts as her designated representative at the nursing home. However, she has not been formally appointed as the health care proxy agent and Mrs. Joseph has no advance directives.

Two weeks ago Mrs. Joseph became lethargic and developed a fever and cough. She was transferred to the emergency room of the local hospital for an evaluation. X-ray revealed an aspiration pneumonia and she was admitted to the hospital for antibiotic therapy. She did not respond to the initial therapy and antibiotics were changed. Her condition continued to decline and she was transferred to ICU and placed on a ventilator. Over the past week efforts to wean her from the ventilator have been unsuccessful and the physicians are concerned that she will require lifetime ventilatory support. Given her past medical history and the toll this recent hospitalization has taken, they determine her prognosis for return to her prior level of functioning to be remote. The physicians approach Mrs. Joseph's niece regarding decisions to be made: If long-term ventilatory support is to be provided, Ms. Joseph will require a tracheostomy. The nursing home that Mrs. Joseph was admitted from is not equipped to care for patients on ventilators and a decision regarding placement would need to be made. Given her poor prognosis, consideration of a DNR is recommended. Mrs. Joseph's niece, although very concerned about her aunt, recalls only vague discussions about these issues and appears uncertain as to how to proceed.

Mrs. Joseph's condition continues to deteriorate. She now requires vasopressors to maintain her blood pressure. Efforts to wean her from the ventilator continue to be unsuccessful and she requires frequent suctioning. She is unaware of her surroundings and responds only to painful stimuli. Her niece visits daily and feels increasingly burdened by her responsibility as decision-

maker. Andrea Thompson, Mrs. Joseph's primary nurse, has developed a relationship with the niece and listens attentively to her worries. Andrea suggests that a meeting with the Ethics Committee and members of Mrs. Joseph's health care team might be helpful and the niece agrees.

Present at the meeting were Mrs. Joseph's attending physician, the pulmonologist, ICU resident, Andrea, Mrs. Joseph's niece and members of the Ethics Committee. The Chair of the Ethics Committee opened the meeting with a review of the ethical and legal principles involved in surrogate decision-making. He emphasized the importance of understanding that the surrogate is not being asked to make the decisions alone but rather to speak as the voice of the incapacitated patient. The physicians presented a review of Ms. Joseph's clinical course and grim prognosis. Mrs. Joseph's niece was asked to give a picture of Mrs. Joseph prior to her hospitalization. She appeared somewhat intimidated by the presence of so many professionals and Andrea provided reassurance and encouraged her to take her time and recall memories of her aunt and their conversations.

The niece described her aunt as an independent person with deep religious convictions. She had worked most of her life as a seamstress and retired at the age of 65. She was devoted to her husband of 48 years and was devastated when he died suddenly at the age of 75. They did not socialize much and after his death she became more and more withdrawn. The niece recalled a conversation with Mrs. Joseph at the time of her husband's death in which Mrs. Joseph expressed relief that he had not suffered but died quickly and peacefully at home. She also recalled statements Mrs. Joseph had made from time to time regarding her religious belief that "When God wants me, He'll take me." The niece believes strongly that, if her aunt could speak for herself in her present state, she would not want to continue the aggressive treatment she is receiving.

After deliberation, the Ethics Committee concurred that the niece was speaking as the voice of the patient, expressing the patient's values and acting in her best interest. The physicians reviewed decisions that needed to be addressed. Andrea described her perspective on the patient's response to particular treatments and course of care. A goal of comfort was established and only those therapies that would contribute to the patient's comfort would be prescribed. Consent for a DNR was sought as resuscitation would impose more burdens than benefits to the patient. The niece agreed. Routine blood draws were stopped and treatment focused on relief of symptoms rather than seeking diagnoses. The niece asked that a trial of an additional week of treatments currently in place (ventilator, antibiotics and vaso-

pressors) be allowed to see whether there would be any improvement. If at the end of the trial the patient showed no improvement, she requested that the life-sustaining measures in place be discontinued. The physicians agreed with this plan. The niece told Andrea that she was grateful for the support offered to her throughout the meeting and felt more secure that she was truly speaking for her aunt.

A week later, the patient showed no improvement and the niece requested that all therapies be stopped. The physicians agreed and the ventilator was discontinued. Morphine sulfate was administered to address distress associated with withdrawal and Mrs. Johnson died comfortably a half hour later with her niece and Andrea at her bedside.

Colleen will now talk further with you about decisions at the end of life.

Decisions at the End-of-Life

The significant medical and technological advancement of recent decades has created the possibility of extending life and postponing death, yet this reality has created poignant and not necessarily desirable consequences. Decisions at the end-of-life are best made in the context of the goals of care. Sound decisions about Do Not Resuscitate and withdrawal or withholding of therapies should ultimately advance the agreed upon goals of care. These goals can change with the evolution of the disease and as death becomes more imminent and thus clarification in light of the specific decision at hand is necessary. All too often patients receive an inconsistent combination of therapies because of mixed goals. Clinicians must be explicit and consider each clinical decision as goals shift from the continuation of life to the provision of a dignified and humane death. This requires a focus on the alleviation of symptoms, promotion of comfort and dignity in the dying process. Generally patients who are nearing the end of their lives and their families are best served by placement in non-acute care environments which are more conducive to the provision of comprehensive palliative care services.

Nurses are critical to fostering an environment where goals and perceptions are negotiated and established among patient, family and clinicians. If there is agreement the role of the nurse may be relatively simple, but there may be situations when the process is dissonant and nurses need additional resources (e.g., ethics committees) to arbitrate conflicts and move to consensus.

Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapies

Clinicians frequently confront questions about initiating or

discontinuing interventions particularly those with questionable benefit, efficacy or desirability. Patients have the right to accept or refuse all treatments including life-sustaining treatments. Undoubtedly the decision making process around the withholding or withdrawing of life-sustaining therapies is more difficult because of the ultimate consequences that are associated with those decisions. While there is no ethical or legal distinction between withholding and withdrawing therapies there is often a different feeling state and even perception of responsibility for a resulting death. Once a therapy is begun it can be much harder to stop and this can be a disservice to all involved. For some patients it may be beneficial to have a “trial” of a particular intervention without the patient being at risk of being held hostage to that intervention because of clinician hesitance/refusal to discontinue.

Do Not Resuscitate Decisions

A do not resuscitate (DNR) order addresses situations in which an individual suffers a cardiac or respiratory arrest and it has been previously decided that no revival/resuscitation attempts will be initiated. It is well known that successful outcomes of a resuscitation attempt for highly compromised, dying patients are extremely low. In some circumstances the word “futility” is used to describe or justify a potential choice, but because of the imprecision of the term and varied meanings it may have, its usefulness is limited. A decision about a DNR should be framed by the present goals of care. A decision to forego resuscitation can signal to families that caregivers have given up. A DNR order does not mean to not care so it’s an ideal time to reaffirm to the patient and family the commitment to non-abandonment and willingness to provide measures that promote comfort and dignity.

Mechanical Ventilation

Mechanical ventilation may be a temporary intervention or may become permanently necessary if the patient is unable to be weaned and is physiologically dependent. Although the withdrawal of mechanical ventilation should not be viewed differently than the withdrawal of other life-sustaining therapies (e.g., dialysis) it can evoke stronger reactions and often raises serious concerns. More often than not, the withdrawal of ventilatory support results in death in a brief period of time as compared to the withdrawal of other therapies. The connection between the act of withdrawal and death is therefore more closely entwined and as such can create turmoil for those involved in the decision and the implementation of it. Clinicians need opportunities to discuss the uncertainties and stress that surround such a complex issue. It should be stressed that that a patient with capacity has the right to decide to discontinue a ventilator or have that choice

made on his/her behalf should he or she become incapacitated.

Medically Provided Nutrition and Hydration

The decision regarding the administration of medically provided nutrition and hydration also can be difficult. Medically provided nutrition and hydration which are often, (but mistakenly) referred to as food and water stir up deep emotion and create greater tension for decision-making. There is deep symbolism associated with food and water as they represent the basic sustenance of life and involvement in the human community. Yet, medically provided nutrition and hydration are medical procedures which are vastly different from the customary provision of food and water. Thus they must be evaluated with the same criteria as any other medical treatment – clinical reality, benefit, burden, efficacy and desirability. Too often clinicians have been hesitant to withdraw this therapy fearing that such an act would be illegal or analogous to participating in assisted suicide or euthanasia. Such misconceptions need to be corrected and rectified on behalf of patients.

Assisted Suicide and Euthanasia

In the United States much societal and professional controversy has surrounded the issue of assisted suicide and euthanasia over recent years. Trends in legislation, court decisions, research and public opinion polls have propelled the issues to a new level of importance for health care professionals. Physician-assisted suicide has been legalized only in the state of Oregon and there is no legalized euthanasia in the United States.

In large measure, the significant and growing interest in assisted suicide and euthanasia has highlighted the shortcomings in caring about and for dying patients. Nurses undoubtedly have been and will continue to be involved with patients who consider assisted suicide and euthanasia. It is important for nurses to contemplate in advance how they will respond. The nursing profession’s official position as written in the *Code of Ethics* asserts the belief that nurses should not participate in assisted suicide or euthanasia stating “nurses may not act with the sole intent of ending a patient’s life even though such action may be motivated by compassion, respect for patient autonomy and quality of life considerations”.

Nurses need to actively participate in assessing and assuring the use of appropriate interventions and minimize patient suffering. Our challenge should not revolve around assisted suicide and euthanasia, but at fulfilling the commitment to provide dignified and humane end-of-life care.

Connie will now offer cases to illustrate the inherent concerns that are raised in these complex situations.

Case Presentation and Analysis

Medically Provided Nutrition and Hydration

Agnes Brown, a 70 year-old widow, has been a resident at a nursing home for the last 4 years. Her diagnoses include Alzheimer's dementia, coronary artery disease and non-insulin dependent diabetes. She has 2 daughters and a son, all of who are devoted to her. The children are very protective of their mother and speak for her. Her oldest daughter, Ann Marie, is her Health Care proxy agent. Mrs. Brown's capacity to participate in health care decisions has fluctuated and for the past year she has been unable to participate.

Over the last six months the resident's dementia has advanced. Her interest in food has dissipated despite efforts by family and staff. At times it appears that she does not remember how to swallow and food remains in her mouth. She has lost a significant amount of weight and it is apparent that soon her oral intake will be insufficient to sustain her life. Mrs. Brown's wishes regarding medically provided nutrition and hydration are not written and so a meeting is arranged with her family to review her prognosis and discuss what they know of her wishes. Present at the meeting were members of the Ethics Committee, the resident's physician, nurse and social worker. The Chair of the Ethics Committee reviewed the ethical and legal principles involved and the role of the Health Care Proxy in speaking for the resident. Mrs. Brown's physician explained the inevitable downward course the resident was on and raised the question of medically provided nutrition and hydration. The potential risks and benefits of such therapies for the resident were reviewed. The children were conflicted in their discussion of their mother's wishes. While they did not believe that she would want to be sustained by artificial means, they were very uncomfortable in deciding to forego nutrition. Mrs. Brown's nurse described approaches that were sometimes successful in enticing the resident to eat. She also described methods used to keep her mouth moist to prevent dryness and promote comfort. After discussion, the recommendation was made that she might benefit from hospice services and that hand feeding be continued. The family was in agreement with this plan and the resident was placed on hospice.

The nursing home has a contract with a Hospice Agency and the hospice team met with both nursing home staff and the family to explain and coordinate the services. A hospice aide spent 4 hours each day with the resident; the hospice nurse coordinated the plan of care and worked with the nursing staff to integrate this plan with the nursing home plan of care. A music therapist and a massage therapist made regular visits. The hospice social

worker met often with the family. The resident was a devout Catholic and a priest visited regularly.

Mrs. Brown's condition continued its' slow predictable decline. Her weight continued to drop and she became less responsive. The family became concerned about the change in her appearance and their inability to communicate with her. They realized that their mother would not want a feeding tube but strongly insisted that IV hydration be provided so that the resident would not "die of thirst." Efforts to explain the distinction between dehydration in a person with a progressive, debilitating disease and feelings of thirst experienced by a healthy person were to no avail. The family prevailed upon the physician and IV hydration was begun. Over a few weeks IV access became problematic and eventually, at the family's insistence, an IV was started in her ankle. The nursing staff were troubled by this action and noted that the repeated efforts to start and maintain IV access were causing suffering to the resident. This was evident from the resident's grimacing and pulling away when attempts were made.

The withholding or withdrawing of medically provided nutrition and hydration is often more difficult for patients, families and health care providers than the withholding or withdrawing of other kinds of therapy, such as mechanical ventilation. The symbolism of food and drink and the fear of starving the patient contribute to this reluctance. Religious and cultural beliefs, and traditions also influence how one approaches such a decision. The right of the capacitated patient to refuse medically provided nutrition and hydration after weighing the burdens and benefits is clear. In the United States, the Supreme Court declared that there is a protected liberty interest in refusing unwanted medical interventions, including "artificially delivered food and water essential to life." Medically provided nutrition and hydration is thus identified as a medical intervention. Despite this interpretation by the country's highest court, issues surrounding the withholding or withdrawing of medically provided nutrition and hydration continue to evoke strong, visceral reactions by some.

Inserting a feeding tube by percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a relatively simple surgical procedure, though not without inherent risks and potential complications. Because it appears to be so simple, many, both among health care providers and the general public, see no reason why it should not be done. Medically provided nutrition and hydration has proven to be a benefit to many, who because of medical conditions, can no longer eat or drink. But there are also others, perhaps in the same situations, who would not choose to continue living in this way. There are still others for whom the provision of medically

provided nutrition and hydration would not yield any benefit nor even necessarily prolong life. Because something can be done, is not in and of itself a reason to do so. Risks, benefits and alternatives must be weighed and determination of a patient's wishes be verified in order to arrive at a sound ethical decision.

To return to Mrs. Brown's case: Another meeting was arranged with the resident's children, hospice staff and nursing home staff. It was evident that the family was struggling with the situation and anguished over doing the right thing for their mother. The resident's current condition was reviewed. She was responding only to painful stimuli. The IV was infusing in a site in her ankle at a slow rate, insufficient to provide adequate nutrition or hydration. The nursing home staff and hospice staff remained attentive to her needs and assuring her comfort. Except when it had been necessary to change the IV site, she appears to be comfortable. Spiritual and emotional support was provided. The hospice social worker continued to address the needs of the family. After a lengthy meeting in which attention was given to assure that all of the family's concerns were addressed, the family agreed to have the IV discontinued. The staff assured them that the resident's comfort would be the primary goal and encouraged the family to spend as much time as they wished with their mother. Mrs. Brown died comfortably in her sleep a few days later. The hospice social worker provided bereavement services for the family.

Case Presentation and Analysis

Alleviating Pain at the End-of-Life

The patient, Elizabeth Armstrong, is a 46 year-old woman with a history of advanced cancer of the colon with metastasis to the liver. She is married to an engineer and they have 2 college age daughters. The family is close knit and all are supportive of the patient. Mrs. Armstrong was admitted to the hospital because of severe abdominal pain and dehydration. Surgery was performed for a retroperitoneal abscess and she now has a large abdominal wound, which causes continued pain and discomfort. She is awake and extremely anxious, describing her pain as excruciating, 10 on a scale of 0 to 10. Her one desire is to be rid of the pain and to be able to rest. Even when asleep, she is moaning.

Her husband and children visit daily and it distresses them to see her in pain. The patient and her family had been hopeful that this latest surgery would offer her some relief and are devastated by her poor prognosis.

Over time, through the efforts of the Palliative Care Nurse Practitioner working with the primary physician, the patient's

symptoms are controlled and she is resting comfortably. A fentanyl patch is ordered with morphine sulfate 4 mg. every 4 hours for breakthrough pain. Ativan 1 mg. is given for anxiety. Medication is ordered "around the clock". However, when the night nurse observes the patient to be comfortable and asleep, she withholds the medication. A few hours later, the patient awakens in a restless state. The nurse, Brenda, medicates her. When asked why she withheld the previous dose, she said that the patient did not appear to be in pain and that she did not want to give medication that might result in the patient's death.

This case raises troubling questions for nurses. The concern expressed by this nurse is not unique but rather one that continues to plague many others. What is her obligation? There appears to be a conflict between two basic ethical principles: On the one hand, the obligation to "do no harm," the principle of non-maleficence. On the other hand, the obligation to do good, to relieve suffering, the principle of beneficence. But what is the perceived harm? And what is the intended good? And who should determine it? The nurse believes that giving the medication has the potential to cause the patient's death and this is harmful. The patient's most ardent request is that her pain be relieved.

Attention to the devastating effects of pain and suffering experienced by patients and witnessed by loved ones is one of the hallmarks of the nursing profession. The *Code of Ethics* reminds us: "Nurses are leaders and vigilant advocates for the delivery of dignified and humane care. Nurses actively participate in assessing and assuring the responsible and appropriate use of interventions in order to minimize unwarranted or unwanted treatment and patient suffering." Nurses traditionally manage symptoms experienced by patients and advocate on the patient's behalf for appropriate interventions.

Many patients confronted with a catastrophic illness or approaching the end of life equate pain and suffering with the dying process. This impression may be based on the experiences of those they have known, what they have observed of others in health care settings and what they have learned from the media. Unfortunately, this image is all too often real and is an indictment of the health care community. Despite the efforts and successes of the hospice movement, most dying patients are not fortunate enough to benefit from these services. Although when questioned, the majority of individuals express a preference to die at home, this is not the reality in the United States. Eighty per cent of deaths occur in health care institutions. Thus, nurses in health care are challenged to create a more humane and sensitive environment for patients at the end-of-life.

There is an obligation on the part of nurses to remain current in knowledge of treatment options, both pharmacological and non-pharmacological, so that they can intervene effectively. The nurse caring for Mrs. Armstrong hesitates to medicate her because she does not observe obvious signs of pain or suffering. She is afraid of giving "the last dose." This decision seems to indicate a lack of knowledge about the action of medication that is carefully titrated.

The *Code of Ethics* reminds us that "Nurses are required to have knowledge relevant to the current scope and standards of nursing practice, changing issues, concerns, controversies, and ethics. Where the care required is outside the competencies of the individual nurse, consultation should be sought or the patient should be referred to others for appropriate care. Resources within the institution, such as pharmacists, supervisors and other clinicians should be consulted when in doubt.

Again, the *Code of Ethics* provides direction: "The nurse should provide interventions to relieve pain and other symptoms in the dying patient even when those interventions entail risks of hastening death." This action is supported by the principle of double effect. According to this principle, an act may have two effects, one good and the other bad. An act is permissible when it is not intrinsically wrong in itself and the intention is to provide the good effect, even though in doing so, there may be an unintended bad effect. In Mrs. Armstrong's case, the intended good effect of medicating her was to prevent pain and suffering. The possible but unintended "bad" effect would be to shorten her life or hasten her death. However, this is not the intent of giving the medication. The good accomplished by providing pain relief to a dying patient far outweighs the risk of hastening death and is permissible.

Nurses have an important role to play as advocates for the dying patient. It may be necessary to intervene on behalf of a patient when a physician is reluctant to prescribe appropriate medication. If unable to convince the physician of the patient's need for relief, the nurse is obliged to pursue this through the institution's hierarchy. To do less is to abandon a vulnerable patient.

To return to Mrs. Armstrong: Medications continued to be administered as prescribed and the patient remained in a restful state. Her husband was able to arouse her to speak with her and his anxiety was relieved when he observed her comfort level. Mrs. Armstrong died peacefully a few days later with her family at her bedside.

Brenda, Mrs. Armstrong's nurse, was a relatively young nurse with 2 years experience. She had never cared for a dying patient before. Although she knew the actions of the medications

involved, she did not appreciate the importance of preventing, rather than reacting to the patient's pain. Her fear of giving the "last dose" was related to her concern about a dying patient and her anxiety in dealing with the situation. Support for this nurse was provided by her mentor. A copy of the Code for Nurses was given and explored with her. Arrangements were made for her to attend a conference on pain management and palliative care.

Colleen will now bring our conversation on ethics and palliative care to a close.

Professional Integrity

This discussion has focused on the application of ethical principles in palliative care and support of patient decision-making. Equally important is the ethical consideration of the integrity of the nurse. Integrity is a reflection of who one is as a person and is tied to one's deeply held beliefs and values. Integrity refers to one's own evaluation of the rightness and wrongness of a particular act; it is an appeal to one's conscience as an individual. For example, a nurse may be opposed to abortion and unwilling to participate because it would violate her conscience. However, this nurse makes no judgments about other nurses who hold opposing views. Similar conflicts can arise when decisions made by or for patients are contrary to what the nurse believes is ethically right. What recourse does she have? Does the right of the autonomous patient to choose take precedence over the integrity of the health care provider? A situation such as this creates a dilemma for the nurse. The nurse may be asked to do something she believed to be wrong. How is such a dilemma resolved?

The obligation to support a patient's decision or a policy decision within a health care setting does not require that a nurse violate her conscience. The *Code of Ethics* states, "Where nurses are placed in situations of compromise that exceed acceptable moral limits or involve violations of the moral standards of the profession, whether in direct patient care or in any other forms of nursing practice, they may express their conscientious objection to participation. Where a particular treatment, intervention, activity, or practice is morally objectionable to the nurse, whether intrinsically so or because it is inappropriate for the specific patient, or where it may jeopardize both patients and nursing practice, the nurse is justified in refusing to participate on moral grounds."

The *Code of Ethics* goes on to remind the nurse involved in such a situation of her obligation to make her objection known as soon as possible and to never abandon the patient in the process. This same support is found in the Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization standards which

require that health care institutions have policies and procedures in place to allow staff not to participate in care that violates their conscience. When invoking this exception, it is important that the nurse involved examine all aspects of the situation to assure that it is a matter of conscience and not because of a difference of opinion with the patient's values and choices.

Promoting Ethical Practice

As nurses grapple with a maze of ethical uncertainties and questions associated with the provision of end-of-life care they must be adequately prepared and have effective resources available. The demand for nurses to be knowledgeable and comfortable in this area will only continue to grow. Varied approaches can be incorporated into the clinical environment including: clinically based ethics education; ethics committees (profession specific and interdisciplinary); ethics consultation and grand rounds.

Education can occur through orientation, preceptor and mentoring programs. The initial introduction to trends, ethical inquiry, frameworks for decision-making and the discernment process can provide a relevant basis for clinical practice. Education can also be enhanced through continuing education programs.

Ethics committees of a nursing or interdisciplinary membership allow for the exploration of real clinical situations and the exchange of varied perspectives which ultimately enrich the approaches and decisions. These forums can cultivate expert

knowledge and skills, allow opportunities for problem solving and provide a safe (neutral) environment to investigate, challenge and resolve issues with colleagues.

Ethics consultation is a strategy that engages the expertise of individuals who are experienced in bioethics and clinical decision-making particularly in ambiguous situations. Consultative services can foster improved communication, conflict resolution, informal education and possibly alleviate caregiver burden.

Grand rounds are routinely utilized to deal with the clinical realities of care and can incorporate review of ethical concerns. Nurses have a central role informing the perspectives that are brought to rounds and can direct attention to the seemingly nondramatic yet potentially serious ramifications of care.

Each of these approaches provides an ongoing surveillance of the clinical environment that raises consciousness and facilitates appropriate and effective interventions. The more approaches available to nurses, other clinicians, patients and families, the greater the opportunity for sound ethical discernment, practice and intervention. Such strategies can also address the awesome requirement and at times burden associated with end-of-life care and the suffering it can cause for nurses. Nurses are invaluable to the creation of environments that address the moral challenges associated with end-of-life care and that improve the quality of care rendered to patients and families.

Thank you for sharing in this conversation with us.

デイケアや作業所に通所する統合失調症患者の 生活への思いとその影響要因

Schizophrenic Patients' Experiences in Psychiatric Day Care or Small-Scale Workshops: A Qualitative Study

國方 弘子¹⁾ 茅原 路代²⁾ 大森 和子³⁾
Hiroko Kunikata Michiyo Kayahara kazuko Ohmori
神宝 貴子⁴⁾ 岡田 ゆみ⁴⁾
Takako Shinpou Yumi Okada

キーワード：統合失調症患者，地域生活，生活の質

Key Words : schizophrenic patient, living in a community, quality of life

I. 緒 言

2002年，新障害者基本計画が発表され，入院医療から地域での保健医療・福祉を中心とした施策に移行してきた¹⁾。精神障害者の社会復帰に対し積極的な方策が取られ始めた状況のもと，統合失調症患者（以下，彼らとする）が地域でよりよい生活の質を維持しながら暮らせるための援助の重要性²⁾は増しており，援助の手がかりとなるような知見の蓄積が急務である。

地域で生活する彼らの生活の質に関する研究を概観すると，self-efficacyやcopingが強く生活の質に影響する^{3,4)}こと，自尊感情や自己決定が生活の質に関連する^{5,6)}こと，精神症状は生活の質と関連する^{7,8)}といった報告が見られる一方で関連しない^{5,9)}ことも報告されるなど，地域で生活する彼らの生活の質を量的に研究したものは多数見受けられる。しかし，これら量的研究では描ききれない現象があり，地域で生活する彼らの生活の質を多角的に捉えるためにも彼らの語りの中から現象を明らかにする，すなわち質的研究方法と量的研究方法を相補的に用いて現象を多角的に分析することが必要である¹⁰⁾。彼らの語りから生活を明らかにしたものとして，馴染むといった自然な構えや対人的な努力で住まいの居場所作りを行い，現在の自分とこうありたい自分を折り合わせながら地域社会の場に関わっている¹¹⁾ことが報告されている。

先行研究では，彼らが地域での生活をよりよくするために自ら取る行動を描き出し示唆に富む結果を提示しているが，彼らが地域での生活をどのように感じているのか，それにはどのような要因が影響しているのかの全体像を明らかにした質的研究は見当たらない。

本研究は，地域で生活する中で今の生活をどのように思い感じているのか，その思いはどのような要因に影響されているのかを彼ら自身の語りから明確にすることとした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究のデザインは帰納的質的研究とし，木下¹²⁾が提示する修正版Grounded theory approachをガイドラインとして用いた。

2. 対象

対象は，地域で生活を送りながら精神科デイケアまたは作業所に通所し，かつ現在，精神症状が安定し，3年以上在宅生活をしている統合失調症患者とした。研究の趣旨を説明し協力の同意が得られた11名が対象となった。平均年齢は50.5歳，男性が9名，女性が2名，罹病期間は5年～

表1 対象の背景

ケース	年齢	性別	罹病期間	在宅生活の期間	同居
1	39歳	男性	15年	入院歴なし	あり（母）
2	61歳	女性	42年	4年	なし
3	65歳	女性	42年	4年	なし
4	46歳	男性	10年	4年	なし
5	43歳	男性	18年	11年	なし
6	68歳	男性	49年	6年	なし
7	45歳	男性	6年	6年	なし
8	38歳	男性	11年	8年	あり（父母）
9	48歳	男性	27年	25年	あり（母）
10	30歳	男性	5年	入院歴なし	あり（祖父）
11	72歳	男性	53年	21年	なし

1) 岡山大学医学部保健学科 Faculty of Health Science, Okayama University Medical School

2) 岡山済生会総合病院 Okayama Saiseikai General Hospital

3) 岡山済生会看護専門学校 Okayama Saiseikai Nurse School

4) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

53年で平均罹病期間は25.3年であった。在宅生活の期間は4年～25年で平均9.9年であった。家族と同居しているケースは4例でその他は独居であった。

3. データ収集方法と分析

研究の信用可能性を高めるために、研究者はデータ収集前の2週間(2003年6月)、デイケアの心理教育に参加し通所者と共に考えることを通して、あるいは作業所の作業場面に参加し、通所者と信頼関係を築く努力をした。その中で、研究目的と倫理上の配慮について記載した文書をもとに通所者全員に研究の趣旨を説明し、研究への参加に興味を示した通所者に同意を取り、インタビューの日時を決めた。インタビューはプライバシーが保てる場所で、一人一回、60～90分間実施し、対象者の承諾を得て録音を行った。インタビューの内容は、今どのように過ごしているのか、今の生活をどのように思い感じているのか、これからについてどのように思い感じているのかなどについて自由に話してもらった。データ収集は、2003年7月～2004年7月に行った。

分析は、録音したインタビュー内容を逐語録におこし、対象者の生活への思いとそれに影響する内容を語った部分を抽出し、それをデータとした。この時、対象者の認識や行為を丁寧に検討するためデータの切片化は行わないことを原則とした。データを丹念に読み、概念を拾い出した。さらにデータに戻り、データを継続的に比較分析し、各概念が的確にデータを表わしているかを吟味し、概念を分類してまとめる作業を行いカテゴリーを生成した。また、カテゴリー間の関係を検討して中核カテゴリーを決定した。その間にも再度データに戻り妥当性を確かめながら、そこに流れるストーリーラインを考えた。分析過程では、精神看護学を専門とする4名と地域看護学を専門とする1名の研究者で、合意が得られるまで討議し妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

まず、研究目的を施設長に説明しデータ収集の許可を得た。対象となった11名には、インタビュー前に再度、研究目的、個人の特長がされないこと、研究への参加により不利益を生じないこと、話したくないことは無理に話さなくてよいこと、研究終了後は録音テープを消去することなどを説明し、同意書を得た。また、インタビュー内容は職員には伝えないが、対象者が職員に伝えることを希望する内容については、どのように伝えたらよいかの確認を対象者からとった。

III. 結 果

まず、ケース1から8個の概念が生成できた。その生成された概念をもとに、他の10ケースを比較分析した結果、

表2 抽出されたカテゴリーと概念

カテゴリー	概 念
充実感がある	今、充実している 好きなことができる 普通に生活できる幸せ 工夫をして生活を楽しむ
病気が安定している	病気の安定
自分をこれでいいと思える(自尊心)	得意なものがある 継続できる自分への誇り 自分をこれでいいと思える
自分を受けとめてくれる	病気を理解してくれる ありのままの自分を理解してくれる
居場所がある	余裕が持てる場所がある 元気が出る場所がある 仲間がいる場所がある 役割をはたす場所がある
心のよりどころがある	夢がある 宗教の信仰が支えとなる 家族の存在が支えとなる
折り合いをつける	気持ちの立て直し 無理をしない

新たな概念が追加され最終的に19個の概念が生成できた。19個の概念は、7個のカテゴリーに集約できた。その後、7個のカテゴリーは、全てのケースに当てはまるかどうかをストーリーラインを考えながら検討した。その結果、全てのケースに当てはまる事が確認できた。

以下の説明では、中核カテゴリーを『』、カテゴリーを《》、概念を<>、生データを「」で示す。

7個のカテゴリーは《充実感がある》、《病気が安定している》、《自分をこれでいいと思える(自尊心)》、『折り合いをつける』、『自分を受けとめてくれる』、『居場所がある』、『心のよりどころがある』であった。それぞれについて生データから説明する。

1. 《充実感がある》

デイケアや作業所に通所する彼らは、今《充実感がある》生活を送っていると語った。《充実感がある》生活とは、幸福感・満足感や充実感をもったり楽しいと感じる生活を表わし、普通に生活ができることや好きなことができたり工夫をして生活を楽しむなかで感じていた。このカテゴリーは、<今、充実している>、<好きなことができる>、<普通に生活できる幸せ>、<工夫をして生活を楽しむ>から構成された。

<今、充実している>

「充実はしています。満足という面では、完全にはそこまではいかないですが、前よりは充実感がありますね(ケース1)。」

「結構、自分なりに充実しとる(ケース4)。」

<好きなことができる>

「今、袋を縫ったりマスコットを作ったり毛糸のセータ編んだり、好きです、好きです、楽しいです(ケース2)。」

「ここは楽しいです。ここは作業がありますけど、家は作業がないんです。だから（家では）内職のようなことをしています（ケース3）。」

<普通に生活できる幸せ>

「ごく当たり前といえば当たり前のことかもしれないんですけど、その当たり前のことができることが何か幸せなんじゃないかなあって思うんですけど（ケース10）。」

「普通に生活して暮らせる。まあ、欲を言えば、ある程度稼いで福祉とめて自分で生活をしたい（ケース7）。」

<工夫をして生活を楽しむ>

「米は、選んで買ってきています。うまいやつを。……お風呂の時間帯と食事の時間帯が重なるから、ちょっと工夫しないと、だから風呂から上がって、温め直して食べる（ケース7）。」

ケース1は、以前と今の生活を比較することで、今の生活の充実感を語った。

2. 《病気が安定している》

彼らは、発病の契機や症状が悪かった時の状況を十分に話しその時の自分の状態を分析した後、今は病気が安定していると語った。

<病気の安定>

「病気の方も幸いにちょっと落ち着いてますし（ケース1）。」

「今は妄想がないです、薬がよく合ってますから。よく眠れますしね（ケース2）。」

「あの、昔は、その……幻聴に対してすごくひどいこと、ひどい扱いを受けたりひどいこと言っていたり、頭の中で言っていたんですけど、今はあの、友達みたいな感じになった（ケース10）。」

「（今は、眠れるけど）もう眠れなくなったらアウト（ケース4）。」

ケース10は、症状が存在していながらも病氣と距離が保てることのできるために自分の病氣が安定していると感じていた。また、ケース4は、症状が悪化するサインを意識していた。このように自分の症状を客観的に見ながら、今は病氣が安定していると語った。

3. 《自分をこれでいいと思える（自尊心）》

このカテゴリーは、彼らの自分への感じ方であり、自分の価値や能力の感覚-感情を示す内容が含まれ、<得意なものがある>、<継続できる自分への誇り>、<自分をこれでいいと思える>から構成された。

<得意なものがある>

彼らは、自分にとって自慢できることや得意なことを今の生活に活かすことが出来ている様子を生き生きと語った。

「もともと調理師なんで、作るの得意なんです、……わ

りと楽しいですね（ケース7）。」

<継続できる自分への誇り>

また、仕事や居場所について、継続していることが彼らの自信に繋がっている様子が語られた。

「今の職場は（以前は、喧嘩をしてすぐ辞めていた）、辞めません。アパートには6年間もいるし（ケース7）。」

「ここは4年半ですね。第1期メンバーなんです、……まあ、楽しいって言うか普通の人生ですね（ケース8）。」

<自分をこれでいいと思える>

さらに、自分について「これでよい」と感じており、自分自身を受容し、自分自身に価値を感じていた。

「もう平凡に毎日が過ぎれば、あの、好きなことを自分でしていけばいいのかなと思うたりするんよ。……今、この場で楽しいと思う。僕は幸せだと思ってる（ケース5）。」

「自分の中ではよくなったと思うんですけど、昔よりは。人から見たら「まだまだ全然だめよ」と言われるかもしれないですけど、自分ではこれでいいと思っています。……まあ幸せですかね（ケース10）。」

「自分は後ずがりするような、気持ちが細かい、小さい。もう少しね、男らしくなって先頭にたってリーダー的な態度にならないといけないと思うけどなかなかできない。ひがみ心もあります。……そう、生活はあまり満足ということはないな（ケース6）。」

これらの<得意なものがある>、<継続できる自分への誇り>、<自分をこれでいいと思える>などは、彼らの自尊感情が程好いことを示していた。しかし、ケース6のように、ものごとを素直に受け取らず自分が悪く扱われていると考え（ひがむ）、自分をこれでいいと思えない事例は、あまり充実感があると感じていなかった。

4. 『折り合いをつける』

このカテゴリーでは、葛藤を伴う現実に対して妥協し、気持ちの処理をおこない納得する様子が語られ、<気持ちの立て直し>と<無理をしない>の2つの概念から構成された。

<気持ちの立て直し>

彼らは、日常生活の体験に「不自由と分相応」、「寂しさとのおんき」、「喋りたいけど黙っておく」などのように現状に不満を感じるとともに、その気持ちの立て直しをおこない自分の気持ちに折り合いをつけていた。<気持ちの立て直し>は、積極的に現状を捉えるというよりも、むしろ今の生活を維持するためには当たり前で自然なこととして肯定的に現状を捉え、気持ちを整理し納得している様子として語られた。

「小遣い面では不自由はしています、障害年金ですけど、分相応ですね。……満足という面では完全にそこまではいかなんですが、前よりは充実感がありますね（ケース1）。」

「先のことを考えるんじゃなくて、毎日、今のことを納得できればいい。今の生活に完全に満足しているわけではないけど自分のとった道だから、僕は幸せです（ケース5）。」

<無理をしない>

また、彼らは無理をした生活をするそれがストレスになることを過去の体験から知っているため、今は無理をしない生活を選択していると語った。

「ごみ捨てたり、そういうのはもう大家さんがしてくださるから、無理して参加していません。……今が一番いいと思います、楽しいです（ケース2）。」

「余生を送るのは早過ぎるけど、もう仕事は無理かなと思う、無理はしない、そうしないと自分自身がだめになる。……今、楽しいです（ケース5）。」

5. 《自分を受けとめてくれる》

このカテゴリーでは、自分を知らうとし、また自分の気持ちを受けとめようとする存在があることが語られた。その存在は、主にデイケアや作業所の職員や担当医であった。また、精神障害は特殊な病気ではないといった社会の認識の変化が、《自分を受け止めてくれる》と感じさせることも語った。このカテゴリーは、<病気を理解してくれる>と<ありのままの自分を理解してくれる>の2つの概念より構成された。

<病気を理解してくれる>

彼らには、病気から生じる生活のしづらさを理解してくれる他者の存在があること、彼らを感じ取った精神障害に対する社会の認識の変化があることを語った。

「ここ（作業所）なら、みんな理解があるし、師長さん達が病気の大変さに理解があるし、優しいし（ケース2）。」

「僕はパニックになるんですけど、週刊誌にパニック障害のことを国民病って書いてくれていて、なんかすごうれしかった。うつ病と同じように見てもらえるんだと思ったら……（ケース8）。」

<ありのままの自分を理解してくれる>

また、自分をありのままに出せ、相手の反応を必要以上に気にせず話することができる他者の存在があることも語られた。

「ばか話しても受け答えしてくださるし、世間では通用しないような話でも、ここでは笑って済ませるみたいなね、そういうことがあるから（ケース2）。」

「（職員が）毎年のように何人が変わって、もうちょっと落ち着いてほしいとは思いますが、職員は話しやすいです（ケース1）。」

6. 《居場所がある》

このカテゴリーでは、彼らの安心できる場所として身のおきどころとなる場所を持っていることが語られ、<余裕

が持てる場所がある>、<元気が出る場所がある>、<仲間がいる場所がある>、<役割をはたす場所がある>により構成された。

<余裕が持てる場所がある>

彼らの安心できる場所として身のおきどころとなる場所は、アパートやデイケア・作業所であった。一般社会、つまり就職し職場を持つことに比べて、デイケアや作業所は余裕が持てる場所であることが語られた。

「自分自身が余裕が持てるんでしょうね、この中では。社会と違って、自分自身の人間関係を考える余裕もちょっとはできてるし、外へ出るとそれなりに厳しさをハンド的に違う場面があるんでしょうね。このデイケアでの人間関係、ぎくしゃくすることもあるけど、たまにぶつかりはありますが、相対的に見ればうまくいっています（ケース1）。」

<元気が出る場所がある>

さらにデイケアや作業所は、することがあるので楽しく過ごせ、楽しく過ごせるから元気が出ると語った。

「（アパートは）一人で一人の城でしょう。（中略）ちょっと寂しいけどここ（作業所）へ来たら、やっぱり元気が出るんです（ケース2）。」

<仲間がいる場所がある>

彼らにとっての居場所は、出会いの場所でもあった。気の合うメンバーやその友人は、遊び友達でもあることが語られた。

「ここに来ないと今のメンバーにも会わなかったし、今のお会いもなかった（ケース8）。」

<役割をはたす場所がある>

また、自分しかとることができない役割を果たす場所は、居場所として意識していることが語られた。

「長男で家の後継いでいるんです。両親のお位牌に毎朝お花をかえてね、お香をたいて、ご飯をあげます（ケース6）。」

「（デイケアの喫茶店に新しいメニューを入れるなど）要求とか出していくのは自分が多いですよ。……自分がいるぞという感じですね（ケース1）。」

このような余裕が持てる場所、元気が出る場所、仲間がいる場所、役割をはたす場所のような安心できる空間では、作業をすることも人間関係もスムーズであることが語られた。

7. 《心のよりどころがある》

このカテゴリーでは、どのケースにおいても生きていくうえでの心の支えになるものごとを持っていることが語られ、<夢がある>、<宗教の信仰が支えとなる>、<家族の存在が支えとなる>から構成された。

<夢がある>

彼らは、将来やりたいと思う具体的な内容の希望を持っていることを語った。そして、その夢の実現に向かい日常生活で努力している様子を語った。

「作業所的なあたりまでデイケアの喫茶店を大きくしていきたい、頑張りたい、自分なりの夢ですけど。セルフサービスに変えたのも僕の提案です（ケース1）。」

「僕も（勉強を）本当に基礎からやり直して、近所の子でも小学校5・6年生に基礎を教えてあげたらええなと思う。それが（子供に教えることが）夢なんです。8時半から5時まで（英語と社会と国語を）勉強しています。人に教えるというと語弊がありますが（ケース4）。」

2ケースとも、夢の内容に対し「自分なりの夢」や「語弊がありますが」と語るように折り合いをつけている様子がみられた。

<宗教の信仰が支えとなる>

一般に言われているように、宗教の信仰は彼らの心の支えとなる一つであることが語られた。

「キリスト教のFBC（ラジオ）を聞いてるんですけどね。それを聞くとなんか幸せな気分になり眠りにつけるんですね。この病気には、宗教はあまり良くないと言われるんですけどね（ケース2）。」

<家族の存在が支えとなる>

また、自分が今、同居者を持つかどうかにかかわらず、身近な血族者の存在そのものが心の支えとなっていることを語った。

「血族でいるというたら、もう妹だけです。妹が亡くなったなら、もうどうしようかなと心配ですよ（ケース3）。」

8. 《充実感がある》生活に影響するカテゴリーの関係

『折り合いをつける』は、中核カテゴリーで、これが全てのカテゴリーに織り込まれていた。抽出されたカテゴリーの関係を図1に示した。彼らは『折り合いをつける』ことをしながら日常生活を営み、『居場所がある』こと『心のよりどころがある』ことや『自分を受けとめてくれる』存在にサポートされつつ、また『自分をこれだいいと思える（自尊心）』気持ちもちながら日常生活を営み、『充実感がある』生活を送っていた。「小遣い面では不自由はしています、障害年金ですけど、分相応ですね。……満足という面では完全にそこまではいかないですが、前よりは充実感がありますね。」と語るように『折り合いをつける』ことは、『充実感がある』生活に至るための必要条件であった。また、『自分をこれだいいと思える（自尊心）』事例は『充実感がある』生活と感じていたが、「自分は後ずがりするような、気持ちが細かい、小さい。もう少しね、男らしくなって先頭にたってリーダー的な態度にならないと

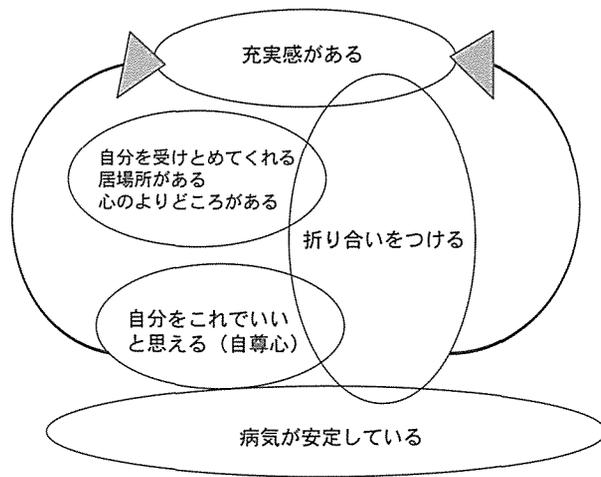


図1 《充実感がある》生活に影響するカテゴリーの関係

いけないと思うけどなかなかできない。ひがみ心もあります。……そう、生活はあまり満足ということはないな。」というように自分をこれだいいと思えない事例は、あまり『充実感がある』と感じていなかった。つまり、『自分をこれだいいと思える（自尊心）』ことも『充実感がある』生活に至るための必要条件であった。しかし、『自分を受けとめてくれる』、『居場所がある』、『心のよりどころがある』などは、彼らの生活が『充実感がある』ものとなる必要条件とは語られなかったが、それらがあることは『充実感がある』生活を生きることを強化していた。さらに、『病気が安定している』からこそ、日常生活の体験に『折り合いをつける』ことが可能となり、『自分をこれだいいと思える（自尊心）』感情を維持できていた。すなわち、『病気が安定している』ことは『充実感がある』生活の基盤となっていた。

「薬が合っていない時は薬を飲まなくなって、ちょっと妄想が起こったりしましたけど、今はそれないです、調子がいいんです。それはもう最高記録です、入院しない期間が長いのが、幸せです。（中略）ごみ捨てたり、そういうのはもう大家さんがしてくださるから、無理して参加していません。（中略）アパートでの生活は一人で一人の城でしょう、だから、誰かに訪ねてこれたら掃除もせにゃいけんし、煩わしいという気持ちはあるんですよ、一人でのんきな面もあります、でも寂しい気持ちもあります。でも今がやっぱり一番いいと思います、今の生活は楽しいです、充実しています。（中略）キリスト教のFBCを聞いてるんですけど、それを聞くとなんか幸せな気分になり眠りにつけるんですね。この病気には、宗教はあまり良くないと言われるんですけどね。（中略）アパートではちょっと寂しいけど、ここ（作業所）へ来たら、やっぱり元気が出るんです。ここでは、今、袋を縫ったりマス

コットを作ったり毛糸のセータ編んだり、好きです、好きです、楽しいです。ここなら、みんな理解があるし、師長さん達が病気の大変さに理解があるし、優しいし。ばか話しても受け答えして下さるし、世間では通用しないような話でも、ここでは笑って済ませるみたいなね、そういうことがあるから。自分ではわかっているんですけどね。ばか話してるなというところがね、わかっているんですけど(ケース2)。」

このケースは、今《病気が安定している》からこそ入院の必要性がなく在宅生活を送っているが、これまでの経験から再発の可能性を知っているために在宅生活を維持・継続できている自分に誇りをもっていた。そんな自分自身に価値を感じ《自分をこれでいいと思える(自尊心)》気持ちがあり、今《充実感がある》生活を送っていると感じていた。また、生活は、無理をするとストレスになるため『折り合いをつける』ことで無理をしない生活を選択していた。アパートは自分の城で居場所の一つである。独居生活は寂しいが、他方で独居生活はのんきに暮らせ、これはこれで良いと気持ちを整理し納得をして、『折り合いをつける』ことをしながら、今が一番良いと思ひ、今は《充実感がある》生活だと感じていた。このケースは作業所に通所しており、そこのメンバーはありのままの自分を理解してくれ《自分を受けとめてくれる》。また、アパートでは寂しくても作業所へ来たら元気が出て、作業所は安心できる身の置き所となっており、このような《居場所がある》からこそ、また《自分を受けとめてくれる》作業所があるからこそ、そこで楽しく過ごせ、より《充実感がある》生活だと感じていた。一方、宗教は自分の病気にあまり良くないらしいが、自分にとっては楽になる。良くないが楽になる事実で『折り合いをつける』ことを行い、宗教の番組を聞き幸せな気分になっていた。このように信仰が心の支えとなり、《心のよりどころがある》ことが、より《充実感がある》生活を生み出していた。

IV. 考 察

平成15年度から24年度までの10年間を計画期間とする障害者基本計画では、精神障害者の入院医療中心から、退院・社会復帰を可能とするための地域サービス基盤の整備が具体的な数値目標を掲げて進められている¹³⁾。例えば、保健医療面では精神科救急医療システムの整備、うつ病対策、社会的引きこもりの対策などが行われ、福祉面では精神障害者地域生活支援センターやグループホーム、福祉ホーム、援護寮、授産施設などの整備が進められている。精神障害者の在宅生活が進んでいる米国では、1979年にMayが、「統合失調症患者を病院から患者を連れ出すことは実に容易である。問題は彼らの病院外での生活を維持す

ることである。それには再発を防ぐこと、苦しみを和らげること、そしてかなり困難ではあるが、彼らの生活の質を改善することが必要となる」²⁾と述べている。生活の質とは、「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識である」¹⁴⁾と定義され、主観的な評価に重点をおいている。日本でも、精神障害者の在宅生活が可能になるために、さまざまな施策が進められているが、彼らの生活の質を高めるための方策は検討されていない。その意味において、彼らが《充実感がある》生活を生きることに影響を与える要因を彼らの語りから明らかにしたことは意義のあることと考える。

研究結果、地域で生活しデイケアや作業所に通所する彼らは《充実感がある》生活をしており、その《充実感がある》生活に影響する要因として、《病気が安定している》、《自分をこれでいいと思える(自尊心)》、『折り合いをつける』、『自分を受けとめてくれる』、『居場所がある』、『心のよりどころがある』の категорияが確認された。そして、《充実感がある》生活は、彼らが日常生活の体験に『折り合いをつける』ことを中心として構成されていた。これまでの研究でも、自尊感情⁵⁾、コーピング³⁾、ソーシャルサポート^{15,16)}などが統合失調症患者の生活の質に関連することが検討されてきた。また、症状は自尊感情を介して生活の質に負の影響を与える¹⁷⁾ことが報告されているが、本研究結果でも《病気が安定している》からこそ、《自分をこれでいいと思える(自尊心)》感情を維持でき、《充実感がある》生活をしていることが見出し、先行研究と一致した知見が得られた。彼らの地域社会での居場所としてデイケアや作業所がその役割を担い利用されている実態は明らかにされている¹⁸⁾が《居場所がある》ことが生活の質に影響することは明らかにされておらず、また、《心のよりどころがある》ことが生活の質に影響することは先行研究では報告されておらず、これらのカテゴリーを見出したことは本研究で得られた新しい知見といえよう。

さて、地域で生活しデイケアや作業所に通所する彼らは《充実感がある》生活をしていると語ったが、この意味の解釈は慎重に行わなければならない。実際、量的調査による生活の質の研究結果によると、一般人口の平均値に比較して彼らは低い^{17,19)}ことが明らかにされている。それでもなお、彼らが《充実感がある》生活をしていると感じる背景には、疾病体験を通して普通に生活できることを進歩として捉え、普通の生活ができることは生活の豊かさであるといった彼らの意識が存在する。すなわち、彼らが表現する《充実感がある》生活とは、折り合いをつけたために感じるものであり、客観的に十分な生活を意味しないことである。その点を理解した上で、彼らの生活への思いを

理解する必要がある。しかしながら、保健医療と社会福祉の目的の一つとして生活の質の向上が重要視される今日^{20, 21)}、統合失調症患者が《充実感がある》生活を営むための全体像を明らかにしたことは、統合失調症患者が地域での生活をよりよいものにするための看護支援につながると考えられる。

最後に本研究の限界と課題であるが、本研究ではデイケアまたは作業所に通所する統合失調症患者のデータを用いたが、彼らは比較的安定した生活を営んでおり、デイケアや作業所に通所する統合失調症患者全体における一般化はできない。また、今回得られたカテゴリー名の妥当性については、さらに検討の余地が残されている。統合失調症患者の生活への思いを聞き取るには得られた内容に限界があり、疾病の悪化に関わること、つまりストレスや悩みについては対象が語る以上に深めることができなかつたなどの限界がある。今後は、一つひとつのカテゴリーがどのようなプロセスで成立するかといった側面を検討し、研究を深化させることが課題である。

V. 結 論

デイケアまたは作業所に通所する統合失調症患者11名を対象に、生活への思いをインタビューし質的帰納的に分析した結果、《充実感がある》、《病気が安定している》、《自

分をこれでいいと思える（自尊心）》、《折り合いをつける》、《自分を受けとめてくれる》、《居場所がある》、《心のよりどころがある》の7個のカテゴリーが抽出された。そして、《折り合いをつける》ことが、中核カテゴリーであることが示された。彼らは、今《充実感がある》生活を送っていると認識し、《折り合いをつける》ことと《自分をこれでいいと思える（自尊心）》ことは《充実感がある》生活に至るために必要であった。《自分を受けとめてくれる》、《居場所がある》、《心のよりどころがある》は、必要条件ではないが、それらがあることは《充実感がある》生活を生きることを強化していた。《病気が安定している》ことは《充実感がある》生活の基盤となっていた。これらの結果は、統合失調症患者が地域での生活をよりよいものにするための看護支援につながることが示唆された。今後、一つひとつのカテゴリーがどのようなプロセスで成立するかといった側面を検討し、研究を深化させることが課題として残された。

謝 辞

本研究にあたり、インタビューにご協力いただいた皆様に心よりお礼申し上げます。

なお、本研究は平成15年度岡山県立大学特別研究費によって行われた研究の一部である。

要 旨

地域生活をしながら精神科デイケアまたは作業所に通所している統合失調症患者の生活への思いとその影響要因を明らかにすることを目的として、グラウンデッド・セオリー法による質的帰納的研究を行った。結果、《充実感がある》、《病気が安定している》、《自分をこれでいいと思える（自尊心）》、《折り合いをつける》、《自分を受けとめてくれる》、《居場所がある》、《心のよりどころがある》の7個のカテゴリーが抽出された。彼らは《充実感がある》生活を送っていることが見いだされ、《折り合いをつける》ことと《自分をこれでいいと思える（自尊心）》ことは、《充実感がある》生活に至るには必要であり、《病気が安定している》ことは《充実感がある》生活の基盤となっていた。本結果は、在宅生活をする統合失調症患者の生活の質を維持・向上するための看護支援のあり方に寄与できることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to examine the types of experiences schizophrenic patients have living in a community where they participate in a psychiatric day care or small-scale workshops using a Grounded Theory Approach.

Analysis identified the following seven components: living a fulfilling life; stability of perceived mental illness status; maintaining good self-esteem; making adjustments in life; having oneself accepted; feeling safe and relieved; and, having something to believe in. The interviews showed that they were "living a fulfilling life".

It was found that "making adjustments in life" and "maintaining good self-esteem" were requirements for "living a fulfilling life", while "stability of perceived mental illness status" formed a basis of "living a fulfilling life".

The findings suggest that specialized nursing support may be necessary for improvement of quality of life for schizophrenic patients living in a community.

文 献

- 1) 内閣府：平成15年版障害者白書，202-218，国立印刷局，東京，2003.
- 2) Julio, B., Maria, P.G.: Quality of life in schizophrenia, In: Heinz, K., et al. (Eds): *Quality of life in mental disorders*, 165-178, John Wiley & Sons, New York, 1997.
- 3) Ritsner, M., Modai, I. et al.: Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients, *J. Clin Psychiatry*, 61 (11), 880-889, 2000.
- 4) 國方弘子，中嶋和夫：精神障害者のQOL：うつコーピングと抑うつ性の影響，*日本看護研究学会雑誌*，26(5)，19-29，2003.
- 5) Ruggeri, M., Warner, R., et al.: Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach, *British journal of psychiatry*, 178, 168-275, 2001.
- 6) Rosenfield, S.: Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill, *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315, 1992.
- 7) Sullivan, G., Wells, K.B., et al.: Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population, *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (8), 794-798, 1992.
- 8) Browne, S., Clarke, M., et al.: Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176, 2000.
- 9) 長田久雄，立山萬里 他：精神分裂病患者のクオリティ・オブ・ライフ（QOL）に関する研究（続報），*東京保健科学学会誌*，1(1)，107-110，1998.
- 10) 萱間真美：今日における質的研究への期待，*看護研究*，36(5)，3-12，2003.
- 11) 青木典子：病院から地域への移行期における精神分裂病の居場所づくり，*高知女子大学紀要*，49，55-66，2000.
- 12) 木下康仁：グラウンデッド・セオリ・アプローチ，177-272，弘文堂，東京，1999.
- 13) 内閣府：平成16年版障害者白書，201-204，国立印刷局，東京，2004.
- 14) WHOQOL Group: Development of the WHOQOL: Rationale and current status, *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56, 1994.
- 15) Baker, F., Jodrey, D., et al.: Social support and quality of life of community support clients, *Community Mental Health Journal*, 28(5), 397-411, 1992.
- 16) 片山聡子，叶谷由佳，他：精神障害者小規模作業所通所者のQuality of Lifeに関する研究－生活満足度に焦点をあてて－，*日本看護研究学会雑誌*，26(1)，147-161，2003.
- 17) Kunikata, H., Mino, Y., et al.: Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators, and self-esteem, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), 163-169, 2005.
- 18) 森 文子，久米和興：中高齢精神障害者における精神科デイケアの利用期間の実態と地域社会生活の特徴について，*日本看護科学会誌*，20(3)，103-110，2000.
- 19) 中根允文，田崎美弥子，他：精神分裂病・うつ病の患者におけるQOL評価の研究，*厚生科学研究費補助金研究成果報告書（平成9年度）*，1-23，2001.
- 20) 和気康太：QOL－ミニマムからオプティマムへ，平岡公一，平野隆之，他（編）：*社会福祉キーワード*，32-33，有斐閣，東京，2003.
- 21) 福原俊一：いまなぜQOLか－患者立脚型アウトカムとしての位置づけ，池上直己，福原俊一，他（編）：*臨床のためのQOL評価ハンドブック*，2-7，医学書院，東京，2001.

[平成17年1月28日受 付]
[平成17年11月18日採用決定]

神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を 及ぼす職場環境ストレスの探索

Finding Out the Work-Related Environmental Stressor Influencing Burnout Among Nurses Caring
for Patients with Neurological Intractable Illness

安東 由佳子¹⁾ 片岡 健²⁾ 小林 敏生²⁾
Yukako Ando Tsuyoshi Kataoka Toshio Kobayashi

キーワード：バーンアウト，看護師，神経難病，職場ストレス，共分散構造分析

Key Words : burnout, nurses, neurological intractable illness, work-related environmental stressor, covariance structure analysis

I. はじめに

近年，労働者の職業性ストレスが問題となっているが，看護師は一般女性職員と比較しても，また他の医療従事者と比較してもストレスが高く¹⁾，そのメンタルヘルスの保持・増進が課題となっている。メンタルヘルスに関連する概念として，バーンアウトは看護師のみの問題にとどまらず，看護師の提供するケアの質低下を招くものであるため注目されている^{2,3)}。

バーンアウトに関する海外の研究は，職場環境，性格特性などの要因分析^{4,5)}を中心に進められてきたが，近年，首尾一貫感覚や看護師の認知，職務満足感^{6,7)}など様々な概念との関連が分析されている。一方，わが国では1980年代から研究が始まり，これまでに個人属性，パーソナリティ，対人関係，労働条件，ソーシャル・サポートなどの影響が明らかになっているが，年齢や勤続年数との関係，職場環境要因などは研究によって結果が異なっており，バーンアウトの改善につながらないまま1992年以降は論文数が減少している^{8,9)}。これら各研究結果の相違および改善につながらない理由は，病院の規模や設立主体によるメンタルヘルスの違いがあるにもかかわらず¹⁰⁾，それらが統一されずに調査されていることによるものと考えられ，今後は対象施設の条件を揃えた上で，バーンアウトへの影響が大きい職場環境要因を具体的に明示していくことが有効な対策につながっていくと考える。

わが国の難病対策は，平成10年度に「難病特別対策推進事業」が創設され，その中に「重症難病患者入院施設確保事業」を設けた¹¹⁾。これは，重症難病患者のための身近な入院施設確保を図るため，拠点病院，協力病院を指定し，地域医療機関の連携による難病医療体制整備を図るものである。近年，神経難病患者は在宅に戻る動きがある一方で，

在宅療養が困難なケースもあり，依然として神経難病患者の入院への要望は強い。長期入院患者のQOLは在宅患者のそれより低いことが指摘されており¹²⁾，質の高いケアを行うためにも，看護師のメンタルヘルスは重要課題と考える。

バーンアウトの発生率は所属診療科によっても異なり¹³⁾，また看護師のストレスも患者の特性や診療科の特殊性によって異なる¹⁴⁾とされている。対象診療科として海外では，ホスピス，精神科，小児科，ICUだけでなく，長期療養施設や腎疾患系，骨髄移植^{15,16)}など多岐に渡っており，神経系においてはCavanagh SJら¹⁷⁾が神経内科・神経外科・neuroscience centerのICUに勤務する看護師のストレスを面接法で調査しているがその後の継続研究はなされていない。国内では一般病棟を始めとして，ICU，精神科病棟，緩和ケア病棟などが中心で，これまでに神経難病患者をケアする看護師を対象とした研究はほとんどない。しかし難治性，進行性という特徴をもつ神経難病患者をケアする看護師のメンタルヘルスは，一般病棟や他診療科看護師のそれとは異なることが予測される。

近年バーンアウトのように現象の実体が観測不能な概念である場合，因果モデル検証のためには共分散構造分析の手法が有効と言われている¹⁸⁾。これまでは国内外とも，重回帰分析や相関分析が分析手法として長い間用いられていた。近年は共分散構造分析を用いて職場ストレスと複数の緩衝要因の関連を分析する手法が取り入れられている^{4, 19, 20)}がまだ論文数は少ない。これまでの研究で職場環境ストレスとバーンアウトの関連，緩衝要因とバーンアウトの関連は明らかになってきた。しかし，看護師に特有な職場環境ストレスとバーンアウトとの関連を，緩衝要因，個人要因もモデルに含めて調査してい

1) 広島大学大学院保健学研究科博士課程後期 Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

2) 広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Hiroshima University

るものは、Jansses⁴⁾ やTummers¹⁹⁾ を除いてほとんどない。Jansses⁴⁾ らは、不確かさ、自律性、荷重労働、ソーシャルサポートなどのストレスターおよび緩衝要因とバーンアウトの関係を、またTummers¹⁹⁾ らも、荷重労働、ソーシャルサポート、自尊心とバーンアウトの関係をモデルに設定して分析している。しかし緩衝要因や個人属性もモデルに含めて看護師に特有なストレスターとバーンアウトとの関連を共分散構造分析で調査しているものはほとんどなくこれでは有効な解決策にはつながらない。国内ではKITAOKA-HIGASHIGUCHI²⁰⁾ の論文が、ストレスターとバーンアウトとの関連を共分散構造分析で解析しているが、特定の診療科に勤務する看護師のストレスターではなく「役割葛藤」「対人葛藤」などの一般的なストレスターとの関連を調査したものである。今後はバーンアウトを予防するための具体的な介入策を考案するためにも看護師に特有なストレスターや緩衝要因、個人属性をモデルに組み込んで分析をする必要がある。以上より、本研究では病院の規模や設立主体などの条件を統一した上で、神経難病患者のケアに従事する看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターを、共分散構造分析を用いて明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

バーンアウト……Maslachの定義「長期間にわたり人に援助する過程で心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやり喪失」を使用した²¹⁾。

職場環境ストレスター……職場環境から生じるストレスターを指す。ただし性格特性や日常生活における苛立ち事などの個人的要因は含まない。

神経難病患者のケアに携わる看護師……神経難病病棟で働く病棟所属の看護師および准看護師を指す。

III. 研究方法

1. 調査方法および調査対象

調査方法は、自記式質問紙を用いた調査研究とした。対象者の所属施設については、難病医療拠点病院あるいは難病医療協力病院を中心に選択し、職場環境や労働条件を統一するため、病床数300以上の総合病院で、大学病院を除く国立系病院とした(大学病院は、特定機能病院の指定も受けており患者の在院日数も短いため看護師のストレスターも異なると考え除外した)。調査対象は神経難病病棟(混合病棟は除く)に勤務する看護師および准看護師とした。全国の該当病院より無作為に選んだ14病院の看護部長宛に調査依頼を行い、了承の得られた9施設の神経難病病

棟に勤務する看護師284名を対象とした。看護部長および看護部長を通して、依頼文書、調査用紙、返信封筒を配布した。回収は、各自で研究者宛に郵送してもらうようにした。調査時期は、特有なストレスターをもつ新人が少ない時期である2003年1月～2003年3月までとした。(注：調査は2004年度の独立行政法人への移行前に行われたため、「国立系」と表記している)

2. 質問紙の構成

1) バーンアウト

バーンアウト測定尺度は、MaslachとJacksonが作成したMBI尺度(以下MBI-HSS尺度とする)を参考にして、田尾がわが国のヒューマン・サービスの現場に適合するよう項目を削除、追加したもの²²⁾(以下バーンアウト尺度とする)を使用した。「脱人格化」「個人的達成感(の後退)」「情緒的消耗感」の3つの下位尺度で構成され、項目数は17項目である。各項目を経験する頻度を尋ねる5段階尺度であり、得点が高いほどバーンアウトしていることを表す。脱人格化とは「煩わしい人間関係を避けたり、クライアントひとりひとりの個人差や人格を無視し、機械的に対応する傾向」、個人的達成感とは「仕事の成果に伴って感じる成就感や効力感(バーンアウトの症状としては、反対にこういった達成感が低下してしまう徴候)」、情緒的消耗感とは「肉体的疲労ではなく、心理的な疲労感、虚脱感」である。バーンアウト尺度の信頼性・妥当性については既に検証されている²²⁾。Maslachは、従来のヒューマンサービス従事者を対象としたMBI-HSS尺度に対して、90年代に入り全般的な職業人を対象としたMBI-GS尺度を開発した²³⁾。この尺度ではバーンアウト3因子について「シニシズム」「職務効力感」「疲弊感」という新しい用語を用いたが、本研究ではバーンアウトをヒューマン・サービスに特有な現象であると捉え、従来からMBI-HSS尺度で用いられていた「脱人格化」「個人的達成感の後退」「情緒的消耗感」という用語を使用した。

2) 職場環境ストレスター

測定尺度は、田尾・久保がGray-ToftとAndersonのナーシング・ストレス・スケールやKellyの尺度をわが国のヒューマン・サービスの現場に適合するよう項目を削除、追加したもの²⁴⁾を用いた。各項目を経験する頻度を尋ねる5段階尺度である。質問項目は全部で36項目あり、「医師不信」「上司との葛藤」「同僚との葛藤」「コミュニケーションの欠如」「看護における不全感」「患者の死体験」「労働過多」「教育環境の不備」の8つの想定された下位尺度から構成されている。

3. 分析方法

まず、本研究対象者のバーンアウトおよび職場環境ストレスターの内部構造を確認するため、各々の尺度について

探索的因子分析を実施し、更に検証的因子分析を行った。最後に職場環境ストレスとバーンアウトの因果関係モデルを設定し、モデルのデータへの適合度と要素間の関連性を、共分散構造分析を用いて検討した。危険率5%以下を有意差ありとした。モデルの適合度は、GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を採用した。一般にGFI, AGFI, CFIは0.9以上, RMSEAは0.08以下であればそのモデルがデータをよく説明していると判断される²⁵⁾。また個々の因果関係はパス係数や相関係数として求められる。パス係数の有意性はCritical Ratio (CR) で判断し、この値が1.96以上であれば5%の有意水準で「因果関係がない」という仮説を棄却し「因果関係がある」とすることができる²⁵⁾。なお統計処理には、統計パッケージSPSS11.0JおよびAmos5.0を用いた。

4. 倫理的配慮

病院の看護部長に研究の趣旨を説明し協力を依頼し、看護部長から了承の得られた病院の看護師らに対して質問

紙を配布した。調査対象者には、研究の趣旨、調査協力に対する自由意思の尊重、プライバシーの保護、研究で得られたデータは研究以外の目的には使用しないことを依頼文書中で説明し、回答の返信をもって了承が得られたと判断した。

IV. 結 果

質問紙配布数284部、回収数189部(回収率66.5%)であった。1項目でも欠損のある回答は除外したため有効回答数は160部(有効回答率56.3%)であった。有効回答数160部のうち男性は4名、女性が156名であり、性別でバーンアウト得点に有意差を認めなかったため、分析には男性看護師も含めた。師長は11名、主任は11名、スタッフは138名であり、主任とスタッフではバーンアウト得点に有意差を認めなかったため両者とも対象とし、師長11名はスタッフとの間にバーンアウト得点の有意差を認めたため除外した。最終的な有効回答数(n)は149名となった。

1. 対象者の個人属性

対象者の属性を表1に示す。性別は男性4人(2.7%)、女性145人(97.3%)で、年齢は40歳以上が最も多く48人

表1 対象者の個人属性とバーンアウト尺度の関連

n = 149

属性	バーンアウト得点	n (%)	脱人格化得点			個人的達成感の後退得点			情緒的消耗感得点		
			平均値	標準偏差	P	平均値	標準偏差	P	平均値	標準偏差	P
性別	男性	4 (2.7)	2.75	0.80		3.81	0.52		3.25	0.87	
	女性	145 (97.3)	2.78	0.80		3.63	0.76		3.67	0.91	
年齢	24歳以下	28 (18.8)	2.83	0.72		3.56	0.64		3.64	0.89	
	25歳以上29歳以下	35 (23.5)	2.94	0.81		3.54	0.70		3.47	1.04	
	30歳以上39歳以下	38 (25.5)	2.82	0.86		3.61	0.73		3.74	0.88	
	40歳以上	48 (32.2)	2.60	0.77		3.76	0.86		3.73	0.86	
婚姻の有無	未婚	74 (49.7)	2.96	0.76	□*	3.61	0.69		3.70	0.90	
	既婚	67 (45.0)	2.61	0.81		3.62	0.83		3.60	0.92	
	死別・離別	6 (4.0)	2.39	0.49		4.17	0.58		3.67	1.13	
	その他	2 (1.3)	2.83	1.18		3.13	0.18		3.50	0.71	
雇用資格	准看護師	12 (8.1)	2.63	0.71		3.83	0.73		3.96	0.81	
	看護師	137 (91.9)	2.79	0.80		3.62	0.75		3.63	0.92	
最終学歴	高等学校専攻科	7 (4.7)	2.86	0.75		3.82	0.83		4.07	0.45	
	専門学校	134 (89.9)	2.80	0.81		3.64	0.75		3.62	0.92	
	短期大学	4 (2.7)	2.58	0.40		3.31	0.94		4.38	0.48	
	その他	4 (2.7)	2.29	0.72		3.31	0.66		3.25	0.96	
臨床経験年数	2年以下	33 (22.1)	2.94	0.71		3.64	0.72		3.71	0.85	
	3年以上5年以下	28 (18.8)	2.85	0.71		3.54	0.60		3.34	1.01	
	6年以上10年以下	18 (12.1)	2.68	0.93		3.49	0.71		3.61	0.96	
	11年以上	70 (47.0)	2.70	0.83		3.70	0.83		3.76	0.87	
神経難病看護経験年数	2年以下	96 (64.4)	2.78	0.76	□*	3.69	0.76		3.68	0.97	
	3年以上5年以下	44 (29.5)	2.91	0.87		3.59	0.76		3.67	0.83	
	6年以上10年以下	9 (6.0)	2.19	0.57		3.28	0.48		3.33	0.56	
勤務体制	3交替制	124 (83.2)	2.80	0.80		3.65	0.75		3.66	0.91	
	2交替制	24 (16.1)	2.72	0.81		3.49	0.75		3.69	0.93	
	当直制	1 (0.7)									
職位	主任	11 (7.4)	2.58	0.65		3.55	0.85		3.86	0.71	
	スタッフ	138 (92.6)	2.80	0.80		3.64	0.75		3.64	0.92	
配属希望の有無	配属希望あり	35 (23.5)	2.75	0.79		3.41	0.61	□*	3.60	1.03	
	配属希望なし	114 (76.5)	2.79	0.80		3.70	0.78		3.67	0.87	

注) 2群の比較にはMann-Whitney検定、3群以上の比較にはKruskal-Wallis検定を用いた。

* P<0.05

表2 バーンアウトの因子構造：プロマックス回転後の因子負荷量

質問項目	抽出因子			クロンバックの α 係数
	第1因子	第2因子	第3因子	
第1因子：脱人格化				
質問3) こまごまと気配りすることが面倒に感じることがある	0.807	0.038	- 0.168	0.83
質問5) 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある	0.753	- 0.114	0.019	
質問6) 自分の仕事がつまらなく思えて仕方のないことがある。	0.706	0.060	- 0.031	
質問10) 同僚や患者と、何も話したくなくなるがある	0.643	- 0.175	0.137	
質問1) 「こんな仕事、もうやめたい」と思うことがある	0.479	0.19	0.128	
質問8) 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある	0.429	0.141	0.254	
第2因子：個人的達成感の後退				
質問13) 今の仕事に心から喜びを感じるがある*	0.106	0.777	- 0.141	0.78
質問9) 仕事を終えて、今日は気持ちのよい日だったと思うがある*	- 0.113	0.736	0.188	
質問17) 我ながら、仕事をうまくやり終えたと思うがある*	- 0.252	0.664	0.079	
質問4) この仕事は私の性分に合っていると思うがある*	0.237	0.625	- 0.158	
第3因子：情緒的消耗感				
質問12) 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある	- 0.037	- 0.010	0.908	0.70
質問16) 体も気持ちも疲れ果てたと思うがある	0.367	0.020	0.435	
固有値	4.677	1.818	1.191	

*：逆転項目

表3 バーンアウトおよび職場環境ストレスターの記述統計
n = 149

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
脱人格化	1	5	2.78	0.79
個人的達成感の後退	1.5	5	3.63	0.75
情緒的消耗感	1.5	5	3.65	0.91
患者の死体験	1	5	2.45	0.87
上司との葛藤	1	5	2.60	0.91
同僚との葛藤	1	5	2.36	0.96
医師不信	1	4.5	2.17	0.75
看護における不全感	2	5	3.75	0.74

表4 バーンアウト3因子間の相関

	脱人格化	個人的達成感の後退	情緒的消耗感
脱人格化	1		
個人的達成感の後退	0.39***	1	
情緒的消耗感	0.54***	0.25*	1

Spearmanの順位相関係数

* P < 0.05, ** P < 0.01, *** P < 0.001

(32.2%)、平均年齢は34.8 ± 10.4歳 (mean ± SD) であった。婚姻の有無は未婚74人 (49.7%)、既婚67人 (45%) であった。雇用資格は看護師137人 (91.9%)、最終学歴は専門学校134人 (89.9%) が多かった。臨床経験年数は11年以上が70人 (47%) と多く、臨床経験平均年数は12.6 ± 10.1年であった。神経難病の看護経験年数は2年以下が96人 (64.4%) で最も多く、看護経験平均年数は2.7 ± 1.8年であった。勤務体制は3交替制が最も多く124人 (83.2%) であった。スタッフは138人 (92.6%)、配属については希望ではない者が114人 (76.5%) と多かった。

2. バーンアウトについて

1) バーンアウトの因子抽出

各項目の得点分布の偏りを確認するため、平均値 + 標準偏差が評定尺度の上限値5以上となった項目 (項目番号7, 15)、または平均値 - 標準偏差が評定尺度の下限値1以下となった項目 (項目番号11, 14) を除外し、残った13項目について探索的因子分析を行った。先行研究²²⁾を参考に因子数を3として、主因子法、プロマックス回転を実施し、因子負荷量は0.4以上の項目を採用したところ、

項目番号2が除外され最終的に12項目3因子構造となった (表2)。3因子の累積寄与率は52.0%であった。先行研究²²⁾と照らし合わせ、第1因子を「脱人格化」、第2因子を「個人的達成感の後退」、第3因子を「情緒的消耗感」とした。バーンアウト3因子の記述統計については表3に示す。

2) バーンアウトの信頼性ならびに構成概念妥当性の検討

信頼性については、クロンバックの α 係数により内的整合性を確認した (表2)。妥当性については、共分散構造分析でモデルのデータへの適合度を確認し、構成概念妥当性を検討した。バーンアウトはいくつもの下位領域から構成されること (表4) から、モデルにおける下位概念間の関係は2次因子構造が妥当と判断した。探索的因子分析から得られた「脱人格化」「個人的達成感の後退」「情緒的消耗感」を1次因子、「バーンアウト」を2次因子として、図1のモデルを作成しデータへの適合度を検討した (図1の質問ナンバーは表2の質問ナンバーと対応している)。結果、GFI = 0.900, AGFI = 0.847, CFI = 0.931, RMSEA = 0.074となり、AGFIは0.9をわずかに下回っていたが、他は全て統計学的な許容水準を満たした。また一次

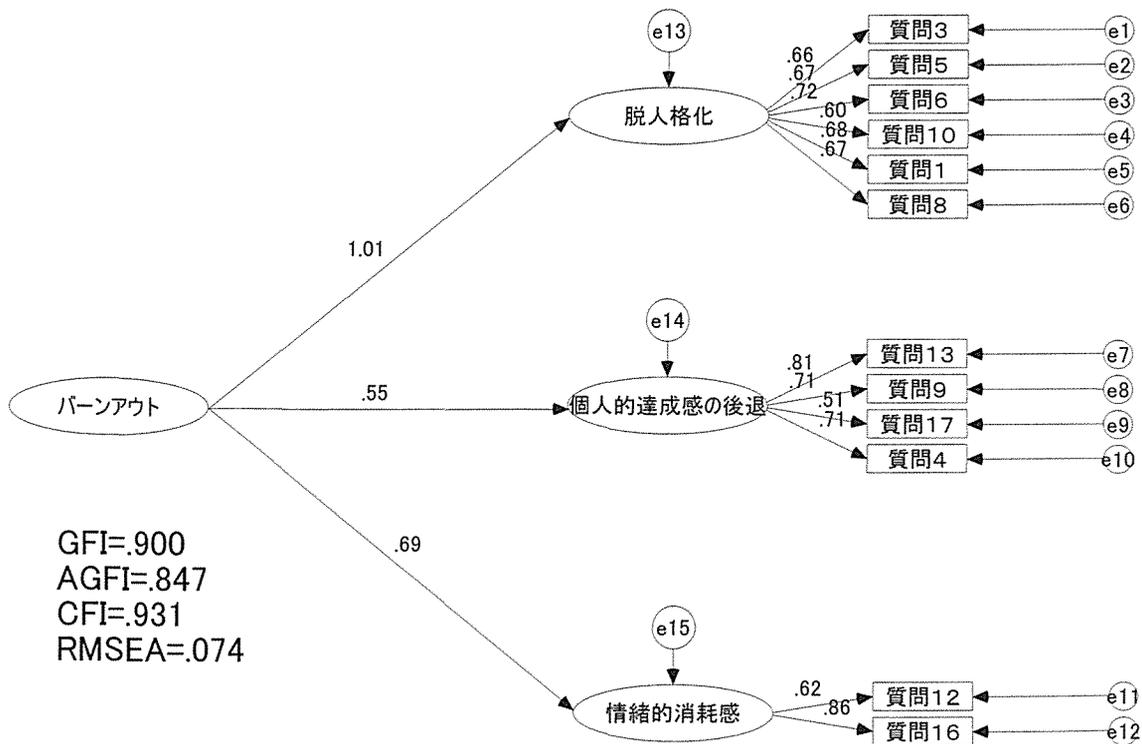


図1 バーンアウトの因子構造モデル

因子から各観測変数へのパス係数および2次因子「バーンアウト」から各因子へのパス係数は全て0.5以上で、検定統計量CRは全てにおいて1.96以上あり有意であった。適合度指標のうちAGFIは統計学的な許容水準を満たしていなかったが、GFI, CFI, RMSEAは基準を満たしていること、パス係数が高いことを考慮し、このモデルを採用した。

3. 職場環境ストレスについて

1) 職場環境ストレスの因子抽出

まずG-P (Good-Poor) 分析で項目選択を行った。全項目の総合得点を被験者ごとに算出し、得点の上位25%を高群、下位25%を低群とした。1項目毎に高群と低群の得点をMann-WhitneyのU検定で比較し、有意差のない項目(項目6と項目31)を除外した。残った34項目で探索的因子分析(主因子法, プロマックス回転)を実施した。スクリープロットおよび解釈の可能性から因子数は5, 因子負荷量は0.4以上が適当であると判断して分析した結果, 5因子16項目の因子構造となった(表5)。5因子の累積寄与率は54.7%であった。先行研究²⁴⁾を参照して第1因子「患者の死体験」, 第2因子「上司との葛藤」, 第3因子「同僚との葛藤」, 第4因子「医師不信」, 第5因子「看護における不全感」とした。職場環境ストレスの記述統計については表3に示す。

2) 職場環境ストレスの信頼性ならびに構成概念妥当性の検討

クロンバックの α 係数により内的整合性を確認し(表

5), 構成概念妥当性については適合度を共分散構造分析で検討した。職場環境ストレスは複数の因子から構成されることから²³⁾, 因子構造モデルは図2のように2次因子モデル(第1因子から第5因子までを1次因子, 「職場環境ストレス」を2次因子)とした(図2の項目ナンバーは表5の項目ナンバーと対応している)。分析の結果, GFI=0.89, AGFI=0.848, CFI=0.939, RMSEA=0.055となり, GFI, AGFIは0.9をわずかに下回ったが, CFI, RMSEAは統計学的に許容水準を満たしていた。1次因子から各観測変数へのパス係数は全て0.4以上, 2次因子「職場環境ストレス」から各因子へのパス係数は, 第5因子「看護における不全感」(0.28)以外は全て0.3以上を示し, 検定統計量CRは全てにおいて1.96以上あり有意であった。適合度指標はCFI, RMSEAが基準を満たしていることとパス係数の高さを考慮し, このモデルを採用した。

4. バーンアウトと職場環境ストレスに関する因果モデルの検討

職場環境ストレスがバーンアウトに及ぼす影響について, モデルを設定し(図3)データへの適合度を共分散構造分析で検討した。なお職場環境ストレス5因子のバーンアウトに及ぼす影響について個々に分析したため, このモデルは2次因子構造を採用しなかった。適合度はGFI=0.801, AGFI=0.760, CFI=0.858, RMSEA=0.064となり, 統計学的許容水準に達していなかった。また「患者の死体験」, 「上司との葛藤」, 「医師不信」から

表5 職場環境ストレスターの因子構造：プロマックス回転後の因子負荷量

質問項目	抽出因子					クロンバックの α 係数
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	
第1因子：患者の死体験						
項目7. 患者の死を看取ることがある	0.936	-0.053	0.020	-0.092	0.029	0.78
項目11. 親しくしていた患者が死ぬことがある	0.690	-0.040	0.087	0.103	-0.013	
項目5. 患者やその家族と、患者自身の死について話さなければならぬことがある	0.599	0.145	-0.137	0.004	0.007	
第2因子：上司との葛藤						
項目33. 上司の対応が遅いことがある	-0.033	0.904	-0.014	-0.001	-0.061	0.80
項目32. 上司が自分の気持ちを理解してくれないことがある	-0.029	0.772	0.106	0.029	-0.017	
項目4. 上司と考え方が食い違うことがある	0.100	0.595	-0.001	-0.036	0.105	
第3因子：同僚との葛藤						
項目30. 協力的でないスタッフと一緒に働くことがある	0.116	-0.082	0.898	0.150	-0.089	0.74
項目26. 同じ病棟と一緒に働きたくないナースがいることがある	-0.051	0.064	0.767	-0.211	0.123	
項目10. 同じ病棟のナースと、体験や感情を共有できないことがある	-0.089	0.122	0.451	0.040	-0.010	
第4因子：医師不信						
項目23. 医者から、その患者にとって不適当な処置をするように命じられることがある	-0.165	0.072	0.094	0.735	0.026	0.72
項目1. 医者から批判されることがある	-0.037	-0.097	-0.070	0.622	-0.025	
項目8. 医者とのあいだで考え方が食い違うことがある	0.159	0.142	-0.113	0.603	0.091	
項目12. 臨終(危篤)、緊急時に、医者がいないことがある	0.137	-0.019	0.049	0.525	-0.054	
第5因子：看護における不全感						
項目20. 患者の気持ちの支えになってやれないと感ずることがある	-0.017	0.039	0.038	-0.039	0.864	0.72
項目14. 十分に患者の気持ちの支えになってやれないと感ずることがある	-0.042	-0.134	-0.014	0.128	0.769	
項目25. 患者のそばに十分にいられないことがある	0.115	0.121	-0.003	-0.103	0.429	
固有値	3.945	2.375	1.796	1.476	1.168	

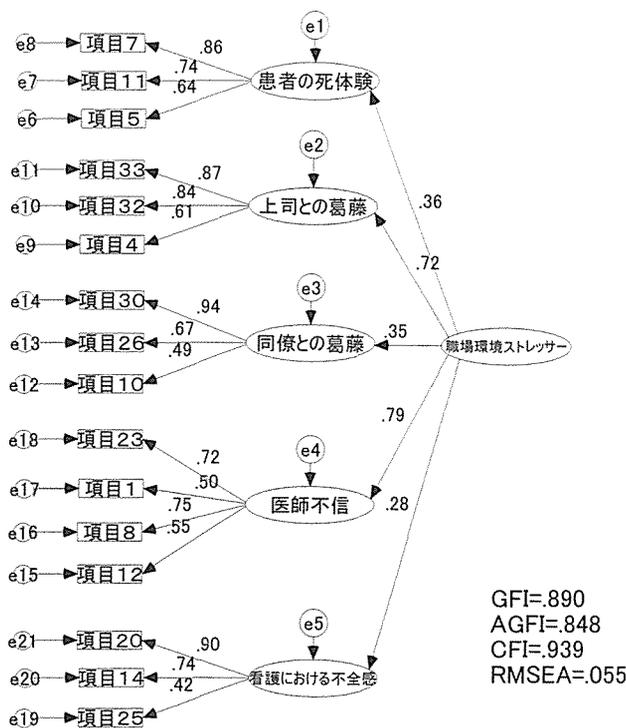


図2 職場環境ストレスターの因子構造モデル

バーンアウトへのパス係数の検定統計量CRは全て1.96未満であり有意でないと判断された。そこで修正指標に基づきこれらのパスを削除しモデルを改良したところ(図4)、モデル適合度はGFI=0.871, AGFI=0.833, CFI=0.936, RMSEA=0.053となった。CFI, RMSEAは統計学的許容水準を満たしていること、パス係数は全て0.3以上を示しており、検定統計量CRは全てにおいて1.96以上あり有意であったことから図4のモデルを採用した。決定係数(R^2)は0.322であった。バーンアウトと職場環境ストレスターの下位尺度間の相関は表6に示すようになった。3因子全てに有意な相関があったのは「看護における不全感」のみであり、「同僚との葛藤」は脱人格化および情緒的消耗感と有意な相関があった。「上司との葛藤」はバーンアウト3因子の全てと有意な関連がなかった。

5. バーンアウトと個人属性との関連について

本研究で使用した尺度は全て順序尺度であるため統計手法にはノンパラメトリック手法を用いた。バーンアウト各因子該当項目の得点を加算し、項目数で割った数値を脱人格化得点、個人的達成感の後退得点、情緒的消耗感得点として、バーンアウトの各因子と個人属性との関連をMann-

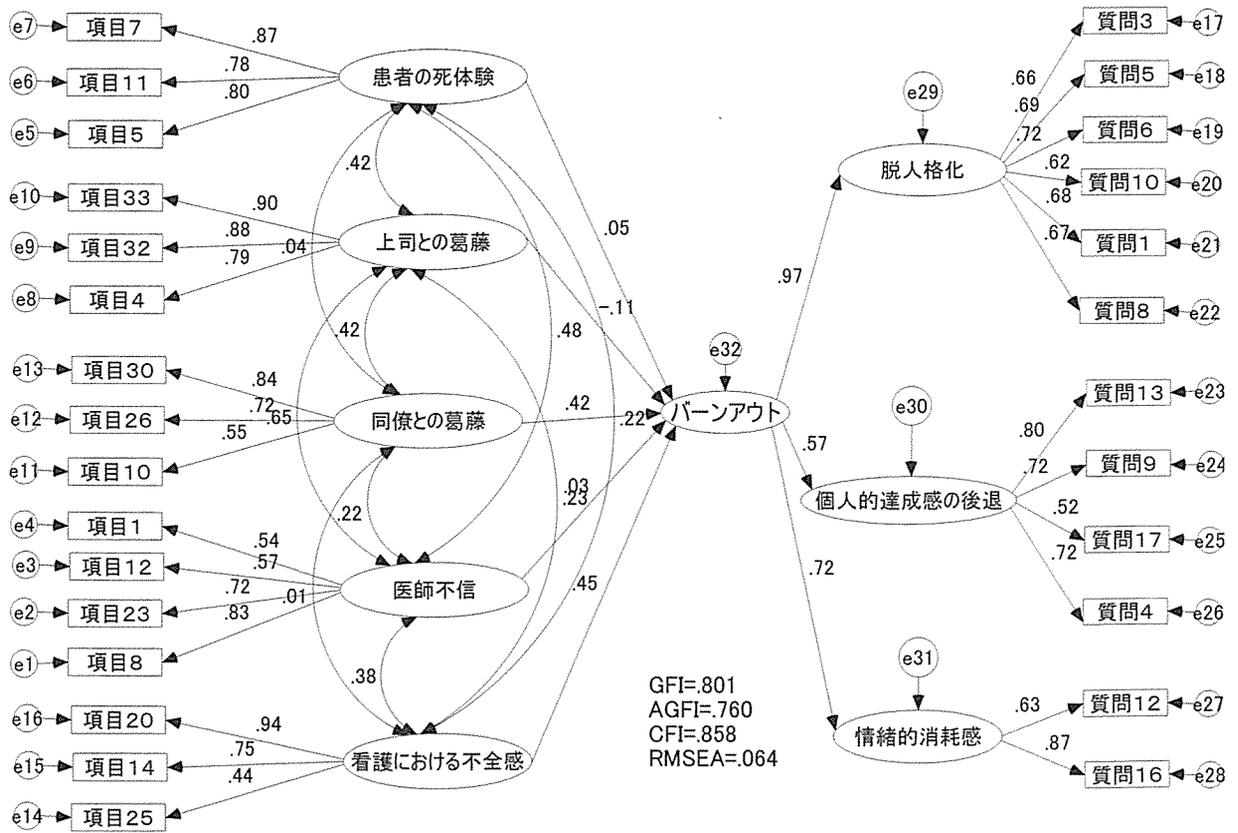


図3 バーンアウトと職場環境ストレスターに関する因果モデル

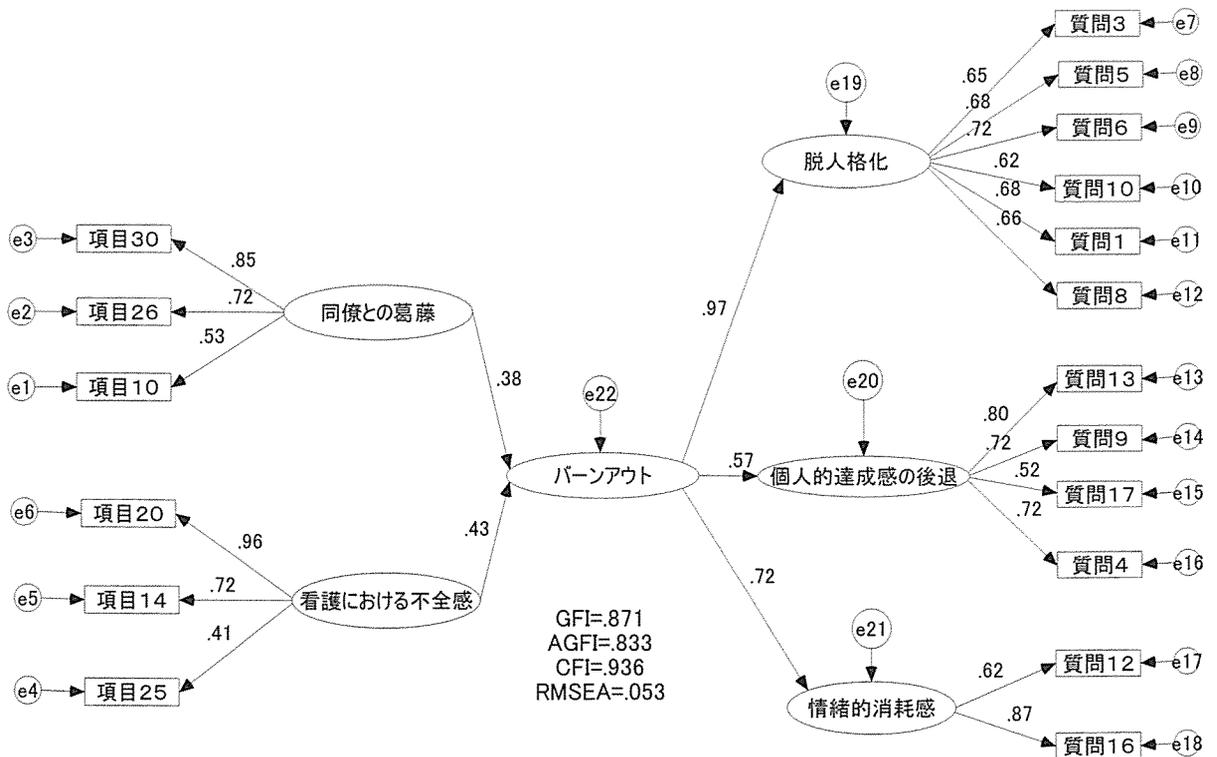


図4 バーンアウトと職場環境ストレスターに関する因果モデル (改良後)

表6 バーンアウトと職場環境ストレス下位尺度間の相関
n = 149

	脱人格化	個人的達成感の後退	情緒的消耗感
患者の死体験	0.11	- 0.19 *	0.04
上司との葛藤	0.12	- 0.08	0.12
同僚との葛藤	0.28 ***	- 0.02	0.22 **
医師不信	0.17 *	- 0.09	0.11
看護における不全感	0.23 **	0.35 ***	0.25 **

Spearmanの順位相関係数

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

WhitneyのU検定またはKruskal-Wallis検定で分析した。Kruskal-Wallis検定で有意差が認められた場合は、さらに多重比較を用いて2群間比較も行った(表1)。性別、年齢、雇用資格、最終学歴、臨床経験年数、勤務体制、職位については3因子とも有意差は認めなかった。有意差を認めたのは、婚姻の有無、神経難病看護経験年数、配属希望の有無のみであった。未婚者は既婚者よりも脱人格化得点が有意に高く(P<0.05)、神経内科経験年数では、3年以上5年以下の群が6年以上10年以下の群よりも有意に脱人格化得点が高く(P<0.05)、配属希望については希望していない群は希望している群に比較し、有意に個人的達成感の後退得点が高かった(P<0.05)。

V. 考 察

1. 本研究対象集団の特徴

対象集団は平均年齢34.8歳、看護経験平均年数12.6年であったが、神経難病の看護経験平均年数は2.7年と短かった。従って本研究における対象集団は、看護師としては10年以上の豊富な経験がありながら、神経難病患者の看護という面では経験の少ない者が多い集団であると言える。

2. バーンアウトの因子構造モデルの検討

バーンアウトは、これまで尺度の違いを超えて「脱人格化」「個人的達成感(の後退)」「情緒的消耗感」の3因子構造であると報告した研究が多い^{26) 27)}。しかし近年、検証的因子分析により情緒的消耗感と脱人格化の2因子²⁸⁾、疲弊感(情緒的消耗感)が2因子に分かれた4因子モデル²⁹⁾など見解が分かっている。本研究では「脱人格化」「個人的達成感の後退」「情緒的消耗感」の3因子構造となった(表2)。先行研究²²⁾の因子構造と比較すると、「脱人格化」と「情緒的消耗感」の2因子間に項目(項目1と8)の移動が認められ、「情緒的消耗感」の項目が減少していた。久保ら²³⁾は、3因子は独立しているというよりも、むしろ相互に関連したものであり、特に情緒的消耗感と脱人格化の関連性は高いと述べており、本研究においても「情緒的消耗感」と「脱人格化」間に中程度の相関があった(表4)ことや項目の移動があったことは、この2因子

が類似した内容を包括し区別されにくいことを示していると考えられた。2因子の関連により、「情緒的消耗感」の項目が「脱人格化」に移動し、先行研究と比較して「情緒的消耗感」の項目数が減少したものと考えられる。看護師の仕事や職場が人と多く関わることを常としていることを考えると、項目1や8の内容は脱人格化の表れであるとも考えられ、因子解釈上大きな無理はないので、分析結果に従い本研究では項目1と項目8を脱人格化の項目とした。このように、バーンアウトの因子構造は3因子説を中心にまだ見解が分かれており、因子構造の不安定性が推測される。今後は検証的因子分析により因子構造の再検討が必要と考える。

バーンアウトの3因子には順序性があると言われており、Leiterらは³⁰⁾まずはじめに情緒的消耗感が起こり、それによって脱人格化が引き起こされ、個人的達成感(情緒的消耗感や脱人格化とは独立しているモデル)を支持した。本研究では二次因子モデルを設定したため順序性については検討していないが、AGFIが統計的基準を満たさなかった理由として、本来、因子に順序性のある現象を横断的に捉えたことが考えられる。バーンアウトの各因子がどのようなプロセスで進行していくかの検証は今後の課題としていきたい。

3. 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウト程度

今回使用したバーンアウト尺度は明確なカットオフ値の設定がなされていないため、本研究対象者らのバーンアウト度の高低は判断し難いが、先行研究²⁴⁾の部署別バーンアウト得点から考えると本研究対象者らのバーンアウト得点(表3)はどの部署よりも高値であった。今後は神経難病患者のケアに従事する看護師の精神的健康度を明らかにするために他領域の看護師との比較を通して、調査していく必要がある。

4. 職場環境ストレス因子構造モデルの検討

本研究で抽出されたストレス5因子(「患者の死体験」「上司との葛藤」「同僚との葛藤」「医師不信」「看護における不全感」)は、神経難病患者をケアする看護師のストレスとして妥当であると考えられた。しかし先行文献²⁴⁾と比較したところ、「コミュニケーションの欠如」「労働過多」「教育環境の不備」の3つの因子が抽出されていなかった。

「コミュニケーションの欠如」は田尾ら²⁴⁾の因子分析結果では3項目で構成されているが、本研究では項目選択であるG-P分析の時点で削除された項目や、「同僚との葛藤」因子の中に取り込まれてしまった項目があったため因子として抽出できなかったと考えられた。「コミュニケーションの欠如」は、本来職場の人間関係の中で生じるストレ

サーであり、よって「同僚との葛藤」の中にそのストレスターが取り込まれることは解釈できる。従って「コミュニケーションの欠如」の因子は抽出されなかったが看護師のストレスターを捉える上で特に問題はないと考えられた。「教育環境の不備」は、本研究の対象者らにとってはストレスターではなかったため抽出されなかったものと考えた。「労働過多」は先行研究^{31, 32)}においても因子として抽出されており、神経難病患者をケアする看護師のストレスターとしても重要と考えられるが、本研究結果では抽出されなかった。「労働過多」は田尾ら²⁴⁾の因子分析結果では3項目で構成されているが、本研究ではそのうちの2項目の平均値+標準偏差が上限の5を超えており回答の偏りを認める項目であった。これは回答者の大半がストレスを感じると答えていることを示しており、ストレスターとしての弁別性をもたない項目であったため「労働過多」は因子として抽出されなかったのではないかと考えられた。

本研究で使用した職場環境ストレスター尺度は一般看護師用である。ストレスターは所属診療科によっても異なる¹³⁾と言われているが、神経難病の看護師に特有なストレスターが本研究では捉えられなかった。平田ら³³⁾は看護師がハンセン病患者を介助する際に患者から突然大声で怒鳴られた場面を取りあげ、患者からの拒否的言動が看護師のプライドを傷つけ、患者ケアへの意欲喪失につながっていることを報告した。ハンセン病は知覚・運動神経障害を来しやすく、進行すると介護度も高くなるなどの点で神経難病と類似しており、神経難病患者の看護師らもこのようにケアの中で生じる患者との関係がストレスターとなる可能性が高いと考えられるが、本研究ではこのような「患者との人間関係」の因子が抽出出来なかった。CavanaghSJ¹⁷⁾らは神経内科・神経外科・neuroscience centerのICUに勤務する看護師のストレスターを看護師6名を対象に平均30 - 40分の面接で調査し、抽出された6つのカテゴリーの中に神経系特有なストレスターは認められなかったと報告している。しかしストレスターを捉える上で対象者数や面接時間の適切性などに疑問が残るため、今後はこれらの点を考慮して神経難病患者をケアする看護師に固有なストレスターを捉えられる尺度を開発していく必要があると考える。

5. バーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターの探索

共分散構造分析の結果、「医師不信」「上司との葛藤」「患者の死体験」というストレスターは、パス係数も低く有意な影響もなく、バーンアウトへの直接的な影響力はほとんど認めなかった(図3)。そしてこれらのパスを削除したモデル(図4)の適合度が高く、このモデルより、神経難病患者の看護に従事する看護師のバーンアウトに最も強い

影響を及ぼす職場環境ストレスターは「看護における不安全感」で、次いで「同僚との葛藤」であることが明らかになった。また表6より、「看護における不安全感」はバーンアウト3因子全てに相関があり、3因子の中でも特に「個人的達成感の後退」との相関が高いことがわかった。

以上の結果より「患者の支えになってやれない、患者のそばに十分にいられない」という「看護における不安全感」のストレスターは、バーンアウトの中でも特に個人的達成感の後退につながってバーンアウトを招いてしまうのではないかと考えられた。他診療科などを対象とした先行研究でも^{24, 31)}、「看護における不安全感」や類似因子である「看護職者としての役割に関するストレスター」はバーンアウトへ影響を及ぼしていた。患者ケアは看護師の仕事の中核をなすことを考えると「看護における不安全感」は所属部署の違いを超えて看護師のストレスターとして重要なものであると考えられる。しかし、どのような時にどのような状況で困難さを感じるかは各部署で異なることが予測され、今後は神経難病患者のケアに携わる看護師に特有な支援困難の内容を具体的に明らかにすることで、よい解決策につながるができるかと考える。そのためにも、今後は神経難病患者の看護に従事する看護師に特有なストレスターが捉えられるような尺度を開発して、バーンアウトとの関連をみる必要がある。

更に「看護における不安全感」を感じる中で、共にケアに携わっている同僚とその気持ち共有できない時に、看護師は孤独になり益々バーンアウトに陥ってしまうのではないかと考えられた。患者支援に伴う気持ちを一人で抱え込まずに表出したり相談したりできる環境を整えることや、患者の問題を看護師だけで解決しようとせず他の専門職とも協働していけるようなシステムを作ること、同僚との良好な関係を促進していけるような職場環境づくりがバーンアウトの予防において重要であることが示唆された。

このモデルにおける説明力は R^2 (決定係数) = 0.32であり、比較的うまく説明していると判断できた。またモデルの適合度では、CFI, RMSEAが基準を満たしており、妥当なモデルであると評価できた。しかし一部統計学的な許容水準を満たさないものもあった。今後はバーンアウト3因子の順序性を考慮すること、個人の性格特性などバーンアウトを引き起こす他の要因をモデルに組み込むこと、神経難病患者のケアに特有なストレスターを追加することなどでモデルの更なる改良が必要であると考えられる。

6. バーンアウトと個人属性との関連について

年齢と経験年数については、臨床経験5年以内あるいは勤続年数の少ない看護師にバーンアウトが起りやすい³⁴⁾、経験年数5年~10年目の看護師に起りやすい⁸⁾という報告があり、研究ごとに結果が異なっている。本研究

結果では、神経難病看護経験年数で3年以上5年以下の群が6年以上の群よりも有意に脱人格化得点が高かった。ここでは、臨床経験年数ではなく、神経難病の経験年数と関連していることに注目したい。年齢や経験年数で有意差を認めなかったにもかかわらず、神経難病看護経験年数で有意差を認めたことは単なる臨床経験の少なさや人生経験の乏しさではなく、神経難病患者ケアに伴う特有なストレスターがバーンアウトに影響を及ぼしている可能性を示している。また神経難病看護経験平均年数2.7年という本研究対象集団の経験年数の短さも影響していると考えられるが、経験年数5年～10年目の看護師にバーンアウトが起りやすいというこれまでの報告⁸⁾と比較すると、神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトは他診療科よりも早期にバーンアウトに陥ることが示唆されている。婚姻の有無別では、既婚者の方が未婚者に比較しバーンアウトに陥りにくいことが報告されており⁸⁾、本研究結果もこれまでの見解を支持するものであった。ソーシャル・サポートが看護師のメンタルヘルスに良い影響を及ぼすことは、所属施設や診療科の違いを超えて共通であると考えられる。資格の違いについてはバーンアウト得点の差を認めなかった。看護師と准看護師が同様な状況の中で同様な業務内容をこなしていることが推察された。また最終学歴の違いによるバーンアウト得点の差も認めず、教育背景の違いは看護師のメンタルヘルスには関連していないことが予測された。本研究は病棟勤務の看護師を対象としたため、ほとんどの看護師は交替勤務をしていたが、2交替制と3交替制の勤務体制の違いにバーンアウト得点の差は認められず、既存の研究結果³⁵⁾を支持するものであった。勤務場所の配属については、希望した看護師は希望していない看護師と比較して、有意に個人的達成感後退得点が低かった。看護師自らが希望した上での配属が、心構えやモチ

ベーションにも影響を与え個人的達成感の得やすさにつながっていくものと考えられた。

VI. まとめ

本研究では以下のことが明らかになった。

1. 神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに最も強い影響を及ぼす職場環境ストレスターは「看護における不全感」であり、次いで「同僚との葛藤」であった。
2. 個人属性との関連では、神経難病看護経験年数が3年以上5年以下の群が6年以上の群よりも有意に脱人格化得点が高かった。また未婚者は既婚者に比較し有意に脱人格化得点が高かった。配属希望に関しては、希望ではなく配属になった看護師は、希望して配属になった看護師よりも個人的達成感の後退得点が高く、希望ではないのに神経難病病棟に配属になった場合、個人的達成感が得られにくいことが示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究で使用した職場環境ストレスター尺度が一般看護師用のものであったため、神経難病患者看護に従事する看護師のストレスターの特徴が十分抽出できなかつた可能性がある。今後は、神経難病患者看護に従事する看護師のストレスターを反映する独自の尺度が必要であり、課題としていきたい。

謝 辞

本研究の調査に快くご協力頂きました9病院の看護部長はじめ、多くの看護師の皆様にご心より御礼申し上げます。

本研究は平成14～15年度文部科学省科学研究費補助金(課題番号14771431)、若手研究Bの助成を受けて実施した。

要 旨

本研究は、バーンアウトを予防するための具体的な介入策を考案するため、共分散構造分析を用いて、神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに影響を及ぼす職場環境ストレスターを明らかにすることを目的とした。国立系で病床数300以上の総合病院の神経難病病棟に勤務する看護師284名を対象に質問紙調査を実施した。分析の結果、神経難病患者のケアに携わる看護師のバーンアウトに最も強い影響を及ぼす職場環境ストレスターは、「看護における不全感」であり、次いで「同僚との葛藤」であった。「医師不信」「上司との葛藤」「患者の死体験」は有意な影響を及ぼしていなかった。以上の結果より、看護師が患者支援に伴う気持ちを表出でき、同僚との良好な関係を促進していける職場環境作りがバーンアウトの予防において重要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the work-related environmental stressor influencing Burnout by utilizing a Covariance Structure Analysis in order to plan concrete measures for preventing Burnout. The subjects were nurses caring for patients with neurological intractable illness. Questionnaire investigation was carried out to 284 nurses working in ward

for these patients of national and general hospitals with 300 beds or more.

Findings were as follows, the first work-related environmental stressor influencing Burnout is the factor of "impossibility on nursing". The second, that of "conflict with colleagues". The factors of "distrustfulness of doctors", "conflict with bosses" and "experience of patients' death" did not significantly influence Burnout. These findings indicated the importance of the work-related environment in which nurses are easy to express their feelings during patients's care and to establish comfortable relations among colleagues

文 献

- 1) 川口貞親, 豊増功次, 他: 看護婦のストレス状況とその関連要因, *Quality Nursing*, 4(6), 51-58, 1998.
- 2) Vahey, DC., Aiken, LH. et al.: Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2), II -57-66, 2004.
- 3) Leiter, MP., Harvie, P. et al.: The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout, *Social Science & Medicine*, 47(10): 1611-1617, 1998.
- 4) Janssen, PPM., Schaufeli, WB. et al: Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions, *Work&Stress*, 13(1), 74-86, 1999.
- 5) McCranie, EW., Lambert, VA. et al: Work stress, hardiness, and burnout among hospital staff nurses, *Nursing Research*, 36(6), 374-378, 1987.
- 6) Meltzer, LS., Huckabay, LM.: Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout, *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-208, 2004.
- 7) Kalliath, T., Morris, R.: Job satisfaction among nurses-a predictor of burnout levels, *Journal of Nursing Administration*, 32(12), 648-654, 2002.
- 8) 稲岡文昭: ケア意欲の喪失要因, 荒井蝶子, 古庄富美子監修: 看護管理シリーズ2 人間関係論-ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために-, 53-63, 日本看護協会出版会, 東京, 1995.
- 9) 田嶋長子, 廣部すみえ: 看護者の精神保健に関する研究(Ⅲ) -燃え尽き症候群の実践的研究報告からみた動向と課題-, 福井県立大学看護短期大学部論集第2号, 86, 1995.
- 10) 細見 潤, 藤本洋子, 他: 看護婦のメンタルヘルスに関する調査, *看護研究*, 31(5), 39-45, 1998.
- 11) 難病, 厚生統計協会(編), 厚生指針(臨時増刊) 国民衛生の動向, 52(9), 151, 厚生統計協会, 東京, 2005.
- 12) 三宮邦裕, 熊本俊秀, 他: 在宅神経難病患者のQOLについて -長期入院患者との比較-, *臨床神経学*, 43(12), 1026, 2003.
- 13) 山崎登志子, 伊藤幹佳, 他: 看護師におけるバーンアウト傾向と対人葛藤との関連-ユニット間の比較を通して-, *宮城大学看護学部紀要*, 6(1), 51-59, 2003.
- 14) 田中幸子, 山崎喜比古: 看護職のストレスマネジメント-ストレスラーリダクションを中心に-, *インターナショナルナーシングレビュー*, 26(2), 32-37, 2003.
- 15) Molassiotis, A., Haberman, M.: Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses, *Cancer Nursing*, 19(5), 360-307, 1996.
- 16) Dunn, LA., Rout, U. et al: Occupational stress amongst care staff working in nursing homes, an empirical investigation, *Journal of Clinical Nursing*, 3, 177-183, 1994.
- 17) Cavanagh, SJ., Snape, J. et al: Occupational stress in neurosurgery: an exploratory study, *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(6), 329-334, 1992.
- 18) 山本嘉一郎, 小野寺孝義: Amosによる共分散構造分析と解析事例 [第2版], 1-6, ナカニシヤ出版, 京都, 2002.
- 19) Tummers, GE., Van Merode, GG. et al: The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 39 (8), 841-855, 2002.
- 20) Kazuyo KITAOKA-HIGASHIGUCHI.: Burnout as a developmental process among Japanese nurses, *Investigation of Leitters model*, *Japan Journal of Nursing Science*, 2(1), 9-16, 2005.
- 21) 前掲書8): 23.
- 22) 久保真人, 田尾雅夫: バーンアウト尺度, 松井 豊(編): 心理測定尺度集Ⅲ, 72-76, サイエンス社, 東京, 2001.
- 23) 久保真人: バーンアウトの心理学 セレクション社会心理学 23, 62-66, サイエンス社, 東京, 2004.
- 24) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と実際, 139-150, 誠信書房, 東京, 1996.
- 25) 前掲書18): 17.
- 26) 井田政則, 福田広美: 看護師への職場サポートがバーンアウト反応におよぼす影響, *立正大学心理学研究所紀要* 2, 77-88, 2004.
- 27) 西堀好恵, 諸井克英: 看護婦におけるバーンアウトと対人環境, *看護研究*, 33(3), 71-81, 2000.
- 28) Kalliath, TJ., O' Driscoll, MP. et al: A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals, *Work & Stress*, 14(1), 35-50, 2000.
- 29) 北岡(東口)和代: バーンアウトを構成する概念について -日本版MBI(Maslach Burnout Inventory)の因子構造に関する検証的研究-, *日本精神保健看護学会誌*, 13(1), 99-104, 2004.
- 30) Leiter, MP.: Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns, *Journal of Occupational Behaviour*, 12, 123-144, 1991.
- 31) 東口和代, 森河裕子, 他: 臨床看護職者の仕事ストレスについて-仕事ストレス尺度の開発と心理測定学的特性の検討-, *健康心理学研究*, 11(1), 64-72, 1998.
- 32) 三木明子, 原谷隆史, 他: 看護婦のストレスと業務上の事故および病欠欠勤の検討, *第29回日本看護学会-看護管理-*, 156-158, 1998.
- 33) 平田さえ子, 磯谷留美子, 他: ハンセン病療養所で働く看護婦のストレス要因, *第28回日本看護学会集録集-看護管理-*, 92, 1997.
- 34) 東口和代, 森河裕子, 他: 看護職者の燃えつき現象に対する職業要因および個人属性の影響, *北陸公衆衛生学会誌*, 25(1), 36-40, 1998.
- 35) 杉本智美, 安永妙美, 他: 看護職員のBurnoutに影響する因子の多次元的研究, *日本看護研究学会雑誌*, 25(3), 321, 2002.

[平成17年3月23日受 付]
[平成17年11月25日採用決定]

在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆

Anticipatory Grief of Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home

廣 瀬 春 次

Haruji Hirose

キーワード：予期悲嘆，喪失，認知症，家族介護者，介護サポート

Key Words : anticipatory grief, loss, dementia, family caregiver, care support

I. はじめに

従来、家族の予期悲嘆¹⁾という場合、死が差し迫ったターミナル期にある身内をもつ家族の悲嘆に焦点を当ててきた。しかしながら、予期悲嘆は、ほとんどの慢性病の患者を持つ家族において共通に体験される。更に、現在の医学技術の進歩は、診断されてから死に至るまでの期間を長く曖昧なものにしている。この間、家族は、身内の症状の小康と悪化に直面し、介護をめぐる患者や親族との葛藤に苦しみ、自身の健康と自由を失うなど、様々な複合的喪失および喪失に関わる葛藤を経験する。このような背景から予期悲嘆を死の予期に限定しないで広義に用いる研究者²⁾や予期悲嘆ではなく、非死悲嘆 (non-death grief) や慢性悲嘆 (chronic sorrow) という言葉を用いる研究者もいる³⁾。

認知症患者の家族介護者の予期悲嘆は、特に、広義の予期悲嘆の過程を辿る可能性が高いが、その内容はあまり明らかにされていない。負担と負担軽減に焦点を当てた研究⁴⁻⁶⁾に比べ、認知症患者の家族介護者の予期悲嘆は、現在まで見過ごされてきた研究・実践領域である。実際に、認知症が進むと患者はもはや家族の顔や名前もわからなくなり、次第に見知らぬ関係になっていき⁷⁾、家族はもはや身内を死んでしまったように感じる⁸⁾。認知症患者の家族は、最終的な喪失である死が訪れる前から、既に様々な喪失を体験してしまっている、又は体験しつつあると考えられる。Tebb & Jivanjee⁹⁾は、家族介護者は介護の結果、友人をはじめとする社会との接触が減る傾向にあるが、家族介護者自身それに医療者や福祉従事者も孤立化を防ぐ支援の必要性を十分に認識していないと述べている。

認知症患者の家族の予期悲嘆の内容及びそれに関連する諸要因を明らかにしようとする質的研究¹⁰⁻¹²⁾と量的研究¹³⁻¹⁵⁾はいくつか散見される。Loos & Bowd¹⁰⁾の研究は質的研究の一つである。彼らは、介護役割を取ることで断念したことを自由記述させる方法で、社会的・娯楽的交流の喪失、人生の出来事のコントロールの喪失、健康の喪

失、職業の喪失という4つの共通テーマを見いだしている。一方、量的研究として、広範囲にわたる悲嘆次元の評価¹³⁾が可能なGEI¹⁴⁾ (Grief Experience Inventory) がよく用いられてきた。Lindgren³⁾らは、GEIを用い、病気になる前に認知症患者との愛情の結びつきのあった家族介護者は、少ない悲嘆症状を示すことを見いだした。Ponder & Pomeroy¹⁵⁾は予期悲嘆の段階としてTeusink & Mahler¹⁶⁾が提唱した「否認」、「過剰関与」、「怒り」、「罪悪感」、「受容」の5つを下位尺度とする悲嘆段階尺度 (SGI) を開発した。この尺度を用いてWalkerら¹⁷⁾は、強い悲嘆や後悔、それに怒りを示す介護者が心身の問題や施設入所希望を持つことを見いだした。

以上のように、現在までいくつかの予期悲嘆尺度が開発されているが、喪失に対する肯定的・適応的反応を含めた多次的な尺度は開発されていない。Worden¹⁸⁾は、悲哀を喪失への適応と考え、悲哀の4つの課題を提案している。もし、認知症患者の家族が、認知症患者が生きている段階で既に様々な喪失を体験しているなら、喪失への適応プロセスも患者の生存中に進行する可能性がある。予期悲嘆段階における適応的位相については、介護経験を実存的枠組みでとらえ直し、介護経験の肯定的側面を評価することや意味を探すことなどを見いだしたFarranら¹⁹⁾の研究が示唆的である。実際、意味を見つけることは、喪失という出来事に対し希望や統制感を与える²⁰⁾。本研究の目的の一つは、悲嘆を喪失への適応反応としてとらえ、予期悲嘆のポジティブな側面とネガティブな側面を含む尺度を構成することである。ところで、多くの研究が喪失を出来事、悲嘆を喪失に対する心理的反応や適応プロセスであることを前提に喪失と悲嘆を記述しているが^{15, 18, 20)}、尺度構成の上では両者を厳密に区別している研究は少ない。その結果、Marwit-Meuser介護者悲嘆尺度²¹⁾では、悲嘆としては不適切かもしれない「自分を犠牲にすることによる負担感」を予期悲嘆因子に加えている。Lindgrenら³⁾の研究

は喪失を変数として用いた数少ない研究の1つである。彼らは、病気になる前と後の伴侶性の違いと将来に対する楽観性の違いを喪失の指標と見なしている。従って、本研究の第二の目的は、認知症患者の家族介護者の非死喪失の尺度項目を作成し、予期悲嘆との関係をとらえることで、認知症患者の家族介護者の予期悲嘆における死以外の喪失体験の重要性を示すことである。非死喪失の他に予期悲嘆に大きな影響を与える要因としてソーシャルサポートが考えられる。いくつかの研究^{22~24)}が家族の死別への適応にソーシャルサポートが影響を与えることを示唆している。しかしサポートを提供する意図があってもポジティブに受け取られるとは限らないし、介護の分担や被介護者にとって何が望ましいかについての意見の違いから親族間で深刻な葛藤へ発展することは多い。野口²⁵⁾は、ソーシャルサポートの全体像を把握するためネガティブサポートを含むサポート尺度を開発している。従って本研究の第三の目的は、ポジティブサポートとネガティブサポートを含む介護サポート尺度を作成し、予期悲嘆に対する2種類のサポートの肯定的および否定的な効果を調べることである。更に本研究の第四の目的として、作成された各尺度と精神的健康との関係を調べ、家族介護者の健康に及ぼす喪失、悲嘆それにサポートの影響を検討するとともに、対象者特性の変数が、非死喪失と予期悲嘆に及ぼす影響についても検討する。

用語の定義

1. 非死喪失 (non-death loss)

喪失は自分の大切なものを失う体験で、死別や健康を損なうこと等を含む。本研究では、身内が認知症になることに伴う、身内や介護者自身の大切な特性や状態のネガティブな変化を非死喪失と定義する。

2. 予期悲嘆 (anticipatory grief)

予期悲嘆の用語は、最初、Lindemann¹⁾が死の切迫に伴う反応として提案したものである。しかしながら、Rando²⁾は、家族は、死という最終的な喪失ばかりでなく、過去と現在の喪失や将来の夢・希望の喪失を体験しているとし、予期悲嘆の概念をより広義に用いる必要性を示唆している。

3. 介護サポート (care support)

家族介護者に対する介護に関わるソーシャルサポートを介護サポートと呼ぶ。本研究では、サポートの概念を拡張し、ネガティブなサポートを含ませている。

II. 研究方法

1. 実施方法

調査は平成16年の1月から4月にかけて行った。調査に先立ち、Y県内の4つ(3市1町)の施設(内2つは病院

併設で居宅サービスを持つ介護老人福祉施設、1つは病院併設で居宅サービスを持つ介護老人保健施設、1つは認知症の療養型病床をもつ病院のデイケア部門)の長、及びY県内の5つ(3市2町)の認知症老人の家族会代表者に、研究の対象者(施設に依頼した対象者はデイサービス等利用のため現在自宅より通所している認知症患者の家族介護者、家族会に依頼した対象者は家族会のメンバーで現時点での認知症患者の在宅介護者)および趣旨について文書および口頭で説明し、研究協力の承諾を得た。対象者には、各施設長に委託された職員および各家族会の代表者が、著者宛の返信用封筒とアンケート用紙および調査依頼文を手渡した。後日、回答用紙は、各職員および各家族会代表者が集めるか、著者に直接郵送する方法で回収した。全体での調査用紙の回収数は166で、その内施設に依頼した調査用紙の回収数は122(回収率51%)、家族会依頼分の回収数は44(配布部数が記録されておらず、回収率不明)であった。

2. 質問紙原案の作成と質問項目の妥当性検討

認知症患者の家族介護者の非死喪失、予期悲嘆および介護サポートについて、その概念の理論的枠組みに添って下位カテゴリー及び質問項目の検討を行った。下位カテゴリーは主に文献検討により推定した。質問項目は、喪失と悲嘆に関する家族介護者の話の聞き取り調査および関連文献から作成した。

下位カテゴリー及び質問項目が、主概念の理論的枠組みに添った適切なものであるかどうかについて、福祉系専門職2名が検討し、不適切な項目の除去や表現の修正を行った。加えて、認知症患者の家族介護者1名が意味内容の不明確な表現や回答しにくい項目についてチェックし、修正を行った。

3. 質問紙の内容

質問紙の最初のページは、対象者属性に関する質問が含まれていた。次ページから以下の4種類の質問内容が順に提示された。

1) 非死喪失：家族介護者の非死喪失に関する話、それにLoos & Bowd¹⁰⁾, Gerner²⁶⁾, Pondor & Pomeroy¹⁵⁾を参考に、認知症患者の家族介護者の非死喪失を測定するため、「能力の喪失」、「家族のきずなの喪失」、「自己の機会の喪失」、「同一性の喪失」の4カテゴリーを構成する17項目を作成した(表1)。項目ごとに、「次のような喪失は、あなたの身内が認知症になることで、現在起こっていると思いますか」という問いに対し、「はい」、「いいえ」のどちらかに答えるようになっていた。得点は、「はい」に2点、「いいえ」に1点を与えた。

2) 予期悲嘆：予期悲嘆の指標として、家族介護者の予期悲嘆に関する話、Sandersら²⁷⁾, Ponder & Pomeroy¹⁵⁾,

表1 非死喪失の各項目と反応数

項 目	反応数* (%)	
	はい	いいえ
能力の喪失		
痴呆**になった身内があなたとの大切な思い出を忘れてしまった	40 (27.8)	102 (70.8)
痴呆になった身内と一緒に楽しむことがなくなった	89 (61.8)	54 (37.5)
痴呆になった身内と気持ちが通じなくなった	83 (57.6)	60 (41.7)
痴呆になった身内のかつての優れた能力がなくなった	127 (88.2)	16 (11.1)
痴呆になった身内のかつての魅力的な性格がなくなった	92 (63.9)	50 (34.7)
痴呆になった身内は一人では何もできなくなった	92 (63.9)	48 (33.3)
家族のきずなの喪失		
家族としてのまとまりがなくなった	53 (36.8)	89 (61.8)
痴呆になった身内との親密な感じがなくなった	48 (33.3)	92 (63.9)
家族のにぎやかさが失われた	62 (43.1)	82 (56.9)
自己の機会の喪失		
あなた自身の自由な時間がなくなった	75 (52.1)	66 (45.8)
あなた自身、友人との会話や趣味を楽しむことがなくなった	49 (34.0)	94 (65.3)
あなた自身の夢を実現できる可能性がなくなった	52 (36.1)	87 (60.4)
あなたは介護のために仕事を辞めなければならなかった	35 (24.3)	102 (70.8)
同一性の喪失		
痴呆になった身内はあなたが誰であるか分からなくなった	42 (29.2)	98 (68.1)
痴呆になった身内は自分が誰なのか分からなくなった	43 (29.9)	99 (68.8)

* 全体人数 = 144 (欠損があると、全体数に満たない)

** 調査時点では、痴呆という用語は一般的に用いられていた

Theutら²⁸⁾の尺度、それにWorden¹⁸⁾の示唆を基礎に40項目を作成した。回答者は、身内が認知症であることに関する今の思いを記述した各項目について、そのような思いが「ある」、「少しある」、「ない」の3段階で評定した。得点は、「ある」が3点、「少しある」が2点、「ない」が1点である。

3) 介護サポート：野口²⁵⁾の高齢者用のソーシャルサポート項目を参考に、家族あるいは親戚（以下家族等と略す）と友人・知人・隣人（以下知人等と略す）のそれぞれについて、「(ポジティブな) 道具的介護サポート」、「(ポジティブな) 情緒的介護サポート」、それに「(ネガティブな介護サポート)」の3カテゴリーを構成する10項目を作成した(表3)。評定は「いる」、「いない」の2段階であった。得点は、「いる」が2点、「いない」が1点である。

4) 精神的健康：この指標として、GHQ²⁹⁾の下位尺度である「身体的症状」から5項目、「不眠」の2項目、それに「うつ状態」の5項目を選んだ。評定は、「全くなかった」、「あまりなかった」、「あった」、「たびたびあった」などの4段階であった。得点は順に1点、2点、3点、4点であった。

4. 調査上の倫理的配慮

対象者に対しては、研究の趣旨と方法、調査に協力しなくても不利益はないこと、および回答はすべてコンピュータで処理し厳重に管理するので、個人情報外部に漏れることはないことを含めた調査依頼文を配布した。またアンケート用紙とともに返信用封筒を配布し、封印のうえ提出できるようにし、調査用紙への回答をもって研究協力の受

諾とした。

5. 統計解析

因子分析、信頼性係数 (Cronbachの α 係数)、Pearsonの積率相関係数、重回帰分析などのデータ解析には、統計ソフトSPSS11.0 (Windows版)を使用した。

III. 結 果

1. 対象者の属性

回答のあった166人のうち、組織的な記入もれのあった22人を除く144人(女性119人、男性25人)を分析対象とした。家族介護者の平均年齢は59.80歳(範囲27歳~85歳)、被介護者である認知症患者の平均年齢は81.78歳(範囲55歳~99歳)、介護期間の平均は4.1年(範囲1年~40年)であった。家族介護者の39%(56人)が仕事を持っていた。被介護者と介護者の続柄は、子供が54人、嫁が50人、配偶者が35人(妻20、夫15)、その他5人であった。

2. 非死喪失及び介護サポートの反応傾向と予期悲嘆の因子構造

非死喪失については、表1に各項目とそれに対する反応数を示している。「能力の喪失」というカテゴリーの「痴呆になった身内のかつての優れた能力がなくなった」という項目の反応が若干偏るものの、全体として適度な偏りで、項目選択が適切であることが認められる。各カテゴリーの信頼性係数 α は、「能力の喪失」が.78、「家族のきずなの喪失」が.75、「自己の機会の喪失」が.66、「同一性の喪失」が.79であった。介護サポートに関わる項目とそ

の反応数は表2に示す通りである。全体として特に反応に偏りのある項目はない。各カテゴリーの信頼性係数 α は、「道具的介護サポート」が.31, 「情緒的介護サポート」が.55, それに「ネガティブな介護サポート」が.70であった。

予期悲嘆については40項目のすべての項目について極端な偏りが認められなかったため、全ての項目について主因

子法・バリマックス回転による因子分析を実施した。固有値の大きさと解釈の可能性から7因子を採用した。因子負荷量の低い項目を削除し、28項目について再度因子分析を行い、最終的な7因子構造を確定した(表3)。第1因子は家族介護者の被介護者への否定的な見方や介護意欲の減退、更に孤独感を反映しているため「嫌気と孤独」と命名した、第2因子は今までやってきたことの満足感や将来

表2 介護サポートの各項目(家族等および知人等共に共通)と反応数

No.	項目	家族等の人数 (%)		知人等の人数 (%)	
		いる	いない	いる	いない
家族等あるいは知人等のポジティブな情緒的介護サポート					
	あなたの介護の大変さをわかってくれる人	117 (81.3)	26 (18.1)	117 (81.3)	25 (17.4)
	あなたの介護の悩みやつらさを話せる人	120 (83.3)	24 (16.7)	110 (76.4)	29 (20.1)
	介護を続ける自信を与えてくれる人	95 (66.0)	47 (32.6)	83 (57.6)	60 (41.7)
家族等あるいは知人等のポジティブな道具的介護サポート					
	あなたの介護の手伝いをしてくれる人	94 (65.3)	50 (34.7)	45 (31.3)	99 (68.8)
	痴呆となった身内が問題行動を起こした時、一緒に対処してくれる人	111 (77.1)	32 (22.2)	77 (53.5)	66 (45.8)
	あなたに代わって介護を任せられる人	64 (44.4)	79 (54.9)	24 (16.7)	120 (83.3)
	経済的に苦しいとき援助してくれる人	63 (43.8)	78 (54.2)	23 (16.0)	119 (82.6)
家族等あるいは知人等のネガティブなサポート					
	痴呆となった身内への対応にいらいらさせられる人	60 (41.7)	81 (56.3)	34 (23.6)	107 (74.3)
	痴呆についての理解がないと感じる人	62 (43.1)	79 (54.9)	58 (40.3)	80 (55.6)
	あなたの介護のやり方に文句を言う人	30 (20.8)	114 (79.2)	13 (9.0)	130 (90.3)
全体人数 = 144 (欠損があると、全体数に満たない)					

表3 主因子法(バリマックス回転)による予期悲嘆尺度の因子構造

No.	項目	1	2	3	4	5	6	7
32	何故私がこんな目に遭わなければならないのか	.764	.024	-.125	.084	.131	.136	.047
37	痴呆になった身内がわずらわしい	.690	-.135	-.032	-.032	-.301	-.161	.155
7	私は一人ぼっちだ	.625	-.069	.019	-.102	.185	.146	-.124
28	周りの人は私の大変さを少しもわかっていない	.615	-.037	-.385	.083	.093	.041	.013
6	痴呆になった身内に対し何をしてしても無駄である	.611	-.084	.021	-.112	-.068	-.122	.224
22	痴呆になった身内の行動には悪意がある	.529	-.058	-.338	.076	-.072	-.079	.246
30	痴呆になった身内から取り残された	.452	.133	-.071	.052	.395	-.037	.170
18	今後の介護についてなんとかやっていける	-.414	.361	.222	.129	.077	-.337	-.108
21	私を愛してくれる人はいない	.393	-.032	-.015	.017	.366	-.068	-.041
11	やれるだけのことはやってきた	.052	.667	.114	-.021	-.021	.174	.110
12	介護を通して多くのことを学んだ	-.085	.661	-.086	-.082	-.062	-.197	-.039
34	痴呆になった身内の人生は幸せだった	-.053	.627	.226	.034	-.012	.095	-.044
26	たくさんの人に支えられている	-.195	.401	.638	.125	.011	-.008	-.141
10	周りの人たちに感謝したい	.257	.133	.594	-.074	.087	.057	.113
24	痴呆になった身内がかわいそうだ	.161	-.160	.462	.029	.411	.092	-.040
2	いつか元のようになるかもしれない	-.048	-.176	-.075	.732	.217	.108	-.124
1	痴呆であるとは信じられない	.157	-.041	.124	.507	-.311	.113	.226
19	痴呆になった身内をただ見守るしかない	.229	-.166	-.026	-.488	.052	.014	.093
20	これ以上は悪くならないだろう	-.269	-.033	-.102	.387	.129	.120	-.034
33	身内が痴呆になったのは私のせいかもしれない	-.030	.106	-.003	.203	.546	.146	.025
5	もっと早く適切な対処をすればよかった	-.035	-.036	.095	.009	.415	.046	.013
25	痴呆になった身内に優しく接すればよかった	.052	.020	.294	-.097	.335	.135	.065
17	他の人には介護を任せられない	-.026	-.106	-.078	.078	.057	.618	.086
31	生活の全てを痴呆となった身内に合わせよう	.087	.116	.226	.203	.060	.463	-.059
3	私にできることはすべてやろう	-.120	.196	.124	.036	.261	.432	.033
14	痴呆になった身内がいない生活に備えておこう	.024	.059	-.089	-.045	.089	.078	.625
38	痴呆になった身内に期待するのはやめよう	.368	-.262	.126	-.038	.067	.054	.547
16	痴呆になった身内はこんなこともわからないのか	.389	.168	.188	-.064	-.028	-.129	.435
	固有値	3.822	2.081	1.871	1.451	1.441	1.331	1.23
	累積寄与率 (%)	12.74	19.68	25.93	30.76	35.56	40.00	44.09
	α	.81	.61	.64	.76	.53	.54	.53

表4 予期悲嘆の各因子と非死喪失及び介護サポートとの相関

	嫌気と孤独	成就感	感謝	否認	後悔	過剰関与	諦め
非死喪失							
能力の喪失	.383**	-.054	.124	.044	.128	.072	.336**
家族のきずなの喪失	.553**	-.176**	-.049	.215**	.098	-.038	.249**
自己の機会の喪失	.328**	.086	.040	.171	.128	.361**	.183**
同一性の喪失	.112	-.048	-.006	.072	.176**	.131	.113
家族等の介護サポート							
情緒的	-.312**	.235**	.162	-.010	-.115	-.067	-.007
道具的	-.260**	.224**	.167*	.057	-.008	-.047	-.124
ネガティブ	.350**	-.255**	-.335**	-.066	-.063	-.035	.256**
知人等の介護サポート							
情緒的	-.290**	-.021	.032	-.138	-.106	-.064	-.145
道具的	-.162	.076	.107	-.085	-.118	-.031	-.180*
ネガティブ	.388**	-.127	-.344**	-.086	-.002	-.022	.234**

全体の人数=144. * $p < .05$. ** $p < .01$

での達成感を表している。「成就感」、第3因子は周りの人達への感謝の項目を含むので「感謝」、第4因子は身内が認知症であることを認知的に受け入れられない状況を示している。「否認」、第5因子は今までの自分の関わり方を反省しており「後悔」と命名した。第6因子は過剰に認知症患者の介護に関与していることから「過剰関与」、第7因子は認知症患者への期待を取り下げようとしている点で「諦め」と命名した。信頼性係数 α は順に.81, .62, .64, .76, .53, .54, .53で、累積寄与率は44%であった。

3. 予期悲嘆の各因子と非死喪失及び介護サポートの各カテゴリーとの相関

予期悲嘆と非死喪失および介護サポートとの関係を調べるため、予期悲嘆の7因子と非死喪失の4カテゴリーおよび介護サポート（家族等および知人等のそれぞれについて）の3カテゴリー間の相関（ピアソンの積率相関）を求めた。表4に示されるように、「嫌気と孤独」因子及び「諦め」因子の両者とも、「能力の喪失」、「家族のきずなの喪失」及び「自己の機会の喪失」と高い相関を示した。「成就感」に関しては「家族のきずなの喪失」が負の相関、「否認」に対し「家族のきずなの喪失」が正の相関、「後悔」については「同一性の喪失」が正の相関、「過剰関与」については、「自己の機会の喪失」が正の相関を示した。一方、「感謝」についてはいずれの非死喪失尺度とも相関が認められなかった

介護サポートに関して、まず、家族等のサポートについての結果は、「情緒的介護サポート」と「道具的介護サポート」の両ポジティブサポートとも「嫌気と孤独」と負の相関、「成就感」とは正の相関を示した。また「道具的介護サポート」は「感謝」とも正の相関を示した。また、「ネガティブな介護サポート」は、「嫌気と孤独」及び「諦め」と正の相関を、「成就感」及び「感謝」とは負の相関を示した。知人等のサポートについては、「情緒的介護サポー

ト」が「嫌気と孤独」と、また「道具的介護サポート」が「諦め」と負の相関を示した。一方、「ネガティブな介護サポート」は「嫌気と孤独」及び「諦め」と正の相関を、「感謝」とは負の相関を示した。

4. 家族介護者の健康と非死喪失、予期悲嘆及び介護サポートの各下位尺度との相関

認知症患者を介護する家族の精神的健康に及ぼす非死喪失、予期悲嘆及び介護サポートの各変数の影響を調べるため、健康の3下位尺度と非死喪失と介護サポートの各カテゴリー、それに予期悲嘆の各因子との相関（ピアソンの相関）を求めた。表5には、その結果を示している。「同一性の喪失」を除く非死喪失のいずれも「身体的症状」、「不眠」、それに「うつ状態」と有意な相関が認められた。ポジティブな介護サポートに関しては、知人等の「情緒的な介護サポート」が「身体的症状」と有意な負の相関を示した。「ネガティブな介護サポート」については、家族等および知人等ともに「身体的症状」と「うつ状態」と正の有意な相関を示した。予期悲嘆に関しては、「嫌気と孤独」と「あきらめ」が「身体的症状」、「不眠」、それに「うつ状態」のいずれとも正の相関を示した。また「成就感」は「身体的症状」と負の相関を示した。

5. 対象者の属性と家族介護者の非死喪失、予期悲嘆および健康との関係

介護者の年齢、認知症患者の年齢、それに認知症と診断されてからの年数を独立変数、家族介護者の非死喪失の各カテゴリー、予期悲嘆の各因子それに健康の各下位尺度を従属変数とする重回帰分析を行った。

介護者の年齢は、「家族のきずなの喪失」、「自己の機会の喪失」($\beta = .222, p < .05$; $\beta = .409, p < .001$)、予期悲嘆の「否認」、「過剰関与」($\beta = .270, p < .01$; $\beta = .209, p < .05$)。また、健康の「不眠」($\beta = .201, p < .05$)と有意な偏相関を示した。認知症患者の年齢は、非死喪失

表5 健康の下位尺度と非死喪失、介護サポート
それに予期悲嘆の各下位尺度との相関

	身体的症状	不眠	うつ状態
非死喪失			
能力の喪失	.183*	.242**	.313**
家族のきずなの喪失	.291**	.323**	.538**
自己の機会の喪失	.237**	.285**	.280**
同一性の喪失	-.007	.093	.133
家族等の介護サポート			
情緒的	.000	.121	-.152
道具的	-.027	-.027	-.095
ネガティブ	.245**	-.139	.276**
知人等の介護サポート			
情緒的	-.198*	-.135	-.151
道具的	-.076	-.023	-.059
ネガティブ	.294**	.147	.224**
予期悲嘆			
嫌気と孤独	.336**	.246**	.446**
成就感	-.213*	.021	-.112
感謝	.004	.157	-.056
否認	-.023	.129	.283
後悔	.050	.005	.124
過剰関与	-.021	.145	.082
諦め	.268*	.259**	.209*

全体の人数 = 144, * $p < .05$, ** $p < .01$

と何の関係も認められなかったが、予期悲嘆の「否認」、「後悔」とは有意な負の偏相関が ($\beta = -.178, p < .05$; $\beta = -.203, p < .05$) 認められた。認知症と診断されてからの年数は、非死喪失の「能力の喪失」及び「同一性の喪失」 ($\beta = .330, p < .001$; $\beta = .198, p < .05$) 及び予期悲嘆の「嫌気と孤独」及び「身体症状」 ($\beta = .326, p < .01$; $\beta = .256, p < .01$) と有意な偏相関を示した。更に、仕事のある人は無い人に比べ、「自己の機会の喪失」 ($t = 2.96, p < .01$)、「過剰関与」 ($t = 2.39, p < .05$) の各得点が有意に高く、健康の「身体症状」 ($t = 2.02, p < .05$) と「うつ状態」 ($t = 2.34, p < .05$) の得点が有意に低いことが示された。

IV. 考 察

1. 予期悲嘆の因子構造と非死喪失および介護サポートとの関係

予期悲嘆の因子として、「嫌気と孤独」、「否認」、「後悔」、「過剰関与」、「諦め」という5因子に「成就感」、「感謝」というポジティブな2因子を含む7因子が得られ、認知症患者の家族介護者の喪失に対するネガティブとポジティブな悲嘆反応を示すという尺度構成の最初の目的に添ったものとなった。これらと類似の因子は他の尺度でも認められている。例えば、Marwit-Meuser 介護者悲嘆尺度²¹⁾では「個人の犠牲負担」、「深い悲しみと切望」、「心配と孤立感」の3因子、Ponder & Pomeroy¹⁵⁾の研究では、「否認」、「過剰関与」、「怒り」、「罪悪感」、「受容」の5因子が認められている。しかし、予期悲嘆のポジティブな面として示された

「成就感」と「感謝」の2因子については、「受容」より積極的な概念であり、本研究特有の因子である。Worden¹⁸⁾は喪失への適応は、「喪失とそれによって起こった生活の変化の意味を探る」プロセスであると述べている。「成就感」と「感謝」ともに、喪失体験に新たな肯定的価値を付与する意味探求のプロセスである。即ち、「成就感」は困難な状況を乗り越える自信や統制感であり、「感謝」は自分が支えられていることへの気づきや他者への思いやりである。両因子を予期悲嘆に含めることが適切かどうかは検討する余地があるにしても、それらが喪失の悲しみや孤立感を和らげ、適応と人間的成長を促す要因であることは確かである。臨床家には、一つ一つの喪失に対する家族介護者の肯定的な意味探索の同行者としての役割が求められる。

非死喪失の各カテゴリーと予期悲嘆の各因子間の相関は、予期悲嘆反応が様々な非死喪失と密接に関連していることが認められ、認知症患者の家族介護者の予期悲嘆における死以外の喪失体験の重要性を示すという本研究の第二の目的を満たす結果となった。予期悲嘆に最も大きな影響のある喪失は「家族のきずなの喪失」であり、このカテゴリーは「嫌気と孤独」、「否認」および「諦め」の増大、「成就感」の低下に関与している。家族としての認知症の身内への期待の大きい家族成員ほど認知症による喪失は大きな悲しみを伴うかもしれない。また「自己の機会の喪失」は、「嫌気と孤独」、「過剰関与」と「諦め」の増大に関与していた（「過剰関与」に関しては、一般的な因果関係が逆になるかもしれない。即ち、「過剰関与」が結果的に家族介護者の「自己の機会の喪失」をもたらしたと考える方が自然である）。更に、「能力の喪失」は、「嫌気と孤独」と「諦め」の増大を、「同一性の喪失」は「後悔」の増大をもたらし、「感謝」については、非死喪失の影響は認められなかった。全体としてみると、「嫌気と孤独」および「諦め」という予期悲嘆が様々な非死喪失への一般的な反応であるのに対し、その他の予期悲嘆は、特定の非死喪失に対応した反応と考えることができる。これらの結果は、過去、現在の喪失及び将来の希望等の喪失体験から様々な予期悲嘆反応が家族介護者に生じること示している。認知症患者の家族介護者は、ある喪失へ適応する前に次の喪失が訪れるというように、複合した喪失を体験している。予期悲嘆への臨床では、様々な様相を呈する喪失と悲嘆への柔軟な対応と同時に、家族介護者にとって主題となる喪失と悲嘆についての理解も必要である。

介護サポートと予期悲嘆の関連性についての結果は、家族等及び知人等の情緒的及び道具的なポジティブサポートが、「嫌気と孤独」等のネガティブな予期悲嘆を軽減し、「成就感」というポジティブな予期悲嘆を高めることを示した。逆に、家族等及び知人等のネガティブサポートは、

「嫌気と孤独」等のネガティブな予期悲嘆を強め、「成就感」等のポジティブな予期悲嘆を弱めることが示された。従来ソーシャルサポートは、ストレス軽減効果をもつことが示されているが、本研究ではポジティブな介護サポートの正の影響に加えネガティブな介護サポートが予期悲嘆に負の影響を持つことが示された。これらの結果は、本研究の第三の目的に添ったものであり、ポジティブとネガティブの両面を含む介護サポート尺度を構成することの妥当性を示している。ところで、ソーシャルサポートは悲嘆の臨床に携わる人にも要請される役割である。臨床家は、家族介護者の「嫌気と孤独」等のつらい思いに耳を傾け、共感的理解をはかるとともに、家族成員間あるいは親族間のコミュニケーションを促し、家族間葛藤を軽減する援助を行う必要がある。また、「否認」、「後悔」それに「過剰関与」に関しては家族のサポートの影響は認められなかったが、これらに関しても、例えば「否認」では家族介護者が直面化できるよう支えること、「後悔」や「過剰関与」では認知的変容の働きかけ等、臨床家が貢献できる余地は多く残されている。

2. 精神的健康に及ぼす非死喪失、予期悲嘆および介護サポートの影響

非死喪失に関しては、予想どおり、介護者の健康に悪い影響を持つことが示された。「同一性の喪失」を除くいずれも、「身体的症状」、「不眠」それに「うつ状態」のいずれも強めている。特に「家族のきずなの喪失」は予期悲嘆の「嫌気と孤独」とも強い関連性があるので、直接的、間接的に介護者の健康を規定すると考えられる。一方、介護サポートについてはポジティブサポートの大きな影響は認められず、むしろ、家族等及び知人等のネガティブサポートが「身体的症状」と「うつ状態」を強めることが示された。従来の研究ではポジティブなソーシャルサポートは、介護者の健康障害を軽くする効果のあることが示唆されている。実際、苦しい介護状況でも、話を聞いて慰める人がいれば、かなり精神的に救われると考えられるが、本研究ではこれを支持する証拠は得られなかった。むしろ介護をめぐる身内との葛藤が健康に悪影響を与えることが示される結果となった。次に、予期悲嘆に関しては、「嫌気と孤独」等が強いほど、精神的健康が損なわれることが示された。従来の研究^{4) 5)}では、家族介護者の負担や介護ストレスが介護者の健康に強い影響を及ぼすことが示されているが、本研究の結果は、非死喪失と予期悲嘆が、負担と同様、家族介護者の健康を左右する要因として無視できないことを示唆するものである。

3. 対象者の特性が非死喪失と予期悲嘆に及ぼす影響

まず、介護者の年齢に関して、年齢が高いほど非死喪失の「家族のきずなの喪失」、「自己の機会の喪失」、予期悲

嘆の「否認」「過剰関与」および健康の「不眠」が増大し、高齢の介護者ほど、大きな喪失と悲嘆反応それに心身の不調を起こしやすいと考えられる。高齢者による介護の問題は介護負担のみならず、予期悲嘆に関しても注意が必要である。認知症患者の年齢は、非死喪失とは無関係であったが、認知症と診断されてからの年数は非死喪失を増大させることが認められた。認知症の進行は、認知症と診断されてからの年数の関数であると考えられるので、この結果は非死喪失尺度の妥当性を示唆するものである。認知症と診断されてからの年数は、予期悲嘆の「嫌気と孤独」それに健康の「身体症状」の増大とも関連があるが、このことは家族介護者が年数を経ても認知症の状況に必ずしも適応できるとは限らないことを示している。また、仕事を持つ介護者は、仕事を持たない介護者に比べ、「自己の機会の喪失」が大きいことが示されたが、仕事を持つ人ほど社会的活動が多いので、介護に伴う社会的活動の喪失が深刻なのかもしれない。以上のように介護者および被介護者の特性は、非死喪失と予期悲嘆の性質に様々な影響を及ぼす。今後は、予期悲嘆の臨床において前もって把握すべき対象者の他の特性についても明らかにする必要がある。

4. 今後の課題

本研究を進めるに当たり、調査内容について施設側と何度か話し合いを持った。施設側の要望はお年寄りに負担の少ない数の質問項目と選択肢にしてほしいとのことであった。その結果、本研究で用いた非死喪失と介護サポートの両尺度共に質問項目の回答は0か1の2値とした。今後は4段階以上の評定を用いて両尺度の因子分析を実施し、構成概念妥当性の検討をする必要がある。同様の理由で、悲嘆尺度についても3段階の評定を用いており、因子分析のデータとしては十分とは言い難い。部分的に因子負荷量の重複や、信頼性の高くない因子が見られるのはこのためである。これについても改善が必要である。

V. 結 論

本研究の目的は、在宅の認知症患者を介護している家族の①予期悲嘆のポジティブな側面とネガティブな側面を含む尺度を構成すること、②非死喪失の尺度項目を作成し、予期悲嘆における死以外の喪失体験の重要性を示すこと、③介護サポートの尺度項目を作成し、予期悲嘆におけるポジティブな介護サポートとネガティブな介護サポートの効果を示すこと、④精神的健康に及ぼす非死喪失、予期悲嘆それに介護サポートの影響、及び対象者特性の変数が各尺度に及ぼす影響を検討すること等であった。結果として、予期悲嘆については、「成就感」、「感謝」というポジティブな面と「嫌気と孤独」、「否認」、「後悔」、「過剰関与」、「諦め」のネガティブな面を含む因子構造が示された。非死喪

失については「能力の喪失」,「家族のきずなの喪失」,「自己の機会の喪失」,「同一性の喪失」の各喪失が,予期悲嘆の質と強さに影響を与えることが示された。介護サポートは,ポジティブとネガティブなサポートが予期悲嘆に肯定的および否定的な影響を与えることが示された。更に,非死喪失と予期悲嘆が介護者の精神的健康に重要な影響を与えること,また対象者の特性変数が非死喪失と予期悲嘆に影響することが示された。以上のように,本研究の結果は

4つの研究目的のいずれにも合致するものであった。

謝 辞

調査にご協力いただきました認知症患者の家族の皆様ならびに各施設のスタッフの皆様へ深く感謝いたします。

なお,本研究は,(財団法人)山口老年総合研究所との共同研究の一貫として行われたものである。

要 旨

本研究は,痴呆患者を在宅介護している家族の非死喪失,介護サポートそれに予期悲嘆の各尺度間の関係を検討した。144人の痴呆の家族介護者に健康尺度を含む4種類の質問紙を配布した。非死喪失は,「能力の喪失」,「家族のきずなの喪失」,「自己の機会の喪失」,「同一性の喪失」の4つのカテゴリーで,介護サポートは情緒的,道具的,ネガティブの3つのカテゴリーで構成された。予期悲嘆は,「嫌気と孤独」,「成就感」,「感謝」,「否認」,「後悔」,「過剰関与」,「諦め」の7因子で構成されていた。予期悲嘆との相関分析の結果は,非死喪失と介護サポートが予期悲嘆の質と強さに影響を与えることが示された。更に,「家族のきずなの喪失」と「嫌気と孤独」が介護者の健康に悪い効果をもつことが示された。著者は,予期悲嘆の適応的側面に注意を向ける必要のあること,非死喪失が予期悲嘆とは別の尺度として構成される必要があること,非死喪失及び予期悲嘆が介護負担と同様,介護者の健康に重要な影響を及ぼすこと等を論じた。

Abstract

This study examined relationships among non-death loss, care support and anticipatory grief in family caregivers of dementia patients living at home. Four types of questionnaires including a health scale were administered to 144 dementia family caregivers. Under non-death loss there were four categories: "loss of ability," "loss of family cohesion," "loss of self-opportunity" and "loss of identity." and under care support there were three categories: "emotional support," "instrumental support," and "negative support." A anticipatory grief was comprised of seven factors: "disgust and loneliness," "fulfillment," "gratitude," "denial," "reflection," "over-involvement" and "resignation." The correlations between these scales showed that non-death loss and care support influence the nature and intensity of anticipatory grief. Furthermore, it was shown that the "loss of family cohesion" and "disgust and loneliness" negatively impacts caregivers' health. The author recommends that the adjusting aspect of anticipatory grief should be paid much more attention, that non-death loss should be constructed on a different scale from anticipatory grief, and that non-death loss and anticipatory grief would have as important effects on mental health as the caregiver's burden does.

文 献

- 1) Lindemann, E.: The symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148, 1944.
- 2) Rando T.A.: A comprehensive analysis of anticipatory grief: Perspectives, process, promise, and problems. In T.A. Rando (Ed.), *Loss and anticipatory grief* Lexington, MA: Lexington Books, 3-37, 1986.
- 3) Lindgren, C.L., Connelly, C.T. et al.: Grief in spouse and children caregivers of dementia patients, *Western Journal of Nursing Research*, 21, 521-537, 1999.
- 4) Zarit, S.H., Reever, K. E. et al.: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden, *Gerontologist*, 20, 649-655, 1980.
- 5) Robinson, K.M., Adkinson, P. et al.: Problem behavior, caregiver reaction, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease, *Journal of Advanced Nursing*, 36, 573-582, 2001.
- 6) Mitrani, V.B. & Czaja, S.J.: Family-based therapy for dementia caregivers: Clinical observations, *Aging & Mental Health*, 4, 200-209, 2000.
- 7) Wuest, J., Ericson, P.K. et al.: Becoming strangers: the changing family caregiving relationship in Alzheimer's disease, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 437-443, 1994.
- 8) Gilhooly, M.L.M., Sweeting, H.N. et al.: Family care of the dementing elderly, *International Review of Psychiatry*, 6, 29-40, 1994.
- 9) Tebb, S., & Jivanjee, P.: Caregiver isolation: An ecological model, *Journal of Gerontological Social Work*, 34, 51-72, 2000.
- 10) Loos, C., & Bowd, A.: Caregivers of persons with Alzheimer's disease: Some neglected Implications of the experience of personal loss and grief, *Death Studies*, 21, 501-514, 1997.
- 11) Meuser, T.M., & Marwit, S.J.: A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving, *Gerontologist*, 41, 658-670, 2001.

- 12) Moyle, W., Edward, H. et al.: Living with loss: Dementia and the family caregiver, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19, 25-31, 2002.
- 13) Zinner, E.S. Ball, J.D. et al.: Modification and factor analysis of the grief experience inventory in non-death loss/bereavement situation, *OMEGA*, 23, 143-151, 1991.
- 14) Sanders, C.M.: Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement outcome, *OMEGA*, 13, 227-241, 1982/1983.
- 15) Ponder, R.J., & Pomeroy, E.C.: The grief of caregivers: How pervasive is it? *Journal of Gerontological Social Work*, 27, 3-21, 1996.
- 16) Teusink, J.P., & Mahler, S.: Helping families cope with Alzheimer's disease, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 152-156, 1984.
- 17) Walker, R.J., Pomeroy, E.C. et al.: Anticipatory grief and Alzheimer's disease: Strategies for Intervention, *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 21-39, 1994.
- 18) Worden, J. W. : Grief counseling and grief therapy. Springer, Inc., New York, 1991. (鳴澤實監訳：グリーフカウンセリング, 川島書店, 1993)
- 19) Farran, C.J., Keane-Hagerty, E. et al.: Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers, *Gerontologist*, 31, 483-489, 1991.
- 20) Harvey, J.H.: Perspectives on Loss and Trauma: Assaults on the Self. Stage Publications., Thousand Oaks, 2002. (和田実・増田匡裕：喪失体験とトラウマ, 北大路書房, 2003)
- 21) Marwit, S.J., & Meuser, T.M.: Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease, *The Gerontologist*, 42, 751-765, 2002.
- 22) Bass, D.M., Bowman, K. et al.: The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative's death, *The Gerontologist*, 31,32-42, 1991.
- 23) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 他: 老年期における配偶者との死別後の精神的健康と家族環境, *老年精神医学雑誌*, 10(9), 1055-1061, 1999
- 24) 宮本裕子: 配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわるソーシャル・サポート, *看護研究*, 22(4), 303-321, 1989
- 25) 野口裕二: 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定, *社会老年学*, 34, 37-48, 1991.
- 26) Garner, J.: Dementia: An intimate death, *British Journal of Medical Psychology*, 70, 177-184, 1997.
- 27) Sanders, C.M., Mauger, P.A. et al.: A manual for the Grief Experience Inventory, Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California, 1985.
- 28) Theut, S.K., Jorden, L. et al.: Caregiver's anticipatory grief in dementia: A pilot study, *International Journal of Aging and Human Development*, 33, 113-118, 1991.
- 29) Goldberg, D.P., & Hillier, V.F.: A scaled version of the General Health Questionnaire, *Psychological Medicine*, 9, 139-145, 1979.

[平成17年4月4日受付]
[平成17年12月2日採用決定]

統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係

The Causal Relationships between Social Skills and Self-Esteem in Schizophrenic Patients Living in the Community

國方 弘子¹⁾ 中嶋 和夫²⁾
Hiroko Kunikata Kazuo Nakajima

キーワード：統合失調症，社会生活技能，自尊感情，地域生活

Key Words：schizophrenic patients, social skills, self-esteem, community

I. 緒 言

わが国の精神保健福祉施策は，法律改正，障害者プランの実施等により改善が図られてきているものの，依然として長期入院が多いこと，地域生活を支える体制が不十分であること，病床の機能分化が未熟であり質の高い医療が十分に実施されていないことなどの問題が指摘されている¹⁾。こうした課題に対応するために，厚生労働省は「精神障害者施策の総合的な取組」を重点施策の一つとして掲げ，入院医療中心から地域における保健・医療・福祉を中心とした施策の推進²⁾を打ち出した。具体的には，約72,000人の社会的入院患者について10年のうちに退院・社会復帰が目指され，地域サービス基盤の整備が数値目標を掲げて推進されている。

統合失調症患者が地域での生活を維持・促進できるためには，彼らのQuality of Life (QOL)を向上させることが重要であると言われ³⁾，QOLとその関連要因との検討は国外で多く行われている。しかし，彼らのQOLを高めるための研究結果の蓄積は，わが国では少ないことから，筆者らはこれまでQOLに影響を与える要因を検討してきた。その結果，自尊感情が統合失調症患者のQOLに直接に影響を与えることを見出した⁴⁾。統合失調症患者の自尊感情に関する先行文献を概観すると，症状のような疾患要因が自尊感情に影響するという知見が得られ⁴⁻⁶⁾，家族関係適応能力⁵⁾や社会生活技能⁶⁻⁷⁾が影響することも報告されている。また，社会生活技能を向上させることは，自己肯定（自尊感情）の獲得を容易にする⁸⁾といわれている。しかし，社会生活技能と自尊感情との関係を論じたこれまでの研究は横断的研究がほとんどで，低い自尊感情が社会生活技能の低下を引き起こす原因になったのか，社会生活技能の低下が低い自尊感情の原因になったのかについては強いエビデンス (evidence) が得られておらず，今後は，縦断データを用いたそれら要因間の因果関係の解明を

試みるのが望まれよう。

本稿は，社会生活技能と自尊感情の因果関係モデルを作成し，縦断データを用いてそのモデルのデータへの適合度を検討し，社会生活技能と自尊感情の因果関係を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

対象は，International Classification of Diseases (ICD-10)⁹⁾により統合失調症と診断されて1年以上経過し，6か月以上この治療を継続的に受け，6か月以上地域で生活し病院のデイケアに通所し，かつ初回調査と追跡調査（12ヶ月後）に協力が得られた61名とした。

調査方法は，以下の手続きをとった。まず，調査協力病院である3施設の病院長と看護部長に調査の了承と協力を得た。その後，各主治医が，症状が安定しかつ調査により精神的な悪影響がないと判断される患者を選択し，その選択された患者のうち同意が得られた者に協力を依頼した。その際，研究目的，個人情報保護，研究中断の自由を説明し，同意書ももらった。

調査項目は，個人特性，社会生活技能，自尊感情，精神症状とした。社会生活技能は，12項目からなる社会生活技能評価尺度-12（以下，社会生活技能尺度）¹⁰⁾で測定した。この尺度は，統合失調症患者を対象に開発されたものであり，「社会資源の利用」「身だしなみへの配慮」「コミュニケーションスキル」「生活環境の整備」の4下位因子をもち，各項目について3件法（1点：できない，2点：援助があればできる，3点：ひとりでする）で測定される。合計点が高いほど生活技能が高いことを示す。自尊感情は，Rosenbergの自尊感情測定尺度の日本語版（以下，自尊感情尺度）¹¹⁾で測定した。この尺度は，10項目について4件法（1点：そう思わない～4点：そう思う）で測定し，合計点が高いほど自分について「これでよい」と感じ，自

1) 岡山大学医学部保健学科看護学専攻 Department of Nursing, Faculty of Health Science, Okayama University Medical School

2) 岡山県立大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

尊感情が高いことを意味する。精神症状は、Overallらの Brief Psychiatric Rating Scaleの日本語版（以下、BPRS）¹²⁾ で測定した。BPRSは、精神症状を包括的に評価する18項目からなり、7段階評定（1：なし～7：非常に高度）を行い、高得点ほどその精神症状が重度であることを示す。社会生活技能尺度、自尊感情尺度の信頼性と確証的因子分析を用いた構成概念妥当性は、検証されている^{10, 13)}。BPRSの信頼性は、同等性と安定性から確認されている¹²⁾。

個人特性として、年齢、性別、婚姻状況、職業、世帯、住居、発病からの期間、入院歴、抗精神病薬1日服用量、社会資源サービスの利用状況を配置した。なお、抗精神病薬1日服用量は、Chlorpromazineの等価量に換算した。

データ収集に関し、社会生活技能尺度の「身だしなみへの配慮」と「コミュニケーションスキル」は看護師またはソーシャルワーカーによる観察とし、「社会資源の利用」「生活環境の整備」は患者への質問とした。BPRSは、主治医による面接調査とした。自尊感情尺度は、患者による自記式質問紙調査とした。自記式質問紙調査に関し、統合失調症患者がどの程度妥当な回答をするのか疑問がある¹⁴⁾が、Lehman¹⁵⁾、Skantze¹⁶⁾、角谷¹⁷⁾、中根ら¹⁸⁾は、統合失調症患者の主観的な評価は信頼できると報告していることから、本研究では患者による自記式質問紙調査を用いた。データ収集は、患者がデイケア利用時に行い、2002年8月から2003年5月に初回調査を、2003年8月から2004年5月に1年後の追跡調査を行った。社会生活技能尺度とBPRSの測定について、測定誤差を少なくするために、初回調査と追跡調査の評定者は同一人物とした。

分析方法は、社会生活技能と自尊感情の因果関係モデルについて、Cross-Lagged Effects ModelとSynchronous Effects Modelを用いその因果関係を分析した。モデルのデータに対する適合度は、 χ^2 値、Goodness of Fit Index (GFI)、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Squares Error of Approximation (RMSEA)の指標に基づき評価した。 χ^2 値は値が小さいほど、GFIは0.9以上、CFIは1に近いほど、RMSEAは0.05以下であれば、モデルのデータに対する適合がよいと判断される¹⁹⁾。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の個人特性の分布

初回調査における対象者の個人特性の分布を表1に示した。平均年齢は、48.8歳（範囲26～71）で正規分布を示した。性別は、男性43名（70.5%）、女性18名（29.5%）であった。

初回調査と追跡調査の比較を行う時、抗精神病薬1日服用量や社会資源サービスの利用状況などの個人特性は、社会生活技能と自尊感情に影響する可能性があるために、2

表1 個人特性の分布

年齢（平均）		48.8±10.1歳
性別	男性	43 (70.5)
	女性	18 (29.5)
婚姻状況	未婚	36 (59.0)
	既婚	5 (8.2)
	離婚	18 (29.5)
	別居	1 (1.6)
	死別	1 (1.6)
職業	無職	55 (90.2)
	有職	6 (9.8)
世帯	単身	34 (55.7)
	親と同居	19 (31.1)
	配偶者又は子供との同居	4 (6.6)
	きょうだいとの同居	4 (6.6)
住居	持ち家	23 (37.7)
	賃貸アパート	31 (50.8)
	借家	2 (3.3)
	寮	1 (1.6)
	社会復帰住居施設	4 (6.6)
発病からの期間	5年未満	6 (9.8)
	5年以上10年未満	9 (14.8)
	10年以上	46 (75.4)
入院歴	なし	4 (6.6)
	1回	10 (16.4)
	2回	13 (21.3)
	3回	8 (13.1)
	4回	7 (11.5)
	5回以上	19 (31.1)
抗精神病薬1日服用量（平均）		481.6±416.5mg
社会資源サービスの利用状況	精神保健福祉手帳の利用あり	25 (41.0)
	障害年金の利用あり	43 (70.5)
	公費負担制度の利用あり	57 (93.4)
	保健所ソーシャルクラブの利用あり	2 (3.3)
	小規模作業所の利用あり	1 (1.6)
	グループホームの利用あり	4 (6.6)

単位：名（%）

時点における個人特性に差がないことを確認した。結果、抗精神病薬1日服用量について、初回調査は481.6mg、追跡調査は509.7mgであり、2時点でも有意差がなかった。他の個人特性の分布も初回調査と追跡調査で有意な差がなかった。

2. 社会生活技能と自尊感情とBPRSの得点

社会生活技能の平均得点は、初回調査が31.2（SD = 5.0）、追跡調査が30.8（SD = 5.0）であり、対応のあるt検定を行った結果、2時点での得点は有意差がなかった。ただし、因子別では、「社会資源の利用」因子と「身だしなみへの配慮」因子が、追跡調査において有意に低下していた（ t 値 = 34.4 $p < 0.001$, t 値 = 2.4 $p < 0.05$ ）。自尊感情の平均得点は、初回調査が25.2（SD = 5.3）、追跡調査が23.7（SD = 6.1）であり、追跡調査が有意に低得点となっていた（ t 値 = 2.2, $p < 0.05$ ）。BPRSの1項目の平均得点は、初回調査が2.7（SD = 0.9）、追跡調査が2.6（SD = 0.9）

表2 社会生活技能・自尊感情・BPRSの初回調査と追跡調査の平均得点

	初回調査	追跡調査	p 値
社会生活技能12項目	31.2 (±5.0)	30.8 (±5.0)	n.s.
「社会資源の利用」因子	7.8 (±1.6)	1.1 (±0.8)	p<0.00
「身だしなみへの配慮」因子	8.4 (±1.3)	8.1 (±1.3)	p<0.05
「コミュニケーションスキル」因子	7.3 (±1.9)	7.1 (±2.3)	n.s.
「生活環境の整備」因子	7.8 (±1.6)	7.7 (±1.6)	n.s.
自尊感情	25.2 (±5.3)	23.7 (±6.1)	p<0.05
BPRS 1 項目	2.7 (±0.9)	2.6 (±0.9)	p<0.05

(標準偏差)

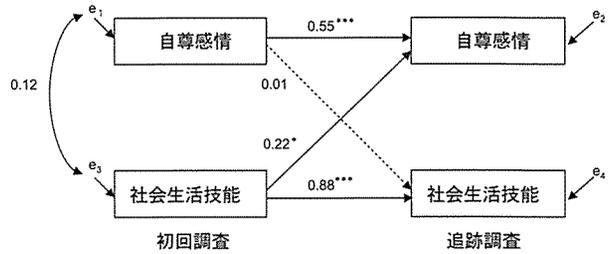
表3 初回調査におけるBPRS 1 項目の平均得点

項目	得点
1. 心氣的訴え	2.8
2. 不安	3.0
3. 感情的引きこもり	3.2
4. 思考解体	3.0
5. 罪業感	2.0
6. 緊張	2.9
7. 街奇的な行動や姿勢	2.7
8. 誇大性	2.0
9. 抑うつ気分	2.5
10. 敵意	2.2
11. 疑惑 (被害妄想)	3.2
12. 幻覚	2.5
13. 運動減退 (制止)	3.4
14. 非協調性	2.6
15. 思考内容の異常	3.2
16. 情動鈍麻	4.0
17. 興奮	2.2
18. 見当識障害	1.8

であり、追跡調査が有意に低得点となっていた (t値=2.3, p<0.05) (表2)。初回調査のBPRSについて、1 項目の平均得点を見ると、情動鈍麻、運動減退、疑惑、思考内容の異常、感情的引きこもりが高得点であった (表3)。すなわち、対象者は陰性症状を軽度もつ慢性の統合失調症患者であった。

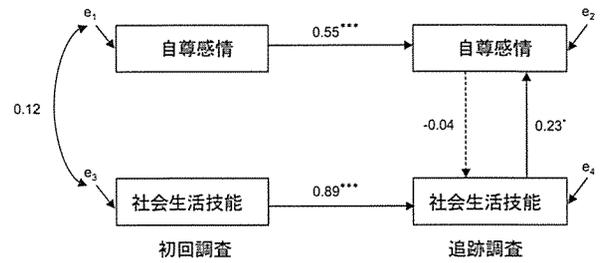
3. 社会生活技能と自尊感情の因果関係

統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係を、追跡調査のデータに基づいて、Cross-Lagged Effects ModelとSynchronous Effects Modelによって分析した。Cross-Lagged Effects ModelとSynchronous Effects Modelは、縦断データを用いて2つの要因が双方向に影響を及ぼしあう可能性をモデルに取り込んだ上で、因果関係を分析する統計的手法である。Cross-Lagged Effects Modelは、初回調査と追跡調査の期間が長すぎるとその影響が見い出されない可能性がある²⁰⁾ ことから、同時期における2要因の双方向の効果を検討できるSynchronous Effects Modelも同時に分析に用いた。結果、モデルの適合度指標は、Cross-Lagged Effects Modelで χ^2 値=0.05, GFI=1.00, CFI=1.00, RMSEA=0.00であった。Synchronous Effects Modelで χ^2 値=0.41, GFI=0.99, CFI=1.00, RMSEA=0.00であり、これら適合度指標は統計学的許容水準を満たした。



χ^2 値=0.05, 自由度=1, GFI=1.00, CFI=1.00, RMSEA=0.00, n=61, e=誤差, *p<0.05, ***p<0.001

図1 社会生活技能と自尊感情の因果関係モデル (Cross-Lagged Effects Model)



χ^2 値=0.41, 自由度=1, GFI=0.99, CFI=1.00, RMSEA=0.00, n=61, e=誤差, *p<0.05, ***p<0.001

図2 社会生活技能と自尊感情の因果関係モデル (Synchronous Effects Model)

社会生活技能と自尊感情の因果関係を両モデルによって分析した結果を図1, 2に示した。初回調査時点における自尊感情は、追跡調査時点の同一変数を0.55の標準偏回帰係数 (p<0.001) で予測し、社会生活技能は0.88以上の標準偏回帰係数 (p<0.001) で予測可能なことが示された。Cross-Lagged Effects Modelでは、初回調査時点の社会生活技能と追跡調査時点の自尊感情に有意な正の効果 ($\beta = 0.22$, p<0.05) がみられた。このことから、初回調査時点の社会生活技能が1年間に及ぶ自尊感情の変化に影響を与えていることが示された。また、Synchronous Effects Modelでは、追跡調査時点において社会生活技能が自尊感情に有意な正の効果を示した ($\beta = 0.23$, p<0.5)。このことから社会生活技能が高いことが自尊感情を高くすることが示された。両モデルとも、自尊感情から社会生活技能への効果は見られなかった。

IV. 考 察

縦断データを用いて社会生活技能と自尊感情の因果関係を調べるにあたり、抗精神病薬1日服用量や社会資源サービスの利用状況などの個人特性は交絡要因となり得ることが考えられたため、初回調査と追跡調査におけるそれらに差がないことを確認した。この交絡要因のコントロールを行った後に、社会生活技能と自尊感情の因果関係モデルの検討を行ったことは、結果の一般化を高めるものと考えられる。

本研究において、統合失調症患者の自尊感情は初回調査で25.2点、追跡調査で23.7点であった。この値は、入院後の統合失調症患者の自尊感情を調査した松下ら²¹⁾の結果と類似したものであった。脳梗塞発症後の患者の自尊感情は27.4点²²⁾、男子大学生は27.2点²³⁾であるのに比較して統合失調症患者の自尊感情は明らかに低い。彼らの自尊感情の形成の特徴は2つに大別され、一つは病的体験に伴う自尊感情の傷つき、他の一つは自分の行動に他者がどのような反応を示し、それによって自分がどういった意識を持つかといった鏡映的自我 (looking-glass self) としての自尊感情の傷つきがあり、これらの傷つきが彼らの自尊感情の形成に影響を与えていると考えられる。一般に、統合失調症患者は、急性期の病的体験のなかで自己の重大な危機に直面する。例えば、自我意識の障害 (自我の能動性の意識の障害) である“させられ体験”では、自我の能動性の意識が薄れ、「他人に考えを吹き込まれる、自分の考えを抜き取られる、自分はあやつり人形のように他人の意思のままに行動させられる」などの体験²⁴⁾をするために、自尊感情は大きく傷つくであろう。このような病的体験は、「これでよい」と自己に肯定的になることを困難にし、彼らの自尊感情に強く影響を与えるものと推察される。他方で、彼らは精神障害者というラベルを社会的に付与され、鏡映的自我として統合失調症患者自身の中に取り込まれ、彼らの誇りの感情を低下させるものと考えられる。この点は本研究では取り上げなかったために、今後、スティグマなど環境と自尊感情の関連を検証することが必要であろう。

研究結果から、統合失調症患者の高い社会生活技能は自尊感情の高さを規定するが、高い自尊感情をもっていることが統合失調症患者の社会生活技能を良好にするわけではないということが示された。これは、社会資源の利用、身だしなみへの配慮、コミュニケーションスキル、生活環境の整備などの技能が高いことは、高い自尊感情をもつ原因となることを意味する。ただし、測定した社会生活技能は、観察者による観察と質問の客観的データであり、患者による評定ではない。したがって、それら技能の遂行や他者からのフィードバックに伴う患者の感情体験が、自尊感情の程度に影響を与えるものと推察される。低い自尊感情をもつ者は、肯定的なフィードバックを望みながらもネガティブな自己観をもっているため、自分の能力を確信する他者の存在が必要である²⁵⁾といわれる。統合失調症患者の自尊感情は、初回調査、追跡調査ともに一般大学生²³⁾や他の疾患をもつ患者²²⁾に比較して低い値であった。したがって、彼らの支援者が彼らの生活技能に対し肯定的なフィードバックを積極的に送ることは、統合失調症患者の自尊感情が高まる一方法となろう。

統合失調症患者のQOLが重視されている現在、自尊感

情がQOLの重要な予測因子である^{4, 26)}ことを鑑みると、患者の自尊感情が向上するための支援は極めて重要である。したがって、彼らの主観的体験のなかにより添う形で自尊感情が上がるような支援を意識的にかつ積極的に行う必要がある。

本研究の成果は、統合失調症患者がより良い自尊感情を得るには、社会生活技能を高めたり維持することが有効な方法の一つであるというエビデンス (evidence) を得たことである。今回、高い社会生活技能は自尊感情の高さを規定する一因になることが明らかにされたが、自尊感情には症状⁴⁻⁶⁾、スティグマやコーピング²⁷⁾が影響することも報告されている。しかし、これらの要因がどのようなプロセスを経て自尊感情に影響していくかは明らかにされていない。今後、統合失調症患者の自尊感情が変容するプロセスを質的研究方法を用いて明らかにすること、その明らかにされたプロセスに基づき介入プログラムを組むこと、ならびに介入研究によるプログラムの効果を検証していくことが求められよう。

V. 結 論

統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係を明らかにするために、社会生活技能と自尊感情の因果関係モデルを作成し、Cross-Lagged Effects ModelとSynchronous Effects Modelを用い因果関係を分析した。対象は、陰性症状を経度もつ慢性の統合失調症患者61名であった。交絡要因としての抗精神病薬1日服用量や社会資源サービスの利用状況などの個人特性をコントロールした上で、縦断データを用いて分析した。結果、統合失調症患者の高い社会生活技能は自尊感情の高さを規定するが、高い自尊感情をもっていることが統合失調症患者の社会生活技能を良好にするわけではないということが示された。

本研究の成果は、統合失調症患者がより良い自尊感情を得るには、社会生活技能を高めたり維持することが有効な方法の一つであるというエビデンス (evidence) を得たことである。今後、統合失調症患者の自尊感情が変容するプロセスを明らかにすること、自尊感情を高めるためのプログラムを開発することが課題として残された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者お一人お一人に、深く感謝申し上げます。

本研究は、平成15年度～平成17年度科学研究費補助金〔研究課題名「地域で生活する統合失調症患者の生活の質 (QOL) に関する研究」(研究代表者：國方弘子) 基盤研究(CX1)課題番号15592337〕の助成を受けて行われたもの一部である。

要 旨

本研究は、統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係を明らかにするために、地域で生活する患者61名の縦断データを用いて、社会生活技能と自尊感情の因果関係モデルを作成し、モデルのデータへの適合を検討した。結果、統合失調症患者の高い社会生活技能は自尊感情の高さを規定するが、高い自尊感情をもっていることが統合失調症患者の社会生活技能を良好にするわけではないということが示された。本研究の成果は、統合失調症患者がより良い自尊感情を得るには、社会生活技能を高めたり維持することが有効な方法の一つであるというエビデンス (evidence) を得たことであるが、今後、統合失調症患者の自尊感情が変容するプロセスについて質的な研究が必要である。

Abstract

The purpose of this study was to examine the relationships between social skills and self-esteem using longitudinal data. The causal model of social skills influencing self-esteem was examined using 61 schizophrenic patients living in the community. The results showed that effective social skills provided high self-esteem, but that schizophrenic patients with high self-esteem did not necessarily demonstrate effective use of social skills. The outcome of this study was evidence that the enhancement and maintenance of use of social skills may be an effective method of improving self-esteem in schizophrenic patients. Future qualitative research is necessary to examine change in self-esteem in schizophrenic patients.

文 献

- 1) 内閣府：障害者白書, 65-89, 国立印刷局, 東京, 2003.
- 2) 内閣府：障害者白書, 201-204, 国立印刷局, 東京, 2004.
- 3) Bobes, J., Gonzalez, M.P.: Quality of life in schizophrenia, In: Katschnig, H., Freeman, H., et al. (Eds): Quality of life in Mental Disorders, 165-178, John Wiley & Sons, New York, 1997.
- 4) Kunikata, H., Mino, Y., et al.: Quality of life of schizophrenic patients living in the community: The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), 163-169, 2005.
- 5) 羽山由美子：精神障害者の社会適応モデル, *看護研究*, 25(3), 32-53, 1992.
- 6) Brekke, S., Levin, S., et al.: Psychosocial functioning and subjective Experience in schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 599-608, 1993.
- 7) Bradshaw, W., Brekke, J.S.: Subjective experience in schizophrenia: Factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress, *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(2), 254-260, 1999.
- 8) 西園昌久, 皿田洋子：分裂病治療における生活技能訓練の意義と役割, *臨床精神医学*, 19(9), 1331-1335, 1990.
- 9) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 95-118, WHO, Geneva, 1992.
- 10) 國方弘子, 矢嶋裕樹, 他：社会生活技能評価尺度の因子構造モデルの検討, *Quality Nursing*, 8(6), 41-49, 2002.
- 11) 山本真理子, 松井 豊, 他：自尊感情尺度, 堀 洋道, 山本真理子, 他 (編)：心理尺度ファイル, 67-69, 垣内出版, 東京, 1996.
- 12) 北村俊則：精神症状測定の理論と実際, 61-64, 鳴海社, 東京, 1988.
- 13) 國方弘子：地域で生活する統合失調症患者の Quality of life に関する研究, 大阪府立大学大学院社会福祉学研究所博士論文, 23-35, 2004.
- 14) 田崎美弥子, 中根允文：生活の質 (QOL), *臨床精神医学*, 増刊号, 369-373, 1999.
- 15) Lehman, A.F., Postrado, L.T., et al.: Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses, *Quality of Life Research*, 2, 327-333, 1993.
- 16) Skantze, K., Malm, U., et al.: Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients, *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801, 1992.
- 17) 角谷慶子：精神障害者における QOL 測定の試み, *京都府立医科大学雑誌*, 104(12), 1413-1424, 1995.
- 18) 中根允文, 田崎美弥子, 他：精神分裂病・うつ病の患者における QOL 評価の研究 厚生科学研究費補助金研究成果報告書 (平成9年度), 1-23, 2001.
- 19) 山本嘉一郎, 小野寺孝義：Amos による共分散構造分析と解析事例, 23-47, ナカニシヤ出版, 京都, 1999.
- 20) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 他：お年寄りの健康と人とのふれあい：縦断研究の意味するもの, 豊田秀樹 (編)：共分散構造分析, 83-90, 北小路書房, 京都, 2003.
- 21) 松下年子, 松島英介, 他：急性期病棟に入院した精神障害者の自尊感情と Health Locus of Control, *臨床精神医学*, 33(3), 307-312, 2004.
- 22) 篠原純子, 児玉和紀, 他：脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, *日本看護研究学会雑誌*, 26(1), 111-122, 2003.
- 23) 久野孝子, 館英津子, 他：大学生の性に関する態度と自己同一性および自尊感情との関連, *日本公衆衛生雑誌*, 49(10), 1030-1039, 2002.
- 24) 大熊輝雄：現代臨床精神医学, 337-350, 金原出版, 東京, 2003.
- 25) Baumgardner, A.H., Kaufman, C.M., et al.: Regulating affect interpersonally: When low esteem leads to greater enhancement, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 907-921, 1989.
- 26) Ruggeri, M., Warner, R., et al.: Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach, *British Journal of Psychiatry*, 178, 268-275, 2001.
- 27) Blankertz, L.: Cognitive components of self esteem for individuals with severe mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(4), 457-465, 2001.

[平成17年7月11日受 付]
[平成17年12月2日採用決定]

精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法

Observation Methods that are Useful for Early Detection of Ileus in Patients with Mental Disorders

石橋 照子¹⁾ 岡村 仁²⁾
Teruko Ishibashi Hitoshi Okamura

キーワード：精神疾患患者，イレウス，早期発見，観察方法，看護師

Key Words：patient with mental disorder, ileus, early detection, observation method, nurse

I. はじめに

精神疾患患者が身体疾患を併発した場合（以下，身体合併症と言う），自覚症状の訴えがみられなかったり，臨床所見と病態が剥離していたりすることにより，早期発見が難しいと言われている^{1, 2)}。また，向精神薬の長期連用に伴う身体疾患や精神症状が誘因となって惹起される身体疾患もあり³⁾，精神科看護師は一般病棟において求められるフィジカルアセスメント能力の他に，こうした特殊性を踏まえた観察ポイントや知識が必要となる。そこで，特殊性を踏まえた観察ポイントを明らかにすることで，身体合併症の早期発見につなげていきたいと考えた。

今回の研究では，精神疾患患者に多く見られるイレウスを取り上げることにした。そして，看護師の観察した内容を疾患の進行に合わせて抽出・整理し，イレウスの早期発見および対処につながる観察ポイントを明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的・帰納的研究方法を用いた。具体的には，患者のイレウスに気づいた看護師に聞き取り調査を行い，そこから観察した内容をラベル化して抽出，カテゴリー化しフローチャートに表し，観察ポイントを明らかにしていった。

2. 対象事例

精神疾患により精神病院もしくは精神科病棟に入院中の患者がイレウスを併発し，看護師がそれに気づいた事例を対象とした。

3. 調査方法

患者のイレウスに気づいた看護師に，疾患に伴う変化に気づいた時の状況，その後の経過，気づいた時点よりも前の段階で思い当たる変化についても遡ってカルテを確認してもらいながら聞き取り調査を行った。

4. 分析方法

聞き取った内容から，1事例毎に，観察した内容をラベル化して抽出し，時系列に沿って並べていった。それらをカテゴリー化しフローチャートに表した。

5. 倫理的配慮

精神病院の施設長に研究の目的，方法について説明した文書を郵送し，返信用の葉書にて研究協力の承諾を得た。情報提供者となる看護師には，研究の目的，方法，研究協力に伴う利益・不利益，研究協力への自由意思，プライバシーの保護の方法について，研究者が直接文書を用いて説明し，文書により同意を得た。

プライバシーの保持については，聞き取りの際には，情報提供者だけがカルテ記録を見るようにし，語る際には患者名を「Aさん」として語るように依頼し，研究者は一切個人を特定できないよう配慮して情報提供を受けた。また，情報提供者から得た情報を研究の目的以外には使用せず，個人や施設に不利益が生じないように配慮した。

III. 結 果

1. 対象施設および対象事例の概要

A県内の精神病院もしくは精神科病棟を有する病院18施設に依頼し，8施設から研究協力の承諾を得た。研究協力施設の概要を表1に示す。

対象事例の概要に関して，イレウスを併発した患者の背景は，男性10名，女性3名であった。平均年齢は63.9（±8.76）歳であり，精神科診断名は，統合失調症8名，認知症2名，非定型精神病，てんかん精神病，うつ病がそれぞれ1名ずつであった（表2）。

2. イレウスの観察内容および転帰

聞き取った内容から，1事例毎にイレウスに関連した内容および観察した内容をラベル化して抽出し，時系列に並べていった。それらをカテゴリー化したところ，イレウス

1) 島根県立看護短期大学 Shimane Nursing College

2) 広島大学 Hiroshima University

表1. 対象施設の概要

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院
病院形態	精神病院	精神病院	精神病院	精神病院	総合病院	精神病院	精神病院
診療科	精神神経科 内科	精神神経科 内科	精神神経科 内科 心療内科	精神神経科 内科	精神神経科 内科, 外科他	精神神経科	精神神経科
病床数	420	166	140	210	一般 205 精神科 50	176	309
機能形態	精神一般病棟 精神療養病棟 内科病棟	精神一般病棟 精神療養病棟	精神一般病棟 精神療養病棟 介護療養型医療施設 療養病棟	精神一般病棟 精神療養病棟	精神一般病棟 内科病棟 外科病棟 整形外科病棟他	精神一般病棟 精神療養病棟 介護療養型医療施設	精神救急病棟 精神一般病棟 精神療養病棟
内科医数(うち非常勤医師数)	3(1)	1(1)	2(0)	1(1)	10(2)	1(1)	2(2)
合併症が起きた時の対処	身体合併症病棟へ転棟。外科的処置等必要時、総合病院へ転院。	緊急性のないものは、非常勤医で対応。緊急時、総合病院受診。	常勤内科医で対応。必要時、総合病院受診。	緊急性のないものは、非常勤医で対応。緊急時、総合病院受診。	精神科病棟で内科医対応。必要時、治療目的の病棟へ転棟。	緊急性のないものは、非常勤医で対応。緊急時、総合病院受診。	緊急性のないものは、非常勤医で対応。緊急時、総合病院受診。

表2. イレウス患者の背景

No.	性別	年齢	精神疾患名
1	M	60	アルツハイマー型痴呆
2	F	54	統合失調症
3	M	65	非定型精神病
4	M	82	統合失調症
5	M	59	統合失調症
6	M	74	脳血管性痴呆
7	M	54	統合失調症
8	M	64	てんかん精神病
9	F	63	統合失調症
10	M	55	統合失調症
11	M	66	うつ病, パーキン症候群
12	M	78	統合失調症
13	F	57	統合失調症

の<ハイリスク状態><ハイリスク要因の付加><気づく前に観察されていた症状><気づいた時に観察された症状><転帰>の5つのカテゴリーに集約できた。事例毎に観察した内容を一覧表に示し(表3), 以下に概要を説明をする。

<ハイリスク状態>

聞き取ったデータの中で、イレウスを起こしやすい患者側の状態として確認できたものを<ハイリスク状態>としたところ、13例中8例が日常的に下剤を服用しており、排便のコントロールの必要な事例であり、そのうち6例にイレウスの既往がみられていた(事例1, 5, 6, 9, 11, 13)。また、1事例に腹部手術の既往がみられた(事例11)。

<ハイリスク要因の付加>

イレウスを起こす前の状況で、イレウスを起こしやすくする要因として確認できたものを<ハイリスク要因の付加>としてまとめたところ、4日前より風邪薬を服用している事例が2例(事例7, 13)、4日前より抗精神病薬が

追加された事例が1事例(事例6)、帯状疱疹により2日前より活動量が低下した事例が1事例(事例4)で認められた。

<気づく前に観察されていた症状>

看護師がイレウスではないかと気づいた時点よりも前の段階で、今から思うとイレウスに関連した徴候であったと思われる所見を<気づく前に観察されていた症状>とした。また、遡ってカルテを確認した際に気づいたいつもと違う患者の状態もここに含めた。その結果、13例中11例に何らかの前駆症状が確認できた。

その中で最も多いのが精神情緒状態の変化であり、看護師がイレウスと気づく1~5日前から不機嫌になる、イライラした様子、不穏などがみられていた(事例1, 5, 6, 8, 9, 10, 13)。中には経を唱えたり、日時を間違えたり、ぼうっとした表情になるなど注意力散漫がみられた事例もあった(事例8)。

その他、日常生活の変化では、食事量の低下や食事摂取時間の遅延がみられ、不眠が観察されていた(事例9, 10)。身体症状としては、微熱や下痢、腹部膨満などの腹部症状がみられた事例もあった(事例2, 7, 12)。

<気づいた時に観察された症状>

看護師がイレウスではないかと気づくきっかけとなった症状、および気づいた時に観察された症状を<気づいた時に観察された症状>としたところ、看護師がイレウスではないかと気づくきっかけとなった症状のほとんどが腹部膨満であった。同時に観察された症状で、嘔吐は3例であり(事例8, 11, 12)、37℃~38℃台の発熱を伴っていたものが7例あった(事例1, 2, 3, 10, 11, 12, 13)。排便の停止を伴っているものは10例と最も多く、排便が停止して1~2日後に看護師は腹部膨満等の症状に気づいていた。

表3. イレウスの観察内容および転帰

事例	ハイリスク状態	ハイリスク要因の付加	イレウスと気づく前に観察されていた症状	イレウスと気づいた時に観察された状態	転帰
1	イレウスの既往あり、 下剤の常用		前日：大声あり不機嫌	排便・排ガスの停止（1日）、 ビードロ音聴取、腹部膨満、腹 痛の訴え、顔色不良、拒食、苦 痛表情、37℃代の発熱	保存的治療で様子みる が改善なく、2日後転 院、腸捻転部壊死、腸 切、人工肛門造設術を 受ける
2		4日前：37℃代の発熱、 活動量の低下	4日前：泥状便あり 2日前：腹部膨満あり、 泥状便あり、38℃代の 発熱あり 前日：泥状便少量、 37℃代の発熱、腹部膨 満、拒食	泥状便少量あり、腹部膨満、グ ル音微弱、嘔気、37℃代の発熱、 活動量の低下、拒食	保存的治療で2日後に 改善
3			前日：最終排便確認、 盗食あり	腹部膨満、グル音微弱、38℃代 の発熱、腹痛の訴え、徘徊目立 つ	保存的治療で4日後に 改善
4		帯状疱疹にともない活 動量の低下	2日前：帯状疱疹、上 腹部違和感の訴え、活 動量の低下 前日：腹部膨満著明	排便停止（2日）、腹部膨満、 食欲不振、活動量の低下	保存的治療で4日後に 改善
5	イレウスの既往あり、 下剤の常用		前日：不穏で病棟内走 り回る	排便停止（1日）、腹部膨満、 グル音消失、不機嫌、早朝覚醒	保存的治療で5日後に 改善
6	イレウスの既往あり、 下剤の常用	4日前：抗精神病薬の 追加	4日前：便通あり、イ ライラ感強い。抗精神 病薬の追加	排便あったが少ない、腹部膨 満、グル音微弱、表情うつろ、 活動量の低下	転院するが保存的治療 で6日後改善
7		4日前：風邪気味にて 風邪薬処方	4日前：下痢便少量 前日：便秘気味だが腹 部膨満なし	排便停止（1日）、排ガスはあ り、拒食、腹部膨満、顔色不良、 活動量の低下	保存療法で4日後に改 善
8			6日前：下痢の訴え 2日前：お経を唱えて いる 前日：注意力散漫、不 機嫌、浣腸希望あり、 嘔気、嘔吐	腹痛の訴え、嘔気、嘔吐、身体 を揺する、お経を唱える	保存的治療で7日後に 改善
9	イレウスの既往あり、 下剤の常用		3日前：不機嫌 2日前：不機嫌、不眠、 排便あり 前日：排便でにくい、 腹部膨満あり、不機嫌、 時間をかけて食事摂取	排便・排ガスの停止（2日）、 腹部膨満、グル音あり、注意力 散漫	保存的治療を試みるが 改善せず、3日後尿閉 も出現し転院、腸管壊 死部腸切、人工肛門造 設術を受ける（入院中 脳出血併発し死亡）
10	下剤の常用		5日前頃よりイライラ して食事摂取量にムラ	排便の停止（1日）、嘔気、腹 痛、腹部膨満、37℃代の発熱、 食事量の低下	転院するが保存的治療 で改善し帰院
11	イレウスの既往あり、 胃の手術の既往あり、 下剤の常用			嘔吐、腹部膨満、グル音消失、 ガス抜きしても排ガスなし、腹 痛の訴えなし、37℃代の発熱	転院するが保存的治療 で改善し帰院
12	下剤の常用		前日：便通あり、37℃ 代の微熱あり、嘔気の 訴え、夕食拒食	嘔吐、腹痛の訴え、グル音あり、 37℃代の発熱、不眠	保存的治療で7日後に 改善
13	イレウスの既往あり、 下剤の常用	4日前：38℃代の発熱、 活動量の低下。 3日前：抗生物質内服	4日前：38℃代の発熱、 不機嫌。 3日前：抗生物質内服、 不機嫌、以後排便停止。	腹部膨満、グル音微弱、徘徊目 立つ不穏、苦痛の訴え	保存的治療で4日後に 改善

しかし、前日もしくは当日にも排便がみられている事例も3例あった(事例2, 6, 12)。

<転帰>

事例1, 9は絞扼性イレウスであり、腸管壊死を起こし、腸切除術および人工肛門造設術を受けていた。その他、事例12は、嘔吐、腹痛の訴えがあり、腸雑音が消失していないこと、事例11は腹部手術の既往があることから、機械的イレウスの可能性が考えられたが、いずれも早期対応により保存的治療で改善していた。その他の事例は麻痺性イレウスと思われ、保存的治療で改善していた。

IV. 考 察

今回の検討結果をもとに、イレウスの経過に沿ったフローチャートを作成しそれぞれの段階で観察できた内容を考察し、イレウスを観察する際のポイントと姿勢を整理した(図1)。以下にそれぞれの段階について説明する。

<ハイリスク状態>

この段階では、イレウスの既往がある場合や下剤を常用して排便コントロールを行っている場合、常にイレウスの可能性を考えた観察が重要であることが示された。抗精神病薬や三環系抗うつ薬を服用すると、抗コリン作用による腸管の蠕動運動抑制が生じる⁴⁾。また、抗精神病薬服用患者には錐体外路性副作用を予防するため抗パーキンソン病薬が使用され、より一層抗コリン作用は増強される⁵⁾。こうした中で多くの精神疾患患者が下剤を常用して排便コントロールを行っている。羽生⁶⁾は、1993年以降(著書が執筆された1996年までの間に)東京都立松沢病院で麻痺性イレウスと診断された26例中20例に巨大結腸症がみられ、

そのすべてにクロルプロマジンやハロペリドール、抗パーキンソン病薬など抗コリン性薬剤の連用があり、また下剤や浣腸の常用が更に悪影響を及ぼしていると報告している。このような状態は慢性便秘を引き起こし、麻痺性イレウスを発症させるハイリスク状態といえる。

しかし、患者からの自己申告が曖昧で排便の確認が困難であったり、抗精神病薬の影響により、腹痛や腹部膨満の出現が遅れたりみられない場合がある⁷⁾。また、嘔気・嘔吐の出現も抑えられる場合があり、イレウスの発見が遅れてしまう一因となっている。そこで、ハイリスク状態の患者をリストアップし、意識して腹部症状の観察を行うことが重要と考えられる。また、消化器に手術の既往がある場合にも癒着による機械的イレウスを起こしやく観察が必要といえる。

以上のことより、①イレウスの既往がある、②下剤の常用により排便コントロールを行っている、③腹部手術既往がある患者に対しては、意識して腹部症状を観察することが早期発見につながると考えられた。

<ハイリスク要因の付加>

ハイリスク要因の付加として、感冒薬の追加や向精神薬の増量などがあげられ、注意が必要であることが示された。今回の調査事例はいずれも服用を開始して4日後にイレウス症状を呈しており、内服薬の増量や追加があった場合、イレウスを起こすかもしれないことを予測して注意深く観察することが必要と考えられる。また、発熱による脱水や身体疾患等により活動量が低下した際にも、イレウスを誘発しやすい状態といえる。

以上のことより、①内服薬の増量もしくは追加、②発

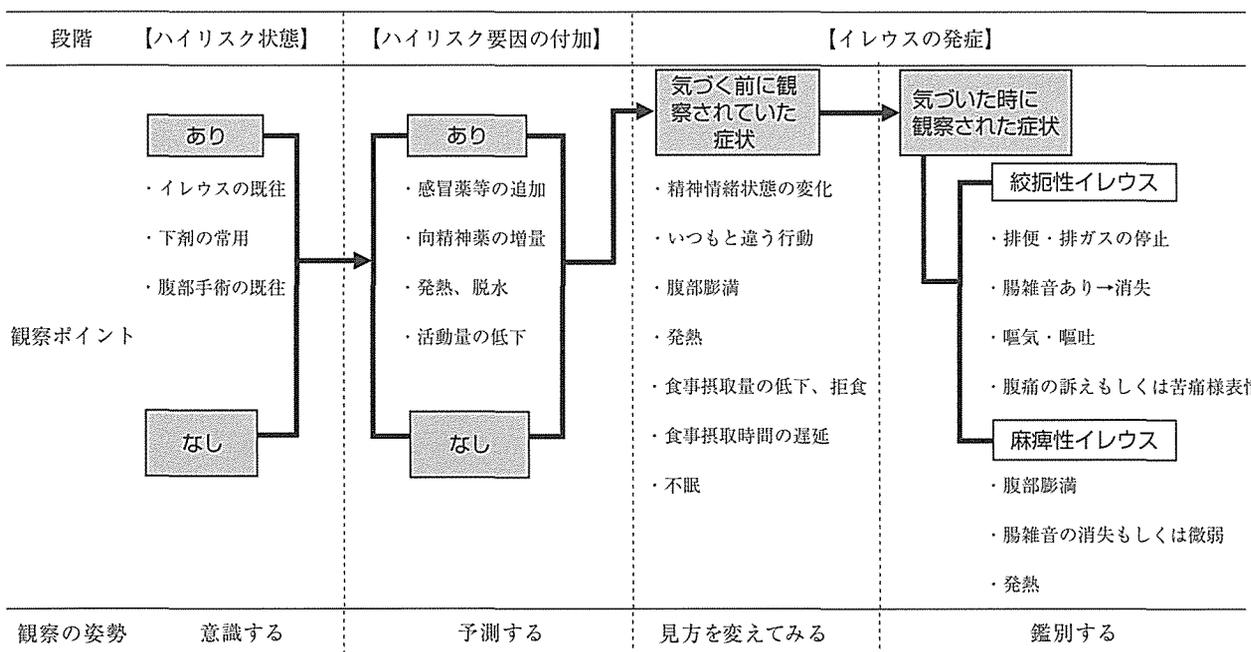


図1. イレウスのフローチャートと観察ポイント・姿勢

熱・脱水、③活動量の低下がみられた時は、イレウスの可能性を予測して観察することが早期発見につながると考えられた。

<気づく前に観察されていた症状>

相馬⁸⁾は「身体疾患を早期発見するための観察ポイント」を挙げているが、その中に精神状態の変化は取り上げられていない。しかし、本研究においては、比較的他の症状より早く食行動の変化や精神状態に変化が生じていた事例がみられた。不機嫌や不穏、不眠などの精神状態の変化は、身体疾患によるものと考えるより、精神症状の悪化とみなされる可能性が高い。そのため、精神症状そのものの観察に関心が向き、身体の状態と結びつけて考えないことから身体疾患の発見が遅くなってしまうのではないかと推察される。精神症状と決めつけず、見方を変えて身体疾患を疑っていく必要があると思われる。

また、日常生活行動の変化は、普段から患者の日常生活行動に関心を寄せて把握していないと違いが分からず、見逃してしまいやすい⁹⁾。その他、身体症状としては微熱が出たり、腹部膨満が観察されているが、精神科では不明熱や腹部膨満などの症状は日常的によく見かける症状である。不明熱はいわゆる原因不明の熱発であり、経過観察していると回復することが多い¹⁰⁾。また、腹部膨満も精神科ではよく見かける症状であるが故に、安易に向精神薬や下剤の影響と判断されやすい。その結果、カルテ記録に残しながらイレウスと結びつかず、見過ごしてしまっていたのではないだろうか。よく見かける症状であったり、見逃しやすい日常生活行動の変化に対しても関心を留め、見方を変えていく必要があると思われる。

以上のことより、①精神症状と見なしやすい精神状態の変化、②いつもと違う行動、③日常よく見かける身体症状に対して、関心を向け続けていくことが早期発見につながると考えられた。

<気づいた時に観察された症状>

イレウスと気づいた症状は、嘔気・嘔吐、排便・排ガスの停止、腹部膨満などの腹部症状であったが、嘔気や腹痛、腹部膨満に伴う苦痛の訴えは13例中5例と少なかった。このことから、向精神薬の影響により痛覚の閾値が上昇していることを考慮しておかなければ軽くみてしまいかねないことが明らかとなった。視診や聴診、触診を確実にに行い、できるだけ早期にイレウスに気づくこと、そして絞扼性イレウスと麻痺性イレウスの鑑別をすることが重要と考えられる。

今回の聞き取り事例の中にも絞扼性イレウスが2例含まれていた(事例1, 9)が、イレウスであることには気づいていたが、緊急性を知らせる十分な報告がなされていなかったこと、祝日が重なったことなどにより対応が遅れ、残念ながら腸管壊死を起こし、腸切除術および人工肛門造設術となっていた。基本的には絞扼性イレウスと麻痺性イレウスの鑑別は医師の診断によらなければならないが、そうした鑑別をより確かなものにするためにも、詳細で確実な経過報告が重要である。今回の事例では、絞扼性イレウスと麻痺性イレウスの違いとして腸雑音が挙げられた。絞扼性イレウスの場合は腸雑音がよく聴取できており、麻痺性イレウスの場合は腸雑音が微弱または消失している点である。その他、排便・排ガスが完全に停止しているなどの特徴がみられており、こうした場合は絞扼性イレウスを疑い、できるだけ早い対応が必要であったと思われる。

以上のことより、イレウスの鑑別に必要な詳細で正確な情報の観察・報告が、早期発見・対処につながると考えられた。

V. 結 論

今回、イレウスを発見した看護師の聞き取り調査から、それぞれの段階にイレウスを観察する際のポイントと姿勢を整理することができた。これは精神科看護師だけでなく、認知症などの高齢者の介護者にも活用できると考えられた。

今後は抽出した観察ポイントおよび姿勢を活用し、有用性を確かめる介入研究を行っていきたいと考えている。そして、事例数を増やすと共に新たな観察ポイントを追加し、早期発見につながる観察方法を明らかにしていきたい。

謝 辞

データ提供にご協力いただきました病院の方々に、厚く御礼申し上げます。看護部長さんには、対象患者さんの選定や日程調整などのご協力とともに励ましをいただきました。

そして、聞き取り調査に応じてくださった看護師の皆様にはお忙しい中、快く応じてくださり、熱心に語っていただきました。心より感謝いたします。本当にありがとうございました。

また、本研究の一部は第31回日本看護研究学会(札幌)で発表しました。

要 旨

精神疾患患者のイレウスに気づいた看護師13名の観察した内容から、イレウスの早期発見および対処につながる観察ポイントを明らかにした。看護師が患者のイレウスに気づいたプロセスは<ハイリスク状態><ハイリスク要因の付加><気づく前に観察された症状><気づいた時に観察された症状>の4つの段階を持つフローチャートに表すことができた。各段階における早期発見につながる観察ポイントとして、①イレウスの既往、下剤の常用、腹部手術の既往がある患者は意識して腹部症状を観察する、②内服薬の増量もしくは追加、発熱・脱水、活動量の低下がみられた時は、イレウスの可能性を予測して観察する、③精神情緒状態の変化、いつもと違う行動、日常よく見かける身体症状に対して、見方を変えて観察する、④客観的に視診や聴診、触診を確実にを行い、イレウスの鑑別に必要な詳細で正確な情報の観察、報告をする重要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify an observation method that is useful for early detection of ileus in patients with mental disorders. Thirteen nurses, who had noticed the onset of ileus in patients with mental disorders, were interviewed.

The results showed that the following observation methods were important for early detection of ileus: (1) careful observation of abdomen symptoms in patients with medical history of ileus, abdominal surgery, or common use of a laxative. (2) careful observation of an abdomen when increase in quantity of oral medicine, fever elevation, dehydration, or decrease in daily activities was recognized. (3) careful observation of a change of mental states, and a behavior that differs from usual. (4) collection of information that is necessary for distinguishing ileus from other symptoms, by examining inspection, auscultation, and palpation with certainty.

Based on these results, in the future we would like to increase the number of case and add new observation methods that are useful for early detection.

文 献

- 1) 相原友直, 斎藤百合枝, 他: 合併症ケアで求められる観察の目, 精神看護, 1(4), 16-19, 1998.
- 2) 岩淵正之: 身体合併症の医学, 精神看護, 1(4), 20-23, 1998.
- 3) 坂口正道: 身体合併症医療の現状と展望: 坂田三允(編): 精神看護エクスペール3 身体合併症の看護, 6-11, 中山書店, 東京, 2004.
- 4) 有賀 元, 天野智文, 他: 精神科患者にみられた消化器疾患合併症例の検討, 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費による11~13年度総括研究報告書 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 193-198, 2002.
- 5) 稗田正志, 坂井慶子: 第3章 III. C. 向精神薬と身体疾患の関連性: 岩淵正之, 江畑敬介(編著): 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, 85-91, 新興医学出版社, 東京, 1996.
- 6) 羽生 丕: 第4章 IV. イレウス: 岩淵正之, 江畑敬介(編著): 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, 167-178, 新興医学出版社, 東京, 1996.
- 7) 横山雅一: 身体合併症病棟について, 日精協誌, 11(4), 318-322, 1992.
- 8) 相馬 厚: 身体合併症を早期発見するための観察ポイント, 精神看護, 8(1), 43-48, 2005.
- 9) 加藤寿貴: 合併症看護のむずかしさと可能性, 精神看護, 1(4), 12-15, 1998.
- 10) 青木歌子: 第2章 IV. 内科的疾患を持つ精神科身体合併症患者の看護: 岩淵正之, 江畑敬介(編著): 精神障害者に対する身体合併症診療の実際, 69-75, 新興医学出版社, 東京, 1996.

[平成17年7月11日受 付]
[平成17年10月4日採用決定]

子宮内膜症患者の看護の現状と課題

— 看護職者の問題の認識と看護に影響を及ぼす要因の分析から —

Present State and the Problems Concerning of Nursing of Patients with Endometriosis
— Analysis of Factor that Influences the Nurse's Recognition and Nursing for Patients —

田 渕 康 子¹⁾
Yasuko Tabuchi

宮 崎 文 子²⁾
Fumiko Miyazaki

キーワード：子宮内膜症，看護職，認識，性役割パーソナリティ

Key Words：endometriosis, nurses, recognition, sex-role personality

I. 緒 言

子宮内膜症は、生殖年齢層の女性に好発し、約12万人の女性が子宮内膜症の診断で治療を受け、100万人以上の罹患者がいるものと推定されている¹⁾。子宮内膜症の疼痛は、進行に応じて月経時以外の下腹部痛や排便痛・性交痛・腰痛などを生じるようになり²⁾、また、患者の約30～60%が不妊を伴うといわれる³⁾。発症誘因には月経の累積期間が関与することが示唆され^{4, 5)}、女性の晩婚化と出産年齢の高齢化、妊娠・分娩回数の減少に伴い、今後さらに子宮内膜症患者が増えるものと予測される。このように、子宮内膜症は長期間にわたって女性のQOLを著しく損ない、ライフサイクルの中で結婚や出産・子育てといった女性の役割を最も発揮する時期に、患者は性の問題や自分自身の生き方と向きあわなければならない、内面的な深い問題を抱えていると考えられる。

子宮内膜症を病むということは、「産む機能」を脅かされることであり、女性のセクシュアリティと密接に関連しており⁶⁾、時として女性としての価値や自己概念を揺るがす問題となって子宮内膜症患者の心に押し掛かることが予測される。このような患者の性の問題と向き合っていくときには、看護者が患者や家族の問題をどのように理解するかということが重要であるが、それに加えて看護者自身が性に対してどのような価値観を持っているのか、看護者自身にも目を向けることが必要である。なぜなら、性に関する看護ケアには、看護職者自身の性に対する価値観が強く影響するからである^{7, 8)}。

1970年代頃から性差心理学や性役割心理学の領域において「心理的両性具有」(Androgyny) という概念が用いられるようになり、Bemは自ら開発した性役割パーソナリティ尺度を用いた研究において、「性役割の中で男性性も

女性性も高いアンドロジニアスなタイプは場面に応じて適した性役割をとれるため、性役割ステレオタイプの人よりも健全で、融通性がよく、より社会適応した人格特性を持つ」とし、アンドロジニーに積極的、肯定的な価値を与えている^{9, 10)}。性役割パーソナリティ尺度を用いた性役割意識と精神状態や社会文化的要因との関連が盛んに研究され、看護職者を対象にした研究においては、看護職の職位と性役割パーソナリティが関連している¹¹⁾ という報告がみられる。性役割パーソナリティは社会的に期待される男女の心理特性を共通軸に置き、性役割意識を評価することから、個々の性に対する価値観が反映されたものと考えられる。このことから、子宮内膜症患者の看護に、性役割パーソナリティが影響を及ぼしている可能性があると考えられる。

以上のことから、患者と接する機会が最も多い看護職者が、患者の抱える問題をどのように認識し、対応しているかということは、それらの問題の解決に大きな役割を果たすものと考えられる。しかし、看護職者が子宮内膜症患者の持つ問題をどう捉え看護しているかといったことや、患者の看護に影響を及ぼすような要因はなにかといった看護職者に焦点を当てた研究は見あたらない。そこで本研究では、子宮内膜症患者の看護の現状と課題を明らかにするために、子宮内膜症患者の看護に関わる看護職者の患者の問題の認識と看護の実態を調査し、看護に影響を及ぼす要因を看護職者の属性と性役割の側面から検討し、看護の方向性を探る基礎資料にすることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象

調査対象は、産婦人科診療部門を有し、調査に協力が得

1) 福岡県立大学看護学部 Fukuoka Prefectural University Faculty of Nursing

2) 大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Science

られた九州北部地域の11施設で、現在または過去に産婦人科病棟または産婦人科外来で勤務経験のある看護職者215名である。11施設の内訳は、病床数300～650の公立総合病院7施設、病床数75～360の私立病院3施設、不妊専門のクリニック1施設で、いずれも婦人科病床を備えた施設である。

2. 調査方法

調査方法は、自記式質問用紙を用いた郵送調査とした。調査期間は、2003年7月1日～8月31日までの2か月間である。

3. 調査内容

調査内容は、子宮内膜症患者の看護に関する質問項目、性役割パーソナリティ尺度、フェイスシートの3部門で構成した。

- ① 子宮内膜症患者の看護に関する質問項目は、子宮内膜症に関連した先行研究から内容を精選して質問項目を抽出し、指導教員の指導に基づいて作成した。質問内容の妥当性に関しては、婦人科看護に精通した大学院生と教員数名により検討した。内容は、子宮内膜症に対するイメージ、患者からの相談、身体・心理・社会的な側面からみた看護職者の問題認識・その対応の程度と対応の内容に関する5領域、計13項目から構成した(表1)。

表1 調査内容概要

1. 子宮内膜症看護に関する調査項目			
上位項目	下位項目	項目数	回答
子宮内膜法に対するイメージ		10項目	多項選択
患者からの相談	患者からの相談	1項目	4件法
	相談を受けた内容	11項目	複数選択
身体的側面	相談を受けなかった理由	3項目	複数選択
	問題の認識	22項目	複数選択
	問題への対応程度	1項目	4件法
心理的側面	問題への対応内容	5項目	複数選択
	問題の認識	11項目	複数選択
	問題への対応程度	1項目	4件法
社会的側面	問題への対応内容	8項目	複数選択
	問題の認識	6項目	複数選択
	問題への対応程度	1項目	4件法
	問題への対応内容	9項目	複数選択
2. 性役割パーソナリティ			
	男性性尺度	20項目	7件法
	女性性尺度	20項目	7件法
	社会的望ましさ	20項目	7件法
3. 個人属性			
	年齢	看護経験	婦人科看護経験
	所属	子宮内膜症の情報源	
			記入式

- ② 性役割パーソナリティは、Bemにより作成された尺度 Bem Sex Role Inventory¹²⁾ を、東が日本語版に改変し、信頼性・妥当性を検証したBSRI日本語版¹³⁻¹⁵⁾ を用いた。BSRI日本語版は、男性性・女性性・社会的望ましさの

3つの下位尺度から構成される。各々の下位尺度はそれぞれ20項目からなり、自分にあてはまる程度を「決して、あるいはほとんど自分にあてはまらない」から「常に、あるいは多分にそのような特徴が自分にあてはまる」までの7件法で回答するものである。

- ③ フェイスシートには、年齢、資格、看護経験年数、婦人科看護経験年数、現在の所属を含めた。

4. 分析方法

- ① 子宮内膜症患者の看護に関する質問項目の記述統計量を算出した。
- ② 性役割パーソナリティは、男性性尺度、女性性尺度ごとに得点を単純加算し、各尺度のサンプルの中央値を基準として対象者を4つの性役割タイプに分割する。男性性得点と女性性得点がともに中央値より高いものを「アンドロジニー型」、女性性得点が中央値より高く、男性性得点が中央値より低いものを「女性性型」、男性性得点が中央値より高く、女性性得点が中央値より低いものを「男性性型」、女性性得点と男性性得点がともに中央値より低いものを「未分化型」に区分した。
- ③ 患者からの相談に影響する要因に関しては、年齢、婦人科看護の経験年数、性役割パーソナリティによる違いを調べるためにクロス表の χ^2 検定を行った。
- ④ 看護に影響する要因に関しては、まず、身体・心理・社会的な問題認識の設問において選択された回答の合計をそれぞれ点数化した。次に、問題への対応の程度について、対象者が認識した身体・心理・社会的それぞれの問題全般に対し、どの程度対応しているかという基準で回答を得た結果を分析した。さらに、対応内容について、それぞれの設問において選択された回答の合計を点数化した。以上の問題認識、問題への対応程度、問題への対応内容について、年齢、婦人科看護の経験年数、性役割パーソナリティによる違いを調べるためにKruskal-Wallis検定を行った。さらに、有意差があった項目について、Steel-Dwass検定により多重比較を行った。検定は危険率5%以下をもって有意とした。データの分析には、SPSS11.5およびKyplotを用いた。

5. 倫理的配慮

データ収集にあたっては、施設長または看護部長を通して調査対象該当者に配布を依頼した。対象者には研究の目的および、研究への協力は自由意思であることを書面で伝え不明点の問い合わせ先を明記した。また、回答は無記名で個別に返送してもらい、プライバシーを保護した。なお、調査は大分県立看護科学大学研究・倫理安全委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性

質問紙の配布数は215部、回収数は132部（回収率61.4%）であった。ほとんどの項目が未記入であった2部をのぞいた130部を有効回答（有効回答率98.5%）とし、これを分析対象とした。対象は全員女性で、平均年齢は38.8歳（SD±10.3）であった。看護職の資格別では助産師資格を有するものが66名（50.8%）であった。看護経験年数は11年以上が最も多く40.7%、婦人科看護経験年数では3年未満が40%と最も多く、所属は現在産婦人科病棟に勤務しているものが66.7%であった（表2）。

表2 対象者の背景 (N=130)

背 景	人 (%)
年齢層	20代 32 (24.8)
平均38.81	30代 37 (28.7)
SD 10.3	40代 34 (26.4)
n = 129	50代 26 (20.1)
資格	准看護師 9 (6.9)
	看護師 55 (42.3)
	助産師 66 (50.8)
看護経験	3年未満 9 (6.9)
	3～5年 13 (10.0)
	6～10年 29 (22.3)
	11年以上 79 (40.7)
婦人科看護経験	3年未満 52 (40.0)
n = 129	3～5年 26 (20.0)
	6～10年 24 (18.5)
	11年以上 27 (20.8)
現在の所属	産婦人科外来 21 (16.2)
	産婦人科病棟 88 (67.7)
	その他 21 (16.2)

性役割の分類は、性役割パーソナリティ尺度に記入漏れのない123名を分析対象とした。男性性尺度の中央値80（±14.9）、女性性尺度の中央値91（±12.12）を基準として、「アンドロジニー型」41名、「女性性型」24名、「男性性型」22名、「未分化型」36名に分類した。

2. 子宮内膜症に対するイメージ

子宮内膜症に対するイメージとして、子宮内膜症の特徴を示す10項目について「はい」「いいえ」「分からない」の多項選択で答えてもらった。その結果を表3に示す。「はい」と答えたものが最も多かったのが「症状は個人で多様である」96.2%、次いで「再発しやすい」73.1%であった。一方、「いいえ」と答えたもので最も多かったのは、「治りやすい」と「結婚したら治る」が88.5%、次いで「深刻な病気ではない」82.3%であった。また、「わからない」と答えたものが最も多かったのは「治療費が高い」49.6%、次いで「予後が不確実」と「治療法の選択が困難」が23.1%と続いた（表3）。

表3 子宮内膜症に対するイメージ (N=130) 人 (%)

	はい	いいえ	分からない
症状は個人で多様	125 (96.2)	4 (3.1)	1 (0.8)
再発しやすい	95 (73.1)	9 (6.9)	26 (20.0)
予後が不確実	82 (63.1)	18 (13.8)	30 (23.1)
治療法の選択が困難	66 (50.8)	34 (26.2)	30 (23.1)
治療費が高い (n=129)	40 (31.0)	25 (19.3)	64 (49.2)
治りやすい	6 (4.6)	115 (88.5)	9 (6.9)
結婚したら治る	1 (0.8)	115 (88.5)	14 (10.8)
深刻な病気ではない	11 (8.5)	107 (82.3)	12 (9.2)
妊娠したら治る	36 (27.7)	69 (53.1)	25 (19.2)
不定愁訴が多い (n=128)	69 (53.1)	38 (29.2)	21 (16.2)

3. 患者からの相談頻度と内容

対象者が患者から相談を受けた頻度を「よく受ける」「時々受ける」「たまに受ける」「受けたことがない」の4件法で尋ねた。「よく受ける」4.7%、「時々受ける」12.6%、「たまに受ける」55.9%であった。これら相談を受けたことがあると答えたものに、その相談の内容について、11項目の中から複数回答で選択してもらった。多かったのは「症状について」78.5%、「不妊に関すること」66.7%、「治療法に関すること」63.4%であった。

また、相談を受けたことがないものに、なぜ相談を受けないと思うかその理由を尋ねた結果、「人間関係ができていない」35.3%、「忙しそうにしている」23.5%、「性に関する内容のために話しにくい」14.7%であった。

さらに、対象者が患者から相談を受けた頻度を、よく受ける・時々受ける・たまに受ける、を併せた「相談を受けた群」と、「受けたことがない群」の2群に分け、年齢、婦人科看護の経験年数、性役割パーソナリティとの関係をみた（表4）。年齢との関係はみられず、婦人科看護の経

表4 患者相談の有無と関連要因の関係

年代 (N=127)	受けた	受けない
20代	22 (71.0)	9 (29.0)
30代	22 (61.1)	14 (38.9)
40代	27 (79.4)	7 (20.6)
50代	22 (84.6)	4 (15.4)
	$\chi^2 = 5.160$	$p = 0.16$
婦人科看護経験年数 (N=126)	受けた	受けない
3年未満	31 (62.0)	19 (38.0)
3～5年	19 (73.1)	7 (26.9)
6～10年	18 (78.3)	5 (21.7)
11年以上	24 (88.9)	3 (11.1)
	$\chi^2 = 6.853$	$p = 0.077$
性役割パーソナリティ (N=121)	受けた	受けない
アンドロジニー型	35 (89.7)	4 (10.3)
女性性型	18 (75.0)	6 (25.0)
男性性型	16 (72.7)	6 (27.3)
未分化型	22 (61.1)	14 (38.9)
	$\chi^2 = 8.329$	$p = 0.040$

験年数との関係では、11年以上の看護職者が相談を受けた割合が多い傾向がみられた。性役割パーソナリティとの関係では、アンドロジニー型は相談を受けた割合が多く、未分化型は他に比べて受けていない割合が多く有意差がみられた ($p < 0.05$)。

4. 子宮内膜症患者に対する看護者の問題認識とその対応

1) 身体的問題の認識とその対応

身体的な問題について、患者団体の調査結果¹⁶⁾を参考に22項目を設定し、「問題と捉える症状をいくつでも選択してください(複数回答可)」と記載し、選択してもらった。対象者の80%以上が選択したのは「月経時の下腹部痛」と「不妊」であった。子宮内膜症の代表的な症状といわれる「月経時以外の下腹部痛」「性交痛」「排便時痛」は50%を割っていた(表5)。

表5 身体的問題の認識 (N=130) 人 (%)

問題	人 (%)
月経時の下腹部痛*	123 (94.6)
不妊*	114 (87.7)
腰痛*	90 (69.2)
月経時以外の下腹部痛*	62 (47.7)
月経過多	61 (46.9)
性交痛*	58 (44.6)
不正出血	43 (33.1)
吐気・嘔吐	41 (31.5)
腹部膨満	41 (31.5)
排便時痛*	31 (23.8)
疲労感・消耗感	29 (22.3)
頭痛	28 (21.5)
肩こり	12 (9.2)
微熱	10 (7.7)
便秘	9 (6.9)
下痢	8 (6.2)
めまい	7 (5.4)
背部痛	6 (4.6)
外陰部痛	4 (3.1)
下肢痛	4 (3.1)
頻尿	3 (2.3)
関節痛	1 (0.8)

*代表的な症状 複数回答

次に、問題に対する対応の程度を「よく対応」「まあまあ対応」「少し対応」「対応していない」の4件法で尋ねた。「よく対応」1.6%、「まあまあ対応」35.4%、「少し対応」48.8%、「対応していない」が14.2%であった(図1-A)。さらに、「よく~少し対応している」と答えたものに、具体的な対応内容を5項目の中から複数回答で選択してもらった。「症状緩和のケア」が71.6%と最も多く、次いで「症状の変化を観察する」69.7%、「医師の指示に従う」が43.1%、「患者自身が症状をコントロールできるように指導する」は31.2%と最も低かった(図1-B)。

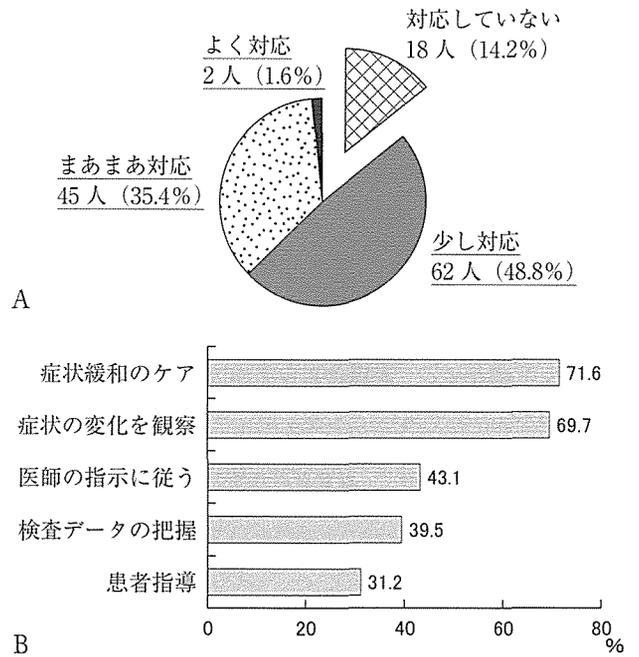


図1 身体的問題への対応とその内容

注1: 図1-Aは身体的問題への対応程度を示す (N=127)

注2: 図1-Bは身体的問題へ対応していると答えた109名の、問題に対する対応の内容を示す

2) 心理的問題の認識とその対応

心理的な問題と考えられる11項目を設定し、複数回答で選択してもらった。最も多かったのは「不妊への不安」で87.7%、これ以外の項目は50%以下で著しく低率であった(表6)。

次に、問題に対する対応の程度を「よく対応」「まあまあ対応」「少し対応」「対応していない」の4件法で尋ねた。「よく対応」0.8%、「まあまあ対応」23.8%、「少し対応」62.7%であった(図2-A)。さらに、「よく~少し対応している」と答えたものに、具体的な対応内容を8項目の中から複数回答で尋ねた。「患者から訴えがあれば聞く」が79.1%と最も多く、次に「共感的理解を示す」67.3%、「患者と話す機会を作る」は47.3%で過半数を割った(図2-B)。

表6 心理的問題の認識 (N=130) 人 (%)

問題	人 (%)
不妊への不安	114 (87.7)
情緒不安定	62 (47.7)
治療法選択時の迷い	55 (42.3)
患者の知識不足による不安	53 (40.8)
パートナーとの関係	46 (35.4)
周囲の人の言動が及ぼす影響	45 (34.6)
妊産婦や子連れの母親を見たときの否定的感情	28 (21.5)
女性としての価値観	28 (21.5)
うつ症状	19 (14.6)
人生への不安	15 (11.5)
自尊感情	10 (7.7)

複数回答

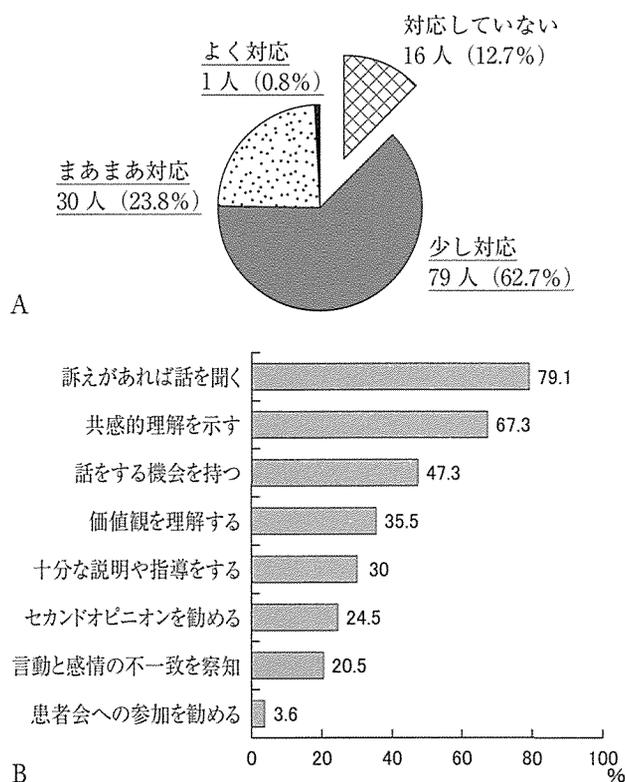


図2 心理的問題への対応程度とその内容

図2-Aは心理的問題への対応程度を示す (N=126)

図2-Bは心理的問題へ対応していると答えた110名の、心理的問題に対する対応の内容を示す

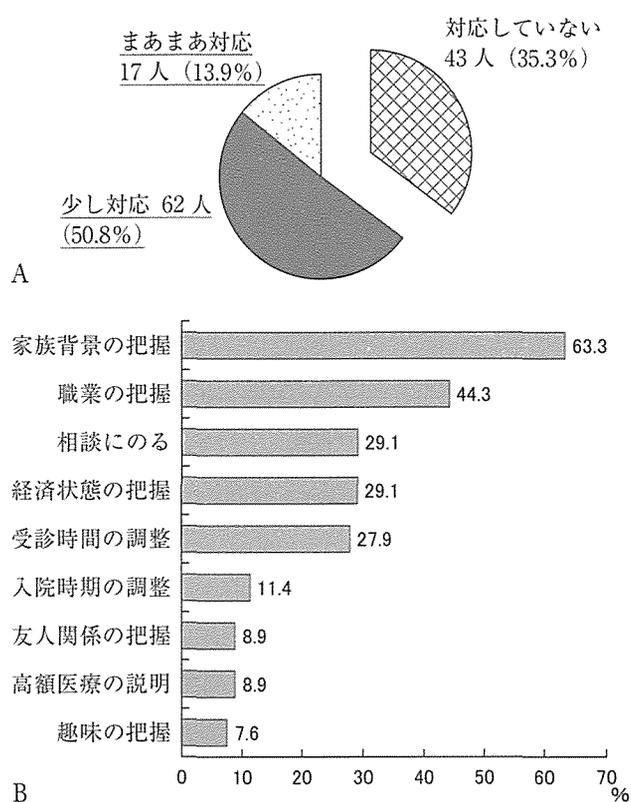


図3 社会的問題への対応程度とその内容

注1：図3-Aは社会的問題への対応程度を示す (N=122)

注2：図3-Bは社会的問題へ対応していると答えた79名の、問題に対する対応の内容を示す

3) 社会的問題の認識とその対応

社会的な問題と考えられることを6項目設定し、複数回答で尋ねた。「日常生活への影響」が最も高く76.2%、次いで「学校や仕事への影響」63.1%、「人生設計への影響」51.5%の順であった(表7)。

次に、問題に対する対応の程度を「よく対応」「まあまあ対応」「少し対応」「対応していない」の4件法で尋ねた。「よく対応」と答えたものはみられず、「まあまあ対応」13.9%、「少し対応」50.8%、「対応していない」が35.3%であった(図3-A)。さらに、「まあまあ～少し対応」と答えたものに、具体的な対応の内容を9項目設定し、複数回答で尋ねた。最も高率を示したのは「家族背景の把握」で63.3%。次いで「職業の把握」が44.3%、「経済状態の把握」と「相談にのる」が29.1%と続いた。しかし、入院時期の調整、高額医療制度の説明などは著しく低率を示した

表7 社会的問題の認識 (N=130)

	人 (%)
日常生活への影響	99 (76.2)
学校や仕事への影響	82 (63.1)
人生設計への影響	67 (51.5)
経済的負担	38 (29.2)
社会的疎外感	9 (6.9)
引きこもり	9 (6.9)
	複数回答

(図3-B)。

5. 看護職者の子宮内膜症患者への看護に影響を及ぼす要因

子宮内膜症患者の看護に影響を及ぼす要因について、年齢は20代・30代・40代・50代の4群、婦人科看護の経験年数は3年未満・3～5年・6～10年・11年以上の4群、性役割は性役割タイプ別の4群に区分し分析した。

1) 問題の認識に影響を及ぼす要因

身体的な問題の認識と性役割の関係において、アンドロジニー型の性役割タイプが他に比べて平均値が高く、アンドロジニー型と未分化型 (P<0.001)、アンドロジニー

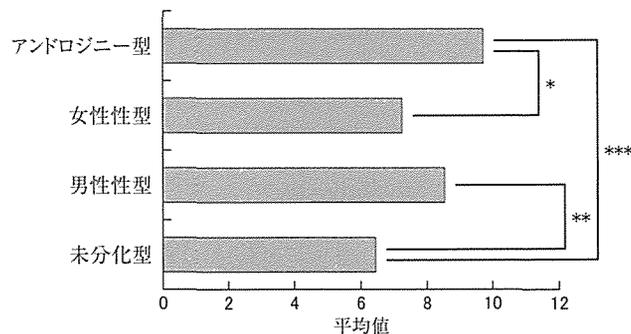


図4 身体的問題の認識に影響を及ぼす要因

Steel-Dwass検定 * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

型と女性性型 ($P < 0.05$), 男性性型と未分化型 ($P < 0.01$)
 で有意差がみられた (図 4)。

2) 問題への対応程度に影響を及ぼす要因

身体的な問題への対応程度と婦人科看護の経験年数との

関係では, 婦人科看護の経験年数 6~10年が他に比べて平均値が高く, 6~10年と3年未満 ($p < 0.05$) において有意差がみられた (図 5-A)。

心理的な問題への対応程度と年齢との関係では, 50代が

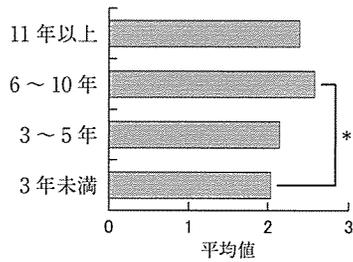


図 5-A 身体的問題への対応程度と婦人科看護経験年数との関係

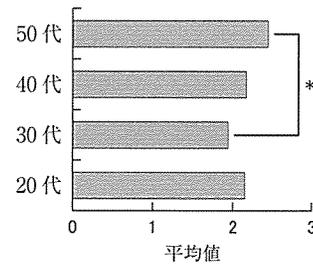


図 5-B 心理的問題への対応程度と年齢との関係

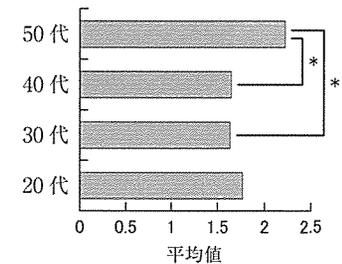


図 5-C 社会的問題への対応程度と年齢との関係

図 5 問題の対応程度に影響を及ぼす要因

Steel-Dwass検定 * $p < 0.05$

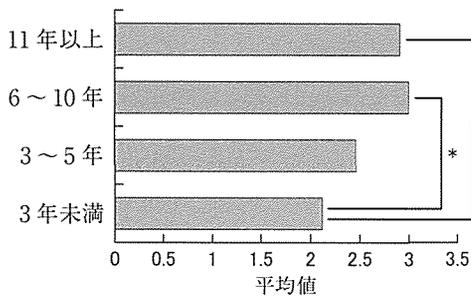


図 6-A 身体的問題への対応内容と婦人科看護の経験年数との関係

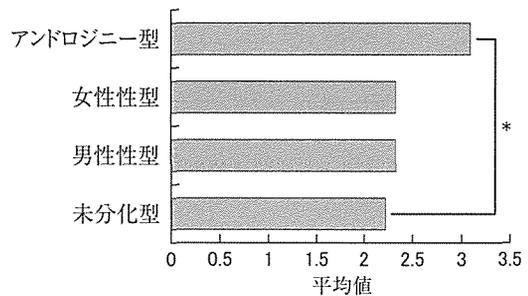


図 6-B 身体的問題への対応内容と性役割との関係

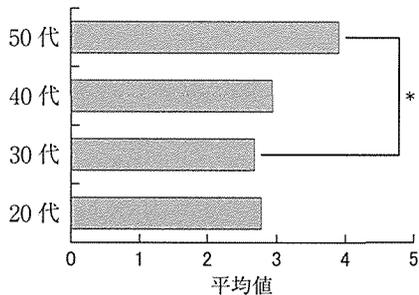


図 6-C 心理的問題への対応内容と年齢との関係

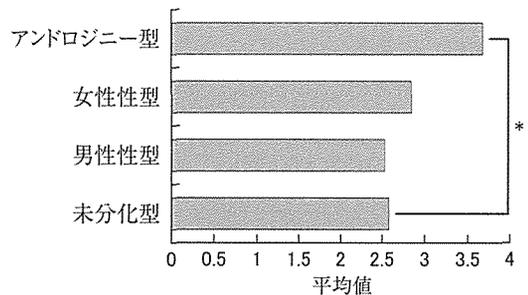


図 6-D 心理的問題への対応内容と性役割との関係

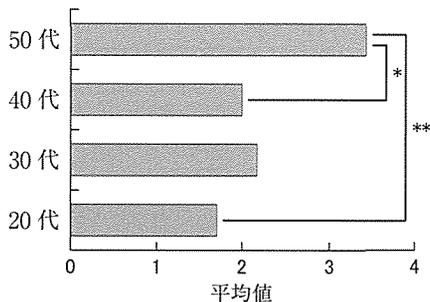


図 6-E 社会的問題への対応内容と年齢との関係

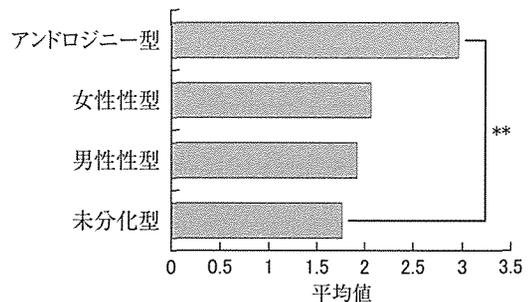


図 6-F 社会的問題への対応内容と性役割との関係

図 6 問題への対応内容に影響を及ぼす要因

Steel-Dwass検定 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

他に比べて平均値が高く、50代と30代 ($p < 0.05$) において有意差がみられた (図5-B)。

社会的な問題への対応程度と年齢との関係では、50代が他に比べて平均値が高く、50代と40代 ($p < 0.05$)、50代と30代 ($p < 0.05$) において有意差がみられた (図5-C)。

3) 問題への対応内容に影響を及ぼす要因

身体的な問題への対応内容と婦人科看護の経験年数との関係では、婦人科看護の経験年数6~10年が他に比べて平均値が高く、6~10年と3年未満 ($p < 0.05$)、11年以上と3年未満 ($p < 0.05$) において有意差がみられた (図6-A)。身体的な問題への対応内容と性役割との関係では、アンドロジニー型が他に比べて平均値が高く、アンドロジニー型と未分化型 ($P < 0.05$) で有意差がみられた (図6-B)。

心理的な問題への対応内容と年齢との関係では、50代が他に比べて平均値が高く、50代と30代 ($p < 0.05$) において有意差がみられた (図6-C)。心理的な問題の対応内容と性役割との関係では、アンドロジニー型が他に比べて平均値が高く、アンドロジニー型と未分化型 ($P < 0.05$) で有意差がみられた (図6-D)。

社会的な問題への対応内容と年齢との関係では、50代が他に比べて平均値が高く、50代と40代 ($p < 0.05$)、50代と20代 ($p < 0.01$) において有意差がみられた (図6-E)。社会的な問題への対応内容と性役割との関係では、アンドロジニー型が他に比べて平均値が高く、アンドロジニー型と未分化型 ($P < 0.01$) で有意差がみられた (図6-F)。

IV. 考 察

1. 看護職者の子宮内膜症の捉え方

今回の調査で、対象者の子宮内膜症に対するイメージは、症状は多様で、治りにくい深刻な病気であると捉えている対象者が8割以上を占めていた。しかし、一方で、予後が不確実の項目で「いいえ」「わからない」と答えたものをあわせると4割と、予後の不確実性を十分に捉えられていないと思われた。また、妊娠したら治るの項目で「はい」「分からない」と答えたものをあわせると5割近くにあり、妊娠と本症との関係を把握できていないことが推測された。日本の医学界において、子宮内膜症が閉経までは完治しないと認識されるようになったのは1995年以降である¹⁷⁾。閉経まで完治しない病気として注目されだしたことが、看護職者の子宮内膜症に対する、治りにくい深刻な病気というイメージに反映されていると思われる。しかし、看護職者に予後の不確実性や妊娠との関係が理解されていないということは、子宮内膜症は妊娠すれば治る、という認識が看護職者から払拭されていないことが考えられる。

2. 子宮内膜症看護の現状の問題点

今回の調査で対象者は、子宮内膜症の代表的な症状と言

われる月経時の下腹部痛、月経時以外の下腹部痛、腰痛、排便時痛、性交痛と不妊のうち、月経時の下腹部痛と不妊は8割以上が問題と捉えていた。しかし、月経時以外の下腹部痛は約5割、排便時痛は3割にも満たなかった。これを、患者団体が実施した調査結果¹⁸⁾と比較すると、月経時以外の下腹部痛は患者の76%、排便時痛は患者の58%が訴えており、看護職者が捉える症状と患者が捉える症状とにずれがみられた。このことは、患者をケアしていく上で大いに問題であるといえよう。

対象者が捉える患者の心理的な問題は、不妊への不安に集中し、その他の問題に対する認識は低かった。子宮内膜症患者の約半数は不妊を伴うと言われることや、生殖医療の目覚ましい発展などが看護職者の不妊に対する認識の高さに反映されていると思われる。しかし、看護職者の認識は、不妊という状態が子宮内膜症患者にもたらす複雑な問題状況には向けられていないことが推測される。

また、対象者の中で、子宮内膜症患者が治療法を選択する時の迷いを問題に捉えているものは5割にも満たなかった。子宮内膜症患者を取り巻く医療は、1980年代以降著しい変化を遂げ、患者の選択肢は多岐に渡るようになった。このことは、患者にとってメリットでありながら、一方で、治療法を選択する場面で混乱を招くという状況を生み出しているが、看護職者の多くは、このような患者の問題に気づいていないと考えられる。Lindbergらは、女性患者が子宮摘出の決心をするまでの意思決定のプロセスにおいて看護者が情報提供や相談などの役割を發揮していないと報告している¹⁹⁾。今回の調査結果からも、看護職者は患者の自己決定を支えるための、対象の理解や個々の問題の状況に応じた支援といった、深い関わりができていないことが示唆された。

心理的な問題に対する対処内容を見ても、患者から訴えがあれば話を聞くという対象者が8割で、自ら患者と話しをする機会を持つというものは5割にも満たず、積極的に患者に関わっていくという姿勢が不足しているという結果を得た。積極的に患者と関わることがなければ、看護職者は患者の身近な存在として患者の心理的な問題を知ることでもできないと考えられる。このように、看護職者が本症に対する心理面での十分なケアを提供できていないことも問題としてあげられよう。

3. 看護職者の子宮内膜症患者への看護に影響を及ぼす要因

本調査では、50歳代の年齢の高い対象者と、婦人科看護の経験年数が6~10年の対象者が、子宮内膜症患者の問題に対して、多様な対応ができ、患者からの相談も多いという結果であった。木村らは、患者の個性の尊重や状況に応じた判断や対処は経験を積み幅広い体験をした年齢の高い

看護職者が経験の浅いものに比べてより体得していると述べており²⁰⁾、本調査の結果でも同様の傾向を示した。年齢を重ねる中での豊富な人生経験、つまり結婚や出産・子育てといった伝統的な女性の役割を果たしてきたものや、それらに加え、職業との両立の中で育まれた男性的な役割を含める豊富な体験が、性や将来の人生設計など内面的な問題を抱える子宮内膜症患者の看護に生かされ、患者のニーズに即した看護につながっていると思われる。

また、子宮内膜症患者の看護に、看護職者自身の性役割パーソナリティが影響を及ぼしていた。Bemは、男性性も女性性も高いアンドロジニアスなタイプは場面に応じて適した性役割をとれるため、性役割ステレオタイプの人よりも健全で、融通性が高く、よく社会適応した人格特性を持つとし、アンドロジニーに積極的、肯定的な価値を与えている²¹⁾。今回の調査結果でも、アンドロジニー型が他の性役割タイプに比べて、患者の問題を多面的に捉え、幅広い対応ができており、患者からの相談の割合が多いという結果を得た。子宮内膜症患者の中には、結婚・夫婦・家族・性同一性・性役割などの性にまつわる心理社会的問題を抱えながら、相談できず悩んでいる人も多い。このような性に関する問題は患者にとってはもちろん、看護者にとっても相談に応じることが難しい問題であることが多い。なぜなら、看護者にとって患者の性の問題に向き合い対処することは、看護者自身の性の価値観を揺さぶられることにもなり得るからである²²⁾。このように自分自身の価値観を問われるような様々な援助場面において、アンドロジニアスなタイプの看護職者は、患者が抱える様々な問題状況に応じた対処が取れていることが考えられた。つまり、女性性やセクシュアリティと直接的に関連した問題を抱えている子宮内膜症患者を看護する上で、看護職者は男性性も女性性も兼ね備えた性役割がとれることが望ましいと示唆された。このことは、換言すれば、男性性、女性性のいずれかに偏った性役割ステレオタイプや、いずれも低い未分化タイプの看護職者は、患者の問題状況に応じた適切な対処ができない可能性があるといえよう。

4. 子宮内膜症患者の看護への提案

看護職者は子宮内膜症の特徴を十分に捉えていないことが明らかになった。子宮内膜症は、1980年以降病因・病態や至適な治療法に関する新たな知見が数多く報告されている。個々の患者に応じた看護を提供するために、看護職者もこれらの最新情報を看護ケアに生かすことが必要であり、勉強会の企画や、研修会への参加が望まれる。また、インターネット上で盛んに行われている患者同士の情報交換からも有益な情報が得られると考える。

看護職者は患者と向き合う機会が不足している現状が明らかになったことから、いかにして患者と関わる機会を持

つかが今後の課題であり、相談窓口や電話相談の設置などが望まれる。また、子宮内膜症患者において、自助グループがよい効果を及ぼすと報告されており²³⁾、施設内や地域で患者会を支援していくことも必要と考える。さらに、事例検討などを通して個々の患者に関心を向けることや、子宮内膜症患者の看護に関して普遍性を見いだすような研究の蓄積が望まれる。

子宮内膜症患者の看護に看護職者の年齢と婦人科看護の経験が影響していた。患者と接する機会が多い婦人科外来には、婦人科病棟での看護を数年経験し、人生経験も豊富な年齢の看護職者を配置することが望ましいと提案する。

また、看護職者の性役割パーソナリティも、子宮内膜症患者の看護に影響を及ぼしていた。看護職者は、優しく愛情豊かといった女性らしさと同時に積極的で力強い男性的な資質も兼ね備えていることが望ましい。自己の性役割を自覚し振り返ることが、アンドロジニーの確立への第一歩であり²⁴⁾、子宮内膜症患者と向き合っていく上で看護職者に求められる重要な資質であるといえよう。ただし、女性は加齢にともなって男性性が増大すると示唆されていることや²⁵⁾、看護職の職位が上がるにつれアンドロジニー型と男性性型が増加すると言われることから²⁶⁾、性役割パーソナリティと子宮内膜症患者の看護の関係は、さらに検討が必要であると考えられる。

今回の研究対象は、地方の公立総合病院に勤務する看護職者が大半を占め、さらに、対象者の大半が病棟勤務経験者であったことから、研究の一般化には限界がある。今後は対象を拡大し、地域性や施設、患者と関わる頻度と看護との関係を比較検討する必要がある。また、今回の調査内容が子宮内膜症患者の看護を網羅したものではない。今後は調査項目を精選し、信頼性や妥当性を検証していく必要がある。

V. 結 論

子宮内膜症患者の看護の現状と課題を明らかにするという目的で、看護職者を対象に意識調査を行い、以下の知見を得た。

- ① 看護職者の多くが子宮内膜症に対して、治りにくい、深刻な病気であると捉えていたが、一方で妊娠との関係や、治療法選択の困難さに対する認識は低かった。
- ② 看護職者の身体的な問題の認識は、月経時の下腹部痛と不妊に集中し、月経時以外の下腹部痛や排便時痛への認識は低かった。
- ③ 多くの看護職者は、不妊を患者の問題と捉えていたが、不妊に伴う心理的な問題への認識は低かった。
- ④ 看護職者は、経済的負担や治療費など経済面への認識が低かった。

- ⑤ 子宮内膜症患者の看護に影響を及ぼしていたのは、看護職者の年齢、婦人科看護の経験、性役割パーソナリティであった。

謝 辞

本研究に御協力いただきました各施設の看護部長、スタッフの皆様へ深く感謝いたします。なお、本論文は平成15年度大学大学院修士論文に加筆・修正を行ったものである。

要 旨

本研究の目的は、子宮内膜症患者の看護における現状と課題を明らかにすることである。対象は、婦人科看護の経験のある130人の看護師で、子宮内膜症患者の看護に関する独自の質問紙と性役割パーソナリティを測定するための日本語版BSRIを用いた。本研究により導かれた結果は、1)多くの看護師は子宮内膜症を治りにくい、深刻な病気と捉えていた。一方で妊娠との関係や、治療法選択の困難さに対する認識は低かった。2)看護職者は月経時の下腹部痛や不妊など子宮内膜症の症状を捉えていた。しかし、月経時以外の下腹部痛や排便時痛への認識は低かった。3)多くの看護職者は、不妊を子宮内膜症患者の問題と捉えていたが、不妊の心理的な問題への認識は低かった。4)子宮内膜症患者の看護に影響を及ぼしていたのは、看護職者の年齢、婦人科看護の経験、性役割パーソナリティであった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the present state and the problems of nursing for patients with endometriosis. The subjects in this study were 130 nurses with experience of endometriosis patients. An original questionnaire the nursing of endometriosis patients, and the BSRI (Bem Sex Role Inventory) for Japanese to assess sex-role personality were used in this study. The following results were obtained: 1) Most of nurses recognized that endometriosis is an intractable and serious disease. However, the nurse's recognition to the pregnancy and selection of appropriate treatment was low. 2) The nurses recognized typical symptoms of endometriosis such as lower abdomen pain of the menstruation period and infertility. However, the nurses recognized lower abdomen pain other than that of the menstruation period, and during evacuation was low. 3) Most of nurses recognized the problem of the patient with endometriosis infertility. However, the nurse's recognition of psychological problem following to infertility was low. 4) The factors that influence the nursing of endometriosis patients were age, experience in nursing gynecologic patients, and sex-role personality factors. These results show that nurses should understand the patient's illness experience and problems, and also establish more effective ways of nursing for endometriosis patients.

文 献

- 1) 武谷雄二, 寺川直樹他: 厚生省心身障害研究班「リプロダクティブヘルスからみた子宮内膜症の実態と対策に関する研究」, 平成9年度報告書, 508-514, 1998.
- 2) 寺川直樹: 子宮内膜症の最近の話題, 産婦人科治療, 83(4), 398-402, 2001.
- 3) 北脇 城: 子宮内膜症の診断, 産婦人科の世界, 54(7), 33-42, 2002.
- 4) 前掲1) 508-510.
- 5) 武谷雄二, 百枝幹雄他: 子宮内膜症の疫学的背景, 産婦人科治療, 86(6), 1022-1027, 2003.
- 6) 吉沢豊予子, 鈴木幸子他: 女性の看護学, メヂカルフレンド社, 東京, 264-273, 2000.
- 7) 朝倉京子: 看護職者の「セクシュアリティに対する態度」に影響を与える要因, 看護研究, 36(6), 71-78, 2003.
- 8) 川野雅資, 武田敏: 看護と性, 看護の科学社, 東京, 2000.
- 9) Bem, S.L.: The Measurement of Psychological Androgyny, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 155-162, 1974.
- 10) Bem, S.L.: On the Utility of Alternative Procedures for Assessing Psychological Androgyny, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 196-205, 1977.
- 11) 東 清和: 看護職の職位と性役割パーソナリティとの関連性, 産業・組織心理学研究, 4(1), 3-16, 1990.
- 12) 前掲9).
- 13) 東 清和: 心理的両性具有 I - BSRIによる心理的両性具の測定 -, 早稲田大学教育学部学術研究, 39, 25-36, 1990.
- 14) 東 清和: 心理的両性具有 II - BSRIによる心理的両性具の検討 -, 早稲田大学教育学部学術研究, 40, 61-71, 1991.
- 15) 堀 洋道・山本真理子: 心理測定尺度集 I, サイエンス社, 東京, 142-147, 2002.
- 16) 日本子宮内膜症協会: JEMA 2001年データ集, JEMA通信, 43, 2002.
- 17) 日本子宮内膜症協会: あなたを守る子宮内膜症の本, コモンズ, 東京, 28-26, 2004.
- 18) 前掲17).
- 19) Lindberg, C.E.: Women's Decision Making Regarding Hysterectomy, Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 30, 607-616, 2001.
- 20) 木村留美子, 河田史宝他: 臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響 (Part II) - 自己イメージから -, 日本看護研究学会雑誌, 25(2), 29-35, 2002.
- 21) 前掲10).

子宮内膜症患者の看護の現状と課題

- 22) 前掲8).
- 23) Wingfield, M.B.: Treatment of endometriosis involving a self-help group positively affects patients' perception of care, J. Psychosom. Obstet. Gynecol. 18. 255-258. 1997.
- 24) 青野篤子: ジェンダーの心理学, ミネルヴァ書房, 京都, 153-159, 2000.
- 25) 岡本祐子: 女性の生涯発達とアイデンティティ, 北大路出版, 京都, 12, 2002.
- 26) 前掲11).

[平成17年4月4日受 付]
[平成17年10月17日採用決定]

交通事故遺族の受ける二次被害の現状と セルフヘルプ・グループの果たす役割

Secondary Victimization and the Role of Self-Help Groups :
A Survey of Bereaved Families of Traffic Accident Victims

藤 崎 郁¹⁾
Kaoru Fujisaki

西 山 佳 奈²⁾
Kanna Nishiyama

キーワード：交通事故、遺族、被害者学、セルフヘルプ・グループ、探索研究
Key Words : traffic accident, bereaved family, victimology, self-help group, exploratory design

I. はじめに

本研究では、交通事故で家族を失った交通事故遺族について取り上げる。なぜならば、交通事故被害者の臨終の場や死の宣告には必ず医療者が立ち会うにも関わらず、現在のところ、その遺族に対するケアはほとんど行われていないばかりか、どのようなケアが必要なのかの検討すらあまりなされていないと思われるからである。しかし現実には、交通事故の発生件数は減少のきざしをみせず、そのような不幸な出来事に突然見舞われる遺族たちの数も増加するばかりである。そのことを考えれば、看護学の立場から、交通事故遺族に対するケアのあり方について検討を行うことは急務と思われる。

警察庁の交通統計によると、わが国の平成15年度の交通事故発生件数は94万7,993件、事故による負傷者数は118万1,431人、死亡者数（事故後24時間以内の死亡）は7,702人で、いずれも年々増加の一途をたどっている¹⁾。1985年に国連の犯罪防止会議で「被害者の人権宣言」が採択されたが²⁾、日本では従来、交通事故の被害者は強盗や殺人などの場合とは違って犯罪の被害者という認識のされ方が乏しかったとされる^{3, 4)}。その理由として、交通事故の多くが業務上過失致死傷などの罪として法的には認定されるものの、自動車損害賠償保障制度などの経済的補償が行われるために、経済的補償をもって落着する問題として社会に認知され、犯罪による被害者という意味合いが薄まって印象づけられてきた点が指摘されている。

そのような状況の中、1991年10月に「犯罪被害者給付制度10周年記念シンポジウム」が開催され、交通事故被害者問題の重要性について遺族自身が声を上げるにいった。それを契機に、翌年には犯罪被害者相談室が開設され、また1998年には全国被害者支援ネットワークが設立されるな

ど、遺族も含めた交通被害者への社会的対応や心のケアを担う支援組織体制の整備がようやく開始された^{5, 6)}。そして、2004年11月には犯罪被害者等基本法が成立し、今まさに交通事故遺族を含めた被害者への支援が社会全体で見直される時期にきていると言える。

一方、看護学の領域においても、ここ数年、交通事故被害者の家族への援助に関する検討が行われるようになってきている⁷⁻¹²⁾。しかしながら、それらの多くは、事故の被害者が生きて病院に運ばれ、たとえ短い期間であったとしても「患者」としてケアの対象者となった場合の「その家族への援助」の範囲にとどまっており、「遺族」そのものを最初からケアの直接的な対象者と考える視点では、まだ十分な検討がなされていない。とりわけ、病院に到着したときにはすでに被害者が死亡しており、救命処置はせずに死亡宣告だけを聞くような家族への援助については、言及すらされていない。この状況は、医学研究でも同様である。

このように、家族を突然亡くし遺族となって病院の救急外来を去る人たちへのその後の援助は、いまのところ看護や保健を含めた医療者の視野にはあまり入っていないというのが実情であるが、そういった支援を担うひとつのあり方として、セルフヘルプ・グループがある¹³⁾。セルフヘルプ・グループとは、同じような辛さを抱えた者同士が、お互いに支え合い、励まし合う中から、問題の解決や克服を図ることを目的に集う集団のことであり、1970年代以降になって徐々にその数を増している^{14, 15)}。

ホームページなどで検索したところ、交通事故の遺族たちによるセルフヘルプ・グループも、全国に少なくとも15団体は存在することが確認された（2004年12月現在）。また、先行研究においても、飲酒事故遺族のセルフヘルプ・グループに限定してではあるが、同様の視点から、その機

1) 大阪大学大学院医学系研究科看護実践開発科学講座 Osaka University Graduate School of Medicine, Nursing Science

2) 神戸市立中央市民病院 Kobe City General Hospital

能や役割についての検討がはじまっている^{16, 17)}。

とはいえ、飲酒事故の場合はそうでないケースに比べてさらに特殊な事情が関与するため、そのセルフヘルプ・グループにも特異的な特徴が現れると考えられる。本研究では、状況を飲酒事故と特定しないで、交通事故全般によって遺族となった人々へのケアについて考えたいと思う。その手がかりを得るために、まずは、交通事故遺族の集うセルフヘルプ・グループへ実際に参加してその活動の実態を知り、グループに参加している人々の思いに耳を傾けることで、交通事故遺族に対して提供すべき看護あるいは医療のあり方について考える端緒を開くことを試みる。そのための第一歩として、本研究では、交通事故遺族がどのような思いや期待を抱いて遺族のセルフヘルプ・グループに参加するのか、そうして参加したセルフヘルプ・グループはメンバーにとってどのような機能を果たしているのかに注目し、参与観察と聞き取り調査を実施した。

II. 目 的

本研究の目的は、交通事故遺族の参加するセルフヘルプ・グループの活動の実態を知り、参加者がグループに対して抱いている認識や思いを聞き取ることによって、これまでほとんど研究されていない交通事故遺族へのケアに関する示唆を得ることである。

III. 方 法

1. 調査フィールド

交通事故遺族のセルフヘルプ・グループAとBの2ヶ所に研究協力の依頼を行い、承諾を得た。研究者のうちひとりが自身もまた交通事故被害者の遺族であり、各グループの定例の会合（以下、ミーティングと称す）に参加することを許可された。グループAのミーティングは調査期間中7回開催され、うち4回に参加した。グループBは2回開催され、うち1回に参加した。調査期間は、2004年2月から2005年1月までであった。

2. データ収集

初回のミーティングに参加した際に、「交通事故被害者に対するサポートの現状について理解を深め、医療の場においても何かできることがないかを考えたいと思っている看護学生（当時）であり、自分も事故で家族を亡くした遺族」として全体場でまず自己紹介を行なった。そして、他のメンバーと同じように会に参加し、時には自分の事故についての話しもしながらデータ収集を行った。これらの過程では、許可を得てその場でメモを取り、事後に詳細なフィールドノートを作成した。また、ミーティングという公式の場だけでなく、ミーティング後のお茶会などに参加したり、行き帰りを共にしたり、メールや電話のやりとり

をしたり、食事をともにするなどの非公式の場にも参加し、そのつど許可を得て、同様にデータ収集を行った。

また同時に、より多くのミーティングが開催され、参加が可能なところであったグループAの参加者のうち、研究者が参加したミーティングで話を聞くことのできた遺族を対象に、個別に非構成的インタビューを行った。その際には、事前にグループおよび対象者個人の承諾を得た。インタビュー中、対象者の了承が得られれば録音を行い、その全文を文字におこして分析の対象とした。

3. データ分析

データの分析はデータ収集と並行して行った。ひとりの研究者が収集したデータ、すなわちフィールドノートやテープおこしの内容は、フィールドに参与しない研究者と速やかに共有し、双方の研究者が納得できるまで合議して分析の結果を導いた。

まず、セルフヘルプ・グループの活動の場に参加して得られた参与観察のデータをもとに、分析の仮カテゴリとそれらを包含する仮の中核テーマを抽出した。そして、参与観察のデータ分析と同時進行で遺族へのインタビューを実施し、そのデータを仮カテゴリごとに整理分類し、仮カテゴリを裏付けるインタビューデータが確かに存在しているかどうかを繰り返し確認しながら、最終的なカテゴリとテーマとを探索・確定した。

その際、対象グループはもちろんのこと、他の同様のグループの会報やホームページ、あるいは関連する新聞記事なども参照し、データ収集や分析の際の参考とした。また、必要に応じて識者にスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

研究への協力の諾否に関してはグループおよび対象者の自由意思を尊重し、非公式の場での聞き取りや個別のインタビューの際にはあらためて承諾を得ることとした。結果の提示と公表に際しては、グループおよび個人が特定されないよう注意し、グループや個人が特定される可能性が高い内容については趣旨に変更がない範囲で一部改変するとともに、最終的に論文に記述する内容が確定した段階で、もう一度発言者やインタビュー対象者の了承を得た。

また、研究以外の目的では知りえた情報を使用しないことを約束することはもちろん、対象者は家族を亡くした人々であり、精神的に不安定な場合もあると考えられるため、話を聞く際はその反応に十分注意し、無理がないように進めていった。個別に話を聞く際には、負担を少しでも軽減するために、時間や場所はできるだけ対象者の希望に沿うようにした。会話の録音の可否については、そのつど確認をした。

IV. 結 果

対象グループは2施設、個別インタビューを行なった人は9名であった。その属性を表に示す(表1, 2)。

データ収集の段階では、さまざまなテーマに関する事柄がフィールドノートに記録されたが、グループメンバーとの会話を重ね、会の活動内容を深く知るにつれ、交通事故そのものに関する事柄よりも、事故後に遺族が経験する周囲の人々や社会との軋轢あつれきに関する事柄と、それに対してセルフヘルプ・グループが果たしている役割と機能に関するデータが多く集まってきた。一般に、事故そのものにより受ける直接的な被害のことを「一次被害」と呼ぶのに対し、事故処理の過程で社会から受ける苦痛を「二次被害」、一次被害や二次被害のショックと悲しみから立ち直れず、精神的に追い詰められ、通常の社会生活が送れない段階にまで苦痛が高まることを「三次被害」と呼んで区別するが¹⁸⁾、その区分を踏まえると、本調査で得られたデータの

多くは上記「二次被害」に関係する事柄と位置づけられ、それらが本研究の知見の中核テーマと考えられた。

以上より、本稿では、量的にも質的にももっとも豊富なデータが得られた「二次被害」に焦点をあて、「二次被害の発生源」、「二次被害に対する遺族の対処とセルフヘルプ・グループ入会の経緯」、「セルフヘルプ・グループの担う機能」の3つの側面から、交通事故遺族の経験する二次被害の現状とそれに対して交通事故遺族のセルフヘルプ・グループが果たしている役割について報告を行う。

1. 二次被害の現状：発生源による分析

参与観察とインタビューの結果、二次被害は、その発生源によって、「身近な人の反応」、「加害者の反応」、「警察、司法、保険会社の反応」、「匿名者からの反応」の4つに区分できた。表に示す通り、インタビュー対象者となった遺族も全員が何らかの二次被害を受けており、その上、少なくとも1つ、多くて4つ、平均しても2つ以上のように、ひ

表1 グループの属性

	グループA	グループB
設立	約5年前、交通事故遺族が設立	約15年前、交通事故遺族が設立
入会資格	交通事故遺族、重度障害被害者及び家族	交通事故遺族、重度障害被害者及び家族
会員数	約200名	約1,000名
専門家の関与	弁護士・カウンセラー各1名	弁護士5名、カウンセラー1名
主な活動内容	① ミーティング(原則として月に1回) ② 弁護士による法律相談 ③ カウンセラーによるカウンセリング ④ メンバーの裁判傍聴 ⑤ 会誌の発行、ホームページ ⑥ メーリングリスト整備 ⑦ 街頭活動、講演等	① ミーティング ② 親睦会などのグループ活動 ③ 法律相談、傍聴支援 ④ 分科会(メンタルケア他) ⑤ 会誌の発行、ホームページ ⑥ 街頭活動、講演等

表2 個別インタビューの対象者の属性

対象	年齢	性別	被害者との続柄 (対象者-被害者)	事故概要	事故からの 年 月	グループへの 参加期間	グループへ 参加するきっかけ	グループへの 入会動機	グループへの 参加目的	二次被害の発生源
A	50代	女性	母親-息子	バイク事故	1年 5ヶ月	8ヶ月	インターネット	情報が欲しい	今後どうしていけばいいのか 手がかりを得るため	友人、加害者、司法、保険会社
B	50代	女性	母親-息子	乗用車にトラックが衝突	1年 7ヶ月	10ヶ月	テレビ、メンバーからの紹介	情報が欲しい、支援が必要な時 にお願いしたい	自分と周囲の裁判に役立つ のではという思い	警察
C	50代	男性	父親-娘	自転車と乗用車の追突	2年 1ヶ月	3ヶ月	メンバーからの紹介	情報がほしい、支援してほしい	真相究明、被害者の人権回復 のための活動を続けたい	警察、司法
D	40代	女性	母親-息子	バイクと乗用車の衝突	2年 3ヶ月	1年 4ヶ月	メンバーからの紹介	情報が欲しい	(遠いのでなかなか行けず)	警察、司法、保険会社
E	50代	男性	父親-息子	バイクと乗用車の衝突	2年 3ヶ月	11ヶ月	インターネット、弁護士	知識を得るため	自分を必要としてくれている 人がいるから	加害者、司法、 周囲(インターネット)
F	40代	女性	母親-娘	乗用車とトレーラーの衝突	4年 4ヶ月	約2年半	メンバーからの紹介	情報が欲しい	萎えそうになる気持ちを奮い 立たせるため	加害者、警察
G	50代	女性	母親-息子	バイクとトラックの衝突	4年 8ヶ月	4年 7ヶ月	知人	情報を得る、メンバー間 での情報の共有	情報の共有、支えあうため	近隣、加害者、司法
H	40代	女性	母親-息子	単車に乗用車が追突	4年 9ヶ月	4年 4ヶ月	知人、メンバーからの紹介	情報が欲しい	相談にのったり、アドバイスを する	加害者、司法、親戚
I	50代	男性	父親-息子	バイクとトラックの事故	8年 1ヶ月	7年 11ヶ月	インターネット	主に家族の精神面のケア	事故の軽減、被害者を恨ま ないように自分にできることを したい	近隣、警察、司法

とりの対象者が複数の発生源から、二重にも三重にも被害を被っていた(表2)。

以下に、それぞれの区分に特徴的と思われたインタビュー対象者の言葉を踏まえながら分析結果を示す。ゴチック体の部分がインタビュー対象者の言葉である。文頭のアルファベットは、表2に記した対象者の記号と対応させた。なお、インタビューの一部分を抜粋したために文意が理解しにくくなっている場合に限り、研究者のほうで、前後のインタビュー内容から最小限の言葉を補って()内に記した。

1) 身近な人の反応

近所に住む人、あるいは親戚、友人などの身近な人は、遺族にとって、本来であれば最もサポートをしてもらえると思われる存在であろう。ところが、そのような人たちでさえ、遺族にとっては被害を受ける対象となっていた。多くは、遺族の心情が理解されず、その気持ちのずれから発せられる言葉や態度を、遺族は「被害」ととらえていた。以下は、近所の人たちから妻が受けた二次被害についての夫の言葉である。

I-1:「私なら大切な子どもを殺されたら、相手を刺しに行く」、「うちのあの子が殺されたら、生きてられない」、「親ならなんとかしないと」、など(の近所の人たちの言葉)は、妻には、「なぜ生きている」と聞こえたようだった。

近所の人から現場の花を捨てられたGさんの例もあった。また、AさんやHさんのように、親戚や友人に「落ち込んでたって(亡くなった)お兄ちゃん、喜ばへんよ」と言われ、心理的な溝を強く感じている例もあった。

2) 加害者の反応

加害者は事故を引き起こし、被害者を死傷させた本人を指す。加害者は遺族と事故処理の過程で接することもあるが、本来なら、謝罪の姿勢で遺族に臨む相手であり、遺族にとっては、これ以上の被害を被ることなど想像だにできない存在である。しかし、「誠実な対応をしようと思っていた」という遺族の思いとは反する対応を見せる加害者は思いのほか多く、遺族にとってやはり二次被害を受ける対象であることが少なくなかった。

H-1:(加害者は、)事故状況を捏造したり、裁判の中で「何回も謝りに行ったのに許してもらえない、手紙を投げ返された、土下座して謝ってるところに靴を投げってきた」とか(言っています)。(中略)電話一本いまだにないですし、花や線香も(ない) …。

H-2:(裁判で)「たくさんの方に迷惑をかけたことを反省しています」って言った日に、(グループのホームページ上の掲示板に加害者から)インターネットの書き込みがあって(私たちを中傷する文章でした)。

3) 警察、司法、保険会社の反応

インタビュー対象者の9例全てが、警察か司法のいずれかからの二次被害について言及した。警察や司法の関係者は、遺族が事故処理の過程で接する公的な立場にある人たちである。本来であれば、「事故の真相を知りたい」と思っている遺族の代弁者として事故の捜査をし、亡き被害者に代わって加害者の行為を公正に裁く場として機能するはずである。しかし、それらの機関も多くの遺族にとっては二次被害を受ける対象となっていた。

D-1:うちのケースでは警察からもやけど、(検察からも)事故の状況も何も説明ないまま、不起訴処分通知だけが一方的にハガキで…。

上記の例のように、警察、司法から受ける二次被害としては、発せられる言葉や理不尽な対応のほか、事故や調査に関する説明不足に起因する訴えが多かった。インタビュー対象者9人中で、満足な説明や納得できる説明を受けたと答えた遺族は3人しかいなかった。

また、保険会社からの二次被害を訴えた例も1例あった。保険会社についても、事故処理の過程で接する公的機関という位置づけから、警察や司法と同じカテゴリに分類した。保険会社からの主な被害内容は、対応の際の無神経な言葉使いに関するものであった。

A-2:電話したら、「ああ、死んだんですか?」みたいな感じで。(中略)人が死んでるのに、事務処理みたいな感じで淡々とした対応をされた。

4) 匿名者からの反応

匿名の人たちからの二次被害の訴えもあった。現代の情報の流通形態を反映し、グループのホームページ上に開設された掲示板には、匿名者からの心無い書き込みが少なからずあるということであった。Eさんは、「死んで当然」などの言葉を書かれた経験をもっていた。

2. 二次被害に対する遺族の対処とセルフヘルプ・グループ入会の経緯

以上のような様々な二次被害に対し、遺族たちは独自に事故の真相究明をしたり、セルフヘルプ・グループに入会して仲間との情報共有をしたりといった手段を講じることで対処していた。

表2に示すとおり、グループを知るきっかけのうちもっとも多かったのは、すでに入会しているメンバーからグループの存在を聞き、自分も入会にいったというものであり、9人中5人であった。ミーティングの参加者の中には、インターネットで情報を得たという人たちや、新聞記事やテレビなどのメディアを介してグループを知ったという人たちも多かった。

一方で、交通事故の被害者の救援活動を行う救急隊員や、臨終の場に立ち会っているはずの医師や看護師といっ

た医療者からセルフヘルプ・グループに関する情報を得た人は、インタビュー対象者にもグループ参加者にも皆無であった。

また、表2にも示す通り、入会動機としては、「情報が欲しい」、「知識を得るため」というものが多く挙げられており、より多くの情報を希求する過程で偶然に入会するにいたった遺族が、インタビュー対象者では9人中8人と大勢を占めた。

3. セルフヘルプ・グループの担う機能

一方、セルフヘルプ・グループに参加し続けることは、時に落ち込む契機になったり、事故のことから自分の生活や気持ちの距離をとることを阻む契機となったりするという一面もあった。そのことは、Fさんの「みんなすごく頑張ってる。私は娘のために何もしてない…」という言葉や、Aさんの「事故の話ばかりだから、嫌でも考えてしまっしんどい」という言葉にも表れている。また、同じ遺族同士であっても、グループへ期待することやその役割に対するイメージには大きな幅があり、活動への参加の仕方やのめり込み方も個人によってかなり違っていた。そのため、「(他のメンバーから)非常にうとうしい存在やと思われてた。(中略)もう徹底的に嫌われてた、過激やって…」というEさんの発言が示すように、自らを癒すための自発的な集まりであるはずのセルフヘルプ・グループの活動で、逆に心理的な負担や新たな悩みを抱え込むという逆説的な一面もあった。

しかし、全般的には、セルフヘルプ・グループは参加しているひとりひとりのメンバーたちにとって、「前向きな力をもらえる場」として、また「当事者同士で情報を共有し共感し合える場」として機能していた。また別の機能として、引きこもりがちな遺族が外出をするきっかけとなったり、社会への働きかけを促進する契機ともなっており、それは「社会との架け橋」の機能として集約可能であった。以上の3つのカテゴリが、本調査の結果得られた交通事故遺族のセルフヘルプ・グループの果たしている主な機能と役割であった。

1) 前向きな力をもらえる場

インタビュー対象者9人のうち、遺族との交流について「元気をもらおう」(3人)、「勇気が出た」(2人)、「希望がもてる」(2人)、「気力が湧く」(1人)という、元気、勇気、希望、気力という4つのキーワードに象徴される、いずれも前向きな姿勢や心情を表す言葉が聞かれた。

B-1: こういう状況でも希望もてる、その希望欲しさに来てるようなもん。

G-1: 自分が必死な思いで、差し迫って勇気出したときに、ほんとにいろんなことを聞くことができて、元気ももらって勇気も出た。

上記の例のように、元気という言葉はCさん、Gさん、Iさんから聞かれ、勇気という言葉はFさん、Gさんから聞かれ、希望という言葉はAさん、Bさんから、気力という言葉はCさんから聞かれた。これらの言葉は、いずれもセルフヘルプ・グループがメンバー個人に「前向きな力」を供給していることを証明するものであり、セルフヘルプ・グループの「前向きな力をもらえる場」としての機能を示すものであった。

2) 当事者同士で情報を共有し共感し合える場

F-1: 裁判が始まるまでは、どうやったら裁判が始まるか…、始まったらいろいろなことを教えてもらって、支援してもらって。

G-1: 言えばちゃんと答えてくれて、その中からすごく役立つこと引っ張り出せました。

参与観察の結果、グループの活動や運営にはカウンセラーや弁護士といった専門家も関与していたが、主要な活動内容としては、ミーティングで他のメンバーが話しているのを聞いたり、メンバー同士が話をする中で情報交換をする時間をもつことであった。その中では、自分の体験を話したり、またその体験にもとづいてアドバイスをしあったりといった、同じ立場、同じ目線の高さからの相互扶助の関係が成り立っていた。

また、会がおわったあとに、気の合ったメンバー同士で喫茶店などに場所を移して話しをすることも多く、会以外の時間に個人的に連絡をとりあったりしている人たちも多かったが、そういった非公式の活動の基盤にも、「当事者同士の集まり」というセルフヘルプ・グループの特徴が、大きな強みとして機能していた。

X-1: ここやったら細かいことまで話さなくてもみんなそれなりに理解してくれるけど、他の人に話す時は一から十まで話さなあかんからもういいわって思う。

また、上記のような参加者の発言に見られるように、同じ状況に置かれた者同士だからこそ、細かく話さなくても分かり合えたり、同じような痛みを体験したもの同士だからこそ、痛みが話せるという側面が特徴的であった。このことは、当事者性を共有できずに、ときに二次被害の加害者ともなってしまうこのとある近親者や友人との関係性とは、明らかに一線を画すものと位置づけられた。それらの例として、Aさんは、親戚には「信じてもらえない」と感じ、前のように話せなくなっていた。また会の参加者の中には、「メンバー以外の第三者には理解してもらおうと思うほうが無理だから、話したいとも思わないし、話そうとも思わない」とさえ言う人もいた。

3) 社会との架け橋

Y-1: 会の前日に必ず〇〇さんから電話来るんよ。それもらって、あっ、沈んでたらあかん、家にばっかり居

とらんと頑張っ行って行なっていく気になる。

参加者の中には、「亡くなってから1年、家から出られなくなった」、「長男が仕事を辞めて8ヶ月ひきこもった」、「薬を飲んで毎日寝ていた。半年以上寝たきりだった」というケースもあった。しかし、上記の例でもわかるとおり、グループに参加することが、ともすれば引きこもりがちになる遺族たちの外出の機会を増やし、社会へ出て行く契機として役立っていた。

また、メンバーの中には、自己の体験を通し、社会に訴える必要性を感じている人もおり、交通事故被害者や遺族の救済のための活動などを積極的に進めている人たちもいた。

C-1：声を大にして訴えて、被害者の人権に関わる法制度の整備の推進力になりたい。

G-2：みんながだまらないうで、「腹が立つ、許せない」って言い出したら国もだまってるんでしょ、そのためにはつながらないと。

このような人たちにとっては、セルフヘルプ・グループは、より大きな社会的活動の契機や動機づけとして機能していた。「被害者の人権回復のための活動を続けたい」というCさんや、「今よりも事故が減るよう活動を続けたい」というIさんの例が示すとおり、グループを通してそのようなより大きな活動をする仲間を見つけたり、あるいは、自らがグループの活動を拡大し発展させていく人たちもあった。

また、表1にもあるように、こういった多くの会において、「講演、街頭活動」が主要な活動のひとつに挙げられており、セルフヘルプ・グループが、お互い同士の自助機能だけにとどまらず、社会への啓蒙といった対外的な働きかけの機能をも担っていることが確認された。

V. 考 察

1. 遺族の傷つきやすさの示唆するもの、そして医療者が二次被害の発生源になる可能性について

結果1より、遺族は事故後に多くの二次被害を、しかも複数の発生源から同時に受けているという現状が明らかになった。その発生源はさまざまで、加害者や警察をはじめとする公的機関などの事故に直接関連した人や組織だけにとどまらず、近隣、友人、親戚などの思いもよらない身近な人たちや、インターネットという見も知らない相手からも被害を受けたと遺族は感じていた。この点については、交通事故以外の犯罪被害者の領域でも同様の報告がある¹⁹⁾。

本来であれば、親戚、友人といった身近な人たちは、比較的遺族の心理状態を理解できる立場にいるはずであり、事故以前には、お互いにある程度の信頼関係が築けていた

存在であったと推測される。そういった人たちも決して被害者の死を悲しんでいないわけではなく、彼らなりに悲嘆のプロセスを乗り越えつつある中で、遺族に対して「よかれ」と思って発した励ましや慰めの言動であったはずである。しかし、遺族たちとは悲嘆プロセスの進行速度に微妙なずれがあったり、その悲しみの深さに違いがあったりして、当時者性を十分には共有できなかったのではないかと推測される。

被害者との関係性が違う以上、そのこと自体はある意味で当然であると考えられるが、遺族たちにとっては、その違いを容認することができず、それを異和感と感じたり、二次被害を受けたと感じてしまうこともあるという事実には、それだけ遺族たちの心理状態が敏感になっている証拠ではないかとも考えられる。

明らかに意図的な誹謗や中傷ととられてもしかたがないような言葉でなくとも、また信頼関係が築けている人から発せられる何気ない一言であっても、遺族は容易に傷つきうる状態であるということを医療者は知っておくべきだろう。このことは、医療の場で遺族に接する際の医療者ひとりひとりの対応や、ひいてはケアのあり方まで示唆する知見と考える。

ましてや、交通事故被害者が搬送されてくる医療施設自体は、公的機関もしくはそれに順ずるものとして社会的に機能している。そこで働く医療者は、ほかならぬ自分自身が、本結果に示されたような二次被害の発生源となる可能性をおおいに秘めている。そのことを十分に認識して現場に立ち、実際に自分たちが二次被害の発生源となってしまうことのないように注意する必要がある。

2. 交通事故遺族のセルフヘルプ・グループの担う機能とその特徴、そしてそこから見えてくる援助の方向性について

調査の結果、結果3に示されるように、交通事故遺族のセルフヘルプ・グループは、参加している人たちにとって時に落ち込む契機になったり、逆に人間関係の難しさや煩わしさなどの否定的な側面もあったが、全般には、「前向きな力をもらえる場」や「当事者同士で情報を共有し共感し合える場」として機能していた。また、引きこもりがちになる遺族が外出をするきっかけとなったり、広く社会に被害者保護を訴えたり、法的な整備を要求したりといった社会的活動をも促進する、「社会との架け橋」としても機能していた。

本調査において、医療者からセルフヘルプ・グループに関する情報を得たケースはなかったが、少なくとも交通被害者およびその家族への援助に関わる医師や看護師、救急隊員は、このような機能を果たしうる遺族のセルフヘルプ・グループというもの、社会に存在しているという事

実をまず知っておく必要がある。

また、個々のセルフヘルプ・グループとは別に、日本には現在5ヶ所のセルフヘルプ・クリアリングハウスがある²⁰⁾。これは、地域のセルフヘルプ・グループに関する情報を集約し、市民と専門職にそれを紹介する機関であり、個別のグループの運営に関する相談や援助、あるいはセルフヘルプ・グループに関する調査研究や地域教育などを推進する機関でもある²¹⁾。以上のような知識も踏まえ、要請に応じてセルフヘルプ・グループについての具体的で正確な情報提供を行うことができれば、遺族への支援の幅も広がるに違いない。とはいえ、伝えるタイミングや情報提供の仕方の見極めはとて難しいと考えられるため、今後はそのような観点からの検討も進めていく必要がある。

一方で、医療機関が地域のセルフヘルプ・グループと連携しながら遺族ケアを担っていくことは、社会的な要請とも合致するこれからの医療のあり方と考えられるが、その際には、本研究で示された「当事者たちの主体性」や、「当事者同士であるからこそその情報の共有と共感のあり方」、そして「社会的活動への発展性」といった、交通事故遺族のセルフヘルプ・グループならではの特徴と持ち味を損なうことのない方法を模索する必要がある。グループの立ち上げや運営については、専門職として協力できる部分や協働できる部分もあると思われるが、その関与のあり方や具体的方法については、今後の検討課題である。

3. 入会動機と入会までの経緯、およびグループの機能の特徴から示唆されること、セルフヘルプ・グループへの参加を促すことが適さない人たちの存在について

最後に、セルフヘルプ・グループに参加を促すことの適応範囲について述べる。

調査の結果、結果2と3が示すように、はじめから精神的な支えや癒しを求めてグループに入会する遺族は少なく、遺族たちは会の活動に参加していくなかで結果的にグループから精神的なサポートを得るのだということがわかった。また、結果3に示したように、ときにグループに参加すること自体が個人個人のストレスや煩わしさを生むこともあり、精神的な面で言えば、セルフヘルプ・グループに参加することは一時的にせよかなりの耐性が必要な局面もあるのだという実態が確認された。さらに参与観察からは、二次被害に関連して、警察の捜査や裁判や保険の申請などに関する事柄が参加者の大きな関心事であり、またグ

ループの日常的な話し合いのテーマとなっていることも確かめられた。そのことは、グループに参加するということ、本人の意思や動機にかかわらず、社会への主張表明や積極的な社会参加を前提とする会の活動にいきなり当事者として投げ込まれることでもあるという事実を示していると言える。

以上のすべての結果を踏まえると、セルフヘルプ・グループの紹介や情報提供については、遺族のその時々状況がその適応であるかどうかの見極めが非常に重要であると考えられるのである。たとえば、交通事故で家族が亡くなったショックと悲しみによってとても気が動転しているケースや、うつ状態が長期化していたり引きこもりなどの社会生活の破綻徴候が認められるような「三次被害」の状況に陥ってしまっている遺族に対しては、上記のような機能上の特徴を有するセルフヘルプ・グループの紹介や参加への促しは、それがたとえ善意から出たものであったとしても、ときにその人にとって非常に侵襲的な結果を招く場合もあるし、また紹介先のグループにとっても大きな否定的影響を及ぼすことも考えられる。そのような状態の遺族に対しては、精神科医や臨床心理士といった心理面への専門家による適切な治療がまずは必要であるかもしれない。

交通事故遺族といった特殊な状況の対象者への援助を考えるとき、私たち看護者は、ともすればはじめから精神的ケアニードの面に目がいきがちであるし、実際、そういった側面に関する精神医学や臨床心理学の立場からの先行研究は比較的多くある²²⁻²⁴⁾。また、交通事故遺族に比べて認知度も高く、活動もさかんな「がん患者」の遺族たちが作るセルフヘルプ・グループの研究では、その精神的サポート機能の側面がとくに強調されている²⁵⁻²⁸⁾。そのため、交通事故遺族のセルフヘルプ・グループの場合も同様に考えて、それが主要な役割や機能であるような錯覚を持ちやすい。しかし、本調査の結果は、交通事故遺族のセルフヘルプ・グループには、がん遺族などのそれとはまた違う特徴があるということと、今後その区別をさらに明確にしておくことの必要性を示唆していると言える。

謝 辞

本研究のために、辛い体験をお話しいただいたご遺族の方々、趣旨に賛同し調査にご協力いただいたセルフヘルプ・グループの方々に深く感謝いたします。

要 旨

交通事故遺族に対する援助のあり方を検討するために、セルフヘルプ・グループの活動に参加し、観察と聞き取り調査を行った。遺族の多くは事故後に様々な二次被害を被っており、その発生源も多様であった。遺族たちは真相究明をしたり、関連する情報を調べる等の積極的行動をとる中でグループの存在を知り、結果的に精神的

サポートを得ていたが、医療者から情報提供を受けた人はいなかった。当事者同士の集まりであるセルフヘルプ・グループは、時に落ち込む契機になったり、人間関係の難しさもあるなどの否定的な面も持ち合わせていたが、全般には、「前向きな力をもらえる場」や「当事者同士で情報を共有し共感し合える場」として機能していた。また、引きこもりがちで遺族が外出をするきっかけとなったり、広く社会に被害者保護を訴えたり、法的な整備を要求したりといった社会的活動を促進する契機ともなっており、「社会との架け橋」としても機能していた。

Abstract

Support for the bereaved families of traffic accident victims was investigated by participating in activities of self-help groups for the family and interviewing the participants. The results of the survey showed that many of the families experienced various types of secondary victimization, the sources of which varied in each case. They obtained information about the groups, from which they received psychological support, not from medical staff but through their actions, e.g., launching their own inquiries to get at the truth and collecting the related information. There were negative aspects of the groups: participating in the groups sometimes made the families depressed because the groups were organized by the bereaved families; and the participants had the difficulties of human relations in the groups. However, overall, the groups served as a place where “The families received positive energy and shared information and empathy”, and acted “as a bridge to society”: participation in the groups gave the families, tending to become unsociable, an opportunity to go out, and the groups promoted social activities to address issues relating to traffic accident victims such as the protection of the victims and the development of legislation.

文 献

- 1) 内閣府編：交通安全白書（平成16年度版），5-8, 12-14, 2004.
- 2) 河原理子：犯罪被害者いま人権を考える，22，平凡社新書，1999.
- 3) 大谷 實：犯罪被害者支援と交通事故被害者支援，被害者学研究，7，1-3, 1997.
- 4) 今井好子：犯罪被害者の心の傷－交通事故で子どもを亡くした経験を通しての考察－，こころの看護学，1(4)，365-370, 1997.
- 5) 小西聖子：被害者援助活動を始める，犯罪被害者の心の傷，220-238，白水社，1996.
- 6) 河原理子：上掲書，35-39, 1999.
- 7) 富士真由美，小杉佳代，他：対象喪失への危機介入－児の死を覚悟できなかった1例を振り返って－，日本救急医学会関東地方雑誌，22，290-292, 2001.
- 8) 高倉加代，水野うづみ，他：生命の危機状態にある患者家族への看護介入を通して－救急場面における基本的家族援助の必要性－，Emergency Nursing，17(6)，594-599, 2004.
- 9) 田村康子，関根美佐子，他：救急外来における救急重症患者の家族に対する援助－危機看護介入モデルを活用した現状分析－，新潟厚生連医誌，9(1)，42-46, 1999.
- 10) 日蔭理香，高岡勇子：子どもの交通事故に遭遇し，危機状況に陥ったパニック障害の母親に対する精神的支援，Emergency Nursing，16(10)，969-973, 2003.
- 11) 芝池みどり，横山 歩，他：交通外傷による多発骨折患者の看護－危機的状態にある家族へのかかわりを通して－，Emergency Nursing，17(3)，271-276, 2004.
- 12) 橋口有紀，原田由美子：交通外傷を受けた小児患者の家族ケア，Emergency Nursing，16(12)，1141-1147, 2003.
- 13) 若林一美：セルフヘルプグループの果たす今日的意味について－「小さな風の会」（子どもを亡くした親の会）の実践を中心に－，日本保健医療行動科学会年報，15，86-94, 2000.
- 14) 久保絃章：自立のための援助論，4，川島書店，1988.
- 15) 久保絃章：セルフヘルプ・グループとは何か，セルフヘルプ・グループの理論と展開－わが国の実践をふまえて，2-20，中央法規，1998.
- 16) 大久保恵美子：飲酒運転（犯罪）被害者遺族に対する精神的支援の必要性と自助グループ活動，日本アルコール・薬物医学会雑誌，36(4)，380-381, 2001.
- 17) 大久保恵美子：飲酒運転被害者遺族の現状と必要な支援，日本アルコール・薬物医学会雑誌，38(3)，232-233, 2003.
- 18) 辰野文理：被害者の受ける第二次被害と第三次被害，現代のエスプリ，336，57-65, 1995.
- 19) 伊波新之助：被害者とマスコミ，現代のエスプリ，336，77-86, 1995.
- 20) 松田博幸：セルフヘルプ・グループに対するサポートを考える－わが国におけるセルフヘルプ・クリアリングハウスの活動より，生活教育，46(5)，46-51, 2002.
- 21) 岡 知史：セルフ・ヘルプ・グループへの専門的援助について，地域福祉研究，14，61-68, 1986.
- 22) 佐藤志穂子：死別者におけるPTSD－交通事故遺族34人の追跡調査－，臨床精神医学，27(12)，1575-1586, 1998.
- 23) 藤田悟郎：交通事故遺族の心的反応，上智大学臨床心理研究，23，206-213, 2000.
- 24) 藤田悟郎：交通事故とPTSD，臨床精神医学（増刊号），165-171, 2002.
- 25) 坂口幸弘：遺族の自助グループへの参加意思に関する検討，日本保健医療行動科学会年報，15，220-235, 2000.
- 26) 中野貞彦：がん患者の遺族の会はどのような場であるか，ホスピスケアと在宅ケア，10(1)，24-27, 2002.
- 27) 青木英恵，坂本麻由，他：遺族の会の効果に関する研究～「すずらんの会」の現状分析から～，淀川キリスト教病院学術雑誌，19，54-58, 2002.
- 28) 広瀬寛子：遺族ケアの一環としてのサポートグループ，臨床精神医学，33(5)，661-666, 2004.

〔平成17年5月26日受 付〕
〔平成17年10月17日採用決定〕

回復期リハビリテーション病棟看護師の 自宅への退院援助プロセス

Discharge Planning Process for Patient and Family to Back Home in the Recovery Rehabilitation Ward

小野 美喜

Miki Ono

キーワード：退院援助，プロセス，相互作用，リハビリテーション，グラウンデッドセオリーアプローチ
Key Words : discharge planning, process, interaction, rehabilitation, grounded theory approach

はじめに

2000年の診療報酬改訂により、回復期リハビリテーション病棟が制度化された。ここでは、脳卒中や運動器障害の急性期から脱した患者が、自宅退院を目指して療養しており、その需要から年々施設数は増えてきている¹⁾。しかし回復期リハビリテーション病棟の患者の自宅退院率は約4割～8割と施設によって異なっており¹⁻⁴⁾、全ての患者が自宅に戻れるわけではない。先行研究では、患者の障害のレベルや家族の受け入れ等が自宅への退院を促進すると言われている^{5, 6)}。

看護師は、他職種・患者・家族と共に自宅退院を模索しながら援助を展開している。けれども、自宅への退院を促進するとされるADLレベルや家族の受け入れのみを断片的に強化する看護援助は現実的ではない。退院までには、障害と介護に立ち向かう患者家族が、「介護する人」、「される人」となる心理的相互作用による問題が生じる⁷⁾からであり、これをやりすごすことはできない。リハビリテーションの過程には、人とのつながりのなかで、心の苦しみを和らげようとする相互作用が重要といわれているように⁸⁾ 効果的な退院援助には、患者と家族の心の苦しみを和らげようとする相互作用に着目した働きかけが不可欠である。つまり自宅退院を促進するためにはADLレベルや家族の受け入れという促進要因を、患者家族の相互作用のなかでいかに働きかけるかを明らかにする必要がある。

しかし、回復期リハビリテーション病棟という環境下で、患者家族の相互作用に着目し退院援助を検討した文献は、事例研究⁹⁾のほかにみない。

そこで、回復期リハビリテーション病棟で働く看護師が、患者家族の心理的相互作用を通して、どのように自宅退院に導いていくかを明らかにすることを本研究の課題とした。互いに自宅への退院に葛藤を持った患者・家族の関係のなかで、展開される看護援助のプロセスを明らかにす

ることで、今後も需要が高まるであろう回復期リハビリテーション病棟で、効果的に援助することができ、自宅退院率の上昇にもつながっていくと考える。

尚、回復期リハビリテーション病棟の特徴上、援助は看護師と複数の専門職との協働介入によることが多い。ここで報告する援助は、他職種とのチームアプローチによる援助も含まれているが、看護師が認識し語った看護の援助プロセスとして報告する。

I. 研究目的

回復期リハビリテーション病棟において、看護師が患者・家族との相互作用の中で展開する自宅退院への退院援助プロセスを明らかにする。

II. 研究方法

1. 対象

A県内2施設の回復期リハビリテーション病棟に勤務する看護師12名

2. 研究期間

平成16年5月～7月

3. 研究方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法¹⁰⁾

4. サンプルの抽出とアクセス方法

- 1) A県内の回復期リハビリテーション病棟を有する5施設のうち、2施設に研究協力を依頼し、回復期リハビリテーション病棟での職務経験が1年以上の看護師を紹介してもらった。
- 2) それぞれの回復期リハビリテーション病棟の看護師長から合計26名の対象を紹介してもらった。
- 3) 研究者が対象者に個別に研究依頼をし、全ての対象から同意を得た。

5. データ収集方法

- 1) 施設内のプライバシーが確保できる個室を提供してもらい、半構成的面接を実施した。
- 2) インタビュー内容は許可を得てテープ録音した。
- 3) 対象には、特に援助が必要と考えられる“家族との関係の中で自宅退院に困難を感じた事例”のうち、援助の記憶が最も強い1事例をあげてもらった。そして、入院から退院までに自分が実践したと認識している退院援助を聞き取った。
- 4) 記憶が不鮮明な事柄に関しては、対象がカルテ等を確認しながら、インタビューに答えてもらった。
- 5) 面接時間は一人40分～1時間であり、インタビュー内容は逐語録におこした。

6. 分析方法

- 1) 聞き取りを行った対象26名のうち、受け持ち患者が施設退院や転院となった事例を除き、自宅退院に至った事例への援助プロセスを語った12名を本研究の分析対象とした。
- 2) 患者・家族・看護師との相互作用の中で展開されるケアをみていくため、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにもとづいて分析した。
- 3) 逐語録の文脈の中から退院援助に意味のある概念を抽出していった。
- 4) 他の事例からもバリエーションを増やししながら、ワークシートを作成し概念を吟味していった。
- 5) 途中バリエーションの少ない概念は消去し、抽出した概念をカテゴリー化しそれらの関連をみた。
- 6) 分析の過程で、質的研究の経験者からスーパーバイズを受け、概念とバリエーションの一致、カテゴリーの妥当性について意見の一致がみられるまで検討した。

7. 倫理的配慮

研究の主旨を対象に文書で説明した。その際、プライバシーは守られること、研究の参加不参加は自由であること、承諾の後も中断が可能であること、結果は研究目的以外には使用しないこと等を口頭および文書で説明し、同意を得た方を対象とした。本研究は、大分県立看護科学大学の研究倫理安全委員会の審査を受け、許可を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の所属施設における退院援助

2施設とも看護師は患者入院時に医師、セラピストと共同で患者の障害を確認している。また定期的に他職種とカンファレンスを持ち、患者の治療方針や退院の方針を話し合っていた。必要に応じて家族やソーシャルワーカーもカンファレンスに参加していた。

2. 対象の概要

対象となった看護師は、20歳代2名、30歳代7名、40歳代2名、50歳代1名で平均勤務年数は13.0±7.2年であった。受け持ち患者の概要は脳梗塞が大半を占め、平均年齢72.6±8.8歳であった。患者の入院時Barthel Indexは平均49.0±21.0点、退院時Barthel Indexは平均70.8±17.8点であった。患者は、認知症、高次脳障害、嚥下障害、排泄コントロール不能など様々な障害を持っており、入院当初から施設退院を決めていた事例もあった。退院時に移動動作が介助なしの歩行レベルに至ったのは、12事例中7事例であり、入院時Barthel Indexと退院時Barthel Indexがほとんど変わらない事例もあったが、結果的に全ての事例が自宅に退院し、平均在院期間は約5.1±1.3ヶ月であった(表1)。

3. 退院援助プロセス

看護師が語った自宅退院への援助プロセスには20の概念があり、【自宅生活の安全性分析】【家族間緊張の感受性】【ADL獲得介入】【生活の意思決定介入】の4つのカテゴリーとそれに含まれない3つの概念に分けられた。

看護師は患者の入院から退院までの全過程で、【自宅生活の安全性分析】【家族間緊張の感受性】の2つの能力を働かせたアセスメントをしており、それをもとに【ADL獲得介入】【生活の意思決定介入】を行っていた(図1)。また、退院が近くなった患者家族に対し、『到達点の妥当評価』『気がり分析』『駆け込み窓口調整』の援助を実施していた。

以下に結果を記述する。記述の中の【 】はカテゴリー名、『 』はカテゴリーに含まれる概念名、「 」はデータを示す。データの中の()の数字は事例NOである。

1) 入院から退院までの全過程にわたる看護師の能力カテゴリー

看護師は患者の入院当初から退院に至るまで、自宅退院に視点が置かれた患者家族の観察とアセスメントを行っていた。そのアセスメントの能力には、障害や介護負担によって患者・家族が生活を脅かされることのない安全な生活を保障できるかという【自宅生活の安全性分析】と、患者家族双方の希望と緊張を捉える【家族間緊張の感受性】がみられた。看護師は患者が退院に至るまで、適宜この能力を繰り返し働かせていた。

(1) 【自宅生活の安全性分析】

患者家族の【自宅生活の安全性分析】には『ネックとなる障害分析』『介護負担の分析』『落ち込み確認』『回復の見極め』『安全性の確認』の5つの概念があった。

① 『ネックとなる障害分析』

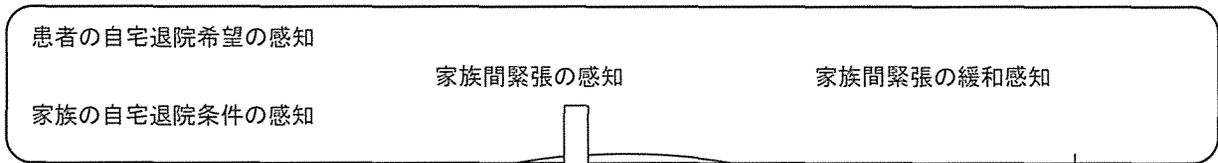
入院当初、受け持ち患者は、酸素吸入をしていたり、胃瘻を造設したりと医療依存度が高い状況を示してい

表1 対象の属性

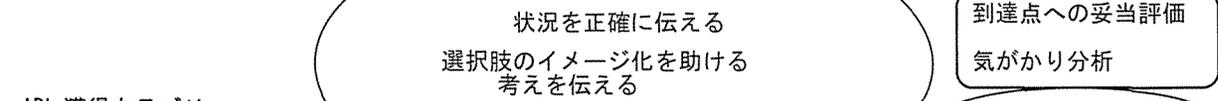
対象の属性				受け持ち患者の特性							
	年齢	勤務期間(年)	回復期リハビリ病棟での勤務期間(年)	年齢	性別	疾患	入院時BI	退院時BI	入院期間(ヶ月)	備考	介護者
1	40代	20	2	70	女性	脳梗塞	40	75	6	痴呆	娘
2	30代	10	1.3	86	男性	肺炎後廃用性症候群	85	85	4	PEG造設	妻
3	30代	8	3	60	女性	急性硬膜下血腫	85	90	2	認知障害	妻
4	20代	1.6	1.6	70	女性	脳梗塞	40	85	6		夫
5	30代	14	1.3	80	男性	脳梗塞	50	50	5	認知症	妻
6	30代	12	1	68	男性	脳出血	20	60	6	嚥下障害	妻
7	20代	5	1.3	71	男性	脳梗塞	35	35	6	高次脳障害	妻
8	40代	28	5	81	男性	脳梗塞	40	60	6	巧緻作業不能	娘
9	30代	9	5	56	男性	脳梗塞	80	85	6	バランス障害	妻
10	30代	11	3	68	女性	脳梗塞	40	95	6		娘
11	50代	25	3	84	女性	脳梗塞	35	55	3	嚥下障害	娘
12	30代	13	2	77	男性	くも膜下出血	35	75	6	PEG造設	妻

入院 → 退院

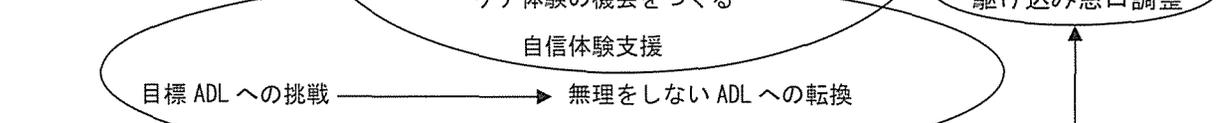
家族間緊張の感受性カテゴリ



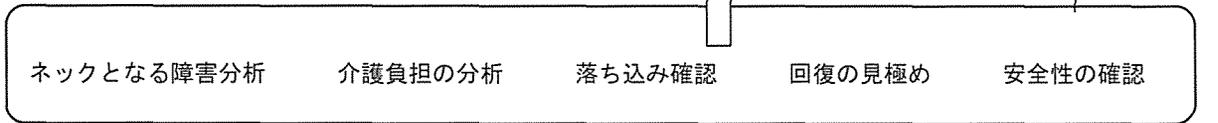
生活の意思決定介入カテゴリ



ADL 獲得カテゴリ



自宅生活の安全性分析カテゴリ



図は入院から退院までの経過を示す
 □ は、看護師のアセスメント能力
 ○ は、看護師の直接的援助
 → は、援助への影響を示す

図1 回復期リハビリテーション病棟での自宅退院への看護援助プロセス

た。また、認知症や排泄が自立していないなど、常時介護者の見守りを必要としていた。「痴呆があって、転倒を繰り返すというのがあって、食べる調節、嚥下障害があってやり方がわからない。食べたらいけないというのがわからないんですね。で、飲んじゃって誤嚥性肺炎を起こすし…難しいですよ(6)」と、この障害がある限りは、自宅に戻っても安全に生活が送れないのではないかと予測する『ネックとなる障害分析』を行っていた。

② 『介護負担の分析』

また家族に対しても、「奥さんはその時期、アレルギーとかもあって、体調がかんばしくなかったというのが1つありましたし、(患者に)酸素があるというのが…酸素と同時に分泌物があって、吸引がいるという…その2点がありました。あと最初経管栄養だったんですね。で、経管栄養という時点でこれは(自宅退院は)厳しいだろうと思いました。(7)」と、介護者の年齢や健康状態などから介護量の多さに耐えられるかという『介護負担の分析』を行っていた。また、介護者である嫁と自宅退院を強行しようとする息子などの家族関係も見計らい、介護者の生活が脅かされることなく、安全な自宅生活に移行できるかどうかという視点で思考を働かせていた。

③ 『落ち込み確認』

看護師は、機能訓練や病棟で患者と接し、落ち込みをとらえていた。現状では安全な生活が困難な状況をアセスメントしていた。「ご本人さんも自分が思っていたレベルに達してなくて…元気がないことが続いている(10)」と、患者の様子や行動を観察した結果、患者の精神的な落ち込みをとらえる『落ち込み確認』をしていた。

④ 『回復の見極め』

看護師は患者の落ち込みをみて、看護師自身も「STも口から食べるのは無理だろうということで、これ以上無理なんだろうなと思いました(2)」と、他職種との意見交換も踏まえ、患者の回復の限界を自分の中ではっきりとさせる『回復の見極め』をしていた。

⑤ 『安全性の確認』

その後、看護師は介入により患者の退院が近くなった頃、患者のADLの定着をとらえ、「シルバーカーを押して訓練室一周ぐらいはできるから、室内の移動手段として歩行は大丈夫だろうと判断しました(9)」と患者の自宅生活の安全を認める『安全性の確認』をしていた。

(2) 【家族間緊張の感受性】

【家族間緊張の感受性】には『患者の自宅退院希望の感知』『家族の自宅退院条件の感知』『家族間緊張の感知』『家族間緊張の緩和感知』の4つの概念があった。

① 『患者の自宅退院希望の感知』

看護師は、患者が「歩けるようになって帰りたいと

言っていたしね(4)(10)」という退院希望を受け止めていた。また高次脳障害で意思疎通が難しい患者や、あえて希望を口に出さない患者についても「家族が面会に来ないから寂しいって、そんなことを話したりしてしましたので、帰りたいんだらうなあと、こっちの憶測で…(1)」と、その隠された心情を感じ取っていた。このように全ての看護師に、患者の行動や素振りから自宅退院の望みを感じ取る『患者の自宅退院希望の感知』がみられた。

② 『家族の自宅退院条件の感知』

一方で看護師は、家族に対しても「家族の希望は、せめてトイレに行けるようになってほしいってことだったから…(11)」などの希望を知る『家族の自宅退院条件の感知』をしていた。

③ 『家族間緊張の感知』

そして、患者家族双方の葛藤や緊張を感じる『家族間緊張の感知』がみられた。「患者さんが、帰りたいけど娘の負担もかかりそうだし、と言われて(9)」という患者の葛藤や、「お嫁さんがみることにはなるから、ちょっと難しいとはいわれていたんですが、息子さんの意見が強く(8)」などの家族同士の緊張も感じていた。「どうしても強がるというか、本音をいわれない。まあ気を使われているのもあるし、それが優しい気をつかうのではなくて、言葉が足りなくて手を出すとか、いまいち本人の気持ちがあまく家族に伝わらなかったようで、“連れて帰らなくていい”って、そこでは強がってみたり、…奥様もこちらには自信がないから早く施設を探してください(7)」と、実際に患者家族が直接に思いを伝えあうことは避けられ、看護師はお互いへの気持ちを秘めたまま両者が接している姿をとらえていた。

④ 『家族間緊張の緩和感知』

患者の回復や援助によって、自宅退院が実現できそうな時期に至ると、患者と家族が自宅退院にむけて緊張がほぐされているのを認める『家族間緊張の緩和感知』をしていた。「最初はもうまるっきり(退院先の希望は)施設で…でもレベルがアップして、食事が開始された時点で迷っていると…その後にトイレ誘導して、自分でナースコールを押しておしっこがしたいといえるようになって、尿器、まあ、そのたびに捨てなくてはならないんですけど。そういうのを見ていて、それだったら私にももしかしたらできるかもしれないと、奥様が言って…(7)」と、互いの緊張の緩和を感じ取っていた。

このように、看護師の能力である【自宅生活の安全性分析】と【家族間緊張の感受性】は、援助過程の全ての時期に働き、自宅で生活するには安全性が低く、家族間の緊張が高いと感じた患者に対して、時期を逃さずに次のような

介入が行われていた。そして、それは安全性の高まりと緊張の緩和を確認するまで継続していた。

2) 自宅退院へ導く介入カテゴリー

看護師が認識した援助は、患者家族の自宅退院を想定したADLを目指す【ADL獲得介入】と、患者家族が生活手段を意思決定するための【生活の意思決定介入】であった。

(1) 【ADL獲得介入】

【ADL獲得介入】には『目標ADLへの挑戦』『無理をしないADLへの転換』の2つの概念がみられた。看護師は患者の自宅退院が難しいと感じながらも、日々のケアの中では、患者の希望である自宅退院にむけて介入を行っていた。

① 『目標ADLへの挑戦』

看護師は、「トイレに行けるようになってからでない」と自宅は難しいというのがある、その目標にそってこっちもいかなければいけないというのがある。(11)」と、自宅退院実現のために、家族の介護量の少ないADLを目標に持っていた。そしてそれを目指して患者に接していた。「排尿、排便全失禁。そういう状況だったので無理だろうと思いつつ、トイレに座らせていたんですね。(7)」「肢がどうかな？って不安だったんですけど、思った以上によく(10)」とトイレ誘導や歩行訓練などに、セラピストと共に積極的にかかわっていた。患者のレベルでは無理かもしれないと思いつつ、自宅退院を想定したレベルに挑戦し、ADLを獲得しようとする『目標ADLへの挑戦』がみられた。

② 『無理をしないADLへの転換』

しかし、目標には近づけず患者が落ち込んでいる姿をとらえると、回復を客観的に見極め、看護師は自己のなかでも気持ちの区切りをつけていた。そして患者と家族が伴に安全に自宅生活をするための手段に切り替える提案をしていた。

ある看護師は、排尿が自立しそうにない患者に対して、年輩いた介護者が夜間頻回に排尿誘導するのは困難と判断し、「まあ不本意ではあるかもしれないけども、無理をして夜何度もおきて昼眠って、となるよりは、夜はオムツを使って昼の生活をするということはどうですか、ということをおすすめして、それを受け入れてもらって、排泄に関してはそういう形をとりました。(9)」と、夜間のオムツ使用をおすすめしていた。また、利き手交換訓練中の患者が、リウマチのために自助具を用いても食事が自分でとれずに泣いている姿を看続けた看護師は、「もし、ご主人が家でも食べさせてくれるのだったら、自分で食べられなくても(患者さんは)幸せかもしれないと思って、それからは家族にそのように接してきました…(5)」と、食べられずにいる患者を看護師自

らが認め、その姿勢を家族に示していた。

このように看護師は、患者と家族にとって何が心身ともに安全な暮らしなのかを、自らが見出すとともに、『無理をしないADLへの転換』を図っていた。

(2) 【生活の意思決定介入】

看護師は『無理をしないADLへの転換』を図る時に、緊張状態にある患者家族に対して【生活の意思決定介入】を行っていた。その介入には、『個別に向き合う』、『状況を正確に伝える』、『選択肢のイメージ化を助ける』、『考えを伝える』、『ケア体験の機会をつくる』、『自信体験支援』の6つの概念がみられた。

① 『個別に向き合う』

看護師は、面と向っては本音をいえず、自宅退院に対する葛藤が大きい患者家族に対して、それぞれと向き合いながら、互いの正直な気持ちを聞く介入をとっていた。意思疎通が円滑にできない患者は、すぐに怒り出すなど、その表現方法がゆがめられてしまう可能性もみられていた。「そこでは強がってみたり、ちょっと性格的にやさしいところがあったんで、一緒には無理だなあと思って、個別に聞いていきました(7)」と、患者、家族別々に自分の気持ちを語れる場や雰囲気をつくる『個別に向き合う』働きかけをしていた。

② 『状況を正確に伝える』

看護師は、家族や患者に状況を正確に把握してもらうために、自宅退院や施設退院について参考となる情報を提供していた。患者家族が意思決定するために「まあ、いろんな話をして、先生にもしていただいて。STからも(食事は)口からはちょっと無理だろうということをお話して、それでまあ、本人もそれなら仕方がないかなって、本当に1週間ぐらい悩んだみたいですけど(2)」と、看護師自らが情報提供者となったり、医師からは状態説明をしてもらったり、ソーシャルワーカーからは社会資源の情報を提供したりと、他職種から家族に『状況を正確に伝える』ようにしていた。

③ 『選択肢のイメージ化を助ける』

看護師は、提案に悩んでいる患者家族に対し、医師など他の専門職が示した情報や選択肢について、具体的にどんな生活になるのかをイメージできる『選択肢のイメージ化を助ける』ことを行っていた。「胃瘻はどんな感じなの？とかですね。まあ、ある程度は先生の方が説明をされて、どんな手術でどんな器具というか、管をおなかの中に入れてとか、最初は先生が説明をされてましたけど、で、それから私たちがフォローするというところで話をしました(2)」と、胃瘻を造設した場合の生活を患者家族が自分の生活に当てはめられるよう説明していた。また、施設退院という選択肢についてもイメージを

助けていた。

④『考えを伝える』

看護師は、患者家族が決断できずに思い悩んでいる時には、患者の立場を考えた自分の意見を伝える『考えを伝える』行動がみられた。自宅はとても自信がないと言っている一人暮らしの患者に対し「自宅退院は無理かなあって思っていたんですけど、68歳の年齢で、ぎりぎりかなと思ったんですね。で、ご本人さんがこの時点で自宅退院をする機会を逃したら、施設の入所になってしまうので、いいチャンスというか、これを逃したら自宅復帰は難しいだろうなあ。…でどうするっていうことで、「私はこう思っている」ということを（患者に）伝えたいですね（10）」と看護師自身の考えを伝えていた。

⑤『ケア体験の機会をつくる』

看護師は、自宅退院のために転換しようとするADLについて、家族が患者のケアに参加する体験をつくる『ケア体験の機会をつくる』を行っていた。おむつ交換や嚥下食の調理や食事介助、胃瘻ケアなど、患者が自宅退院した場合に必要なケアを家族と一緒に行動としていた。胃瘻造設患者とその家族に対して、「息子さんは仕事をもっているの、来る日を聞いて、その時に食事の時間、胃瘻の時間に来ていただきました…最初は戸惑っていましたが。まあこんなもんかという感じで、はじめて見たんですね。やっぱり何回もきていただきました。（2）」と回数を重ねて、徐々に家族の緊張が緩和されるのを感じていた。しかし、「家に帰ったら必要になるので、おむつ交換を一緒にしていただくとしたけど、それはいいですって感じではできなかったんですね（7）」と、なかにはケアを拒否される家族もあり、このような家族に対しては、退院への不安を募らせていた。

⑥『自信体験支援』

看護師は、患者と家族を交えたケア体験を繰り返していた。そして、試験外泊、試験外出、病院内での嚥下食の調理と食事など退院後に近い環境でのケア体験を援助していた。「その前に1回簡単にはやっていたんですけど、…奥さんはそれが一番不安だったということで再度また（嚥下食の）調理の練習をしていただいて、それでようやく自信がついたということでした（7）」と、患者家族が自信をもてるような援助である『自信体験支援』を行っていた。6つの介入のうち『ケア体験の機会を作る』『自信体験支援』は、看護師が患者家族に対し、同じ場面でADLの体験を促しており、【生活の意思決定介入】と同時に、双方が無理をしないADLを獲得する【ADL獲得介入】となっていた。

このように看護師は、患者家族が自宅で最も安全で可

能とみなした『無理をしないADLへの転換』を働きかけ、ある時は個別に、ある時は一緒にADLの獲得や意思決定の介入を行うことで、時間をかけながら、患者と家族の歩み寄りを促していた。

3) 退院を控えた時期にみられた概念

看護師は、これまでの援助を通して、患者の自宅退院が実現に近づく、『到達点への妥当評価』をしており、さらに『気がかり分析』『駆け込み窓口調整』をしていた。

①『到達点への妥当評価』

患者家族が安全性の面でも関係性の面でも安定してきた姿をとらえ、看護師は「高齢だしこれ以上はね。もう少し早く訓練ができていればと思うけど…（8）」と、患者家族にとって、現状が今回の入院の中では精一杯であると評価した『到達点への妥当評価』をしていた。

②『気がかり分析』

現状での自宅退院が妥当とする一方で、看護師は、今後の自宅生活に生じる患者の介護量と家族の負担に気がかりを感じていた。「本当に、無理をしないこと、ほんとうに共倒れにならないように、無理をして帰ったとしても本当にこう、最悪の事態をねえ、考えてしまったんですね。本当に最後はね心中でもしてしまうんじゃないかと。本当に心配しました。（9）」と最悪の場合には、自宅生活が破綻する危惧をも覚えていた。生活を継続する上で生じるかもしれない退院後の問題を思い描く『気がかり分析』がみられた。

③『駆け込み窓口調整』

看護師は自分の気がかりを解決するために、患者と家族の退院後の生活に支障が出た時に、どこに駆け込めばいいのかという窓口を家族に示していた。「困ったときはこちらのほうに連絡をするように内線番号をわたしたんですけど、連絡がないから大丈夫なんでしょう（7）」、「施設入所の道は残して、一応申し込みはして、退院になったけど、本当にねえ。体をこわしたらみんな施設に入ってしまう。いくらでも道はあるんですけどっていってるんです（9）」など、患者と家族が生活に困った時に支援体制があることを伝える『駆け込み窓口調整』をしていた。

このように、看護師は病院内で看護師にできうる到達点には、評価をしていた。しかし、やはり気がかりを残し、それを解消する対策をとりながら患者家族の退院を迎えていた。そして、全対象が患者の退院後も気がかりを残し続けており、12名中5名の看護師が実際に電話をかけたり、自宅を訪ねたりしていた。

IV. 考 察

回復期リハビリテーション病棟の看護師が、患者と家族の関係に着目しながら、自宅への退院に向けて援助する過程には、常に【自宅生活の安全性分析】や【家族間緊張の感受性】能力の働きがあった。そして、その能力からキャッチした患者と家族の様子に応じて、【ADL獲得介入】では目標ADLに挑戦する関わりから、無理をしないADLに転換を図っていた。そして【生活の意思決定介入】をタイムリーに実施していることがわかった。以下に回復期リハビリテーション病棟の看護師の退院援助にみられたアセスメント能力と介入について考察を述べる。

1. 看護師のアセスメント能力：【自宅生活の安全性分析】・【家族間緊張の感受性】

回復期リハビリテーション病棟では、今後長く自宅での介護が継続できるのかという視点にたった緻密なアセスメント能力を必要としていた。その1つが、長期に自宅で障害者と向き合って介護する人の背景や立場にたった介護力を見据え、自宅退院が安全に送れるのか否かという安全性の分析である。2つめが患者家族の緊張をキャッチする感受性であった。

患者の多くが障害を抱えた高齢者であり、長く介護を必要とする事例ばかりである。自宅退院することが患者と家族にとって心身ともに安全であるのか、そして継続できるのかが問題となる。家族は、患者の退院によって、これまで安定していた生活が脅かされることにストレスを感じる一方で、患者を看てあげたいという良心にも挟まれる¹¹⁾。また患者も障害者としての自分を受け入れることにストレスを感じている。回復期リハビリテーション病棟で療養する患者家族には緊張が生じやすい。その患者と家族の心理的相互作用は退院後の生活に影響を与えるといわれている⁷⁾。看護師は、2つの能力を発揮しながら患者と家族の関係から生じる生活の安全性への保証を、入院当初から探していると考ええる。

先行研究では患者の意思決定を支えるための看護師の能力には、感受性及び分析力も必要とされていた¹²⁾。実際に回復期リハビリテーション病棟の看護師は、これらのアセスメントから意思決定の介入を行っている。そのことから共通性がみられる。生活の安全性を分析し、家族間の緊張を感じ取る2つの能力は、看護師が患者と家族の関係を維持しつつ自宅退院に導く援助に必要な能力となっていると考える。そして2つの能力を働かせた結果、患者家族や多職種に向けた介入の提案につなげることができる。看護師は、様々な職種の中でも、患者家族の双方の生活の安全性に主眼をおいた分析と、患者と家族へ向けられた、研ぎ澄まされた感性を働かせることができる職種として、その能力を高めていく必要がある。

2. 患者・家族との相互作用に配慮した看護師の介入：

【ADL獲得介入】・【生活の意思決定介入】

看護師たちは、「実際は無理かもしれない」と思いながら、自宅退院を想定し、セラピストと伴にADL獲得に挑戦しようとしていた。退院調整看護師の援助プロセスを調査した研究では、看護師は患者と家族の意思決定までに時間を費やし、その後、退院にむけた具体的な援助を積極的に行っていた¹³⁾。しかし回復期リハビリテーション病棟の看護師を対象とする本研究では、看護師は入院当初から、困難かもしれない自宅退院に向けた援助を行っている。この違いは、回復期リハビリテーション病棟では、大凡6ヶ月という入院期間の間で、患者がどこまでADLを回復できるか明確な見通しが見つらず、しかもその回復と時間の流れを患者と家族がどう受け止めるのかを、つかみづらい状況から生じていると考える。

結果的にこの介入と患者の回復により「思ったよりもできた」という事例もあり、自宅退院を目指したADL獲得に挑む姿勢が、そのまま自宅への退院を早める結果につながられることもあった。しかし、多くは設定した目標まではいかず、患者の落ち込みを見ることになる。そのときに必要となるのが「無理をしないADLの転換」の介入である。ある事例は、自立排尿が無理だと判断した患者に、「不本意ではあるが」としながらも、夜間だけはオムツを着用し患者と家族が休息を考えた方法をすすめていた。より患者と家族が無理をせず安全に生活できる方法に転換する介入である。障害者のリハビリテーションにおいては、ADL自立からQOLへの転換が重要といわれている¹⁴⁾。患者家族が肉体的精神的にぎりぎりの状態で生活するのは、本来の生活ではない。患者家族両者が安寧に生活を送る事ができる生活が大切である。患者のADLの自立が多少低められたとしても、患者家族両者が安寧に生活を送ることができるADLを自問し、考えを患者家族に投げかけていくことが、回復期リハビリテーション病棟の看護師の重要な退院援助だと考える。

さらに、脳疾患患者が障害に対する認識を変容させていく過程の中で、落ち込み現象は1つのステップであり、落ち込みからの回復援助が必要といわれている¹⁵⁾。落ち込みを示す患者と家族は、障害と向き合っているが故に現状に落ち込んでいる。そして落ち込みから回復させてくれる援助を求めている。つまり、その時が無理をしないADLへの転換の援助を受け入れる時期ではないだろうか。時期を逃さない『無理をしないADLへの転換』は、後退した援助ではなく、目標ADLへの挑戦を試みた結果到達した、自宅退院への前向きな援助といえる。

そして同時に必要なのが意思決定介入であった。看護師は緊張状態にあった患者と家族の関係をほぐしながら、

PEGの処置や排尿介助などの技術訓練を一緒にしていく介入をしていた。患者と看護師の関係について、「患者をケアする場面を通して、患者と看護師の相互作用により、互いの自我が発達する」といわれている¹⁶⁾。同様に患者と家族にとってケア体験の機会は、要介護者と介護者としての体験を有する機会となり、その自我を発達させることができるのではないだろうか。同様に家族と患者の互いの気持ちを整理し、何が一番いいのかを考える自我を発達させるには、患者家族同時にケア体験の機会を共有することが重要な意味をもつと考える。

このように、患者と家族の関係のなかで看護師が展開する退院援助には、【自宅生活の安全性分析】と【家族間緊張の感受性】の能力と、目標ADLへの挑戦から無理をしないADLに転換する【ADL獲得介入】、及びその時点での【生活の意思決定介入】がみられた。

酒井¹⁷⁾は、ADLは人間的な交流の上に成り立つとし、機能向上にのみ着眼した援助ではなく、人格的なケアが生活の再構築を助けると述べている。回復期リハビリテーション病棟で展開される退院援助は、ただADLを向上させるだけでなく、家族の受け入れをよくするだけでなく、その後の患者家族の生活の再構築を目指すことである。調査対象のなかには、患者と家族の生活に気がかりを残し、退院後の患者を訪ねた看護師もいた。そのことから、看護師が退院援助のなかで意識して目指しているものは、患者と家族の生活の再構築であるといえる。その視点からも、今回の調査で得られた患者と家族の関係性を重視した退院援助における能力と介入は、回復期リハビリテーション病棟において、自宅退院を援助するための資料となると考える。

本研究の限界と課題

本研究は、対象が12名であること、2ヶ所の回復期リハビリテーション病棟の看護師に限られていることから、さらに対象数や施設を増やししながら、確かに理論的飽和に至っているのかを検討する必要があると考える。また、分析対象が看護師のインタビューデータのみからの分析であり、看護師の記憶に残された援助に限られており、結果が援助の全てとは言い難い。しかし、記憶に刻み込まれた積極的な援助が語られているとも解釈でき、援助の重要な内容が表出されているとも考える。トライアングレーションによる検証をおこなっていないことから、それについては今後、実際の援助の参加観察や記録などによるデータの収集と分析を通して、今回の結果を検証する必要がある。そして、これらのケアは、看護師だけではなく他職種と協働しながら実践されており、看護師独自ではなく他職種の援助プロセスと統合させることも重要となってくる。今後、これらの課題を検討し、回復期リハビリテーション病棟の看護師の退院援助についての研究を深めていきたい。

結 論

今回の研究では、回復期リハビリテーション病棟の看護師が自宅退院にむけて援助するプロセスでは、次のことが明らかになった。

- ① 看護師のアセスメント能力として、生活の安全性分析と家族間緊張の感受性を常に発揮していた。
- ② 介入として、入院当初から、自宅退院を目標としたADL獲得をめざして援助していた。しかし患者の様子をとらえて、患者家族が無理をしない方法への転換を実施していた。そして、その時期に意思決定介入を積極的に行っていた。

尚、本研究の調査にご協力いただいた対象の方々、及び場所を提供していただいた病院施設の方々に深く感謝いたします。

要 旨

障害をもつ患者を自宅退院に導くためには、患者家族の相互作用の中でいかに看護師が働きかけるかが重要である。本研究は、回復期リハビリテーション病棟において、自宅退院に困難を感じた患者家族の自宅退院への援助プロセスを明らかにすることを目的としている。看護師12名を対象に半構成的面接を行い、事例に対する援助過程について聞き取りを行った。データは逐語録におこしグラウンデッドセオリー法にて分析した。

その結果、看護師は【自宅生活の安全性分析】と【家族間緊張の感受性】能力を常に働かせながら介入していた。【ADL獲得介入】では、「目標ADLへの挑戦」をしながら患者を支援し、患者の落ち込みがみられた時に「無理をしないADLへの転換」をしていた。そして同時に患者家族に対して【生活の意思決定介入】を積極的に行っていた。これらの能力と介入は、患者と家族を安全な自宅生活に導くために重要であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study is to research the discharge planning process that the nurse helped the patient and his family who are difficulty to back to home. Semi-structured interviews were conducted for 12 nurses who work in the recovery period rehabilitation ward. Results of which were analyzed in the grounded theory approach.

The nurses exercised two competencies in the all processes. One was “analysis of the safe living in the home” and the other was “sensitivity for family’s tention”. And the nurse intervened patient and the family. The nurses helped the patients to drive for his goal of ADL. But the nurse proposed to change goal without burden for the patient and his family, when the nurses felt the patient’s depression in rehabilitation. In that time, the nurse helped them for their decision making. These competencies and interventions are effect in leading to discharge patient from hospital to his home.

文 献

- 1) 日本リハビリテーション病院施設協会, 回復期リハビリテーション病棟, 三輪書店, P168, 2003.
- 2) 正門由久, 千野直一他, 脳卒中回復期リハビリテーション病棟, 脳血管障害患者の回復期リハビリテーションに関する研究, 全国調査の outcome, リハビリテーション医学38巻4号, P239-241, 2001.
- 3) 山本雅子, 田上さくら他, 当院回復期リハビリテーション病棟の退院動向, 今後の看護援助のあり方について, 日本リハビリテーション看護学会集録14回, P108-110, 2002.
- 4) 茂木啓介, 遠藤美沙希他, 回復期リハビリテーション病棟導入後の実態と問題点, 群馬医学78号, P11-13, 2003.
- 5) 遠藤由香, 松尾佐智子他, 回復期リハビリテーション病棟における家庭復帰に及ぼす影響要因に関する研究, 日本リハビリテーション看護学会集録15回, 103-105, 2003.
- 6) 山本洋子, 加部茂彦他, 脳卒中後遺症患者の退院時 Barthel Index, と家庭復帰の関係, Journal of Clinical Rehabilitation, 11巻8号, P770-773, 2002.
- 7) 渡辺俊之, 本田哲三編集, リハビリテーション患者の心理とケア, 医学書院, 2000.
- 8) 南雲直二, リハビリテーションと心理的援助: 相互作用という方法, Quality nursing Vol.10 No.7, P634-639, 2004.
- 9) 天野智美, 渡壁香織他, 高齢患者とその家族への退院実現に向けた看護ケアー自宅退院の受け入れを可能にする支援と看護介入プロセスー, 臨床看護, 29(2), 282-286, 2003.
- 10) 木下康仁, グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂, 2003.
- 11) 田宮葉奈子, 要介護老人を抱える家族の老人ケアの場所への意思決定過程ー家族面接にみえるスティグマ・葛藤の実態ー, 健康文化研究助成論文集, 6号, 82-88, 2000.
- 12) 野嶋佐由美, 畦地博子他, 患者の意思決定を支える看護の基盤についての看護者の認識, 高知女子大学紀要, 第49巻, 75-87, 2000.
- 13) 本道子和子, 病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析, 東京保健科学学会誌, 1(1), 11-19, 1998.
- 14) 上田 敏, リハビリテーションを考える, 青木書店, 第1版第23刷, 2001.
- 15) 高山成子, 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究ーグラウンデッドセオリーアプローチを用いてー日本看護科学会誌, Vol.17, No.1, P1-7, 1997.
- 16) 周宇彤, 湯浅美千代, 他, 脳卒中患者の看護援助ー自我発達を促進する視点からーQuality nursing Vol.8, No.3, P229-235, 2002.
- 17) 酒井郁子, 脳血管障害患者の生活の再構築を支える看護の専門性を考える, Quality nursing Vol.8, No.3, P192-198, 2002.

[平成17年4月7日受 付]
[平成17年11月4日採用決定]

高齢者の日常生活に及ぼす集中的なモーニングケアの効果

Effects of Intensive Morning Care on Elderly People's Daily Living

山本 多香子
Takako Yamamoto

キーワード：モーニングケア，高齢者，日常生活，効果，集中的な
Key Words：morning care, elderly people, daily living, effects, intensive

I. 緒言

Hendersonらは「たいていの人は病気であろうと健康であろうと、外観を気にするのが普通である。重症のときでさえも、良し悪しは別として、患者はこのような観念に影響されており、悪くみられることをいやがる。患者の多くは、人—たとえそれが医師であっても—が訪れてくる前に、モーニングケアを済ませたがる。」¹⁾と言及した。モーニングケアは、夜が明けてから患者に対して口腔内の清潔、洗面、清拭、結髪、寝衣交換、ベッドメイキングまたはシーツ交換を実施する一連の看護ケアを指す²⁾。とはいえ、実際にはモーニングケアの内容、方法、実施時間帯は、多岐に渡っている。ところで、看護基礎教育に用いる看護技術の教科書では、モーニングケアに関する記載量は減少傾向にある。実際に病院では、多くの場合、モーニングケアの実施は夜間帯勤務者が行っている。早朝に配置された人員は、日中よりも少ない。そのため、検査・処置を優先せざるを得ない。その結果、おしぼり（洗面）とコップ1杯の水（歯磨き用）のみを配るだけの簡略化を進める傾向にある³⁾。また、老人施設では、施設の種別にかかわらず、着替え、整髪、ひげそり、化粧の援助といったモーニングケアに該当するサービスの実施率が低いという報告がある⁴⁾。身体機能の低下した高齢者に対するモーニングケアの実施は、細やかな動きの連続になる。特に車椅子を使用する高齢者は、立ち上がりや歩行が不安定である。そのため、看護師は多くの時間を費やすからである。しかしながら、人は、普段、朝の身支度をする場合、それぞれ独自のやりかた（仕方）を持っている⁵⁾。例えば、高齢者の培ってきた様式（身についた方法）に合わせたモーニングケアにより自分でできる機会を持つことができ、自尊心が高まった⁶⁾という報告がある。また、言語的・非言語的コミュニケーションと密接な身体接触を行ったモーニングケアにより、高齢者は持てる力を発揮し、自分でできる機会を持つことができた⁷⁾という報告もある。それゆえに、本来は、簡

略化せずその人がこれまで健康時に行っていた方法に応じたモーニングケアを行う必要がある。

本研究の目的は、積極的かつ個性に対応したモーニングケアが、ケア・サービスを受ける高齢者の自己認識にどのような影響を与え、その結果、日々の生活態度をどのように方向付けるか、その変化の可能性を明らかにすることである。その人が健康時に行っていた朝の身だしなみの方法に合わせ、その人がどこまでできるかを確かめ、実施する形態のモーニングケアは、高齢者に自己達成感を持つ機会を与えうる。つまり、高齢者は、日常生活について自分で決定する機会を持ち、さらに、治療やケアに対し、積極的な方向に気持ちを変化させるのではないだろうか。したがって、高齢者に対し自分で決定し、自分でできる機会を与えるモーニングケアに注目する研究は重要である。

本研究では、半構造化インタビュー、参与観察による質的（定性的）データと、携帯型の活動量計「アクティグラフ」の利用による活動量測定に関する量的（定量的）データを用いて分析を行う。特に、病院施設において長期療養中の高齢者が自己存在を肯定的に再確認し、周囲との関係を積極的に再構築しようとする生活態度へと方向づけられていくにあたり、モーニングケアがどのような機能を持ち得るのか質的データから検討する。そして、このデータから得た知見は、療養中の昼寝時間の減少や夜間睡眠時間の延長・集約化という傾向が読み取れる量的データによって仮説を補強するものである。

II. 研究方法

1. 調査協力者・調査環境

協力者の選定は調査施設に協力を求め、協力者の条件は、車椅子移乗に一部・全面介助を要し、会話を理解でき、必要なコミュニケーションが可能であり、内服薬に睡眠薬を含まない者とした。調査環境の条件は、おしぼりタオルで職員が協力者の顔を拭くことをモーニングケアの実施内

容に含む施設とした。

2. 倫理的配慮

調査施設及び協力者には、研究の意義、研究目的、研究方法およびプライバシー保護について説明し、協力承諾の意思を確認して同意を得た。さらに協力者には、同意を得た後も研究の辞退は可能であり、辞退してもその後のサービス内容に影響しないことを説明した。

3. 介入（モーニングケアの実施）

1) 実施内容

朝の挨拶の後、更衣、車椅子移乗介助、排泄介助、手浴、歯磨き、洗面、整髪、化粧を協力者の健康時に行っていた方法に合わせて実施した。これまでの生活で整髪料や化粧の利用がなかった協力者には、モーニングケアで使用する選択をしてもらった。モーニングケアの実施場所・用具・用材を表1に、各項目の定義・留意事項を表2に示す。

2) 実施条件

介入（モーニングケアの実施）は1名ずつを対象にし、介入期間はそれぞれ7日間（月曜日から日曜日）、介入時間帯は、6時30分から9時とした。

表1 モーニングケアの実施場所と用具・用材

項目	実施場所	用具・用材
挨拶	ベッドサイド	なし
更衣	ベッドサイド	衣服
車椅子移乗	ベッドサイド	車椅子
排泄動作介助	ベッドサイド トイレ	なし
手浴	洗面所	湯、石鹸、タオル
洗面介助	洗面所	湯、洗顔石鹸、タオル
歯磨き	洗面所	水、歯ブラシ、歯磨き剤
義歯洗浄	洗面所	水、義歯、歯ブラシ、歯磨き剤
含嗽	洗面所	水、コップ
化粧	洗面所	化粧水・乳液 ^{注1)} 、口紅 ^{注2)} 、手鏡、洗面台の鏡、髪留め、口紅用ブラシ、ケープ
整髪	洗面所	頭髪用ブラシ、整髪料 ^{注3)} 、ケープ

注1) 対象が所持する化粧品（愛用のもの）の使用を原則とする。所持していない場合は研究者が準備した化粧水・乳液を用いた。使用前は上腕内側に簡単なパッチテストを行った。

注2) 口紅は、研究者が準備した物を使用した。口紅の色は、パールベージュ、プリリアンローズ、レッドブラウン、パールピンク、グロッシーオレンジ、クリアレッドの6色であった。

注3) 整髪料は、シルクプロテイン配合（うるおい成分）とフローラルの香り含む寝ぐせ直し用を使用した。使用前は上腕内側に簡単なパッチテストを行った。

4. 調査方法

1) 半構造化インタビュー

介入終了日に、半構造化インタビューを行い「朝の支度（モーニングケア）の実施を受けて朝の気分がどのようになり変りましたか」「朝の支度（モーニングケア）の中でどんなことが良かったですか」を質問し、展開される語りの内容については確認のみとした。ひととおり語られた後「何かしたいなあと思う気持ちは1から10（満点が10である）までのどれくらいの範囲に拡がりましたか」「車椅子で移動する範囲はどれくらい変化しましたか」などについて質問を加えた。インタビューの時間は1名あたり30分程度とし、録音は、協力者の理解を得た上でを行い、インタビュー終了後、速やかに記述し逐語録とした。

表2 モーニングケアの各項目の定義と留意事項の一部

項目	定義	留意事項
朝の挨拶	相手に対し礼儀正しい態度を示しながら、モーニングケアの開始を意識させること	・挨拶の後、カーテンを開け、対象者の朝の気分や何をしたいかを聞く
手浴	衣服の袖を折り曲げ、指先から手首までを湯あるいは水で洗う一連の行為を助けること	・麻痺側は代わりに洗う
歯磨き	起床直後と朝食後の口腔内の汚れを取ること	・自分でできるように歯ブラシ、歯磨き剤、コップをとりやすい位置に置く ・どこまでできるか見守り、磨き残しがないか確認する
義歯洗浄	義歯に付着している汚れ（分泌物、食物残渣）を洗浄すること	・自分で出来る場合は見守る
含嗽	歯牙と歯肉を清潔にし、口腔内の残渣を除去すること	・洗面台に身体を折り曲げにくいときは背中を支え、排水を洗面台からこぼさないようにする
洗面介助	顔を洗ったり拭いたりするのを助けること	・自分で何処までできるかを見守る ・磨き残しや眼脂が付着していないか確認する
整髪	整髪料を髪全体に散布し、ブラシで頭髪を整えることを助けること	・後頭部までブラシが届かないなど自分でできない場合は代わりに髪型を整える ・鏡で顔全体を見て仕上がりを確認してもらう ・実施前に上腕内側に簡単なパッチテストを行う
化粧	ケア（スキンケア）、メイクアップ、フレグランスに区別され、化粧品を使って美しくすることを手伝ったり代わりに施したりすること	・化粧水と乳液を自分で顔全体に塗るかあるいは代わりに行う ・希望すれば、口紅の色を選択してもらい唇につける ・実施前に上腕内側に簡単なパッチテストを行う

2) 参与観察

調査期間中は、施設の日課に参加しながら、協力者の日常生活における会話や行動、態度、感情表出などを観察し、フィールドノートに記述した。

3) 活動量測定

協力者の活動量は、携帯型の活動量計「アクティグラフ」(米国A.M.I社製)を利き手側(麻痺側の場合は健側)手首に装着し、介入前期間と介入期間の2週間を連続的に測定した。アクティグラフは、本体サイズが直径2.54cm、円形、厚み0.9cm、重さ正味9g(腕バンドを除く)であり、装着した腕の全方向へ0.01Gの重力加速頻度を1分間隔で取り込むことができた。

5. 分析方法

協力者の日常生活内容の変化を明らかにするため、木下⁸⁾の提示する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にし、質的帰納的分析を行った。分析は①～③の手順でまず個別に分析をした後、それらを全て集めて全体の分析を行った。①各協力者の記述データを繰り返し読み1つの文章に1つの行動、態度、感情表出が含まれるように記述部分を抜き出し、協力者の表現に忠実な1文にまとめ介入前期間と介入期間に整理する。②日常生活内容に関する記述内容を抜かし類似する内容をまとめコード化を行う。③介入前期間と介入期間と比較して日常生活内容の変化したコードに注目し、比較分析しながらサブカテゴリー化を行う。更に、サブカテゴリーの類似しているものを集め比較しカテゴリー化を行った。なお、分析過程では、分析結果と半構造化インタビューの逐語録および参与観察のフィールドノートとの照合を行い、スーパーバイズを繰り返し受けることで、分析内容の真実性と信憑性の確保を行った。量的データの分析・処理は、アクティグラフで測定した活動量データをパソコンに転送し、睡眠、覚醒のどちらであるかを単位時間ごとに判定した結果から、介入前期間および介入期間の起床時刻、就寝時刻、昼寝の時間、夜間の睡眠時間、中途覚醒時間の平均値を比較検討した。

6. 使用する用語の定義

一般に、昼間は一日の明暗サイクルの明期を表す。本研究では、昼間の活動時間は明期の10分以上の活動時間を指し、起床時刻は昼間の活動の開始時刻とし、昼寝は10分以上60分以下の非活動時間を指した。一般に、夜間は一日の明暗サイクルの暗期を表す。本研究では、夜間の睡眠時間は10分以上の非活動時間を指し、中途覚醒時間は10分以上60分以下の活動時間を指し、就寝時刻は、夜間の非活動時間の開始時刻とした。なお、夜間の睡眠は、中途覚醒時間を除外したものである。就寝以後の覚醒が60分以上で午前6時まで至った場合は、その時刻を起床時刻とした。

Ⅲ. 結 果

1. 調査協力者の概要と調査期間

協力者は介護老人保健施設に入所する女性5名で、年齢は72～93歳であり、調査期間は2003年6月から8月であった。協力者の概要は表3に示す。

2. 高齢者の日常生活内容に生じた変化

各協力者から抽出された日常生活内容の変化は46コードにまとめることができ、12サブカテゴリーに集約することができ、【刺激を受ける】【気持ち安定する】【意欲を取り戻す】という3カテゴリーが得られた。日常生活内容に生じた変化の一覧を表4に示し、以下、カテゴリーごとに説明する(カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』, ローデータを「 」で表す)。

1) 【刺激を受ける】

この日常生活内容の変化は、協力者に『用具・用材による刺激』『モーニングケア行為による刺激』の2つのサブカテゴリーが影響を及ぼしたことを表す。

- (1) 『用具・用材による刺激』では、協力者はモーニングケアで使用した用具・用材から刺激を受けていた。モーニングケアで使用する物品の提示に対し「これなんぞんねん」(協力者4)と応答した。洗顔後に使用された化粧品や頭髮全体に散布された整髪料の香りに対し「いい香りで、ちょっとしたことで朝から気分良くなりますわ。朝から気分良くなったら一日ええですなあ」(協力者1)と応答した。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。
- (2) 『モーニングケアによる刺激』では、モーニングケアの実施行為から刺激を受けていた。化粧水や乳液を顔全体につけてもらった後、「えー気持ちやなあ」(協力者2)と応答した。洗顔した後、「やっぱり洗うと気持ちえーなあー」(協力者4)や「お湯で(顔を)洗ったことないなあ、贅沢させてもらうなあ」(協力者2)と応答した。歯磨き剤で洗浄した義歯を含嗽後の口腔内に挿入された時「入れ歯はずして洗ったほうがえーなあ」(協力者2)と応答してくれた。介入期間中、毎朝、一定時刻に同一人物の訪室を受けたことに対し「いつものことであんたに馴れてきたわ」(協力者3)、「あんた来てくれるん待ってたんよ」(協力者4)(協力者5)と応答するようになった。介入期間初日、「自分で髪をとかしますか」の問いに対し「手がこんなやからブラシが持てん」(協力者2)、「ブラシあったらいけるけど…やっぱり自分やったらうまいことかけられない」(協力者5)と語っていた。しかし介入期間2日目、「昨日、自分でといてみた」(協力者2)(協力者5)と協力者自らが整髪を試みたことを語った。介入前期間、協力者は、手に水をつけて髪をなでていた。しかし、介入期間1日目に

表3 協力者の属性

協力者	協力者1	協力者2	協力者3	協力者4	協力者5
年齢	72歳	90歳	81歳	93歳	77歳
主疾患	右大腿骨頸部骨折	右大腿骨頸部骨折	右大腿骨頸部骨折	うっ血性心不全	脳梗塞後遺症
痴呆性老人の日常生活自立度	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ b	Ⅱ b	Ⅱ b
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	B 1	B 2	B 2	B 1	B 2
入所期間	1カ月	7カ月	3カ月 ※前回入所	1カ月	1カ月 ※前回入所
主な内服薬	降圧剤	抗パーキンソン剤 降圧剤	降圧剤 潰瘍治療剤解熱鎮痛消炎剤 鉄剤	利尿剤 潰瘍治療剤	降圧剤

注1) 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 (厚生省老人保健福祉局通知, 老健第135, 1993年10月26日)
 ランクⅡ: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
 Ⅱ a… 家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。
 Ⅱ b… 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。
 ランクⅢ: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
 Ⅲ b… 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。
 注2) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準 (厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知, 老健第102-2, 1991年11月18日)
 ランクB: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。介助により車椅子に移乗する。
 B-1… 介助なしに車椅子に移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。
 B-1… 介助のもと、車椅子に移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

表4 カテゴリー表

サブカテゴリー (12)	カテゴリー (3)
用具・用材による刺激	刺激を受ける
モーニングケア行為による刺激	
望ましい外見の獲得	気持ちが安定する
他者の注目を受ける	
人前に出られる安心感を得る	
自分のペースを保つ	
かけがえのない自分が蘇る	
時間の流れに変化を感じる	意欲を取り戻す
他者に関心を持つ	
意思表示をする	
安定した姿勢に変化する	
活動範囲が広がる	

ブラシを用いた整髪をうけたことにより、介入期間2日目には「私のブラシどこかなあ…」(協力者3)とブラシを探す行為があった。モーニングケアの実施行為において、看護師は協力者と接近することになる。特に、化粧や整髪では、看護師は手作業を通じてより密接な身体接触をする。そのようなモーニングケアにはマッサージ

効果があり、さらに協力者の身体に触れる時間が増すことにより、協力者に対し快さを与えるものにつながった。介入期間1日目、口紅を塗布してもらい、介入期間2日目、「口紅を塗ってください」(協力者1)と発言した。介入期間1日目に化粧水や乳液を顔全体に塗ってもらったことにより、介入期間2日目に化粧水や乳液を顔全体に塗ってもらった後、「ええ気持ちやなあ」(協力者2)と応答してくれた。このようなケースがこのサブカテゴリーに該当する。以上により、①モーニングケアの用具・用材、②洗顔、含嗽後に洗浄した義歯の挿入、③毎朝一定時刻に同一人物が朝の挨拶の言葉をかける、④協力者との密接な身体接触により、協力者の日常生活は、朝から刺激を受ける内容に変化したことを示している。

2) 【気持ちが安定する】

この日常生活内容の変化は、協力者に対し、『望ましい外見の獲得』『他者に注目を受ける』『人前に出られる安心感を得る』『自分のペースを保つ』『かけがえのない自分が蘇る』の5つのサブカテゴリーが影響を及ぼしたことを表す。

(1) 『望ましい外見の獲得』では、モーニングケアが終わった後、協力者はモーニングケアの1つである化粧による

見栄えを確かめ、望ましい外見になったと自分を評価する活動のことである。口紅を塗った後、鏡に映る位置に車椅子を移動させ、鏡をじっと見入り「よう映えますなあ」(協力者1)と発言した。髪に整髪料を散布されブラシを用いた整髪の後「櫛入れたらええなあ」(協力者4)、「あーっ、きれいになった」(協力者2)と応答した。化粧や整髪を終えた後、「ここ(洗面所)の鏡が見えにくいわ」(協力者4)と手鏡で自分の顔を映す行為をした。これらの行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(2)『他者の注目を受ける』では、モーニングケアが行われるようになって、家族や他の利用者から好意的な注目を受けるようになったことを評価する活動のことである。「昨日はよく声をかけられたわ。明るくなった、(面会に来た)息子も喜んでたわ」(協力者1)と語った。協力者2は、利用者Aに「髪、ピンで留めてるの?鏡で見てみ、似おとるよ」と声をかけられた。「きのうな、娘来てな、化粧品減ってるわ言うて、やっぱりきれいや言うてたわ」(協力者4)と語った。これらの行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(3)『人前に出られる安心感を得る』では、協力者がモーニングケアは他者が望ましいと見なす外見を獲得し、人前に出られる安心感を得たと評価する活動のことである。「髪とくと、女の人、やっぱりええわね」「人前に出るといことで、安心する、これで恥ずかしいなと思うて」(協力者5)や「やっぱり、安心するのやね」(協力者1)と発言した。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(4)『自分のペースを保つ』では、協力者が健康時に行ってきた方法に合わせたモーニングケアを、自分のペースに合わせて気楽に求められるようになったと評価する活動のことである。「気楽にさしてもらったところが、気もつかわんと…(中略)…気楽でよかった。気安うてええ人やなあ思てな(笑)」(協力者3)、「自分でできんからなあ、ちょっとしたことを手伝ってもらたらうれしいんや」(協力者2)と語った。パジャマから日常着に更衣をした後「迷惑ばかりかけてなあ、申し訳ない思うてなあ。したけどな、(パジャマの)ボタンがうまくはずれんで…。」ボタンをはずしてもらおうと、協力者は自分でパジャマを脱ぎ「ちょっとできるようになったかな(笑)」(協力者2)と発言した。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(5)『かけがえのない自分が蘇る』では、協力者はモーニングケアの実施を受け、過去の良い時期を思い出した活動のことである。整髪後に鏡をみながら「昔は桃割れ結いましてん。お父さんが喜びましてなあ…」(協力者1)、「昔は日本髪を結いおったんやでえ」(協力者2)

と語った。パジャマから日常着に着替えのために自分でボタンをはめながら「この手でなあ、いろいろつくった、お寿司やら、ところてんやら、豆腐まで作りよった」(協力者2)と夫の死別後、3人の子供を育てたことを語った。洗面所の鏡の前で整髪をしながら「私は満州からの引き上げですねん。夫は、私の目の前で銃殺されました。そのときは結婚して間がないときでねえ。…(中略)…引き上げたときはゼロでしょう、それから(姑は)大阪で鉄工所開いたんですよ。姑は賢い人でした。だから私はこの人には、と思いました。」(協力者3)と、戦後満州から引き上げ財産を築き上げた姑を語った。洗面所の鏡の前で、口紅を塗ってもらった後「わたしね、〇〇劇団にいましてん。春の公演は、それはもう華やかでしたよ(舞台口上をする)。観客席から割れんばかりの拍手でなあ…(中略)…鏡の前に座って、人にやってもらおうということで思い出しましたわ(沈黙)。青春のまっただ中でした。一番いい思い出でした」(協力者1)と語った。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。以上により①望ましい外見の獲得や他者の注目を受けることにより人前に出られる安心感を得ることができた、②これまで健康時に行っていた方法に合わせたモーニングケアにより自分のペースを保つことができた、③モーニングケアをきっかけに過去の良い時期を思い出しかげがえのない自分が蘇り、協力者の日常生活は、気持ち安定する内容に変化したことを示している。

3)【意欲を取り戻す】

この日常生活内容の変化は、『時間の流れに変化を感じる』『他者に関心を持つ』『意思表示をする』『安定した姿勢に変化する』『活動範囲が広がる』の5つのサブカテゴリーが影響を及ぼしたことを表す。

(1)『時間の流れに変化を感じる』では、協力者が介入期間よりも介入期間の方が時間の経過を早く感じるようになることである。「(モーニングケアをするようになって)じきに一日一日たってしまうさかいに、日たってしまうからね。それはええこっちゃん」(協力者4)という発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(2)『他者への関心を持つ』では、協力者が、介入期間中に他者と関わる機会を自ら持ち、特定の他者に対し肯定的な評価をする活動のことである。協力者3は、食堂へ向かう途中、出会った利用者に挨拶をするようになった。「いつも、後ろの方できれいにしてもらってる。誰か知らんけど、お礼言わなと思ってる」(協力者2)と他者に関心を示す発言をした。このような発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

(3)『意思表示する』では、協力者が、介入期間中に、自分の考えを他者に示す活動のことである。「歯磨きはこ

れから自分の部屋でするわ」(協力者1)と発言した。「(パジャマのボタンをはずして日常着を受け取りながら)自分のことは自分でせなあ」(協力者4)と発言した。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。

- (4)『安定した姿勢に変化する』では、介入前期間と介入期間を比較し、協力者の姿勢が変化する活動のことである。背中を伸ばした立位や他者の支えなしで端座位ができる(協力者2)行為である。エプロンをつけずに椅子に座り、背中をピンと伸ばし口を大きく開けてパンをこぼさずに食べることができる(協力者1)行為である。これらの行為がこのサブカテゴリーに含まれる。
- (5)『活動範囲が広がる』では、介入前期間と介入期間を比較し活動範囲が広がったことである。協力者は、自分で顔を洗う範囲が顔全体に広がり「顔を洗うとき(今日は)目まで洗えた。歯を自分で磨けた」(協力者5)と語った。協力者は、車椅子の操作距離が長くなり「そうですね、あそこ(療養室ローカを車椅子で操作して)1周して来んのね、楽しくなってきてね。そやから、今までしたことないね、1周2周3周するようになりましたね。1日にね、3周できるようになりました」(協力者

1)と語った。協力者は、端座位になる時間が増すようになり、「つかまらんでも座れるようになって、足に力が入るようになったんかなあ」(協力者2)と語った。これらの発話行為がこのサブカテゴリーに含まれる。以上により、協力者の日常生活内容は、時間の流れに変化を感じ、他者への関心を持ち、自分の意思を表示し、活動範囲が広がる方向に変化した。つまり、協力者は、日常生活における中身を自分で選択し決定し、そのような機会を得たことにより、積極的にケアに参加するようになった。それらは、協力者の日常生活が意欲を取り戻す内容に変化したことを示している。

2. 介入前期間と介入期間の活動量に生ずる変化

調査協力者5名に対し、アクティグラフの利用による介入前期間および介入期間である2週間の活動量を測定した。協力者のうち1名は、活動量データを検出できなかったため、除外データとした。測定した活動量は、統計的に処理し、睡眠、覚醒のどちらかであるか単位時間ごとに判定した。その結果から、起床時刻、就寝時刻、昼寝の時間、夜間睡眠時間、中途覚醒時間を算出し、さらに協力者ごとに介入前期間と介入期間の平均値を比較した結果を表5に示す。活動量データを得ることができた4名の起床時刻の

表5 睡眠の状態

	介入前期間		介入期間		平均値の差 (分)	
	平均	SD	平均	SD		
協力者1	就床時刻	20:19	0:33	20:12	0:22	-7
	起床時刻	5:54	0:41	6:05	0:40	+11
	昼寝の時間(分)	98	19	51	30	-47
	夜間睡眠時間(分)	426	33	452	37	+26
	中途覚醒時間(分)	149	60	132	47	-17
協力者2	就床時刻	21:29	1:43	20:36	0:18	-53
	起床時刻	3:10	2:13	4:24	1:33	+74
	昼寝の時間(分)	56	3	29	13	-27
	夜間睡眠時間(分)	259	136	444	86	+185
	中途覚醒時間(分)	85	63	47	48	-38
協力者3	就床時刻	22:27	2:05	20:55	0:34	-92
	起床時刻	4:04	1:39	5:06	1:05	+62
	昼寝の時間(分)	76	44	73	73	-3
	夜間睡眠時間(分)	361	76	432	65	+71
	中途覚醒時間(分)	67	44	73	46	+6
協力者4	就床時刻	22:13	1:49	21:10	0:56	-92
	起床時刻	5:39	0:24	6:18	0:28	+39
	昼寝の時間(分)	132	28	44	13	-88
	夜間睡眠時間(分)	363	87	513	77	+150
	中途覚醒時間(分)	70	47	22	29	-48

平均値は、介入前期間と介入期間の比較により、介入期間で後退した。就寝時刻の平均値は、介入期間で前進した。昼寝の時間の平均値は、介入期間で減少した。夜間睡眠時間の平均値は、介入期間で増加した。中途覚醒時間の平均値では、協力者の3名が介入期間で減少し、1名は増加した。

協力者2の介入前期間と介入期間の活動量は、図1に示した。アクティグラフを装着した時点が測定開始で、横軸中央が0時である。グラフの高さは、高いほど活動量が多いことを示し、極端に低い部分は非活動であり睡眠や昼寝を表す。介入前期間では、夜間のグラフの高さは高く体動回数も多く中途覚醒も頻繁にみられ、昼間は昼寝が多くみられた。就寝時刻や起床時刻が判定しにくく、介入前期間の起床時刻の平均値は3時10分±2時間13分で、覚醒以降は職員が起こしに来るまでベッド上で過ごしていた。介入

期間では夜間のグラフの高さは介入前期間より低くなり、中途覚醒や昼寝の回数も少なくなった。起床時刻の平均値は4時24分±1時間33分で、介入前期間よりも74分遅く起きていた。就寝時刻の平均値は20時36分±18分で、介入前期間よりも53分早く就寝していた。夜間の睡眠時間の平均値は、444分±86分で介入前期間よりも185分長く、中途覚醒時間の平均値は47分±48分で介入前期間よりも38分短くなった。昼寝の時間の平均値は22分±29分で介入前期間よりも27分短くなった。

IV. 考 察

1. 日常生活内容の変化とその要因

本研究では、モーニングケアの用具・用材を用いて、その人がこれまで健康時に行っていた方法に合わせたモーニングケアを実施した結果、日常生活内容に3つの変化を及

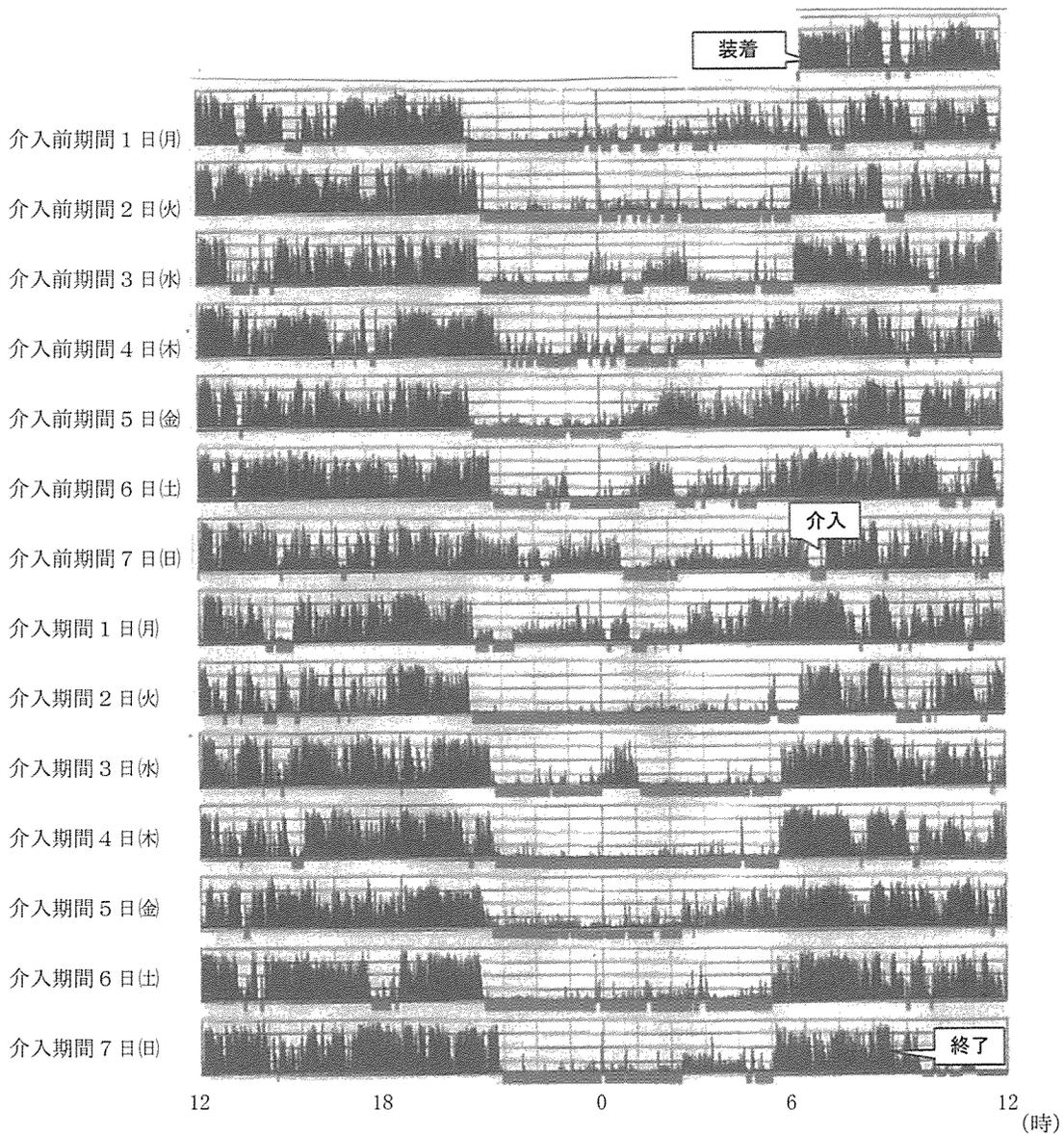


図1 協力者2の活動量

ぼしたことが明らかとなった。以下に、変化を生じさせた要因について論じる。

1) 刺激を受ける

モーニングケアの用具・用材により協力者が刺激を受けたのは、介入前期間の施設内の生活において、モーニングケアで用いた用具・用材が取り扱われていないものであったためと考える。化粧品や布性ケープ（ピンクの花柄）を使用するかどうか協力者に選択してもらった。化粧経験のない協力者には目新しいものとなり、化粧の経験のある協力者にはこれまで健康時に行ってきた方法を思い出すきっかけを与えたといえる。さらに、取り扱った化粧品・整髪料に含まれていた香料は介入前期間の施設内の生活で用いられていないものであったため、協力者の感覚器が刺激を受けるものとなったと考える。モーニングケアの実施行為により協力者が刺激を受けたのは、介入前期間では、その人がこれまで健康時に行ってきた方法に合わせた実施行為がなかったためと考える。介入前期間、協力者の顔面清拭は、朝食前にお絞りタオルを使用したものであった。介入期間中、蛇口から直接出る湯を使用した洗面により、湯による温度感覚や顔を洗い流す感覚が与えられた。その結果、協力者の感覚器が刺激を受けるものとなったと考える。介入前期間の協力者は、含嗽をせず、水洗いした義歯を挿入されていた。介入期間中、歯磨き剤を使用し洗浄した義歯を含嗽後の口腔内に挿入するようになった。そのため、協力者は、爽快感を得るものとなったといえる。介入前期間の協力者は、毎朝、異なった職員により起床を促されていた。介入期間中、同一人物（研究者）が一定時刻に訪室し、朝の挨拶の言葉をかけた。それにより協力者は、起床時刻とモーニングケアの開始を意識づけられたといえる。介入前の協力者は、手に水をつけて髪をなでていた。介入期間中、ブラシを用いた整髪により協力者は、忘れていたブラシの使用を思い出すことになったといえる。化粧水・乳液や口紅を塗ったことにより、協力者は、口紅、化粧水や乳液を塗ってもらうような密接な身体接触を望むようになった。余語ら⁹⁾は、女性の精神的健康に与える化粧の効用として、比較的持続的な他者による顔面マッサージ効果あるいは触覚による快感情によって不安の程度が減少し、安心感を与えると報告している。つまり、化粧水・乳液や口紅を塗ってもらうという、より密接な身体接触を含む、他者を通じた手作業により、協力者は、快の刺激を受けたといえる。

2) 気持ちが安定する

モーニングケアの後、協力者は、自分の姿を鏡に映し出したことにより、望ましい外見になった自分に気付いた。介入期間中、家族や他の利用者から好意的な評価を受けたことにより、さらに自分の変化を確かめるものとなった。

宇山ら¹⁰⁾はメーキャップの心理的有用性において、化粧による心理的効果に安心の因子を明らかにし、年齢が高いほど安心感を与える効果が高まるとしている。つまり、モーニングケアにより協力者の顔面に付着した眼脂や皮膚の汚れが落とされるため、協力者の顔面は清潔な皮膚になる。さらに化粧品を用いて美しくなり、他者の肯定的な評価を受けたことにより、協力者は、自分を肯定するようになったといえよう。そしてこの自己肯定感は、人前に出るのに恥ずかしいという気持ちを軽減し、他者と積極的にかかわる気持ちに方向づけているといえよう。協力者は、その人が健康時に行ってきた方法に合わせたモーニングケアに対し、気楽で緊張もせず、頼みたいことを頼めたと語った。本研究のモーニングケアは、その人がこれまで健康時に行ってきた方法に合わせ、協力者に対しどこまでできるかを確認した。そして、作業配置を整え動作を見守りながら、協力者が自分でできる機会を設けた。高齢者は、誰かに依存していかななくては生きていけない人が多く、叱責、侮辱、排除されると安心や安住感を損なわれる¹¹⁾。そのため、その人のペースに合わせてゆっくりと物事を運び、自分でできるはずのことは、時間がかかっても本人の力に託していく基本姿勢がよい¹²⁾とされている。しかも、本研究の協力者には、他者に迷惑をかけて申し訳ないという思いがあり、「手伝い補ってもらえば自分でできる」という意識も強く持っている。そのため、モーニングケアを実施する上で頼みやすい雰囲気をつくり、協力者のペースを保ちながら、協力者自身が自律的に行為する機会を与えなければならない。その結果、協力者は、自分でできる部分を感じ、自立できていることを実感でき、気持ちの安定につながるといえよう。協力者は、モーニングケア中にかつて桃割れや日本髪を結び、満州から引き上げた頃や一生懸命働いてきた過去の良い時期を思い出し語った。高齢者は、長い人生を培ってきた独自の歴史を持っている¹³⁾。Leininger¹⁴⁾は、生活史 (life history) を語ることはその人自身の自尊心を高め、肯定的な健康パターンを促すと指摘した。それゆえに、モーニングケアにより過去の良い時期を思い出したということは、協力者はその当時のかけがえない自分を蘇らせ、生きてきた意味の再確認ができたと考える。これらにより、協力者の気持ちは、さらに、安定する方向につながるといえよう。

3) 意欲を取り戻す

介入前期間の協力者は、居眠りをしている様子を見かけることが多かった。それに対し、介入期間中、本研究のモーニングケアを待ち遠しく思うようになったことや、時間の経過を早く感じるようになったという発話行為があった。それはモーニングケアをきっかけに協力者は、時間の流れに変化を感じるようになったといえる。この点は、アク

ティグラフの活動量データにおいて介入期間中の昼寝の時間が減少しているため、昼間の活動に変化があった判断している。つまり介入前期間の協力者は、他者と関わりや関心を持つとせず、日常生活を過ごすことが多かった。それに対し介入期間中、協力者は他者に対して挨拶や話しかけるようになった。つまり、モーニングケアにより、協力者の日常生活が、他者から好意的な注目を受けるように変化したことによって、他者に対する関心を持つことにつながったと考える。介入前期間の協力者は、たとえ自分ができることでも他者がそばにいと依存していた。それに対し、介入期間中、「自分の部屋で歯磨きをしたい」「自分のことは自分でしたい」という考えを他者に示すようになった。Kihlgrenら¹⁵⁾は、モーニングケアにおいて、高齢者に対し意思決定の機会を与えることにより、高齢者との会話が増し、自分でできるように促すことにつながったと報告している。ということは、本研究のモーニングケアは、協力者に言葉をかけ、表情や動作を観察しながら協力者の意思を確認したことが協力者と看護師との接触の機会を多くした。その結果、協力者の意思表示につながったと考える。そして、モーニングケアを受けた協力者は日常生活において自分の意思の表示をする機会を持ち、日常生活における自己の選択の幅を拡げていけるようになったこといえる。介入期間中の協力者は、背中を伸ばした立位や他者の支えなしで端座位ができるようになった。モーニングケアの実施により安定した姿勢に変化する可能性がある。介入期間中の協力者の活動範囲は、顔全体を洗う、車椅子の操作距離が長くなる、端座位になる時間が増すようになった。モーニングケアの実施により、活動範囲が広がる可能性があるだろう。

2. モーニングケアと高齢者の活動量の関係

高齢者、特に療養中の高齢者には、昼間の眠気やうたた寝の増加という特徴が明らかになっている¹⁶⁾。本研究において、活動量データを得ることができた協力者4名では、介入前期間と介入期間の昼寝の時間の平均値を比較した結果、介入期間の昼寝の時間は減少した。つまり、モーニングケアは昼間の眠気やうたた寝の減少に効果があったといえる。高齢になるにつれて、寝つきの悪さや夜間に目覚めてその後再入眠できないなどの熟眠障害を訴えることが多い¹⁷⁾とされている。協力者4名は、介入前期間と介入期間の就寝時刻の平均値は、介入期間で改善がみられた。夜間睡眠時間の平均値の比較で、介入期間に増加が表れた。しかしながら、中途覚醒時間の平均値の比較では、協力者3名は減少したが、1名は逆に増加した。これらの結果は、統計学上のサンプル数が少ないため、統計的には推定できないが、モーニングケアは就寝時刻を早くし、睡眠時間を増加させ、中途覚醒時間を減少させる傾向がある

とする仮説の立証を補強するだろう。大川¹⁸⁾は、看護師が痴呆性高齢者に接する機会を多くすることにより、他者との接触が強化され、規則正しい睡眠・覚醒リズムがみられるようになったとした。また、飯田¹⁹⁾は、痴呆性高齢者に対し、午前中約90～120分間他者とのかかわりを持つような働きかけを行った結果、ある程度、睡眠障害を改善できるとした。本橋ら²⁰⁾は、他者との接触の強化による昼間の覚醒度の保持は、要介護高齢者のADL得点を高め、活動能力を高める可能性を示唆した。本研究のモーニングケアは、6時30分に開始による毎朝、起床後の一定時刻において、物品の香り、お湯、言葉、身体接触による刺激を与えた。昼寝の時間は、介入前期間と介入期間の平均値の比較により、介入期間で減少した。夜間の睡眠時間は、介入前期間と介入期間の平均値の比較により、介入期間で増加した。このことから、適切なモーニングケアの実施は、規則正しい睡眠・覚醒リズムにつながる可能性があるといえる。さらにその人がこれまで健康時に行ってきた方法に合わせることは、協力者が他者と接する時間が多くなり、昼寝の時間の減少と夜間の睡眠時間の増加につながり、健康時の日常生活に、より近い内容で過ごせるようになったといえよう。

3. 高齢者の日常生活におけるモーニングケアのありかた

高齢者の日常生活において、自分で決定し、自分でできる機会を持つことを目標とするモーニングケアは次の3点が重要である。

- 1) その人が健康時に行ってきた方法に合わせたモーニングケアを実施する。どこまで出来るかを見極め、本人のペースに合わせ、自分でできるような作業配置に整え、たとえ時間がかかっても本人ができるように方向づける。
- 2) 湯を用いた洗顔、含嗽後に洗浄した義歯の挿入、一定時刻に朝の挨拶の言葉をかける、化粧などの方法で密接な身体接触を持つ。
- 3) 用具・用材には、高齢者の愛用の物や好みにあったものを選択する。

V. 結 論

本研究では、介護老人保健施設の利用者女性5名を調査協力者として限定しているため事例数が極めて少ない。したがって、高齢者全体に一般化した議論をすることは控える必要がある。しかし、ここから得られた定性的情報を詳細に分析することで重要な知見が得られたと考えている。すなわち、高齢者が健康時に行ってきた方法に合わせたモーニングケアは、高齢者に対し自己の選択肢の幅を拡げ、その生活内容に良い変化を及ぼす可能性が高いという点である。質的なデータから①より高次元の自己達成感を持つ、②ケアへの積極的な参加を導きだすと同時に量的な

データから、昼寝の時間の減少傾向と夜間の睡眠時間の増加傾向が読み取れるので、療養生活における生活態度が良い方向に変容している点を裏付けることができる。このように療養生活における生活態度が改善に向かうことは、看護師のケア・ワークに時間的余裕を生み出し、それ自体の質の向上に役立つ可能性を持つと言えよう。最後に、この研究では事例が少ないため統計学的推定をおこなうだけのサンプル数が十分に確保されていない。そのため質的データから得られた知見の統計学的検証は不可能である。したがってここでの量的データは、あくまでも知見を補強するレベルにすぎない。質的データについては、調査者の熟練度によってバイアスが発生している可能性があるため、調査者の職歴を付記した。ただし、調査計画の時点でこのようなバイアスの可能性を理解し、今後得られるデータと比

較可能になるようデータ処理をしたため重要な問題にならないと判断する。むしろ、問題点は、通常の看護業務と異なり、一人に対するコミュニケーション量を増大させているため、その点がどんなバイアス的特性を持つのかという点であり、今後は、協力施設、性差等による差違の検討を加え、統計学的推定が可能となる調査研究や、モーニングケア実施者の熟練度やコミュニケーション能力を比較した検討が必要となるだろう。

付 記

調査者は臨床経験が9年、看護教員経験が6年である。これらの経験で得た実践知やケアが研究結果につながった可能性もある。

要 旨

本研究の目的は、その人がこれまで健康時に行っていた朝の身だしなみの方法に合わせ、その人がどこまでできるか確かめ、実施する形態の、集中的なモーニングケアが、高齢者の日常生活に及ぼす効果を明らかにするものである。介護老人保健施設利用者5名に協力を得て、半構成的インタビュー、参与観察による質的（定性的）データと、携帯型の活動量計「アクティグラフ」の利用による活動量測定に関する量的（定量的）データを用いて分析をおこなった。その結果、高齢者の生活内容に【刺激を受ける】【気持ち安定する】【意欲を取り戻す】の3つの変化を及ぼし、昼寝の時間の減少傾向と夜間の睡眠時間の増加傾向が読み取れ、療養生活における生活態度が良い方向に変容している点を裏付けることができた。

Abstract

The purpose of this study was to clarify effects of adapted intensive morning care on elderly people's daily living and activities. The subjects were five female (72-93 years old) in nursing home, necessary for total or part of assistance to ride on the wheelchair, and possible to interact with others. Data were collected through semi-structured interviews and participant observations. Data were analyzed by inductive coding. The four number of actigraphic activities in the subjects were calculated in the activities time and the non-activities time. The sleeping and waking time at night were evaluated to make a comparison pre-intervention and intervention period by the average.

The following results were obtained: Intensive morning care adapted to elderly people exerted the effect which "an impulse was received", "a feeling become stable", "will was recovered" on elderly people's daily living. Intensive morning care was connected with the waking of the daytime and the fine sleep of the night.

文 献

- 1) Henderson, V., Nite, Gladys.: Principles and Practice of Nursing (Sixth edition), Macmillan Publishing Company, 1978, 荒井蝶子, 辛島佐代子, 他監訳: 看護の原理と実際〈普及版・第6分冊〉基本的ニードと援助Ⅱ, メヂカルフレンド社, 東京, 187-189, 1981.
- 2) 内藤耕二, 小坂樹徳 (監修): 看護学大事典, 4版, 東京, 2014, メヂカルフレンド社, 1996.
- 3) 松尾典子: モーニング・ケア, イブニング・ケア実施に当たっての問題と課題, 看護実践の科学, 17(9): 19-23, 1992.
- 4) 堤 雅恵: 老人施設におけるモーニング・ケアの実態と課題, 山口県立看護学部紀要, 50-56, 2000.
- 5) 小玉敏江, 亀井智子 (編): 高齢者看護学, 中央法規出版株式会社, 東京, 114-115, 2003.
- 6) Hall berg, I.R. Holst, G., et al.: Cooperation During Morning Care Between Nurses and Severely Demented Institutionalized Patients, Clinical Nursing Research 4(1): 78-104, 1995.
- 7) Rogers, J.C., Holm, M.B., et al.: Excess Disability During Morning Care in Nursing Home Residents with Dementia. International Psychogeriatrics 12(2): 267-282, 2000.
- 8) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的研究の再生, 弘文堂, 東京, 1-288, 1999.
- 9) 余語昌夫, 浜 治世, 他: 女性の精神的健康に与える化粧の効用. 健康心理学, 3(1): 28-32, 1990.
- 10) 宇山侑男, 鈴木ゆかり, 他: メーキャップの心理的有用性. 香粧会誌, 14(3): 163-168, 1990.
- 11) 室伏君子: 高齢者のメンタルケアの留意点. こころの科学, 71: 78-82, 1997.

- 12) 長谷川和夫：痴呆ケアの新しい道，日本痴呆ケア学会誌，1(1)：37-44, 2002.
- 13) 鷹居樹八子，門司和彦，他：老人保健施設入所者への生活史聴取とナラティブベースト・ナーシング．長崎大学医学部保健学科紀要15(1)：23-30, 2002.
- 14) Leininger, MM., : *Qualitive Research Method in Nursing*, 近藤潤子，他監訳：看護における質的研究，154, 医学書院，東京，1997.
- 15) Kihlgren, M., Kuremyr, D., et al. : Nurse-patient interaction after training in interity promoting care at a long-term ward : analysis of video-recorded morning care sessions. *Int. J. Nurs. Stud.*, 30(1) : 1-13, 1993.
- 16) 白川修一郎，田中秀樹，他：高齢者の眠りの調節，94-109, 鳥居鎮夫編者：睡眠環境学，朝倉書店，東京，1999.
- 17) 飯田英晴，杉下真理子，他：睡眠異常．*Geriatric Medicine* 35(12)：1633-1638, 1997.
- 18) 大川匡子：加齢と生体リズム－痴呆老年者の睡眠リズム異常とその新しい治療－．*神経進歩*，36(6)：1010-1019, 1992.
- 19) 飯田英晴：日常生活能力から見た高齢痴呆患者の睡眠構造及び睡眠・覚醒リズムについて．*埼玉医科大学雑誌*，28(3)：131-137, 2001.
- 20) 本橋 豊，湯浅孝男，他：在宅要介護高齢者の睡眠の質にかかわる生活リズム要因．*日本公衆衛生雑誌*，43(10)：610, 1996.

〔平成17年2月15日受付〕
〔平成17年11月4日採用決定〕

日本看護 研究学会 会報

第 68 号

(平成18年 4月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

日本看護研究学会平成17年度第三回理事会議事録…………… 1

日本看護研究学会平成17年度第四回理事会議事録…………… 6

(平成17年度評議員会・総会議事録次号掲載予定)

日本看護研究学会平成17年度第三回理事会議事録

日 時：平成17年7月20日（水）15：00～17：00

場 所：札幌コンベンションセンター 202号室

出席者：石井トク、石垣靖子、泉キヨ子、大串靖子、小田正枝、紙屋克子、川口孝泰、川嶋みどり、
河野保子、竹尾恵子、近田敬子、寺崎明美、中木高夫、早川和生、松木光子、宮腰由紀子、
山口桂子各理事

田島桂子、松田たみ子各監事

会則第6章 第19条3)により、第32回学術集会 松岡緑会長

欠席者：太田喜久子、黒田裕子、手島恵、深井喜代子各理事

待 機：事務局 高橋成子、松岡真由美（以上、いずれもアイウエオ順）

山口理事長挨拶

議事進行 山口理事長

審議事項

1. 会員に関する会則改正等について（会計担当 宮腰理事）

宮腰理事より「前回理事会より、会則改正（案）について、提案検討を進めてきた。しかし、法人に関する新法案が平成18年3月に提出されることがかなり確実になってきており、本学会もそれに準じて法人化を進めるのであれば、大幅な会則改正が必要になる。よって、前回の提案を本日撤回し、法人化の時点で収益事業との整合性を図るように審議していく。」ことの提案があり、承認された。

2. 法人化への取り組みについて（将来構想検討委員会 石井委員長）

石井委員長より、「新法案の提出が近づいてきていることから、具体的に作業が必要になるため、委員会の委員の増員をしたい。」ことの提案があり、承認された。

追加する委員会メンバーの人選については、次回理事会までに人選し、提案することとする。また、当面の間は、この作業を将来構想検討委員会が行い、別途、法人化のための委員会を設置することはないことも確認された。

3. 学会ロゴマークについて（将来構想検討委員会 石井委員長）

（編集委員会 川口委員長）

石井委員長より、ロゴマークの最終的なデザインが決定したことが報告された。それを基本として、川口編集委員長より、学会誌表紙のデザインの変更が提案され、承認された。

なお、本日の評議員会、明日の総会で披露することとする。

4. 本会が被告となっている裁判について（山口理事長）

山口理事長より、「平成17年6月22日、東京高等裁判所において、第二審でも全面勝訴の判決があり、その後、7月6日までに原告から上告がなかったため、結審した。この裁判費用に関しては、原告の負担になるが、弁護士費用738,940円は、本学会の負担となり、すでに支払い済みである。」との報告があった。

- ・これに関連して、原告のA氏を除名することに関する意見も述べられたが、今回は会則（第9条）に照らして、必ずしも該当しないことから、これを適用しないこととした。また、今後の会則の見直しをするときには、「学会に対して損失を与えた場合には除名できる。」という内容を加えるべきとの提案があり、承認された。
- ・この件に関しては、本日の評議員会、明日の総会に報告するが、裁判は公表されていることから、上記においても、原告の氏名を明確にして報告することが確認された。
- ・また、理事長からは、総会への報告の際に「学会は任意の団体であり、各会員が目的に賛同して各自自由に入会しているものであることから、会を円滑に運営するにあたっては、会員同士がよりよいコミュニケーションをとることによって、問題解決をしていこう、ということを会員に呼びかけたい。」との方針が述べられた。

5. 学術集会に関する会計等の内規について（山口理事長）

山口理事長より「学術集会の会計を学会全体の会計として組み込むべきとの提案があったが、法人化に際しては、当然会則等の変更が必要になることから、法人化の検討の中で進めていきたい。」との提案があり、承認された。

6. 平成18年度実施予定の評議員選挙の会告について（総務担当 泉副理事長）

泉副理事長より、「28巻5号で、会告する予定である。また、前回の選挙管理委員会からの答申を受けて、選挙の方法について検討中であり、次回理事会までに原案を作る予定である。」ことが提案され、承認された。

7. 研究倫理委員会の設置について（将来構想検討委員会 石井委員長）

石井委員長より、研究倫理委員会の設置について提案があった。その主な活動としては、以下の1)～3)が説明され、承認された。なお、委員会メンバーについては、次回までに総務担当理事と将来構想検討委員会が人選し、提案することで承認された。

活動内容：

- 1) 社会の生命倫理に抵触しそうな問題が生じたときには、日本看護研究学会の見解を表明する。
- 2) 看護研究による倫理的、法的、社会的問題を包括した研修会を開催し、看護研究者及び看護実践者の質的向上をはかる。
- 3) 看護研究論文の倫理的妥当性を評価する研究倫理審査委員会として役割を担う。

さらに、平成19年には学会雑誌が30巻の発刊になるので、それに関連して、30周年に伴う記念誌の発行や、行事のことなどを検討する委員会を設置してほしいとの提案があり承認された。人選等の具体的内容について、将来構想検討委員会より、次回以降提案してもらうことで承認された。

8. 第32回学術集会からの提案（松岡第32回学術集会会長）

松岡会長より、「平成18年8月24日木曜日と25日金曜日に、別府市のビーコン・プラザで第32回日本看護研究学会学術集会を開く予定である。メインテーマを、“社会資源における看護－激動の時代・看護にもとめられているもの－”とした。現在シンポジウム、講演会、ジョイント講演などを、企画中である。」等、準備状況について報告があった。また、参加費については、今年度と同じにすることが提案され、承認された。

9. 入会申込書の理事会承認（山口理事長）

入会申込書について、書類確認・審議の上、理事会承認とされた。

報告事項

1. 会員数報告（総務担当理事 泉副理事長）

泉副理事長より、平成17年7月15日現在、会員数が以下の通り報告された。

会員数 5,193名（名誉会員8名、理事21名、評議員127名、一般5,037名）

2. 委員会報告

1) 編集委員会（編集委員会 川口委員長）

(1) 現在の投稿論文数の推移が、以下の通り報告された。

・平成17年度4月10日の受け付け分新規－19編

（著者返却中10編、査読中3篇、不採用6篇）

・同7月10日受付分新規－24編。

・平成16年度受付分は、ほぼ採否審査が終了。

以上、16・17年分計95件投稿があった。

(2) 査読委員の不足に関し、今後、編集委員会で40人～50人を人選し、理事会に提案する予定であることが報告された。

(3) 掲載論文の別刷りについて「現在は、有料で申し込みを受けていたが、今後は、正文社（印刷会社）から印刷ファイル（PDF）のかたちで、投稿者に無料で配布ができることになった。製本された別刷りが必要な場合もあるので、それにも対応できることを投稿規程等に明記する。」ことが提案され、文言を委員会に一任することで承認された。

(4) 原稿受付締切について、現行は年4回としているが、やはり投稿者の不利益や査読委員からのクレームなども多いことから、受付を随時として、スピーディーに処理していきたいとの委員会の意向が示され、今後そのようにしていくことで承認された。

* (3)・(4)については、報告のあとに提案事項があり、それぞれ理事会での承認とした。

2) 奨学会委員会（奨学会委員会 近田委員長）

(1) 奨学会報告について、今年度は15年度受賞の叶谷由佳氏が発表を行うこと、16年度受賞の佐藤政枝氏は、次年度発表予定していることが報告された。

(2) 発表後の論文発表については、14年度受賞の山勢博彰氏が現在準備中であるが、この査読については、編集委員会の基準等を参考にしながら基準作りを行い、奨学会委員会が行う予定であることが報告された。

(3) 今年度の奨学研究の応募者がなかったことが報告された。これに関連して、応募者を増やすための工夫として、・単独研究の解釈を広くする、・奨学金の額を増やすなど、規程の変更を含め、今後、委員会で検討し、理事会に提案していくことが報告された。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会（学会賞・奨励賞選考委員会 委員長代理小田理事）

平成16年度奨励賞は、前回理事会承認どおり、北里大学 綿貫恵美子氏に決まったことが報告された。

4) 将来構想検討委員会（将来構想検討委員会 石井委員長）

将来構想検討委員会としては、本学会の将来を見据えて、「学会雑誌掲載の論文の質を高めることが重要であり、臨床看護研究の推進、若手育成、本論文の英文化（抄録のみではなく）、さらには公益性の意味からの一般市民への公開などを基本とした雑誌のあり方を考える。」という方針で、話し合いが進められていることが報告された。

5) 日本学術会議・日本看護系学会協議会関連（渉外担当理事 川嶋副理事長）

日本看護系学会協議会の動向について、以下のような報告があった。

・日本看護系学会協議会では、組織変更と規約改正が今年度の最も大きな課題であったが、規約改正については、役員会が原案を出し、7月の総会での意見や文言の改正を含めて、9月の臨時総会で再審議することが決まっている。

・規約改正：目的に関して、従来の日本学術会議看護学研究連絡委員会の活動を支援するという目的は、看護学研連が廃止されるため不相当であることから、それにかわる目的として、・協議会は、看護系学会相互の連携をはかる。・看護学の立場から他の学会、学術団体と協力しながら、そのことを通して、日本全体の学術の進歩、発展に向けて参画する。・研究の成果を社会に還元するということが各学会ができるようにこの協議会が支援する。の3点が上げられ、協議会の存在意義や活動の方向性が共有できた。

今後、文言について整える。

- ・役員選出：従来は、研連委員と日本学術会議への登録の早い学会順に各学会から推薦された代表が役員を構成していたが、今後は選挙による選出になる。最終的には役員を9名選出するが、各学会から推薦された各1名の被選挙人を、29学会が選挙人となって選ぶことになる。その具体的方法、例えば各学会の投票権は、1票ずつでいいかなどを役員選出規程として今後決定していく予定である。また、協議会の目的を達成するためには、役員が任期途中で交代することがないように、選出後は原則として、3年間は必ず任期として努めることや、自分が推薦された学会の利益のためだけでなく、協議会全体のために働くということが、参加者間で承認された。

6) 看護系学会社会保険連合について (本学会代表出席者 紙屋理事)

紙屋理事より、看護系学会社会保険連合(以下、看保連とする。)の設立準備会における設立までの経過説明と今後の予定等について報告があった。主な報告内容は、以下のとおりである。

- ・設立総会：7月25日(月)15:00～日本看護協会(東京)で行われる予定である。
- ・規約：目的は「本組織は、国民の健康の向上に寄与するために、科学的学術の根拠に基づいて、看護の立場から、わが国の社会保険のありかたを提言し、診療報酬体系、及び介護報酬体系等の評価、充実、適正化を促進することを目的とする。」ということで合意された。
- ・組織の名称：「看護系学会等社会保険連合(通称：看保連)」, 医師関連では、「外保連」, 「内保連」などと呼ぶため、それにならい、「看保連」と呼ぶこととなった。また、医師の方では外科系学会、内科系学会、と完全に学会を母体としているが、看護の方は学会だけではなく、これまで長い間さまざまな団体がこの診療方針の問題に取り組んできたため、学会だけではなく「学会等社会保険連合」ということになった。
- ・組織運営、役員、任期等：11条の委員会として二つある。「看護技術検討委員会」は、エビデンスに基づく看護の技術等、看護行為などを診療方針にどのように反映するかということを中心に検討する。「診療報酬及び介護報酬体系の有り方に対する検討委員会」は、制度の問題などの意見をまとめて看護界全体としての体制をとりまとめる役割をする。
- ・会費：それぞれの団体、学会が検討して会員数に応じて大多数の応分の負担をする。今後、看保連からの調査があり、会員数にあわせた提案がされる予定*。

なお、この組織は、総会・役員会議・運営会議・委員会の活動の為に旅費・日当は、支払わない、ということで合意した。その為、参加する委員を出している所は、支持母体が旅費等を支出することになる。

*上記報告について、会費に関しては、今後の経過にあわせ、必要であれば理事会で検討することで了承された。

7) 第31回学術集会準備状況の報告 (第31回学術集会長 石垣理事)

石垣靖子第31回学術集会会長より、発表演題384題、事前参加登録962名などの他、これまでの準備状況について報告があった。

閉 会 17:00

日本看護研究学会平成17年度第四回理事会議事録

日 時：平成17年12月4日（日）9：00～12：00

会 場：丸ビルコンファレンススクエア 会議室8階 Room 1

出 席：石垣靖子，泉キヨ子，太田喜久子，小田正枝，紙屋克子，川口孝泰，河野保子，黒田裕子，
近田敬子，手島恵，中木高夫，早川和生，松木光子，宮腰由紀子，山口桂子各理事
松田たみ子監事
第32回学術集会 松岡緑会長

欠 席：石井トク，大串靖子，川嶋みどり，竹尾恵子，寺崎明美，深井喜代子各理事
田島桂子監事

待 機：事務局 佐藤愛，高橋成子（以上，いずれもアイウエオ順）

山口理事長挨拶

議事進行 山口理事長

審議事項

1. 日本看護系学会協議会関連（山口理事長）

審議に先立ち，日本学術会議が改組され，平成17年10月1日より，新会員210名が選出・任命されたこと，看護学系研究者から初めて正式な会員として，南裕子先生が選ばれたことが報告された。

また，日本看護系学会協議会は，日本学術会議の第18期スタートの1年後から，同看護学研究連絡委員会の活動を支援するためにつくられた看護系学会の組織であり，日本学術会議の改組に伴い，看護学研究連絡委員会が廃止となったことからその目的や組織の見直しを行ってきたが，今年度2回の総会を経て，「協議会は看護学の学術的発展をめざす看護系諸学会の相互交流と連携をはかり，看護学研究成果を社会に還元する学会活動を支援し，また看護学学術団体の立場から，人々の健康と生活の質の向上のため国・社会に向かって必要な提言を行う。」ことを目的として，さらなる活動を続けていくことの決議がされたとの報告があった。

今後は，新規約において同協議会の役員を選挙で選ぶことが決められたことから，「各会員学会（平成17年度は30学会）を選挙人，各学会から推薦された1名の役員候補者を被選挙人（計30名）とする選挙」が実施されるため，審議事項として，

- ① 12月10日までに本学会から役員候補者（被選挙人）に誰を推薦するか。
- ② 候補者に対する投票（3票）をどのような形で行うか の2点が審議された。

その結果，

①について、本学会から川口孝泰理事を推薦する。

②については、本学会から推薦する川口理事にまず投票し、それ以外の2票は、「被選挙人に対する、本学会理事会文書会議方式による投票（2名連記）を行い、得票の多い候補者2名に投票する。」ことが決定された。

役員となった場合は、「母体の役員任期終了後も協議会役員の任期中は、役員を継続する。」ことが条件として同協議会総会で合意されていることが再確認された。

②については、被選挙人名簿が届き次第、理事会文書会議として投票をすることで承認された。

2. 平成18年度評議員選挙について（泉副理事長）

現在、選挙投票集計業務等について、効率的に行えるよう業者と折衝中であることが報告され、次回の提案になることで承認された。

3. ホームページ更新等について（泉副理事長・手島総務担当理事・川口編集委員会委員長）

上記に関して、業者（正文社）との話し合いを進めてきた経過について、川口編集委員長より以下の報告があり、今年度内の実施部分に関する提案があった。

・ホームページ上で今後どのようなサービスを充実させるかについて検討中である。目標としては、

- 1) インターネット上でのこれまでの学会誌掲載論文の検索と配布
- 2) 論文投稿・査読のオンライン化などを可能にしたい。

上記を今年度予算のみで行うことは難しいので、いくつかの段階に分けて実施していきたい。今年度はまず、第一段階のところまでやっていきたい。

第一段階：データベースとセキュリティのサーバーをおいて場所を確保する。これについてはセキュリティの高いものにして、会員もIDやパスワードによって利用できるようなシステムにしたい。これが可能になれば、この中で会員管理もできるよう整備したい。

第二段階：ネット上での決済のシステムを導入したい。

第三段階：過去の論文のデータベース化を行い、会員がキーワード検索できるようなシステム化をしたい。

以上に対し、多額の支出を伴う事業であるため、2～3社から見積もりをとり、効率的に進めて欲しいとの要望が出されたが、現在、本学会誌の印刷を発注している正文社は長期間、本学会の印刷を担当してきたことから、同社が持っている本学会に関する資料やシステムも多くあり、他者よりも安価でやれる範囲も多いことを考慮する必要があるとの見解もあった。

本日の審議をふまえた上で、基本的には平成17年度予算内で、報告・提案のあった手順で進めていくこととし、業者に関しては、他の業者の見積もりと照らしながら、実施していくことで承認された。

4. 平成17年度半期の会計収支について（宮腰会計担当理事）

平成17年度半期の会計収支について、宮腰理事より報告があり承認された。主な内容は以下の通りである。

・半期の会計事務所担当者の指導・審査が10月15日に、本会の監事による監査が10月23日にそれぞれ

実施された。

- ・収入項目では、第31回学術集会（会長石垣先生）演題申し込みに伴う新入会員が多かったことから、488名で増収となっている。
- ・出版著作権料の内訳のなかに、裁判について決審に伴う法律事務所から、平成16年度預け金の一部返金が含まれているが、適当な項目がないので、会計士と相談の上、この項目に入れた。
- ・支出に関しては順調に進んでいる。
- ・今後、会計収支項目を法人化に向けて法人会計に合わせていくことを検討している。また、会計処理規程等についても細かく整理していきたい。

以上に対し、会費未納者の督促と関連して、当該年度会費納入会員のみ雑誌を送付するという提案があったが、それに伴う問題も予測されることから、平成18年度もこれまでと同様に行うことが確認された。

5. 査読委員追加について（川口編集委員会委員長）

川口編集委員会委員長より、査読状況の報告と査読委員の41名の追加提案があった。それに対する審議の結果、今後の具体的手順として、本日の追加メンバー個々に関する情報提供、さらなる別途の推薦を、本日中に各理事より川口委員長あてに申し出てもらい、それを受けて編集委員会が最終案を作成、後日、文書理事会で承認をえることで承認された。また、今後、投稿者、査読者の意識を高めるような機会を設ける企画について、編集委員会が検討をしていくこととなった。以下に審議の主な内容を示す。

－意見－

- ・基本的に査読者数の絶対的な不足があるが、査読依頼に際し、査読者の中には、すでに委嘱済みであっても断ってくる例も多くみられ、査読者の意識にも問題がある。
- ・査読マニュアルを更に検討する必要がある。査読方法を徹底していくための査読に関するセミナーを企画するなど方法を考えて欲しい。
- ・本学会が総合学会であるため、投稿論文数が他の学会に比べて多く、論文の専門性も多岐にわたるため査読者を選出する範囲が広がり、自ずと必要な人数が多くなる。
- ・本来であれば、日本看護研究学会がAPAマニュアルのようなものを準備し、明記したものを投稿者・査読者の両者に提示することが必要。
- ・まずは、編集委員会が問題点を明確にして、焦点を絞って検討することが必要。
- ・学術集會会期中に編集委員会でセミナーを企画し、啓発・教育の意味で、これから投稿する人へ知識提供する機会を設けるのも一考と思われる。これまでの投稿採否等、内容を蓄積し、問題にならない範囲で伝えて行くことが学会の質を上げ、会員へのサービスになると考える。
- ・上記のような交流会については、今後委員会で検討したい。
- ・この学会が発足当初より「若い研究者を育てる」ことをひとつの趣旨と考えてきたが、その点を踏襲していれば、当然、査読者の査読の姿勢はあきらかである。未熟な投稿者へのマニュアルは必要

であるが、査読者に対しては学会の方針を示すことが必要なのではないか。

- ・現在発行の学会誌を見ると原著が極めて少ない、また、掲載された論文で、原著と研究報告でどの程度違うか首をかしげることがある。
- ・投稿者自身が原著はハードルが高いと見て、研究報告で投稿する例も多い。
- ・会員にできるだけ、本学会の考えていること、編集委員会の考えていることを周知しながら進めていくことが必要である。

6. 法人化について（石井委員長欠席のため山口理事長）

平成18年3月に新しい法案が発表の予定であり、その後、施行まで2年ぐらいかかると予想されることから、それに合わせ、準備委員を増やして進めていくこと、4月の理事会に向けてその委員選出を将来構想検討委員会で進めていくことで承認された。

7. 倫理委員会について（石井委員長欠席のため松木理事）

倫理委員会設置、30周年（学会誌30巻発行記念）行事委員会設置について前回理事会で承認されているが、いずれも4月理事会までに委員の選出をすることで承認された。

8. 学会賞推薦について（深井委員長欠席のため小田理事）

平成17年度学会賞として、玄田公子氏・大串靖子氏の2名の推薦があったことが報告され、審議の結果、意義なく承認された。今後は、両氏に通知、内諾を受け、第32回学術集会開催中の講演依頼を行っていく。

同学術集會會長松岡先生に、各15分程度の時間確保についてスケジュールの調整依頼を行うことが承認された。

9. 第34回学術集會會長選出について（山口理事長）

現理事等、数名の推薦があったが、4月の理事会で選出することで承認された。

10. 第33回学術集會について（石井會長欠席のため山口理事長）

以下の日程で行われることが提案され、承認された。

開催日時：平成19年7月28日（土）29日（日）

開催場所：盛岡市

11. 第32回学術集會について（第32回学術集會 松岡緑會長）

上記について、松岡會長より以下の報告、提案と協力依頼があった。

- ・開催要領については、学会誌28巻5号（12月20日発行予定）の会告を参照してほしい。

日程は従来の予定通り8月24日、25日の開催である。

- ・一般演題の査読基準について本会事務局に確認したが、本学会では、従来は学術集會會長に一任されているとの回答をえた。将来的には、本学会の基準を設けて頂きたい。
- ・同様に、講師・座長への謝金等についても判断基準を決めて欲しい。

以上の後、第32回学術集會の日程が他の学術集會と重なっているとの情報があることから、会告が出される前に宣伝活動を始めてはどうかといった提案があり、会告前にポスターを配布してピーア-

ルすることで承認された。

査読基準，謝金の基準等については今後検討を継続することとなった。

12. その他（山口理事長）

新入会申込書受付簿の確認（7月理事会以降受付分）が行われた。

報告事項

1. 日本学術会議関連（山口理事長）

山口理事長より，日本学術会議「日本学術会議協力研究団体」への申し込みについて以下のような報告があった。

- ・日本学術会議は10月1日改組され，第20期が始まっている。
- ・各研究団体には従来の登録制度にかわる「日本学術会議協力研究団体」として，学術会議との連携を図るよう，申し込みの依頼があった。10月末日締め切りで文書が届いたため，趣旨等は，本学会が行っていたこれまでの登録と同様であることから，理事長・副理事長で相談の上，団体の申し込みを行った。それに対する審査結果については，まだ報告はない。

上記に関連して，国外の学術連合体等，加盟できるものがあれば，加盟してはどうかといった意見が出され，今後情報収集していくこととなった。

2. 看保連について（紙屋理事）

紙屋理事から看保連について以下の報告があった。

- ・加入団体の会費について，会員数が20数名から5,000人規模と幅があり，拠出金額 300名以下は20,000円を基本として順次金額を増やす案が作られ，本会の場合，会員数から20万円の拠出金となる予定である。
- ・看保連の中に，「看護技術検討委員会」「診療報酬および介護報酬体系の在り方に関する検討委員会」が設立された。

また，紙屋理事が欠席の場合の対応について，都合がつかない場合には，渉外担当理事（川嶋，竹尾理事）が代理出席できるように連絡手続きしてほしいとの提案があり，承認された。

3. 各委員会からの報告

1) 奨学会委員会（近田委員長）

奨学会委員会より以下の報告があった。

- ・1月20日締め切りで，平成18年度分の奨学会研究の公募を行っている。
- ・第32回学術集会時に奨学会研究発表が行われることの報告があり，これを受けて，第32回学術集會会長へ発表時間調整の依頼がなされた。
- ・奨学会研究発表後の論文については，編集委員会の査読ではなく，奨学会委員の意見を集約し，著者に通知する予定である。
- ・奨学会規程の見直しについては，1～2年の論議では難しいので，今後も継続して検討していく。

2) 編集委員会 (川口委員長)

編集委員会より、上記審議事項4の決定どおり、新規投稿論文の査読について、査読委員への手続きを含め、至急対応したいとの報告があった。

3) 学会賞・奨励賞選考委員会 (深井委員長欠席のため小田理事)

平成17年度奨励賞は、25巻4号から28巻2号までの学会誌掲載論文の中から規程にあわせて選考中であることが報告された。これに続き、対象者を委員会が決定後、文書会議の形で理事会審議を行いたいとの提案があり、承認された。

4. 第31回学術集会について (第31回学術集会長 石垣理事)

第31回学術集会について、無事滞りなく終了したことの報告とお礼が述べられた。

5. その他 (山口理事長)

1) 学会誌の表紙および学会封筒が学会誌29巻1号分からロゴマーク付きのものに変更されることが報告された。

2) 平成18年度第一回理事会日程案について、以下のとおり確認された。

日 時：平成18年4月16日 (日) 13:00 ~ 16:00

会 場：丸ビルコンファレンススクエア 会議室8階 Room 1

●患者の基本的ニーズを理解することを通して、臨地実習時に起こりがちなヒヤリ・ハットの防止につながるように、看護過程のすべてに事故防止を浸透させた必携書！

ヘンダーソンの基本的ニーズに基づく 看護学実習ヒヤリ・ハット 防止マニュアル



◆編集：山田静子（藤田保健衛生大学教授）／鈴木俊夫（鈴木歯科医院院長）
執筆：今井範子 河村律子 敷根せつ代 杉山三枝子 永美佐子

◀最新刊▶

◆B5判 120頁 定価 2,415円（本体 2,300円＋税 5%）ISBN4-263-23479-0

- 「看護観を伴った行動は、ヒヤリ・ハットを予防できる」という発想のもとに、ヘンダーソンの14の看護の基本的ニーズを理解することを通して、事故防止に繋がるようにポイントを明示した使いやすい実習マニュアル。
- 看護計画立案時において患者アセスメントする段階から事故を予見し回避する姿勢を身につけられるよう、各論ではヘンダーソンの基本的ニーズ14項目（1. 患者の呼吸を助ける、2. 患者の飲食を助ける、3. 患者の排泄を助ける、etc.）ごとに「基本的ニーズと援助の根拠」「ニーズ充足のための看護」を挙げ、「起こしやすいインシデント・アクシデント」として臨地実習時に起こりがちなヒヤリ・ハット場面を紹介し、「インシデントの分析」「安全・安楽を保障する看護のチェックポイント」「事例」「ワンポイントアドバイス」についてまとめた。
- 実習前・中・後を通して参照し、確認するための必携書として、ポイントが検索しやすい構成と表現を工夫した。

◀本書の主な目次▶

看護事故を予見し回避するために：本書の視点と特徴

Part 1 総論：臨地実習とヒヤリ・ハット

1. 看護観と看護実践（看護は看護者一人ひとりの「看護観」の表現／あなたの看護観が患者を護る）
2. 臨地実習は看護教育の中心
3. 看護師に求められるもの（社会のニーズに対応した専門的な知識と技術の必要性／倫理的配慮に基づく看護／個人情報の保護）
4. 臨地実習中のヒヤリ・ハット（調査研究からみた実習中に多いヒヤリ・ハット／用語の定義）
5. 事故防止に関する実習指導者の役割
6. 実習中、もしも事故が起こったら
コラム：医療事故と法的責任

Part 2 各論：ヘンダーソンの14項目に基づくヒヤリ・ハット防止と対応

- <1～14 共通項目> 基本的ニーズと援助の根拠／ニーズ充足のための看護／起こしやすいインシデント・アクシデント（インシデントの分析／安全・安楽を保障する看護のチェックポイント／事例／ワンポイントアドバイス）
1. 患者が正常に呼吸するのを助ける
 2. 患者の飲食を助ける
 3. 患者の排泄を助ける

4. 患者の身体活動を助ける：歩行時および座位、臥位に際して患者が望ましい姿勢を保持するよう助ける。また患者が一つの体位からほかの体位へと身体を動かすのを助ける
5. 患者の睡眠と休息を助ける
6. 適切な衣類の選択と着脱を助ける
7. 患者が体温を正常範囲に保つのを助ける
8. 患者の身体清潔保持、皮膚保護を助ける：患者が身体を清潔に保ち、身だしなみをよく、また皮膚を保護するのを助ける
9. 危険回避を助け、守る：患者が環境の危険を避けるのを助ける。また感染や暴力など特定の患者がもたらすかもしれない危険から他のものを守る
10. 患者の意思伝達、欲求表現を助ける：患者が他者の意思を伝達し、自分の欲求や気持ちを表現するのを助ける
11. 患者の信仰実践行動などを助ける：患者が自分の信仰を實踐する、あるいは自分の善悪の考え方に従って行動するのを助ける
12. 患者の生産的な活動、あるいは職業を助ける
13. 患者のレクリエーション活動を助ける
14. 患者が学習するのを助ける：“正常”な発達および健康を導くような学習をし、発見をし、あるいは好奇心を満足させる

●弊社の全出版物の情報はホームページをご覧ください。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



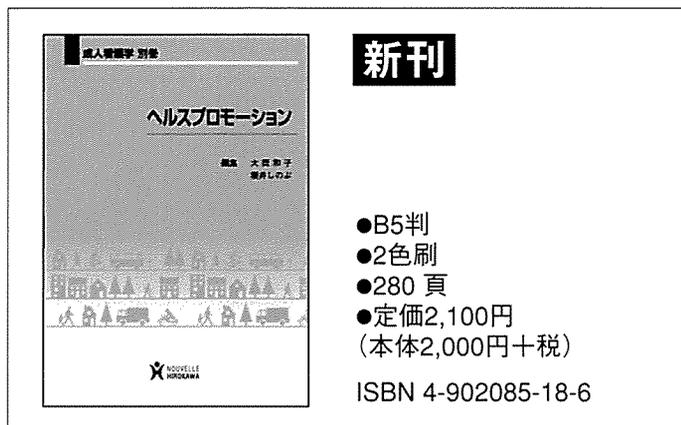
医歯薬出版株式会社 / ☎113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 / TEL.03-5395-7610 FAX.03-5395-7611

2005年12月作成 TP

ヘルスプロモーション

三重大学医学部看護学科教授
三重大学医学部看護学科教授

大西 和子 編集
櫻井しのぶ



●B5判
●2色刷
●280頁
●定価2,100円
(本体2,000円+税)
ISBN 4-902085-18-6

看護の場が、病院だけではなく、継続看護も含めた在宅、地域全体に広がりつつあり、さらに、今後ますます、健康の保持・増進と疾病予防のための政策・経済、社会資源などを含めたマクロの視点が看護に必要になります。そのため、本書では、社会で活躍する成人に焦点をあてたヘルスプロモーションとして構成しています。

主要目次

パート1. 理論編

第1章 ヘルスプロモーションの概要

概観/定義/変遷(世界・日本)/予防医学/今後の課題と展望

第2章 成人とヘルスプロモーション

1. 成人に、なぜヘルスプロモーションが必要か
2. 成人看護とヘルスプロモーション

第3章 ヘルスプロモーションと健康

健康の概念/ライフスタイル/健康行動/健康教育

第4章 ヘルスプロモーションと理論

ヘルスプロモーションモデル(Pender)/ニューマンシステムモデル/プリシードプロシードモデル/自己効力感(セルフエフィカシー)/エンパワーメント/セルフケア/ストレスコーピング理論/ソーシャルサポート理論/健康信念モデル(ヘルスビリーフモデル)/コントロール所在(ヘルス・ローカス・オブ・コントロール)/変化のステージモデル/グループダイナミックス

第5章 ヘルスプロモーションと倫理

第6章 ヘルスプロモーションと環境

第7章 ヘルスプロモーションと社会

政策・経済/社会資源/社会的援助/コミュニケーション/ネットワーク/メディア/文化

第8章 ヘルスプロモーションの展開

アセスメント/計画立案/実践/評価

パート2. 実践編

第9章 実践現場におけるヘルスプロモーション

病院など医療施設/地域/学校/産業におけるヘルスプロモーション

第10章 ヘルスプロモーションの実践

1. 日常生活
栄養/運動/休息・睡眠/心の健康/セクシュアリティ
2. 嗜好
タバコ/飲酒(アルコール)
3. 主な疾患
糖尿病/循環器疾患/がん/感染症/アレルギー/菌
4. 社会的問題
骨粗鬆症/ドメスティックバイオレンス/外国籍市民の健康支援など

パート3. 事例編

1. 健康教育, 自己効力感(糖尿病)
2. 運動, グループダイナミックス(循環器)
3. プリシード・プロシードモデル
4. ソーシャルサポート(タバコ)
5. ストレスコーピング
6. セルフケア

付録:用語解説



ヌーヴェルヒロカワ

ホームページ <http://www.nouvelle-h.co.jp>

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073
TEL03-3237-0221(代) FAX03-3237-0223

