

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 40 Number 4 September 2017 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[40巻4号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会平成29年度会員総会において、第46回（平成32年度）学術集会会長は、提案のとおり、札幌医科大学 城丸瑞恵氏に決定されましたのでお知らせいたします。

平成29年 8 月29日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 川 口 孝 泰

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成30年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請してください。

平成29年 9 月20日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 川 口 孝 泰

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

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

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認められた者若干名とする。

- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。
- 3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。
- 4) 推薦の手続きや様式は別に定める。
- 5) 奨学金は1題50万円以内、年間合計100万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

第5条（義 務）

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、その学術集会号に奨学会報告を掲載する義務を負うものとする。

- 2) 奨学会研究の成果を原著レベルの論文として誌上发表する義務を負うものとする。

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

奨学金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会平成30年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手82円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3. 応募期間

平成29年9月25日から平成29年12月8日の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 石井 範子 理事（北海道科学大学保健医療学部看護学科）

委員 荒木田 美香子 理事（国際医療福祉大学小田原保健医療学部公衆衛生看護学領域）

村嶋 幸代 理事（大分県立看護科学大学）

神田 清子 理事（群馬大学大学院保健学研究科）

良村 貞子 理事（北海道大学）

6. 奨学金の交付

選考された者には、年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002

東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4階

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人 日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 石井 範子

(註1)

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

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会定款第4章第11条および、同評議員選出規程により、評議員選挙（2017年）を行いますのでお知らせいたします。

評議員任期 平成30年定時社員総会の日から平成34年定時社員総会の前日まで

ただし、役員として選任されている評議員の任期は、平成34年定時社員総会終結のときまで
平成29年9月20日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 川 口 孝 泰

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会を、下記のとおり熊本市で開催しますのでお知らせいたします。

平成29年 9 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会

会 長 前 田 ひとみ
(熊本大学大学院 教授)

記

メインテーマ：「看護が創る変化の波 ～地域に新しい風を吹き込む～」

会 期：2018年（平成30年）8月18日（土）・19日（日）

会 場：熊本県立劇場

〒862-0971 熊本市中央区大江2丁目7番1号

◆学術集会事務局（座長・演者・講演内容に関するお問合せ先）

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会事務局

熊本大学大学院生命科学研究部 環境社会医学部門 看護学講座

〈事務局長〉松本 智晴

TEL&FAX：096-373-5517

◆運営事務局

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会運営事務局

学会サポートセンター熊本（株式会社コンベンションサポート九州）

〒860-0811 熊本市中央区本荘1-1-1 熊本大学医学部附属病院内

TEL：096-373-9188 FAX：096-373-9191

E-mail：jsnr44@higo.ne.jp

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第5回評議員選挙（平成29年度）を、一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第9条に基づき以下のとおり公示いたします。

平成29年9月29日

一般社団法人日本看護研究学会
選挙管理委員会
委員長 高 島 尚 美

記

- 1) 投票期間 平成29年11月1日0時から11月30日24時まで
- 2) 投票方法 投票はインターネットを介したオンラインシステムで行われます。方法については、選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。
- 3) 選出する評議員の定数
 1. 北海道 3名
 2. 東北 5名
 3. 関東 6名
 4. 東京 10名
 5. 東海 12名
 6. 近畿・北陸 17名
 7. 中国・四国 12名
 8. 九州・沖縄 10名合計75名
- 4) 選出する評議員の任期
平成30年定時社員総会の日から平成34年定時社員総会の前日まで
ただし、役員として選任されている評議員の任期は、平成34年定時社員総会終結のときまで

目 次

—原 著—

- 終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発
— 信頼性・妥当性の検証 — 603
姫路大学看護学部看護学科 江 口 瞳

—研究報告—

- 意識障害のある患者に対する看護師の観察に関する実態調査
— グループインタビューからの分析 — 613
弘前大学医学部附属病院 土 屋 涼 子
弘前大学大学院保健学研究科 三 上 佳 澄
弘前大学大学院保健学研究科 會 津 桂 子
弘前大学大学院保健学研究科 西 沢 義 子

- 女性家族介護者の首肩背中のこりと痛み（肩こり）に関連する生活習慣と介護状況 623
朝日大学保健医療学部看護学科 鈴 木 岸 子
名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 玉 腰 浩 司
名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 榊 原 久 孝

- 外来化学療法を受けるがん患者の就労状況によるセルフケア能力の違い 631
同志社女子大学看護学部 田 村 沙 織
同志社女子大学看護学部 光 木 幸 子
同志社女子大学看護学部 葉 山 有 香

- 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス
— 和文献を対象とした文献検討 — 639
県立広島病院看護部 樽 岡 美 愛
県立広島大学保健福祉学部看護学科 黒 田 寿美恵

- ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方 649
岡山大学大学院保健学研究科 沖 中 由 美

- 入院患者の転倒リスクが高い行動の分析 657
札幌市立大学看護学部 檜 山 明 子
札幌市立大学看護学研究科 中 村 恵 子

- 経皮的冠動脈形成術を受けた患者の身体活動と健康関連QOL
— 退院直後から退院6か月後までの経時的変化と関連 — 667
福岡大学医学部看護学科 石 橋 曜 子
九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 藤 田 君 支

—技術・実践報告—

看護師の気道吸引における情報収集と吸引手技の実態調査

— 吸引前の情報収集と吸引手技, フィジカルアセスメント教育経験との関連 — 677

聖隷クリストファー大学看護学部 佐久間 佐 織

静岡県立大学看護学部 渡 邊 順 子

聖隷クリストファー大学看護学部 檜 原 理 恵

—総 説—

高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー 685

川崎医療福祉大学医療福祉学研究科保健看護学専攻 加 藤 真 紀

川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 竹 田 恵 子

—資料・その他—

摂食障害者の両親における生活困難感との関連要因

— 両親の属性に関する検討 — 695

福井大学学術研究院医学系部門看護学領域 平 井 孝 治

CONTENTS

Original Paper

- Development of an Ethical Dilemma Scale in Nursing Practice for End-of-Life Cancer Patients
and an Examination of its Reliability and Validity 603
Department of Nursing, School of Nursing, Himeji University : Hitomi Eguchi

Research Reports

- Clinical Nurses' Views of Caring for Patients with Consciousness Disturbance:
Analysis of Group Interviews with Nurses 613
Hirosaki University Hospital : Ryoko Tsuchiya
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Kasumi Mikami
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Keiko Aizu
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Yoshiko Nishizawa

- Lifestyle and Care Conditions Associated with Upper Body Stiffness/Pain ("Katakori")
among Japanese Female Family Caregivers 623
Department of Nursing, School of Health Sciences, Asahi University : Kishiko Suzuki
Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine : Koji Tamakoshi
Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine : Hisataka Sakakibara

- Self-Care Ability in Cancer Patients Receiving Outpatient Chemotherapy Based on their Employment Status 631
Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Saori Tamura
Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Sachiko Mitsuki
Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Yuka Hayama

- Resilience of Nurses Involved in End-of-Life Care: Review of Literature Written in Japanese 639
Hiroshima Prefectural Hospital : Miai Taruoka
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima : Sumie Kuroda

- Aging Experience of the Elderly Residing Alone Requiring Support or Long-Term Care 649
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Yumi Okinaka

- Behaviors of Hospitalized Patients at High Risk of Fall 657
School of Nursing, Sapporo City University : Akiko Hiyama
Graduate School of Nursing, Sapporo City University : Keiko Nakamura

- The Changes of Physical Activities and Health-Related Quality of Life After Percutaneous Coronary Intervention:
The Change on Standing and Connection Within 6 Months of Discharge 667
School of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University : Yoko Ishibashi
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Kimie Fujita

Technical Report

Physical Data and Practices for Airway Suctioning by Clinical Nurses 677

School of Nursing, Seirei Christopher University : Saori Sakuma

School of Nursing, University of Shizuoka : Yoriko Watanabe

School of Nursing, Seirei Christopher University : Rie Kashihara

General Remark

Literature Review of Research on the Family of Decision Making at the End of Life of the Elderly 685

Doctoral Program Nursing, Graduate School of Health and Welfare,

Kawasaki University of Medical Welfare : Maki Kato

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare,

Kawasaki University of Medical Welfare : Keiko Takeda

Preliminary Session

Factors Related to Difficulties Experienced by Parents of Children with Eating Disorders:

Personal Background of Parents 695

School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui : Takaharu Hirai

終末期がん患者の看護における 看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発

— 信頼性・妥当性の検証 —

Development of an Ethical Dilemma Scale in Nursing Practice for End-of-Life Cancer Patients
and an Examination of its Reliability and Validity

江 口 瞳
Hitomi Eguchi

キーワード：終末期がん患者，看護師，倫理的ジレンマ
Key Words：terminal cancer patient, nurses, ethical dilemma

はじめに

終末期がん患者の看護において、患者・家族が望む治療の相違、療養の場の選択、延命処置の選択など、さまざまな倫理的問題が存在し、何が最優先されるのか、またどのような対応が求められるのかといった倫理的問題に直面することも少なくない。

終末期とは、あらゆる治療の手段を投じてでも治癒が困難であり、生命予後が約6か月以内と予測される時期のことをいう。古郡（2004）は、終末期がん患者の看護経験のある看護師を対象に、半構成的面接法により看護師の葛藤状況を明らかにしている。すなわち、終末期がん患者の看護において、看護師は、患者の権利を尊重することよりも安全の確保を優先することで思うようにはかかわれないといった葛藤を感じていること、また、医療における権限の違いで医師との間で葛藤を感じていることが示されている。このように、終末期では治療効果が期待できない状態になっても、治療への期待をもち続ける患者に直面し、看護師はどのような対応をしたらよいか迷うことも多い。また、患者の安全を第一に考えるか、患者の人間としての尊厳を優先させるかといった、相対する価値の選択場面においても、看護師としての意思決定をしなければならない。すなわち、終末期がん患者の看護においては、患者・家族が望む治療の相違、療養の場の選択、延命処置の選択など、何が最優先されるのか、またどのような対応が求められるのかといった倫理的ジレンマに直面することも少なくない。倫理的ジレンマとは、異なる2つの価値のうちいずれを選択しても問題があり、いずれか1つを決めるのはむずかしい選択状況のこと、と定義する。

看護師が経験する倫理的ジレンマに関する先行研究は、

1990年代以降、数多く報告されている。横尾ら（1993）による報告では、看護師が日常の臨床場面で感じている倫理上の問題として、医療における情報提供、医療への参加、生死の決定、快適な療養環境、不当な心身への侵害、以上の5点が報告されている。また、看護師が臨床で抱くジレンマは、生命の尊厳に関する価値観の相違によるジレンマ、医療職としての責務と患者の権利との間のジレンマ、組織・体制からの制約によるジレンマに大別されるとも示されている（松木、2010）。

伊藤ら（2012）は、国内文献をもとに、日本の看護師が経験するモラルディストレス（倫理的ジレンマ）を、メタ統合により明らかにしている。これによると、日本の看護師の倫理的ジレンマは7カテゴリー、31サブカテゴリーに分類される、と示されている。メタ統合とは、過去に産出された複数の独立した研究を分析し直して質的研究を統合する研究方法である（石垣・山本、2008）。

倫理的ジレンマを抱いた看護師が解決できないまま過ごすことになれば、患者・家族にとって必要とされる看護を実践できなくさせる。また、看護師自身にとっても、達成感が得られずストレスフルな状況を引き起こし、看護師としてのモチベーションを低下させる可能性がある。とりわけ、終末期がん患者の看護にあたる看護師の倫理的ジレンマを解決するための手立てを検討することは重要な課題であり、終末期がん患者にかかわる看護師の倫理的ジレンマと看護師の対処行動の実態を明らかにする必要がある。

伊藤ら（2012）による看護師の倫理的ジレンマのメタ統合に用いられた国内文献は、さまざまな看護場面における倫理的ジレンマであり、終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマに特化したものではない。先述したとおり、終末期がん患者の看護においては、とりわけ看護師の倫理

的ジレンマを経験する場面が多いことが推察される。それゆえに、終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマの実態を理解できる質問紙が必要であると考えられる。

臨床看護師が体験している倫理的問題について、量的研究により調査が行われている（水澤，2009；坂東ら，2012；小川・寺岡・寺坂・江藤，2014）。これらは、いずれも、Fry & Duffy（2001）が作成した“Ethics and human rights in nursing practice”を、岩本・溝部・高波（2005）が改変した日本語版質問紙を用いて調査している。

一方、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマとその対処行動を、質的研究により明らかにしたものがいくつかみられる（植田・宮地・猪原，2004；小曳・黒田・岡光，2008；谷本ら，2008；富，2008；中村，2010）。しかし、これらは終末期がん患者の倫理的ジレンマに特化した内容ではあるが、対象数が限られており、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマの全容であるとはいえない。

そこで、本研究では、終末期がん患者の倫理的ジレンマを測定する尺度作成として、先述した質的研究により明らかにされている終末期がん患者の倫理的ジレンマの内容をもとに類似するものを内容分析によって統合し、アイテムを作成することとした。これをもとに、本研究では、終末期がん患者の看護にかかわる看護師の倫理的ジレンマとその対処行動を測定する新たな尺度の考案を目指す。

本研究により期待される成果として、以下のことがあげられる。

先行研究では、質的研究によってしか明らかにされていなかった、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマを量的研究によって解明することができる。終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマの測定尺度を開発することができる。終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマを個人の経験に終始するのではなく、組織的に解決するための倫理教育の手立てを検討することができる。

I. 研究目的

1. 終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマを測定する尺度の開発を目的とする。
2. 作成した看護師の倫理的ジレンマ尺度の信頼性・妥当性の検証を目的とする。

II. 研究方法

1. 研究期間

2015年5月20日（広島国際大学医療研究倫理審査委員会

において審査を受け、広島国際大学長の承認が得られた後（承認番号：倫15-35）～2016年3月31日。

2. 研究方法

a. 方法

本研究は、全国がん診療連携拠点病院と全国緩和ケア病棟で働く看護師を対象とし、無記名による自記式質問紙調査である。

b. 調査対象

本研究における調査対象者数は、一般的なアンケート配布票数に基づいて、有効回答数1,000～1,500、回収率20～30%を目標とし、配布数を算出した。また、調査対象者は、全国がん診療連携拠点病院の入院病棟（407病院のうち225病院；各10人）の看護師、全国緩和ケア病棟（321病院のうち225病院；各10人）で働く看護師、終末期がん患者の看護に携わっている、または携わったことがある看護師、を含む者とした。調査の発信総数は450施設で、各施設10人（合計4,500人）とし、調査対象施設は以下の方法により選定した。

第1は、国立がん研究センターがん対策情報センター（2014年8月6日付）のデータにより、全国で指定されているがん診療連携拠点病院407施設、特定領域がん診療連携拠点病院1施設、地域がん診療病院1施設、合計409施設のうち、無作為に抽出した225施設とする。第2には、厚生労働省が定めた「施設基準」を満たし、地方厚生局等に届出が行われている緩和ケア病棟を有する医療機関（2015年3月5日付）の330施設のうち、無作為に抽出した225施設とする。両者をあわせて450施設で、各施設10部の配布とし、合計4,500部を配布した。

c. 調査方法

まず、研究協力機関の看護管理責任者に、あらかじめ調査への協力の依頼書、調査の説明書、調査紙により、調査に関する全容の理解を得た後、看護管理責任者から、該当する病棟（終末期がん患者が入院している病棟、緩和ケア病棟）の看護師への配布を依頼した。研究に対する賛同が得られた場合、この時点で研究対象者とした。研究対象者は、調査紙に無記名で記入してもらい、研究対象者個人によって投函を求めた。調査紙の回収によって、研究参加への協力が得られたものとするを、説明書に明記した。

d. 調査項目

「終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ」に関する調査項目は、質的研究によって明らかにされている先行研究の二次分析を行い、作成した。使用した先行研究は6論文である（植田ら，2004；小曳ら，2008；中村，2010；谷本ら，2008；富，2008；内田，2013）。

植田ら（2004）は、肺癌患者の意思決定時に看護師が感

じる倫理的ジレンマについて、看護師10名を対象に、半構造化面接法により得られたデータをもとに138の看護師の倫理的ジレンマを抽出している。これらは、最終的には治療の現状に関するジレンマ、患者の姿勢に関するジレンマ、医師の姿勢に関するジレンマ、看護師の姿勢に関するジレンマの4カテゴリーに分類されたことが示されている。本研究では、最終的に分類された4カテゴリーでは抽象度が高く、倫理的ジレンマの具体的内容をとらえにくいいため、前段階であるサブカテゴリーを用いて、質的研究による倫理的ジレンマの内容を統合することとした。すなわち、植田ら(2004)の研究で示されている、治療の現状に関するジレンマ8件、患者の姿勢に関するジレンマ7件、医師の姿勢に関するジレンマ6件、看護師の姿勢に関するジレンマ8件、以上のサブカテゴリーを用いた。小曳ら(2008)は、終末期患者の希望を支える援助を行ううえで生じる倫理的問題とその対応について報告している。これにおいて、8件のサブカテゴリーが抽出されたことが示されており、本研究では、この8件を看護師の倫理的ジレンマの内容として分類した。さらに、中村(2010)は、終末期患者の意思決定支援における看護師が抱える倫理的ジレンマについて、5名の看護師へのインタビューにより明らかにしている。これによると、115の看護師の倫理的ジレンマが抽出され、43の二次コード、16のサブカテゴリー、最終的に6カテゴリーに整理されたことが報告されている。本研究では、看護師の倫理的ジレンマの具体的な状況が示されているサブカテゴリーの段階の項目を分類に使用した。谷本ら(2008)もまた、20名の看護師を対象に半構造化面接法を行い、終末期看護における看護師の倫理的ジレンマを明らかにしている。本研究では、これによって得られた、13サブカテゴリーを倫理的ジレンマの統合として使用した。富(2008)は、がん看護にあたる認定看護師による倫理的ジレンマをインタビューによって明らかにしている。これによって、25サブカテゴリーが抽出されており、これを用いた。内田(2013)は、緩和ケア認定看護師が直面した倫理的問題について半構造化面接法により明らかにしている。患者が置き去りにされたまま進む治療、不十分なインフォームド・コンセントなどの7つのサブカテゴリーが抽出され、さらに「患者の自律性と医療者のパートナーリズム」「行われている治療への疑問」「患者のニーズと家族の思いの相違」の3つの倫理的問題が存在すると報告している。本研究では、先の研究と同様に、7サブカテゴリーを分類する項目として使用した。

以上の質的研究により明らかにされた、看護師の倫理的ジレンマにおけるサブカテゴリーの項目は全部で99項目であった。本研究では、この99項目について、意味内容が損なわれない範囲で、全く同じ項目あるいは同類のも意味を

もつ項目を集め整理した。最終的に看護師の倫理的ジレンマの項目として80項目に整理され、本研究では、これを、調査紙の看護師の倫理的ジレンマの項目として使用した。作成した80項目は、「全くそう思わない」を1、「あまりそう思わない」を2、「まあまあそう思う」を3、「かなりそう思う」を4、「非常にそう思う」を5とし、以上の5件法により回答を求めた。

本調査結果の分析過程において、看護師ジレンマを構成する尺度の妥当性を検証(構成概念妥当性検証)するため、撫養・勝山・青山(2014)により開発された「看護師の職務満足度測定尺度」を使用した。終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマは、看護師が異なる2つの価値のうち、いずれか1つを決めるのはむずかしい選択状況をさす。この状況が続けば、看護師として解決すべき糸口が見出せず、患者に必要とされる看護を実践できなくさせる。このことは、職場における看護師自身の職務に対する満足度にも影響を及ぼすこととなる。それゆえに、本研究では、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の妥当性の検討のため、既存の尺度として撫養ら(2014)によって開発されている看護師の職務満足度尺度を用いることとした。回答は、「全くそう思わない」を1、「あまりそう思わない」を2、「まあまあそう思う」を3、「かなりそう思う」を4、「非常にそう思う」を5とし、以上の5件法により求めた。なお、撫養の調査では、否定文を2項目設けているため、本調査においても同じように否定文を設け、集計時に点数を逆転させることとした。

「基本属性」は、性別、年齢、勤務している診療科、看護師経験年数、終末期がん患者の看護経験の度合い、終末期がん患者の看護で倫理的ジレンマを抱いた経験の度合い、終末期がん患者の看護における倫理教育の必要性と倫理教育の内容、を構成し調査した。基本属性については、各項目の該当するものを選択するよう回答を求め、終末期がん患者の看護経験、倫理教育の必要性については4件法で回答を求めた。

e. データ収集および分析方法

「終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ」の項目は、質的研究による先行研究から抽出したものであるため、これらの項目の信頼性・妥当性を検討する必要がある。まず、データの入力後、欠損値の有無を確認し、統計的手法により対処する。次いで、項目分析を実施する。これには、欠損値の頻度、天井効果とフロア効果、各項目間相関分析、I-T相関、G-P分析を実施する。さらに、因子分析を実施する。これは、主因子法、プロマックス回転により実施する。得た結果により、尺度全体と各因子間のCronbach's α 係数を算出し、内的整合性を確認する。

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ因子の基準関連妥当性の検証のために、既存の看護師の職務満足度尺度を基準とし、Pearsonの積率相関係数により両者の相関を確認する。基本属性は、記述統計量で求める。

以上についての統計処理は、IBM SPSS Statistics Version 22.0を用いて行う。

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は、全国の病院リストをもとに無作為に抽出した研究協力機関に対し、研究協力を依頼する。研究協力機関として調査に参加するか否かは任意であり、強要されるものではない。研究目的と意義、方法、協力の任意性、協力の同意の方法、協力撤回の自由性、守秘義務、結果の公表方法を具体的に説明書に示し、そのうえで、研究協力の可否を決定するよう依頼する。研究協力機関として賛同できる場合は、病棟の研究対象候補者に調査紙一式が入った封筒を配布することを依頼する。この場合の研究対象候補者は、入院病棟における終末期がん患者の看護に携わっている、または携わった経験がある看護師である。研究対象候補者の同意は、調査紙の回答をもって同意を得たこととする。回答を送付した時点で、研究対象者となる。研究対象候補者の同意は、調査紙の回答をもって同意を得たこととする。

Ⅳ. 結果

調査の結果、全国がん診療連携拠点病院225病院（各施設10部）と全国緩和ケア病棟を有する225病院（各施設10部）から得られた全回収数（回収率）、無効数、有効回答（有効回答率）は表1のとおりであった。配布した4,500部の調査紙のうち1,347の回答を得たが、無記入箇所がほと

んどであるものは無効回答とした。本研究では、有効回答の得られた1,337を分析対象とする。

1. 対象者の属性

対象者の性別割合は、男性50名（3.7%）、女性1,287名（96.3%）であった。年齢別割合は、20歳代254名（19.0%）、30歳代497名（37.2%）、40歳代415名（31.0%）、50歳代164名（12.3%）、60歳以上7名（0.5%）であった。対象者の看護師経験年数とがん看護経験年数は表2に示す。

2. 項目分析

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度80項目について、「全くそう思わない」を1、「あまりそう思わない」を2、「まあまあそう思う」を3、「かなりそう思う」を4、「非常にそう思う」を5とし、以上の5件法により回答を求め、各項目のデータを得点化した。続いて、項目分析、因子分析を行った。

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の項目平均得点値と標準偏差（SD）およびI-T相関を表3に示す。80項目のうち、欠損頻度が最も高く、また回答者により質問の意図が不明との回答があった項目を削除した。また、I-T相関の分析の結果、 $r = .35$ 以下の項目を削除した。削除項目は、看護師の立場でどこまで情報提供してよいかわからない、患者が医師にお任せという意識がある、患者が自ら情報を得ようとしない、麻薬に対する不当な偏見をもっている、以上4項目であった。天井効果、フロア効果を示す項目はみられなかった。G-P分析、項目間相関分析においても該当する項目はなかった。以上について表3に示す。

3. 探索的因子分析と因子の命名

項目分析後、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度75項目について、最尤法、プロマックス

表1 調査表の配布と回収結果

内訳	発送	回答	回収率	無効	有効回答数	有効回答率
合計	4,500部	1,347部	29.9%	10部	1,337部	29.7%

表2 分析対象者の看護師経験とがん看護経験年数

		1年未満	1年以上～ 3年未満	3年以上～ 5年未満	5年以上～ 10年未満	10年以上～ 20年未満	20年以上～ 30年未満	30年以上	全体
看護師経験	<i>n</i>	5	49	89	276	527	314	77	1,337
	%	0.4	3.7	6.7	20.6	39.4	23.5	5.8	100
がん看護経験	<i>n</i>	64	217	269	441	283	58	5	1,337
	%	4.8	16.2	20.1	33.0	21.2	4.3	0.4	100

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発

表3 看護師の倫理的ジレンマの項目平均得点数・標準偏差・I-T相関

項目	M	SD	I-T相関	項目が削除された場合のCronbachのα
1 患者が自身の意志表示をしない	3.00	.87	.369	.973
2 患者が医師に自身の意向を伝えられない	3.24	.93	.426	.973
3 「お医者様」という医師を優勢にみる風潮がある	3.07	1.06	.423	.973
4 患者が医師にお任せという意識がある	3.24	.91	.346	.973
5 患者が受け身の姿勢である	3.19	.86	.371	.973
6 患者が自ら情報を得ようとししない	2.73	.80	.306	.973
7 患者が自身の治療を選択できない	2.80	.91	.497	.973
8 意思決定できない患者に治療が続けられる	3.05	1.06	.570	.973
9 患者の意向が尊重されていない治療の現状がある	2.85	1.02	.678	.973
10 治療に伴う情報不足の中で患者が意思決定する	2.98	.98	.645	.973
11 患者の自律性が制限される	2.78	.89	.634	.973
12 患者が置き去りにされたまま治療が進む	2.74	1.00	.684	.973
13 患者の権利よりも安全を優先させる	2.88	.93	.533	.973
14 医療施設によって格差がある	3.54	.94	.367	.973
15 患者にとって効果的な治療が行われていない	2.63	.87	.634	.973
16 状況優先の延命処置がされてしまう	2.42	1.02	.570	.973
17 どんな状態であっても患者が希望すれば化学治療を行う	2.52	1.03	.426	.973
18 徹底的に治療がなされてしまう	2.36	1.02	.555	.973
19 いちかばちかな治療がなされている	2.18	1.01	.529	.973
20 治療の必要性に疑問を感じる	2.90	1.03	.639	.973
21 疼痛緩和より手術治療が優先されている	2.14	.90	.531	.973
22 消極的な麻薬の使用により疼痛が緩和されていない	2.60	1.10	.579	.973
23 医師が理解できない患者に同意を得ようとする	2.28	.97	.626	.973
24 医師が患者に承諾を強要する	1.99	.93	.637	.973
25 医師が患者に化学療法を選択するよう誘導している	2.05	1.01	.571	.973
26 医師が患者に意思決定をするよう誘導している	2.43	.91	.475	.973
27 医師本意のインフォームド・コンセントになっている	2.56	1.01	.645	.973
28 インフォームド・コンセントが十分でない	2.78	1.05	.677	.973
29 説明不足により患者の選択権が満たされていない	2.77	1.02	.710	.973
30 治療効果と予後について患者に十分な説明がなされていない	2.85	1.06	.675	.973
31 患者への説明において患者が主体となっていない	2.71	1.02	.702	.973
32 適切な時期に患者が予後を告知されない	3.10	1.04	.633	.973
33 患者の意向は後回しになっている	2.55	.98	.713	.973
34 病状説明に関する情報が不足している	2.76	.98	.718	.973
35 患者・家族が必要とするインフォームド・コンセントが行われていない	2.66	1.03	.701	.973
36 患者・家族の期待に医師が対応できていない	2.69	.94	.667	.973
37 検査情報が患者に届いていない	2.62	.96	.612	.973
38 患者の要望と治療方針が異なる	2.54	.88	.694	.973
39 意思決定を支援していく役割が果たせていない	2.80	.94	.710	.973
40 患者・家族のプライバシーが守られない	2.10	.89	.509	.973
41 プライマリナーナースとしてのかわりができていない	2.75	.93	.528	.973
42 余裕がなく患者に合ったケアができない	3.20	.99	.555	.973
43 看護師の立場を考え医師に働きかけることができない	2.62	.91	.615	.973
44 自分のケアが患者のニーズを満たせていない	2.92	.84	.609	.973
45 家族の思いに応じた看護ができていない	2.83	.88	.605	.973
46 患者の目標に応じた対応ができない	2.81	.85	.650	.973
47 患者・家族の思いに応じたケアができていない	2.78	.87	.648	.973
48 患者が終末期を迎えるための医療者側の対応が不備である	2.76	.98	.659	.973
49 医師との情報交換の不足によりケアをどうしてよいかわからない	2.60	.93	.689	.973
50 在宅支援における薬物管理のための準備が不足している	2.80	.98	.545	.973
51 患者の病状悪化に伴い看護の行為が制限される	2.53	.88	.488	.973
52 終末期患者・家族に対する看護に自信がない	2.74	.95	.482	.973
53 患者・家族とのかわりが浅くなりやすい	2.48	.91	.501	.973
54 終末期看護において自身の能力不足を感じる	3.23	1.01	.462	.973
55 治療の受容とがんへの適応をどのように支援してよいかわからない	2.88	.93	.494	.973
56 患者の相談にどのように対応してよいかわからない	2.72	.88	.483	.973
57 看護師の立場で患者にどこまで情報提供してよいかわからない	2.85	.96	.516	.973
58 看護師の立場でどこまで情報提供していいかわからない	2.82	.95	.515	.973
59 患者に言われたことに対してどう対応してよいかわからない	2.65	.86	.464	.973
60 患者の意思決定を支援するために看護として必要なことがわからない	2.58	.84	.473	.973
61 告知されていない患者への対応がむずかしい	3.54	1.00	.417	.973
62 看護師が最良と考えるケアを患者が選択しない	2.61	.78	.428	.973
63 麻薬に対する知識を十分に持っていない	2.74	.89	.493	.973
64 麻薬に対する不当な偏見を持っている	2.17	1.03	.317	.973
65 治療や副作用に対する看護師としての対応が困難である	2.50	.79	.502	.973
66 麻薬使用を拒否する家族にどう介入してよいかわからない	2.70	.86	.356	.973
67 在宅支援における薬物管理が困難である	2.70	.86	.392	.973
68 医師の治療方針に対し看護師の考えが異なる	2.88	.93	.633	.973
69 質問できない医師の治療方針に従わざるを得ない	3.02	1.04	.657	.973
70 医師が看護師の意見を受け入れない	2.76	1.05	.633	.973
71 医師の治療方針に口出しできない	2.73	1.03	.609	.973
72 医師と看護師ではQOLのとらえ方が違う	2.92	1.05	.647	.973
73 同僚やチームの考え、組織の方針を優先してしまう	2.72	.87	.541	.973
74 医師に看護師の考えを受け入れてもらえない	2.66	1.00	.626	.973
75 患者の希望と家族の希望の板ばさみになる	2.88	.89	.529	.973
76 家族内での意見が食い違い調整がむずかしい	3.07	.89	.451	.973
77 延命処置について患者と家族の意向が食い違う	2.61	.88	.487	.973
78 活用できる資源が不足している	2.78	.90	.539	.973
79 時間的・物理的に制約がある	3.28	.96	.487	.973
80 医師が患者に病状説明をするとき、同席できない	2.53	1.12	.417	.973

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発

表4 終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度

	因子負荷量						
	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第Ⅴ因子	第Ⅵ因子	第Ⅶ因子
第Ⅰ因子 (17項目) 【説明不足により患者・家族の選択権が保証されていないことへのジレンマ】							
28 インフォームド・コンセントが十分でない	.946	.005	-.101	.047	-.045	-.023	-.061
29 説明不足により患者の選択権が満たされていない	.929	.061	-.120	.013	-.041	0.49	-.077
35 患者・家族が必要とするインフォームド・コンセントが行われていない	.913	.005	-.012	.026	-.096	.007	-.047
34 病状説明に関する情報が不足している	.858	.012	.019	.001	-.101	.069	-.038
30 治療効果と予後について患者に十分な説明がなされていない	.848	.000	-.066	-.031	-.040	.085	-.017
31 患者への説明において患者が主体となっていない	.816	-.020	.015	.003	-.037	.063	-.023
27 医師本意のインフォームド・コンセントになっている	.802	-.048	-.069	.078	.162	-.149	-.011
36 患者・家族の期待に医師が対応できていない	.739	.001	.025	.117	-.100	-.039	.038
33 患者の意向は後回しになっている	.698	-.035	.059	-.025	.050	.126	-.022
37 検査情報が患者に届いていない	.654	.078	.070	-.100	-.101	.033	.105
32 適切な時期に患者が予後を告知されない	.637	.027	-.123	.019	-.066	.175	.099
38 患者の要望と治療方針が異なる	.610	-.067	.132	.035	-.037	.100	.071
24 医師が患者に承諾を強要する	.581	-.071	.084	.015	.326	-.131	-.010
23 医師が理解できない患者に同意を得ようとする	.536	-.053	.014	.020	.325	-.093	.040
40 患者・家族のプライバシーが守られない	.522	-.048	.260	-.116	.158	-.150	-.013
26 医師が患者に意思決定をするよう誘導している	.515	.066	-.065	-.061	.285	-.194	.075
39 意思決定を支援していく役割が果たせていない	.474	.031	.261	.010	-.041	.144	-.011
第Ⅱ因子 (10項目) 【意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ】							
56 患者の相談にどのように対応してよいかわからない	-.004	.974	-.081	.000	.021	-.002	-.074
59 患者に言われたことに対してどう対応してよいかわからない	-.045	.909	-.102	.014	.034	.020	-.009
55 治療の受容とがんへの適応をどのように支援してよいかわからない	.004	.864	-.004	-.012	-.013	.010	-.021
60 患者の意思決定を支援するために看護として必要なことがわからない	-.071	.849	-.009	.022	.052	.000	-.030
57 看護師の立場で患者にどこまで情報提供してよいかわからない	.025	.791	-.037	-.042	-.014	.073	.047
52 終末期患者・家族に対する看護に自信がない	.011	.757	.126	-.017	.000	-.049	-.038
54 終末期看護において自身の能力不足を感じる	.026	.720	.125	-.039	-.084	-.009	.032
53 患者・家族とのかかわりが浅くなりやすい	.010	.533	.264	.015	.001	.016	-.085
65 治療や副作用に対する看護師としての対応が困難である	.067	.499	.040	.049	.078	-.100	.144
63 麻薬に対する知識を十分に持っていない	.039	.471	.009	.032	-.004	.046	.142
第Ⅲ因子 (8項目) 【患者のニーズに応じた看護を提供できていないことへのジレンマ】							
45 家族の思いに応じた看護ができていない	-.053	.032	.949	-.002	-.017	-.061	-.020
47 患者・家族の思いに応じたケアができていない	-.011	.015	.938	-.042	-.023	.005	-.005
46 患者の目標に応じた対応ができていない	-.005	.023	.908	-.013	-.038	.003	-.004
44 自分のケアが患者のニーズを満たせていない	-.021	.043	.817	.012	.008	-.083	.067
42 余裕がなく患者に沿ったケアができない	-.029	.060	.667	.041	-.014	-.014	.037
41 プライマリナーナースとしてのかかわりができていない	.034	.061	.648	-.025	-.008	.025	-.035
48 患者が終末期を迎えるための医療者側の対応が不備である	.139	.054	.541	.009	-.037	.150	-.009
43 看護師の立場を考え医師に働きかけることができない	.026	.127	.448	.222	.084	-.033	-.038
第Ⅳ因子 (6項目) 【医師との意見が食い違うことへのジレンマ】							
70 医師が看護師の意見を受け入れない	.047	-.069	.002	.940	-.060	-.004	-.022
74 医師に看護師の考えを受け入れてもらえない	.096	-.030	.000	.906	.001	-.081	-.070
71 医師の治療方針に口出しできない	-.085	.102	.013	.849	.055	-.053	-.035
69 質問できない医師の治療方針に従わざるを得ない	-.021	-.008	.006	.748	.025	.077	.069
72 医師と看護師ではQOLのとらえ方が違う	.130	.014	-.010	.662	.038	.009	.011
68 医師の治療方針に対し看護師の考えが異なる	.131	.009	.001	.580	-.070	.077	.115
第Ⅴ因子 (6項目) 【患者の状況よりも化学療法や延命処置が優先されることへのジレンマ】							
18 徹底的に治療がなされてしまう	-.077	-.051	.019	.046	.878	.065	-.022
19 いちかばちな治療がなされている	.069	.056	-.081	-.001	.826	-.019	-.039
17 どんな状態であっても患者が希望すれば化学療法を行う	-.063	.007	-.022	-.011	.772	-.024	.027
20 治療の必要性に疑問を感じる	.028	.052	-.037	.122	.539	.202	.011
16 状況優先の延命処置がされてしまう	.111	.040	.052	-.078	.527	.170	-.012
21 疼痛緩和より手術治療が優先されている	.371	.017	-.003	-.087	.458	-.116	.079
第Ⅵ因子 (8項目) 【患者が置き去りにされたまま治療が進むことへのジレンマ】							
8 意思決定できない患者に治療が続けられる	-.113	-.038	-.022	-.034	.192	.777	.021
9 患者の意向が尊重されていない治療の現状がある	.035	-.068	.028	.098	.120	.703	-.031
7 患者が自身の治療を選択できない	.034	.023	-.051	.006	-.016	.627	-.003
12 患者が置き去りにされたまま治療が進む	.153	-.058	.108	-.044	.131	.606	-.006
11 患者の自律性が制限される	.142	.000	.070	-.011	.060	.577	-.035
10 治療に伴う情報不足の中で患者が意思決定する	.291	.061	-.048	-.006	.017	.549	-.071
2 患者が医師に自身の意向を伝えられない	.126	.053	-.117	.036	-.157	.524	.038
1 患者が自身の意志表示をしない	-.008	.029	.013	-.088	-.094	.465	.169
第Ⅶ因子 (3項目) 【患者と家族の意見が食い違うことへのジレンマ】							
76 家族内での意見が食い違い調整がむずかしい	-.014	-.017	.010	-.023	-.085	.067	.845
77 延命処置について患者と家族の意向が食い違う	-.003	.024	.001	-.079	.133	.055	.679
75 患者の希望と家族の希望の板ばさみになる	.004	.045	-.005	.189	.009	-.001	.606
因子間相関							
第Ⅱ因子	.265						
第Ⅲ因子	.548	.611					
第Ⅳ因子	.650	.349	.451				
第Ⅴ因子	.611	.193	.404	.448			
第Ⅵ因子	.699	.300	.479	.565	.574		
第Ⅶ因子	.393	.442	.403	.486	.316	.364	
因子ごとの α 係数	.957	.935	.927	.928	.882	.879	.793

回転による探索的因子分析を行った。

因子数の決定については、固有値落差1で目安を立て、6から7因子で検討した。

因子負荷量.4以上を採択の基準とし.4未満の項目を除外対象とした。また、複数の因子に.4以上の高い因子負荷量をもつ項目を除外することとし、これらのことを確認しながら繰り返し因子分析を行った。最終的に58項目7因子を採用し、これを終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度とし、表4に示した。

第I因子を構成するのは、インフォームド・コンセントが十分でない、説明不足により患者の選択権が満たされていない、患者・家族が必要とするインフォームド・コンセントが行われていないなどの17項目であり、【説明不足により患者・家族の選択権が保証されていないことへのジレンマ】と命名された。

第II因子は、患者の相談にどのように対応してよいかわからない、治療への受容とがんへの適応をどのように支援してよいかわからない、患者の意思決定を支援するために必要な看護がわからないなど10項目であり、【意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ】と命名された。

第III因子は、患者・家族の思いに応じた看護ができていない、患者の目標に応じた対応ができない、自分のケアが患者のニーズを満たせていないなど8項目から構成され、【患者のニーズに応じた看護を提供できていないことへのジレンマ】と命名された。

第IV因子では、医師が看護師の意見を受け入れない、医師の治療方針に口出しできない、医師と看護師ではQOLのとらえ方が違うなど6項目であり、【医師との意見が食い違うことへのジレンマ】と命名された。

第V因子は、徹底的に治療がなされる、どんな状況でも患者が希望すれば化学療法を行う、治療優先の延命処置がなされてしまうなど6項目であり、【患者の状況よりも化学療法や延命処置が優先されることへのジレンマ】と命名された。

第VI因子は、意思決定できない患者に治療が続けられる、患者が自身の治療を選択できない、患者が医師に自身の意向を伝えられないなど8項目で構成され、【患者が置き去りにされたまま治療が進むことへのジレンマ】と命名された。

第VII因子は家族内での意見が食い違う、患者の希望と家族の希望の板ばさみになるなど3項目から構成され、【患者と家族の意見が食い違うことへのジレンマ】と命名された。

抽出された7因子の項目平均得点(M)とSDを求め、表5に示した。

表5 看護師の倫理的ジレンマ尺度の因子別平均得点と標準偏差

因子	M	SD
第I因子	2.59	.75
第II因子	2.72	.71
第III因子	2.82	.74
第IV因子	2.82	.87
第V因子	2.41	.79
第VI因子	2.92	.70
第VII因子	2.85	.74
全因子	2.71	.57

4. 信頼性の検討

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度全体のCronbach's α 係数は、.861であった。各因子間の α 係数は表4のとおりである。各因子間の α 係数も高値であり、終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマ尺度の内的整合性が確認された。

5. 基準関連妥当性の検証

a. 看護師の職務満足度との相関

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の妥当性について、撫養ら(2014)により開発された看護師の職務満足度を基準とし、両者間の相関分析により妥当性を検討した。撫養ら(2014)は、病院に勤務する看護師の職務満足度を測定する尺度として、4因子28項目の信頼性・妥当性が検証されたことを報告している。看護師の職務満足度の測定尺度は、第I因子が仕事に対する肯定的感情、第II因子は上司からの適切な支援、第III因子は働きやすい労働環境、第IV因子は職場での自らの存在意識、以上の4因子から構成されている。

本研究では、既存の撫養ら(2014)の看護師の職務満足度尺度と本研究で開発した終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマ尺度との相関を確認した。看護師の職務満足度尺度の正規性を確認したうえで、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度との相関をPearsonの積率相関係数により求め、表6に示した。

看護師の職務満足度尺度の全因子と看護師の倫理的ジレンマ尺度の全因子の相関係数は、 $r = -.186 \sim -.263$ であった($p < .01$)。とくに、肯定的感情と倫理的ジレンマ尺度第II因子の「意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ」、第III因子の「患者のニーズに応じた看護を提供できていないことへのジレンマ」において、それぞれに負の相関($r = -.378, r = -.247$)があることが示された($p < .01$)。また、上司からの適切な支援と、第IV因子の「医師との意見が食い違うことへのジレンマ」においても、負の相関($r = -.246$)が示された($p < .01$)。働きやすい労働環境では、第III因子の「患者のニーズに

表6 看護師の職務満足度尺度と終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の相関

	終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ							
	倫理的ジレンマ全体	第I因子	第II因子	第III因子	第IV因子	第V因子	第VI因子	第VII因子
職務満足度尺度全体	-.260**	-.171**	-.328**	-.266**	-.260**	-.089**	-.103**	-.105**
仕事に対する肯定的感情	-.186**	-.070*	-.378**	-.247**	-.141**	-.032	-.025	-.068*
上司からの適切な支援	-.207**	-.201**	-.125**	-.142**	-.246**	-.097**	-.127**	-.073**
働きやすい労働環境	-.232**	-.176**	-.198**	-.242**	-.238**	-.101**	-.118**	-.113**
職場での自らの存在意識	-.263**	-.150**	-.364**	-.249**	-.291**	-.089**	-.105**	-.112**

[注] Pearsonの相関係数. **: $p < .01$, *: $p < .05$.

において看護が見出せないことへのジレンマ」、第IV因子の「医師との意見が食い違うことへのジレンマ」において、それぞれに負の相関 ($r = -.242$, $r = -.238$) が得られた ($p < .01$)。職場での自らの存在意識は、第II因子の「意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ」、第III因子の「患者のニーズにおいて看護が見出せないことへのジレンマ」、第IV因子の「医師との意見が食い違うことへのジレンマ」においても、それぞれに負の相関 ($r = -.364$, $r = -.249$, $r = -.291$) が示された ($p < .01$)。

V. 考 察

1. 終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマ尺度の信頼性・妥当性

終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度は7因子で構成され、第I因子から順に、【説明不足により患者・家族の選択権が保証されていないことへのジレンマ】【意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ】【患者のニーズに応じた看護を提供できていないことへのジレンマ】【医師との意見が食い違うことへのジレンマ】【患者の状況よりも化学療法や延命処置が優先されることへのジレンマ】【患者が置き去りにされたまま治療が進むことへのジレンマ】【患者と家族の意見が食い違うことへのジレンマ】であった。

終末期における患者は、診断と予後についての告知を望むか否か、医学的治療を望むか否か、ケアを受ける場所をどこにするか、どのような援助を望むのか、さらにこれらを自分の意思で決定するか否かといった自己決定をしなければならない場面に直面するが、患者・家族がいずれかを意思決定するには十分な情報が開示され、伝えられ、患者・家族の選択権が保証されていることが前提である。しかしながら、これらに対する説明不足、選択権が保証されていない現実が反映しているものと考えられる。

松山・樋口(2011)は、終末期がん患者の看護におけるエキスパートナースの倫理的ジレンマについて、「患者のQOLに対する希望と安全の対立」、「患者の自己決定や希望と家族の対立」、「患者の自己決定の時期をめぐる、医療

者の判断が優先される危険性」の3つの倫理的ジレンマに直面していると報告している。これは、終末期がん患者の看護における認定看護師を対象にしたものであるが、これらは本研究の結果においてもすべて含まれていた。

本研究における因子分析では、最尤法、プロマックス法により行い、7因子58項目が採択された。項目の因子負荷量が.4以上を示すものとした。また、複数の因子に.4以上の因子負荷量を示すものを削除した。採択された7因子58項目について、本研究で作成した終末期がん患者の看護における倫理的ジレンマ尺度の信頼性を検討した。尺度の内的整合性は、Cronbach's α 係数が.7以上を判定基準とし確認した。終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の全項目の α 係数は.861であり、各下位因子においても.957から.793の範囲であった。第VII因子において α 係数がやや低い値であったが、いずれも基準値以上を示しており、各下位因子の内的整合性が得られたことが認められた。これにより、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の信頼性が認められた。

尺度の構成概念妥当性の検討として、撫養ら(2014)による看護師の職務満足度尺度を基準として、Pearsonの積率相関係数を求めた結果、両者には弱い負の相関があることが確認された。とくに、意思決定を支援するための看護が見出せないことへのジレンマ、患者のニーズに応じた看護を提供できていないことへのジレンマ、あるいは医師との意見が食い違うことへのジレンマが職務満足度と弱い負の相関を示すことが明らかにされた。両者は弱い負の相関ではあったが、これにより終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の併存的妥当性が確認された。

2. 終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の有用性

本研究により、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の信頼性・妥当性が検証された。

倫理的ジレンマは、異なる2つの価値のうちいずれを選択しても問題があり、いずれか1つを決めるのはむずかしい選択状況のことをいう。倫理的ジレンマを抱いた看護師が解決できないまま過ごすことになれば、患者・家族にとつ

て必要とされる看護を実践できなくさせる。また、看護師自身にとっても、達成感が得られずストレスフルな状況を引き起こすこととなる。本研究により開発された尺度は、終末期がん患者にかかわる個々の看護師が、自身の倫理的ジレンマを早期に測定することができる。このことは、終末期がん患者の看護にあたる看護師の倫理的ジレンマを客観的に自己評価し、早期に解決の手立てを検討することへとつながる。さらに、倫理的ジレンマに対する個人的取り組みから、職場全体で倫理的ジレンマを解明し、それに対する手立てを検討することができる。カンファレンス、他職種との連携、家族との調整など、倫理的ジレンマの実態を解明することが、倫理的ジレンマを解決する方向へと展開できる。看護師の職務に対する満足度の促進、さらに、看護師のモチベーションを高めることができ、終末期がん患者に対する看護の質を向上させることにつながるものと考えられる。

おわりに

本研究は、先行研究の二次分析により終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマの項目を作成した。80項目のうち、22項目が削除され、最終的に7因子58項目が採択された。

本研究は、終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発を目指した。本研究は尺度開発を目指したが、今後は、構成概念妥当性の検証として、既知グループを用いた調査を行うなど、さらに検証を重ねる必要がある。

また、終末期がん患者の療養の場の違いによって、看護師が抱く倫理的ジレンマがどのように影響するのかなど、影響要因との関連を明らかにする必要がある。

謝 辞

本研究のためにご協力いただきました皆さまに心から感謝いたします。

要 旨

先行研究をもとに倫理的ジレンマ尺度のアイテム80項目を作成し、全国がん診療連携拠点病院と全国緩和ケア病棟の、終末期がん患者の看護に携わっている看護師4,500人に調査し、1,337名の回答を得た。項目分析、因子分析の結果7因子58項目が採択され、第1因子から、【説明不足により患者・家族の選択権が保証されていない】【意思決定を支援するための看護が見出せない】【患者のニーズに応じた看護を提供できていない】【医師との意見が食い違う】【患者の状況よりも化学療法や延命処置が優先される】【患者が置き去りにされたまま治療が進む】【患者と家族の意見が食い違う】であった。因子全体の尺度のCronbach's α 係数は.861であり、内的整合性が確認された。撫養ら(2014)の看護師の職務満足度尺度を基準とするPearsonの積率相関係数は $r = -.260$ ($p < .01$)であり負の相関が認められた。

Abstract

This study aimed to develop an ethical dilemma scale in nursing practice for end-of-life cancer patients and examine its reliability and validity. The investigation targeted nurses at hospitals with a palliative care unit and national cancer medical treatment base hospitals.

The questionnaires comprised 80 items gauging nurses' reactions to ethical dilemmas. These were sent to 4,500 of nurses of end-of-life cancer patients; 1,337 responses were received. Twenty-two items were eliminated by the item-analysis and 58 items were used for the factor analysis. Seven dilemmas related to the nursing process were developed: (1) lack of informed consent for the patient and their family; (2) lack of support for nurses' decision-making; (3) nurses being unable to provide care in accordance with the needs of the patient; (4) having a differing opinion from the physician; (5) treatment being prioritized over the situation of the patient; (6) treatment advancing while the patient is left behind; (7) the opinions of patients and their family differing.

Reliability was confirmed (by Cronbach's α coefficient: .861). The validity of the items was verified from the correlations between two criteria: a job satisfaction measurement scale for nurses and the ethical dilemma scale (Pearson's product-moment correlation coefficient: $-.260$, $p < .01$).

文 献

- 坂東委久代, 秋山智弥, 井沢知子, 深川良美, 宮本雅子, 榊喜久子, 宇都宮宏子, 松野友美, 山中寛恵, 黒沼美恵子, 任 和子 (2012). 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 (健康科学), 7, 49-55.
- Fry, S.T. and Duffy, M.E. (2001). The development and psychometric evaluation of the ethical issues scale. *J Nurs Scholars*, 33(3), 273-277.
- 古郡夏子 (2004). 終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤と対処. 高知女子大学看護学会誌, 30(1), 38-39.
- 石垣和子, 山本則子 (2008). なぜいま質的研究のメタ統合が必要か. 看護研究, 41(5), 351-357.
- 伊藤隆子, 川崎由理, 辻村真由子, 吉田千文, 石橋みゆき, 千葉由美, 上野まり, 石垣和子 (2012). 日本の看護師が経験するモラルディストレス: 国内文献のメタ統合の試み. 千葉県立保健医療大学紀要, 3(1), 71-79.
- 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子 (2005). 大学病院において看護師長が体験する倫理的問題. 看護総合科学研究会誌, 8(3), 3-14.
- 小曳麻衣子, 黒田寿美恵, 岡光京子 (2008). 終末期患者の希望を支える援助を行う上で生じる倫理的問題とその対応. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 39, 247-249.
- 松木光子 (2010). 看護倫理学—看護実践における倫理的基盤—. 96-97, 東京: スーヴェルヒロカワ.
- 松山明子, 樋口京子 (2011). 緩和ケアにおけるエキスパートナーズの倫理的意思決定過程に関する研究. 日本看護倫理学会誌, 3(1), 19-27.
- 水澤久恵 (2009). 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因. 生命倫理, 19(1), 87-97.
- 撫養真紀子, 勝山貴美子, 青山ヒフミ (2014). 病院に勤務する看護師の職務満足測定尺度の信頼性・妥当性の検討. 社会医学研究, 31(1), 37-44.
- 中村さおり (2010). 終末期患者の意思決定支援において看護師が抱える倫理的ジレンマの一考察: 看護師へのインタビューを通して. 日本看護学会論文集 (看護総合), 41, 177-180.
- 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 江藤栄子 (2014). 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌, 6(1), 53-60.
- 谷本さゆり, 東めぐみ, 山崎千鶴子, 松永五智子, 上京田沙織, 石原晶子, 荒木佳代子, 土生聡美, 瀧谷 望, 坊木春香, 長谷川綾子, 北澤絵美 (2008). 終末期看護において直面した倫理的ジレンマと今後の対応への検討. 日本看護学会論文集 (看護総合), 39, 380-382.
- 富 律子 (2008). がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応. 横浜看護学雑誌, 1(1), 66-75.
- 内田史江 (2013). 緩和ケア認定看護師が直面した倫理的問題の問い直しへのプロセス. キャリアと看護研究, 3(1), 107-113.
- 植田悦代, 宮地美紀, 猪原繁美 (2004). 肺癌患者の意思決定時に看護師が感じる倫理的ジレンマと要因の検討. 日本看護学会論文集 (精神看護), 35, 56-58.
- 横尾京子, 片田範子, 井部俊子, 志自岐康子, 佐藤蓉子, 渡会丹和子, 中西睦子, 藤枝知子, 見藤隆子, 南 裕子 (1993). 日本の看護婦が直面する倫理的課題とその対応: 日本看護科学学会看護倫理検討委員会報告. 日本看護科学会誌. 13(1), 32-37.

〔平成28年5月12日受付〕
〔平成29年1月24日採用決定〕

— 研究報告 —

意識障害のある患者に対する看護師の観察に関する実態調査

— グループインタビューからの分析 —

Clinical Nurses' Views of Caring for Patients with Consciousness Disturbance:

Analysis of Group Interviews with Nurses

土屋涼子¹⁾
Ryoko Tsuchiya三上佳澄²⁾
Kasumi Mikami會津桂子²⁾
Keiko Aizu西沢義子²⁾
Yoshiko Nishizawa

キーワード：意識障害患者，看護師，観察，着眼点，思い

Key Words : patients with consciousness disturbance, clinical nurse, observation, viewpoints, thought

はじめに

看護師が行うコミュニケーションには対象把握や信頼関係の構築などの目的があり，看護の基本とされている。コミュニケーションは送り手と受け手とが相互に作用して展開され，受け手は送り手から発信された言語，非言語メッセージを内容と関係，文脈と照らし合わせながら意味づけを行っている（渡部，2011）。脳神経系疾患領域において意識障害がある患者を看護の対象とすると，精神活動の低下から外界に対する反応が乏しく，患者から発信されたメッセージが曖昧で，解読することが困難なケースも多い。そのため，患者，看護師間での送り手と受け手との相互作用がうまく展開されず，対象への理解が不十分なまま看護することに不安や戸惑いを感じる看護師も少なくない。

意識障害患者を対象とした研究では正確な意識レベルのアセスメントは脳神経の変化を早期に発見し，また医療チームの円滑なコミュニケーションを可能にするときされる。それにより後遺症を最小限にし，最終的に患者の満足度が高まると報告されている（Waterhouse, 2005）。そのため，国内外でGlasgow Coma Scaleのような意識障害評価スケール（Juarez & Lyons, 1995）やNational Institutes of Health Stroke Scaleのような神経機能障害の評価スケール（Dewey, et al., 1999）の信頼性や妥当性を検証する研究や意識障害評価スケールの教育に関する研究（Cheung, et al., 2010）が行われてきた。また，日本における意識障害患者を対象とした研究は，生活の援助，機能改善，意識回復を目的に口腔ケアや排泄の援助や背面開放座位などの看護ケアの有効性の検証を中心に進められてきている。

観察は臨床看護師が日常的に行っている看護技術であ

るにもかかわらず，脳神経系疾患領域における意識障害患者の意識レベル評価時の看護師のアセスメントの視点（Okubo, Hishinuma, Noujyo, & Shiro, 2002）に関する研究，日常生活の援助場面など意識レベル評価時以外の場面で対象把握のために看護師が行っている患者の観察の実態を調査した研究は少ない現状にある。看護師が患者の状態を理解するためには観察力を向上させる必要があり，まず実際に日常の看護活動のなかで行っている意識障害のある患者の観察の実態を裏づけする必要があると考えた。

そこで研究者らは，看護師が行っている観察の結果や看護実践の内容とその結果が記載されている看護記録に着目した。とくに，経過記録には看護師が重要と考えることが意図的に記載されている（桑田，1998）ため，経過記録の分析を行い，意識障害のある患者の観察の実態に関する調査を行った（Tsuchiya, Mikami, Aizu, & Nishizawa, 2013）。調査は看護師が観察し記録している事柄についてJapan Coma Scale（JCS）ⅡとJCSⅢとで比較した。記録の分析からはJCSⅢの場合よりもJCSⅡの記録が多く，とくにモニタリングの結果から得られた内容が観察の中心になっていることが明らかになった。しかし，看護記録からの分析の限界として，看護師が観察を行っているものの記録をしていない可能性も考えられた。また，患者からの反応が乏しく，曖昧であるために意識障害のある患者とのかかわりのなかで看護師が感じている不安や戸惑い等の感情が患者の観察に影響を与えたと考え，看護師を対象に詳細な調査を行う必要があると考えた。

本調査によって，看護記録には記載されていない意識障害のある患者の観察の実態が明らかになることは，看護師の観察力向上や看護記録を記載する際の課題考察の一助となる。また，看護師が意識障害のある患者の観察やかかわ

1) 弘前大学医学部附属病院 Hirosaki University Hospital

2) 弘前大学大学院保健学研究科 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

りに前向きな感情をもつことは意識障害のある患者とのよりよい関係構築につながると考えられる。

I. 研究目的

看護師が行っている意識障害のある患者に対する観察の着眼点や観察時に留意している事柄、意識障害のある患者を観察し記録している事柄、観察や看護に対する思いをグループインタビュー調査の分析から明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では質的記述的デザインを用いた。

2. 調査対象

A県内の3病院で意識障害により自発的発語がない患者の看護を行っている看護師22名である。

3. 方法

a. 対象者のグループ編成

対象施設の看護部長、看護師長に対して研究の趣旨と研究方法を説明し、協力を依頼した。対象者は該当病棟の看護師長より紹介され、研究協力で承諾の得られた看護師5～6名で1グループを編成した。

b. インタビュー方法、内容

半構成的面接調査をグループごとに実施した。グループを対象としたインタビューでは、参加者がグループのほかの人が言ったことに反応することで、さらに豊かに、さらに深く、意見が表出される可能性があり、短時間で多くの人々の見解を得ることができるという利点がある (Polit & Beck, 2004/2010)。そのため、看護師たちが意識せずに日々行っている観察の実態を明らかにすることができると考え、本調査ではグループインタビューを行うことにした。

インタビュー内容は、看護師が行う意識障害のある患者の観察の実態を明らかにするために、①意識障害のある患者の観察時の着眼点とその理由、②意識障害のある患者の観察で留意している事柄を設定した。質問①は看護師が意識障害のある患者を看護する時の観察点、質問②は看護師が意識障害のある患者の観察時に留意している事柄とした。先行研究 (Tsuchiya, et al., 2013) の結果、看護師が観察を行っているが記録を行っていない可能性もあったため、質問③は意識障害のある患者を観察し、記録している内容とした。また、質問④は意識障害のある患者の観察や看護に対する思いの4項目で構成した。インタビュー内容は対象者の同意を得てICレコーダで録音した。インタ

ビューは研究協力施設内にある対象者のプライバシーが保護される個室を借用して4グループ実施し、インタビュー時間は1グループ60分程度とした。

c. 調査期間

調査期間は2013年7月～2013年10月である。

d. 分析方法

録音したインタビュー内容から逐語録を作成し、発話内容の項目ごとにID番号を割り振った。このデータを、テキストマイニングソフト『IBM SPSS Text Analytics for Surveys 4.0.1』を用いて自然言語処理による言語解析を行った。

キーワードの抽出には語の意味を把握する感性分析、カテゴリーの作成は主に名詞をまとめるために「言語学的手法に基づいた方法」を用いた。この手法によるカテゴリー化では、他の複合語に含まれているキーワードを特定し、それらを一つの包括的カテゴリーをまとめる「内包」と、回答内で頻繁に同時に出現し、一連の回答内で強く関連しているキーワードをまとめる「共起規則」を採用した。カテゴリーとして抽出されたキーワード以外にも必要なキーワードが含まれていることがあるため、すべてのキーワードに目を通し、必要と思われるものはすくいあげカテゴリーに含めたり、新たなカテゴリーを設定したりした。統計ソフトが自動的につけたカテゴリー名についても検討し、よりわかりやすいカテゴリー名となるよう一部を変更した。本文中の【 】はカテゴリー名を示している。

作成されたカテゴリーは発言内容ごとに単純集計した。また、作成されたカテゴリーを対象者が関連づけて述べている程度を算出するために主成分分析を適用した。因子数の決定は、固有値が1以上となる因子を求めた。適合度の評価には、KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) 測度、Bartlettの球面性検定を参考とした。主成分負荷量の値が.6以上を示すような変数をその主成分を構成する主要な変数、値が.3～.6の場合は中程度の関与、.2以下の場合には関与していない変数とした。統計解析における有意水準は $\alpha = .05$ とした。統計解析には『IBM SPSS 22.0 STATISTICS』を用いた。

4. 倫理的配慮

調査は弘前大学大学院医学研究科倫理委員会 (承認番号: 2013-016) ならびに研究協力施設の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者に対して研究の目的・方法、ならびに研究への自由参加、研究参加に拒否した場合も不利益を受けないことについて説明文書を用いて説明し、同意を得たうえで調査を実施した。また、インタビューの際は、個人を特定しないため対象者に番号を割り振り、発言の初めや相手の発言へ意見するときには割り振られた番号を使用することをインタビュー開始前に対象者へ文書と口頭で説明した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の基本属性

対象者22名の平均年齢は34.2±9.4歳であった。看護師としての平均経験年数は12.3±9.2年、脳神経系領域での看護経験は5.0±5.5年であった。対象者の概要については表1に示した。研究協力が得られた対象者はいずれも主に脳疾患の発症直後から数か月以内の急性期の患者の看護を行っていた。

2. 意識障害がある患者の観察時の着眼点

インタビューで得られた発言内容は136件であり、全発言内容から抽出されたキーワードは359個であった。

意識障害がある患者の観察時の着眼点のカテゴリーとその内容について表2に示した。意識障害のある患者の観察時の着眼点として【身体の部分】【バイタルサイン】【日々の状態比較】【患者の認識力・意思表示】【動作・反応】【意識レベル】【表情】【苦痛】【四肢の動き】【皮膚の状態】【口の動き・発語】【眼の動き】【精神状態】【神経学的徴候】【症状・病態】【生活環境】の16カテゴリーがあげられた。

主成分分析の結果は、表3に示した。Kaiser-Guttman基準に従って5因子を抽出した。KMO測度は.642、Bartlettの球面性検定では $p < .01$ で、主成分分析を行う妥当性が

確認できた。

解析の結果、第1主成分を構成する主要なカテゴリーは【動作・反応】【口の動き・発語】【身体の部分】【四肢の動き】であった。また、【眼の動き】【生活環境】【表情】【精神状態】のカテゴリーは中程度に関与しており、第1主成分は身体と精神の動きに関する事柄と考えられた。第2主成分を構成する【患者の認識力・意思表示】【症状・病態】のカテゴリーは中程度に関与しており、第2主成分は患者の病状に応じたコミュニケーションに関する事柄と考えられる。第3主成分を構成する主要なカテゴリーは【日々の状態比較】のカテゴリーであり、【意識レベル】【神経学的徴候】【バイタルサイン】のカテゴリーは中程度関与していた。第3主成分は患者の病状変化に関する事柄と考えられる。第4主成分は【苦痛】のカテゴリーが中程度関与しており、第4主成分は患者の苦痛に関する事柄と考えられる。第5主成分を構成する主要なカテゴリーは【皮膚の状態】であり、第5主成分は皮膚の視診、触診で観察された結果に関する事柄と考えられる。

3. 意識障害のある患者の観察で留意している事柄

インタビューで得られた発言内容は104件であり、全発言内容から抽出されたキーワードは321個であった。

意識障害のある患者の観察で留意している事柄のカテゴリ

表1 対象者の属性

対象者	インタビュー グループ	性別	年齢 (歳)	看護師経験年数 (年)	脳神経系領域での 看護経験 (年)
1	A	女性	29	6	6
2	A	女性	37	16	5
3	A	女性	28	5	5
4	A	女性	48	25	4
5	A	女性	26	4	2
6	B	女性	31	10	5
7	B	女性	26	3	3
8	B	女性	35	9	8
9	B	女性	43	20	1
10	B	男性	25	2	2
11	B	女性	57	36	2
12	C	女性	32	11	5
13	C	女性	35	15	15
14	C	女性	32	11	7
15	C	男性	27	6	3
16	C	女性	48	25	25
17	D	女性	25	4	4
18	D	女性	25	5	1
19	D	女性	44	20	3
20	D	女性	36	15	0.5
21	D	女性	42	22	3
22	D	女性	21	1	1

表2 意識障害のある患者の観察時の着眼点

カテゴリー名 (回答数)	含まれる内容
身体の部分 (33)	手, 頭, 身体, 皮膚, 足, 口など
バイタルサイン (24)	モニター, バイタルサイン, HR, 体温, 酸素飽和度, 血圧など
日々の状態比較 (23)	違う, 下がる, 上がる, 緊張など
患者の認識力・意思表出 (22)	コミュニケーション, 入る, 理解, わかる, 指示など
動作・反応 (20)	動き, 動作, 仕草
意識レベル (18)	意識レベル, 意識障害
表情 (17)	表情, 笑う, 渋面, しわなど
苦痛 (16)	苦痛, 痛み, 苦しい, 嫌だなど
四肢の動き (16)	動く, 動かす, 握る, 身振り手振りなど
皮膚の状態 (16)	顔色, 色, 全身状態, 発汗, むくみなど
口の動き・発語 (13)	発する, 発言, 発語, 唸るなど
眼の動き (12)	視線, 開眼, 開ける, 眼瞼, 瞬きなど
精神状態 (11)	精神的, 欲求, 気になる, 重い, 衝動など
神経学的徴候 (9)	瞳孔, 神経徴候, 睫毛反射, 反射など
症状・病態 (8)	せん妄, 失語症状, 記憶力障害, 暴れるなど
生活環境 (5)	状況, 環境, 音, 機械的など

表3 意識障害がある患者の観察時の着眼点の主成分負荷量

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分
動作・反応	.692	.153	.055	-.270	-.266
口の動き・発語	.638	.126	-.071	-.225	-.074
身体の部分	.620	.384	.059	-.102	.429
四肢の動き	.615	.012	.232	-.347	.298
眼の動き	.582	.233	.162	-.133	-.412
生活環境	.510	-.408	-.103	.482	.098
表情	.407	.308	-.390	.260	-.218
精神状態	.401	.064	-.303	.260	-.030
患者の認識力・意思表出	.384	-.591	-.126	.036	-.214
症状・病態	.394	-.591	.069	.278	.244
日々の状態比較	.072	.313	.626	.333	-.198
意識レベル	.194	-.355	.586	-.218	-.072
神経学的徴候	.111	-.302	.510	.033	.051
バイタルサイン	-.243	.236	.475	.433	-.286
苦痛	.439	.213	-.019	.520	.064
皮膚の状態	-.024	.309	.192	.147	.681
寄与率	19.91%	10.74%	10.16%	8.48%	7.99%

リーとその内容について表4に示した。意識障害がある患者の観察で留意している事柄として【冷静な対応】【患者の状態変化】【患者の精神状態への配慮】【患者との意思疎通】【患者への情動的な働きかけ】【家族への配慮】【入院以前の生活】【安全への配慮】【入院からの病日】【スタッフ間の協力】【回復への希望】の11カテゴリーがあげられた。

また、主成分分析の結果は表5に示した。Kaiser-Guttman基準に従って5因子を抽出した。KMO測度は.488, Bartlettの球面性検定では $p < .01$ であった。

解析の結果、第1主成分を構成する主要なカテゴリーは【患者の状態変化】【冷静な対応】であり、【患者への情

動的な働きかけ】【患者の精神状態への配慮】【回復への希望】のカテゴリーは中程度関与し、第1主成分は患者と関わる看護師の行動に関する事柄と考えられた。第2主成分を構成するカテゴリーは【入院からの病日】【家族への配慮】のカテゴリーであった。第2主成分は家族の精神面への配慮に関する事柄と考えられた。第3主成分は【患者との意思疎通】のカテゴリーにより構成されており、患者の意図を理解しようとする看護師の行動に関する事柄と考えられた。第4主成分を構成する主要なカテゴリーは【入院以前の生活】であり、【安全への配慮】のカテゴリーは中程度関与していた。第4主成分は看護援助で配慮すること

表4 意識障害のある患者の観察で留意している事柄

カテゴリー名 (回答数)	含まれる内容
冷静な対応 (39)	考える, 見極める, 落ち着く, クールダウン, 日常生活の援助方法など
患者の状態変化 (26)	意識レベル, バイタルサイン, 表情, 眼, 開く, 抵抗など
患者の精神状態への配慮 (19)	疼痛, 安楽, 怒り, イライラ, 自尊心, 精神機能など
患者との意思疎通 (17)	訴える, 返事はない, 伝わる, 訴えられない人など
患者への情動的な働きかけ (6)	声かけ, 声かけの仕方, 刺激をすることなど
家族への配慮 (5)	家族, 一緒にいてきた人など
入院以前の生活 (5)	データベース, 生活パターン, 習慣的なものなど
安全への配慮 (4)	危険, 感染のこと, 誤嚥など
入院からの病日 (4)	急性期, 一定化
スタッフ間の協力 (3)	スタッフで聞く, チームで行う, 情報共有
回復への希望 (2)	希望をもつ, 可能性

表5 意識障害のある患者の観察で留意している事柄の主成分負荷量

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分
患者の状態変化	.727	.335	.054	.283	.053
冷静な対応	.652	-.094	.181	-.139	.410
患者への情動的な働きかけ	.541	-.185	-.345	.043	-.232
患者の精神状態への配慮	.534	-.529	.326	-.114	.016
回復への希望	.523	-.286	-.182	.098	-.417
入院からの病日	.239	.647	.185	.342	-.144
家族への配慮	.097	.543	.477	-.068	-.219
患者との意思疎通	-.257	-.371	.483	.413	-.290
入院以前の生活	.105	.067	.452	-.746	.041
安全への配慮	-.058	-.276	.408	.450	.289
スタッフ間の協力	.121	.196	-.308	.056	.741
寄与率	17.88%	13.52%	11.19%	10.70%	10.02%

に関する事柄と考えられた。第5主成分を構成する主要なカテゴリーは【スタッフ間の協力】のカテゴリーであり、第5主成分は患者に対するチームでの介入に関する事柄と考えられる。

4. 意識障害のある患者を観察し看護記録に記録している事柄

インタビューで得られた発言内容は128件であり、発言内容から抽出されたキーワードは409個であった。

意識障害のある患者を観察し看護記録に記載している事柄のカテゴリーとその内容について表6に示した。意識障害のある患者を観察し看護記録に記載している内容は【患者の反応・変化】【患者の病態・状態】【看護師の思考・行動】【時間・時期】【身体の部分】【患者への刺激】【日常生活援助の内容】【他職種とのかかわり】【家族の思い】の9カテゴリーが作成された。

主成分分析の結果は表7に示した。Kaiser-Guttman基準に従って4因子を抽出した。KMO測度は.650, Bartlettの球面性検定では $p < .01$ で、主成分分析を行う妥当性が確認できた。

解析の結果、第1主成分を構成する主要なカテゴリーは【患者の反応・変化】【患者の病態・状態】【身体の部分】であり、【患者への刺激】【時間・時期】のカテゴリーは中程度関与していた。第1主成分は患者の状態の変化に関する事柄と考えられた。第2主成分を構成する主要なカテゴリーは【他職種とのかかわり】【看護師の思考・行動】のカテゴリーであり、第2主成分はチームのかかわり、思考に関する事柄であると考えられる。第3主成分を構成する主要なカテゴリーは【家族の思い】であり、第3主成分は患者の反応や治療に対する家族の思いに関する事柄と考えられ、第4主成分は【日常生活援助の内容】が中程度関与していることから、看護師の援助の内容に関する事柄であると考えられる。

5. 意識障害のある患者の観察や看護に対する思い

インタビューで得られた発言内容は136件であり、発言内容から抽出されたキーワードは530個であった。

意識障害のある患者の観察や看護に対する思いのカテゴリーとその内容について表8に示した。意識障害のある患

表6 意識障害のある患者を観察し看護記録に記録している事柄

カテゴリー名 (回答数)	含まれる内容
患者の反応・変化 (50)	反応, 変化, 表情, 変わらない, 動く, 変わるなど
患者の病態・状態 (44)	意識レベル, バイタルサイン, MMT, 瞳孔, ADLなど
看護師の思考・行動 (23)	考察, 分析, 判断, アセスメント, 気になるなど
時間・時期 (16)	急性期, 昨日, 今日, 前, 最初など
身体の部分 (11)	眼, 手, 脇, 頭, 口など
患者への刺激 (9)	車椅子に乗せる, 話しかける, 刺激, 働きかけ, 景色など
日常生活援助の内容 (7)	ケア, 安全, 口腔ケア, 軽介助, 全介助など
他職種とのかかわり (6)	医者, リハビリ
家族の思い (2)	家族の反応, 家族が思っていること

表7 意識障害のある患者を観察し看護記録に記録している事柄の主成分分析負荷量

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分
患者の反応・変化	.729	-.131	-.139	-.008
患者の病態・状態	.622	.137	.250	-.160
身体の部分	.606	-.046	-.488	.327
患者への刺激	.589	-.377	.015	.445
時間・時期	.536	.368	.354	-.253
他職種とのかかわり	-.068	.676	.289	.348
看護師の思考・行動	.146	.647	-.235	.350
家族の思い	.295	-.278	.716	.179
日常生活援助の内容	.504	.193	-.227	-.595
寄与率	25.39%	14.52%	12.77%	11.37%

表8 意識障害のある患者の観察や看護に対する思い

カテゴリー名 (回答数)	含まれる内容
むずかしい (24)	むずかしい, むずかしくて, もどかしい, つらい, どうしようなど
喜び・楽しさ (14)	喜び, 喜びを感じる, 楽しい, うれしく思っ, 喜ばしい, 声がけした かいがあるなど
不安 (10)	不安だ, 自信がない, 見落としたんじゃないか, 焦るなど
やりがいがある (8)	やりがい, やりがいはある, 好きだなど
緊張 (5)	緊張, 怖い, 怖かった, ハラハラ, ドキドキ
公平にケアをしたい (5)	子ども扱い, 感情的にならないなど
やりがいを感じていない (4)	やりがいを感じられない, やりがいを見つけられない
余裕がない (3)	余裕がない, 患者をくみとるのに精一杯など
よりよいケアをしたい (3)	不快, 苦痛ないなど
ストレス (2)	ストレスフルだ, ストレス
ジレンマ (2)	ジレンマだ, 歯がゆいなど

者の観察や看護に対する思いとして【むずかしい】【喜び・楽しさ】【不安】【やりがいがある】【緊張】【公平にケアをしたい】【やりがいを感じていない】【余裕がない】【よりよいケアをしたい】【ストレス】【ジレンマ】の11カテゴリーが作成された。

主成分分析の結果は表9に示した。Kaiser-Guttman基準に従って5因子を抽出した。KMO測度は.476, Bartlettの球面性検定では $p < .01$ で, 主成分分析を行う妥当性が確認できた。

第1主成分を構成する主要なカテゴリーは【むずかしい】【やりがいがある】であり, 【やりがいを感じていない】のカテゴリーは中程度関与していた。第1主成分は看護のむずかしさとやりがいに関する事柄であると考えられる。第2主成分を構成する主要なカテゴリーは【余裕がない】のカテゴリーであり, 【よりよいケアをしたい】【不安】のカテゴリーは中程度関与していた。第2主成分は自身の未熟さと看護への課題に関する事柄と考えられる。第3主成分を構成する主要なカテゴリーは【ストレス】【緊張】で

表9 意識障害のある患者の観察や看護に対する思いの主成分負荷量

	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分
むずかしい	.638	.189	.157	.363	.116
やりがいがある	.636	.381	.158	.064	-.131
やりがいを感じていない	.377	.222	.108	.042	-.264
余裕がない	-.470	.645	-.163	.215	.024
よりよいケアをしたい	-.225	.559	-.346	-.321	.393
不安	-.085	-.409	-.148	-.165	-.023
ストレス	-.264	.061	.726	-.107	-.004
緊張	-.420	.261	.661	.012	.010
公平にケアをしたい	-.292	.205	-.293	.529	-.497
喜び・楽しさ	.365	.383	-.080	-.506	.007
ジレンマ	.086	-.083	.025	.494	.730
寄与率	15.48%	12.66%	11.68%	10.05%	9.42%

あり、第3主成分は緊張感に関する事柄と考えられる。第4主成分を構成するカテゴリーは【公平にケアをしたい】【喜び・楽しさ】であり、中程度関与していた。第4主成分は看護師の倫理観と看護の喜びに関する事柄と考えられる。第5主成分の主要なカテゴリーは【ジレンマ】であり、第5主成分はジレンマに関する事柄であると考えられる。

IV. 考 察

1. 意識障害がある患者の観察時の着眼点と観察時に留意している事柄

意識障害のある患者を観察するとき、看護師は病気の発症や入院の経過日数に留意し、入院時より患者を理解し、アセスメントを行うためにさまざまな事柄を観察していた。看護師は観察時の着眼点として患者の【動作・反応】や【表情】【意識レベル】【神経学的徴候】【バイタルサイン】をあげ、患者の反応や状態変化が変化していくこと、その変化を比較することを念頭に観察していること、観察時の留意点として発症、入院からの時期に応じて家族とかわかることをあげていた。これは、疾患の急性期は病状の変化が大きいため、異常の早期発見に努めるなど診療の補助に看護の主眼がおかれる一方で、病態が安定すると患者の状態改善を促すために【患者に対する情動的な働きかけ】や日常生活の援助方法などを工夫することに看護の方向は変化し、患者の自身やその生活背景をより理解するために観察することを裏づけるものと考えられる。これらの結果は、一般病棟と療養病棟看護師を対象とした原口・川村(2006)の調査と同様の結果であり、看護師は患者の病態の違いに着目し、意識的に観察の着眼点や看護の方向性を変化させていると考えられる。

意識障害のある患者の観察で留意している事柄として、看護師の働きかけに対する患者の状態変化に関する事柄、

患者との意思疎通の状態に合わせた安全への配慮に関する事柄があげられた。意識障害のある患者では【患者との意思疎通】が困難であるため、【患者の精神状態への配慮】を行い、看護師の思い込みや独断にならないよう【冷静な対応】や患者の【安全への配慮】を行うこと、看護師は意識障害のある患者の観察を行う際には患者の変化を察知するために、目の前の状況を考えたり、見極めたり、スタッフ間のコミュニケーションを意図的に行う必要があることが示唆された。

2. 意識障害のある患者を観察し看護記録に記録している事柄

看護記録は看護師の思考と行為を示すものであり、看護実践の内容および方法とその結果が記載されている。本調査の対象者も、意識障害のある患者の観察時の着眼点、意識障害のある患者の観察で留意している事柄、意識障害のある患者を観察し看護記録に記録している事柄の質問に共通して患者の状態変化に関する内容を返答しており、看護師は自身が観察した客観的事実を看護記録に記載するという看護師の行動を裏づけるものと考えられる。

また、調査者が行った先行研究(Tsuchiya, et al., 2013)では看護記録への患者の表情に関する記載はほとんどなかったが、本調査の結果から看護師は患者の眼や口など顔の動きに着目し、表情についても観察していることが明らかとなった。人の表情は目を中心に変化をすると報告されている(Ekman & Friesen, 1975/1987; Richmond & McCroskey, 2003/2006)が、本調査の対象者は患者の病状の変化をアセスメントするために意識評価スケールにある開眼したか否かを中心に観察する傾向にあった。視線の注視や顔の構成要素の動きについては、観察時の着眼点にはあげられていなかった。そのため、表情の観察に自信のないこと、自身の観察力に対する不安な思いも一因となり、

微細な表情の変化を記録することへのためらいがあると考えられる。

本調査の対象者はチームのかかわり、思考に関する事柄を看護記録に記載しており、患者に対して医療チームでかわることを意識していると考えられる。そのため、微細な表情の変化を適切にアセスメントできるような表情認知に関する教育プログラムや看護記録は医療チーム間の情報共有、伝達手段となるために、看護記録へ記載する内容や項目などの基準を明確化する必要があると考えられる。

3. 意識障害のある患者の観察や看護に対する思い

本研究では、【回復への希望】を捨てずに意識障害のある【患者への情動的な働きかけ】を行ったことが【患者の病状変化】や患者、家族の喜びにつながったとき、意識障害のある患者の観察や看護に【喜び・楽しさ】を感じていた。一方で、【むずかしい】【不安】【緊張】【ストレス】というネガティブな感情を抱き、過度な緊張や看護師自身の生活への余裕のなさは、【やりがいを感じていない】、看護師のモチベーションの低下につながっていた。脳神経疾患領域の看護について浪下（2003）は、他覚的にその障害状況を正確につかむことがむずかしく、正確にアセスメントするには病態などの知識と判断能力が要求される。さらに、患者の些細な変化を見逃さない感性が必要だと述べている。意識障害のある患者は自らの状態を表現することが困難であり、意識障害のある患者とのかかわりには看護師の高度な観察力が求められる。しかし、今回のインタビュー対象者は意識障害のある患者の観察に対して【むずかしい】、自身の観察力への【不安】な思いを抱いていた。この自分の観察、判断に自信がもてない不安は脳神経疾患病棟に勤務する看護師を対象に予期せぬ急変に遭遇したときの思いを調査した小林・伊藤・柳澤・永井（2008）の調査と同様の結果となった。

重症な障害により意識や反応が乏しい重症心身障害児（者）を看護する看護師を対象とした看護師の仕事継続へのモチベーションに関する下野・遠藤（2009）の調査から、仕事へのモチベーションに影響を与える因子として「非言語的コミュニケーションが主である」「患者の反応が乏しい」「患者の病態変化が少ない」があげられた。これらは脳神経疾患領域と類似した環境であると考えられる。また田中・山崎（2003）は、ストレッサーはいわば看護という仕事の特異性に直接関連したものであり、ケアに携わる以上、常につきまとう問題で、決してなくなることはないと述べている。本調査でも看護師の【喜び・楽しさ】の感情は【やりがいを感じていない】と負の相関関係にあるため、看護師は仕事へのモチベーションを保つための方法をいくつかもつこと、モチベーションの維持・向上をはか

るためにも意識障害のある患者のよりよい対象把握、観察や看護に【喜び・楽しさ】を得られるよう看護師の観察力を向上させることが必要であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

グループインタビューの短所として、グループダイナミクスによってグループ思想が強くなり、個人の表現が抑えられるという集団文化が助長される可能性（Polit & Beck, 2004/2010）があげられる。本調査の対象者には看護師経験年数や脳神経疾患領域での看護経験年数はさまざまであったため、経験年数の浅い対象者は経験年数の長い対象者の意見に引きずられ発言した可能性も考えられる。今後は、看護師経験年数の差による意識障害のある患者の観察の違いを検討していく必要があると考える。

結 語

意識障害により自発的発語がない患者の看護を行っている看護師を対象に観察時の着眼点や留意点を調査し、以下の点が明らかとなった。

1. 意識障害のある患者の観察時の着眼点として【身体の部分】【バイタルサイン】【日々の状態比較】【患者の認識力・意思表出】【動作・反応】のカテゴリーがあげられ、看護師は患者の変化を察知するために意図的に自身の行動を配慮していた。
2. 意識障害のある患者は自らの意思を訴えることが困難であるため、意識障害のある患者観察時には、看護師の独断にならないようスタッフ間や家族で気づきを情報共有し観察していた。
3. 看護師は意識障害のある患者の観察や看護に対して【むずかしい】や【不安】を感じ、チームでかわることを意識しながら看護を実践していることから、看護師の観察力を向上させるために微細な表情の変化を適切にアセスメントできるような表情認知に関する教育プログラムが必要である。また、看護記録は医療チーム間の情報共有、伝達手段となるために、看護記録へ記載する内容や項目などの基準を明確化する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さま、病院関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。また、本研究は平成25年度弘前大学大学院保健学研究科博士前期課程大学院研究費支援事業の助成を受け実施した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収

集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

意識障害のある患者に対する看護師の観察の実態を明らかにすることを目的に、22名の看護師のグループインタビューの結果の言語分析および主成分分析を行った。観察時の着眼点は【身体の部分】【バイタルサイン】【日々の状態比較】【患者の認識力・意思表出】【動作・反応】【意識レベル】【表情】【苦痛】【四肢の動き】【皮膚の状態】【口の動き・発語】【眼の動き】【精神状態】【神経学的徴候】【症状・病態】【生活環境】の16カテゴリーが得られた。カテゴリーを主成分分析した結果5因子が抽出され、第1主成分は身体と精神の動きに関する事柄と考えられた。看護師は身体や精神の状態について普段の状態と比較しながら観察していることが明らかとなった。

Abstract

The objective of this study was to investigate clinical nurses' viewpoint of patients with consciousness disturbance. Semi-structured interviews were conducted with 22 nurses caring for patients who have lost spontaneous speech due to consciousness disturbance. Interview contents were analyzed using text mining software. Nurses' clinical viewpoints were then divided into the following 16 categories: [parts of the body]; [vital signs]; [comparison to usual condition]; [understanding the patient's intended meaning]; [action, reaction]; [level of consciousness]; [expression]; [pain]; [limb movement]; [skin condition]; [mouth movement, speech]; [eye movement]; [mentality]; [neurological signs]; [symptoms and pathology]; and [living environment]. Principal component analysis was performed to elucidate relationships between the categories. Five factors were extracted, and the first principal component was termed "movement involved both the body and mind". In order to find anomalies, nurses observed the deviation from a patient's usual mental and physical state.

文 献

- Cheung, R.T., Lyden, P.D., Tsoi, T.H., Huang, Y., Liu, M., Hon, S.F., Raman, R., and Liu, L. (2010). Production and validation of Putonghua- and Cantonese-Chinese language National Institutes of Health Stroke Scale training and certification videos. *Int J Stroke*, 5(2), 74-79.
- Dewey, H.M., Donnan, G.A., Freeman, E.J., Macdonell, R.A., McNeil, J.J., Sharples, C.M., and Thrift, A.G. (1999). Interrater reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale: Rating by neurologists and nurses in a community-based stroke incidence study. *Cerebrovasc Dis*, 9(6), 323-327.
- Ekman, P. and Friesen, W.V. (1975/1987) / 工藤 力 (訳). 表情分析入門—表情に隠された意味をさぐる—. 48-160, 東京: 誠信書房.
- 原口道子, 川村佐和子 (2006). 患者の病態の違いによる看護判断の特徴: 慢性モデルと急性期モデルの比較. *日本保健科学学会誌*, 9(2), 120-128.
- Juarez, V.J. and Lyons, M. (1995). Interrater reliability of the Glasgow Coma Scale. *J Neurosci Nurs*, 27(5), 283-286.
- 小林明美, 伊藤直子, 柳澤知枝, 永井美香 (2008). 急変場面におきえる看護師の思い—脳神経疾患病棟看護師に視点を置いて—. *長野赤十字病院医誌*, 22, 67-71.
- 桑田恵子 (1998). フォーカスチャータリング活用のために知っておきたいポイント. *ナーシングレコード*, 7(4), 6-12.
- 浪下和子 (2003). 脳神経外科病棟で勤務する看護師の責務. *BRAIN NURSING*, 19, 1.
- Okubo, N., Hishinuma, M., Noujyo, T., and Shiro, M. (2002). Analysis of clinical nurses' observations of patients with protracted consciousness disturbance-basis for determining improvement of their consciousness level. *Soc Treat COMA*, 11, 27-32.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004/2010) / 近藤潤子 (監訳). 看護研究: 原理と方法 (第2版). 東京: 医学書院.
- Richmond, V.P. and McCroskey, J.C. (2003/2006) / 山下耕二 (訳). 非言語行動の心理学—対人関係とコミュニケーションの理解のために—. 90-93, 京都: 北大路書房.
- 下野純平, 遠藤芳子 (2009). 重症心身障害児 (者) をケアする看護師の仕事継続へのモチベーションに関する研究. *北日本看護学会誌*, 12(1), 33-43.
- 田中幸子, 山崎喜比古 (2003). 看護職のストレスマネージメント—ストレスサ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.
- Tschiya, R., Mikami, K., Aizu, K., and Nishizawa, Y. (2013). Patients with disturbances in consciousness as observed by clinical nurses: Analysis of nursing records. *Open Journal of Nursing*, 3(7), 467-471.
- 渡部富栄 (2011). 対人コミュニケーション入門—看護のパワーアップにつながる理論と技術—. 7-9, 横浜: ライフサポート社.
- Waterhouse, C. (2005). The Glasgow Coma Scale and other neurological observation. *Nurs Stand*, 19(33), 56-64.

[平成26年12月22日受 付]
[平成28年11月18日採用決定]

女性家族介護者の首肩背中のこりと痛み（肩こり）に 関連する生活習慣と介護状況

Lifestyle and Care Conditions Associated with Upper Body Stiffness/Pain (“Katakori”)
among Japanese Female Family Caregivers

鈴木 岸子¹⁾ 玉腰 浩司²⁾ 榊原 久孝²⁾
Kishiko Suzuki Koji Tamakoshi Hisataka Sakakibara

キーワード：介護状況，生活習慣，日常生活活動，家族介護者，肩こり

Key Words：care situation, lifestyle, daily activity, family caregivers, shoulder neck pain and/or stiffness

I. 研究背景

平成25年の国民生活基礎調査（厚生労働省，2013）によれば，国民の有訴率の上位は，男女ともに腰痛，肩こりなどの筋骨格系症状が占めている。とくに女性の場合は，平成10年の国民生活基礎調査（厚生省，1998）以来，第1位に肩こりが上がっていて変わっていない。肩こりの原因については，主に過労，運動不足などの基礎疾患に起因しない原発性と，頸椎や肩関節などの整形外科疾患や眼精疲労などの症候性の2つに分類される（森，2015，p.64）。また，心理社会的ストレスとの関連（竹内・中尾・野村・錦谷・矢野，2007，p.104），デスクワーク（高桑，2002，p.75），介護や看護との関連（Okuda, et al., 2004，p.11；篠崎・大沢・堤・小林・高岸，2007，p.410）が指摘されているが，肩こりの定義は十分に定まっておらず，病態も十分に明らかにされていない現状がある（飯塚・高岸，2006，p.550；沓脱・黒岩，2010，p.61）。

自宅で介護している人の筋骨格系症状の調査では，介護している群は非介護者群に比して，有意に腕や肩の凝りや痛み，腰痛を訴える割合が高いこと，血圧が高い割合やストレスを訴える割合が高い（鈴木ら，2012，p.17）との報告があるほか，介護者の介護に対する負担感や抑うつ症状からくるメンタルヘルスの低下等に関連があることが報告されている（Tong, et al., 2003）。

さらに，看護職，介護職を対象にした調査（矢吹，2007）では，作業による肩関節他動運動や労働によるストレスが，肩こりを誘発し看護や介護に活動制限をもたらしているとも報告されている。自宅で介護する介護者には女性が多く（内閣府，2014），肩こり，腰痛等の筋骨格系にかかわる健康問題は，介護の制限や介護者自身の生活の質

の低下にもつながる可能性があるきわめて重要な健康課題と考える。

そこで，在宅で介護をしている女性家族介護者の「肩こり」が，日常生活活動にどのような影響を与えているかを明らかにすることと，「肩こり」に影響を与えている介護者の生活習慣と介護状況要因を明らかにすることを目的に本研究を行った。

II. 研究方法

1. 研究対象者

本研究の対象者は，在宅で介護保険制度の認定の要支援1から要介護5（厚生労働省，2012）を受けている家族を介護している女性家族介護者156人とした。

2. 調査方法

研究対象地域にある地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所の管理者を訪問し，本研究に関して協力を求めた。その後，協力が得られた各施設の介護支援専門員から，家族介護者に対して研究依頼文と説明文を渡してもらい，同意書の提出が得られた介護者に質問紙を配布した。なお，質問紙の配布に際しては，本研究への参加は自由意思に基づくものであり，参加しないことによる不利益はないことを含めた「対象者が協力を拒否することの権利を守るための措置」および「データ収集方法や処理等におけるプライバシー保護のための措置」について書面を用いて十分説明をし，同意を得た。除外基準は，①現在施設に入所または入院中の被介護者を介護している者，②介護保険制度の認定を受けていない被介護者を介護している者，③質問紙の記入が困難な者，とした。

1) 朝日大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Asahi University

2) 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine

その結果、居宅介護支援事業所9か所、地域包括支援センター2か所から研究協力の承諾を得て、質問紙211枚を配布した。そのうち193名から回答が得られたなかで（回収率91.5%）、解析可能な156名（有効回答率73.9%）を対象に解析を行った。

3. 本研究で用いた調査項目とその定義

本研究における肩こりの操作的定義は、高岸ら（2008）の整形外科医を対象とした調査で最も支持された定義として「頸より肩甲部にかけての筋緊張感（こり感）、重圧感、および鈍痛などの総称」との報告を参考に、「首肩背中のこりと痛み」とした。

はじめに、女性家族介護者の「首肩背中のこりと痛み」に関連する心身の特徴を明らかにするために、基本的属性のほか、以下に示す身体項目と健康状態および日常生活活動と介護状況について尋ねた。

身体項目としては、対象から収集した身長、体重、身長と体重から計算したBMI（body mass index）を用いた。また、健康状態としては、主な疾患の有無、平均睡眠時間、職業、首肩背中のこりと痛み症状の有無、日常生活活動等を質問した。

自覚症状である「首肩背中のこりと痛み」有無の分類は、以下のようにした。「首肩背中のこりと痛みはありますか」という質問に対して、「全くない」「たまにある」「ときどきある」を選択したものを「無」とし、「ほとんどいつもある」「いつもある」を選択した者を「有」で分類した。

日常生活活動は福井・松永・町田（2001）の疼痛生活障害評価尺度を参考に、以下の16項目で確認した。主に室内での活動として「掃除機をかけるなど家の中の雑用をする」「腰を曲げて床の上のものを拾う」「腰を曲げたり、伸ばしたりする」「料理をつくる、食器洗いをする」「手を伸ばして棚から重たいものをとる」「じっと立っている」「体を洗ったり、ふいたりする」「洗髪をする」「便座に座わる、便座から立ち上がる」「ベッドに入る、ベッドから起き上がる」の10項目、主に戸外での活動として「買い物に行く」「階段を上る、下がる」「バスや電車に乗る」「重いものを運ぶ」「平らな地面の上を歩く」「車のドアを開けたり閉めたりする」の6項目を質問した。各活動について、「苦痛はない」「少し苦痛」「かなり苦痛」「苦痛が強くてできない」の4つの分類で回答を得た。

介護状況に関する調査項目については、被介護者の性別、年齢、続柄、疾患、要介護度、介護期間、1日の介護時間、夜間介護の有無で確認した。

4. 統計解析方法

次に、2つの症状有群と無群の間で、身体特性要因と生

活習慣を比較した。その際に用いた検定方法は、カテゴリデータは χ^2 検定、連続データはt検定を用いた。さらに、首肩背中のこりと痛み有無を従属変数、生活習慣や介護状況を独立変数としたロジスティック回帰分析を行い、各関連要因と首肩背中のこりと痛みとの関連を表すオッズ比と95%信頼区間を推定した。その後、年齢、閉経、BMI、ストレスと運動の5因子で調整したオッズ比と、これらに高血圧症と睡眠を加えて調整したオッズ比と95%信頼区間を推定した。

なお、有意水準は5%、境界有意の水準10%未満とした。解析には“SPSS 22.0J for Windows”を使用した。

5. 倫理的配慮

本研究は名古屋大学大学院生命倫理委員会の承認（承認番号13-168）を得たのち実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 女性家族介護者の概要と被介護者の概要

はじめに、表1に示す被介護者を介護している介護者の概要を示した。女性家族介護者の平均年齢と標準偏差は、 65.4 ± 10.4 歳であった。身長・体重・BMIの平均値と標準偏差は、それぞれ 153.5 ± 5.8 cm, 50.9 ± 11.0 kg, 21.6 ± 4.2 kg/m²であった。また、閉経の有無では、「閉経有」が138人（88.5%）、「閉経無」が18人（11.5%）であった。平均睡眠時間と標準偏差は 6.0 ± 1.5 時間、就業状況については、会社員等常勤勤務者が18人（11.5%）、主婦業等で自宅にいる人が110人（70.5%）と、終日自宅にいる介護者が全体の7割に上った。

介護者の主な既往および現疾患の傾向（複数回答）は、下肢の骨折・変形性関節症が32人（20.3%）、骨粗鬆症が23人（14.7%）、脊椎圧迫骨折・脊柱変形が16人（10.3%）など、筋骨格系に関連した疾患が約5割を占め、次いで、高血圧症が52人（33.3%）であった。

介護状況では、介護期間をみると、3年未満の介護者は51人（32.7%）と3割強を占め、3年以上介護している人が105人（67.3%）と全体の7割弱であった。そのうち、10年以上介護している人は19人（12.2%）であった。1日の介護時間は、必要なときに手を貸す程度が75人（48.1%）と最も多かったが、ほとんど終日介護している人が30人（19.2%）と半日程度27人（17.3%）を合わせると、約4割弱の介護者が長い時間介護に携わっていた。また、夜間介護がある介護者は、52人（33.3%）みられた。被介護者との同居の有無では、「同居有」が141人（90.4%）と9割を超す介護者が同居していた。

次に、被介護者の概要については、被介護者の平均年齢と

表1 女性家族介護者の概要および被介護者の概要

		平均値 ± 標準偏差あるいはn (%)		
女性家族介護者自身	年齢 (歳)	65.4 ± 10.4		
	身長 (cm)	153.5 ± 5.8		
	体重 (kg)	50.9 ± 11.0		
	BMI (kg/m ²)	21.6 ± 4.2		
	閉経	有	138 (88.5%)	
		無	18 (11.5%)	
	平均睡眠時間 (h)	6.0 ± 1.5		
	職業	会社員等常勤	18 (11.5%)	
		パート・アルバイト	28 (18.0%)	
		主婦および無職	110 (70.5%)	
	健康状態	主な病名 (複数回答)	高血圧症	52 (33.3%)
			下肢の骨折および変形性関節症など	32 (20.3%)
			骨粗鬆症	23 (14.7%)
			脊椎圧迫骨折および各種脊柱変形	16 (10.3%)
			循環器系疾患	13 (8.3%)
			うつ症状	11 (7.1%)
			その他	26 (16.7%)
		首肩背中のこりと痛み	全くない	23 (14.7%)
			たまにある	41 (26.3%)
			ときどきある	31 (19.9%)
介護状況	介護期間	3年未満	51 (32.7%)	
		3年以上5年未満	42 (26.9%)	
		5年以上10年未満	44 (28.2%)	
		10年以上	19 (12.2%)	
	1日の介護時間	ほとんど終日	30 (19.2%)	
		半日程度	27 (17.3%)	
		2～3時間程度	22 (14.1%)	
		必要なときに手を貸す程度	75 (48.1%)	
		その他	2 (1.3%)	
		同居の有無	有	141 (90.4%)
	無	15 (9.6%)		
続柄	自分の親	56 (35.9%)		
	配偶者の親	25 (16.0%)		
	配偶者	70 (44.9%)		
	子	2 (1.3%)		
	兄弟姉妹	3 (1.9%)		
被介護者	平均年齢 (歳)	82.4 ± 8.2		
	平均身長 (cm)	154.6 ± 10.7		
	平均体重 (kg)	51.8 ± 10.5		
	BMI (kg/m ²)	21.6 ± 3.7		
	性別	男性	84 (53.8%)	
		女性	72 (46.2%)	
	介護区分	軽度要介護者 (要支援1～要介護2)	97 (62.2%)	
		重度要介護者 (要介護3～5)	59 (37.8%)	
	主な病名 (複数回答)	脳血管疾患 (脳梗塞, 脳出血など)	56 (23.4%)	
		認知症	64 (26.8%)	
筋骨格系疾患 (骨折・関節症, リウマチ等)		34 (14.2%)		
パーキンソン病		11 (4.6%)		
その他の疾患		74 (30.9%)		

標準偏差は82.4±8.2歳で、性別は男性84人（53.8%）、女性72人（46.2%）であった。身長・体重・BMIの平均値と標準偏差は、それぞれ154.6±10.7 cm, 51.8±10.5 kg, 21.6±3.7 kg/m²。介護区分については、軽度要介護者（要支援1～要介護2）は97人（62.2%）、重度要介護者（要介護3～5）は59人（37.8%）であった。主な病名（複数回答）で一番多かったのは、認知症64人（26.8%）で3割近くを占めていた。次いで、脳梗塞、脳出血等の脳血管疾患を有する者が56人（23.4%）、骨折や関節リウマチ等の筋骨格系疾患が34人（14.2%）であった。

2. 女性家族介護者の日常生活活動と「首肩背中のこりと痛み」との関連

表2に、女性家族介護者の日常生活における制限の程度と「首肩背中のこりと痛み」の程度との関連を示した。「かなり苦痛」あるいは「苦痛が強くてできない」と回答した者の割合は、「重いものを運ぶ」が26.3%と多く、次いで「階段を上がる、下がる」が14.1%、「手を伸ばして棚から重いものをとる」が11.6%、「掃除機をかけるなど家の中の雑用をする」が10.9%であった。16項目の活動のうち13項目が、首肩背中のこりと痛みの程度との間に有意な正の関連がみられた。とくに、室内での活動項目の「ベッド（床）に入る、ベッド（床）から起き上がる」（相関係数 $r = .42$ ）、「腰を曲げたり、伸ばしたりする」（ $r = .40$ ）、「掃除機をかけるなど家の中の雑用をする」（ $r = .39$ ）、「手を伸ばして棚から重いもの（砂糖袋など）をとる」（ $r = .38$ ）、や、戸

外での活動項目の「階段を上がる、下がる」（ $r = .36$ ）、「重いものを運ぶ」（ $r = .32$ ）が有意に関連していた。

3. 女性家族介護者の「首肩背中のこりと痛み」有無と基本属性、生活習慣、介護状況の関連

表3に、首肩背中のこりと痛み有無による対象の基本属性と生活習慣との比較を示した。年齢、身長、閉経者の割合、有職者の割合、高血圧症の割合に関して、いずれも両群の間に有意な差は認められなかった。しかし、体重とBMIについては、症状有群のほうが無群に比して有意に高い傾向がみられ、体重はそれぞれ53.9±8.9 kgと48.9±11.8 kg、BMIはそれぞれ22.7±3.2 kg/m²と20.8±4.6 kg/m²であった。また、生活習慣では、1日3回規則正しく食事をしていない者の割合や運動習慣がない者の割合が、症状有群のほうが無群に比して有意に高かった（ともに $p = .04$ ）。ストレスを感じている者の割合は、症状有群では90.2%と高い割合を示し、症状無群に比して有意な差があった（ $p < .01$ ）。

表4に、介護状況と首肩背中のこりと痛みとの関連を表すオッズ比を示した。介護状況については、多変量調整後も有意な正の関連を示したのは夜間介護【オッズ比（95%信頼区間）：3.42（1.56-7.53）】と、終日介護【2.50（1.00-6.24）】であった。認知症をもつ被介護者を介護している者、重度要介護者を介護している者、介護期間が10年以上の者も首肩背中のこりと痛みを訴えている者の割合は高かったが、統計学的には有意な差はみられなかった。

表2 女性家族介護者の日常生活活動と首肩背中のこりと痛みとの関連

	苦痛はない n (%)	少し苦痛 n (%)	かなり苦痛 n (%)	苦痛が強くて できない n (%)	スピアマン相関係数 (首肩背中のこりと 痛み)	
主に室内での活動	1. 腰を曲げたり、伸ばしたりする	85 (54.5%)	57 (36.5%)	11 (7.1%)	3 (1.9%)	.40**
	2. 腰を曲げて床の上のものを拾う	97 (62.2%)	46 (29.5%)	7 (4.5%)	6 (3.8%)	.30**
	3. 掃除機をかけるなど家の中の雑用をする	87 (55.8%)	52 (33.3%)	12 (7.7%)	5 (3.2%)	.39**
	4. 料理をつくる、食器洗いをする	111 (71.2%)	36 (23.1%)	7 (4.5%)	2 (1.3%)	.23**
	5. 手を伸ばして棚から重いもの（砂糖袋など）をとる	98 (62.6%)	40 (25.6%)	14 (9.0%)	4 (2.6%)	.38**
	6. ベッド（床）に入る、ベッド（床）から起き上がる	128 (82.1%)	24 (15.4%)	4 (2.6%)	0 (0%)	.42**
	7. 体を洗ったり、ふいたりする	132 (84.6%)	19 (12.2%)	5 (3.2%)	0 (0%)	.29**
	8. 洗髪をする	138 (88.5%)	12 (7.7%)	5 (3.2%)	1 (0.6%)	.25**
	9. 便座に座る、便座から立ち上がる	140 (89.7%)	15 (9.6%)	1 (0.6%)	0 (0%)	.12
主に戸外での活動	10. 重いものを運ぶ	62 (39.7%)	53 (34.0%)	27 (17.3%)	14 (9.0%)	.32**
	11. 買い物に行く	119 (76.3%)	28 (17.9%)	8 (5.1%)	1 (0.6%)	.24**
	12. 階段を上がる、下がる	95 (60.9%)	39 (25.0%)	21 (13.5%)	1 (0.6%)	.36**
	13. じっと立ってる	113 (72.4%)	34 (21.8%)	9 (5.8%)	0 (0%)	.19*
	14. バスや電車に乗る	130 (83.3%)	17 (10.9%)	3 (1.9%)	6 (3.8%)	.21**
	15. 平らな地面の上を歩く	136 (87.2%)	16 (10.3%)	4 (2.6%)	0 (0%)	.05
	16. 車のドアを開けたり閉めたりする	149 (95.5%)	5 (3.2%)	2 (1.3%)	0 (0%)	.08

[注] * : $p < .05$, ** : $p < .01$

表3 女性家族介護者の基本属性、生活習慣と首肩背中のこりと痛み有無との比較

		「首肩背中のこりと痛み」有群 (n = 61) 平均値 ± 標準偏差あるいは n (%)	「首肩背中のこりと痛み」無群 (n = 95) 平均値 ± 標準偏差あるいは n (%)	p 値
基本属性と身体指標	年齢 (歳)	64.1 ± 11.8	66.2 ± 9.4	.23
	身長 (cm)	153.8 ± 6.0	153.4 ± 5.6	.68
	体重 (kg)	53.9 ± 8.9	48.9 ± 11.8	< .01**
	BMI (kg/m ²)	22.7 ± 3.2	20.8 ± 4.6	< .01**
	閉経	有 51 (83.6%) 無 10 (16.4%)	87 (91.6%) 8 (8.4%)	.13
	高血圧症	有 24 (39.3%) 無 37 (60.7%)	28 (29.5%) 67 (70.5%)	.20
	職業	有 21 (34.4%) 無 40 (65.6%)	26 (27.4%) 69 (72.6%)	.35
生活習慣	平均睡眠時間 (h)	5.9 ± 1.9	6.1 ± 1.1	.30
	1日3回規則正しく食事をする	している 52 (85.2%) していない 9 (14.8%)	90 (94.7%) 5 (5.3%)	.04*
	運動習慣 (1回30分以上、週3回程度の運動)	有 15 (24.6%) 無 46 (75.4%)	39 (41.1%) 56 (58.9%)	.04*
	飲酒	有 16 (26.2%) 無 45 (73.8%)	20 (21.1%) 75 (78.9%)	.45
	喫煙	有 2 (3.3%) 無 59 (96.7%)	1 (1.1%) 94 (98.9%)	.32
	ストレス (この2か月にストレスを感じたか)	有 55 (90.2%) 無 6 (9.8%)	67 (70.5%) 28 (29.5%)	< .01**

[注] * : $p < .05$, ** : $p < .01$
 年齢・身長・体重・BMI睡眠時間はt検定にて解析、それ以外は χ^2 検定にて解析 (ただし、喫煙に関してはフィッシャーの直接法を使用)

表4 女性家族介護者の首肩背中のこりと痛みに関連する要因についてロジスティック回帰分析

介護状況	対象者 (n)	首肩背中のこりと痛みをもつ者の割合 (%)	粗OR (95% CI)	年齢, BMI, 閉経, ストレス, 運動で調整したOR (95% CI)	年齢, BMI, 閉経, ストレス, 運動, 高血圧, 睡眠で調整したOR (95% CI)
被介護者性別	男性	84	32/ 84 (38.1%)	1.00	1.00
	女性	72	29/ 72 (40.3%)	1.10 (0.58 - 2.09)	0.82 (0.34 - 2.00)
認知症疾患	無	92	33/ 92 (35.9%)	1.00	1.00
	有	64	28/ 64 (43.8%)	1.39 (0.72 - 2.67)	1.31 (0.63 - 2.71)
介護区分 (軽度要介護者: 要支援1~要介護2, 重度要介護者: 要介護3~6)	軽度要介護者	97	36/ 97 (37.1%)	1.00	1.00
	重度要介護者	59	25/ 59 (42.4%)	1.25 (0.64 - 2.41)	0.89 (0.42 - 1.87)
介護期間	3年未満	51	18/ 51 (35.3%)	1.00	1.00
	3年以上5年未満	42	14/ 42 (33.3%)	0.92 (0.39 - 2.17)	0.71 (0.27 - 1.86)
	5年以上10年未満	44	19/ 44 (43.2%)	1.39 (0.61 - 3.19)	0.88 (0.35 - 2.18)
	10年以上	19	10/ 19 (43.2%)	2.04 (0.70 - 5.93)	1.82 (0.55 - 5.98)
	(傾向性の検定)			$p = .16$	$p = .51$
介護時間 (終日介護)	無	126	45/126 (35.7%)	1.00	1.00
	有	30	16/ 30 (53.3%)	2.06 (0.92 - 4.60) [†]	2.11 (0.88 - 5.07) [†]
夜間介護	無	104	30/104 (28.8%)	1.00	1.00
	有	52	31/ 52 (59.6%)	3.64 (1.81 - 7.32)***	3.29 (1.51 - 7.17)**
同居の有無	無	15	7/ 15 (46.7%)	1.00	1.00
	有	141	54/141 (38.3%)	0.71 (0.24 - 2.07)	1.10 (0.33 - 3.63)

[注] [†] : $.05 \leq p < .1$, * : $p < .05$, ** : $p < .01$
 OR : オッズ比 (odds ratio), CI : 信頼区間 (confidence interval)

IV. 考 察

本研究において、女性家族介護者の8割強は首肩背中のこりと痛みを感じており、そのうち4割は常時こりと痛みを感じていた。先行文献では介護者の52.4%から75.0%は、首肩背中のこりと痛みを抱えていることが明らかにされている（浅川・高崎, 1999, p.29; 鈴木ら, 2012, p.17）。

そのうえで、「首肩背中のこりと痛み」が介護者の日常生活活動にどのような影響を与えているかを、16の活動について調べたところ、首肩背中のこりと痛みでは13の活動が、その活動の制限されている程度と、症状の程度との間に有意な正の関連がみられた。内容を見ると、腰を曲げたり伸ばしたり、物を拾ったりする動作、手を伸ばして棚から物をとる動作、それらの動作を伴う料理や掃除等の家事労働全般と関連していた。戸外活動では、買い物に行く、重いものを運ぶ、階段昇降、公共機関の活用、じっと立っていることとも関連を示していた。

首肩背中のこりと痛みと日常生活活動に関する先行文献はなかったが、看護、介護職を対象にした調査では、肩こりが看護や介護活動に制限をもたらししている可能性が報告されている（矢吹, 2007, p.417）。本研究によって、女性家族介護者においても「首肩背中のこりと痛み」が日常生活活動に制限を与えていることが明らかになった。

また、首肩背中のこりと痛みに影響を与えている生活習慣では、BMI値が高いこと、規則正しい食事の摂取をしていないこと、運動習慣のなさ、ストレスの多さが症状と有意に関連していた。これらの結果は、対象は異なっているが（健康診断受診者、介護をしていない人との比較、看護職など）、先行文献の結果と同様であった（Shibosawa, et al., 2002, p.822; 鈴木ら, 2012, p.19; Iizuka, et al., 2012, p.50）。

一般的に、腰痛や首肩背中のこりと痛みの原因の1つに運動不足が上げられているが、介護者の場合日常生活活動量としては十分あると考える。むしろ、作業量や時間の多さが原因の症状であると考えられる。加えて、本調査対象者が男性に比べ筋肉量が少ない女性であることが、首肩背中のこりと痛みに慢性的な影響を与えていること（高桑・三島・熱田, 2001, p.74）や、更年期以降の女性では女性ホルモンの関与（井口, 1994, p.107; 花田・石田・清水・望月, 2014, p.29）も考えられる。

毎食規則正しく食事を摂取していないことと、首肩背中のこりと痛みとの関連を指摘している文献はなかったが、不規則な食事摂取による栄養摂取バランスの乱れが、筋肉の質の低下に影響を与えている可能性が考えられる。そのうえ、介護行為による身体的負荷（仙波, 2011, p.296）が、首肩背中のこりと痛みに影響したと思われる。一方

で、介護をしていない人と介護者の高血圧症を比較した鈴木らの調査（2012）では、首肩背中のこりには高血圧症が関連していたが、介護者の首肩背中のこりと痛み有無と高血圧症の治療有無を比較した本調査においては、有意な差はみられなかった。しかし、首肩背中のこりと痛み有群では24人（39.3%）、無群では28人（29.5%）に高血圧症の治療があった。平成26年の国民健康・栄養調査（厚生労働省, 2014）によると、血圧が高い割合は女性では26.8%だったことから、首肩背中のこりと痛みの有無にかかわらず介護者の高血圧は高い割合で存在すると考えられる。要介護認定疾患に多い脳血管疾患の予防に関しても、介護者は注意を払う必要を感じる。

次に検討した介護状況では、介護期間や介護の重症度を比較して有意な差はみられず、首肩背中のこりと痛みに影響していた項目は、夜間介護を行っていることと、介護時間がほぼ終日の介護であった。夜間介護との関連を調査した先行文献では、夜間介護は介護者の睡眠の質や疲労感につながる（佐藤・菅田・阿南, 2000, p.45; 廣瀬, 2010, p.52）、また、血圧、心拍等の循環器機能への影響要因としてもあげられていた（西村, 1999, p.21; 塚崎・城戸・長沼・表, 2005, p.112）。さらに、夜間を含む長時間介護に関する文献では、精神的負担を訴えるものが多いこと（内田・田中・三宅・宮路, 2001, p.96; Hori, Hoshino & Suzuki, 2011, p.112）や、腰痛に関連する要因の1つであること（Suzuki, Tamakosi & Sakakibara, 2016, p.10）を指摘していた。

本研究では、睡眠の状況や高血圧の有無やストレスの有無を含む、生活習慣要因を調整した後も夜間介護と終日介護には、首肩背中のこりと痛みとの関連がみられたことから、夜間に行う介護と筋骨格症状発症との間に介在する要因に関しては、今後さらなる検討が必要と考えられる。

以上のことより、女性家族介護者の筋骨格系症状は単なる一時的な症状軽減の治療に留まらず、介護者の生活習慣や心身の状況、介護環境などを考慮した対策が望まれる。生活習慣面では、高齢期における不規則な食生活による栄養不足は、運動器障害の発症にも関連するため（吉田ら, 2012, p.446; 葛谷, 2014, p.128）、栄養指導も同時に行えるような保健指導の必要性がある。同時に、高血圧等の脳血管疾患の予防のための栄養指導を含めた生活習慣病対策が望まれる。また、今後、女性家族介護者の健康状態を維持・予防していくための介護者へのメンタルヘルス介入は、首肩背中のこりと痛み等の筋骨格症状の軽減のために重要な課題であると考えられる（水谷ら, 2012, p.176; Riecke, Holzapfel, Rief & Glombiewski, 2013, p.8）。

V. 本研究の限界

本研究は横断研究であるため、女性家族介護者の筋骨格系症状に関連する要因に関して、因果関係を明らかにすることはできない。また、本研究は女性家族介護者のみを対象に行っており、筋力の強い男性介護者について本研究結果が当てはまるかは定かではない。

したがって、今後は対象者数を増やして同様の調査を行い、因果関係を明らかにすると同時に、性別における首肩背中のこりと痛みに関連する要因の、共通点と相違点を明らかにする必要がある。

VI. 結 論

女性家族介護者において、首肩背中のこりと痛み（肩こり）は介護者自身の日常生活全般に、負の影響を与えていた。首肩背中のこりと痛みには、BMI値が高いこと、不規則な食事摂取習慣、運動習慣のなさ、ストレスの多さの生活習慣が関連するとともに、介護関連要因として夜間介護と終日介護が、年齢、介護者のBMI、ストレス、運動習慣、高血圧、睡眠時間にかかわらず関連していた。女性家族介護者の首肩背中のこりと痛み症状の発症予防や症状軽減のためには、介護状況に即した心理社会的支援や各

種サービスの導入とともに、筋力低下の予防や生活習慣の改善が求められる。これらの介入や対策は、女性家族介護者のQOLの向上や介護予防につながると考える。訪問看護師をはじめとする介護分野の医療従事者は、介護者の生活習慣、健康状態、介護状況にも目を向ける必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました家族介護者の皆さまならびにS市介護事業所連絡協議会居宅介護支援事業所部会の介護支援専門員の皆さまにお礼を申し上げます。本研究は、財団法人名古屋市療養サービス事業団平成26年度公益助成事業からの助成金を賜り実施いたしましたことお礼申し上げます（報告書は以下のURLで閲覧可能：<http://www.nrs.or.jp/wp/wp-content/uploads/2015/08/136c012786324ddb4d6d48cd231a95.pdf>）。また、本研究は名古屋大学大学院博士課程の論文を一部加筆修正して掲載しました。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

目的：女性家族介護者の首肩背中のこりと痛み（肩こり）が日常生活活動に与える影響と、介護者のこり痛みに影響を与えている生活習慣や介護状況の要因を明らかにする。

研究方法：在宅で介護する女性家族介護者156人に、生活習慣、健康状態、介護状況を含む無記名式質問紙調査を行った。

結果：介護者156人中61人（39.1%）が常時首肩背中のこりと痛みを感じ、生活全般に負の影響を与えていた。症状有群は、BMIが高く、運動習慣がなく、不規則な食事、ストレスを感じている者が多かった。介護状況は、生活習慣要因を調整した多変量解析で夜間介護と終日介護が有意な正の関連を示した。

結論：生活習慣を改善し、介護負担を軽減することが首肩背中のこりと痛み症状を予防軽減し、ひいては、介護者の生活の質向上につながる可能性が示唆された。訪問看護師をはじめ介護の専門職は介護者の生活習慣、健康状態、介護状況に目を向ける必要がある。

Abstract

Aims: To clarify how stiffness and pain in the neck, shoulder, or back (“katakori”) of Japanese female family caregivers affects their daily activity and to clarify the lifestyle and care situation factors affecting stiffness and pain in caregivers.

Methods: Japanese female family caregivers ($n=156$) completed a self-administered questionnaire regarding their lifestyle, health status, and care situation.

Results: Sixty-one participants (39.1%) reported that they always experience stiffness and pain in the neck, shoulder, or back. These symptoms had an overall negative effect on their daily activity. Female caregivers with these symptoms had a higher body mass index, perceived more stress, exercised less, and had a meal more irregularly than those who did not experience stiffness and pain. Concerning care situation factors, a multivariate analysis adjusting lifestyle factors demonstrated a significant positive correlation between nighttime care and all-day care.

Conclusion: This study demonstrated the possibility of improving one's lifestyle and reducing the care burden to prevent/reduce stiffness and pain in the neck, shoulders, or back, and by extension, improve the caregiver's quality of life. There is a need for medical workers in the nursing field, so as to direct attention to caregivers' lifestyles, health status, and care situation.

文 献

- 浅川典子, 高崎絹子 (1999). 在宅痴呆性老人の介護者の疲労自覚症状と介護状況との関連. 埼玉県立大学短期大学部紀要, 1, 29-35.
- 福井弥己郎, 松永美佳子, 町田英世 (2001). 疼痛生活障害評価尺度による慢性疼痛の評価. *Pain Clinic*, 22(12), 1724-1726.
- 花田富美子, 石田貞代, 清水かすみ, 望月好子 (2014). 一般更年期女性の不安・抑うつ気分・QOL の状況との関連. 日本健康医学会雑誌, 23(1), 26-30.
- 廣瀬圭子 (2010). 夜間介護が家族介護者の睡眠の質に与える影響. 介護福祉学, 17(1), 46-54.
- Hori, Y., Hoshino, J., and Suzuki, K. (2011). Physical and psychological health problems among Japanese family caregivers. *Nagoya J Med Sci*, 73(3-4), 107-115.
- 井口登美子 (1994). 婦人の肩こり. 臨牀と研究, 71(7), 1796-1800.
- 飯塚 伯, 高岸憲二 (2006). 肩こりの治療をどうするか—運動療法を中心とした文献的考察—. 臨牀と研究, 83(4), 550-554.
- Iizuka, Y., Shinozaki, T., Kobayashi, T., Tsutsumi, S., Osawa, T., Ara, T., Iizuka, H., and Takagishi, K. (2012). Characteristics of neck and shoulder pain (called katakori in Japanese) among members of the nursing staff. *J Orthop Sci*, 17(1), 46-50.
- 沓脱正計, 黒岩 誠 (2010). 日本人が訴える肩こりの特徴について—欧米における neck pain との比較—. こころの健康, 25(2), 61-66.
- 葛谷雅文 (2014). 虚弱 (フレイル) の原因としての低栄養とその対策. *MEDICAL REHABILITATION*, 170, 126-130.
- 厚生省 (1998). 平成10年国民生活基礎調査の概況. http://www1.mhlw.go.jp/toukei/h10-ktyosa/index_8.html
- 厚生労働省 (2012). 要介護認定. http://www.mhlw.go.jp/stf/sei_sakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/nintei/index.html
- 厚生労働省 (2013). 平成25年国民生活基礎調査の概況: IV 介護の状況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>
- 厚生労働省 (2014). 平成26年国民健康・栄養調査の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzhoushinka/0000117311.pdf>
- 水谷みゆき, 鈴木千春, 大道裕介, 櫻井博紀, 森元温子, 西原真理, 牛田享宏, 新井健一, 佐藤 純 (2012). 痛みセンターにおける慢性痛に対する心理療法の適用と効果. *PAIN RESEARCH*, 27(3), 175-188.
- 森 好規 (2015). 肩こりの病態—姿勢の違いによる筋活動の比較検討. 市立千歳市民病院医誌, 11(1), 64-66.
- 内閣府 (2014). 平成26年高齢者白書第1章 第2節 3 高齢者の健康・福祉. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/s1_2_3.html
- 西村ユミ (1999). 在宅介護が高齢介護者の循環器機能に及ぼす影響に関する検討 (第2報) —夜間介護に注目して—. 日本看護学会誌, 19(1), 13-22.
- Okuda, M., Umemura, M., Yamami, N., Ogihara, R., Mano, Y., Hosaka, T., Mizuno, E., and Aoyagi, M. (2004). A study on fatigue and health disturbance in caregivers of the elderly at home. *Jpn J Primary Care*, 27(1), 9-17.
- Riecke, J., Holzapfel, S., Rief, W., and Glombiewski, J.A. (2013). Evaluation and implementation of graded in vivo exposure for chronic low back pain in a German outpatient setting: A study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 203.
- 佐藤鈴子, 菅田勝也, 阿南みと子 (2000). 在宅高齢者の夜間介護を行う中高年女性家族介護者の睡眠. 日本看護学会誌, 20(3), 40-49.
- 仙波恵美子 (2011). 筋骨格系の痛み—その慢性化のメカニズム—. 臨床整形外科, 46(4), 291-302.
- 篠崎哲也, 大沢敏久, 堤 智史, 小林 勉, 高岸憲二 (2007). 肩こりの病態—アンケート調査より—. 臨床整形外科, 42(5), 409-412.
- Shibosawa, T., Sugimori, H., Ogino, T., Takeuchi, S., Yuki, M., and Kishida, A. (2002). Stiff neck associates with life styles in multiphasic health testing and service. *HEP*, 29(4), 819-822.
- 鈴木岸子, 玉腰浩司, 星野純子, 塚本早苗, 近藤高明, 榎原久孝, 堀 容子 (2012). 女性家族介護者の筋骨格系症状に関連する生活習慣要因. 日本看護医療学会雑誌, 14(2), 13-22.
- Suzuki, K., Tamakosi, K. and Sakakibara, H. (2016). Caregiving activities closely associate with the development of low-back pain among female family caregivers. *J Clin Nurs*, 25(15-16), 2156-2167.
- 高岸憲二, 星野雄一, 井出淳二, 杉原隆之, 畑 幸彦, 佐野博高, 濱田純一郎, 矢吹省司, 望月 由, 鈴木克憲, 柳川天志, 玉井和哉, 小川清久, 熱田裕司, 篠崎哲也 (2008). 肩こりに関するプロジェクト研究 (平成16-18年). 日本整形外科学会雑誌, 82(10), 901-911.
- 高桑 巧, 三島令子, 熱田裕司 (2001). 肩こりの検討: 近赤外分光法 (NIRS) を用いての評価. 整形外科, 52(4), 461-465.
- 高桑 巧 (2002). 肩こりに関するアンケート調査. *CLINICIAN*, 49(513), 850-857.
- 竹内武昭, 中尾睦宏, 野村恭子, 錦谷まりこ, 矢野栄二 (2007). ストレス自覚度ならびに社会生活指標が腰痛・関節痛, 肩こりに及ぼす影響: 都道府県別データの解析. 心身医学, 47(2), 103-110.
- Tong, H.C., Haig, A.J., Nelson, V.S., Yamakawa, K.S., Kandala, G. and Shin, K.Y. (2003). Low back pain in adult female caregivers of children with physical disabilities. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157(11), 1128-1133.
- 塚崎恵子, 城戸照彦, 長沼理恵, 表志津子 (2005). 夜間介護による睡眠と血圧日内変動と疲労感への影響を分析する研究方法の検討: 在宅介護をしている一家族の追跡および多角的調査を通して. 金沢大学つるま保健学会誌, 29(1), 107-115.
- 内田富美江, 田中久美子, 三宅由紀子, 宮路敬子 (2001). 遷延性意識障害患者発症による家族関係の変化. 川崎医療短期大学紀要, 21, 93-97.
- 矢吹省司 (2007). 肩こりの病態: 対照群との比較を中心に. 臨床整形外科, 42(5), 413-417.
- 吉田裕人, 西真理子, 渡辺直紀, 藤原佳典, 深谷太郎, 小川貴志子, 金 美芝, 李 相命, 新開省二 (2012). FI-J (Frailty Index Japanese elderly) を用いた「虚弱」の予知因子に関する研究. 日本老年医学会雑誌, 49(4), 442-448.

[平成28年7月21日受 付]
[平成29年1月3日採用決定]

外来化学療法を受けるがん患者の 就労状況によるセルフケア能力の違い

Self-Care Ability in Cancer Patients Receiving Outpatient Chemotherapy
Based on their Employment Status

田村 沙織 光木 幸子 葉山 有香
Saori Tamura Sachiko Mitsuki Yuka Hayama

キーワード：がん、外来化学療法、就労、セルフケア能力

Key Words : cancer, outpatient chemotherapy, employment, self-care ability

はじめに

がん化学療法は、平成14年の診療報酬の改定や薬剤の進歩、副作用を防止・軽減する薬剤の開発、看護師による副作用対策の普及により、入院治療から外来治療へ移行した(有吉, 2003)。厚生労働省(2009)の調査では、外来化学療法室を併設する病院が990医療機関(平成17年)から2,045医療機関(平成20年)に倍増し、就労と治療を両立することが可能になっている。しかし、就労継続しながら治療を受ける患者は、身体的な不安だけではなく、雇用や経済面など社会的な不安を抱えながら生活することを余儀なくされている。

がんの罹患は男性では50歳代、女性では30歳～40歳代を境に増加し、3人に1人が就労可能年齢で罹患している(国立がんセンター, 2013)。桜井(2012)の調査によると、がん罹患した人の53%が就労状況を変化させ、そのうち30%が依願退職している。また、化学療法を受けている患者の治療にかかわる年間平均自己負担額は110万円程度で、自己負担の支払い方法には「貯金の切り崩し」や「民間保険の給付金」をあてていた。その他、「高額医療費の貸付け制度や受領委任払い制度の利用」「親族からの借金」などが続き、支払いの負担感が強いことを明らかにしている(濃沼, 2007)。

2012年、がん対策基本計画のなかに新たな課題として、「がんであっても暮らせる社会の構築」が追加され、「就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す」ことがあげられた(厚生労働省, 2012)。近年、少子高齢化が進行し、生産年齢人口の減少に伴う雇用期間の延長や高額な医療費負担などにより(厚生労働省, 2015)、がん罹患しても

就労を継続しなければならない現状がある。働く世代のがん患者にとって就労と治療の両立は喫緊の課題である。

橋本(2009, pp.34-35)は、「人にとって、働くことの意味は人生の意味と結びついており、働くことがもたらす意味は、自己の表現・実現、自己の成長、社会への貢献、他者との絆・他者からの評価などであり、生きることの充実につながる」と述べている。これは、がん患者にとっても同様であり、働く世代のがん患者が職を失うということは生きることの充実感を著しく損なうことになる(桜井, 2012)。また、働くがん患者にとって就労する時間は、社会生活のなかで自らの役割を自覚し、自分の能力や価値を確信することができる時間でもある(浅野・佐藤, 2003)。このように、就労を望む患者にとって就労することは、自分の役割や生きている意味を見出す重要な機会であり、経済的困窮に陥ることを予防するという点でもその役割は大きい。しかし、就労と外来化学療法との両立に困難を感じる患者は多い。退職した患者は、副作用症状で体面において就労の継続が厳しいことや早退や治療のために休日を取得することに対する周囲への気遣いがある(東京都福祉保健局, 2014)とされている。

がん患者は治療に伴うさまざまな課題に対するセルフケアについて学習することでセルフケア能力やセルフケア行動を習得することができる(飯野・小松, 2002)。看護師が外来化学療法を受けているがん患者のセルフケア能力をアセスメントし、その情報を治療継続のためのケアへと生かしていくことは、看護独自の機能であり医師もその必要性を認めていると報告されている(川崎・内布・荒尾・大塚・滋野, 2010)。外来化学療法室の看護師は、社会生活のなかで患者自身に起こる症状や日常生活上の困難に対処できる行動獲得に向けた患者支援をする中心的な役割を担っている(藤木, 2013)。そこで、就労継続している患

者が有する特徴的なセルフケア能力が明らかになれば、外来化学療法室の看護師が就労継続するために必要なセルフケア能力を患者がもてるよう支援することで就労を支えることが可能になると考える。

今後、外来化学療法を受けるがん患者にとって看護師の就労支援は必要不可欠であり（小澤・菅野・足利，2016），看護師が患者の就労継続に向けたセルフケアを支援することがきわめて重要である。

I. 研究目的

本研究の目的は、外来化学療法を受けているがん患者の就労状況の違いによるセルフケア能力の違いを明らかにすることである。

II. 用語の操作的定義

就労とは、『広辞苑（第六版）』（新村，2008）を参考に「フルタイム、パートタイムを含み、仕事に従事しており、賃金を得ていること」とした。

セルフケア能力とは、本庄（2000）と同様に「個人がよりよい状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動を遂行するための能力であり、後天的な能力で学習により獲得が可能である」とした。

III. 研究方法

1. 研究対象者

対象者は、A病院で外来化学療法を受けているがん患者で、次の①から③の条件を満たす者とした。

- ① 壮年期から就労可能年齢と考えられる31歳～69歳の者。壮年期は一般に勤労者として社会的役割が大きく家庭的にも責任が重く、身体的にも衰えを感じながら過ごしている（見藤・小玉・菱沼，2011）世代である。社会的にも家庭的にも役割が大きいとされる壮年期の男女においてがん罹患率が上昇しており、就労と治療の両立への支援が必要であると考えたため、壮年期を対象とした。また、厚生労働省は高齢者が健康で意欲と能力がある限り年齢にかかわらず、生涯現役で働き続ける社会の実現に向けた取り組みを推進しており（厚生労働省，2015），69歳までを就労可能年齢とした。
- ② 5年生存率が60%以上と考えられるがん腫と病期の者。がん腫と病期の決定は、『がん診療レジデントマニュアル』（国立がん研究センター内科レジデント，2013）を参考に、それぞれの専門医と相談したうえで、乳がんⅠ期・Ⅱ期・Ⅲ期，大腸がんⅠ期・Ⅱ期・Ⅲ期，子宮頸が

んⅠ期・Ⅱ期，子宮体がんⅠ期・Ⅱ期，卵巣がんⅠ期・Ⅱ期の者とした。

- ③ 研究概要の説明を受け、同意が得られた者。

2. データ収集期間

2015年9月初旬～12月下旬に実施した。

3. 倫理的配慮

本研究は京都府立医科大学医学倫理審査委員会（承認番号：ERC-E-82）の承認を得て行った。研究協力者に対しては、研究の目的と方法、データの保管は研究者が責任をもって保管すること、個人情報外部に漏れないよう十分配慮すること、もし調査を拒否しても今後の診療や看護には影響しないこと、途中で研究は中断できること、参加はあくまで自由意思であること、研究終了後は速やかにデータを破棄することを説明し、同意書に署名を得た。

4. データ収集方法

対象者は、医師が「1. 研究対象者」の①、②の条件に合わせて選択し、医師から対象者の紹介を受け、各診療科での診察後、研究者から対象者に対して、研究概要と倫理的配慮について説明し、研究参加への同意を得た。その後、対象者に自己記入式質問紙調査票を手渡し、回答後その場で回収した。自己記入式質問紙調査票の記載はプライバシーが確保される個室で行った。診療情報は研究者が診療録よりデータ収集を行った。

5. 調査内容

a. 基本属性

年齢、性別、配偶者の有無、対象者が世帯主であるのかどうか、対象者を療養生活においてサポートする人とした。

b. 診療情報

がん腫、病期、化学療法開始からの期間、performance status (PS)、手術療法の有無とした。

c. 就労状況

診断時の就労の有無、現在の就労の有無とした。

d. セルフケア能力

近年、がんは「治療しうる疾患あるいは慢性疾患」と考えられているため（竹田，2011），慢性疾患患者を対象とした尺度である慢性病者のセルフケア能力尺度（Self-Care Agency Questionnaire: SCAQ）（本庄，2000；本庄，2001）を用いた。本研究ではがん患者を対象とするため、使用に際しては尺度開発者に本研究の概要を説明し、信頼性・妥当性の側面も踏まえ許可を得たうえでSCAQを使用した。SCAQは29項目からなる質問紙である。下位尺度は4つで、自分の生活に則した健康管理の方法を身につけそれを維持

する能力である【健康管理の獲得と継続】、慢性病や年齢など自分の弱い点を考慮に入れて体調を整える能力である【体調の調整】、健康管理への意思をもち検査結果や健康に関する話題に関心を向ける能力である【健康管理への関心】、自分の健康管理を支援してくれる人をもち、有効な支援を得ることができる能力である【有効な支援の獲得】で構成されている。回答は、5件法（1：いいえ、2：どちらかというといえ、3：どちらともいえない、4：どちらかというとはい、5：はい）で行う。Cronbach's α 係数はSCAQ全体で .91, 下位尺度 .73~.86である。得点が高いほどセルフケア能力が高いと評価される。

6. データ分析方法

就労の状況により対象者を診断時から現在まで就労を継続している就労継続群、診断時は就労していたが現在就労していない就労中断群、診断時も現在も就労していない未就労群の3群に分類した。属性については χ^2 検定を行った。SCAQについては、Kruskal-Wallisの検定を行い、有意差が認められたものに対しては、多重比較（Bonferroni法）を行った。

これらの分析には、統計ソフトウェアSPSS Ver. 22を使用した。有意水準は5%とした。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、34人であり全員から有効な回答を得た。

全体の概要は、年齢 55.6 ± 8.2 歳であり、男性は5人（14.7%）、女性は29人（85.3%）であった。就労状況は、就労継続群18人（53.0%）、就労中断群8人（23.5%）、未就労群8人（23.5%）であった。がん腫は乳がんが最も多く、次いで大腸がん、卵巣がんであった。対象者全員が手術療法を受けており、PSは、全員が0~1であった。就労継続群、就労中断群、未就労群の基本属性について χ^2 検定を行い、有意差はみられなかった。

対象者の属性については表1、就労継続群の就労状況については表2、就労継続群が就労継続した理由と継続時の相談相手については表3、就労状況の違いによるセルフケア能力の比較については表4に示す。

就労継続群は、 52.7 ± 7.4 歳と他の群より年齢が若く、男性は5人（27.8%）、女性は13人（72.2%）であった。配偶者「あり」が14人（77.8%）、世帯主は9人（50.0%）であった。がん腫は乳がんが半数を占めていた。治療期間は、治療開始から3か月が12人（67.0%）であり、4か月から9か月の人が6人（33.0%）であった。サポートしてもらえる人は配偶者13人（72.2%）、子ども9人（50.0%）、両親7人（38.9%）、兄弟姉妹7人（38.9%）、職場の人4

人（22.2%）、友人3人（16.7%）であった。就労状況では、雇用形態は常勤12人（66.7%）、仕事内容は軽労作14人（77.8%）であり、時間の調整は融通がきくと回答した人が16人（88.9%）であった。就労継続の理由は、「家族が応援してくれるから」は全員が「はい」と回答しており、次いで「治療のための休暇が取得できるから」「職場の人たちに病気について理解してもらえたから」が多かった。就労継続時の相談相手として、「家族」が最も多く、次いで医師、職場の上司・同僚であった。

就労中断群は、全員が女性で、配偶者「あり」が6人（75.0%）で、世帯主は2人（25.0%）であった。がん腫は乳がんが半数を占めていた。治療期間は、治療開始から3か月まで、4か月~9か月がそれぞれ半数であった。サポートしてもらう人は、配偶者5人（62.5%）、子ども3人（37.5%）、両親3人（37.5%）、友人2人（25.0%）、兄弟姉妹1人（12.5%）であった。

未就労群は、全員が女性で、配偶者「あり」が7人（87.5%）、世帯主は1人（12.5%）であった。がん腫は乳がんが5人（62.5%）であり、治療期間は、治療開始から3か月までが7人（87.0%）、4か月~9か月1人（13.0%）であった。サポートしてもらえる人は、配偶者5人（62.5%）、子ども3人（37.5%）、兄弟姉妹1人（12.5%）、友人1人（12.5%）であった。

2. 就労状況の違いによるセルフケア能力の比較

対象者全体の尺度の中央値は、【健康管理法の獲得と継続】のセルフケア能力は41.9（平均値41.9）、【体調の調整】は30.0（平均値29.3）、【健康管理への関心】は33.0（平均値32.4）、【有効な支援の獲得】は22.5（平均値22.2）であった。

就労状況による就労継続群、就労中断群、未就労群の3群間比較において、【健康管理法の獲得と継続】のセルフケア能力では、就労継続群（中央値43.0）は、就労中断群（中央値41.0）より高く（ $p = .047$ ）、また未就労群（中央値40.5）より高く（ $p = .013$ ）、就労継続群のセルフケア能力が最も高かった。【健康管理法の獲得と継続】の下位項目である「自分の状態の悪化には早めに気づくように注意している」では、就労継続群（中央値5.0）が未就労群（中央値4.0）よりセルフケア能力が高かった（ $p = .033$ ）。「よりよい状態であるために生活のなかで必要なことはわかっている」のセルフケア能力では、就労継続群（中央値4.5）が未就労群（中央値4.0）より高かった（ $p = .029$ ）。【有効な支援の獲得】の下位項目である「自分にできないことは人にやってもらっている」のセルフケア能力では、就労中断群（中央値3.5）が就労継続群（中央値5.0）より低く（ $p = .040$ ）、未就労群（中央値5.0）との比較においても低かった（ $p = .018$ ）。

表1 対象者の属性

		全体 (n = 34)	就労継続群 (n = 18)	就労中断群 (n = 8)	未就労群 (n = 8)	n (%)
年齢 (歳)	平均 ± SD	55.6 ± 8.2	52.7 ± 7.4	57.0 ± 8.2	60.1 ± 7.9	
性別	男性	5 (14.7)	5 (27.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.07
	女性	29 (85.3)	13 (72.2)	8 (100.0)	8 (100.0)	
配偶者	あり	27 (79.4)	14 (77.8)	6 (75.0)	7 (87.5)	0.80
	なし	7 (20.6)	4 (22.2)	2 (25.0)	1 (12.5)	
世帯主	はい	12 (35.3)	9 (50.0)	2 (25.0)	1 (12.5)	0.14
	いいえ	22 (64.7)	9 (50.0)	6 (75.0)	7 (87.5)	
がん腫	乳がん	18 (52.9)	9 (50.0)	4 (50.0)	5 (62.5)	0.47
	大腸がん	10 (29.4)	7 (38.9)	2 (25.0)	1 (12.5)	
	卵巣がん	5 (14.7)	2 (11.1)	2 (25.0)	1 (12.5)	
	子宮体がん	1 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	
病期 乳がん	I 期	2 (11.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	1 (20.0)	
	II 期	10 (56.0)	6 (66.7)	2 (50.0)	2 (40.0)	
	III 期	6 (33.0)	2 (22.2)	2 (50.0)	2 (40.0)	
大腸がん	II 期	1 (10.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	III 期	9 (90.0)	6 (85.7)	2 (100.0)	1 (100.0)	
卵巣がん	I 期	2 (40.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	
	III 期	3 (60.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (100.0)	
子宮体がん	I 期	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	
化学療法実施期間	化学療法開始～3 か月	23 (68.0)	12 (67.0)	4 (50.0)	7 (87.0)	0.65
	4 か月～9 か月	11 (32.0)	6 (33.0)	4 (50.0)	1 (13.0)	
PS (performance status)	0	8 (23.5)	5 (27.8)	2 (25.0)	1 (12.5)	0.69
	1	26 (76.5)	13 (72.2)	6 (75.0)	7 (87.5)	
サポートしてもらう人 (複数回答)	配偶者	23 (67.6)	13 (72.2)	5 (62.5)	5 (62.5)	
	子ども	15 (44.1)	9 (50.0)	3 (37.5)	3 (37.5)	
	両親	10 (29.4)	7 (38.9)	3 (37.5)	0 (0.0)	
	兄弟姉妹	9 (26.5)	7 (38.9)	1 (12.5)	1 (12.5)	
	友人	6 (17.6)	3 (16.7)	2 (25.0)	1 (12.5)	
	家族	4 (11.8)	1 (6.3)	1 (12.5)	2 (28.6)	
	職場	4 (11.8)	4 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	

χ²検定 p < .05

表2 就労継続群の就労状況 (n = 18)

		n (%)
雇用形態	常勤	12 (66.7)
	非常勤	5 (27.8)
	自営業	1 (5.6)
仕事内容	軽労作	14 (77.8)
	普通の労作	1 (5.6)
	重い労作	3 (16.7)
時間の調整	融通が利く	16 (88.9)
	融通が利かない	2 (11.1)

表3 就労継続の理由と相談相手 (重複回答可) (n = 18)

		n (%)
理由	家族が応援してくれるから	18 (100.0)
	治療のための休暇が取得できるから	17 (94.4)
	職場の人たちに病気について理解してもらえたから	15 (83.3)
	経済的な問題のため	14 (77.8)
	仕事は自分の生きがいがいだから	8 (44.4)
相談相手	家族	12 (66.7)
	医師	10 (55.6)
	職場の上司	8 (44.4)
	職場の同僚	7 (38.9)
	友人	3 (16.7)
	看護師	2 (11.1)

表4 就労状況の違いによるセルフケア能力の比較

(点)

	全体 (n=34)		就労継続群 (n=18)		就労中断群 (n=8)		未就労群 (n=8)		p値	
	中央値 (範囲)	平均値 (SD)	中央値 (範囲)	平均値 (SD)	中央値 (範囲)	平均値 (SD)	中央値 (範囲)	平均値 (SD)		
セルフケア能力尺度個人の合計得点	128.5 (111-145)	127 (8.1)	129.5 (116-145)	128.6 (8.3)	125.0 (111-139)	124.8 (8.4)	130.0 (113-136)	126.6 (7.6)	.573	
4 因子	【健康管理法の獲得と継続】	41.9 (33- 50)	41.9 (3.9)	43.0 (34- 50)	43.5 (4.0)	41.0 (36- 46)	40.6 (3.1)	40.5 (33- 43)	39.6 (3.1)	.020*
	【体調の調整】	30.0 (20- 35)	29.3 (4.2)	29.0 (20- 35)	28.3 (4.6)	31.0 (26- 33)	30.8 (2.3)	30.5 (23- 35)	30.0 (4.4)	.370
	【健康管理への関心】	33.0 (27- 35)	32.4 (2.6)	34.0 (28- 35)	32.7 (2.7)	32.5 (27- 35)	32.1 (2.5)	33.0 (27- 34)	31.9 (2.4)	.405
	【有効な支援の獲得】	22.5 (12- 25)	22.2 (2.9)	22.0 (15- 25)	22.5 (2.5)	20.5 (12- 25)	20.4 (4.0)	23.5 (18- 25)	23.3 (2.3)	.096
	自分の状態の悪化には早めに気付くように注意している	4.0 (2- 5)	4.3 (.8)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	5.0 (3- 5)	4.5 (.8)	4.0 (3- 5)	4.0 (.5)	.033*
【健康管理法の獲得と継続】	より良い状態であるために生活の中で必要な事はわかっている	4.0 (1- 5)	3.9 (1.1)	4.5 (3- 5)	4.4 (.6)	4.0 (3- 5)	3.9 (.8)	4.0 (1- 4)	3.6 (1.1)	.042*
	自分の健康に良くない場所を避ける	5.0 (3- 5)	4.8 (0.5)	5.0 (2- 5)	4.4 (.9)	4.0 (3- 5)	4.0 (.8)	5.0 (3- 5)	4.5 (.8)	.232
	健康を保つために必要な事を自分の生活に取り入れて行っている	5.0 (1- 5)	4.2 (1.2)	5.0 (2- 5)	4.3 (1.0)	4.0 (3- 5)	3.9 (.8)	3.6 (1- 5)	3.3 (1.3)	.089
	自分なりの健康法で、病気とうまくつきあっている	4.5 (1- 5)	4.3 (.9)	4.5 (3- 5)	4.4 (.7)	4.0 (4- 5)	4.4 (.5)	4.0 (3- 5)	4.0 (.6)	.166
	自分にとって必要なことを周りに話して協力を得る	5.0 (1- 5)	4.4 (.9)	5.0 (3- 5)	4.6 (.6)	4.0 (3- 5)	4.3 (.7)	4.0 (2- 5)	3.9 (1.0)	.143
	健康に悪影響が出ないように生活調整をしている	4.0 (3- 5)	4.7 (.5)	5.0 (2- 5)	4.4 (.9)	4.0 (4- 5)	4.4 (.5)	4.0 (3- 5)	4.2 (.7)	.569
	健康を保つためにやろうと決めたことはやり通したい	4.0 (2- 5)	4.2 (.8)	5.0 (4- 5)	4.7 (.5)	4.0 (3- 5)	4.1 (.6)	4.0 (3- 5)	4.3 (.7)	.078
	自分の健康に良いことを自然と続けている	5.0 (1- 5)	4.4 (1.0)	4.0 (3- 5)	4.1 (.8)	4.0 (3- 5)	3.9 (.8)	4.0 (3- 5)	4.0 (.5)	.754
	健康を保つ上で必要なことを行うコツを覚えた	4.0 (2- 5)	4.3 (.8)	3.0 (2- 5)	3.6 (.9)	3.0 (3- 4)	3.4 (.5)	4.0 (3- 5)	4.0 (.8)	.235
	副作用など治療の影響に気がつけている	5.0 (3- 5)	4.6 (.7)	4.5 (3- 5)	4.4 (.7)	4.5 (4- 5)	4.5 (.5)	4.5 (1- 5)	4.0 (1.4)	.880
【体調の調整】	つらい時には楽な姿勢をとる	5.0 (2- 5)	4.4 (.8)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	5.0 (4- 5)	4.8 (.5)	5.0 (4- 5)	4.9 (.4)	.252
	無理をしないようにしている	3.5 (2- 5)	3.6 (.8)	5.0 (2- 5)	4.2 (1.1)	4.0 (3- 5)	4.3 (.7)	5.0 (4- 5)	4.8 (.5)	.336
	何か行動する時に自分の健康状態を頭の片隅においている	4.0 (3- 5)	4.3 (.7)	5.0 (3- 5)	4.6 (.6)	4.5 (4- 5)	4.5 (.5)	5.0 (3- 5)	4.6 (.7)	.717
	具合が悪い時は適度に仕事又は家事の手を抜いている	4.0 (1- 5)	4.1 (.8)	4.0 (1- 5)	4.2 (1.1)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	5.0 (2- 5)	4.5 (1.1)	.372
	年齢による体力の衰えに気を付けている	5.0 (3- 5)	4.5 (.6)	4.0 (2- 5)	4.1 (.9)	4.0 (3- 5)	4.0 (.5)	5.0 (3- 5)	4.5 (.8)	.267
	ちょっと疲れたと思ったら休む	5.0 (1- 5)	4.6 (.9)	4.0 (2- 5)	4.0 (.9)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	.100
【健康管理への関心】	自分の健康を壊すようなことはしたくない	4.0 (2- 5)	4.3 (.8)	5.0 (4- 5)	4.9 (.3)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	4.5 (3- 5)	4.4 (.7)	.077
	自分の責任を果たせるように元気でいたい	4.0 (3- 5)	4.0 (.8)	5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (4- 5)	4.8 (.5)	5.0 (3- 5)	4.8 (.7)	.888
	検査の結果に注意している	5.0 (2- 5)	4.4 (.9)	5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (3- 5)	4.6 (.7)	4.5 (1- 5)	4.0 (1.4)	.246
	自分なりに人の役に立てるよう健康に気をつけたい	5.0 (4- 5)	4.9 (.3)	5.0 (3- 5)	4.6 (.7)	5.0 (3- 5)	4.5 (.8)	5.0 (3- 5)	4.6 (.7)	.898
	周囲に迷惑をかけないように元気でいたい	5.0 (4- 5)	4.7 (.5)	5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (5- 5)	5.0 (.0)	5.0 (4- 5)	4.9 (.4)	.486
	自分のことはできるだけ自分でしたい	4.5 (2- 5)	4.4 (.7)	5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (5- 5)	5.0 (.0)	5.0 (4- 5)	4.8 (.5)	.332
	自分の健康に関する話題には、自然に耳が行く	5.0 (3- 5)	4.8 (.5)	5.0 (1- 5)	4.3 (1.3)	4.5 (1- 5)	4.0 (1.4)	4.5 (4- 5)	4.5 (.5)	.664
	【有効な支援の獲得】	自分にできないことは人にやってもらっている	5.0 (1- 5)	4.5 (.9)	5.0 (1- 5)	4.3 (1.1)	3.5 (1- 5)	3.3 (1.6)	5.0 (4- 5)	4.8 (.5)
相談できる医療者がいる		4.5 (3- 5)	4.4 (.6)	5.0 (2- 5)	4.6 (.8)	5.0 (2- 5)	4.4 (1.1)	5.0 (1- 5)	4.1 (1.5)	.873
周りの人の協力や励ましがある		5.0 (3- 5)	4.6 (.6)	5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (3- 5)	4.8 (.7)	5.0 (4- 5)	4.9 (.4)	.817
必要なことをわかって後押ししてくれる人がいる		5.0 (4- 5)	4.8 (.4)	5.0 (2- 5)	4.6 (.8)	4.0 (1- 5)	4.0 (1.3)	5.0 (4- 5)	4.9 (.4)	.104
健康によくないことをしようとしたりきブレーキをかけてくれる人がいる	5.0 (1- 5)	4.3 (1.2)	4.5 (3- 5)	4.3 (.8)	4.0 (2- 5)	4.0 (.9)	5.0 (4- 5)	4.6 (.5)	.326	

Kruskal-Wallisの検定 * : p<.05

V. 考 察

1. 就労継続しているがん患者の特徴

本研究では、対象者34人のうち18人が就労を継続していた。就労継続している対象者のうち雇用形態は「常勤」が最も多く、仕事内容は「軽労作」であった。さらに、「時間調整に融通が効く」と回答したものが88.9%であり、治療を受けながら働き続けるためには、「常勤」「軽労作」「時間調整に融通がきく」が重要な雇用条件になると考える。

また、就労継続時の理由として、「家族が応援してくれるから」や「治療のための休暇が取得できるから」「職場の人たちに病気について理解してもらえたから」が就労継続群の8割を超えており、家族のサポートや職場の理解が重要であることがわかる。

周囲からのサポートについて、家族や友人からの「健康管理に対する他者からの手段的なサポート」や「他者からの情緒的サポート」「他者からの気遣い」のような人的社会資源が、がん患者のセルフケア行動に影響する（山中・黒田・網島，2005）ことが明らかにされている。本研究においても、対象者は配偶者や子どもなどの家族や友人、就労継続している場合は職場の人たちなど多くのサポートを得ている。がん患者には多岐にわたる人的サポートが重要であり、就労継続している患者にとっては職場内のサポートも必要不可欠であると考えられる。このことから、看護師の役割として、治療の計画や今後起こり得る副作用、またその対処法について、周囲の人たちに理解してもらうことの重要性を患者に伝えることが必要である。

また、就労継続に関連する不安について医師に相談した人は10人（55.6%）であったが、看護師に相談した人は2人（11.1%）のみであった。外来化学療法室での治療中に副作用のセルフモニタリングとあわせて、自宅での様子を聞くことや就労している患者には仕事の状況を確認するなど、看護師が患者の生活背景を理解したうえで、意図的に情報収集する姿勢が重要である。

今回の調査では、就労継続群は、治療開始から3か月までの患者が67.0%であった。治療期間が短いほうが就労継続しやすいことや手術など身体に侵襲の大きな治療をした後で職場の理解を得やすい環境であれば休暇を取得しやすいため、治療と就労の両立ができる環境にあったことが考えられる。

2. 就労状況によるセルフケア能力の違い

清水・金子（2008）はSCAQを使用した研究で、就労している70名の2型糖尿病患者のセルフケア能力について明らかにしている。就労している2型糖尿病患者は【健康管理法の獲得と継続】（平均値39.39）、【体調の調整】（平均

値27.10）、【健康管理への関心】（平均値31.60）、【有効な支援の獲得】（平均値17.73）の4下位尺度ともに、本研究の就労継続群の平均値と同等の結果であった。現在、がんを慢性疾患の1つととらえる傾向があるため、慢性疾患患者を対象として作成されたSCAQを本研究で使用した。本研究では、慢性疾患である2型糖尿病患者と、慢性疾患ととらえられる傾向があるがん患者のSCAQの平均値は同等であった。本研究では就労継続群が18人と少ないため、一概に比較することは困難であるが、2型糖尿病患者と同等の結果が得られたことから、本研究における就労継続群が就労している2型糖尿病患者と同等のセルフケア能力をもっていることが推察される。

本研究において、就労状況の違いによるセルフケア能力の違いをみてみると【健康管理法の獲得と継続】の下位項目「よりよい状態であるために生活のなかで必要なことはわかっている」では就労継続群が他の2群よりそのセルフケア得点が高かった。吉田・神田（2012）は、治療期のセルフケア能力には自主的に判断し保健行動を形成する能力があると述べている。就労を継続しているがん患者は、自身にとってよりよい状態を維持するために何が 필요한のかを理解し、仕事と治療の両立を実現していると考えられる。さらに、治療期のがん患者のセルフケア能力には、体調の変化をとらえる能力が含まれる（吉田・神田，2012）ことが明らかにされており、がん患者は有害事象の出現の仕方を自分自身で自覚している（和田・稲吉，2013）ことが明らかにされている。本研究の結果においても、就労継続群が「自分の状態の悪化には早めに気づくように注意している」という項目で未就労群に比較して得点が高かったことから、就労を続けている人は、症状の出現やその変化に留意しながら生活しており、これは治療と就労を両立するために重要な能力であると考えられる。よって、看護師の役割として有害事象の出現時期やその経過をあらかじめ患者に指導し、患者自身が有害事象の出現を予測し、早めに対応できるようになることが就労継続への支援において重要であると考えられる。

武田・田村・小村・志村（2004）は、外来化学療法を受けている患者は、《家族に負担をかけたくない》《家族に心配をかけたくない》という思いをもっていると述べている。本研究の就労中断群は、【有効な支援の獲得】の下位項目である「できないところは人に頼る」能力が他の群に比べ低く、周囲の人たちのサポートをうまく得ることができなかったことが中断に至る一因となった可能性がある。看護師は、患者が療養生活と就労を両立するうえで、家族や職場の人たちの協力を得ることが非常に重要であることを患者に伝えることや患者が活用できるサポートを選択的に情報提供する必要がある。さらに、どのような部分をど

のような形で周囲の人たちに頼ればよいのかを具体的に知ることができる患者同士の交流の機会をつくることも重要であると考え。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、乳がん、大腸がん、卵巣がん、子宮体がんの患者が対象であった。がん腫を特定しており、女性が罹患するがん腫が多かったため、対象者は女性が多く、一定のバイアスがかかっている可能性がある。また、就労中断群が退職した時期について調査できておらず、治療期間のどの時期から就労継続を困難と感じることが多いのかを明らかにすることができなかつた。

今後、さらに調査を続け対象者を増やしていくとともに、性別や年齢、病期、がん腫の違いに対する就労支援について検討を重ね、就労継続群の患者が家庭や仕事の役割と治療をどのように両立しているのか、また就労中断した場合の理由や状況を明らかにする必要がある。

VI. 結 論

本研究は、外来化学療法を受けているがん患者の就労状況の違いによるセルフケア能力の違いを明らかにすることを目的とした。外来化学療法を受けているがん患者を対象に、自記式質問票を用いて調査を実施し以下のことが明らかになった。

1. セルフケア能力尺度の下位尺度である【健康管理の獲得と継続】において3群間で有意差が認められ ($p = .020$)、さらに就労継続群は、就労中断群 ($p = .047$)、未就労群 ($p = .013$) と比較し有意差が認められ、就労

継続群は【健康管理の獲得と継続】のセルフケア能力が高かった。

2. セルフケア能力の【健康管理法の獲得と継続】の下位項目である「よりよい状態であるために生活のなかで必要なことはわかっている」において、3群間で有意差が認められた ($p = .042$)。さらに、就労継続群と未就労群を比較し有意差が認められ ($p = .029$)、就労継続群は「よりよい状態であるために生活のなかで必要なことはわかっている」のセルフケア能力が未就労群に比べ高かった。

3. セルフケア能力の【有効な支援の獲得】の下位項目である「自分にできないことは人にやってもらっている」において3群間で有意差が認められた ($p = .043$)。さらに、就労継続群と就労中断群の比較において有意差が認められ ($p = .040$)、就労中断群と未就労群の比較においても有意差が認められた ($p = .018$)。3群の中で「自分にできないことは人にやってもらっている」のセルフケア能力は就労中断群が最も低かった。

謝 辞

本研究にご協力くださったすべての患者さまに、深く感謝いたします。また、ご多忙のなかご協力をいただいた病院関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。本研究は修士論文の一部に加筆修正したものです。本研究に対してご指導いただいた先生方に心より感謝申し上げます。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究の目的は、外来化学療法を受けるがん患者の就労状況によるセルフケア能力の違いを明らかにすることである。対象者は、A病院の外来化学療法センターへ通院している患者34名で、IV期を除く乳がん、大腸がん、子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんである。調査方法は自己記入式アンケート用紙を用いて、対象者の属性、就労状況、セルフケア能力：「慢性病者のセルフケア能力尺度」を調査した。分析方法は、対象者を就労継続群、就労中断群、未就労群に分け、Kruskal-Wallisの検定後Bonferroni法による多重比較を行った。結果、就労継続群が「よりよい状態であるために生活のなかで必要なことはわかっている」「自分の状態の悪化には早めに気づくように注意している」が高く、就労中断群は「自分にできないことは人にやってもらっている」が低かった。

Abstract

We aimed to reveal differences in the self-care ability by employment status of cancer patients undergoing chemotherapy on an outpatient basis. Subjects included 34 cancer patients (breast, colon, cervical, endometrial, and ovarian cancers, excluding stage IV) who were regularly attending our outpatient chemotherapy center. A self-administered questionnaire survey was conducted to ascertain patients' attributes, employment status, and self-care ability (Self-Care Agency Questionnaire for Patients with Chronic Illness). Patients were divided into a continued employment group, a discontinued employment group,

and an unemployed group, and the three groups were compared using the Kruskal-Wallis test, followed by the Bonferroni method. Results showed that the continued employment group exhibited superior ability to “be aware of needs in life” and “notice early exacerbation”, and the discontinued employment group exhibited inferior ability to “get people to help them do things they could not do by themselves”. These findings indicate that nurses involved in outpatient care should help patients to acquire the ability to perform necessary actions and self-manage symptoms, in addition to seeking help from others without trying very hard to do everything by themselves.

文 献

- 有吉 寛 (2003). なぜいま外来化学療法か. *がん看護*, 8(5), 348-351.
- 浅野美知恵, 佐藤禮子 (2003). がん手術後2年から3年経過した患者とその家族員の社会復帰過程における自分らしさの回復. *順天堂医療短期大学紀要*, 14, 13-24.
- 藤木由佳子 (2013). 外来がん化学療法室に勤務する看護師への教育. *医学のあゆみ*, 246(9), 721-728.
- 本庄恵子 (2000). 熟年期にある慢性病者のセルフケア能力と健康の関係. *日本看護科学会誌*, 20(3), 50-59.
- 本庄恵子 (2001). 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. *日本看護科学会誌*, 21(1), 29-39.
- 飯野京子, 小松浩子 (2002). 化学療法を受けるがん患者の効果的なセルフケア行動を促進する要素の分析. *日本がん看護学会誌*, 16(2), 68-77.
- 川崎優子, 内布敦子, 荒尾晴恵, 大塚奈央子, 滋野みゆき (2010). 医師が認知する外来化学療法における看護ニーズ. *UHCNAS, RINCPC Bulletin*, 17, 25-37.
- 濃沼信夫 (2007). 外来化学療法の現状と問題点. *日本癌治療学会誌*, 42(2), 270.
- 国立がん研究センター内科レジデント (編) (2013). *がん診療レジデントマニュアル* (第6版). 東京: 医学書院.
- 国立がんセンター (2013). *がん情報サービス*. <http://ganjoho.jp/professional/statistics/backnumber> (検索日2016年2月20日)
- 厚生労働省 (2009). *がん治療における地域連携*. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1216-9g02.pdf>
- 厚生労働省 (2012). *がん対策推進基本計画* (平成24年6月). http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html
- 厚生労働省 (編) (2015). *厚生労働白書* (平成27年版). 301. 東京: 日経印刷.
- 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (2011). *看護学辞典* (第2版). 595. 東京: 日本看護協会出版会.
- 小澤桂子, 菅野かおり, 足利幸乃 (2016). 理解が実践につながるステップアップがん化学療法看護 (第2版). 83-88. 東京: 学研メディカル.
- 桜井なおみ (2012). 第2回治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会 (資料3). <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000024tqi-att/2r98520000024tv6.pdf>
- 清水理恵, 金子史代 (2008). 就業している熟年期2型糖尿病患者のセルフケア能力と学習支援の関係. *新潟青陵大学紀要*, 8, 107-115.
- 橋本俊詔 (2009). 働くことの意味. 34-35. 京都: ミネルヴァ書房.
- 新村 出 (2008). *広辞苑* (第六版). 1334. 東京: 岩波書店.
- 竹田 寛 (2011). がん患者サロンにおけるヘルス・コミュニケーションにおける一考察. *保健医療社会学論集*, 22(2), 38-44.
- 武田貴美子, 田村正枝, 小林理恵子, 志村ゆず (2004). 外来化学療法を受けながら生活しているがん患者のニーズ. *長野県看護大学紀要*, 6, 73-85.
- 東京都福祉保健局 (2014). 「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/soudan/ryouritsu/other/houkoku.files/honpen.pdf
- 和田さくら, 稲吉光子 (2013). 外来化学療法を受ける男性消化器がんサバイバーの就労継続の様相. *日本がん看護学会誌*, 27(2), 37-46.
- 山中道代, 黒田寿美恵, 網島ひづる (2005). 肝がん患者のセルフケア行動とセルフケア行動に影響する要因. *広島県立保健福祉大学誌 (人間と科学)*, 5(1), 119-127.
- 吉田久美子, 神田清子 (2012). 治療期にあるがん患者のセルフケア能力. *日本がん看護学会誌*, 26(1), 4-11.

[平成27年12月9日受付]
[平成29年1月5日採用決定]

終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス

— 和文献を対象とした文献検討 —

Resilience of Nurses Involved in End-of-Life Care: Review of Literature Written in Japanese

樽岡美愛¹⁾ 黒田寿美恵²⁾
Miiai Taruoka Sumie Kuroda

キーワード：終末期ケア，看護師，レジリエンス，文献検討

Key Words：end-of-life care, nurses, resilience, literature review

緒言

団塊の世代が75歳以上になる2025年以降には、医療や介護の需要が一層増加すると予測されている。そのため、わが国では現在、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が推進されている（厚生労働省老健局，2013）。また、患者がいままでの人生の過ごし方、生活、価値観などについて、医療者や家族らと共有し、これからどのように過ごしていきたいかを話しあうプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（advance care planning：ACP）（木澤，2015）の重要性が認識されるようになってきている。2010年には8割以上の人が病院・診療所・介護老人保健施設・老人ホームなどの医療福祉施設で死を迎えている（厚生労働省，2011）が、ACPや地域包括ケアシステムの推進により、人々が自身の終末期のケアについて考える機会が増加し、人生の最終段階における医療や看護・介護の場は多様化すると推測される。終末期にある患者やその家族の生活を見守り、支えることは看護師の重要な責務であることから、多様な場で終末期ケアに携わる看護師の果たすべき役割は一層拡大していくと考えられる。

終末期にある患者は実在的な苦痛だけでなく、悲しみや行き場のない思い、怒りなどさまざまな感情を抱く。多くの看護師は、患者に対する親和性があることで患者の孤独感や無力感によく共感し、死にゆく患者の感情を理解することができ、それゆえ、死にゆく患者のケアのたびに傷つき孤独に悩まされ、自分たちが無力であると感じ、死の恐怖に怯えるといわれている（野村・谷奥，2012，p.7）。また、共感性の高い看護を行うことは看護の質の向上につな

がる反面、ストレスにもつながるといふ指摘もある（佐藤・村中・間山，2007）。さらに、終末期ケアでは治療や看護援助の成果が見えにくいこと、看護師は無力感や苦学意識をもつことになる（小原・實川・国分，2005）ことや、患者の死そのものが、時間だけでは癒されないほどの大きな悲しみを看護師に与え、その感情から逃避するために感情移入を避けようとする行動が生まれる（東，2012）ことが指摘されている。これらのことより、終末期ケアに携わる看護師は、無力感や罪責感などの否定的感情を抱えやすく、ケアに対する自己効力感が低下し、精神的健康状態が低下しやすい状態にあるといえる。逆井・松田（2009）は、終末期医療に携わる看護職者は、それ以外の看護職者よりも相対的に多くの仕事ストレスを抱えていることを明らかにし、中山・達村・江藤・大西（2007）は、一般病棟の終末期ケアの場はバーンアウト得点を高める因子である「死との向かいあい」や「患者との人間関係」のむずかしさが死に直結しないケアの場より多く存在すると指摘している。看護師自身が心身の健康を保つことは、看護の対象となる患者・家族に提供されるケアの質を保証することにつながる（福田，2004，p.258）ことから、看護師の精神的健康を保つことは終末期ケアの質を高めるうえでも重要である。終末期ケアに携わる看護師の精神的健康に関する先行研究としては、ストレスへの対処（垣本・浜崎・伊南・瀧島・堀孔，2005；森本，2014；上岡・白石・和田，2000）や感情コントロール（中村ら，2010；瀧山・錦織・佐藤，2007）、ジレンマへの対処（古郡，2004；垣本ら，2005；中原・石原・北村・古郡，2007；横浜・森，2013）などが報告されている。ストレスフルな経験や状態に遭遇した場合、その出来事に対する意味づけを行うことやコーピングを行うことは精神的健康度の向上をもたらすが、それだけでは限界があることが指摘されている（石井，

1) 県立広島病院看護部 Hiroshima Prefectural Hospital

2) 県立広島大学保健福祉学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

2009)。ストレス要素が多様で複雑な終末期ケアの場において看護師の精神的健康を保つためには、ケアに伴う困難・葛藤を受容し、適応過程を経て立ち直り、そこからさらなる成長を遂げる適応力、すなわちレジリエンスの獲得が必要であると考えられる。レジリエンスという概念は、Rutter (1985) によって「深刻な危険性にもかかわらず、適応的な機能を維持しようとする現象」と定義されたのが始まりとされ、現在ではMasten, Best, & Garmezy (1990) の「困難あるいは脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応する過程、能力、あるいは結果」、Grotberg (1999) による「逆境に直面し、それを克服し、その経験によって強化される、また変容される普遍的な人の許容力」という定義が代表的なものとして、和文献において頻繁に引用されている。レジリエンスは性格などの特性ではなく、行動や思考、行為に含まれ、誰もが学修したり発展させたりすることができるものである (American Psychological Association, 2011)。また、看護師のレジリエンスは、心身の健康維持にとどまらず、質の高い看護を達成し、一人のプロフェッショナルとして自律していく原動力となる可能性があると考えられている (井原ら, 2009)。これらのことより、終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスを発揮・促進させることは、看護師のメンタルヘルスを向上させ、ケアに対する自己効力感を高め、自身の看護を肯定的に意味づけできるとともに、一人の看護師としての成長を促すことに寄与すると考えられる。さらに、終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスの獲得は、終末期患者に対するより質の高い看護実践や患者の quality of life (QOL) 向上にもつながるといえる。終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスが明示されることは、学修・発展が可能という特性をもつレジリエンスを高めるための示唆を得ることになり、臨床的・研究的意義が高いと考える。レジリエンスに関する看護学分野の研究は、患者 (若崎・谷口・掛橋・森, 2007; 石井ら, 2007; 砂賀・二渡, 2011; 渡邊・操, 2011)、看護師 (谷口・宗像, 2010; 谷口, 2012a; 谷口, 2012b)、看護学生 (岡田・細田・星, 2013; 松尾・前田, 2015) を対象としたものなど多数あるが、終末期ケアに携わる看護師に焦点化した研究は皆無である。しかし、先述したとおり、終末期ケアに携わる看護師の精神的健康に関する先行研究は数多く存在することから、これらの先行研究からレジリエンスに関する知見を抽出し統合することは可能である。

現代は死が疎遠になっており、死という不可視・不可知なものに対する拒否反応は現代日本人の思考様式としてしばしば指摘される (渡辺・板垣, 2000)。一方で、日本人は死を運命的なものとして是認しており、仏教に由来する「無常」観が独自の価値観を生み (渡辺・板垣, 2000)、日

本人の死生観・残骸観は仏教と民俗信仰との習合産物であるといわれる (藤井, 1989)。また、日本人は古来からお盆やお彼岸などの宗教行事、民族風習を重んじていることから、輪廻や再生 (生まれ変わり) の思想をもっている (大下, 2007)。これらのことから、日本文化の影響を受けている日本人は、独自の死のとらえ方や人生の終末期に関する認識をもつといえる。したがって、人の死にゆく過程をケアする看護師が、終末期ケアの場で発揮するレジリエンスも日本固有の文化的影響を受けていると考えられる。したがって、本研究では、レジリエンスに対する文化的影響を考慮し、研究対象文献を和文献に限定する。

I. 目的

終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスを、日本語で報告された看護研究の知見を統合することにより明示する。

II. 用語の定義

本研究では「レジリエンス」を、困難や葛藤を受容し、自分自身をエンパワメントしながら逆境をバネにしてみると健康的な状態に戻ろうとする適応力であり、その経験を通して成長・成熟する力、と定義する。

III. 研究方法

1. キーワードおよび文献集合体の絞り方

文献情報データベースは『医中誌Web (Ver. 5)』を用いた。検索式を (「終末期」 or 「ターミナルケア」) and (「看護師」) and (「対処」 or 「コーピング」 or 「適応」 or 「回復」) として、原著論文に限定し、発表年を指定せずに検索した。

2. 分析対象文献の選定

分析対象文献の選定基準は、「学術論文としての形式が整っている」「論文中に終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスに関する記述が含まれている」の条件をすべて満たすこととし、該当文献を選定した。

3. 分析方法

まず分析対象文献を、タイトル、研究目的、研究対象者の特徴 (看護師経験年数、終末期ケア経験年数、看護実践の場)、研究の種類、データ分析方法、著者名、誌名、巻 (号)、ページ、発表年、により整理した。次に分析対象文献それぞれから、終末期ケアに携わる看護師のレジエン

スに関する記述を抽出し、含まれる意味内容を忠実に表すように必要な語句を補いながら簡潔に表現し、コードとした。さらにそれらを意味内容の同類性に従って集め、サブカテゴリ、カテゴリとし、包含するコードの数を集計した。なお、分析過程においては、2名の研究者間で最終的な分析結果の一致をみるまで検討を重ね、質的研究の専門家1名のスーパーバイズを受けることで、真実性の確保に努めた。

IV. 結 果

検索の結果、122文献が抽出され(検索日:2015年5月1日)、選定基準を満たす15文献を分析対象文献とした(表1)。分析対象文献の研究対象者の看護師経験年数は1年未満から30年以上と多岐にわたり、終末期ケア経験年数については明確な記載のないものが大部分を占めていた。また、研究対象者の看護実践の場は、一般病棟8件、緩和ケア病棟2件、在宅1件、老人保健施設1件、記載なし3件であった。研究の種類は、質的研究13件、質・量併用研究が2件であり、質的研究、および質・量併用研究の自由記載部分のデータ分析方法はすべて内容分析であった。なお、質・量併用研究については、看護師のレジリエンスに関する記述が自由記載部分のみに含まれていたことより、自由記載部分のみを対象として記述を抽出した。

分析対象文献に含まれる終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスに関する記述から、58のコードが抽出され、25のサブカテゴリとなり、最終的に9カテゴリに分類された(表2)。【 】内をカテゴリ、「 」内をコードとして次に示した。

【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】は、終末期患者とのかかわりあいを通じて起こった出来事や経験した事柄、自らが実施したケアを肯定的に評価し、自身を看護師として価値ある存在と認知する力を示している。これには、「自分の行ったケアが、一人の患者の人生の最期において意味のあるものであったと評価する(大山, 2006)」「終末期患者とのかかわることを、人の生き様を学ぶというかけがえのない体験ととらえ、その体験によって自分も成長していると実感する(森本, 2014)」「患者との生前の思い出を非公式に他の看護師と語りあうなかで、自分がみんなと同じように患者をとらえていたことを確認し、自分の行った看護実践がよかったのだと納得する(鈴木・村岡, 2009)」などの13コードが含まれた。

【終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいをつける力】は、終末期ケアを通して感じた悲哀等の否定的感情を自発的に周囲の人々に吐露し共有してもらうこと

で、自らの感情を鎮め安定させる力を示している。これには、「臨死ケアの場面で生じるつらい・悲しい・むなしいといったストレスフルな気持ちを、その状況を直接・間接的に知っている職場の同僚・先輩などに表出する(上岡ら, 2000)」「終末期患者へのケアにおいて生じた葛藤に対して、問題を解決・改善するための意見交換ではなく、同期から共感の気持ちを得て気持ちの整理をする(垣本ら, 2005)」「重症な終末期患者と関わる際に感じる憂鬱さや、終末期患者を担当したくないという拒否の気持ちに対して、詰所でスタッフに相談することで共感を得て、悩んでいるのは自分だけではなかったのだと安堵する(瀧山ら, 2007)」などの10コードが含まれた。

【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】は、満足するケアが実施できない原因を顧みた際に自己の知識・技術不足を実感したとしてもそれを直視し、看護師としての責任を最大限果たすために労を惜しまずに取り組み続ける力を示している。これには、「終末期患者に対するケアが思いどおりにいかない際に、他のスタッフの終末期患者に対するかかわりや接し方を見て、自身の看護が終末期患者にとってどうだったか振り返り、他のスタッフと自分との終末期患者に対するかかわりや接し方の違いを見出す(小原ら, 2005)」「看護師が主体的にできる症状緩和があっても十分な知識がなく提供できないというジレンマに対して、書籍や研修会などががん患者の心理やコミュニケーション技術を学ぶ機会を活用する(横浜・森, 2013)」「終末期患者(患児)に対してどうしたらいいのかわからないという気持ちを抱きながらも、患者の傍にいて、患者を通じて家族とかかわる、患者・家族の話を傾聴するなど自分にできる精一杯のこゝろを行う(橋本, 2011)」「複雑な問題について考え、行動してみることで自分を納得させていく(横浜・森, 2013)」などの9コードが含まれた。

【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによる最良の解決策を導く力】は、独力では対応がむずかしい場面で、自ら他のスタッフに支援を求め、自己のケアをともに振り返りながら解決策を見出すなど、よりよいケアの実現に向けて他者の力を活用する力を示している。これには、「家族への対応がむずかしいと感じたときに自分一人の価値観や考えて対応すると、間違った思い込みのケアになってしまうので、自分の考えを整理するために同僚の看護師の意見を聞いたり一緒に考えてもらう(橋本, 2011)」「死に直面した患者の思いにうまく対応できない際に、カンファレンス等を利用して自分の感じた思いを話し、その問題をチームで共有し、助言を受けながら解決に向けて取り組む(中原ら, 2007)」など8コードが含まれた。

【人的環境の限界性がもたらす不全感を環境への操作に

表1 分析対象文献一覧

タイトル	研究目的	研究対象者の特徴			研究の種類	データ分析方法	著者名	誌名、巻(号)、ページ	発表年
		看護師経験年数	終末期ケア経験年数	看護実践の場					
緩和ケア病棟に勤務する看護師の癒しのケアの捉え方と援助を行う上での問題と対処	緩和ケア病棟に勤務する看護師の癒しのケアの捉え方と援助を行う上での問題と対処を明らかにし、終末期患者へ癒しのケアを実施する際の示唆を得ること	18~35年	2~10年	緩和ケア病棟	質的研究	内容分析	板村安記、岡光京子、貞永千佳生	看護・保健科学研究誌、15(1)、74-82	2014
在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレスと対処	訪問看護師のストレス軽減、対処能力の向上の方策を探る基礎的資料を得るため、訪問看護師のストレスと対処について訪問看護師の語りから明らかにすること	10~33年	記載なし	在宅	質的研究	内容分析	森本喜代美	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要(健康科学)、9、20-25	2014
ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法	ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処を明らかにすること	2年以上	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	横浜優子、森一恵	日本がん看護学会誌、27(3)、33-41	2013
小児ターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援に関する基礎的研究：ターミナルケアにおいて看護師が感じた困難への対処	小児のターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援を検討するために、看護師が感じた困難への対処を明らかにすること	若手看護師(2年未満)および経験豊富な看護師(5年以上)	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	橋本浩子	日本小児看護学会誌20(3)、82-88	2011
介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ	老健における看取りに対するかかわりと揺らぎの実態を明らかにすること	2~47年	記載なし	老人保健施設	質量併用	内容分析(自由記載部分)	原祥子、小野光美、大畑政子、岩郷しのぶ、沼本教子	日本看護研究学会雑誌、33(1)、141-149	2010
看取り時における看護師の感情のコントロール	看護師が患者の死と向き合いながら、看取り時の感情をどのようにコントロールしているかを明らかにすること	平均13.5年	記載なし	記載なし	質的研究	内容分析	中村智子、東めぐみ、因師美紀、高橋愛、内藤千鶴、藤田かおり、井野奈緒子、黒澤淳子、川名由希子、栗原碧、大橋貴子、水野富士子	日本看護学会論文集(看護総合)、40、195-197	2010
入退院を繰り返している血液がん患者を看取る看護師の感情とその対処	入退院を繰り返している血液がん患者を看取る際に、看護師がどのような感情を抱き、それにどのように対処するかを明らかにすること	血液がん看護経験3年目	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	鈴木玲子、村岡宏子	東邦大学医学部看護学教科紀要、22、1-9	2009
緩和ケア病棟における死に直面した患者の言動に対する看護師の言動に対する看護師のジレンマと対処	緩和ケア病棟における死に直面した患者の言動に関する看護師のジレンマと対処について明らかにし、今後の取り組み方を検討すること	5~30年	0.4~2年	緩和ケア病棟	質的研究	内容分析	中原佐苗、石原えり、北村充恵、古郡夏子	日本看護学会論文集(成人看護II)、37、192-194	2007
ターミナルケアにおける看護師の感情コントロール方法の検討	ターミナルケアに関わるとき看護師にはどのような感情が生じ、その感情をどのようにコントロールしているかを明らかにすること	記載なし	記載なし	記載なし	質的研究	内容分析	瀧山喜代美、錦織由紀子、佐藤鈴子	日本看護学会論文集(成人看護II)、37、18-20	2007
ターミナルケアに携わる看護師の精神的負担とケア継続要因	ターミナルケアを継続している看護師の精神的負担とケア継続要因を明らかにすること	記載なし	5年以上	一般病棟	質的研究	内容分析	大山暁子	日本看護学会論文集(看護管理)、36、133-135	2006
ターミナルケアにおける看護師の姿勢と心理的動向葛藤・コーピングの現状を知る	ターミナルケアに関わる対象者の葛藤を把握するとともに、個々のコーピングの現状をインタビューによって明らかにし、分析すること	2年以上5年未満	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	垣本尚美、浜崎美和、伊南友里子、瀧島章子、堀孔美恵、増岡孝子	日本看護学会論文集(看護総合)、36、247-249	2005
痛ターミナル患者との関わり：看護師が抱く否定的感情とその対処方法を通して	ターミナル患者と関わるなかで、①どのようなときに否定的感情を抱くのか、②その否定的感情はどのようなものか、③否定的感情への対処方法はどのようなものか、を明らかにすること	1年未満~18年	記載なし	記載なし	質的研究	内容分析	小原恵、實川雅子、国分真樹子	日本看護学会論文集(看護総合)、36、161-163	2005
終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤と対処	終末期がん患者のせん妄ケアにおいて、看護師が葛藤を感じる状況と看護師の葛藤への対処を明らかにし、看護師の葛藤への対処に向けた必要な支援のための示唆を得ること	5年以上	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	古郡夏子	高知女子大学看護学会誌、30(1)、38-39	2004
卒後2年目看護婦(士)の臨死ケア体験とそれに伴うストレスと対処	臨死ケアに直面する経験の浅い看護婦へのサポートの課題を検討すること	2年目	記載なし	一般病棟	質量併用	内容分析(自由記載部分)	上岡澄子、白石知子、和田恵美子	臨床看護研究、7(1)、9-18	2000
終末期癌患者への看護婦の感情の変化とその要因・対処法最る終入院から亡くなるまでの過程	告知されていない終末期の最終入院時から死に至るまで、看護婦の感情がどのように変化するかを実態調査し、さらに感情が変化する要因と対処法を明らかにすること	10年未満~20年以上	記載なし	一般病棟	質的研究	内容分析	徳竹秀子、堀内三枝子	日本看護学会集録、26回老人看護、66-69	1995

表2 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス

カテゴリ	サブカテゴリ
終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期患者とのかかわることを自分にとって意義のある経験だととらえること（4） ・患者に行ったケアを自分で振り返ることで患者にとっての自分の存在やケアを肯定的に意味づけること（4） ・患者の死後同僚とともに行った看護について振り返ることで実践した看護がよかったのだと納得すること（3） ・患者との間に起こった出来事を振り返ることで看護師としての自分の価値を確認すること（2）
終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいをつける力	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期ケアを行ううえで生じる否定的感情を同僚に表出することで気持ちを整理すること（6） ・同僚からの共感を得ることで悩んでいるのは自分だけではないと安堵すること（3） ・看取り時に感じた悲しみを患者の家族に表出して共有すること（1）
内省により自己の未熟さに向きあったうえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力	<ul style="list-style-type: none"> ・未熟な知識や技術を自己研鑽により向上させること（4） ・患者のために自分ができる精一杯のことをすること（3） ・困難に対して考えたり行動することをやめないこと（1） ・他のスタッフのケアと自分のケアを比較することで自分がケアを行う際に感じる困難の要因を見出すこと（1）
他者の支援を得ながら自己のケアを顧みること以最良の解決策を導く力	<ul style="list-style-type: none"> ・対応がむずかしい場面について同僚とともに振り返り解決策を見出すこと（7） ・患者のケアが思いどおりにいかない際、他者からの助言により成功体験をすること（1）
人的環境の限界性もたらす不全感を環境への操作により払拭させる力	<ul style="list-style-type: none"> ・看護独自の援助に限界がある場合に医師の助力を得ること（2） ・職種間の連携不足で患者・家族の希望に沿った終末期が過ごせていないときは看護師自らが積極的に介入すること（2） ・患者に十分な時間をかけてかかわれない状況から脱するために環境を変化させるよう働きかけること（1） ・主治医と看護師の方針が異なる場合、他の医師を巻き込んで対処すること（1） ・患者・家族間で意向の違いがある場合は看護師が間に入ることで調整や介入を行うこと（1）
患者・家族のおかれている状況を自己に投影して理解しようと尽力する力	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の苦悩や苦痛を自分の身に置き換えて考えること（2） ・患者・家族の望む終末期を過ごせるように患者・家族を理解しようと努めること（2） ・患者の訴えには必ず意味があると考えて患者と接すること（1）
死に対する否定的な固定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の死を苦痛から解放される肯定的なものとして意味づけること（2） ・自らに湧き起こる死に関連した否定的感情を否認しないこと（1）
患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮めること（2）
過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得すること（1）

【注】（ ）内はコード数を示す。

より払拭させる力】は、看護の職域の限界や時間的限界、職種間の連携不足、患者・家族間の意向の相違など、人的環境の弱みが招く不十分なケアにもどかしさを感じた場合に、周囲の医療職者や患者・家族などに看護師自らが働きかけることでよりよいケアを実現させ、否定的感情を緩和させる力を示している。これには、「看護独自のケアでは症状緩和ができない、もしくは苦痛が増す可能性を心配したときには医師に相談する（板村・岡光・貞永，2014）」「医療者と患者・家族の間で治療方針や目的が共有されていないというジレンマを感じたときに、患者・家族の思いを他職種に伝え、希望に沿えるよう調整を行う（横浜・森，2013）」などの7コードが含まれた。

【患者・家族のおかれている状況を自己に投影して理解しようと尽力する力】は、患者や家族が発する否定的な言動や反復する同一の訴えに直面した看護師自身の複雑な感情に対して、終末期にある患者とその家族の立場から深く理解することで得心しようと努める力を示している。これ

は、「頻回にナースコールがある際や痛みが和らがないことで感情をぶつけられたときには、もし自分が患者の立場だったらやっぱり同じような言動をするだろうと考え、患者の気持ちをくみとり、自分の気持ちに置き換える（瀧山ら，2007）」「終末期患者が同じ訴えを頻回にするときは、その訴えが患者にとって重要なことだと受け止め、その訴えが意味のあるものだととらえる（小原ら，2005）」などの5コードが含まれた。

【死に対する否定的な固定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力】は、死を悲しく苦しいものとする所論や死にゆく患者に向きあうなかで湧き起こる否定的感情を負い目に感じる状況を、死は苦しみからの解放ととらえ直すなど、従来とは異なる肯定的な見地から認識を変化させる力を示している。これは、「死が患者にとってどのような意味があったのか振り返り、死によって苦痛から解放されたなど、患者の死に対する肯定的な意味づけを行う（大山，2006）」「終末期患者を前にして感じる死への怖さ、重さ、時間的・

環境的な限界に対する葛藤、罪悪感、患者から死に関する感情を表現されることなどに対する負担感など、自らに湧き起こる否定的感情を否認しない（大山，2006）」など3コードが含まれた。

【患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力】は、患者の死後、心のなかで再び患者に語りかけ、患者と向きあうことで、死に対する悲しみや無念さ、生前の看護に対する自責の念を和らげる力を示している。これは、「忙しさのあまり患者に十分かわることができなかったという後悔に対して、亡くなった患者に線香をあげることで自分の気持ちを落ち着かせる（瀧山ら，2007）」など2コードが含まれた。

【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】は、終末期ケアにおけるむずかしさを感じた場合に、以前の看護実践で得た成功体験などを強みに自分を鼓舞し、再び患者家族に向きあえるよう再起する力を示している。これは、「家族を支えるむずかしさに対して、過去の経験で得た手ごたえをもとに困難なときこそ患者・家族に向きあう（橋本，2011）」という1つのコードが含まれた。

V. 考 察

1. 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスが発揮される背景

【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】は、多くの困難があり対応がむずかしいとされる終末期ケアのなかで看護師としての自身の存在意義を見出し、自己を肯定的に評価していくというレジリエンスである。終末期においては必ずしもケアによって症状緩和ができるとは限らず、看護援助の効果が得られない場合もあることから、終末期ケアに携わる看護師は不安全感を抱きやすい。そのような状況のなかで自己の実施したケアを肯定的に評価するためには、終末期を可能な限り安寧のなかで過ごし、自分らしく生き抜くことに価値があると考え、人生の最期のあり方に対する肯定的な価値観を有していることが不可欠であると考え。また、逃れられない死を前にして患者が最期の瞬間までの時間をどのように過ごしたいと考えているかをくみとり、それを実現させる、あるいは近づける努力をすることで患者・家族の思いに応えることに看護の意義を感じられることが前提となる。このことから、【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】は、終末期ケアに携わる看護師としての価値を患者・家族の思いに応えることにおくことで発揮が助長されるレジリエンスであるといえる。また、【死に対する否定的な固定観念を払拭し柔

軟にとらえ直す力】は、死や死にゆく過程に対して抱いていた敗北感、畏怖の念や悲痛な思いなどの従前の否定的なとらえ方を、患者を看取る体験を通して肯定的なものに転換させるといふレジリエンスである。このレジリエンスは、死や死にゆく過程を肯定的にとらえるという意味を含む点で、先述した【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】と類似している。【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】が発揮される前提は、死や死にゆく過程に肯定的な意味を見出し、患者・家族の最期の思いに応えることに看護師としての価値をおくことであると推察され、【死に対する否定的な固定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力】は死や死にゆく過程に対する価値観を肯定的なものに改めることである。このことから、前者のレジリエンスが発揮されることで後者のレジリエンスが強化され、また後者が発揮されることで前者が強化されるという関係性があることとらえることができ、これら2つのレジリエンスは相互強化の関係にあると考えられる。

一方で、死に対する否定的なイメージは根強く、肯定的にとらえようと努力しても容易にできるものではない。死に対する価値観の転換については、経験年数を経るに従い、死を「別れ」「寂しい」などから「自然」「穏やか」などととらえられるようになる（斉藤・水野・小山・坂口・竹尾，2000）という見解もあり、終末期ケアにおいて多くの患者・家族とかわるなかで否定的な価値観を肯定的なものに変化させるうえで有用な経験を蓄積することが必要であると考えられる。そのような有用な経験を蓄積するためには、終末期の患者・家族と真摯に向きあい、日々の看護実践に対する自己省察を重ねていくことが必要であり、【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】や【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】の発揮とも関連すると考えられる。【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】は、日々を漫然と過ごすのではなく、自身のケアの内省を繰り返しながら看護師としての自己を見つめ直し、未熟な部分を補おうと行動に移すレジリエンスである。また、患者・家族に対する現状のケアに満足せず、さらなるQOL向上が実現するケアを目指そうとする向上心とそれを実行する行動力をもっている状態を示している。このレジリエンスを発揮することによって、患者・家族に真摯に向きあう自分を肯定的に評価できるだけでなく、自己研鑽の成果としてよりよい看護が提供できると考えられる。また、【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】は、過去の終末期ケアに関する成功体験に基づいて発揮されるレジリエンスであり、これまでの実践のな

かで、自身の看護に手応えを感じる体験を有していることが前提となる。成功体験を得るためには、自己の未熟な部分を補うために継続的な自己研鑽をし、患者からのフィードバックを真摯に受け止め、また、日々の終末期ケアをその都度振り返り患者・家族にとってよりよい看護を志向し続ける姿勢が重要であり、この点でこのレジリエンスは【内省により自己の未熟さに向きあったうえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】と共通しているといえる。

【患者・家族のおかれている状況を自己に投影して理解しようとする力】は、終末期ケアに伴う患者・家族の死に向きあうつらさ、人生の最期という重大な節目にかかわるなかで患者・家族からの要求が多いなどの困難の渦中にあっても、患者・家族の立場に身をおいてその思いを理解し、よりよいケアにつなげることに力を尽くせるというレジリエンスである。このことは、Nightingale (1960/2011) による「自分自身は決して感じたことのない他人の感情のただなかへ自己を投入する」ことと一致しており、他者理解が重要とされる看護の基盤となるものである。平野は、レジリエンスを促進させる要因を、後天的に取得できる獲得的レジリエンス要因と、個人が生まれながらに持っている資質的レジリエンス要因とに分類しており、獲得的レジリエンス要因の一つとして“他者心理の理解”をあげている (2010, p.99)。すなわち、看護の基盤である他者の立場でその人を理解しようとする力は、後天的に獲得できるといえるため、このレジリエンスを高めることは終末期ケアに困難を感じそこから立ち直ることができないすべての看護師にとってきわめて意義があると考えられる。これは、“他者心理の理解”が新人看護師の職業継続に有意に影響する因子であるという高口・伊藤・渡邊・盛田 (2014, p.285) の見解によっても支持され、終末期に携わる看護師のバーンアウトを防ぐうえでも有用であると考えられる。

【患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力】は、死後の患者の存在を信じる霊的なレジリエンスであり、生前の患者とのかかわりを、心のなかの患者と共に回顧する過程を通して悲しみやケアへの不全感を鎮静化させる力を示している。“終末期に関する哀傷や罪責感を鎮める”ために採用する方略としては、一人で患者・家族に向きあう方法と、デスカンファレンスなど他者の力を活用する方法の2種類があると考えられる。【患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力】は前者の方法を用いるレジリエンスであり、【終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいをつける力】というレジリエンスは後者を用いている。いかに患者と真摯に向きあい、看護師としての力を尽くしたとしても、患

者の死後の哀傷を回避することは困難であるため、終末期ケアに携わる看護師は、自分自身の力や他者からの支援を発動させることで患者の死と向きあい、情緒的安定を取り戻し、次の患者のケアに向かうと考えられる。

【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによって最良の解決策を導く力】は、終末期ケアに伴う困難や対応のむずかしさを感じた際に、それを改善したいという思いのもと他者からの援助を得ようと自らが働きかける力を示している。ここで重要なのは、その他者からの援助をただ鵜呑みにするのではなく、自らの看護を振り返る材料として用い、さらなる看護の高みを目指して問題の解決策を模索するという点である。現在、多くの病棟でカンファレンスが設けられており、それは他者からの支援を得るために有用な取り組みであるといえる。しかし、【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによって最良の解決策を導く力】を発揮するためには、単にカンファレンスに参加するだけでは不十分であり、日頃から自分の看護を振り返りながら問題意識をもち、それを改善したいという思いをもって主体的にカンファレンスに臨むことが求められると考えられる。また、他者からの支援は、内省により自己の未熟さに向きあうことを助長すると推察される。したがって、【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによって最良の解決策を導く力】は、先述した【内省により自己の未熟さに向きあったうえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】を強化するレジリエンスであるともいえる。

【人的環境の限界性がもたらす不全感を環境への操作により払拭させる力】は、主に人的要因がもたらす終末期ケアに伴う困難や不全感に対して、それを改善したいという思いを根底にして、その困難の要因となっている人物や、その困難に関連する人々に対して看護師自らが直接働きかける力を示している。病院をはじめとする医療福祉施設には人間的・時間的制約があり、すべての患者の希望に添った看護を提供することのむずかしさは計り知れない。そのような状況においても、一人でも多くの患者の思いに応えようと諦めずに働きかけ、ときにはその患者・家族の代弁者として他職種へアプローチしていく姿勢が求められるといえる。これは限界を感じる状況においても働きかけることを諦めないという点で【内省により自己の未熟さに向きあったうえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】と類似している。

2. 終末期ケアの場の特徴からみた看護師のレジリエンス

【終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいをつける力】【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによって最良の解決策を導く力】【人的環境の不備がもたらす不全感を環境への操作により払拭させる力】は、状況を改

善するために人的・物的資源を活用する力という点で共通している。これは、同僚や他職種などの人的資源を活用するために積極的に働きかける力であるが、誰に対しても通用するわけではない。すなわち、困難を打ち明けられる程度の信頼関係があって初めてレジリエンスが発揮できる。看護師のレジリエンスの要因となる環境因子として、職場の関係者との良好な関係が43.8%を占めていることが、清野・森・井上・石川（2012）の研究によって明らかになっている。このことから、看護師は日々の日常のなかで無意識あるいは意識的に他者と関係を形成し、困難に直面した際には自身で気持ちを打ち明ける他者を選択していると考えられる。単に人的資源を活用しているのではなく、その背景には資源の選別や日々の関係形成が重要であり、レジリエンス発揮の基盤を形成するために日々周囲の環境を整備していることが示唆される。一方で、【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】【死に対する否定的な固定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力】【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】【患者・家族のおかれている状況を自己に投影して理解しようと尽力する力】【患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力】は、個人で発揮されるレジリエンスであるため、多くのスタッフが常駐する病院・施設だけでなく、スタッフの少ない地域医療等の現場でも発揮できるレジリエンスである。このことから、これらのレジリエンスは、常に他者からの援助を受けることがむずかしい終末期ケアの場において極めて有用な力になることが示唆される。以上より、本研究で得られた9つのレジリエンスは他者との関係性のなかで発揮されるレジリエンスと、単独でも発揮が可能なレジリエンスに大別できるといえる。

3. 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス獲得・向上に向けた提言

本研究で得られた9つのレジリエンスは、終末期ケアに携わる看護師が、死や死にゆく過程・人生の最期のあり方に対する肯定的な価値観をもち、終末期ケアの意義が患者や家族の希望する終末期の過ごし方を実現することにあるととらえ、看護経験の蓄積過程で自己省察を積み重ね、自己の未熟さに向きあいつながりながら自己研鑽を行い、看護の基盤である他者理解の力を獲得するために尽力し、ときには他者の支援を求めながら、医療チームのなかで役割を果たすことによって培われてきたものと推察された。また、これらのレジリエンスは、周囲の人的資源を効果的に活用することで発揮されるものと、単独でも発揮可能なものがあると考えられ、病院、施設、在宅などあらゆる終末期ケアの

場の看護師が獲得することが期待される力であるといえる。レジリエンスを獲得するためには、個々の看護師がレジリエンスが培われる状況を主体的につくること、すなわち、日々の看護実践において価値観の転換や内省の習慣化、自己研鑽、人間関係構築力向上のための努力を継続的に行う必要がある。これらによって、終末期ケアに携わる看護師がレジリエンスを獲得あるいは向上させることができれば、終末期患者と家族に対するよりよい看護実践、ひいては患者・家族のQOL向上がもたらされる。

結 論

1. 和文献の知見を統合することにより、終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスとして、【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】【終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいつける力】【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによる最良の解決策を導く力】【人的環境の限界性もたらす不全感を環境への操作により払拭させる力】【患者・家族のおかれている状況を自己に投影して理解しようと尽力する力】【死に対する否定的な固定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力】【患者の死後患者と改めて対峙することで哀傷や罪責感を鎮める力】【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】の9つが明示できた。
2. 本研究で得られた9つのレジリエンスは、終末期ケアに携わる看護師が、死や死にゆく過程・人生の最期のあり方に対する肯定的な価値観をもち、終末期ケアの意義が患者や家族の希望する終末期の過ごし方を実現することにあるととらえ、看護経験の蓄積過程で自己省察を積み重ね、自己の未熟さに向きあいつながりながら自己研鑽を行い、看護の基盤である他者理解の力を獲得するために尽力し、ときには他者の支援を求めながら、医療チームのなかで役割を果たすことによって培われてきたものと推察された。
3. 本研究で得られた9つのレジリエンスの獲得・向上のためには、日々の看護実践において価値観の転換や内省の習慣化、自己研鑽、他者理解の力の獲得、人間関係構築力向上のための努力を継続的に行う必要があると考えられた。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

目的：終末期ケアに携わる看護師のレジリエンスを和文献の知見を統合して明示する。

方法：『医中誌web』で検索を行い、15文献を分析した。

結果：【終末期患者とのかかわりあいを通して看護師としての自己価値を高める力】【終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折りあいをつける力】【内省により自己の未熟さに向きあううえで職務を果たそうと限界を定めずに努力し続ける力】【他者の支援を得ながら自己のケアを顧みることによって最良の解決策を導く力】【過去の看護実践で得た手応えに立脚して自信を再獲得する力】など9つのレジリエンスが得られた。

結論：終末期ケアに携わる看護師がこれらのレジリエンスを獲得するためには、日々の看護実践において、死や死にゆく過程・人生の最期のあり方に対する価値観の転換、看護実践に対する内省の習慣化、自己の未熟さに直面したうえでの自己研鑽、他者理解力の獲得、人間関係構築力向上のための努力を継続的に行う必要がある。

Abstract

Purpose: The present study aimed to examine the resilience of nurses involved in end-of-life care by integrating knowledge obtained from literature written in Japanese.

Method: We conducted a qualitative analysis of descriptions from 15 references obtained from Ichushi-Web.

Result: The following nine characteristics were extracted, including the abilities to: [increase their own value as nurses through interaction with end-of-life patients], [share pain and sadness due to end-of-life care with others and cope with them], [reflect on themselves to face their own immaturity and continue to exert efforts to fulfill their duties without limiting themselves], [develop the best solutions by reflecting on their care while receiving support from others], and [restore confidence based on their experiences acquired through the implementation of nursing care].

Conclusion: To enhance their resilience, nurses involved in end-of-life care should continue to exert efforts to: change their “values regarding death, its process, and the end-of-life phase”, develop the habit of reflecting on themselves in relation to nursing practice, face their own immaturity and train themselves, enhance their ability to understand other people, and improve their skills to develop relationships in daily nursing practice.

文 献

- American Psychological Association (2011). The road to resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- 藤井正雄 (1989). 日本人の死生観の特徴. 医学のあゆみ, 150(5), 327-329.
- 福田紀子 (2004). 看護師のメンタルヘルス支援. 野末聖香 (編著). リエゾン精神看護：患者ケアとナース支援のために. 258, 東京：医歯薬出版.
- 古郡夏子 (2004). 終末期がん患者のせん妄ケアにおける看護師の葛藤と対処. 高知女子大学看護学会誌, 30(1), 38-39.
- Grotberg, E.H. (1999). *Topping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. New Harbinger Pubns.
- 橋本浩子 (2011). 小児ターミナルケアに携わる若手看護師への教育支援に関する基礎的研究：ターミナルケアにおいて看護師が感じた困難への対処. 日本小児看護学会誌, 20(3), 82-88.
- 東 美香 (2012). 患児を看取ったことで看護師が受ける感情：受け持ち看護師としての感情とその影響因子. 日本看護学会論文集 (看護管理), 42, 341-344.
- 平野真理 (2010). レジリエンスの資質的要因・獲得的要因の分類の試み：二次元レジリエンス要因尺度 (BRS) の作成. パーソナリティ研究, 19(2), 94-106.
- 井原 裕, 尾形広行, 犬塚 彩, 多田則子, 永井敏郎, 水野基樹 (2009). 看護師レジリエンス尺度の信頼性と妥当性. 産業保健人間工学研究, 11(増補), 82-85.
- 石井京子 (2009). レジリエンスの定義と研究動向. 看護研究, 42(1), 3-14.
- 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香, 西村明子, 新家一輝, 町浦美智子, 大平光子, 上田恵子, 仁尾かおり (2007). 患者のレジリエンスを引き出す看護者の支援とその支援に関与する要因分析. 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 21-29.
- 板村安記, 岡光京子, 貞永千佳生 (2014). 緩和ケア病棟に勤務する看護師の癒しのケアの捉え方と援助を行う上での問題と対処. 看護・保健科学研究誌, 15(1), 74-82.
- 垣本尚美, 浜崎美和, 伊南友理子, 瀧島章子, 堀孔美恵 (2005). ターミナルケアにおける看護師の姿勢と心理的動向：葛藤・コーピングの現状を知る. 日本看護学会論文集 (看護総合), 36, 247-249.
- 木澤義之 (2015). アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ. 緩和ケア, 25(3), 174-177.
- 厚生労働省 (2011). 人口動態統計年報：死亡 (第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suui10/dl/s03.pdf>
- 厚生労働省老健局 (2013). 地域包括ケアシステムについて. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryou1.pdf>
- Masten, A. S., Best, K.M, and Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*, 2(4), 425-444.
- 松尾 綾, 前田由紀子 (2015). レジリエンスと問題解決に向けた行動特性との関連：看護大学生のインタビューからの比較検討. 西南女学院大学紀要, 19, 27-36.
- 森本喜代美 (2014). 在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレスと対処. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要 (健康科学), 9, 20-25.
- 中原佐苗, 石原えり, 北村充恵, 古郡夏子 (2007). 緩和ケア病棟

- における死に直面した患者の言動に対する看護師のジレンマと対処. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 37, 192-194.
- 中村智子, 東めぐみ, 凶師美紀, 高橋 愛, 内藤千鶴, 藤田かおり, 井野奈緒子, 黒澤淳子, 川名由希子, 栗原 碧, 大橋貴子, 水野富士子 (2010). 看取り時における看護師の感情のコントロール. 日本看護学会論文集 (看護総合), 40, 195-197.
- 中山 恵, 達村真理子, 江藤由美, 大西香代子 (2007). 外科系病棟での看護師のバーンアウトと職場ストレス要因およびコーピングの関連. 日本看護学会論文集 (看護管理), 38, 416-418.
- Nightingale, F. (1960) / 湯楨ます, 薄井坦子, 小玉香津子, 田村眞, 小南吉彦 (2011). 看護覚え書: 看護であること・看護でないこと (改訂第7版). 227, 東京: 現代社.
- 野村佳香, 谷奥美紀 (2012). 死にゆく患者への関わりの中で看護師の抱く感情. 2011年度 (前期) 勇美記念財団在宅医療助成報告書, 7.
- 小原 恵, 實川雅子, 国分真樹子 (2005). 痛ターミナル患者との関わり: 看護師が抱く否定的感情とその対処方法を通して. 日本看護学会論文集 (看護総合), 36, 161-163.
- 大下大圓 (2007). 日本人にとっての死. *EMERGENCY CARE*, 20(10), 18-22.
- 大山暁子 (2006). ターミナルケアに携わる看護師の精神的負担とケア継続要因. 日本看護学会論文集 (看護管理), 36, 133-135.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resilience to psychiatric disorder. *Bri J Psychiatry*, 147, 598-611.
- 斉藤奈穂子, 水野正之, 小山智史, 坂口三枝子, 竹尾恵子 (2000). 看護職の死をめぐる考え方について. 看護展望, 25(8), 951-959.
- 逆井麻利, 松田英子 (2009). 終末期医療に携わる臨床看護職者のストレスとストレス関連成長 (Stress-Related Growth) に関する研究. 健康心理学研究, 22(2), 40-51.
- 佐藤宜子, 村中寿江, 間山康子 (2007). 臨床看護師の共感性に影響を与える要因の検討: 仕事ストレスとの関係を中心に. 日本看護学会論文集 (看護総合), 38, 69-71.
- 清野純子, 森 和代, 井上真弓, 石川利江 (2012). 看護師のレジリエンスに影響する要因の検討. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 11(1), 127-134.
- 隅田千絵, 細田泰子, 星 和美 (2013). 看護系大学生の臨地実習におけるレジリエンスの構成要素. 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 59-67.
- 砂賀道子, 二渡玉江 (2011). がん体験者のレジリエンスの概念分析. *THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL*, 61(2), 135-143.
- 鈴木玲子, 村岡宏子 (2009). 入退院を繰り返している血液がん患者を看取る看護師の感情とその対処. 東邦大学医学部看護学科紀要, 22, 1-9.
- 高口みさき, 伊藤やよい, 渡邊裕之, 盛田吉子 (2014). 新人看護職員の職業継続に影響する要因: 「二次元レジリエンス要因尺度」を使用した1684名の調査から. 看護管理, 24(3), 282-288.
- 瀧山喜代美, 錦織由紀子, 佐藤玲子 (2007). ターミナルケアにおける看護師の感情コントロール方法の検討. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 37, 18-20.
- 谷口清弥, 宗像恒次 (2010). 看護師のレジリエンスにおける心理行動特性の影響—共分散構造分析による因果モデルの構築. メンタルヘルスの社会学, 16, 62-70.
- 谷口清弥 (2012a). 看護師のメンタルヘルスとレジリエンスに関する集団介入支援. *Journal of Health Counseling*, 18, 19-26.
- 谷口清弥 (2012b). 看護師のメンタルヘルスとレジリエンス支援プログラムによる介入の有効性: アサーションプログラムとの比較から. メンタルヘルスの社会学, 18, 41-49.
- 上岡澄子, 白石知子, 和田恵美子 (2000). 卒後2年目看護婦 (士) の臨死ケア体験とそれに伴うストレスと対処. 臨床看護研究, 7(1), 9-18.
- 若崎淳子, 谷口敏代, 掛橋千賀子, 森 將晏 (2007). 成人期初発乳がん患者の術後のQOLに関わる要因の探索. 日本クリティカルケア看護学会誌, 3(2), 43-55.
- 渡邊亜紀子, 操 華子 (2011). 最新看護情報: レジリエンス向上をめざした糖尿病教育の提案. 月刊ナーシング, 31(7), 108-113.
- 渡辺喜勝・板垣恵子 (2000). 意識調査に見る現代日本人の「死」の意味. 東北大医短部紀要, 9(1), 103-114.
- 横浜優子, 森 一恵 (2013). ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法. 日本がん看護学会誌, 27(3), 33-41.

〔平成28年7月29日受 付〕
〔平成29年1月16日採用決定〕

— 研究報告 —

ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方

Aging Experience of the Elderly Residing Alone Requiring Support or Long-Term Care

沖 中 由 美
Yumi Okinaka

キーワード：老い，独居，要支援・要介護，高齢者，在宅ケア

Key Words：aging, living alone, requiring support or long-term care, elderly, home care

緒 言

わが国では急速な高齢化の進展とともに，要介護状態で自宅で生活する高齢者が増加し，平成26年度の65歳以上の単独世帯は25.3%に上り，増加傾向にある（内閣府，2016）。こうした社会背景において，病気や障がいをもっている在宅で暮らし続けるための地域包括ケアが推進されるなか，要介護高齢者は自らの病気や障がいとともにどのように老いを生きるのかを探りながらいまを生活している（沖中，2011）。老いは，正と負の両義的な意味をもち，経験と無用，知恵ともの忘れ，指導性と依存性，威信と弱さを同時にはらんでいる（栗原，1997）一方，老いることは偉大な特権であり，長い人生を振り返りつつ人生を体験できる（Erikson & Erikson, 1997/2001）といわれる。生産性に価値をおく社会文化的価値観のなかで人生経験を重ねてきた高齢者は，加齢とともに身体機能が低下したいま，老いや身体障害に対する自らの価値意識に基づいて生きる意味を問うことになる（沖中，2006）。高齢者が虚弱な状態で，ひとりで暮らすことは，日常生活のあらゆる場面で，自分ができること，できないことに直面する体験となり，その体験の積み重ねは，自らの老いをどのように生きるかという人生における課題となる。

先行調査において，独居高齢者は，在宅療養生活を継続するうえで，健康上の不安をかかえながらも自律心を持ち，公的サービスや地域社会の人間関係など社会資源を利用することにより日常生活を維持しており（河野・田高・岡本・国井・山本，2009；蒔田・河村，2012），物理的，情緒的に身近な人からのサービスを獲得しながら生活していること（山根・百瀬・松岡，2012）が報告されている。つまり，独居高齢者は，日常生活上のすべてを他者に委ねることなく自分一人で行うという自立ではなく，加齢や疾病によって心身機能が低下したとしても，残された能力を活かし，もてる力を発揮するという自律した生活を送るこ

とになる。しかし，独居高齢者が自分のことは自分であることが在宅で療養生活を送るうえで心理的な支えであったとすると，自立と依存のバランスをとりながら生活せざるを得ない虚弱な独居高齢者にとって，自立心が高いほど病気や加齢変化によってできない自分に対峙したとき，自らが老いを生きる意味や存在意義が揺らぐのではないかと考える。さらに，独居高齢者は，都市部と農村部で健康や生活などの認識や対処行動が異なることや（河野ら，2009），近隣との関係性や慣習が社会的孤立に影響すること（工藤・佐伯，2012；田高・河野・国井・岡本・山本，2013）が報告されている。要支援・要介護状態の独居高齢者がどのように自らの老いを生きるかは，個々の人生経験のなかで取り込まれてきた老いと要介護状態になることに対する価値意識に加え，暮らす地域の特性に影響されるといえる。ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者が，どのように老いを生きているのかを明らかにすることは，病気や障がいとともに在宅で暮らし続ける地域包括ケアシステムが推進されるなか，いまを生きる高齢者の望む生き方を支え，quality of lifeを保障する支援のあり方を検討するうえで非常に重要である。

I. 研究目的

本研究は，ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者がどのように老いを生きているのかを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本研究において，老いの生き方とは，多様な人生経験を通して老いることに対するその人の価値意識に基づいて，加齢変化や疾病のために要支援・要介護状態となった高齢者自身が抱く思い，考え，感情や行動とする。

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方という現象を明らかにし、その現象を記述することを目的としているため、質的記述的研究デザインを採択した。

B. 対象者

対象者は、中国・近畿地方2市3か所の地域包括支援センターおよび訪問看護ステーション（以下、事業所）を利用している要支援者または要介護者であり、質問を理解し返答ができるコミュニケーション能力があることを担当の居宅介護支援専門員が判断した65歳以上の独居高齢者とした。なお、認知症やうつ病と診断されている人に対しては、病状経過のなかで症状が安定していると担当のケアスタッフと家族が判断し、協力依頼に同意された場合に限り対象者とした。調査地は、2013年の調査時に高齢化率25.3%の都市部および高齢化率30.9%の農村部である。

C. データ収集方法

研究協力にあたって、まずは事業所の管理者と訪問看護師に研究趣旨と方法について文書と口頭で説明し、管理者の署名にて実施許可を得た。対象者については、精神的・心理的な理由で研究協力の意思を自己決定できない人を除外するよう依頼した。そのうえで、管理者または担当ケアスタッフから対象者に、研究者が研究協力の依頼についての説明のために自宅訪問することと連絡先を教えることについて、本人が内諾書へ署名することにより承諾を得た。なお、身体的理由により内諾書への署名が困難な場合は代筆としていたが、該当者はいなかった。

データ収集について、半構造化面接法により実施した。面接内容は、病気や治療の状況、身体および精神症状などの健康状態、日頃の生活の様子とケアサービスの利用状況および家族・近隣からの支援の状況、ひとりで生活すること、老いることに対する思い、これまでの生活史についてとした。面接は、60～100分の面接を1回、対象者の自宅で行った。調査時期は2013年8月から9月であった。

D. 分析方法

面接時の語りと観察内容を逐語録に起こしたものをデータとし、繰り返し読むことで全体像を把握した。次に、逐語録から、自らの老いとひとりで生活すること、要支援・要介護状態にあることに対する思いや感情と健康管理や生活上の困難や対処といった生活行動を表している部分を意

味あるまとまりごとに抜き出し、その意味内容を解釈して簡潔な表現にまとめることによりコード化した。さらに、コード間の意味の類似性・相違性を比較してサブカテゴリーとして分類し、抽象度を上げながら共通する意味内容ごとにまとめ、カテゴリー化した（グレッグ・麻原・横山、2007）。

分析にあたり、担当の訪問看護師や介護支援専門員に対象者の語りをどのように解釈したのかを説明し、それが納得できるかを確認し、対象者以外の独居高齢者においてカテゴリーの内容が該当するのかについて高齢者看護の専門家に意見を求め確認を得た。

E. 倫理的配慮

研究依頼において、強制力が働かないように研究者が直接対象者に研究協力を依頼し、研究趣旨、個人情報保護の遵守、研究協力は自由意思であり協力を拒否した場合にも現在利用中のサービスに何の不利益も被らないこと、結果公表と匿名性の確保について、文書と口頭で説明し署名にて同意を得た。自宅での調査にあたっては事前に時間を確認したうえで訪問し、とくにプライバシーの保護に努め、日常生活に支障のある時間帯を避けるとともに、面接中の対象者の体調に配慮した。また、ひとり暮らしであることや、認知症やうつ病と診断されている人への配慮として、自宅訪問時、馴染みのケアスタッフと同行し体調管理を行ったうえで面接を実施した。面接前後を通して本研究に関する対応として、事業所および対象者に、研究者の連絡先を提示した。本研究は、島根大学看護研究倫理委員会の承認（承認番号：第204号）を得て実施した。

Ⅳ. 結果

A. 対象者の概要

対象者は、60歳代後半から90歳代前半までの女性11名、男性2名であり、5名が都市部、8名が農村部で暮らし、9名が要支援、4名が要介護の認定を受けていた（表1）。

B. ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方

分析の結果、2カテゴリーと8サブカテゴリーが抽出された（表2）。ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者は、【老いとともにひとりで暮らす自由と孤独と緊張感】という思いや感情のなかで、【老いてもいまの自分にできることを試し続ける】という行動をとりながらいまを生きていた。以下、カテゴリーごとに、代表的な語りを引用しながらサブカテゴリーを用いて説明を記述した。なお、カテゴ

ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	要介護認定	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度判定	主な疾患・症状	住宅	居住地	独居期間	利用サービス
A	80歳代後半	男性	要介護1	A1	自立	臀部慢性膿皮症	団地	都市部	3年	訪問看護1回/週 訪問介護3回/週
B	80歳代後半	男性	要介護3	A2	自立	腰部脊柱管狭窄症, 狭心症, うつ病, 大動脈解離	一軒家	都市部	1.5年	訪問看護1回/週 訪問リハ1回/週 通所リハ2回/週
C	80歳代前半	女性	要介護2	A2	Ⅲa	アルツハイマー型認知症, 肺がん, 糖尿病	団地	都市部	1年	訪問看護1回/週 訪問介護7回/週
D	90歳代前半	女性	要支援2	B1	Ⅱa	心不全, 高血圧, 腰部高度変湾	団地	都市部	15年	訪問看護1回/週 訪問介護3回/週
E	70歳代前半	女性	要支援1	J1	自立	反応性うつ病, 軽度認知障害	団地	都市部	6年	訪問看護2回/月 訪問介護1回/週 通所リハ1回/週
F	70歳代後半	女性	要介護2	A2	Ⅱb	高血圧, 認知症, うつ病, 乳がん, 大腸がん, 胃痛	一軒家	農村部	6年	訪問介護7回/週 訪問入浴3回/週
G	70歳代後半	女性	要支援2	J2	自立	脳出血, 狭心症	一軒家	農村部	17年	通所介護3回/週
H	60歳代後半	女性	要支援2	A1	自立	頸椎症性脊椎症, 変形性膝関節症	一軒家	農村部	10年	通所リハ2回/週 訪問介護1回/週
I	80歳代前半	女性	要支援2	A1	自立	高血圧, 腰椎圧迫骨折	一軒家	農村部	独身	訪問介護2回/週
J	80歳代前半	女性	要支援1	A2	自立	左大腿骨頸部骨折(大腿骨頭置換 術), 脳梗塞, 高血圧	一軒家	農村部	13年	訪問介護1回/週
K	80歳代後半	女性	要支援1	J2	自立	白内障, 骨粗鬆症	一軒家	農村部	8年	訪問介護2回/週
L	80歳代前半	女性	要支援1	J1	自立	うつ病, 高血圧, 糖尿病, 両膝痛	一軒家	農村部	10年	通所介護1回/週
M	90歳代前半	女性	要支援1	J2	自立	高血圧, 腰痛, 変形性膝関節症	一軒家	農村部	14年	訪問介護2回/週

表2 ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
老いとともにひとりで暮らす自由と孤独と緊張感	配偶者との離別による喪失感と自由	配偶者との死別は想像を絶する喪失だった 妻役割から解放されたひとり暮らしの自由
	日常的な緊張と不安	生命の危機感 緊急時に備えて準備する
	昔なじみの人がいなくなりケアスタッフがいまの支え	昔なじみの人が次第にいなくなる いまはケアスタッフが馴染みの人
	子どもの考え次第でいずれは家を出る覚悟	将来は子どもに期待してもいまは頼らない 住み慣れた家と土地を離れる覚悟
老いてもいまの自分のできることを試し続ける	衰えゆく身体と健康は自分で護る	衰えゆく身体と記憶 自分なりの方法で健康を護る
	自分に見合った活動をする	暮らす地域の利便性と経済力と身体機能に応じた移動手段による外出 外出がままならないため家にいる
	老いを生きぬく力がある	強い身体と心で苦難を乗り越えてきた体験 生きる目的を探る
		達成感が生きる活力 自分にしかない役割 異世代との新たな交流
	老いに立ち向かわず受け入れる	穏やかに老いを生きる 人生終焉の準備をする

リーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, コードは[], 語りは「 】, 語りを補足する語句は()で示し, アルファベットは対象者を表す。

1. 【老いとともにひとりで暮らす自由と孤独と緊張感】

このカテゴリーは, 加齢変化や疾病により変化自身の身体・精神的能力の低下を自覚しながら, 都市部や農村部の地域で, 要支援・要介護高齢者がひとりで生活するなかで抱く思いや考え, 感情を表している。

配偶者と死別した独居高齢者は, 〈配偶者との離別による喪失感と自由〉を感じていた。そして, 虚弱な状態でひとりでいることによる〈日常的な緊張と不安〉を抱くなかで, 近隣や知人など〈昔なじみの人がいなくなりケアスタッフがいまの支え〉となり, 〈子どもの考え次第でいずれは家を出る覚悟〉をしていた。

a. 〈配偶者との離別による喪失感と自由〉

配偶者との死別体験について, 「ほんまに家内にまた会いたいんです。そういう思いがものすごく(強い)。だから, 1人で生活するの苦労しているんです。(A)」と, 妻との離別は1日の生活が整わなくなるほど衝撃的であり, 「(妻が) 生きている間は何とも思わないでいましたけど, 亡くなったら, その存在感はすごく大きい。(B)」と, 独居高齢者は, ひとりで暮らしになって配偶者の存在の大きさを実感し, 「配偶者との死別は想像を絶する喪失だった」とらえていた。また, 夫と死別した女性は, 「主人はどちらかといったら昔の人間ですけんね。物一つ買うにも主人の許可を得て。それがね, ひとりになったら何でも自由になる。(G)」など, 「妻役割から解放されたひとりで暮らしの自由」を感じていた。

b. 〈日常的な緊張と不安〉

ひとりで暮らしの要支援・要介護高齢者は, 体調変化などの緊急時にタイムリーに手助けしてもらえないため, 「自宅で自分1人だとちょっと心配だという人はけっこういるんですよね。あの人なんか, 階段から転げ落ちて, 死んどられたらしいよとかね。(H)」と, 「生命の危機感」を日常的にかかえ, 「隣の大家さんに(安否確認のために) 窓の外に毎日風呂敷をかけとくから, それがかかってなかったら, 私の里へ(連絡して), 葬式してもらうように頼んであるから。(I)」と, 「緊急時に備えて準備する」という行動をとりながら日常を過ごしていた。

c. 〈昔なじみの人がいなくなりケアスタッフがいまの支え〉

独居高齢者は, 長年同じ土地に暮らしていても, 「ひとりで死んどったらね, どないもならへんやんか。やっぱり隣近所, もう本当に昔と違ってね, あんまり交流はなくなってます。(C)」と, 近隣との関係性が希薄化していることを感じ, 「歳がたって老いる。あんまり, いいと思わ

ないな。自由が, もう身体が。90ぐらいなるとねえ, だいたい友達もおられんよ。だいたい死なれるけん。(M)」と, 「昔なじみの人が次第にいなくなる」ことを実感するにつれて, ひとり残されてゆく感覚を抱いていた。そして, 近隣との関係が疎遠になるにつれて, 「毎日ね, ヘルパーに来てくれるでしょ。もうみんな顔なじみでしょ。ちょっとおかしかったらすぐ電話入れてくれはるからね。だからね, 娘たくさんもってるみたいな。(C)」と, 「いまはケアスタッフが馴染みの人」として自分に最も近い存在ととらえていた。

d. 〈子どもの考え次第でいずれは家を出る覚悟〉

ひとりで暮らしの要支援の高齢者は, 「なんぼ子どもでも何でも, ちゃんと礼はするようにしちょうけん。親子だと思っであんま甘えたらいけんわ。やっぱり気持ちというのは, 何かで表さんと。(G)」と, 子どもが気遣って家に来て家事などの手助けをしてくれたときは目に見えるかたちで感謝の気持ちを伝えていた。また, いま, ひとりで生活していても, 県外で暮らす子どもがいずれは自宅に戻り同居してくれることを期待して, 「(息子が) お母さん, 僕が定年になるまでは, 元気でおってよって(言っている)。それまで元気でおられえか, 頭もぼけるかもしれんし。だけど, それを目的に(生活している)。(L)」と語り, 「将来は子どもに期待してもいまは頼らない」という思いをもって生活していた。一方, 子どもに介護負担をかけたくないと思う高齢者は, 「(息子が) ここへ帰らないというから, 向こう(息子が暮らす県外)へ行かないといけんじゃない。私がひとりで暮らせる間は, 案外こっちかもね。(J)」と, 子どもの暮らす地域に移住することを考え, 「住み慣れた家と土地を離れる覚悟」をしていた。

2. 【老いてもいまの自分にできることを試し続ける】

このカテゴリーは, 多様な人生経験のなかで意味づけられた老いることに対する意識に基づいて, 加齢変化や疾病によって要支援・要介護状態となった独居高齢者の行動を表している。

要支援・要介護高齢者は, 心身機能の低下を自覚するとともに〈衰えゆく身体と健康は自分で護る〉ことを日常生活において実践するなかで, 自らの身体能力や経済力, 公共交通機関の利便性といった地域特性に応じて〈自分に合った活動(をする)〉をしていた。そして, 自らの人生を最期まで自分らしく生きるための〈老いを生きぬく力(がある)〉をもち, 超高齢期になるにつれて〈老いに立ち向かわず受け入れる〉という姿勢をもっていた。

a. 〈衰えゆく身体と健康は自分で護る〉

要支援・要介護高齢者は, 「前は, じっとしてることはできないほど, 動く人間だったんでね, 急にこう, ストッ

ブかかってるでしょ。だから、ものすごくつらいよね。(A)」や、「記憶力の減退やね。自分じゃもっとね、これくらいわかっと思っと思って、端から見たらやっぱりね。(C)」と、「衰えゆく身体と記憶」を自覚していた。さらに、「病気がおかげで、いろんなこと、いろんな人から教わって、自分で考えているんなこと聞いて。これはいいかな、これは私はできそうだなと思うことには極力やってみようって。(E)」と、「自分なりの方法で健康を護る」といった行動をとっていた。

b. 〈自分に見合った活動をする〉

農村部では、日常生活のなかで、食品や日用品といった買い物やサロンへ参加するためには遠方まで出かけなくてはならず、公共交通機関が十分に発達していないために自家用車や自転車、経費のかかるタクシーでの移動が必要である。[暮らす地域の利便性と経済力と身体機能に応じた移動手段による外出]は、自身の身体機能や経済力に見合った移動手段が確保できれば自分の自由意思で活動できることを意味している。「最近、(10キロ先の)スーパーまで行って帰ると、ちょっと身体が。私、車に感謝だわと思うことがあった。私の自由がきいてよいわと思うことがあったですよ。(G)」や、「私ね、歳を考えたら88歳。それでも自転車に乗ってね、近くの買い物ね、行かれるだけ、まだいいなあ思うてね。(K)」と、身体機能の低下を自覚しながらも自分で移動できる手段をもち、一方で、「自転車に乗れなくなって、買い物ができないじゃない。いろいろ買い物して、タクシーで帰るとか。(J)」と、自身が移動手段をもたなくても経済的にゆとりがあるため日常的にタクシーを利用することで不自由さを感じていなかった。他方、移動手段が確保できず「外出がままならないため家にいる」独居高齢者は、「外へは出ん。(食事の準備のための買い物は)近所から貰うしね。かぼちゃ貰ったり、なすでも貰ったり、きゅうりも貰ったり。(M)」と、近隣者の自宅訪問により日常的な支援を受けていた。

c. 〈老いを生きぬく力がある〉

加齢や疾病により虚弱な状態となった独居高齢者は、いままでの人生経験のなかで「強い身体と心で苦難を乗り越えてきた体験」に基づいて得てきた知識や技術を活かしながら、いまの「自分にしかない役割」をもち、「達成感が生きる活力」となり、日常のなかで「生きる目的を探る」という行動をとっていた。

要支援・要介護高齢者は、「中学の3年のとき、もう食糧難で、食べ物がないんです。そんな時代、ずうっと過ごしてきたから。いろんな苦勞したので、意外に、安易に負けないんですね。辛抱強くなった。(A)」や「昨日の新聞見たら、老人が多くなって。私らほんま、長生きし過ぎて悪かったな思うて。そやけどね、あの焼け野原から、機械

も何にもないときから手作業で復興したのはね、私らの時代の人よ。(D)」など、それぞれの人生において「強い身体と心で苦難を乗り越えてきた体験」を語り、「(若いころ)民謡の師範の免状とって、皆さんの三味線なんか試験受けられる人にみんな、だいふ歌ってあげて、あっちこっちから(生徒が)来てね。人の世話してよかったな、気分的に後押ししてもらったような感じだわと思いましたわ。(G)」など、人生経験のなかで習得してきた技を通して「自分にしかない役割」を果たすことによって得られた「達成感が生きる活力」となっていた。そして、「やっぱり、目的がないと。私は何を目的にしたらいいかなと思って、この前からずっと考えておってね。近所の人が、お話しする人が何人もおられるけん。(近所の人と楽しく話をするなどして過ごし)、それを目的にしてとっております。(L)」と「生きる目的を探る」ことにより、「好きなことするときには、足の痛いのは忘れるの。庭の花がちいちゃいかなとか、水やらないけんから。そんなときはね、痛いこと忘れとるよ。(M)」や、「いま、足腰が痛いけん、外へあんまり歩かれんからね。でもだいふん、いままであちこち行ったけんね、もういいとせな。お友達に聞いたら、私はどこも行っとらんよと言われるけん、それから見ると私はもう。自分の趣味で、いろんなこともやってみたし。(I)」と、痛みや身体機能の低下により思いのままに動けない身体に、ときには不自由さや苦痛を感じたとしても、他者との比較やこれまでの自分の人生経験を肯定的に評価することによっていまの生活に満足感を得ていた。

さらに、「デイサービスに行くと、私だけじゃないんだと思うとね、みんな頑張ってるらっしゃると思った。その方が92って言われるから。手を引かれながらでもね、私は死ぬまで生きぬくって言われて。すごい言葉だなあ、それだけ経験して。だからもう何ほ(年齢)だから駄目とか、そういうことはないんや、自分の気持ちのもち方ね。(E)」と、自分より年上や年下の「異世代との新たな交流」を通して自らの生活を活動的に変容させていた。

d. 〈老いに立ち向かわず受け入れる〉

病気や加齢により身体機能が低下している超高齢者は、「いまは気楽です。そやけどね、90になって、元気やったら化け物やからね。毎日、感謝です。(これから先の人生は)おまかせ。いまは付録のおまけ。(D)」と「穏やかに老いを生きる」姿勢をもち、「7、8年前に、そこに書いてるように、延命治療はしないでください。葬式はこないしてくださいって、全部書いた。書いとかな、子どもら困るなと思った。(D)」と、自らの死を見据えて人生の最期まで自分らしく生き続けるための「人生終焉の準備をする」という行動をとりながら生きていた。

V. 考 察

A. 配偶者との離別による喪失感と自己決定の自由

独居のきっかけとなった配偶者との死別は、老年期に体験する衝撃的な出来事の一つである。配偶者を失い、ひとりで生活することになった高齢者にとって、それまでに夫婦がケアし合う相補的な関係性（大塚，2001）であるほど、自己を支えてきた重要他者である配偶者を失うことによる喪失感は大いと思われる。本調査において、自宅での自分のためだけに世話をしてくれるケアスタッフは、独居高齢者にとって、かつて配偶者が担っていた家事役割や精神的安寧をもたらす存在として認識されていた。独居高齢者は、配偶者との離別によって、虚弱な状態でひとりでのように生きていくのかという人生における課題に対処するための方法を模索し、ともに人生を歩んできた配偶者不在でこれから生きていけるだろうかと心理的に揺れやすいと推察する。そのため、配偶者との死別による危機に対して、ケアスタッフを配偶者の代替者と認識することによって、揺れる思いを支えていると考える。また、高齢の妻は、配偶者を亡くしたことに悲しみや喪失感を抱く一方、夫のために尽くしてきた妻役割を果たし終えたことを肯定的に認識し、自分よりも夫の意思に従順だった生活から、自らが意思決定できる日常に自由を感じていた。戦前の家父長的家制度において、男は仕事、女は家庭という性別役割分業意識がいまよりも強い時代に育ってきた高齢者は、家事、育児、介護は女性が担うべき家庭内役割として意識づけられてきたと推察される。そのため、日常の決定ごとを主に夫に委ねてきた妻は、夫がいないいま、いつでも何事も自己決定することへの喜びとその苦難の両義性をもちながら、日常的に苦難を乗り越えていくことが生きるうえでの活力となっていると考えられる。

B. 孤独死やひとり暮らし継続への危機感がもたらす自律行動と居住地の移動

ひとりで暮らし要支援・要介護高齢者は、心身の加齢変化を自覚するにつれ、誰にも気づかれずひとりで死を迎える孤独死に危機感を抱いていた。独居高齢者が孤独死を危惧するのは、自身の健康不安に加え、家族と離れて暮らすことにより日常的な支援が得られにくいなかで、同世代は亡くなり、近隣の馴染みの人が入れ替わる環境で暮らししており、馴染みの地域で暮らし続けていても、ひとり取り残されていく感覚をもつためと考えられる。また、独居高齢者は、いま以上に心身機能が低下したとき、子どもやケアスタッフによる支援を期待していた。こうした期待は、ひとりで日常生活が送れなくなったとき、自らの人生最期の生

き方として誰にも看取られず死を迎えることへの寂しさや虚しさを想像するために、孤独死を回避することへの安心を保障したい心情の表れであると推察する。

一方、ひとりで暮らし要支援・要介護高齢者は、配偶者との離別による喪失感や自己決定の自由さ、孤独死への危機感を持ちながら、暮らし地域の利便性と身体機能や経済力による移動手段に応じて外出し、外出が困難な場合は自分ができる方法を自分なりに考え、家のなかでできる運動に取り組むことによって症状の増悪を予防するための行動をとっていた。要支援・要介護高齢者が日常的に行動し続けることは、いま以上に健康状態が増悪することによってひとり暮らしが継続できなくなることへの恐れと、かつて家族のために働いてきたように、自分の人生は最期まで自分の力を尽くして生きたいという自律心に基づく行動であると推察する。しかし、いまはひとりで暮らし続けていても、将来的に子どもとの同居を想定したり、子どもへの介護負担を懸念して施設入所を検討したりする独居高齢者は、いま暮らし続けている家や馴染みの地域を離れる覚悟をしていた。高齢者は、居住地の移動に伴い、新たな生活を築く重要な要素として近隣との人間関係を構築し、何かあったときに助けてもらえる関係を求めることが報告されており（工藤・佐伯，2012）、虚弱な状態で、ひとり暮らしをする高齢者の移住は、新たなコミュニティで、その土地特有の文化や居住環境に馴染むところから始まる。そのうえ、自由意思で動くことが困難な身体で、新たな人との関係性やライフスタイルを再構築していかななくてはならないという課題が伴う。独居高齢者は、その課題に立ち向かう困難さと不安定さを予測するために、どこで誰とどのように暮らすのかを考えるとき、このままひとりで暮らし続けるのか、馴染みの土地を離れて暮らすのかの選択に葛藤し、人生における大きな決断を迫られることになることと推察される。したがって、ケア提供者が独居高齢者の健康状態を把握したうえで疾病経過を予測し、高齢者自身の意思を十分に確認し、自己決定できるように支援することが重要である。

C. ひとりで暮らし要支援・要介護高齢者の老いを生きる力

本調査において、ひとりで暮らし要支援・要介護高齢者は、人生経験のなかで得てきた知恵や技術を活用することによっていまの自分の役割を認識し、その役割を果たすことによって得られる達成感が生きる力となっていた。しかし、虚弱な独居高齢者がいまの自分にできることを自身で見出し実践することは容易なことではなく、コミュニティにおける他者とのつながりのなかで可能になると考えられる。世代間交流は、相手を成長させつつ自ら成長することが相互的になり、互いに異質な存在が維持されるといわれ（今田，2013，p.29）、ひとりで暮らし要支援・要介護高齢

者は、日常的な異世代との交流によって、年下世代に対して人生経験を伝えるという社会的役割をもつことが可能となり、年上世代との交流は、自分がいまそしてこれからどのように生きていくかといった老いの生き方の先駆的なモデルが提示されることになる。また、ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者にとって他者とのかかわりをもつことは、日常的な楽しみをもたらすだけでなく、同じ体験をもつ人の人生経験を聴き、自分と異なる生き方に触れることによって、自身が奮起し、前向きな行動へと変容させることができることを示唆している。ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者は、近隣者との日常会話やサロンへの参加、フォーマルサービスの利用により、多様な障がいをもつ人々や多世代との交流を通して、人生の最期まで自分のもてる力で前進的に生きようとする行動をとるようになり、人生における危機的状況を乗り越え、老いを生きる力が生み出されていると推察される。

一方、高齢者は、人生を振り返り、よく生きたと自らの人生を肯定的に受けとめることにより自己の価値を認め(Wadensten, 2005)、さらに超高齢期には、宇宙的、自己、社会・対人関係において自らの価値を認めるようになる(Tornstam, 1997; Tornstam, 2011)といわれる。90歳に達したひとり暮らしの要支援高齢者の老いの生き方は、若さや生産性に価値をおくのではなく、自らの人生経験を肯定的に価値づけ、いまの心身の機能を年齢相応と評価したうえで、いまの自分の能力に応じてできることを模索しながら穏やかに人生の最期まで生きるというものであった。こうした老いの生き方はWadenstenやTornstamの見解を支持するものであり、超高齢期の老いを生きぬく力であると考える。

したがって、心身の機能が低下していくなかで、独居高齢者がどのように生きたいと望んでいるのかを、いままでの人生経験を聴き取りながら、一人ひとりの思いに寄り添い、確認することが重要である。そして、人生経験のなかで培われてきた知識や技術を通して、いまの心身機能に応じてできることをケア提供者が高齢者とともに見出し、自分の人生をよく生きたと肯定的に評価できるよう支援することが、虚弱な状態でひとりで暮らす高齢者のquality of lifeを保障する支援につながると考える。

VI. 本研究の限界と課題

本研究は、フォーマルサービスを受け、自宅内での生活

に大きな支障がない程度に身体的・精神的・経済的に自立している独居高齢者の語りに基づいた結果であり、農村部では女性のみを対象としたなかでの解釈である。今後、フォーマルサービスを受けていない虚弱な独居高齢者や、身体的・精神的・社会的に多様な状況にある独居高齢者の老いの生き方についてさらに調査を重ねていく。

結 論

ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者は、【老いとともひとりで暮らす自由と孤独と緊張感】のなかで、【老いてもいまの自分にできることを試し続ける】ことにより老いを生きていることが明らかとなった。【老いとともひとりで暮らす自由と孤独と緊張感】では、高齢者は、〈配偶者との離別による喪失感と自由〉を抱き、〈日常的な緊張と不安〉をかかえながら生活しており、〈子どもの考え次第でいずれは家を出る覚悟〉をする一方、〈昔なじみの人がいなくなりケアスタッフがいまの支え〉と認識することによって揺らぐ思いを支えていた。【老いてもいまの自分にできることを試し続ける】では、要支援・要介護状態にある独居高齢者は、心身機能の低下を自覚するにつれて〈衰えゆく身体と健康は自分で護る〉ことや、地域特性や心身機能に応じて〈自分に見合った活動をする〉ことを日常生活に組み入れ、人生経験を通して得てきた〈老いを生きぬく力がある〉ことを支えとし、〈老いに立ち向かわず受け入れる〉ように老いを生きていた。

ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方を支援するために、配偶者との離別による喪失感や孤独死への危機感を理解するとともに、高齢者の人生経験を聴き取りながら思いや考え、感情に寄り添い、人生経験のなかで得てきた高齢者のもてる力を見出し、地域における世代間交流を通して、いまできることをともに探りながら社会的役割を認識し、自らの人生を肯定的に価値づけることができるように支えることが重要である。

謝 辞

本研究の面接に快諾いただきました対象者の皆さまに深く感謝申し上げます。また、対象者のご紹介をいただきました事業所管理者、訪問看護師、介護支援専門員の皆さまにお礼申し上げます。

本研究は、科学研究費助成事業基盤研究(C)(研究課題番号:24500897)の助成を受けて実施した。

要 旨

本研究の目的は、ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者がどのように老いを生きているのかを明らかにすることである。13名を対象に半構造化面接法によりデータ収集し、質的記述的に分析した。ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者は、〈配偶者との離別による喪失感と自由〉〈日常的な緊張と不安〉〈子どもの考え次第でいずれは家を出る覚悟〉〈昔なじみの人がいなくなりケアスタッフがいまの支え〉という【老いとともにひとりで暮らす自由と孤独と緊張感】を抱き、〈衰えゆく身体と健康は自分で護る〉〈自分に見合った活動をする〉〈老いを生きぬく力がある〉〈老いに立ち向かわず受け入れる〉ことにより【老いてもいまの自分にできることを試し続ける】という老いの生き方をしていた。したがって、ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の人生経験に基づく老いを生きる力を通して、自らの役割を認識し、人生を肯定的に価値づけられるよう支援することが重要である。

Abstract

This study identifies the perceived aging experience of the elderly who resided alone and required support or long-term care. Data were collected by conducting semi-structured interviews with 13 elderly citizens and analyzed using a qualitative descriptive research method. Participants experienced 'freedom, loneliness, and tension of residing alone in this old age'. There was "a sense of loss and freedom after separating from their partners", "tension and anxiety in daily life", "losing the people they were familiar with in the past and now relying on their caring staff", and "preparing to leave home at any time depending on their children's wishes". As well as, they 'attempted to observe what they could do on their own accord as they grew older'. Thus, they "cared for their own weakening body and health", "conducted activities that were suitable for their situation", "had the strength of living through old age", and "accepted aging rather than confronting it". Therefore, it is important for support in old age to take cognizance of the social role of the elderly, who have gathered strength through experiences in life, and to evaluate their lives positively.

文 献

- Erikson, E.H. and Erikson, J.M. (1997) / 村瀬孝雄, 近藤邦夫 (2001). ライフサイクル, その完結〈増補版〉. 東京: みすず書房.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編) (2007). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして. 東京: 医歯薬出版.
- 今田高俊 (2013). ジェネラティヴィティとケア—世代間交流の視点から—. 西平 直 (編), ケアと人間—心理・教育・宗教—. 25-42, 京都: ミネルヴァ書房.
- 河野あゆみ, 田高悦子, 岡本双美子, 国井由生子, 山本則子 (2009). 大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題: 高層住宅地域と近隣農村地域間の質的分析. 日本公衆衛生雑誌, 56(9), 662-673.
- 工藤禎子, 佐伯和子 (2012). 引越した高齢者における新たな近隣関係の構築に関する意識と行動. 老年看護学, 17(1), 37-45.
- 栗原 彬 (1997). 離脱の戦略. 井上 俊, 上野千鶴子, 大沢真幸, 見田宗介, 吉見俊哉 (編), 現代社会学13: 成熟と老いの社会学. 東京: 岩波書店.
- 蒔田寛子, 河村佐和子 (2012). 保健医療福祉領域における高齢者に関する独居療養生活継続のニーズの検討. せいいい看護学会誌, 3(1), 1-10.
- 内閣府 (2016). 平成28年版高齢社会白書, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html
- 沖中由美 (2006). 身体障害をもちながら老いを生きる高齢者の自己ラベリング. 日本看護研究学会雑誌, 29(4), 23-31.
- 沖中由美 (2011). 在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 119-129.
- 大塚真理子 (2001). 高齢夫婦のケアしあう関係を促進する看護援助に関する研究. 千葉看護学会会誌, 7(1), 20-26.
- 田高悦子, 河野あゆみ, 国井由生子, 岡本双美子, 山本則子 (2013). 大都市の一人暮らし男性高齢者の社会的孤立にかかわる課題の質的記述的研究. 日本地域看護学会誌, 15(3), 4-11.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence. The contemplative dimension of aging. *J Aging Stud*, 11(2), 143-154.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *J TransPersonal Psychol*, 43(2), 166-180.
- 山根友絵, 百瀬由美子, 松岡広子 (2012). 要支援一人暮らし男性高齢者のサポート獲得プロセス. 日本看護研究学会雑誌, 35(5), 1-11.
- Wadensten, B. (2005). Introducing older people to the theory of gerotranscendence. *J Adv Nurs*, 52(4), 381-388.

〔平成27年11月30日受 付〕
〔平成29年2月1日採用決定〕

入院患者の転倒リスクが高い行動の分析

Behaviors of Hospitalized Patients at High Risk of Fall

檜山 明子¹⁾ 中村 恵子²⁾
Akiko Hiyama Keiko Nakamura

キーワード：転倒予防, 転倒要因, 行動分析

Key Words : fall prevention, fall risk factor, behavior analysis

序 論

転倒事故は病院での事故のうち発生頻度が高い（日本医療機能評価機構，2015）。さらに転倒の多くは，主たる発生要因が患者側にあるため，決定的な発生防止策を見出すのが困難である（川村，2003，p.66）。

入院患者が安全に療養生活を送るためには，患者個々のもつ転倒リスクを正確にアセスメントし，個々の問題に合致した方法で看護する必要がある。現在臨床では，転倒リスク因子（身体機能，認知機能，治療，症状等）を評価項目とした「転倒リスクアセスメントツール」を使用することが多い。しかし，転倒リスクアセスメントツールには「点数の付け方が看護師間で統一されていない」（山本ら，2006）という客観性の問題指摘や，ADL拡大状況に応じた個別化が困難で活用できない（加藤・日野・長井・渡辺，2004），判定結果が活かしにくい（小島・小島・高橋，2009）という状況にあわせた使用および実践・評価への活用の課題がある。

転倒リスクアセスメントツールの機能は「患者の転倒リスクはどの程度あるのか」という評価であり，転倒予防の看護に必要なアセスメントの一部分にあたる。したがって，「患者が転倒した場合にどの程度の障害が予測されるか」「何が患者の転倒リスクを変化させるのか」「どのようなときに患者の転倒リスクが変化するのか」などのアセスメントは，個々の看護師が行っている。つまり，転倒リスクアセスメントツールで判別した「転倒発生のリスクレベル」という情報活用は，個々の看護師に委ねられている。そのため，現存の転倒リスクレベルの判別に加えて，転倒リスクをアセスメントする指標が必要である。

これまで，転倒リスクアセスメントには転倒リスク因子の評価が活用されてきた。転倒リスク因子は転倒リスクを変化させるため，認知障害・転倒経験・視覚障害・不安定

な歩行などの内的因子と居室や浴室のデザイン・照明の明るさなどの外的因子の理解が重要（Payson, Haviley, Myers, 2007, p.5）といわれている。しかし，転倒リスク因子や生活状況の組み合わせは多様であり，患者個々の転倒リスクアセスメントはむずかしい。また，同じ転倒リスク因子を有していても転倒せずに安全に入院生活を送るものがあることは，転倒リスク因子から受ける影響が人によって異なることを示唆する。

転倒の発生過程に着目すると，転倒は生活行動のなかで身体の安定性が損なわれたときに発生するものである。安定性が損なわれた行動は，内的・外的な転倒リスク因子が複合的に作用した状況を示す行動といえる。したがって，行動のアセスメントにより，転倒リスク因子による影響を含めた転倒リスクをアセスメントすることが可能であると考へた。行動評価は，身体機能評価や知的機能検査よりも転倒発生予測に寄与する（島田ら，2004）といわれており，転倒リスクの高い行動のアセスメントは転倒リスクアセスメントに有用であると推測される。

看護師の役割は患者の生活行動の支援である。転倒リスクを行動の視点からみることは看護師の専門性と合致するため，観察・情報解釈がしやすく，必要に応じて即時に使える指標になりうる。さらに，転倒リスクの高い行動を明らかにすることは，入院患者がより安全に行動するための援助の方向性を行動で示すことができるため，看護援助時の判断を支える資料となりうる。

以上のことから，正確な転倒リスクアセスメントを行うためには，患者が保有している転倒リスク因子の評価に加えて，「転倒リスクの高い行動」を転倒要因として評価する必要があるといえる。しかし，現在明らかにされている入院患者の転倒要因には，ふらつきがある等の行動の様子は含まれるが，どのような生活上の行動が転倒リスクを高めるかについては含まれていない。そこで本研究は，入院

1) 札幌市立大学看護学部 School of Nursing, Sapporo City University

2) 札幌市立大学看護学研究科 Graduate School of Nursing, Sapporo City University

中の転倒事例から転倒直前の行動を分析し、転倒リスクが高い行動の特徴を明らかにすることを目的とした。

I. 方法

1. 用語の定義

a. 転倒

転倒とは、本人の意思によらず、地面またはより低い面に身体が倒れること (Province, et al., 1995) であり、本研究では病院において入院患者が療養生活を過ごすなかで発生したものとし、医療職者の過失による転倒を除く。

b. 転倒リスク

リスクとは、人間の生命や経済活動にとって、望ましくない事象の発生の不確実さの程度およびその結果の大きさの程度 (日本リスク研究学会, 2006, p. 4) である。本研究では望ましくない事象を「療養生活のなかで起きる転倒」とし、安全な活動を妨げる要因、状況、理由によって引き起こされる特定の行動により転倒が起きる可能性を転倒リスクとする。

c. 行動

行動とは、そのときどきの環境条件において示される、有機体 (生活体) の運動や反応、あるいは変化 (藤永・内田・繁樹・杉山, 2013, pp.253-254) であり、行動を意識的に行っているか否かは問わず、通常は外部から観察可能なふるまいを指す (見田・栗原・田中, 1994, p.288)。内的・外的な転倒リスク因子が複合的に作用した状況は入院患者の転倒リスクを変化させ、特定の反応を誘発するという前提において、本研究は、転倒リスク因子による複合的な影響を含めた転倒リスクを可視化する。したがって、本研究では、患者が入院生活のなかでさまざまな転倒リスク因子の影響を受け、反応した結果として示す観察可能なふるまいを行動とする。

2. 研究デザイン

本研究では、患者の転倒直前の行動の特徴をとらえ、転倒リスクが高い行動とは何かを明らかにすることを目的としている。これまで行動を転倒リスクとしてとらえた研究はないため、出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめる方法 (Sandelowski, 2000/2013, pp.134-147) である質的記述的研究方法を用いた。

3. 対象

さまざまな状況における転倒事例を得るために、日本医療機能評価機構医療事故収集等事業の医療事故/ヒヤリ・ハット報告事例検索システムを活用した。「転倒」をキーワードにして全文検索したところ、2,930例が該当した (検

索日: 2013年7月16日, 発行年制限なし, 検索可能期間: 2010年1月1日以降)。そのうち、患者以外の転倒 (物品や薬剤ボトル等の転倒) に関する事象や、外泊時自宅での転倒、外来患者の転倒、行動内容の記載がない事例、医療者による患者の転倒 (医療者がぶつかった、誤った指示を出した等) は、研究目的と合致しないため対象から除外した。なお、本研究は転倒直前の行動に着目したものであり、行動分析により機能および器質的影響を排除できるという立場から、全年齢層の転倒事例について分析対象とした。

4. 調査方法

転倒事例の記述から、事故の内容、行動の目的、行動の理由、行動の内容、行動の結果、判断や行動に関連した転倒者の状態をデータとして収集した。転倒者の特性として、属性、受傷状況を収集した。

5. 分析方法

1つの事故報告の記述を1文脈とし、「転倒時の行動目的と内容、転倒に至った原因と結果」を含む記述を1記録単位とした。Berelson (1952/1957) の内容分析を参考にし、意味内容の類似性に基づき分類・命名しカテゴリ化した。カテゴリ化は「入院患者は転倒直前にどのような行動をしたのか」という問いをかけながら行った。

妥当性を高めるために、質的研究の経験のある研究者1名からスーパーバイズを受け、結果の安定性と適切性を確保した。また、病院看護管理者・医療安全管理者・看護学研究者10名で内容検討のための会議を行い、カテゴリの内容妥当性を検討した。信頼性を確認するために、看護学研究者2名にランダムに抽出した記録単位のカテゴリへの分類を依頼し、カテゴリの判断が一致している程度を計算する方法である Scott (1955) の式に基づいて、一致率を算出した。また、年齢層ごとの傾向を把握するために、年齢層別にカテゴリを形成した記録単位数と各カテゴリの割合を算出した。

6. 倫理的配慮

本研究は、インターネット上で公開されている時点ですでに匿名化されている既存資料を対象としているため倫理審査を受けていないが、分析において事例内容を忠実に反映するよう配慮した。

II. 結果

分析対象は1,445例で、男女差はほぼなかった。年齢の分布は70歳代が493例 (34.1%) で最も多く、次いで80歳代が471例 (32.6%)、60歳代212例 (14.7%) であったが、

それ以下の年齢でも転倒は発生しており59歳以下は全体の12.5%を占めていた。また、転倒による障害残存の可能性がある転倒は合わせて44.6%であった。その他の特徴は表1に示した。

入院生活における転倒リスクの高い患者の行動は、4カテゴリ、18サブカテゴリが形成された(表2)。Scottの計算式に基づく18サブカテゴリへの分類の一致率は、74.6%、79.2%であり、信頼性が確保できる目安の70%(舟島, 2010, pp.121-122)を満たしていた。以下、サブカテゴリは《 》内、記述内容は「斜字」で表記した。

1. 入院患者の転倒リスクが高い行動の特徴

a. 不安定な活動状態での習慣的行動

このカテゴリは、すでに学習した行動を自動的に行うことにより、行動の安全性に注意が向いていない状態に加え

て、活動の不安定さがあることによって転倒リスクが高まることを示した行動であり、7種類の行動が含まれた。

まず、下肢運動機能に関するものとして、「骨折や麻痺などの運動機能障害や筋力低下により身体の支持性が低下して安定した姿勢を保てない状態で行動する」があり、「骨折によるギプス固定中、歯磨きをしようと思って立ちあがったら倒れてしまった。歩けると思ったから一人で動いた」というように、全身の筋力低下、骨折、麻痺などの運動機能障害によって身体の支持性が低下し、立位保持困難や歩行障害がある状態で活動を始めるという特徴があり、排泄時や移動時に多くみられた。

薬剤や病状による活動能力の変化に関連した《睡眠薬や向精神薬の内服によるふらつきがある状態で行動する》や《発熱、貧血など病状に関連したふらつきがある状態で行動する》は、「初めての眠剤服用で、ふらついて転んでしまっ

表1 転倒者の特徴

	事例検索結果 (n = 1,445)		主な診療科	事例検索結果 (n = 1,445)	
	数	割合 (%)		数	割合 (%)
性別					
男	630	43.6	内科	214	14.8
女	814	56.3	整形外科	206	14.3
記載なし	1	0.1	呼吸器内科	135	9.3
年齢			精神科	120	8.3
0歳代	7	0.5	消化器科	106	7.3
10歳代	10	0.7	外科	101	7.0
20歳代	7	0.5	循環器内科	96	6.6
30歳代	17	1.2	神経科	47	3.3
40歳代	39	2.7	血液内科	43	3.0
50歳代	101	7.0	脳神経外科	40	2.8
60歳代	212	14.7	泌尿器科	34	2.4
70歳代	493	34.1	心臓血管外科	16	1.1
80歳代	471	32.6	耳鼻咽喉科	16	1.1
90歳代	87	6.0	リウマチ科	11	0.8
記載なし	1	0.1	婦人科	10	0.7
医療の実施の有無			眼科	10	0.7
実施あり	1,143	79.1	皮膚科	10	0.7
実施なし	302	20.9	小児科	10	0.7
治療の程度			呼吸器外科	8	0.6
治療なし	120	8.3	リハビリテーション科	7	0.5
軽微な治療	553	38.3	歯科口腔外科	4	0.3
濃厚な治療	462	32.0	形成外科	3	0.2
記載なし	310	21.5	産婦人科	3	0.2
事故の程度			循環器外科	3	0.2
障害なし	241	16.7	放射線科	3	0.2
障害残存の可能性なし	416	28.8	アレルギー科	3	0.2
障害残存の可能性あり(低い)	508	35.2	麻酔科	1	0.1
障害残存の可能性あり(高い)	117	8.1	肛門科	1	0.1
死亡	19	1.3	その他	78	5.4
記載なし	144	10.0	不明	106	7.3

表2 入院生活における転倒リスクの高い患者の行動

カテゴリ	サブカテゴリ	記録 単位数	割合 (%)
1. 不安定な活動状態での習慣的行動 (記録単位数896, 割合62.0%)	1) 骨折や麻痺などの運動機能障害や筋力低下により身体の支持性が低下して安定した姿勢を保てない状態で行動する	394	27.3
	2) 睡眠薬や向精神薬の内服によるふらつきがある状態で行動する	201	13.9
	3) 発熱、貧血など病状に関連したふらつきがある状態で行動する	199	13.8
	4) 上肢が使えないことによりバランスがとりにくい状態で行動する	34	2.4
	5) 睡眠薬や向精神薬を内服していないが十分に覚醒しておらずふらつきがある状態で行動する	25	1.7
	6) 視覚障害や聴覚障害があり周囲の安全を確認できないまま行動を開始する	22	1.5
	7) 体幹筋力低下や協調運動失調により体の傾きを補正できない状態で座位を保持しようとする	21	1.5
2. 活動能力の知覚錯誤に伴う行動 (記録単位数425, 割合29.4%)	8) 不安定な姿勢で手を伸ばしたり、過度な前傾姿勢になるなど、自力で姿勢を保てないほどに重心を傾ける	118	8.2
	9) 足元が滑りやすい状態で注意を払わずに行動する	116	8.0
	10) 安定した歩行ができない状態で、障害物や段差がある場所を通過する	69	4.8
	11) 重心移動に支えが必要な状態で可動性のあるものに荷重する	42	2.9
	12) 急な体位変更や方向変更により体位を保持できないような重心移動を行う	41	2.8
	13) 確実に支えを把持していない状態で移動を始める	39	2.7
3. 適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動 (記録単位数94, 割合6.5%)	14) 履物・衣類・寝具などが活動を妨げている状態で行動する	45	3.1
	15) 点滴ルートやチューブ類、点滴スタンドなどの医療用具が動きを妨げている状態で行動する	29	2.0
	16) 移動補助具の適切な使用方法を理解していない状態で行動する	20	1.4
4. 集中力を欠く状況での行動 (記録単位数30, 割合2.1%)	17) 時間がなくてあわてていたり、尿意によって焦っており、落ち着きを失った状態で行動する	22	1.5
	18) 行動中に呼びかけに 대응しようとしたり、行動に集中しないなど、目的の行動に注意を向けられない状態で行動する	8	0.6
	合 計	1,445	100

た。眠剤でふらつくことを知らなかった」のように薬剤による平衡機能の変化に関連した行動、「食欲不振・筋力低下・体力低下がある状態で、入浴後急いで着替えをしていたところ血圧低下のためふらついて転倒した」などの、病状に伴い活動能力が変化した状態での行動があった。

《上肢が使えないことによりバランスがとりにくい状態で行動する》は、バランス保持や姿勢が不安定になったときの防御反応に関する行動であった。「手術前と同じように自分で下膳しようとして、片手で食器を持ち、食器を持たない手でドアを引いたときにバランスを崩して転倒した」のように、上肢が固定されていたり両手で物を抱えた状態で普段どおりにふるまう行動であった。

また、《睡眠薬や向精神薬を内服していないが十分に覚醒しておらずふらつきがある状態で行動する》は、薬剤による影響はないが不十分な覚醒状態でふらついている状態での行動であった。

《視覚障害や聴覚障害があり周囲の安全を確認できない

まま行動を開始する》は、安全確認のための知覚に関連していた。これは、「ポータブルトイレに移動するとき、手術後でまわりがよく見えなかったが、確認せずに手をついたところ、そこには何もなく、そのまま倒れて転倒した」など、視覚・聴覚が障害されており周囲の安全を十分に確認できない状態で目的を遂げようとする行動であった。

《体幹筋力低下や協調運動失調により体の傾きを補正できない状態で座位を保持しようとする》は、体幹の運動機能に関連しており「体幹筋力が低下している状態で車椅子を自力で走行中、少しずつ体が傾き車椅子ごと転倒した」のように、姿勢を一定時間保持する能力が低下していることに特別な注意を向けることなく起こす行動であった。

b. 活動能力の知覚錯誤に伴う行動

このカテゴリは、患者が自分の活動能力と活動時に発生する転倒リスクを比較できないとき、自分の活動能力のほうが勝ると判断したとき、自分の活動が安全であるという自信があるときに起きていた。この行動は、安全に活動す

るための活動能力が不足している現状を正確に自己知覚できないことによって、安全ではない方法を選択するという特徴を示し、6種類の行動から形成された。

《不安定な姿勢で手を伸ばしたり、過度な前傾姿勢になるなど、自力で姿勢を保てないほどに重心を傾ける》は、「同室患者が自力で行動している姿を見て「自分でしなくちゃいけない」と思い、窓のカーテンを開けようとしてカーテンにつかまりそこねて転倒した」などのように、床の物を拾おうとするときに過度に前傾姿勢をとる、棚の上の物をとろうとして大きく手を伸ばしてバランスを失う等の、姿勢制御可能な範囲を越えて重心を大きくずらすという行動であった。

《足元が滑りやすい状態で注意を払わずに行動する》は、「足を拭かずに脱衣所を移動したところ転倒した」など、裸足や滑りやすい底の履物で転倒することを予想しない、床の状態に注意を払わないという特徴がある行動であった。

《安定した歩行ができない状態で、障害物や段差がある場所を通過する》は、「術後の下肢筋力低下がある状態で、リモコンをとろうとしてセンサーマットを飛び越えようとしたところ転倒した」などのように、安定した歩行ができないことを知覚していないため、障害物のある場所や段差、狭い場所を選んで通るといった特徴があった。

《重心移動に支えが必要な状態で可動性のあるものに荷重する》は、「部屋の外の空気を吸いたいと病室の入口に立って左手で開いていたドアの取っ手を握っていたとき、ドアが閉まり、ドアの動きとともに患者本人も倒れ臀部から転倒した」のように、体を支えるためにオーバーテーブルやドア、ポータブルトイレの片側に荷重した結果、支えを失いバランスを崩すという行動であった。

《急な体位変更や方向変更により体位を保持できないような重心移動を行う》は、「体重測定後に病室に戻ろうとして、急に方向を変えたところ、足がもつれて転倒した」など、歩行時に急に止まろうとする、勢いよく立ち上がる、進行方向と反対方向に進むために動くなど、自分のもつ姿勢制御能力では安定した体位が保てない速さで動くという行動であった。

《確実に支えを把持していない状態で移動を始める》は、「カーテンを閉めようとしてテーブルを支えとして手をつこうとしたが、手をつく前に歩き出したためバランスを崩して転倒した」など、自分からは届かない位置にある支えをつかもうとしたり、手すりに触れる程度で握らないために、支えがない状態で動き出すという特徴をもつ行動であった。

c. 適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動

このカテゴリは、行動計画時の利益と損失の評価において「たぶん大丈夫だろう」という判断に至った場合に発生

していた。安全な行動のために必要な知識や配慮が不足しており、物品や寝具などを適切に使用しないという特徴があり、3種類の行動が含まれていた。

まず、身のまわりの物に十分注意をしない行動として、《履物・衣類・寝具などが活動を妨げている状態で行動する》《点滴ルートやチューブ類、点滴スタンドなどの医療用具が動きを妨げている状態で行動する》という行動があった。この行動は、「下半身の清拭を一人で行っていたところ、立位でズボンに着替えるとき、片側に足を2本入れてしまい、はき直そうとした際、ズボンの裾を踏み転倒した」「排尿のための歩行時、点滴台をベッドサイドに置いたまま歩きだしたところ、点滴ルートに引っ張られてバランスを崩し、転倒した」などの記述から形成された。これは、履物や、衣類、寝具、医療用具などが動きを妨げている状態であることに気を留めず、安全に活動できない方法を選択したために起こった行動であった。

《移動補助具の適切な使用方法を理解していない状態で行動する》という行動は、病床周辺の機器類や移動補助具を適切に扱う方法やそれらの物品が周辺にある状態でどのような配慮が必要かを理解しないまま行動を開始することに伴うという特徴があった。

d. 集中力を欠く状況での行動

このカテゴリは、2つ以上の行動を同時に遂行しようとするときや、1つの行動時に別の行動が割り込んだために注意力が分散することや、「急がなくてはならない」という切迫感が本来の行動に干渉した場合に生じており、2種類の行動が含まれた。まず、《時間がなくてあわてていた、尿意によって焦っており、落ち着きを失った状態で行動する》は、「トイレに行く際に、急いでいたのでふらついて転倒した」などの記述から形成され、焦りによって正確な判断が妨げられているなかでの行動であった。

《行動中に呼びかけに応えようとしたり、行動に集中しないなど、目的の行動に注意を向けられない状態で行動する》は、「排泄後の手洗い中、話しかけられたため振り返ったところバランスを崩して転倒した」などの記述から形成され、同時に複数の課題に取り組もうとして、判断の正確性が低下するなかでの行動であった。

2. 患者の年齢層別にみたカテゴリの分布

患者の年齢層別に、1～4のカテゴリの割合を表3に示した。カテゴリ1の【不安定な活動状態での習慣的行動】は加齢に伴い増加する傾向があり、0歳代を除いたすべての年齢層において最も多くみられた。このカテゴリは、90歳代において7割以上を占めておりとくに多くみられた。カテゴリ2の【活動能力の知覚錯誤に伴う行動】は各年齢層においてカテゴリ1の次に割合が大きかった。カテゴリ

表3 患者の年齢層別カテゴリ数

カテゴリ	患者の年齢層 (記録単位数, 割合 (%))									
	0歳代	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代
不安定な活動状態での習慣的行動	2 (28.6)	5 (50.0)	4 (57.1)	10 (58.8)	20 (50.0)	59 (58.4)	130 (61.3)	304 (61.7)	301 (63.9)	61 (70.1)
活動能力の知覚錯誤に伴う行動	3 (42.9)	5 (50.0)	2 (28.6)	6 (35.3)	17 (42.5)	27 (26.7)	62 (29.2)	151 (30.6)	131 (27.8)	21 (24.1)
適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (5.9)	2 (5.0)	12 (11.9)	17 (8.0)	28 (5.7)	26 (5.5)	5 (5.7)
集中力を欠く状況での行動	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	3 (3.0)	3 (1.4)	10 (2.0)	13 (2.8)	0 (0.0)

3の【適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動】は、全体数が少ないが、0歳代と20歳代および50歳代では10~20%を占めており、その他の年齢層では10%に満たない割合であった。カテゴリ4の【集中力を欠く状況での行動】は、どの年齢層においても3%以下の割合であり全体的に少ない傾向を示したが、90歳代ではこの行動はみられなかった。

Ⅲ. 考 察

1. 入院患者の転倒リスクが高い行動の特徴

入院患者の転倒リスクが高い行動の特徴を4つのカテゴリに沿って考察する。

a. 不安定な活動状態での習慣的行動

このカテゴリは、自動的な認識プロセスによる習慣的な行動 (Shiffrin & Schneider, 1977) に活動性の不安定さが伴う行動を示していた。活動の不安定さは、先行研究によって明らかにされている活動状況 (ふらつき、運動機能障害、移動補助具の使用等) や、薬物 (向精神薬、睡眠薬等)、知覚状況 (視覚障害、聴覚障害、平衡感覚等) などの転倒リスク因子によって引き起こされる (緋田・手島・中井, 2007; 石塚ら, 2011; 宮越・高橋・古田・夏目, 2010; 森田・飯島・平井・賀沢・安西, 2010; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004; 田中ら, 2010)。以上から【不安定な活動状態での習慣的行動】は、安定した行動に必要な機能が低下したことを示す既知の転倒リスク因子と関係し、活動状況・薬剤・知覚状況などの転倒リスク因子が誘因となって習慣的行動における転倒リスクを高めていると推測される。

また、【不安定な活動状態での習慣的行動】では、食事や排泄のニーズが優先され、安全な行動が意識化されずに、転倒に至る事例も多かった。これは、目的に応じた効果的な行動選択と実行ができない状態であり、身体機能の変調による活動の不安定と注意の低下が同時に起こること

によって生じたと考えられる。90歳代で不安定な活動状態での習慣的行動による転倒が多くみられていたことから、高齢による行動特性とこのカテゴリの関係を考えると、高齢によって活動および認知機能の低下を引き起こしやすいことが影響していると推測される。また、高齢者の実行機能障害は、転倒にも関与する (神崎, 2015) ことから考えると、注意を含む認知能力と生活行動遂行の統合がむずかしい場合に、転倒リスクが高い行動に至ると考えられる。

b. 活動能力の知覚錯誤に伴う行動

行動計画の段階から生じる活動能力の知覚錯誤は、自己認識限界姿勢の知覚と大きく関係する。自己認識限界姿勢の錯誤は、姿勢制御が可能であると自己認識している最大距離と実際の行動における距離の違いを示し、複数回転倒と関係すること (Takatori, Shomoto, & Shimada, 2009)、転倒時に重篤な受傷に至らなかった高齢者は、自己の身体機能低下の自覚があること (樋口ら, 2003) が明らかにされている。これらから、自分の運動遂行能力を正確に把握できないことが、安全な行動の選択を妨げると推測される。一方、転倒を繰り返す患者は、「身体の変化に対する理解不足によりナースコールを押すように約束しているが押さない」「自ら行動したい欲求が強い」という特徴をもつ (田丸ら, 2005)。【活動能力の知覚錯誤に伴う行動】は、転倒を繰り返す患者の特徴と類似しており、自分の行動に危険はないだろうという判断が根底にあった。したがって、活動能力の知覚錯誤を伴う行動とは、リスクの過小評価や身体機能の急な変化によって、自分自身の活動能力を正確に把握できない状況による行動であると推測される。また、カテゴリ2は、全体の29.4%の記録単位から形成されていた。年齢層別にみると、全体にばらつきがあり、明らかな特徴は見出すことができないが、10歳代や40歳代ではこのカテゴリが占める割合が大きく示された。これは、活動能力の知覚錯誤が年齢による違いがある可能性を示唆しており、今後は、年齢との関係性を検証する必要がある。

c. 適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動

「たぶん大丈夫だろう」という判断は、目的の選択または目的達成のための手段を具体的に決めるに際して行われる判断、推論、または両方の過程における欠陥または失敗であるミス（Reason, 1990/2014, p.13）と類似していることから、このカテゴリは患者のヒューマンエラーによる行動ともいえる。しかし、医療用具や移動補助具を安全に取り扱う方法と使用に伴う危険の理解に関する知識不足がある場合、物品の取り扱い方法は理解しているがうまく物品を使えない場合にも、この行動は発生する。物品の取り扱い方法に関する情報提供不足や使用練習の不十分さが原因で転倒が発生した場合には医療者の責任が大きいいため、行動発生の原因を推定することは不可欠となる。

このカテゴリでは、全体数が少ないこともあり、年齢による明らかな傾向は認められなかった。

d. 集中力を欠く状況での行動

この行動は、多重課題時だけでなく、精神状態や認知能力の変化による注意力の分散が発生したときにも生じていた。高齢者は二重課題遂行時に重心動揺軌跡は延伸し、最大筋力、歩行速度もともに低下する傾向があり（西村・成瀬, 2012）、二重課題条件下歩行時間は転倒リスク因子である（山田・上原・浅井・前川・小嶋, 2008）。【集中力を欠く状況での行動】は、40歳代以降でみられた。これは加齢に伴う認知能力低下や、知覚-行動の反応速度が低下することにより、姿勢制御遅延につながる可能性を示唆する。80歳代が比較的多い結果であったが、全体数が少ないため明確な特徴があるとはいえない。しかし、高齢者においては、レビー小体型認知症で発現する行動のまとまりの乏しさ（仲秋・佐藤, 2015）があるともいわれていることから、認知症との関連は否定できない。加齢による行動特性も転倒リスクと関係する可能性があるといえる。一方、このカテゴリによる転倒は、他者が話しかけるといった外的刺激による場合もあるため、患者自身の問題とは明確に識別しなくてはならないだろう。

2. 転倒リスクを行動の視点からみることによる転倒予防効果の検討

患者の転倒は、発作やめまいなど生理学的に予測できないタイプが8%、滑ったりつまづくなどの偶発的なタイプが14%、虚弱やバランス感覚の低下など生理学的に予測できるタイプが78%といわれている（Morse, Tylko, & Dixon, 1987）。本研究の結果と比較すると、病状に関連して突発的に発生し、生理学的に予測が容易ではない状況で転倒を引き起こしたものは《発熱、貧血など病状に関連したふらつきがある状態で行動する（13.8%）》に相当し、ほぼ同

じ割合を示した。偶発的なタイプに類似していたのは、滑る、つまづくなどの安全ではない方法で物品などを使用する行動を示すカテゴリ3とカテゴリ4（合計8.6%）とサブカテゴリ9の《足元が滑りやすい状態で注意を払わずに移動する（8.0%）》であった。上記を除いた行動は69.6%であり、生理学的に予測できるタイプよりもやや低い割合を示したが、全体的に類似した傾向を示した。また、既知の転倒リスク因子による影響はカテゴリが示した行動の誘発要因としてサブカテゴリに表出されており、転倒事象は行動の視点からも表現可能であり、転倒リスクアセスメントに使用できるという発展可能性をもつと考えられる。

また、転倒を予防するためには、転倒リスクの高い行動を転倒リスクの低い行動に変容させる必要がある。そのために、行動の特徴を理解し、行動変容を目標とした看護実践を追求することは転倒予防に効果的であると考えられる。しかし、年齢によって行動の特徴が若干異なっていたことから、行動選択には特定の嗜好要件がある可能性がある。したがって、具体的に転倒予防に活用するためには、成長発達と行動嗜好の関係を明らかにする必要がある。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、転倒リスクが高い行動をさまざまな年齢層の転倒事故から抽出し、包括的にそれを明らかにした。行動分析によって器質的・機能的影響の排除を試みたが、年齢層による行動傾向が認められた。分析対象のうち60歳以上のものが8割以上を占めていたことから、カテゴリに含まれた記録単位の数は老年期にある患者の特性が強く反映されている可能性がある。今後は、発達段階による行動特性が転倒リスクと関係するかという視点で関係性を探索していく必要がある。また、本研究は質的に転倒リスクの高い行動を明らかにしたため、転倒リスクの高い行動と患者特性である転倒リスク因子の関係性、および転倒リスクの高い行動と転倒発生との関連の強さは説明できない。他に、転倒直前の行動を分析したため転倒につながった行動は明らかにできたが、転倒した患者が日常的にどのような行動の特徴があったのかは説明できない。今後は、前向き調査によって転倒リスクの高い行動と患者特性や転倒発生との関係を明らかにしていく必要がある。さらに、転倒リスクの高い行動は転倒リスクマネジメントにおいてアセスメント視点に取り入れた場合の有用性検証も加え、転倒予防看護の発展に向けて研究を進展させたい。

IV. 結 論

本研究は、転倒時の入院患者の行動を分析し、転倒要因を患者の行動の視点で検討した。転倒リスクが高い行動と

は、不安定な活動状態での習慣的行動、活動能力の知覚錯誤に伴う行動、適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動、集中力を欠く状況での行動であった。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた対象者の方々に深くお礼申し上げます。なお、本研究の一部は、第18回

日本看護管理学会学術集会で発表した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

入院患者の転倒直前の行動を質的記述的に分析し、転倒リスクが高い行動を明らかにした。日本医療機能評価機構の医療事故事例検索システムを用いて転倒事例を収集した。1,445例の転倒事例から、入院患者は転倒直前にどのような行動をしたのかという意味内容の類似性に基づき分類・命名しカテゴリ化した。カテゴリは、18サブカテゴリ、4カテゴリが形成された。入院患者の転倒リスクが高い行動には、不安定な活動状態での習慣的行動、活動能力の知覚錯誤、適切な物品使用に必要な知識や配慮が不足した状態での行動、集中力を欠く状況での行動があった。

Abstract

We elucidated the behaviors associated with a high risk of fall by qualitatively and descriptively assessing the behaviors of hospitalized patients immediately before a fall. We used the medical accident search system established by the Japan Council for Quality Health Care to collect the data of fall cases. The 1,445 fall cases were categorized and described based on similarities in the behaviors of hospitalized patients immediately before a fall. Consequently, 18 sub-categories, and 4 categories were established. The behaviors of hospitalized patients at high risk of fall were characterized by habitual behaviors with unstable activities, erroneous perception of the capacity for the activity, use of a product unsafely with there not being enough knowledge and consideration, and ongoing behaviors in situations in which accurate judgment might be lacking.

文 献

- Berelson, B. (1952) / 稲葉三千男・金 圭煥 (1957). 内容分析. 東京: みすず書房.
- 藤永 保, 内田伸子, 繁榎算男, 杉山憲司 (2013). 最新心理学事典. 253-254, 東京: 平凡社.
- 舟島なをみ (2010). 看護教育学研究: 発見・創造・証明の過程. 121-122, 東京: 医学書院.
- 緋田雅美, 手島 恵, 中井章人 (2007). 急性期病院入院患者における転倒リスクの再評価. 病院管理, 44(4), 337-344.
- 樋口由美, 須藤洋明, 竹田祥子, 田中則子, 淵岡 聡, 林 義孝 (2003). 転倒しても重篤なケガをしなかった施設利用高齢者の特徴について. 理学療法学, 30(2), 41-47.
- 石塚直樹, 高橋 智, 小原智子, 鈴木真紗子, 工藤雅子, 柴田俊秀, 米澤久司, 高橋純子, 寺山靖夫 (2011). conjoint分析を用いた入院患者の転倒リスク評価スケールの作成. 岩手医学雑誌, 63(2), 101-110.
- 神崎恒一 (2015). 認知症と骨・運動器の障害. 医学のあゆみ, 253(9), 843-849.
- 加藤 香, 日野康子, 長井かおり, 渡辺英子 (2004). 転倒転落予防対策の定着化への取り組み. 愛媛労災病院医学雑誌, 1(1), 46-48.
- 川村治子 (2003). ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本. 66, 東京: 医学書院.
- 見田宗介, 栗原 彬, 田中義久 (編) (1994). 社会学事典 (縮刷版). 288, 東京: 弘文堂.

- 小島香織, 小島静江, 高橋寛光 (2009). 看護師が感じている転倒リスクの直感. 日本精神科看護学会誌, 52(2), 533-537.
- 宮越浩一, 高橋静子, 古田康之, 夏目隆史 (2010). 入院初期における転倒転落の予測因子の検討: 転倒予防チェックリスト作成のために. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(2), 114-118.
- 森田恵美子, 飯島佐知子, 平井さよ子, 賀沢弥貴, 安西由美子 (2010). 転倒アセスメントスコアシートの改訂と看護師の評定者間一致性の検討. 日本看護管理学会誌, 14(1), 51-58.
- Morse, J.M., Tylko, S.J., and Dixon, H.A. (1987). Characteristics of the fall-prone patient. *Gerontologist*, 27(4), 516-522.
- 仲秋秀太郎, 佐藤順子 (2015). 実行機能: その概念と評価法. 老年精神医学雑誌, 26(3), 248-256.
- 日本医療機能評価機構 (2015). 医療事故情報収集等事業平成26年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2014.pdf
- 日本リスク研究学会 (編) (2006). 増補改訂版 リスク学事典. 4, 東京: 阪急コミュニケーションズ.
- 西村美帆, 成瀬九美 (2012). 高齢者の運動パフォーマンスに認知課題が及ぼす影響. 奈良女子大学スポーツ科学研究, 14, 37-43.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F.C., and McMurdo, M.E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age Ageing*, 33(2), 122-130.
- Payson, C.A., Haviley, C.A., and Myers, S. (2007). *Patient falls assessment and prevention: Global Edition*. Massachusetts: Opus Communications.

- Province, M.A., Hadley, E.C., Hornbrook, M.C., Lipsitz, L.A., Miller, J.P., Mulrow, C.D., Ory, M.G., Sattin, R.W., Tinetti, M.E., and Wolf, S.L. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *Frailty and injuries: cooperative studies of intervention techniques. JAMA*, 273(17), 1341-1347.
- Reason, J.T. (1990) / 十亀 洋 (2014). ヒューマンエラー (完訳版). 13, 東京: 海文堂出版.
- Sandelowski, M. (2000) / 谷津裕子, 江藤裕之 (2013). 質的研究をめぐる10のキークエスション: サンドロウスキー論文に学ぶ. 134-147, 東京: 医学書院.
- Scott, W.A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opin Q*, 19, 321-325.
- Shiffrin, R.M. and Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychol Rev*, 84(2), 127-190.
- 島田裕之, 太田雅人, 矢部規行, 大淵修一, 古名丈人, 小島基永, 鈴木隆雄 (2004). 痴呆高齢者の転倒予測を目的とした行動分析の有用性. *理学療法学*, 31(2), 124-129.
- Takatori, K., Shomoto, K., and Shimada, T. (2009). Relationship between self-perceived postural limits and falls among hospitalized stroke patients. *J Phys Ther Sci*, 21(1), 29-35.
- 田丸典子, 桶 晶子, 篠原裕子, 朱桃亜紀, 片瀬智子, 土田麻奈美, 小野塚恵, 宮中めぐみ, 山内由美子 (2005). 転倒を繰り返す脳疾患患者における転倒場面と転倒後の予防ケアの特徴 (第2報): 3回以上転倒を繰り返した患者4名の分析から. *看護研究発表論文集録*, 37, 109-112.
- 田中武一, 森本 剛, 足立由起, 籾田知子, 長尾能雅, 坪山直生, 市橋則明 (2010). 大学病院における転倒アセスメントスコアの改訂と予測能の比較. *医療の質・安全学会誌*, 5(1), 22-31.
- 山田 実, 上原稔章, 浅井 剛, 前川 匡, 小嶋麻悠子 (2008). Dual-task バランストレーニングには転倒予防効果があるのか?: 地域在住高齢者における検討. *理学療法ジャーナル*, 42(5), 439-445.
- 山本かよ, 江川幸二, 吉永喜久恵, 北川 恵, 大釜徳政, 山本喜代子, 井上 薫, 藤田京子 (2006). 転倒・転落事故予防のためのアセスメントスコアシートの活用実態. *神戸市看護大学紀要*, 10, 49-59.

[平成27年10月3日受 付]
[平成29年2月13日採用決定]

経皮的冠動脈形成術を受けた患者の身体活動と健康関連QOL

— 退院直後から退院6か月後までの経時的変化と関連 —

The Changes of Physical Activities and Health-Related Quality of Life
After Percutaneous Coronary Intervention:
The Change on Standing and Connection Within 6 Months of Discharge

石橋 曜子¹⁾ 藤田 君支²⁾
Yoko Ishibashi Kimie Fujita

キーワード：冠動脈形成術，身体活動，健康関連QOL

Key Words：percutaneous coronary intervention, physical activities, health-related quality of life

はじめに

厚生労働省「平成26年患者調査の概況」によると、虚血性心疾患の罹患者数は172万9千人に上り、3年前に比べて約10万人の増加となっている。虚血性心疾患の治療の主流である経皮的冠動脈形成術（percutaneous coronary intervention: PCI）は多枝病変がない比較的軽症の心筋梗塞や狭心症に適応があり、心臓血管バイパス術に比べ侵襲度が低いため急速に発展したが、治療部位の再狭窄率が15～20%であること、治療後1年以内の他枝冠動脈狭窄の発生が課題とされる（Joshi, et al., 2006；齊藤・後藤, 2009）。

虚血性心疾患のうち、心臓血管バイパス術を受けた心筋梗塞患者に対する身体活動の先行研究では、日常生活における歩数が多い者は、その後の心血管イベントの再発率が低く（東條, 2011）、心機能の改善が示されている（齊藤・後藤, 2009；牧田, 2008；Herridge & Liton, 2005）。また、Ayabe, et al. (2008) は心不全で心臓リハビリテーションを受けた患者について、万歩計型加速度計を用いた横断調査を行い、歩数と運動消費量が正の強い相関を示したが、PCI後の患者における活動強度を含む身体活動の定量調査や縦断的な変化を実証した研究は見当たらない。

虚血性心疾患では、日常生活における身体活動は心負荷にかかわるため、心機能にあわせた日常生活行動の拡大が求められる。PCI後の冠血流量の維持や再狭窄など合併症予防には適切な心負荷の身体活動が重要であり、退院後のQOLに影響する。

虚血性心疾患患者のQOLに関する研究では、心筋梗塞患者を対象にSF-36日本語版を使用した研究が多数存在して

り、虚血性心疾患を発症した後、心臓リハビリテーションを実施した結果、健康関連QOLが改善されたことが示されている（小西ら, 2003；柴山, 2007；Shibayama & Yoshikawa, 2008；寫田ら, 2009）。また、年齢、心機能、運動耐容能などの影響要因が明らかとされている（儀間ら, 2004；齋藤・勝木・萱場・内本・住吉, 1990；Wilcox, Richter, Henderson, Greaney, & Ainsworth, 2002；松岡ら, 2006）。しかし、PCIを受けた後、心臓リハビリテーションを受けずに退院した患者の退院直後からのQOLの変化や身体活動との関連は明らかにされてない。PCI後の患者は、在院日数が短く心臓リハビリテーションを受けず、退院後の自己管理など十分な教育を受けてないことが多いため、再狭窄や再発作の恐怖から不安を抱えながら生活していること（畑野・竹下・有田・山中, 2007）、心機能に与える影響を考慮しながら日常生活を送っていることが明らかにされ（船山・黒田・上澤, 2002）、QOLの低下が示唆された。

本研究の目的は、PCIを受けた虚血性心疾患患者の身体活動の定量調査と健康関連QOLについて、退院直後から退院6か月後までの経時的変化と関連性を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の操作的定義

身体活動：本研究では、起床から就寝までの1日あたりの平均歩数（歩/日）と安静時を除く1週間あたりの総身体活動時間（METs・時/週）とする。また、MET（metabolic equivalent）とは、身体活動の強さを安静時の何倍に相当するかで表す単位で、座って安静にしている状態が1 METに相当し、普通歩行がおおよそ3 METsに相当する。

1) 福岡大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University

2) 九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

II. 研究方法

1. 対象者

本研究の調査対象者は、福岡市内の大学病院で狭心症または心筋梗塞と診断され、PCIを受けた患者とした。患者は入院期間が3～4日であり、入院中に心臓リハビリテーションや退院時の運動処方も受けていない。対象者の選択基準は、運動制限のない人、万歩計型加速度計の管理が可能である人、質問紙の内容が理解でき記載ができる者とした。除外基準は、脳梗塞や整形外科疾患などにより歩行障害など日常生活行動に制限がある人、転院や施設入所など自宅退院ができない人とした。

2. 調査期間

平成22年10月～平成23年12月。

3. データ収集方法

本研究は、万歩計型加速度計と調査票を用いた前向き観察研究である。調査時期は、退院直後、退院1か月後、退院6か月後の3時点とした。主治医の許可を得て診療録のPCI予定記録から対象者の選択基準を満たしている患者を選定した後、対象者の退院が決定した時点で、研究代表者が対象者に本研究の趣旨を文書および口頭で説明した。同意が得られた対象者に対して、万歩計型加速度計の携帯と調査票記入を依頼した。退院直後の調査は入院中に直接依頼し、回収は郵送法で行った。退院1か月後と退院6か月後は、配布および回収ともに郵送法で実施した。

4. 調査項目および調査方法

a. 身体活動調査

身体活動調査は、万歩計型加速度計（スズケン社生活習慣記録機『ライフコーダEX』。以下、ライフコーダという）を使用し、1分毎の歩数および4秒ごとの運動強度を測定した。3 METs以上の強度の身体活動としての23 METs・時/週は、約6,000歩に相当することが明らかになっているため（大島ら、2012）、歩数と総身体活動時間を調査項目とした。対象者は、入浴時と睡眠時間を除く起床から就寝まで10日間、腰の位置にライフコーダを装着した。蓄積された測定データは、誤差が測定されやすい装着開始2日間と終了前日の3日間を除き、10時間以上測定された7日分のデータを使用した。そのデータを専用解析ソフト『ライフライザー02』（スズケン社製）に読み込み、歩数と運動強度毎の活動時間を抽出した。運動強度は先行研究（Kumahara, et al., 2004）を参考にMETsに換算し、中強度（3 METs ≤ 6 METs）と高強度（6 METs ≥）の総身体活動時間（METs・時間/週）を算出し、1日の平均歩数

（歩/日）と1週間の総身体活動時間（METs・時間/週）を身体活動の変数とした。なお、ライフコーダは身体活動の測定に信頼性のある機器であり、さまざまな研究で使用実績がある（Kumahara, et al., 2004, Ayabe, et al., 2008；仙波・佐藤・古賀・藤田, 2009）。

b. 健康関連QOL尺度：SF-8TM（SF8 Health Survey）日本語版

SF-8（アキュート版）（福原・鈴嶋, 2004）を使用し、退院1週間以内と退院1か月後、退院6か月後の主観的健康感を質問した。SF-8（アキュート版：振り返り期間が過去1週間）は、SF-36と同様に8つの健康概念で測定できるが回答項目が少なく簡易である。また、信頼性係数は、米国において集団の健康状態を測定するための尺度として信頼性・妥当性が検証されているが、日本におけるアキュート版の国民標準値は存在していない。次に8つの概念では、身体機能（physical functioning：PF）、身体的健康問題による役割制限（role-physical：RP）、身体の痛み（body-pain：BP）、全体的健康感（general health：GH）、活力（vitality：VT）、社会生活機能（social function：SF）、精神的問題による役割制限（role-emotional：RE）、心の健康（mental health：MH）で構成され、身体的サマリースコア（physical component summary：PCS）、精神的サマリースコア（mental component summary：MCS）を算出できる。それぞれの質問に対する回答を点数化し、得られた点数は0～100に換算され、得点率が高いほど主観的健康感が高いことを示す。

c. 関連要因

年齢、性別、同居者の有無、診断名（狭心症あるいは心筋梗塞）、治療前の左室駆出率、残存枝、再発・再狭窄のリスクファクターである3つの合併疾患（高血圧、脂質異常症、糖尿病）、喫煙の有無、BMIについては診療録より収集した。調査票では就労の有無と内容、定期的な運動の有無、息苦しさなどの胸部症状の有無について、退院直後と退院1か月後、退院6か月後に収集した。

5. 分析方法

統計的分析方法は、すべての変数を得点化し各変数の記述統計を行った。身体活動は、1日の平均歩数（歩/日）と1週間あたりの総身体活動時間（METs・時間/週）の変化について、また健康関連QOLの8つの下位尺度と身体的サマリースコア、精神的サマリースコアの変化について調査時期別にWillcoxonの符号付順位と検定を行った。身体活動とSF-8の相関関係は、Spearmanの順位相関係数で求め、関連要因別の身体活動の比較にはMann-WhitneyのU検定を行った。なお、年齢は下肢筋肉量が加齢に伴い大きく減少すること（谷本ら、2010）から、65歳をカットオ

フポイントとしてWillcoxonの符号付順位和検定を行った。統計分析ソフトはIBM SPSS Statistics ver. 22.0を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究は、2010年9月に福岡大学病院臨床研究審査委員会の承認（承認番号：10-9-11）を得て実施した。研究対象者が入院している診療科の診療部長および病棟師長に研究概要を文書と口頭で説明し承諾を得た。研究対象者には、研究目的、研究の概要、任意であること、研究を拒否しても診療や入院生活に不利益をもたらすことはないこと、同意後も取り消しを行う権限があること、個人情報保護されていることを説明した。以上の説明を受けて同意が得られた対象者に対し、同意文書を交わした。

Ⅲ. 結 果

1. 属 性

退院直後の対象者63名のうち同意が得られなかった6名を除外した57名を研究対象者とした（図1）。退院1か月後では、途中辞退をした3名、機器トラブルや質問紙の未記入2名、再狭窄による入院治療2名を除外し、退院6か月後は途中辞退した5名、再狭窄や整形外科疾患などによる歩行障害が生じた11名を除外した。分析対象者は退院後6か月までの3回の調査をすべて完了した34名とした。

平均年齢は、 66.3 ± 9.5 歳（41～80歳）であり、男性31名（91.2%）であった。診断名は、狭心症25名（73.5%）、心筋梗塞9名（28.5%）、入院前の左室駆出率55%未満26名（76.5%）、75%以上の残存枝を有する者21名（61.8%）であった。高血圧、脂質異常症、糖尿病をどれか1つでも有する者は34名（100%）、喫煙者10名（29.4%）であった。胸部症状を有する人は、退院直後22名（64.7%）であったが、退院1か月後は、15名（55.9%）、退院6か月後には、9名（26.5%）まで減少した。定期的な運動を行っている人は、退院直後24名（70.6%）、退院1か月後32名（94.1%）だが、退院6か月後25名（73.5%）に減っていた。PCI前から定期的に運動を行っている人は退院6か月後も定期的に運動を行っていたが、退院1か月後から運動を始めた人は退院6か月後まで継続できていなかった。就労者は、入院前23名（67.6%）、退院1か月後14名（41.2%）、退院6か月後21名（61.8%）であった（表1）。退院後に仕事に復帰した人は、「残業をやめた」や「軽作業に変更した」など仕事内容を変更していた。

2. 身体活動の経時的変化

身体活動の1日あたりの平均歩数（歩/日）は退院直後 $6,054 \pm 2,954$ 歩/日、退院1か月後 $7,351 \pm 3,565$ 歩/日、退院6か月後 $6,527 \pm 3,438$ 歩/日で、退院直後から退院1か月後に有意に増加した（ $p = .008$ ）が、6か月後ではやや

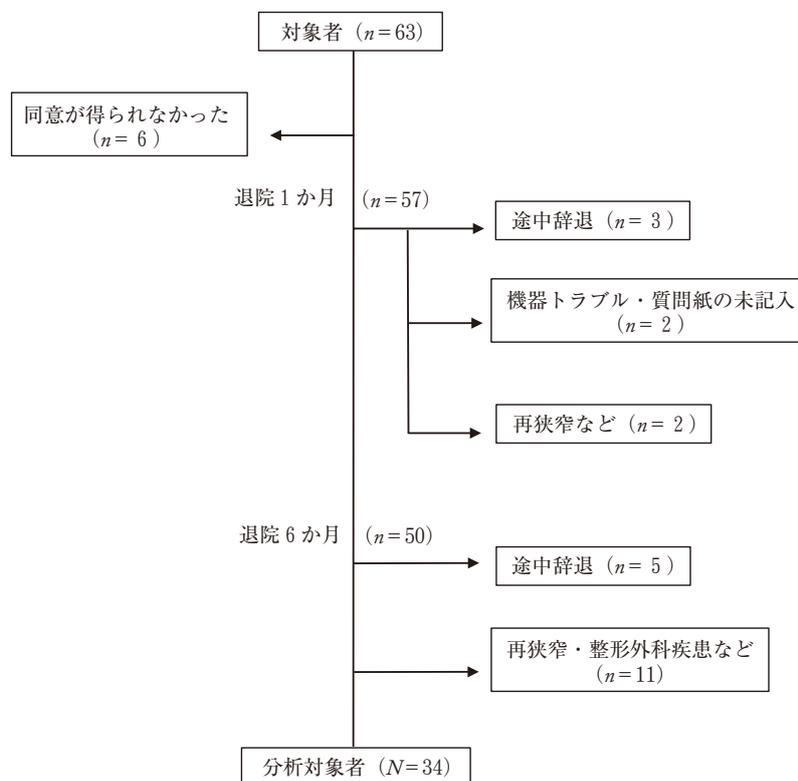


図1 調査対象者

表1 基本属性

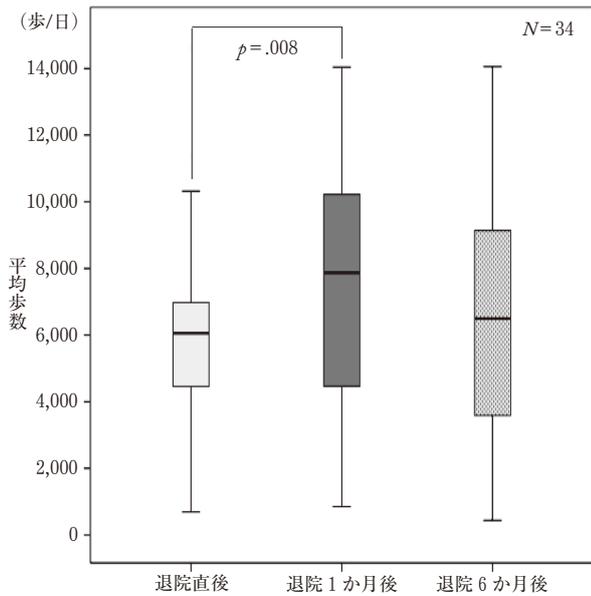
(N = 34)

項目	区分	人数	%	平均 ± SD	範囲	中央値
年齢	65歳未満	13	38.2	66.3 ± 9.5	41~80	68
	65歳以上	16	47.1			
	75歳以上	5	14.7			
性別	男	31	91.2			
	女	3	8.8			
同居者の有無	あり	33	97.1			
	なし	1	2.9			
就労の有無						
入院前	あり	23	67.6			
	なし	11	32.4			
退院1か月後	あり	14	41.2			
	なし	20	58.8			
退院6か月後	あり	21	61.8			
	なし	13	38.2			
診断名	狭心症	25	73.5			
	心筋梗塞	9	26.5			
再狭窄経験の有無	なし	20	58.8	0.7	0~3	0
	あり	14	41.2			
残存枝 (75%以上)	あり	21	61.8			
	なし	13	38.2			
入院前の左室駆出率	55% >	26	76.5	64.1 ± 13.6	16.6~84.5	66
	55% ≤	8	23.5			
リスクファクター						
高血圧		24				
脂質異常症		25				
糖尿病 (重複回答あり)		17				
喫煙	あり	10	29.4			
	なし	24	70.6			
BMI	18.5~25.0 >	24	70.5	23.4 ± 2.8	18.0~31.4	22.4
	25 ≤	10	29.5			
胸部症状						
退院直後	あり	22	64.7			
	なし	12	35.3			
退院1か月後	あり	15	44.1			
	なし	19	55.9			
退院6か月後	あり	9	26.5			
	なし	25	73.5			
定期的な運動						
退院直後	あり	24	70.6			
	なし	10	29.4			
退院1か月後	あり	32	94.1			
	なし	2	5.9			
退院6か月後	あり	25	73.5			
	なし	9	26.5			

減少し、有意差を認めなかった (図2)。また、年齢別の3時点での歩数の比較では有意差は認めず、年齢による平均歩数の相違もなかった (図3)。

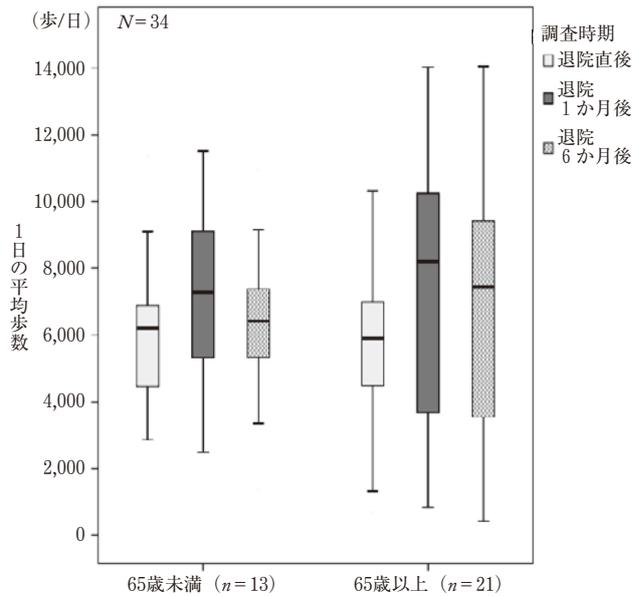
総身体活動時間は、退院直後17.7 ± 11.3 METs・時/週、退院1か月後23.1 ± 13.4 METs・時/週、退院6か月後22.8 ± 12.6 METs・時/週で、退院直後と退院6か月後に有

意な増加を認めた ($p = .026$, 図4)。総身体活動時間の年齢別の比較において、65歳未満群は退院直後から退院6か月後へと増加傾向にあるが有意な変化は示さなかったが、65歳以上群では、退院直後17.1 ± 12.5 METs・時/週から退院1か月後23.8 ± 15.3 METs・時/週に有意に増加した ($p = .033$, 図5)。



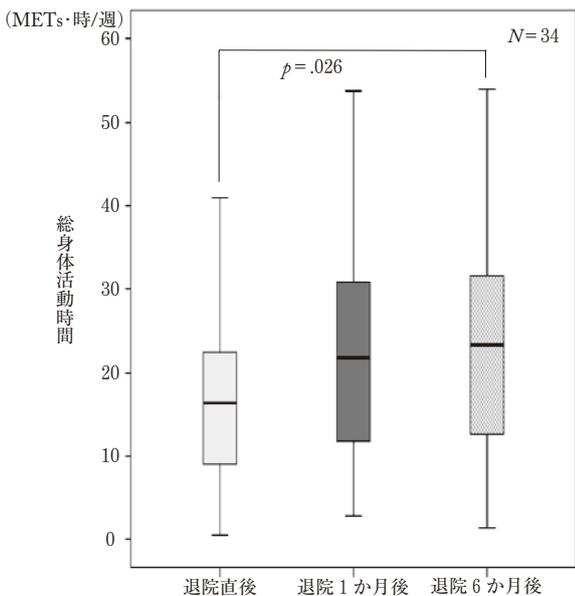
調査時期別の歩数平均をWilcoxonの符号付順位和検定で分析した。対象者34名は、退院直後と退院1か月後に有意差を認めた。

図2 歩数変化



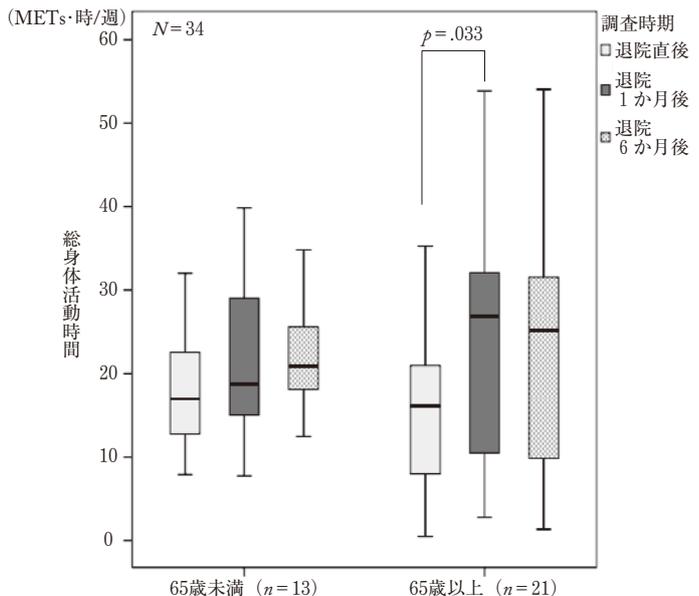
対象者を65歳未満と65歳以上の2群に分けて1日平均歩数をWilcoxonの符号付順位和検定で比較した。

図3 年齢別歩数変化



調査時期別の総身体活動時間をWilcoxonの符号付順位和検定で分析した。対象者34名は、退院直後と退院6か月後に有意差を認めた。

図4 総身体活動時間の変化



対象者を65歳未満と65歳以上の2群に分けて総身体活動時間をWilcoxonの符号付順位和検定で分析した。65歳以上の対象者で、退院直後と退院1か月後に有意差を認めた。

図5 年齢別の総身体活動時間の変化

3. 健康関連QOLの経時的変化

SF-8の下位尺度および2つのサマリースコアの中央値は、退院時45.2~60.2であり米国における国民標準値と近い値であり、社会生活機能(SF)が最も低かった(表2)。時期別の変化については、全体的健康感(GH)は退院直後と退院1か月後、退院直後と退院6か月後との間に有意な増加を認めた($p = .019$, $p = .028$)。社会生活機能(SF)は退院直後と退院6か月後($p = .044$)、退院1

か月後と退院6か月後($p = .026$)との間に有意な増加を認めた。その他の身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、体の痛み(BP)と精神的機能の活力(VT)、日常役割機能(精神)(RF)、心の健康(MH)、身体的健康サマリー(PCS)、精神的健康サマリー(MCS)には有意な変化は示さなかった。

4. 身体活動と健康関連QOLの関連

身体活動と健康関連QOLの関連について、退院直後と退院1か月後において身体活動と健康関連QOLに相関は全く認めなかったが、退院6か月後の歩数(歩/日)と身体機能(PF) ($r = .455, p = .007$), 日常役割機能(身体)(RP) ($r = .470, p = .005$), 全体的健康感(GH) ($r = .513, p = .002$), 身体的健康サマリースコア(PCS) ($r = .587, p = .000$)において、やや強い正の相関を認め、活力(VT) ($r = .362, p = .035$)とは、弱い正の相関を認めた(表3)。また、退院6か月後の総身体活動時間(METS・時/週)と身体機能(PF) ($r = .480, p = .004$), 日常役割機能(身体)(RP) ($r = .497, p = .003$), 全体的健康感(GH) ($r = .529, p = .001$), 身体的健康サマリースコア(PCS) ($r = .614, p = .000$)において、やや強い正の相関を認め、活力(VT) ($r = .383, p = .025$)とは弱い正の相関を認めた。

5. 身体活動と関連要因について

関連要因である性別、診断名、治療前の左室駆出率、残存枝、合併疾患、喫煙の有無、BMI、就労および胸部症状の有無と身体活動との有意な関連は認めなかった。定期的な運動との関連については、入院前に運動を行っていた人は、運動してなかった人に比べ退院6か月後の歩数($p = .02$)と総身体活動時間($p = .046$)が多かった。また、退院1か月後に運動している人は、退院6か月後の歩数と総身体活動時間が多いことが示された(表4)。

IV. 考 察

1. 身体活動の経時的変化

PCI後の患者の身体活動を退院直後と退院1か月後、退院6か月後の3つの時点で比較した結果、歩数は退院直後

表2 健康関連QOLの変化

(N = 34)

	退院直後		退院1か月後		p値 (退院直後と退院1か月後)	退院6か月後		p値 (退院直後と退院6か月後)	p値 (退院1か月後と退院6か月後)
	平均値 ± SD	中央値	平均値 ± SD	中央値		平均値 ± SD	中央値		
PF (身体機能)	48.6 ± 5.5	48.5	49.0 ± 5.2	48.5	.655	47.7 ± 6.7	48.5	.470	.217
RP (日常役割機能)	48.4 ± 6.1	48.5	48.8 ± 7.4	48.5	.473	47.2 ± 7.6	48.4	.317	.231
BP (体の痛み)	54.6 ± 7.4	60.2	54.2 ± 5.8	51.8	.381	55.2 ± 6.6	60.2	.855	.339
GH (全体的健康感)	50.3 ± 6.8	50.7	52.3 ± 4.0	50.7	.019*	52.6 ± 5.8	50.7	.028*	.859
VT (活力)	51.2 ± 6.2	54.5	52.1 ± 5.1	54.5	.243	52.0 ± 6.2	54.5	.566	.717
SF (社会生活機能)	47.1 ± 7.8	45.2	47.2 ± 7.5	45.2	.975	49.6 ± 6.6	54.7	.044*	.026*
RE (日常役割機能)	49.6 ± 5.8	49.1	50.9 ± 4.5	51.7	.248	50.6 ± 4.1	51.7	.203	.859
MH (心の健康)	51.9 ± 6.8	57.5	52.5 ± 5.1	50.3	.885	52.5 ± 6.2	57.5	.399	.491
PCS (身体的健康サマリー)	48.9 ± 5.7	49.2	49.2 ± 5.9	51.0	.410	48.4 ± 6.8	51.2	.663	.379
MCS (精神的健康サマリー)	49.5 ± 6.7	50.5	50.4 ± 5.6	49.9	.724	51.3 ± 5.3	53.8	.121	.362

[注] Wilcoxonの符号付順位検定。* : $p < .05$

表3 身体活動と健康関連QOLの相関関係

(N = 34)

退院直後	PF (身体機能)	RP (日常役割機能)	BP (体の痛み)	GH (全体的健康感)	VT (活力)	SF (社会生活機能)	RE (日常役割機能)	MH (心の健康)	PCS (身体的健康サマリー)	MCS (精神的健康サマリー)
1日平均歩数	.236	.266	.139	.091	.209	.144	.263	.258	.178	.214
1週間あたりの総身体活動時間	.082	.079	-.097	-.025	.017	-.085	-.011	.119	-.015	.025
退院1か月後	PF (身体機能)	RP (日常役割機能)	BP (体の痛み)	GH (全体的健康感)	VT (活力)	SF (社会生活機能)	RE (日常役割機能)	MH (心の健康)	PCS (身体的健康サマリー)	MCS (精神的健康サマリー)
1日平均歩数	.171	.271	-.011	.121	.198	.047	-.078	-.041	.227	-.088
1週間あたりの総身体活動時間	.221	.272	-.060	.154	.157	.087	-.001	-.151	.292	-.111
退院6か月後	PF (身体機能)	RP (日常役割機能)	BP (体の痛み)	GH (全体的健康感)	VT (活力)	SF (社会生活機能)	RE (日常役割機能)	MH (心の健康)	PCS (身体的健康サマリー)	MCS (精神的健康サマリー)
1日平均歩数	.455**	.470**	.280	.513**	.362*	.252	.247	.156	.587**	.110
1週間あたりの総身体活動時間	.475**	.487**	.276	.528**	.340*	.158	.274	.143	.589**	.064

[注] Spearmanの順位相関係数。* : $p < .05$, ** : $p < .005$

表4 身体活動と個人属性

(N = 34)

	退院直後		退院1か月後		退院6か月後	
	歩数 (歩/日)	総身体活動時間 (METs・時/週)	歩数 (歩/日)	総身体活動時間 (METs・時/週)	歩数 (歩/日)	全強度身体活動時間 (METs・時/週)
定期的な運動						
入院前	あり	6396	7782.0	25.1	7396.0	25.6
	なし	5231	6316.0	18.2	4442.0	16.2
退院1か月後	あり		7752	24.3	6899	24.1
	なし		927	2.9	579	1.7
退院6か月後	あり				7454	26.1
	なし				3953	13.6

[注] Mann-WhitneyのU検定。* : $p < .05$, ** : $p < .005$

から退院1か月後において、また、総身体活動時間は、退院直後と退院6か月後において有意に増加したことが明らかとなった。先行研究では、心筋梗塞患者で冠動脈バイパス術後に運動療法を行っている高齢患者の入院期間中の歩数は、4,247歩/日、退院直後から退院1か月後の歩数は7,893歩/日へと推移していると報告されている(武市ら, 2009, 井澤ら, 2004)が、本研究におけるPCI後の患者も退院直後から退院1か月後にかけて歩数が有意に増加しており、重症度や治療法の相違があっても、先行研究で示された歩数の増加傾向とほぼ一致していた。退院後6か月では退院後1か月より歩数が減少し、定期的な運動をしている割合も減っていたことから、長期に運動を継続することがむずかしいことが示唆された。また、年齢別に歩数を比較した有意差は認められず、高齢者は時間にゆとりがあり健康のために積極的に歩行していることが推察された。

総身体活動時間は、退院直後に比べ退院1か月後には有意に増加しなかったが、退院6か月後では有意に増加することが示された。歩数は退院1か月後に増加しているため、退院後間もない時期では、家の中や近辺で低活動の歩行に限られているものと思われる。本調査の退院1か月の就労率は41%と入院前より低く、6か月後には61%に回復しており、生活行動が拡大して活動強度が増加するには時間を要すると考えられた。厚生労働省は、「健康づくりのための身体活動基準2013」において、65歳以上の高齢者は、強度を問わず身体活動を毎日40分(=10 METs・時/週)、18~64歳の成人期の者は、3 METs以上の強度の身体活動を(歩行またはそれと同等以上)毎日60分(=23 METs・時/週)を目標値として掲げている(2013)。本研究の高齢者は後期高齢者が5名含まれたが、退院直後の総身体活動時間は 17.1 ± 12.5 METs・時/週であり厚生労働省が示す65歳以上の身体活動基準2013の目標値を越えていた。65歳以上の総身体活動時間は、退院直後から退院1か月後では有意な増加は示したが、6か月後では変化を認めなかった。高齢者の身体活動については、個人差が大きくPCI後の患者にお

ける心機能の維持や再発予防に向けた運動強度が健常者と同等が適正なのかを含め指標の検討が必要と思われた。

2. 健康関連QOLの経時的変化

健康関連QOLの経時的な比較をした結果、全体的健康感(GH)と社会生活機能(SF)は、退院6か月後に有意な増加を示している。SF-36を使用した心筋梗塞患者を対象とした長期的な健康関連QOLを調査した(井澤ら, 2004)結果をみると、日常役割機能(身体)(RP)と社会生活機能(SF)は、SF-36日本語版の国民標準値と比較して退院直後の得点率が有意に低く、国民標準値に到達するまで19か月必要としている。本研究では、重症度の低い虚血性心疾患患者であったが、身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、社会生活機能(SF)、身体的健康サマリー(PCS)が健康な米国人の国民標準値に比べ、退院直後からやや低く、先行研究と比較しても、日常役割機能(身体)(RP)と社会生活機能(SF)が退院6か月間を経ても国民標準値に到達しない点について一致していた。日常役割機能(身体)(RP)は、いつもの仕事(家事を含む)がどの程度可能であったかを問う内容であるため、退院直後は、基本的日常生活行動の再獲得に主体がおかれ、徐々に活動できる状態になってから、仕事などの社会的役割へと意識が拡大したと考えられる。

3. 身体活動と健康関連QOLの関連について

身体活動と健康関連QOLの関連では、退院直後と退院1か月後において有意な関連を認めず、退院6か月後に身体機能(PF)と日常役割機能(身体)(RP)、全体的健康感(GH)、活力(VT)、身体的健康サマリースコア(PSC)で関連を認めた。本研究と同じ活動計で測定された心筋梗塞患者の横断調査において、身体活動が多いほうが、より高い健康関連QOLを示すことが報告されている(Izawa, et al., 2004; 井澤, 2006)。本研究の身体活動の経時的変化をみると、歩数(歩/日)は退院1か月後に有意な増加

を示し、健康関連QOLに影響した時期は退院6か月後であった。身体活動が増加するにつれて生活行動は拡大するが、すぐにQOLの向上につながるわけではないことが明らかとなった。医療におけるQOLは、対象者を生活者ととらえることにあると考える。心身の状態などの生活者自身の質が整うことでQOLの一側面が高まる。よって、身体活動が改善しても、生活の質が改善したことを認知するには時間が必要であると考えられた。

以上のことから、PCI後の患者には、退院直後は家の中での生活行動を確立し、可能な限り身体を動かす生活行動を推進しながら活動範囲を広げることが意識づけられるように指導を行う必要があると考える。また、再狭窄、再発作、胸部症状の不安に対しては、個人の心機能や狭窄部位を踏まえて、生活行動に沿った具体的な身体活動レベルを提示する必要がある。そのとき、患者自身が自分自身の状態を判断できるように、医療者は、発作時の対処や日常生活における活動時の留意点を示し、自己管理できるように患者教育を行う必要がある。

4. 身体活動と関連要因

就労は、身体活動に影響する可能性があると考えていたが、仕事に復帰した人の総身体活動時間は増加を認めなかった。それは、復帰するにあたって「残業をやめた」「軽作業に変更した」など心負荷がかからない内容、つまり活動強度が低い仕事内容に変更していたことが身体活動との有意な関連につながらなかったと考えられる。

定期的な運動と身体活動の関連においては、入院前から定期的な運動を行っていた者は、退院6か月後も定期的な運動を継続していることが明らかとなった。今回の対象者はPCI後に心臓リハビリテーションを受けずに退院しており、退院時医師から「散歩などの運動をすること」を勧められていただけで、具体的な運動処方を受けていない。よって、もともと定期的な運動習慣がなかった人は、退院後にいったん運動を開始しても退院6か月後まで継続できないことが推察された。また、残存枝や胸部症状との関連は認められなかったが、PCI後の患者のなかには、まだ狭窄部位が残っており日常生活を送るなかで胸痛発作を起こさないように活動制限を行うという特徴がある（畑野ら、2007）と述べられている。本研究でも、退院直後は胸痛発作を起こさないように積極的な身体活動に至っていないことが推察される。

今回の結果から、65歳以上の高齢者は、健康づくりのための身体活動目標値を達成しているが、65歳未満の成人期の者が高齢者とほぼ同じ総身体活動時間で推移しており、不十分な可能性がある。成人期の場合、仕事や社会的役割が多く定期的な運動を取り入れることがむずかしいことや仕事内容を軽作業に変更していることから、入院前より身

体活動時間が低下しているものと思われる。

最近では、万歩計機能がある携帯電話も普及しているため、退院後は、自分自身で1日の歩数を測定し、生活活動を含めた中強度以上の身体活動の維持・増加をはかる必要があると考える。また、活動時は、胸部症状の出現に注意し、自己検脈やBorg指数を目安に運動を行うなど身体活動と症状を自己評価できること、受診の必要性を判断できることを指導し、継続して支援することも重要であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

今回の対象者は、縦断調査の途中で34名と減少し、当初よりサンプルサイズが小さくなったため、結果の解釈に限界がある点是否めない。また、調査に使用したライフコーダは、自転車運動に関してカウントされないこと、水中での使用ができないため水泳などの身体活動が計算できないことが研究の限界とされる。また、対象者は、ライフコーダを装着することで、身体活動に対するモチベーションが向上し、意識的に活動している可能性がある。

今後は、対象者を増やし身体活動や健康関連QOLに影響を及ぼす関連要因を明らかにすることが課題である。

結 語

冠動脈形成術後に心臓リハビリテーションを受けずに退院した患者の身体活動と健康関連QOLの変化と関連について、以下の結果を得た。

1. 身体活動の1日の平均歩数は、退院直後から退院1か月後にかけて有意に増加する。
2. 総身体活動時間は、65歳以上で有意に増加し、健康づくりのための身体活動基準を満たしているが、65歳未満では大きく下まわっている。
3. 健康関連QOLの全体的健康感（GH）は退院直後から退院1か月後、社会生活機能（SF）は退院1か月後から退院6か月後にかけて有意に向上する。
4. 身体活動と健康関連QOLの関連において、身体活動が有意に増加しても主観的な健康関連QOLは、追従しすぐには増加しない。
5. 入院前から定期的な運動習慣をもっている人は、退院6か月後も定期的な運動習慣を確立できており、身体活動を維持向上できている。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

経皮的冠動脈形成術後に心臓リハビリテーションを受けずに退院した患者の身体活動と健康関連QOLの変化を明らかにし、身体活動と関連要因を検討した。34名を対象に、退院直後と退院1か月後、退院6か月後において身体活動を測定し健康関連QOL (SF-8) の質問紙調査を実施した。身体活動の歩数は退院直後から退院1か月後 ($p = .008$)、総身体活動時間は退院直後から退院6か月後 ($p = .026$) にかけて有意に増加した。健康関連QOLは、全体的健康感 (GH) が退院直後と退院1か月後 ($p = .019$)、退院6か月後 ($p = .028$)、社会生活機能 (SF) が退院直後と退院6か月後 ($p = .044$)、退院1か月後と退院6か月後 ($p = .026$) と有意に増加した。身体活動の増加を図るには、1日の歩数を測定しながら症状との関連を自己判断できる能力を身に付けて生活行動を確立することで、健康関連QOLの向上を目指すことが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the changes of physical activities and health-related quality of life among patients who do not cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. A questionnaire survey of health-related QOL (SF-8) was conducted among 34 patients after percutaneous coronary intervention and the amount of their physical activity was measured immediately, one and six months after discharge from hospital. The number of steps taken as a physical activity ($p=.008$) and the intensity of physical activities ($p=.026$) increased at a significant level. On health-related quality of life general health (GH) improved at a significant level on “immediately – one month after discharge from hospital” ($p=.019$) and “immediately - six months after discharge from hospital” ($p=.028$), and social functioning (SF) also improved at a significant level on “immediately – six months after discharge from hospital” ($p=.044$) and “one month - six months after discharge from hospital” ($p=.026$). The results suggest that it is necessary to enhance health-related QOL by acquiring an ability to evaluate the association between the number of steps taken a day and their own symptoms and conducting physical activity in everyday life in order to increase the amount of physical activity.

文 献

- Ayabe, M., Brubaker, P.H., Dobrosielski, D., Miller, S.H., Kiyonaga, A., Shindo, M., and Tanaka, H. (2008). Target step count for the secondary prevention of cardiovascular disease. *Circ J*, 72(2), 299-303.
- 福原俊一, 鈴鴨よしみ (2004). SF-8TM日本語版マニュアル. 35-45, 京都: 健康医療評価研究機構.
- 船山美和子, 黒田裕子, 上澤一葉 (2002). 虚血性心疾患患者の療養上の困難とその克服—冠動脈バイパス術後と経皮的冠動脈形成術後の違いの観点からの分析を通して—. 日本赤十字看護大学紀要, 16, 29-36.
- 儀間裕貴, 河北実穂子, 重森健太, 根地嶋誠, 鋤崎利貴, 大城昌平, 中溝礼一郎, 柴田茂守, 戸田源二, 矢野捷介 (2004). 心疾患患者の健康関連QOLに影響を及ぼす要因. 国立大学理学療法学会誌, 25, 12-15.
- 畑野富美, 竹下達也, 有田幹雄, 山中順子 (2007). 虚血性心疾患患者の経時的QOLに関する要因. 和歌山医学, 58(3), 126-132.
- Herridge, M.L. and Liton, J.C. (2005). Psychosocial issues and strategies. In: American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *AACVPR Cardiac Rehabilitation Resource Manual*. 43-50, Human Kinetics Pub.
- 井澤和夫, 平野康之, 山田純生, 岡浩一郎, 渡辺 敏, 小林 亨, 大宮一人, 飯島 節 (2004). 心筋梗塞患者における健康関連QOLの長期経過に及ぼす重症度の影響. 心臓リハビリテーション, 9(1), 181-185.
- Izawa, K., Hirano, Y., Yamada, S., Oka K., Omiya, K., and Iijima, S. (2004). Improvement in physiological outcomes and health-related quality of life following cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction. *Circ J*, 68(4), 315-320.
- 井澤和夫 (2006). 虚血性心疾患患者における健康関連QOL (Health-Related Quality of Life) 向上のための運動指導方策. 早稲田大学大学院人間科学研究科博士 (人間科学) 学位論文, 60-69.
- Joshi, J., Menon, V., Vaidean, G., Mohan, S., Thomas, J., Kelly, R.V., and Stouffer, G.A. (2006). Comparison of base metal stents versus drug-eluting stents on clinical making in patients with previous percutaneous coronary intervention admitted for suspected acute coronary syndrome. *Am J Cardiol*, 98(3), 338-340.
- 小西治美, 熊谷広美, 丸次敦子, 楠木沙織, 小林加代子, 田口裕子, 笠岡和子, 後藤葉一 (2003). 高齢心疾患患者の運動耐容能とQOLに対する心臓リハビリテーションの効果. 心臓リハビリテーション, 8(1), 113-117.
- 厚生労働省 (2013). 「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針 (アクティブガイド)」について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
- Kumahara, H., Schutz, Y., Ayabe, M., Yoshioka, M., Yoshitake, Y., Shndo, M., Ishii, K., and Tanaka, H. (2004). The use of uniaxial accelerometry for the assessment of physical-activity-related energy expenditure, a validation study against whole-body indirect calorimetry. *Br J Nutr*, 91(2), 235-243.
- 牧田 茂 (2008). 急性期 (第I相) リハビリテーション. 伊藤春樹 (監). 心臓リハビリテーション知っておくべきTips. 22-24, 東京: 中山書店.
- 松岡 緑, 川上千普美, 樗木晶子, 篠原純子, 長家智子, 赤司千波, 原 頼子 (2006). 冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者のQOLに関連する因子. 日本循環器看護学会誌, 2(1), 24-33.
- 大島秀武, 引原有輝, 大河原一憲, 高田和子, 三宅理江子, 海老根直行, 田畑 泉, 田中茂穂 (2012). 加速度計で求めた「健康づくりのための運動基準2006」における身体活動の目標値 (23メッツ・時/週) に相当する歩数. 体力科学, 61, 193-199.

- 斎藤宗靖, 勝木孝明, 萱場一則, 内本定彦, 住吉徹哉 (1990). 心筋梗塞患者のQuality of Lifeとその規定因子. *Therapeutic Research*, 11 (8), 2452-2459.
- 斎藤宗靖, 後藤葉一 (編) (2009). 狭心症・心筋梗塞のリハビリテーション (改訂第4版). 240-241, 東京: 南江堂.
- 仙波洋子, 佐藤和子, 古賀明美, 藤田君支 (2009). 2型糖尿病患者の運動療法アドヒアランスに影響する心理社会的要因. 日本看護科学学会誌, 29(2), 3-10.
- 柴山健三 (2007). 早期再還流療法を受けた急性心筋梗塞患者のQOL評価: 退院時と退院後6か月時の比較. 日本救急看護学会雑誌, 8(2), 53-57.
- Shibayama, K. and Yoshikawa, Y. (2008). Quality of life of patients with acute myocardial infarction treated with percutaneous coronary intervention-comparison of quality of life at discharge and 6 months after discharge. *J Rural Medicine*, 3(2), 45-48.
- 武市尚也, 井澤和夫, 渡辺 敏, 平木幸治, 森尾裕志, 長田尚彦, 大宮一人 (2009). 回復期冠動脈疾患患者における身体活動量と下肢筋力との関連について. 理学療法学, 36(3), 109-113.
- 谷本芳美, 渡辺美鈴, 河野 令, 広田千賀, 高崎恭輔, 河野公一 (2010). 日本人筋肉量の加齢による特徴. 日本老年医学会雑誌, 47(1), 47-54.
- 寫田理佳, 山本志保, 白石裕一, 増田有希, 長谷 斉, 土井 潔, 夜久 均 (2009). 心臓手術後1年の患者の身体活動とQOL. 心臓リハビリテーション, 14(1), 188-192.
- 東條美奈子 (2011). 心血管病予防のための疾病管理: 回復期~維持期心臓リハビリテーションの有効性. 健康管理事業団: 研究助成論文集, 3-13.
- Wilcox, S., Richter, D.L., Henderson, K.A., Greaney, M.L., and Ainsworth, B.E. (2002). Perceptions of physical activity and personal barriers and enablers in African American women. *Ethn Dis*, 12(3), 353-362.

[平成28年1月29日受 付]
[平成29年2月24日採用決定]

看護師の気道吸引における情報収集と吸引手技の実態調査

— 吸引前の情報収集と吸引手技, フィジカルアセスメント教育経験との関連 —

Physical Data and Practices for Airway Suctioning by Clinical Nurses

佐久間 佐 織¹⁾ 渡 邊 順 子²⁾ 檜 原 理 恵¹⁾
 Saori Sakuma Yoriko Watanabe Rie Kashihara

キーワード：気道吸引, 看護師, 身体的情報

Key Words : airway suctioning, clinical nurses, physical data

序 論

気道吸引は気道の閉塞物を除去する直接的な介入であると同時に、患者にとって侵襲的で苦痛を伴う処置である。ガイドライン (American Association for Respiratory Care: AARC, 2010, 日本呼吸療法医学会, 2013) では科学的根拠に基づいた実践の指針が示されており、先行研究においてもエビデンスに基づいた吸引手技が低酸素血症や気道粘膜の損傷、循環動態の悪化などの合併症を減少させることが検証されている (Maggiore, et al., 2013; McKillop, 2004; Van de Leur, Zwaveling, Loef & Van de Schans, 2003)。しかし一方で、臨床場面においては、ガイドラインで推奨される手技が徹底されていない現状も報告されている (Kelleher & Andrews, 2008; 安森・中岡・前田, 2009)。これらの報告は、人工呼吸器の装着や人工気道を介した気管吸引の技術に限定されており、臨床で実施機会の多い口腔・鼻腔吸引をあわせた気道吸引の技術の実態については明らかにされていない。

日本呼吸療法医学会によるガイドライン (2013) では気道吸引の適用を判断する指標が明示され、定時的ではなく痰の存在が判断された場合にのみ吸引を実施することが推奨されている。気道吸引の適用を適切にアセスメントするためには「見て、聴いて、触れる」という3つの基本を実践することが強調されており、呼吸に関する視診、聴診、触診の実践能力が必要であるといえる。フィジカルアセスメント技術は看護基礎教育において欠かせない能力として強化する教育内容に位置づけられ (厚生労働省, 2007)、教育経験の有無が知識や実践に影響することが明らかにされている (大沢・三浦・谷・中平, 2012; 横山・佐居, 2007)。看護師の気道吸引の実践に影響する要因としては、経験年数による差異 (安森ら, 2009) やICUと内科・外

科病棟との比較 (前田・安森・中岡, 2011) について報告されているが、気道吸引時の情報収集とフィジカルアセスメントの教育との関連については明らかにされていない。

またガイドラインでは、気道吸引による身体侵襲を最小限にするための手技として、患者の換気やガス交換、分泌物貯留の状態にあわせて、吸引前の高酸素化の実施や、最小限の吸引圧や吸引時間での吸引操作が推奨されている。しかし、看護師が吸引前に収集する分泌物の貯留や換気、ガス交換の状態についての情報が、吸引手技の実施に反映されているかについては検証されていない。

本研究では、看護師が気道吸引前に行う情報収集や吸引手技の実態を調査した。気道吸引前の情報収集については、とくに吸引適用の条件である分泌物の存在、換気、ガス交換に関する所見や収集手段による実施状況を明らかにするとともに、フィジカルアセスメントの教育経験による差を比較した。また、酸素化についての吸引前の情報収集と手技との関連について検証した。看護師によって気道吸引前に収集される情報が、吸引の適用を判断するだけでなく、吸引手技の実践に反映することを明らかにすることにより、患者にあわせた、低侵襲的確な気道吸引を実践するための教育的介入について示唆を得ることができる。

I. 研究目的

看護師の気道吸引における情報収集と手技の実施状況を調査し、吸引前に収集する身体情報と、吸引手技およびフィジカルアセスメント教育経験との関連を明らかにする。

II. 用語の操作的定義

①気道吸引：人工呼吸器を装着していない患者に口腔、鼻

1) 聖隷クリストファー大学看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

2) 静岡県立大学看護学部 School of Nursing, University of Shizuoka

腔、人工気道からカテーテルを挿入し、気道内の分泌物を取り除くこと。

- ②情報収集：呼吸に関するフィジカルイグザミネーションや観察、計測などによって患者の身体的データを集めること。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

関係探索型研究。

2. 対象

日常の看護ケアにおいて気道吸引を実施している看護師（精神、小児病棟を除く）。

3. 調査内容

調査票は自記式で、気道吸引前に収集する身体情報、実施前の吸引の適用判断の有無、吸引手技の実施状況、対象者の概要で構成した。

気道吸引前に収集する身体情報は、呼吸に関するフィジカルアセスメント教育内容（篠崎・山内，2007）、気管吸引ガイドライン（日本呼吸療法医学会，2013）による吸引の適応となる状態とそのアセスメント、NANDA-I（Heather Herdman，2011/2012）による看護診断「非効果的気道浄化」の診断指標をもとに46項目を抽出し、気道吸引前に収集している項目を選択式で尋ねた。

実施前の吸引の適用判断の有無（1項目）と、吸引手技（21項目）の実施状況は、看護介入分類（NIC）（Bulechek, Butcher, & McCloskey, 2007/2009）による『気道吸引』をもとに抽出し、実施している項目を選択式で尋ねた。

対象者の概要は、看護師の「経験年数」、「所属部署」（ICU等の集中治療室、一般病棟）、「介入頻度」（ほぼ毎日、週に1～2回）、呼吸に関するフィジカルアセスメント教育について基礎教育機関（以下「フィジカルアセスメント基礎教育」とする）および卒業後（以下「フィジカルアセスメント現任教育」とする）の経験の有無について尋ねた。

4. データ収集方法

東海地方（静岡県、愛知県、岐阜県、三重県）に立地し、日本医療機能評価機構による認定（平成25年12月時点）を受けた病床数200床以上の病院118施設の看護部長に研究協力を依頼した。研究協力の承諾が得られた34施設の責任者を介して対象者に1,540部の調査票を送付し、個別に研究者へ返送してもらった。調査票の配布期間は平成26年2月～3月であり、平成26年4月30日までに研究者の手元に届いたものを有効とした。

5. 分析方法

対象の概要、実施前の吸引の適用の判断の有無について、記述統計を行った。

本研究では吸引適用の条件となる情報収集の項目について検討するため、気道吸引前に収集する身体情報46項目のうち、日本呼吸療法医学会（2013）のガイドラインに示された吸引適用の条件（「誤嚥」「人工呼吸器使用時」を除外）に対応する14項目の実施状況について記述統計を行った。14項目は、指標別に分泌物の存在の所見（以下〈分泌物存在所見〉とする）6項目、呼吸仕事量の増加の所見（以下〈呼吸仕事量増加所見〉とする）6項目、酸素化の所見（以下〈酸素化所見〉とする）2項目に分類した（表2）。また、収集手段により、『視診』（4項目）、『聴診』（4項目）、『触診』（1項目）、『分泌物の観察』（2項目）、『計測データ』（2項目）の5つに分類した。

吸引手技は、21項目のうちガイドラインや先行研究によってエビデンスが明確にされていない2項目（「気管内吸引を完了した後、口腔や咽頭を吸引する」「気管内吸引の各行程の間と最後に、過吸気と高酸素化を行う」）を除外した19項目を分析対象とし、記述統計を行った。「吸引前に呼吸音を聴診する」を実施する370人について、吸引前後に呼吸音を聴取する群（吸引前後群）と、吸引前のみ呼吸音を聴取する群（吸引前のみ群）の2群に分け吸引前の聴診項目（4項目）の実施状況を χ^2 検定にて比較した。

吸引前の身体情報の収集状況とフィジカルアセスメントの教育経験との関連を分析するため、「フィジカルアセスメント基礎教育」および「フィジカルアセスメント現任教育」の有無による吸引前の聴診（4項目）、触診（1項目）の実施状況を χ^2 検定にて比較した。

酸素化に関する身体情報の収集と手技との関連を分析するため、吸引手技の6項目（「分泌物を取り除くのに、必要最小限の吸引圧を用いる」「必要度や患者の反応をもとに、1回の吸引時間を決める」「患者の酸素化と血行動態をモニターする」「異常時、吸引を中止し酸素を補助的に投与する」「吸引前に深呼吸を指導したり、酸素を補助的に投与する」「カテーテルを挿入する間、ゆっくりと深呼吸するように患者を指導する」）について実施の有無を従属変数とし、気道吸引前に収集する〈酸素化所見〉2項目〔「経皮的酸素飽和度モニター（SpO₂）」「血液ガス所見」〕を独立変数として、2項ロジスティック回帰分析を行った。

統計解析にはSPSS 19.0J for Windowsを使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は聖隷クリストファー大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：13066）。対象者に対して研究の主旨、対象者へ予測される利益・不利益とその

対策，研究参加および辞退の自由意思の尊重について文書にて説明した。また，調査票は無記名であり，匿名性は保持されること，得られたデータは研究目的以外には使用しないことを説明した。回答には約2週間の猶予期間を設け，調査票の返送をもって研究参加への同意とみなした。

IV. 結 果

1. 対象者の概要 (表1)

636部が回収され(回収率41.3%)，有効回答は616人であった。このうち介入頻度が「月に1～2回」以下，所属が「小児病棟」と回答されたものを除く562人を分析対象とした。

経験年数は0～34年(平均10.36±12.64年)であった。所属部署は，ICU等集中治療室(以下「ICU等」)183人(32.6%)，「一般病棟」379人(67.4%)であった。介入頻度は，「ほぼ毎日」479人(85.2%)，「週に1～2回」83人(14.8%)であった。呼吸に関するフィジカルアセスメントの教育経験では，「フィジカルアセスメント基礎教育」は「あり」152人(27.0%)，「なし」410人(73.0%)であった。「フィジカルアセスメント現任教育」は「あり」307人(54.6%)，「なし」255人(45.4%)であった。

「実施前に気道吸引の適用を判断する」と回答したのは562人中516人(91.8%)であった。

2. 気道吸引前の身体情報の収集状況

「実施前に気道吸引の適用を判断する」と回答した516人を対象に，気道吸引前の身体情報(14項目)の収集状況を分析した結果，分泌物存在所見(6項目)について，80%以上の看護師が選択した項目は「湿性咳嗽の有無」

89.5%，「口腔や咽頭，気管チューブ内の痰の確認」86.4%の2項目であった。50%未満の看護師が選択した項目は「異常呼吸音の識別」39.0%，「ガスの移動に伴った振動の触知」5.0%の2項目であった。呼吸仕事量増加所見(6項目)では，80%以上の看護師が選択した項目は「呼吸が安楽か努力性か」86.4%，「異常呼吸の有無」85.9%の2項目で，50%未満の看護師が選択した項目は「呼気と吸気の音の割合(聴診)」30.4%，「呼気：吸気：休息期の割合(視診)」21.3%の2項目であった。酸素化所見(2項目)は，「経皮的酸素飽和度モニター(SpO₂)」80.4%，「血液ガス所見」56.8%であった(表2)。

所見の組み合わせによる実施状況では，〈分泌物存在所見〉〈呼吸仕事量増加所見〉〈酸素化所見〉のすべての所見について情報収集を実施していた看護師は516人中448人(86.8%)であった。2つの所見について情報収集を実施していたのは，〈分泌物存在所見〉と〈呼吸仕事量増加所見〉49人(9.5%)，〈呼吸仕事量増加所見〉と〈酸素化所見〉6人(1.2%)，〈分泌物存在所見〉と〈酸素化所見〉5人(1.0%)であった。また，1つの所見のみの情報収集を実施していたのは，〈分泌物存在所見〉5人(1.0%)，〈呼吸仕事量増加所見〉3人(0.6%)であり，〈酸素化所見〉のみはなかった。

収集手段別の実施状況は，『視診』を実施する看護師は516人中496人(96.1%)，『分泌物の観察』494人(95.7%)，『聴診』452人(87.6%)，『計測データ』457人(88.6%)，『触診』25人(4.8%)であった。収集手段の組み合わせによる情報収集の実施状況は，『視診』『聴診』『計測データ』『分泌物の観察』の4つの手段を用いる看護師が380人(73.6%)と最も多かった。次いで，3手段の『視診』『計測データ』『分泌物の観察』42人(8.1%)，『視診』『聴診』

表1 対象者の概要

(N = 562)

属 性	項 目	n	%	
経験年数	平均10.36±12.64年(0～34年)			
	3年未満	162	28.8	
	4～9年	174	31.0	
	10年以上	216	38.4	
	無回答	10	1.8	
所属部署	ICU等集中治療室	183	32.6	
	一般病棟(緩和，療養，リハビリ含む)	379	67.4	
介入頻度	ほぼ毎日	479	85.2	
	週に1～2回	83	14.8	
呼吸に関するフィジカルアセスメント教育経験	フィジカルアセスメント基礎教育	あり	152	27.0
		なし	410	73.0
	フィジカルアセスメント現任教育	あり	307	54.6
		なし	255	45.4

『分泌物の観察』37人(7.2%)であった。『視診』『聴診』『触診』『計測データ』『分泌物の観察』の5つすべての手段を用いる看護師は23人(4.5%)であった。

3. 吸引手技の実施状況

「実施前に気道吸引の適用を判断する」と回答した516人を対象に、吸引手技の実施状況を分析した結果、19項目のうち80%以上の看護師が選択した項目は、「吸引した分泌物の性状と量に注意する」96.1%、「院内感染防止対策(手袋, ゴーグル, マスク)を実施する」91.9%、「患者の酸素化と血行動態をモニターする」85.3%、「カテーテルの挿入時にはカテーテルを閉塞させて、陰圧を解除する」84.9%、「気管内吸引の場合、滅菌ディスポーザブル器具を使用する」82.0%、「吸引について患者と家族に説明を行う」80.6%の6項目であった。一方、50%未満の項目は、「気管カニューレの場合、気管内吸引後、気管瘻孔の周囲をきれいにする」47.3%、「患者の臨床的な反応に基づいて吸引方法を変える」46.3%、「吸引前に深呼吸を指導したり、酸素を補助的に投与する」42.1%、「カテーテルを挿入する間、ゆっくりと深呼吸するように患者を指導する」41.1%、「必要だと考えた場合、セデーション(薬剤による鎮静)を行う」21.9%、「分泌物を細菌培養検査と感受性テストに提出する」15.3%、「鼻腔吸引の場合、吸引を容易にするために鼻用エアウェイを挿入する」5.0%の7項目であった(表3)。

吸引前後の聴診については、「吸引前に呼吸音を聴取する」71.7%、「吸引後に呼吸音を聴取する」57.9%であり、

吸引の前後ともに聴診を実施するのは52.5%であった。吸引前後の聴診の実施と吸引前の聴診項目との関連について χ^2 検定を行った結果、4項目すべてにおいて「吸引前後」群は「吸引前のみ」群よりも実施率が高かった(表4)。

4. 気道吸引前の身体情報の収集とフィジカルアセスメント教育との関連

気道吸引前に収集する身体情報のうち「呼吸音減弱の有無」「異常呼吸音の識別」の収集率は、「フィジカルアセスメント現任教育」あり群が、なし群よりも高かった($p < .05$)。「フィジカルアセスメント基礎教育」については、有無による差はみられなかった(表5)。

5. 酸素化に関する身体情報の収集と手技との関連

酸素化に関する吸引手技の6項目うち、「経皮的酸素飽和度モニター(SpO₂)」が影響していたのは、「分泌物を取り除くのに、必要最小限の吸引圧を用いる」($p < .001$)、「必要度や患者の反応により、1回の吸引にかかる時間を決める」($p = .002$)、「患者の酸素化と血行動態をモニターする」($p < .001$)、「異常時、吸引を中止し酸素を補助的に投与する」($p = .001$)の4項目であった。「血液ガス所見」が影響していたのは、「異常時、吸引を中止し酸素を補助的に投与する」($p < .001$)、「吸引前に深呼吸を指導したり、酸素を補助的に投与する」($p = .001$)、「カテーテルを挿入する間、ゆっくりと深呼吸するように患者を指導する」($p = .021$)の3項目であった(表6)。

表2 気道吸引前の身体情報の収集状況(14項目)

(N = 516)

項目	収集手段	n	%
分泌物存在所見(6項目)			
湿性咳嗽の有無	分泌物の観察	462	89.5
口腔や咽頭、気管チューブ内の痰の確認	分泌物の観察	446	86.4
呼吸音減弱の有無	聴診	404	78.3
異常呼吸音の有無	聴診	347	67.2
異常呼吸音の識別	聴診	201	39.0
ガスの移動に伴った振動の触知	触診	26	5.0
呼吸仕事量増加所見(6項目)			
呼吸が安楽か努力性か	視診	446	86.4
異常呼吸の有無	視診	443	85.9
呼吸リズム・パターン	視診	416	80.6
呼吸数	視診	382	74.0
呼気と吸気の音の割合(聴診)	聴診	157	30.4
呼気:吸気:休息期の割合(視診)	視診	110	21.3
酸素化所見(2項目)			
経皮的酸素飽和度モニター(SpO ₂)	計測データ	415	80.4
血液ガス所見	計測データ	293	56.8

表3 吸引手技（19項目）の実施状況

(N = 516)

項 目		n	%
感染対策	院内感染防止対策（手袋，ゴーグル，マスク）を実施する	474	91.9
	気管内吸引の場合，滅菌デイスポーザブル器具を使用する	423	82.0
吸引前後の観察	吸引した分泌物の性状と量に注意する	496	96.1
	吸引前に呼吸音を聴診する	370	71.7
	吸引後に呼吸音を聴診する	299	57.9
	分泌物を細菌培養検査と感受性テストに提出する	79	15.3
吸引操作	カテーテルの挿入時にはカテーテルを閉塞させて，陰圧を解除する	438	84.9
	患者の鼻腔や気道の太さに合わせて吸引カテーテルのサイズを選択する	401	77.7
	分泌物を取り除くのに，必要最小限の吸引圧を用いる	381	73.8
	必要度や患者の反応をもとに，1回の吸引時間を決める	355	68.8
	患者の臨床的な反応に基づいて吸引方法を変える	239	46.3
	鼻腔吸引の場合，吸引を容易にするために鼻用エアウェイを挿入する	26	5.0
	患者の酸素化と血行動態をモニターする	440	85.3
酸素化	異常時，吸引を中止し酸素を補助的に投与する	332	64.3
	吸引前に深呼吸を指導したり，酸素を補助的に投与する	217	42.1
	カテーテルを挿入する間，ゆっくりと深呼吸するように患者を指導する	212	41.1
	吸引について患者と家族に説明を行う	416	80.6
その他	気管カニューレの場合，気管内吸引後，気管瘻孔の周囲をきれいにする	244	47.3
	必要だと考えた場合，セデーション（薬剤による鎮静）を行う	113	21.9

表4 吸引前後の聴診の実施と吸引前の聴診項目との関連

(N = 370)

吸引前の聴診項目	聴診の実施				χ^2 値	p値	
	吸引前後		吸引前のみ				
呼吸音減弱の有無	実施あり	233	86.0%	73	73.7%	7.595 ^a	.008
	実施なし	38	14.0%	26	26.3%		
異常呼吸音の有無	実施あり	207	76.4%	65	65.7%	4.285 ^a	.046
	実施なし	64	23.6%	34	34.3%		
異常呼吸音の識別	実施あり	133	49.1%	30	30.3%	10.370 ^a	.001
	実施なし	138	50.9%	69	69.7%		
呼気と吸気音の割合	実施あり	108	39.9%	20	20.2%	12.374 ^a	.001
	実施なし	163	60.1%	79	79.8%		

[注] ^a：期待値が5未満であったためFisherの直接法で検定した。

表5 フィジカルアセスメントの教育経験の有無と吸引前の聴診，触診の実施との関連

(N = 516)

吸引前の聴診，触診項目	フィジカルアセスメント基礎教育				フィジカルアセスメント現任教育				
	あり	なし	χ^2 値	p値	あり	なし	χ^2 値	p値	
呼吸音減弱の有無	実施あり	112 (78.3%)	292 (78.3%)	0.000 ^a	1.000	238 (81.8%)	166 (73.8%)	4.790 ^a	.031
	実施なし	31 (21.7%)	81 (21.7%)			53 (18.2%)	59 (26.2%)		
異常呼吸音の有無	実施あり	101 (70.6%)	246 (66.0%)	1.027 ^a	.346	196 (67.4%)	151 (67.1%)	0.003 ^a	1.000
	実施なし	42 (29.4%)	127 (34.0%)			95 (32.6%)	74 (32.9%)		
異常呼吸音の識別	実施あり	51 (35.7%)	150 (40.2%)	0.900 ^a	.365	126 (43.3%)	75 (33.3%)	5.299 ^a	.023
	実施なし	92 (64.3%)	223 (59.8%)			165 (56.7%)	150 (66.7%)		
呼気と吸気音の割合	実施あり	44 (30.8%)	113 (30.3%)	0.011 ^a	.915	91 (31.3%)	66 (29.3%)	0.225 ^a	.700
	実施なし	99 (69.2%)	260 (69.7%)			200 (68.7%)	159 (70.7%)		
ガスの移動に伴った振動の触知	実施あり	6 (4.2%)	20 (5.4%)	0.294 ^a	.660	19 (6.5%)	7 (3.1%)	3.098 ^a	.104
	実施なし	137 (95.8%)	353 (94.6%)			272 (93.5%)	218 (96.9%)		

[注] ^a：期待値が5未満であったためFisherの直接法で検定した。

表6 酸素化に関する吸引前の身体情報と手技との関連

(N = 516)

酸素化に関する手技	吸引前の酸素化所見	
	経皮的酸素飽和度 モニター (SpO ₂)	血液ガス所見
吸引前に深呼吸を指導したり、酸素を補助的に投与する	オッズ比	1.027
	95%信頼区間	(0.653 - 1.614)
	有意確率 (p)	.909
カテーテルを挿入する間、ゆっくりと深呼吸するように患者を指導する	オッズ比	1.243
	95%信頼区間	(0.787 - 1.963)
	有意確率 (p)	.351
患者の酸素化と血行動態をモニターする	オッズ比	2.979
	95%信頼区間	(1.748 - 5.077)
	有意確率 (p)	.000***
異常時、吸引を中止し酸素を補助的に投与する	オッズ比	2.167
	95%信頼区間	(1.380 - 3.403)
	有意確率 (p)	.001**
分泌物を取り除くのに、必要最小限の吸引圧を用いる	オッズ比	2.481
	95%信頼区間	(1.561 - 3.942)
	有意確率 (p)	.000***
必要度や患者の反応により、1回の吸引にかかる時間を決める	オッズ比	2.020
	95%信頼区間	(1.286 - 3.171)
	有意確率 (p)	.002**

[注] 2項ロジスティック回帰分析。*: p < .05, **: p < .001, ***: p < .0001

V. 考 察

1. 気道吸引前の身体情報の収集状況

本研究では、90%以上の看護師が吸引を実施する際に適用について判断していた。気管吸引の適用の判断について道又(2012)は、「指標のうちどの1つだけが優先されることはなく、“気管分岐部レベルに痰が存在するかもしれない”ことを聴診、触診で把握し、呼吸状態を表す複数のパラメータが異常な変化を示している場合に、気管吸引の必要性があると判断する」と述べている(p.40)。本研究の結果においても、口腔内、鼻腔内吸引を含んだ気道吸引を実施する看護師は、吸引前に視診や聴診など複数の手段を用いて、分泌物の存在や、分泌物に貯留が呼吸仕事量やガス交換に及ぼす影響について多角的に情報収集していることが明らかとなった。

聴診による情報収集については「呼吸音減弱の有無」や「異常呼吸音の有無」の実施は約70%と高い反面、「異常呼吸音の識別」「呼気と吸気の音の割合」は約30%と低くなっていた。看護師の気管吸引前の胸部聴診の実施状況について、先行研究では5.3~91.4%と差が大きい結果が報告されている(Jansson, Ala-Kokko, Ylipalosaari & Kyngäs, 2013; Lucchini, et al., 2011; Sole & Bennett, 2014; 安森ら, 2009)。理由として、胸部聴診には呼吸音の減弱や消失をはじめ、異常呼吸音の有無、異常呼吸音の識別、呼気延長の有無など複数の項目が含まれるため、聴診の内容の認識

に差があることが考えられる。本研究では、看護師は異常呼吸音について“有無”の情報は収集しやすいが、“識別”は収集されづらいことが明らかとなった。

触診については、5.0%と少数の看護師しか実施していなかった。「ガスの移動に伴う振動の触知」は、副雑音の聴取とともに気道内の分泌物の存在を評価するための指標とされているが(AARC, 2004; 日本呼吸療法医学会, 2013; 宮川, 2013)、先行研究においても同様に低値の実施率が報告されている(安森ら, 2009)。臨床場面における分泌物存在の評価指標としての胸部触診については、今後検討が必要である。

2. 吸引手技の実施状況

吸引手技のなかでも、適切な吸引カテーテルサイズを選択や最小限の吸引圧や吸引時間の実施率は60~70%であった。ガイドラインでは、吸引カテーテルのサイズは人工気道内径の1/2以下、吸引圧は20 kPa (150 mmHg) 以下、1回の吸引時間はカテーテル挿入から終了まで15秒以内であることが推奨されている(AARC, 2010; 日本呼吸医療学会, 2013)。本研究ではこれらの手技について数値を尋ねてはいないものの、患者の状態にあわせたカテーテルの選択や必要最小限の吸引時間・吸引圧の設定といった低酸素血症や気道粘膜損傷の予防に関する手技は、ガイドラインで推奨されているものの、徹底されていないといえる。

吸引前後の聴診については、吸引前に比べ吸引後の実

施率は低くなっていた。吸引前後に聴診を実施する看護師は、吸引前だけの看護師と比べて、吸引前に聴診においてより多くの情報を収集していることが明らかとなった。吸引前後の聴診により、複数の所見が吸引後に消失、改善することを確認し、吸引の効果を判定していると推察される。

3. 気道吸引前の身体情報の収集とフィジカルアセスメント教育との関連

気道吸引前の聴診のうち実施率が低かった「呼吸音減弱の有無」「異常呼吸音の識別」の2項目については、フィジカルアセスメントの現任教育の経験により実施が促進されていた。しかし、基礎教育との関連がみられなかったことから、わが国の基礎教育機関での胸部聴診のトレーニングは、シミュレーターやCD等による限局された事例で実施されることが多いため、臨床場面において複雑で多様な呼吸音を識別することは困難であると推察される。異常呼吸音の識別を含めた胸部聴診のスキルの習得には、基礎教育機関よりも現任教育によるサポートが有用であることが示唆される。

4. 気道吸引前の酸素化に関する身体情報の収集と手技との関連

気道吸引前の酸素化所見と酸素化に関する手技との関連では、吸引圧や吸引時間の調整、モニタリングには「経皮的酸素飽和度モニター (SpO₂)」が影響しており、吸引前や異常時の補助的な酸素投与には「血液ガス所見」が影響していた。酸素化のなかでも、吸引前やカテーテル挿入時の深呼吸の指導・補助的な酸素投与による高酸素化の実施率は40%程度と低くなっていた。吸引前の酸素の補助的投与は低酸素血症の発生を減少させることが検証されている (Brooks, et al., 2001)。わが国では看護師の判断で酸素投与の実施を決定することはむずかしいことが要因であると考えられるが、血液ガス所見などにより酸素化の低下が認められる場合には、事前に酸素投与について医師の指示の確認が可能であり、血液ガス所見の情報が補助的な酸素投与の実施に有用であると推察される。

本研究では、酸素化の実施には酸素化に関する情報収集が影響していることが明らかとなり、看護師は吸引前に収集した酸素化の情報を、吸引の適用を判断するだけでなく、酸素化の実施を判断する指標としていることが示唆された。

要 旨

本研究は、看護師の気道吸引における情報収集と吸引手技の実践状況を調査し、吸引前に収集する身体情報と、吸引手技およびフィジカルアセスメント教育との関連を明らかにすることを目的に、病棟看護師562人に対して自記式質問紙調査を実施した。その結果、看護師は気道吸引前に、分泌物の存在、呼吸仕事量、酸素化について

VI. 本研究における限界と課題

本研究においては、気道吸引の適用の判断の妥当性については明らかにしておらず、病棟看護師の臨床場面における実態を十分に反映しているとはいえない。今後は実際の臨床場面における看護師の実践状況について観察する必要がある。

結 論

看護師が気道吸引において収集する身体情報と吸引手技の実践状況について質問紙調査を実施し、以下の結果を得た。

1. 看護師は気道吸引前に、分泌物の存在や呼吸仕事量の増加、酸素化についての情報を、視診や聴診、計測データ、分泌物の観察によって多角的に収集している。
2. 看護師の気道吸引手技は、分泌物の観察、感染対策、患者と家族への説明、吸引中のモニタリングの実施は80%以上と高いが、ガイドラインに提示されていない手技は50%未満と低い。
3. 看護師の気道吸引前の聴診では、「異常呼吸音の識別」や「呼吸の延長」の情報は、「呼吸音減弱の有無」や「異常呼吸音の有無」に比べて収集率が低いが、フィジカルアセスメントの現任教育が実施を促進する。吸引前に収集される経皮的酸素飽和度モニター (SpO₂) や血液ガス所見といった酸素化の情報は、吸引の適用を判断するだけでなく、酸素化の実施を判断する指標となっている。

謝 辞

研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただきました皆さまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は聖隷クリストファー大学2013年度共同研究費 (内部資金) により実施した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

の情報を、視診や聴診、計測データ、分泌物の観察によって多角的に収集していた。吸引手技では、分泌物の観察、感染対策、患者と家族への説明、モニタリングは80%以上と高いが、ガイドラインに提示されていない手技は50%未満と低かった。吸引前の聴診では「異常呼吸音の識別」や「呼気の延長」は約30%と低かったが、フィジカルアセスメントの現任教育が実施を促進していた。また、吸引前に収集される酸素化の情報（SpO₂、血液ガス所見）は、吸引の適用の判断指標だけでなく、酸素化に関する手技の実施に反映されていた。

Abstract

In this study, a questionnaire survey was conducted among 562 clinical nurses to clarify the physical data and practices for airway suctioning. Prior to airway suctioning, nurses collected physical data about the presence of secretions, increased work of breathing, and oxygenation, using inspection, auscultation, medical examination data, and observation of secretions. Regarding suctioning practices, the rates of performing “observation of secretions”, “infection control”, “explanation to patients and families”, and “monitoring during suctioning” were high ($\geq 80\%$); however, they were low for practices not included in the guidelines ($< 50\%$). With regard to items of auscultation before aspiration, the rates of “identification of abnormal breath sounds” and “prolonged expiration” were 30%, which were lower than “diminished breath sounds” (78%) and “presence of abnormal breath sounds” (62%). Performing “identification of abnormal breath sounds” was related to “on-the-job training of nurses” in physical assessment. The data for oxygenation before suctioning (SpO₂ and blood gas) were related to oxygenation skill, and it served as indicators to assess the application of suctioning as well as oxygenation skill.

文 献

- American Association for Respiratory Care (2004). AARC clinical practice guideline. Nasotracheal suctioning—2004 revision & update. *Respir Care*, 49(9), 1080-1084.
- American Association for Respiratory Care (2010). AARC Clinical Practice Guideline. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care*, 55(6), 758-764.
- Brooks, D., Anderson, C.M., Carter, M.A., Downes, L.A., Keenan, S.P., Kelsey, C.J., and Lacy, J.B. (2001). Clinical practice guidelines for suctioning the airway of the intubated and nonintubated patient. *Can Respir J*, 8(3), 163-181.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., and McCloskey, J.D. (2007) / 中本高夫, 黒田裕子 (2009). 看護介入分類 (NIC) (原書第5版). 252-253, 東京: 南江堂.
- Heather Herdman, T. (2011) / 中本高夫 (2012). NANDA-I看護診断: 定義と分類2012-2014. 487-488, 東京: 医学書院.
- Jansson, M., Ala-Kokko, T., Ylipalosaari, P., and Kyngäs, H. (2013). Evaluation of endotracheal-suctioning practices of critical-care nurses - An observational correlation study. *J Nurs Edu Pract*, 3(7), 99-105.
- Kelleher, S., and Andrews, T. (2008). An observational study on the open-system endotracheal suctioning practices of critical care nurses. *J Clin Nurs*, 17(3), 360-369.
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- Lucchini, A., Zanella, A., Bellani, G., Gariboldi, R., Foti, G., Pesenti, A., and Fumagalli, R. (2011). Tracheal secretion management in the mechanically ventilated patient: Comparison of standard assessment and an acoustic secretion detector. *Respir Care*, 56(5), 596-603.
- 前田男子, 安森由美, 中岡亜希子 (2011). 気管挿管患者に対する気管吸引に関する研究: ICUと病棟看護師の実施の比較. 甲南女子大学研究紀要, 5, 89-97.
- Maggoiore, S.M., Lellouche, F., Pignataro, C., Girou, E., Maitre, B., Richard, J.C., Lemaire, F., Brun-Buisson, C., and Brochard, L. (2013). Decreasing the adverse effects of endotracheal suctioning during mechanical ventilation by changing practice. *Respir Care*, 58(10), 1588-1597.
- McKillop, A. (2004). Evaluation of the implementation of a best practice information sheet: Tracheal suctioning of adults with an artificial airway. *JBI Reports*, 2(9), 293-308.
- 道又元裕 (2012). 正しく・うまく・安全に気管吸引・排痰法. 1-5, 東京: 南江堂.
- 宮川哲夫 (2013). 呼吸ケアナビガイド: 治療・ケアの手順がひと目でわかる!. 12, 東京: 中山書店.
- 日本呼吸療法医学会 (2013). 気管吸引ガイドライン2013: 成人で人工気道を有する患者のための. 人工呼吸, 30, 75-91.
- 大沢たか子, 三浦かず子, 谷 愛, 中平紗貴子 (2012). A県内の臨床看護師のフィジカルアセスメント技術に関する現状調査. 高知学園短期大学紀要, 42, 99-112.
- 篠崎恵美子, 山内豊明 (2007). 看護基礎教育における呼吸に関するフィジカルアセスメント教育のミニマム・エッセンシャルズ. 日本看護科学会誌, 27(3), 321-329.
- Sole, M.L. and Bennett, M. (2014). Comparison of airway management practices between registered nurses and respiratory care practitioners. *Am J Crit Care*, 23(3), 191-199.
- Van de Leur, J.P., Zwaveling, J.H., Loef, B.G., and Van de Schans, C.P. (2003). Endotracheal suctioning versus minimally invasive airway suctioning in intubated patients: A prospective randomised controlled trial. *Intensive Care Med*, 29(3), 426-432.
- 安森由美, 中岡亜希子, 前田男子 (2009). 看護師の人工気道吸引の実態. 甲南女子大学研究紀要, 3, 121-128.
- 横山美樹, 佐居由美 (2007). 看護師のフィジカルアセスメント技術の臨床現場での実施状況: フィジカルアセスメント開講前後の卒業生の比較からみたフィジカルアセスメント教育の検討. 聖路加看護大学紀要, 33, 1-16.

[平成27年12月2日受 付]
[平成29年1月5日採用決定]

高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー

Literature Review of Research on the Family of Decision Making at the End of Life of the Elderly

加藤 真紀¹⁾ 竹田 恵子²⁾
Maki Kato Keiko Takedaキーワード：意思決定, 終末期, 高齢者, 家族
Key Words: decision making, end of life, elderly, family

緒 言

わが国は、超高齢社会へ急激に移行しており、2013年に65歳以上の高齢者人口は25%に達した。さらに2020年には30%に上ると予測されている。また、わが国における死亡者は100万人を超え、2040年には166万人に達し、高齢者人口の増加とともに75%を後期高齢者で占めることが予想されている(総務省統計局, 2015)。超高齢社会・多死時代において、終末期を迎える高齢者がどのように死を迎えるかは、どのように生ききるかであり、高齢者の終末期に対する意思を尊重することはその高齢者の生き方を支えることになる。

わが国においては、人生の最終段階における医療のあり方に対する議論が積み重ねられ、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成(厚生労働省, 2007)された。ガイドラインでは本人の意思を基本とすることが明記され、終末期医療における意思の尊重がきわめて重要であることが示された。しかし、終末期にある高齢者の場合、約70%が自ら意思決定できない状態である(Silveria, Kim, & Langa, 2010)といわれているにもかかわらず、高齢者による事前指示はないことが多い。そのため、家族は高齢者に代わって意思決定することを求められ、高齢者の意思を尊重した決定を行っていくうえで重要な役割を担うことになる。

他方、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明(日本老年医学会, 2012)で明記されたように、高齢者の終末期はさまざまな要因の影響を受けて多変動性に経過するため、余命の予測がむずかしい。そのため、医師・看護師等専門職の高齢者と家族の終末期医療にかかる意思決定支援のむずかしさも指摘されている。高齢社会を迎えているわが国において、終末期医療およびケアの意思決定

支援については、早急に検討すべき課題であると考えられる。

本研究では、高齢者の終末期にかかる家族の意思決定について国内外の文献をレビューし、研究の動向とともに高齢者の終末期にかかる家族の意思決定の特徴を明らかにした。

I. 研究方法

1. 文献の抽出方法

国内の研究論文の検索には、国内医学文献情報データベースである『医学中央雑誌』のWeb版ver. 5を用いた。検索期間は2015年12月までに発表された論文とし、文献の属性は「原著論文」「抄録あり」に限定した。検索キーワードは「高齢者」「家族」「意思決定」「終末期ケア or 緩和ケア」とし、すべてANDでつないで検索したところ119件であった。続いて新たに「高齢者」「代理意思決定」をANDでつないで検索したところ34件であった。

国外の研究論文の検索には、“PubMed”“CINAHL”“PsycINFO”を用いた。検索期間は2015年12月までに発表された論文とし、査読ありの論文を指定、対象年齢を65歳以上に限定して検索を行った。検索時のキーワードは、「Older」「decision making」「Family」「Terminal care or End of Life care or Palliative care」をANDでつなぎ検索した結果、291件が該当した。

以上の論文を概観し、重複している文献を除外し、表題、要約、本文から高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関するものか否かを検討し、国内論文11件、国外論文16件を本研究の対象論文とした。

対象論文の概要は、出版年と研究対象者の背景、家族の意思決定の概要の側面で整理した。研究対象者の背景は、①研究対象者の人数および続柄をとりあげた。家族の意思決定の概要は、①意思決定の決定事項、②意思決定プロセ

1) 川崎医療福祉大学医療福祉学専攻

Doctoral Program Nursing, Graduate School of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

2) 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

ス、③選択時の基準・判断材料、④意思決定に影響を与える要因とした。

2. 倫理的配慮

取り扱った文献について、著者の真意から逸脱することがないように留意した。

II. 結 果

1. 研究の動向 (表1, 表2)

対象論文の出版年と論文数は、国内文献は、2005年から2009年は1論文、2010年から2015年は10論文であり、2010年以降急増していた。国外文献は2005年までに1件、2005年から2009年は7論文、2010年から2015年は8論文であり、2005年以降増加し継続的に研究が積み重ねられていた。

2. 研究対象者の背景

研究対象者の続柄を質的研究で明記されているものをみた。続柄の内訳は、国内文献は10論文で、配偶者は47名、子供は90名、その他19名であった。国外文献は10論文のうち続柄を明確に示されていない1論文を除いた9論文を対象にした。その結果、配偶者は104名、子どもは116名、その他55名であった。終末期の高齢者に代わって意思決定をしている家族は、成人した子どもが多く、次いで配偶者であった。国内、国外ともに研究対象者の続柄を限定しているものはなかった。

3. 終末期高齢者における家族の意思決定の概要

a. 意思決定の決定事項

高齢者の終末期における家族の意思決定の決定事項は、国内では医療選択が7件、事前指示の作成が1件、最期の場の選択が2件、療養生活についての選択が1件であった。国外では、医療選択が12件、終末期ケアが2件、エンドオブライフケアが2件であった。

高齢者の医療選択における家族の意思決定では、国内では経管栄養・経腸栄養などの人工栄養の導入の選択に限定した研究が多くみられた。また、いずれも人工栄養導入を選択した家族のみを対象としていた。人工栄養導入の差し控えや中止を選択した家族の意思決定の過程はより一層複雑で情緒的にも困難なものになると推察されるが、これらの家族の意思決定プロセスは明らかとされていない。一方、国外では医療選択の内容を限定しているものは少なかった。

b. 家族の意思決定プロセス

家族の意思決定は選択行為を一時点でとらえるものでは

なく、最終的に選択を決断するまでの思考と行動のプロセス、あるいは決断後の経過した期間を含み記述されていた。家族の意思決定過程の段階は4から6段階で示されていた (Elliott, Gessert, & Peden-McAlpine, 2009; 二神・渡辺・千葉, 2010; 相場・小泉, 2011; 加藤・梶谷・伊藤・林・松原, 2011; 加藤・原, 2012; 牧野ら, 2013; 祢宜, 2013; 中村・中村・岡村, 2013)。

意思決定過程の最初の段階としては、高齢者の状態、状況についての家族の認識がある (Elliott, et al., 2009; 二神ら, 2010; 相場・小泉, 2011; 加藤ら, 2011; 加藤・原, 2012; 牧野ら, 2013; 中村ら, 2013)。家族自身は高齢者の状態の変化から危機的状況を察知したり、医師からの説明を受けたりしたことをきっかけとして、高齢者の危機的な状態を認識し、選択が必要な状態であることを見出していた。さらに、この状況において高齢者自身が意思決定することが困難であり、家族に意思決定の権限が移行することが述べられており (Elliott, et al., 2009)、高齢者の危機的な状況と意思決定権限の移行が家族による代理意思決定の開始であるといえる。

続いて高齢者の終末期にかかる意思決定内容についての情報の入手や高齢者にとっての有効性の検討の段階がある (Elliott, et al., 2009; 二神ら, 2010; 相場・小泉, 2011; 加藤ら, 2011; 加藤・原, 2012; 牧野ら, 2013; 中村ら, 2013)。家族はその選択肢が高齢者の生命や生活の質にどのような有益性があるかについて、短期的あるいは長期的な経過を考慮して決定を行っており (Elliott, et al., 2009)、有益性の判断には高齢者のライフストーリーを手がかりとしていた (Elliott, et al., 2009; 二神ら, 2010)。代理意思決定の際に、現在の高齢者の意思や看取りに関する意向が不明という困難を抱えても、「高齢者の生活史を回顧する」という対処により十分に「高齢者の意思の推測」の段階をふめば、「決定への納得」の段階につながるとの報告もある (二神ら, 2010)。そして、家族は高齢者自身の意思の推測や有効性の検討をするとともに、家族メンバーの意向や考え、医療職の考えもふまえて吟味しながら最終的な決定に進んでいると述べている (加藤ら, 2011; 加藤・原, 2012)。これらは、高齢者の命にかかわる意思決定を代わって行わなければならない家族が、高齢者を擁護し、よりよい選択をするために熟考するプロセスであると考えられるが、他方で決定を正当化しつつ (Elliott, et al., 2009)、決定の妥当性への後押しを得る (加藤・原, 2012) ことを含んでいるといえる。

高齢者に代わって意思決定を行う際の家族の心理状況は、不安、負担、混迷、困惑等といった情緒的混乱 (相葉・小泉, 2011; 祢宜, 2013; 中村・岡村, 2013) を伴うこと、葛藤や意思の揺らぎなど (相場・小泉, 2011; 加藤

表1 高齢者の終末期における家族の意思決定に関する研究（国内文献）

著者 (年号)	調査方法	家族（後見人）人数	高齢者との続柄	意思決定の決定事項	家族の意思決定プロセス	選択時の基準・判断材料	影響要因
大園・大塚 (2006)	質的研究	20名	配偶者15名, 子5名	療養生活	意思決定を相互決定の視点からみると、「高齢者の意思と家族の意思が大きく違うことなく意思決定している」「家族が負担感を感じながらも高齢者の意思にあわせようとしている」「高齢者の意思と家族の意思が違っている」という3つの特徴があった。		
二神ら (2010)	質的研究	12名	子11名, 嫁1名	事前意思	家族の事前意思代理決定のプロセス（5段階） ①看取りに関する情報入手, ②看取りのイメージ化, ③高齢者の意思の推測, ④実現可能な看取り方針の決定, ⑤決定への納得 困難への解決と決定の有無により, 3類型が見出された。すべての困難に対処し代理決定できた類型は, 高齢者の意思の推測を行い, 納得できる看取り方針を決定するという特徴があった。	高齢者の生活史を回顧する	決定への困難 ①看取りに関する不十分な情報, ②看取りに関するイメージ化不足, ③現在の高齢者の意思が不明, ④看取りに関する高齢者の意向が不明, ⑤看取りに対する希望と現実が折り合わない, ⑥看取り方針の決定が不可能, ⑦決定後の不確かさに悩む
田中ら (2011)	質的研究	7名	子5名, 姉妹1名, 嫁1名	最期の場			困ったことは、「本当に医療行為をしなくてよかったのか」「本人の意志を汲み取れていたのか」などの家族の精神的負担があげられた。
相場・小泉 (2011)	質的研究	13名	配偶者3名, 子9名, 嫁1名	医療選択 (胃ろう造設)	高齢者の胃ろう造設における家族の代理意思決定に伴う心理的プロセス（6段階） ①摂食困難の悩み, ②命をつなぐための選択と葛藤による絞り込み, ③最後まで看る覚悟をしておける決断, ④胃ろうのある生活への不安と期待, ⑤介護生活に対する自信と不安, ⑥満足するものの自問自答を繰り返す		
加藤ら (2011)	質的研究	3名	配偶者3名	医療選択 (胃ろう造設)	高齢者の胃ろう造設における家族の意思決定プロセス（5カテゴリー） ①家族の胃ろう造設という現実に向き合う, ②揺らぎ, ③胃ろう造設の意味づけ, ④決定へと段取り, ⑤家族としての決定		
加藤・原 (2012)	質的研究	18名	子12名, 嫁5名, その他1名	医療選択 (胃ろう造設)	施設入所高齢者の胃ろう造設における家族の代理意思決定プロセス（6段階） ①食べることへの危機を実感, ②自分に内在する思いへの対話, ③代理の責任を背負う精一杯の自己決定, ④決定への荷おろし, ⑤決定への後押しを求める, ⑥命をつなぐ選択としての意思が揺る		
牧野ら (2013)	質的研究	5名	配偶者1名, 子3名, 兄弟1名	医療選択 (胃ろう造設)	代理意思決定を実施した家族の心情（4カテゴリー） ①胃ろう造設に対する葛藤, ②生きるための選択, ③意思決定するための医療者の影響, ④胃ろう造設後の期待と後悔		
柁宜 (2011)	質的研究	5名	配偶者2名, 子3名	医療選択 (経管栄養)	家族の代理意思決定プロセス ①混乱・困惑・絶望, ②期待・希望, ③揺れ, ④薬をもすがる, ④安定・安堵, ⑤ジレンマ	栄養補給・延命効果の有効性 医師の考え	
中村ら (2013)	量・質的研究	42名	配偶者22名, 子16名	医療選択 (胃ろう造設)	胃ろう造設の代理意思決定した家族の思いの変化 胃ろう造設前は, 不安を抱きながらも, 体調の維持, 栄養状態の改善に不可欠という意識をもち, その後3年以上経過すると, 胃ろう造設したことや現在の療養, 介護に悩む家族が増える傾向であった。		
笠間・笠置 (2013)	質的研究	7名	記載なし	医療選択 (人工栄養)			代理意思決定の困難な要因 ①家族間の意見の不一致, ②代理決定者が不明, ③治療方針を決めることへの負の感情 代理意思決定を支援する要因 ①高齢者の価値観を知っていること, ②身内や自身の看護師の経験
永田ら (2014)	質的研究	35名	配偶者1名, 子26名, 嫁4名, その他の親族3名, 後見人1名	最期の場		特養での看取りを選んだ理由 ①入所は高齢なので, 無理な延命医療で痛い, つらい思いをしなくなかった, ②高齢者と遺族は自然な経過を希望している, ③看取り体制に入る前から決めていた	

表2 高齢者の終末期における家族の意思決定に関する研究 (国外文献)

著者 (年号)	調査方法	家族 (後見人) 人数 (組)	高齢者との 続柄	意思決定の 決定事項	家族の意思決定プロセス	選択時の基準/判断材料	影響要因
Smith (2004)	質的研究	46名	配偶者7名 子19名 兄弟11名 その他の親類9名	医療選択			アフリカ系アメリカ人の家族による終末期医療にかかる意思決定の特徴として、当事者の要望の優越性、意思決定プロセスにおける家族メンバーの参加、治療の選択肢の最大化と宗教的な影響が示された。
Vig, et al. (2006)	質的研究	50名	配偶者34名 子7名 その他の家族4名 友人5名	医療選択		慢性疾患のある高齢者の代理意思決定者は、次の5つを代理意思決定の基盤とした。 ① 会話, ② 高齢者自身の事前指示書, ③ 共有経験, ④ 代理者の人生の価値観, ⑤ 代理者のネットワーク	
Vig, et al. (2007)	質的研究	50名	配偶者34名 子7名 その他の家族4名 友人5名	医療選択			代理意思決定における困難の要因 ①代理特性や生活環境, ②代理者の社会的ネットワーク, ③患者と代理者の関係とコミュニケーション, ④代理者と医師の関係とコミュニケーション
Maust, et al. (2008)	量的研究	100名		医療選択			代理意思決定者の老人ホーム入所中の認知症高齢者に対する積極的治療をしない決定に関連した要因 ①白色人種 ($p = .022$), ②代理者が高齢であること ($p = .046$), ③重篤な内科疾患 ($p = .050$), ④高齢者のQOLが低いと代理決定者が認知していること ($p = .004$), ⑤高齢者の入院しないという指示 ($p = .001$), ⑥看護師のより多い関わり ($p = .031$)であった。治療の決定は、代理関係や宗教とは関連しなかった。
Zettel-Watson, et al. (2008)	量的研究	高齢者とその代理意思決定者249組		医療選択			高齢者とその代理意思決定者の生命維持治療の使用について、代理判断の精度への性別の影響を調べた。 生命維持治療の希望を妻はその配偶者 (夫) の予測よりも正確に答えた。 夫婦の一致率に対する自信は、妻よりも夫の方が高かった。
Moorman & Carr (2008)	量的研究	60歳代半ばの夫婦2,750組		医療選択			配偶者の終末期の延命治療の選択において、議論、リビングウィル、DPAHCの予定が代理精度に影響するか、およびこれらは代理人または他者が準備に参加したかどうかで変化させたかどうかを認知症末期、疼痛のある末期疾患のシナリオを用いて評価した。 いずれも、過剰治療または過小治療の代理誤差の減少に関連しなかった。しかし、代理人またはいずれかの他の人と治療の選択を議論しておくことで不確かが有意に低くなった。
Moorman, et al. (2009)	量的研究	夫婦2,750組		医療選択			認知症、疼痛のある末期疾患のシナリオにおいて、配偶者の終末期の延命治療の希望においてそれぞれ13%、26%が間違っていた。代理において、自分自身の希望を配偶者に投影しており、これらは、性別、DPAHCとしての代理の状況、終末期に関する夫婦の議論、配偶者の健康状態に関係していなかった。
Elliott, et al. (2009)	質的研究	39名	子と配偶者31名 その他8名	エンドオブライフケア		高齢者の代理意思決定には、高齢者のライフストーリーを用いた。	老人ホーム入所高齢者の家族の代理意思決定は、家族の歴史と高齢者の個性の延長に拠点を置くプロセスである。 認知症高齢者のエンドオブライフケアにおける家族の代理意思決定 4つのテーマは、①意思決定権限の取得、②短期的または長期的な時間を考慮した意思決定、③決定を正当化する、④高齢者の擁護であった。
Kaldjian, et al. (2010)	質的研究	20名	配偶者4名 子15名 婿1名	医療選択			代理意思決定者の代理意思決定の際の基準 ①快適さ、②身体的な問題を取り除くこと、③個性への信条

高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー

著者 (年号)	調査方法	家族(後見人) 人数(組)	高齢者との 続柄	意思決定の 決定事項	家族の意思決定プロセス	選択時の基準/判断材料	影響要因
Schmid, et al. (2010)	量的研究	高齢者と 家族64組 34組白人 30組アフリカ系 アメリカ人		医療選択			宗教性/霊性、意思決定のスタイル、医療システムへの信頼、事前指示計画は患者-代理人の精度に有意な差を認めなかった。事前指示計画が低いレベルにおいて、アフリカ系アメリカ人は代理が過小治療エラーをする傾向が、白人種は代理が過剰治療エラーをする傾向があった。事前指示計画は、人種/民族性と治療希望の合意の影響を緩和することがわかった ($p = .047$)。
Turan, et al. (2011)	量的研究	高齢者と 代理意思決定者 81組	配偶者12名、 子47名 親友15名 その他の親族7名	医療選択			代理意思決定者は、高齢者の終末期医療の希望を正確に予測することは困難であった。代理意思決定者の愛着関連の不安が高齢者の末期医療の希望の低い精度と関連していた ($p < .05$)。
Lopez & Guarino (2011)	質的研究	16名	子15名 その他1名	終末期ケア			認知症をもつナーシングホーム入居者の代理意思決定者の不確かさとその関連要因を明らかにすることを目的とした。代理意思決定者の不確かさを増加させる要因 代理意思決定者の①親しい家族・親類がいないこと、②社会資源が少ないこと、③自己効力感が少ないこと
Jox, et al. (2012)	量・質的研究	家族代理人16名 と代理意思決定 の後見人16名	家族代理人16名の 内訳 配偶者13名 子3名	医療選択 (ペース メーカー・胃 ろう造設)	家族代理人は直感的に自己決定していくスタイルがみられ、後見人は熟慮した決定過程をとった。	家族代理人の基準 ①患者の尊厳やQOL、②患者の苦しみや年齢への感情 後見人の基準 ①患者の以前の意見や予想される意思、②患者の自律	
Fritsch, et al. (2013)	質的研究	35名	配偶者2名 子26名 姉妹2名 その他2名	医療選択		高齢者の医療の意思決定をおこなう際、代理意思決定者が考慮する要因 患者中心の要因は、①患者を尊重する、②過去の患者理解から患者の希望を推測する、③患者の最善の利益を考慮する。 代理意思決定者の要因は、①代理の願いを頼る、②代理の宗教的信念および/またはスピリチュアリティ、③代理の利益、④ファミリーコンセンサスと⑤義務と罪悪感であった。	
Lopez, et al. (2013)	質的研究	16名	子15名 その他1名	終末期ケア			認知症をもつナーシングホーム入居者の代理意思決定者の代理意思決定にいて求めている支援は、①基本的なケアの提供②安全性とセキュリティを確保すること、③帰属意識と愛着を生むこと、④自尊心と自己効力感を醸成、⑤経験の折り合いをつけることであった。
van Eechoud, et al. (2014)	質的研究	21名	配偶者10名 子9名 その他2名	エンドオブ ライフケア	家族は代理意思決定において①家族が患者の末期の決定の責任を引き受ける程度、②家族が患者自身が意思決定で役割を果たすと思っている程度によって異なる5つの立場を示した。 ①決定の患者の期待を感じる、 ②患者の意思を引き継ぎたい、 ③関与することの患者の期待を感じない、 ④意思決定に責任を負いたくない、 ⑤一緒に意思決定する		①高齢者の差し迫った死の承認、②死と終末期に接した経験、③事前指示計画の利点に関する考え、④死について対話を開始する重荷、⑤ケア提供者への信頼、⑥これまでの家族ダイナミクス

ら、2011；牧野ら、2013；祢宜、2013)が示され、家族にとって苦悩を伴う体験であることが示された。一方、選択肢の絞り込みから決定の過程において、家族が選択する決定内容により高齢者が得られる有益性に対する期待や希望を見出していることも(相場・小泉、2011；祢宜、2013)示された。

そして、家族は苦悩を伴いながらも代理の責任を背負う精一杯の自己決定を行う(加藤・原、2012)。その際、家

族が高齢者に代わって決定する決定内容に意味を見出す段階が4論文(加藤ら、2011；加藤・原、2012；中村ら、2013；牧野ら、2013)に示された。しかし、家族なりの意味づけに添ってその希望を実現させるための決定をしたとしても、家族は意思決定後もその体験を意味づける作業を続けており、選択の結果生じる高齢者の状態や生活や介護に対する複雑な感情を伴っていることも示された(相葉・小泉、2011；祢宜、2013；中村ら、2013)。

代理意思決定において家族が高齢者の終末期の決定の責任を引き受ける程度や高齢者自身が意思決定で役割を果たすと思っている程度は、代理意思決定のとり立場に影響があることが示されている (van Eechoud, et al., 2014)。家族が責任を引き受ける程度および高齢者が意思決定でどの程度役割を果たせるのかの判断は、代理意思決定の基盤にもなりうる。

以上のことから、高齢者家族の意思決定プロセスは、高齢者の状態や状況を認識し、決定内容の情報を得ながらその有効性を検討し、医療職や家族メンバーの考えも考慮に入れ、家族が責任を負いながら最終決断に至る。その際、家族が責任を引き受ける程度および高齢者が意思決定でどの程度役割を果たせるのかの判断を基盤に意思決定がなされ、高齢者の生活史をもとに高齢者の意思を反映させようとする代理としての意思決定プロセスといえる。

c. 選択時の基準・判断材料

高齢者の終末期にかかる意思決定を家族が代わって行う際の基準や判断材料は、国内論文では、3論文(二神ら, 2010; 祐直, 2013; 永田・佐川・水野, 2014)で記載されていた。永田ら(2014)の論文では、年齢、苦痛緩和、自然な経過への希望、事前意思が示されていた。祐直(2013)は、選択肢の有益性や医師の考えがあったと報告し、二神ら(2010)は、高齢者の意思を推定するために、高齢者の人柄や生き様、高齢者が過去に表明した意向などをたどることが判断材料となっていたことを報告した。

国外では、4論文で記載されていた。意思決定の際に判断の基準とするものとして、Kaldjian, Shinkunas, Bern-Klug, & Schultz (2010)は、快適さが重要であるとして、身体的な問題を取り除くことが重要であることを述べている。Fritsch, Petronio, Helft, & Torke (2013)は、高齢者を中心とした選択の基準として、事前指示、推定される意思、尊厳、自律、苦痛緩和、快適性、最善の利益などを報告していた。一方、代理者を中心とした選択の基準として、代理意思決定者の願い、宗教的信念やスピリチュアリティ、代理意思決定者の利益、家族の合意、義務と罪悪感があったと報告していた。

Vig, Taylor, Starks, Hopley, & Fryer-Edwards (2006)は、代理意思決定時の判断材料として基盤としたものに会話、高齢者自身の事前指示書、共有経験、代理者の人生の価値観、代理者のネットワークを挙げていた。Elliott, et al. (2009)は代理意思決定を行う際には、高齢者のライフストーリーを用いたと述べている。

高齢者の終末期にかかる意思決定を家族が行う際の判断基準として国内外ともに共通してあげられた内容は、高齢者の苦痛緩和、事前指示や推定される意思であり、高齢者本人を尊重することが示された。家族が高齢者の意思の推

定を行う方法として、高齢者のライフストーリーをたどることが示された。しかし、高齢者のライフストーリーにある何を手がかりとして高齢者の意思を推定するのかについて具体的に示されたものはなかった。そして、家族の意思決定の判断基準として、高齢者自身の基準だけではなく、代わって意思決定を行う家族の願いや利益、家族全体の合意などが含まれることも明らかとなった。

d. 家族の意思決定に影響を与える要因

家族の意思決定に影響を与える要因は、質的研究が8論文、量的研究が6論文であった。

van Eechoud, et al. (2014)は、家族の意思決定に影響を与える要因として、死と終末期に接した経験、高齢者の死が差し迫っていることの承認、選択肢の利点に関する理解、死についての対話を行う重荷、ケアスタッフへの信頼、家族ダイナミクスの6つをあげた。

Maust, Blass, Black, & Rabins (2008)は、認知症高齢者に対する積極的治療をしない決定に関連した要因として、①白色人種、②代理者が高齢であること、③重篤な内科疾患、④高齢者のQOLが低いと代理決定者が認知していること、⑤高齢者自身の入院しないという指示、⑥看護師とのより多いかわりが影響したことを明らかにした。しかし治療の決定には、代理関係や宗教は関連しなかったと報告している。

また、代理意思決定に伴う困難や不確かさに着目し、それらに影響する要因が報告されている (Vig, Starks, Taylor, Hopley, & Fryer-Edwards, 2007; 二神ら, 2010; 田中・石井・松本, 2011; Lopez & Guarino, 2011; 笠間・笠置, 2013)。国内論文の3論文(二神ら, 2010; 田中ら, 2011; 笠間・笠置, 2013)は、代理意思決定における困難の要因を報告している。これらの研究から、困難の要因として、不十分な情報、選択に伴う状態や有益性の不確かさ、高齢者自身の意思が不明確、希望と現実の不一致、家族間の意見の不一致などがあげられた。また、Vig, et al. (2007)は、代理意思決定における困難の要因として、①代理特性や生活環境、②代理者の社会的ネットワーク、③患者と代理者の関係とコミュニケーション、④代理者と医師の関係とコミュニケーションの4種類の要因を特定した。さらに、Lopez & Guarino (2011)は代理意思決定者の不確かさが増加する要因として、代理意思決定者の①親しい家族・親類がいないこと、②社会資源が少ないこと、③自己効力感が低いことを報告した。一方、笠間・笠置(2013)は、高齢者に代わって意思決定を行う家族を支援する要因として、①高齢者の価値観を知っていること、②身内や自身の看護師の経験であったことを述べている。

これらの研究はすべて質的研究で実施されており、高齢者に代わって意思決定を行った家族の語りから明らかにさ

れたものであった。これらから、家族の意思決定に影響する要因、あるいは意思決定を困難、不確かにする要因として、高齢者自身の要因と代理で意思決定を行う家族の要因に分類できる。高齢者自身の要因として、高齢者のその時点の状態や原因疾患およびQOL, コミュニケーション能力、終末期にかかる事前指示の表明の有無などがあげられた。家族側の要因としては、人種、年齢、死や終末期に接した経験の有無、生活環境や社会的資源、高齢者の状態に対する認識、決定内容に対する理解・認識、死についての対話を行うことへの負担感、自己効力感の程度、家族ダイナミクス、家族員やケアスタッフの決定への考え、医療従事者との関係性などがあげられた。

宗教の意思決定への影響について、Smith (2004) は、家族の終末期医療の意思決定における経験の特徴として、信仰や宗教的な信条が重要であったことを示した。一方、Maust, et al. (2008) は認知症高齢者に対する積極的治療をしない決定に関連した要因を調査した結果、積極的治療の決定と宗教との関連はみられなかったと報告していた。このように、家族の決定と宗教の関連性は、論文により相違がみられた。他方、代理人による意思決定には、家族代理人か後見人かという立場の違いによる影響などがあることが報告されていた (Jox, et al., 2012)。代理意思決定に影響する要因としては十分な検証がされているとはいえない部分があるが、高齢者および代理で意思決定を行う家族側双方からの理解の必要性があることが明らかとなった。

高齢者が意思決定できない場合は、代理となる家族が高齢者自身の意思を反映することが重要な役割として求められている。終末期を迎える本人の意思と代理となる家族が本人の意思を決定に反映できるかという代理意思決定の精度に着目し、仮想シナリオを用いた調査が実施されている (Zettel-Watson, Ditto, Danks, & Smucker, 2008; Moorman & Carr, 2008; Moorman, Hauser, & Carr, 2009; Schmid, Allen, Haley, & Decoster, 2010; Turan, Goldstein, Garber, & Carstensen, 2011)。Turan, et al. (2011) は、高齢者の終末期医療の希望を代理人が正確に予測することは困難であったと報告し、代理意思決定者の愛着関連の不安が高齢者の終末期医療の希望の低い精度との関連、高齢者本人と代理意思決定者の愛着関係と不安などの情緒的因子が一致率の程度に影響する要因になり得ることを指摘した。

夫婦関係による代理意思決定において性別と代理意思決定の一致率について、Zettel-Watson, et al. (2008) は、生命維持治療の希望について配偶者の意思を推定する際、妻は夫よりも配偶者の意思をより正確に推定できていた。一方、夫婦の一致率に対する自信は、妻よりも夫のほうが高かったことを報告した。Moorman, et al. (2009) は、配偶者の終末期の延命治療の選択において、代理誤差は自分自

身の希望を配偶者に投影しており、これらは、性別、医療代理権授与の代理の状況、終末期に関する夫婦の議論、配偶者の健康状態に関係していなかったことを報告している。またMoorman & Carr (2008) は、配偶者の終末期の延命治療の選択において、議論、リビングウィル、医療代理権授与の予定が代理精度に影響するか、およびこれらのパターンは代理人または別の人が準備に参加したかどうかで変化させたかどうかを評価したが、いずれも過剰治療、過小治療の代理誤差の減少に関連がなかったことを報告している。そのなかで関係を認めたものとして、高齢者本人が配偶者または他者と終末期の治療の選好について事前に議論しておくことが高齢者の意思が不明であるという不確かさを有意に減少させることを報告した。

Schmid, et al. (2010) は、アフリカ系アメリカ人と白人を対象に終末期の治療の意思決定において人種と民族性の影響について検討した。その結果、高齢者の治療の意思決定を行う際、事前指示計画の検討が低いレベルの場合、アフリカ系アメリカ人は代理人が高齢者自身と比較して過小治療を選択する傾向がみられ、白人は過剰治療を選択する傾向があった。そして、事前指示計画は、人種/民族性と治療希望の不一致を緩和することを報告した。

終末期を迎える本人の意思と代理となる家族が本人の意思を決定に反映できるかという代理意思決定の一致率について、夫婦の性別、人種・民族性などの要因が与える影響を調査されているが、一定の見解に達していない状況がみられた。一方、事前指示計画の作成あるいは終末期の選好についての議論は不確かさの緩和、一致率の向上につながる要因となり得ることが示された。

Ⅲ. 考 察

1. 研究の動向

高齢者の終末期における意思決定に関する研究は、国内ではここ10年で論文数が急激に増えていた。この背景に、厚生労働省 (2007) の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、日本老年医学会 (2012) の「終末期医療の意思決定に関するガイドライン」などの意思決定に関するガイドラインの発表があり、高齢者にかかわる専門職の意識も高まってきていることがうかがえる。しかし、ガイドラインが発表された以降もわが国においては、事前指示も保有率が少ない実情にあるうえ、終末期など病状悪化時などにおいては、一層高齢者自身が意思表明することはむずかしくなるため家族に意思決定を委ねる状況は避けられず、家族の代理意思決定に焦点をあてた研究が蓄積されてきている状況にある。一方、国外文献では、ここ10年間で論文数に変動はなく継続的に研究が積み重ねられてい

た。米国をはじめ諸外国では事前指示作成の法制化や普及に向けた環境づくりが進められているが、高齢者に代わって意思決定を実施することが避けられない場合、家族の選択は本人の希望と合致しない場合があることが指摘されている (Pruchno, Cartwright, & Wilson-Genderson, 2009; Silveria, et al., 2010)。それゆえ、事前指示を促進する取り組みが行われる一方で、代理意思決定に対する理解や支援について研究が継続的に実施されていることが明らかとなった。

高齢者の終末期では、療養生活や最期の場といった高齢者の最期の過ごし方の選択、経管栄養・経腸栄養などの医療選択やエンドオブライフケアや終末期ケアの選択などの高齢者が受ける医療・ケアの選択について家族が代わって意思決定を行う必要があることが見出された。高齢者の終末期にかかる医療の選択の家族の意思決定では、国外では高齢者の医療全般の選択がテーマとなっていることが多いが、国内では経管栄養・経腸栄養などの人工栄養の導入の選択に限定した研究が多くみられた。「食べる」という行為は、生命維持に直結するため、経口摂取困難を医学的に改善することによってもうしばらくの生が見込まれるのであれば人工的水分・栄養補給を導入すべきであるように思われるが、食べられなくなることが加齢に伴う自然の衰えであることとらえるなら医療介入は控えたほうがよいという判断も働く。高齢者の終末期は余命の予測や意思の確認がむずかしく、長期の生活支援が必要 (樋口, 2009) など、医学的エビデンスだけでは決定しきれない特有の課題も多い。このような複雑な状況を含んだ問題として、人工的水分・栄養補給の選択に焦点があてられた研究が増加してきたと考える。

しかし、蓄積されてきている論文では、いずれも人工栄養導入を選択した家族のみを対象としており、人工栄養導入の差し控えや中止を選択した家族の意思決定の過程は明らかとされていない。したがって、家族が決断する選択として、人工栄養導入を選択した家族のみではなく、差し控えや中止を選択した家族の意思決定も含めて、家族の体験の全体像を明らかにしていく必要がある。

2. 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定の特徴

人生の最期を迎える高齢者にとって、最期まで自分らしく生ききるためにも高齢者本人の意思を尊重されることが望ましい。しかし、高齢者の意思決定は、年齢とともに有病率が高まる認知症などを背景に意思表示が困難な状況が多い。さらに終末期という病状が不安定な状態で行う意思決定は、家族に意思決定を委ねる状況も避けられず、高齢者から代理人となる家族へと意思決定の権限が委譲され、家族の役割が重要であることが先行研究からも明らか

となった。高齢者の意思決定を代理で行う家族の特徴としては、高齢者の希望や心情を理解しようと努め、高齢者のライフストーリーから推定を行っている (二神ら, 2011; Elliott, et al., 2009) ことが示された。しかし、家族であっても高齢者本人の意思を推定することはむずかしく (二神ら, 2011)、高齢者の意思がわからないという不確実な状況や、その選択が高齢者にとって最善かどうか判断しにくい状況においては、家族の負う責任はより一層重いものになり、葛藤や揺らぎを大きくすると推察される。さらに、「高齢者の意思を代弁できたか」「最善の利益につながったか」など、その後続いていく生活のなかで問いつけることにつながり、自責の念にかられたり、後悔など代理意思決定の経験を経験的に対処する方法に影響を与える可能性もある。

他方、意思決定を行う家族が高齢者の意思を推定しようと努めても、それまでの家族の歴史のなかで、家族間で終末期について話し合いをしたことがない者も多い状況があり、終末期における意思決定を行う家族と本人の意思の一致率は課題 (Zettel-Watson, et al., 2008) である。とりわけ在宅生活では、終末期を迎える高齢者と家族はそれぞれ分離されるものではなく、両者が融合しあった生活者としての全体構造を呈している。家族固有の歴史があるとともに、終末期には少なからず介護が伴うため、高齢者の終末期における決定は、家族の心情、介護力等が影響するといえる。

高齢者の終末期にかかる意思決定を行う家族の判断基準や判断材料、意思決定への影響要因は、国外では蓄積されてきているが、国内では少なく明らかになっているとはいえない。意思決定支援を考えると、文化的な背景が異なる国外での研究成果をそのまま適応できるものではないため、わが国でも終末期にかかる意思決定における家族の判断基準、判断材料、決定への影響要因と作用機序などを明らかにしていく必要がある。

わが国は、今後、ほかに類をみない速さで超高齢社会が進展する。政策における在宅介護の推進によって、これからは在宅介護がますます増加していくことが予測されている。その結果、とくに後期高齢者数の増加につれて、要介護等の高齢者の数は大幅に増加することが見込まれており、介護問題は多くの人が直面する問題となる。後期高齢者による介護「超老々介護」が約30%になることが指摘されている (厚生労働省, 2014)。要介護高齢者からみた同居の主な介護者との続柄をみると、「配偶者」の割合が増え、「夫婦間介護」が増えている現状にある。高齢者の終末期にかかるさまざまな意思決定を支える家族も高齢者である。高齢者夫婦はともに老い、老いを生きる過程で生活のしにくさと生命の消耗を感じている。そのうえ、介護も

伴えば体力的にも精神的にも負担の大きい状況になる。最期の時間を夫婦がともに大切に過ごし、生きてきた高齢者、そして看取った後も生きていく配偶者の選択を支援していくためにも、高齢者夫婦の暮らし、経験、価値観など高齢者夫婦の立場に身をおきながら高齢者夫婦の意思決定を支援していくことが課題となる。意思決定支援を行っていくうえで、わが国の家族関係、文化をふまえた支援が求められる。そのためにも困難を伴う終末期のさまざまな決定について、高齢者夫婦がお互いの関係をどう認識しながら、

意思形成をしているのかといった配偶者の体験とその決定に影響する要因への理解といった視点が必要であると考える。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究は、高齢者の終末期にかかる家族の意思決定について国内外の文献をレビューし、研究の動向とともに高齢者の終末期にかかる家族の意思決定の特徴を明らかにすることを目的とした。2015年までの国内外における高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する研究を、「高齢者」「家族」「意思決定」「終末期 or 緩和ケア」などのキーワードで検索を行った。家族の意思決定の特徴は、高齢者の希望や心情を理解しようと努め、高齢者のライフストーリーから推定を行っていることが示された。しかし、家族であっても高齢者の意思を推定することはむずかしく、困難や不確かさがあり、意思決定後もその決断内容の問い直しをして揺れを伴う体験であることも明らかとなった。今後は、家族が手がかりとしている高齢者のライフストーリーの要素や、家族の判断基準、判断材料、決定への影響要因などを明らかにし、困難を緩和できる効果的な支援を検討していく必要がある。

文 献

- 相場健一, 小泉美佐子 (2011). 重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス. *老年看護学*, 16(1), 75-84.
- Elliott, B.A., Gessert, C.E., and Peden-McAlpine, C. (2009). Family decision-making in advanced dementia: Narrative and ethics. *Scand J Caring Sci*, 23(2), 251-258.
- Fritsch, J., Petronio, S., Helft, P.R., and Torke, A.M. (2013). Making decisions for hospitalized older adults: Ethical factors considered by family surrogates. *J Clin Ethics*, 24(2), 125-134.
- 二神真理子, 渡辺みどり, 千葉真弓 (2010). 施設入所認知症高齢者の家族が事前意思代理決定をするうえで生じる困難と対処のプロセス. *老年看護学*, 14(1), 25-33.
- 樋口恭子 (2009). 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. *Geriatric Medicine*, 47(4), 471-475.
- Jox, R.J., Denke, E., Hamann, J., Mendel, R., Förstl, H., and Borasio, G.D. (2012). Surrogate decision making for patients with end-stage dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(10), 1045-1052.
- Kaldjian, L.C., Shinkunas, L.A., Bern-Klug, M., and Schultz, S.K. (2010). Dementia, goals of care, and personhood: A study of surrogate decision makers' beliefs and values. *Am J Hosp Palliat Care*, 27(6), 387-397.
- 笠間祐里子, 笠置恵子 (2013). 高齢者の事前指示に関する研究: 高齢者が徐々に食べられなくなった頃の家族の経験. *医学と生物学*, 157(6-2), 1197-1202.
- 加藤真紀, 梶谷みゆき, 伊藤智子, 林 健司, 松原峰子 (2011). 誤嚥性肺炎のため胃ろう造設をおこなった高齢者家族の意思決定プロセス. *島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要*, 5, 161-168.
- 加藤真紀, 原 祥子 (2012). 介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス. *老年看護学*, 16(2), 38-46.
- 厚生労働省 (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 厚生労働省 (2014). 平成25年国民生活基礎調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/16.pdf>
- Lopez, R.P., Mazon, K.M., Mitchell, S.L., and Givens, J.L. (2013). What is family-centered care for nursing home residents with advanced dementia?. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 28(8), 763-768.
- Lopez, R.P. and Guarino, A.J. (2011). Uncertainty and decision making for residents with dementia. *Clin Nurs Res*, 20(3), 228-240.
- 牧野亜沙美, 木内千晶, 箕浦とき子, 松波美紀, 温水理佳, 吉川美保 (2013). 高齢者の胃瘻造設を代理決定した家族の思いと医療者の関わり. *岐阜看護研究会誌*, 5, 43-50.
- Maust, D.T., Blass, D.M., Black, B.S., and Rabins, P.V. (2008). Treatment decisions regarding hospitalization and surgery for nursing home residents with advanced dementia: The CareAD Study. *Int Psychogeriatr*, 20(2), 406-418.
- Moorman, S.M. and Carr, D. (2008). Spouses' effectiveness as end-of-life health care surrogates: Accuracy, uncertainty, and errors of over-treatment or undertreatment. *Gerontologist*, 48(6), 811-819.
- Moorman, S.M., Hauser, R.M., and Carr, D. (2009). Do older adults know their spouses' end-of-life treatment preferences?. *Res Aging*, 31(4), 463-491.
- 永田文子, 佐川美枝子, 水野正之 (2014). 入所者と遺族が病院ではなく特別養護老人ホームでの看取りを選んだ理由. *国立病院看護研究学会誌*, 10(1), 2-12.
- 中村享子, 中村享子, 岡村世里奈 (2013). 高齢で意思表示できない患者の胃瘻造設を代理決定した家族の意識調査を通して. *コミュニティケア*, 15(3), 64-69.

- 祢宜佐統美 (2011). 経管栄養を導入した在宅要介護者の家族介護者の思い: インタビューを通して家族による代理意思決定のあり方を考える. 岐阜医療科学大学紀要, 5, 41-52.
- 日本老年医学会 (2012). 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. <http://www.jpngeriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>
- 大園康文, 大塚真理子 (2006). ターミナル期を自宅で過ごした高齢者と家族の意思決定: 相互決定の視点からみた家族インタビューの分析. 日本看護学会論文集 (老年看護), 37, 79-81.
- Pruchno, R., Cartwright, F.P., and Wilson-Genderson, M. (2009). The effects of race on patient preferences and spouse substituted judgments. *Int J Aging Hum Dev*, 69(1), 31-54.
- Schmid, B., Allen, R.S., Haley, P.P., and Decoster, J. (2010). Family matters: Dyadic agreement in end-of-life medical decision making. *Gerontologist*, 50(2), 226-237.
- Silveria, M.J., Kim, S.Y., and Langa, K.M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New Engl J Med*, 362(13), 1211-1218.
- Smith, S.H. (2004). End-of-life care decision-making processes of African American families. *J Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 13(2), 1-23.
- 総務省統計局 (2015). 高齢者の人口. <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm>
- 田中結花子, 石井英子, 松本文恵 (2011). 特別養護老人ホームにおいて最後を迎えた認知症利用者の家族の施設に対するニーズ: 看取りの事例—最期まで自己決定を尊重した支援. 医学と生物学, 155(10), 670-675.
- Turan, B., Goldstein, M.K., Garber, A.M., and Carstensen, L.L. (2011). Knowing loved ones' end-of-life health care wishes: Attachment security predicts caregivers' accuracy. *Health Psychol*, 30(6), 814-818.
- van Eechoud, I.J., Piers, R.D., Van Camp, S., Grypdonck, M., Van Den Noortgate, N.J., Deveugele, M., Verbeke, N.C., and Verhaeghe, S. (2014). Perspectives of family members on planning end-of-life care for terminally ill and frail older people. *J Pain Symptom Manage*, 47(5), 876-886.
- Vig, E.K., Starks, H., Taylor, J.S., Hopley, E.K., and Fryer-Edwards, K. (2007). Surviving surrogate decision-making: What helps and hampers the experience of making medical decisions for others. *J Gen Intern Med*, 22(9), 1274-1279.
- Vig, E.K., Taylor, J.S., Starks, H., Hopley, E.K., and Fryer-Edwards, K. (2006). Beyond substituted judgment: How surrogates navigate end-of-life decision-making. *J Am Geriatr Soc*, 54(11), 1688-1693.
- Zettel-Watson, L., Ditto, P.H., Danks, J.H., and Smucker, W.D. (2008). Actual and perceived gender differences in the accuracy of surrogate decisions about life-sustaining medical treatment among older spouses. *Death Stud*, 32(3), 273-290.

[平成28年6月24日受 付]
[平成28年12月23日採用決定]

摂食障害者の両親における生活困難感との関連要因

— 両親の属性に関する検討 —

Factors Related to Difficulties Experienced by Parents of Children with Eating Disorders:

Personal Background of Parents

平井孝治

Takaharu Hirai

キーワード：摂食障害, 両親, 属性, 困難感

Key Words : eating disorders, parent, personal background, difficulties

緒言

摂食障害は、思春期・青年期の女性に好発する食行動異常に基づいた難治性の精神疾患であり、神経性やせ症 (anorexia nervosa: AN) と神経性過食症 (bulimia nervosa: BN) に代表される。対人関係や社会生活上の問題を生じ、自傷行為や性的逸脱、万引きなどのさまざまな問題行動を抱えやすい (高木, 2012)。ゆえに、身体面や行動面の障害だけではなく、より広範な生活の機能やQOL (quality of life) に着目することが必要となる (西園, 2003)。

また、摂食障害を抱える家族の多くは、長期にわたって病気に巻き込まれ、疲弊しており (中本・鈴木・高橋・山崎, 2014)、子どもに対して怒りや被害感さえ抱くことがある (佐々木, 2010)。さらに、養育の仕方が発症の原因とする考え方が、母親を自責的な傾向にさせることもわかっている (永松, 1996)。国内の研究においては、このような摂食障害者家族の認識や意識に関するものが先行し、その蓄積が多くみられる。海外においても同様に、親の心理的側面に焦点を当てたものが散見される。とくに、家族の多くは、無力感や後悔、罪悪感に苛まれているという指摘や (Cottee-Lane, Pistrang, & Bryant-Waugh, 2004)、患者に情緒的に巻き込まれ、混乱したり自責感を抱いたりしやすいという指摘がある (American Psychiatric Association, 2000)。さらに、家族も患者と同様に、精神的な不健康状態にあることがわかっている (Uehara, Kawashima, Goto, Tasaki, & Someya, 2001)。

しかし、より実的な支援策を考えていくためには、こうした側面に加え、生活のなかで生じる困難ごとやそれに伴った問題などを包括的に考えていく必要がある。榎野 (2004) は、摂食障害の子どもをもつ両親が抱える生活上の負担として、症状に伴う負担や日常生活上の負担、家

族自身の生活に関連した負担があると報告しているが、あくまで両親の困難感の一側面をとらえたものである。つまり、家族の生活を支援するという視点での研究は非常に少なく、研究蓄積が不十分といわざるを得ない。摂食障害は、家族の日常生活パターンや社会的な生活にまで広く影響を与えるといわれることから (小林・馬場・龍田・大場・伊藤, 2002)、家族の抱える困難感について、生活のさまざまな側面から検討される必要がある。

一方で家族は、同じ負担を経験していても、それをマイナスとして感じることもあれば、反対にプラスとしてとらえることもある。そのため、家族の負担を把握するには、負担を生じさせている要因の時間的变化、もしくは、その構造的な把握を行わなければならない (高橋・吉賀, 2004)。統合失調症者の家族を対象とした研究では、患者の入院の有無や、日常生活上のケアの必要性、発病前の患者との関係、家族自身の性格、疾患に対する認識などが介護負担感に影響していると報告され (半澤ら, 2008; Magliano, Marasco, Fiorillo, Malangone, et al., 2002)、家族の構造的な背景との関連が明らかになっている。しかし、摂食障害者家族においては、家族の背景要因と困難感との関連が明らかにされていない。

これまでの研究から考えられる点としては、統合失調症者の両親と同様、性別による特徴差 (Ohta, et al., 1997) や、障害者家族と同様の患児との同居による負担 (半澤ら, 2008) があげられる。さらに、摂食障害の遷延化 (石川・田村, 2014) に伴う、両親の高齢化や、過食にかかる経済的な負担 (水島, 2007) も、生活上の困難感に何らかの影響を及ぼしている可能性がある。また、精神障害者の両親が自分の時間がもてずに負担を感じていること (松田・船越・北・羽田, 2013) から、摂食障害者に費やす時間についても考慮すべきであると考えた。

以上のことから本研究では、摂食障害者家族の生活上の困難感の構造的な把握を行うために、摂食障害者の両親の属性、とくに年齢・続柄・摂食障害者との同居の有無・経済状況・摂食障害者に費やす1日平均時間と生活困難感の関連を検討した。

I. 研究方法

1. 研究対象

調査対象機関は、関東北陸信越地区内にある精神科を標榜し、摂食障害の治療を行っている医療機関、もしくは摂食障害自助グループとした。それらをインターネット上で検索し、無作為に46か所選出した後、研究の依頼を行った。摂食障害自助グループ9か所と医療機関1か所から研究の承諾が得られた。対象者は、摂食障害の子どもをもつ親とし、選定は調査対象機関に一任した。その結果、79名の親が対象となった。回答者が両親以外の家族構成員（兄弟や配偶者）のものや、記入内容が全体の2分の1以下であったものに関しては、信頼するに疑わしい無効票とした。なお、回収数は48（回収率=60.8%）、有効回答数は45（有効回答率=57.0%）であった。

2. 調査実施手順

事前に関係機関に研究依頼を行ったうえで、承諾を得た。その後、研究の趣旨、調査実施手順、倫理的配慮について説明された研究協力依頼書と自記式無記名質問紙を、協力機関を通じて対象者に配布した。研究協力の意思を示した対象者は、質問紙に記入し、同封されていた返信用封筒を用いて筆者のもとへ郵送してもらった。

3. 質問紙の構成

a. 対象者の属性（5項目）

年齢、続柄、摂食障害者との同居の有無、経済状況（世帯年収）、摂食障害者に費やす1日平均時間を採用した。

b. 生活困難感の項目（15項目）

摂食障害者の両親の生活困難感を測定するための既存尺度はないが、大島（1987）と大島・伊藤・柳橋・岡上（1994）は統合失調症者家族の生活困難度を測定する生活困難度尺度を開発している。横野（2004）は、この尺度を摂食障害者家族に対して用いているが、 α 係数が.79であったことや、統合失調症者家族と異なる因子構造を示したことから、信頼性と妥当性には課題を残している。そのため本研究では、尺度として用いることはせず、生活困難度尺度の下位項目を大いに参考にし、項目レベルでの分析を試みた。各項目は「ない」「少しある」「大いにある」の3段階で評価される。なお、尺度使用においては開発者

からの承諾を得た。

4. 分析方法

両親の属性、生活困難感の項目を単純集計した。両親の年齢は、65歳未満と65歳以上に分類した。経済状況（世帯年収）は5件法で調査を行ったが、500万円未満と500万円以上に分類した2件法で集計した。摂食障害者に費やす1日平均時間は7件法で調査を行ったが、1時間未満と1時間以上の2件法で集計した。

次に、摂食障害者の両親の属性と生活困難感との関連をみるために、Wilcoxonの順序統計量の検定を行った。さらに、生活困難感の項目において、「大いにある」の回答数が0のものは、「大いにある」「少しある」を「ある」として分類し、 χ^2 検定（Yatesの修正あり）を行った。そして、 χ^2 検定（Yatesの修正あり）において、期待値に5未満の値が認められた場合、および $p \leq .05$ の場合は、Fisherの直接確率検定を行った。有意水準は両側検定5%とし、統計分析には『エクセル統計2012』（株式会社社会情報サービス）を使用した。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の目的と意義、方法、自由意思の尊重、同意と撤回の自由、個人情報保護、不利益を被らないことに関して、文書を用いて明瞭に説明を行った。また、自記式無記名質問紙を直接、研究者宛に返送してもらい、その返送をもって本研究への同意が得られたものとした。なお、本研究は新潟医療福祉大学の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：17456）。

II. 結果

1. 両親の属性

年齢は「65歳未満」35名（77.8%）、「65歳以上」8名（17.8%）、「未回答」2名（4.4%）であった。続柄は「父親」が5名（11.1%）、「母親」が40名（88.9%）であった。摂食障害者と同居している者は、「している」が31名（68.9%）、「していない」が14名（31.1%）となり、同居している者の割合が多かった。世帯年収は、「500万円未満」が15名（33.3%）、「500万円以上」が30名（66.7%）であった。また、摂食障害者に費やす1日の平均時間は、「1時間未満」が28名（62.2%）、「1時間以上」が17名（37.8%）となった。

2. 生活困難感の項目（表1）

設問のうち、「大いにある」「少しある」の合計が半数を超えたのは、「摂食障害の子どもにかかる経済的負担があ

る」(66.7%),「将来設計が立てられない不安や焦りがある」(64.5%),「摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる」(62.2%)であった。

また、「ない」が半数を超えたのは、「家族以外の人に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする」(93.3%),「服薬を続けさせる苦労がある」(82.2%),「摂食障害の子どもの世話で家事に手がまわらない」(75.6%),「摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない」および「他の家族の結婚話などで気苦労が多い」(73.3%),「家族に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする」および「摂食障害の子どものおいて留守ができない,自由に外出ができない」(68.9%),

「近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない」(66.7%),「親戚との隔たりができ,親戚付き合いがうまくいかない」(60.0%),「家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった」および「自分だけの時間がもてなくなった」(55.6%),「病状の急変や再発,自殺などの心配がある」(53.3%)であった。

3. 両親の属性と生活困難感の関連

両親の年齢は,生活困難感の項目と有意な関連を示さなかった(表2)。両親の続柄に関しては,母親のほうが父親よりも,「摂食障害の子どものかかる経済的負担があ

表1 生活困難感の項目

	ない		少しある		大いにある	
	n	%	n	%	n	%
摂食障害の子どものかかる経済的負担がある	15	33.3	13	28.9	17	37.8
摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない	33	73.3	12	26.7	0	0
摂食障害の子どもの世話で家事に手がまわらない	34	75.6	11	24.4	0	0
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	25	55.6	12	26.7	8	17.8
摂食障害の子どものおいて留守ができない,自由に外出ができない	31	68.9	10	22.2	4	8.9
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	30	66.7	14	31.1	1	2.2
親戚との隔たりができ,親戚付き合いがうまくいかない	27	60.0	16	35.6	2	4.4
自分だけの時間がもてなくなった	25	55.6	15	33.3	5	4.4
摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる	17	37.8	13	28.9	15	33.3
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	33	73.3	9	20.0	3	6.7
将来設計が立てられない不安や焦りがある	16	35.6	12	26.7	17	37.8
服薬を続けさせる苦労がある	37	82.2	8	17.8	0	0
家族に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	31	68.9	11	24.4	3	6.7
家族以外の人に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	42	93.3	2	4.4	1	2.2
病状の急変や再発,自殺などの心配がある	24	53.3	19	42.2	2	4.4

表2 「大いにある」あるいは「少しある」とされた生活困難感と親の年齢の関連

	65歳未満 (N = 35)		65歳以上 (N = 8)		p値	検定方法
	n	%	n	%		
摂食障害の子どものかかる経済的負担がある	23	65.7	6	75.0	.791	A
摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない	11	31.4	0	0.0	.165	B
摂食障害の子どもの世話で家事に手がまわらない	9	25.7	1	12.5	.738	B
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	17	48.6	2	25.0	.168	A
摂食障害の子どものおいて留守ができない,自由に外出ができない	12	34.3	1	12.5	.216	A
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	12	34.3	2	25.0	.930	B
親戚との隔たりができ,親戚付き合いがうまくいかない	12	34.4	4	50.0	.301	A
自分だけの時間がもてなくなった	17	48.7	2	25.0	.188	A
摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる	24	68.5	3	37.5	.094	A
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	9	25.7	3	37.5	.487	A
将来設計が立てられない不安や焦りがある	24	68.5	3	37.5	.350	A
服薬を続けさせる苦労がある	6	17.1	2	25.0	.991	B
家族に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	13	37.2	1	12.5	.178	A
家族以外の人に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	2	5.8	1	12.5	.548	A
病状の急変や再発,自殺などの心配がある	18	51.5	7	87.5	.684	A

[注] A : Wilcoxon 順序統計量の検定, B : χ^2 検定 (Yatesの修正あり)。

る」と感じていた ($p < .05$)。さらに、父親のほうが母親よりも、「家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった」と感じていた ($p < .05$) (表3)。摂食障害者との同居の有無に関しては、同居している親のほうが同居していない親よりも、「将来設計が立てられない不安や焦り」を感じていた ($p < .05$) (表4)。経済状況に関しては、生活困難感の項目と有意な関連が認められなかった (表5)。また、摂食障害者に費やす1日平均時間に関しては、1時間以上の親のほうが1時間未満の親よりも、

「摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない」 ($p < .05$)、「家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった」 ($p < .05$)、「摂食障害の子どもをおいて留守ができない、自由に外出ができない」 ($p < .05$)、「自分だけの時間が持てなくなった」 ($p < .001$)、「摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる」 ($p < .001$)、「将来設計が立てられない不安や焦りがある」 ($p < .05$) と感じていた (表6)。

表3 「大いにある」あるいは「少しある」とされた生活困難感と親の続柄の関連

	父親 (N = 5)		母親 (N = 40)		p値	検定方法
	n	%	n	%		
摂食障害の子どもにかかる経済的負担がある	1	20.0	29	72.5	.020	A
摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない	1	20.0	11	27.5	.858	B
摂食障害の子どもの世話で家事に手がまわらない	1	20.0	10	25.0	.759	B
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	5	100.0	15	37.5	.036	A
摂食障害の子どもをおいて留守ができない、自由に外出ができない	2	40.0	12	30.0	.579	A
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	1	20.0	14	35.0	.509	A
親戚との隔たりができ、親戚付き合いがうまくいかない	0	0	18	45.0	.062	B
自分だけの時間がもてなくなった	2	40.0	18	45.0	.670	A
摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる	4	80.0	24	60.0	.893	A
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	1	20.0	11	27.5	.691	A
将来設計が立てられない不安や焦りがある	3	60.0	26	65.0	.551	A
服薬を続けさせる苦労がある	0	0	8	20.0	.629	B
家族に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	3	60.0	11	27.5	.221	A
家族以外の人に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	1	20.0	2	5.0	.242	A
病状の急変や再発、自殺などの心配がある	1	20.0	20	50.0	.210	A

[注] A : Wilcoxon 順序統計量の検定, B : χ^2 検定 (Yatesの修正あり)。

表4 「大いにある」あるいは「少しある」とされた生活困難感と摂食障害者との同居の関連

	同居あり (N = 31)		同居なし (N = 14)		p値	検定方法
	n	%	n	%		
摂食障害の子どもにかかる経済的負担がある	18	58.1	12	85.8	.216	A
摂食障害の子どもの世話で仕事に出られない	8	25.8	4	28.6	.865	B
摂食障害の子どもの世話で家事に手がまわらない	6	19.4	5	35.7	.419	B
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	15	48.4	5	35.7	.848	A
摂食障害の子どもをおいて留守ができない、自由に外出ができない	9	29.1	5	35.7	.587	A
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	9	29.1	6	42.8	.310	A
親戚との隔たりができ、親戚付き合いがうまくいかない	11	35.5	7	50.0	.347	A
自分だけの時間がもてなくなった	14	45.1	6	42.8	.793	A
摂食障害の子どもの世話で心身ともに疲れる	22	71.0	6	42.8	.197	A
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	8	25.8	4	28.6	.715	A
将来設計が立てられない不安や焦りがある	23	74.2	6	42.8	.019	A
服薬を続けさせる苦労がある	5	16.1	3	21.4	.993	B
家族に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	9	29.1	5	35.7	.683	A
家族以外の人に迷惑をかけたたり暴力をふるったりする	2	6.5	1	7.1	.910	A
病状の急変や再発、自殺などの心配がある	17	54.9	4	28.6	.092	A

[注] A : Wilcoxon 順序統計量の検定, B : χ^2 検定 (Yatesの修正あり)。

Ⅲ. 考 察

1. 両親の続柄と生活困難感の関連からみえるもの

摂食障害者にかかる経済的負担は、父親よりも母親のほうが感じやすかった。摂食障害者の父親の特徴には、家庭や子どもの問題をすべて母親に任せる無関心型が多いといわれる（小林ら、2003）ことから、生活の経済的な面においてとくに母親への負担が大きくなっていると考えられる。また、本研究では、この経済的負担について、「大い

にある」「少しある」とした母親の7割が世帯年収500万円以上であったことや、経済状況と生活困難感の関連が認められなかったことから、貧困層にある者だけが経済的負担を感じているわけではないことが示唆された。むしろ、安定した収入を得ているにもかかわらず、経済的負担を感じてしまう親が多くいるといえる。この理由は以下の2つが考えられる。

1つは、母親が病気の苦悩によって現実に向き合えず（佐々木、2010）、ものごとに対して被害的な精神状態にあ

表5 「大いにある」あるいは「少しある」とされた生活困難感と経済状況の関連

	500万円未満 (N = 15)		500万円以上 (N = 30)		p値	検定方法
	n	%	n	%		
摂食障害の子どもにかかる経済的負担がある	9	60.0	21	70.0	.828	A
摂食障害の子どものお世話で仕事に出られない	4	26.7	8	26.7	.721	B
摂食障害の子どものお世話で家事に手がまわらない	4	26.7	7	23.3	.902	B
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	7	46.6	13	43.3	1.000	A
摂食障害の子どもをおいて留守ができない、自由に外出ができない	4	26.7	10	33.3	.646	A
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	3	20.0	12	40.0	.177	A
親戚との隔たりができ、親戚付き合いがうまくいかない	6	40.0	12	40.0	.878	A
自分だけの時間がもてなくなった	5	33.4	15	50.0	.285	A
摂食障害の子どものお世話で心身ともに疲れる	9	60.0	19	63.4	.636	A
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	6	40.0	6	20.0	.139	A
将来設計が立てられない不安や焦りがある	10	66.6	19	63.4	.330	A
服薬を続けさせる苦労がある	4	26.7	4	13.3	.491	B
家族に迷惑をかけたり暴力をふるったりする	4	26.7	10	33.3	.689	A
家族以外の人に迷惑をかけたり暴力をふるったりする	2	13.4	1	3.3	.210	A
病状の急変や再発、自殺などの心配がある	7	46.6	14	46.7	.712	A

[注] A : Wilcoxon 順序統計量の検定, B : χ^2 検定 (Yatesの修正あり)。

表6 「大いにある」あるいは「少しある」とされた生活困難感と摂食障害者に費やす1日平均時間の関連

	1時間未満 (N = 28)		1時間以上 (N = 17)		p値	検定方法
	n	%	n	%		
摂食障害の子どもにかかる経済的負担がある	20	71.4	10	58.8	.813	A
摂食障害の子どものお世話で仕事に出られない	4	14.3	8	47.1	.034	C
摂食障害の子どものお世話で家事に手がまわらない	4	14.3	7	41.2	.093	B
家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなった	9	32.1	11	64.7	.030	A
摂食障害の子どもをおいて留守ができない、自由に外出ができない	5	17.9	9	52.9	.013	A
近所に肩身の狭い思いで近所付き合いがうまくいかない	7	25.0	8	47.1	.113	A
親戚との隔たりができ、親戚付き合いがうまくいかない	12	42.9	6	35.3	.693	A
自分だけの時間がもてなくなった	7	25.0	13	76.4	.000	A
摂食障害の子どものお世話で心身ともに疲れる	13	46.4	15	88.2	.000	A
他の家族の結婚話などで気苦労が多い	8	28.6	4	23.5	.596	A
将来設計が立てられない不安や焦りがある	14	50.0	15	88.2	.019	A
服薬を続けさせる苦労がある	4	14.3	4	23.5	.701	B
家族に迷惑をかけたり暴力をふるったりする	8	28.6	6	35.3	.697	A
家族以外の人に迷惑をかけたり暴力をふるったりする	2	7.2	1	5.9	.871	A
病状の急変や再発、自殺などの心配がある	10	35.7	11	64.7	.070	A

[注] A : Wilcoxon 順序統計量の検定, B : χ^2 検定 (Yatesの修正あり), C : Fisherの直接確率検定。

るということである。2つは、病気にかかる実費用が相当額あるためである。これは、過食によって借金を抱える者が多いことや（水島，2007）、本疾患にかかる費用を長期間負担しなければならない場合が多いことが関係するだろう。ただし、この点については、実際の経済状況において過食費用をいくら要しているのかを考慮するなど、詳細な調査が必要になると考える。

一方、父親は母親よりも、家庭内で口論が増えくつろげず一家団欒の機会が少なくなったと感じていた。これは、摂食障害者の父親が孤立しているという不満をもち、家族から疎外された存在（名越ら，2003）であることを反映した結果と考えられる。さらにいえば、摂食障害の要因を論じる際に父子関係よりも母子関係が重要視されてきたことや、過干渉的態度で母親が患児へ接することによって、家庭内で母と子の閉鎖的な2者関係を成立してしまい、結果的に父親に対して疎外感を抱かせていると考えられる。さらに、名越ら（2003）の調査では、母親が家族関係の問題を認識しない理由として、否認機制が働いているとされている。本研究においても同様の理由によって、父母間の困難感に違いが生じたと考えられる。

また、これまでの精神障害者の家族研究においては、精神障害者の母親が父親に比べて介護負担感が高いと報告されてきた（田中・築瀬，2011；半澤ら，2008）。しかし、本研究における摂食障害者の両親に限局していえば、父と母が困難を感じる内容には明らかな違いがあった。すなわち、父と母のどちらの負担が大きいかという視点ではなく、父と母の抱く困難感の性質的な違いに視点を当てるのが看護職に求められる。そして、摂食障害者の両親と向き合う際には、父と母の苦悩を別々に傾聴するといった配慮や、父と母が互いの思いを打ち明けられる場を提供することが必要になると考えられる。

2. 摂食障害者との同居と生活困難感の関連からみえるもの

精神障害者との同居は、家族の精神的健康に影響を及ぼすといわれている（松田ら，2013）。さらに、統合失調症患者と同居する母親では、家族機能が悪化するほど介護負担感が増大すると報告されている（半澤ら，2008）。これらのことから、精神障害者との同居の有無は、家族の困難感を把握するうえで重要な要素であることがわかる。

本研究では、摂食障害者と同居している両親のほうが、同居していない両親よりも、将来設計を立てられない不安や焦りを抱いていた。これは、精神障害者と同居している家族が、今後のことに対する不安を強く抱いているとする報告（石飛・山本・山下・青笹・藤原，2015）や、精神障害者と同居する家族の思いには、家族自身の体調の心配、患児の病気に関する不安、親なき後の生活への焦りが存在

し、将来への不安が潜在的にあるとする報告（一ノ山・村上・舟崎・上野・川野，2009）と一致するものであった。

しかし、摂食障害では患者家族への包括的な治療が必要になることから、患児と両親が同居をすることで、家族間の関係性や家族病理の改善が促進され、肯定的な働きを示す可能性が十分にありえる。それにもかかわらず、摂食障害者の両親には、将来への不安という否定的な側面が顕在化していた。その要因として考えられるのは、以下の2点である。

第1に、患児との同居によって両親の時間が束縛されてしまっている点があげられる。一ノ山ら（2009）も、精神障害者とともに生活することは、両親自身の時間をなくし、束縛感を抱かせることを述べている。さらに本研究では、摂食障害者に費やす1日平均時間が長いほど、両親は将来への不安や焦りを抱くことが明らかとなった。すなわち、患児との生活による束縛感は、将来への不安を抱かせることを示唆している。そして、その束縛感は、もともと摂食障害の両親と患児に認められている共依存関係（山下，2012）を強め、結果的に同居することが治療的に働かなくなっている可能性がある。

第2に、摂食障害者と同居をすることは、両親の過度な感情的巻き込まれ（emotional over-involvement: EOI）を高める可能性があると考えられる。そもそも摂食障害者の母親においては、他の精神疾患の患者家族と比較しても、高EOI状態であることがわかっている（吉田，2001）。さらに、高EOI家族は本来、患児に対して献身的で自己犠牲的な態度をもつといわれるため（塚田・伊藤・大島・鈴木，2000）、同居をすることで患児に過度な関心が向くのは必然といえる。すなわち、同居している両親はしていない両親よりも、EOIの特性が強化されるなかで同居による肯定的な側面が阻害され、先の見えない不安を生じさせている可能性があると考えられる。

また、以上のことから示唆できるのは、摂食障害者の両親において、同居の有無だけが将来への不安や焦りを抱かせる要因でないことである。つまり、同居の有無には、両親の病理性や両親自身の感情などが複雑に絡み合っている可能性がある。看護職は同居の有無というひとつの情報から、その背景に隠された不安をひもとく力が求められているともいえる。そして状況によっては、別居という選択肢が必要になることも示唆できるだろう。

3. 摂食障害者に費やす時間と生活困難感の関連からみえるもの

摂食障害者に費やす1日平均時間と関連の認められた生活困難感の項目は6つと最も多かった。とくに、摂食障害者に費やす時間が1時間以上の両親は1時間未満の両親よ

りも、自分だけの時間がもてないと感じていた。そもそも、自分の時間とは、余暇時間と同義の意味をもつといわれ（西川・渋谷，2010），自分の時間が充足しているほど主観的健康感が高まり（立石，2006），不足しているほど精神的健康が悪化すると報告されている（松田ら，2013）。すなわち、摂食障害者の両親にとって患児との長時間のかかわりは、余暇活動に関連した自分の時間を損なわせるだけでなく、自身の健康にとっても負の影響を及ぼすことが考えられる。これは、本研究において、患児とのかかわりの長い両親が心身ともに疲れていると明らかになったことが裏づけている。

しかし、なぜ両親が自分の時間を犠牲にし、困難を感じてまで摂食障害者と固執したかかわりを続けるのだろうか。その要因には、摂食障害者の両親がもつ自責感や自己犠牲的な態度、患児との共依存関係という心理的側面に加えて、社会的な孤立状態にあることも関係していると考えられる。根拠は、摂食障害者に費やす時間が長い両親ほど、摂食障害者において自由な外出ができず、仕事にも出られないことが本研究で明らかになり、社会的つながりが希薄になっていると示唆された点があげられる。すなわち両親は、家族や医療者からのサポート感が得られていない状況にあるだけでなく（佐々木，2010），友人や仕事仲間との関係すら失われている可能性がある。少なくとも家庭内における孤立に関しては、摂食障害者に費やす時間が長い両親ほど、家庭内で口論が増え一家団欒の機会が少なくなったと感じている点からも明白である。したがって、両親は摂食障害者とのかかわりに固執し、共依存関係が強化され、さらに社会的に孤立するといった、悪循環に陥っていると考えられる。

看護職としては、摂食障害者の両親の精神的健康を保ち、孤立を防ぐためにも、セルフヘルプグループなどの社会資源を活用していくことが必要となる。しかし、わが国における摂食障害の治療体制や社会制度は整備途上にあるといわれ（田村・石川，2010），米国・英国のようなソーシャルサポートは十分に整っていない。少ない資源を有効に活用するためにも、多くの職種と連携し、看護職のリーダーシップを発揮していくことが求められる。さらに、摂食障害者に費やす時間が1時間以上の両親ほど将来設計が立てられない不安や焦りを感じていたことから、このような両親には、病状の経過や今後の見通しについての理解が得られるよう、心理教育等の導入も必要となるだろう。また、本研究対象者のような何らかの社会資源にたどりついた親ですら、厳しい現状に直面していることを考えると、医療につながれず孤立奮闘している家族の苦悩は想像に難くない。今後は、潜在している家族に対する地域での取組みも必要になると考えられる。

4. 有意差がなかった属性について

筆者の予想では、両親の年齢が高いほど摂食障害者の慢性化例が多く、介護者側の体力的な低下も生じるために、両親は困難を抱きやすいのではないかと考えていた。しかし、両親の年齢は困難感のどの項目とも有意な関連を示さなかった。これは、両親の年齢だけでは摂食障害と向き合ってきた両親の経験やその困難を計り知ることはむずかしく、その他の要因を含めた多角的な視点が必要であることを示唆していた。Grover & Dutt (2011) は、強迫性障害患者の年齢、長い罹患期間、長い治療期間が介護者のQOLを阻害することを報告している。これを摂食障害にそのまま当てはめることはできないが、摂食障害が強迫スペクトラム障害の1つであることから〔中村（和），2011〕、年齢に関する情報だけでなく、罹患期間や治療期間に関しても今後検討すべきであると考えられる。

また、経済的負担があるとした両親は7割弱もいたが、世帯年収において困難感のどの項目とも有意な関連が認められなかった。これも、世帯年収以外の要因が、両親に経済的負担を生じさせている結果と考えられる。中村（英）（2011）が摂食障害者の一事例から、経済的に厳しい状況におかれてようやく過度なやせ願望が弱まったことを紹介しているように、お金の余裕があれば症状が表面化し続け、余裕がなければ症状は軽減する場合もある。つまり、収入の大小のみで経済的負担を考えるよりも、経済的な余裕のなさという視点でとらえることのほうが適切であるといえる。そして、過食費や入院費、通院費のような病気にかかる実費用についても、看護職として把握し、支援する必要があるのではないだろうか。

ただ、このような病気にかかる実費用を親自身が意図的にコントロールすることは病状の悪化をまねく可能性もあり、慎重に行われるべきである。しかし、お金の問題は実生活に大きく影響をするものでもある。ゆえに看護職として求められるのは、両親のこういった葛藤を受けとめる受け皿の役割を担い、経済的負担と病状のバランスを両親とともに考えていく姿勢なのかもしれない。

IV. 研究の限界と課題

本研究では、標本数が45例と少なかった点や、研究対象者が自助グループに所属している者が多かった点、母親の割合が高かった点から、研究の結果すべてを一般化することはむずかしいと考える。また、生活困難感に影響する各属性の交互作用については明らかにできなかった。今後は、標本数を増やすことで多様な状況にある両親のデータを収集し、検討を重ねる必要がある。

V. 結 語

1. 摂食障害者の母親と父親の間では、生活上の困難感に明確な違いがあった。母親では、経済状況の程度にかかわらず経済的負担を感じていた。父親では、家庭内で口論が増え一家団欒の機会が少なくなったと感じ、家庭内において疎外され、孤立していることが考えられた。
2. 摂食障害者との同居によって、両親は将来への不安を抱いていた。その背景には、束縛感や過度な感情的巻き込まれといった両親の病理性が関係していると考えられた。

3. 摂食障害者に費やす1日平均時間が長い両親は、自分の時間がもてず、心身ともに疲弊していた。それでも自己犠牲的にかかわる理由には、両親の病理性に加え、社会的な孤立状態にあることも関係していると考えられた。

謝 辞

本研究にご協力頂きましたご家族の皆さまに深く感謝致します。また、本研究においてご指導いただきました諸先生方に深く感謝申し上げます。

要 旨

目的：摂食障害者の両親の属性と生活困難感との関連を明らかにする。

方法：摂食障害者の両親を対象に自記式質問紙調査を行った。質問紙の構成は、属性5項目と生活困難度尺度15項目とした。

結果：両親の続柄と「経済的負担がある」「一家団欒の機会が少なくなった」($p < .05$)との関連、患児の同居の有無と「将来設計が立てられない不安がある」($p < .05$)との関連を認めた。さらに、患児に費やす1日平均時間において、「患児の世話で仕事に出られない」「一家団欒の機会が少なくなった」「自由に外出ができない」「将来設計が立てられない不安がある」($p < .05$)、「自分だけの時間がもてない」「患児の世話で心身ともに疲れる」($p < .001$)との関連を認めた。

結論：両親の属性は、生活上の困難感に影響を与えることが示された。属性によって困難感に違いが生じることを考慮し、支援する必要がある。

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify the relationship between personal background information and difficulties experienced by parents of children with eating disorders.

Method: The parents completed self-administered questionnaires about their personal background (5 items) and the Scale for Evaluating Difficulties in Daily Life (15 items).

Results: The relationship between the parents was significantly correlated with “financial burden” and “loss of the family fireside” ($p < .05$). Parents living with or apart from their children with eating disorders was significantly correlated with “concern about planning for the future” ($p < .05$). The average amount of time per day spent with their children with eating disorders was significantly correlated with the parents being “unable to work”, “loss of the family fireside”, “unable to go out freely”, and “concern about planning for the future” ($p < .05$), and was also significantly correlated with “no personal time”, and “physical and mental fatigue” ($p < .001$).

Conclusion: Personal background affects difficulties experienced by parents of children with eating disorders. Thus, such parents require support considering that their personal background affects how they feel about their children.

文 献

- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 157(1 Suppl), 1-39.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N., and Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *Eur Eat Disord Rev*, 12(3), 169-177.
- Grover, S. and Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65(5), 416-422.
- 半澤節子, 田中悟郎, 後藤雅博, 永井優子, 関井愛紀子, 田上美千佳, 新村順子, 稲富宏之, 太田保之 (2008). 統合失調症患者の母親の介護負担感に関連する要因—家族内外の支援状況と家族機能の関連—. *日本社会精神医学会雑誌*, 16(3), 263-274.
- 一ノ山隆司, 村上 満, 舟崎起代子, 上野栄一, 川野雅資 (2009). 地域で生活する精神障がい者を支える家族の思い. *日本看護学論文集 (精神看護)*, 40, 143-145.
- 石川俊男, 田村奈穂 (2014). 摂食障害の高齢化: 入院患者の検討より. *心身医学*, 54(10), 935-939.
- 石飛早苗, 山本優美, 山下紀江, 青笹清美, 藤原千恵美 (2015). 精神障がい者を在宅で支える家族の思いを知る: 訪問看護を

- 受ける家族への聞きとり調査から. 日本精神科看護学術集会誌, 58(1), 534-535.
- 小林 純, 山口直美, 畑中公孝, 太刀川弘和, 佐藤晋爾, 朝田隆, 水上勝義 (2003). 摂食障害患者の病像と父親の特徴との関係—特に専制型の父親に注目して—. 臨床精神医学, 32(2), 193-200.
- 小林清香, 馬場安希, 龍田直子, 大場真理子, 伊藤順一郎 (2002). 摂食障害患者の家族への心理教育グループプログラムの試み: 参加者へのアンケート調査の検討を通して. 家族療法研究, 19(2), 162-168.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Maj, M., and Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106(4), 291-298.
- 槇野葉月 (2004). 摂食障害における両親の家族負担の特徴とその軽減方法に関する探索的研究—心理教育プログラム実施の試み—. 東京大学大学院医療研究科博士論文.
- 松田陽子, 船越明子, 北恵都子, 羽田有紀 (2013). 精神障害者を抱える家族の精神的健康に影響を与える要因の検討. 三重県立看護大学紀要, 17, 59-65.
- 水島広子 (2007). 拒食症・過食症を対人関係療法で治す. 46, 東京: 紀伊國屋書店.
- 永松優一 (1996). 思春期精神障害が両親の精神保健に及ぼす影響と子どもの障害に対する両親の心的態度. 思春期青年期精神医学, 6(2), 208-209.
- 名越泰秀, 原田倫治, 山下達久, 加嶋晶子, 岡本明子, 榊井裕子, 角掛奈奈子, 和田和久, 福居顯二 (2003). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansai Gakuin III (FACESKG III) による検討. 心身医学, 43(11), 756-764.
- 中本智恵美, 鈴木裕也, 高橋亜依, 山崎みどり (2014). 摂食障害患者の症状について: 家族が困っている問題に関するアンケート調査から. 心身医学, 54(4), 364-370.
- 中村英代 (2011). 摂食障害の語り: 〈回復〉の臨床社会学. 151, 東京: 新曜社.
- 中村和彦 (2011). 強迫性障害の診断, 症状, 治療について: 強迫症状をきたすその他の疾患について. 脳21, 14(3), 273-277.
- 西川千登世, 渋谷昌三 (2010). 自分の時間に対する態度と心理的 Well-being の関連—共分散構造分析による検討—. 目白大学心理学研究, 6, 33-42.
- 西園マーハ文 (2003). 女性のライフサイクルと摂食障害. 最新精神医学, 8(2), 103-108.
- Ohta, Y., Tanaka, G., Sugasaki, H., Otsuka, T., Araki, K., Michitsuji, S., Nakane, Y. (1997). Comparison of features in the evaluation of symptomatology and social adjustment between mothers and other family members of schizophrenic patients in Japan. *Acta Medica Nagasakiensis*, 42(1-2), 12-18.
- 大島 巖 (1987). 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究. 精神神経学雑誌, 89(3), 204-241.
- 大島 巖, 伊藤順一郎, 柳橋雅彦, 岡上和雄 (1994). 精神分裂病者を支える家族の生活機能と EE (Expressed Emotion) の関連. 精神神経学雑誌, 96(7), 493-512.
- 佐々木三和 (2010). 摂食障害で入退院を繰り返す成人になる子どもを持つ母親の主観的体験. 東京女子医科大学看護学会誌, 5(1), 21-29.
- 高木洲一郎 (2012). 摂食障害と問題行動. 医学のあゆみ, 241(9), 714-718.
- 高橋幸三郎, 吉賀成子 (2004). 障害者家族の生活困難に関する研究. 東京家政学院大学紀要・社会科学系, 44, 75-84.
- 田村奈穂, 石川俊男 (2010). 治療施設を探すには. こころのりんしょう à la carte, 29(3), 404-405.
- 田中綾子, 築瀬 誠 (2011). 精神障害者をもつ家族の介護負担感に関連する要因—家族支援としての精神科作業療法の在り方の検討—. 作業療法, 30(4), 411-421.
- 立石隆英 (2006). 個人の主観的健康感に関する考察—「自分時間」「生活能動感覚」との関係. 年金レビュー, 2006春特別号, 4-67.
- 塚田和美, 伊藤順一郎, 大島 巖, 鈴木 丈 (2000). 心理教育が精神分裂病の予後と家族の感情表出に及ぼす影響. 千葉医学雑誌, 76(2), 67-73.
- Uehara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, S., Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry*, 42(2), 132-138.
- 山下達久 (2012). 摂食障害における対人関係. 精神科治療学, 27(10), 1345-1349.
- 吉田昌平 (2001). 摂食障害患者家族における「感情表出」の特徴: カンパウエル家族面接法を用いて. 川崎医学会誌, 27(3), 219-230.

〔平成28年3月22日受 付〕
〔平成29年1月13日採用決定〕

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 106 号

(平成29年 9 月29日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第44回学術集会開催のご挨拶	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第1回臨時理事会 議事録	3
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第2回理事会 議事録	4
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度定時社員総会 議事録	8

第44回学術集会開催のご挨拶

(社) 日本看護研究学会 第44回学術集会

会 長 前 田 ひ と み

(熊本大学大学院生命科学研究部
看護学講座)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

伝統ある一般社団法人 日本看護研究学会の第44回学術集会の会長を拝命し、大変光栄に存じますと同時に、その重責に身が引き締まる思いです。会員の皆様には心より感謝申し上げます。

第44回学術集会は、2018年8月18日(土)～19日(日)の2日にわたり、熊本県立劇場において開催させていただきます。会員の皆様をはじめ、多くの方々のご参加を賜りたく、ここに謹んでご案内申し上げます。

めまぐるしく変化する医療や看護を取り巻く環境の中で、健康な生活と質の高い医療の確保に向け、看護職の専門性の強化と役割拡大が求められており、今まさに、看護の力が問われる社会状況にあります。そこで、これまでの看護学研究成果によって積み重ねられた知識を、地域や社会に向けて発信することによって、より大きな波に発展してほしいという想いを込めて、第44回学術集会のテーマは『看護学が創る変化の波～地域に新しい風を吹き込む～』としました。さらなる看護学の発展を推進していくためには、次世代の看護学研究者を育成していくことは欠かせません。その意味では、本学会は、設立当初より若手研究者の育成に力を入れてきました。本学術集会でも、社会に貢献できる次世代の育成について、皆様と共に見出していきたいと考えています。

看護学は人を対象とし、人と人との関係性を基盤とした実践の科学です。目の前の現象について、私たちが何を見るのか、何が見えたかによって、得られるデータは異なることから、同じ現象でも見る人に

よってその意味は異なって理解されます。そのため、より良い看護実践を求めるならば、経験知を客観的な知である形式知として見える形にして蓄積していくことが求められます。しかし、人を対象とする医療の場は、様々な要因が複雑に絡み合っており、経験知を意識化して、形式知として言語化していくことは容易なことではありません。また、知識とは、ただそのことを知っているというだけではなく、多角的に物事を見ることによって得られる、広く深い理解や技術などが含まれます。さらに、形式知のみでは、実践につながらないことも多く、経験知と形式知がうまく変換されることによって新たな知が創造されていきます。そこで、知の構築には、学問の壁を越えた知識の統合も重要となります。本学会の特徴として、看護学を狭い範囲でとらえるのではなく、他学問領域の研究者や実践家との対話を通じた知恵の融合によって、看護学の発展に寄与してきたことが挙げられます。そこで、本学術集会の特別講演では、世界で初めてHuman Immunodeficiency Virus (HIV) 治療薬を開発された満屋裕明先生（国立国際医療センター臨床研究センター長、熊本大学名誉教授）に、「HIV感染症とAIDSの治療薬の研究と開発：What Is Success?」というテーマで、科学者としての視点と若手研究者育成についてご講演いただきます。また、教育講演では、陣田泰子先生（淑徳大学 教授）に「看護現場学－看護の知、発見から創造へ」、河村洋子先生（静岡文化芸術大学 准教授）に「個人と地域を変えるヘルスコミュニケーション」と、広く知の探究方法についてお話しいただく予定です。

シンポジウムでは、看護学研究の波を産み出す「次世代の看護研究者育成」と社会に変化をもたらす「地域に広がる看護の力」について、皆様と共に考えたいと思っています。さらには、新たな知の創造に向けた企画として、「よりよい文献講読に必須の文献検索スキル」、「概念分析の手法」、「尺度開発の留意点と落とし穴」、「英語論文の書き方－全体構成、文献のまとめ方、分かりやすいグラフの作成方法」をテーマとした、研究方法セミナーを計画しています。

本会の入会のご案内にありますように、大学、短期大学、専修学校在学中の学生は本会には入会できませんが、発表年度に卒業されている場合は、その旨を入会申込書欄外に明記していただければ、発表年度からの入会で、演題を登録することができます。会員の皆様の研究の成果とともに、素晴らしい卒業研究がありましたら、ご発表いただき、討論を通して、次につながる研鑽の場にしていただきたいと思います。参加者の皆様にとって、有意義な2日間になるよう万全の準備を重ねていく所存です。

熊本は、平成28年4月に発生しました熊本地震から、復興に向けて、一步、一步、着実に歩みを進めております。元気な熊本を是非、ご覧ください。多くの皆さまの御参加を、心よりお待ちしております。

謹 白

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第1回 臨時理事会議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成29年7月20日（木） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】川口孝泰理事長，本田彰子副理事長，宮腰由紀子副理事長，
岩本幹子理事，石井範子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，
中西純子理事，前田ひとみ理事，村嶋幸代理事，良村貞子理事，吉沢豊予子理事，
神田清子理事，吉田澄恵理事，安藤詳子理事，山口桂子理事，任 和子理事，
山勢博彰理事，宇佐美しおり理事，佐藤政枝理事，塩飽 仁理事
【監事】松田たみ子監事，渡邊順子監事

議 案：

第1号 第46回（平成32年）学術集會会長推薦について

城丸瑞恵氏を第46回（平成32年）学術集會会長に推薦することに同意する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：佐藤政枝

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第2回 理事会議事録

日 時：平成29年5月21日（日）11：05～12：15 理事会

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階 保健衛生学科講義室1

出 席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，岩本幹子，石井範子，青山ヒフミ，法橋尚宏，
中西純子，前田ひとみ，山口桂子，塩飽 仁，佐藤政枝，良村貞子，神田清子，
吉田澄恵，安藤詳子（以上，常任理事・理事16名），渡邊順子（監事1名）

欠 席：荒木田美香子，宇佐美しおり，任 和子，村嶋幸代，山勢博彰，吉沢豊予子，松田たみ子

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 川口孝泰

書 記：佐藤政枝

（敬称略）

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 平成29年度予算案
3. 入会申込理事会承認一覧

番号なし 平成29年度第1回理事会議事録（案）

平成29年度定時社員総会資料

理事長挨拶

川口理事長より，挨拶があり，議事が開始となった。

1. 議事録の確認

- 1) 平成29年度第1回理事会

前回議事録の内容が確認された。

2. 報告事項

- 1) 会員数の動向（資料1）

総務担当・本田副理事長より，資料に基づき，会員数の動向および会費納入状況について報告があった。2017年5月20日現在の会員総数は6,280名（内訳：名誉会員15名，評議員165名，一般会員6,100名）であり，2017年度の新入会員数は170名，入会待機は97名，退会者は24名，会費納入率は58.2%であることが報告された。

- 2) 委員会報告

- (1) 編集委員会（総会資料p.4～5）

委員長・法橋理事より，資料に基づき，現在38巻および39巻の合計899本の論文がオンラインジャーナルとしてJ-STAGEに公開されていること，現在40%程度のアクセプト率で推移しており，現時点で34本の論文がアクセプトされて公開待ちの状態であることが報告された。また，40巻1号

からオンラインファーストとして、順次DOIを付して発行予定であること、さらに、学会誌（冊子体）のPDF化による公開についても並行して作業を進めていることが説明された。

(2) 奨学会委員会（総会資料p.66, 79）

委員長・石井理事より、資料に基づき、平成29年度の授与候補者の発表と、奨学会規程の一部変更（第4条の5項）について、総会にて報告されることが確認された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（総会資料p.56）

委員長・荒木田理事に代行して事務局より、学会賞の候補者1名および論文の共著者4名から同意を得ており、本日の社員総会の審議事項となることが報告された。なお、資料の年度記載（2箇所）に誤植があり訂正されることが確認された。

(4) 将来構想検討委員会（総会資料p.57）

委員長・川口理事長より、資料に基づき、平成29年度事業として会員サービス向上のための情報ネットワークの確立（学会Webページの充実、メールによる情報配信システムの整備）について予算化を提案することが説明された。また、本学会の特徴を活かし、地方会のさらなる活性化に向けた方略として、地方会の地区割りや委員会組織の見直し等、次代への発展に繋がる改革を積極的に推進することが報告された。

(5) 研究倫理委員会（総会資料p.29）

委員長・青山理事より、資料に基づき、第42回学術集会にて、山崎茂明氏による啓発セミナー「研究発表における倫理面の実践的課題」を開催し200名余の参加があったこと、研究倫理審査のための規程の整備を進めていることが、総会にて報告されることが説明された。

(6) 国際活動推進委員会（総会資料p.29, 57）

委員長・前田理事より、資料に基づき、第42回学術集会での特別交流集会の開催、Webページの英文化について報告されることが確認された。なお、特別交流集会の講師（今野理恵氏）のご昇任に伴い、職位の訂正が必要なが確認された。

(7) 大規模災害支援事業委員会

委員長・中西理事より、熊本県の災害支援事業に申請のあった25件（総額361.8千円）に送金が完了していることが報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

担当・塩飽理事より、学会Webページの更新内容（各種バナー設置、テキスト掲載、第44回・45回学術集会の開催案内等）が報告された。重要な案内として、トップページには、学会の論文の閲覧・検索機能がすべてJ-STAGEに一本化されること、さらに、文献検索ページには、検索システムが使用できなくなる旨の案内をそれぞれ掲載しており、急な変更による混乱を避けるための移行措置として、一定期間はアクセス状況をみながら対応していく予定であるとの説明があった。また、Webページのサーバ移転とリニューアル（タブレット・スマートフォン対応含む）については、正文社と検討・交渉していくことが説明された。

編集委員長・法橋理事より追加事項として、医中誌の論文リンク先が、2週間程前に学会WebページからJ-STAGEに変更されており、SFX（find it）のリンクについて問題がないか確認の依頼があった。完全移行までの手順として、学会Webページでの運用は9月末までとし、総会にてその旨を事前に案内をすることが決定された。

(9) 看保連ワーキング

担当・山口理事より、下記、看護系学会等社会保険連合の内容とあわせて報告された。

3) 関連会議

① 日本看護系学会協議会

担当・宮腰副理事長より、災害看護連携会議での活動については、前回理事会にて担当・中西理事より報告されたとおりであることが説明された。「安全保障と学術の問題に看護はどう取り組むか」という議論について理事より質問があり、川口理事長より、前回会議の議論がまとまり次第、会員にも情報を共有し、理事会等でも必要な議論を展開していく必要があることが説明された。

② 看護系学会等社会保険連合

担当・山口理事より、4月25日の社員総会にて新役員が選出され、井部俊子氏（日本看護管理学会）が代表（3期目）となったこと、平成29年度予算として843万円（年会費7万円×49学会、賛助会員：日本看護協会500万円）+繰越金1,600万円が計上されており、約700万円が委員会等の活動に充てられること、主要な活動内容として平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた要望書（本学会からも1件提案）が提出されたことが報告された。

③ 日本学術会議

担当・川口理事長より、前回理事会での報告事項を踏まえ、本学会員が看護分科会における活動内容や発信される最新データにアクセスできるよう、学会Webページから情報を発信していくことが説明された。とくに、「学術の動向2017年5月号」には2つの特集「安全保障と学術の関係」「これからの社会におけるケアサイエンスの構築をめざして」が掲載されておりJ-STAGEにて閲覧が可能であること、さらには、「分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」に関する情報についても、あわせて会員にホームページを通じて提供していくことが説明された。

4) 第43回学術集会について

学術集会長・山口理事より、特別講演、教育講演、委員会企画：特別交流集会等、全体として興味深い企画となっていること、他学会との開催時期の重複もあり一般演題は320題程度にとどまったが、交流集会は当初見込みよりも多く集まっていることが報告された。今後、プログラムを確定し、Webページへの掲載と抄録集の印刷発注に進む予定であることが報告された。

5) 第44回学術集会について

学術集会長・前田理事より、企画運営・委員会の活動が始まったところであり、第43回学術集会までにはテーマを決定したいとの報告があった。

6) 地方会の活動について（総会資料p.6～28）

川口理事長より、社員総会にて各地方会の担当者から報告されることが確認された。

3. 審議事項

1) 平成28年度決算 監査報告について（総会資料p.54～55）

担当・渡邊監事より、資料に基づき、監査の結果、平成28年度決算についていずれも適正であることを認めた旨が報告された。監査意見として、学会誌のオンラインジャーナル化やメール会議の導入などにより事業経費の削減が進んだが、今後の課題として、それにより生じた財源をどのように活かすか、会員サービス、研究支援、社会貢献を含めた学会諸事業を活性化させる事業計画。将来構想が

求められることが報告された。また、税理士の金子和寛氏により作成された会計調査報告書の内容が代読された。

2) 予算案について (資料 2, 総会資料 p.60~65)

担当・岩本理事より、資料に基づき、平成29年度予算案が報告された。一般会計予算の主な事業活動収入については、平成28年度に倣って算出され (入会金: 新規入会者500名×3,000円, 受取会費: 6,600名×8,000円×納入率90%) 5,004万円の収益が、事業活動支出については昨年度よりも大幅な予算増となっており、主に学会誌のアーカイブ化、学会ネットワーク環境のリニューアル化、会員への情報発信の強化等に伴う新規事業に充てられていることが説明された。その他、特別会計 (奨学会、選挙事業積立金、第43回学術集会、災害支援事業) についても、それぞれ予算案の概要が説明された。

3) 選挙管理委員会委員の選出について

川口理事長より、高島尚美氏 (関東学院大学: 継続)、藤井徹也氏 (豊橋創造大学: 継続)、村井文枝氏 (常盤大学: 新規) の3名が推薦され、異論なく承認された。

4) 第46回 (平成32年度) 学術集会長の推薦について

川口理事長より、北海道地区で候補者を人選し1名から内諾が得られていたが、所属先の諸事情を熟慮し、本日の社員総会では「調整中であり、次回総会 (8月) にて被推薦者を発表して承認を得る」ことを伝えるのみで、被推薦者の発表は差し控えたいとの意向が説明された。今後の方向性として、次回総会までの約3ヶ月の期間で、理事長が候補者を再提案することとなった。

5) 平成29年度社員総会の準備 (総会資料 p.1)

川口理事長より、資料に基づき、総会の議事内容および進め方が確認された。

6) その他

① 入会申込理事会承認 (資料 3: 回収)

資料に基づき、入会希望者のリストが確認され、全員の入会が承認された。

② その他

・地方会活動および選挙地区割りに関する検討

宮腰副理事長より、将来構想検討委員会での懸案事項として、地方会の組織や活動 ((地方会の補助金額・地区割り等) の見直しが挙げられており、理事会としてもこれらの方向性を理解していただきたいとの説明があった。また、学術集会の教育・特別講演の講師料 (謝金・交通費) を学会予算で補う等、開催側の負担を軽減するための検討についても提案され、異論なく承認された。さらに、川口理事長より、地方会の見直しとあわせて選挙の地区割についても検討していくことが追加発言された。

・利益相反に関する検討

法橋理事より、利益相反に関する規程等の整備が急務であるとの意見がだされた。学会内での横断的な議論が必要であり、まずは、編集委員会 (論文発表)、研究倫理委員会 (学会発表)、将来構想検討委員会 (会員活動) の各委員長にて、活動の方向性や役割分担を検討することとなった。また、社員総会資料の平成29年度事業案の将来構想に関する組織・整備事業に「5) 利益相反に関する検討」を追加することが決定された。

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度定時社員総会 議事録

日 時：平成29年5月21日（日） 13：30～15：30

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階
保健衛生学科講義室1

社員（評議員）165名のうち、出席57名、欠席委任状97名、合計154名で、定款第27条の評議員の過半数（83名）以上の出席により、本会は成立することが確認された。

理事長挨拶

議 長：川口孝泰理事長

書記の任命：会議開始に伴い、理事会から推薦された書記が拍手で認められた。

書 記：若村智子（京都大学）、佐伯由香（愛媛大学）

報告事項：

1. 会員数の動向について（本田彰子副理事長） 資料pp.2 - 4

社員総会資料に沿って、平成29年4月1日現在、会員総数6,200名（名誉会員15名・評議員165名・一般会員6,020名）であること、平成28年度新入会員数494名、退会者数469名、平成29年度新入会員数80名であること、平成28年度会費納入率が91.2%であったことが報告された。また、会員数の推移は、資料p.3に記載のとおりである。

2. 平成28年度委員会報告について

・編集委員会（法橋尚宏理事） 資料pp.4 - 5

平成28年度は、39巻1 - 5号を発行し、掲載論文数31編であった。5号は5月に発行した。現在、採択率は約40%で、オンライン化しているので順次掲載する予定である。学会HPからJ-STAGE上へリンクするようになった。

学会雑誌投稿規程（社員総会資料p.92）において、「研究倫理」と「著作権」の一部改定ならびに原稿執筆要項（社員総会資料p.96）において「著者貢献度」の一部改定をしたことが報告された。

平成29年度の40巻の発行予定については資料p.5に記載のとおりである。

・奨学会委員会（石井範子理事） 資料p.66

平成29年度の奨学研究授与候補者の審査を行った。資料p.66に記載の通り、平成28年9月26日～12月16日に公募し、4名の応募があった。審査及び選考の結果、吉田祐子氏に50万円の奨学金を授与することが理事会で承認されたことが報告された。

・学会賞・奨励賞委員会（荒木田美香子理事） 資料p.56

平成28年度学会賞・奨励賞の推薦について、平成29年1月7日の学会賞・奨励賞委員会で、学会誌第36巻4号から第39巻2号掲載の原著論文を対象とし、規定第4条に則り審査した結果、平成28年度の学会賞の推薦は、山端美香子氏となったことが報告された。また、奨励賞対象論文として5編を推薦することとしたことが報告された。

・将来構想検討委員会（川口孝泰理事長）

多くの看護系学会が存在する中で、本学会がどのような方向に改革を進めていくかという点を議論している。今後は、会員への情報サービスを向上させること、ホームページのリニューアル、地方会が活発な中、本学会の独自性を生かした地方会の見直しを検討していくことが報告された。

・研究倫理委員会（青山ヒフミ理事）

第42回学術集会において啓発事業を行ったこと、研究倫理審査を受け付けていること、研究倫理審査規定を整備していることが報告された。

・大規模災害支援事業委員会（中西純子理事）

大規模災害支援事業への25件の申請に対して360万円を支援したことが報告された。

・渉外広報（ホームページ）（塩飽仁理事）

HPへのアクセス数やその内容等について、第44回ならびに第45回学術集会について掲載したこと、JANAの情報を随時掲載すること、HPを改革する予定で、それに伴いサーバーを移転する予定であることの報告があった。

・看保連ワーキング・活動（山口桂子理事）

診療報酬のあり方委員会への出席、将来構想委員会で検討していた診療報酬・介護報酬同時改訂に向けての2プロジェクト活動を実施していることが報告された。

・国際活動推進委員会（前田ひとみ理事）

第42回学術集会において、特別交流集会「トランスレーショナル・ヘルス・サイエンスとシステムティックレビューの国際的動向」（関西国際大学 今野理恵氏）を開催したこと、HPを英文化したこと、イヤブックを発行したことが報告された。

3. 第43回学術集会について（山口桂子学術集会会長）

平成29年8月29～30日、愛知県東海市芸術劇場・日本福祉大学東海キャンパスにおいて開催される旨が報告された。一般演題320演題、15～16の特別交流集会を予定していることが報告された。演題の査読が終了し、加筆修正が必要になった演題の再査読後を行い、順次採択通知を送付しているところである。

4. 第44回学術集会について（前田ひとみ学術集会会長）

日程は平成30年8月18～19日で、テーマは検討中である旨が報告された。

5. その他

・日本学術会議について（川口孝泰理事長）

3月の公開シンポジウムの報告書をまとめているところである。

安全保障と学術に関して、看護独自の意見を集約している。これに関して、学会HPからリンクできるようにする。「学術の動向」5月号に、看護分科会からの「ケアサイエンスの構築」が掲載されているので、興味のある人はJ-Stageからみてほしい。

・日本看護系学会協議会JANAの活動について（川口孝泰理事長）

質の保障については日本災害看護とともに活動していく。社会貢献がキーワードである。

・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について（山口桂子理事）

4月25日に平成29年度総会が開催された。理事は伊部俊子氏が継続となり、50学会が参加している。30年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向けて以下の2つのプロジェクトが継続して活動している。

①「障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業」

②「超高齢社会における高齢者への効果的な看護技術や診療報酬・介護報酬のあり方」

・地方会の活動について

平成28年度事業報告・会計報告・会計監査報告，平成29年度事業計画・予算・補助金使用予定計画が報告された。

北海道（城丸瑞恵評議員）資料pp.6 - 11

東海（白尾久美子評議員）資料pp.12 - 16

近畿・北陸（若村智子評議員）資料pp.17 - 20

中国・四国（内田宏美評議員）資料pp.21 - 24

九州・沖縄（前田ひとみ評議員）資料pp.25 - 28

審議事項：

1. 平成28年度事業報告について（本田彰子副理事長）資料p.29

社員総会資料に沿って，平成28年度の事業報告がなされた。拍手により賛成多数で承認された。

2. 平成28年度一般会計・特別会計決算報告について（岩本幹子理事）資料pp.30 - 53

社員総会資料に沿って，一般会計・特別会計決算報告について説明された。拍手により賛成多数で承認された。

3. 監査報告について（渡邊順子理事）資料pp.54 - 55

社員総会資料に沿って，平成28年度の会計監査報告がされ，いずれも適正であることを認めることが報告された。オンラインジャーナル化やメール会議の導入などにより事業経費の縮減が進んだが，今後の課題としてそれにより生まれた財源をどのように生かすか，学会諸事業を活性化させるような事業計画・将来構想の検討を期待する旨が説明された。

また，資料p.55の会計調査報告書について代読し，報告された。

拍手により賛成多数で承認された。

4. 学会賞・奨励賞 推薦について（荒木田美香子理事）資料p.56

社員総会資料に沿って，平成28年度の学会賞・奨励賞の推薦が説明された。

・学会賞候補 山端美香子氏 第38号1号掲載論文

・奨励賞候補 ①山崎松美氏 第36巻4号掲載論文

②鳩野洋子氏 第37巻4号掲載論文

③上田伊佐子氏 第39巻1号掲載論文

④鈴木亜衣美氏 第37巻2号掲載論文

⑤川田智美氏 第37巻5号掲載論文

上記について異議なく，拍手により賛成多数で承認された。なお，資料の報告日ならびに資料中の委員会の開催日について，「平成28年」を「平成29年」に修正することとなった。

5. 選挙管理委員の選任について（川口孝泰理事）

川口理事長から，高島尚美氏，藤井徹也氏，村井文江氏の3名の推薦があり，拍手により賛成多数で承認された。

理事会報告：

1. 平成29年度事業案について（本田彰子副理事長） 資料pp.57-58

社員総会資料に基づいて報告された。

2. 平成29年度予算案について（岩本幹子理事） 資料pp.59-65

社員総会資料に沿って、平成29年度予算案が報告された。平成29年度事業計画に沿って学会誌アーカイブ化、会員への情報発信費用等の新事業を予算化された案を作成したことが説明された。

3. 奨学研究授与について（石井範子理事） 資料p.66

4件の応募があり、審査・選考した結果、吉田祐子氏に授与が決定したことならびに第43回学術集会で表彰が予定されていることが報告された。

日本看護研究学会奨学会規程（社員総会資料p.79）において、「年間合計50万円を上限とし」を「1題50万円以内、年間合計100万円を上限とし」と改定したこと、第4条6項を削除したことが報告された。

4. 第46回（平成32年）学術集会会長推薦について（川口孝泰理事長）

現在検討中なので、総会で報告する。

以上



原発事故被災地復興への新たなステップ

日本学会議会長 大西 隆

今年の3月・4月に、福島原発被災地で避難指示が大幅に解除されました。放射線量が高く帰還困難区域に指定されている地域は除かれたものの、被災地の多くが新たな段階を迎えました。私は、数年前から、復興庁が福島県とともに進める「福島12市町村の将来像に関する有識者会議」に参加し、2015年には「提言」をまとめました。その後も、提言に盛り込んだ復興のための施策の進捗状況のフォローアップを続けています。

その有識者会議の会合が6月に福島市で開催されました。会合には、避難指示の対象である12市町村の代表が出席し、より具体的になった復興への期待が表明されました。ただ、ほぼ全域で避難指示が解除された自治体と、全域が帰還困難区域になっているために、復興はもとより、帰還そのものの目処が立っていない自治体というコントラストが生まれています。厳しい現実ですが、地理的・地形的観点で被災地を見れば、事故当時の風向きによって大量の放射性物質が降り注ぐことになった地域や、森林の広がる山岳地形のため除染の対象となっていない地域は行政区域とは無関係に広がっています。したがって、人為を超えた事情によって生み出された状況の差異を受け止めつつ、それぞれの状態において最善を尽くしていく他ないという認識があるように感じました。

もうひとつ重要な点は、被災者の生活の現状や意識です。既に事故から6年以上が経過し、その間に地元を離れて生活してきた被災者の中には、別な土地で新たな生活を始めているケースも少なくありません。特に、子どもが小さな世帯等では、帰還した場合の低線量被ばくへの懸念から、新しい土地での生活を積極的に選択した人々もいます。私は、先述の有識者会議の座長として、できるだ

け多くの方が帰還して、被災地の復興に参加することが重要と思う一方で、種々の理由から、帰還しないことを選択した人々に対しても新しい生活が軌道に乗るように支援していくことが必要であると考えてきました。日本学会議でも議論されてきたように、居住地で健康管理サービスをはじめとする行政サービスを受けつつ、故郷の住民としての地位も維持することができるようにすることや、バラバラになって福島から離れた子ども達がいじめなどを受けることがないように受け入れる側の人々の心構えをはじめとする受け入れ準備を継続的に行うことが必要です。

もちろん、不安の元ともいえる低線量被ばくの健康への影響については、継続的な健康管理のもとで解明を進め、それに応じて適切な対策が施されていかなければなりません。

日本学会議でも、福島の課題や復興に向けて、原子力発電の将来像や、福島における被災者の健康管理、さらに再生可能エネルギーに関わる提言や報告をこれから出していきます。これらが、被災地の復興や被災者の生活再建に役立つものとなるとともに、国内外の原子力発電の安全を徹底的に向上させる議論に資するものとなるようにしなければなりません。

一方で、被災地を舞台にした産業振興や、除染や廃炉に関連した種々の活動を通じて被災地の経済的復興を進めることが次第に現実的課題になっていくのは喜ばしいことです。その意味で、有識者会議で議論してきた拠点の形成、人材育成、ロボット研究と産業化、再生可能エネルギーの産業化などの多様な事業の多くが実現し、被災地に新たな雇用が生まれるとともに、未来を拓く産業活動の拠点になることを願っています。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年7月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆生態系インフラストラクチャーを社会実装する

日時 平成29年7月17日(月) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生態系インフラストラクチャーの計画的展開(仮)」一ノ瀬友博
「生態系インフラストラクチャーの経済的評価(仮)」大沼あゆみ
「生態系インフラストラクチャーを支える多様な主体の連携(仮)」鎌田磨人

◆我が国の衛星地球観測計画

日時 平成29年7月18日(火) 13時00分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「宇宙基本計画・工程表について」高田修三(予定)
「UN持続可能な開発目標」福士謙介
「我が国の地球観測の将来計画に関する提言」六川修一
「我が国の地球衛星観測の現状と将来について」早坂忠裕
「将来の我が国の衛星地球観測のあり方に関する提言」佐藤 薫

◆昆虫の恵み—その多面性

日時 平成29年7月22日(土) 13時00分～16時45分
場所 東京大学農学部1号館8番教室
次第 「バイオミメティクス」針山孝彦
「カイコを用いた医療用タンパク質生産の現状と課題」立松謙一郎
「ミツバチの恵みと飼育のすすめ」坂本文夫
「シルクの微細構造と健康衣料への利用」赤井 弘
「マゴットセラピー」沼田英治

◆市民性涵養のための法学教育—高校から大学へ

日時 平成29年7月22日(土) 13時00分～17時45分
場所 日本学術会議講堂
次第 「新科目『公共』と法学教育」吉田俊弘
「ドイツの中等教育における法学教育」松本尚子
「新科目『公共』に盛り込むべき労働法テーマ」浅倉むつ子

「新科目『公共』と弁護士の参加」鈴木啓文
「新しい教養教育における市民性涵養の課題」小林傳司
「全学共通教育アクティブ・ラーニングとしての法学教育」糠塚康江
「市民性涵養のための基礎法学教育の可能性」三成賢次
「市民性涵養のためのジェンダー法学教育」南野佳代
「医療者養成教育と市民性涵養のための法学教育」小澤隆一

◆海洋生物学の未来社会への貢献

日時 平成29年7月25日(火) 13時00分～17時00分
場所 東京大学小柴ホール
次第 「全国大学臨海実験所の研究と教育の現状と今後」坂本竜哉
「全国水産実験所における教育研究からの社会貢献」上田 宏
「海洋生物学の未来を見据えて」藤倉克則
「水族館からの海洋生物学への貢献」野中正法
「海洋生物学に期待されるSDG14実現に向けた貢献」古川恵太

◆FutureEarth時代のWCRP

日時 平成29年7月28日(金) 13時00分～18時00分
場所 東京大学生産技術研究所S棟講堂
次第 「世界気候研究計画(WCRP)の設立意義と現状」木本昌秀
「WCRPコアプロジェクトI: CLIVAR」見延庄士郎
「WCRPコアプロジェクトII: SPARC」佐藤 薫
「WCRPコアプロジェクトIII: CiC」榎本浩之
「WCRPコアプロジェクトIV: GEWEX」松本 淳
「WCRPと世界気象機関(WMO)」鬼頭昭雄
「気候変動に関する政府間パネル(IPCC)へのWCRPからの貢献」河宮未知生
「地球圏—生物圏国際協同研究計画(IGBP)とWCRPの連携」植松光夫
「FutureEarthとWCRPとの連携(I)」春日文子
「FutureEarthとWCRPとの連携(II)」山形俊男
「FutureEarthとWCRPとの連携(III)」安成哲三
「持続可能な開発目標(SDGs)へのWCRPの関わり」沖 大幹
「WCRPと社会との関わり」江守正多
「WCRPの将来」中島映至

日本学会議の動き



会長からの
メッセージ

日本学会議の移転計画

日本学会議会長 大西 隆

暑い夏ですが、さらに熱くなりそうな話題です。この欄でも紹介したことがあるように、日本学会議は、1988年に行われた閣議決定に基づいて、東京都区部から移転することになっています。移転先は、その1年後に「国の機関等移転推進連絡会議」によって神奈川県横浜市とされ、移転時期については、その後、数次にわたって延期され、現計画では平成30年度となっています。

現在地、及び施設は1970年代初頭に新築移転したもので、日本学会議の活動にとって利便性、施設の使いやすさなどの点で、申し分のない条件を備えています。そのため、この施設での活動が永續するものと思いがちであったし、そう期待する空気もあったと思います。しかし、およそ30年前の閣議決定の翌年には、当時の会長名で、談話を出し、「本会議が横浜『みなとみらい21』地区に移転することについては、運営協議会において、特段の異論はなかった」と述べ、「この移転により本会議の機能がいささかも低下することのないようにすることはもちろん、さらに審議機関として格段の発展に配慮するよう関係各位に強く要望するものである。」と結んでいます。

その後、2015年にまとめられた「日本学会議の新たな展望を考える有識者会議」（科学技術政策担当大臣の下に設置）の提言は、「有識者会議としては、現在地より適した移転場所を見出すことは難しい」と述べています。しかし、これを受けた日本学会議としては、前述のように、移転時期を延期したものの、行先などについて具体的な方針を決めるに至っていません。

一極集中是正や、東京の過密解消、あるいは地方創生といった国の課題に、日本学会議という一組織の移転がどれほど効果があるのか根本的な

疑問は私にもあります。しかし、その議論は30年前にするべきだったということでしょう。諸般の事情を考えると、まさに本気でこの問題に取り組まなければならないときが来ています。

国の方針で移転せざるを得ないのであればどうすることが最善か、衆知を集め、しかも短時間で進むべき道を見出す必要があります。もともとの計画では、現有の土地建物を処分して移転費用に充てることになっています。移転先は、全国の会員・連携会員が集まりやすい、空港や新幹線駅から便利な場所であればなりません。一般の方々や参考意見を述べてくれる方々がイベントや会議等に参加しやすいことも重要な立地条件です。

前から決まっていたこととはいえ、追い込まれての移転という状況は否めません。しかし、これを奇貨として日本学会議の発展を考えるという姿勢も重要です。特に、課題であった、会議動画のライブ配信、種々の成果の多国語翻訳配信等、情報発信力の飛躍的強化は最重要です。

また、年によって、予算の中から旅費を十分に工面することが難しくなることがあるので、会議そのものをスカイプ等を活用した遠隔参加型にすることも課題です。

移転問題はなかなか重い課題ですが、もう先延ばしにはできないのではないかと感じています。そうであれば、日本学会議の活動にすべての会員・連携会員が十分に参画できることを保証しつつ、日本学会議の変革と刷新を図るチャンスにしなければなりません。地区会議で各地を訪れると、各地の会員・連携会員、あるいは大学等研究機関関係者の尽力で、学術の社会的役割への期待が高まっています。ぜひそうした機運を盛り上げる移転計画にしたいと思います。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年8月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆食の科学研究最前線—機能性食品と日本食

日時 平成29年8月10日(木) 13時30分～17時30分

場所 東北大学大学院農学研究科

青葉山コモンズ大講義室

- 次第 「日本食の栄養と健康増進機能」宮澤陽夫
「日本食のおいしさと食品加工技術」藤井智幸
「日本食における発酵・醸造技術」北本勝ひこ
「機能性食品研究の現状と機能性表示食品制度」清水 誠
「機能性農産物の開発と機能性表示食品制度の活用」山本(前田)万里
「機能性食品・日本食のフードシステムを支えるインフラを」三石誠司

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議主催

明治維新 150 年～ 幕末・維新期における佐賀藩の「ひとづくり」「ものづくり」

日時 平成29年8月24日(木) 14時00分～16時10分

場所 佐賀大学本庄キャンパス理工学部6号館(DC棟)

次第 「佐賀藩の教育と明治維新」三ツ松 誠

「佐賀藩のモノづくり」青木歳幸

◆今後の我が国の大学のあり方を考える

日時 平成29年8月25日(金) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「講演」大西 隆／安浦寛人／柴田洋三郎／

吉岡知哉／山本佳世子／永田恭介 他

◆大地震に対する大都市の防災・減災

日時 平成29年8月28日(月) 12時00分～16時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「専門を超える視野を持って行動する努力」

米田雅子

「最新の科学的知見にもとづき、想像力を広げた熟考」和田 章

「居住、活動のための適地の選択」浅岡 顕

「大都市地震係数の採用」田村和夫

「土木構造物・建築物の耐震性確保策の推進」

小野徹郎

「人口集中、機能集中の緩和」福井秀夫

「留まれる社会、逃げ込めるまちの構築」沖村 孝

「情報通信技術の強靱化と有効な利活用」

山本佳世子

「大地震後への準備と行動」南 一誠

「耐震構造の進展と適用」高橋良和

「国内外の震災から学ぶ、国際協力、知見や行動の共有」東畑郁生

◆次世代統合バイオイメージング研究の展望

日時 平成29年8月29日(火) 13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「アト秒位相分解・波動関数マイクロスコープ」

新倉弘倫

「1分子から個体レベルまでの多階層バイオイメージング」堀川一樹

「人間社会リモートイメージング」八木康史

「陸域生態系機能のイメージング」大政謙次

「TMTによる超解像天体イメージング」

高見英樹

◆Progress in Materials Science:

Present Issues and Future Direction

日時 平成29年8月29日(火)～平成29年8月30日(水)

場所 京都大学本館講堂(予定)

次第 Discussion1: Innovation and Materials Science

「講演」橋本和仁／片岡一則

Discussion2: Discipline of Materials Science

「講演」細野秀雄／小谷元子

Discussion3: Society and Journal

「講演」谷藤幹子／福山秀敏

Discussion4: Education and Public Presence

「講演」(未定)

◆ICT on Plant factory and intelligent greenhouse

日時 平成29年9月2日(土) 13時30分～17時00分

場所 愛媛大学農学部大講義室

次第 「Current and future topics on plant factory」

Dongxian. He / 後藤英司

「How plants sense and respond to environmental cycles」Antony Dodd / 福田弘和

「Daily plant data for intelligent environmental control in greenhouse」E. V. Henten / 高山弘太郎
 「Advanced management strategies of greenhouse using ICT」Sun-Ok Chung / 野口 伸

◆中高生と考える「Future Earthと学校教育」

日時 平成29年9月3日(日) 13時00分～17時00分
 場所 日本学会会議講堂
 次第 「資源・エネルギー問題と学校教育」田路和幸
 「食の問題と学校教育」小金澤孝昭
 「環境の改善や保全と学校教育」田中邦明
 「Think globally, act locally」小松輝久
 「社会参画から持続可能な社会の担い手を育む」井上貴司
 「学校教育に位置づけた海洋教育の拠点形成とカリキュラム開発」日置光久
 「生物を活用した環境改善への一考察」佐々木義秀
 「環境にやさしい発電装置の開発」田中義靖

◆日本とアジアの家族—社会調査で捉える現状と変容

日時 平成29年9月10日(日) 14時15分～16時45分
 場所 京都大学吉田キャンパス 総合研究3号棟 共通155講義室
 次第 「2000年代における現代日本家族の動態」田淵六郎
 「東アジア社会調査による日韓中台の比較」宍戸邦章
 「アジアの家族変動と家族意識」岩井八郎
 討論者：佐藤嘉倫 / 神原文子
 司 会：松田茂樹 / 菊地真理

◆イノベーション創出に向けた計測分析プラットフォーム

日時 平成29年9月6日(水) 13時00分～17時00分
 場所 幕張メッセ国際会議場2階コンベンションホールA
 次第 「最新のメタボローム解析」曾我朋義
 「最新のバイオイメージング」宮脇敦史
 「最新の安全安心計測」瀬戸康雄
 「オープンイノベーション時代の分析産業」栗原権右衛門

◆災害軽減と持続的社会的形成に向けた科学と社会の協働・協創

日時 平成29年9月17日(日) 13時00分～17時30分

場所 日本学会会議講堂
 次第 「地球環境問題はどう解決できるか」安成哲三
 「水と食料の安全保障と持続可能な開発目標」沖 大幹
 「土壌問題」宮崎 毅
 「気象・気候災害」鬼頭昭雄
 「リスク認知のための官民協働による戦略的地域地盤情報整備」佃 榮吉
 「地震災害」平田 直
 「臨床火山防災学の試み」山岡耕春
 「自然災害と土地条件とのかかわりを社会と共に考え普及するために」海津正倫
 「防災問題における国際共同研究・人材育成と社会実装」寶 馨
 「土木・建築」和田 章

◆歯科基礎医学の臨床歯医学への応用と展開

日時 平成29年9月18日(月) 10時00分～12時00分
 場所 松本歯科大学
 次第 「関節軟骨の生体恒常性の維持および破綻機構の統合的理解に基づく革新的医療技術の開発」西村理行
 「口腔マイクロバイオームの病原性の解明へのアプローチ」山下喜久
 「環境因子による自己反応性獲得機構の解明」石丸直澄
 「X線を用いた微量元素分析技術の生体材料評価と生物組織分析・診断への応用」宇尾基弘

◆政治思想における「アメリカ」

日時 平成29年9月24日(日) 13時10分～15時10分
 場所 法政大学市ヶ谷キャンパス
 次第 「『公民』を支えるもの」熊谷英人
 「亡命知識人のアメリカ観」森川輝一
 「戦後知識人のアメリカ」都築 勉

◆再考：高齢女性の貧困と人権

日時 平成29年9月24日(日) 13時00分～16時00分
 場所 東京大学文学部(法文2号館)
 次第 「单身急増社会における高齢女性(仮)」藤森克彦
 「子育て後の母子世帯の母たち(仮)」湯澤直美
 「高齢者人権条約の展望(仮)」高田清恵
 「社会保障制度におけるジェンダーバイアス(仮)」大沢真理



会長からの
メッセージ

第23期を終えるにあたって

日本学会議会長 大西 隆

7月末に臨時総会が行われた後、8月初めには、各部の夏季部会が一斉に開催されました。3年に一度の臨時総会は、コ・オペレーションを全うする機会です。また、夏季部会は、部としての意見交換を時間をかけて行う場であり、それぞれ重要な意味を持っています。同時に、今回は、第23期の最後の部会でもあり、来期への申し送り事項を審議する場ともなりました。

個人的には、私にとっては、第22・23期と務めた会長としての最後の総会と部会でした。私自身は第三部に所属しているので、第一部と第二部の部会には、招かれて出席するという形をとります。お陰様で、6年間、ほぼ全ての夏季部会に出席することができました。年によっては、開催日が重なって、綱渡りのように1日ずつ出席したこともありましたが、今年は、松江→北九州→長崎と連続して開催され、しかも、西へ西へと向かう好日程でした。各部長のお招きとご配慮に感謝します。

部会の模様は、議事記録がいずれまとめられると思います。自由討議で、焦点が当てられた話題は部によって異なりました。第一部は文化の香りのある町で行うことが多いようです。今年は松江でした。議論においては、会員選考と人文・社会科学のアピールに関心が集まったという印象でした。会員選考では、初めて導入した「選考委員会枠」、すなわち、分野横断的な領域の研究者、課題別委員会などで活躍した研究者を選考委員会が直接選考する制度について意見が交換されました。身近な適任者を選考しがちというコ・オペレーションの弊害を軽減しようという狙いをもつのが選考委員会枠です。こうした選考の必要については、第一部に限らず、全ての部で理解されていると感じました。しかし、具体的な選考方法については今

後さらに改善が必要という意見が多く出されました。選考委員会枠に対して、部から種々の批判が出ることは、ともすれば会員選考が専門集団の中で行われがちな現状に不協和音を生んだという意味で、意義があったといえます。もちろん、適切な人材を発掘することは常に重要なので、来期に向けて改善を施し、コ・オペレーションを補完する制度として定着させて欲しいと思います。

産業の町、北九州で開催された第三部の夏季部会では、今期も日本学会議をあげて力を注いでまとめた大型研究計画のあり方について活発な意見交換が行われました。部会の直前に、文科省のロードマップが公表され、大型研究計画の重点プロジェクトから7つが採択されました。その点では、有効に活用されたといえます。しかし、これらにしても、公的資金の投入が約束されたわけではないので、大型研究計画の議論を日本学会議が関係学協会とともに行っていることの有効性が問われているのです。大型研究計画の議論は、日本としては是非進めるべき研究だが、設備に多額の資金が必要という研究課題を選んでいるので、その実現が期待されるのは間違いありません。したがって、日本学会議の提案を、如何にして実現していくのかに踏み込むことがやはり必要ではないかと思えます。特に、我が国の科学研究予算が縮小傾向にあり、その結果、成果が国際的に見て徐々に低下している現状を改善するには、科研費のようなボトムアップ型の研究費から、大型研究計画のようなトップダウン型の研究費措置まで、多様な制度をそれぞれ発展させることが必要です。

一連の夏季部会の最後は、長崎の第二部でした。会場の医学部が、爆心地に隣接していることを初めて知りました。部会開催の幹事役を担った山下

俊一会員が、「先輩のその日の体験に想いを馳せ、いつも、これが最後かもしれないという気持ちで講義に臨んでいる」と話していらしたのがとても印象に残りました。長崎大学医学部はまた、感染症ウィルスなどの研究を行うBSL4の整備を進めています。実は、私が日本学術会議の会長になって最初の来客が長崎大学の方々でした。東京のBSL4施設整備計画が周辺住民の反対で暗礁に乗り上げている、長崎大学でも整備を検討しているので協力してほしいというのが来訪趣旨でした。この計画は、かなり具体性を持っていて、現在の長崎のBSL4施設は、研究を含めたフル活動を目指しているものです。感染症と無縁ではられない日本でも必要の高いこの施設が、周辺住民の理解を得つつ、実現されることを期待しています。

第二部では、ゲノム編集などに関連して科学者の倫理問題が取り上げられました。日本学術会議は課題別委員会を設けてこの問題を論じ、今期末までに成果をまとめようとしています。食料生産、疾病治療への活用など、ゲノム編集技術への期待が高まる一方で、人が生命を操作することを抑制する倫理観も科学者を含めて多くの人が共有するところでは、どこまでが許されるのか、を巡って根本的な議論が絶えず求められるとともに、応用への期待を背景として次々と現れるであろう研究提案にどう応えているのかという実践的な対応も必要です。日本学術会議にとって、当面の重要テーマの一つであることは間違いありません。

このように、各夏季部会では、日本学術会議にとってこれからさらに議論を深めるべき問題が種々取り上げられました。私からは、すでにこの欄でも述べた、「学術会議の庁舎移転問題」、「会員選考において政府へきちんと説明する習慣を持つことの重要性」、さらに「ICSUとISSCの合併に伴う新国際組織創立総会の福岡への誘致、SCA会合の東京での開催等の国際活動が次期早々に予定されていること」などを紹介して、各部の会員の理解を求めました。日本学術会議は、3年ごとに会

員の半数交代、役員の交代という節目を迎えます。一方で、議論すべきテーマ、取り組むべき課題は継続します。特に、国際活動は継続性の強いものです。人心一新、体制の刷新を実現しつつ、よりパワフルに課題に取り組む一貫性も保つことが求められると思います。夏季部会を通じて各部で整えられる次期への伝達事項が、日本学術会議における“刷新と継続”に効果を発揮することを期待します。

さて、この6年間の成果をどう評価すべきか？それは、将来の評価者に委ねるべきでしょう。その際に参考とすべき点を三点述べておきます。

第一点は、日本学術会議の「存亡の危機」は脱したのではないかという点です。会長就任の折、2005年法改正から10年目の見直しで、組織の抜本的な見直しがありうると言われました。そこで、当時の山本一太科学技術政策担当大臣にお願いして大臣直下の有識者会議を設置して戴きました。座長の尾池和夫・元京大総長を中心にまとめられた提言では、日本学術会議の役割をポジティブに評価して戴いたと思います。

第二点は、積極的な対外発信です。第20期くらいから継続している「提言」や「報告」の公表を目指した日本学術会議の審議スタイルは、幸いにも第23期まで継続され、每期100編を超える成果が世に出ています。それまでの不活発な時期と比べれば、現行制度の下での会員・連携会員の皆さんの活動は充実したものであるというべきです。

第三点は、社会に対するアピールです。測り方は難しいのですが、例えば、メディアによる注目度に着目すれば、第20期以降、社説や記事で日本学術会議が取り上げられる場面が増えていることが定量的に示されています。

是非こうした活動を継続発展させることを通じて、科学者が社会の諸問題の解決、人々の夢の実現に欠かせない役割を担っていることを示していくことが重要と思います。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年9月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆災害軽減と持続的社会の形成に向けた科学と社会の協働・協創

日時 平成29年9月17日(日) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

- 次第 「地球環境問題はどう解決できるか」安成哲三
「水と食料の安全保障と持続可能な開発目標」
沖 大幹
「土壌問題」宮崎 毅
「気象・気候災害」鬼頭昭雄
「リスク認知のための官民協働による戦略的
地域地盤情報整備」佃 榮吉
「地震災害」平田 直
「臨床火山防災学の試み」山岡耕春
「自然災害と土地条件とのかかわりを社会と
共に考え普及するために」海津正倫
「防災問題における国際共同研究・人材育成と
社会実装」寶 馨
「土木・建築」和田 章

◆歯科基礎医学の臨床医歯学への応用と展開

日時 平成29年9月18日(月・祝) 10時00分～12時00分

場所 松本歯科大学

- 次第 「関節軟骨の生体恒常性の維持および破綻機構
の統合的理解に基づく革新的医療技術の開発」
西村理行
「口腔マイクロバイオームの病原性の解明へ
のアプローチ」山下喜久
「環境因子による自己反応性獲得機構の解明」
石丸直澄
「X線を用いた微量元素分析技術の生体材料評
価と生物組織分析・診断への応用」宇尾基弘

◆「学術の再生産」が危ない！

日時 平成29年9月18日(月・祝) 13時00分～16時30分

場所 青山学院大学総研ビル12階大会議室

- 次第 「女性研究者はどこにいるのか」河野銀子
「非正規化のすすむ図書館職場で専門性は保

てるか」廣森直子

「『女性研究者支援』事業は誰のためにあるのか」

清末愛砂

「女性研究者の貧困をどう解決するか？」

羽場久美子

◆持続可能な都市農業の実現に向けて

日時 平成29年9月19日(火) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

- 次第 「施設農業の経営的な優位性や都市農業での課
題」奥島里美
「都市農業における資源循環や効率的なエネル
ギー利用の可能性について」北宅善昭
「都市農業における多様な農業形態の可能性」
増田 昇
「WebGISの農業利用の現状と都市農業への応
用の可能性について」小川茂男
「東京農業の新たな展開に向けた技術開発の取
組」望月龍也
「農耕文化都市の実現に向けた研究開発・人材
育成」古在豊樹

◆政治思想における「アメリカ」

日時 平成29年9月24日(日) 13時10分～15時10分

場所 法政大学市ヶ谷キャンパス

- 次第 「『公民』を支えるもの」熊谷英人
「亡命知識人のアメリカ観」森川輝一
「戦後知識人のアメリカ」都築 勉

◆再考：高齢女性の貧困と人権

日時 平成29年9月24日(日) 13時00分～16時00分

場所 東京大学文学部(法文2号館)

- 次第 「単身急増社会における高齢女性」
藤森克彦
「社会福祉政策にみる女性と貧困」湯澤直美
「高齢者人権条約の展望」高田清恵
「税・社会保障制度におけるジェンダーバイアス」
大沢真理

◆パリ協定の下での長期温室効果ガス排出削減戦略 を考える

日時 平成29年9月27日(水) 13時00分～17時25分

場所 日本学術会議講堂

- 次第 「パリ協定を踏まえた長期目標と国内での議論

の動向」山地憲治
 「気候変動予測、影響、リスク管理」江守正多
 「グローバルな視点での大幅排出削減」
 秋元圭吾
 「長期地球温暖化抑制におけるイノベーション
 の役割」杉山大志
 「カーボンプライシング」有村俊秀

用」川上浩司
 「家庭環境や思春期の心理的特性を考慮した生
 活習慣病対策」児玉浩子
 「茨城県筑西市における生活習慣病予防のため
 の健康副読本活用事業」稲川三枝子
 「食育の多様化で健康寿命の延伸をめざす」
 藤原葉子
 「社会の連携による子どもの生活習慣へのアプ
 ローチ」小林章雄

◆超スマート社会に向けて

—AI（人工知能）やIoT（モノのインターネット）に
 より私たちの生活はどう変わるか

日時 平成29年9月30日（土）13時00分～17時00分
 場所 京都大学国際科学イノベーション棟
 シンポジウムホール
 次第 「超スマート社会を実現するビッグデータ創出
 技術」原田博司
 「人工知能のもたらしつつあるもの」西田豊明
 「自動運転の技術開発とその課題」木津雅文
 「AIは雇用を奪うか」井上智洋

◆受精時・胎芽期・胎生期・幼児期の環境因子から
 成人後の健康や次世代の健康を考える

日時 平成29年11月2日（木）13時00分～15時00分
 場所 鹿児島市中央公民館1Fホール
 次第 「胎児期・幼児期の環境因子が次世代の健康や
 発達に与える影響」岸 玲子
 「千葉出生コホート研究から分かってきた環境
 と次世代の健康」森 千里
 「妊娠中の栄養と出生体重からみた中国の次世
 代の健康を考える」顧 艶紅
 「小さく産んで大きく育てるのは良いのか」
 福岡秀興

◆FUTURE SOCIOLOGY

—これはカゾクか：未来の「家族」のかたち

日時 平成29年9月30日（土）13時30分～17時00分
 場所 学習院大学目白キャンパス中央教育棟303号室
 次第 「核分裂家族」今田高俊
 「『シェアハウス』が反射する家族」久保田裕之
 「『ハイブリッド』な親子のゆくえ」野辺陽子
 「AI、ロボット、ネットワーク」栗原 聡
 「社会学はどう対応すべきか」矢澤修次郎
 「カゾクの未来」渡邊秀樹

◆これからのいのちと健康と生活をまもる

2. いのちをまもり健康を育む住まいを考える

日時 平成29年11月2日（木）13時00分～15時00分
 場所 かごしま県民交流センター県民ホール
 次第 「住まいと親子の健康」鈴木孝太
 「住まいと生活習慣病」伊香賀俊治
 「災害時における住まいの安全」宮野道雄
 「災害時の仮設住宅と健康」吉野 博

◆乳幼児を社会科学的に分析する：発達保育実践政
 策学の深化

日時 平成29年10月22日（日）13時00分～17時00分
 場所 日本学会議講堂
 次第 「保育所入所の効果」山口慎太郎
 「家庭環境と子どもの発達」赤林英夫
 「親の社会経済的属性と低体重出生児」川口大司

◆地域で暮らす人々とロボットとの共生

日時 平成29年11月3日（金・祝）
 13時00分～16時00分
 場所 鹿児島大学郡元キャンパス学習交流プラザ
 次第 「ロボット開発の立場から」大西公平
 「在宅看護の立場から介護ロボットへの期待」
 秋山正子
 「共創のまち・肝付プロジェクトの実際」
 能勢佳子
 「ケアサイエンスからみた地域で暮らす人々と
 ロボットとの共生」川口孝泰

◆幼小児期から思春期・若年成人期における生活習
 慣の見直しと健康増進

日時 平成29年11月2日（木）9時00分～12時10分
 場所 かごしま県民交流センター2F中ホール
 次第 「学校健診情報のデータベース化とその利活

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

** 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2014)等にかんがっていかねばならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつぞう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿(こま切れ投稿)は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

13. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会 (American Psychological Association, APA) が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』(2010)／『APA論文作成マニュアル第2版』〔2011, 医学書院〕に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。
※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。

- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地: 出版社名.

— 例 —

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

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年) / 訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005) / 中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京: 医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学 II (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名（pp. xxx-xxx）. 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名（pp. xxx-xxx）. 出版社名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から、自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果、希望する種別では不採用となったり、採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード（5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること）, 本文枚数, 図枚数（用紙1枚につき1つ）, 表枚数（用紙1枚につき1つ）, 写真点数（用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける）, 著者氏名（著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所（連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる（原著論文, 研究報告のみ）。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。

2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 著者貢献度

著者貢献度 (Author Contributions) について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

11. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する(2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

12. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成29年度会費納入のお願い

平成29年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F
(株)ガリレオ学会業務情報化センター内
TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第40巻 4号

会員無料配布

平成29年9月29日 印刷

平成29年9月29日 発行

編集委員長

法橋 尚宏 (理事)	神戸大学大学院保健学研究科
秋山 智 (会員)	広島国際大学看護学部
荒木 孝治 (会員)	大阪医科大学看護学部
市江 和子 (会員)	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部
上野 栄一 (会員)	福井大学医学部看護学科
内田 宏美 (会員)	島根大学医学部看護学科
川西千恵美 (会員)	関西福祉大学
河原 宣子 (会員)	京都橘大学看護学部
木立るり子 (会員)	弘前大学大学院保健学研究科
小西美和子 (会員)	兵庫県立大学看護学部
定方美恵子 (会員)	新潟大学大学院保健学研究科
高島 尚美 (会員)	関東学院大学看護学部
竹田 恵子 (会員)	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
中西 純子 (理事)	愛媛県立医療技術大学保健科学部
吉田 澄恵 (理事)	千葉大学大学院看護学研究科
若村 智子 (会員)	京都大学大学院医学研究科 (五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1
第2ユニオンビル4階
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内
☎ 03-3944-8236 (直通)
FAX 03-5981-9852
ホームページアドレス
<http://www.jsnr.jp>
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者
印刷所

川口孝泰

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学芸業務情報化センター内
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかかか○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかか○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認のち、お知らせいたします。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

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

フリガナ	専門区分		看護学・医学・その他 ()	
氏名	生 年 月 日		性別	男 ・ 女
所属	TEL	FAX		
送付先住所	自宅・所属 (いずれかか○)		〒	
E-mail	TEL	FAX		
自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名			会員番号	
推 薦 者 所 属			〒	
事務局	理事会承認年月日			
事 務 入 記 欄	受付番号		年度入会会員番号	
	受付日		巻 号～	
	通知番号		送付日	

地 区 割

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	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 03-5981-9852)
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

Eメール: _____

勤務先の変更

所属名: _____

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

Eメール: _____

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地区割

地区名	都道府県名	地区名	都道府県名
1 北海道	北海道	5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7 中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について: 勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自宅 ()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について: 一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

