

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 40 Number 5 December 2017 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[40巻 5号]

会 告

平成29年12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

記

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会

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】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

TEL：096-363-2233 FAX：096-371-5246

URL：http://www.kengeki.or.jp/

【プログラム】

1. 会 長 講 演：「看護が創る変化の波」

前田 ひとみ（熊本大学大学院生命科学研究部 看護学講座 教授）

2. 特 別 講 演：「HIV感染症とAIDS治療薬の研究と開発：What Is Success?」

満屋 裕明（国立国際医療研究センター研究所 所長、
National Cancer Institute レトロウイルス感染症部部长、
熊本大学 名誉教授）

3. 教 育 講 演

1) 「看護現場学—看護の知、発見から創造へ」

陣田 泰子（淑徳大学 教授）

2) 「個人と地域を変えるヘルスコミュニケーション」

河村 洋子（静岡文化芸術大学文化政策学部 准教授）

4. シンポジウム

1) 「次世代看護研究者育成 (仮)」

座長：法橋 尚宏 (神戸大学大学院保健学研究科 教授)

三笥 里香 (熊本大学大学院 教授)

シンポジスト：高瀬 美由紀 (安田女子大学看護学科 教授)

竹熊 カツマタ 麻子 (筑波大学 教授)

吉永 尚紀 (宮崎大学テニユアトラック 看護学系)

2) 「社会に広がる看護の力 (仮)」

座長：竹熊 千晶 (熊本保健科学大学 教授)

嶋田 晶子 (熊本県看護協会 会長)

シンポジスト：川添 高志 (ケアプロ株式会社 代表)

竹熊 千晶 (熊本保健科学大学 教授)

野崎 裕之 (東北大学病院総合地域医療教育支援部 循環型看護師支援教員)

5. 研究方法セミナー

1) セミナー1 「よりよい文献講読に必須の文献検索スキル」

富田 美加 (茨城県立医療大学 准教授)

2) セミナー2 「Walker and Avantによる概念分析の手法」

跡上 富美 (東北大学大学院 准教授)

3) セミナー3 「尺度開発の留意点と落とし穴」

鳩野 洋子 (九州大学大学院 教授)

4) セミナー4 「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」

牧本 清子 (甲南女子大学 特任教授)

6. 市民公開講座：「在宅での看取りを支える」

濱崎 ももよ (訪問看護ステーション いきいきらいふ 管理者)

益永 佳予子 (株式会社ファーマダイワ看護事業部部長 ケアマネージャー)

後藤 慶次 (ひまわり在宅クリニック 医師)

糸山 公照 (浄土真宗大谷派 光照寺 臨床宗教師)

7. 一般演題 (口演、示説)、交流集会 (「演題募集」についてはホームページでご確認ください。)

8. その他 (ランチョンセミナー、企業展示、書籍展示 他)

【懇親会】

日 時：平成30年8月18日 (土)

場 所：熊本県立劇場 コンサートホールホワイエ

会 費：5,000円

【参加費】

	事前	当日
会 員	10,000円	11,000円
非会員	12,000円	14,000円
学 生		3,000円

※事前参加申し込みは、平成30年2月1日（木）～7月6日（金）までです。

※「学生」は、当日の参加登録のみとなります。大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

※「学生」料金には、学術集会抄録集を含みません。

申し込みは<http://jsnr44.umin.jp/> 学術集会ホームページよりお申し込みください。

【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

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会 一般演題募集

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会は、下記の要領で募集いたします。多数の方々のご参加をお待ちしております。

平成29年12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

[一般演題募集要項]

■募集期間

平成30年1月23日（火）～3月15日（木）

■演題募集の受付

オンライン登録のみで受け付けています。郵送による応募は受け付けておりませんのでご注意ください。

■演題登録資格

筆頭発表者、共同発表者を含め、すべて本学会会員であることが必要です。筆頭発表者の方は、発表者自身を含め共同発表者全員の会員番号および平成30年度の会費納入をご確認ください。学会発表時までに平成30年度会費未入金の方がおられますと発表できません。未入会の方は、演題申し込みまでにあらかじめ、入会手続き（入会金の納入）と発表年度（平成30年度）年会費の納入を済ませてください。

なお、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。

※入会申込み方法・会員番号確認方法

入会申込みは、日本看護研究学会ホームページ「入会のご案内」からお手続きください。また、お手続きなどのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。会員番号は、受領される封筒の宛名部分の右下に記しておりますので、ご確認ください。ご不明の場合などのお問い合わせは一般社団法人日本看護研究学会事務局へお願いします。

(TEL：03-3944-8236 FAX：03-5981-9852 E-mail：g027jsnr-support@ml.gakkai.ne.jp)

■演題登録方法

《推奨ブラウザ》

- ・ IE ver.9以上
- ・ Chrome ver.25以上
- ・ Firefox ver.15（Mac環境ver.20）以上
- ・ Safari ver.5.1以上

■発表形式

演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。筆頭発表者としての申し込みはお1人につき口演1演題、示説1演題、計2演題までとさせていただきます。

連番による発表を希望される場合には、演題名に順序が判るよう表現してください。連番は原則3題までの申し込みとします。発表形式は口演、示説のいずれかを選択してください。なお、発表形式の決定は学術集会事務局に一任願います。最終発表形式はご希望と異なる可能性もありますことをあらかじめご了承ください。

口演：発表時間は1演題10分間（発表7分間、質疑3分間）を予定しております。会場に準備するPCのOSは、Windows 7。アプリケーションソフトは、「Windows版PowerPoint 2007/2010/2013/2016」となります。USBフラッシュメモリーを持参し、PC受付でご確認の上、発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。動画や音声を使用される場合は、ご自身のPCをお持ちください。

示説：一定時間を設け、討論します。発表者を中心にポスターを囲んで討論していただきます。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。パネル上でポスターが貼れる範囲は、縦210cm×横90cm（A3判横の用紙なら10枚程度入ります）です。演題番号を表示するためにパネル左上のスペース（20×20cm）は空けておいてください。事務局が演題番号を貼ります。

■抄録本文の記載項目

本文には【目的】【方法】【結果】【考察】を記述してください。研究方法には研究対象に対する倫理的配慮を必ず記載してください。

■文字数制限

抄録本文は、あらかじめMicrosoft Wordで作成してください。演題名は全角48文字以内とします。演題名、発表者名等を含む抄録本文の文字数は、全角1,200文字以内（図表なし）、もしくは全角840文字以内（図表あり）とします。

■登録可能な所属機関数、共同発表者の数

筆頭発表者の他に共同発表者数を合わせ、10名まで登録可能です。筆頭発表者の所属の他に共同発表者の所属数を合わせ、5機関まで登録可能です。会員番号の入力が必要ですので、あらかじめ各共同発表者の会員番号をご準備ください。入会手続き中の方は、入会申込書が学会事務局に到着した時点で仮の会員番号を発行いたしますのでそちらをご入力ください。

■演題区分

申込み演題の区分を以下から選択してください。（第2希望まで）

- | | | |
|--------------------|----------|--------------------|
| 1. 基礎看護・看護技術 | 11. 老年看護 | 21. 終末期ケア・緩和ケア |
| 2. 看護教育（基礎教育） | 12. 精神看護 | 22. 看護理論・看護診断・看護過程 |
| 3. 看護教育（継続教育） | 13. 小児看護 | 23. 看護情報 |
| 4. 看護教育（その他） | 14. 母性看護 | 24. 看護倫理 |
| 5. 看護管理（病院管理・医療安全） | 15. 家族看護 | 25. 災害看護 |

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------|
| 6. 看護管理（新人教育・その他） | 16. 地域看護 | 26. 国際看護 |
| 7. 急性期看護 | 17. 在宅看護 | 27. 看護史 |
| 8. 慢性期看護 | 18. 健康増進・予防看護 | 28. 放射線看護 |
| 9. リハビリテーション看護 | 19. 感染看護 | 29. その他 |
| 10. 外来看護 | 20. がん看護 | |

■図表の挿入

図、表、図版、写真は1つのみ掲載できます。図表がある場合は本文の文字数は840字になります。図表のフォーマットは、JPEGまたはGIFに限ります。ExcelやWordで作成した図表は、登録前に指定のフォーマットにご変換ください。図表のサイズは10MBまでとなります。抄録集に載る図表は、最大でA7判（7.4cm×10.5cm）となります。大きさを考慮の上、読めるようご作成ください。

図表は、抄録本文には入れずに、別のファイルで作成し、アップロードしてください。演題登録システムの操作方法につきましては、第44回学術集会 運営事務局にお問い合わせください。「お問い合わせ」の項に記載しております。

■演題登録番号・パスワードおよび登録完了メール

- ・最初に登録する際に、登録者本人に任意のパスワード（半角英数文字6～8文字）を決めていただきます。演題登録が終了すると同時に、演題登録番号が発行されます。演題登録番号が発行されるまでは演題登録は終了していませんので、ご注意ください。
- ・パスワードと演題登録番号は、抄録内容の修正や演題の採否確認、お問い合わせ時に必要となります。パスワードと演題登録番号は、必ず書き留めるか、その画面をプリントアウトして保存することをお勧めします。
- ・パスワードと演題登録番号の記録及び機密保持は、登録者ご本人に依存します。パスワードに関するお問い合わせには、セキュリティの関係からお答えできませんのでご了解ください。
- ・演題登録後は、演題登録確認画面をプリントアウトして保管しておいてください。
- ・演題登録の受領はE-mailで行ないます。演題登録受領のE-mailが届かない場合は、下記の第44回学術集会運営事務局までご連絡ください。
- ・抄録内容の修正を必要とされない方も、念のため「確認・修正画面」にて抄録が登録されていることを確認されるようお勧めします。
- ・演題登録期間中は、何度でも演題の修正・削除が可能です。その際、演題登録時の演題登録番号及びパスワードが必要になります。

■登録内容の確認・修正

募集期間内であれば登録した内容（抄録本文を含む）の修正や削除が何度でも可能です。学術集会ホームページの演題登録画面から変更・確認・削除を行ってください。

■採否の通知

ご応募いただいた演題については査読の上、採否を決定いたします。査読の結果、原稿の修正をお願いする場合があります。最終的な採否の結果は、学術集会事務局に一任願います。最終的な採否の結果、一般演題プログラム番号、発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は、一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また、ご入力いただいた個人情報は、必要なセキュリティ対策を講じ、厳重に管理いたします。

■お問い合わせ

①演題登録システムの操作、演題内容や学術集会に関すること

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

E-mail : jsnr44@higo.ne.jp

②入会、会員登録に関すること

一般社団法人日本看護研究学会事務局 株式会社ガリレオ学会業務情報化センター内

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨 1 丁目24- 1 第2ユニオンビル 4 F

FAX : 03-5981-9852 E-mail : g027jsnr-support@ml.gakkai.ne.jp

[交流集会募集要項]

■募集期間

平成30年 1 月23日（火）～ 3 月15日（木）

■応募資格

交流集会の企画代表者（申込者）をはじめ共同企画者は本学会会員であることが必要です。

■交流集会申込み方法

交流集会の主題、企画者・発表者全員の氏名（所属、会員番号）、1,200文字以内の抄録のすべてを Windows 版 PowerPoint 2007/2010/2013/2016版で作成した文書 A4判 1 枚に納めて、下記の申込み先宛てにメールで送付してください。なおファイル名は「JSNR44交流集会応募：代表者氏名」としてください。

※交流集会申込み先

交流集会に関する申込みおよびお問い合わせは、下記「日本看護研究学会 第44回学術集会 運営事務局」へお願いします。

E-mail : jsnr44@higo.ne.jp

■実施方法

交流集会では、代表者を中心に各々のテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。交流集会による会場使用時間は、準備から後始末まで含めて、1 交流集会当たり 90 分間です。会場のレイアウトはシアター形式でご用意します。目的に適したレイアウトに変更された場合は、終了後には現状復帰をお願いいたします。決定した交流集会の代表者には、担当者より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。

■採否の結果

申し込み受理後、採否結果、日時等の連絡は、全て代表者のE-mail宛に行います。

E-mailアドレスが変更になった場合は、学術集会 運営事務局E-mail (jsnr44@higo.ne.jp) または、FAX (096-373-9191) までご連絡ください。

目 次

－原 著－

新人看護師の被害的認知とバーンアウトとの関連	737
------------------------------	-----

東海学院大学短期大学部幼児教育学科 高 岡 光 江
名古屋市立大学看護学部精神保健看護学 香 月 富士日

小児がん経験者が病気をもつ自分と向き合うプロセス

－ 思春期から成人期にかけて病気を自身の生活と心理面に引き受けていくことに着目して －	747
---	-----

浜松医科大学医学部看護学科 宮城島 恭 子
岐阜聖徳学園大学看護学部 大 見 サキエ
岐阜聖徳学園大学看護学部 高 橋 由美子

難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス	759
---------------------------------------	-----

群馬大学大学院保健学研究科応用看護学 菊 地 沙 織
群馬大学大学院保健学研究科応用看護学 神 田 清 子

訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリエーズヒストリーの開発	771
--	-----

千葉科学大学看護学部 高 橋 方 子
千葉科学大学看護学部 菅 谷 しづ子
千葉科学大学看護学部 鈴 木 康 宏
千葉科学大学看護学部 石 津 みゑ子
山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子
宮城大学看護学部 高 橋 和 子

－研究報告－

産後1年における身体組成、自律神経活動の推移とその関連	783
-----------------------------------	-----

同志社女子大学看護学部 和 泉 美 枝
同志社女子大学看護学部 眞 鍋 えみ子
同志社女子大学看護学部 植 松 紗 代
広島国際大学大学院 渡 辺 綾 子

中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因

－ 職場環境と新人研修プログラムの側面から －	791
-------------------------------	-----

福岡女学院看護大学 掛 谷 和 美
東海大学健康科学部看護学科 城 生 弘 美

新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス	803
------------------------------	-----

福岡女学院看護大学 山 田 小 織
香川大学医学部看護学科 越 田 美穂子

成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己に対する意味づけ	813
--------------------------------------	-----

目白大学看護学部看護学科 堀 田 涼 子
茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 市 村 久美子

ー総 説ー

クリティカルケア領域における Do-Not-Attempt-Resuscitation に関する文献検討 ー 日本と米国との比較 ー	823
---	-----

島根大学医学部臨床看護学講座 森 山 美 香
川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 伊 東 美佐江

ー資料・その他ー

病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成	837
--------------------------------	-----

日本福祉大学看護学部 山 本 さやか
愛知県立大学看護学部 百 瀬 由美子

看護技術の習得における自己調整学習方略と学習成果との関連 ー 首都圏の看護短期大学および看護専門学校の学生を対象とした調査より ー	849
--	-----

東海大学医療技術短期大学 岩 屋 裕 美
放送大学 戸ヶ里 泰 典

ー日本看護研究学会平成27年度「涉外」報告ー

診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題	859
---	-----

日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 遠 渡 絹 代
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 泊 祐 子
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 部 谷 知佐恵
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 市 川 百香里
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 岡 田 摩 理
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 竹 村 淳 子
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 赤羽根 章 子

在宅療養をしている障がい児と家族の生活を広げるために必要な訪問看護サービスの実態とニーズ	867
--	-----

日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 岡 田 摩 理
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 赤羽根 章 子
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 泊 祐 子
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 市 川 百香里
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 遠 渡 絹 代
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 部 谷 知佐恵
日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ 竹 村 淳 子

CONTENTS

Original Paper

The Relationship between Delusion-Like Ideation and Burnout Syndrome among Newly Graduated Nurses	737
---	-----

Department of Early Childhood Education,
Tokai Gakuin University School of Junior College : Mitsue Takaoka
Department of Psychiatric and Mental Health Nursing,
School of Nursing, Nagoya City University : Fujika Katsuki

The Self-Reflection Process on Having a Disease among Survivors of Childhood Cancer: A Focus on Adapting to Life with Disease Physically and Psychologically through Their Lives from Adolescence to Adulthood	747
--	-----

Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine : Kyoko Miyagishima
Faculty of Nursing, Gifushotokugakuen University : Sakie Omi
Faculty of Nursing, Gifushotokugakuen University : Yumiko Takahashi

Processes by Which a Spouse Living with His/Her Partner with Intractable Cancer Carves a New Role for Himself/Herself	759
--	-----

Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Saori Kikuchi
Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Kiyoko Kanda

Development of the Japanese Version of Values History Using the Delphi Method with Visiting Nurses	771
--	-----

Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science : Masako Takahashi
Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science : Shizuko Sugaya
Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science : Yasuhiro Suzuki
Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science : Miekko Ishizu
Faculty of Medicine, Yamagata University : Junko Fuse
School of Nursing, Miyagi University : Kazuko Takahashi

Research Reports

Relationship between Changes in Body Composition and Autonomic Nervous System Activity in Mothers in the First Year Postpartum	783
---	-----

Department of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Art : Mie Izumi
Department of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Art : Emiko Manabe
Department of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Art : Sayo Uematsu
Graduate School of Psychological Science, Hiroshima International University : Ayako Watanabe

Factors Contributing to the Learning Levels of Novice Nurses in New Employee Training in Middle-Sized Hospitals: Work Environment and Training Programs for New Employees	791
--	-----

Faculty of Nursing, Yokohama Soei University : Kazumi Kakeya
Department of Nursing, The School of Health Sciences, Tokai University : Hiromi Jono

The Process in Which Novice Public Health Nurses Gain the Sense of Personal Growth	803
Fukuoka Jo Gakuin Nursing University : Saori Yamada School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Mihoko Koshida	
The meaning of spinal cord injuries during adulthood on patient self-perception as a sexual being	813
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University : Ryoko Hotta Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences : Kumiko Ichimura	
General Remark	
A literature review of nursing practice regarding do-not-attempt-resuscitation in critical care: A comparison between Japan and the United States	823
Department of Clinical Nursing, Shimane University Faculty of Medicine : Mika Moriyama Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare : Misae Ito	
Preliminary Session	
Creation of a Comprehensive Evaluation Index for Discharge Support in Ward Nurses	837
Faculty of Nursing, Nihon Fukushi University : Sayaka Yamamoto School of Nursing and Health, Aichi Prefectural University : Yumiko Momose	
The Relationship between Self-Regulated Learning Strategies and Academic Performance in Nursing Skills Acquisition: A Research Conducted on Students from Nursing Junior Colleges and Nursing Schools in Tokyo	849
Tokai University Junior College of Nursing and Medical Technology : Hiromi Iwaya The Open University of Japan : Taisuke Togari	
Japan Society of Nursing Research “Public Relations” report for FY 2015	
Features and Issues of Severe Children Supported by Visiting Nursing of Services	
Not Calculated for Medical Treatment Fees	859
Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Kinuyo Endo Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Yuko Tomari Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Chisae Toriya Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Kaori Ichikawa Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Mari Okada Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Junko Takemura Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Akiko Akabane	

The Actual Condition and Needs of Visiting Nursing Services Necessary to

Expand the Lives of Severe Children and Their Families 867

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Mari Okada

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Akiko Akabane

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Yuko Tomari

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Kaori Ichikawa

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Kinuyo Endo

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Chisae Toriya

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance : Junko Takemura

—原 著—

新人看護師の被害的認知とバーンアウトとの関連

The Relationship between Delusion-Like Ideation and Burnout Syndrome among Newly Graduated Nurses

高岡 光江¹⁾
Mitsue Takaoka香月 富士日²⁾
Fujika Katsuki

キーワード：青年期，認知特性，不安，怒り

Key Words：adolescence, cognitive features, anxiety, anger

はじめに

バーンアウト研究は、Freudenberger (1974) が報告して以来、産業構造の変化とともに医療や介護，教育の分野の対人援助職を中心に発展してきた。1990年代以降は対人援助職以外のすべての職業に拡大され研究が進められている (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009)。バーンアウトは職業性ストレスに伴う持続的で否定的な心理的反応であることについては、研究者間で一定のコンセンサスが得られている (Maslach, Leiter, & Jackson, 2012)。これまでの40年余りの関連要因・リスク要因の探索研究の結果、バーンアウトは離職や離職意図と関連していることが多くの研究によって明らかとなっており、新人看護師においても同様の結果が得られている (古谷・谷, 2008; Leiter & Maslach, 2009; Ohue, Moriyama, & Nakaya, 2011; Rudman & Gustavsson, 2011; Suzuki, et al., 2006; Suzuki, et al., 2010; Takase, Nakayoshi, & Teraoka, 2012)。

新人看護師のバーンアウトについては、バーンアウトに陥っている状態、もしくは臨床的にうつ状態にある者の割合が6～7割と高いことが報告されている (井奈波・井上, 2011; 三輪・志自岐・習田, 2010; 大下・佐々木・村上・平田・平岡, 2001)。高岡・香月 (2013) のレビューによると家族からの感謝などの肯定的なフィードバックや患者関係における肯定的な認知は、バーンアウトやアイデンティティの拡散の抑止力となることが報告されている。他方で、退職者と就業継続者を比較した研究において、退職者は就業継続者よりバーンアウト得点が高く、仕事の失敗や人間関係、他者の言動に否定的な影響を受けていることが明らかにされている (藤岡, 2010; Ohue, et al., 2011; Suzuki, et al., 2006; Suzuki, Itomine, Saitou, Katsuki, & Sato, 2008; Suzuki, et al., 2010)。これらバーンアウトの関連要因の探索や生起モデルの検証が盛んに行われている一方

で、バーンアウトの低減や離職防止につながったとの報告は少ない。

新人看護師のバーンアウトや離職防止のためのプログラムについては、アサーショントレーニングや認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) 等の介入研究が行われている (McDonald & Ward-Smith, 2012; Rush, Adamack, Gordon, Lilly, & Janke, 2013; Saeed, Somaye, Mohadese, Mohammad, & Ziba, 2012; 鈴木・土屋・齋藤・三原・多賀谷, 2010; 上野・山本・増田, 2011)。CBTについては新人看護師を対象とした研究ではないが、不安や怒り感情の低減を目的とした認知行動療法が一定の効果をj得ている (Deffenbacher, Dahlen, Lynch, Morris, & Gowensmith, 2000; 金築智・金築優・根建, 2008; 香月・杉松・児屋野・高岡, 2012)。

新人看護師を対象とした既存の介入研究において、十分な効果が得られていない理由、および1年未満の新人看護師にバーンアウトが多い理由として、青年期に特有な要因 (神経症傾向である不安や被害的認知) が影響しているのではないかということが推察される。青年期には一般的j精神健康度の指標のひとつである神経症の傾向 (General Health Questionnaire: GHQ) 得点が高い傾向にあることが広く知られており (中川・大坊, 1996)、このGHQ得点の高さとバーンアウトの間に関連性があることが明らかになっている (Al-Dubai & Rampal, 2010; 後藤, 1994; 上野・山本・増田, 2011)。新卒看護師を対象とした調査においても就職後3か月時点のGHQ得点jが最も高く、79.8%の新卒看護師がGHQの項目である「不安と不眠」が中程度以上であったとの報告がされている (水田・上坂・辻・中納・井上, 2004)。これら青年期にみられる神経症傾向について、Erikson (1980/2011) は神経症、あるいは精神病の症状・発作との間には類似点があるものの、青年期は病気ではなくアイデンティティ (自我同一性) の

1) 東海学院大学短期大学部 幼児教育学科 Department of Early Childhood Education, Tokai Gakuin University School of Junior College

2) 名古屋市立大学 看護学部 精神保健看護学 Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, School of Nursing, Nagoya City University

拡散に伴う標準的な危機であるとしている。神経症や精神病による危機はある種の自己永続的な病的傾向、防衛エネルギー消費の増大、深刻さを増す心理・社会的な孤立によって定義されている。一方で、青年期の標準的な危機は比較的に可逆性があり、手に入れるエネルギーも豊富で、このエネルギーは眠っていた不安を呼び醒まし新たな葛藤を引き起こすとしている。

被害的な認知傾向については、Freeman (2007) のレビューにおいて被害妄想様観念の体験率は一般の人々では少なくとも10～15%であるとされているのに対して、大学生では95.3%や84.5%と非常に高い傾向にある(山内・須藤・丹野, 2008; 山崎・荒川・丹野, 2006.)。被害妄想様観念については、DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000/2003) の定義によると、「妄想ほどの強さはない観念で、自分は苦しめられている、迫害されている、または不当に扱われているという疑念」とある。この妄想に似た考えは、健常者も抱くことが報告されており(山内・須藤・丹野, 2009; 山崎・田中・森本, 2004)、健常者を対象に被害妄想様観念や被害妄想的傾向(パラノイア傾向)として検討が行われているが、新人看護師の体験率については報告されていない。

被害的予測とバーンアウトとの関連については、「外部からの圧力と被害的予測」は直接バーンアウトを引き起こすことが報告されて示されている(野口ら, 2008)。一般看護師160名を対象に看護師特有の自動思考(気持ちが大きく動揺した状況で自然に沸き起こってくる思考やイメージ)を測定する尺度と看護師特有の不合理的信念を測定する尺度を用いて共分散構造分析を行った結果、看護師特有の不合理的信念が看護師特有の自動思考を引き起こし、看護師特有の自動思考が抑うつと不安気分を引き起している。この自動思考は比較的容易に変容することができる(Beck, 1976)とされている。大野によれば、「認知行動療法は自動思考に注目し、治療を進めることによって認知の偏りを修正しながら、不快な感情を軽くし、問題に適切に対処できるよう手助けするものである。人は自分がおかれている状況を絶えず主観的に判断し適応し続けている。しかし、強いストレスを受けるなどの特別な状況下では、その判断に偏りが生じ、非適応的な反応を示すようになる。その結果、抑うつ感や不安感が強まり、非適応的な行動が引き起こされ、さらに認知の歪みが強くなるという悪循環が生じる」とされている(大野, 2010)。

怒り感情とバーンアウトとの関連性については、怒りの対処スタイルとバーンアウトとの関連性が認められている(Ersoy-Kart, 2009)。怒りの対処スタイルは、怒りの表出(Anger-out: AO)、怒りの抑制(Anger-in: AI)、怒りの制御の3パターンがあるとされている(Spielberger, et al.,

1985)。怒りの制御傾向にある人は、バーンアウトの指標であるEE (Emotional Exhaustion: 情緒的消耗感)やPA (Personal Accomplishment: 個人的達成感)得点が低い傾向にあり、逆にAO傾向やAI傾向にある人は、EE得点が高い傾向にあることが示されている(Ersoy-Kart, 2009)。

そこで、本研究ではバーンアウトのリスク要因として青年期によくみられる被害的認知、およびその認知時に喚起される不安・怒り感情の実態を把握すること、ならびにその要因とバーンアウトとの関連を明らかにする。そのため、対象者を新人看護師のうち、26歳未満の新人看護師に限定した。

I. 用語の定義

本研究では用語を以下のように定義した。

- ①認知特性：個人のできごとに対するイメージや頭に浮かぶ考えの傾向のこと
- ②被害的認知：青年期にみられる自分とは無関係かもしれないできごとを自分がそのできごとの対象ないし、被害者であると過剰に判断する傾向のこと
- ③青年期：18～25歳にある者のこと

II. 研究目的

本研究の目的は、新人看護師の青年期にみられる被害的な認知、およびその認知時に喚起される不安・怒り感情の体験率を明らかにすることと、被害的認知、および被害的な認知時に喚起される不安・怒り感情とバーンアウトとの関連を明らかにすることとした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式横断研究。

2. 調査対象者

中部・近畿地区の大学病院7施設とA、B県内の急性期病院34施設に2011年4月に入職した新人看護師を対象とした。他施設で看護師・助産師・保健師として勤務経験のある者は対象外とし、教育歴で他職種から転職した者については対象とした。

3. 調査期間

2012年1月23日から2012年3月5日の間に調査用紙を配布、回収した。

4. 調査手続き

大学病院医療情報ネットワーク (University Hospital Medical Information Network : UMIN) に掲載されている中部・近畿地区の大学病院26施設と病院情報局に掲載されているA, B県の急性期病院72施設のうち, 施設責任者の同意が得られた41施設 (大学病院7施設, その他急性期病院34施設) の新人看護師に施設責任者から調査用紙を配布していただき, 個別郵送法によって回収した。

5. 調査項目

a. 基本属性

性別, 年齢, 同居の有無, 最終学歴, 採用年月, 所属部署, ローテーション研修の有無, 看護助手や准看護師としての経験の有無の8項目について回答を得た。ローテーション研修については, 2か所以上の部署における一定期間の研修を受けているかの回答を得た。

b. バーンアウトの測定

Maslach & Jackson (1981) によって開発された尺度をわが国に適合するよう改訂された日本版バーンアウト尺度 (Maslach Burnout Inventory改訂版: MBI) (久保・田尾, 1992) を用いた。MBIは, 情緒的消耗感 (Emotional Exhaustion : EE, 例 = “こんな仕事, もうやめた” と思うことがある), 脱人格化 (Depersonalization : DP, 例 = 同僚や患者の顔を見るのも嫌になることがある), 個人的達成感 (Personal Accomplishment : PA, 例 = われを忘れるほど仕事に集中することがある) の3つの下位尺度からなり, 計17項目で構成される。各項目について最近6か月間にどの程度の頻度で経験したかを1 (ない) ~ 5 (いつもある) の5件法で回答を尋ね, 下位尺度ごとに合計点を算出する。EE, DPは得点が高いほど, PAは得点が低いほどバーンアウト状態にあることを示す。MBIの信頼性・妥当性については, 作成者である久保によって確認されている (久保, 2007)。26歳未満の新人看護師を対象とした本調査の各下位尺度のCronbach's α は, EEは .833, DPは .850, PAは .743であり, 十分な信頼性が得られた。

c. 被害的認知, およびそれに伴う感情の測定

津田 (2011) によって開発された被害妄想に伴う感情を測定する尺度 (Emotions with Persecutory Delusions Scale : EPDS) を用いた。EPDSは, 被害妄想に伴う不安と被害妄想に伴う怒りの2つの下位尺度からなり, 計12項目で構成される。日常生活において生じうる被害妄想6項目 (例 = ひそひそ話をしている人たちを見て, 自分の悪口を言われている気がしたことがある) について, 体験の有無と体験した場合にはいちばん最近の体験時に感じた不安や怒りの程度を, それぞれ1 (ほとんど感じなかった) ~ 5 (非常に感じた) の5件法で回答を尋る。体験しなかった

場合には0点として, 下位尺度ごとに合計点を算出する。合計点が高いほうが被害妄想体験時に喚起された不安や怒り感情が強い傾向にあることを示す。EPDSの信頼性・妥当性は, 津田 (2011) により検証されている。本調査の各下位尺度のCronbach's α は, それぞれ .707, .706であり, 十分な信頼性が得られた。

6. 分析方法

統計解析は『IBM SPSS Statistics 19.0』を用いて, 有意確率は5%未満, 両側検定を採用した。被害的認知に伴う不安・怒りの程度によって分析対象者を, 「被害的認知のない者」「被害的認知時に不安と怒りが両方低い者」「被害的認知時に不安のみ高い者」「被害的認知時に怒りのみ高い者」「被害的認知時に不安も怒りも両方高い者」の5つに分類した。操作上, 順に「④被害的認知無群」「⑩感情低群」「③不安のみ高群」「⑨怒りのみ高群」「⑤感情高群」と命名した。被害的認知に伴う不安, 怒り感情の程度については, 平均値 (不安: mean = 11.5, 怒り: mean = 7.5) を基準として平均値未満を低群, 平均値以上を高群とした。変数間の比較は, 被害的認知の有無による2群間の比較についてはStudent's t 検定を, 被害的認知に伴う不安・怒り感情による5群間の比較については1要因5水準の分散分析 (Tukey法による多重比較) を用いた。EPDSの性差の検討については, 2 (性別: 男性・女性) $\times$ 2 (感情: 不安・怒り) の2要因混合計画の分散分析を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は, 名古屋市立大学研究倫理委員会の審査を得て (承認番号: 11029) 行われた。調査への参加は自由意思によること, 質問紙の返信をもって同意とみなす旨を教示した。回答は匿名で行い, 個人データが特定できないよう配慮した。

IV. 結 果

質問紙の回収率は40.2% (465部/1,157部) であった。このうち, 26歳以上 (63名) と欠損値のある22名を除外した383名を分析対象とした。なお, 対象外である26歳以上の新人看護師が調査対象者に含まれた理由として, 調査依頼時に26歳未満の明記がなかったことによるものである。

1. 対象者の特徴

対象者の平均年齢 $\pm$ 標準偏差は22.5 $\pm$ 0.9歳で, 対象者のうち, 女性は94.8% (363名/383名), 2か所以上の部署を移動したローテーション教育の経験者は19.3% (74名/383名), 看護助手・補助者としての経験者は12.5% (48名/383名) である。

名), 独居者は52.5% (201名/383名) であった。最終学歴は, 専門学校が49.3% (189名/383名), 大学・大学院が42.6% (163名/383名), 短期大学・その他学校が8.1% (31名/383名) であった。所属施設は, 300床以上の急性期病院が58.5% (224名/383名), 大学病院が36.5% (140名/383名), 300床未満の急性期病院が5.0% (19名/383名) であった。配属部署は, 外科が25.1% (96名/383名), 混合病棟が24.1% (92名/383名), 内科が22.7% (87名/383名), クリティカル・ケア部門が8.6% (33名/383名), 産婦人科が6.5% (25名/383名), 小児科が6.8% (26名/383名), 手術部が5.0% (19名/383名), 精神科が1.3% (5名/383名) であった。

2. 被害的認知, およびその認知に伴う不安・怒り感情の実態

被害的認知の体験率 (6項目の設問中1項目以上を経験したと回答した者の割合) は92.4% (354名/383名) で非常に高い値であった。各項目の体験率を表1に示した。「ひそひそ話をしている人たちを見て, 自分の悪口を言われている気がしたことがある」の体験率が84.9%と最も高く, 次いで「知人とすれ違ったのであいさつをしたが, 相

手にあいさつを返されなかったとき, 知人に無視されたように感じたことがある」が高かった。被害的認知を体験した354名のうち, そのときに不安を非常に感じた者の割合は, 「ひそひそ話をしている人たちを見て, 自分の悪口を言われている気がしたことがある」が35.5%と最も高く, 怒りについては, 「知人とすれ違ったのであいさつをしたが, 相手にあいさつを返されなかったとき, 知人に無視されたように感じたことがある」が6.5%で最も高かった。

被害的認知に伴う不安・怒り感情の性差を検討するために, 性別と感情の2要因分散分析 (混合計画) を用いて検証した。その結果, 被害的認知時に喚起される感情は, 性別の主効果 [$F(1, 0) = 15.60, p < .001$], および感情の主効果 [$F(1, 381) = 29.52, p < .001$] がみられ, 男性よりも女性のほうが不安・怒り感情ともに強く, 怒りよりも不安のほうが男女ともに強かった (表2)。

3. 被害的認知とバーンアウトとの関連

被害的認知の有無によって, バーンアウトの指標であるMBIの各下位尺度得点が異なるかどうかを検討するために, Student's t 検定を用いて検証した (表3)。被害的認知を体験した群は, 体験しなかった群に比べてEE ($t = 3.23, df =$

表1 EPDS各項目の平均点と標準偏差, 体験率

項目	被害的認知に伴う不安		被害的認知に伴う怒り		体験率 (%)	非常に感じた者の割合	
	mean	SD	mean	SD		不安 (%)	怒り (%)
ひそひそ話をしている人たちを見て, 自分の悪口を言われている気がしたことがある	3.63	1.69	2.20	1.49	84.9	35.5	6.0
知人とすれ違ったのであいさつをしたが, 相手にあいさつを返されなかったとき, 知人に無視されたように感じたことがある	2.00	2.08	0.99	1.24	56.4	10.2	6.5
会話していて沈黙が続いたとき, 相手に嫌われているような気がしたことがある	1.92	2.10	1.30	1.58	51.2	12.5	.5
いつも一緒に行動している友人が自分を誘わなかったとき, 仲間はずれにされている気がしたことがある	2.01	1.96	1.60	1.74	48.6	15.7	3.1
近くにいる人がドアを強く閉めたりして大きい物音を立てたとき, それが自分に対する嫌がらせであるように感じたことがある	1.28	1.90	0.91	1.49	33.9	8.4	2.9
横断歩道を渡っているとき, 車の中にいる人からの視線を感じたことがある	0.70	1.28	0.53	1.00	29.0	1.8	.3

[注] 得点の範囲は0～5点。EPDS: Emotions with Persecutory Delusions Scales (被害妄想に伴う感情を測定する尺度)。

表2 EPDSの性別ごとの平均値と標準偏差

項目	男性 ($n = 20$)		女性 ($n = 363$)	
	mean	SD	mean	SD
被害的認知に伴う不安	5.00	4.13	11.89	7.05
被害的認知に伴う怒り	3.95	3.75	7.72	5.53

[注] 得点の範囲は0～30点。EPDS: Emotions with Persecutory Delusions Scales (被害妄想に伴う感情を測定する尺度)。

表3 被害的認知とバーンアウトとの関連

		被害的認知なし $n = 29$		被害的認知あり $n = 354$		t 値	p 値
		mean	SD	mean	SD		
EE		15.31	4.77	18.02	4.31	3.23	.001
MBI	DP	10.86	5.33	13.08	4.84	3.24	.019
	PA	20.97	4.51	22.06	3.87	1.45	.148

[注] Student's t -test, $df=381$. MBI: Maslach Burnout Inventory改訂版 (バーンアウト尺度), EE: Emotional exhaustion, DP: Depersonalization, PA: Personal Accomplishment.

381, $p = .001$), DP ($t = 3.24$, $df = 381$, $p < .05$) が有意に高い得点を示していた。一方で, PA ($t = 1.45$, $df = 381$, n.s.) については, 有意差を認めなかった。

これらのことより, 青年期に多くみられる被害的認知を体験している者は, 体験していない者に比べて長期的ストレス反応であるバーンアウトの傾向にあることが示された。

4. 被害的認知に伴う不安・怒り感情による分析対象者の分類 (5 群)

解析対象者383名を被害的認知に伴う「不安」と「怒り」の各平均値を基準に, 5つの群に分類した。「A被害的認知無群」は29名, 「B感情低群」は132名, 「C不安のみ高群」は29名, 「D怒りのみ高群」は49名, 「E感情高群」は144名であった。

5. 被害的認知に伴う不安・怒り感情とバーンアウトとの関連

被害的認知時に喚起される不安・怒り感情によって, バーンアウトの指標であるMBIの各下位尺度得点が異なるかどうかを検討するために, 1要因5水準の分散分析 (Tukey法による多重比較) を行った (表4)。分散分析の結果, 群間の得点差はEE [$F(4, 378) = 8.100$, $p < .001$], DP [$F(4, 378) = 13.892$, $p < .001$], PA [$F(4, 378) = 2.704$, $p < .05$] において有意であった。その後の検定 (Tukey法による多重比較) を行ったところ, EE, DP得点については, 「E感情高群」は「A被害的認知無群」や「B感情低群」に比べて有意に得点が高い傾向を示した。また, EEについては, 「D怒りのみ高群」は「A被害的認知無群」に比べて有意に得点が高い傾向にあった。PAについては, 「C不安のみ高群」は「B感情低群」に比べて有意に得点が高い傾向を示した。

これらのことより, 被害的認知に伴う不安・怒り得点が高い者 (「E感情高群」や「D怒りのみ高群」「C不安のみ

高群」) は, 低い者 (「A被害的認知無群」「B感情低群」) よりもバーンアウトの傾向にあることが示された。

V. 考 察

本研究では, 新人看護師の被害的認知の体験率とその認知時における不安・怒り感情の実態を調査するとともに, 被害的認知, およびその認知時に喚起された不安・怒り感情の程度とバーンアウトとの関連を検証した。

1. 被害的認知の体験率と認知時における不安・怒り感情の実態

本研究の対象者である新人看護師の約9割が, 日常の些細なできごとを被害的に認知していた。被害的認知を体験した者のうち, “ひそひそ話を自分の悪口”と認知していた者は約9割, “あいさつが返されない場合は無視された” “会話中の沈黙は嫌われた”と認知していた者は約5割であった。

被害的認知の体験率の高さは, 本研究の対象者が26歳未満の新人看護師に限定されていたためと考えられる。青年期には, 被害的認知や類似した概念である被害妄想様観念, 自己関係づけの体験率が高いことがわかっている。被害妄想様観念の体験率については, 一般の人々では少なくとも10~15%台とされている (Freeman, 2007)。一方で, 大学生では95.3% (303名/318名) (山崎ら, 2006) や84.5% (125名/148名) (山内ら, 2008) と高い。自己関係づけについても, 高校生の体験率は81.1% (402名/496名) と高く (金子・本城・高村, 2003), 大学生のほうが高校生よりも自己関係づけをしやすい傾向にあることが報告されている (金子, 2000)。本研究はこれら結果を支持するものであり, 新人看護師の多くが青年期にみられる被害的認知をもち合わせていることがわかった。今後は, 26歳以上の新人看護師や新人看護師以外の看護師の体験率を明らかにすることによって, 年齢や社会経験による影響の有無につ

表4 被害的認知に伴う不安・怒り感情とバーンアウトとの関連

	n	①被害的 認知無群	②感情 低群	③不安のみ 高群	④怒りのみ 高群	⑤感情 高群	main effect 被害的認知に伴う 不安・怒り感情 p 値	多重比較
		29	132	49	29	144	$F(4, 378)$	
EE	mean	15.31	16.78	17.78	18.90	19.07	8.100	感情高群>被害的認知無群***, 感情高群>感情低群***, 怒り のみ高群>被害的認知無群*
	SD	4.77	4.36	4.02	4.16	4.12		
DP	mean	10.86	11.20	12.22	13.45	15.01	12.824	感情高群>被害的認知無群***, 感情高群>感情低群***, 感情 高群>不安のみ高群**
	SD	5.33	3.98	4.04	4.36	5.17		
PA	mean	20.97	21.53	23.33	21.45	22.25	2.704	不安のみ高群>感情低群*
	SD	4.51	3.90	3.89	3.43	3.85		

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$, One-way ANOVA (その後の検定: Tukey's multiple comparisons test). MBI: Maslach Burnout Inventory (日本語版バーンアウト尺度), EE: Emotional exhaustion, DP: Depersonalization, PA: Personal Accomplishment.

いて検討することが望まれる。

本研究において、被害的認知時に喚起される感情は怒りよりも不安が強い傾向に、性差では男性よりも女性が高い傾向にあった。

被害的な認知を行った時点における感情を測定した研究は、EPDS尺度開発者である津田の調査のみである。津田(2011)によれば、怒りよりも不安が強い傾向にあること、男性よりも女性のほうが被害妄想に伴う不安や怒り感情が強い傾向にあるとされ、本研究もこの結果を支持するものであった。認知時点における感情ではないが、被害的認知と類似した概念である被害妄想的観念と一般特性である不安や社会不安、怒り感情との間には強い関連性あることが示されている(Freeman, 2007; 津田, 2011; 山内ら, 2009)。しかしながら、この被害的認知と不安や怒り感情との関連については十分に検討されておらず、今後の課題である。

2. 被害的認知とバーンアウトとの関連

被害的認知なし群とあり群を比較した結果(表3)、被害的認知体験者は未体験者に比べて長期的ストレス反応であるEEやDP得点が高い傾向にあった。一方で、PAとの間に関連性は認めなかった。

被害的認知体験者が未体験者に比べて長期的ストレス反応であるバーンアウト得点が高かった理由としては、回避的対処方略や情動的対処方略が関係しているのではないかと考えられる。回避的対処方略はストレス反応の低減にはあまり効果はなく、不安の高い者が多用する傾向にあるとされている(Lazarus & Folkman, 1984/2007)。また、被害妄想的観念の傾向性が高い者は、低い者に比べて回避的対処方略を多用する傾向にあることが報告されている(森本, 2008)。同様に、Freeman, et al. (2005)によって、被害妄想が強い者ほど情動的対処方略や回避的対処方略を用い、合理的対処方略を用いない傾向にあることが示されている。これらのことより、被害的認知体験者は、ストレスに対して回避的対処方略や情動的対処方略を用いやすいためにストレスが十分に軽減されず、ストレスが蓄積される。その結果として、長期的なストレス反応であるバーンアウトのEEやDP得点が未体験者に比べて有意に高く示されたのではないかと解釈できる。

PAとの関連性について、調査結果が異なる理由として1年目ならではの要因とPAの特異性が影響しているのではないかと考えられる。新人看護師を対象とした調査(山本・上野・増田, 2011; 山本・上野・増田・北岡, 2010)では、Erikson (1959/1973)の理論を基盤とした相互性の認知(仕事によって自己が成長した、役に立てたと思える感覚)とEE、DP間に関連性はあるが、PAとの間に関連性はないことが示されており、本研究もこれらの調査結果

を支持するものであった。それに対して、就職後5年未満の看護師を対象とした調査(Ohue, et al., 2011)では、否定的な認知とEE、DP、PAそれぞれとの関連性が報告されている。同様に、一般看護師を対象とした調査(岡田・石隈, 1999)においても看護師特有の自動思考とEE、DP、PAそれぞれとの関連性が報告されている。他方で、卒後3年間にわたる縦断調査を行った眞鍋・小松・岡山(2014)によれば、卒後1年目では看護実践能力不足の認知とPA間に関連性が、2年目では上司との関係とPA間に関連性があることが示されている。本研究の被害的認知や山本ら(2011)、山本ら(2010)の相互性認知(仕事によって自己が成長した、役に立てたと思える感覚)に比べて、眞鍋ら(2014)の看護実践能力不足の認知は、基礎看護技術の習得度表等から「一人でできるようになった」と客観的に評価しやすいという性質がある。そのため、眞鍋ら(2014)の調査ではPA間に関連性を認めたと考えられる。

PAは、「われを忘れるほど仕事に集中することがある」などのヒューマン・サービスの職務にかかわる有能感や達成感を示す(Maslach, Jackson, & Leiter, et al., 1996)。PAの特異性について検証した報告は2報あり、類似した見解が示されている。Lee & Ashforth (1996)は、61報のメタアナリシスの結果、EEやDPはストレス変数との関連性を認めるが、PAはストレス変数とほとんど関連しない傾向にあることを報告している。久保(2007)の調査においてもLee & Ashforth (1996)と同様の結果が得られたとして、さらに業務が困難であるほど達成感や有能感が知覚される傾向にあるとされている。PAの特異性やEE・DPとの関連性を十分に説明するためには、今後は社会経験のある26歳以上の既卒看護師との比較研究や縦断研究によって知見を蓄積していく必要がある。

3. 被害的認知に伴う不安・怒り感情とバーンアウトとの関連

被害的認知に伴う不安・怒り感情による5群を比較した結果(表4)、被害的認知時に不安も怒りも強い者(㊦感情高群)は、被害的認知の未体験者(㊡被害的認知無群)や不安も怒りも弱い者(㊢感情低群)に比べてEE、DP得点が高く、バーンアウト状態の傾向にあった。また、不安のみ強い者(㊣不安のみ高群)は不安や怒りがともに弱い者(㊢感情低群)よりもPA得点が高い傾向にあり、被害的認知とバーンアウトの関連同様にEE、DPとは異なる結果が示された。

被害的認知時に喚起される不安や怒り感情とバーンアウトとの関連性について言及した報告はない。不安や怒り感情といった一時的なストレス反応が長期的ストレス反応であるバーンアウトのEEやDPと関連していることが示されて

いる（森・西村・坂下・奥村・北島，2013）。類似した研究として、怒りや喜びの感情とバーンアウトのEEとの関連性が報告されており（Keller, Chang, Becker, Goetz, & Frenzel, 2014）、本研究もこれらの結果を支持するものである。

また、PAについては、被害的認知とMBIとの関連の結果と同様に特異的な結果であった。この理由として、青年期特性である不安や葛藤が生じやすい年齢、状況・立場であったことが影響しているのではないかと推察される。青年期には、アイデンティティの危機による葛藤や不安を多く抱えているとされており（中谷・友野・佐藤，2011）、仕事への有能感や達成感を十分に感じることはむずかしく、知覚そのものに不安定な振幅があるのではないかということが考えられる。

不安と抑うつとの関連については広く知られており、抑うつ傾向にある人は、よくないできごとの原因を他者よりも自己に原因があると考える傾向がある（大野，2010, pp.1-19）。一般看護師の認知行動モデルについて検討したパス解析においても、「外部からの圧力と被害的認知」は、抑うつ気分を引き起こし、その抑うつ気分は不安気分とバーンアウトを引き起こすことが示されている（野口ら，2008）。同様に、Rudman & Gustavsson（2011）によるコホート調査では、バーンアウトと抑うつ、離職意図は、並行してプロットしており、バーンアウト傾向にある人は、抑うつ傾向にあるとされている。したがって、本研究における「◎不安のみ高群」の者は、抑うつ傾向にあるためにものごとを内罰的にとらえる傾向にあり、有能感や達成感を感じにくいことが推察され、その結果PA得点が最も低くなっているのではないかと解釈できる。

一方で、「◎不安のみ高群」は、他群に比べてPA得点が突出して高い傾向にあった。この原因として、先にも指摘したような不安が強い者は抑うつ傾向にあり、および青年期に特有な対人不安による否定的な評価、否定的な解釈バイアスが関連していることが考えられる。Rudman & Gustavsson（2011）によるコホート調査では、バーンアウトと抑うつ、離職意図は並行してプロットしており、バーンアウト傾向にある人は、抑うつ傾向にあると考えられる。したがって、本研究における「◎不安のみ高群」の人は、抑うつ傾向にあるためにものごとを内罰的にとらえる傾向にあり、有能感や達成感を感じにくいことが推察され、その結果「個人的達成感」得点が最も低くなっているのではないかと解釈できる。今後は、被害的認知時に喚起される不安・怒り感情のコントロールがバーンアウト状態の軽減や離職の防止に寄与できるかについて検討されることが期待される。

VI. おわりに

本研究は、新人看護師の92.4%（354名/383名）が日常の些細なできごとを自分のことかもしれないと被害的に認知していることを確認し、その認知時に喚起された不安や怒り感情の強さとバーンアウトとの間に関連性があることを示した。なかでも、被害的認知時に不安も怒りも高い人は、バーンアウトの3下位尺度すべてが高い傾向にあった。本研究の結果は、被害的認知時に喚起される不安や怒り感情をコントロールすることによって、バーンアウトの軽減・予防につなげることができる可能性を示唆するものである。

VII. 本研究の限界と課題

本研究は、急性期病院に勤務する26歳未満の新人看護師を対象としたため、既卒看護師や26歳以上の新人看護師、療養病床を中心とした施設に勤務する新人看護師に一般化することには慎重でなければならない。今後、社会経験のある26歳以上の新人看護師との比較研究や縦断研究によって、これら集団間の違いを含めて十分に検討される必要がある。これら限界はあるものの、新人看護師を対象とした離職防止のためのストレスマネジメントプログラムを検討するための資料として用いられることが期待される。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さま、病院関係者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

研究の遂行にあたって全般にわたりご指導いただきました名古屋市立大学大学院看護学研究科の香月富士日教授、市川誠一教授、金子典代准教授、国際保健看護学研究室の研究員の皆さまに深く感謝いたします。

本研究の一部は、日本看護研究学会 第38回学術集会で発表したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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：本研究の目的は、新人看護師の被害的認知、およびその認知時に喚起される感情とバーンアウトとの関連性を明らかにすることとした。

方法：急性期病院に勤務する26歳未満の新人看護師を対象に質問紙調査を実施、分析した。

結果：解析対象者のうち92.4% (354名/383名) が被害的認知を経験していた。被害的認知経験者は、未経験者よりもバーンアウト傾向にあることが示された ($p = .001 \sim .19$, t -test)。被害的認知に伴う不安や怒り感情が強い者ほど、バーンアウトの傾向にあった ($p = .000 \sim .030$, One-way ANOVA)。

結論：本研究の結果は、被害的認知に伴う不安や怒り感情を低減することによって、バーンアウトを低減できる可能性を示唆するものである。

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to investigate the relationship between delusion-like ideation and burnout syndrome for newly graduated nurses.

Methods: A questionnaire survey was conducted to nurses who have been working at an acute hospital for less than one year since they graduated. The subjects are all 26 years old or younger.

Results: Out of 383 participants, 354 (92.4%) experienced delusion-like ideation and those who have the experience tended to develop burnout syndrome more often than those who have not ($p=.001 \sim .19$, t -test). The subjects with higher levels of anxiety or anger, feelings associated with delusion-like ideation, tended to have a stronger tendency to suffer from burnout as a long-term stress reaction ($p=.000 \sim .030$, One-way ANOVA).

Conclusions: The findings suggest that a possible beneficial effect of reducing burnout development is expected by managing negative emotions like anxiety or anger accompanied by delusion-like ideation.

文 献

- Al-Dubai, S.A. and Rampal, K.G. (2010). Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health*, 52(1), 58-65.
- American Psychiatric Association (2000)／高橋三郎・大野 裕・染 矢俊幸 (2003). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 東京：医学書院.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York: International Universities Press.
- Deffenbacher, J.L., Dahlen, E.R., Lynch, R.S., Morris, C.D., and Gowensmith, W.N. (2000). An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognit Ther Res*, 24(6), 689-697.
- Erikson, E.H. (1959)／小此木啓吾 (1973). 自我同一性. 東京：誠信書房.
- Erikson, E.H. (1980)／西平 直・中島由恵 (2011). アイデンティティとライフサイクル. 東京：誠信書房.
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations among social support, burnout, and experiences of anger: An investigation among emergency nurses. *Nurs Forum*, 44(3), 165-174.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clin Psychol Rev*, 27, 425-457.
- Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., and Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *Br J Psychiatry*, 186(5), 427-435.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *J Soc Issues*, 30(1), 159-165.
- 藤岡 聡 (2010). 新人看護師の自己状態およびストレス要因が早期離職に与える影響に関する研究. 医療福祉経営マーケティング研究, 5(1), 17-26.
- 古屋肇子, 谷 冬彦 (2008). 看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討. 日本看護科学会誌, 28(2), 55-61.
- 後藤啓一 (1994). 燃えつき症における心理的評価およびその細胞性免疫機能異常に関する研究. 金沢大学十全医学会雑誌, 103(5), 846-856.
- 井奈波良一, 井上真人 (2011). 女性看護師のバーンアウトと職業性ストレスとの関係—経験年数1年未満と1年以上の看護師の比較—. 日本職業・災害医学会会誌, 59(3), 129-136.
- 金子一史 (2000). 青年期心性としての自己関係づけ. 教育心理学研究, 48(4), 473-480.
- 金子一史, 本城秀次, 高村咲子 (2003). 自己関係づけと対人恐怖心性・抑うつ・登校拒否傾向との関連. パーソナリティ研究, 12(1), 2-13.
- 金築智美, 金築 優, 根建金男 (2008). 大学生に怒り特性の変容に及ぼす認知行動療法の有効性 怒りの対処スタイルの個人差を考慮した認知的技法を用いて. 教育心理学研究, 56(2), 139-205, 2008.
- 香月富士日, 杉松智美, 児屋野仁美, 高岡光江 (2013). 精神科看護師のストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果に関する研究: 無作為割り付け比較試験を用いた研究. 日本精神保健看護学会誌, 22(2), 1-10.
- Keller, M.M., Chang, M.L., Becker, E.S., Goetz, T., and Frenzel, A.C. (2014). Teachers' emotional experiences and exhaustion as predictors of emotional labor in the classroom: An experience sampling study. *Front Psychol*, 5(1442), 1-10.
- 久保真人 (2007). 日本語版バーンアウト尺度の因子的、構成概念的妥当性の検証. 労働科学, 83(2), 39-53.
- 久保真人, 田尾雅夫 (1992). バーンアウトの測定. 心理学評論, 35(3), 361-376.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984)／本明 寛, 春木 豊, 織田正

- 美 (2007). ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究 (第9版). 291-350, 東京: 東京実務教育出版.
- Lee, R.T. and Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol*, 81(2), 123-133.
- Leiter, M.P. and Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating of burnout. *J Nurs Manag*, 17(3), 331-339.
- 眞鍋えみ子, 小松光代, 岡山寧子 (2014). 新人看護師における就業3年までの職務ストレスとストレス反応に関する研究—看護学士課程卒業後の縦断調査による分析—. 日本看護研究学会雑誌, 37(1), 123-131.
- Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S.E., and Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed., Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M.P., and Jackson, S.E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *J Organ Behav*, 33(2), 296-300.
- McDonald, A.W. and Ward-Smith, P. (2012). A review of evidence-based strategies to retain graduate nurses in the profession. *J Nurses Staff Dev*, 28(1), E16-20.
- 三輪聖恵, 志自岐康子, 習田明裕 (2010). 新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究. *The Journal of Japan Academy of Health Science*, 12(4), 211-220.
- 水田真由美, 上坂良子, 辻 幸代, 中納美智保, 井上 潤 (2004). 新卒看護師の精神健康度と離職願望. 和歌山県立医科大学看護短期大学紀要, 7, 21-27.
- 森 慶輔, 西村昭徳, 宮下敏恵, 奥村太一, 北島正人 (2013). 中学校教師におけるバーンアウト尺度の因子構造の検討. パーソナリティ研究, 21(3), 278-290.
- 森本幸子 (2008). 大学生における被害妄想的観念への対処方略について. 心理学研究, 78(6), 607-612.
- 中川泰彬, 大坊郁夫 (1996). 日本版GHQ精神健康調査手引 (改訂版). 東京: 日本文化科学社.
- 中谷洋輔, 友野隆成, 佐藤 豪 (2011). 現代青年においてアイデンティティ (自我同一性) の危機は顕在化するのか. パーソナリティ研究, 20(2), 63-72.
- 野口恭子, 稲木康一郎, 荻野佳代子, 小永井カズ江, 佐藤 敬, 福井 至 (2008). 看護師のバーンアウトと抑うつおよび不安に関する認知行動モデルの構築. 第8回日本認知療法学会発表論文集, 128.
- Ohue, T., Moriyama, M., and Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Jpn J Nurs Sci*, 8(1), 76-86.
- 岡田佳詠, 石隈利紀 (1999). 看護者の自動的思考とバーンアウトとの関係. *Japanese Journal of Counseling Science*, 32, 115-123.
- 天下佳代子, 佐々木とも実, 村上智恵美他, 平田佳子, 平岡敬子 (2001). 新人看護婦を取り巻くストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて. 看護学統合研究, 2(2), 16-24.
- 大野 裕 (2010). 認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド. 1-19, 東京: 星和書店.
- Rudman, A. and Gustavsson, J.P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *Int J Nurs Stud*, 48(3), 292-306.
- Rush, K.L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., and Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 50(3), 345-356.
- Saeed, S.H., Somaye, K., Mohadese, H., Mohammad, R.D., and Ziba, S. (2012). Effects of cognitive-behavioral stress management training on the syndrome of burnout in employed women nurses: A case study in hospitals of Ahvaz University of Medical Sciences. *Adv Environ Biol*, 6(1), 176-182.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., and Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*, 14(3), 204-220.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A., and Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney, M.A. and Rosenman, R.H. (eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. 5-30, Washington: Hemisphere.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horii, S., and Sato, C. (2006). Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals. *J Occup Health*, 48(1), 49-61.
- Suzuki, E., Itomine, I., Saitou, M., Katsuki, T., and Sato, C. (2008). Factors affecting the turnover of novice nurses at university hospitals: A two year longitudinal study. *Jap J Nurs Sci*, 5(1), 9-21.
- Suzuki, E., Tagaya, A., Ota, K., Nagasawa, Y., Matsuura, R., and Sato, C. (2010). Factors affecting turnover of Japanese novice nurses in university hospitals in early and late periods of employment. *J Nurs Manage*, 18(2), 194-204.
- 鈴木英子, 土屋清子, 齋藤深雪, 三原利江子, 多賀谷 昭 (2008). 新卒看護師のバーンアウトに対するアサーティブネストレーニングの効果. 日本看護科学学会, 28, 428.
- 高岡光江, 香月富士日 (2013). 新卒看護師のバーンアウトに関する研究の概観. 名古屋市立大学紀要, 12, 1-13.
- Takase, M., Nakayoshi, Y., and Teraoka, S. (2012). Graduate nurses' perceptions of mismatches between themselves and their jobs and association with intent to leave employment: A longitudinal survey. *Int J Nurs Stud*, 49(12), 1521-1530.
- 津田恭充 (2011). 被害妄想に伴う感情を測定する尺度の開発. パーソナリティ研究, 19(3), 245-254.
- 上野徳美, 山本義史, 増田真也 (2011). 新人看護師のバーンアウト予防と介入に関する縦断的研究4—入職1年間の支援ニーズ, バーンアウト, 抑うつ, 離職意図, SOCの変化—. 日本心理学会大会発表論文集, 75, 375.
- 山内貴史, 須藤杏寿, 丹野義彦 (2008). 被害妄想観念の内容とネガティブ感情との関連. 日本心理学会大会発表論文集, 72, 1023.
- 山内貴史, 須藤杏寿, 丹野義彦 (2009). 日本語版パラノイア・チェックリストの因子構造および妥当性の検討. パーソナリティ研究, 17(2), 182-193.
- 山本義史, 上野徳美, 増田真也 (2011). 新人看護師のバーンアウト予防と介入に関する縦断的研究5—入職1年間の相互性の認知とSOCおよびバーンアウト緩和と関係—. 日本心理学会大会発表論文集, 75, 376.
- 山本義史, 上野徳美, 増田真也, 北岡和代 (2010). 新人看護師のバーンアウト予防と介入に関する縦断的研究2—看護師のバーンアウトと相互生徒の関係, および相互性の縦断的变化—. 日本心理学会大会論文集, 74, 304.
- 山崎修道, 荒川裕美, 丹野義彦 (2006). 大学生の妄想様観念と対処方略. パーソナリティ研究, 14(3), 254-265.
- 山崎修道, 田中伸一郎, 森本幸子 (2004). Peters et al Delusions Inventory (PDI) 日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討. 臨床精神医学, 33(7), 911-918.

平成28年9月12日受付
平成29年3月19日採用決定

—原 著—

小児がん経験者が病気をもつ自分と向き合うプロセス

— 思春期から成人期にかけて病気を自身の生活と
心理面に引き受けていくことに着目して —

The Self-Reflection Process on Having a Disease among Survivors of Childhood Cancer:
A Focus on Adapting to Life with Disease Physically and Psychologically
through Their Lives from Adolescence to Adulthood

宮城島 恭 子¹⁾ 大 見 サキエ²⁾ 高 橋 由美子²⁾
Kyoko Miyagishima Sakie Omi Yumiko Takahashi

キーワード：小児がん、サバイバー、自己、生活、プロセス

Key Words：childhood cancer, survivor, self, life, process

緒 言

小児がんの治療成績の向上に伴い、1990年代後半以降小児がん罹患した小児の70～80%が治癒し、成人した小児がん経験者は5万人以上、成人人口の500～1,000人に1人といわれている（石田ら、2010）。成長・発達に伴って、病気や自己の特性についての理解を深め、再発の不安や晩期合併症の治療・健康管理を抱えながらも、社会生活を充実させることが重要な課題となってくる。晩期合併症は内分泌系、皮膚、循環器、視・聴覚系など多岐にわたる身体的問題のほか、PTSD（Post Traumatic Stress Disorder）のような心理的問題、教育・就職等の社会生活への影響、心理・社会的な成熟も含めてとらえられており、多面的な問題に応じることのできるチームアプローチが求められている（大園ら、2007）。看護師も他職種と協働して長期フォローアップを担っていくために、疾病の経過や発達過程の中での病気や自己への認識、生活の変化を含め、長期的視点から小児がん経験者を理解する必要がある。

小児がんの闘病体験は、診断や入院によるショックや不安、副作用症状の苦痛、家族との分離、学校に行けないことや友人・教師との関係への不安、学業の遅れや進路選択への不安など多くの困難をもたらす（森・嶋田・岡田、2008；渡邊、2009）。その一方で、周囲のサポートを得ながら小児がんを克服することで精神的に成長し、大切なものがわかる、より頑張れる、困難を乗り越えたことの自信や生きる力をもつ、周囲への思いやりや感謝をもつことなどが報告されている（森ら、2008；奥山・森・小林・大高、2009；戈木・寺澤・迫、2004）。これらは、おおむ

ね退院後2年半以内と比較的短期の思春期患者の入院体験の振り返りに焦点が当てられ、それらを含むメタ統合（小代・早川、2015）の報告もある。

思春期と若年成人期の小児がん経験者の両者を対象に、かつ診断後の期間も1年以内から10年以上まで幅広い対象者を含み、病気体験のとらえ方を明らかにした研究報告（畑江、2013；林、2014；武井ら、2012）もなされているが、19歳以上の患者は19歳未満の患者よりも成長に伴い多角的な捉え方をする（武井ら、2012）ことから、発達過程や年齢による違いを考慮する必要がある。小児期から成人期に至る成長・発達過程のなかでも、自己への関心が高まりアイデンティティの確立が発達課題となる思春期には、慢性疾患患者は健常な自己と疾患をもつ自己を統合するという課題（丸、2005）があり、病気をもつ自分に向き合うことは、一人の人間としても患者としても自立して、自分らしく生きていくために重要である。このような側面の思春期からの体験を明らかにするためには、思春期を過ぎた成人を対象とすることが妥当であると考えられる。成人した小児がん経験者に特有のことでは、診断後5年以上経過した対象者を中心により長期的な視点から、小児期からの病気の受け止め方の変化とこれまでの人生への影響（牧野・野中、2010；望月、2012）、晩期合併症に伴う心理・社会的影響（益子・堀越・二渡、2011）や就職への影響（益子、2012）が報告されているが、おおむね個人のライフストーリーに焦点が当てられ、対象者数は5名以内と少ない。

また、病気のとらえ方が患者の心身の適応状態にどのように影響するのかを検討する必要性が述べられており（武井ら、2012）、小児がん経験者の心理的・身体的側面と生

1) 浜松医科大学医学部看護学科 Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine

2) 岐阜聖徳学園大学看護学部 Faculty of Nursing, Gifushotokugakuen University

活をトータルに、かつ発達過程を考慮して長期的にとらえていくことが必要である。心身・生活の各側面を含め報告している研究はあるものの（畑江，2013；林，2014；望月，2012），それぞれの関係性や変化のプロセスはまだ十分明らかにされていない。

本研究では、健康や社会適応・自己概念を脅かす重大な病気である小児がん罹患し、思春期を経て成人した小児がん経験者が、これまでどのように病気や健康問題、さらにはそれらを抱える自分の気持ちや生活・人生に向き合ってきたかを、他者との関係性や社会生活を含めて、連続性のあるプロセスとして明らかにすることで、長期的視点をもち小児がん患者・経験者を支えるための看護援助の示唆が得られると考える。

I. 研究目的

小児がん経験者が病気に罹患したことを認識したときから思春期を経て成人期に至るまで、どのように病気をもつ自分と向き合ってきたか、そのプロセスを明らかにする。

II. 研究方法

A. 用語の定義

「小児がん経験者」を、小児期（0～18歳）にがんを発症し、成人した人とした。

「病気をもつ自分と向き合うプロセス」を、病気に罹患したことを認識したときから現在までの、病気や自分に対する思いと、その思いを反映する行動の変遷とし、健康・生活・対人関係・自己実現などに関する考え・希望・取り組みを含むものとした。

B. 研究デザイン

質的因子探索的研究。

C. 対象者

小児期（0～18歳）にがんを発病し、発病後5年以上経過している、成人した小児がん経験者で、病名を告知されている人を対象とし、がんの種類は問わないこととした。

D. データ収集方法

1対1の半構造化面接を1人1回、同一の研究者が実施した。主な面接内容は、①病気や病気を経験した自分に対する思い、②病気を経験してからの健康管理や生活行動、③病気を経験してからの周囲の人との関係、④自身の思いや行動に影響したと思うこと、⑤基本属性・病気の経過・

社会生活などの背景とした。面接内容は対象者の許可を得て録音した。データは2011年7月から2014年3月にかけて、小児がん治療および治療後のフォローアップを行っている1病院の小児科医師複数名および小児がん経験者の当事者活動を通じて協力を依頼し収集した。面接時間は平均87分（範囲は56～182分）であった。

E. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach: M-GTA）を用いて分析した。M-GTAは、現象のプロセス性および社会的相互作用性をもち、ヒューマンサービス領域における支援のための理論生成をめざす研究に適している（木下，2003，pp.89-91）。本研究は、小児がん経験者が病気に罹患したことを認識したときから成人期に至るまで、病気や自分への思いやそれらを反映する行動の変遷を重ね、どのように病気をもつ自分と向き合ってきたかを明らかにするため、プロセス性をもっている。また、そのプロセスは、生活や対人関係を含み、社会的相互作用性も強く、得られた結果から小児がん経験者への支援を検討する。これらのことからM-GTAが本研究の分析に適すると考えた。分析にあたっては、分析テーマを『小児がん経験者が病気を自分のものとして引き受けていくプロセス』とし、分析焦点者を『成人した小児がん経験者』とした。

具体的な分析手順としては、録音した面接データから逐語記録を作成し、分析焦点者の視点から分析テーマに関連するデータを抽出・解釈し、その部分を具体例とする概念を生成した。その際、分析ワークシートを概念ごとに作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した。分析を継続比較で進めるなかで、具体例の追加、類似例や対極例の確認、新たな概念生成、具体例が豊富でない概念の削除や類似した概念の統合、概念名や定義の見直し、概念間の関係性の検討を行い、理論的メモ・理論ノートに記載した。概念間の関係性を踏まえカテゴリーを生成し、概念間・カテゴリー間の関係を説明する結果図および文章化したストーリーラインを作成した。9名の分析終了以降、新たな概念は生成されず、13名のデータ分析でプロセスの構造を説明できると判断した。分析の真実性を確保するために、M-GTAによる研究経験をもつ小児看護学研究者2名とともに概念名・定義・具体例の検討を行い、M-GTAの開発者やM-GTAによる研究経験をもつ研究者5名より助言を受けた。

F. 倫理的配慮

所属大学の研究倫理審査委員会で承認（承認番号：第23-09号）を受け、調査協力病院の関係者の許可を得て実

施した。対象者に、研究目的、研究内容、協力の自由、個人情報保護、協力しなくても不利益を被らないこと、中断や中止の自由、同意しても答えたくない質問には答えなくてもよいこと等について、文書と口頭で説明して同意書を交わした。データは匿名化しパスワード設定した電子媒体に保存し、分析時・成果発表時も匿名性を保持した。

Ⅲ. 結 果

A. 研究対象者の概要

13名の小児がん経験者（表1）から同意が得られ、面接を実施した。年齢は20～36歳（平均25.0歳）で、20歳代9名、30歳代4名（男性6名、女性7名）であった。罹患したがんの種類は脳腫瘍4名、骨肉腫・ユーイング肉腫・急性リンパ性白血病・悪性リンパ腫が各2名、神経芽腫1名であった。小児がん発病年齢は1～17歳であったが、10歳以上が11名を占め、平均11.4歳であった。発病時の発達段階は幼児期2名、学童期5名、中学生5名、高校生1名であった。3名に再発歴があり、病気・治療に伴う合併症の出現や疑いは8名にみられた。病名告知の時期は10名が発病時であり、他3名は16～19歳で高校進学や再発を契機としていた。病気を認識した時期は、12名が発病時（6～17歳）であり、発症年齢が1歳であった1名は高校生での病名告知時であった。生活状況は、有職者7名（アルバイトを含む）、学生4名、無職・求職中2名であり、既婚者は2名いた。

B. 全体像としてのストーリーライン

分析の結果、34の概念、10のカテゴリー、1つのコアカテゴリーが生成され、それらの関係について結果図（図

1）と、以下に示すストーリーラインにまとめた。なお、概念は〈 〉、カテゴリーは《 》、コアカテゴリーは【 】で示した。

小児がん経験者が病気をもつ自分と向き合うプロセスとは、【普通の生活の構築と維持】、その前後の《覚悟》《自信獲得》を通して、病気を自身の生活と心理面に引き受けていくことである。小児がん経験者にとっての普通の生活とは、生命・生活の脅かしから立ち直り、病気・治療の影響を受けながらも《社会生活を取り戻す》ことや、発達過程に伴う新たな《ライフイベントの取り込み》をし、社会のなかで生活し発達していくことである。その過程では病気をもたない周囲の人への《病気説明を見極め対人距離調整》をはかることも必要であった。全容は以下のようである。

小児がん経験者は、小児がん発病や再発、晩期合併症出現の折に、〈治療・処置の苦痛〉〈容姿の変化のショック〉〈気になる晩期合併症〉という《身体の異変》を経験し、それに伴い〈生活変化への不安〉〈友人との距離〉といった《生活の脅かし》が生じていた。それらに対し、〈説明が腑に落ちない〉〈なぜ自分なのか〉〈独りで抱える〉ことで、〈治療・入院生活への抵抗〉や〈医療者への不満〉を抱き《納得いかない》状態に陥っていた。

しかし、〈医療者への信頼〉〈闘病仲間やその家族とのつながり〉〈親の存在への安心感〉〈友人とのつながり〉という《ともにある存在》に支えられ、〈病気の理解〉〈揺れる気持ちの吐露〉や〈自分だけじゃない〉という実感から〈しょうがない〉と《覚悟》して、〈入院生活の楽しみ発見〉〈復学への期待〉と《生活への希望》を見出し、耐えていた。

ある程度の心身の安定に伴い【普通の生活の構築と維持】の過程に向かい、《身体の異変》の影響を踏まえ、〈体

表1 対象者の概要

事例	面接時の年齢	性別	病名	発病年齢・学齢	再発時期
A	20歳代後半	男	悪性リンパ腫	中学1年	—
B	20歳代前半	女	悪性リンパ腫	小学5年	—
C	20歳代前半	男	骨肉腫	小学4年	—
D	30歳代前半	男	神経芽腫	1歳	—
E	30歳代前半	女	ユーイング肉腫	中学3年	—
F	20歳代前半	女	脳腫瘍	中学2年	—
G	20歳代前半	女	急性リンパ性白血病	小学5年	—
H	30歳代前半	男	脳腫瘍	小学5年	中学1年 高校3年
I	20歳代前半	女	骨肉腫	高校2年	—
J	30歳代後半	女	ユーイング肉腫	中学1年	19歳
K	20歳代前半	男	急性リンパ性白血病	6歳（幼児）	小学3年
L	20歳代前半	男	脳腫瘍	中学2年	—
M	20歳代前半	女	脳腫瘍	小学6年	—

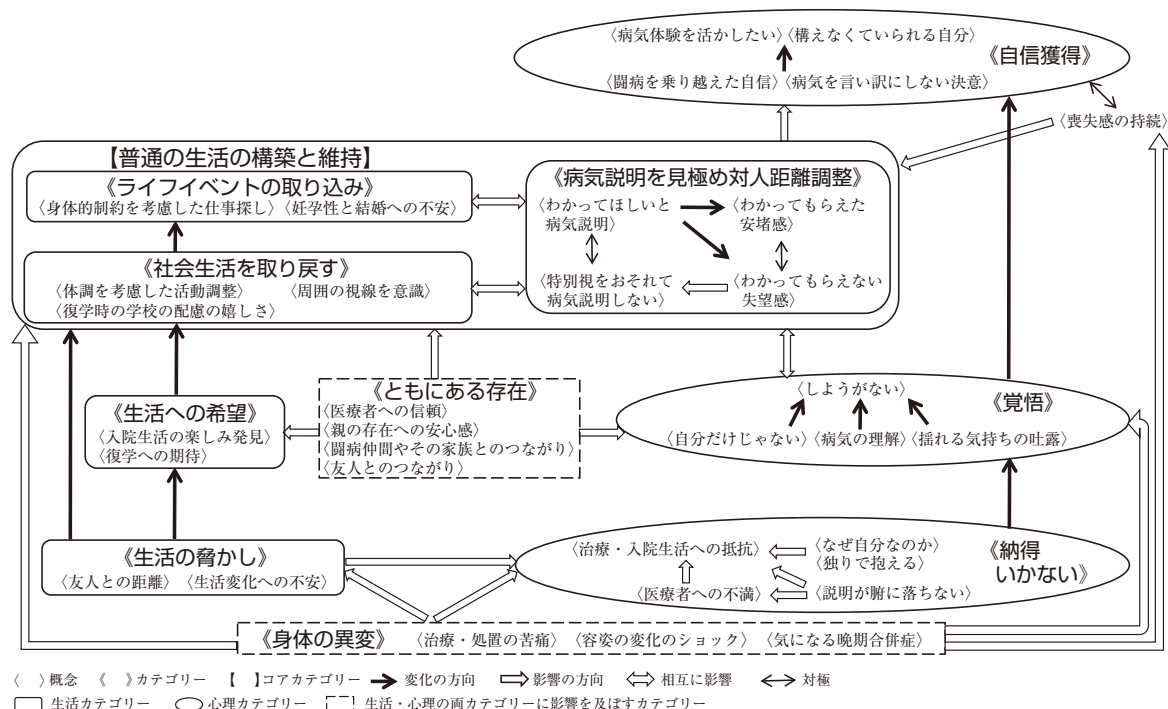


図1 小児がん経験者が病気をもつ自分と向き合うプロセス

調を考慮した活動調整〈周囲の視線を意識〉〈復学時の学校の配慮の嬉しさ〉といった《社会生活を取り戻す》ことや、〈身体的制約を考慮した仕事探し〉〈妊孕性と結婚への不安〉という《ライフイベントの取り込み》に対する努力をしていた。そして、復学、就職、結婚などの際に《病気説明を見極め対人距離調整》をはかり、〈わかってほしいと病気説明〉〈特別視をおそれて病気説明しない〉という行動や、〈わかってもらえた安堵感〉〈わかってもらえない失望感〉といった感情を経験していた。

このプロセスは一方的ではなく、【普通の生活の構築と維持】に進んでも、再発や晩期合併症の出現により再び《身体の変異》《生活の脅かし》が生じ、《納得いかない》《覚悟》を再体験したり、【普通の生活の構築と維持】で改めて《身体の変異》の影響を実感し《覚悟》することもあった。《身体の変異》と《生活の脅かし》を経験してもあまり悩まずに《覚悟》《生活への希望》に至る例も闘病時小学5年生以下の場合などでみられた。

行きつ戻りつしながらも、周囲の人との関係性も含めて社会生活に適応し【普通の生活の構築と維持】がなされるにつれて、〈病気を言い訳にしない決意〉〈闘病を乗り越えた自信〉がみられ、発達も伴って〈病気体験を活かしたい〉〈構えなくていられる自分〉と《自信獲得》に至っていた。しかし、【普通の生活の構築と維持】や《自信獲得》ができて、病気による《身体の変異》とそれに伴う《生活の脅かし》の影響から、〈喪失感の持続〉がみられ、そ

れが【普通の生活の構築と維持】に影響をおよぼす場合もあった。

以上のプロセスは、《生活の脅かし》《生活への希望》【普通の生活の構築と維持】という2カテゴリーと1コアカテゴリーから成る病気を生活の中に引き受けていくプロセスと、《納得いかない》《覚悟》《自信獲得》という3カテゴリーからなる心理的に引き受けていくプロセスとが互いに影響しあっていた。生活と心理面の両方に影響を与えていたのは、小児がんによる《身体の変異》と、小児がん経験者を支える《とにもある存在》であった。

C. プロセスを構成する要素

このプロセスを、身体の変異と生活の脅かしに納得いかない状態、覚悟と希望を見出す状態、普通の生活を構築・維持する状態、自信を獲得する状態に区切って、構成要素であるコアカテゴリー、カテゴリー、概念、対象者の語りを用いて説明する。語りは「斜体」で示し、()は文脈を明確にするために研究者が補った。

1. 《身体の変異》に伴い《生活の脅かし》が生じ《納得いかない》状態

小児がん特有の《身体の変異》として〈治療・処置の苦痛〉〈容姿の変化へのショック〉〈気になる晩期合併症〉が生じていた。〈治療・処置の苦痛〉は治療や処置に対する身体的なつらさや嫌な気持ちであり、〈容姿の変化の

ショック〉は治療による容姿の変化に精神的ショックを受けている状態である。〈気になる晩期合併症〉は、成人期になってもがん治療による身体的影響が残存したり、新たに出現したりして、それを気かけたり生活の調整をしたりしていることであり、「腹痛がずっと治らなくて、どうしてこの体調はずっとこんなものだろうみたいな感じでした。自分は健康体ではないんだということ、やっぱりリスクを抱えているんだということを実感した」（事例D）のように語られた。

《生活の脅かし》として病氣・治療に伴う〈生活変化への不安〉〈友人との距離〉を感じていた。〈生活変化への不安〉は、病氣・治療により生活が変化していくことに不安を感じていることであり、「この先どうなるかという、高校も行けなくなって留年してしまうとか、そういう進路のことが気になっていて、大学も行きたかったのに、その後の人生がどうなるのかというような不安が強くて」（事例E）などの語りがみられた。〈友人との距離〉は、病氣により健康な友人との違いや心理的な距離を感じたり、交流が乏しくなることであり、「（友人と）話したいんですけど、ちょっと髪の毛もあることだし、あんまり会いたくはなかったです」（事例J）、「（交際相手と）1年で別れちゃった。あんまり心配をかけちゃいけないと思った」（事例H）と語っていた。

このような《身体の変異》や《生活の脅かし》に対して、《納得いかない》状態に陥っていた。〈何故自分なのか〉と病氣になったことに衝撃を受け納得できない気持ちを抱いており、「病氣って聞いたときは本当に何か頭の中が真っ白で、何で私なんだろうというのと、悲しいことしかなかったです」（事例F）のように語っていた。そして、つらい気持ちを表出せず〈独りで抱える〉場合もあり、「親に心配をかけちゃいけないという気持ちもやっぱりあったし、（手紙をくれる）友だちにも病氣でつらいという言葉は言えなくて。自分の気持ちをあまり伝えられる相手が見つけれなくて」（事例E）と語られた。また、説明を受けても自分のこととして想像できないと「そもそも『がん』という言葉のイメージがわからなかったんです。昔こんな病氣だったんだよと言われて、それで？ という感じだったんです」（事例D）と〈説明が腑に落ちない〉状態であった。

このようなことから説明の不十分さ、処置の失敗や晩期合併症への対応の不適切さ、気持ちを受け止めてくれないことや入院生活への配慮不足などに対して〈医療者への不満〉がみられ、「（採血を失敗されたとき）すごい形相だったって、1回失敗するごとに私の顔が怖くなるみたいな」（事例I）、「小さい子たちが頑張っているのに何でできないんだということ言う先生だったから、余計に反発」（事例E）などと語られた。さらに、治療や入院といった現在の苦痛

を伴う状況を受け入れられず〈治療・入院生活への抵抗〉を示す事例もあり、「とにかく帰りたいとかしか言っていなかった。帰りたいとか、外泊したいとか、何回も。もう帰りたい、外泊したいという気持ちのほうが強くて、病院にいたことが嫌でした。もうずっとずっとでした、退院するまで」（事例F）のように語っていた。

2. 《ともにある存在》に支えられ《覚悟》《生活への希望》を見出す状態

この状態では《ともにある存在》に支えられ、心理的には《納得いかない》状態から《覚悟》へ、生活面では《生活の脅かし》から《生活への希望》へ変化していた。

《ともにある存在》としては、〈医療者への信頼〉〈闘病仲間やその家族とのつながり〉〈親の存在への安心感〉〈友人とのつながり〉がみられた。〈医療者への信頼〉は、自分に接した医療者を信頼することであり、「細かいところまでちゃんと説明して、妹まで呼んで、みんなに説明してくれたのは、家族全員いたと、やっぱり気持ち的にはよかったかな」（事例M）のような語りがあった。〈闘病仲間やその家族とのつながり〉は、自分と同じように入院していた闘病仲間やその家族との、闘病中および退院後のつながりであり、「個室ではなかったので一緒に入室の人と仲よく、よく話していましたし、院内学級にも通っていた。（今も）交流がある人もいるので、やっぱり病氣になったことがある人ではない人とはちょっと違う。（他の人に）話してもわかってもらえないことはあるので、そういうことを話せるのは、やっぱり（同じように病氣を経験した人）」（事例K）などの語りがきかれた。〈親の存在への安心感〉は、小児がん発症後のとくに闘病中に、両親の存在に安心感を抱き、支えられたことを実感している気持ちであり、「毎日お父さんかお母さんかは必ず面会に来てくれたので支えになったなと思う」（事例B）などと語られた。〈友人とのつながり〉は、闘病中やその後に友人との交流があり、サポートを得られたという実感であり、「（入院中から）やりとりは結構いろんな子からメールとかをもらったりしてやっていたので、結構仲がよかった子と（復学後も）また一緒にいいな」（事例F）などと語った。

このような支えにより、〈病氣の理解〉〈揺れる気持ちの吐露〉がなされ、〈自分だけじゃない〉から〈しょうがない〉と《覚悟》していた。〈病氣の理解〉とは、病氣や治療およびそれらの影響について、ひととおりの説明を受け本人なりに理解していることであり、「脳のバランスのところを腫瘍を取るために少し切っていて、歩いているときもバランスを崩した。手術した後に先生が話してくれた」（事例L）などと語られ、医師の説明が大きく影響していた。〈揺れる気持ちの吐露〉は、病氣の受け止めにおける揺れ

る気持ちを十分表出し、受け止めてもらえることであり、「どうも整理できない気持ちを（ソーシャルワーカーに）延々と話して全部聴いてもらって、受容してもらって」（事例D）と語られた。

〈自分だけじゃない〉は、病気でつらいのは自分だけではないという実感であり、「同じように病氣と闘っている子を見ると励まされるし、入院しているとき、私が結構（年齢が）上だったので、私より下の子が手術を何回もしていると、私は普通の人と比べたらすごいことをしているのかもしれないけど、ここにいれば私はまだいいほうなんだみたいな感じで思った」（事例F）のように、闘病仲間とのつながりが大きく影響していた。

そして、これらから、〈しょうがない〉と他に選択肢がなくその状況を受け入れるしかないという思いに至っており、「（人工関節は）もうしょうがないかと（いう思いに）なったんです。もうちょっとがまんして病院に来なかつたら足を切断していたよって言われて、だったら自分の足があるだけよかったと思って」（事例I）などと語っていた。

そのようななかで《生活への希望》も見出し、「付き添いのお母さんたちとしゃべったり、夜になると看護師さんが来てしゃべったり、世間話していたので楽しかったです」（事例H）のように入院生活で楽しいと感じる〈入院生活の楽しみ発見〉をしたり、「早く学校へ行きたいという感じ。高校進学で行きたい学校もあったので」（事例J）のように〈復学への期待〉をもち学校へ行きたいという気持ちや復学を楽しみにする気持ちを抱いていた。

3. 【普通の生活の構築と維持】の状態

【普通の生活の構築と維持】には、小児がんの治療による身体への影響を踏まえ、《社会生活を取り戻す》状態と、社会生活を維持しながら思春期から成人期への発達段階の移行に伴い新たな《ライフイベントを取り込む》状態があり、いずれの状態においても《病氣説明を見極め対人距離調整》をはかっていた。

a. 《社会生活を取り戻す》

退院後の体調から可能な活動を自身で見極めながら〈体調を考慮した活動調整〉を行っており、「体育のマラソンがきつくて、いちおう体育の先生とかに言うじゃないですか、こういう病氣をやっていたって。禁止事項はないと言われていたので退院するときとかも、自分の加減でやれと言われるんですけど、それが一番むずかしいです。無理するなと言われて、どこまで無理なのかわからなくて」（事例G）などと語った。また、病氣をもっていることで社会生活で周囲の視線を意識して生活する〈周囲の視線を意識〉がみられた。治療後に退院して復学する際、学校側の配慮に対して嬉しく感じる〈復学時の学校の配慮の嬉しさ〉もみられ、

「学校が配慮してくれた。1年も入院していたので体力的なブランクがあるので、午前とか午後の少しの登校でいいよと配慮があったのが嬉しかったです。学校側の配慮で、（仲のよい友人が）1人はクラスにいるようにしてくれて」（事例C）と語った。

b. 新たな《ライフイベントの取り込み》

思春期後期から成人期初期にかけての進路選択の時期には、病氣に伴う身体的影響を考慮して、自分にあった仕事を探そうとする〈身体的制約を考慮した仕事探し〉を行っており、「病氣の影響が甲状腺があまりよくなくて、手の震えとかが出てしまって、細かい仕事を続けていくのは無理かなと思ったので、ほかの仕事をとった」（事例M）、「働いていたけど、手術の後で痛みが耐えられなくてやめちゃったんです。（その後）派遣会社のほうに登録はしてあるんです、立ち仕事はちょっとつらいので」（事例A）などと語った。

また、〈妊孕性と結婚への不安〉がきかれ、将来自分の子どもをもてるかという不妊への不安や、不妊の可能性を考えて結婚できるか不安や悩みをもっていた。「子どもですよね、将来結婚して。病氣の説明してもらったときに、子宮には問題ないけど子どもも普通の人みたいにはつくれないというか、病院に通いながらとあったので、子どもが欲しいというのがずっと前からあったので、そういう不安とかあります」（事例F）などと語っていた。

c. 《病氣説明を見極め対人距離調整》をはかる

復学や進学、就職、結婚などに際し、自分の病氣體験について、わかってほしいという思いから生活上でかかわる人に伝える〈わかってほしいと病氣説明〉する行動をとり、それに対し、わかってもらえた・伝えてよかったと〈わかってもらえた安堵感〉を感じていた。「治療をしたこと、抗がん剤治療とか腫瘍ができたとかを伝えた。だいたい知っていると思う、高校生だと。言ったほうがわかってくれるというか、何かあったときにも言っておいたら対応できる。倒れたりまた動けなくなったりとかしたときの（対応）。（友人は）おまえ大変だったなって（言ってくれた）。嬉しかったですね、わかってもらえて」（事例L）、「（就職活動の）相手の方からは普通にやっていただければいいって言われる。就職活動をしていても、会社の人とかわかってきている」（事例C）などの語りがきかれた。

しかし、周囲の人による病氣・体調への理解や配慮の不足に対して、失望し、嫌悪感・悲しみ・怒りなど否定的な感情を抱く〈わかってもらえない失望感〉を経験した場合もあり、「（合併症の）手術が終わったと職場に伝えたんですけど、この時期にいないのはそもそも困るので、あなたは今後1年間パートとしてやってもらってと勝手に降格されたので、それはもう退職勧告だと自分では受け取った。ショックだった」（事例D）と語っていた。

特別視されないために相手や状況により病氣体験について伝えない〈特別視をおそれて病氣説明しない〉場合もあり、「友だちとか同じ学年の子とか一切言わないようにしていた。みんなから入院していたからどうとって見られるのが嫌だったので」（事例M）と語った。

4. 《自信獲得》の状態

周囲の人との関係性も含めて社会生活に適応し【普通の生活の構築と維持】がなされるにつれて、《自信獲得》に至っていた。

病氣を言い訳にせず困難があっても自分の人生に立ち向かい乗り越えようとする〈病氣を言い訳にしない決意〉がなされ、「外来とかで治療しているときって、結構言い訳できるじゃないですか、気持ち悪かったみたいな。検査だけになってからはそれが通用しないって自分で思って、甘えちゃいけないなと。外来治療が終わったとき、これから病氣を言い訳にできないなとすごい思った。氣を引き締めたという感じです」（事例G）と語った。

つらい闘病を乗り越えたことで、現在や将来を悲観せず生きていける自信がもて〈闘病を乗り越えた自信〉がつき、「病氣にかかって、抗がん剤治療とか腰の注射もやって、一つひとつ乗り越えたので、何ごととも一つひとつ頑張れば乗り越えられるのかなと思った。病氣にかかったから今の自分があるじゃないけど、変わった。何か頑張り屋と言われる。就職難が一番大変。一個一個やって、今のところに行けているかな」（事例B）などと語られた。

そして、自然体で構えない自分でいられるという感覚の〈構えなくていられる自分〉に気が付き、「どこか傷つかないように自分を守っているような部分が今までは強かったんだけど、強がっていた部分があったけど、やっぱり病氣のことがあって、子どもが産めないということがコンプレックスになっていて。そこがなくなってきたから、今の自分の環境というのが大切になってきたというのもあるのかな」（事例E）のように語っていた。

病氣体験により感じたり考えたりしたことを自分の人生に活かしたいという〈病氣体験を活かしたい〉気持ちも生じ、「入院しているんな人に助けてもらったので、自分も困っている人がいたら助けてあげたいし、感謝の気持ちをいつも忘れちゃいけないって思うし、こういう世界があるということも忘れちゃいけない気がする」（事例F）などと語られた。

しかし、《自信獲得》に至らない場合もあり、また、《自信獲得》の有無にかかわらず、病氣体験による自分の人生・生活へのマイナス面を意識し続け〈喪失感の持続〉する場合もあった。「やっぱり（病氣を）していなかったらもっといろんな道があったのかなって思う。（今もかつらなので）やっぱり頭を洗うとか、鏡を見るのでちょっとあーあっ

てなる」（事例M）、「（今の体力のなさは）その時期にやっぱりみんなと同じことができなかったのも、運動嫌いじゃないですけど、やっぱり」（事例K）などと語っていた。

IV. 考 察

A. 小児がん経験者が病氣をもつ自分と向き合うプロセスの特徴

小児がん経験者が病氣をもつ自分と向き合うプロセスは、心理面と生活面が相互作用しながら連続する大きく4つの状態からなり、とくに2番目の状態にみられる《覚悟》は、完全ではなくとも心理的にいったん病氣を引き受け、心理的にも生活行動的にも新たな一步を踏み出す契機となり、3番目の【普通の生活の構築と維持】という生活のなかに病氣を引き受けることにつながっていた。以下、4つの状態に分けて考察する。

1. 身体の異変と生活の脅かしに納得いかない状態

小児がん治療による長期入院や苦痛症状に伴い、これまでの生活が一変し治療終了後も残る身体的影響があることで、治療後の学校生活の不安や、さらにその先の将来の人生設計への不安も含む《生活の脅かし》が生じており、先行研究（畑江、2013；前田、2013；森ら、2008）の報告と一致していた。10歳代での発病者が大部分を占めたため、生活の中心である学校生活や、認知的発達面の面から目の前のことだけでなく先のことにも思いを巡らせていたと考える。また、10歳代では友人関係は生活上でも心理面でも大きな比重を占めるため、物理的・心理的な〈友人との距離〉も《生活の脅かし》の一部となる。とくに、ボディイメージの変化や健康な友人への羨望、交際相手への負担の考慮を障壁として、会話や交流を求める気持ちがありながら、友人や交際相手と距離をとることは、病氣に伴う自尊心の低下や、10歳代特有の両価的な心理状態と行動を反映していると考えられる。

それと同時に、診断後間もない治療初期は《納得いかない》心理状態であり、物理的な距離や生活環境の変化以外にも、病氣や自己に対する複雑な気持ちが友人関係にも影響する可能性がある。なかでも〈なぜ自分なのか〉と自己に向き合い悩む姿は、発病年齢が中学生以上の人に多く、思春期発病の患者を対象とした森ら（2008）や前田（2013）の研究でも示されており、思考が発達し自己への関心が高まる思春期以降の特徴と考えられる。このような思春期の認知的・情緒的・対人関係的な特徴を理解してかかわる必要がある。

2. 覚悟と希望を見出す状態

この状態は、心理的には困難な現実を何とか受け入れて自分を納得させようとしている過程にある。とくに、小児がんに伴う急激な身体的・生活変化に対して、〈しょうがない〉とその状況を受け入れるしかないと思いつめることは、先行研究（渡邊，2009）でも報告されており、小児がんの闘病や晩期合併症というストレスフルな状況に身をおき精神的に消耗を防ぐための重要な対処であると考えられる。このような対処は自身で見出すものであるが、その前段階や同時期に《ともにある存在》のサポートにより多様な対処がとれていたことにも着目するべきである。慢性病をもつ学童・思春期の子どもたちは病氣により友だちと同じ行動がとれないことにストレスを感じる（中村，2003）や、小児がん発症は小児人口1万に1人と稀少であるため、同様の境遇にある人たちの存在により〈自分だけじゃない〉と感じることは、小児がんという病氣をもつ現実に向き合う孤独感を和らげる助けとなると考えられる。したがって、闘病仲間やその家族とのつながり・サポートが得られ〈自分だけじゃない〉と感じられるような環境づくりが必要である。また、医療者による病氣の理解を助ける支援、両親や信頼のおける人に気持ちを表出できる環境づくりも必要である。そして、生活面での楽しみや希望をもつことは、生活の脅かしや身体的苦痛に耐える助けとなるため、身体面・生活面の回復への希望や楽しみをもてるような支援が必要である。

3. 普通の生活を構築・維持する状態

生命や生活の脅かしから立ち直り【普通の生活の構築と維持】をすることは、Shepherd & Woodgate（2010）が述べている小児がん経験者のサバイバーシップの2番目の時期の「新たな普通」を発達させることと一致すると考える。本研究の対象者は10歳以上での発病者が多く、学校生活を送ることは、その年代として普通のことである。しかし、小児がんの診断・治療を経て普通でいるためには、発病前とは違う新たな側面も理解し《社会生活を取り戻す》《病氣説明を見極め対人距離調整》の努力をして、「普通」を再構築していたと考えられる。10歳代の患者にとって、学校生活での体力や体調を考慮した体育への参加や登校方法の調整、周囲の視線の意識は、それまでの普通とは異なる経験であり努力を要し、20歳以上では晩期合併症の治療を受けて職場に戻る際にも「普通」の再構築が必要であった。また、10歳代から20歳代、30歳代へと年齢を重ね、進学・就職・結婚など《ライフイベントの取り込み》の際には、前の発達段階とは違う次の新たなステージで《病氣説明を見極め対人距離調整》もはかりながら「普通」を構築・維持していた。つまり、小児がん経験者は同年代の人

と同様の「普通」の生活を送るために、発病後や発達段階が上がる際に「新たな」努力をすることで「普通」を現在の状態まで発達させていた。

そして、本研究の対象者は小児がん発症から6～31年と長期の経過をたどっており、小児がん経験者のサバイバーシップの3番目かつ最後の長期的な生存の時期（Shepherd & Woodgate, 2010）にも入っていたため、晩期合併症の出現も多い。〈気になる晩期合併症〉を抱えながら、【普通の生活の構築と維持】をしており、がんとともに生きる過程を象徴していると考えられ、進学・就職・結婚等のライフイベントを含めた生活構築・調整ができるよう支援が必要である。しかし、晩期合併症を抱えながら、発達に伴う変化も踏まえて普通の生活を維持することは容易ではなく、晩期合併症出現の際は、本プロセスの初期における《生活の脅かし》や《納得できない》状態に陥る可能性を念頭におくべきである。

本研究の対象者が20～36歳であったことから、この年代特有のライフイベントが結果に反映され、〈気になる晩期合併症〉や《病氣説明を見極め対人距離調整》との関係が深いものであった。発達段階が上がるにつれ、ライフイベントや対人関係の深まりがあることで、〈わかってほしいと病氣説明〉する機会が増えると同時に、説明する相手も年齢が上がり理解してもらえると期待できることが示唆され、葛藤や不安を抱きながらも、職場の上司や結婚相手およびその両親などへ誠実に病氣説明する行動をとることで、重要なライフイベントの取り込みに成功していると考えられた。言語的表現力や自身の病氣についての理解の深まりなど、他者への病氣説明に必要な能力が向上するという発達上の特徴も考えられる。しかし、病氣の理解を深めるには年齢を重ねるだけでは不十分で、年齢が上がってもコミュニケーションに困難を伴う人もおり（石田・林・井上・小澤，2014）、医療者の支援が必要である。さらに、個人の価値観や周囲の受け止め方の幅を考慮することも課題である。

4. 自信を獲得した状態

《自信獲得》には、つらい治療を乗り越えたという自信だけでなく、【普通の生活の構築と維持】を成し得てきた自信や、小児がん経験者である以前に1人の人間として今後も普通の生活をしながら自分の人生を歩んでいこうとする姿勢がうかがえる。つまり、病氣をもちながらも、普通の生活経験を積み重ねることで、「健全な自己と疾患をもつ自己を統合」（丸，2005，p.142）ができた状態が、《自信獲得》であると考えられる。

19歳以上の小児がん経験者は、病氣体験を「貴重な体験だと思う」「視野、考え方が広がった」「人の痛みがわかる

ようになった」「病気になったのは仕方がない、諦めている」と考える割合が、13～15歳と比べて高く、発達過程に伴い病気のとらえ方が多様化すると報告されており（武井ら、2012, pp.641-643）、20歳以上を対象とした本研究でも類似したとらえ方は多く見受けられた。仕方がないととらえ、変えられない事実についていつまでも悩まずいったん気持ちの整理をつけることで、現在できることや将来の可能性に目が向くと考える。貴重な体験、視野や考え方の広がり、人の痛みの理解は、本研究では〈闘病を乗り越えた自信〉〈病気体験を活かしたい〉に反映され、病気をもつ自分に対する自信や可能性を信じる《自信獲得》につながっていた。

しかし、《自信獲得》がなされても〈喪失感の持続〉がみられ、小児がん経験者はおおむね普通の生活ができるとはいえ、長期に病気の影響を受け向き合わざるを得ないため、相反する気持ちが持続することを理解する必要がある。また、《自信獲得》に至らない場合、対象者の年齢幅や心身の状態が社会生活経験に影響していた可能性が考えられる。

B. 看護への示唆

小児がん発病や再発後間もない急性期や、重篤あるいは永續する晩期合併症出現後間もない時期は、身体的苦痛とこれまでの生活が脅かされ苦悩するため、医療者は、身体的苦痛を増強させず緩和を助ける確かな医療技術の提供、病気やおかれている現状に納得いかず抵抗する気持ちを受け止め、理解や納得を確認しながら説明することが必要である。それらが医療者との信頼関係を構築すること、本人の対処力を引き出すことにもつながると考える。また、医療者や闘病仲間などとの新たな人間関係の構築とサポート源をつくる一方で、すでに信頼関係のある家族のサポートや友人との交流を継続できるような環境づくりが必要である。闘病仲間については、小児がんは稀少疾患であることから治療施設をある程度集約し、年齢相応のプレイスペースなどの居場所、院内学級、大部屋等を設けることで、闘病仲間が得られやすくなると考える。一方、治療施設の集約化が進むと、家庭から遠方となり両親をはじめとする家族のサポートが得られにくくなるため、そのバランスの保持や、家族の面会時間を自由にするなどの調整が必要であろう。友人については、入院中の面会制限を伴う場合もあるが、思春期では病気に伴う自尊心の低下や、面会・会話を望む反面、距離を置きたいという両面的な気持ちがあることを念頭におき、負担をかけずに交流できるようインターネットの活用や仲介など間接的な方法も併用した関係維持が望ましい。

発病が乳幼児である場合は、発達が進み、治療終了後に

病気の説明をされるため、説明に実感を伴わず納得がいかないこともあり、医療者からのていねいな説明と本人が気持ち・思考を整理できるような支援が必要である。そして闘病仲間の記憶や継続した交流が乏しいため、小児がん経験者のセルフ・ヘルプ・グループ等を紹介することで、〈自分だけじゃない〉と自ら病気を引き受けていく気持ちの準備や後押しができると考える。

【普通の生活の構築と維持】のためには、小児がんに伴う身体的・生活変化の特性を踏まえ、対人関係の調整も含めて社会生活に復帰・適応できるような支援が重要である。小児期の社会生活への復帰は復学が主となるため、先行研究（加藤・大見、2012；大見ら、2010）のように、看護職は他の医療者や教員と調整会議をもつなど連携して入院中から支援する必要がある。また、体調を考慮した活動調整や他者への病気説明の見極めなどについて、子どもと家族の理解や希望を確認・尊重しながらイメージ化を助ける必要がある。

小児がん経験者は、小児期から成人期に至るまで長期に身体的影響を懸念しながら生活し、進学・就職・結婚等のライフイベントを経験していくため、年齢に応じて晩期合併症について、実際と可能性、予防・治療などの健康管理も含めて説明し、理解を確認するべきである。また、身体的制約や健康管理と、社会生活およびライフイベントとの折り合いをつけていけるよう、発達に伴う生活や健康状態の変化に応じて、本人の病気のとらえ方や他者への病気説明を含む対処行動を確認し、相談に応じる、ソーシャルワーカー等の専門職の紹介、ピアサポートの活用、結婚相手など重要他者への説明などの支援が必要である。

そして、【普通の生活の構築と維持】が《自信獲得》につながるため、退院後の社会生活を支援し、普通の生活ができている喜びや努力を共有することで、自己や自分の人生への肯定感を高めていける可能性があると考えられる。小児がん経験者は発達過程に伴い多様な考え方が出現してくるため、病気や自己に対するとらえ方を確認し、否定的な気持ちが共存しても前向きな気持ちが上まわり希望をもって人生を歩んでいることを支持する必要がある。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、小児がん経験者が病気を自分のこととして生活や心理面に引き受けて生きていくプロセスを包括的にとらえることができたが、必ずしも経時的なものではなく循環的なものも含むことから、発達過程に伴う変化や生活の構築・維持過程の詳細を示すことには限界があった。これらには、発病年齢や経過年数の幅が広いが対象者数が少ないため、豊富な具体例を得られず概念生成を断念したも

のもあることが影響したと考える。今後は、対象者の年代、診断種別、発病時期などの背景、および発達や生活変化の時期をそろえたうえで、小児期から成人期にかけての発達過程や社会生活の構築過程について詳細に明らかにし、闘病後の発達・生活を見据えた支援に活用しやすい結果を提示することが課題である。

結 論

1. 小児がん経験者は病気をもつ自分と向き合うプロセスにおいて、【普通の生活の構築と維持】、その前後の《覚悟》《自信獲得》を通して、病気を自分のものとして生活と心理面に引き受けていくことが明らかになった。
2. プロセスの中心である【普通の生活の構築と維持】とは、《社会生活を取り戻す》《ライフイベントの取り込み》《病気説明を見極め対人距離調整》という3カテゴリーを含み、生命・生活の脅かしから立ち直った後も、長期に続く病気・治療の影響を受けながら、社会のなかで生活し発達していく努力を継続する過程であった。
3. 生活と心理面の両方に影響を与えていたのは、小児がんによる《身体の異変》と、小児がん経験者を支える《ともにある存在》であった。
4. 普通の生活の構築は自信獲得にもつながることから、小児がんに伴う急激な身体的・生活変化から社会復帰・適応できるような支援、および長期的な身体的影響を踏

まえ、発達過程に伴うライフイベントを含めた生活構築・調整できるような支援が必要である。

謝 辞

本研究において貴重な経験を語っていただきました小児がん経験者の皆さまに深く感謝申し上げます。また、調査において対象者さまのご紹介をしていただきました医師の皆さま、調査場所の調整をしていただきました看護師の皆さま、分析過程でご助言いただきました立教大学社会学部木下康仁教授およびM-GTA研究会の皆さまに心よりお礼申し上げます。

本研究の一部は日本看護研究学会第41回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP22792219の助成を受けたものである。

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

目的：病気を認識したときから成人期に至るまでの小児がん経験者の病気をもつ自分と向き合うプロセスを明らかにする。

方法：20～36歳の小児がん経験者13名に半構成的面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

結果：34概念、10カテゴリー、1コアカテゴリーが生成された。小児がん経験者は、小児がん発病や再発、晩期合併症出現の折に《身体の異変》と《生活の脅かし》に対し、《納得いかない》と苦悩しながらも、《ともにある存在》に支えられ《覚悟》や《生活への希望》を見出し耐えていた。そして、《社会生活を取り戻す》《ライフイベントの取り込み》《病気説明を見極め対人距離調整》を含む【普通の生活の構築と維持】の努力をし、《自信獲得》に至っていた。

結論：小児がんに伴う心身・生活の変化を踏まえ、対人関係やライフイベントも含め長期的に生活構築・調整できるような支援が必要である。

Abstract

Purpose: This study aimed to elucidate how childhood cancer survivors self-reflected on having cancer from the time they became aware of their disease to adulthood.

Methods: We conducted semi-structured interviews with 13 childhood cancer survivors aged 20–36 and performed an interpretive analysis using the modified grounded theory approach.

Results: 34 concepts, 10 ‘categories’, and one [core category] were generated. Childhood cancer survivors ‘struggled to

accept the situation' of the 'physical changes' and 'threat to their life' associated with the onset, recurrence, and late-onset complications of childhood cancer. Afterward they were supported by 'being together', they 'resigned to accept treatment' and were able to again 'have future hopes and life expectations. Then, they attempted to [build and maintain a normal life], which led them to 'gain confidence'. Through this process, they were able to 'socially reintegrate', 'experience life events', and 'ascertain how to explain their disease to others and adjust to the sense of distance between self and others'.

Conclusions: These findings suggest the importance of supporting childhood cancer survivors in adjusting lifestyles, including fostering relationships with others and experiencing life events, and considering the physical and psychological changes that occur with the onset and late effects of childhood cancer.

文 献

- 畑江郁子 (2013). 小児がん治療を終了した青年の病気体験. 小児がん看護, 8, 27-36.
- 林 亮 (2014). 小児がん患者の病気体験におけるレジリエンスの構造. 日本小児看護学会誌, 23(3), 10-17.
- 石田也寸志, 林 三枝, 井上富美子, 小澤美和 (2014). 小児がん経験者の自立・就労に関する横断的実態調査. 日本小児血液・がん学会雑誌, 51(5), 482-492.
- 石田也寸志, 本田美里, 上別府圭子, 大園秀一, 岩井艶子, 掛江直子, 坂本なほ子, 岡村 純, 浅見恵子, 稲田浩子, 前田尚子, 堀部敬三 (2010). 小児がん経験者の晩期合併症およびQOLの実態に関する横断的調査研究: 第1報. 日本小児科学会雑誌, 114(4), 665-675.
- 加藤千明, 大見サキエ (2012). 小児がん罹患した子どもの復学を担任教員が支援していくプロセス: 院内調整会議後の学校生活適応プロセス. 日本小児看護学会誌, 21(2), 17-24.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践: 質的研究への誘い. 7-229, 東京: 弘文堂.
- 前田陽子 (2013). 思春期に小児がんを発症した患児の入院体験: 小児がん経験者の語り. 日本小児看護学会誌, 22(1), 64-71.
- 牧野麻葉, 野中淳子 (2010). 小児がん経験者への長期的な支援に関する検討: ライフストーリーからの分析. 小児がん看護, 5, 43-56.
- 丸 光恵 (2005). 思春期患者の発達課題と看護. 小児看護, 28(2), 137-144.
- 益子直紀 (2012). 小児がん経験者の就職における体験: ライフストーリーからの分析から. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 42, 236-239.
- 益子直紀, 堀越正孝, 二渡玉江 (2011). 小児がん経験者の後遺症・晩期合併症に伴う心理・社会的な問題: ライフストーリーからの分析. ヘルスサイエンス研究, 15(1), 93-98.
- 望月 悠 (2012). 小児がん経験者の病氣を受容していくプロセス. 臨床心理学研究, 10, 115-131.
- 森 浩美, 嶋田あすみ, 岡田洋子 (2008). 思春期に発症したがん患者の病気体験とその思い: 半構造化面接を用いて. 日本小児看護学会誌, 17(1), 9-15.
- 中村伸枝 (2003). 慢性病児のストレス・コーピングと看護の役割. 小児看護, 26(8), 982-986.
- 小代仁美, 早川友香 (2015). 小児がんの子どもの闘病体験に関するメタ統合. 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, 11, 24-32.
- 奥山朝子, 森美智子, 小林八代枝, 大高麻衣子 (2009). 学童期以上の小児がん患児・家族の心理社会的状況: 闘病体験から得られた成長に着目して. 小児がん看護, 4, 15-26.
- 大見サキエ, 宮城島恭子, 岡田周一, 坂口公祥, 三浦絵莉子, 須永訓子, 坪見利香 (2010). ALLで骨髄移植後再三の退院延期を余儀なくされた小学生の復学支援: 初めて介入した調整会議が有効であった事例の検討. 小児がん看護, 5, 78-89.
- 大園秀一, 石田也寸志, 栗山喜久子, 浅見恵子, 松下竹次, 前田美穂, 有瀧健太郎, 石井栄三郎, 吉成みやこ, 石本浩市, 堀部敬三 (2007). 小児がん長期フォローアップ調査報告. 日本小児科学会雑誌, 111(11), 1392-1398.
- 戈木クレイグヒル滋子, 寺澤捷子, 迫 正廣 (2004). 闘病という名の長距離走: 病名告知を受けた小児がんの子どもの闘病体験. 看護研究, 37(3), 267-283.
- Shepherd, E.J.W. and Woodgate, R.L. (2010). Cancer survivorship in children and young adults: A concept analysis. *J Pediatr Oncol Nurs*, 27(2), 109-118.
- 武井優子, 尾形明子, 平井 啓, 小澤美和, 盛 武浩, 真部 淳, 鈴木伸一 (2012). 小児がん患者における病気のとらえ方の検討. 心身医学, 52(7), 638-645.
- 渡邊 朋 (2009). 思春期の血液・腫瘍疾患患者が入院中に経験するゆらぎと対処. 小児がん看護, 4, 27-36.

〔平成28年6月22日受 付〕
〔平成29年4月5日採用決定〕

—原 著—

難治性がん患者とともに歩む配偶者が 新たな役割を形成するプロセス

Processes by Which a Spouse Living with His/Her Partner with
Intractable Cancer Carves a New Role for Himself/Herself

菊 地 沙 織 神 田 清 子
Saori Kikuchi Kiyoko Kanda

キーワード：難治性がん，配偶者，役割，がん看護

Key Words：intractable cancer, spouses, roles, cancer nursing

緒 言

近年のがん治療の進歩に伴い，がんは死に直結する病ではないととらえられるようになってきている。しかしそのなかで，肺がんや膵臓がん，胆嚢・胆管がんは早期発見がむずかしく，5年生存率が低い（国立がん研究センター，2016）。これらのがんは自覚症状が出現したときには病状がかなり進行している場合が多く，臨床的な転帰をみても，予後不良の難治性がんである。

難治性がんの診断を受けた患者はもちろん，その配偶者もまた大きな衝撃を受け，患者とともに療養していくことになる。近年では，核家族化が進んだことで性別役割分業が徐々に解体され，夫婦2人でこれらの役割を分担して生活を維持している。しかし，夫婦の一方ががんにかかることでその均衡を保つことが困難となり，患者がもともと担ってきた役割を配偶者が引き受けることがある。それだけでなく，配偶者は患者が苦痛を伴う治療を受けたり，厳しい病状と向きあわなければならなくなったとき，そして死に向かっていることを自覚せざるを得なくなったときにも，それらを患者とともに受け入れていかなければならない。

医療従事者は，どこかで「家族は患者のケアに参加する」役割を求めているところがある。一般的に，配偶者が患者の役割を代行・獲得することは，〈夫婦規範〉とよばれる「夫婦の責任」「家族だから当たり前」というような義務感に基づいて行うものであると認識されている場合もある。しかし，配偶者が患者の担っていた役割や介護役割を新たに担っていくことを重荷に感じ，役割を担っていくための役割行動をとれずに，役割過重に陥っていくことは少なくない。医療従事者が当たり前のように「家族は患者

のケアに参加する」役割を期待することは，支援が必要な家族を追い詰めてしまう危険をはらんでおり，医療従事者は，患者の家族も社会的役割を担っていることを前提にかかわる必要がある。

患者が療養している期間，配偶者も患者と同様に難治性がんに向きあわなければならない点においても，配偶者の精神的負荷は大きい。伊藤（1997，pp.68-74）は，終末期のがん患者の配偶者は，がんと告知を受けたときから予期悲嘆を感じ始め，病気への無念さ，症状悪化への恐怖，先が見えない不確かさへの不安を抱えていることを明らかにしている。さらに，近年問題視されているのが，患者との死別後に配偶者の抑うつ状態が顕著になることや自殺である。患者との死別後1年以内に抑うつ徴候を呈する人は47%にものぼる。死別後1年以内は自殺リスクが高まり，男性では66倍，女性では10倍に上昇することが明らかにされている（大西・奥野，2005，pp.296-300）。Thomas Holmes と Richard Raheによって発表された「Holmes and Rahe Stress Scale」（1967，pp.213-218）によれば，「配偶者の死」がストレス強度としては最も高い100で表されることを報告しており，配偶者との別離による精神的負荷はかなり大きいことが分かる。さらに，宮林（2005，pp.83-91）は，日本人の死別悲嘆の身体反応として睡眠障害，食欲障害，自律神経失調症状が出現することを報告している。つまり，配偶者は患者の療養中は役割過重に陥る可能性が高いことに加え，死別後にはさらなる精神的負荷を受ける存在であることがうかがえる。そのような状況におかれながら，配偶者は患者が担っていた役割を調整し，徐々に代行していく過程を体験している。患者の死後も，配偶者とその家族の生活は続いていく。看護師は，患者の療養過程のなかで，配偶者が役割過重に陥り，最終的にその家

族が破綻してしまうことのないよう、看護支援を行う必要がある。

役割に関する先行研究は、ALS患者の役割認識の変化（隅田・佐々木，2014，pp.189-200），女性生殖器がん患者の家族内役割に対する思いの研究（塚越・藤野・石田・神田，2005，pp.51-59），病気の家族員をもつ家族内の役割移行に関する研究（安部ら，2012，pp.77-86）がある。しかし，先行研究では難治性のがんという，死を身近に感じざるを得ない患者の配偶者を対象にした研究や，配偶者の役割に特化した研究は見当たらない。

そのため，難治性がん患者の配偶者が，これまで担ってきた役割に加え，新たな役割を形成するプロセスを明らかにすることで，いつどのようにして患者が担っていた役割や自分の役割を調整しているのか，その際配偶者にどんな荷重がかかっているのかを知ることができ，看護介入のタイミングの指標にすることができる。

そこで本研究は，患者のがんが難治性であることを認識している配偶者が，新たな役割を形成するプロセスを明らかにし，看護支援を検討することを目的とした。

I. 用語の定義

a. 難治性がん

患者のがんの種類は問わず，外科的治療の適応外とされているⅢB期以上の病期のがんを難治性がんとする。

b. 配偶者

法律的な婚姻関係の有無にかかわらず，自分たちの関係は夫婦であるとお互いが認識しているパートナーを指す。

c. 役割

社会的役割とは，社会的地位に付随する，社会的に定義された属性と期待の集合体を意味する（黒田，2015，pp.353-355）。本研究では，個人が社会や集団，家庭内での他者との関係性から課せられる行動形態や個人の存在，態度も含む。なお，本研究での役割の範囲は，患者や配偶者が暮らす地域，家庭内にとどめる。また，他者との相互作用を通じて役割（期待される行動）が修正されたり，新しく形成されたりすることを役割形成という（黒田，2015，pp.356-357）。このことから，難治性がん患者の配偶者が，自分の役割に加えて患者の役割を担い，役割の調整を行うことを，「役割を形成する」とことと定義する。さらに，「役割を形成するプロセス」には，難治性がん患者の配偶者が新たな役割を形成するなかで認知したことや影響を及ぼした事象も含む。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の目的は，難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセスを明らかにすることである。そのためには，研究対象者のありのままの状態から記述理論を生成することが必要であるため，因子探索型の質的記述的研究デザインを採用する。

2. 研究対象者

A病院に入院中の難治性がん患者の配偶者を対象とし，以下の選定条件をすべて満たし，研究への参加の同意が得られた15名。

- ①患者のがんが治る見込みがない病気であると認識している配偶者
- ②患者が自身のがんが治る見込みがない病気であることを認識している
- ③精神疾患の既往がなく，日常会話が可能な程度の認知・言語能力を有している
- ④対象者自身が本研究の主旨を理解し，研究協力に同意している
- ⑤患者のPerformance Status（Cancer Therapy Evaluation Program，1999）が0から2（0は全く問題なく活動でき，発病前と同じ日常生活が制限なく行える。2は歩行可能で自分の身のまわりのことはすべて可能な状態）である

3. データ収集期間

2014年5月から2014年11月。

4. データ収集方法

データ収集は半構造化面接と診療録調査により行った。研究実施施設の看護管理者に選定条件を満たす研究対象者のリストアップを依頼し，研究対象候補者を決定した。その際に，質問の概要についても看護管理者から研究対象者に説明を行ってもらい，質問に答えられると返答があった者を研究対象候補者とした。その後，研究者が直接研究対象候補者に研究の説明を行い，同意が得られたあとに調査を実施した。

面接内容は，①病気にかかる前，患者と配偶者はどのような役割を担っていたか，②診断後，患者のがんが難治性であることがわかったとき，配偶者はどのような感情を抱き，考えたか，③とくに患者のがんが難治性であると認識したときから配偶者の考えや行動，役割に変化はあったか，などである。

面接時は，対象者の自由な語りを聴くことに専念し，語りのなかで曖昧な部分や，対象者の感情や考えが十分に表

出されていないと判断した際には質問を加えた。面接時間は30分～1時間程度とし、面接回数は1人1～2回とした。面接内容は対象者の同意を得てICレコーダに録音した。また、診療録から患者の基本的背景の情報収集を行った。

5. 分析方法

分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（木下，2003；木下，2007a；木下，2007b）（Modified Grounded Theory Approach: M-GTA）を用いて行った。M-GTAは、研究する人間の視点を重視していること、実践的活用のための理論生成が可能であり、応用者が自分のおかれている状況特性を取り入れながら修正をしつつ活用していく手法である。したがって、人間と人間とが直接やりとりする社会相互作用に関する研究、ヒューマンサービス領域、研究の対象とする現象がプロセス的特性をもつ研究に適しているとされている。

本研究は、がん患者の配偶者が、病気が治る見込みはないことを認識し、患者の療養生活を支えながら新たな役割を形成するプロセスを明らかにし、看護支援を検討することを目的としている。患者のがんが難治性であることを認識したときから、配偶者自身の役割が修正、追加されながら変化していくというプロセス性をもっており、研究の対象者は患者のがんが難治性であると認識した配偶者に限定している。また、配偶者と患者、配偶者と他家族員、配偶者と地域社会というような相互作用が関連しているため、M-GTAを用いて分析を行うことが適切であると判断し、以下の手順で分析を行った。

- ①半構造化面接を行い、得られたデータから逐語録を作成する。
- ②分析焦点者を「患者のがんが難治性であることを認識している配偶者」とし、分析テーマを、「患者のがんが難治性であることを認識している配偶者が、新たな役割を形成するプロセス」と設定した。
- ③語りが豊富にあったデータを熟読し、分析テーマに関連する箇所に着目し、その意味を忠実に表現するように命名して概念を生成した。概念ごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記入した。
- ④2例目以降のデータから、対極比較、類似比較の観点から継続的比較分析を進め、新たな概念生成を行いながら、すでに概念化されている具体例は、該当のワークシートに追加した。分析過程において、12名のデータを分析し終えた時点で新たな概念が生成されなくなったため、その後1名の追加インタビューを行い、新たな概念が生成されないことを確認した。

⑤全対象者の分析終了後、概念の関係性を個々の概念ごとに検討し、複数の概念からなるカテゴリーを生成した。個々の概念の説明力や説明範囲はばらつきがあるため、説明力のある概念は、カテゴリー化はせずに単独の概念として位置づけた。

⑥概念、カテゴリーからコアカテゴリーを生成した。

⑦概念、カテゴリーとコアカテゴリーの関係を、プロセスにおける時間的な流れを考慮しながら分析結果をまとめた。どのようなプロセスをたどるのかという視点を重視し、継続的に比較分析をした。最終的に、プロセスになる結果図を作成し、簡潔に文章化したストーリーラインを作成した。

6. 分析の真実性・妥当性の確保

データの分析過程において、随時、研究指導者1名に助言・指導を依頼し、適切に研究が進められるようにした。さらに、分析テーマの設定時、概念からカテゴリーを生成する過程、概念、カテゴリー相互の関係からコアカテゴリーを生成する過程、結果図、ストーリーライン作成時などのすべての段階において、がん看護ならびに質的研究に精通した研究者3名にスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

本研究は、独立行政法人国立病院機構渋川医療センター倫理審査委員会による審査において承認を受け実施した（承認番号：14-03-01）。研究対象者には口頭と文書で研究の主旨を説明し、同意書への署名をもって研究協力の承諾とした。また、患者に対しても口頭と文書で研究の概要を説明し、患者の診療録から情報を収集することへの同意を得た。

面接はプライバシーが確保できる個室で実施した。さらに、面接によって起こりうる精神面への影響に十分配慮し、話したくない内容は話さなくてもよいことを説明し、必要時には研究協力者である看護師にフォローを依頼できる体制を整えた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

同意が得られた15名のうち、分析対象となったのは13名であり、概要を表1に示した。対象から除外した2名は、患者のがんが難治性であることを否認しており、自分自身や患者がおかれている状況を語る事ができる状態ではないと判断し、除外した。平均年齢は61.6歳（標準偏差8.31歳）、男性が5名、女性が8名であった。面接回数は対象者ひとりにつき1回実施し、面接時間は22～55分であり、

表1 対象者の概要

対象者	性別	年代	患者の診断名	患者の病期	患者の職業	職業	診断から面接までの期間（月）
A	男性	40代	肺がん	Ⅳ期	専業主婦	会社員	34か月
B	男性	50代	肺がん	Ⅳ期	会社員	会社員	81か月
C	女性	60代	小細胞がん	Ⅳ期	自営業	専業主婦	4か月
D	女性	60代	肺がん	ⅢA期（手術不可）	自営業	自営業手伝い	2か月
E	男性	60代	肺がん	Ⅳ期	退職後	退職後	88か月
F	女性	50代	肺がん, 早期胃がん	Ⅳ期	自営業	専業主婦	30か月
G	女性	60代	肺がん	Ⅳ期	自営業	専業主婦	27か月
H	女性	70代	肺がん	ⅢB期	退職後	退職後専業主婦	18か月
I	男性	70代	肺がん	Ⅳ期	パート	シルバー人材派遣	2か月
J	女性	60代	小細胞がん	Ⅳ期	自営業	専業主婦	13か月
K	女性	50代	肺がん	Ⅳ期	退職後	専業主婦	24か月
L	女性	50代	小細胞がん	Ⅳ期	会社員（休職中）	パート	2か月
M	男性	60代	肺がん	Ⅳ期	専業主婦	会社員	72か月

平均は36.5分（標準偏差10.6分）であった。面接時の患者の病期は2例を除いてⅣ期であり、すべての患者が生存していた。

2. 難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス

分析の結果、生成された概念は22概念であった。そのうち16概念からは意味内容の類似性に従って5カテゴリーが生成された。そのなかの2カテゴリーと3概念から1コアカテゴリーが生成され、残りの3概念はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念であった。1コアカテゴリーと3カテゴリー、残りの概念の関係性やプロセスを表した結果図を作成し、難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセスとして図1に示す。なお、図1の縦軸は時間の経過ではなく、難治性がん患者の配偶者が新たな役割を形成するまでの軌跡を表している。対象者によっては診断から面接までの期間にばらつきがあったため、事象間に時間的な差はあったが、分析焦点者はすべてこのプロセスを経ている。

以下、『』はコアカテゴリー、【】はカテゴリー、〈〉は概念、“ ”は定義を表す。

a. ストーリーライン

難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセスは、配偶者が患者とともに「医師から患者のがんは手術不能な病気であるという説明を受ける」ことから始まり、〈衝撃的な患者のがんの診断〉を受ける。そして、医師の説明内容や周囲のがん体験者からの情報から、実感が伴わないまま〈もう治らないがんであることへの懐疑的な認識〉をしていた。難治性のがんであるという実感を伴わない要因として、患者の〈体調が悪そうに見えないため、患者の命は大丈夫だと思う〉ことが関連していた。

そして、〈地域社会で生活するうえでの義務的役まわり〉に迫られ、配偶者にできる範囲での〈応急処置的な役割代行〉をしていた。この役割代行の結果、配偶者は〈当たり前ではなかった、患者の存在に気づく〉ことになり、〈患者の役割の大きさに比例する、これからの生活への不安〉を抱きながら、〈家族総動員でなんとかしよう〉と、家族員の力を合わせて生活を維持しようとする対処行動をとっていた。この循環を繰り返すたびに患者の役割の大きさ、それまで当たり前だと思っていた患者の存在を実感することになる。この一連の流れは、配偶者が心的葛藤をもちながらもとりあえず行う、【「患者はまだ大丈夫」埋め合わせの役割代行】として位置づけられた。また、がん診断を受けてからは、〈いままでどおりには過ごせない重苦しい毎日〉を送ることになり、いままでしてきた趣味や娯楽を〈楽しめなくなった自分〉を自覚することになる。これらは、【診断時からつきまとう負担感】であり、このプロセスのどの段階においても影響を及ぼしていた。

そして配偶者は、患者の病状の悪化や体力の低下、いままでになかった身体症状の出現というような〈患者の弱りの認知〉をする。患者が、弱りに伴って自分にできることが少なくなってきたことを自覚し落ち込む姿を見て〈おもんばかりの患者の心情〉を感じとり、配偶者は〈自分がしっかりしなくちゃ〉と奮起し、〈患者中心の価値観へのシフト〉をするという【患者を支えていく覚悟】をもつ。その後、役割代行の準備段階である〈役割代行への気構え〉をもち、〈役割代行の試行錯誤〉をしながら、〈負担が大きくゆとりのない役割代行生活〉を送っていた。しかし、配偶者は、試行錯誤しながらも徐々に役割を代行できた経験を増やし、〈患者の負担軽減のための役割獲得〉をする。その結果、配偶者は、いままでの自分よりも成長できたことを自己評価し、〈役割獲得を通して成長し、新た

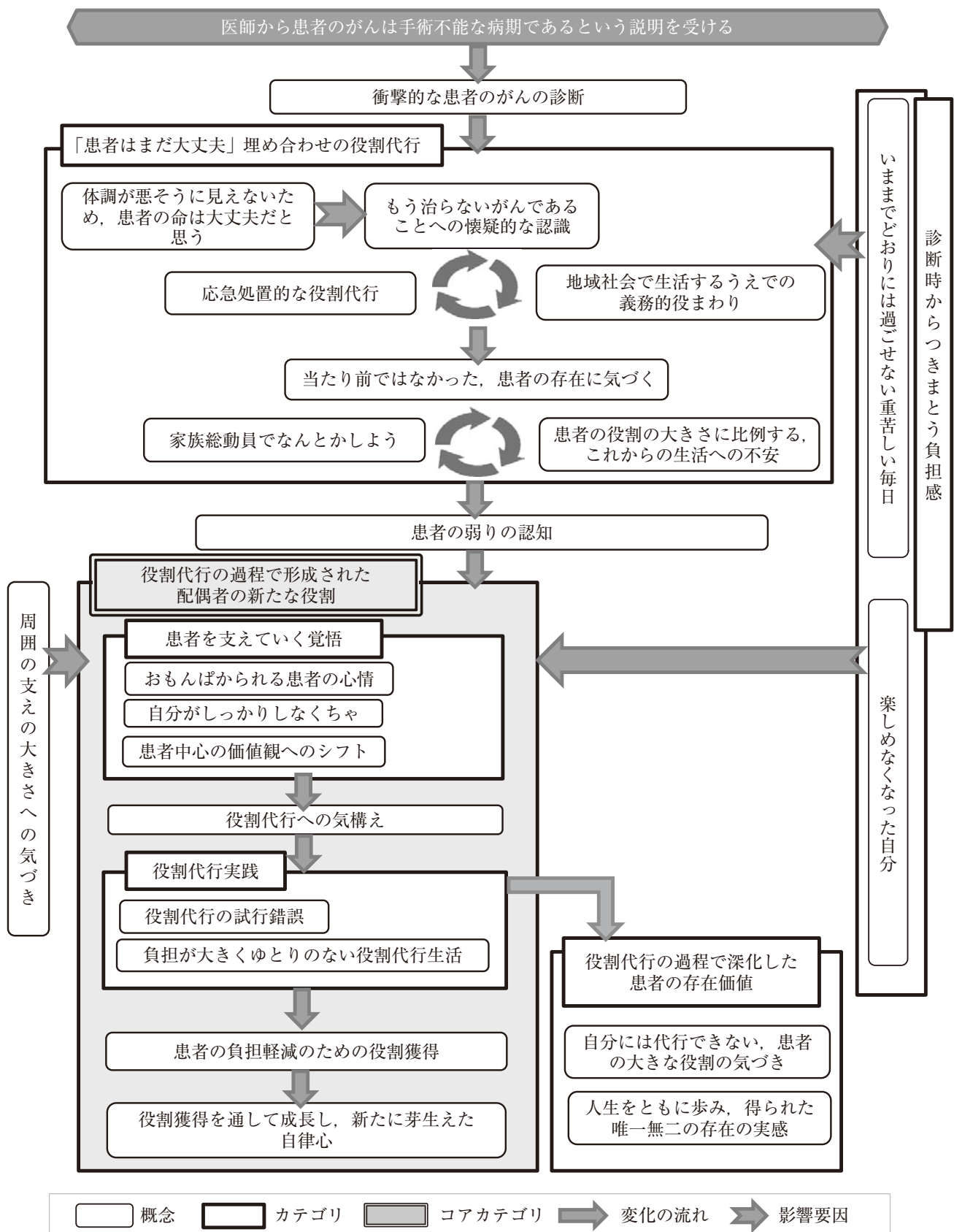


図1 難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス

に芽生えた自律心〉を自覚するに至っていた。これらの、〈患者の弱りの認知〉をして以降の動きは、『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』として位置づけられた。同時に配偶者は、【役割代行実践】を経て、〈自分には代行できない、患者の大きな役割の気づき〉とともに〈人生をともに歩み、得られた唯一無二の存在の実感〉を得ていた。

b. コアカテゴリー、カテゴリー、構成概念の説明

以下に、本プロセスを構成する1コアカテゴリー、4カテゴリー、22概念について、具体例（太字ゴシック体で明示）をあげて説明する。

(1) 〈衝撃的な患者のがんの診断〉

この概念は、医師から患者の病気ががんであり、かつ手術ができない病期であることを説明された後の配偶者の反応を表している。定義は“患者の病気ががんであり、手術ができないほど病期が進行しているという思いもよらない診断に大きなショックを受けること”である。

まさか、がん、なんてね、思いもよらなかったから。一応検診も受けてたから、あんな大きくなるまでわからないだなんてことないだろうと。最初知ったときには、いやー、こんなになるまでわからないかなーって、すごい、ショックでした。（C氏）

(2) 【「患者はまだ大丈夫」埋め合わせの役割代行】

このカテゴリーは、配偶者が、患者のがんの診断後、心的葛藤をもちながらも義務感に迫られ、とりあえずできる範囲で患者の役割を代行することを表している。このカテゴリーは7概念から生成された。〈もう治らないがんであることへの懐疑的な認識〉〈地域社会で生活するうえでの義務的役まわり〉〈応急処置的な役割代行〉を繰り返すうちに、〈当たり前ではなかった、患者の存在に気づく〉〈患者の役割の大きさに比例する、これからの生活への不安〉〈家族総動員でなんとかしよう〉の3つの概念の循環へと、その様相が変化していった。

〈もう治らないがんであることへの懐疑的な認識〉の定義は“医師の説明や周囲のがん体験者の情報から、患者のがんは治るがんではないという事実になんかの疑念をもちながらも、認めるようになること”であり、I氏の語りのような例で示された。

先生のほうからは小細胞がん、かなりたちの悪い肺がんであると、で、手術の見込みがない時点でもうだめかなあっていう判断をしたんですけど、でも、もしかしたら、血液のがんといっしょで、抗がん剤がかなり効きますよってお話だったんですね。

〈体調が悪そうには見えないため、患者の命は大丈夫だと思う〉の定義は“がんの診断に驚くが、患者に身体症状が出現しておらず、診断前と同じ日常生活動作ができた

め、深刻に考える状態ではなく、これからそうあってほしいと思うこと”とし、A氏のような具体例で示された。

そうですね、そんだけの転移があったんで、正直、まづいかなってというのはありましたね。（中略）でもそんなときまだ本人が元気だったんで、立ち直ってくれるだろうと思ってたんで。

〈地域社会で生活するうえでの義務的役まわり〉は、居住地域のなかの当番制の役割を担っていかなければならないという心情が表されていた。定義は“地域の周囲の人がやっているのと同じように、患者の代わりの役目を努めなければならぬと思うこと”である。

まあ、旦那さんいない人はみんな奥さんが出てやってるんだから、うん、それは、やらなきゃなんない仕事なんですけどね。そんな無理なことはさせないから、みんな、女の人も出てるから、別にね、あれ（大丈夫）なんだけど。（C氏）

〈応急処置的な役割代行〉の定義は“入院によってすることができない患者の役割を、現状を維持するためにとりあえずできる範囲で代行してみる”こと”であり、I氏が語ったような具体例で示された。

もちろん家事は、ほとんどね、（妻が）やっててくれましたから。だからお勝手のことなんか、入院するまで俺やったことないんですけど、入院してからやるよりほかないから、（自分が）やるようにしてますけど。あと洗濯……洗濯も、洗濯機まわしたことないから、やり方がわからなかったんだけど。

〈当たり前ではなかった、患者の存在に気づく〉は、配偶者が患者の役割を代行した経験を経て、患者の存在性に気づくことを表す。定義は、“患者が不在になることで、いままでとくに意識することのなかった患者の役割や、空気のような存在だった患者が、実は大きな存在だったことに気がつくこと”である。

こないだね、あの、車のライトが消えちゃってね、前の、ウインカーの。（それを患者に伝えと）ああそれは電気がきれてるかもしれないって言うんですよ。（中略）やっぱりお父さん（患者）の言ってたとおりだ、と思って。普通ならすぐ直してくれるんですけど。それで自動車屋さん持ってって、直したんですけど。そういうとき困る。なんでもしてくれたからね、いままでね。考えてみるとみんなお父さんがしてくれてたなって。（H氏）

〈患者の役割の大きさに比例する、これからの生活への不安〉の定義は、“患者が病前担っていた役割の大きさを実感し、これからその役割をどうしていいか、自分にできるか不安に思うこと”である。配偶者がいままで患者が担っていた役割に改めて気がついたことで抱いた、これからの生活を送るうえでの不安な心情である。C氏は以下のような心情を吐露していた。

作業とかそういうの、いままで、したことないからすごく、

不安、不安ですよ。だから、冬になって、雪かきとか。毎朝。雪かきなんてお父さんがいれば、ほんとしたことないから。これから冬がね。それが心配ね。

〈家族総動員でなんとかしよう〉は、配偶者が、これからの生活への不安を抱きながらも、家族の力を合わせて患者の役割を担い、なんとか生活を維持していこうという思いから対処行動をとることである。定義は“患者が入院することで起こる家庭内の不備を、家族で協力しあって補うこと”とした。

ちょうどアパートから出て戻ったときに、ちょうど、義理のお母さんの仕事の区切りがついたんで、昼間いれるようになったんで。で、保育園からこどもが帰ってきたときの送り迎えとか。してもらったり面倒みてもらったりしてますね。(A氏)

(3) 【診断時からつきまとう負担感】

このカテゴリーは、がんの診断を受けてからは、いままでどおりには過ごせなくなってしまった配偶者の状態を示している。このカテゴリーは、本プロセスのどの段階に対しても影響を及ぼしていた。〈いままでどおりには過ごせない、重苦しい毎日〉と、〈楽しめなくなった自分〉の2概念から生成された。前者の定義は“患者ががんの診断を受けてから、家にいても何をしていても常に患者を心配し、不安感もちながら、心が晴れない毎日を過ごすこと”であり、その例として、L氏は、以下のように話していた。

朝とか、おはようってメールするじゃないですか、そうすると、返ってこないとか心配になるわけですよ、またなんか起こったんじゃないの、みたいな（ことを考えてしまう）。うちすぐそばなんですけど、それだったら顔見てから仕事行こうとか、来られるぐらいの距離なんで、顔見て帰ろうとか。

後者の定義は“入院中の患者のことが気がかりで、自分の趣味や楽しみに思っていたことをする気持ちになれず、いままでのようには楽しめない状態”であり、J氏の語りを具体例にあげる。

パパ（患者の愛称）が病気になるたら、友だちと遊んだりいろいろもしないし、こっち（病院）来てることも多いと、友達とランチしてお茶したりするのも少なくなっちゃってるから、デパート歩いての好きだったのがやめちゃうし。あたしね、洋服がいらなくなっちゃったの。（買う量をセーブしようとしてるのではなく、デパートに）行っても、いない。

(4) 〈患者の弱りの認知〉

この概念の定義は、“患者に身体症状が出現し、状態が下降している姿を目の当たりにし、患者が弱ってきていることを認めること”である。以下のような具体例で示された。

で、そのへんからいろいろね、いままでなかった黒い痰が

出たりとか。なかった症状が出てきましたよね。顔が膨れるのとか、酸素が必要になって、どうしても酸素が必要になって。いまはもう離せない状態ですよ。（F氏）

いまは、力が入らなくて、ペットボトルのさ、ふたが開けられないんだいね。（中略）お父さんがね、だんだんだんだん、握力がね、なくなっちゃったからね。（H氏）

(5) 『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』

このコアカテゴリーは、配偶者が患者を支えていく覚悟を決め、患者の役割を代行・獲得していく過程を経て、もともと担っていた自身の役割と患者の役割を融合させ新たな役割を形成するプロセスを示している。

【患者を支えていく覚悟】は、以下の3つの概念から生成された。

〈おもんばかれる患者の心情〉の定義は、“入院・加療によって役割を果たせない患者の気持ちを思慮すること”である。

（何かやることがあると張りになる）だから、ほんとに、お父さんはもちろんそうだろうし、ね、お父さんも寝てて、ほんとにこんなことしていいんだろうかって最初はすごく思ったみたいで。寝てる場合じゃない、やることがね。ほんとストレスが溜まってたと思う。（C氏）

〈自分がしっかりしなくちゃ〉の定義は、“配偶者が患者の代わりを務め、支えるために自分がしっかりしなくてはいけないと思うこと”である。以下にD氏の語りを具体例にあげる。

仕事のことがうんと気になってたみたいで。（従業員の生活のことも頭にあつたため、試験開胸後に）納品行かなくちゃって言ったみたい。あー、それだけ気になってたのかなーって思って、で、あたしもじゃあなんとかしなきゃって。

〈患者中心の価値観へのシフト〉の定義は、“患者の療養の様子を間近に見ながら、いままでの生活様式が患者中心に変わったり、たとえ自分のことが後まわしになったとしても患者を支えようと思うこと”である。以下の具体例から示された。

だから、要するにT（地名）はもうかなり寒いから、温度調節じゃないけれども、いたるところに石油ストーブ置いて、温める、なおかつ自分の部屋にそういう清浄器とか置いて、あとは暖房の電気のやつ置いたりしてね。で、（患者は）おいに敏感なんですよ、だからなるべくにおいの出ないようにね。だから極端にいうとその一、毎日私は神棚と仏壇に水あげたり線香あげたりすんだけど、女房が来るときだけは、やはりにおいが出るんで、線香あげないんですよ。（E氏）

〈役割代行への気構え〉の定義は、“患者の役割を代行するときにもった、役割に対するイメージやいままでの経験をふまえ、代行するための心用意をすること”であり、E

氏のような語りが具体例として示された。

（炊事）やること自体はね、自分も、ホテルマン、ホテル生活をしてきたから、調理関係っていうのは、板前に話をしたり、それからつくってるところを見たりとかね。たまには、新しいものをつくったときには試食をしたりとか、そういうの見てきたからね、掃除にしても、自分では直接手を下さなかったけども、従業員がやってるから、たとえば、目に見えない部分はきれいになってるのかとかね、そういうふうなものはやってきたから、これって迷うようなことはなかったですね。

【役割代行実践】は、〈役割代行の試行錯誤〉と〈負担が大きくなりすぎた役割代行生活〉の2つの概念から生成された。前者の定義は“患者の役割を代行するために、失敗しながらも、代行の方法を修得しようとする”ことであり、具体例として、I氏の語りをあげる。

最初はね、あの、ハミングっていうやつ入れないで洗濯して。柔軟剤。それ入れなくちゃだめだつて。それで次は、柔軟剤と水の、あの、水の石鹸があってね、それを柔軟剤のほうに入れたり、3回ぐらい間違った。あるいは柔軟剤入れる引き出しがあるんですけどね、引き出し開けたまま返しちゃったりとか、3回失敗したですね。

後者の定義は“患者の代わりに引き受けた役割を行うが、その負担が大きくなりすぎた生活を送っていること”とし、F氏の語りを具体例としてあげる。

もうなんだかんだ、家事だけで（大変）。もうあれですよ、私はいまほーんと大変、いま主人がこんな感じでしょ、で実家の母が90いくつで施設にいて、主人の母が病気ありますけど施設にいるじゃないですか、で、兄が入院してるんですよ、実家の。（中略）なんだろう……そういう意味で人気者なのでぜーんぶ面倒みなくちゃなんなくて、で、孫も明日から泊りがけで、ひとりで見なくちゃなんない。もうこっちが先に逝っちゃいそう。

〈患者の負担軽減のための役割獲得〉の定義は、“患者の身体的・精神的負担を最小限にするために、自分が主体的になって、患者の役割を行うようになること”であり、E氏は以下のように語っていた。

女房が病気になってからは、あの一娘も若干は手伝いますが、もうほとんど（家事は）自分がやります、はい。（妻の）負担もそうですけどやはり、身体を動かしたりするのが大変なんで、（中略）要するに、（妻が）重労働はできないから、自分が代わってやったことですね。

〈役割獲得を通して成長し、新たに芽生えた自律心〉は、役割獲得の経過を経た結果、配偶者に起こった変化である。定義は、“患者の役割代行や役割調整の過程を経て、いままでの自分よりも成長できたことから、自分を客観的に見つめることができるようになること”である。

（運転免許がないため、公共機関を駆使して面会に来ることを）しなくちゃいけない！だから、すればできるのよ、それまでしなかっただけ。友だちに言われた、すればできる子よねって。（J氏）

（6）【役割代行の過程で深化した患者の存在価値】

このカテゴリーは、【役割代行実践】を通し、自分には代行できない患者の役割があることを実感し、患者の存在価値に改めて気づくことを示しており、2つの概念から構成された。

〈自分には代行できない、患者の大きな役割への気づき〉の定義は、“患者ががんにかかり、治療・入院していても、患者にしか担えない役割があり、それを代わりに担うことはできないと思うこと”である。

そうねー……やっぱり、（患者は）大黒柱だから、それは変わらないですし、結局、いまでもやっぱり頼ってるっていうあれはあるから、ね、できないことはあれだけど、全般的にはお父さんに頼ってるって感じになっちゃうかねー。どうしてもね。（C氏）

〈人生をとともに歩み、得られた唯一無二の存在の実感〉は、役割獲得の過程のなかで、配偶者が自分には代行できないと実感した役割から見出した、患者の存在性である。定義は“自分の人生のなかで、患者の存在がまるで自分の一部であるかのような、唯一無二の存在であることをひしひしと感ずること”である。I氏の語りのような具体例で示された。

庭をいじるのが趣味なんですけどね、かなり、草が生えても、それを取る気力がなかったですね。それで、こないだ外泊で帰ってきて、女房がうちにいるだけで、それ（草むしり）をやる気になって、それをきれいに掃除。あれ、不思議ですね。（中略）やっぱり、その人がいないとだめなんです。これは、つくづく感じましたね。だって、庭の草取りする気分にもななかったんだから。

（7）〈周囲の支えの大きさへの気づき〉

この概念の定義は、“患者不在状態のなかで生活を維持できるのは、家族や周囲の支えがあってこそだということに気づくこと”である。『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』に影響を及ぼす概念として位置づけられ、配偶者が〈患者の弱りの認知〉をした以降、以下のような語りが多く聞かれた。

でもやっぱりね、あの、力になってもらったのは、子どもたちと、主人の兄弟のお嫁さんですね。なんかのときは私たちがやるから、Yちゃん（患者の愛称）を見てあげてって感じで（言われて）。それですごく救われた感じ。ひとりだとちょっときついな。（F氏）

IV. 考 察

難治性がん患者の配偶者は、自身の役割、そして患者の役割を担い、新たな役割を形成することで配偶者自身が成長を遂げるというプロセスをたどっていた。同時に、配偶者である患者の存在の大きさを改めて実感し、患者が担っていた役割代行を通してその存在性を深めていくプロセスであった。本プロセスの現象と特徴、および看護支援について考察する。

1. 患者の弱りを認知し転換された配偶者の価値観

本研究で明らかになったプロセスでは、難治性がん患者の配偶者が〈患者の弱りの認知〉をすることがプロセスのなかの大きな転換点として位置づけられた。転換点を迎えるまでは、患者がいない生活を維持する配偶者と他家族員を中心に展開されるプロセスであった。しかし、〈患者の弱りの認知〉をすることで配偶者の価値観が転換されたことは本研究の特徴的な知見である。患者がそれまでできていたことができなくなる、身体症状の増悪などの「弱り」は、患者の存在が脅かされる出来事である。配偶者はこの脅威をきっかけに、自身と患者のそれまでの関係性を改めて見つめていたことが考えられる。一家の大黒柱として長年働いてくれた患者、配偶者のことをとても大切にしてくれてきた患者、家庭を守り、一生懸命子育てをしてくれた患者という存在が脅かされていることを認知したことで、〈自分がしっかりしなくちゃ〉と〈患者中心の価値観にシフト〉できたのではないかと考える。この価値観の転換が起こったことが、プロセスを進める大きな契機となっていた。がん治療を受けながら下降期を生きる人々の自己の回復について明らかにした研究（天野・谷本・正木，2012，pp.3-11）では、身体状態の悪化や厳しい現実を認知するからこそ、自分が最も納得できる自分のあり方へ転換していく内面的な力がもたらされると述べられている。また、終末期がん患者を看病する配偶者のストレスについての研究（加藤・水野，2009，pp.4-13）では、患者の死が近いという現状を受け入れたことで患者に尽くし続けるという決意や覚悟のような気持ちを持ち、患者に尽くすことの意味を感じることができると、心身の安定を取り戻し、ストレスフルな状況に対処できると報告されている。Newman理論（Newman，1994/1995）によれば、個人も家族も地域も、環境との相互作用を通して拡張するとされている。その拡張するさまはパターンとしてとらえられ、パターンを認識することで洞察を得ることができる（遠藤ら，2001，pp.4-16）。さらに、その洞察は「飛躍的変容を遂げるために必要な要素」であり、新しい行動に向かうための潜在力を引き出す。本研究の配偶者は、患者とのそれまでの関係性を役割代行を通し

て見つめたことで、変容を遂げるための洞察を得ることができ、価値観の転換につながったのではないかと考える。この結果は前述した先行研究にも通底している。

また一方で、本研究の対象となったのは、すべて肺癌患者の配偶者であった。肺癌患者は、積極的治療から対症療法へ移行していく段階にあっても、ADLが保てることが多い。しかしながら、病状の進行によって急激にADLが低下し、多臓器への転移から急変と隣り合わせの転帰をたどる。患者の状態が急激に低下した場合、配偶者がその状況を受け入れることが困難な場合もある。つまり、配偶者が患者の弱りの認知をした後には、前述したような急激なADLの低下や急変の可能性があるため、時間の猶予が少ないことが想像できる。

さらに、配偶者が患者の弱りの認知をすることは、診断時よりもさらに患者の死が避けられない事実を認知せざるを得ない事態である。そこで配偶者が病的な喪失反応を起こす可能性は十分にあり、やっとの思いで応急処置的に代行してきた役割や、保持しようとしてきた生活が破綻する危険性もはらんでいる。つまり、配偶者が患者の弱りの認知をする時期の看護支援は必要不可欠であると考ええる。具体的な看護支援として、配偶者が患者の弱りの認知をする以前からかかわりを持ち、精神的・身体的・社会的健康状態をアセスメントしたうえで、支援方法を検討していく。経済的な問題や家庭内のマンパワー不足に対する社会資源の活用方法などの情報提供を行う。患者の弱りの認知をした後には、患者の状態をどうとらえたのか、認知したのかを把握し、配偶者のストレスアセスメントを行うことが必要である。

2. 新たな役割を形成することで成長を遂げた配偶者

難治性がん患者の配偶者は、本プロセスをたどったことで自分自身が成長したことを自覚するに至る。プロセスの初期は無我夢中で生活を維持するために役割を果たそうと奮闘していたが、プロセスの中盤で〈患者の弱りの認知〉をして以降、価値観の転換が起こり、周囲の人たちから支えられていたことに気づく。まずは周囲に支えられているという認識をもてたこと自体が配偶者の成長ととらえられる。配偶者が周囲の支えに気づけるぐらい成長できたからこそ、【役割代行実践】を進めることができたのではないかと考える。しかし、〈周囲の支えの大きさへの気づき〉とは対極に位置する【診断時からつきまとう負担感】が大きくなると、プロセスを進めるうえでの阻害要因となるため、負担感を弱めるための看護支援が必要となる。看護師は意図的に配偶者とコミュニケーションをとり、配偶者が役割過重に陥っていないかのアセスメントを行う。とくに、〈患者の弱りの認知〉をして以降は、〈負担が大きいくゆりのない役割代行生活〉を送っていることが多い。配偶

者への意図的なコミュニケーションから得た情報を他医療スタッフと共有し、スタッフ一丸となって患者、患者の配偶者を支えていこうとする構えをもつ必要がある。

また、本研究の対象者の年代は50歳代から70歳代であった。服部（2010, p.167）は、エリクソンの発達論の成人期から老年期にあたる時期に修正を加え、「成熟期」を設定している。成熟期は年齢にすると50～65歳を指しており、この時期の心理・社会的行動様式としては「存在を見直す」ことが最もふさわしいと述べられている。本研究の対象者は、本プロセスをたどるなかで、地域社会と、家族、患者との相互作用を体験していた。いうまでもなく、相互作用の対極には配偶者自身があり、役割代行というプロセスを通し、それぞれとの関係性を見つめなおし、さらに自分自身も見つめるという作業があったと考える。この作業は、人格を成熟させるための1つのプロセスであるとも述べられており、本研究の対象者の年代と発達課題が合致していたことが、〈役割獲得を通して成長し、新たに芽生えた自律心〉を自覚できたことの一因として考えられる。

一般的に、配偶者が患者の役割を代行・獲得することは当然であるというような夫婦規範が根強く認識されている場合もある。しかし、難治性がん患者の配偶者は、厳しい状況におかれながら、自身の価値観を変化させ、患者の役割を遂行していこうとする主体的な取り組みは、評価されることと考える。ポジティブな生き方態度の形成要因に関する研究（高井, 2011, pp.79-90）では、自己を受容してくれる他者、自分を理解してくれる他者の存在が、前向きに生きることを可能にする要因となっていることが明らかにされている。患者と配偶者、両者と日常的にかかわりをもつことが可能な立場にいる看護師は、配偶者の努力を認め、労い、評価することができる理解者になり得るのではないかと考える。

3. 役割代行から獲得のプロセスを経たことで深化した患者の存在性

難治性がん患者の配偶者は、価値観の転換を経て患者の役割を代行、獲得しようとするプロセスをたどる。このプロセスを経た結果、配偶者は患者が担っていた役割自体は代行できても、その役割を担っていた存在の代わりはいないということに気づく。これは、患者という存在が配偶者の内面に深くかかわっていたことを役割代行を通して実感するという体験であり、役割を獲得しようとしていくなかで変化した事象であるといえよう。この変化は、配偶者が患者と過ごす日常がどれほど大切であるか、患者という唯一無二の存在を実感することにつながっていくと考える。

「役割」の種類は、社会的役割、家庭内役割、職業役割など多岐にわたっている。人は役割を媒体として自己提

示・自己理解・自己反省を行い、アイデンティティの調整を行う（瀧川, 1999）とされている。つまり、「役割」はその人の存在性にもかかわる概念であり、患者が毎日なげなく担っていた役割からも「患者の存在性」がにじみ出ていたことになる。配偶者は、患者が不在であってもその存在性に支えられ、また逆にその存在性によって孤独を感じて予期悲嘆に暮れることもある。看護師は、配偶者が患者の役割を代わりに担うことを単なる代行ととらえるのではなく、患者とのそれまでの関係性を見つめ、患者とともに歩んできた人生を振り返る作業であることを念頭におく必要がある。

V. 結 論

1. 難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセスは、配偶者が患者とともに「医師から患者のがんは手術不能な病期であるという説明を受ける」ことから始まり、患者とともに大きな衝撃を受け、【「患者はまだ大丈夫」埋め合わせの役割代行】を行い、その過程を経て〈当たり前ではなかった、患者の存在に気づく〉ことを体験していた。その後、配偶者が〈患者の弱りの認知〉をしたことが配偶者の認識、行動が大きく変化する転換点となり、配偶者主体の役割獲得のプロセスを通じて『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』を得て、配偶者自身の成長につながることが明らかになった。
2. 配偶者は、『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』のプロセスを経たことで、【役割代行の過程で深化した患者の存在価値】を実感することに至った。
3. 看護支援として、配偶者が〈患者の弱りの認知〉をした後には時機を逃さずかかわることが重要であり、配偶者が役割過重に陥っていないかどうかの継続的なアセスメントが求められている。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、患者のがんが難治性であることを認識している配偶者を対象としたが、診断からインタビューまでの期間が数か月から数年とかなりのばらつきがあり、患者のがんが難治性であることの認識の程度に差が生じている可能性がある。

また、対象疾患を難治性がんとし、がんの種類を限定しなかったが、結果的に肺がんの患者の配偶者のみが対象となった。本研究の結果をもとに、異なる種類の難治性がんについても追加研究を行い、看護支援をさらに検討していく必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました対象者の皆さま、協力施設の皆さまに心よりお礼申し上げます。なお、本編は2014年度群馬大学大学院保健学研究科に研究者が提出した修士論文に修正・加筆を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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、難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセスを明らかにし、看護支援を検討することを目的とし、対象者13名に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)で分析した。その結果、本プロセスは配偶者が患者のがんが難治性であることを認識したことから始まり、【「患者はまだ大丈夫」埋め合わせの役割代行】をしたことで、患者の存在性を再認識するに至った。その後配偶者が〈患者の弱りの認知〉をしたことを契機に、配偶者の価値観が大きく変化し、配偶者主体の役割獲得過程を経て『役割代行の過程で形成された配偶者の新たな役割』を得るという、配偶者の成長のプロセスであった。同時に、配偶者は【役割代行の過程で深化した患者の存在価値】を実感するに至っていた。看護師は、配偶者が患者の弱りを認知した際には時機を逃さずかわり、役割過重に陥っていないかの継続的なアセスメントを行う必要がある。

Abstract

This study was undertaken to clarify the processes by which a spouse living together with his/her partner diagnosed as having intractable cancer carves a new role for himself/herself, and to explore ways to provide nursing support for such a spouse. Towards this end, we carried out semi-structured interviews of 13 spouses and analyzed the data by modified grounded theory approach (M-GTA). The initial step for the spouse was to understand the intractable nature of his/her partner's disease. Then, through "taking on the spouse's roles while believing that 'the sick partner is still OK'", the spouse perceives a renewed sense of gratitude for the existence of the patient in his/her life. Thereafter, triggered by a "recognition of the patient's continuing to weaken", the perspective of the spouse changes markedly, followed by the role acquisition process and acquisition of the "new role formed through the processes of role substitution". The spouse undergoes growth through these processes. At the same time, he/she comes to vividly feel the "value of the patient's existence, deepened through the role substitution processes". Nurses should become involved at the appropriate time when the spouse begins to detect weakening of the patient and carry out continuous assessment to ensure that the spouse does not feel excessively burdened.

文 献

- 安部志穂, 森本弥生, 伊崎亜紀, 田上知江美, 日野 泉, 瓜生浩子 (2012). 病気の家族員を持つ家族の役割移行における役割遂行. 高知女子大学看護学会誌, 38(1), 77-86.
- 天野 薫, 谷本真理子, 正木治恵 (2012). がん治療を受けながら下降期を生きる人々の自己の回復. 日本看護科学会誌, 32(4), 3-11.
- Cancer Therapy Evaluation Program (1999). Common Toxicity Criteria Version 2.0: Appendix III Performance Status Scales/Scores. https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcv20_4-30-992.pdf (検索日2014年7月20日)
- 遠藤恵美子, 新田なつ子, 稲吉光子, 齋藤亮子, 竹村香織, 峰岸秀子, 久保五月, 近藤まゆみ (2001). マーガレット・ニューマンの健康の理論に基づいた看護インターベンションーがん患者と家族と看護職者とのケアリング・パートナーシップの過程ー. *Quality Nursing*, 7(1), 4-16.
- 服部祥子 (2010). 生涯人間発達論第2版: 人間への深い理解と愛

- 情を育むために. 167-177, 東京: 医学書院.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*, 11(2), 213-218.
- 伊藤美也子 (1997). がん患者の療養における配偶者の情緒体験と悲嘆作業. 日本赤十字看護大学紀要, 11, 68-74.
- 加藤亜紀子, 水野道代 (2009). 終末期がん患者を看病する配偶者のストレス対処過程. 日本がん看護学会誌, 23(3), 4-13.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践ー質的研究への誘いー. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (2007a). 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)の分析技法. 富山大学看護学会誌, 6(2), 1-10.
- 木下康仁 (2007b). ライブ講義M-GTA: 実践的質的研究法ー修正版グラウンデッド・セオリーアプローチのすべて. 東京: 弘文堂.
- 国立がん研究センター (2016). がん登録・統計: 最新がん統計. 国立がん研究センター がん情報サービス. http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (検索日2016年8月2日)

- 黒田由彦 (2015). 黒田裕子 (監), 看護診断のためのよくわかる
中範囲理論第2版. 東京: 学研メディカル秀潤社.
- 宮林幸江 (2005). 日本人の死別悲嘆反応: グループ療法の場合を
活用した記述の分析. 日本看護科学会誌, 25(3), 83-91.
- Newman, M.A. (1994) / 手島 恵 (1995). マーガレット・ニュー
マン看護論: 拡張する意識としての健康 (第2版). 20-24, 東
京: 医学書院.
- 大西秀樹, 奥野滋子 (2005). 看取りの後のグリーフケア—遺族外来:
prevention・interventionからpostventionへ. 緩和ケア, 15(4),
296-300.
- 隅田好美, 佐々木公一 (2014). 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者
における家族役割・社会役割の認識. 日本難病看護学会誌,
19(2), 189-200.
- 高井範子 (2011). ポジティブな生き方態度の形成要因に関する検
討: 青年期から高齢期を対象として. 太成学院大学紀要, 13,
79-90.
- 瀧川 薫 (1999). 社会的相互作用論と役割理論. 月刊ナーシング,
19(2), 59.
- 塚越君江, 藤野文代, 石田和子, 神田清子 (2005). 女性生殖器が
ん患者の家族内役割への思いとそれに対する看護援助. 群馬
保健学紀要, 26, 51-59.

〔平成28年8月17日受 付〕
〔平成29年5月6日採用決定〕

—原 著—

訪問看護師を対象としたデルファイ法による 日本版バリュースヒストリーの開発

Development of the Japanese Version of Values History Using the Delphi Method with Visiting Nurses

高橋 方子 ¹⁾	菅谷 しづ子 ¹⁾	鈴木 康宏 ¹⁾
Masako Takahashi	Shizuko Sugaya	Yasuhiro Suzuki
石津 みゑ子 ¹⁾	布施 淳子 ²⁾	高橋 和子 ³⁾
Mieko Ishizu	Junko Fuse	Kazuko Takahashi

キーワード：バリュースヒストリー、デルファイ法、訪問看護師、終末期医療

Key Words: values history, Delphi method, visiting nurse, end-of-life care

緒 言

超高齢社会・多死時代を迎えたわが国においては、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療のあり方が問われつつある。この終末期に対応する医療のなかで、とくに高齢者の終末期医療に対する意思決定の支援は医療福祉従事者にとっては重要な課題である。

この意思の決定については、「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」（終末期医療に関する意識調査等検討会、2014）によれば、終末期医療に対する意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方に賛同する国民の比率が近年漸増している。とくに直近の2013年の同調査では、一般国民の69.7%が意思表示の書面作成に賛成し、また医療福祉従事者でも医師73.4%、看護師84.7%、施設介護職員83.8%が賛成していることから、事前の意思表示が国民に是認されつつあると思われる。

しかし、同調査において事前の意思表示に賛同していると答えた一般国民のうち、実際に書面を作成しているものはわずか3.2%と極めて少数であり、また人生の最終段階で受たい医療や受たくない医療について家族と全く話し合ったことがない人が一般国民では55.9%と過半数を超えていることから、人生の最終段階における医療への関心が十分高いとはいえない。つまり事前の意思表示に賛同する比率は増加してきているものの、自分の意思をどのように示し、さらには関係者とどのように共有するかについてはまだ十分には理解されておらず、その対応は今後の検討課題といえる。

また本人の意思確認ができない場合は、家族が本人の意

思を推定したり、家族や医療・ケアチームの話し合いにより最善の治療方針をとることを基本とすることが「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省、2007）に明記されている。これに関しても近年の高齢者単身世帯の増加に伴い（厚生労働省、2015）、同居家族以外の人がいわゆる代理判断をしなければならない状況も今後当然増加すると考えられる。しかし、この代理判断については終末期医療の決定は時に命の選択となるため、代理判断者の心理的負担は大きいことが報告されている（栗秋・上村、2014）。このような社会情勢を考慮した場合、事前の意思表示について多方面にわたり検討することは必要である。

近年では老いや死への備えとして、自分の希望を書き残すエンディングノートが多数出版され、インターネットからも無償でダウンロードできるものも存在する。島田ら（2015）は、エンディングノートに関して自らの衰えるプロセスより、葬儀、墓、相続など「死後」の事柄に主眼がおかれることが多いと述べている。また木村・安藤（2015）はエンディングノート作成者に対する調査から高齢者の死の準備行動は、多様な希望を残すためではなく、他者への配慮に基づき行われ、医療や介護に対する意思決定は困難であることを報告している。これらの先行研究をふまえると、終末期医療に対する事前の意思表示に関しては、本人の希望を反映する方法をさらに検討する必要があると考えられる。

終末期医療に対する自分の意思を顕在化させ関係者に示す方法としては、米国ではバリュースヒストリーが活用されている。このバリュースヒストリーは終末期医療の意思

1) 千葉科学大学看護学部 Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science

2) 山形大学医学部看護学科 Faculty of Medicine, Yamagata University

3) 宮城大学看護学部 School of Nursing, Miyagi University

決定の根拠となる価値観を示すものであり、その内容としては自分の健康に対する考え方、担当医や介護者の役割に関する考え方、そして個人的な人間関係や人生に対する姿勢など計10分野から構成される。バリュースヒストリーの各質問項目に答えることにより、本人が意思決定をする際に重要としている価値観を顕在化させて意思決定を促し、また示された価値観を用いて、本人以外の代理人によっても本人が望むと思われる終末期医療の意思の選択が可能となっている (Lambert, Gibson, & Nathanson, 1990)。

わが国においても事前に意思を示したい人にとっては、この米国版バリュースヒストリーの内容は意思決定の参考になると思われる。しかし、米国と日本においては、意思把握の経緯や意思決定の考え方には相違がみられる。つまり、意思把握の経緯については、米国におけるバリュースヒストリーは、身寄りのない人や自分の意思を表明することが困難な人に対して保護的にかかわった人々の経験から抽出されたものである (Gibson, 1990)。一方、わが国では先行研究において、熟練訪問看護師が日々の看護のなかで在宅療養高齢者の思いや考えを把握し自己決定ができるような支援を行っていることが報告されている (園田・石垣, 2009; 高橋・布施, 2012)。訪問看護師が意思表示不可能な患者の意思を顕在化する、あるいは意思を推しはかる場合は、患者と信頼関係を築き意思を表出しやすい環境をつくり、バリュースヒストリーで示されるような意思把握に必要な情報を日常経験的に把握していると推測される。また、意思決定の考え方についても米国は自己決定が最も尊重されるのに対して、わが国では人との調和が重んじられる (中西, 2010, pp.117-120)。たとえば、大木 (2005) の報告によれば多くの人が自分の病気に対して積極的に情報の開示を求めているが、医療行為の決定に関しては自身の意思決定度は高くなく、医師や世話をする家族と相談して決めたいという傾向が強いとされる。

したがって、わが国の終末期医療の決定の現状を考慮すると、わが国の文化や国民性に適合したバリュースヒストリーの創出が望まれるが、文献を渉猟した結果それに関する報告はみられなかった。今回、日本版バリュースヒストリーの開発を目指すにあたり、それを推進し発展させるにはとくに中立的な立場、つまり家族や医師と異なり患者の権利を擁護する使命を担う立場にあり、本人の意思の把握に携わるものを対象とすることが望ましいと考え、本研究では、その研究対象としては訪問看護師としての経験や知識が資格として認定されている訪問看護認定看護師および在宅看護専門看護師とすることが適切と判断した。

I. 研究目的

本研究は訪問看護認定看護師および在宅看護専門看護師を対象とし、患者本人の終末期医療の意思決定の根拠となる価値観を示す日本版バリュースヒストリーの開発を目的とした。

II. 研究の意義

超高齢社会、多死時代を背景に、自然な最期を迎えるほうが人間であるという国民の認識の変化や少子高齢化に伴う国民医療費の増加という経済的な側面からも、国は在宅医療の推進をはかっている。

在宅医療の現況としては、在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移からみると平成17年には64.8千人であったものが、その後平成20年、23年と漸増し、平成26年の調査では156.4千人となり平成17年に比し倍増以上となった (厚生労働省, 2015)。このように在宅医療を受ける人の顕著な増加に伴い、将来的には訪問看護師が終末期医療の意思決定にかかわる機会が多くなると予想される。今回の訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師を対象とした調査から日本版バリュースヒストリーが創出されれば、これまでの各看護師による経験値による漠然とした終末期医療の意思決定支援からエビデンスに基づいた新たな有用な支援に発展しう。

III. 用語の定義

(1) 終末期

病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態 (日本老年医学会, 2001)。

(2) 終末期医療

痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者の QOL を維持・向上させる医療 (日本老年医学会, 2012)。

(3) 事前の意思

自分の理解力と思考能力、考え方に基づいて、回復が望めない状態になったときの治療方針や医療処置、臨終を迎える場所、医療代理人に関してどうしたいと思うこと (Hackethal, 1988/1996, pp.220-295; 田中, 2008)。

(4) バリュースヒストリー

終末期医療の意思決定の根拠となる患者本人の価値観歴 (Lambert, et al., 1990)。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はデルファイ調査法による量的記述的研究とした。デルファイ法とは質問と回答を数回繰り返す方法であり、そのつど集計結果をフィードバックして再考してもらうことで意見の集約をはかる方法である。調査回答者は毎回他の回答者がどのような回答をしたかを参照しつつ、自らの回答を改訂することができ、多数の意見が明確になっていく特徴がある。また特定の少数が恣意的に回答を操作することが不可能であることから透明性、公平性が確保されることもあり、定まった回答がない事案へ納得できる解を出すのに適した方法である（東ら、2014；藤田・新家、2015）。

2. 研究対象者

2014年10月時点において、日本看護協会のホームページに所属施設と氏名が掲載されている訪問看護認定看護師・在宅看護専門看護師418人を対象とした。

3. 調査方法・時期

無記名自記式郵送法にて、第1回目の調査を2015年6月～7月に、第2回目の調査は同年9月に、さらに第3回目の調査を同年12月に実施した。

4. 調査内容

a. 対象者の属性

性別、年齢、臨床看護師経験年数、訪問看護師経験年数、専門資格および勤務場所について尋ねた。

b. バリュースヒストリーについて

日本版バリュースヒストリーを開発するにあたり、その調査項目の設定については、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添った終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から抽出された意思把握に必要な情報（高橋・布施、2013）を基本にした。そして、この情報にLambertらによる米国版バリュースヒストリーの質問内容（Lambert, et al., 1990）を追加して設定した計57項目を調査項目とした。なお、これらの調査項目についてはUNM Health Sciences Center Institute for Ethicsのホームページに掲載されている最新版のバリュースヒストリー（University of New Mexico, 2014）の内容と比較検討を行い追加・修正する項目がないことを確認した。また、Lambertらによる米国版バリュースヒストリーの翻訳内容と表現の妥当性については、留学経験のある日本人1名と翻訳を専門とするネイティブスピーカー1名および英語教育者であるネイティブスピーカーの大学教員1名の計3名に依頼し確認を行った。

今回調査を行うバリュースヒストリーの調査項目とした57項目については、おのの「絶対に必須でない」を1、「絶対に必須である」を5として5段階のリッカート尺度を用いて必須度の評価を求めた。

c. 日本版バリュースヒストリーの使用法について

第3回目の調査においては、UNM Health Sciences Center Institute for Ethicsのホームページに記載されている下記のバリュースヒストリーの使用法（University of New Mexico, 2014）を提示し、わが国において使用する際の留意点などを自由記述で求めた。

- ①バリュースヒストリーは深刻な健康問題が発生する前から考えること
- ②自分なりの項目を自由に追加して構わないこと
- ③価値観は変化することをふまえて定期的に見直すこと
- ④家族や医師やヘルスケアの提供者など関係者には知っておいてもらうこと
- ⑤事前指示書と一緒にしておくこと

5. 分析方法

5段階で評価した調査項目の必須度は、おののの平均値と標準偏差を算出した。また選択肢ごとに回答人数とその割合を算出した。

調査項目における自由記述に関しては質的に分析し、日本版バリュースヒストリー開発にあたっての調査項目の追加・修正に用いた。また、使用方法についての自由記述は内容の類似性・相違性から分類しカテゴリー化した。

6. 日本版バリュースヒストリーの構成項目の抽出

a. 日本版バリュースヒストリーの構成項目の抽出プロセス

1回目の調査では調査項目とした57項目について、対象者に5段階のリッカート尺度を用いて「絶対に必須でない」を1、「絶対に必須である」を5として必須度の評価を求めた。2回目の調査では1回目の調査結果を提示し、1回目の調査と同様に必須度についての再評価を依頼した。3回目の調査では、2回目の調査結果で必須度の評価が4.0以上であった項目を日本版バリュースヒストリーの構成項目とするにあたっての見解を自由記述にて求めた。また2回目調査において必須度の評価が3.5以上4.0未満だった項目は、3回目の調査においても必須度を再確認した。

最終的に2回目調査で必須度の評価が4.0以上だった項目に、3回目の調査で必須度の評価が4.0以上となった項目を構成項目に追加した。さらに自由記述の内容を在宅看護学領域および基礎看護学領域の複数の研究者で検討し、項目の追加と文言の修正を行い日本版バリュースヒスト

リーの構成項目を作成した。

また2回目、3回目の調査とも各調査項目の必須度の平均値以外に、「絶対必須である」および「必須である」と回答した人の合計が80%以上であることも、コンセンサスの基準とし、日本版バリュースヒストリーとしての項目の妥当性を検討した。

b. 日本版バリュースヒストリーの構成項目抽出におけるコンセンサスの基準

コンセンサスの基準に関しては、コンセンサスを示す同意率の設定には確立された値は存在せず、研究者が研究目的に従い設定されている（加藤・山内，2015）。日本版バリュースヒストリーの構成項目の抽出においては、バリュースヒストリーは必要時には自身で項目を追加することが可能であることから、多くの人に共通する優先度の高い項目を精選するコンセンサスの基準を検討した。加藤・山内（2015）によるフィジカルアセスメントの検討では、探索的な調査であることを理由に「必要性を認識した人」が51%以上であることを基準にしていた。大堀（2013）による新卒看護師に求める看護技術の水準に関する研究では、他の研究を参考に「その水準に同意した人」が80%以上であることを基準にしていた。藤田・新家（2015）による転倒防止策に関する調査では、精選した対策を導き出すために「実施すべきと回答した人」が80%以上と設定していた。また横谷らは、終末期ケアの評価指標の適切性を5段階で回答を求め、コンセンサスの基準を4.0（適切である）に設定していた（横谷・百瀬，2014）。これらのデルファイ法を用いた先行研究を参考に、コンセンサスの基準を必須度の評価の平均値が4.0以上あるいは「必須である」と回答した人の割合が80%以上と設定した。

7. 倫理的配慮

本研究は千葉科学大学人を対象とする研究倫理審査委員会の承認（承認番号：27-2）を得て実施した。対象者には、研究目的やデルファイ法の説明、分析方法等の研究内容、調査への参加は自由であること、調査中のいずれの時点でも同意を撤回することができること、それによる不利益はないこと、および調査用紙の返信を以て研究参加の同意とすることなど、研究参加における自由意思と同意の示し方および研究結果の公表時の匿名性確保について研究説明書にて説明した。なお、データ入力を入力専門の業者に依頼し、守秘義務の遵守については契約を交わし個人情報の保護に努め、データは統計処理を行い個人が特定されないようにした。

V. 結 果

1. 回収率と対象者の属性について

a. 回収率

1回目の調査では418部配布（訪問看護認定看護師397人、在宅看護専門看護師21人）し、回収数148部、回収率は36.0%で、そのうちの有効回答は100%であった。

2回目の調査においては390部配布（訪問看護認定看護師369人、在宅看護専門看護師21人）のうち、回収数106部、回収率は27.2%で、そのうちの有効回答は100%であった。

3回目の調査では384部配布（訪問看護認定看護師363人、在宅看護専門看護師21人）し、回収数66部、回収率は17.2%であった。このうち有効な回答が得られていないと判断されたものを除外し、63部（95.5%）について分析対象とした。したがって、有効回答率は16.4%であった。

b. 対象者の属性

対象者の属性は表1、2に示した。1回目の調査における対象者の平均年齢と標準偏差（SD）は47.4歳（SD：6.2）、平均臨床看護師経験年数は21.8年（SD：6.7）、平均訪問看護師経験年数は12.5年（SD：4.6）であり、性別は女性が大部分を占め146人（98.6%）であった。また資格については（複数回答可、以下同じ）、訪問看護認定看護師138人（93.2%）、在宅看護専門看護師10人（6.8%）、ケアマネジャー76人（51.4%）であり、勤務先については訪問看護ステーションが111人（75.0%）、病院が25人（16.9%）であった。

2回目の調査においては対象者の平均年齢は47.7歳（SD：6.5）、平均臨床看護師経験年数は21.9年（SD：7.3）、平均訪問看護師経験年数は12.1年（SD：5.0）であり、性別は女性が104人（98.1%）であった。資格については訪問看護認定看護師97人（91.5%）、在宅看護専門看護師9人（8.5%）で、ケアマネジャーが56人（52.8%）であった。勤務先は訪問看護ステーション81人（76.4%）、病院17人（16.0%）であった。

3回目の調査での対象者の平均年齢は47.2歳（SD：5.7）、平均臨床看護師経験年数は21.8年（SD：5.9）、平均訪問看護師経験年数は12.3年（SD：5.4）で、性別は女性が62人（98.4%）であった。また資格については訪問看護認定看護師58人（92.1%）、在宅看護専門看護師5人（7.9%）、ケアマネジャー35人（55.6%）であった。勤務先は訪問看護ステーション43人（68.3%）で、病院15人（23.8%）であった。

このように1回目、2回目そして3回目の調査を通して年齢、臨床看護師経験年数および訪問看護師経験年数にはほとんど差はみられなかった。また、すべての調査において認定看護師資格をもつものが90%以上と最も多く、また

表1 対象者の年齢、経験年数の平均値

項目	1回目調査	2回目調査	3回目調査
平均年齢 (SD)	47.4歳 (6.2)	47.7歳 (6.5)	47.2歳 (5.7)
臨床看護師経験年数 (SD)	21.8年 (6.7)	21.9年 (7.3)	21.8年 (5.9)
訪問看護師経験年数 (SD)	12.5年 (4.6)	12.1年 (5.0)	12.3年 (5.4)

表2 対象者の属性

項目		1回目調査	2回目調査	3回目調査
		人 (%)	人 (%)	人 (%)
性別	男性	2 (1.4)	1 (0.9)	1 (1.6)
	女性	146 (98.6)	104 (98.1)	62 (98.4)
資格 (複数回答)	訪問看護認定看護師	138 (93.2)	97 (91.5)	58 (92.1)
	専門看護師 (在宅看護)	10 (6.8)	9 (8.5)	5 (7.9)
	保健師	12 (8.1)	6 (5.7)	8 (12.7)
	助産師	2 (1.4)	1 (0.9)	2 (3.2)
	ケアマネジャー	76 (51.4)	56 (52.8)	35 (55.6)
勤務先	病院	25 (16.9)	17 (16.0)	15 (23.8)
	訪問看護ステーション	111 (75.0)	81 (76.4)	43 (68.3)
	クリニック・診療所	2 (1.4)	2 (1.9)	1 (1.6)
	介護保険施設	3 (2.0)	0 (0)	0 (0)
	教育機関	3 (2.0)	1 (0.9)	1 (1.6)
	その他	4 (2.7)	5 (4.7)	3 (4.8)

[注] 対象者数：1回目調査：n = 148, 2回目調査：n = 106, 3回目調査：n = 63

ケアマネジャーの資格をもつものが50%以上であり、したがって対象の属性は計3回の調査においてほとんど差は認めなかった。

2. 日本版バリューズヒストリーの構成項目の抽出

1回目、2回目および3回目調査における必須度を表3に示した。1回目の調査において最も必須度の評価が高かった項目は「大事にしたいこと」で4.5であった。この「大事にしたいこと」以外では、必須度の評価が4.0以上の項目は「自分が望む生活」「末期疾患になった場合の延命処置に対する希望」の30項目であった。また、必須度の評価が3.5以上4.0未満の項目は18項目であり、「自分の介護にかかる費用の方針」「医師以外のケアサービスのかかわり方の希望」「代わりに判断を頼みたい具体的な状況」「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」など18項目であった。

2回目の調査においては、必須度の評価が最も高い項目は「自分が望む生活」および「末期疾患になった場合の延命処置に対する希望」の4.8であった。この2項目を含めて必須度の評価が4.0以上の項目は「末期疾患になった場合の延命処置に対する希望」「自分が望む生活」「大事にしたいこと」などの項目を含め計30項目であった。必須度の評価が3.5以上4.0未満の項目については「代わりに判断を頼みたい具体的な状況」「臨終の際に最も重要だと思うこ

と」「やり残したことがあると感じている内容」「日常生活動作で困難なこと」「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」などの14項目であった。

2回目の調査において必須度の評価が4.0以上であった「最近の自分の健康状態」「健康上の問題と向き合う姿勢」「病状の悪化が役割や能力に与える影響」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「余命についてどう思っているかとその理由」「主治医に対する信頼」「医師以外のケアサービスのかかわり方の希望」「人の世話になることについての考え方」「人の世話を受けなくてはならなくなったときの希望」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」「自分が望む生活」「大事にしたいこと」「責任を果たしたいこと」「自分が恐れていること」「ともに過ごしたい人」「人生に対する姿勢」「自分の人生に対する満足感」「生きることにする幸福感」「死に対する考え方」「安心できる環境」「病気や障害をもったときや加齢の影響があるときでも安心していられる環境」「末期疾患になった場合の延命処置に対する希望」「意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望」「重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望」「臨終場所の希望」「自分が希望する終末期医療に対する家族の同意」「代わりに判断する人の承諾の有無」「自分の介護に必要な資金の心配」および「自分の介護にかかる費用の方針」の計30項目を日本版バリューズヒストリーの項目として精選した。

表3 デルファイ法による調査結果

分野	訪問看護師の面接調査から抽出された情報	質問項目	1回目平均値 (SD)	2回目平均値 (SD)	3回目平均値 (SD)	1回目調査 必須と回答した 人数 (%)	2回目調査 必須と回答した 人数 (%)	3回目調査 必須と回答した 人数 (%)
						人 (%)	人 (%)	人 (%)
健康に対する 考え方	☐	健康上の問題に対する医師から説明内容	4.3 (0.68)	4.3 (0.52)		162 (88.5)	103 (97.2)	
	☐	余命についてどう思っているかとその理由	4.2 (0.81)	4.2 (0.69)		143 (81.1)	92 (86.8)	
		病状の悪化が役割や能力に与える影響	4.1 (0.64)	4.0 (0.57)		170 (86.3)	97 (91.5)	
		最近の自分の健康状態	4.1 (0.78)	4.0 (0.64)		151 (82.9)	93 (87.7)	
	☐	健康上の問題と向き合う姿勢	4.0 (0.67)	4.0 (0.36)		177 (81.8)	98 (92.5)	
医療ケアチームとの関係		日常生活動作で困難なこと	3.7 (0.81)	3.9 (0.44)	3.9 (0.57)	139 (63.9)	91 (85.8)	48 (78.7)
		主治医に対する信頼	4.2 (0.46)	4.2 (0.54)		168 (87.8)	102 (96.2)	
		医師以外のケアサービスのかかわり方の希望	3.9 (0.74)	4.0 (0.40)		167 (77.0)	97 (91.5)	
	☐	主治医の選択理由	3.7 (0.80)	3.7 (0.58)	3.7 (0.76)	138 (63.6)	78 (74.3)	36 (59.0)
人の世話になることについての考え方		人の世話を受けなくてはならなくなったときの希望	4.2 (0.69)	4.2 (0.57)		165 (87.1)	98 (92.5)	
		人の世話になることについての考え方	4.1 (0.73)	4.1 (0.48)		153 (82.3)	101 (95.3)	
意思決定の特長	☐	自分の意思決定の特徴	4.0 (0.87)	4.1 (0.57)		144 (77.4)	92 (86.8)	
	☐	自分のコミュニケーションの特徴	3.8 (0.79)	4.0 (0.35)		146 (68.2)	99 (93.4)	
生き方	☐	自分が望む生活	4.5 (0.56)	4.8 (0.44)		159 (96.6)	106 (100.0)	
	☐	大事にしたいこと	4.5 (0.59)	4.7 (0.45)		155 (97.3)	106 (100.0)	
		死に対する考え方	4.4 (0.69)	4.5 (0.72)		143 (87.1)	94 (88.7)	
		生きることに対する幸福感	4.2 (0.69)	4.2 (0.56)		154 (82.4)	99 (93.4)	
		人生に対する姿勢	4.2 (0.73)	4.2 (0.46)		173 (88.5)	101 (95.3)	
		自分の人生に対する満足感	4.1 (0.88)	4.2 (0.58)		145 (80.4)	95 (93.4)	
	☐	ともに過ごしたい人	4.2 (0.73)	4.1 (0.51)		164 (85.8)	98 (92.5)	
		自分が恐れていること	4.0 (0.77)	4.1 (0.44)		146 (75.0)	98 (92.5)	
	☐	責任を果たしたいこと	4.0 (0.62)	4.0 (0.42)		172 (81.0)	97 (91.5)	
安心できる環境		やり残したことがあると感じている内容	4.0 (0.73)	3.9 (0.51)	3.9 (0.60)	152 (77.8)	87 (82.1)	47 (75.8)
		安心できる環境	4.4 (0.63)	4.6 (0.51)		160 (93.9)	105 (99.1)	
		病気や障害をもったときや加齢の影響があるときでも安心していられる環境	4.3 (0.61)	4.2 (0.52)		172 (92.6)	102 (96.2)	
終末期医療に対する希望		末期疾患になった場合の延命処置に対する希望	4.5 (0.71)	4.8 (0.56)		141 (91.2)	104 (98.1)	
		臨終場所の希望	4.4 (0.67)	4.5 (0.63)		155 (91.2)	101 (95.3)	
		意識の回復が望めない場合の延命処置に対する希望	4.3 (0.70)	4.5 (0.54)		154 (87.1)	104 (98.1)	
		重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望	4.1 (0.79)	4.2 (0.46)		150 (80.4)	101 (95.3)	
		自分が希望する終末期医療に対する家族の同意	4.3 (0.70)	4.1 (0.68)		159 (87.8)	93 (87.7)	
代理判断者		代わりに判断する人の承諾の有無	4.0 (0.70)	4.0 (0.46)		153 (75.7)	96 (90.6)	
		自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望	3.9 (0.79)	3.9 (0.49)	4.0 (0.61)	148 (74.3)	87 (82.1)	49 (79.0)
		代わりに判断を頼みたい具体的な状況	3.9 (0.80)	3.9 (0.41)	3.8 (0.57)	154 (74.0)	93 (82.1)	42 (68.9)
介護費用		自分の介護に必要な資金の心配	4.0 (0.67)	4.1 (0.40)		175 (84.5)	104 (98.1)	
		自分の介護にかかる費用の方針	3.9 (0.67)	4.0 (0.40)		175 (80.4)	100 (94.3)	
必須度の平均が4.0未満の項目		臨終の際に最も重要だと思うこと	4.0 (0.93)	3.9 (0.75)	3.7 (0.79)	129 (71.0)	75 (72.1)	36 (66.1)
		自分の健康状態について知ってもらいたいこと	3.8 (0.67)	3.9 (0.42)	3.6 (0.73)	159 (72.3)	91 (85.8)	43 (70.5)
		人生における家族の価値	4.0 (0.72)	3.9 (0.50)	3.8 (0.64)	168 (80.4)	88 (83.0)	43 (70.5)
		臨終の際の家族の同席に対する希望	3.8 (0.85)	3.8 (0.62)	3.6 (0.80)	134 (64.9)	78 (73.6)	38 (61.3)
		自分を笑わせること	3.8 (0.84)	3.8 (0.62)	3.6 (0.67)	133 (65.1)	77 (72.6)	26 (41.9)
		信仰する宗教の内容	3.7 (0.84)	3.8 (0.56)	3.8 (0.74)	141 (64.9)	75 (70.8)	40 (64.5)
		将来の目標	3.8 (0.71)	3.7 (0.51)	3.5 (0.70)	156 (71.6)	72 (67.9)	35 (56.5)
		趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動	3.5 (0.74)	3.6 (0.56)	3.4 (0.63)	125 (53.4)	70 (66.0)	45 (72.6)
		死に対する考え方についての宗教の影響	3.6 (0.73)	3.5 (0.63)	3.6 (0.82)	117 (53.4)	52 (49.1)	35 (56.5)
		自分がうらたえること	3.5 (0.69)	3.4 (0.58)	3.8 (0.70)	112 (52.4)	44 (42.7)	34 (54.8)
		宗教的儀式に対する考え方	3.5 (0.75)	3.4 (0.58)		118 (52.7)	47 (49.1)	
		深刻な病気に対する見方についての宗教の影響	3.5 (0.73)	3.4 (0.56)		110 (48.6)	45 (42.5)	
		自分を悲しませること	3.6 (0.81)	3.3 (0.70)		112 (54.1)	43 (41.0)	
	☐	受診状況	3.4 (0.80)	3.3 (0.60)		103 (45.3)	34 (32.1)	
		過去10年間に一緒に住んでいた人	3.3 (0.86)	3.1 (0.57)		94 (40.5)	20 (18.9)	
		自分の葬式の相談者	3.3 (0.72)	3.1 (0.50)		77 (34.5)	17 (16.0)	
		医療処置の決定を主治医に委ねることの希望	3.3 (0.94)	3.0 (0.58)		76 (37.2)	17 (16.0)	
		自分が希望する終末期医療に対する家族以外の親族の同意	3.2 (0.90)	3.0 (0.67)		72 (33.8)	19 (17.9)	
		自分の葬式の準備	3.3 (0.85)	3.0 (0.55)		82 (37.2)	17 (16.0)	
		自分の葬式についての希望	3.4 (0.87)	3.0 (0.59)		63 (47.3)	17 (16.0)	
	☐	墓の準備	2.9 (0.69)	2.7 (0.51)		34 (14.9)	3 (2.8)	
		自分が希望する終末期医療に対する友人の同意	2.6 (0.74)	2.5 (0.66)		18 (8.1)	3 (2.8)	

なお、これらの項目については「絶対必須である」を含めた「必須である」と回答した人は85%以上に及んだ。

3回目の調査では、2回目調査において必須度の評価が3.5以上4.0未満であった「日常生活動作で困難なこと」「自分の健康状態について知ってもらいたいこと」など15項目について、バリュースヒストリーとしての必須度について再度回答を求めた。その結果「自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望」は、3回目の調査では必須度が4.0となったため、バリュースヒストリーの構成項目に追加した。その他では、必須度が4.0に近似する項目や自由記述の内容から構成項目に追加するのが適当かどうかについて研究者間でさらに検討を加えた。まず「日常生活動作で困難なこと」は必須度が3.9であったが、2回目の調査においては「絶対必須である」を含めて「必須である」と回答した人が91人（85.8%）、さらに3回目の調査でも48人（78.7%）と80%前後と高率であることから、日本版バリュースヒストリーの構成項目に追加することにした。また「やり残したことがあると感じている内容」についても必須度が3.9であるが、47人（75.8%）の人が必須であると回答し、他の項目より比較的多くの人が必須と回答しているため、同様に構成項目に追加した。

次に自由記述においては、「あとあと混乱しないためにも、代わりに判断する人には具体的にどんなことをどんなふうにと説明したうえで承諾してもらう」「自分が希望する終末期医療に対する家族の同意」や「代わりに判断する人の承諾の有無」を聞くうえで「代わりに判断を頼みたい具体的な状況」と「自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望」も必要な項目だと思う」との記述や「主治医に対する信頼は選択した理由と関係が強い。自分の意思があって選択した医師ならば他人が判断するときの参考になる」という意見を参考にして、「代わりに判断を頼みたい具体的な状況」「主治医の選択理由」も同様に日本版バリュースヒストリーの構成項目に追加した。

したがって、2回目の調査結果にて精選した構成項目である30項目に、第3回目の調査結果から得られた「自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望」「代わりに判断を頼みたい具体的な状況」「日常生活動作で困難なこと」「やり残したことがあると感じている内容」「主治医の選択理由」の5項目を追加し、最終的には計35項目を日本版バリュースヒストリーの構成項目とした。

なお、これら35項目の内訳をみると、米国版のバリュースヒストリーにはなく、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から作成された項目（高橋・布施, 2013）が10項目含まれていた。すなわち「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「余命

についてどう思っているかとその理由」「主治医の選択理由」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」「自分が望む生活」「大事にしたいこと」「責任を果たしたいこと」そして「ともに過ごしたい人」の10項目が含まれていた。

3. 日本版バリュースヒストリーの構成項目に関する自由記述

3回目の調査では、バリュースヒストリーとして選択された項目を分野ごとに対象者に提示し自由記述で意見を求めたところ、その記述内容は『承認・必要な理由』『検討事項または注意点』『現状』『自分の考え』および『その他』の5つのテーマに分類された。このテーマのうち、どの分野においても『承認・必要な理由』を述べた人が多くみられた。たとえば〈健康に対する考え方〉では、「どのように説明され、それをどのように理解しているのか、そして余命についてどう考え、どのようにして生きたいかがわからなければ支援する方向がぶれる可能性があるのが必要である」や「ヘルスプロモーションの考え方は重要。太く短い人生か、細く長い人生か、酒やタバコを例にとっても根幹の本人の考え方の影響は大きい」などの承認・必要な理由に関する意見であった。なお、自由記述については表4に示した。

4. 日本版バリュースヒストリーの使用方法について

日本版バリュースヒストリーの使用方法について回答が得られたのは50人であり、その自由記述の内容は『導入時期』『項目の追加』『見直し』『使用目的』『事前指示』および『使用の要件』の5つのテーマに分類された。その結果は表5に示した。

まず『導入時期』に関しては42人から意見が得られた。具体的には、健康なときや元気なときなどの「深刻な健康問題が発生する前から」、また成人式、誕生日、健康診断といった「自分を見直すような機会」、その他には「自分が必要と考えた時」「病気と診断されたとき」「終末期に入って」などが導入時期として適当であるとされた。

『項目の追加』については5人の記載があり、「自分なりの項目を自由に追加してよい」との見解を示した。

『見直し』に関しては17人が意見を述べており、「価値観は変化することをふまえて定期的に見直す」「考えは変わるためその都度修正する」「疾患と向き合うときや在宅に移行する際に再確認する」との考えが示された。

『使用目的』では26人の意見があり、「家族や自分にかかわる医療・介護・関係者と共有する」「在宅療養の移行時や入院時、看取りの際に使用する」「家族や家族同様の人と共有する」「家族との調整に使用する」との見解を述べた。

表4 各分野における自由記述

分野 n = 回答者数 ①承認・必要理由 ②検討事項又は注意点 ③現状 ④自分の考え ⑤その他	自由記述内容（一部抜粋）
健康に関する考え方 n = 30 ①：17人 ②：5人 ③：6人 ④：2人	①どのように説明され、それをどのように理解しているのか、そして余命についてどう考えどのようにして生きたいかがわからなければ支援する方向がぶれる可能性がある所以需要である。 ①ヘルスプロモーションの考え方は重要。太く短い人生か、細く長い人生か、酒、タバコを例にとっても根幹の本人の考え方の影響は大きい。 ③終末期医療に対する考えを聞くときには、本人の健康の認識を明確にするために健康に対する考え方は踏み込んで聞いている。医師も悩んでいる場合が多く、看護師の情報により治療の決定がされることも多い。
医療・ケアチームとの関係 n = 30 ①：16人 ②：8人 ③：4人 ④：2人	①療養場所が変わるとき主治医を変えなくてはならなかったり、サービスもさまざまなのでどのようにかかわってもらいたいのかわかったほうが導入しやすい。 ①終末期にかかわる医療、介護従事者への信頼がなければそれだけで先のことを考える余裕をなくす。残された時間について考えるためにかかわる人への信頼が必要である。 ②主治医に対する信頼は選択した理由と関係が強い。本人の意思があって選択した医師ならば他人が判断するときに参考になる。
人の世話になること についての考え方 n = 15 ①：8人 ②：3人 ③：4人	①自分でこれだけはしたいということもあるし家族にしてほしい、してほしいなどいろいろな価値観があるので必要である。 ①自立していることが生きていることの重要な価値観と考える人もいるので、重要な価値観と考える。 ②「人」の定義が重要。嫁などの家族と施設の職員では違う。どこまでの範囲かがわかるようにしたほうがよい。
意思決定の特徴 n = 28 ①：12人 ②：8人 ③：6人 ④：2人	①情報をたくさん提供してもらって自分で決めるのか、家族と一緒に考えてもらうかなどその人によって違うので必要である。 ①意思決定をしてもそれをどう表現誰に伝えるかも重要な項目だと思う。 ③とくにコミュニケーションが得意でない人にとってはこれらの特徴を早期に把握し他者に伝えられないと間に合わなくなる。
生き方 n = 28 ①：15人 ②：7人 ③：3人 ④：2人 ⑤：1人	①何よりも自分らしい生活、大切にしてきたこと、これから大切にしたいことなどは把握しておくことが重要である。 ①自分が大切にしてきたもの、生き方を尊重して人生の最期を支援していくには絶対に必要である。 ②QOLの本質であると思う。自ら発信できる人とできない人がいると思うので発信できるような働きかけが大事である。
死に対する考え方 n = 24 ①：9人 ②：10人 ④：5人	①死生観をもつ人ともたない人とは具体的なイメージが違うことが多い。自己の死の考えを明らかにしておくことは終末期の意思決定に有効であると考えている。 ①死に対する考えを知ることはどのように看取りを支えるかに必要な情報である。 ②終末期に対する希望と同じような答えになるのではないかと思うので必要かどうか迷う。
安心できる環境 n = 29 ①：15人 ②：6人 ③：6人 ④：2人	①終末期を過ごす環境（人も含めて）に対しても潜在的な希望をもっているため、表在化することは意思決定に必要である。 ①どのような意思決定を行うとしても、安心できる環境であることは適切な判断を行ううえで重要である。 ②安心、環境という言葉はよく使われるが個々にとっての具体化が大切である。
終末期医療に対する希望 n = 27 ①：13人 ②：8人 ③：3人 ④：3人	①家族が代理意思決定を行うことの困難さ、自分の意思に反する選択のことを考えると事前に伝えておく必要があると思う。 ①意思決定時期にこれらの希望を自分で決めておく（考えておく）ことは最期のときを自分で決められ、納得できる時間をもつことができる。 ②終末期医療に対する希望は医療職が思っているほど一般の人は理解していないこともあり、意思表示ができるか考えてしまう。必要と考えるが意思表示した後の影響があると思う。
代理判断者 n = 24 ①：10人 ②：4人 ③：4人 ④：5人 ⑤：1人	①家族に意思決定を委ねる人もいるが、家族も悩み続けることもある。それらに対し意思表示をしておくことは代理決定者のアフターフォローにも必要である。 ①在宅で積極的な治療をしないというとき、親戚などの意見により、混乱することも多いため、どうしても家族の同意は必要である。 ②あとあと混乱しないために、代わりに判断する人には具体的にどんなことをどんなふうにと説明したうえで承諾してもらうことが重要である。 ②〈自分が希望する終末期医療に対する家族の同意〉や〈代わりに判断する人の承諾の有無〉を聞くうえで〈代わりに判断を頼みたい具体的な状況〉と〈自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望〉も必要な項目だと思う。
介護費用 n = 25 ①：12人 ②：2人 ③：4人 ④：3人 ⑤：4人	①費用に関しては確認しづらいため、本人から希望が聞けるとサービスも入りやすいと思う。 ①金銭的な不安を抱えていることで選択肢がないと思っている人も多い。また終末期の過ごし方について費用面のことが重要になっている人もいるので、明確にしておく必要がある。 ③経済的な問題であきらめる場合もあり、余裕があるか否かでの差は現実問題としてあると思う。

表5 バリュースヒストリーの使用法について

(n = 50, 複数回答)

テーマ	カテゴリー	件数
導入時期	深刻な健康問題が発生する前から	21
	自分を見直すような機会	5
	自分が必要と考えたとき	3
	診断されたとき	5
	終末期に入って	4
	変化があったとき	2
	訪問看護師が判断したとき	2
項目の追加	自分なりの項目を自由に追加してよい	6
見直し	価値観は変化することをふまえて定期的に見直す	9
	考えは変わるためその都度修正する	5
	疾患と向き合うときや在宅に移行する際に再確認する	3
使用目的	家族や自分にかかわる医療・介護・関係者と共有する	11
	在宅療養の移行時や入院時、看取りの際に使用する	8
	家族や家族同様の人と共有する	5
	家族との調整に使用する	2
事前指示	事前指示書といっしょにしておく	6
使用の要件	終末期や死について語ることやバリュースヒストリーについて啓蒙活動が必要である	7
	バリュースヒストリーをともに考えてくれる人の存在が必要である	5
	終末期医療の意思決定を支えることができる訪問看護師の存在が必要である	4
	記入するときは場所や立ち会う人を配慮する	2

『事前指示』に関しては、6人が「事前指示書といっしょにしておく」との意見であった。

最後に『使用の要件』についての意見は18人にみられ、その内容は「終末期や死について語ることやバリュースヒストリーについて啓蒙活動が必要である」「バリュースヒストリーをともに考えてくれる人の存在が必要である」「終末期医療の意思決定を支えることができる訪問看護師の存在が必要である」「記入するときは場所や立ち会う人を配慮する」などであった。

VI. 考 察

1. 日本版バリュースヒストリーの構成項目の特徴について

今回選定された日本版バリュースヒストリーの項目としての35項目のうち、米国版バリュースヒストリーの構成項目のなかには認めず、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から作成された項目（高橋・布施，2013）が10項目含まれていた。このことは、バリュースヒストリーが

単なる米国版のコピーでなく、わが国の状況や日本人としての特徴を反映した結果であり、日本版バリュースヒストリーとしての特色が表されていると思われた。

日本人の特徴に関しては、この10項目のうち「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」および「余命についてどう思っているかとその理由」については、以下のようなわが国の実情が背景にあると思われる。それは、治る見込みがない病気に罹患した場合の病名や病気の見通しを説明する人については、医師、看護職員ともに「患者本人の状況をみて患者に説明するかどうかに判断する」との意見が最も多くみられることや（終末期医療のあり方に関する懇談会，2010）、また死の受容は困難で、余命の告知は患者側からの告知の希望が明確で、支援体制がある程度できていると判断できるときにのみ行われているのが現状であり、さらに告知の状況が看取りの場所に影響を与える（横島ら，2000）ことなどの実情がある。このように、わが国においては米国とは異なり病名や病気の見通しなどについて本人に事実を伝えるとは限らない実情が背景の1つにあると思われた。

また、その他の選定項目である「自分の意思決定の特徴」や「コミュニケーションの特徴」については、青木（1994，p.102）は「西洋人の自己とは、自分というものがいつ、いかなる事情においても不変の自我であり続けるところに特徴があるが、日本人の場合は個人が個人として自己認識される前にまず人間関係があり、自分が誰であるかは相手との関係性から決定される」と指摘している。つまり、必ずしも自分中心の意思決定やコミュニケーションをとるとは限らないという状況が選定された背景にあると考えられた。

その他には、死に対する考え方では、その必須度の評価は4.5と高い評価であったが、宗教に関する3項目についての必須度は3.8，3.5，3.4とやや低値を示した。2013年のNHK放送文化研究所の世論調査によれば、神や仏を信じていると回答した人はそれぞれ41%，32%であるのに比し、聖書や経典の教えを信じていると回答した人は僅か6%に留まっていた（NHK放送文化研究所，2015）。これについては「宗教的な意識や行動は、生活に根づいたものや明確な宗教のかたちをとっていない「宗教的」な文化や現象も含まれるが、こうしたケースでは宗教や信仰ということ意識していない場合も多い」とされる（NHK放送文化研究所，2015）。したがって、わが国においては、バリュースヒストリーの質問方法としては宗教に限定せず死に対する考え方としての質問が理解されやすいと思われた。

2. 日本版バリュースヒストリーの使用について

バリュースヒストリーの導入時期については、「健康なときから」「元気なとき」と記述した人を含めると「深刻な健康問題が発生する前から考えること」を適当とする意見が多くみられた。また具体的な時期としては還暦や健康診断のときをあげていたが、価値観は経時的にも変化するため、定期的にあるいはそのつど見直すという意見も少なくなかった。これらの意見を念頭におくと、米国と同様にわが国においてもバリュースヒストリーは、深刻な健康問題が発生する前から考え、定期的にあるいはそのつど見直すことが重要と考えられる。清水（2015）が述べるように、終末期医療は心身の機能とそれを土台とした活動のポテンシャルを考えて、かくかくまで衰えたらもうしかじかの治療は受けないという心積もりの延長として決定できることが望ましい。バリュースヒストリーを用いて深刻な健康問題が発生する前から考えて、定期的にあるいはそのつど見直すことにより、人生の最終段階に徐々に向かうことを感じつつ、残された時間を意識して生き方を考えることが可能となり、患者本人にとって無理のない意思決定を導くことができると推測された。

またバリュースヒストリーの使用目的に関しては「家族や医師やヘルスケアの提供者など関係者には知っておいてもらうこと」「在宅療養の移行時や入院時に使用する」「家族と共有する」「家族との調整に使用する」のように自分自身の考えを関係者と共有するために使用することが述べられていた。このように患者本人の考えを共有するために使用することは、近年わが国に取り入れられつつあるACP（Advance Care Planning）に有用ではないかと推測される。ACPは「将来に向け、あらかじめ早い段階から意思決定能力低下時も、患者が語ったり、書いたりしたものにより、患者の意思が尊重され、家族や医療スタッフも、患者にとって最善のケアが選択されると思えるような対話のプロセス」と定義される（西川・高梨・久保川・三浦、2015）。ACPでは対話のプロセスを重視するが、当然、患者本人の価値観や希望が基本となる。しかし、高橋ら（2016）による調査では、訪問看護師が在宅療養高齢者の終末期医療の意思把握を困難と思う理由として、家族が判断するという現状や患者本人が意思を示す習慣がないことが述べられている。これらをふまえると、患者本人がどうしたいかを考える手立てが必要と考えられる。日本版バリュースヒストリーにおいては、本人のコミュニケーションや意思決定の特徴が含まれ、また告知をされていない場合にも考えることが可能であり、患者本人の意思を表出する手立てとして活用しやすいと推測される。日本版バリュースヒストリーを用いて患者本人の意思を明らかにしつつ関係者との対話をはかることにより、患者本人を中心

とした集団の意思を尊重することができ、患者と生活とともにし絆で結ばれている家族を一つの単位として考えるわが国の文化背景（平原、2015）に即した終末期医療の決定を支援することができると考えられた。

VII. 結 論

今回、認定訪問看護師・在宅看護専門看護師を対象としたデルファイ法による調査から、日本版バリュースヒストリーの作製を試みた。その結果、項目として「最近の自分の健康状態」「健康上の問題と向き合う姿勢」「病状の悪化が役割や能力に与える影響」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「余命についてどう思っているかとその理由」など計35項目が選定された。この日本版バリュースヒストリーを利用して定期的に自分の価値観を見直すことにより人生の延長線上にある終末期医療の意思決定が可能となり、それを家族や関係者と共有することによりその人らしい意思決定を支援することが可能になると考えられた。

VIII. 研究の限界

本研究の調査対象者は訪問看護における看護師を対象とした限定された分野である。今後は緩和ケアの認定看護師など終末期医療の意思決定にかかわる他の分野の看護師を対象とした調査や、看取りを体験した家族に対する調査も必要と考えられる。本研究は意思決定に必要な性の高い項目を抽出したため、日本版バリュースヒストリーを使用する場合は自分なりの項目の追加について十分説明をすることが必要である。

謝 辞

本研究の一部を第36回日本看護科学学会学術集会およびThe 20th East Asian Forum of Nursing Scholarsで発表した。

度重なる調査にていねいに回答していただいた訪問看護認定看護師、在宅看護専門看護師の皆さまに深く感謝いたします。また、ご助言いただいた元千葉科学大学関戸好子教授、宮城大学長澤治夫教授、渡辺病院亀岡一裕医師に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP26670960の助成を受けたものである。

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

目的：本研究はわが国の事情に即したバリュースヒストリーの開発を目的とした。バリュースヒストリーは終末期医療の意思決定の根拠となる価値観を示す価値観歴である。

方法：訪問看護師に対する面接調査および米国のバリュースヒストリーから作成した項目について、デルファイ法による質問紙調査を実施した。対象は訪問看護認定看護師397人・在宅看護専門看護師21人の合計418人とした。

結果：「健康上の問題と向き合う姿勢」「健康上の問題に対する医師からの説明内容」「余命についてどう思っているかとその理由」「自分の意思決定の特徴」「自分のコミュニケーションの特徴」など35項目が日本版バリュースヒストリーとして選択された。

考察：日本版バリュースヒストリーは、病名や病気の見通しなどについて本人に事実を伝えるとは限らないわが国の状況や、周囲の人の状況や調和を優先するといった日本人の意思決定の特徴が反映されていると推察された。

Abstract

Objective: The objective of this study was to develop the Japanese version of values history. The purpose of the values history is to assist reflecting on value to justify his/her decision making for the end-of-life care.

Method: This study was a quantitative descriptive research using the Delphi method. Survey items were extracted from the preceding studies and used values history in U.S. The subjects included a total of 418 nurses (363 certified visiting nurses and 21 certified nurses specialized in home care services).

Results: The Japanese version of values history included 35 items such as “how to confront your health issues”, “information provided by your physician about health issues”, “how you feel about the rest of your life and the reasons”, “characteristics of your decision making”, and “characteristics of your communication with people”.

Discussion: It is speculated that the Japanese version of values history has reflected the situation in Japan that patients are not always informed of their diagnosis or prognosis of their illness as well as the characteristics of decision making of Japanese people who care about situations of other people around and the atmosphere of the place.

文 献

- 青木 保 (1994). 「日本文化論」の変容. 102, 東京: 中央公論社.
- 東 尚弘, 岩本桃子, 高山智子, 八巻知香子, 神谷 泉, 奥山純子, 中村文明, 伊東洋介, 若尾文彦 (2014). がん対策の進捗管理指標を策定するための意見集約調査. 癌の臨床, 60(2), 237-243.
- Gibson, J.M. (1990). Reflecting on values. *Ohio State Law J*, 51(2), 451-471.
- 藤田優一, 新家一輝 (2015). 入院児の転倒・転落防止対策: デルファイ法による検討. 日本看護科学会誌, 35, 53-62.
- Hackethal, J. (1988) / 関田淳子, 柳沢ゆりえ, 岩切千代子 (1996). 最後まで人間らしく: 患者の自己決定権について. 220-295, 東京: 未来社.
- 平原佐斗司 (2015). 意思決定支援. 在宅医療テキスト編集委員会 (編), 在宅医療テキスト (第3版). 36-37, 勇美記念財団. <http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/docs/text/text.pdf> (検索日2017年3月20日)
- 加藤広美, 山内豊明 (2015). デルファイ法による脳卒中患者に必要なフィジカルアセスメントの検討 (第1報). 日本看護科学会誌, 35, 82-89.
- 木村由香, 安藤孝敏 (2015). エンディングノート作成にみる高齢者の「死の準備行動」. 応用老年学, 9(1), 43-54.
- 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. 医政発第0521011号. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 厚生労働省 (2015). 平成26年 (2014) 患者調査の概況: 結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf> (検索日2016年5月10日)
- 栗秋佐智恵, 上村智彦 (2014). がん患者の臨死期における意思決定についての後方視的検討. *Palliative Care Research*, 9(3), 118-123.
- Lambert, P., Gibson, J.M., and Nathanson, P. (1990). The values history: An innovation in surrogate medical decision-making. *Law Med Health Care*, 18(3), 202-212.
- 中西 進 (2010). 日本の文化構造. 117-120, 東京: 岩波書店.
- NHK放送文化研究所 (編) (2015). 現代日本人の意識構造 [第八版]. 132-139, 東京: NHK出版.
- 日本老年医学会 (2001). 「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. 日本老年医学会雑誌, 38(4), 582-583.
- 日本老年医学会 (2012). 「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> (検索日2015年3月10日)
- 西川満則, 高梨早苗, 久保川直美, 三浦久幸 (2015). アドバンス

- ケアプランニングとエンドオブライフディスカッション. 日本老年医学会雑誌, 52(3), 217-223.
- 大堀 昇 (2013). 看護管理者が合意する就職時の新卒看護師に求める看護技術と水準: 裁量権の拡大と業務委譲を伴うチーム医療の推進の視点から. 日本看護医療学会雑誌, 15(2), 1-9.
- 大木桃代 (2005). 日本人の医療行為に対する意思決定態度の測定. 人間科学研究 (文京大学人間科学部紀要), 27, 83-90.
- 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 会田薫子, 清水哲郎, 鶴若麻理, 石崎達郎, 高橋龍太郎 (2015). 終末期医療に関する希望伝達の実態とその背景. 日本老年医学会雑誌, 52(1), 79-85.
- 清水哲郎 (2015). 本人・家族の意思決定を支える: 治療方針選択から将来に向けての心積りまで. 医療と社会, 25(1), 35-48.
- 園田芳美, 石垣和子 (2009). 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学, 13(2), 72-79.
- 終末期医療に関する意識調査等検討会 (2014). 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoku/zaitaku/dl/h260425-01.pdf> (検索日2016年7月11日)
- 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010). 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoku/zaitaku/dl/06.pdf> (検索日2016年2月14日)
- 高橋方子, 布施淳子 (2012). 訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法. 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 99-105.
- 高橋方子, 布施淳子 (2013). 在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に訪問看護師が必要とする情報. 日本看護研究学会雑誌, 36(5), 35-47.
- 高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 石津みゑ子, 布施淳子 (2016). 在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示の現状と課題. 千葉科学大学紀要, 9, 125-137.
- 田中まゆみ (2008). 主治医として知っておきたい後期高齢者の医療と生活: Advanced Directive (事前指示書) と Living Will (生前遺書). *medicina*, 45(7), 1308-1313.
- University of New Mexico (2014). Values history: A form to assist you in making health care choices in accordance with your values. UNM Health Sciences Center Institute for Ethics. <http://hscethics.unm.edu/common/pdf/values-history.pdf> (検索日2012年5月10日)
- 横島一彦, 中溝宗永, 矢嶋裕徳, 滝沢竜太, 粉川隆行, 中嶋博史, Shun-ichi Tomiyama, 八木聡明 (2000). 死亡症例からみた頭頸部癌診療でのインフォームドコンセントの限界. 頭頸部外科, 10(1), 85-88.
- 横矢ゆかり, 百瀬由美子 (2014). 看護職の自己評価に焦点を当てた介護老人保健施設における終末期ケアの質評価指標の開発. 日本看護研究学会雑誌, 37(4), 31-43.

〔平成29年1月12日受付〕
〔平成29年5月6日採用決定〕

—研究報告—

産後1年における身体組成, 自律神経活動の推移とその関連

Relationship between Changes in Body Composition and Autonomic Nervous System Activity
in Mothers in the First Year Postpartum和 泉 美 枝¹⁾
Mie Izumi眞 鍋 えみ子¹⁾
Emiko Manabe植 松 紗 代¹⁾
Sayo Uematsu渡 辺 綾 子²⁾
Ayako Watanabe

キーワード：自律神経活動, 体重, 体脂肪率, 産後

Key Words: autonomic nervous system activity, body weight, body fat percentage, postpartum

緒 言

現在, 世界的に過体重〔BMI (body mass index) 25.0kg/m²以上30.0kg/m²未満〕や肥満 (BMI 30.0kg/m²以上) の割合は増加している。その割合は男性36.9%, 女性38.0%まで上昇し, 過去33年間に肥満人口が減少した国はない (Ng, et al., 2014, pp.766-781)。肥満は心血管疾患, 耐糖能異常, 脂質代謝異常などのメタボリックシンドロームをはじめ, 多くの健康障害の発症に関与し, 2010年に過体重や肥満が原因で死亡した人は世界で340万人と推定され (Ng, et al., 2014, pp.766-781), 世界的に重大な健康問題となっている。わが国では, 日本肥満学会 (松澤ら, 2000, pp.18-28; 日本肥満学会肥満症診療ガイドライン作成委員会, 2016, pp.1-3) の定義に従いBMI 25.0kg/m²以上を肥満としており, その割合は男性28.7%, 女性21.3%である (厚生労働省, 2016a, p.37)。肥満は, 過食と運動不足などを背景とするエネルギーバランスの破綻の結果, 過剰なエネルギーが脂肪組織として蓄積した状態である。そして, BMIは標準に属するものの体脂肪率が高い「隠れ肥満者」も, 脂肪の過剰蓄積による代謝異常や心血管疾患のリスクが高いと報告 (Kim, Han, & Yang, 2013, pp.1571-1577; Marques-Vidal, et al., 2008, pp.251-257; Romero-Corral, et al., 2010, pp.737-746) されており, 体脂肪率にも着目され始めた。

女性の肥満は, 妊娠や分娩を契機として生ずることが多く (岩佐, 2015, pp.64-65), それに伴う体重および腹囲, ウエスト, ヒップ周径の増加など体型の変化を看過することはできない。日本人女性ではBMI 21.0kg/m²と正常体重域から潜在的にメタボリックシンドロームの合併が増大し始め (太田・櫻井・箕・山上, 2005, pp.317-322), さらに, メタボリックシンドロームの疑いのある者は20歳代に比べ40歳代では約2倍にも増加する (厚生労働省, 2016a,

p.145)。加えて, 晩婚化, 晩産化に伴い出産年齢は平均31.7歳 (厚生労働省, 2016b) となり, 高齢妊婦や褥婦の割合は増加傾向にある。年齢と産後の体重減少との関連も指摘されており (Cunningham, et al., 2014/2015, p.209), これらからとくに高齢褥婦は産後における非妊娠時体重への復帰はむずかしいと推測され, 妊娠や出産を契機とする女性の肥満やメタボリックシンドローム発症を予防するためには, 産後から体重と体脂肪率の管理に取り組む必要があると考える。

1991年, 「長年の運動不足とそれに伴う自律神経活動, 特に交感神経活動の低下が, エネルギー代謝調節機構や脂質代謝に大きく関与する」としたMONA LISA仮説 (Most Obesities kNown Are Low In Sympathetic Activity) (Bray, 1991, pp.1146-1162) が提唱されて以来, 肥満の発症や体重の増減の要因の一つとして, 自律神経活動が着目されている。その機構として, 白色脂肪組織に脂肪が蓄積すると, 白色脂肪細胞からレプチンが分泌され, 視床下部の交感中枢 (満腹中枢) に存在するレプチン受容体に結合し細胞を活性化させる。この交感神経活動の亢進は, 副交感中枢 (摂食中枢) を抑制し摂食を抑えるとともに, 白色脂肪組織からの脂肪の動員と褐色脂肪組織からの熱放散を促進し, エネルギー消費の増大と脂肪の蓄積を防ぐと考えられている (森谷・伏木・樋口・ギャノン・永井, 2010, pp.1-34)。一方, 産後はエストロゲンの急激な減少に伴うレプチンの減少と, 視床下部に働き食欲を増進させ, 体重増加に作用するグレリンの増加 (Inui, et al., 2004, pp.439-456) がみられ, 脂肪の燃焼が起りにくく, 妊娠中に増加した体重を非妊娠時体重に復帰させるのは困難な状況であると考えられる。

このように一般成人において, 自律神経はエネルギーの恒常性維持を担い, 生体の体重を一定範囲に保つ重要な役

1) 同志社女子大学看護学部 Department of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Art

2) 広島国際大学大学院 Graduate School of Psychological Science, Hiroshima International University

割を果たしていることが推測されている（森谷ら，2010，pp.1-34）。さらに，産後の自律神経活動の状態や推移，体重や体脂肪率の減少と自律神経活動の関与については明らかにされていない。そこで本研究では，産後女性の肥満予防に関する基礎データを得ることを目的に，産後1年以内の女性の体重と体脂肪率，自律神経活動の推移，体重と体脂肪率の減少と自律神経活動との関連を明らかにすることとした。そして，産後の適正な体重や体脂肪率の維持の方法についても提案することにより，産後の女性の肥満やメタボリックシンドローム発症の予防への寄与が期待される。

I. 研究方法

1. 調査対象

研究協力の得られた近畿圏内にある産婦人科医院および大学病院で出産し，産後1年の間に縦断的に3回（1回目：産後2～4か月，2回目：産後5～8か月，3回目：産後9～12か月）すべてのデータ収集が可能であった基礎疾患のない母親51名を対象とした。そのうち，日本肥満学会（松澤ら，2000，pp.18-28）の判定基準に従い，非妊娠時BMI 25.0kg/m²未満のやせ，または標準に属する母親49名を分析対象とした。なお，分析から除外した2名は非妊娠時BMI 25.0kg/m²以上の肥満に属し，自律神経活動が低下している可能性が考えられるため除外した。

2. 調査期間

調査期間は2012年7月～2016年4月であった。

3. 調査方法と測定機器

産科医療機関の責任者に書面と口頭で研究協力を依頼した。同意の得られた施設で行われる母親教室や，産後1か月健康診査に来院した母親に対し，外来の待ち時間や終了後に研究者が調査の目的や方法，意義，調査日時，調査場所（研究者の所属機関内）などの説明を行い，研究協力を依頼した。後日，提示した調査日に調査場所に来所した母親に再度研究の目的や方法，倫理的配慮などについて書面と口頭で説明し同意を得た。調査時に次の調査日を提示し，縦断的なデータ収集への協力を依頼した。

調査項目は，被験者に来所後20分間の安静時間を設け，体重，体脂肪率，自律神経活動の測定および質問紙への記入を依頼し，その場で回収した。体重と体脂肪率は，デュアル周波数体組成計（DC-320；タニタ）を用いて測定した。本機器はbioelectrical impedance analysis（BIA法）という，身体の電気抵抗（インピーダンス）を測定することで体組成値を算出する，信頼性が検証された測定方法である

（Kyle & Pichard，2000，pp.317-322；Roubenoff, Dallal, & Wilson，1995，pp.726-728；Heitmann，1994，pp.228-240）。自律神経活動は，外部と遮断された静かな部屋で座位にて右耳垂部にphotoplethysmography（PPG）モニター（Biocom Technologies, Inc., Washington DC, USA）を装着し，5分間心拍変動を測定することによって分析した。測定にはヨーロッパ心臓病学会と北米ペーシング電気生理学会（The European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and Electrophysiology）によって提唱された，短時間心拍変動解析のアルゴリズムを採用しているソフトウェアを組み込んだ，心拍変動解析システムInner Balance Scanner（HRV Analysis System; Biocom Technologies）を使用した。心電図とPPGを用いた心拍変動の測定結果を比較することにより，この機器の信頼性は検証され（Biocom Technologies，2007；Russoniello, Zhirnov, Pougatchev, & Gribkov，2013，pp.302-308），Suetake, Morita, Suzuki, Lee, & Kobayashi（2010，pp.1191-1198）の研究にも本機器が用いられている。測定結果はパワースペクトル解析により評価した（森谷ら，2010，pp.1-34）。なお，測定中に呼吸数が9回/分以下になると，自律神経活動指標の1つである高周波帯（0.15～0.4 Hz）にピークの見られるHigh-frequency（HF）成分が0.15 Hz以下となり，低周波帯（0.04～0.15Hz）にピークの見られるLow-frequency（LF）成分と重なり，正確なデータが得られないため，Amano, Kanda, Ue, & Moritani,（2001，pp.1287-1291）の研究に従い測定中はメトロノームを使用し，被験者に呼吸数を15回/分に統制するよう依頼した。呼吸統制による緊張を緩和するために，測定開始前に呼吸統制の練習を行ったうえで測定を開始した。

4. 調査内容と評価指標

(1) 属性と妊娠・出産に関する事項

以下の内容を質問紙により調査した。

年齢，家族構成，身長，非妊娠時体重，妊娠期間中の体重増加量，基礎疾患の有無，出産日，非妊娠時の運動習慣（1回30分以上の運動を1週間に2回以上，1年以上継続しているか否か），調査時の運動実施状況（1回30分以上の運動を1週間に2回以上実施したか否か），母乳哺育実施の有無，授乳状況（子どもの1日の経口摂取を100とした際の母乳，ミルク，離乳食の割合，それぞれ母乳率，人工乳率，離乳食率とし母親に評価を求めた）。

(2) 体重・体脂肪率

BMI 25.0kg/m²未満のやせまたは標準に属し，かつ体脂肪率25.0%以上30.0%未満を「隠れ肥満傾向」，BMI 25.0kg/m²未満のやせまたは標準に属し，かつ体脂肪率30.0%以上を「隠れ肥満」と定義した。

(3) 自律神経活動

心拍動は、心臓に分布する心臓交感神経と心臓副交感神経の影響を受け、心拍間隔（心電図のR-R間隔）には絶えず微妙なゆらぎがある（Akselrod, et al., 1981, pp.220-222）。このゆらぎを心拍変動といい、心拍変動は自律神経活動を反映するとされ、その観測により自律神経活動を推定することができる（森谷ら, 2010, pp.1-34）。近年、心拍変動のスペクトル解析による自律神経機能を評価する試みが多くなされている。心拍変動による自律神経機能の評価は、交感神経および副交感神経機能がそれぞれ特定の周波数帯域の心拍変動に反映されていることに基づいている。なかでもパワースペクトル解析は、経時的に変動する成分から周期性成分を分離定量し、周波数とその強さ（パワー）を表す曲線として自律神経活動を可視化でき、高感度で再現性が高い。心拍変動には低周波帯と高周波帯にピークが見られ、それぞれLF成分、HF成分とよばれている。LF成分は心臓交感神経と副交感神経の両方の活動を反映し、HF成分は呼吸によって生じる心拍のゆらぎであり、心臓副交感神経によって媒介され、その振幅値は心臓副交感神経活動を反映している。LF成分は心臓交感神経と副交感神経の両活動が含まれるため、LF/HFは心臓交感神経活動の指標とされる。さらに、パワースペクトル解析からは交感神経系体温・熱産生調節に関与する超低周波帯（0.003～0.04 Hz）であるvery low-frequency（VLF）成分も特定でき、LF、HF、VLF成分の総和は総自律神経活動（total power：TP）を表わす。

評価指標としてLF、HF、VLF、LF/HF、TPの各成分と交感神経活動、副交感神経活動のバランスの指標となる2種類の相対値、交感神経活動指標〔sympathetic nervous system（SNS）index：（VLF+LF）/HF〕と、副交感神経活動指標〔parasympathetic nervous system（PNS）index：HF/TP〕を算出した（松本・後山・林・森谷, 2007, pp.433-443）。

5. 解析方法

産後1日あたりの体重減少量と体脂肪率減少量は、1回目の調査時の体重および体脂肪率から3回目の調査時の体重および体脂肪率を引き、1回目から3回目までの産後日数で除し算出した。産後の3時期による比較はFriedmanの順位検定を用いた。さらに、1日あたりの体重減少量および体脂肪率減少量と自律神経活動との関係性をみるために、Spearmanの順位相関係数を算出した。統計処理には“IBM SPSS Stastics 24.0J for Windows”を用い、有意水準は5%以下とした。

6. 倫理的配慮

対象者に研究への参加は自由意思であり、同意の撤回の

自由とそのことによる不利益はないこと、データは調査の目的以外には使用せず、プライバシーは保護すること、学会等での結果を公表することについて書面と口頭で説明し、同意書への署名をもって研究協力への同意を確認した。研究に先立ち、京都府立医科大学医学倫理審査委員会（承認番号：E-332）と同志社女子大学倫理審査委員会（承認番号：72）の承認を得た。

II. 結 果

1. 対象の属性と授乳状況および身体組成の推移

分析対象者の平均年齢は33.8（SD：4.4）歳、非妊娠時体重は50.2（6.5）kg、非妊娠時BMIは19.8（2.0）kg/m²、妊娠期間中の体重増加量は9.7（3.4）kgであった。非妊娠時のBMI分類では、やせ14名（28.6%）、標準35名（71.4%）、運動習慣のある者は9名（18.4%）であった。家族構成は全員核家族であった。

母乳哺育を実施している者の割合は、すべての調査時期において90%以上であった。授乳状況では、産後の経過とともに母乳率は有意に減少、離乳食率は有意に増加し、産後9～12か月で両者の割合は約50%ずつとなっていた。一方、人工乳率は産後の経過に伴う変化はほぼなかった。さらに、運動習慣を有する者の割合は10%前後で推移しており、変化はみられなかった（表1）。

体重、体脂肪率、BMIは産後の経過に伴い有意に減少していたが、産後9～12か月における体脂肪率は平均24.8%であった。隠れ肥満傾向および隠れ肥満の者は、産後2～4か月67.3%、産後5～8か月55.1%と産後の経過とともに減少し、産後9～12か月では51.0%を示していた。

BMI非妊娠時のBMIが標準に属する35名において、産後5～8か月に非妊娠時の体重に復帰している者は23名（65.7%）、復帰していない者は12名（34.3%）、産後9～12か月では復帰者25名（71.4%）、非復帰者10名（28.6%）であり、約3割は非妊娠時体重に復帰していなかった。

2. 自律神経活動

調査した3時期の自律神経活動の各パラメータの結果を表2に示した。産後の経過にともないTP、HF、PNS indexはほぼ変化はみられず、一方、LFは上昇傾向、VLF、LF/HF、SNS indexは下降傾向がみられたが、いずれのパラメータも産後の時期による有意な差は認められなかった。

3. 1日あたりの体重および体脂肪率の減少量と自律神経活動との関連

1日あたりの体重および体脂肪率の減少量と、調査した3時期の自律神経活動の各パラメータとの関連をSpearman

表1 対象の属性と授乳状況および身体組成の推移

(N = 49)

	産後2～4か月	産後5～8か月	産後9～12か月	p値
母乳哺育実施者	47 (95.9)	47 (95.9)	45 (91.8)	—
母乳率	92.3 ± 22.1	78.7 ± 25.4	44.5 ± 28.7	< .001
授乳状況 (%)	人工乳率 7.7 ± 22.1	7.1 ± 18.9	4.7 ± 10.9	.341
	離乳食率 0	14.2 ± 12.5	50.8 ± 25.5	< .001
運動習慣を有する者	5 (10.2)	6 (12.2)	4 (8.2)	—
体重 (kg)	51.0 ± 6.9	49.9 ± 6.8	49.3 ± 6.7	< .001
体脂肪率 (%)	27.0 ± 5.2	25.6 ± 5.0	24.8 ± 5.5	< .001
BMI (kg/m ²)	20.1 ± 2.2	19.7 ± 2.2	19.4 ± 2.1	< .001
隠れ肥満傾向の者	20 (40.8)	17 (34.7)	17 (34.7)	—
隠れ肥満の者	13 (26.5)	10 (20.4)	8 (16.3)	—
非妊娠時体重への非復帰者 [#] (n = 35)	19 (54.3)	12 (34.3)	10 (28.6)	—

[注] Mean ± SD, n (%). Friedman's test, [#]: 非妊娠時BMI標準 (18.5kg/m²以上25.0kg/m²未満) の者のみ。

表2 自律神経活動の推移

	産後2～4か月	産後5～8か月	産後9～12か月	p値
TP (ms ²)	609.3 (66.7)	520.0 (60.1)	599.0 (76.0)	.470
LF (ms ²)	169.1 (23.8)	171.6 (28.0)	203.9 (36.3)	.867
HF (ms ²)	248.4 (33.5)	201.2 (26.3)	231.2 (29.8)	.156
VLF (ms ²)	191.6 (23.2)	147.5 (14.5)	163.9 (18.3)	.565
LF/HF	1.3 (0.4)	0.9 (0.1)	0.9 (0.1)	.839
交感神経活動指標 (SNS index)	2.66 (0.64)	1.90 (0.14)	1.98 (0.17)	.679
副交感神経活動指標 (PNS index)	0.40 (0.03)	0.39 (0.02)	0.38 (0.02)	.679

[注] Mean (SE). Friedman's test. TP : total power, LF : low frequency, HF, high frequency, VLF : very low frequency, SNS index : sympathetic nervous system index, PNS index : parasympathetic nervous system index.

表3 1日あたりの体重・体脂肪率減少量と自律神経活動との関連

	産後2～4か月						
	TP	LF	HF	VLF	LF/HF	交感神経活動指標 (SNS index)	副交感神経活動指標 (PNS index)
1日あたりの体重減少量	-.12	-.20	.16	-.31 *	-.33 *	-.40 **	.40 **
1日あたりの体脂肪率減少量	-.18	-.22	.13	-.34 *	-.35 *	-.40 **	.40 **
	産後5～8か月						
	TP	LF	HF	VLF	LF/HF	交感神経活動指標 (SNS index)	副交感神経活動指標 (PNS index)
1日あたりの体重減少量	-.09	-.01	.18	-.07	-.18	-.24	.24
1日あたりの体脂肪率減少量	-.06	-.08	-.01	-.14	-.09	-.14	.14
	産後9～12か月						
	TP	LF	HF	VLF	LF/HF	交感神経活動指標 (SNS index)	副交感神経活動指標 (PNS index)
1日あたりの体重減少量	-.11	-.15	-.08	-.15	-.16	-.10	.10
1日あたりの体脂肪率減少量	-.24	-.30 *	-.16	-.28	-.29 *	-.17	.17

[注] Spearmanの相関係数. **: $p < .01$, *: $p < .05$. TP : total power, LF : low frequency, HF : high frequency, VLF : very low frequency, SNS index : sympathetic nervous system index, PNS index : parasympathetic nervous system index.

の順位相関係数を算出して分析した結果を表3に示した。1日あたりの体重減少量と1回目調査のVLF, LF/HF, SNS indexと負の弱い相関（順に $r_s = -.31, p < .05, r_s = -.33, p < .05, r_s = -.40, p < .01$ ）、PNS indexと正の弱い相関（ $r_s = .40, p < .01$ ）が見られ、体重減少量が少ないほどVLF, LF/HF, SNS indexは高値、PNS indexは低値であった。さらに、1日あたりの体脂肪率減少量と1回目調査のVLF, LF/HF, SNS indexと負の弱い相関（順に $r_s = -.34, p < .05, r_s = -.35, p < .05, r_s = -.40, p < .01$ ）、PNS indexと正の弱い相関（ $r_s = .40, p < .01$ ）、3回目調査のLF, LF/HFに弱い負の相関（順に $r_s = -.30, p < .05, r_s = -.29, p < .05$ ）が認められ、1日あたりの体脂肪率減少量が少ないほどVLF, LF, LF/HF, SNS indexは高値、PNS indexは低値であった。

Ⅲ. 考 察

本研究は、非妊娠時BMIがやせまたは標準である産後1年以内の女性49名を対象に、縦断的に体重、体脂肪率、自律神経活動の推移、1日あたりの体重および体脂肪率の減少量と自律神経活動との関連について検討した結果、①産後の経過とともに体重と体脂肪率の減少は確認されたが、自律神経活動の変化はみられなかった、②産後9～12か月時において「隠れ肥満傾向」「隠れ肥満」の者が51.0%、非妊娠時BMI標準の者で非妊娠時体重へ復帰していない者が28.6%みられた、③1日あたりの体重や体脂肪率の減少量が少ないほど、交感神経活動は高値、副交感神経活動は低値を示した。

妊娠中の体重増加についてはさまざまな周産期のリスクと関連するため、妊婦健康診査などで管理が行われている。一般的にBMIが標準に属する妊婦の妊娠期間中の推奨体重増加量は7～12kgとされ、その内訳は胎児付属物4.1kg、母体循環血液量や細胞外液、子宮、乳房3.3kg、生理的に必要な脂肪3～4kgであり、生理的な現象である。その体重は分娩時におよそ5.5kg、その後2週間で4kg減少、さらに6か月までに2.5kgと緩やかに減少し、それ以降の体重増加は脂肪の蓄積を表わす（Cunningham, et al., 2014/2015, p.209, pp.802-818）。また一方、産後4か月ごろにはほぼ非妊娠時体重に戻るが、25%の女性は復帰しないことや（「周産期医学」編集委員会, 2009, pp.329-330）、坂梨ら（1994, pp.180-186）の調査では、産後4か月時に約2割の女性は非妊娠時の体重に戻らないこと、本研究では産後1年においても約3割の女性は非妊娠時体重に復帰していないことから、産後の肥満やメタボリックシンドローム予備軍への移行を予防する観点から、産後の推奨される理想的な体重の推移を、自己管理指標として提示する必要があると考えられた。

次に、産後1年で「隠れ肥満傾向」や「隠れ肥満」者が約半数にみられたことについては、母体の脂肪量や体脂肪率、血中総コレステロール値は妊娠により増加する（西ら, 2001, pp.242-247; Cunningham, et al., 2014/2015, pp.51-88, 1577-1595）。そして、母乳哺育は母体のコレステロール値の減少を促進させることから、産後の経過とともに非妊娠時のレベルにまで減少することが望まれる（Darmady & Postle, 1982, pp.211-215）。本調査の対象者では、産後9～12か月まで約9割の母親が母乳哺育を実施し、産後4か月以内では子どもの経口摂取に占める母乳の割合は約90%、産後9～12か月には離乳食も進み、その割合は約50%にまで減少していた。さらに、日本人の食事摂取基準においても、乳児の成長とともに摂取エネルギーも母乳から食事へとシフトしていくことや、産後5か月までの母乳分泌量780mL/日に対し、産後9～12か月では450mL/日と減少し（厚生労働省, 2014, p.354）、今後離乳食完了期に移行し、授乳回数も減り卒乳を迎える母親も多いことから、継続して母乳分泌によるエネルギー消費は期待できない。これらからも、「隠れ肥満傾向」や「隠れ肥満」の者が約半数みられることは注意を要する現象と考えられる。さらに現在、わが国の女性の平均出産年齢は、第1子30.6歳、第2子32.4歳、第3子33.4歳（厚生労働省, 2016b）と高齢化を示している。そして、わが国の女性のメタボリックシンドローム予備軍と考えられる者、および強く疑われる者の割合は、20歳代4.8%、30歳代5.3%、40歳代9.5%、50歳代15.0%と加齢に伴い高くなっていることから（厚生労働省, 2016a, p.145）、女性にとって妊娠や出産のライフイベントは、いままで以上にメタボリックシンドロームのトリガーとなる可能性も考えられ、体重に加え体脂肪率の定期的な測定により、BMIおよび体脂肪率を指標とした産後の継続的な管理も重要と思われる。一方、対象者のほとんどが母乳哺育を継続している者であるため、卒乳後の体重と体脂肪率の推移についての長期的な調査も必要であると考えられる。

さらに、体重や体脂肪率の減少量と交感神経活動や副交感神経活動の関連については、BMIや体脂肪率とレプチンの血中濃度は正の相関を示し（小川・阿部・中尾, 2001, pp.705-710）、白色脂肪組織に脂肪が蓄積するとレプチンの分泌が増加し、交感神経活動が活性化する一方、副交感神経活動を抑制し摂食を抑え、白色脂肪組織からの脂肪の動員とエネルギー消費を増大させ、脂肪の過剰蓄積を防ぎ、体重増加を制御している（森谷ら, 2010, pp.1-34）。したがって、本研究の対象者の非妊娠時BMIはやせ～標準に属することからも、産後の体重や体脂肪率の減少量が少ないほどBMIや体脂肪率は高値を示すため、レプチンの分泌増加による交感神経活動の活性化と、副交感神経活動の抑制による生理的な体重コントロールが、内分泌環境の変動が

大きい産後の女性においても機能していると考ええる。これから、産後1年においても交感神経活動を活性化し、エネルギー消費を促すことが適正な体重や体脂肪率の維持、非妊娠時体重への復帰にも有効であると考えられる。

一方、エネルギー消費は基礎代謝、食後の熱産生、身体活動に分類され、そのうち身体活動は運動、日常の生活活動、自発活動からなり運動以外の部分を non exercise activity thermogenesis (NEAT) という (勝川, 2015, pp.77-83)。NEATは通勤や通学、掃除や洗濯などの家事、買い物、家の中での移動など多様な日常の生活行動による熱産生であり (Levine, Eberhardt, & Jensen, 1999, pp.212-214)、運動習慣のある者でも1日の消費エネルギーの約40%を占める (Hamilton, Hamilton, & Zderic, 2007, pp.2655-2667)。近代化による交通手段のオートメーション化、生活家電の発達、長時間座位でのテレビ視聴やデスクワークの増加によるNEATの低下が過体重や肥満を助長していると指摘されており (Blanck, et al., 2007, pp.1578-1588; Brown, Williams, Ford, Ball, & Dobson, 2005, pp.1431-1441; Chau, van der Ploer, Merom, Chey, & Bauman, 2012, pp.195-200; Mummery, Schofield, Steele, Eakin, & Brown, 2005, pp.91-97)、NEATを高める生活はその予防につながる可能性がある (Ravussin, 2005, pp.530-531)。さらに、2型糖尿病の女性ではNEATが多いほど自律神経活動は高いことから (Hamasaki, Yanai, Kakei, Ezaki, & Noda, 2013, pp.4836-4837)、NEATの増加によるエネルギー消費の増大や自律神経活動の活性化が期待される。本研究の対象者のような核家族である育児期の非就労女性は、家事や育児が主な身体活動であり、定期的な運動時間の確保は困難であると推測され、子ども連れの歩行による買い物や散歩、階段の使用、こまめな掃除や洗濯の実施を推奨するなど、日常生活におけるNEATを高めることは体重コントロールの効果も高いと期待される。

最後に、本研究では産後の体重や体脂肪率の減少とNEATとの関連や、自律神経活動とNEATとの関連、食事内容・量などの栄養摂取状況や活動による消費エネルギー量に関する検討はできておらず、今後それらに関する

調査を行い、詳細に分析をする必要があると考える。さらに、調査対象者をBMIがやせ～肥満にまで拡大することや、卒乳後の体重や体脂肪率の推移についても追跡調査をしていく予定である。そして、産後からのメタボリックシンドローム予備軍への移行予防策として、体重や体脂肪率、NEAT、食生活、活動量に関する知識と具体的な情報提供を進めていきたい。

結 論

産後1年以内にある女性の体重や体脂肪率は産後の経過とともに減少を示したが、産後9～12か月においても体脂肪率25.0%以上の者、非妊娠時体重へ復帰していない者がみられた。さらに、体重と体脂肪率の1日あたりの減少量が少ないほど交感神経活動は高く、副交感神経活動は低いという関連が示された。産後の体重や体脂肪率の推移の管理や、体重や体脂肪率の減少には交感神経活動の活性化の必要性が示唆された。

謝 辞

お忙しい中、本研究にご協力いただきました関係者各位に深謝致します。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP15K11720の助成を受けたものである。

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

【目的】産後女性の肥満予防の基礎データを得るため、産後の身体組成とエネルギー代謝に関連があるとされる自律神経活動の推移と関連を明らかにすることとした。

【方法】非妊娠時BMIやせまたは標準で、産後1年以内に3回協力の得られた女性49名を対象とし、身体組成（体重・体脂肪率）と自律神経活動を測定した。

【結果】体重と体脂肪率は産後の経過に伴い有意に減少していたが、産後9～12か月で「隠れ肥満傾向」34.7%、「隠れ肥満」16.3%、非妊娠時BMI標準者（35名）で非妊娠時体重への未復帰者28.6%であった。自律神経活動は産後時期による差はなかった。1日あたりの体重や体脂肪率の減少量と交感神経活動指標は負の相関、副交感神経活動指標は正の相関がみられた。

【結論】産後1年の経過に伴い体重や体脂肪率は減少を示し、自律神経活動は変化しなかった。しかし、体重や体脂肪率の減少には自律神経活動の関連が示唆された。

Abstract

Purpose: To obtain basic data for the prevention of obesity in postpartum women, we investigated the transition of autonomic nervous activity in the postpartum period, which is considered related to postpartum body composition and energy metabolism, and the relationship between sympathetic and parasympathetic activity.

Methods: Forty-nine subjects with a lean or standard body mass index (BMI) before they became pregnant able to cooperate three times within the first year postpartum were recruited and their body weight (BW), body fat percentage (BF%), and ANS activity were measured.

Results: BW and BF% were significantly reduced with the passage of postpartum time. At 9 to 12 months postpartum, the rate of “pre-normal weight obesity” was 34.7% and that of “normal weight obesity” was 16.3%. Among the 35 cases who were of standard BMI before pregnancy, 28.6% did not return to their prepregnant weight. ANS activity did not change during the postpartum period. A decrease in BW or BF% per day and the sympathetic nervous system index showed a negative correlation. In contrast, these were positively correlated with the parasympathetic nervous system index.

Conclusions: BW and BF% were reduced with the passage of postpartum time. ANS activity did not change during the postpartum period. Reduction in BW and BF% is associated with ANS activity.

文 献

- Akselrod, S., Gordon, D., Ubel, F.A., Shannon, D.C., Berger, A.C., and Cohen, R.J. (1981). Power spectrum analysis of heart rate fluctuation: A quantitative probe of beat-to-beat cardiovascular control. *Science*, 213 (4502), 220-222.
- Amano, M., Kanda, T., Ue, H., and Moritani, T. (2001). Exercise training and autonomic nervous system activity in obese individuals. *Med Sci Sports Exerc*, 33 (8), 1287-1291.
- Biocom Technologies (2007). Biocom Heart Rhythm Scanner Software Validation and Verification Report. (照会先: info@biocomtech.com)
- Blanck, H.M., McCullough, M.L., Patel, A.V., Gillespie, C., Calle, E.E., Cokkinides, V.E., ... Serdula, M.K. (2007). Sedentary behavior, recreational physical activity, and 7-year weight gain among postmenopausal U.S. women. *Obesity (Silver Spring)*, 15 (6), 1578-1588.
- Bray, G.A. (1991). Obesity, a disorder of nutrient partitioning: The MONA LISA hypothesis. *J Nutr*, 121 (8), 1146-1162.
- Brown, W.J., Williams, L., Ford, J.H., Ball, K., and Dobson, A.J. (2005). Identifying the energy gap: Magnitude and determinants of 5-year weight gain in midage women. *Obes Res*, 13 (8), 1431-1441.
- Chau, J.Y., van der Ploeg, H.P., Merom, D., Chey, T., and Bauman, A.E. (2012). Cross-sectional associations between occupational and leisure-time sitting, physical activity and obesity in working adults. *Prev Med*, 54 (3-4), 195-200.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., and Sheffield, J.S. (2014) / 佐村 修, 種元智洋 (監訳) (2015). ウィリアムス産科学 (原著24版). 東京: 南山堂.
- Darmady, J.M. and Postle, A.D. (1982). Lipid metabolism in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 89 (3), 211-215.
- Hamasaki, H., Yanai, H., Kakei, M., Ezaki, O., and Noda, M. (2013). Non-exercise activity thermogenesis is associated with markers for diabetic microangiopathy in Japanese female patients with type 2 diabetes. *Int J Cardiol*, 168 (5), 4836-4837.
- Hamilton, M.T., Hamilton, D.G., and Zderic, T.W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56 (11), 2655-2667.
- Heitmann, B.L. (1994). Impedance: A valid method in assessment of body composition? *Eur J Clin Nutr*, 48 (4), 228-240.
- Inui, A., Asakawa, A., Bowers, C.Y., Mantovani, G., Laviano, A., Meguid, M.M., and Fujimiya, M. (2004). Ghrelin, appetite, and gastric motility: The emerging role of the stomach as an endocrine organ. *FASEB J*, 18 (3), 439-456.
- 岩佐弘一 (2015). なぜ女性は出産後・中年期以降に太りやすい?: 肥満の生物学的意義. 日本医事新報, 4774, 64-65.
- 勝川史憲 (2015). 肥満の予防・治療における身体活動の種類・強度・頻度. 肥満研究, 21 (2), 77-83.
- Kim, J.Y., Han, S.H., and Yang, B.M. (2013). Implication of high-body-fat percentage on cardiometabolic risk in middle-aged, healthy, normal-weight adults. *Obesity (Silver Spring)*, 21 (8), 1571-1577.
- 厚生労働省 (2014). 「日本人の食事摂取基準 (2015年版)」策定検討会報告書. 354. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000114399.pdf> (検索日2016年11月18日)
- 厚生労働省 (2016a). 平成26年国民健康・栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzhoushinka/0000117311.pdf> (検索日2016年5月23日)
- 厚生労働省 (2016b). 厚生統計要覧 (平成27年度) 第1編人口・世帯第2章人口動態 http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (検索日2016年6月9日)
- Kyle, U.G. and Pichard, C. (2000). Dynamic assessment of fat-free mass during catabolism and recovery. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 3 (4), 317-322.
- Levine, J.A., Eberhardt, N.L., and Jensen, M.D. (1999). Role of nonexercise activity thermogenesis in resistance to fat gain in humans. *Science*, 283 (5399), 212-214.
- Marques-Vidal, P., Pécoud, A., Hayoz, D., Paccaud, F., Mooser, V., Waeber, G., and Vollenweider, P. (2008). Prevalence of normal weight obesity in Switzerland: effect of various definitions. *Eur J Nutr*, 47 (5), 251-257.
- 松本珠希, 後山尚久, 林 達也, 森谷敏夫 (2007). ゆらぎの科学と女性心身医学—月経周期に伴う心とからだの変化と自律神経活動との関連—. 女性心身医学, 12 (3), 433-443.
- 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 坂田利家, 齋藤 康, 佐藤祐造,

- 白井厚治, 大野 誠, 宮崎 滋, 徳永勝人, 深川光司, 山之内国男, 中村 正 (2000). 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準. *肥満研究*, 6(1), 18-28.
- 森谷敏夫, 伏木 亨, 樋口 満, リチャード・ギャノン, 永井成美 (2010). 栄養と運動医科学. 1-34, 東京: 建帛社.
- Mummary, W.K., Schofield, G.M., Steele, R., Eakin, E.G., and Brown, W.J. (2005). Occupational sitting time and overweight and obesity in Australian workers. *Am J Prev Med*, 29(2), 91-97.
- 日本肥満学会肥満症診療ガイドライン作成委員会 (2016). 肥満症診療ガイドライン2016. 1-3, 東京: ライフサイエンス出版.
- 西 和美, 甲元ゆみ子, 横見浩美, 多田幸子, 茅原幸子, 内田由利江, 澤井倫子, 秋本暁久 (2001). 周産期におけるレプチン値について. *母性衛生*, 42(1), 242-247.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 766-781.
- 小川佳宏, 阿部 恵, 中尾一和 (2001). レプチンと心血管病変. *日本内科学会雑誌*, 90(4), 705-710.
- 太田嗣人, 櫻井 勝, 篁 俊成, 山上孝司 (2005). 日本人で代謝異常が増大するBMI閾値. *肥満研究*, 11(3), 317-322.
- Ravussin, E. (2005). Physiology. A NEAT way to control weight? *Science*, 307(5709), 530-531.
- Romero-Corral, A., Somers, V.K., Sierra-Johnson, J., Korenfeld, Y., Boarin, S., Korinek, J., ... Lopez-Jimenez, F. (2010). Normal weight obesity: A risk factor for cardiometabolic dysregulation and cardiovascular mortality. *Eur Heart J*, 31(6), 737-746.
- Roubenoff, R., Dallal, G.E., and Wilson, P.W. (1995). Predicting body fatness: The body mass index vs estimation by bioelectrical impedance. *Am J Public Health*, 85(5), 726-728.
- Russoniello, C.V., Zhirnov, Y.N., Pougatchev, V.I., and Gribkov, E.N. (2013). Heart rate variability and biological age: Implications for health and gaming. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 16(4), 302-308.
- 坂梨 薫, 渡部節子, 梅野美恵子, 吉田とも子, 藤島輝子 (1994). 産褥4ヶ月までの体重復帰に影響を及ぼす因子—第2報—.
母性衛生, 35(2), 180-186.
- 「周産期医学」編集委員会 (編) (2009). 周産期医学相談318: お母さんへの回答マニュアル第2版. 周産期医学, 39 (増刊号), 329-330.
- Suetake, N., Morita, Y., Suzuki, D., Lee, K., and Kobayashi, H. (2010). Evaluation of autonomic nervous system by heart rate variability and differential count of leukocytes in athletes. *Health*, 2(10), 1191-1198.

[平成28年10月11日受 付]
[平成29年2月24日採用決定]

— 研究報告 —

中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因

— 職場環境と新人研修プログラムの側面から —

Factors Contributing to the Learning Levels of Novice Nurses in
New Employee Training in Middle-Sized Hospitals:
Work Environment and Training Programs for New Employees

掛谷 和美¹⁾ 城生 弘美²⁾
Kazumi Takeya Hiromi Jono

キーワード：新人教育，習熟度，中規模病院，研修プログラム，職場環境

Key Words：novice nurses education, learning levels, middle-sized hospitals, training program, work environment

緒 言

2012年現在，わが国の病院は8,605を数え，そのうち500床以上の大規模病院は456病院（5.3%），499～300床の病院は1,090病院（12.7%）である。一方，99～20床の小規模病院は3,182病院（37.0%），299～100床の中規模病院は3,877病院（45.1%）であり（厚生労働省，2012，p.2），299～100床の中規模病院は全体の約半数を占め，日本の医療の中核を担っている。

看護の質の確保，新人看護師（以下，新人とする）の臨床実践能力の育成，早期離職予防をねらい「保健師助産師看護師法」および「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の一部改正により新人の臨床研修の努力義務化がなされ，2010年に厚生労働省より，新人看護職員研修ガイドライン（以下，ガイドラインとする）が出された（厚生労働省，2011a；厚生労働省，2014a）。こうした背景を機に，多くの病院が新人への教育体制を整え始めた（日本看護協会，2014，pp.10-25；厚生労働省，2012，p.2）。佐々木・西田（2014，pp.521-526）は，研修責任者の約9割がガイドラインを認識し，教育的な役割について理解していると示し，ガイドラインが周知されていることを報告している。

一方，中規模病院における新人教育は，卒後教育の体制化が困難で，新人が毎年入職するとは限らず支援体制が未整備で（大山・矢島・柏木・鈴木・木島，2008，pp.348-353），新人教育への関心を持ち続けることがむずかしく（前川，2010，pp.136-143），さらに新人育成計画の立案や新人育成計画が予定どおり進まないことが示されている（市原，2014，pp.125-132）。

しかし中規模病院における教育のメリットとして，稲垣・菅原・並松（2012，pp.68-71）は，中規模病院は組織が小さいがゆえに，お互いの顔が見える関係であるため，それぞれの役割や部署が異なっても身近な存在であり，スタッフの特性や能力などを把握しやすく，物事の周知に時間がかからないことを報告している。これらのことから中規模病院は，その特性である規模の小ささを活かした快適な職場環境づくりが活性化につながり，それを基盤とした新人研修が重要であると考えられる。

新人研修の方法として，ガイドラインでは，日常の業務を一時的に離れて行う教育訓練や研修であるoff the job training（Off-JT）と，上司や先輩が日常の業務のなかで作業方法等について指導するon the job training（OJT）を提示し，かつOff-JTからOJT，OJTからOff-JTへのスパイラル学習を推奨している。スパイラル学習とは，反復（スパイラル）による教育方法である（Bruner，1960/1986，pp.66-69；文部科学省，2008，p.4；厚生労働省，2014b）。亀井ら（2007，pp.348-350）によると，OJTの主な実施者であるプリセプターが，新人のOff-JTの内容を知っていることによりOJTにその内容が反映され，より効果の高い研修になるという報告をしている。また稲垣ら（2012，pp.68-71）は，中小規模病院ではガイドラインに沿って教育研修を企画，実施するだけでは新人教育は成功せず，新人看護職員に関心を向けられる組織文化の形成とそれを支えるシステムづくりが欠かせないと指摘している。つまり中規模病院における新人教育はOff-JTとOJTのスパイラル学習を行いつつも，規模の小ささや病院の特徴を活かした職場環境が重要であり，スタッフ全員が新人教育の計画や指導方針に関心をもち，新人を教育することの重要性を

1) 横浜創英大学看護学部 Faculty of Nursing, Yokohama Soei University

2) 東海大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, The School of Health Sciences, Tokai University

示している。

さらに西尾・大津（2012, pp.31-38）によると、浣腸、おむつ交換、人工呼吸器の管理、気管内挿管の準備と介助などの項目において、300床以上の病院より300床未満の病院が有意に指導を受けていた。また厚生労働省（2013a）の報告によると、新人の知識・技術・態度の習得状況は、500床以上の病院では499床以下の病院より、管理面や、基本姿勢、医療安全、情報管理、感染管理の項目における技術の習得率が高く、逆に499床以下の病院では500床以上の病院より吸引、浣腸、膀胱内留置カテーテルの挿入と管理、導尿、排便、静脈内注射などの身体の侵襲度の高い看護技術の習得率が高い結果であった。これらのことより中規模病院は日々のOJTの指導が充実しており、侵襲度の高い技術の習得率が高いことがうかがわれる。しかし中規模病院において、なぜ、侵襲度の高い技術が習得可能であるかに関する研究は見当たらない。

そこで本研究では、中規模病院における新人の職場環境や新人研修プログラムのOff-JTとOJTと新人の知識・技術・態度との関連を明らかにし、どのような要因が新人の知識・技術・態度の習熟度に影響するかについて明らかにすることを目的とした。

I. 研究目的

全国の中規模病院の新人研修責任者を対象に、中規模病院における新人の職場環境や新人研修プログラムのOff-JTとOJTと新人の知識・技術・態度との関連を明らかにし、どのような要因が新人の知識・技術・態度の習熟度に影響するかについて明らかにすることを目的とした。

II. 用語の操作的定義

a. 新人

看護師国家資格を取得後、初めて4月より中規模病院で就労している看護師。

b. 中規模病院

病床規模の分類に法的根拠はなく、中規模病院と位置づけられる病床数は「200～499床以下」「200床未満」「100～299床」と幅がある。他文献（市原, 2014, pp.125-132；玉崎, 1999, pp.232-239）を参考にし、また300～499床と定義づけた文献が少なかったことから300～499床は含めないこととした。さらに厚生労働省の調査である「病床の規模別にみた病院数及び構成割合の年次推移」（厚生労働省, 2013b）によると、100床未満の病院数は過去5年間の増減の変動が大きいこと、また卒後教育体制の整備に差があり、毎年、新人が入職するとは限らず、新人研修責任者が

いないことが多いと判断したため、対象として含めないこととし、本研究では「100～299床」を中規模病院とする。

c. 職場環境

職場環境のソフト面として、「人間関係」「キャリア形成・人材育成」「仕事の裁量性」「処遇」「社会とのつながり」「休暇・福利厚生」「労働負荷」の7領域が提示されているが（厚生労働省, 2011b, pp.191-194）、本研究では快適な職場づくりにとくに影響があるとされる「人間関係」「人材育成」「労働負荷」に着目し職場環境とする。

d. Off-JT

日常の業務を一時的に離れて行う教育訓練や研修のことを指す。たとえば、病院内で新人を1か所に集合させて実施する訓練や、他施設研修などの院外で実施するものである。

e. OJT

日常の業務に就きながら行われる教育訓練のことをいう。たとえば上司や先輩が、業務のなかで作業方法や注意事項について、新人に指導することである。

f. 新人の習熟度

「新人看護職員研修ガイドライン」（厚生労働省, 2011a；厚生労働省, 2014a）と看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標（厚生労働省, 2011c）を参考にし、本研究では新人の入職後1年後における知識・技術・態度の習熟について指す。

g. 院内スタッフ

看護職に限らず、他職種を含む院内すべての職員を指す。

III. 研究方法

a. 研究デザイン

関連探索的研究。

b. 研究対象者

株式会社ウェルネスから使用許諾が得られた全国病院一覧データに基づき、全国の100～299床の一般病床病院（930病院）の新人研修責任者930人。1病院につき1人を対象とした。

c. 調査方法

質問紙調査。

d. 質問紙作成プロセス

本研究は、「中規模病院の新人を取り巻く教育環境」の主要素として「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」があると考えた。これらが中規模病院の「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」に影響があると考えた。また先行研究および専門家1名によるスーパーバイズを受け質問紙を作成した。信頼性と妥当性を得るためプレテストを行い、プレテストの結果、各尺度

のCronbachの α 係数は、.842～.921であった。さらに基準関連妥当性、構成概念妥当性を得るため、因子分析、相関分析を行った。またスーパーバイズを受け、質問の具体的内容、項目数、得点を検証し、全国の対象施設930施設に本調査を実施した。

e. 調査項目（表3の具体的調査項目）

(1) 基本属性

病院の所在地、病床数、病棟数、2015年・2014年の新人数、2014年度新人離職者数。

(2) 新人の職場環境

厚生労働省による職場のソフト面の快適化の手引き（厚生労働省2011b, pp.191-194）では、快適職場づくりのソフト面の7領域のうち、「人間関係」「労働負荷」「キャリア形成・人材育成」がとくに快適職場づくりに影響があると明記されていたため、本研究では中規模病院での職場環境について、「病棟での人間関係」「新人の労働と教育へのサポート」「院内での人間関係」の3つのカテゴリで作成し、「そう思わない1点」から「そう思う4点」までの4段階の主観的評価によって、全12項目の得点の合計48点を「新人の職場環境」尺度とした。

(3) 新人研修のOff-JT

「新人看護職員研修ガイドライン」（厚生労働省, 2011a, pp.14-15; 厚生労働省, 2014a）と亀井ほか（2007, pp.348-350）、稲垣ほか（2012, pp.68-71）の先行研究を参考に作成した。新人看護職員研修ガイドラインでは、Off-JTとOJTの連動による繰り返しの学習、つまりスパイラル学習が大切であることが示されており、亀井ら（2007, pp.348-350）は、実地指導者が新人のOff-JTの内容を知っているとOJTへ反映するとしていた。さらに稲垣ら（2012, pp.68-71）は、新人看護職員に関心を向けられる組織文化の形成とそれを支えるシステムづくりが欠かせないと指摘している。これらのことから本研究では、新人研修のOff-JTを「スパイラル学習」「新人個々への指導」「中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」の3つのカテゴリで作成し、「できていない1点」から「できている4点」までの4段階の主観的評価によって、全12項目の得点の合計48点を「新人研修のOff-JT」尺度とした。

(4) 新人研修のOJT

Off-JTと同様の先行研究を参考に3つのカテゴリで作成した。「できていない1点」から「できている4点」までの4段階の主観的評価によって、全12項目の得点の合計48点を「新人研修のOJT」尺度とした。

(5) 新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度

「新人看護職員研修ガイドライン」（厚生労働省, 2011a, p.8; 厚生労働省, 2014a）の「臨床実践能力の構造」である「基本姿勢と態度」「技術的側面」「管理的側面」と看護

師に求められる実践能力と卒業時の到達目標（厚生労働省, 2011c, pp.3-5）の「ヒューマンケアの基本的な能力」「根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力」「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復にかかわる実践能力」「ケア環境とチーム体制を理解し活用する能力」「専門職者として研鑽し続ける基本能力」を参考に、「知識・技術」「看護過程」「医療安全」「メンバーシップ」「基本姿勢」の5つのカテゴリで作成した。「できていない1点」から「できている4点」までの4段階の主観的評価によって、全14項目の得点の合計56点を「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」尺度とした。

f. データ収集方法

全国の100～299床の一般病院（930施設）の研修責任者に対し、調査用紙、研究目的等に関する説明、返信用封筒を同封し、郵送法にて配布した。返信をもって、研究協力への同意を得たものとした。

g. データ収集期間

2015年6月27日から8月31日に実施した。

h. データ分析方法

解析には『IBM SPSS Statistics ver. 23 for Windows』および『IBM SPSS Amos ver. 22』を使用し、統計学的検定の有意水準は5%とした。

- ①調査票で得られたデータは、すべての項目において記述統計を行った。
- ②中規模病院の教育体制について、教育担当者、実地指導者の有無、それら教育的役割の兼務、教育的役割ではない看護師からの指導の有無と病床規模との関連を検討するため、 χ^2 検定を行った。
- ③回答者を厚生労働省（2015）の医療施設調査の結果を参考にし、できる限り均等になる病床数で分け、その病床規模群と「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連を比較するため、Kruskal-Wallis検定を行った。
- ④「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」を中央値で分け、低値群・高値群の独立変数とし、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連を検討するため、Mann-WhitneyのU検定を行った。
- ⑤「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の低値群・高値群を従属変数とし、「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」の各カテゴリの低値群・高値群を独立変数として、多重ロジスティック回帰分析を行った。
- ⑥多重ロジスティック回帰分析の結果から、新人の習熟度に影響があると出たカテゴリの具体的調査項目を観測変数とし、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習

熟度」への影響を検討するため共分散分析を行った。

Ⅳ. 倫理的配慮

本研究は、日本看護協会制定の「看護者の倫理綱領」「看護研究における倫理指針」に基づく倫理的原則を遵守した。また調査の開始にあたっては、研究者の所属する東海大学健康科学部倫理委員会の承認を得たうえで研究を実施した（承認番号：第14-32号）。対象者には強制力が働かないように自由意思であることを説明資料に記載し、調査用紙とともに郵送し、対象者の同意は、返信をもって得られたと判断し、返信された順に記号により処理し、研究参加者のプライバシーを保全した。

V. 結 果

質問紙の回収数は338件（回収率36.3%）、有効回答は303件（有効回答率89.6%）であった。項目の欠損や部分的な無回答項目においては、その部分を除いて有効回答に含めた。また本調査のCronbachの α 係数は、「新人の職場環境」が.798,「新人研修のOff-JT」が.830,「新人研修のOJT」が.816,「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」が.895であった。また「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」の各カテゴリーについてのCronbachの α 係数は、.547～.757であった。

1. 回答者の所属する病院の概要（表1）

回答者の所属する病院の地方区分は、北海道（27件）、東北（25件）、関東（70件）、中部（47件）、関西（63件）、中国（18件）、四国（12件）、九州・沖縄地方（40件）、無回答（1件）であった。また回答者の所属する病院の病床規模は、100～149床が93件（30.7%）、150～199床が112件（37.0%）、200～299床が98件（32.3%）であった。病床数の平均値 $\pm$ 標準偏差は181.1 $\pm$ 51.5、中央値は180であった。

回答者の所属する病院の病棟数は平均値 $\pm$ 標準偏差が4.5 $\pm$ 1.9、中央値は4であった。また2015年の新人数は平均値 $\pm$ 標準偏差が8.9 $\pm$ 8.2、中央値は6.5であった。2014年の新人数は、平均値 $\pm$ 標準偏差が8.5 $\pm$ 8.0、中央値は6であった。また2015年、2014年とともに最頻値2であった。1病棟あたりの新人数は、平均値 $\pm$ 標準偏差が2.0 $\pm$ 1.1、中央値は1.5であった。2014年度新人離職者数は、平均値 $\pm$ 標準偏差が.7 $\pm$ 1.1、中央値は0であった。2014年度新人離職率は、平均値 $\pm$ 標準偏差が8.6 $\pm$ 16.5%、中央値は0%であった。またいずれの値も正規性は示さなかった。

表1 回答者の所属する病院の概要

($n=303$)

統計量		
病床数	平均値	181.1
	中央値	180
	最頻値	199
	標準偏差	51.5
病棟数	平均値	4.5
	中央値	4
	最頻値	4
	標準偏差	1.9
2015年度新人数	平均値	8.9
	中央値	6.5
	最頻値	2
	標準偏差	8.2
2014年度新人数	平均値	8.5
	中央値	6
	最頻値	2
	標準偏差	8.0
2015年度新人数/病棟	平均値	2.0
	中央値	1.5
	最頻値	1.5
	標準偏差	1.1
2014年度新人離職者数	平均値	0.7
	中央値	0
	最頻値	0
	標準偏差	1.1
2014年度の新人離職率 (%)	平均値	8.6
	中央値	0
	最頻値	0
	標準偏差	16.5

2. 病床規模別での教育体制（表2）

回答者の属する病床数から100～149床を規模群1（93病院：30.7%）、150～199床を規模群2（112病院：37.0%）、200～299床を規模群3（98病院：32.3%）とし、教育担当者、実地指導者については、いずれの病床規模においても97%以上の病院が設置しており、全体でも98%以上の病院が教育的役割の者を設置していた。これらの教育的役割の兼務者の有無については、いずれの規模においても8割前後が教育的役割を兼務していると答えていた。また教育的役割をもたない看護師（表2では一般NSと記載）による新人指導については、いずれの規模においても約9割以上の病院が教育的役割をもたない看護師による新人指導があると答えていた。さらに、これらはすべて χ^2 検定を行った結果、規模別での有意差は認められなかった。

表2 病床規模別での新人教育体制

		教育担当者		実地指導者		兼務者		一般NSによる 新人への指導	
		n = 298		n = 300		n = 267		n = 302	
		いる	いない	いる	いない	いる	いない	ある	ない
規模1	度数	88	2	90	2	66	18	91	2
100～149床	%	97.8	2.2	97.8	2.2	78.6	21.4	97.8	2.2
規模2	度数	109	2	109	3	87	15	104	8
150～199床	%	98.2	1.8	97.3	2.7	85.3	14.7	92.9	7.1
規模3	度数	97	0	95	1	62	19	91	6
200～299床	%	100	0	99	1	76.5	23.5	93.8	6.2
全体	度数	294	4	294	6	215	52	286	16
	%	98.7	1.3	98	2	80.5	19.5	94.7	5.3
有意差		ns		ns		ns		ns	

[注] χ^2 検定, ns: not significant。一般NS: 教育的役割をもたない看護師を指す。

3. 「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」と病床規模群との関連

「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の具体的調査項目と各尺度の平均±標準偏差は表3に示し, 「新人の職場環境」が 37.2 ± 4.9 , 「新人研修のOff-JT」が 36.3 ± 5.4 , 「新人研修のOJT」が 31.5 ± 5.8 , 「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」が 40.9 ± 5.4 であった。

また「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」と病床規模群との関連をみるために, Kruskal-Wallis検定を行ったが, 病床規模群間において有意差は認められなかった。

4. 「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連(表4)

「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」はすべて正規性を示さなかったため, それぞれ中央値で低値群, 高値群と分け, 「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連をみた。いずれも有意に($p < .001$) 高値群が「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の平均順位が高かった。つまり高値群が低値群より「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の得点が高かった。

5. 「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」の各カテゴリーと「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連(表5)

「病棟での人間関係」「新人の労働と教育へのサポート」

表4 「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連

(n = 303)

		度数	平均順位	有意差
新人の職場環境	高値群	142	188.4	***
	低値群	161	119.9	
新人研修のOff-JT	高値群	142	195.3	***
	低値群	161	113.8	
新人研修のOJT	高値群	147	186.8	***
	低値群	156	119.2	

[注] Mann-WhitneyのU検定。***: $p < .001$

「院内での人間関係」「Off-JTスパイラル学習」「Off-JT新人個々への指導」「Off-JT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」「OJTスパイラル学習」「OJT新人個々への指導」「OJT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」はすべて正規性を示さなかったため, それぞれ中央値で低値群と高値群に分類した。各カテゴリーの低値群, 高値群と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連を検討した。「病棟での人間関係」「新人の労働と教育へのサポート」以外のカテゴリーのすべてにおいて, 高値群は低値群より「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の平均順位が有意に($p < .001$)高かった。また「病棟での人間関係」「新人の労働と教育へのサポート」においては有意差が認められなかったものの, 高値群は低値群より「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の平均順位が高かった。これらのことから「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」のすべてのカテゴリーにおいて, 高値群が低値群より得点が高かった。

表3 質問紙の項目と得点

(n=303)

尺度	カテゴリー	具体的調査項目	平均値 ± 標準偏差
職場環境	病棟での人間関係	1) 病棟スタッフは新人と十分なコミュニケーションをとっている	9.3 ± 1.5
		2) 病棟スタッフ間の交流は院内のみではなく院外でもある	
		3) 新人自身が病棟看護師に仕事について相談しやすい風土がある	
		4) 誰でも必要なときには教育・訓練が受けられる風土がある	
		5) 新人個々の能力に応じて勤務表を組むことができる	
	新人の労働と教育へのサポート	6) 新人が業務時間内で仕事が終了できるように、病棟看護師はサポートをしている	19.6 ± 2.5
		7) 業務が多重なとき、急な場合でも他部署へのリリーフ依頼が可能である	
		8) 病棟看護師は新人の業務上手際が悪かったとき、どこがよくなかったのかを新人に話している	
		9) 院内スタッフは職種が異なっている、新人教育に参加することは大切だと考えている	
		10) 院内スタッフが新人に声をかけている姿を見かける	
	院内での人間関係	11) 院内スタッフ個々の特性や能力は把握しやすいと感じる	8.4 ± 2.0
		12) 院内スタッフができるだけ早く、新人の存在を認識できるように工夫をしている（例：名札の工夫、部活動等）	
合計			37.2 ± 4.9
新人研修のOff-JT	スパイラル学習	1) 新人研修内容は、過去のOJTの評価をもとにOff-JTの内容を企画している	12.1 ± 2.4
		2) 実地指導者は新人のOff-JTの内容を把握している	
		3) 病棟看護師は新人のOff-JTの内容を把握している	
		4) 新人研修のOff-JTの中でOJTを振り返る内容がある	
	新人個々への指導	5) 新人一人ひとりの成長を待つことができるように講義・演習を企画している	8.8 ± 1.9
		6) 新人個々の能力にあわせて講義・演習を追加・修正している	
		7) Off-JTにメンタルケアの要素も導入している	
		8) 新人研修を最優先して勤務表を作成している	
	中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート	9) 病院の特性にあわせて診療に必要な内容を優先して企画している	15.3 ± 2.3
		10) 新人研修の充実のため、他施設との情報共有を行っている	
		11) 新人研修に他職種からの教育も企画している	
		12) Off-JTのための教育者の数は充足している	
合計			36.3 ± 5.4
新人研修のOJT	スパイラル学習	1) OJTの内容を新人個々の技術習得にあわせて何度でも繰り返すことが可能である	7.8 ± 1.8
		2) 部署にかかわらず教育担当者などの教育的役割の者が、新人教育支援のため、部署ラウンドを行っている	
		3) Off-JTの進行にあわせてOJTを行うことができる	
	新人個々への指導	4) 新人の肉体的・精神的状態により、臨機応変にその日予定していたOJT内容を変えることができる	6.0 ± 1.2
		5) 新人に未経験看護技術を経験させることを優先させて業務調整している	
		6) OJTに病棟看護師を割くため、他部署の看護師にリリーフ依頼をし、他の業務フォローをしてもらうことができる	
	中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート	7) 新人の未経験看護技術は他部署で実施させてもらうことができる	17.7 ± 3.8
		8) 新人は必要に応じて、知識や技術について他部署の看護師にも質問している	
		9) 新人は必要に応じて、知識や技術について他職種の院内スタッフにも質問している	
		10) 新人教育は他職種からの意見も取り入れている	
		11) 部署ごとのOJTプログラム案を作成している	
		12) OJTのための教育者の数は充足している	
合計			
新人の習熟度	知識・技術	1) 看護援助に必要とされる基本的な知識は習得できている	17.0 ± 2.6
		2) 決められた業務は助言を得ながら、時間内に終了できる	
		3) 複数の患者の看護ケアを優先度に沿って行うことができる	
		4) 療養上の生活を支えるケアを行うことができる	
		5) 医療依存度の高い患者へのケアを行うことができる	
		6) 終末期の患者へのケアを行うことができる	
	看護過程	7) 根拠に基づいて患者の個々にあわせた看護過程を展開できる	2.5 ± 0.6
	医療安全	8) 患者の個人情報保護することができる	6.5 ± 0.9
		9) 必要とされる事故防止対応ができる	
	メンバーシップ	10) 業務上の報告・連絡・相談をチームメンバーにできる	6.0 ± 1.1
		11) 院内スタッフとコミュニケーションをとり、連携ができる	
		12) 患者・家族と円滑な人間関係を構築することができる	
	基本姿勢	13) 職業人としての自覚をもち、倫理に基づき行動できる	8.8 ± 1.4
		14) 能力の維持・向上のために継続的な自己学習ができる	
合計			40.9 ± 5.4

表5 「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」の各カテゴリーと「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関連

(n = 303)

尺度	カテゴリー	度数	平均順位	有意差
新人の職場環境	病棟での人間関係	高値群	132	154
		低値群	171	150.5
	新人の労働と教育へのサポート	高値群	148	159.2
		低値群	155	145.1
	院内での人間関係	高値群	139	180.4
		低値群	164	127.9
新人研修のOff-JT	Off-JT スパイラル学習	高値群	139	186.4
		低値群	164	122.9
	Off-JT 新人個々への指導	高値群	101	181.9
		低値群	202	137
	Off-JT 中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート	高値群	136	187.1
		低値群	167	123.4
新人研修のOJT	OJT スパイラル学習	高値群	106	188.6
		低値群	197	132.3
	OJT 新人個々への指導	高値群	100	204
		低値群	203	126.4
	OJT 中規模病院の特性に合わせた新人研修へのサポート	高値群	146	185.1
		低値群	157	121.3

[注] Mann-WhitneyのU検定。*** : $p < .001$, ns : not significant.

6. 「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」に影響する要因 (表6)

「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」は正規性を示さなかったため、中央値で低値群と高値群に分類した。「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」の各カテゴリーのなかで、Mann-WhitneyのU検定により有意差が認められた「院内での人間関係」「Off-JT スパイラル学習」「Off-JT 新人個々への指導」「Off-JT 中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」「OJT スパイラル学習」「OJT 新人個々への指導」「OJT 中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」を独立変数、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」を従属変数とし、多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、「OJT 新人個々への指導」「Off-JT スパイラル学習」「Off-JT 中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」「院内での人間関係」との間に有意差 ($p < .05$) が認められ、回帰係数 β は、「OJT 新人個々への指導」は1.072, 「Off-JT スパイラル学習」は .768, 「Off-JT 中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」は .634, 「院内での人間関係」は .612であり、オッズ比はそれぞれ2.920, 2.156, 1.885, 1.845を示した。

7. 「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」に影響を与える具体的調査項目 (図1)

多重ロジスティック回帰分析の結果から、得られたカ

テゴリーの具体的調査項目と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との関係を見るため、共分散分析を行った。その結果、図1に示すように、5%水準ですべて有意である標準化推定値が得られた。適合度指標は $CFI = .813$ であり、十分な適合を示した。カテゴリー別で、標準化推定値の高いものからみると、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」と「中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」との間の係数が .36であった。また「中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」から「Off-JTのための教育者の数は充足している」「病院の特性にあわせて診療に必要な内容を優先して企画している」の係数がおのおの .57, .52を示した。次に「院内での人間関係」が「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との間に、係数が .26であり、「院内での人間関係」から「院内スタッフが新人に声をかけている姿を見かける」「院内スタッフ個々の特性や能力は把握しやすいと感じる」への係数が .86, .69であった。また「Off-JT スパイラル学習」と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との間の係数が .25であった。さらに「Off-JT スパイラル学習」から「実地指導者は新人のOff-JTの内容を把握している」「病棟看護師は新人のOff-JTの内容を把握している」への係数がおのおの .77, .74であった。「OJT 新人個々への指導」と「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」との間の係数は .24であった。また「OJT 新人個々への指導」から「新人の肉体的・精神的状

表6 「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の要因に関する多重ロジスティック回帰分析

(n=303)

具体的調査項目	カテゴリー	β	オッズ比 (95%信頼区間)		
			オッズ比	95%信頼区間	有意差
新人の肉体的・精神的状態により、臨機応変にその日予定していたOJT内容を変えることができる	OJT新人個々への指導	1.072	2.920	1.660-5.138	***
新人に未経験看護技術を経験させることを優先させて業務調整している					
新人研修内容は、過去のOJTの評価を基にOff-JTの内容を企画している	Off-JTスパイラル学習	0.768	2.156	1.212-3.833	**
実地指導者は新人のOff-JTの内容を把握している					
病棟看護師は新人のOff-JTの内容を把握している	Off-JT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート	0.634	1.885	1.060-3.352	*
新人研修のOff-JTのなかでOJTを振り返り内容がある					
新人研修を最優先して勤務表を作成している	院内での人間関係	0.612	1.845	1.070-3.181	*
病院の特性にあわせて診療に必要な内容を優先して企画している					
新人研修の充実のため、他施設との情報共有を行っている	院内での人間関係	0.612	1.845	1.070-3.181	*
新人研修に他職種からの教育も企画している					
Off-JTの為の教育者の数は充足している	院内での人間関係	0.612	1.845	1.070-3.181	*
院内スタッフは職種が異なっているが、新人教育に参加することは大切だと考えている					
院内スタッフが新人に声をかけている姿を見かける	院内での人間関係	0.612	1.845	1.070-3.181	*
院内スタッフ個々の特性や能力は把握しやすいと感じる					
院内スタッフができるだけ早く、新人の存在を認識できるように工夫をしている	院内での人間関係	0.612	1.845	1.070-3.181	*

[注] 多重ロジスティック回帰分析。*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$ 。

態により、臨機応変にその日予定していたOJT内容を変えることができる」「新人に未経験看護技術を経験させることを優先させて業務調整している」への係数はおのおの.64, .59であった。

VI. 考 察

対象となった100～299床の中規模病院の病棟数は約3～6病棟であり、各病院の新人数は2014年度、2015年度ともに、ほとんどが約2～9人であり、新人数の最頻値は2人であった。これは厚生労働省（2012）の100～149床の病院は平均新人数5.0人、150～199床の病院の平均新人数が5.9人、200～299床の病院が9.4人であった結果と同様の傾向を示した。また2014年度の新人離職者数と新人離職率の中央値と最頻値がともに0であったことから、今回の回答病院の過半数は1年以内の新人離職者はないため、新人の入職者数が少ないことが考えられた。

また対象となった中規模病院の98%以上が教育担当者、実地指導者を設置しているなかで、多くの病院が教育的役割の兼務を行い、かつ教育的役割をもたない看護師が新人教育にかかわっており、役割の有無にかかわらず病院全体

で新人教育を行っていることが考えられた。

「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」と病床規模との関連をみると、すべてにおいて病床規模群間に有意差は認められなかった。つまり中規模病院の新人研修責任者がとらえる新人の職場環境や新人研修プログラムと新人の習熟度には、中規模病院の病床規模間での差が認められなかった。

次に「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」は中規模病院の病床規模数には関連がなく、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の向上には、「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」に影響があることが示された。これは、中規模病院の規模の小ささを基盤とした病棟や院内での人間関係や、新人への労働と教育へのサポート、また新人研修におけるOff-JTとOJTのスパイラル学習、新人個々にあわせた指導、各病院にあわせた診療に必要な内容の研修や他部署との連携による新人研修へのサポートなどが新人の習熟度に影響があると考えられた。稲垣（2012, pp.68-71）は中小規模病院は、組織が小さいことからお互いの顔が見える関係で、

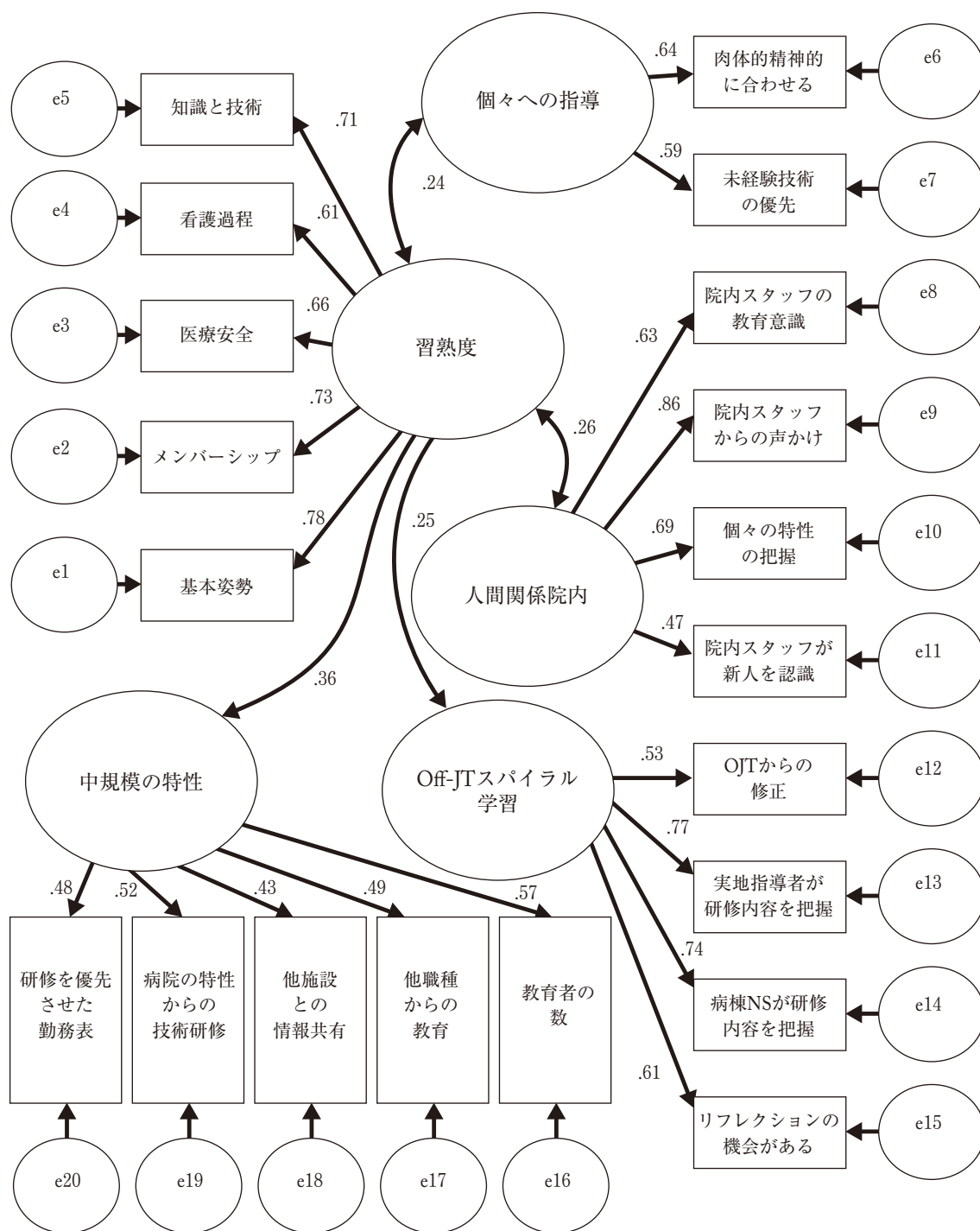


図1 新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度に影響を与える要因

看護職の特性や能力などを把握しやすく、教育する立場としてのコミュニケーションを促し、それを現場で活かすことができたとしており、本研究でも同様のことを示していると考えられ、新人の習熟度は、病床規模に関連するのではなく、職場環境や研修プログラムの整備が重要であり、その土台となる組織づくりが重要であると考えられた。

また「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の要因に関する多重ロジスティック回帰分析の結果から、

「OJT新人個々への指導」「Off-JTスパイラル学習」「Off-JT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」「院内での人間関係」の順に新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度を高めるということが明らかになった。柴田・岩脇・新垣・浜崎・小松（2012）は、新人には成長を促す支援や新人にあわせた指導が必要であるとしており、本研究においてもOJTにおいて新人の個性にあわせた指導が新人の習熟度に最も影響を与える結果となった。つ

まり中規模病院は、他職種を含む院内スタッフも新人教育に携わり新人の体制をもつ。このような中規模病院ならではの特性を活かした円滑な人間関係が、新人の個別性を尊重した指導につながり、さらにその指導が常に行われる職場環境を整えることが新人の習熟度向上に寄与すると考える。このことは、共分散分析の結果においても、「OJT新人個々への指導」において、新人の体調面や精神面なども考慮した対応や未経験看護技術を経験させるために業務面での配慮をすることが新人の習熟度の向上には必要であることが示された。

次いで「Off-JTスパイラル学習」において、実地指導者だけでなく病棟看護師がOff-JTの内容を把握していることが、新人個々への指導に強く影響し、新人の習熟度により関連していた。教育者数が少なく、教育的役割を兼務していることの多い中規模病院にとって、実地指導者だけではなく、病棟看護師も新人にとって大きな教育的影響をもたらしており、この両者が新人研修の内容を把握していることにより、新人個々への指導に効果的であることが示された。このことより教育的役割をもたない看護師にも新人研修内容を周知させることが必要であることが考えられる。

また「Off-JT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」において、Off-JTのための教育者の数の充実と病院の特性にあわせた診療技術を研修で行うことが中規模病院のサポートに強く影響し、新人の習熟度に関連があることが示された。これらから診療科の少ない中規模病院にとって、他施設で研修を受け獲得する知識や技術に広がりを持たせることが重要であり、教育的に効果があると考えられた。

さらに「院内での人間関係」において、院内スタッフからの新人への声かけや、新人の個別性や能力を把握しやすいことが、新人の習熟度をより高めたことが示された。神郡（2007, pp.49-52）は、さまざまな専門職種は多くの病院で効果的に医療を行えるように、相互に連携しており、新人は、これらの専門職種チームのなかにいかに溶け込み、受け入れられ、よい対人関係をつくるのが大きな課題となると報告している。本研究の結果においても、中規模の特性を活かした院内での人間関係の円滑さが、他職種や他部署からの協力を得ることにつながり、新人の習熟度を上げることが示された。

以上のことから、中規模病院における新人教育は、新人看護職員研修ガイドラインで提唱されている指導体制のみではなく、新人を中心とした少人数の教育者による教育体制と新人研修プログラムの工夫が必要であった。新人を中心とした少人数の教育体制の工夫としては、病棟看護師や他部署の看護師、他職種の教育的介入があった。またその土壌をつくるために、院内スタッフが新人を早く把握で

きるような風通しのよい人員的環境づくりが必要であった。さらに研修プログラム実施の工夫としては、顔の見える関係を活かし、新人個々への指導を加味し、各病院の特性を加味した研修プログラムの立案が必要であった。診療科の少ない中規模病院にとって、他施設からの情報の共有は必須事項であり、新人教育に非常に効果があると考えられた。また少人数用の研修体制と研修プログラムを行う土壌をつくるために、教育的役割のスタッフのみならず、スタッフ全体に対し、新人研修プログラムの内容を共有し、新人教育への意識統一が課題であると考えられた。

VII. 本研究の限界と課題

1. 本研究では中規模病院の新人研修責任者を対象としているため、新人研修責任者の一側面からの結果にとどまる。今後は、新人自身やその他の教育的役割を担当する者へのさらなる調査が課題である。
2. 本研究で用いた「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」の尺度は、先行研究や文献において示唆されている内容を基盤として作成した。そのため抽出された新人の習熟度に影響のある要因が適しているか否かについては、引き続き調査を必要とする。さらに、これらのことを踏まえて、新人の職場環境、新人研修プログラム、新人の習熟度についてのより精度が高い尺度の作成に取り組むことが今後の課題である。

結 論

中規模病院の新人の習熟度には、病床規模による格差はなく、「新人の職場環境」「新人研修のOff-JT」「新人研修のOJT」が影響していた。なかでも、「OJT新人個々への指導」「Off-JTスパイラル学習」「Off-JT中規模病院の特性にあわせた新人研修へのサポート」「院内での人間関係」が、「新人の入職1年後の知識・技術・態度の習熟度」を高める因子であることが推定された。新人の体調面や精神面なども考慮した対応や未経験看護技術を経験させるために業務面での配慮をすること、実地指導者だけでなく病棟看護師がOff-JTの内容を把握していること、教育者の数が充足していること、病院の特性にあわせて診療に必要な内容を優先して研修を行うこと、院内スタッフから新人への声かけがあること、院内スタッフの特性を把握しやすいことなどが、新人の習熟度に影響があることが示された。

謝 辞

本研究において快くご協力いただきました各病院の新人

研修責任者の皆様、また本研究の統計、分析への多大なるご指導をいただいた東海大学健康科学部松本秀明教授に心よりお礼申し上げます。なお本研究は、掛谷和美が東海大学大学院健康科学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり、日本看護研究学会第42回学術集会にて発表いたしました。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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：全国100～299床の中規模病院の新人研修責任者を対象に職場環境、新人研修のOff-JT、OJTと新人の習熟度との関連を明らかにする。

方法：職場環境、新人研修のOff-JT、OJTと新人の習熟度を郵送法でアンケート調査をした。東海大学健康科学部倫理委員会の承認後、対象者へ倫理的配慮に努めた。

結果：約9割の病院に教育担当者、実地指導者がおり、約8割が役割を兼務していた。OJT新人個々への指導、Off-JTスパイラル学習、Off-JT中規模病院の特性に合った新人研修へのサポート、院内での人間関係が、新人の習熟度を高める因子だった。

結論：新人の習熟度は病床規模の差はなく、職場環境、新人研修のOff-JT、OJTに影響していた。また新人の肉体や精神状態にあった対応、実地指導者や病棟看護師のOff-JT把握、教育者数の充足、院内スタッフから新人への声かけが新人の習熟度に影響があった。

Abstract

Objective: To clarify a correlation between Off-JT/OJT of novice nurses and their learning levels, we surveyed people responsible for novice nurse training from middle-sized hospitals having 100 to 299 beds nationwide.

Method: We conducted a questionnaire survey by mail about work environment, Off-JT/OJT of novice nurses, and their learning levels. The institutional review board of Tokai University, The School of Health, approved this study.

Results: About 90% of the hospitals had training officials and hands-on trainers. The same person played both roles in about 80% of the hospitals. Learning levels of novice nurses were improved by the following factors: OJT for individuals; Spiral learning in Off-JT; Support for the Off-JT according to the characteristics of the middle-sized hospitals; Relationships within hospitals.

Conclusion: There was no difference in the learning levels depending on the number of beds in the hospitals. Work environment and Off-JT/OJT of novice nurses had an influence on the learning levels. Our results also revealed that their learning levels were improved by the following factors: Training tailored to their physical and mental conditions; Comprehension of the Off-JT by hands-on trainers and nurses; Sufficient number of trainers; Talking to the novice nurses by hospital staff.

文 献

- Bruner, J.S. (1960)／鈴木祥蔵, 佐藤三郎 (1986). 教育の過程. 66-69, 東京: 岩波書店.
- 市原真由美 (2014). 中規模病院における新人看護職員の育成過程の中で実地指導者が経験する困難とそれを乗り越えるための行動. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員・教育担当者養成課程看護コース看護教育研究集録, 39, 125-132.
- 稲垣伊津穂, 菅原祐三子, 並松陸世 (2012). 中小規模病院の研修責任者による院内研修の振り返りからみえた新人教育に対する課題: 教育担当者・実地指導者の「つなぐ・支える・育てる」. 日本看護学会論文集 (看護管理), 42, 68-71.
- 亀井葉子, 矢倉優子, 濱中道子, 中西雅子, 阪口さおり, 宮川知子, 林由加里, 村蒔弘子 (2007). Off-JT・OJTの連携を目指した新人看護師教育についての活動評価. 日本看護学会論文集 (看護管理), 38, 348-350.

- 神郡 博 (2007). 新人ナースの職場適応能力を育てる: その現状と対策, よくみられる職場適応の問題. 看護実践の科学, 32(2), 49-52.
- 厚生労働省 (2011a). 新人看護職員研修ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vp.pdf> (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2011b). 職場のソフト面の最適化の手引き. 中央労働災害防止協会中央快適職場推進センター. https://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/worker/files/H22syokubanoshinri_doc_183_250.pdf (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2011c). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2012). 新人看護職員研修の実施状況. 第1回新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会資料.

- <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000029069.pdf> (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2013a). 到達目標に関する調査分析結果 (データ編). 第2回新人看護職員研修ガイドラインの見直しに関する検討会資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000033609.pdf> (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2013b). 統計表: 病床の規模別にみた病院数及び構成割合の年次推移. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/04_toukei.pdf (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2014a). 新人看護職員研修ガイドライン改訂版. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000049472.pdf> (検索日2016年3月21日)
- 厚生労働省 (2014b). 能力開発基本調査: 結果の概要 (平成26年度). <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11801500-Shokugyounouryokukaihatsukyoku-Kibansetsubishitsu/0000079872.pdf> (検索日2016年1月2日)
- 厚生労働省 (2015). 平成27年 (2015) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況: 結果の概要 (医療施設調査). http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_01.pdf (検索日2016年12月18日)
- 前川一恵 (2010). 中規模病院に勤務する先輩看護師の新人看護師教育についての関心. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 35, 136-143.
- 文部科学省 (2008). 小学校学習指導要領解説 (算数編). http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/___icsFiles/afieldfile/2009/06/16/1234931_004_1.pdf (検索日2016年3月21日)
- 日本看護協会 (2014). 2013年 病院における看護職員需給状況調査. 日本看護協会調査研究報告, 87, 10-25.
- 西尾亜理砂, 大津廣子 (2012). 新人看護職員研修における看護技術の「教えられ方」の現状と課題. 愛知県立大学看護学部紀要, 18, 31-38.
- 大山昌子, 矢島道子, 柏木弘子, 鈴木勝博, 木島俊夫 (2008). 新人看護職員と新人教育担当者に教育的支援をする研修会の成果: 早期離職を防止するための神奈川県の実験. 看護管理, 18(5), 348-353.
- 佐々木幾美, 西田朋子 (2014). 「新人看護職員研修制度」開始後の研修の実態と実施上の課題①: 質問紙調査の結果から. 看護管理, 24(6), 521-526.
- 柴田明美, 岩脇陽子, 新垣洋美, 浜崎美子, 小松美幸 (2012). 新人看護師が求める先輩看護師の関わり. 京都府立医科大学看護学科紀要, 22, 75-85.
- 玉崎真由美 (1999). 中小規模病院における新人看護婦の職場選択の理由と満足度 (4 看護管理). 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録 (看護教育学科, 看護教員養成課程), 25, 232-239.

〔平成28年6月23日受 付〕
〔平成29年4月5日採用決定〕

— 研究報告 —

新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス

The Process in Which Novice Public Health Nurses Gain the Sense of Personal Growth

山 田 小 織¹⁾
Saori Yamada越 田 美穂子²⁾
Mihoko Koshida

キーワード：新人保健師，自己成長感，現任教育

Key Words：novice public health nurses, the sense of personal growth, in-service education

緒 言

近年，少子高齢化や地域の関係性の希薄化により，住民の生活と健康課題は著しく変化してきた。地域保健行政においても，増加し続ける生活習慣病や虐待，そして新たな健康危機など，これまで以上に多様でかつ複雑化した健康課題に対応するための対策が求められている。また，このような状況下で採用される新人保健師においては，上記課題を解決するため専門知識や技術，行政能力など，幅広い能力を身につけることが求められている。

ここ数年，保健師養成のあり方が大きく変化し，それに伴う教育内容や方法の見直しが進められており，行政においては団塊世代の保健師の退職と分散配置が進み，業務の多忙さとあいまって，職場での人材育成の体制が不十分な状態（佐伯・河原田ら，2009，佐伯・大野ら，2009）が続いている。このことも影響してか，実践現場では即戦力となり活躍して欲しいという周囲の期待に応えられず，自分の専門職としての力量に自信がもてず，日々強い不安感やストレスを抱えている新人保健師も少なくはない。

職業人としてのキャリア発達の観点では初期，とくに1年目に経験したことは，職業継続においても重要な意味をもつと考えられる。保健師に関する先行研究においては，現任教育の実態（玉井・立花，2010），職務満足感の実態（浅野・和泉・片倉・波川，2011），メンタリングの受け止め（浅野・和泉・片倉・波川，2009），熟練保健師との対話リフレクション（村松・渡辺，2008），実践力の評価（小野・川端・山内・日高，2011），問題解決能力（池西・栗田，2004）等が明らかになっている。しかしながら，新人保健師の自己成長感に焦点を当てた研究は見当たらない。

新人保健師が自己成長感を獲得することは，職業継続はもちろんのこと，仕事へのモチベーション向上，さらには保健活動の質向上につながると考えられる。そこで，本研

究においては，入職1年目の保健師の経験から自己成長感を獲得するプロセスを明らかにすることにした。

本研究で自己成長感を獲得するプロセスを明確化することで，より効果的な現任教育体制を検討することが可能となる。本研究結果は，保健師の早期離職への対応策検討の一助になると考える。

I. 方 法

1. 研究デザイン

本研究は，修正版グラウンデッドセオリーアプローチ（modified grounded theory approach: M-GTA）（木下，2007）を用いた質的帰納的研究である。

M-GTAは，データに密着した継続比較分析から独自の理論を生成する方法として有用である。本研究に関しては，入職1年目の保健師という限られた期間における対象に焦点化すること，そして対象の日々の保健師活動経験から獲得される自己成長の感覚に関して，そのプロセス性に着目し分析していくことから，M-GTAを採用した。

2. 研究対象

本研究の対象者は，A市の2011年度・2012年度の入職1年目の新人保健師とした。

研究対象者の所属するA市では，新人保健師育成プログラムの一環として，民間および大学の専門家を講師とし，保健師活動技術に関する集合研修を年1～2回実施している。加えてジョブローテーション，プリセプター制，保健師技術到達目標がチェックできるポートフォリオの作成を実施している。ポートフォリオは，2010年度にA市独自に開発されたものであり，新人保健師は保健師技術到達度を自己評価するほか，日々の経験内容を記載，それらをプリセプターおよび管理職が確認し，コメントを記入する形式となっている。

1) 福岡女学院看護大学 Fukuoka Jo Gakuin Nursing University

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

3. データ収集の方法

データの収集期間は、2012年3月および2013年3月であった。

データは、半構造的面接法を用い、1人の研究者がすべての面接を実施した。

面接については、研究者と対象者との1対1の個人面接形式で、対象者の意向に沿って時間は1時間以内、場所は対象者の勤務先および関連機関でプライバシーが保てる個室で実施した。

面接内容は、インタビューガイドに基づき、導入として『入職してから1年間の業務経験やその感想』について聞き取り、次いで、『数ある経験のなかから自己成長を自覚することができた場面』『その場面に至るまでの経験と当時の心理状況』について聞き取りを行った。

面接は、原則、対象者の自由な語りを優先しながら実施した。また、研究者自身の観点や枠組みにとらわれないように、常に対象者の経験を傾聴する姿勢を心がけた。

4. データの分析方法

面接内容は同意を得て録音、逐語録を作成しこれらをデータとして使用した。M-GTAの手順に沿って、逐語録が完成したものから分析ワークシートに沿って解釈と概念の生成を行った。

分析ワークシートは、「概念名」、概念名の「定義」、概念生成のもととなる具体例「ヴァリエーション」、分析過程における思考を自由に書き込む「理論的メモ」の4項目で構成した。分析ワークシートの記入にあたり、研究者は分析焦点者を「新人保健師」とし、何度も読み返しながら、データの意味を解釈するよう努めた。また分析テーマである「自己成長を実感するプロセス」に関連のある内容に対して概念名をつけ、生成された概念間の同質性や異質性からサブカテゴリー・カテゴリーを検討し、その関係性を検討しながら結果図を作成した。

分析に関しては、真実性を確保するために、その過程においてM-GTAによる研究経験をもつ研究者1名と保健師現任教育に関する有識者1名にスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨と方法、秘密の保持、研究の参加は任意であり、得られた情報は研究以外で使用しないこと、公表の際の匿名性の保持、途中辞退が可能であることを個別に書面と口頭において説明し、同意を得た。

面接途中で、経験を語ることに負担を感じた場合は中断や中止が可能であることを伝えた。本研究は、福岡大学医に関する倫理委員会において承認を得て実施した（承認番号：看116）。

II. 結 果

A市における2011年度・2012年度の新人保健師、全11名に調査の同意を得ることができた。対象者11名のうち5名は他施設での保健師経験者、3名は看護師経験者であり、平均年齢は25.1歳（22歳～29歳）であった。

対象者9名の分析後から新たな概念は生成されず、対象者11名のデータ分析で自己成長のプロセスに関する構造は十分に説明できると判断した。

データ分析の結果、29概念と13サブカテゴリー、6カテゴリーが生成された（表1）。

生成した概念やカテゴリーの関係を矢印で表し、相互の関係性や変化のプロセスを図で示した（図1）。以下、概念名を【 】, カテゴリーを《 》, サブカテゴリーを〈 〉, 対象者の言葉を「 」で示す。

表1 新人保健師の自己成長感獲得に関する概念とカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	概念
保健活動に対する自信喪失	保健活動に対する低い他者評価	指導上の苦言 周囲の過剰なサポート
	保健活動に対する低い自己評価	知識・技術に対する自己洞察 性格・行動に対する自己洞察
心の拠り所の獲得	地域住民からの支持	地域住民との関係構築 地域住民からの信頼
	先輩保健師からの受容	先輩保健師からの承認 先輩保健師からの期待
開き直りと自分の殻破り	こうあらねば思考からの脱出	ポジティブシンキングへの転換 恥感覚からの脱出
	専門職としての自己主張	地域住民への課題解決に向けた提案 先輩保健師への対等な意見表出
	保健活動への先輩保健師の巻き込み	保健活動に対する助言の要求 保健活動に対するサポートの依頼
専門職意識の芽生え	キャリア構築のイメージ化	将来像の明確化 ロールモデルの獲得
	保健師としての自覚	保健師としての専門性の探求 保健師に対する理解や評価への期待
経験の蓄積に伴う技量の深化	アセスメント能力の向上	成長発達課題の経験的理解 心理的变化の経験的理解
	支援バリエーションの増加	地域情報の経験的理解 所属外業務の経験的理解
		経験に基づいた支援方法の選択 経験に基づいた社会資源の選択
自己効力感に基づく行動化	保健活動に対する自己評価の向上	保健活動遂行の達成感 自己流の問題解決 自己努力に関する肯定
	キャリア構築に向けた前進	自己課題の明確化と自己研鑽 保健師業務の魅力に関する追求

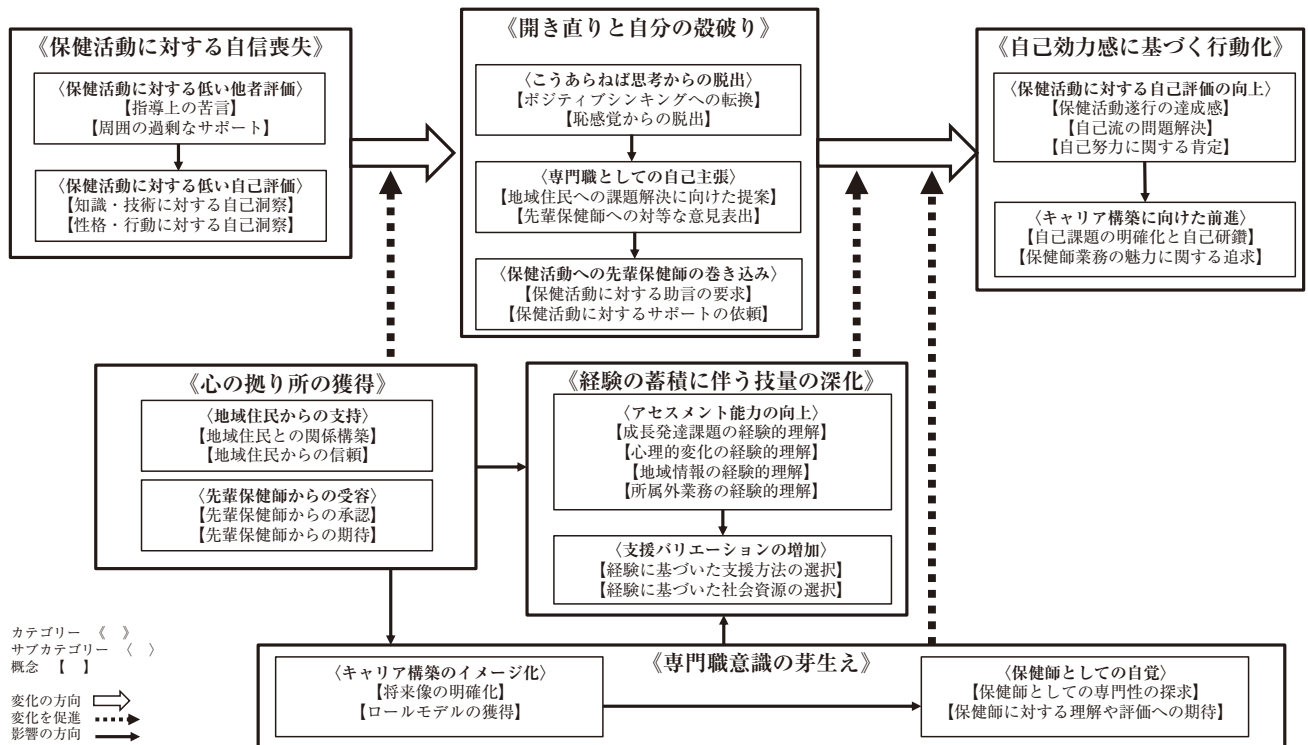


図1 新人保健師が自己成長を実感するプロセス

1. 全体のストーリーライン

新人保健師が自己成長を実感するプロセスとは、《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》を経て《自己効力感に基づく行動化》の3カテゴリーの変化であった。3カテゴリーの中間的位置づけにある《開き直りと自分の殻破り》とは、新人保健師が自己成長を実感するうえでコアとなるカテゴリーであった。

まず新人保健師は、時間の経過とともに〈地域住民からの支持〉〈先輩保健師からの受容〉により、《心の拠り所を獲得》していた。そして新人保健師は《心の拠り所を獲得》することで、自己否定のままで留まることなく《開き直りと自分の殻破り》のステージに進んでいた。次いで新人保健師は、〈アセスメント能力の向上〉〈支援バリエーションの増加〉により、《経験の蓄積に伴う技量の深化》を成し遂げ、《自己効力感に基づく行動化》のステージに進んでいた。なお、これら一連の変化を促進させるものが、《心の拠り所の獲得》《専門職意識の芽生え》《経験の蓄積に伴う技量の深化》の3カテゴリーであった。本研究では、すべての対象者が上記プロセスを経ていることが明らかになった。

2. 各カテゴリーの説明

(1) 《保健活動に対する自信喪失》

《保健活動に対する自信喪失》は、〈保健活動に対する低い自己評価〉と〈保健活動に対する低い他者評価〉の2つ

のサブカテゴリーで構成されていた。

新人保健師は、「先輩は、頼りになる……気軽に相談できる人って雰囲気を出していて、相手の方も本音を言えるみたい、そのかわり方がすごいなと思って。私が、そこまではいくのは無理だと思った」や「私、結構ちっちゃいころ人見知りだったんです。（中略）人とコミュニケーションがうまくとれない私なんかが、この仕事をやっていけるんだろとか……。先輩って、うまく話を引き出したりとか、言葉の端々でこういう人っていうのを見つけ出したりするのがすごい上手なんです。けど、私はそれ以前というか、会話を上手に続けていくってこと自体がなかなかできなかったりで、もう駄目だと思って……」のように、先輩保健師をはじめとする他者と自分とを比較していた。また「ポートフォリオにたくさんできていない項目があって、私、何にもできない、もうどうしようと思って、かなり落ち込みました」のように、保健師技術到達度の自己評価を通して、自分の知識・技術の力量、自分の性格・行動の特徴を把握し、それらを内省することで自らを低く評価していた。よって概念名を【知識・技術に対する自己洞察】【性格・行動に対する自己洞察】とした。

また新人保健師は、他者の言動や態度から、自分は低く評価されていると感じ、自己否定の感情を抱えていることも明らかになった。そのエピソードとして、新人保健師は、「カンファレンスが終わって、先輩から何か思うことはないの?と問われて。そのときは、全く見当がつか

くって、でも先輩にはいろいろ感じていたことがあったらしく……自分が情けなくて大号泣してしまいました」や「あれもこれも、まわりがしてくださって……私ができんと思われてるから、そうしてくださってるんだなって、そう思うと凹みましたね」などと語っていた。よってこれらの概念名を【指導上の苦言】と【周囲の過剰なサポート】とした。さらに、「最初はほんとに、経験あるといっても全然やることも違うし、かかわる人も全然違うし、自分の知識のなさとか実感して、落ち込むみたいな感じだった」のように、新人保健師は過去の職業経験にかかわらず、入職直後に《保健活動に対する自信喪失》のステージを経験していることが明らかになった。

(2) 《心の拠り所の獲得》

《心の拠り所の獲得》は、〈地域住民からの支持〉と〈先輩保健師からの受容〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

このカテゴリーは、「もうだめやと思ったときにでも、住民の顔をみて元気になれる瞬間があった」のように、《保健活動に対する自信喪失》のステージにある新人保健師の精神面を支える位置づけであることが明らかになった。

心の拠り所の存在、その対象は、地域住民と先輩保健師であった。新人保健師は、「保健委員さんも自分の名前覚えてくれて、顔覚えてくれて、会うと声かけてくれて、人間関係が少しずつできてきたので、なんかだんだん楽しくなってしまうようになって思うようになったんです」や「住民さんから声をかけてもらうようになって、地区に知っている人が増えると、こんなにも地域に行くのが楽しくなるのかと思いましたね」のように、日々の保健活動のなかで地域住民との関係を構築し、それと同時に地域住民に対して親近感を抱いていた。そして、「(地域住民から) またぜひ来てくださいねと言われるようになったんです」「あなたのおかげですと言われて嬉しくて……」などと、地域住民から信頼されているという感覚も得ていた。よって、これらの概念名は【地域住民との関係構築】【地域住民からの信頼】とした。

さらに新人保健師は、「(プリセプターが) 本当に自分のことみたいな感じで考えてくれるので……(中略) 心からよく頑張ったねと言ってくれるので……自信をもてるようになってきた」や「師長さんの地区での行事を任せてくださったとか、責任をもって行動しなければならないものというのが徐々に増えてきたりして、頼ってもらえているのかなという気持ちになった」などと語り、身近な先輩保健師から認められ、激励の言葉をもらい、さらには仕事の依頼を受け、期待されていると実感していた。よって、これらの概念名を【先輩保健師からの承認】【先輩保健師からの期待】とした。

(3) 《開き直りと自分の殻破り》

《開き直りと自分の殻破り》は、〈こうあらねば思考からの脱出〉〈専門職としての自己主張〉〈保健活動への先輩保健師の巻き込み〉の3つのカテゴリーで構成されていた。

このカテゴリーは、「まわりに助けてもらってばかりで……いつまでもこのままじゃいられないって思った」のように、新人保健師が《心の拠り所を獲得》し、自己否定から立ち直る中間的ステージに位置づけられることが明らかになった。

新人保健師は、「最初は、乳児相談とかで、お母さんのほうが知識も多分あるやろうし、経験もいっぱいあるから、引け目を感じるというか、保健師なのに知らんのは恥ずかしいなって。でも、知ってるふりしてても仕方ないって思うようになって、教えてもらうことにして……」や「前に(看護師の) 経験もあって、そんなこともわからんのかって思われたくなくて。でもそうしてても何も変わらんのかなって……だからわかりませんって言うことも大事だと思って、聞くようになりました」などと、恥を捨てて自ら行動を起こした経験を語っていた。また、新人保健師は、「ネガティブだったけど、もう絶対うまくいくって、そう信じるようにしたんです」のように自分の行動や自分を取り巻く環境のすべてが自分にとってプラスになると思考を変換した経験を語っていた。よって、これらの概念名を【恥感覚からの脱却】【ポジティブシンキングへの転換】とした。

また新人保健師は、「(地域住民に) 言うべきことは言う！ ですかね。もちろん引くところは大事だけど、ちゃんとしなきゃいけないことはしないといけない」や「(プリセプターが) これってどうかな？ って言っているときに、いままでもあったら新人だただ黙ってたのが、これはどうですか？ みたいな自分の意見を言うようになりました。いままでは、結構間違ったら嫌だなとか思って、言えなかったんですけど……思いきって」のように、地域住民に提案し、先輩保健師にも対等に意見を出した経験を語っていた。よって、これらの概念名を【地域住民への課題解決に向けた提案】【先輩保健師への対等な意見表出】とした。

それだけでなく新人保健師は、「自分のもつケースについて、電話連絡とか訪問するときはどういうことを気をつけたらいいとかをプリセプターさんに相談するんです。とにかく自分でも考えるんですけど、基本、抱え込まないようにして、助けをもらうようにして……」のように、保健活動を負担なくそして効果的に実施していくために、先輩保健師と関係を結び、時には直接的な協力を求めるなど、自身の保健活動に先輩を巻き込む動きをとっていることが明らかになった。よって、これらの概念名を【保健活動に対する助言の要求】【保健活動に対するサポートの依頼】とした。

(4) 《経験の蓄積に伴う技量の深化》

《経験の蓄積に伴う技量の深化》は、〈アセスメント能力の向上〉と〈支援バリエーションの増加〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

新人保健師は、「4か月とか1歳半とか3歳とかをずっと見ていって、最初発達が全然わからなかったんです。教科書でこのころに首が据わるとか、そういうのは知ってたんですけど、全然結びつかなくて、順番を逆に覚えたりとかもしてたんです。けど、それがわかるようになってきたんです。(中略)ちっちゃい子を見たら、ああ、あの子何歳ぐらいだなとか、そういうのがこう、ぱっと出てくるようになったので……知識と現実的なものがちゃんと結びついてきて……問題も見えてきて……理解できたというのはこういうことなのかなって思いました」や「最初はできなかったことでも、繰り返して繰り返して、やるごとにつれてできるようになってきたんです」などと語っていた。成長発達だけでなく、この他にもさまざまなことについて、保健活動あるいは現任教育での経験が重なることにより、理解の深まりを実感していた。よって、これらの概念名を【成長発達課題の経験的理解】【心理的変化の経験的理解】【地域情報の経験的理解】【所属外業務の経験的理解】とした。

また、新人保健師は、「電話でわからないとき、今まではそのつど保留にして、いちいち報告してまわりに助言を求めていたのが、何度か経験するうちに、ある程度まとめて聞いて、この人は情報提供が必要なんだろうなとか、この人は話聞いているだけでもよさそうだなとか、いろいろな方法を考えて選べるようになった」のように、〈アセスメント能力の向上〉によって、対象にあわせた支援方法が選択できるようになったことや、「ジョブローテーションで、こんな場合はここにつなげばいいんだとか知ることができた」など、職場内の現任教育の成果として、社会資源の選択ができるようになったことについても語っていた。よって、これらの概念名を【経験に基づいた支援方法の選択】【経験に基づいた社会資源の選択】とした。

(5) 《専門職意識の芽生え》

《専門職意識の芽生え》は、〈キャリア構築のイメージ化〉と〈保健師としての自覚〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

新人保健師は、「(先輩は)電話の対応とか、地区の人と接するときの話し方とか、すごい柔らかくて。いつも説明も丁寧やし、わかりやすいし、どんなに忙しくてもちゃんと話を聞いて対応しているなと思っていて、それはまねしたいなと思います」や「考えよったら、本を出して、“ここにこう書いとんや”って言ってきて……判断するときに、もうちょっとここを見たほうがいいのか、そんなんを

資料で示してくれて……何かそういうところも、根拠をもって仕事しよると思うんで、すごいなと思います」や「住民の方と電話する時とかも、本当にすごく楽しそうにお話をされるんですよ。しんどい日でも。そういうところは学ばないかなと思って。本当に目指したい姿、自分もこんなふうになれたら……」などと語っており、〈先輩保健師からの受容〉から理想となる保健師を見つけ、自分の将来像を明確化していることが明らかになった。よって、これらの概念名を【将来像の明確化】【ロールモデルの獲得】とした。

さらに、「集まりがあつていくと、もう保健師は全然地域に行っていないじゃないみたいなことを言われたり、實際何をしとるんや?みたいなこと言われたりして、すごい悲しかったんですよ。本当に、現場では必死に訪問に行つて自分のできる限りのかわりを一人ひとりにしてるのに、それがあんまりまわりには伝わっていないやなって。向上心みたいなのは事務職の方とかには負けてないって思ってるんで、もっと保健師のことわかってほしいんです」や「保健師ができること、何ができるんやろみたいなことを考えるようになってきた」のように、新人保健師は、保健師の業務を他者に評価してもらいたい気持ちと、保健師としての専門性とは何かという疑問を抱くようになっていた。よって、これらの概念名を【保健師に対する理解や評価への期待】【保健師としての専門性の探求】とした。

(6) 《自己効力感に基づく行動化》

《自己効力感に基づく行動化》は、〈保健活動に対する自己評価の向上〉と〈キャリア構築に向けた前進〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

このカテゴリーは、「もうとにかくやるしかないって思つて、そうしているうちに1年経つて……まだまだですけど、できるようになったことがいっぱいある」のように、《開き直りと自分の殻破り》を経て、自分の変化を認めていくステージとして位置づけられる。

新人保健師は、「はじめは自信なかったですけど、地区担当をもつことによって、赤ちゃんからお年寄りまでを幅広く、精神の方にもかかわれたし、難病の方にもかかわれて、どんどん自分からかかわることができるようになってきたなって感じて」や「大勢の前では、あがつてしまつて、もう何をしゃべっていいのかもわからないし、でもそこにはもう慣れてきて、その人たちの表情を見ながらできるというか、何かな……余裕ができてきた」や「たとえば、最初のほうは原稿つくつて、それをとにかく読むことに集中してしまうというか、いつもいっぱいいっぱいだったんで。それよりは、いまは全く違うかな」などと、自らの保健活動が以前とは異なっていることを実感していた。そのうえで「自分なりにですけど、前よりも結構やれるよ

うになったのかって」や「これはよくできるようになったとか、うまくいくようになったとか。とにかく頑張っ
てよかったなって……そう思えてきて」のように、保健活動
の遂行状況を高く評価するようになり、達成感を抱いてい
ることが明らかになった。また、「最初は、プリセプター
のやり方を見たり、そこから始めとったんですけど、他の
方とも一緒に相談事業入ったりとかしてるうちに、こっち
のほうがやりやすいなとか、自分でも変えてみたり……多
分、相手によってかわり方が違ってくるので、いろんな
方のやり方を考えて使っていくみたいなのができるよう
になってきた」のように、対象や状況に応じて自分なりの
問題解決法を用いるようになっていた。加えて、「(新人保
健師とプリセプターとが)毎日振り返りをするっていうの
は、多少は負担があると思うんですけど、でも……ただそ
の日をこなしてただ終わりって、そうさせないためにはす
ごい大事だったなって思います。認めてもらうっていうの
もあるんですが、ここまではやれるようになったとか、こ
こまでは頑張れたとか思えるようになってきて……」や
「自分が書いてきたポートフォリオを見返すと、こんな
にも経験を積み重ねてきたんやなっていう……なんていうの
かな、頑張りが目に見えてわかるんで、これは私の宝物で
す」のように、これまでの経験を振り返り、それらを肯定
的に受け入れていることが明らかになった。よって、これ
らの概念名を【保健活動遂行の達成感】【自己流の問題解
決】【自己努力に関する肯定】とした。

また、新人保健師は「いろんな年代の人と、しかも病気もいろんな病気の人とかかわることがあるので、どこに社会資源があるとか、どこにつなげたらいいとか、やっぱり自分のなかで引き出しというか……いろんな情報をもって、いろんなことを知っといたほうがいいなって、もういろんな人にかかわるんで……。でもそれが自分には全然足りんなというふう思います」のように自分自身に不足する点を見出し、さらに「費用対効果じゃないですけど、これをやることに自分はこれぐらいの時間を使っとるけど、どんな効果があるのかなっていう、効果をいろんな角度から分析しようっていう気になってます。何かやったらそれをきちんと評価できるようになりたいんですよ」のようにこれから自分が学んで習得すべきことを明らかにしていた。そのうえで「保健師ってすごい仕事やなって思います。私はまだまだ経験が足りない、もっともっと保健師の仕事は面白くなると思うから、それを見つけていければ……」などと将来に向けての語りをしていた。よって、これらの概念名を【自己課題の明確化と自己研鑽】【保健師業務の魅力に関する追求】とした。

III. 考察

新人保健師は入職後に、【知識・技術に対する自己洞察】
【性格・行動に対する自己洞察】【指導上の苦言】【周囲の過剰なサポート】によって自信喪失、いわばネガティブな感情を抱く。しかし、本研究においては、それらはやがて自己肯定、すなわちポジティブな感情へ移り変わっていくことが明らかになった。このような《保健活動に対する自信喪失》から《自己効力感に基づく行動化》へと変化する過程は、自己成長感の定義 (Tedeschi & Calhoun, 2004) である「困難な状況に対する取り組みの結果として得られる肯定的な変化」と合致する。また、本研究では、新人保健師の感情が、自己否定から自己肯定へと移り変わるまでの間には、《開き直りと自分の殻破り》が存在することが明らかになった。《開き直りと自分の殻破り》とは、まさに新人保健師の困難からの復元力と将来への推進力を指すものである。ここでは、《開き直りと自分の殻破り》を軸に自己成長感の獲得プロセスを二分して考察し、そのうえで新人保健師に対する現任教育への示唆を述べていく。

1. 《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》へのプロセス

《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻
破り》のプロセスに最も影響のあるカテゴリーは《心の拠
り所の獲得》であった。新人保健師は、対人支援を経験し
ていくなかで、地域住民との接点を増やしていき、おのず
と〈地域住民からの支持〉を得ていったと推察される。ま
た〈地域住民からの支持〉により、玉井・立花（2010）が
述べるように、新人保健師は自信がないながらも、対人
支援に面白さを感じていることがわかる。

近年、保健師の業務の多様化および専門性の高度化に伴い、新人保健師に焦点を当てた現任教育が段階的に進められるようになってきている。A市では、すでに新人保健師をサポートする体制が整っており、プリセプター制やポートフォリオの活用によって、本研究対象者は、〈先輩保健師からの受容〉、とくにプリセプターからの受容を常に実感できる環境におかれていたと考えられる。

新人保健師にとって〈地域住民からの支持〉は、対象のために何としても役立ちたいという保健師マインドを突き動かすこと、〈先輩保健師からの受容〉は、たとえ何かあっても許容してもらえるという安心感につながっている。これらの《心の拠り所の獲得》こそが、新人保健師の精神面での支柱となり、次の《開き直りと自分の殻破り》へと進むうえでの動機になったと思われる。

2. 《開き直りと自分の殻破り》から《自己効力感に基づく行動化》へのプロセス

《開き直りと自分の殻破り》を経た新人保健師は、《自己効力感に基づく行動化》をはかるようになる。ここでの原動力となるものが〈こうあらねば思考からの脱出〉であると考えられる。本研究において新人保健師は、何らかの問題に直面したときに、選択肢として自己の価値観や考え方を手放していることが明らかになった。これらは、谷口・武田・宗像（2011）らの述べる困難感からの立ち直りのプロセスとも合致し、“捕らわれ”からの解放を意味するものである。このような新人保健師の思考の変化には【将来像の明確化】、すなわち《専門意識の芽生え》が大きく関与していると思われる。本研究において、新人保健師は【ロールモデルを獲得】しており、ロールモデルの業務に対する姿勢や行動に共感し、憧れを抱き、さらには自分と対比し、模倣という手段により同一化を試み、自身の行動や態度を修正（村上・舟島, 2002）していたと考えられる。

ここでのロールモデルは、新人保健師にとって職業継続につながるシンボリック的存在であったとも推察できる。また結果より、新人保健師は《経験の蓄積に伴う技量の深化》において、達成感を得ており、このような成功体験の積み重ねが、《自己効力感に基づく行動化》を導き、更なる【保健師業務の魅力に関する追求】につながったと考えられる。

3. 現任教育への示唆

新人保健師にとって《保健活動に対する自信の喪失》とは、大きな苦難であり、またそれを乗り越えるための《開き直りと自分の殻破り》も、ストレスフルな経験であったに違いない。しかし、羽鳥・湯浅・小玉（2008）は、ストレスフルな経験こそが自己成長感の促進につながることを述べており、吉田（2012）は、ストレスイベントにおいて混乱した自己と向き合う“再評価”と、感情体験を身近な他者に開示する“社会的共有”が自己成長感獲得において有効であることを論じている。本研究において新人保健師は、ポートフォリオへの記入を通して、自己と向き合っていた。ポートフォリオを活用することは、新人保健師がストレスイベントを事後に振り返り、またそれらを周囲の保健師と共有するといった、再評価そして社会的共有の両機能を有していたと思われる。現任教育プログラムの一環として、ポートフォリオは、新人保健師が自己成長を実感するための教材として有効であることが示唆された。

加えて本研究では、《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》へと移行するプロセスで《心の拠り所の獲得》が重要な役割を果たすことが明らかになった。これら心の拠り所は、《自己効力感に基づく行動

化》に向かうためにもできる限り早期に獲得することが望ましいと思われる。よって、新人保健師が地域に出向く機会を増やすこと、先輩保健師と場と時間を共有し、協働する機会を多くつくることが重要となると考える。

また本研究において新人保健師は、最も身近なプリセプターに自己の感情を開示していたと推察できる。塩見・牛尾（2012）は、新人保健師のなかには、日常業務に課題を抱えながらも場を与えられないと自ら相談することができず、それらを解決できないままやり過ごしている者がいることを報告している。たとえプリセプター制は導入されなくとも、新人保健師の現状や課題を察知し、それらを受容できるメンター役割を担える人材を新人保健師のかたわらに配置することが今後の課題になると考える。さらに、職業的アイデンティティの基盤を形成するうえでは、新任期に質の高い活動実践に触れる機会を設定すること、先駆的な活動を展開した保健師の語りを教材として活用すること（田中・大西・安梅, 2005）が有効であり、ジョブローテーションは、所属外の質の高い活動実践に触れ、より多くの保健師の経験を聞くことができる絶好の機会である。実際に本研究においても、ジョブローテーション体制が、新人保健師の〈キャリア構築のイメージ化〉につながり、また〈支援バリエーションの増加〉にも関与することが明らかになった。新人保健師が《経験の蓄積により技量を深化》させていくにあたって、単に経験の量だけでなく、経験内容の幅広さも重要となる。しかし、これらは組織の規模に大きく左右されるものと思われる。人員不足の環境下であっても、新人保健師のジョブローテーションが組めるよう、日ごろから他機関との連携をはかり、組織が抱え込むことなく協力して現任教育を実施できる体制を構築しておくことも必要と考える。

本研究において、入職1年の経験のなかでも、新人保健師は〈キャリア構築に向けて前進〉しようとしていることが明らかになった。その前進の先で再び、【知識・技術に対する自己洞察】をし、そのうえで【指導上の苦言】を受けられる可能性も十分に考えられる。しかしながら、本研究結果のプロセスを何度も経ることで、新人保健師は自己成長の実感を場面ごとに獲得し、エンパワーしていくものと思われる。新人保健師の自己成長感獲得のプロセスは一定の構造を示していたが、このプロセスをたどるペースは、おのおのによって異なるはずである。自己成長のプロセスを見守り、新人保健師のペースを理解しながら、個別にサポートしていくことが必要といえる。

なお、本研究結果は、A市における11名の新人保健師の限定的な体験にすぎず、過去の業務経験や現在の職場内の配属環境、保健活動を実施する地域特性の幅にも対応する結果であるかについては、調査対象を変えて今後検証し

ていく必要がある。さらに、今回検討したのは、あくまでも自己成長“感”であり、認知要素に焦点化したにすぎない。行動的要素においても変化のプロセスはみられるのか等、研究方法を変えて本研究結果を検証していくことが今後の課題である。

結 語

本研究において、新人保健師が自己成長を実感するプロセスにおいては29概念と13サブカテゴリー、6カテゴリーが生成された。

自己成長感獲得のプロセスとは、《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》を経て《自己効力感に基づく行動化》の3カテゴリーの変化を指していた。これらの変化を促進させているものが、《心の拠り所の獲得》と《専門職意識の芽生え》と《経験の蓄積に伴う技量の深化》の3カテゴリーであった。これらの結果については、プリセプター制、ポートフォリオ、ジョブロー

テーション等の現任教育プログラムが関与していることが明らかになった。

謝 辞

本研究にご協力いただいたA市のプリセプターおよび人材育成担当保健師の皆さまに心よりお礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP24792608の助成を受けたものである。

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

【目的】新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】A市における入職1年目の新人保健師を対象として、半構造的面接を実施した。データは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いて分析した。

【結果】対象者は11名であった。新人保健師が自己成長感を獲得するプロセスは、《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》《自己効力感に基づく行動化》への3カテゴリーを経ていることが明らかになった。またこれらのプロセスは《心の拠り所の獲得》《専門職意識の芽生え》《経験の蓄積による技量の深化》の3カテゴリーによって促進されていくことが明らかになった。

【考察】新人保健師の自己成長感獲得のプロセスに基づき、プリセプター制やジョブローテーション、ポートフォリオ等を有効に活用し、組織で新人保健師をサポートする体制を整えていくことが必要である。

Abstract

Purpose: The purpose of this article is to clarify the process in which novice public health nurses gain the sense of personal growth.

Methods: A semi-structured interview was conducted with first-year public health nurses. The data were analyzed using modified grounded theory approach (M-GTA).

Results: The process in which novice public health nurses gain the sense of personal growth was depicted as the change of three categories, starting from “the loss of confidence on health-care activities” to “so-what attitudes and breaking out of one’s self”, which in turn resulted in “acting out based on self-efficacy”. This change was influenced by three categories: “the gain of psychological home place”, “the awakening of professional conscience”, and “the deepening of skills by the accumulation of experience”.

Discussion: We need to understand the process in which novice public health nurses gain the sense of personal growth on the in-service education. Then, it is necessary to systematically support them by tailoring to each one’s own pace, with the effective utilization of preceptorship, job rotation, and the use of portfolios.

文 献

浅野神奈, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子 (2009). 市町に勤務

する新任保健師のメンタリングの受け止めとその関連要因の検討. 北海道公衆衛生雑誌, 22(2), 82-91.

- 浅野神奈, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子 (2011). 市町に勤務する新任保健師の職務満足感とその関連要因の検討: メンタリングの受け止め, 個人的要因および組織的要因に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌, 11(2), 15-24.
- 羽鳥健司, 湯浅俊夫, 小玉正博 (2008). 受験ストレス環境に対して予備校生が行う積極的意味づけ過程に関する検討. ヒューマン・ケア研究, 9, 43-52.
- 池西悦子, 栗田孝子 (2004). 新任期保健師の問題解決能力の自己評価からみた現任教育についての一考察. 岐阜県立看護大学機能看護学講座 (教育と研究), 2(1), 123-128.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義M-GTA実践的質的研究法: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京: 弘文堂.
- 村上みち子, 舟島なをみ (2002). 看護学教員のロールモデル行動に関する研究: ファカルティ・ディベロップメント指標の探求. 看護研究, 35(6), 503-514.
- 村松照美, 渡辺勇弥 (2008). 市町村新任保健師と熟練保健師の対話リフレクションの意味. 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 49-58.
- 小野美奈子, 川原瑞代, 山内裕子, 日高美加子 (2011). 新任保健師の実践力自己・他者評価と看護基礎教育へのニーズ. 日本看護学会論文集 (地域看護), 41, 289-292.
- 佐伯和子, 河原田まり子, 和泉比佐子, 関 美雪, 上田 泉, 平野美千代 (2009). OJTでの人材育成を通しての現任教育を推進する職場の組織育成. 日本地域看護学会誌, 11(2), 52-58.
- 佐伯和子, 大野昌美, 大倉美佳, 和泉比佐子, 宇座美代子, 横溝輝美, 大柳俊夫 (2009). 地域保健分野における保健師育成のOJTに対する指導者の意識と組織体制: 新任者教育の実践を通して. 日本公衆衛生雑誌, 56(4), 242-250.
- 塩見美抄, 牛尾裕子 (2012). 兵庫県における保健師の臨床研修に必要な内容と体制: 新任期・中堅期保健師のニーズをもとに. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 19, 55-68.
- 玉井綾子, 立花八寿子 (2010). 北海道内市町村保健部門における新任期保健師を対象とした職務及び現任教育の実態. 北海道公衆衛生学雑誌, 23(2), 182-190.
- 田中美延里, 大西美智恵・安梅勅江 (2005). 行政機関で働く新任保健師の力量形成に向けたニーズ関連要因に関する研究. 日本保健福祉学会誌, 12(1), 43-56.
- 谷口清弥, 武田 文, 宗像恒次 (2011). 看護師の困難からの立直りのプロセスと困難体験が看護に与えた影響. 日本保健医療行動科学会年報, 26, 89-103.
- Tedeschi, R.G. and Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*, 15(1), 1-18.
- 吉田琢哉 (2012). 青年期女子における怒りの感情体験による自己成長感の獲得: 社会的共有における聞き手の受容的反応を含めた制御方略の影響. 感情心理学研究, 20(1), 1-8.

〔平成28年6月23日受付〕
〔平成29年4月11日採用決定〕

—研究報告—

成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己に対する意味づけ

The meaning of spinal cord injuries during adulthood on patient self-perception as a sexual being

堀 田 涼 子¹⁾ 市 村 久美子²⁾
Ryoko Hotta Kumiko Ichimura

キーワード：脊髄損傷，成人，性的存在，意味づけ

Key Words：spinal cord injuries, adulthood, sexual being, meaning

はじめに

脊髄損傷者は永続的な身体機能の障害に加え、心理・精神、社会・経済的な側面における困難さを抱え、自己の存在価値や生きる意味の問い直しを余儀なくされることとなる。そのため、脊髄損傷者の心理的適応のプロセスを支える看護を提供することが、看護師の重要な役割であると考えられる。脊髄損傷者の心理的適応に焦点を当てた研究を概観すると、適応には意味の探索が必要であり、流動的なプロセスにおいては抑うつ症状が増大する一方で、人生における意味と目的の発見が心的外傷後の成長やポジティブな適応に関連していることが明らかにされている (Davis & Novoa, 2013; deRoos-Cassini, de St Aubin, Valvano, Hastings & Hom, 2009)。また、脊髄損傷者の心理的適応は、障がい者としての人生がスタートするなかで、他者との相互作用を受けながら、肯定的な意味や将来の可能性を見出していくプロセスであると論じられている (Angel, Kirkevold & Pedersen, 2009; DeSanto-Madeya, 2006; Ide-Okochi, Yamazaki, Tadaka, Fujimura & Kasunaga, 2013)。このように、人は生きる意味を探究する存在であるため (Frankl, 1978/1999)、脊髄を損傷したことによって、人としての存在にどのような変化が生じ、それをどのように感じながら生きているのかという病の経験に焦点を当て、自分や人生の意味を見出していく様相を理解することが必要であると考えられる。危機的な出来事や状況に直面した者が見出す意味について、Park & Folkmanはストレス・コーピング理論と意味の機能を統合したモデルを提唱し、出来事に対する評価に関連した状況的意味づけと、恒久的な信念と価値のある目標を包含する全体的意味づけという2つの意味の概念を包含すると位置づけている (1997)。具体的には、出来事に遭遇した際に、全体的意味づけに照らして査定がなされた結果、ストレスフルであると評価された

場合には、意味を見出すプロセスが開始される。そして、出来事の評価を変容させる、もしくは信念や目標を変容させることで対処をし、双方の意味づけの調和がはかれることによって、心理的適応を果たすと論じている。つまり、脊髄を損傷したことによって、身体、精神、対人関係、社会的側面などにもたらされた影響に対する状況的意味づけがなされるとともに、受傷前に築き上げられた信念や価値観を変容させ、意味づけの調和がはかれることで適応に至ると解釈できる。

とくに成人期にある者は、配偶者を選択し、配偶者との生活を学んだり、子どもを育てるといった発達課題 (Havighurst, 1972/1995) に直面している。そのため、身体や性機能障害によって、自己の一側面である性的存在としての役割を有する自己の意味を模索するプロセスをたどることが推察される。そして、性的存在としての自己に及ぼされた影響を意味づけるとともに、性役割に対する価値や信念を問い直すなかで、自己の存在価値を再認識することが、適応に至る一歩になると考えられる。しかし、受傷から退院後の生活に至るまで、性的存在としての自己とどのように向き合いながら意味を探索しているのか、性役割に対する価値や信念に及ぼされた影響をどのように評価しているのかといった意味づけ変容の様相については明らかにされていない。また、性的な側面への看護については、誰もがもつ悩みや疑問であり、いつでも相談を受けられる態勢があることの周知、情報提供や指導を目的とした集団教育やグループ指導、個別相談が実践されている (宮内, 2003, pp.14-15) など、援助の必要性の認識は高まっている。その一方で、生命に直接関連していない、価値観や個別性の差が大きく介入がむずかしいがゆえに、看護に性の視点が欠如していたり (益田, 2003, pp.6-7)、患者が自分の性について話す機会をつくるといったアプローチが少ないこと (酒井・水野・濱本・佐藤, 2012)、医療専門職

1) 目白大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University

2) 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

者の知識の欠乏や、サービスの質と量の不足（Kreuter, Siösteen & Biering-Sørensen, 2008；Lombardi, Del Popolo, Macchiarella, Mencarini & Celso, 2010）が指摘されている。さらに、性的存在としての自己の意味を見出すことを支える看護師の役割についてはほとんど提言されていない。

意味を見出すまでの変化については、身体的苦痛や危機状態による精神的動揺の強い時期には、自己を洞察したり、状況を冷静に肯定化することは困難であること（雲・太湯, 2002；中村, 2002）や、同じ病気の患者と比較することで、新たな価値観を獲得したり、自分が抱える問題に直接的に寄与した意味づけをもたらすこと（田垣, 2004）が明らかにされている。また、アイデンティティの再形成には他者との親密性の問題や依存の葛藤との対峙が重要であり（小嶋, 2011）、入院中は障がい者に理解がある人々に囲まれているため、障害を否定的にはみなさないものの、病院という非日常的な環境から出ると、障害がスティグマとなり、自身の価値を低下させる（田垣, 2000）ことが指摘されている。つまり、受傷直後、脊髄損傷者とのかわりが広がる回復期リハビリテーション病院への転院後、そして脊髄を損傷した身体での日常生活がリスタートする退院後といった、おかれている時期や環境の変化が意味づけに影響を及ぼす可能性が推察される。そのため、受傷から退院後の生活に至るまでの各時期において、脊髄損傷者は性的存在としての自己に及ぼされた影響をどのように評価、解釈しているのかを検討することが必要である。これによって看護師は、脊髄損傷者の主観的な評価や解釈のありようを理解し、意味を見出すプロセスを支える看護の方向性を検討していくことにつながると考えられる。

I. 研究目的

成人期にある脊髄損傷者は、受傷から退院後の生活に至るまで、性的存在としての自己をどのように意味づけているのかを明らかにし、意味づけを支える看護の方向性を検討することとした。

II. 用語の定義

- ①自己の意味づけ：自らの身体・心理状態や人生にもたらされた影響への気づきに対する評価・解釈。
- ②性的存在：生物学的側面だけでなく、精神、社会、文化的側面から包括的・全体的にとらえ、人間同士の絆や愛情の表現、快楽性といった特質をもち、「生」そのものであるセクシュアリティ（簗持, 2003, p.565）を有する存在。

III. 研究方法

A. 研究参加者

脊髄損傷者団体の代表者等に研究内容を説明し、研究依頼時点において、①成人期にある者、②自宅で生活している、③言語的コミュニケーションが可能であることの条件を満たす脊髄損傷者の選定を依頼し、研究協力の承諾を得られた者を対象とした。

B. データ収集方法

データ収集期間は、2011年10月から2012年3月であった。データ収集方法には半構成的面接法を用い、面接の日時と場所は研究参加者の希望に応じて実施した。面接内容は、性機能や性役割とその責任の果たし方に生じた変化、男性や女性としての自分が描いていた理想像、受傷前に築き上げてきた価値観や信念に及ぼされた影響とそれに対する思い、および今後の展望についてである。具体的には、「四肢の運動や感覚機能、排泄機能や性機能などの身体機能に及ぼされた影響に対して、どのようにお感じになりましたか」「男性もしくは女性としての役割に及ぼされた影響に対して、どのようにお感じになりましたか」などの質問をし、受傷からインタビュー時のどの時点での思いであるのかを確認しながら、自由に語ってもらった。その際、研究参加者の承諾を得て、ICレコーダによる録音を行った。

C. 分析方法

研究デザインは内容分析に基づいた質的記述的研究である。受傷前に築き上げてきた価値や信念に照らして査定した結果、脊髄を損傷したことが性的存在としての自己にもたらした影響への気づきに対する評価・解釈を表現している文章を記録単位とし、内容がひとつの意味を示すよう、文脈に留意しながら記述を区切った。次に個々の記録単位について、共通性を検討しながら類型化を繰り返し、サブカテゴリー、カテゴリーを導き出した。また、記録単位を分類する際に、受傷後のどの時期についての語りであるのかを、受傷から急性期病院に入院中、回復期リハビリテーション病院に入院中、退院後の3つの時間的な区分で整理した。なお、文脈単位の抽出からカテゴリー作成の一連の過程において、研究指導者1名からのスーパーバイズを受けながら、研究者および共同研究者の計3名の意見が一致するまで検討を繰り返し行い、データ解釈と分析の妥当性と真実性の確保に努めた。カテゴリーの信頼性は、10の記録単位について、臨床現場にて脊髄損傷者に日々かかわっている看護師3名が再分析を行い、スコットの式により一致率を算出した。これは、分類され得る偶然性と結果の共起を統制する信頼係数（有馬, 2007；Scott,

1955)であり、信頼性の判断基準は70%とした(舟島, 2007)。

D. 倫理的配慮

研究参加者に文書と口頭にて、研究目的、研究内容、研究への参加は自由意思に基づく旨、参加拒否・途中辞退の権利の保障、データの管理方法、論文作成時のプライバシーの保護について、文書および口頭で説明し、署名で同意を得た。なお、本研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号: 455)

IV. 結 果

A. 研究参加者の属性

研究参加への承諾が得られ、なおかつ性機能や性役割に

及ぼされた影響や、男性もしくは女性としての自己についての語りが導き出された脊髄損傷者8名のインタビューデータを、本研究の分析対象とした。研究参加者の概要は表1に示すとおりであり、性別は男性7名、女性1名、損傷高位は頸髄4名、胸髄4名、年齢は20~40代で、平均年齢は36.75歳であった。婚姻の状況に関しては、未婚者が3名、受傷後に離婚をした1名を含む5名が既婚者で、そのうち子どもがいる者は4名であった。面接回数は1回、時間は1時間から1時間16分であった。

B. 各時期における性的存在としての自己に対する意味づけ

性的存在としての自己の意味づけを検討した結果、全52の記録単位として抽出され、類似する内容ごとにまとめると、12のサブカテゴリー、5のカテゴリーが導き出された。内容は表2に示すとおりであり、急性期病院に入院中

表1 研究参加者属性

研究参加者	年齢	性別	損傷高位	受傷後期間	同居者	婚姻の状況	子ども
A	30代	男性	Th10	2年4か月	独居	離婚	あり
B	20代	男性	C1, 2	5年	両親	未婚	なし
C	20代	男性	C3	5年10か月	妻	既婚	なし
D	30代	男性	C4, 5, 6	8年	両親	未婚	なし
E	40代	男性	Th10	3年	妻, 子ども	既婚	あり
F	40代	女性	Th10	4年	夫, 子ども	既婚	あり
G	40代	男性	C6, 7	5年	両親, 兄夫婦, 弟	未婚	なし
H	40代	男性	Th12	3年	妻, 子ども, 母親	既婚	あり
平均	36.75歳			4.52年			

表2 成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己に対する意味づけ

時期	カテゴリー	サブカテゴリー	記録単位数 (%)	言及した研究 参加者 (人数)
回復期*	描く性別像との乖離	男性の象徴である性機能が削がれた	4	C, E (2)
		男として女性に何もしてあげられない	(7.7)	
	男性・女性としての尊厳の保持	男性としての尊厳が保たれた	3 (5.8)	A (1)
退院後**	性行為での役割を果たす能力と 目的の喪失	性行為での役割を果たせない自分をよしと思えない	16 (30.8)	C, E, F (3)
		性的な快感が得られなくなってしまった		
		パートナーとの性行為ができなくなった		
	性的対象との関係を築く機会と 積極さの喪失	異性と出会う機会と積極さを失った	16 (30.8)	B, D, E, G (4)
		いまの身体では恋愛や結婚ができなくなった		
	失わずにいられた男性・女性と しての自信の感受	性機能障害があろうとも支障はない	13 (25.0)	A, F, G, H (4)
		性機能が保たれたことでポジティブになれた		
		かたちは変わろうとも性的満足感を授受できる		
変わらずに格好よい男であり続けたい				
合計			52 (100.1)	

[注] 回復期*は、回復期リハビリテーション病院に入院中の時期：回復期を示す。退院後**は、退院から自宅での生活を送っている時期：退院後を示す。丸めのために、%の合計は100にはならない。

の時期については言及されなかったため、回復期リハビリテーション病院に入院中の時期（回復期）、および退院から自宅での生活を送っている時期（退院後）の2つの時間的区分ごとに示した。また、各カテゴリーの記録単位数と全記録単位数における割合、および言及した研究参加者とその人数を付記した。なお、算出した3名の一致率はそれぞれ85.6%、83.1%、77.4%であり、信頼性が確保された。以下に、カテゴリーごとに代表的な具体例を示していく。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, 研究参加者の発言を「斜字体」, 研究参加者名はアルファベット記号で表す。

1. 回復期リハビリテーション病院に入院中の時期：回復期

a. 【描く性別像との乖離】

身体機能や能力の変容、性機能障害によって、パートナーとの性的な関係の構築や、スキンシップなどによる愛情表現ができなくなった自分に気づき、理想として思い描いていた性別像と乖離したと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は4（7.7%）であり、言及していたのは2名（C, E）であった。

(1) 〈男性の象徴である性機能が削がれた〉

既に子どもがいるため、生殖機能としての性の重要性は低下したものの、男性性の象徴である射精をするという性機能が削がれたことは、男性としての生き方を見失うほどの死活問題であるとしてとらえていた。また、性の側面のうち、生殖の必要性の可否のみを性の問題としてとらえている医療者には、そうした苦悩を理解してもらえないと感じていた。

「勃起はするんだけど、射精をもうできなくなったの。で、当然そういうのも相談するでしょう、脊損の症状として。でも、お子さんは今後つくる予定がありますかと、まずそれを聞かれるんだよね。もう2人いるし、ましてや、もう子育てできないからいいと。じゃーもう性の問題いいですねみたい」に片づけられちゃうでしょ。俺はすんごいスケベでね、そっちも削がれると、もう本当にどうやって生きていこうかって、しょぼくれるぐらい」(E)

(2) 〈男として女性に何もしてあげられない〉

パートナーを抱きしめたり、手をつなぐといったスキンシップを通しての愛情表現や、性行為を通しての性的な関係の構築ができなくなるなど、理想として思い描いていた男性像を、実際の行動に移せなくなってしまった現実直面し、眠れないほどに落ち込んでいる自分を知覚していた。

「彼女が気にしないとか、手をつないだりもできないし、性のこともそうですし。そのときは落ち込んだかもしれないですね、寝られなかったですもん」(C)

b. 【男性・女性としての尊厳の保持】

男性性・女性性の象徴である性機能の一部が残存したことに気づき、自らの尊厳が保たれたと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は3（5.8%）であり、言及していたのは1名（A）であった。

(1) 〈男性としての尊厳が保たれた〉

周囲には勃起も射精もできない性機能障害を有する脊髄損傷者がいるなかで、男性性の象徴である勃起機能が保持されたことで、男性としての尊厳が保たれたと実感していた。

「やっぱり男性のシンボルでもあるので、それが勃つか勃たないかっていうのは、ものすごく人間の尊厳的な部分になると思うんですけど、僕の場合はありがたかったなと思う」(A)

2. 退院から自宅での生活を送っている時期：退院後

a. 【性行為での役割を果たす能力と目的の喪失】

性機能障害や感覚障害によって、性行為をする能力を喪失したことに気づき、自分とパートナーがともに性的な満足感を得るという目的を果たすことができなくなったと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は16（30.8%）であり、言及していたのは3名（C, E, F）であった。

(1) 〈性行為での役割を果たせない自分をよしと思えない〉

女性と性的関係を築くことが、男性としての役割であり、自信につながっていたにもかかわらず、勃起・射精障害、感覚障害によって、その役割を果たせなくなったいまの自分を男性として容認することはできないと感じていた。

「立てないことはもうとっくに、ある程度は受容したけど、これ（性機能障害）に関してはいまの状態ではよしとは思っていないで」(E)

「それなりに自信もあったんだけど、そこが全く役立たずって思われると、かなり楽しみがないというか」(E)

(2) 〈性的な快感が得られなくなってしまった〉

男性として性行為を果たしたいという想いを抱きながらも、射精障害、感覚障害によって、性的な満足感が得られず、自らの性的欲求を充足することもできないジレンマを抱き続けていた。

「男って、いつて終わるじゃない？ だから、いけないものを何しても、どこで終わるんだよみたいな、ジレンマのよう。だから、行為自体が俺には意味がないのかなみたいにね」(E)

(3) 〈パートナーとの性行為ができなくなった〉

性的欲求は人間の基本的欲求であるにもかかわらず、パートナーの性的満足感を充足するための性的な関係を築けなくなったことに對し、申し訳なさや不甲斐なさを感じ

たり、パートナーが性生活や性的欲求に関する気持ちを表出できずにいる可能性を危惧していた。

「それ（性）は人間の当たり前の本能っていうか……彼女もあまりそういうことは言わないですけど、やっぱり絶対がまんしているんでしょうから、そのへんは本当、申し訳ないとは思いますね」（C）

「もう歳なので文句も言ってこないし、触られても痺れるのを知ってるので。そうですよね、改めて思うと、ババどうしてるんだろう？ っては思いますがね、普通ですからね、健常者ですからね」（F）

b. 【性的対象との関係を築く機会と積極さの喪失】

身体機能や能力の変容によって、自分のことも自力できなくなってしまったいまの自分には、性的対象と出会う機会と、恋愛や結婚といった社会的な関係性を構築していくとする積極さを喪失したと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は16（30.8%）であり、言及していたのは4名（B, D, E, G）であった。

(1) 〈異性と出会う機会と積極さを失った〉

移動に他者の介助を要したり、行動範囲が狭まったことによって、性的対象に出会う機会や場が制限されたことに加え、恋愛などの社会的な関係性を構築していくとする積極さを失ったと実感していた。

「やっぱり積極的に女性に声をかけていけなくなるとか」（E）

「やっぱり恋愛ができないっていうのは、そういう出会いがやっぱり制限はされますよね。そういう出会いの場は少なくはありましたよね」（G）

(2) 〈いまの身体では恋愛や結婚ができなくなった〉

自分のことも自力できず、他者の手を借りざるを得ないいまの自分には、相手に迷惑をかけ、荷物を背負わせるような結婚や恋愛などできず、さらに障害を有する身体での生活を相手に理解し、受け入れてもらうことも困難であると実感していた。

「やっぱり結婚っていうのは……自立できてないんで、どうしても手を借りなきゃいけない、それが迷惑になるっていうのが……何も好き好んで、そういう荷物を相手に背負わせることもないし、相手も背負う必要もないのかなと思うんですよ」（D）

「前もあれ（お付き合い）したときには理解はしてもらいました、身体のこと、体調のこと。そういうのを全部打ち明けないと、向こうも受け入れてくれるか分かりませんし、受け入れてくれれば一緒になっているんだろうし、受け入れられなかったから、やっぱり別れたんだろうし」（G）

c. 【失わずにいられた男性・女性としての自信の感受】

男性性・女性性の象徴である性機能の一部が保持され、なおかつそれを活かして性的満足感を得られることに気づ

き、性機能障害があろうとも、男性や女性としての自信を失わずにいられたと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は13（25.0%）であり、言及していたのは4名（A, F, G, H）であった。

(1) 〈性機能障害があろうとも支障はない〉

性の側面のうち、最も重要視していた生殖の目的は既に達成しており、なおかつ性的欲求の充足に対する重要度の優先順位が低かったため、たとえ性機能障害があろうとも身体や生活には全く支障がないと評価していた。

「（性行為は）子どもをつくるため、みたいな考えの人なので、そんなに好きじゃないので、私は全然平気です」（F）

「射精障害ですね、勃起障害だけはなかったんで、そのぐらいなんで。もう子どもも大きいんで、身体に支障なければ、もうしょうがないのかなっていうふうに割り切ってますね」（H）

(2) 〈性機能が保たれたことでポジティブになれた〉

男性性の象徴である射精機能が残存したり、女性の身体にとって大切である月経が順調になるなど、たとえ一部であっても性的な機能や能力が保持されたことで、気持ちが前向きになったり、安心感を得ていた。

「感覚的には弱いですけど、それなりには射精している感覚とかもあるんで。同じ頸損とか脊髄損傷で完全とか不全の方でも、やっぱりないっていう方がほとんどなんですよ。自分はそれだけが救いだった、気分的にね」（G）

「生理は救急病院ではあったんですよ、リハビリ病院に来たらなくなっちゃったんですよ。意外とストレスかかったたのかもしれないですよ、どこかでね。退院してから、婦人科に行って、お薬の処方もらって。そしたら戻って、いまはもうきっちりするくらいにあるんで」（F）

(3) 〈かたちは変わろうとも性的満足感を授受できる〉

オーガズム障害を抱えているため、受傷前と同様の方法の性行為では満足感を得られないものの、残存している視覚・触覚・皮膚感覚などの機能を活用すれば、パートナーと性的な満足感を授受しあえることを実感していた。

「セックスもするんですよ。ただ基本、挿入することに関する満足感っていうのは、あまりないんですよ。ただ幸いなことに視覚に障害はないので、目に入ってくる情報っていうのが、脳でも意識されて満足感に変わるっていう。だから女性が喜んでくれていることに関して、僕は満足感を得ているんで。だから、性交渉への満足感のかたちはガラッと変わりましたよね」（A）

「やっぱり感覚は……どこかに分散したのかはわからないですけど、そこ（傷跡）を触ってもらうと気持ちがいいとか、そういうことはあるんで」（A）

(4) 〈変わらずに格好よい男であり続けたい〉

脊髄を損傷しようとも、男性として格好よく、女性に

とって魅力のある人間であり続けたいという信念は、揺らぐどころなく抱き続けていた。

「障がい者になってから、さらに思いましたけど、オスの部分を忘れちゃいけないと思ってるんですよ。というのは、やっぱり男はいつになっても格好つけていたい動物で」(A)

「いくつになっても女性にモテたいって思うんです。その気持ちをもっていれば、元気ハツラツと見えるし、魅力ある人間に見えると思ってるんですよ」(A)

V. 考 察

各時期における意味づけを検討した結果、入院中より性機能に及ぼされた影響を問い直し、【描く性別像との乖離】を実感する一方で、【男性・女性としての尊厳の保持】されたと評価していた。そして退院後、性的対象との関係性における自己に及ぼされた影響へと洞察が深まるなかで、【性行為での役割を果たす能力と目的の喪失】や【性的対象との関係を築く機会と積極さの喪失】した自己に対峙する一方で、【失わずにいられた男性・女性としての自信の感受】した自己を見出していたことが導き出された。

以下に、受傷から退院後の生活に至るまでの性的存在としての自己の意味づけの変容の様相と、意味づけを支える看護の方向性について考察する。

A. 成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己の意味づけの変容の様相

1. 性的存在としての性役割を有する自己に対する意味づけ

急性期では性的存在としての自己については言及されなかったものの、回復期では、性機能障害によって【描く性別像との乖離】した現実直面していた一方で、残存している性機能に目が向けられた場合には【男性・女性としての尊厳の保持】されたことを実感していた。脊髄損傷者である尾関（2003）は、急性期から回復期においてはADLを確立することが精一杯で、セクシュアリティの問題には考えが及ばなかったとしている（pp.27）。本研究の参加者においても、急性期では生きるための身体機能や能力に主眼がおかれ、性機能に及ぼされた影響に視点を向ける心的余裕はなかったと解釈できる。しかし、回復期リハビリテーション病院に転院後、ADLが拡大することに伴い、性の象徴であり、男性性・女性性を維持するうえでの重要な要素である、性機能に及ぼされた影響から男性・女性としての自己の存在価値を洞察するに至ったと考えられる。そして、受傷前の自分が思い描いていた男性像との比較においては、理想像との乖離というネガティブな評価が付与されていた。しかし、比較対象が自分より重度な脊髄損傷者へ広がったり、喪失ではなく保持された機能に価値を見

出した場合には、尊厳を取り戻すことにつながったと考えられる。

退院後は、性機能障害によって【性行為での役割を果たす能力と目的の喪失】した自己に対峙する一方で、性機能の一部が保持されたことに価値を付与したり、いまの自分なりの性生活のあり方を見出すなど、【失わずにいられた男性・女性としての自信の感受】していた。このように、性的対象との関係性における自己に及ぼされた影響へと洞察が深まる中で、性役割を果たせなくなったことに落胆する一方で、男性や女性としての自信を取り戻すといったアンビバレントな意味づけがなされていた。たとえば、パートナーの性的欲求を充足する役割を果たせなくなった悔しさや申し訳なさを抱きながらも、性の側面のうち、生殖機能を重要視していた場合には、親としての役割を果たせている自分に揺るぎない自信を見出していた。また、たとえオーガズム障害があろうとも、パートナーとともに、五感などの残存機能を活かした新たな性行為の方法を模索し、〈かたちは変わろうとも性的満足感を授受できる〉自己を見出している研究参加者も存在した。その一方で、性機能の一部が保持されていることや、生殖の目的は果たしていようとも、自分自身とパートナーの性的欲求の充足を重要視していた場合には、目的を果たせない絶望感や無能感を抱き続けていたことが示された。つまり、性役割や性行為の目的を生殖すること、自らの性的欲求を充足し、快楽性を得ること、パートナーとの結びつきを深めるために性的満足感を授受しあうことととらえており、それぞれが重要視している目的が達成できているか否かによって、男性・女性としての自己の存在価値を評価していたと考えられる。

2. 社会的な関係性における性的存在としての自己に対する意味づけ

成人期にある者は配偶者の選択、子どもの養育や成長への援助といった発達課題に直面するものの（Havighurst, 1972/1995）、脊髄を損傷した身体では恋愛や結婚などできないと考えるなど、【性的対象との関係を築く機会と積極さの喪失】した自己に対峙していた。とくに、言及していた研究参加者4名のうちの3名は頸髄損傷者であり、自分のことも自力でできず、生活上の介助を要するいまの状態では、理想とする恋人、夫婦、親としての役割の遂行は困難であることを実感していた。加えて、パートナーに介助者の役割まで負わせざるを得ないがゆえに、恋愛や結婚をする資格がないという意味づけがなされていた。皆川（2010）は、男性視覚障がい者は性役割を担いきれない、パートナーに負担をかける事態に直面すると、ネガティブに意味づけられた障害者像の内面化を再強化してしまうと

論じている。また、心筋梗塞が病者の性に与える意味を検討した旗持・小松（2001）は、発症前の性的存在としての自分からの離脱、性的存在としての生き方を模索する過渡期、病をもち性的存在として新たに生きる再統合の3つの局面を明らかにしている。本研究の参加者も、受傷前は一般的な恋愛や夫婦関係においては、手をつないだり抱きしめるなどのスキンシップをはかることで愛情を表現したり、性行為を通して生殖する役割を果たしたいという理想像を描いていた。しかし、脊髄を損傷した現実の自己像との間にずれが生じたことによって、受傷前の性的存在としての自分から離脱し、さらにそうした自分を周囲の人や性的対象に理解し、受け入れてもらうことも困難であるという評価が付与されたと考えられる。しかし、先の研究において旗持・小松（2001）は、社会との関係のなかで与えられる存在としての自信と、社会や他者との新たな絆が得られた実感が性的存在としての再統合につながると考察している。本研究においても、車椅子になったからこそ男性としての自分を忘れず、〈変わらずに格好よい男であり続けたい〉と語る研究参加者が存在していた。これは、性的存在としての生き方を模索した結果、たとえ障害を負おうとも性的存在としては全く変わらないことに気づき、それを他者や社会に示したいという自信と信念の表れであったと考えられる。つまり、性的存在としての自己の意味づけには、他者や社会との関係性において性的存在として認められているという実感が得られるか否かが影響していると解釈できる。しかし、脊髄損傷者は身体的な容貌が車椅子によって定義されていると感じていること（DeSanto-Madeya, 2006）や、障がい者のセクシュアリティについては健常者のみならず障がい者自身が性的存在であると認識してこなかった現状（倉本, 2005；山田・寺田, 1999）が指摘されている。そのため、性的対象との絆や社会との関係のなかで与えられる存在としての自信を実感できず、健常者から逸脱したい今の自分を、自分自身も世間からも性的存在として受け入れられていないという評価が付与される可能性がある。そして、そうした評価が、性的対象との結びつきを深める役割を担う自信を喪失したり、関係の構築に消極的になることにつながっていたと推察される。

セクシュアリティの概念について三木・法橋・前川（2013）は、性の関心度、性の重要度、男性性・女性性の評価を含む個人の性的特性と、ともに過ごすこと、言語的コミュニケーション、スキンシップ、相互の思いやり、性行為のありさまを含む性的対象者との相互作用であると結論づけている。本研究においても、性の象徴である性機能や生殖能力といった個人的特性と、性行為に留まらず、スキンシップや新たな方法で性的満足感を授受しあい、結びつきを深める、恋愛や結婚などの社会的な関係性を構築す

るといった、性的対象との相互作用を、性役割としてとらえていた点については、同様の結果が得られた。しかし本研究では、脊髄を損傷し、理想とする性役割が果たせなくなった今の自分を自らが性的存在として認められるのか、自分は第三者の目に性的存在として映っているのかという問いに対する答えが、自己を意味づけるうえでの重要な要素であることが示された。これは、脊髄損傷という可視的な障害を有し、なおかつ成人期にある者の特徴的な意味づけであったと考えられる。そして、性的存在として、自分自身もしくは第三者から認められ、受け入れられていることへの気づきが、新たなセクシュアリティの側面への視点の拡大、男性や女性としての自信やプライドの回復につながっていくと推察される。

B. 意味づけを支える看護の方向性の検討

1. 性的存在として理解し尊重する姿勢を脊髄損傷者に示すこと

研究参加者は入院中より、性機能に及ぼされた影響に視点が向き、男性や女性としての自己の存在価値を評価していたことが示された。しかし、脊髄損傷者にかかわる看護師は、家族内での役割に気づくというプラス思考への転換を障害受容の側面のひとつとしてとらえているものの（堀田・市村, 2011）、性役割の側面については言及していない。本研究において、性的存在としての自己の側面に視点が向いていたのは一部の研究参加者であるものの、人の生涯は子ども、学生、余暇人、市民、労働者、家庭人等の多様な役割から成り立っており、役割の遂行を通して自己の価値観や個人のニーズを満たすことが論じられている（松為, 2006）。そうしたなかで、成人期にある者は他者との親密な関係を構築し、次世代を育てるという役割の遂行を通して、男性や女性としての自己の存在価値を見出していくということに、看護師が常に目を向けておくことが大切であると考えられる。

研究参加者のなかには、性の一側面である生殖の必要性がないのであれば性的な問題はないと医療者に判断され、性に関する悩みや苦悩を表出できなかったり、話題にすること自体がタブー視されている雰囲気を感じている者が存在した。これは、脊髄損傷者が抱えている性的存在としての苦悩やニーズを表出できるか否かには、医療者の性に対するとらえ方やかわりが影響を及ぼしうると解釈できる。こうした点については、医療従事者はセクシュアリティを性交や生殖能力と限局的にとらえる傾向が指摘されている（今崎, 2002）。そのため、性機能や生殖能力、妊娠、出産に留まらず、性への欲求や関心、男性性や女性性、性的対象とのスキンシップやコミュニケーション、性生活のありようといった多様な観点を看護師が有しておく

ことが必要である。しかし、たとえば機能障害への不安から自慰行為を試してみたり、看護師の身体に触れるといった行動を、正常もしくは問題ととらえるのかといった判断基準は、それぞれの看護師の価値観に依拠しているため、まずは看護師自身が性に対するとらえ方を問い直して見る必要がある。そのうえで、人は障害の有無にかかわらず性的存在であり、健康やQOL向上に不可欠な側面であるという前提に立っている姿勢を、看護師が示すことが大切である。そして、意図的に考えや感情を話し合う意志を伝えたり、機会を設けるなどの取り組みをさらに拡充すること、セクシュアリティの多様な観点から、その人が性的存在としての自己を保持するうえで重視している側面を明確にすることが、脊髄損傷者の抱えている苦悩やニーズを表面化させることにつながると考えられる。

2. セクシュアリティの多様性を脊髄損傷者とパートナーが見出せるよう支援すること

分析の結果、研究参加者は性役割を果たせなくなった無力感やアイデンティティの喪失を実感していた一方で、受傷前と現在は変わろうとも性的満足感を授受できる自信を取り戻していたことが示された。しかし、パートナーと一緒に自分たちならではの性行為のあり方や方法を見出していたのは1名(A)のみであり、他の研究参加者は性的欲求を充足したい、パートナーを喜ばせたいという感情を抱きながらも、互いの想いを伝え合う機会は設けていなかった。こうした点については、パートナーとオープンに話し、性的なニーズの理解を得るとともに、新たな性感帯を探したり、キスや愛撫などによる親密さが精神的な興奮を高める重要な要素であること(Kreuter, et al., 2008; Kreuter, Taft, Siösteen & Biering-Sørensen, 2011)、双方の共通認識があってこそ、関係性や連帯性の観点からのセクシュアリティの再構成が可能になること(山田・寺田, 1999)が明らかにされている。つまり、受傷前と同様の方法での性生活の実現や性的満足感を得ることは困難となる可能性が高い。そうしたなかで、おのおのが重視しているセクシュアリティの側面、思い描いている性行為やスキニップの意味と目的を共有したり、性役割を果たせなくなったジレンマや、相手に対する申し訳なさなどの気持ちを共有し理解しあうことが重要となると解釈できる。そのため、脊髄損傷者とパートナーが、性的存在としての役割や自信の喪失から、セクシュアリティの多様性へと視点が拡大し、残存機能の活用やスキニップなど、性行為だけに留まらない精神的な満足感を授受しあうための方策や、自分たちならではの性役割の果たし方を一緒に見出してできるような支援をしていく必要がある。そして、こうした取り組みこそが、男性や女性としての自信や存在意義を見

出したり、互いの結びつきの深まりにつながることを伝えていくことが、看護師の重要な役割であると考えられる。

しかし、ある時点で性的存在としての役割への自信と意義を見出していたとしても、結婚や子どもの成長などの発達段階をたどっていくに伴い、新たな役割に対する価値体系の問い直しを余儀なくされる可能性が考えられる。そのため看護師は、成人期にある者が担う役割の多様性と、発達段階に伴う役割の流動性を理解したうえで、脊髄損傷者が社会のなかで性的存在として生きていく意義や目的を見出していけるよう、長期的な視点で見守る必要があると考えられる。

VI. 本研究の限界と課題

性的存在としての自己の意味づけには性差による影響が考えられるものの、研究参加者は女性が1名のみであったことに加え、個々の体験の想起による検討であったため、より多数の脊髄損傷者を対象に縦断的に探究することで、意味づけのプロセスを一般化していくことが今後の課題である。また分析の結果、パートナーの性役割やセクシュアリティに対するとらえ方が意味づけに影響を及ぼしていることが推察されたため、その相互作用を検討するとともに、障がい者の性に対する社会の認識についても明らかにしていく必要があると考えられる。

結 語

成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己の意味づけを検討した結果、入院中は【描く性別像との乖離】【男性・女性としての尊厳の保持】、退院後は【性行為での役割を果たす能力と目的の喪失】【性的対象との関係を築く機会と積極性の喪失】【失わずにいられた男性・女性としての自信の感受】の5のカテゴリーが導き出された。研究参加者は入院中より、性機能に及ぼされた影響に視点が向き、性役割を有する性的存在としての自己の存在意義の問い直しを余儀なくされていた。そうしたなかで、研究参加者が自らの性役割としてとらえている、生殖する、性的な快楽を得る、性的対象と性的満足感を授受しあう目的を達成できているか、脊髄を損傷した自分を性的存在として認められるかという問いに対する答えが、性的存在としての自己に対する評価につながっていたことが示唆された。そのため看護師は、セクシュアリティに対する多様な観点をもち、脊髄損傷者が性的存在としての存在意義や自信を見出せるように長期的な視点で支援することが必要である。

謝 辞

本研究を進めるにあたり快くご協力いただきました研究参加者の皆さまに深く感謝いたします。なお、本研究は平成28年度茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科保健医療科学専攻博士論文の一部内容をもとに、加筆修正したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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：成人期にある脊髄損傷者が性的存在としての自己をどのように意味づけているのかを明らかにすることとした。

方法：脊髄損傷者8名に半構成的面接を実施し、質的記述的に分析した。

結果：入院中は【描く性別像との乖離】【男性・女性としての尊厳の保持】、退院後は【性行為での役割を果たす能力と目的の喪失】【性的対象との関係を築く機会と積極さの喪失】【失わずにいられた男性・女性としての自信の感受】の5のカテゴリーが導き出された。

結論：参加者が性役割としてとらえている、生殖する、性的な快楽を得る、性的対象と満足感を授受しあう目的を達成しているか、脊髄を損傷した自分を性的存在として認められるかという問いに対する答えが、男性や女性としての自己の評価につながっていたことが示された。そのため看護師は、セクシュアリティに対する多様な観点をもち、脊髄損傷者が性的存在としての価値や自信を見出すプロセスを支援する必要がある。

Abstract

Purpose: To clarify the meaning of self-perception as a sexual being who sustained spinal cord injuries in adulthood.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 8 adults with spinal cord injuries and their narratives were analyzed in a qualitative descriptive method.

Results: The following five categories were identified: “dissociation from the image of what a man or woman should be” and “maintenance of dignity as a man or woman” during hospitalization and “loss of the ability to fulfill their roles during the sexual act and loss of purpose”, “loss of opportunity and the positivity required to form a relationship with sexual partners”, and “perception of a sense of confidence as a man or woman that could be preserved” at the time of discharge.

Conclusions: The responses to questions regarding whether patients with a spinal cord injury regarded themselves in a sexual role, whether they were able to experience sexual pleasure, whether they were able to achieve the goal of sharing sexual satisfaction with their partner, and whether they regarded themselves as sexual beings after the injury suggested that the patients considered themselves as men or women. Therefore, nurses should understand the diverse viewpoints of sexuality and should support patients with a spinal cord injury in discovering their value and confidence as sexual beings.

文 献

- Angel, S., Kirkevold, M., and Pedersen, B.D. (2009). Getting on with life following a spinal cord injury: Regaining meaning through six phases. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 4(1), 39-50.
- 有馬明恵 (2007). 内容分析の方法. 31-36, 京都: ナカニシヤ出版.
- Davis, C.G. and Novoa, D.C. (2013). Meaning-making following spinal cord injury: Individual differences and within-person change. *Rehabil Psychol*, 58(2), 166-177.
- deRoos-Cassini, T.A., de St Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J., and Hom, P. (2009). Psychological well-being after spinal cord injury: Perception of loss and meaning making. *Rehabil Psychol*, 54(3), 306-314.
- DeSanto-Madeya, S. (2006). The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury. *West J Nurs Res*, 28(3), 265-289.
- Frankl, V.E. (1978) / 諸富祥彦, 上嶋洋一, 松岡世利子 (1999). 「生きる意味」を求めて. 13-62, 東京: 春秋社.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 40-79, 東京: 医学書院.
- 旗持知恵子 (2003). セクシュアリティ. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (編), 看護学辞典. 565, 東京: 日本看護協会出版会.
- 旗持知恵子, 小松浩子 (2001). 心筋梗塞という病が病者の性に与える意味. 聖路加看護学会誌, 5(1), 51-57.
- Havighurst, R. (1972) / 莊司雅子 (1995). 人間の発達課題と教育. 260-277, 東京: 玉川大学出版部.
- 堀田涼子, 市村久美子 (2011). 回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 21-30.
- Ide-Okochi, A., Yamazaki, Y., Tadaka, E., Fujimura, K., and Kasunaga, T. (2013). Illness experience of adults with cervical spinal cord injury in Japan: A qualitative investigation. *BMC Public Health*, 13, 2-10.

- 今崎牧生 (2002). 脊髄損傷者のセクシュアリティ：医療者に求められるサポート体制とは. *ナーシング・トゥデイ*, 17(5), 82-83.
- 小嶋由香 (2011). 脊髄損傷者の語りと心理臨床的援助：障害受容過程とアイデンティティ発達の視点から. 20-97, 京都：ナカニシヤ出版.
- Kreuter, M., Siösteen, A., and Biering-Sørensen, F. (2008). Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. *J Rehabil Med*, 40(1), 61-69.
- Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A., and Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(1), 154-160.
- 雲かおり, 太湯好子 (2002). 肝臓がん患者の苦難の体験とその意味づけに関する研究. *川崎医療福祉学会誌*, 12(1), 91-101.
- 倉本智明 (2005). 性的弱者論. 倉本智明 (編), *セクシュアリティの障害学*. 9-35, 東京：赤石書店.
- Lombardi, G., Del Popolo, G., Macchiarella, A., Mencarini, M., and Celso, M. (2010). Sexual rehabilitation in women with spinal cord injury: A critical review of the literature. *Spinal Cord*, 48(12), 842-849.
- 益田早苗 (2003). 性（セクシュアリティ）に関する看護の動向と傾向－文献からみた障害と性の看護に焦点をあてて. 泉キヨ子, 石鍋圭子, 野々村典子 (編), *リハビリテーション看護とセクシュアリティ*. 6-12, 東京：医歯薬出版.
- 松為信雄 (2006). キャリア発達の理論. 松為信雄, 菊池恵美子 (編), *職業リハビリテーション学－キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系*. 29-60, 東京：協同医書出版社.
- 三木佳子, 法橋尚宏, 前川厚子 (2013). わが国の保健医療領域におけるセクシュアリティの概念分析. *日本看護科学会雑誌*, 33(2), 70-79.
- 皆川あかり (2010). 視覚障害者が拓くセクシュアリティ. *人間文化創成科学論叢*, 13, 359-367.
- 宮内康子 (2003). セクシュアリティの問題をかかえる脊髄損傷者へのかかわりの方法と実践. 泉キヨ子, 石鍋圭子, 野々村典子 (編), *リハビリテーション看護とセクシュアリティ*. 13-17, 東京：医歯薬出版.
- 中村陽子 (2002). 高齢患者のがん体験の意味づけの理解. *日本看護医療学会雑誌*, 4(2), 27-35.
- 尾関仁紫 (2003). 障害者のセクシュアリティについて：脊髄損傷者の立場から. 泉キヨ子, 石鍋圭子, 野々村典子 (編), *リハビリテーション看護とセクシュアリティ*. 26-28, 東京：医歯薬出版.
- Park, C.L. and Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol*, 1(2), 115-144.
- 酒井綾子, 水野正之, 濱本洋子, 佐藤鈴子 (2012). 前立腺がん患者の性に関する看護援助の実態と看護援助経験をもつ看護師の認識. *日本看護研究学会雑誌*, 35(4), 57-64.
- Scott, W.A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opin Q*, 19(3), 321-325.
- 田垣正晋 (2000). 中途障害者が語る障害の意味：「元健常者」としてのライフストーリーより. *京都大学大学院教育学研究科紀要*. 46, 412-424.
- 田垣正晋 (2004). 中途重度肢体障害者は障害をどのように意味づけるか：脊髄損傷者のライフストーリーより. *社会心理学研究*, 19(3), 159-174.
- 山田知通, 寺田恭子 (1999). 脊髄損傷者のセクシュアリティと性教育の課題. *金城学院大学人文・社会科学研究所紀要*, 2, 1-10.

〔平成29年1月12日受付〕
〔平成29年5月20日採用決定〕

クリティカルケア領域における Do-Not-Attempt-Resuscitationに関する文献検討 — 日本と米国との比較 —

A literature review of nursing practice regarding do-not-attempt-resuscitation in critical care:
A comparison between Japan and the United States

森 山 美 香¹⁾ 伊 東 美佐江²⁾
Mika Moriyama Misae Ito

キーワード：DNAR, クリティカル, 文献検討, 意思決定
Key Words：DNAR, critical, literature review, decision making

緒 言

集中治療室（Intensive care unit：ICU）や救命救急センターのようなクリティカルケア領域では、回復の可能性のある生命の危機に瀕した急性の重症患者に対し、24時間を通じた濃密な観察のもとに、先進医療技術を駆使して集中的に治療が行われる。めざましい医療技術の進歩や医療体制の整備に伴い重症患者の死亡率は低下し（Zimmerman, Kramer, & Knaus, 2013；今中・竹内・橘, 2008）、社会復帰率は上昇していることが報告されている（消防庁, 2014）。その一方で、ICUに入室した敗血症や末期がん患者などの重症患者の死亡率は約60～70%（河崎・阿部, 2007；奥田ら, 2014）と報告されている。最先端の医療をつくしても救命できない現状があり、ICUで亡くなる患者も少なくないため、クリティカルケア領域においても終末期医療への転換が求められている。

終末期医療においては、これまで行ってきた侵襲的治療を中止し、新たに生命維持に必要な治療の開始を差し控えるほかに、心肺停止時に蘇生をしないこと（do-not-attempt-resuscitation：DNAR）も方針の一つである。DNARは1960年代から心肺蘇生法の発展に伴い病院で死を迎える際に、日常的に心肺蘇生が実施されるようになったものの、がんなどの終末期患者が何度も蘇生処置を受け、死にゆく過程が無用に延長されることへの疑問（Symmers, 1968）や、「家族到着までの儀式的な蘇生処置に対する疑問等から、医療従事者間での伝達事項として自然発生的に生まれてきたものである」と報告されている（三浦, 2013, p.167）。

米国では、植物状態の患者から生命維持装置の取り外しを認めた有名なクインラン事件の判決後に「カリフォルニ

ア州自然死法」（Natural Death Act, 1976）が成立し、初めて事前指示が法制化され、DNARはその内容の一部と位置づけられたと報告されている（佐藤・生垣, 2005）。その後、1991年には40州以上において事前指示に関する法律が制定され、同年に米国患者自己決定法（U.S. Patient Self-Determination Act）により医療に関する永続的委任状の制度や事前指示に対して法的に整備され、DNARの概念はアメリカ社会において定着したといわれている（石巻・山中, 1999）。

一方、日本では、終末期における治療の開始・不開始および中止等のあり方は、従来から医療現場の重要な課題とされ、1987年から検討が重ねられている（厚生労働省, 2007）。しかし、法律やガイドラインが十分に整備されていないままであることを指摘されるなか（林, 2006）、厚生労働省（2007）は一般国民の終末期医療に関する知識や理解も不十分な状況にあることを報告している。このような現状において、突然に発症した重症患者に対して、クリティカルケア領域ではDNARの意思決定が行われている。

本研究では、終末期医療に関する法的整備が整っている米国の文献と比較して、日本のクリティカルケア領域におけるDNARの看護実践上の課題を明らかにすることを目的とした。

I. 方 法

1. 検索手順

1986年から2015年までの国内外におけるクリティカルケア領域のDNARに関する文献を、文献検索システム『医中誌Web版（ver. 5）』『CiNii』『CINAHL』を使用して検

1) 鳥根大学医学部臨床看護学講座 Department of Clinical Nursing, Shimane University Faculty of Medicine

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

索した。

検索方法は、医中誌Web版、CiNiiでは、『「DNR」or「DNAR」』に『「ICU」「救急」「クリティカル」』を"&"で掛け合わせた。CINAHLでは、『「DNR」or「DNAR」』に『「ICU」or「emergency」or「critical」』を"&"で掛け合わせ、地域をUSAに限定し検索を行った。

なお、重複する文献、学会抄録、会議録、解説、総説、Q&A、特集、蘇生処置以外、小児に関するものを除いた。小児は、年齢的に考えて事前指示をもっているとは考えにくく、多くの場合が親の意向により心肺蘇生が実施されると考えられるため、除外した。

医中誌Web版では、「DNR」&「ICU」24件、「DNR」&「救急」117件、「DNR」&「クリティカル」9件、「DNAR」&「ICU」18件、「DNAR」&「救急」103件、「DNAR」&「クリティカル」8件であった。CiNiiでは「DNR」&「ICU」1件、「DNR」&「救急」14件、「DNR」&「クリティカル」1件、「DNAR」&「ICU」1件、「DNAR」&「救急」13件、「DNAR」&「クリティカル」0件であった。

CINAHLでは、「DNR」&「ICU」4件、「DNR」&「emergency」7件、「DNR」&「critical」24件、「DNAR」&「ICU」14件、「DNAR」&「emergency」8件、「DNAR」&「critical」14件であった。

「DNRおよびDNAR」の用語については、米国心臓協会（American Heart Association：AHA）Guideline 2000で「DNR」が蘇生する可能性が高いが、蘇生治療は施行しないとの印象をもたれやすいとの考えから、「attempt」を加え蘇生処置を試みないという意味のDNARが使用されるようになっている（日本救急医学会，2009）。このことから、検索には『「DNR」or「DNAR」』の両方を使用するが、結果以降の記載は「DNAR」に統一する。

2. 分析手順

対象文献を文献数の年次推移別、研究デザイン別、研究対象別、研究内容別に分析した。

研究デザインを分析することで、日米のDNARについてどの程度明らかにされているのか把握できると考え、Burns, Grove, & Gray (2012/15) を参考に分析を行った。また、研究対象については、DNARの意思決定には患者、家族、医師、看護師と多くの人々が関係するため、どのような対象について研究がされているのかを示すために分析を行った。

Ⅱ. 結 果

研究目的に該当する米国文献は42件、国内文献は20件であった。

1. 文献数の推移

1986年からの30年間における文献数の推移を図1に示した。米国は1990年代の文献数が21件（50.0%）、2000年代は8件（19.0%）、2010年代は13件（31.0%）であり、1992年、1996年、2012年、2013年に多かった。これに対し日本では、1990年代は10件（50.0%）、2000年代は5件（25.0%）、2010年代は5件（25.0%）であり、1995年および2007年に多かった。

2. 研究デザイン

米国では、量的関連性探索型研究が20件（47.6%）で最も多く、次いで量的記述型研究16件（39.0%）、準実験研究3件（7.1%）、質的記述的研究3件（7.1%）であった。日本では、量的記述型研究が17件（85.0%）で最も多く、次いで質的記述的研究3件（15.0%）であった。

3. 研究対象

米国では、対象は、患者30件（71.4%）、看護師7件（16.7%）、家族4件（9.5%）、医師・看護師1件（2.7%）であった。患者を対象とした研究が多く、その規模は、複数施設、あるいは州の公的保健機関に集約されたデータベースを活用した大規模な調査が11件あった。

日本では、対象は、患者14件（70.0%）、看護師3件（15.0%）、医師1件（5.0%）、家族1件（5.0%）、医師・看護師・一般市民1件（5.0%）であった。患者を対象とした研究が多く、その規模は、1文献を除いて1施設に限定されていた。

4. 研究内容

クリティカルケア領域におけるDNARに関する文献は、DNARの意思決定に影響を及ぼす要因として、「DNAR指示が出される患者の病態・背景」「DNARの意思決定をする家族の状況」「医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さ」「DNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護

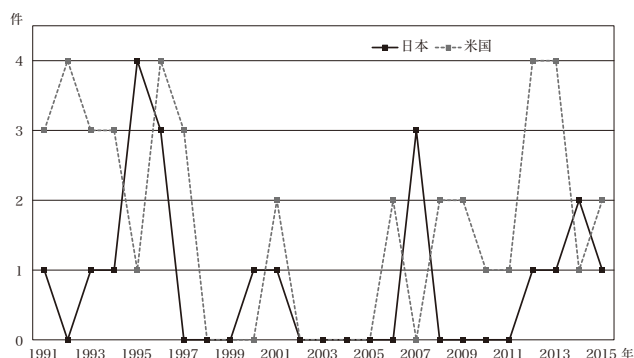


図1 日米のクリティカルケア領域におけるDNAR研究の文献数の推移

実践」に分類できた（表1, 2）。

a. DNAR指示が出される患者の病態・背景

米国では、DNAR指示が出される患者の病態・背景に関する研究は16件あった。DNARとなる患者の病態については、Glasgow Coma Scale（GCS）のスコアが明らかに低く（Campbell & Thill, 1996；Parker, Landry & Phillips, 1993；Creutzfeldt, et al., 2011）、Acute Physiological & Chronic Health Evaluation（APACH）Ⅱ・Ⅲスコアが高かった（Campbell & Thill, 1996；Daly, et al., 1996；Eachempati, Hydo, Shou & Barie, 2006；Tittle, Moody & Becker, 1991；Parker, et al., 1993）。また、DNAR指示が出される疾患は、急性疾患では重症脳卒中（Ntholrang, Walsh, Bradley & Harbison, 2016）や、頭部外傷・重症外傷（Adams, et al., 2013）、慢性疾患では、がん、慢性閉塞性肺疾患、心疾患、内分泌疾患（Bacchetta, Eachempati, Fins, Hydo & Barie, 2006；Bailey, Allen, Williams, Goode, Granstaff, Redden & Burgio, 2012）、

腎疾患（Bailey, et al., 2012）のターミナルが多かった。

Baily, et al.（2012）の調査では、がん患者と比較すると、予期せぬ疾患ではDNARオーダーは明らかに少なかった。

患者の意思について、事前指示のある患者の割合は、重症外傷センターに入院した患者100名中0%（Campbell & Thill, 1996）、死亡患者1,069人中34.4%（Bailey, et al., 2012）、CCU入室患者505人中35.6%（Johnson, Zhao, Newby, Granger & Granger, 2012）を示し、調査方法の差異はあるものの4割未満と少なかった。また、患者がDNARの意思決定に参加する割合はわずか10%程度であり、ほとんどの患者は意識障害のために医療者と代理人との話し合いで決定されていた（Campbell & Thill, 1996）。Johnson, et al.（2012）は、65歳以上の高齢者や白人、複数の既往疾患のある患者が入院時に事前指示をもっている場合が多いことを明らかにした。また、約65%の患者が事前指示の意味を理解していないことや州の決めたヘルスケア委任者に対する不満が

表1 米国と日本のクリティカルケア領域におけるDNARに関する文献（1）

分類	国	著者	発行年	対象	研究デザイン
DNAR指示の出される患者の病態・背景	米国	Tittle, et al.	1991	3つの地域病院のICU患者（外科手術患者、AMI、開心術後患者は除外）でDNR群62名、非DNR群62名	量的記述型研究
		Parker, et al.	1993	2年間で内科・外科ICUで死亡した患者195名	量的関連性探索型研究
		Campbell, et al.	1996	高度外傷センターに入院した患者100名	量的関連性探索型研究
		Daly, et al.	1996	ICU入室患者220名	量的関連性探索型研究
		Tulsky, et al.	1997	1987年～1990年の間に3都市の病院に入院したAIDS患者1,812人	量的記述型研究
		Bacchetta, et al.	2006	8年間で外科ICUに入室しDNAR指示のある患者195名、DNAR指示のない死亡患者215名	量的関連性探索型研究
		Eachempati, et al.	2006	ICU入室前の救急外科を受診した全患者723名	量的関連性探索型研究
		Johnson, et al.	2010	A大学病院の8年間の死亡患者1,072人	量的関連性探索型研究
		Creutzfeldt, et al.	2011	脳内出血後のDNAR指示のある患者424名	量的関連性探索型研究
		Baily, et al.	2012	2005年に6つのメディカルセンターで亡くなった患者1,069人	量的関連性探索型研究
		Johnson, et al.	2012	2008年3月～2009年6月の間にA大学病院のCCUへ入院した全患者505名	量的関連性探索型研究
		Adams, et al.	2013	2005年1月～2008年12月の間に高度外傷センターに入院した患者15,722名	量的関連性探索型研究
		Powel, et al.	2013	1年間の救急病棟に入室した重症敗血症患者376名	量的関連性探索型研究
		Richardson, et al.	2013b	カリフォルニア州の急性期病院367施設に入院した65歳以上の高齢者9,507,921名	量的関連性探索型研究
		Dean, et al.	2015	2002年～2010年の間に脳内出血でカリフォルニア州の外傷センターなどの急性期病院に入院した全重症外傷患者76,962名	量的関連性探索型研究
		Ntholrang, et al.	2015	2年間に死亡した脳梗塞患者54名	量的関連性探索型研究
	日本	斎藤 徹, 他	1991	救命救急センターに搬送された心肺停止患者763名	量的記述型研究
		千代孝夫, 他	1993	一般市民97名, 救急部医師21名, 一般医師22名, 救急看護師45名, 一般看護師52名	量的記述型研究
		東海林哲郎, 他	1995	救急部に搬入された80歳以上の来院時心肺停止患者57症例	量的記述型研究
		菊野隆明, 他	1995	来院時心肺停止症例282例	量的記述型研究
		飯塚 亨, 他	1995	来院時心肺停止350例におけるDNR症例6例	量的記述型研究
		今 眞人, 他	1996	来院時心肺停止症例162例	量的記述型研究
		棚橋順治, 他	1996	2施設のICUに入室した75歳以上の患者（65例と164例）	量的記述型研究
		安田 肇	2000	全脳卒中患者1,272名のうち発症24時間以内にICU入室し30日以内に死亡した103例	量的記述型研究
		辻本功弘, 他	2007	1997年～2006年までの9年間にICUに入室した患者7,582名	量的記述型研究
		依光たみ枝, 他	2007	ICUに入室した90歳以上の185例	量的記述型研究
		福田龍将	2012	救命救急センターへ搬送された院外心肺停止患者304例	量的記述型研究
		小山徹他	2013	救命救急センター到着後、心肺停止となった症例141例	量的記述型研究
DNARの意思決定をする家族の状況	米国	Kahn	1992	ICU入室患者の家族42名	量的記述型研究
		Balentine, et al.	1996	救急病棟に入院した患者の家族71名	量的記述型研究
		McCannon, et al.	2012	50歳以上の重症患者の代理意思決定者50名	準実験研究
		Sullivan, et al.	2012	大学病院の外科・内科・外傷ICU入室した患者の配偶者・パートナー499名	量的記述型研究
	日本	向仲真蔵, 他	1995	救命センターまたはドクターカーでCPRを受けた60歳以上の内因性疾患による院外心停止患者89例の家族38例	量的記述型研究
		小池朋孝, 他	2014	急変でRRS要請された症例184件	量的記述型研究

表2 米国と日本のクリティカルケア領域における DNAR に関する文献 (2)

分類	国	著者	発行年	対象	研究デザイン
医師による DNAR 指示の判断基準の不明瞭さ	米国	Campbell, et al.	1991	包括的支援チームのケアを受けた DNAR 指示をもつ患者131名	準実験研究
		Tittle, et al.	1992a	3つの地域病院のICU入室患者で DNAR 指示のある患者62名と DNAR 指示のない患者62名	量的記述型研究
		Tittle, et al.	1992b	3つの地域病院のICU入室患者で DNAR 指示のある患者62名と DNAR 指示のない患者62名	量的記述型研究
		Campbell, et al.	1994	DNAR 指示のある患者100名	量的記述型研究
		Jayes, et al.	1996	1988年～1990年の間に40施設42のICUに入室した患者17,440名	量的関連性探索型研究
		Eliasso, et al.	1997	内科ICUに入室した患者368名	量的記述型研究
		Nathens, et al.	2008	米国にある68施設のICUに入室後24時間以上生存している重症外傷患者6,765名	量的関連性探索型研究
		Mosenthal, et al.	2008	外傷ICU入室した外傷患者367名	準実験研究
		Westpha, et al.	2009	400床の病院の外科ICU, 内科ICUで患者をケアする医師53名, およびクリティカルケア看護師43名の合計97名	量的記述型研究
		Cohen, at al.	2009	MICUへの入室を相談をした患者179名	量的関連性探索型研究
		Richardson, et al.	2013a	2002年～2010年の間でカリフォルニア州の病院に院外心肺停止から蘇生に成功した入院患者5,212名	量的関連性探索型研究
		Bradford, et al.	2014	2007年のカリフォルニア州の全病院の敗血症患者24,408名	量的関連性探索型研究
DNAR の意識決定を支援する看護師の認識と看護実践	日本	新井達潤, 他	1994	日本蘇生学評議員, 日本集中治療医学会評議員, 日本麻酔学会評議員427名	量的記述型研究
		島由美子, 他	1996	入室中に死亡した213例中, 蘇生術を行わなかった164例	量的記述型研究
		大谷典生, 他	2007	救命救急センターで死亡した患者61名	量的記述型研究
	米国	Ott, et al.	1991	米国クリティカルケア看護師協会の会員251人	量的記述型研究
		Tucker	1992	クリティカルケアユニットで1年以上勤務経験ある看護師6名	質的記述的研究
		Jezewski, et al.	1993	クリティカルケアユニットで1年以上勤務経験ある看護師22名	質的記述的研究
		Marchette, et al.	1993	クリティカルケアユニット, 外科系・緩和ケアユニットの看護師165名	質的記述的研究
		Henneman, et al.	1994	成人ICUに勤務する看護師80名	量的記述型研究
		Jezewski	1994	クリティカルケアユニットで1年以上勤務経験ある看護師22名	質的記述的研究
		Sherman, et al.	1995	成人ICUに勤務する看護師87名	量的記述型研究
		Stillwel, et al.	1997	内科, 外科系, 脳神経のICU患者60名	量的記述型研究
		Kaplow	2000	NYの都市にある三次施設のがんセンターのICU患者60	量的関連性探索型研究
		Keenan, et al	2000	1995年6月1日～1996年4月30日間にがんセンターのSICUに入室した患者1,050名	量的記述型研究
		村上恵美	2001	救命救急センターに勤務する3年目以上の看護婦5名	質的記述的研究
	日本	谷島雅子, 他	2014	救命救急センター勤務する看護師で救急看護ラダーレベルⅢ, Ⅳ看護師10名	質的記述的研究
		谷島雅子, 他	2015	救命救急センター勤務する看護師で救急看護ラダーレベルⅢ, Ⅳ看護師10名	質的記述的研究

事前指示をもっていない理由であったが、事前指示の理解不足と事前指示の未記入率の高さには関連がなかった (Johnson, et al., 2012)。

DNAR 指示を出された年齢は、65歳以上 (Creutzfeldt, et al., 2011 ; Daly, et al., 1996 ; Dean, Martinez, & Newgard, 2015 ; Parker, et al., 1993), 70歳以上 (Bailey, et al., 2012 ; Eachempati, et al., 2006 ; Powell, et al., 2013) に多かった。医師に DNAR と判断される年齢は高齢になるほど増加し (Adams, et al., 2013), 65歳以上の高齢者で DNAR 指示は若い人の4倍であった (Johnson, et al., 2012)。また, Richardson, Zive, Daya, & Newgard (2013b) の65歳以上の患者を対象にした調査では、85歳以上で明らかに多く DNAR 指示が出されていたことが報告された。これらから、DNAR 指示の出された患者の年齢は65歳以上の高齢者に多く、年齢が上昇するにつれて DNAR 指示が出される割合が増えることが明らかとなった。

Eachempati, et al. (2006) の調査では、女性の方が男性より明らかに DNAR 指示の出される割合が高かった。また、性別は多臓器不全スコア、年齢などと比較すると、もっとも DNAR を予測できる因子であったことも報告された。

Tulsky, Casileth, & Bennett (1997) のエイズ患者を対象にした調査では、人種と DNAR 指示の存在には関連がないと報告されているが、Bailey, et al. (2012), Johnson, et al. (2010) および Richardson, et al. (2013b) の調査では、白人が他の人種より DNAR 指示の割合が明らかに多かったことが報告された。

Johnson, et al. (2012) の調査では、家族のいる患者のほうが家族のいない患者と比較すると、3倍も多く、入院時に事前指示をもっていたことが明らかにされた。また、家族がいる患者のほうが DNAR 指示の出される割合が高かったことから (Bailey, et al., 2012), 家族の存在が DNAR の決定を促進することが明らかとなった。この他に DNAR 指示の予測因子には、認知症であること、牧師によるケアを受けていたこと、死亡場所がICUであること (Bailey, et al., 2012), 既往歴の数が多いこと、ICU 在室期間が長いこと (Bacchetta, et al., 2006), 医療保険・労災では少なく、小規模・田舎にある・非営利団体の経営する地域病院であること (Richardson, et al., 2013b) が報告されていた。

日本では、DNAR 指示の出される患者の病態・背景に関する研究は12件あった。

DNAR指示の出される患者の病態について、千代・田中(1993)によると、DNARが妥当であると考えられる割合が高い病態は、末期がん、脳死の順であったことが報告された。実際にDNAR指示が出された病態は、脳ヘルニア状態で意識レベルスコアの低い、重症脳卒中(斎藤・安川・上嶋・塚原・溝部, 1991; 安田, 2000), 心不全・敗血症・呼吸不全(依光・小野・天願, 2007), 多臓器不全(棚橋ら, 1996), 慢性呼吸不全・肝硬変(菊野・市来寄, 1995), がん末期(飯塚ら, 1995; 菊野・市来寄, 1995), 重度外傷・頭部外傷の心肺停止例(飯塚ら, 1995; 斎藤ら, 1991), 原因不明の心肺停止(小山ら, 2013)であった。救急搬送患者ではDNARと判断できる病態は、DNAR基準として設けた社会死例のみと述べられていた(飯塚ら, 1995; 菊野・市来寄, 1995)。

患者の意思については、DNARを含むリビングウィルを提示した患者は0% (依光ら, 2007) から約2割(福田, 2012)と少なく、リビングウィルは蘇生開始後に判明することが多く、患者の意思が尊重されていなかった。東海林ら(1995)は、かかりつけ医のいる患者のほうが患者の意向が尊重され、DNAR指示が出される可能性が高いことを報告した。

DNAR指示を出された年齢は、75歳以上(棚橋ら, 1996),あるいは、80歳以上(小山ら, 2013; 斎藤ら, 1991; 東海林ら, 1995; 辻本・鳥谷部・丹代・原田, 2007), 85歳以上(菊野・市来寄, 1995)と報告された。依光ら(2007)は、90歳以上で入院前の状態が要介護・長期臥床・認知症の場合にDNAR指示が出される傾向にあることを報告した。

性別については、女性のほうが男性に比べてDNAR指示を出される傾向にあることが報告された(依光ら, 2007; 辻本ら, 2007)。

今ら(1996)は、救急外来で心肺蘇生を行わない基準を設けているが、救急搬送された心肺停止患者においては家人と連絡がとれないことや、家族が不在のために心肺蘇生を継続しなければならない状況があることから、家族の存在がDNARの決定に影響することを報告した。

以上から、両国に共通して、患者の病態・背景に関する研究報告が多かった。DNAR指示の出される病態の共通点は、重度の意識障害を伴う疾患で、多臓器不全、がん・呼吸・循環器疾患などの慢性疾患末期、重症脳卒中・頭部外傷・重症外傷の急性疾患末期であった。また背景では、高齢、女性、家族の存在、認知症、既往症、事前のDNAR指示の有無があった。ただし、高齢とする年齢は両国では違いがあった。米国では、人種、長期期間のICU在室、緩和ケア、保険、病院のタイプ、日本では救急搬送された患者では、社会死例やかかりつけ医の問題がDNARの決定に影響していた。

b. DNARの意思決定をする家族の状況

米国では、DNARの意思決定をする家族の状況に関する研究は4件あった。

Kahn(1992)のDNAR群と非DNAR群の家族のニーズを比較した調査では、ほぼ同様の傾向にあるものの、DNAR群の家族は、非DNAR群の家族よりも患者の治療に関するニーズが高かったことを報告した。

Sullivan, et al.(2012)のICU入室患者の家族を対象にした調査では、代理決定をする家族の約5割が学習性無力の状態であり、事前指示・DNAR指示がないことが協働の意思決定プロセスを阻害する可能性を報告した。また、Balentine, Gaeta, Rao, & Brandon(1996)の調査では、救急で入院した患者は、DNARの事前指示書をもっていても、入院当初には家族から医療者に患者の意思を伝えられることはなく、その意思が尊重されないことが明らかとなった。

McCannon, et al.(2012)による準実験研究では、家族が心肺蘇生法のビデオを見ることで家族のDNARの意思決定を促進させることが明らかとなった。

日本のDNARの意思決定をする家族の状況に関する文献は2件あった。

向仲・塩野・甲斐・太田(1995)の調査では、多くの院外心肺停止患者の家族は、患者のDNAR意思を尊重すべきであると認識している一方で、急変時に医療者に患者の意向を伝えないと回答し、実際に患者の意向を医療者に伝えていなかったことを報告した。

小池ら(2014)は、DNAR指示があった患者に対して、結果的に蘇生行為を行った症例では、急変時に蘇生をしなければ死亡すると説明した時点で、家族の意向でDNARの方針が変更され、患者の意思が尊重されなかったことを報告した。

以上から、両国ともに、DNARの意思決定をする家族の状況に関する研究は少なかった。また、患者の急変時に家族は、患者の事前指示を知っていても、患者の生命の危機的状態を目の当たりにすると、患者の意思を尊重できなかった。米国ではDNAR指示のある患者の家族はコーピングとして治療に関するニーズが高いこと、心肺蘇生法に関する適切な知識を得ることが家族のDNARの意思決定を促進していた。日本はDNARの意思決定を行う家族の心理状態の評価、DNARの代理意思決定を促進させるための準実験研究や比較研究はなく、現状報告にとどまっていた。

c. 医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さ

米国では、医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さに関する研究は12件あった。

DNAR指示の出された患者の転帰は、多くの患者が亡

くなる一方で、生存退院する患者もいることから、DNAR指示のある患者が必ずしも亡くなるとはいえない状況があることが報告された（Campbell & Thill-Baharozian, 1994 ; Nathens, Rivara, Wang, Mackenzie & Jurkovich, 2008 ; Tittle, Moody & Becker, 1992a ; Tittle, Moody & Becker, 1992b）。

DNAR決定について、Eliasson, Howard, Torrington, Dillard & Phillips (1997) の調査では、医師は看護師よりDNARを推奨しており、看護師との意見が異なる際にもDNARを決定することが報告された。また、Jayes, Zimmerman, Wagner & Knaus (1996) の調査では、重症外傷患者のDNARの決定に関して40施設のICUを比較した結果、倫理委員会のある施設の16施設（40%）でICUスタッフを巻き込んだ倫理委員会を実施していること、医師と看護師間、医師と家族間のコミュニケーションがとられている施設とそうでない施設があり、ICU施設間での違いがあること、医師の終末期ケアなどに関する経験や知識不足があること、医師の指示が不明確であることを報告した。

Nathens, et al. (2008) の調査では、外科医のいないICUや内科外科混合のICUで治療を受けた外傷患者は、DNAR指示の出される患者とDNAR指示のない患者との間に明らかに違いがあり、医師の経験による専門的知識の違いや無益性の認識がDNAR指示に影響していることが報告された。

DNAR指示の記載について、Tittle, Moody & Becker (1992b) の調査では、医師はDNAR指示が適切であると判断しても、その指示を記載する時間がないこと、患者や家族の意見の不一致があると指示を記載しなかったこと（Eliasson, et al., 1997）、診療録にDNAR指示は95%記載されていたが、電話や口頭でのDNAR指示を看護師が記載していたり、紛らわしい表現で記載されていたことが明らかとなった。また、Westphal & McKee (2009) の調査では、約半数の医師がリビングウィルについて確認しないこと、ほとんどの医師は患者の予後不良時にのみ家族とDNARについて話し合うこと、約2割の医師はDNAR指示を書く意思がないことや患者と家族の希望が異なるときに、訴訟をおそれて家族の希望を尊重することが明らかにされた。

DNAR指示による治療への影響については、DNAR指示のある患者のほうが、DNAR指示のない患者より、明らかに治療を受けていたこと（Tittle, et al., 1992a）や、患者や家族の希望に合わせて緩和ケアを含めた具体的な治療内容が決定され、適切なケアを受けていたことが報告された（Campbell & Thill-Baharozian, 1994 ; Campbell & Field, 1991）。Mosenthal, et al. (2008) の調査では、死期の迫った重症外傷患者の家族と医師が話し合うことで、DNAR指示や治療の差し控えの指示は早期に出されていたが、死亡率の変化はなく、早期からケア目標を統一させ、積極的な

緩和ケアにつながったことを報告した。一方で、DNAR指示のある患者は、ICUへの入室が明らかに少なかった（Cohen, Lisker, Eichorn, Multz & Silver, 2009）。また、早期からのDNAR指示により、患者に対する侵襲的治療や身体的なモニタリングは減少し、死亡率も上昇していたことから、治療の差し控えがあることや、入院後24時間以内のDNAR指示は時期尚早である可能性が指摘されていた（Bradford, Lindenauer, Wiener & Walkey, 2014 ; Richardson, Zive, & Newgard, 2013a）。

日本では、医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さに関する研究は3件あった。

DNARの決定について、DNARに関する医師の認識調査では（新井ら, 1994）、97%の医師が尊厳死、無益性、経済的負担などを理由にDNAR指示に賛成しているのに対して、DNAR指示に反対する医師は、誰が、いつ、DNARの判断するのかが明確でないことや法的な問題を理由に反対していたことが明らかとなった。

DNAR指示の記載について、島ら（1996）の調査では、約6割に記載がなく、口頭だけのDNAR指示で治療方針がスタッフ間で共有されないことや、明確なDNAR指示がなく、患者の急変時に主治医と連絡がとれない場合は蘇生処置が実施されていたことが報告された。また、患者の意思を確認しないで、一定の基準のないまま主治医の経験に基づきDNARを判断していること（島ら, 1996）や、DNARを決定する際に主治医は家族と話し合っているが、多職種による倫理カンファレンスが行われなかったことからDNARの決定が十分に患者の意思を尊重していない可能性があることが報告された（大谷・石松, 2007）。

DNAR指示による治療への影響については、心停止時だけでなく、生命にかかわる医療行為を実施するか否かの決定もDNARとして拡大解釈される傾向があり、昇圧剤の増量の差し控えや抗生剤の中止など、治療の差し控えが行われていることが明らかになった（新井ら, 1994 ; 大谷・石松, 2007）。

以上から、医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さにおいて、両国に共通していたことは、DNAR指示のある患者でも生存退院する患者がいること、医師のDNARに関する誤認識や経験に基づいたDNARの判断があること、倫理カンファレンスや委員会の活用は少ないこと、医師と家族、医師と看護師とのコミュニケーション不足があること、家族による訴訟に対するおそれから患者の意思より、家族の意向を重視した判断がされること、DNAR指示の記載の仕方・内容が適切ではないことであった。また、DNARは心停止時に蘇生処置をしないことであるが、DNARについて正しい認識がされていないことから、DNAR指示が拡大解釈され、治療の差し控え

につながっていた。とくに米国では、入院24時間以内の早期にDNAR指示が出されることが問題視されていた。

d. DNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護実践

米国ではDNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護実践に関する研究は10件あった。

クリティカルケア看護師は、DNARの意思決定における患者の自律性を支援する最もふさわしい職種は看護師であると認識し (Ott & Nieswiadomy, 1991), DNARの同意の過程において、文化的仲介役として、患者の状態やDNARの意味などに関する情報の仲介や、家族とスタッフ、家族間や医療者間の意見の不一致を仲裁する役割を果たそうとしていたことが報告された (Jezewski, Scherer, Miller & Battista, 1993)。しかし、ICUという治療環境による影響から (Marchette, et al., 1993), 多くの看護師はDNARの意思決定支援ができていないために、倫理的ジレンマを抱えていたことが明らかになった (Ott & Nieswiadomy, 1991)。

Jezewski (1994) の調査では、クリティカルケア看護師がDNARの定義を正しく理解することは、DNARの意思決定にかかわる人々との間の意見の不一致を防ぐために重要であり、DNARは心停止あるいは呼吸停止時に蘇生をしないことという意味であると認識していた。しかし、看護師からはDNAR指示が出されると、治療の中止・差し控えをしている現状が語られたことから、実際にはDNARの意味を正しく理解していないために、認識と実践が一致していないことが明らかとなった。

Tucker (1992) のクリティカルケア看護師のDNAR患者に対する感情に関する調査では、クリティカルケア看護師は安堵や受容、不満、フラストレーション、怒りなどを感じながらも、DNAR患者に対する緩和ケアは重要であると認識している一方で、一部の看護師はDNAR患者へのケアは無駄であると認識していたことが報告された。

Stillwel, Woletz, Piedmonte, & Popovich (1997) のDNARの患者や家族へのケアに関する調査では、実際の看護ケア時間数はDNAR指示の前後で不変あるいは増加しており、家族へのケアが積極的に行われていたことが報告された。

Keenan & Kish (2000) のがん患者を対象にした調査では、DNAR指示の存在の有無にかかわらず、日々のフィジカルアセスメント、疼痛のアセスメント、静脈ルートの観察、スキンケアは通常どおり実施されていた。またKaplow (2000) の調査では、疼痛管理などの緩和ケアが行われていたことが報告された。一方で、DNAR患者に対する身体的ケアが差し控えられていることが明らかになった (Henneman, Baird, Bellamy, Faber & Oye, 1994; Sherman & Branum, 1995; Tucker, 1992)。

日本のDNARの意思決定を行う家族に対する認識と看護実践に関する文献は、3件あった。

村上 (2001) の調査では、救急看護師はDNARに関する説明を受けた家族にどのようにDNARを認識しているかを確認することにより、家族の受容過程にかかわることができると考え、意図的なかかわりの必要性を認識し、家族とかかわりたいと思っていた。一方で、心理的危機状態でDNARの意思決定を行う家族に対するコミュニケーションに課題を抱える看護師は、自らの説明に対する家族への影響、DNARを切り出すタイミングやDNARについて話す言葉の選択のむずかしさから、「DNARについてふれるべきでない」あるいは「DNARについて語ることに抵抗」を感じていた。さらには、家族に質問されることの恐怖感からの戸惑いや、家族とじっくりとかかわれないことによる不全感を抱いていたことも明らかとなった。

谷島・中村 (2015) は、救急看護師は入院後に家族がDNARの選択を表明しているか否かにかかわらず、DNARに相当する状態であると認識した患者の家族に対して、【突然の入院による家族の心情を考え、待機している状況を把握し休息がとれるように調整する】【生命維持困難な患者のケアを家族のペースで参加できるようにする】【患者の不安定な状態を見て、普段とは違うケアを実践する】【短期間で死を迎える家族が、患者と最期の時間を過ごす環境を整える】という危機状態に陥る家族へ支援を行いながら、終末期である現状を考慮した看護実践をしようとしていることを報告した。一方で、谷島・中村 (2014) のDNARを選択した入院患者の家族に対する救急看護師の実践の調査では、DNARを選択した家族に対して必要であると認識しつつも実践できていない看護には、【家族を支えるようにかかわる】【問題につながる状況の家族へ対応する】【救急における終末期ケアを踏まえた対応をする】【面会時に家族対応する態勢を整備する】【短時間で個別を重視した看護展開をする】【家族の状況を把握するようにかかわる】の6つがあったことを明らかにした。また、看護師は必要であると思いつつも実践できていない看護が多数存在している要因には、多忙であり、患者の家族と向き合う時間をつくるのがむずかしい状況や、終末期にある人を看取る経験が得られにくいことから、どのように対応すればよいか困難感があることを考察していた。

谷島・中村 (2015) の救急看護師のDNARの認識を調査した結果、看護師はDNARについて医学的見地、家族の様相、看護の視点の3点からとらえており、DNARの意味を正しく理解していたことを報告した。

以上から、DNARの意思決定を行う家族を支援するクリティカルケア看護師の認識と看護実践に関して、両国のクリティカルケア看護師ともに、DNARの意思決定を行う家族への支援の必要性を認識し、看護実践を行っていたが、十分にかかわれないことでジレンマや不全感があっ

た。とくに日本のクリティカルケア看護師は、危機的状況にある家族とのコミュニケーションの課題や終末期看護の経験不足などが要因となり、DNARの意思決定をする家族とかかわることのむずかしさがあり、DNARの意思決定を行う家族へのかかわりに困難感があった。

米国のクリティカルケア看護師は、DNARの意思決定を行う家族に対する具体的な役割を認識し、患者より家族に対するケアを積極的に実践していた。また、緩和ケアは重要であると認識し、実践している一方で、DNAR患者に対してさまざまな感情があり、DNAR患者へのケアは無駄であると認識している看護師もいた。これに対し、日本のクリティカルケア看護師は、家族の心理的危機に対する看護を行いながら、終末期を考慮した看護実践を行っていた。また、DNAR患者へのケアに対する認識については明らかにされていなかった。

DNARの意味については、米国のクリティカルケア看護師は、言葉の意味は正しく理解していたが、一部でDNAR指示後に身体的ケアの差し控えが行われており、正しく認識されていなかった。日本では、DNARの意味を正しく認識していたが、その認識と実践とが一致しているかは不明であった。

Ⅲ. 考 察

1. 終末期医療に関する法的整備が整っている米国と比較した日本のDNARに関するクリティカルケア領域における看護実践上の課題

米国では、Patient Self-Determination Act (1990) の米国患者自己決定法を受けて、多くの州で事前指示やDNARに関する法律が制定され(石巻・山中, 1999), DNAR指示に関するガイドラインがさまざまな学会によってつくられた(Burns, Edwards, Johnson, Cassem & Truog, 2003)。病院では、州法に基づくMedical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) という心肺蘇生術や他の延命処置に関する指示のための携帯用永久的な書式や、DNAR指示のマニュアルが存在する(森山・坂井・伊東, 2017)。しかし、今回の文献検討において、法的整備が整っている米国でさえ、DNARを含む事前指示書をもっている患者は少なく、医師のDNAR判断基準や方法が不明瞭であることが明らかとなった。また、米国のクリティカルケア看護師は、DNARの意味を正しく認識していないために、治療やケアの差し控えを行っていた。これらから、法的整備のされていない日本では、DNARに関するガイドラインやDNAR指示のマニュアルを作成している施設は、米国より少ないと考えられる。そして、日本のクリティカルケア看護師は、DNARの意味は理解しているが、米国同様

にDNAR指示後に治療やケアの差し控えを行っていることが推測された。それにより、患者の意思を尊重した看護実践が行われていないことが示唆された。今後は、クリティカルケア看護師のDNARに関する正確な知識・技術・態度の習得をはかりながら、各施設においてDNARに関するガイドラインやDNAR指示のマニュアルが作成され、それらが活用されることが求められる。

2. クリティカルケア領域に関する研究の動向

a. 文献数の推移

本研究から、米国と日本の文献数の推移は、ほぼ同様の傾向を示していた。米国では、1991年に「米国患者自己決定法(U. S. Patient Self-Determination Act)」や「持続的代理意思決定委任状に関する法律」が制定された(佐藤・生垣, 2005)。日本では、1995年は1991年に起きた東海大学安楽死事件の判決、2005年には人工呼吸器の取り外しで刑事事件となった川崎共同病院事件の判決が下された(児玉, 2006)。翌年2006年には「集中治療における重症患者の終末期医療のあり方についての勧告」(日本集中治療医学会, 2006)、2007年には「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省, 2007)、「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(日本救急医学会, 2007)などが出された。両国ともに、法律や判決、ガイドラインの策定などの影響を受けて、DNARに関する関心が高まり、文献数が増加したと考えられる。しかし、クリティカルケア領域におけるDNARに関連する文献数は少ないことに加え、今後もクリティカルケアの現場において、法律や判決、ガイドラインの策定や変更などに伴いDNARの決定は影響を受けることが予測されるため、継続した研究が必要であると考えられる。

b. 研究方法

今回の文献検討の結果、研究対象については、両国ともに患者を対象とした研究が多かった。しかし、対象となる患者のデータ収集において、米国は日本とは異なり、多施設あるいは州の公的保健機関に集約されたデータベースを活用した大規模な調査が実施されていた。研究デザインについては、米国は量的関連性探索型研究が約45%で最も多かった。これに対し、日本は量的記述型研究が85.0%で最も多く、現状報告にとどまっていた。

これらの相違は、米国では州ごとに事前指示に関する法律が整備された結果、DNAR指示を含む事前指示に関するデータ管理もシステム化され、データが蓄積されているためと推測された。

3. クリティカルケア領域におけるDNARの意思決定に影響を及ぼす要因

クリティカルケア領域におけるDNARの意思決定に影響を及ぼす要因である「DNAR指示の出される患者の病態・背景」「医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さ」「DNARの意思決定する家族の状況」「DNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護実践」の類似点と相違点について、それぞれ考察する。

a. DNAR指示の出される患者の病態・背景

DNARを含む延命治療の差し控え・中止のために考慮すべき要素には、医学的視点として終末期の診断、治療の無益性、本人の意思では意思能力の有無や事前指示、家族の意思などが含まれる（箕岡, 2012）。今回、両国が類似の結果を示した内容は、DNARの意思決定に影響する患者の病態や患者の意思、家族の存在を考慮し、医学的・倫理的視点からDNAR指示が決定されていたためと考えられる。

DNAR指示の出された病態では、がん・呼吸・循環器疾患などの慢性疾患末期が両国で類似していた。これは、両国の死亡要因の上位が悪性新生物、心疾患、呼吸器疾患（CDC, 2016；厚生労働省, 2016a）であることから、疾病構造を反映したものと推測される。また、両国ともに高齢者、認知症、既往歴のある患者にDNAR指示が出されていた。これは、両国ともに高齢化が進み、日本の平均寿命は男性80.8歳、女性87.1歳で、米国は女性81.2歳、男性76.4歳で（厚生労働省, 2016b）、認知症や複数の既往歴をもった重症な高齢患者がICUに入室する割合が増えているためと考えられる。しかし、高齢という理由からこれ以上の治療は不要だろうというような考え（箕岡, 2012；依光ら, 2007）や、高齢化による医療費の高騰に伴う国民負担の増加に対する誤解（池上, 2012）から、DNAR指示が出されることへの疑問も指摘もされている。今後、さらにクリティカルケア領域に高齢患者が入院する割合は増えることが予測されることから、医学的・倫理的な視点から、高齢患者に対する最善の医療について検討する必要がある。

両国ともにDNARを含む事前指示のある患者の割合は少なく、家族の存在がDNAR指示に影響していた。クリティカルケア領域では、医学的に回復の見込みがない場合に患者の意識がなく、意思が不明なことが多いことから、患者の意思を推定できる家族がいることがDNAR指示に影響すると思われる。米国の状況から法の整備だけでは全国民に事前指示を記載させる行動につなげることはむずかしい。両国ともに、人生の最期をどう過ごしたいのかを考えること、そして、事前指示を作成することの意味、記載方法などを国民に啓蒙することが不十分であると考えられる。

女性に多くDNAR指示が出されることについては、臨床家のバイアスによるものと推測され、明確な根拠はなく、今後、さらに検討が必要である（Eachempati, et al., 2006）。

両国ともに、DNAR指示の出される患者の病態・背景に関する研究が多かった。DNARの決定は、患者が回復の見込みのない終末期の状態であることが大前提となる。米国では、米国内科学会のガイドラインにおける死が不可避な疾病になってから死ぬまでの期間とされる終末期の定義や、米国心臓協会のガイドラインのように終末期の定義をするかわりに3日目に対光反射がない、3日目に運動反応がないなどの昏睡状態における予後不良因子を具体的に列挙し、救命処置の中止は倫理的に許容されるとしている（滝本, 2009）。日本では、終末期に関する定義は法整備が十分でないこともあり、ガイドラインには明確に示されていないため、曖昧であることが指摘されている（福田, 2012；林, 2006）。このように、日米ともに終末期を明確に定義したものはない状況において、医師は患者が尊厳ある死を迎えられるようにするために、クリティカルケア領域における終末期の基準を模索しているといえる。

DNAR指示の出される患者の病態・背景の相違点については、両国の文化的背景、終末期医療の体制整備や社会保障制度の違いなどから、調査項目としてあげられていなかったためと考えられる。

b. DNARを意思決定する家族の状況

DNARの事前意思を家族は知っていても、医療者に伝えられないために患者の意思が尊重されないことが両国に共通していた。クリティカルケア領域では、患者の突然の発症という事態に直面し、家族は危機的状況に陥りやすい。さらに、そこに患者が回復の見込みのない終末期の状態で、短時間で家族に心停止時の蘇生処置の意思決定が求められることから、家族の危機的状況は増す。このようにDNARの意思決定を行う家族がおかれる状況は、両国ともに同様であるため、類似する結果となったと考えられる。また、DNAR指示があった患者で、急変時に蘇生をしなければ死亡すると説明した時点で、家族の意向でDNARの方針が変更されたことから（小池ら, 2014）、家族がDNARの意味を理解していなかったことも、患者のDNARの意思が尊重されない要因と考えられる。

家族を対象とした研究は両国ともに少なかった。DNARの意思決定を行う家族を対象とする研究は、家族の負担を強いという倫理的側面から認められにくいと、両国ともに少ないと推測される。今後は、DNARの意思決定支援を行うために、家族に対する最大限の倫理的配慮を行い、DNARの意思決定を行う家族の状況や心理を明らかにする必要がある。

c. 医師による DNAR 指示の判断基準の不明瞭さ

医師による DNAR 指示の判断基準の不明瞭さでは、両国の内容はほとんど類似していた。

クリティカルケア領域では回復が困難と予測される状況にあっても、がんなどの慢性疾患末期状態とは異なり、急性発症した疾患は、医学的に回復困難であると判断することはむずかしいことが（大谷・石松，2007）、医師による DNAR 指示の判断基準の不明瞭さの要因と推測される。そのため、家族との話し合いをもつこと、医療ケアチームでの倫理カンファレンスや倫理委員会を開催し、コミュニケーションをとり、さまざまな立場の意見を含めて、医学的・倫理的視点から DNAR 指示を出すことが適切であるかが検討されることが必要である。

しかし、クリティカルケア領域では、患者が ICU 入室直後から終末期の状態にあることも多く、DNAR を決定するまでの時間的余裕はないため、家族とじっくりと時間をかけて話し合うこと、倫理カンファレンスや倫理委員会の開催が困難な状況が多い。

日本では、医学教育において生死にかかわる話し合いを患者と共有する方法論を実際に学んでいない医師にとって、DNAR のような終末期医療に関する会話をすることは容易でないといわれている（三浦，2013）。一方米国では、ICU における終末期ケアの改善をはかる取り組みで医師のコミュニケーション能力の向上を目指したシミュレーション教育が実施されている（松崎・酒井，2012）。本研究の結果から、たとえこのような教育を受けていても、医師には危機的状況にある家族の心情を理解し、患者の意思を尊重した意思決定ができるようなコミュニケーションのむずかしさがあると考えられる。また、DNAR が患者にとって最善であると思っても、医師には家族に患者の死が近いことを知らせることに対する心理的負担がある（会田，2008）。さらに、終末期医療に関する法律がない日本はもちろんであるが、米国でも、法的に認められた方法で DNAR が決定されたとしても、かかわる人それぞれの価値観や信条を考慮した DNAR 指示を出すという合意形成に向けてのコミュニケーションが不足することで医師が告発される（箕岡，2012）。

このように、時間的余裕がないというクリティカルケアの場の特徴、終末期患者の家族とかかわるためのコミュニケーションスキルの不足、家族とかかわる医師の心理的負担、かかわる人々の価値観を考慮したコミュニケーションの不足が起因となり、医師が医学的・倫理的視点に基づいた明確な DNAR 指示を出すことが困難になっていると考えられる。

そして、これらは、DNAR 指示の記録の不備にも影響していることが推察される。DNAR 指示の記録について

は、両国ともにガイドラインにおいて、指示の記載内容などが示されている（日本救急医学会，2007；Burns, et al., 2003）。しかし、救急医療における終末期医療に関するガイドラインに対する医療従事者の認識調査では（日本救急医学会，2013）、ガイドラインの内容を「聞いたことはあるが内容は知らない」という救急科専門医は 658 名中 101 名（15.3%）であり、専門医でさえ内容を把握していない現状であった。また、荒木・浅井（2010）の研修医を対象にした倫理問題に関する調査では、学生時代に倫理教育は受けているが、DNAR 指示などの倫理問題に困っていることが報告されている。実際の臨床現場において、適切な DNAR 指示につながるような施設ごと記録のシステムや教育体制の不備があると考えられる。DNAR に関する正しい知識をもつことが、適切な DNAR 指示につながり、治療の差し控えは行われなくなると考える。今後は、各施設における DNAR 指示の記録システムや倫理教育の体制の整備が必要である。そして、それらが整備されたとしても、それを活用するのは医師であることから、医師の職業倫理が求められる。

d. DNAR の意思決定を支援する看護師の認識と看護実践

DNAR の意思決定を支援するクリティカルケア看護師の認識と看護実践の類似点には、DNAR の意思決定を行う家族への支援の必要性を認識し、看護実践を行っていたが、十分にかかわれないことでジレンマ・不全感があった。これは、クリティカルケア領域という患者の救命を優先する治療環境において、家族にかかわる時間的余裕がないために生じるものと考えられる（村上，2001；谷島・中村，2014）。

相違点は、米国のクリティカルケア看護師は、DNAR の意思決定を行う家族に対して、DNAR 決定の過程における文化的仲介者の役割を認識し、DNAR の意味などの情報提供や意見の不一致を仲裁する役割を果たそうとしていたのに対し、日本のクリティカルケア看護師は、家族の危機介入を中心に終末期ケアを考慮した看護実践していることであった。日本のクリティカルケア看護師は、DNAR の意思決定を行う家族にかかわる困難感があり、意思決定支援の役割を果たせていないことが推測される。

ICU 看護師は家族援助に対して、専門職として役割を期待されているが、自信のなさから役割を果たせないことによる役割葛藤を感じていることが報告されている（Stayt, 2007）。DNAR の意思決定を行う家族は、危機的状況であるうえに予期悲嘆も重なり、心理的にも脆弱な状態であると考えられる。このような心理的負担を抱えた家族にかかわるクリティカルケア看護師のコミュニケーションスキルの不足（村上，2001）から、役割を果たせないことによる葛藤を抱えていると考えられる。とくに日本人は、死をタ

ブー視しており（島藺，2010），米国と日本の死生観の違いが影響していることが考えられる。また，身近に死を体験する機会が減少し，終末期の経験が得られにくいことも要因として考えられる（谷島・中村，2014）。今後，DNAR の意思決定を行う家族にかかわるクリティカルケア看護師の困難感およびその要因を明らかにし，看護師が効果的に家族とかわかることができる教育的な支援も必要である。

久野（2009，p.32）は，「2007年の厚生労働省のガイドラインでは，終末期の決定や医療の方針決定は医師のみならず看護師やソーシャルワーカーなどの医療従事者チームの判断が強調されたことから，終末期医療における看護師の役割は重視されるようになってきている」と述べている。また，立野・山勢・山勢（2011，p.338）は，「代理意思決定は家族の精神健康状態を悪化させることもあれば，終末期ケアに対する満足度を高める可能性もあることから，代理意思決定においては，決定した内容のみならず，決定に至る過程が重要である」と述べている。このことから，クリティカルケア看護師が主体的に家族のDNARの意思決定プロセスにかかわり，家族の意思決定を支援することが重要である。

DNARの意味の認識について，米国のクリティカルケア看護師は延命処置とDNARを混同し，誤認していることに気づかず，治療の差し控えを行っていると考えられる。日本では，DNARの意味については正しく認識していることが報告されたが，DNAR指示後の適切な看護実践が行われているかについては調査されていなかった。DNARの意味の認識の違いが医療者間の意見の不一致の原因になることや（Jezewski, et al., 1994），患者・家族の意に沿わない治療やケアにつながると考える。家族のDNARの意思決定を支援するうえでクリティカルケア看護師がどのようにDNARの意味を理解しているのかについて，実践も含めて明らかにすることが必要である。

IV. 結 論

終末期医療に関する法的整備がされている米国の文献と比較し，日本のクリティカルケア領域におけるDNARの看護実践上の課題を明らかにした。

クリティカルケア領域におけるDNARに関する文献は，DNARの意思決定に影響を及ぼす要因として，「DNAR指示が出される患者の病態・背景」「DNARの意思決定をする家族の状況」「医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さ」「DNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護実践」に分類された。

両国ともに事前指示をもつ患者は少なく，クリティカルケア領域における看護実践に違いはなかった。米国ではDNAR指示に関するガイドラインやマニュアルが整備されているが，クリティカルケア看護師はDNARの意味を誤認し，DNAR指示後に治療やケアの差し控えを行っていた。日本ではDNAR指示のマニュアルを整備している施設は少なく，看護師は，米国同様に，DNARの意味の誤認やDNARの意思決定をする家族にかかわる困難を感じていることが推測された。患者の意思を尊重した看護実践に向けた体制づくりが求められる。

おわりに

日本集中治療医学会（2016）から2016年12月16日に，わが国では，DNAR指示のもとに安易な終末期医療の実践や，救命の努力の放棄があるのではないかと危惧から，DNAR指示のあり方についての勧告が出されたところである。今後，各施設において，DNAR指示に関するマニュアル等が整備されることが期待される。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は，JSPS科研費JP16K15900の助成を受けたものである。

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，終末期医療に関する法的整備が整っている米国の文献と比較し，日本のクリティカルケア領域のDNARに関する看護実践上の課題を明らかにすることを目的に，文献検討を行った。文献は，「DNAR指示が出される患者の病態・背景」「DNARの意思決定をする家族の状況」「医師によるDNAR指示の判断基準の不明瞭さ」「DNARの意思決定を支援する看護師の認識と看護実践」に分類された。両国ともに事前指示をもつ患者は少なく，クリティカルケア領域における看護実践に違いはなかった。米国ではDNAR指示に関するガイドライ

ンやマニュアルが整備されているが、クリティカルケア看護師はDNARの意味を誤認し、DNAR指示後に治療やケアの差し控えを行っていた。日本ではDNAR指示のマニュアルを整備している施設は少なく、看護師は米国同様にDNARの意味の誤認し、家族へかかわる困難を感じていることが推測された。

Abstract

This literature review aimed to clarify the issues related to nursing practice in critical care concerning do-not-attempt-resuscitation (DNAR) orders in Japan through a comparison with that of the United States. Literatures were classified into “basic attributes and clinical condition of the patient with the DNAR order”, “the situation of the family making decisions regarding DNAR”, “ambiguity of the physician’s DNAR diagnostic criterion”, and “nurse’s perception and nursing practice supporting DNAR decision making”. The results showed few patients with advanced directives and no significant differences in DNAR nursing practice between Japan and the United States. Guidelines and manuals regarding DNAR are available in the United States, but critical care nurses misunderstand the meaning of DNAR and refrain from treating and caring for patients after receiving a DNAR order. In Japan, few hospitals have DNAR order manuals and nurses might misunderstand the DNAR meaning and have difficulty dealing with patients’ families.

文 献

- Adams, S.D., Cotton, B.A., Wade, C.E., Kozar, R.A., Dipasupil, E., Podbielski, J.M., Gill, B.S., Duke, J.R., Adams, P.R., and Holcomb, J.B. (2013). Do not resuscitate status, not age, affects outcomes after injury: An evaluation of 15, 227 consecutive trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*, 74 (5), 1327-1330.
- 会田薫子 (2008). 延命治療の差し控えと中止：患者の利益と医師の心理手負担の視点から. *医学のあゆみ*, 266 (9), 809-814.
- 新井達潤, 並木昭義, 天羽敬祐, 重松昭生, 鈴樹正大, 木村重雄, 宮崎博文, 長崎 拓, 荻野桂子 (1994). 終末期患者に対する Do-not-resuscitate order (DNR 指示) はどうあるべきか—日本蘇生学会, 日本集中治療医学会, 日本麻酔学会評議員に対するアンケート調査—. *麻酔*, 43 (4), 600-611.
- 荒木利卓, 浅井 篤 (2010). 初期臨床研修医に対する倫理問題の経験と倫理教育のあり方についての予備調査. *生命倫理*, 20 (1), 47-54.
- Bacchetta, M.D., Eachempati, S.R., Fins, J.J., Hydo, L., and Barie, P.S. (2006). Factors influencing DNR decision-making in a surgical ICU. *J Am Coll Surg*, 202 (6), 995-1000.
- Bailey, F.A., Allen, R.S., Williams, B.R., Goode, P.S., Granstaff, S., Redden, D.T., and Burgio, K.L. (2012). Do-not-resuscitate orders in the last days of life. *J Palliat Med*, 15 (7), 751-759.
- Balentine, J., Gaeta, T., Rao, N., and Brandon, B. (1996). Emergency department do-not-attempt-resuscitation orders: Next-of-kin response to the emergency physician. *Acad Emerg Med*, 3 (1), 54-57.
- Bradford, M.A., Lindenauer, P.K., Wiener, R.S., and Walkey, A.J. (2014). Do-not-resuscitate status and observational comparative effectiveness research in patients with septic shock. *Crit Care Med*, 42 (9), 2042-2047.
- Burns, J.P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N.H., and Truog, R.D. (2003). Do-not-resuscitate order after 25 year. *Crit Care Med*, 31 (5), 1543-1550.
- Campbell, M.L. and Field, B.M. (1991). Management of the patient with do not resuscitate status: Compassion and cost containment. *Heart Lung*, 20 (4), 345-348.
- Campbell, M.L. and Thill-Baharozian, M. (1994). Impact of the DNR therapeutic plan on patient care requirements. *Am J Crit Care*, 3 (3), 202-207.
- Campbell, M.L. and Thill, M.C. (1996). Impact of patient consciousness on the intensity of the do-not-resuscitate therapeutic plan. *Am J Crit Care*, 5 (5), 339-345.
- CDC (Center for Disease Control and Prevention) (2016). National Vital Statistics System. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/index.htm> (検索日2016年12月20日)
- 千代孝夫, 田中孝也 (1993). 集中治療患者における Do not Resuscitate Order (DNR) 決定の問題—市民, 医師, 看護師のアンケート調査を含めて—. *ICUとCCU*, 17 (4), 391-397. s
- Cohen, R.I., Lisker, G.N., Eichorn, A.E., Multz, A.S., and Silver, A.S. (2009). The impact of do-not-resuscitate order on triage decisions to a medical intensive care unit. *J Crit Care*, 24 (2), 311-315.
- Creutzfeldt, C.J., Becker, K.J., Weinstein, J.R., Khot, S.P., McPharlin, T.O., Ton, T.G., Logstreth, W.T., and Tirschwell, D.L. (2011). Do-not-attempt-resuscitation orders and prognostic models for intraparenchymal hemorrhage. *Crit Care Med*, 39 (1), 158-162.
- Daly, B.J., Gorecki, J., Sadowski, A., Rudy, E.B., Montenegro, H.D., Song, R., and Dyer, M.A. (1996). Do-not-resuscitate practices in the chronically critically ill. *Heart Lung*, 25 (4), 310-317.
- Dean, D., Martinez, M.S., and Newgard, G.D. (2015). Variability in early do not attempt resuscitation orders among patients with serious traumatic brain injury. *Acad Emerg Med*, 22 (1), 54-60.
- Eachempati, S.R., Hydo, L., Shou, J., and Barie, P.S. (2006). Sex differences in creation of do-not-resuscitate orders for critically ill elderly patients following emergency surgery. *J Trauma*, 60 (1), 193-198.
- Eliasson, A.H., Howard, S.R., Torrington, K.G., Dillard, T.A., and Phillips, Y.Y. (1997). Do-not-resuscitate decision in the medical icu comparing physician and nurse opinions. *Chest*, 111 (4), 1106-1111.
- 福田龍将 (2012). 院外心停止患者における DNAR. *日本救急医学会誌*, 23, 101-108.
- Grove, S.K., Burns, N., and Gray, J.R. (2012) / 黒田裕子・中木高夫・逸見 功 (2015). *パースンズ&グローブ 看護研究入門* (原著版第7版): 評価・統合・エビデンスの生成. 東京: エルゼビア・ジャパン.
- 林 謙治 (2006). 終末期をめぐる医療と法の諸問題. *国立保健医療科学院*, 55 (3), 204-207.
- Henneman, E.A., Baird, B., Bellamy, P.E., Faber, L.L., and Oye, R.K. (1994). Effect of do-not-resuscitate orders on the nursing care of critically ill patients. *Am J Crit Care*, 3 (6), 467-472.
- 飯塚 亨, 池田寿昭, 池田一美, 金子英人, 杉 正俊, 亀山佳之, 石井脩夫 (1995). 当センターに搬送された DOA350例における DNAR 症例の検討. *日本救命医療研究会雑誌*, 9, 203-206.

- 池上直己 (2012). 終末期医療と医療経済 医療費の実態と今後の対応方法. *INTENSIVIST*, 4(1), 73-78.
- 今中秀光, 竹内宗之, 橘 一也 (2008). 国立循環器病センタークリティカルケアにおける予後の推移. *日本集中治療医学会誌*, 15, 307-312.
- 石巻尚平, 山中郁夫 (1999). CPA症例に対するDNAR orderの適応. *救急医学*, 23, 1873-1877.
- Jayes, R.L., Zimmerman, J.E., Wagner, D.P., and Knaus, W.A. (1996). Variations in the use of do-not-resuscitate orders in ICUs: Findings from a national study. *Chest*, 110(5), 1332-1339.
- Jezewski, M.A. (1994). Do-not-resuscitate status: Conflict and culture brokering in critical care units. *Heart Lung*, 23(6), 458-465.
- Jezewski, M.A., Scherer, Y., Miller, C., and Battista, E. (1993). Consenting to DNR: Critical care nurses' interactions with patients and family members. *Am J Crit Care*, 2(4), 302-309.
- Johnson, R.W., Newby, L.K., Granger, C.B., Cook, W.A., Peterson, E.D., Echols, M. and Granger, B.B. (2010). Differences in level of care at the end of life according to race. *American Journal of Critical Care*, 19(4), 335-344.
- Johnson, R.W., Zhao, Y., Newby, L.K., Granger, C.B., and Granger, B.B. (2012). Reasons for noncompletion of advance directives in a cardiac intensive care unit. *Am J Crit Care*, 21(5), 311-320.
- Kahn, E.C. (1992). A comparison of family needs based on the presence or absence of DNR orders. *Dimens Crit Care Nurs*, 11(5), 286-292.
- Kaplow, R. (2000). Use of nursing resources and comfort of cancer patients with and without do-not-resuscitate orders in the intensive care unit. *Am J Crit Care*, 9(2), 87-95.
- Keenan, C.H. and Kish, S.K. (2000). The influence of do-not-resuscitate orders on care provided for patients in the surgical intensive care unit of a cancer center. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 12(3), 385-390.
- 河崎純忠, 阿部伊知郎 (2007). 集中治療室に入室したがん患者の転帰と予後. *日本集中治療医学会誌*, 14, 299-307.
- 菊野隆明, 市来 潔 (1995). DOA症例の検討—DNR(Do not resuscitate)を中心として—. *日本救命医療研究会雑誌*, 9, 207-212.
- 久野 薫 (2009). 救急医療における尊厳死の一考察. *名古屋学芸大学ヒューマンケア学部紀要*, 2, 29-38.
- 児玉知子 (2006). 終末期における法的枠組みと倫理的課題について. *保健医療科学*, 55(3), 218-224.
- 小池朋孝, 新井正康, 森安恵実, 服部潤, 黒岩政之, 山田由香里, 稲垣泰斗, 相馬一玄 (2014). 大学病院におけるRapid Response System(RRS)導入後の経過報告—要請理由と要請状況の詳細—. *日本臨床救急医学会雑誌*, 17, 445-452.
- 今 真人, 石川雅健, 曾我幸弘, 雨森明, 諸井隆一, 花房茂樹, 新井千冬, 鈴木 忠 (1996). DNARの現状と問題点. *日本救命医療研究会雑誌*, 10, 163-168.
- 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/s0521-11.html> (検索日2015年10月26日)
- 厚生労働省 (2016a). 平成27年(2015)人口動態統計(確定数)の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/index.html> (検索日2016年12月20日)
- 厚生労働省 (2016b). 平成27年度簡易生命表の概況: 3 平均寿命の国際比較. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life15/dl/life15-04.pdf> (検索日2017年2月25日)
- 小山 徹, 許 勝榮, 上條剛志, 鹿島 健, 藤本和法, 松原千登勢, 白井知佐子, 池田武史, 山本基佳, 菅沼和樹, 朱田博聖 (2013). 病院到着後心肺停止となった症例の検討—最近の動向とトリアージの視点から—. *日本救急医学中部地方会誌*, 9, 11-13.
- Marchette, L., Box, N., Hennessy, M., Wasserlauf, M., Arnall, B., Copeland, D., and Habib, K. (1993). Nurse's perceptions of the support of patient autonomy in do-not-resuscitate (DNR) decisions. *Int J Stud*, 30(1), 37-49.
- 松崎 孝, 酒井哲郎 (2012). 〈特集 End-of-life〉米国における終末期医療: withdraw, 心臓死後臓器提供, 教育, 研究. *INTENSIVIST*, 4(1), 35-42.
- McCannon, J.B., O'Donnell, W.J., Thompson, B.T., El-Jawahri, A., Chang, Y., Ananian, L., Bajwa, E.K., Currier, P.F., Parikh, M., Temel, J.S., Cooper, Z., Wiener, R.S., and Volandes, A.E. (2012). Augmenting communication and decision making in the intensive care unit with a cardiopulmonary resuscitation video decision support tool: A temporal intervention study. *J Palliat Med*, 15(12), 1382-1387.
- 箕岡真子 (2012). 蘇生不要指示のゆくえ. 東京: ワールドプランニング.
- 三浦靖彦 (2013). 事前指示とDNR. シリーズ生命倫理学(編), 臨床倫理. 東京: 丸善出版.
- 森山美香, 坂井真愛, 伊東美佐江 (2017). 米国におけるクリティカルケア領域でDNARの現状—ジョンズ・ホプキンス病院の視察から—. *Emergency Care*, 30(4), 58-63.
- Mosenthal, A.C., Murphy, P.A., Barker, L.K., Lavery, R., Retano, A., and Livingston, D.H. (2008). Changing the culture around end-of-life care in the trauma intensive care unit. *J Trauma*, 64(6), 1587-1593.
- 向仲真蔵, 塩野 茂, 甲斐達朗, 太田宗夫 (1995). 院外心停止症例におけるDo Not Resuscitate Order—家族に対するアンケート調査より—. *日本救命医療研究会雑誌*, 9, 175-180.
- 村上恵美 (2001). 救命領域におけるDNAR決定後の家族に関わる看護師の認識. *神奈川県立看護教育大学看護教育研究集録*, 26, 418-425.
- Nathens, A.B., Rivara, F.P., Wang, J., Mackenzie, E.J., and Jurkovich, G.J. (2008). Variation in the rate of do not resuscitate orders after major trauma and the impact of intensive care unit environment. *J Trauma*, 64(1), 81-91.
- 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会 (2007). 救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン). <http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>. (検索日2016年4月10日)
- 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会 (2013). 「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」に対する救急医療従事者の意識の変容—2008年と2012年でどのように変化したのか—. *日本救急医学会会誌*, 24, 37-50.
- 日本救急医学会 用語委員会 (2009). 医学用語解説集: DNAR. <http://www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/0308.htm> (検索日2015年7月12日).
- 日本集中治療医学会 (2006). 集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告. http://www.jsicm.org/kankoku_terminal.html (検索日2016年3月30日)
- 日本集中治療医学会 (2016). Do Not Resuscitation Attempt(DNAR)指示のあり方についての勧告. http://www.jsicm.org/kankoku_dnar.html (検索日2017年2月4日)
- Ntlholang, O., Walsh, S., Bredley, D., and Harbison, J. (2016). Identifying palliative care issues in inpatients dying following stroke. *Ir J Med Sci*, 185(3), 741-744.

- 奥田葉緒, 鋼野祐美子, 小島久和, 中瀧恵実子, 板垣大雅, 小野寺陸雄, 今中秀光, 西村匡司 (2014). 集中治療室に入室した血液悪性腫瘍患者の予後の検討. *日本集中治療医学会誌*, 21, 493-496.
- 大谷典生, 石松伸一 (2007). 当院救命救急センターICUでの終末医療の現状. *日本集中治療医学会誌*, 14, 171-176.
- Ott, B.B. and Nieswiadomy, R.M. (1991). Support of patient autonomy in the do not resuscitate decision. *Heart Lung*, 20(1), 66-72.
- Parker, J.M., Landry, F.J., and Phillips, Y.Y. (1993). Use of do-not-resuscitate orders in an intensive care setting. *Chest*, 104(5), 1592-1596.
- Powell, E.S., Sauser, K., Cheema, N., Pirotte, M.J., Quattromani, E., Avula, U., Khare, R.K., and Courtney, D.M. (2013). Severe sepsis in do-not-resuscitate patients: Intervention and mortality rates. *J Emerg Med*, 44(4), 742-749.
- Richardson, D.K., Zive, D.M., and Newgard, C.D. (2013a). End-of-life decision-making for patients admitted through the emergency department: Hospital variability, patient demographics, and changes over time. *Acad Emerg Med*, 20(4), 381-387.
- Richardson, D.K., Zive, D., Daya, M., and Newgard, C.D. (2013b). The impact of early do not resuscitate (DNR) orders on patient care and outcomes following resuscitation from out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 84(4), 483-487.
- 斎藤 徹, 安川 透, 上嶋権兵衛, 塚原玲子, 溝部ゆり子 (1991). 搬入時心肺停止例 (DOA) におけるdo not resuscitate(DNR)について. *日本救急医学会関東地方会雑誌*, 12, 40-41.
- 佐藤伸彦, 生垣 正 (2005). 蘇生処置をしないでという要請 (DNAR), 治療, 87(7), 2197-2204.
- Sherman, D.A. and Branum, K. (1995). Critical care nurses' perceptions of appropriate care of the patient with orders not to resuscitate. *Heart Lung*, 24(4), 321-329.
- 島 由美子, 羽根幸子, 三原真由美, 下川貴子, 宇曾谷美保子, 畑瀬一代, 福地昌子 (1996). 当救命救急センターにおけるDNAR症例の現状と問題点. *日本救命医療研究会雑誌*, 10, 169-172.
- 島蘭 進 (2010). 死生学とは何か. 清水哲郎, 島蘭 進 (編), ケア従事者のための死生学. 東京: スーベルヒロカワ.
- 消防庁 (2014). 平成26年版救急・救助の現状. 総務省. http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h26/2612/261219_1_houdou/03_houdoushiryou.pdf (検索日2016年3月28日).
- 東海林哲郎, 金子正光, 伊藤 清, 奈良 理, 森 和久, 丹野克俊, 今泉 均, 小林謙二, 浅井康文 (1995). CPRかDNRか?—高齢者DOA症例における尊厳死と救命救急医療をめぐって—. *日本救命医療研究会雑誌*, 9, 169-174.
- Stayt, L.C. (2007). Nurse's experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs*, 57(6), 623-630.
- Stillwel, S.B., Woletz, J., Piedmonte, M.R., and Popovich, M.J. (1997). The impact of do-not-resuscitate orders on nursing workload in an ICU. *Am J Crit Care*, 6(5), 400-405.
- Sullivan, D.R., Liu, X., Corwin, D.S., Verceles, A.C., McCurdy, M.T., Pate, D.A., Davis, J.M., and Netze, G. (2012). Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical and trauma ICUs. *Chest*, 142(6), 1440-1446.
- Symmers, W.S. Sr (1968). Not allowed to die. *Br Med J*, 17(5589), 442.
- 滝本 禎之 (2009). 終末期医療領域のわが国のガイドラインレビュー. *緩和医療学*, 11(1), 3-11.
- 棚橋順治, 石川 清, 湯本正人, 高須宏江, 安藤 浩, 勝屋弘忠 (1996). 市中病院と大学病院における高齢者集中治療の現況と問題点. *ICUとCCU*, 20(10), 853-861.
- 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江 (2011). 集中治療領域における終末期患者の家族ケア. *日本集中治療医学会誌*, 18, 337-345.
- Tittle, M.B., Moody, L., and Becker, M.P. (1991). Preliminary development of two predictive models for DNR patients in intensive care. *Image J Nurs Sch*, 23(3), 140-144.
- Tittle, M.B., Moody, L., and Becker, M.P. (1992a). Severity of illness and resource allocation in DNR patients in ICU. *Nurs Econ*, 10(3), 210-216.
- Tittle, M.B., Moody, L., and Becker, M.P. (1992b). Nursing care requirements of patients with DNR orders in intensive care units. *Heart Lung*, 21(3), 235-242.
- 辻本功弘, 鳥谷部陽一郎, 丹代朋久, 原田智恵子 (2007). 過去9年間のICU患者動向の検討—特に高齢化現象の中での集中治療対象疾患に注目して—. *健生病院医報*, 30, 9-13.
- Tucker, D.A. (1992). Working with the patient designated "Do not resuscitate" --how the nurse copes. *Focus Crit Care*, 19(1), 35-40.
- Tulsky, J.A., Cassileth, B.R., and Bennett, C.L. (1997). The effect of ethnicity on ICU use and DNR orders in hospitalized AIDS patients. *J Clin Ethics*, 8(2), 150-157.
- Westphal, D.M. and McKee, S.A. (2009). End-of-life decision making in the intensive care unit: Physician and nurse perspectives. *Am J Med Qual*, 24(3), 222-228.
- 谷島雅子, 中村美鈴 (2014). DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) を選択した入院患者の家族に対する救急看護師の実践. *自治医科大学看護学ジャーナル*, 11, 418-425.
- 谷島雅子, 中村美鈴 (2015). 救急看護師が認識するDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) とその家族の特徴および家族に対する看護実践. *日本救急看護学会雑誌*, 17(2), 35-44.
- 安田 肇 (2000). 急性期脳卒中患者のDNAR (Do-Not-Resuscitate) 指示に関する検討. *健生病院医報*, 25, 16-23.
- 依光たみ枝, 小野雄一郎, 天願俊穂 (2007). 90歳以上超高齢者のICU入室適応はどう決定する? *ICUとCCU*, 31(10), 721-729.
- Zimmerman, J.E., Kramer, A.A., and Knaus, W.A. (2013). Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. *Crit Care*, 17(2), R81.

〔平成28年4月25日受付〕
〔平成29年3月19日採用決定〕

病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成

Creation of a Comprehensive Evaluation Index for Discharge Support in Ward Nurses

山 本 さやか¹⁾ 百 瀬 由美子²⁾
Sayaka Yamamoto Yumiko Momose

キーワード：退院支援，評価，病棟看護師，質指標

Key Words：discharge support, evaluation, ward nurses, index indicator

序 論

医療を取り巻く環境は、少子高齢化の進展と医療技術の進歩、財政と雇用の不安定化等のさまざまな影響により、目まぐるしく変化している。また、1990年代より在院日数の短縮化の取り組みが始まり、さらに近年の地域医療構想と地域包括ケアの推進により、病院においては良質な医療を提供する体制の構築と地域の医療や介護、福祉との連携が進められている。そのため、患者・家族が限られた入院期間のなかでも適切な治療やケアを受け、退院後も安心して自立した生活できることを目指す退院支援はますます重要となっている。病棟看護師の退院支援に関する研究は、2000年以降から増加の一途をたどっており、退院支援への意識の高まりが推測される。今後、病棟看護師には退院支援における役割の拡大やケアの質の向上が期待されており（藤澤，2012；佐野，2010）、患者・家族の身近な存在である病棟看護師が退院支援においてさらなる力の発揮が求められている。

退院に直面する患者・家族に関する研究では、疾患の再発・悪化への不安、これからの生活に適応できるか不安、サポート体制や社会生活上の不安、漠然とした不安等の退院に向けた不安があることが示されている（平松・中村，2010；Miyazaki, Tanaka, Dai, Taguchi, & Kawahara, 2012；永田・村嶋，2007）。医療依存度の高い患者の増加や家族形態の変化もあり、患者・家族の多様な背景やニーズを捉えることも重要となっている。しかし、在院日数短縮化と相まって病棟看護師による退院支援が一方的となりやすく、退院準備不十分での退院となり、患者・家族は、「こんな状態では帰れない」「追い出される」「見離された」と感じるものが少なくないと報告されている（佐野，2010）。入院は患者・家族にとって大きな変化を伴うものであり、患者・家族の現状にあわせてかわりながら、患者・家族と

ともに退院後の生活を見据えていけるように支援していくことが不可欠である。

病棟看護師が行う退院支援での重要な活動としては、退院支援の早期介入（宇都宮，2011；鷺見・村嶋・鳥羽・大内，2001）、患者・家族の心身の状態にあわせた退院支援（樋口・原田・カーン・山口・金子，2008；永田・村嶋，2002）、多職種との連携や合同カンファレンス開催（三輪，2012；嶋崎，2012；山田・廣岡，2009）、社会資源の活用（藤井，2001；丸岡・佐藤・川島・伴・小松，2004；佐野，2010）等のさまざまな活動があげられ、退院支援は幅広く、多角的で複合的な活動と考えられた。病棟看護師の退院支援における課題では、病棟看護師は退院支援の自信のなさや不十分さを感じていること（藤澤，2012；原田・松田・長畑，2013）、病棟看護師の意識や経験によって退院支援に差があること（藤原ら，2013）、退院支援における評価の不十分さも以前より指摘されている（伊藤，2003）。退院支援の複雑さがあることにより、とくに経験年数が浅い病棟看護師において患者・家族への必要なケアがみえにくいこと、また病棟看護師自身が患者・家族への適切なケアが提供できているのか振り返ることができず、退院支援への不十分さや困難さを抱えたままとなっていると考えられる。福島・河野（2009）は退院支援の評価を行うことは、目標への到達度や取り組む過程での実践状況が明らかになり、さらに課題を明確にすることで、退院支援の取り組みの意味や価値を見出すことができる重要な活動であるとしている。これらのことから、病棟看護師が患者・家族の退院後の生活に向けて必要なケアを落とすことなく実施できるよう、また実践した退院支援を評価し、振り返ることのできる退院支援に関するツールが重要であると考えた。しかし、退院支援の取り組みを評価できる既存のツールに関する研究は、退院支援の一部分に特化したもの、退院調整看護師を対象としたものなどであった（千葉，2005；丸岡

1) 日本福祉大学看護学部 Faculty of Nursing, Nihon Fukushi University

2) 愛知県立大学看護学部 School of Nursing and Health, Aichi Prefectural University

ら, 2011; 岡本, 1999; 戸村・永田・村嶋・鈴木, 2013)。退院支援は多角的で複合的な活動であることから, これまでの既存のツールにはないと考えられる患者・家族が最大限に力を発揮できるような自立支援の内容等も含む活動を包括的にとらえたツールが不可欠である。さらにツールの種類において, 山本 (2007) は, 質の指標は, 何らかの質を測ろうとする際に用いられる判断の手がかりであり, それに照らして現状を評価することにより, どの程度の質が確保できているのか確認しようとするものであると示している。本研究では, 質の高い退院支援における病棟看護師の重要な活動を明らかにしていくことを目指していることから, 質指標の作成が必要であると考えた。

そこで, 本研究では病棟看護師の退院支援の質を測るために, 病棟看護師の多角的で複合的な退院支援をとらえた指標を作成することを目的とした。

I. 研究方法

1. 用語の定義

本研究における退院支援とは「患者・家族のこれからの生活を豊かにしていくために, 患者の入院時から患者・家族の望む生活の場やサポート体制を見定め, 患者・家族が最大限に力を発揮して最善の選択を行っていけるように, 退院前後に予測される生活・医療上の課題についてアセスメントし, チームで退院支援計画を立案・評価して支援していくこと」とした。

2. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みは, 医療の質評価枠組み (Donabedian, 1969; Donabedian, 1980/2007) に準じて, ケアの質を評価するプロセスは, そのストラクチャーの影響を受けてアウトカムにつながると仮定した。本研究での退院支援のストラクチャー, アウトカム評価項目は, 伊藤 (2003), 福島・河野 (2009) を参考に本研究において調査可能な項目を設定した。

本研究で開発を目指している「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」はプロセスの評価指標にあたるも

のである。本研究のプロセス評価指標は, 篠田 (2008) による退院調整看護師に求められる機能を参考に, 本研究の第一段階において設定された8要素 (スクリーニング, コミュニケーション, アセスメント・退院支援計画立案, 教育, 調整, エンパワーメント促進, 社会資源の情報収集・活用, 評価) を仮定した。本研究の概念枠組みについては図1に示す。

3. 本研究の指標開発手順

本研究の指標開発の手続きは, 二段階で行う構成とした。「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」について, 第一段階では項目原案作成とエキスパート調査による適切性・重要性の観点から妥当性の検討, 第二段階では, 病棟看護師調査による重要性の観点からの項目精選および信頼性・妥当性の検討を行った。

a. 第一段階：項目原案作成とエキスパート調査による適切性・重要性の観点からの妥当性の検討

まず先行研究から「病棟看護師の退院支援」に関する項目の抽出を行った。先行研究の文献選定は『医中誌Web』を用い, 2000年から2014年の原著論文で, “退院”と退院調整看護師に求められる“アセスメント”“コミュニケーション”“教育”“調整”等のキーワードを適宜組み合わせ検索を行った。病棟看護師の退院支援に関する記述があった62件を選定した。そのうち, 退院支援の要素を網羅する観点から10件 (伴・丸岡・川島・小松・佐藤, 2005; 藤澤, 2012; 樋口ら, 2008; 平瀬・橋本, 2007; 石塚・永田・戸村・村嶋, 2011; 丸岡ら, 2004; 小川・福島・郷間, 2003; 佐々木・高橋・飯盛, 2010; 戸村・永田・村嶋, 2009; 山本・杉下, 2000) を分析対象とした。病棟看護師の実践に関する内容を抽出し, 性質の類似性によって分類し, 項目の抽出を行った。以上の文献検討の結果, 指標原案49項目を設定した。米国において質指標開発 Assessing Care of Vulnerable Elders プロジェクト (Wenger & Shekelle, 2001) が取り組まれており, それを参考に行った。文献検討から作成した指標原案についてエキスパートに調査を依頼し, 設定された項目の適切性・重要性を検討した。本研究におけるエキスパートは退院支援に関する経

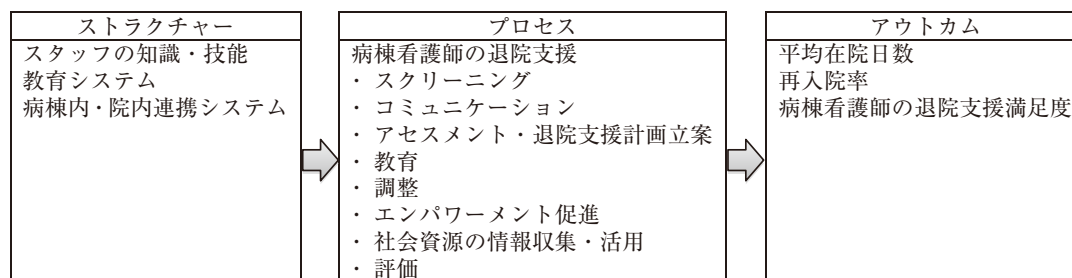


図1 本研究における概念枠組み

験年数があり、実践知としても蓄積されている退院調整看護師、訪問看護師、退院支援に関する研究者、病院の退院支援実践・教育者11名（有効回答8名）とし、質問紙調査を行った。適切性は、実践においてどの程度実現されているかを踏まえ、病棟看護師が実施する退院支援として適切であるか、「1：全く適切ではない」「2：あまり適切ではない」「3：まあ適切である」「4：非常に適切である」の4件法とした。重要性についても同様に4件法とし、病棟看護師の行う退院支援の質に影響するかを問うた。また、各項目の表現方法や補足内容の記載ができる自由記述欄を設けた。項目精選の基準は、content validity index at the item level (I-CVI) が.78以上とし (Polit, Beck, & Owen, 2007), 表現方法や補足内容に関する自由記述の意見とあわせて項目の加除修正を行った。病棟看護師の退院支援における包括的評価指標原案は、スクリーニング2項目、コミュニケーション6項目、アセスメント・退院支援計画立案9項目、教育4項目、調整6項目、エンパワーメント促進6項目、社会資源の情報収集・活用4項目、評価3項目、計40項目からなる8つの要素となった。

b. 第二段階：病棟看護師調査による重要性の観点からの項目精選および信頼性・妥当性の検討

地域医療支援病院における看護部門責任者および病棟看護師への質問紙調査により検討を行った。

(1) 調査対象

地域医療支援病院は、病院の機能より質の高い退院支援が実施されている病院であると考えて、本研究における研究対象病院とした。全国の地域医療支援病院361か所に研究協力を依頼し、46か所から承諾が得られた。必要サンプル数は因子分析の項目数の10倍とし、先行研究を参考に回収率を20%と見込み、調査対象は、承諾の得られた看護部門責任者46名および看護師経験3年以上の病棟看護師2,115名（質問紙調査票配布依頼人数）とした。本研究では、退院支援において重要な診療科ではあるが、疾患特性により入院が長期間または短期間と極端な差がある、また家族支援や地域との独自の調整が考えられる等の病棟の特殊性により、耳鼻科・小児科・産婦人科・精神科を除外することとした。また、ICU・OPE室についても、他の病院や在宅に直接移行することがないため除外した。

(2) データ収集方法と調査内容

2013年5月～9月の期間に、看護部門責任者に研究説明文書を送付し、病棟平均在院日数と病棟再入院率、質問紙調査票の配付可能な病棟看護師人数の回答を求めた。2013年7月～10月に各病院に配布可能な病棟看護師数分の病棟看護師への研究説明文書、無記名自記式質問紙調査票を再度送付し、配布を依頼した。病棟看護師の質問紙調査票は同封した返信用封筒にて、直接郵送法により回収した。

病棟看護師への調査内容は、福島・河野（2009）を参考に本研究の概念枠組みに準じて、以下の項目を構成するとともに、看護部門責任者から得られた回答と病棟看護師から得られた回答について連結させて分析する必要性から、病院毎にコード番号を付与し、連結可能匿名化の処理を行った。

- ①基本属性：所有資格、最終学歴、看護師としての通算経験年数、職位、現在の所属病棟と所属病棟勤務年数
- ②ストラクチャー評価項目：病棟・病院内外勉強会参加回数、連携している部門数や病棟・病院外多職種とのカンファレンス開催数
- ③プロセス評価項目：第一段階で作成した「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」項目について、各項目について重要性の認識の観点から、「1：重要でない」「5：重要である」の両極の選択肢を設定した5件法とし、評価を依頼した。退院支援においては、関心や重要性の認識があるものの実施率が低い現状が報告されている（北林ら, 2013；竹森・佐々木・田島・栗山・小林, 2014）。また、若手看護師の行う積極的な退院支援に影響を及ぼした要因についての研究（中村, 2015）では、退院支援行動の変化をもたらしたきっかけとして、退院支援におけるカンファレンスや家族とのかかわり、情報収集の重要性の認識等があげられている。病棟看護師における質の高い退院支援に関する指標の作成にあたっては、退院支援では実施がむずかしい側面があることから、第二段階では実際に病棟看護師の視点から望ましい退院支援のあり方を検討するために重要性の認識に焦点を当て、退院支援における重要性の高い活動を質の高い退院支援として抽出することとした。

また、各項目の表現方法や補足内容の記載ができる自由記述欄を設けた。

- ④アウトカム評価項目：病棟看護師の退院支援満足度（10段階評価）の記載を依頼した。

4. 分析方法

分析は、指標開発を目的として、項目の精選のために「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」項目の回答状況を確認し、探索的因子分析を行った。次に、採用された項目で信頼性と妥当性の検討を行った。信頼性は、Cronbach's α 係数を算出した。妥当性は確認的因子分析による因子構成の確認と、本研究の概念枠組みに沿い、退院支援のストラクチャーおよびアウトカム評価項目について「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」項目の重要性の認識合計得点の四分位上位25%群（以下、上位群）と四分位下位25%群（以下、下位群）の2群間における差を t 検定により検討した。解析には統計解析ソフト

ウェア “IBM SPSS Statistics ver. 21” “IBM SPSS Amos ver. 21” を使用した。 得て実施した（承認番号：25愛看大管理第7-3号）。

5. 倫理的配慮

看護部門責任者には文書を用いて研究目的や方法、倫理的配慮について説明し、調査協力の承諾と質問紙調査票配布可能数の回答を文書で得た。看護部門責任者から病棟看護師への質問紙調査票の配布の際には、調査協力への強制力が働かないように配慮を依頼した。病棟看護師には、質問紙調査票とともに研究目的や方法、匿名堅持や自由意思による回答、データの連結可能匿名化等の倫理的配慮を明示した文書を同封し、質問紙調査票の返送をもって同意が得られたものとした。

本研究は、愛知県立大学の研究倫理審査委員会の承認を

Ⅱ. 結 果

病棟看護師からの質問紙調査票回収数は1,111名（回収率52.5%）であった。その内、本研究の対象者選定基準に満たなかった者（耳鼻科・小児科等の所属、看護師経験が3年未満の病棟看護師）、質問紙調査票の無回答が項目数の3分の1以上ある者を除き、かつ病棟看護師の退院支援における包括的評価指標項目の欠損のない1,021名を分析対象者とした。分析対象者の概要は表1に示す。なお、自由記述において新たに項目設定が必要となる記述はなかった。

表1 分析対象者の概要

		(n = 1,021)	
	分類	n	(%)
看護職としての最終学歴	専門学校	865	(84.7)
	短期大学	70	(6.9)
	4年制大学	62	(6.1)
	他	19	(1.9)
	無回答	5	(.5)
所有資格（複数回答）	看護師	1,016	(99.5)
	保健師	49	(4.8)
	介護支援専門員	24	(2.4)
	認定看護師	4	(.4)
	他	15	(1.5)
	無回答	2	(.2)
職位	スタッフナース	788	(77.2)
	主任（副師長、係長含む）	183	(17.9)
	師長	29	(2.8)
	他（師長等）	17	(1.7)
	無回答	4	(.4)
所属：診療科（複数回答）	消化器系	292	(28.6)
	整形／リハビリ	190	(18.6)
	呼吸器系	182	(17.8)
	脳神経系	150	(14.7)
	循環器系	148	(14.5)
	腎・泌尿器系	76	(7.4)
	血液	25	(2.4)
	代謝・内分泌系	24	(2.4)
	他（全科等）	50	(4.9)
	無回答	89	(8.7)
所属：内科・外科（複数回答）	内科	538	(52.7)
	外科	447	(43.8)
	無回答	186	(18.2)
		平均値（標準偏差）	中央値
看護師通算経験年数（年）n = 1,015		13.0 (8.6)	11.0
所属病棟経験年数（年）n = 1,017		3.7 (2.9)	3.0
連携部門数 n = 957		2.8 (1.6)	3.0
		範囲	
看護師通算経験年数（年）n = 1,015		3－48	
所属病棟経験年数（年）n = 1,017		0－25	
連携部門数 n = 957		1－8	

1. 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」重要性の認識の得点状況

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」重要性の認識の回答では、項目全体の平均値は 4.5 ± 0.7 であった。平均値の特に高かった項目は、「患者・家族の退院困難な要因についての情報収集を行う」(4.8 ± 0.5)であった。また、平均値下位は、「患者・家族への退院支援計画の内容と実施状況の振り返りを行う」「入院3日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する」「患者・家族に必要とされる支援について外来で患者・家族をケアする看護師と相談する」の3項目で 4.3 ± 0.9 であった。

2. 項目の選定

指標項目の精選のために、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」原案40項目について、8要素に仮定していたことから因子数を8として探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った。その結果、第一段階で行った分析プロセスを重視し、最終的に因子解釈の点から7因子から構成される35項目を採用した（表2）。ここでは因子負荷量が.4以下の項目を削除対象とし、検討を行った。削除された項目は、「入院3日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する」「患者・家族と共に在宅で継続できるケア方法を工夫する」「患者・家族への退院に向けた指導を入院時から計画的に行う」「退院支援計画の実践方法や患者・家族への説明内容をスタッフ間で統一して指導する」「患者・家族に必要とされる支援について外来で患者・家族をケアする看護師と相談する」であった。「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」原案作成時における8つの要素のうち、スクリーニングに関する要素が削除された。その他の因子については、項目内容をより反映する因子名に変更し、各因子の解釈と因子の命名は以下のとおりとなった。

第1因子は、退院支援計画の実践の振り返りや退院後の生活が継続可能であるのかを確認しながら、患者・家族が本来もつ力に気づき、自分自身、または必要に応じて他者の力をかりて退院に向けての課題を解決していけるように支援することが含まれていることから、【エンパワーメントの促進】と命名した（9項目）。

第2因子は、地域の社会資源に関する情報収集を行い、患者・家族の生活・医療上のニーズにあわせた社会資源を活用することが含まれていることから、【社会資源の情報収集・活用】とした（4項目）。

第3因子は、患者・家族の退院後の生活・医療上の問題点を明確にし、患者・家族の希望する退院後の療養の場の適切性を踏まえ、退院時の目標設定を行うことが含まれていることから、【退院に向けた生活・医療に関するアセス

メント】と命名した（5項目）。

第4因子は、退院支援計画立案に関する項目と多職種との指導計画立案に関する項目であり、患者・家族とともに看護師間および多職種の意見を取り入れて退院支援計画立案することが含まれていることから、【チームアプローチによる退院支援計画立案】と命名した（5項目）。

第5因子は、患者・家族の意思を受け止め、患者・家族の状況や状態を予測しながら、その心身の状況にあわせて退院後の生活に向けて準備を進めていく内容が含まれていることから、【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】と命名した（4項目）。

第6因子は、退院に向けて患者・家族が総合的・継続的に支援を受けられて退院を迎えられるよう、病棟看護師間や院内外の多職種と相談する内容が含まれており、【院内外職種との相談】と命名した（5項目）。

第7因子は、患者・家族の意向や希望を尊重しながら、退院に向けた患者・家族との調整や方向性の統一を行う場を設定することが含まれていることから、【意思尊重を基盤とした家族間調整】と命名した（3項目）。

因子間相関は $r = .50 \sim .78$ であった（表3）。

3. 信頼性・妥当性の検討

探索的因子分析において採用された「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の各因子のCronbach's α 係数は.83～.94であった。

妥当性の検討では確認的因子分析での仮説モデルの検証を行い、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」全体を二次因子、探索的因子分析で抽出された7因子を一次因子とする二次因子モデルを仮定した。適合度指標は、GFI = .86, AGFI = .84, CFI = .92, RMSEA = .06であった（図2）。

また、本研究の概念枠組みに準じて、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」項目の重要性の認識合計得点の上位群と下位群の2群間でのストラクチャーおよびアウトカム評価項目の差を比較するために t 検定を行った。上位群と下位群の概要は表4に示す。

2群間比較を行った結果、ストラクチャー評価項目においては、病院内勉強会参加回数、病院外勉強会参加回数、他部門との連携部門数、アウトカム評価項目では、病棟看護師の退院支援満足度得点、病棟再入院率について上位群で有意に高値を示した（表5）。

Ⅲ. 考 察

1. 重要性の観点からの項目精選

本研究の指標作成では、退院支援は多角的で複合的な活

表2 重要性の認識得点における探索的因子分析結果

(n = 1,021)

No.	項目	因子負荷量							共通性
		第1 因子	第2 因子	第3 因子	第4 因子	第5 因子	第6 因子	第7 因子	
第1 因子【エンパワーメントの促進】 $\alpha = .94$									
1.	患者・家族が退院時の自身の課題や目標を明らかにできるように支援する	.99	-.14	.01	.06	.02	-.10	.01	.784
2.	患者・家族が退院に向けて自分自身のもっている力に気づけるように支援する	.92	-.13	.03	-.03	.04	-.05	-.03	.643
3.	患者・家族が退院に伴う不安や葛藤を解決できるよう支援する	.77	-.01	.03	-.09	.22	.12	-.17	.715
4.	患者・家族が退院後の生活における困難を解決するための学習や訓練の機会を提供する	.76	.05	-.05	.03	.10	.02	-.08	.661
5.	患者・家族が退院後の生活について自己決定できるように必要な選択肢を提示する	.70	.17	-.06	-.06	-.04	.07	.08	.698
6.	退院前に患者・家族に退院後の生活に対する自信がついたかどうかを確認する	.61	.14	.08	-.05	-.09	.03	.13	.651
7.	退院後の生活に向けて、患者・家族が自身の力や他者の手助けを活用できるよう支援する	.51	.30	.00	-.03	-.05	.18	.00	.725
8.	患者・家族への退院支援計画の内容と実施状況の振り返りを行う	.50	.18	.07	.22	-.23	-.10	.16	.646
9.	患者の再入院時、退院後の生活が継続困難になった理由について確認する	.41	.19	.12	.16	-.03	-.03	.01	.569
第2 因子【社会資源の情報収集・活用】 $\alpha = .94$									
10.	患者・家族に退院後の生活において必要となる社会資源についての情報提供を行う	-.04	.98	-.03	-.04	.02	.02	.01	.880
11.	患者・家族に退院後の医療上の問題により必要となる社会資源についての情報提供を行う	-.05	.94	.02	-.01	.02	.00	.00	.853
12.	患者・家族が退院後に必要なサービスを利用できるように準備する	.01	.83	.02	.11	.04	-.14	.02	.747
13.	介護保険制度やその他の社会資源に関する情報収集を行う	.08	.82	-.05	-.03	.06	.08	-.07	.760
第3 因子【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】 $\alpha = .92$									
14.	患者・家族の退院後に予測される医療上の問題点を明確にする	.02	.04	.97	.00	.15	-.08	-.19	.844
15.	患者・家族の退院後の医療上の問題にあわせた退院時の目標設定を行う	.04	-.05	.88	-.03	-.07	.06	.04	.775
16.	患者・家族の退院後の生活上の困難にあわせた退院時の目標設定を行う	.07	-.06	.74	.04	-.01	.01	.10	.741
17.	患者・家族が希望する退院後の療養の場の適切性を検討する	.00	.04	.52	.03	.00	.07	.18	.572
18.	患者・家族の退院後に予測される生活上の困難な点を明確にする	-.05	.04	.49	.02	.28	.00	.11	.662
第4 因子【チームアプローチによる退院支援計画立案】 $\alpha = .90$									
19.	病棟看護師間で退院支援計画について話し合う	-.02	.00	-.06	.84	.12	-.01	-.05	.666
20.	多職種の意見を取り入れて、退院支援計画を立案する	-.06	.04	.03	.77	-.02	.03	.00	.614
21.	患者・家族と退院支援計画について共有する	.09	-.02	-.02	.76	.04	.06	-.04	.716
22.	患者・家族の意向を反映した退院支援計画を立案する	.02	.04	.09	.70	-.07	-.05	.09	.645
23.	多職種と共に患者・家族の退院に向けた指導計画を立案する	.19	-.06	-.05	.44	.08	.22	.04	.629
第5 因子【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】 $\alpha = .83$									
24.	患者・家族の退院後の生活状況や状態を予測する	.08	-.02	.02	.10	.61	.04	.03	.592
25.	患者・家族の退院困難な要因についての情報収集を行う	-.07	.14	.16	.06	.56	-.02	-.11	.438
26.	患者・家族の退院に伴う不安や葛藤を受け止める	.11	.02	-.05	-.05	.54	-.02	.34	.639
27.	退院に関する情報を患者・家族の心身の準備状況にあわせて提供する	.09	-.02	.02	-.02	.50	.00	.28	.580
第6 因子【院内外職種との相談】 $\alpha = .89$									
28.	患者・家族に必要とされる知識・技術をもつ院内の多職種と相談する	.01	-.04	-.03	.03	-.02	.90	.00	.770
29.	患者・家族に必要とされる支援について地域医療連携室・退院調整部門等と相談する	.00	.04	.09	.05	.08	.70	-.11	.658
30.	患者・家族に必要とされる知識・技術をもつ認定看護師・専門看護師と相談する	.25	-.02	.01	-.02	-.04	.70	-.03	.698
31.	院外の多職種との退院前カンファレンスで入院中の患者・家族の状況について情報提供する	.12	.01	-.02	.07	-.03	.50	.14	.519
32.	病棟看護師間で患者・家族の情報共有や連絡を密に行う	.00	.01	.12	.18	.08	.42	.04	.578
第7 因子【意思尊重を基盤とした家族間調整】 $\alpha = .83$									
33.	患者・家族の退院に関する意向や希望を最大限尊重することを伝える	.02	.00	-.05	.05	.11	-.11	.76	.593
34.	患者・家族間で退院後の生活の仕方について合意形成ができる機会を提供する	-.01	-.06	.18	.03	.00	.07	.63	.652
35.	患者・家族間の退院後の生活の仕方についての意向の違いを確認する	-.09	.05	.17	-.09	.13	.09	.62	.679

[注] 主因子法-プロマックス回転

表3 因子間相関

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
第1因子	1.00						
第2因子	.73	1.00					
第3因子	.68	.63	1.00				
第4因子	.73	.65	.69	1.00			
第5因子	.57	.50	.69	.56	1.00		
第6因子	.78	.63	.71	.75	.66	1.00	
第7因子	.70	.60	.77	.68	.63	.67	1.00

表4 重要性の認識合計得点の上位・下位群の概要

	N	範囲	平均値	標準偏差
上位群	276	175	175.0	0.0
下位群	254	56-147	134.0	13.0

動であることから、退院支援全体を網羅する指標の作成を試みた。これまでに開発されているツール（千葉，2005；丸岡ら，2011；岡本，1999；戸村ら，2013；山岸ら，2015）には含まれていなかった退院支援における患者・家族へのエンパワメント促進に向けた姿勢や態度，同職種間での活動を含んだものとなり，本研究における指標のすべての項目で重要性の認識得点は高く，質の保証に必要な活動であると考えられた。しかし，病棟看護師が継続的にツールを活用していくためには，短時間で回答できることも重要な要素であった。そのため，できるだけ少ない項目で退院支援の重要な活動の実施の有無を把握できるとよいと考えられた。そこで，作成段階において，探索的因子分析により因子負荷量が基準値以下の5項目について質指標としての項目の必要性を検討し，以下の理由により削除することとした。

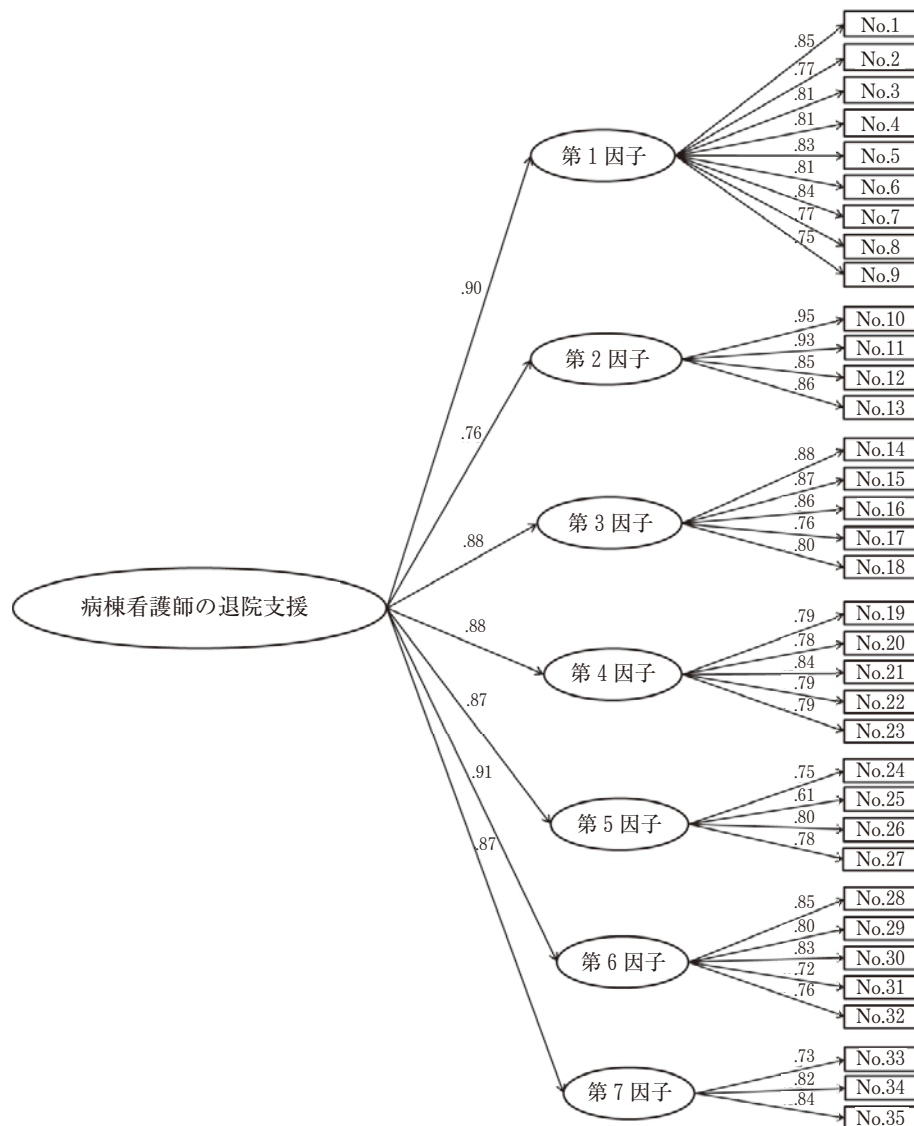


図2 「病棟看護師の退院支援」二次因子モデルの確認的因子分析結果
適合度指数 GFI = .86, AGFI = .84, CFI = .92, RMSEA = .06, 誤差変数は省略
すべての係数は統計学的に有意 ($p < .01$)

表5 ストラクチャーおよびアウトカム評価項目の2群間比較結果

	上位群		下位群		<i>t</i> 値	自由度	<i>p</i> 値
	<i>n</i>	平均値 (標準偏差)	<i>n</i>	平均値 (標準偏差)			
ストラクチャー評価項目							
病棟内勉強会参加回数 (回)	261	1.4 (3.4)	246	1.2 (2.1)	−1.083	443.556	.279
病院内勉強会参加回数 (回)	260	1.8 (3.2)	246	1.3 (2.8)	−2.045	500.888	.041
病院外勉強会参加回数 (回)	269	0.6 (1.8)	246	0.3 (1.0)	−2.116	416.580	.035
連携部門数 (部門)	256	3.0 (1.7)	231	2.6 (1.6)	−2.742	484.521	.006
カンファレンス回数 (回／月)	181	5.6 (5.6)	137	4.9 (4.8)	−1.196	310.148	.233
病院外多職種とのカンファレンス参加回数 (回／年)	153	6.7 (11.0)	98	5.4 (9.0)	−1.009	233.525	.314
アウトカム評価項目							
病棟平均在院日数 (日)	157	14.5 (4.7)	157	14.3 (4.2)	−0.313	308.507	.754
病棟再入院率 (%)	141	5.4 (3.9)	139	6.5 (4.9)	2.138	261.672	.033
退院支援満足度 (10段階)	271	5.3 (2.1)	252	4.9 (1.9)	−2.205	520.239	.028

[注] *t*検定

スクリーニングに関する2項目が削除された。削除された「入院3日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する」と「患者・家族への退院に向けた指導を入院時から計画的に行う」では、患者抽出の時期を「入院3日以内」、また指導を「入院時から」と具体的な時期を設定した。先行研究では、以前より患者・家族への早期からの計画的な介入が効果的であることも示されており (Proctor, Morrow-Howell, Albaz, & Weir, 1992; 鷺見ら, 2001), 患者の入院早期に退院困難な患者を把握するために、病棟看護師が患者の入院後にスクリーニングシートを用いて退院困難な要因をもつ患者を特定し、退院調整部門等と連携していることが示されている (福島・河野, 2009; 川添, 2011; 村松・高橋・黒田・中谷, 2005; 大竹ら, 2008; 設楽, 2001; 宇都宮, 2011)。スクリーニングシートの活用が近年定着してきた内容であるとも考えられるため、今回は削除とした。

削除された項目の「患者・家族に必要とされる支援について外来で患者・家族をケアする看護師と相談する」と「退院支援計画の実践方法や患者・家族への説明内容をスタッフ間で統一して指導する」は【院内外職種との相談】に関する項目において、「患者・家族と共に在宅で継続できるケア方法を工夫する」は【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】に関する項目において評価することが可能であると考えられたため、今回は削除が妥当と考えられた。

指標作成の項目精選では、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」項目原案作成初期49項目から14項目削除され、最終的に35項目となった。このことから、退院支援における自己の可視化しにくい活動についても継続的に評価することができるツールとなったと考える。

2. 信頼性・妥当性の検討

信頼性は基準値以上の信頼性係数が得られ、各因子の内的整合性が確認された。

確認的因子分析による仮説モデルの検証においては、適合度指標の値は十分に基準を満たしているとはいえないものの、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」のすべての項目で重要性の認識得点は高く、本研究における項目は、病棟看護師の退院支援における質指標として重要度が高い内容で構成されていると考えられた。また、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」重要性の認識得点の上位群と下位群における退院支援のストラクチャー評価項目やアウトカム評価項目における比較の結果では、勉強会参加や院内の連携などの病棟看護師の退院支援におけるストラクチャーが整っていると、プロセスである病棟看護師の行う退院支援の重要性の認識が高くなること、そして、今回においては再入院が回避できるというよいアウトカム結果が得られることが示唆された。そのため、質指標としての妥当性は確保されたと考える。以下からは、各因子内容について考察する。

【エンパワーメントの促進】では、病棟看護師が患者・家族の力を最大限に引き出す働きが抽出された。患者・家族にとって、入院は身体的・精神的・社会的な変化が伴い、パワーレスな状態に陥りやすい。また、患者・家族のイメージとはかけ離れた状況での退院となっていることが指摘されている (佐野, 2010)。患者・家族が生活をコントロール・決定する能力を獲得していくために、病棟看護師は、患者・家族がエンパワーメントしていくことを手助けすることで、患者・家族がその人らしい退院後の生活を目指していくことができると考えられた。

【社会資源の情報収集・活用】は、患者・家族の多様なニーズ、家族形態の変化による家族の介護力の低下から、

重要性が増している。患者・家族のサポート体制の構築・強化には、患者・家族を取り巻く制度や環境を理解し、それらを活用していくことが不可欠であるといえる。また、社会資源の活用は退院調整看護師等と協働して実施されていることが示されている（藤井，2001；田中・伊藤・真野，2012；鄭・上泉，2008）。退院調整部門との連携のスタイルが確立されている内容であるといえ、今後も協働しながら、病棟看護師は【社会資源の情報収集・活用】を発揮していく必要があるといえる。

【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】では、退院後の生活上・医療上の問題点を明確にしていけることが抽出された。多様な背景や複合的なニーズをもち、入院前後で症状やADLの変化する患者・家族をアセスメントすることにより、退院後の生活を具体的にイメージしていくことが重要であると考えられる。他の研究でも患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討については実施率が低いことが明らかになっており（丸岡ら，2011），退院に向けて患者・家族の総合的なアセスメントから退院時の目標設定につなげていくことは、今後強化していく内容であるといえた。

【チームアプローチによる退院支援計画立案】では、患者・家族とも退院支援計画を共有していく内容が含まれた。退院支援計画は患者・家族の今後の生活の方向性を決めるために必要不可欠であり（丹羽・下田・伊藤，2000；山田・廣岡，2009），病棟看護師間での話し合いや多職種の意見を踏まえながら退院支援計画の立案が行われていくことが重要である。

【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】や【意思尊重を基盤とした家族間調整】は、患者・家族を中心として退院支援を進めていくために欠かせない内容であると考えられた。退院支援の場面において患者・家族の意思決定に関わる機会が増加しているが、患者・家族間で意思が一致しないことも多いことが示されている（永田・村嶋，2002）。【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】では、患者・家族の不安や葛藤を受け止め、心身の状態や現状理解を確認しながら、退院に向けた準備を行っていくことが不可欠である。さらに、高齢者では介護サービスの決定等の退院支援を進めるなかで決定事項がある際には、家族の意思が反映されることが多い（麻原・百瀬，2003；Jewell，1996；箕岡・稲葉，2006）。そのため、【意思尊重を基盤とした家族間調整】では退院支援は患者・家族の双方の意思をていねいに、そして十分に把握できるように努め、それらを尊重しながら調整が行われるべきであるといえた。

【院内外職種との相談】は、患者・家族に必要とされる支援について専門性をもつ職種と相談を行うことであった。病棟看護師はそれぞれの職種の専門性の高い情報を集

約しながら支援していくことが欠かせないとされ（三輪，2012；山田・廣岡，2009），病棟看護師間や多職種との患者・家族の情報を共有し、専門的な視点から支援の適切性や改善の余地を話し合い、患者・家族の目標について共通認識をもっていく必要がある。

このように、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」では、患者・看護師、看護師・他職種、看護師・看護師間のさまざまな場面での退院支援の内容も含まれる。それらのことから、同職種間、他職種との連携を評価できる項目も包含する多角的な指標が作成できたと考える。

本研究では第一段階はエキスパート、第二段階では病棟看護師への調査を行い、二段階構成の手続きで作成された「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」は課題もあるものの、従来のツールには含まれていなかった患者・家族の意思尊重や合意形成における調整、とくに退院支援において重要と考えられたエンパワーメントを促進する支援に関する内容も包含する指標が作成できたと考える。

3. 看護実践への適用

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」は、主観的評価であることから病棟看護師が自身の退院支援活動の弱点や課題について把握することができる。さらに継続的に評価を行うことにより、自己の退院支援を改善でき、患者・家族への具体的な支援の方向性を導くものとなりうると考えられる。また、退院支援に困難を抱える病棟看護師が多い現状であるが、本指標の評価をスタッフと共有することにより退院支援活動の全体像が把握しやすく、適切なサポートや教育ニーズが明らかとなる。さらに、研修会内容への反映も可能であると考えられた。

4. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究対象病棟では、耳鼻科、小児科、産婦人科、精神科、ICU・OPE室を除外したことにより、本研究における指標を活用できる病棟は限定されるという限界がある。また、退院支援を取り巻く環境は大きく変化し、退院支援体制にも変化が生じていくことが予測され、それとともに病棟看護師の退院支援の質を高めるために必要な活動も変化していくと考えられる。そのため、指標は各段階において項目内容を吟味して進めていることから退院支援を包括的にとらえることができる指標としているものの、今後も退院支援を取り巻く環境の変化に応じて継続的に検討していく必要がある。そして、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況とストラクチャーやアウトカム評価項目との関連を確認していくことが不可欠で

あるといえる。本研究でのアウトカム評価項目は、伊藤(2003)、福島・河野(2009)を参考に3項目を設定したが、退院支援のアウトカムには、その他にも患者・家族の満足度、介護予防の観点等があり、さまざまな側面でもとらえていく必要がある。今後は、アウトカム指標とする変数を増やして多角的にとらえていくことや病棟看護師の退院支援のアウトカム評価項目になりうる指標の検討をしていく必要があると考える。信頼性・妥当性についても、本研究では一側面からの検討となっているため、今後さらに複数の技法による検討を行うことが課題である。

結 論

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の作成を試みた結果、病棟看護師の退院支援を7つの要素(35項目)の視点から評価できる指標となった。【エンパワーメントの促進】【社会資源の情報収集・活用】【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】【チームアプローチによる退院支援計画立案】【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】【院内外職種との相談】【意思尊重を基盤とした家族間調整】で構成され、信頼性および妥当性が確認さ

れた。「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」は、病棟看護師が主観的に退院支援全体を評価することができる項目が包含できたと考えられた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆さま、ご指導くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、平成25年度愛知県看護協会看護研究助成金の助成を受けたものである。

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

目的：病棟看護師の退院支援を包括的にとらえた指標を作成することである。

方法：病棟看護師2,115名に調査を実施した。質問項目は先行研究の知見から原案を作成し、エキスパートによる内容妥当性が確認された指標(40項目)の重要性、さらにDonabedian(1969)の医療の質の枠組みに沿い、ストラクチャーとアウトカム評価項目とした。

結果：分析は有効回答1,021名の回答を用いて行った。探索的因子分析の結果、7因子35項目となり、各因子のCronbach's α 係数は.83～.94であった。妥当性の検討では重要性合計得点上位・下位群でストラクチャーおよびアウトカム評価項目との t 検定を行い、上位群に有意に高値を示した。また二次因子モデルの確認的因子分析を行った結果、許容範囲内の値となった。

結論：指標項目には病棟看護師の退院支援の質向上につながる内容の項目が含まれたと考えられる。

Abstract

Aim: This study aimed to create a comprehensive evaluation index for discharge support in ward nurses.

Method: A questionnaire survey of 2,115 ward nurses was conducted with questions based on the findings from previous studies and the concept of quality of medical care by Donabedian (1969). Content validity of the index for discharge support in ward nurses was confirmed by experts. Additionally, the reliability and validity were investigated.

Results: A total of 1,021 nurses participated in the analysis (response rate: 48.3%). Exploratory factor analysis revealed 7 factors with 35 items. The Cronbach's alpha coefficient for each factor ranged from .83 to .94. To investigate the validity, t-test was performed on the evaluation criteria for structure and outcomes in the higher- and lower-ranking groups for the total score of importance. Significantly higher scores were obtained for the higher-ranking group. Furthermore, second-order factor analysis confirmed moderate goodness of fit. The results suggested that the index items included items with content that could lead to quality improvement of discharge support in ward nurses.

文 献

- 麻原きよみ, 百瀬由美子 (2003). 介護保健サービスに関する高齢者の意思決定に関わる問題: 訪問看護師の意識調査から. 日本地域看護学会誌, 5(2), 90-94.
- 伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 小松妙子, 佐藤弘美 (2005). 病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題. 石川看護雑誌, 2, 33-41.
- 千葉由美 (2005). ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護科学会誌, 25(4), 39-51.
- Donabedian, A. (1969). Quality of care: Problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health*, 59(10), 1833-1836.
- Donabedian, A. (1980) / 東 尚弘 (2007). 医療の質の定義と評価方法. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 福島道子, 河野順子 (2009). 入院時から始める退院支援・調整. 名古屋: 日総研出版.
- 藤井寿恵 (2001). “施設内” から “地域連携” への退院計画システムの発展: 地域の実態に即したあり方を追求して. 看護展望, 26(13), 25-32.
- 藤澤まこと (2012). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部): 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化. 岐阜県立看護大学紀要, 12(1), 57-65.
- 藤原奈佳子, 小野 薫, 森田恵美子, 安西由美子, 永井昌寛, 森雅美, 賀沢弥貴, 柳澤理子, 古田加代子 (2013). 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価. 愛知県立大学看護学部紀要, 19, 49-59.
- 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代 (2013). 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難. 老年看護学, 18(2), 67-75.
- 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 山口和枝, 金子裕子 (2008). 患者家族が求める退院支援に関する研究: 退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から. 医療看護研究, 4(1), 42-49.
- 平松瑞子, 中村裕美子 (2010). 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 9-19.
- 平瀬節子, 橋本智子 (2007). 高齢者の退院支援にかかわる看護師の役割: 地域との連携を通して. 看護・保健科学研究誌, 6(3), 67-75.
- 石塚裕美子, 永田智子, 戸村ひかり, 村嶋幸代 (2011). 内科病棟における循環器・呼吸器疾患を有する高齢患者の計画外再入院の分類と, 再入院予防策の検討. 日本地域看護学会誌, 14(2), 14-23.
- 伊藤まゆみ (2003). 退院計画の評価. *Quality Nursing*, 9(10), 34-40.
- Jewell, S. (1996). Elderly patients' participation in discharge decision making: 2. *Br J Nurs*, 5(17), 1065-1071.
- 川添恵理子 (2011). わが国における1999~2009年の退院計画に関する文献の概観. 日本在宅ケア学会誌, 14(2), 18-25.
- 北林正子, 新鞍真理子, 塩澤まゆみ, 野村典子, 瀬山尚子, 林 浩靖, 青木頼子, 青柳寿弥, 竹内登美子 (2013). 総合病院に勤務する病棟看護師の退院支援に対する意識について. 第43回日本看護学会論文集 (地域看護), 67-70.
- 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美, 小松妙子 (2004). 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割. 石川看護雑誌, 1, 31-38.
- 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 下嶋恵美子, 向井孝子, 尾崎真裕美, 古本桂子 (2011). 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題: 退院調整活動質指標を用いた調査から. 石川看護雑誌, 8, 29-39.
- 箕岡真子, 稲葉一人 (2006). 介護保険制度下における高齢者介護に関する倫理的問題と今後の課題. 生命倫理, 16(1), 122-129.
- 三輪恭子 (2012). 退院支援のプロセスと多職種協働における病棟看護師の役割. 看護技術, 58(14), 1324-1331.
- Miyazaki, E., Tanaka, E., Dai, Y., Taguchi, R., and Kawahara, C. (2012). Cross-sectional study on the factors related to anxieties and problems of patients discharged from the general hospital after a year. 横浜看護学雑誌, 5(1), 47-54.
- 村松恵子, 高橋睦子, 黒田めぐみ, 中谷久恵 (2005). 在宅療養における退院指導の早期化に向けた入院時スクリーニングによる看護. 日本在宅ケア学会誌, 9(1), 114-118.
- 中村 円 (2015). 若手看護師の行う積極的な退院支援に影響を及ぼした要因, 第45回日本看護学会論文集 (看護管理), 327-330.
- 永田智子, 村嶋幸代 (2002). 高齢者の退院支援. 日本老年医学会雑誌, 39(6), 579-584.
- 永田智子, 村嶋幸代 (2007). 高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因. 病院管理, 44(4), 323-335.
- 丹羽 敦, 下田信明, 伊藤まゆみ (2000). 退院計画プログラム化に関する研究5: 策定されたケアプランと患者・家族の退院計画への満足度からの検討. 社会福祉・医療事業団 退院計画のプログラム化を図るための研究事業報告書, 93-104.
- 小川恵子, 福島道子, 郷間悦子 (2003). 患者と家族による介護保険施行後の退院計画の評価. 日本赤十字看護大学紀要, 17, 28-37.
- 岡本玲子 (1999). ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発: デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討. 日本公衛衛生雑誌, 46(6), 435-445.
- 大竹まり子, 田代久男, 井澤照美, 佐藤洋子, 赤間明子, 鈴木育子, 小林淳子, 細谷たき子, 佐藤千史, 木村 理, 叶谷由佳 (2008). 特定機能病院における病棟看護師の判断を基にした退院支援スクリーニング項目の検討. 山形大学紀要 (医学: 山形医学), 26(1), 11-23.
- Polit, D.F., Beck, C.T., and Owen, S.V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*, 30(4), 459-467.
- Procter, E., Morrow-Howell, N., Albaz, R., and Weir, C. (1992). Patient and family satisfaction with discharge plans. *Med Care*, 30(3), 262-275.
- 佐野カンナ (2010). 退院調整の現状と今後の課題. 県立がんセンター新潟病院医誌, 49(1), 23-29.
- 佐々木裕子, 高橋佳子, 飯盛茂子 (2010). 在宅支援機関が実践する退院支援・在宅復帰支援の明確化. ホスピスケアと在宅ケア, 18(1), 37-48.
- 嶋崎明美 (2012). 急性期病院における退院困難な患者・家族の満足過程に及ぼす要因. 日本医療マネジメント学会雑誌, 13(1), 17-21.
- 篠田道子 (2008). 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護, 60(11), 44-47.
- 設楽美佐子 (2001). 対象者に合った独自のスクリーニング票開発と退院計画のための体制整備. 看護展望, 26(13), 40-45.
- 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽研二, 大内尉義 (2001). 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究: 特定機能病院老年病科における準実験研究. 病院管理, 38(1), 29-40.
- 竹森美穂, 佐々木淳子, 田島律子, 栗山真由美, 小林研二 (2014). 退院支援における医療従事者の意識調査からみる退院支援の在り方, 近畿中央病院医学雑誌, 34, 47-56.
- 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子 (2012). 急性期病院から自宅へ

- つなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保健大学紀要, 6(1), 65-71.
- 鄭 佳紅, 上泉和子 (2008). 求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立. 看護, 60(11), 40-43.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 (2009). 一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析: 追跡調査による評価から. 日本地域看護学会誌, 12(1), 50-58.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美 (2013). 退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.
- 豊田秀樹 (1998). Amos 共分散構造分析 [入門編]: 構造方程式モデリング. 東京: 朝倉書店.
- 宇都宮宏子 (2011). 退院支援実践ナビ. 東京: 医学書院.
- Wenger, N.S. and Shekelle, P.G. (2001). Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med*, 135(8Pt2), 642-646.
- 山田雅子, 廣岡佳代 (2009). 多職種によるチーム医療 2: 看護師の役割. 治療学, 43(4), 428-430.
- 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子, 高橋則子, 鎌田良子, 福井小紀子, 石渡リキ, 森田達也 (2015). 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証. 看護管理, 25(3), 248-254.
- 山本嘉一郎, 小野寺孝義 (1999). Amos による共分散構造分析と解析事例. 京都: ナカニシヤ出版.
- 山本則子, 杉下知子 (2000). 退院指導と退院後の問題発生予測の評価: 退院後の問題発生との対応から. 日本看護科学会誌, 20(2), 21-28.
- 山本則子 (2007). 高齢者訪問看護の質指標の開発の意義とプロセス. 看護研究, 40(4), 301-308.

〔平成28年4月19日受 付〕
〔平成29年4月14日採用決定〕

—資料・その他—

看護技術の習得における自己調整学習方略と学習成果との関連

— 首都圏の看護短期大学および看護専門学校の学生を対象とした調査より —

The Relationship between Self-Regulated Learning Strategies and Academic Performance in Nursing Skills Acquisition: A Research Conducted on Students from Nursing Junior Colleges and Nursing Schools in Tokyo

岩屋 裕美¹⁾
Hiromi Iwaya

戸ヶ里 泰典²⁾
Taisuke Togari

キーワード：看護技術，自己調整学習方略，自己学習，看護基礎教育

Key Words：nursing skills, self-regulated learning strategies, self-learning, basic nursing education

はじめに

厚生労働省（2007）による「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」で示されているように，看護基礎教育課程における看護技術の習得は，学生の实践能力を強化するうえで重要な教育内容の一つである。稲葉・花岡（2000）によると，看護技術は単に熟練した手際のよい技倆や手順，方略をさすのではなく，その概念には看護の対象，目的，具体的手段を含み，さらにそれらを実践方法にまで現実的で具体的な秩序ある組織として構造化する知的判断過程－看護過程－などの要素によって構成される。また，技術は実践に結びつかなければ意味のないものであり，実践の場面では技術は訓練や研修によって技能化されている必要があるといわれており（田畑，2005），学生の看護実践能力を高めるうえで看護技術の技能的側面の習熟は看護基礎教育における中心的課題の一つといえよう。

技術の習得段階は，運動学習研究領域では認知段階（運動技能を言語化し宣言的知識として記憶するため，それをリハーサルしながら動作を遂行する段階），連合段階（動作が連合され，言語化しなくても動作が遂行できるようになる段階），自動化段階（技能学習が完成され意識的努力がなくても技術遂行が可能な段階）の3段階でとらえられている（Fitts & Posner, 1967/1981；今田，2008）。これと重なるかたちで看護技術の習得段階には「知る段階」「身につける段階」「使う段階」（薄井，2002）の3段階が指摘されている。

技術を習得していくプロセスに反復練習は必須であり（工藤，2006），看護技術の習得においても反復練習の有効性が示されている（井野，2009；三河ら，2011）。その一方で，現行カリキュラムでは多くの学生は授業・演習以外

の自己学習時間を利用して看護技術の習得を目指す現状にある。学習の進め方や工夫は認知心理学では学習方略といわれ，学習の効果を高めることを目指して意図的に行う心的操作あるいは活動（辰野，1997，p.11）と定義され，自己学習の際に学生が選択する看護技術の練習の工夫は学習方略を反映したものと予測する。したがって，看護技術の習得のための学習方略に着眼することは学生の自己学習を支援するうえで重要であると考えられる。

さらに近年では，学習方略の選択・使用を学習者自身が調整して進めていく自己調整学習に注目が集まっている（佐藤・新井，1998）。自己調整学習は動機づけと学習方略をともに含みこんだ概念であり，自己調整学習方略は，動機づけが学習成果をもたらすうえで，学習を方向づけ調整していく方法を指し（伊藤，2009，p.17），従来の認知的側面に焦点を当てた学習方略に学習者を取り巻く環境要因（物理的・人的）を活用する環境構成方略や援助要請方略などが付加されたものである（瀬尾・植阪・市川，2008）。Pintrich & De Groot（1990）は中学生を対象に理科と英語に関する自己調整学習方略について調査を行い，認知的方略使用と自己調整の2因子を抽出し，動機づけ要因（自己効力感・内発的価値）と自己調整学習方略および学業達成の間に有意な正の相関があることを報告している。伊藤はこのPintrich & De Grootの項目の邦訳から認知的側面の自己調整学習方略尺度の作成と，自作の質問紙による動機づけの側面の自己調整学習方略尺度の作成を行っている（2009，pp.35-45）。これは，自己調整学習方略には認知的側面だけでなく，学習を効果的に進めていくために自ら動機づけを高めたり維持したりといった動機づけの側面を自己調整する役割を果たす方略があることをふまえている（伊藤，2009，p.21）。以上より，自己調整学習および自己

1) 東海大学医療技術短期大学 Tokai University Junior College of Nursing and Medical Technology

2) 放送大学 The Open University of Japan

調整学習方略に関する理論は、自ら学ぶ力を育成するうえで重要な理論であり、自己学習や反復練習を必要とする看護技術の習得過程に関与し、看護技術教育上重要な理論の一つとなりうることを期待できる。

しかし、看護技術の習得過程の研究においては、自己学習を促進する取り組み（服部ら、2006；久田・種田・井村、2011；関谷ら、2008；菅原ら、2004）を検討している研究は散見するが、学習方略の存在や学習成果との関連を検討した論文（林、2004）はきわめて限られている。したがって、自己調整学習理論をふまえ、学生の看護技術の習得における学習能力を統合的にアセスメントし、看護教育に組み込んでいくための基礎的研究の蓄積が必要である。ただし、伊藤の自己調整学習方略尺度の項目内容は、初等中等教育の国語の学習場面をふまえているため、看護技術の習得に関する学習を対象とした評価にそのまま使用することはむずかしい。そこで筆者は、伊藤の自己調整学習方略尺度の項目をふまえ、看護技術の習得における自己調整学習方略尺度を開発してきた（岩屋、2013；岩屋、2015）。

しかしながら、看護技術の習得における自己調整学習方略と学習との関連性については十分な検討が行われていない現状にある。今後、具体的な教育介入プログラムを開発していくうえでの基礎的検討として、本尺度の認知的側面と動機づけの側面の関係性をふまえ、学習との関連性をみることが必要である。とくに、学習方略の使用により動機づけが高まる（岡田、2007）ことが示されている。学業上の目標達成に向け自己調整学習方略が適用され、その結果、遂行が向上すれば自己効力感が高まる（伊藤、2009, p.17）ことから、本研究では自己効力である「看護技術の習得における自信」をアウトカム指標として位置づけることとした。また、自己調整学習方略による学習の達成結果として看護基礎教育における学業の遂行状況をもう一つのアウトカム指標として位置づけた。

以上より、本研究では看護学生を対象とし、看護技術の習得における自己調整学習方略のうち、認知的側面と動機づけの側面のそれぞれの、学生本人が感じている看護技術の習得における自信および学業遂行度に対する関連性について検討することを目的とした。これにより、看護技術の習得における自己調整学習方略の特徴を見出し、自己調整学習方略獲得への有効な支援策を得ることができると考える。

I. 研究方法

A. 用語の操作的定義

①看護技術：知的技能と（精神）運動技能が態度として統一されて人間の意識的な行動力として表現されたもの

（安酸、2015）

- ②看護技術の習得：知的技能と精神運動技能を段階的に発展させ、その統合を目指す過程
- ③自己調整学習：学習方略の選択・使用を学習者自身が調整してすすめていく学習（佐藤・新井、1998）
- ④自己調整学習方略：自己調整学習を進めていくプロセスのなかで用いられる学習の方策・戦略
- ⑤看護技術の習得における自信：学生本人が感じている看護技術の習得に対する確信・効力期待
- ⑥学業遂行度：大学生の学業への適応と積極的な取り組みの状況

B. 調査対象および調査方法

研究承諾の得られた首都圏における看護短期大学および看護専門学校4施設の2年次生308名に調査を実施した。データ収集期間は2012年9月から12月であった。

事前に研究目的・調査方法・調査内容の概要を示し、任意で集合した対象者に口頭と文書による説明後、無記名自記式調査票を配布した。説明および調査票配布は授業時間外とした。回収は回収箱への個別投函とし、調査票回収箱は研究者の目にふれない場所に一定期間設置した。

C. 質問項目

看護技術の習得における自己調整学習方略を独立変数とし、学習成果として看護技術の習得における自信と大学生の学業遂行度を従属変数とした（表1）。

1. 看護技術の習得における自己調整学習方略

看護技術の習得における自己調整学習方略尺度（37項目）を用いた。本尺度は認知的側面3下位尺度、動機づけの側面5下位尺度の計8下位尺度からなる（岩屋、2013；岩屋、2015）。いずれも「あてはまる」「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4件法で測定した。

a. 理解・想起・体制化方略

看護技術を身につける自己練習において講義で理解したことを想起し、既習内容を相互に関係づけまとめながら学習する方略である。具体的には、「授業や演習での先生の説明は、たとえわからなくてもいつも理解しようとする」「私は自己練習をするとき、授業や演習のときに私が習ったできるだけ多くのことを思い出そうとする」「新しい練習項目を行うために、これまでに学んだことや教科書を使って練習を行う」など7項目4件法である。Cronbachの α 係数は.688であった。

b. リハーサル方略

看護技術が身につくように何度も繰り返し練習する方略

表1 自己調整学習方略尺度ならびに看護技術の習得における自信、学業遂行度の項目内容

尺度名	項目内容
看護技術の習得における自己調整学習方略の認知的側面	理解・想起・体制化方略 授業や演習での先生の説明は、たとえわからなくてもいつも理解しようとする 私は自己練習をするとき、授業や演習のときに私が習ったできるだけ多くのことを思い出そうとする 私は自己練習をするとき、試験や臨地実習できちんとできるように、授業や演習で学んだことを思い出そうとする 私は自己練習をするとき、参考になりそうな授業や演習の資料を集めようとする 私は理解をするとき、授業や演習での重要なポイントを自分の言葉で説明できるようにする 新しい練習項目を行うために、これまで身につけた看護技術を生かそうとする 新しい練習項目を行うために、これまでに学んだことや教科書を使って練習を行なう
	リハーサル方略 私は授業や演習で習った大事なポイントを何度も思い出しながら自己練習する 自己練習する内容が退屈でもしろくなくても、技術が身につくまでやりとげる 私は看護技術が身につくように、授業や演習で習ったことの要点をまとめる 自己練習では、看護技術が身につくように何度も繰り返し行う 自己練習では、一度立ち止まって、行ったことをもう一度見直してみる
	注意集中方略 私は自己練習をしているとき、混乱したりわからなくなることがよくある 自己練習のなかで、自分にとって大事なことを理解するのはむずかしい 自己練習のなかで、自分にとって大事なことを身につけるのはむずかしい 練習内容がむずかしいとき、諦めるか、簡単などころだけする
看護技術の習得における自己調整学習方略の動機づけ的側面	整理方略 看護技術の理解のため、私は色のついたペンを使ってノートをとったり、教科書に書き込みをする 看護技術の理解のため、私はノートをきれいにわかりやすくする 私は自己練習しやすいように、練習スペースを整理整頓して練習をする 看護技術を理解するため、私はノートに絵やイラストを入れる
	想像方略 私は看護師になったときのことを想像して自己練習する 私は将来、自分自身のためになると考えて自己練習する 私は自己練習するとき、以前うまくできたことを思い出す
	負担軽減方略 私は自己練習の合間に気分転換をする 私は自己練習のとき、得意なところや好きなところを多く練習する 私は自己練習のとき、得意なところや簡単なところから練習を始める 私は自己練習のとき、あきたら別の部分や別の内容を練習する 私は自己練習のとき、練習の合間に休憩を入れる 私は自己練習のとき、やる気が出るまで待つて気分が乗ったときに練習する 私は自分の知っていることや興味のあることと関連づけて自己練習する 私は身近なものを生かして自己練習する
	めりはり方略 私は練習するときには思いっきり練習して、遊ぶときは思いっきり遊ぶ 私は短時間に集中して自己練習する 私はここまではやるぞと量と時間を決めて自己練習する
	学び合い方略 私は自己練習のとき、友だちと教え合ったりする 私は自己練習のとき、友だちといっしょに練習する 私は自己練習の悩みを人に相談する
	看護技術の習得における自信 看護技術の上達を感じている まわりの人に比べて看護技術はできるほうである 私は看護技術について、与えられた問題や課題をうまくできる自信がある 看護技術の授業ではよい成績がとれるだろう
学業遂行度	勉強する気がおきない 学校の課題やテストは大体こなせている 興味をもてる授業が多い よく理解できない授業が多い 授業を通じて、専門的な知識や技術が増えている 学校の成績は悪くない

[注] 自己調整学習方略の一部の下位尺度名は、検討を重ね表現を見直している。

である。リハーサルは機械的な反復だけでなく、情報の意味を考えながら、あるいは意味による体制化を行いながら情報を繰り返すことである(辰野, 1997, p.22)ため、練習の反復だけでなく要点をまとめることも項目内容に含んでいる。具体的には、「私は授業や演習で習った大事なポイントを何度も思い出しながら自己練習する」「私は看護技術が身につくように、授業や演習で習ったことの要点をまとめる」など5項目4件法である。Cronbachの α 係数

は.704であった。

c. 注意集中方略

自己練習時に重要なことに注意を向ける方略である。具体的には、「私は自己練習をしているとき、混乱したりわからなくなることがよくある(逆転項目)」「自己練習のなかで、自分にとって大事なことを身につけるのはむずかしい(逆転項目)」など4項目4件法である。Cronbachの α 係数は.733であった。

d. 整理方略

ノートの整理の工夫や、自己練習を行いやすいように練習スペースを整えることで動機づけを高める方略である。具体的には「看護技術の理解のため、私は色のついたペンを使ってノートをとったり、教科書に書き込みをする」「私は自己練習しやすいように、練習スペースを整理整頓して練習をする」など4項目4件法である。Cronbachの α 係数は.663であった。

e. 想像方略

ポジティブなイメージを描くことで自己練習への動機づけを高める方略である。具体的には「私は看護師になったときのことを想像して自己練習する」「私は自己練習するとき、以前うまくできたことを思い出す」など3項目4件法である。Cronbachの α 係数は.605であった。

f. 負担軽減方略

負担を減らしながら自己練習への動機づけを高める方略である。具体的には「私は自己練習の合い間に気分転換をする」「私は自己練習のとき、得意な所や簡単なところから練習を始める」「私は自分の知っていることや興味のあることと関連づけて自己練習する」など8項目4件法である。Cronbachの α 係数は.741であった。

g. めりはり方略

自己練習の量と時間にめりはりをつけることで集中力を高める方略である。具体的には「私は練習するときには思いつき練習して、遊ぶときは思いつき遊ぶ」「私はここまではやるぞと量と時間を決めて自己練習する」など3項目4件法である。Cronbachの α 係数は.676であった。

h. 学び合い方略

他者に相談する項目（援助要請）だけでなく、教え合いいっしょに練習することで動機づけを高める方略である。具体的には「私は自己練習のとき、友だちと教えあったりする」「私は自己練習の悩みを人に相談する」など3項目

4件法である。Cronbachの α 係数は.699であった。

2. 看護技術の習得における自信

看護技術の習得における自信は、中学生の教科学習に対する自己効力感尺度（伊藤，2009，pp.35-45）を参考に看護技術の習得に適用できるように修正して作成した。たとえば「私はこれから先、国語が得意であると思う」を、「私はまわりの人に比べて看護技術はできるほうである」と修正して設定した。これに「あなたは看護技術の上達を感じていますか」という看護技術の上達感を測る項目内容を加えた4項目を「あてはまる」「ややあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4件法で測定した。得点が低いほどこれらの概念が高い（強い）ことを示している。

この合成変数のItem-Total (I-T) 相関係数、ならびに1項目削除時のCronbachの α 係数、因子分析による因子負荷量を確認したところ、一定の内的一貫性および因子妥当性がみられた（表2，3）。Cronbachの α 係数は.763という値が得られた（表4）。

3. 学業遂行度

看護学生の看護教育プロセス全般への適応状況を評価するために、学業遂行度尺度（Togari, Yamazaki, Nakayama, Kimura-Yamaki, & Sasaki-Takayama, 2008）を用いた。この尺度の項目は、「勉強する気がおきない（逆転項目）」や「学校の課題やテストはだいたいこなせている」などの6項目で、「あてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の5件法で測定し、点が低いほどこれらの概念が高い（強い）ことを示している。本尺度は一般の大学生の学業への適応状況を測定するために作成されたものである。したがって、本研究で対象としている、短期大学生、専門学校生に

表2 看護技術の習得における自信尺度ならびに学業遂行度尺度の項目分析

(N = 183)

質問内容		全体の Cronbachの α 係数 (標準 化の係数)	各変数の Cronbach の α 係数	各変数の 標準化の 係数	I-T 相関係数
看護技術の 習得におけ る自信	1 看護技術の上達を感じている	.763 (.761)	.783	.784	.406
	2 まわりの人に比べて看護技術はできるほうである		.693	.690	.587
	3 私は看護技術について、与えられた問題や課題をうまく できる自信がある		.678	.676	.616
	4 看護技術の授業ではよい成績がとれるだろう		.658	.655	.648
学業遂行度	1* 勉強する気がおきない	.673 (.667)	.633	.624	.397
	2 学校の課題やテストは大体こなせている		.600	.594	.489
	3 興味をもてる授業が多い		.625	.617	.421
	4* よく理解できない授業が多い		.625	.621	.420
	5 授業を通じて、専門的な知識や技術が増えている		.680	.681	.232
	6 学校の成績は悪くない		.615	.611	.446

[注] *：逆転項目

表3 因子分析結果

(N = 183)

	質問内容	因子負荷量	第1固有値 (寄与率)
看護技術の習得 における自信	1 看護技術の上達を感じている	.454	
	2 まわりの人に比べて看護技術はできるほうである	.680	2.350
	3 私は看護技術について、与えられた問題や課題をうまくできる自信がある	.760	(59%)
	4 看護技術の授業ではよい成績がとれるだろう	.782	
学業遂行度	1* 勉強する気がおきない	.715	
	2 学校の課題やテストは大体こなせている	.404	
	3 興味をもてる授業が多い	.239	2.292
	4* よく理解できない授業が多い	.702	(38%)
	5 授業を通じて、専門的な知識や技術が増えている	.377	
	6 学校の成績は悪くない	.485	

[注] *：逆転項目

表4 本研究における各項目尺度の心理尺度特性

(N = 183)

	項目数	範囲	尺度合計得点の 平均値±標準偏差	Cronbachの α 係数 (標準化 α 係数)
独立変数（看護技術の 習得における自己調整 学習方略）	理解・想起・体制化方略	7	12.9±2.7	.688 (.698)
	リハーサル方略	5	10.0±2.4	.704 (.710)
	注意集中方略	4	14.9±2.3	.733 (.730)
	整理方略	4	8.5±2.4	.663 (.666)
	想像方略	3	6.8±1.8	.605 (.605)
	負担軽減方略	8	19.0±3.9	.741 (.742)
	めりはり方略	3	5.7±1.8	.676 (.673)
	学び合い方略	3	4.4±1.5	.699 (.769)
従属変数	看護技術の習得における自信	4	11.6±2.0	.763 (.761)
	学業遂行度	6	17.8±3.0	.673 (.667)

においても使用可能かを検討するために、I-T相関、ならびに1項目削除時のCronbachの α 係数を確認し一定の内的一貫性と因子妥当性が示された（表2, 3）。Cronbachの α 係数は.673であった（表4）。

4. 対象者の特性

対象者の特性として、練習時間、試験・実習前の練習回数、普段の練習回数、練習人数を調査した。これらは分布を確認したうえで2値変数とした。練習時間については、練習時間0～1時間を練習時間1時間未満の群、練習時間1.2時間～4時間を練習時間1時間以上の群とした。試験・実習前の練習回数については、「週に1回以下」または「週に1～2回」を練習回数週に1～2回未満の群、「週に3～4回」または「毎日」を練習回数週に3～4回以上の群とした。普段の練習回数については、「0回」または「週に1～2回未満」は練習をほとんどしない群、「週に1～2回」または「週に3～4回」または「毎日」を練習時間週に1～2回以上の群とした。練習人数については、「1人で練習する」という回答が0人であったため、「2人で練習する」は2人で練習する群、「3人以上で練習する」は3人以上で練習する群とした。

D. データ分析方法

本研究の分析枠組みを図1に示した。独立変数と従属変

看護技術の習得における
自己調整学習方略
(独立変数)

学習成果
(従属変数)

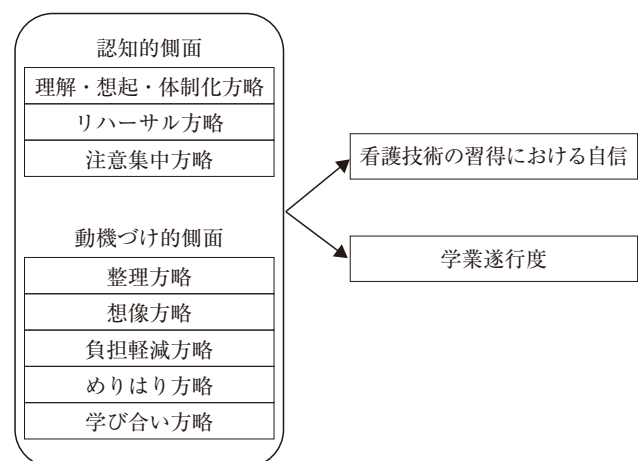


図1 本研究の分析枠組み

数の要因間の関連についてはPearsonの積率相関係数を算出した。調査対象である首都圏の看護短期大学および看護専門学校4施設は、設置主体やカリキュラムが異なることを考慮し、所属校をダミー変数化し制御変数として偏相関分析を行った。なお、参照群はサンプルサイズが大きいB校とした。

続いて、看護技術の習得における自己調整学習方略を独立変数、看護技術の習得における自信および学業遂行度を

従属変数とするモデル1～3から成る階層的重回帰分析を行った。所属校による影響を調整するためモデル1では所属校を投入した。モデル2では認知的側面の自己調整学習方略である「理解・想起・体制化方略」「リハーサル方略」「注意集中方略」を投入した。さらに、モデル3では動機づけの側面の自己調整学習方略である「整理方略」「想像方略」「負担軽減方略」「めりはり方略」「学び合い方略」を投入した。統計解析は“R version 2.15.0”を使用した。RはS言語をオープンソースとして実装し直した統計ソフトウェアで、世界中の専門家が開発に携わっており、さまざまなプラットフォームに対応したフリーソフトウェアである。The R Project for Statistical Computingにより開発され、Comprehensive R Archive Networkより自由にダウンロードすることが可能となっており(The R Foundation, 2016)、各国の研究機関で使用されている。

E. 倫理的配慮

研究対象者へは研究目的・調査方法・調査内容、参加の自由意思、研究協力の是非が成績に影響しないこと、研究のすべてのプロセスにおいてプライバシーの保護およびデータの適切な管理を行うこと、研究協力により対象が得る利益および不利益、結果の公表にあたっては個人が特定される情報は公表しないことを書面および口頭にて説明した。調査票の提出は一定期間設置した鍵のかかる回収箱への個別投函とし、回収箱は固定され移動困難なものを使用した。回収箱は研究者の目にふれない場所とした。調査票への回答をもって参加の同意が得られたと判断した。なお、本研究は東海大学医療技術短期大学研究倫理委員会(承認番号:12-7-01)、研究倫理委員会の設置のない施設については所属長の承認を得て実施した。

II. 結 果

調査票は対象者308名に配布し、回収した185名のうち有効回答が得られた183名(有効回答率59.4%)を分析対象とした。対象施設は看護短期大学2施設、看護専門学校2施設で、各施設別対象者はA校82名、B校110名、C校40名、D校76名であった。そのうち、A校33名(回収率40.2%)、B校90名(81.8%)、C校26名(65.0%)、D校36名(47.4%)、計185名(60.1%)から回答が得られ、うち有効回答人数はA校33名(有効回答率40.2%)、B校90名(81.8%)、C校26名(65.0%)、D校34名(44.7%)であった。

次に対象者の特性として、練習時間については、練習時間1時間未満の群は77名(43.8%)、練習時間1時間以上の群は99名(56.3%)であった。試験・実習前の練習回数については、週に1～2回未満の群は56名(30.6%)、週に

3～4回以上の群は127名(69.4%)であった。普段の練習回数については、練習をほとんどしない群は122名(70.1%)、週に1～2回以上の群は52名(29.9%)であった。練習人数については、2人で練習する群は63名(34.6%)、3人以上で練習する群は119名(65.4%)であった。

A. 偏相関係数と階層的重回帰分析

1. 看護技術の習得における自信

認知的側面の自己調整学習方略を投入したモデル2では「リハーサル方略」($\beta = .177, p < .05$)、「注意集中方略」($\beta = .406, p < .001$)が有意な関連要因であった。偏相関分析で有意な正の相関があった「理解・想起・体制化方略」($r = .218, p < .01$)との関連はみられなかった(表5)。

動機づけの側面の自己調整学習方略を投入したモデル3では認知的側面の「注意集中方略」($\beta = .357, p < .001$)、動機づけの側面の「めりはり方略」($\beta = .195, p < .05$)が有意な関連要因であった。「注意集中方略」は強い関連が残っていた。偏相関分析で有意な正の相関があった「想像方略」($r = .190, p < .05$)、「学び合い方略」($r = .162, p < .05$)との関連はみられず、モデル2で有意な関連のあった「リハーサル方略」は関連がみられなくなった(表5)。

2. 学業遂行度

認知的側面の自己調整学習方略を投入したモデル2では「理解・想起・体制化方略」($\beta = .166, p < .05$)、「リハーサル方略」($\beta = .201, p < .05$)が有意な関連要因であった。偏相関分析で有意な正の相関があった「注意集中方略」($r = .148, p < .05$)との関連はみられなかった(表6)。

動機づけの側面の自己調整学習方略を投入したモデル3では「整理方略」($\beta = .250, p < .001$)、「想像方略」($\beta = .157, p < .05$)が有意な関連要因であった。偏相関分析で有意な正の相関があった「めりはり方略」($r = .187, p < .05$)、「学び合い方略」($r = .197, p < .01$)との関連はみられず、モデル2で有意な関連のあった「理解・想起・体制化方略」「リハーサル方略」との関連がなくなった(表6)。

III. 考 察

1. 看護技術の習得における自信に関連する自己調整学習方略

看護技術の習得における自己調整学習方略との偏相関分析において看護技術の習得における自信は「整理方略」「負担軽減方略」以外の6つの自己調整学習方略と相関がみられた。このことから、「整理方略」「負担軽減方略」以外の自己調整学習方略を使用する学生は、看護技術の習得における自信を高く評価していることがわかる。「整理方

略」は練習の下準備に関する方略であり、初等中等教育においては、整理方略を含む内発的調整方略の重要性が示されている（伊藤，2009，pp.44-50）。他方で、本研究の結果より、看護技術の習得における自己調整学習方略としての整理方略は、看護技術の習得における自信とは直接的にも間接的にも関連がみられないことが明らかになった。

階層的重回帰分析で認知的側面の自己調整学習方略を投

入したモデル2において、看護技術の習得における自信の高さに関連していたのは「注意集中方略」、次いで「リハーサル方略」であり、偏相関分析で有意な正の相関があった「理解・想起・体制化方略」との関連はみられなくなった。このことから、理解を促し既習内容をまとめながら練習する「理解・想起・体制化方略」を使用している学生ほど、練習時に注意力・集中力を働かせる「注意集中方

表5 看護技術の習得における自己調整学習方略尺度の看護技術の習得における自信への関連性に関する階層的重回帰分析および偏相関

(N = 183)

		モデル1		モデル2		モデル3		看護技術の習得における自信	
		標準化偏 回帰係数	p値	標準化偏 回帰係数	p値	標準化偏 回帰係数	p値	偏相関係数	p値
所属施設*	A校	-.138	.078	-.093	.193	-.067	.345		
	C校	-.116	.138	-.054	.438	-.061	.389		
	D校	-.124	.114	-.044	.542	-.012	.870		
認知的側面	理解・想起・ 体制化方略			.124	.114	.083	.302	.218	.004
	リハーサル方略			.177	.025	.142	.091	.271	< .001
	注意集中方略			.406	< .001	.357	< .001	.414	< .001
動機づけの 側面	整理方略					-.004	.955	.108	.149
	想像方略					.093	.200	.190	.011
	負担軽減方略					.014	.857	.057	.449
	めりはり方略					.195	.011	.332	< .001
	学び合い方略					-.005	.948	.162	.031
決定係数		.029		.260		.306			
自由度調整 済決定係数		.012	.160	.234	< .001	.260	< .001		

[注] *：所属施設は該当 = 1，非該当 = 0 とし，B校を参照群とした。

表6 看護技術の習得における自己調整学習方略尺度の学業遂行度への関連性に関する階層的重回帰分析および偏相関

(N = 183)

		モデル1		モデル2		モデル3		学業遂行度	
		標準化偏 回帰係数	p値	標準化偏 回帰係数	p値	標準化偏 回帰係数	p値	偏相関係数	p値
所属施設*	A校	-.178	.024	-.152	.044	-.153	.037		
	C校	.006	.936	.023	.761	.041	.576		
	D校	-.095	.226	-.080	.290	-.112	.139		
認知的側面	理解・想起・ 体制化方略			.166	.046	.090	.275	.276	< .001
	リハーサル方略			.201	.016	.100	.242	.307	< .001
	注意集中方略			.142	.051	.124	.101	.148	.048
動機づけの 側面	整理方略					.250	.001	.336	< .001
	想像方略					.157	.035	.263	< .001
	負担軽減方略					-.095	.221	-.005	.948
	めりはり方略					.046	.557	.187	.012
	学び合い方略					.033	.671	.197	.008
決定係数		.034		.165		.252			
自由度調整 済決定係数		.017	.106	.136	< .001	.202	< .001		

[注] *：所属施設は該当 = 1，非該当 = 0 とし，B校を参照群とした。

略」, 要点をまとめながら繰り返し練習する「リハーサル方略」を使用し, 看護技術の習得を高く評価し自信をもっていることが示唆された。技術習得の第1段階である認知段階は, 課題の性質を理解し, いかにすべきかを考える認知的な段階であり(今田, 2000, p.186), 動作中ずっと自分自身を言語的に指導し, この活動は非常に注意力を必要とする特徴がある(Schmidt, 1991/1994)。看護技術を学び始めた学生は, 既習の知識をもとに, 言語的な意識を動作に向けながら反復練習を行い, 看護技術を習得していることが考えられる。

認知的側面の自己調整学習方略に動機づけの側面を加えたモデル3において, 看護技術の習得における自信の高さに関連していたのは「注意集中方略」, 次いで「めりはり方略」であり, モデル2で関連のあった「リハーサル方略」は関連がみられなくなった。このことから, 「リハーサル方略」は「めりはり方略」を介して技術の習得における自信に関連していることが考えられる。「リハーサル方略」は看護技術が身につくように何度も繰り返し練習する方略であり, 「めりはり方略」の項目内容は「短期間に集中した自己練習」「量と時間を決めた自己練習」である。練習を繰り返すことで練習量と時間にめりはりをつけた自己練習を身につけていることが考えられ, 反復練習はこのような効率的な方略の獲得を促し看護技術の習得における自信を高めることが示唆された。今回, 普段練習をほとんどしない群が122名(70.1%)であるのに対し, 試験・実習前の練習回数が週に3~4回以上の群が127名(69.4%)であり, ほとんどの学生は普段は自己練習せず, 試験・実習前に集中して練習していた。このような背景からも, 学生が反復練習に効率性を求めたことが読みとれる。

「注意集中方略」はモデル3でも強い関連が残っており, 偏相関分析で有意な正の相関があった「想像方略」「学び合い方略」との関連はみられなくなった。「注意集中方略」は動機づけの側面の方略を投入しても独自の影響力が残っていることから, 直接的に看護技術の習得における自信に関連している。このことから, 看護技術の習得における自信を高めるためには注意力・集中力を働かせることが重要であることが考えられる。

看護技術の習得には知的技能や精神運動技能を含む総合的なプロセスが含まれるが, 今回扱った看護技術の習得における自信は, 知的技能や精神運動技能の向上を示す客観的データをふまえておらず, 学生本人が感じている自信という範囲にとどまっている。したがって, 看護技術の習得を示す客観的指標についても今後着眼し検討していく必要がある。

2. 学業遂行度に関連する自己調整学習方略

学業遂行度は, 学生の学業への適応状況を評価している

尺度である(Togari, et al., 2008)。看護技術の習得における自己調整学習方略との偏相関分析では, 学業遂行度は「負担軽減方略」以外の7つの自己調整学習方略と相関がみられた。このことから, 「負担軽減方略」以外の自己調整学習方略を使用する学生は, 学業全体が良好に進んでいる手ごたえを得て, 看護教育への適応がみられているといえる。

「負担軽減方略」は看護技術の習得における自信および学業遂行度の両者と関連がみられなかった。これは, 「負担軽減方略」が練習や課題自体に積極的に取り組んでいくというよりは, 学習上の負担をうまくかわす外発的動機づけに関する方略(伊藤, 2009, p.47)であり, 看護教育においてこの方略は学習成果に直接つながらないことが考えられる。

階層的重回帰分析で認知的側面の自己調整学習方略を投入したモデル2において, 学業遂行度の高さに関連していたのは「リハーサル方略」, 次いで「理解・想起・体制化方略」であった。動機づけの側面を加えたモデル3では, 「リハーサル方略」「理解・想起・体制化方略」の有意な関連がみられなくなり, 学業遂行度の高さに関連していたのは「整理方略」, 次いで「想像方略」であった。「リハーサル方略」「理解・想起・体制化方略」は「整理方略」「想像方略」を介して学業遂行度に影響していることが考えられる。したがって, 既習内容を思い起こし関連づけ反復練習する学生ほど, ノートや練習スペースを整える「整理方略」やプラスのイメージを描いて動機づけを高める「想像方略」を使用し, 看護基礎教育のプロセスに適応していることが示唆された。

3. 自己調整学習方略の認知的側面と動機づけの側面の機能差

認知的側面の自己調整学習方略は認知活動自体を効率化することで, 学業成績を直接的に規定していること, また, 動機づけの側面の自己調整学習方略は, 動機づけを調整することで学習への粘り強い取り組みを促し, その結果, 学業成績が向上することが指摘されている(伊藤, 2009, p.24)。今回, 看護技術の習得における自己調整学習方略と看護技術の習得における自信との関連では, 認知的側面の方略は直接的にも間接的にも看護技術の習得における自信を高めていた。また, 看護技術の習得における自己調整学習方略と学業遂行度との関連では, 認知的側面の方略は動機づけの側面の方略を介して間接的に学業遂行度を高めていた。このような認知的側面と動機づけの側面の機能差について, 伊藤は「持続性の欠如」や「思考力」を指標とした場合, 動機づけの側面の自己調整学習方略は持続性のような側面に影響を与えるが, 認知的側面の自己調整学習方略は, 思考力のような成果指標に対して影響を及ぼしている可能性を示唆している(2009, pp.50-59)。看

看護技術の習得や学業遂行を指標とした本研究では、認知的側面の方略は看護技術の習得における自信を高めることにつながり、動機づけの側面の方略の使用が学業全体を良好にするという特徴が見出された。看護技術の習得における自信を看護技術の習得状況の自己評価と考えると、看護技術を習得するためには認知的側面の方略の使用が欠かせないと考ええる。また、認知的側面の方略だけでは看護基礎教育への適応は促せず、動機づけを維持・調整する動機づけの側面の方略への働きかけが重要であると考ええる。

IV. 本研究の理論的・実践的示唆

本研究から得られる理論的示唆は、自己調整学習方略尺度と学習成果の関係から自己調整学習方略の活用を促進する方策が示されたことである。実践的示唆は、認知的側面の自己調整学習方略と動機づけの側面の自己調整学習方略の機能差をふまえた学生の自己学習指導が行えること、学習方略の特徴をふまえた教育プログラムの開発が期待できることである。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題としては、本研究は同意の得られた看護短期大学および看護専門学校の4施設で行われた調査であることから、対象に偏りがあることは否めず、得られた結果も限定されているといえる。なかでもB校は他の施設に比べ回収率が高く、本文では言及していないが群間比較により他の施設に比べ有意に高い得点がみられた。したがって、首都圏以外の学生の自己練習状況に対する正確な情報を収集し、地域間での再現性の確認と、4年生大学の学生を対象とした結果の再現性と相違の検討が必要である。本研究の調査項目では、アウトカムに看護技術の習得を示す客観的データはふまえておらず、自己調整学習方略のアウトカム評価に客観的データを含めていく必要がある。また、今回の調査は横断研究であり、個々の変化の把握ができていない。よって、今後は縦断的な調査を行い、自己調整学習方略を高める教育プログラムによる変化

の把握が必要である。さらに、今回の調査は自己練習状況を想起するかたちでの回答となっており結果の希薄化が生じた可能性がある。より学生の実態に即した結果が得られるよう調査時期の見直しが課題である。

結 論

看護技術の習得における自己調整学習方略のうち、認知的側面の方略と動機づけの側面の方略両者の看護技術の習得における自信および学業遂行度に対する関連性について検討したところ大きく以下の2点が明らかとなった。

第1に、看護技術の習得における自己調整学習方略と看護技術の習得における自信との関連では、練習を繰り返す「リハーサル方略」を使用する学生ほど、自己練習の量と時間にめりはりをつける「めりはり方略」を使用して看護技術の習得における自信を高めていること、また、課題に対する注意・集中を高める「注意集中方略」を使用して看護技術の習得における自信を高めていることが示された。

第2に、看護技術の習得における自己調整学習方略と学業遂行度との関連では、「リハーサル方略」「理解・想起・体制化方略」を使用している学生ほど、ノートや練習スペースを整える「整理方略」やプラスのイメージを描いて動機づけを高める「想像方略」を使用し、看護基礎教育への適応をみせていることが示された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました学生および教員の皆さまに感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

看護技術の習得における自己調整学習方略のうち、認知的側面の方略と動機づけの側面の方略両者の看護技術の習得における自信および学業遂行度に対する関連性について検討することを目的に、首都圏における看護短期大学および看護専門学校4施設の2年次生308名に調査を行った。階層的重回帰分析の結果、看護技術の習得における自己調整学習方略と看護技術の習得における自信との関連では、練習を繰り返す「リハーサル方略」を使用する学生ほど、練習の量と時間にめりはりをつける「めりはり方略」を使用して看護技術の習得における自信を高めていることが示された。学業遂行度との関連では、「リハーサル方略」や既習内容を想起し関係づける「理

解・想起・体制化方略」を使用している学生ほど、学習環境を整える「整理方略」やポジティブなイメージをする「想像方略」を使用し、学業全体を良好に進めていることが示された。

Abstract

The objective of this study was to investigate the relationship of self-regulated learning strategies to confidence and academic performance in nursing skills acquisition, specifically strategies from the two aspects of cognition and motivation. We conducted a survey on 308 second-year students at four nursing junior colleges and nursing vocational schools in the Greater Tokyo Area. The results of hierarchical multiple regression analysis showed that, with regard to the relationship between self-regulated learning strategies and confidence in nursing skills acquisition, students who used the “rehearsal strategy”, which involves repeated practice, were more likely to gain confidence in nursing skills acquisition by using the “variation strategy”, in which the amount and duration of practice are varied. As for relationships to academic performance, students who used the “rehearsal strategy” and the “understanding/recall/organization strategy”, in which previously learned contents are recalled and their relationships determined, were more likely to use the “arrangement strategy”, in which the learning environment is arranged, and the “imagination strategy”, in which positive images are visualized, and to thereby make good progress in overall academics.

文 献

- Fitts, P. M. and Posner, M. I. (1967)／関 忠文, 野々村 新, 常盤 満 (1981). 作業と効率. 25-29, 東京: 福村出版.
- 服部恵子, 藤尾麻衣子, 小元まき子, 宮脇美保子, 島田千恵子, 永野光子 (2006). 看護技術の習得過程におけるビデオ活用の効果. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 2(1), 110-115.
- 林 智子 (2004). 看護学生の看護技術の習得に関する因果モデル構築の試み. 岡崎女子短期大学研究紀要, 37, 27-35.
- 久田雅紀子, 種田ゆかり, 井村香積 (2011). 基礎看護技術の習得に向けた看護学生の自己学習一プレテストとチェックリストを導入して一. 三重看護学誌, 13, 63-71.
- 今田 寛 (2000). 運動技能の学習. 今田 寛 (編), 学習の心理学. 東京: 放送大学教育振興会.
- 稲葉佳江, 花岡真佐子 (2000). 看護技術の概念の検討: 看護学教科書からみたその変遷と発達. 教授学の探究, 17, 65-88.
- 井野恭子 (2009). 看護技術の習得を促す教育方法の検討: 筋肉内注射における反復練習の有効性. 相山女学園大学看護学研究, 1, 27-31.
- 伊藤崇達 (2009). 自己調整学習の成立過程: 学習方略と動機づけの役割. 京都: 北大路書房.
- 岩屋裕美 (2013). 看護技術の習得における自己調整学習方略尺度開発の試み—首都圏の看護短期大学および看護専門学校の学生を対象とした調査より—. 放送大学大学院修士論文.
- 岩屋裕美 (2015). 看護技術の習得における自己調整学習方略尺度開発の試み. 放送大学大学院教育研究成果報告 Open Forum, 11, 28-29.
- 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> (検索日 2015年 4月 1日)
- 工藤和俊 (2006). 反復練習と協応構造. 麓 信義 (編), 運動行動の学習と制御—動作制御へのインターディシプリナリー・アプローチ—. 76, 東京: 杏林書院.
- 三河聡子, 廣瀬信子, 齋藤孝子, 富澤美幸, 赤枝寛子, 後藤恭一 (2011). 基礎看護学領域における学生の主体的学習能力獲得への支援 (第2報). 共立女子短期大学看護学科紀要, 6, 65-69.
- 岡田いづみ (2007). 学習方略の教授と学習意欲: 高校生を対象にした英単語学習において. 教育心理研究, 55(2), 287-299.
- Pintrich, P. R. and De Groot, E. V. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *J Educ Psychol*, 82(1), 33-40.
- The R Foundation (2015). The R Project for Statistical Computing. <http://www.r-project.org> (検索日 2016年 3月 7日)
- 佐藤 純, 新井邦二郎 (1998). 学習方略の使用と達成目標及び原因帰属との関係. 筑波大学心理学研究, 20, 115-124.
- Schmidt, R. A. (1991)／乾 信之 (1994). 練習計画のための準備と戦略. 調枝孝治 (監訳), 運動学習とパフォーマンス: 理論から実践へ. 175, 東京: 大修館書店
- 関谷由香里, 青木光子, 岡田ルリ子, 酒井淳子, 徳永なみじ, 岡部喜代子 (2008). 基礎看護技術の自己学習プログラムに関する研究. 日本看護学教育学会誌, 18(1), 55-63.
- 瀬尾美紀子, 植阪友理, 市川伸一 (2008). 学習方略とメタ認知. 三宮真智子 (編), メタ認知: 学習力を支える高次認知機能. 57, 京都: 北大路書房.
- 菅原真優美, 小山聡子, 倉井佳子, 佐藤信枝, 中野 充, 南雲秀雄 (2004). 看護技術の自己学習を目的とした動画ストーリーミング教材の製作と評価. 新潟青陵大学紀要, 4, 123-135.
- 田畑邦治 (2005). 人間の尊厳にもとづく看護技術. 坪井良子, 松田たみ子 (編), 基礎看護学: 考える基礎看護技術 I [第3版] 看護技術の基本. 5, 東京: スーヴェルヒロカワ.
- 辰野千尋 (1997). 学習方略の心理学: 賢い学習者の育て方. 東京: 図書文化社.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Nakayama, K., Kimura-Yamaki, C., and Sasaki-Takayama, T. (2008). Construct validity of Antonovsky's sense of coherence: Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Jpn J Health Human Ecol*, 74(2), 71-87.
- 薄井担子 (2002). 看護技術とはどのようなものか. 薄井担子, 小玉香津子, 三瓶真貴子, 系統看護学講座専門分野 2: 基礎看護学 2: 基礎看護技術 2. 13-15, 東京: 医学書院.
- 安酸史子 (2015). 経験型実習教育: 看護師をはぐくむ理論と実践, 6-10, 東京: 医学書院.

〔平成27年11月6日受 付〕
〔平成29年 6月27日採用決定〕

診療報酬算定外サービスの訪問看護により 支えられる重症児の特徴と課題

Features and Issues of Severe Children Supported by Visiting Nursing of Services
Not Calculated for Medical Treatment Fees

遠 渡 絹 代 ¹⁾	泊 祐 子 ¹⁾	部 谷 知佐恵 ¹⁾	市 川 百香里 ¹⁾
Kinuyo Endo	Yuko Tomari	Chisae Toriya	Yukari Ichikawa
岡 田 摩 理 ¹⁾	竹 村 淳 子 ¹⁾	赤羽根 章 子 ¹⁾	
Mari Okada	Junko Takemura	Akiko Akabane	

キーワード：訪問看護，重症心身障がい児，診療報酬

Key Words：visiting nursing, severe disabled child, medical treatment fee

I. はじめに

医療技術の進歩等を背景として，NICU等に長期間入院した後，引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し，たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障がい児（以下，医療的ケア児）が増加している。NICU等から在宅生活への移行やその後の在宅生活の継続に際しては，病院，在宅医療，訪問看護等の医療サービスと児童発達支援施設，訪問介護等の福祉サービスとの連携が生活の幅をつくり家族の負担を軽減することにつながる。障がい児支援を進めるにあたっては，障がい児を育てる家族の支援も重要である。障がい児に対する各種の支援自体が，家族の支援の意味ももつものであるが，障がい児を育てる家族に対して，発達の各段階に応じて障がい児の「育ち」や「暮らし」を安定させることを基本においていねいな支援を行うことにより，当の障がい児自身にもよい影響を与えることが期待される。これまでは家族支援という一般的なには保護者の支援が想定されるケースが多かったが，障がい児が育つ家族全体のことを考えると，障がい児のきょうだいの支援という観点も重要である（厚生労働省，2014）。

しかし，障がい児支援については，一般的には複数の児童が集まる通所による支援が成長にとって望ましいと考えられるため，現状では，重度の障がい等のために外出が著しく困難な障がい児の発達支援を受ける機会が提供されていない（厚生労働省，2016b）。

在宅で生活する重症児に対するサービスのなかで，訪問看護は，送迎を必要とせず，重症児の年齢を問わず継続して利用ができ，長期にわたって支援が可能であり，環境の

変化に柔軟に対応することが困難な重症児にとって，日常生活の場である自宅での支援を行うことができる（杉山・中村・佐藤，2014）。

重症児に対するサービスは，1994年の高齢者以外の訪問の開始によって始まった（日本看護協会，2011）。高齢者への訪問看護サービスの始まりであり，重症児への訪問看護の提供はどこの事業者でも可能とは考えにくい。2008年の全国2,500か所の訪問看護ステーション（以下，訪問看護St）を対象とした調査では，重症児への訪問看護提供の方針が「原則，提供可」が52.1%，「条件付き」が25.8%，「原則，不可」が17.8%であり，1か月間に重症児の訪問看護を提供した事業所が18.3%という結果であった（杉山ら，2014）。重症心身障がい児を在宅で支援する医療体制の整備について，地域差があると考えられる（厚生労働省，2016a）。受け入れる訪問看護Stが十分でないなかで，一部の訪問看護Stが診療報酬に算定はできないが重症児と家族に必要な支援を行い在宅での生活を支えている。しかし，実際に訪問看護Stが行っている診療報酬算定外の支援についての報告は少ない。

そこで，障がい児の支援をしている訪問看護Stが行っている診療報酬に算定できない支援内容に焦点をあて，訪問看護における重症児の特徴と問題を明らかにすることとした。このことは，訪問看護師が重症児の特徴を把握しやすくなることや，重症児への訪問看護の必要性や特徴を周知する機会となる。

1) 日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance

Ⅱ. 研究の目的

訪問看護Stが行っている「診療報酬に算定できない支援内容」に焦点を当て、訪問看護からみる重症児の特徴と問題を明らかにすることとした。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究法を用いた。

2. 研究協力者

岐阜県内の障がい児の訪問看護を実施している訪問看護Stのうち、時間を延長して支援を行うことがあると回答した訪問看護Stで施設管理者から同意の得られた10か所とした。

3. データ収集期間

平成27年12月から平成28年2月。

4. データの収集方法

インタビュー協力者の施設管理者が勤務する各事業所に Outreach して、研究者が直接、研究の主旨、面接の概要と所要時間、倫理的配慮について口頭と文書で説明した。施設管理者にインタビューガイドを用いた半構造的面接を行った。施設管理者には事前にインタビューの内容に関する聞き取りシートを提示した。

次に算定外の訪問看護を行ったケースについては1事例ごとに、重症度スコア、年齢、医療的ケアの内容、障がい名、契約内容、定期訪問や臨時訪問で超過した時間や理由、その他算定できなかった内容を聞き取った。

面接時間約1時間程度で、面接内容は許可を得て録音およびメモにより記録した。

5. 分析方法

面接終了後に訪問看護Stごとに逐語録を作成した。逐語録を研究メンバー間で熟読したあと、診療報酬算定外サービス提供している内容の語りの部分を、1文脈ごとに抽出した。文脈ごとに意味の内容を研究メンバー間で確認しながら、コード化した。それらのコードから類似するコードを集めてサブカテゴリとし、さらにそれらの意味の共通性からカテゴリを作成した。

分析にあたっては、各段階ごとに研究者間で議論し確認を繰り返し、真実性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究協力依頼施設および研究協力者に対して、協力依頼の際に、研究目的、方法、研究協力に伴う利益、不利益、研究参加の自由、匿名性の保護、データの取り扱い、結果の公表などについて、文書と口頭で説明し、書面にて同意を得た。なお、調査にあたり大阪医科大学研究倫理審査委員会（承認番号：1807）の承認を得た後に実施した。

Ⅳ. 結 果

1. 訪問看護Stの概要

10か所の概要は、協会立、医師会、有限会社、法人であった。リハビリスタッフがいる訪問看護Stは7か所あり、3か所は看護師のみであった。算定外の訪問を実施していた訪問看護Stは6か所であったが、30分程度の超過訪問はどの訪問看護Stも行っていた。

訪問看護のなかで、診療報酬算定外長時間を超えてのサービスを実施しなければならなかった小児は人工呼吸器を必要としている医療依存度の高いケースであった。

2. 重症児の訪問看護における特徴と課題

算定外のサービスの訪問をしている事例の聞き取り内容を分析した結果、在宅重症児の特徴と訪問看護における課題（問題）の2つに分類できた。

在宅重症児の特徴は、208のコードを抽出し、コード内容を類似性に従って4カテゴリ、9サブカテゴリが抽出された。重症児の課題は、170のコードから3カテゴリ、7サブカテゴリが抽出された。

以下、カテゴリ《 》，サブカテゴリを【 】、コードを「 」で表記した。

a. 在宅重症児の特徴

在宅重症児の特徴には表1に示したように、《障がい児の特性》《高度な知識や技術が必要》《家族支援》と《多職種連携》の4カテゴリで構成された。

以下、カテゴリごとに説明する。

(1) 《障がい児の特性》

このカテゴリのなかには【個別性が強い】【成長発達に伴い支援内容が変化する】と【急な体調変化】の3つのサブカテゴリが見出された。【個別性が強い】には、「個に応じた手技の獲得を複数の看護師が身につける必要性」「小児の訪問看護は受け入れ準備に時間を要する」「調整内容が多く導入時の会議が複数回になる」といった内容があった。【成長発達に伴い支援内容が変化する】には、「最初は自発呼吸、途中から人工呼吸器」「成長に伴い変化する支援回数」といった内容があり、【急な体調変化】には、「重症児は予定以外の緊急事態が起こり得る」「緊急時も依頼

はなくすぐに救急搬送」といった内容があった。

(2) 《高度な知識や技術が必要》

このカテゴリのなかには、【ケアの困難さ】と【訪問看護師の教育の必要性】の2つのサブカテゴリが見出された。

【ケアの困難さ】には、「複数の看護師や医師と協働しなければ安全が確保できない高度なケアを行う児の存在」「人工呼吸器をつけた子どもの生活支援」「医療依存度が高い」といった内容があった。【訪問看護師の教育の必要性】には、「成長発達もみていく必要がある」「重症児の訪問看護スキルは時間がかかる」「小児の専門性」といった内容

があった。

(3) 《家族支援》

このカテゴリのなかには、【きょうだい支援】【家族の価値観への対応】と【家族の生活支援】の3つのサブカテゴリが抽出された。

【きょうだい支援】には、「母親がきょうだいの学校行事に参加するための訪問看護による見守り」「きょうだいの遊びなど断れない家族へのかかわりがある」「きょうだいの学校行事で休日に長時間対応をした」といった内容があった。【家族の価値観への対応】には、「子どもをみるよ

表1 算定外サービスの訪問看護を必要とする重症児の特徴

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
障がい児の特性	個別性が強い (21)	小児の訪問看護は受け入れ準備に時間を要する
		個に応じた手技の獲得を複数の看護師が身につける必要性
		入院中の状態の確認が必要
		調整内容が多く導入時の会議が複数回になる
		困難事例は、頻回の職場内カンファが必要
	成長発達に伴い支援内容が変化する (7)	成長に伴い変化する支援回数
高度な知識や技術が必要	ケアの困難さ (29)	最初は自発呼吸、途中から人工呼吸器
		夜間に緊急対応することが少ない(救急車での受診となるので)
		重症児は予定以外の緊急事態が起り得る
		緊急時も依頼はなくすぐに救急搬送
		人工呼吸器をつけた子どもの生活支援
	訪問看護師の教育の必要性 (15)	頻回の訪問看護の希望
家族支援	家族の価値観への対応 (39)	医療依存度が高い
		複数の看護師や医師と協働しなければ安全が確保できない高度なケアを行う児の存在
		頻繁な観察を要する乳児には症状に見合った訪問回数が必要
		重症児の訪問看護スキルは時間がかかる
		小児の専門性
	家族の生活支援 (46)	成長・発達もみていく必要がある
多職種連携	きょうだい支援 (16)	子どもをみるより親の子どもの見方を優先する
		家族関係を重視する
		看護師による質の高いケアを希望する家族
		母親がスタッフを選択する
		公費負担のため家族の意識が低い
	多職種連携 (26)	家族の都合で急にキャンセルする
		親の意向に沿った訪問
		訪問看護師は生活支援者
		子どもの重症度より親とのコミュニケーションを大事にする
		母親の体調不良時に長時間訪問の依頼があった
		配偶者不在時の休日に訪問看護の依頼がある
		母親の相談を受け時間が長引く
		きょうだいの学校行事で休日に長時間対応をした
		母親がきょうだいの学校行事に参加するための訪問看護による見守り
		きょうだいの遊びなど断れない家族へのかかわりがある
		小児は病院からの連絡や働きかけがない
		相談員との連携・相談不足
		親を通じて連携をとらざるを得ない
		たくさんさんの医療機関を受診している
		複数の訪問看護Stがかかわっている

り親の子どもの見方を優先する」「親の意向に沿った訪問」といった内容があった。【家族の生活支援】には、「母親の相談を受け時間が長引く」「訪問看護師は生活支援者」といった内容があった。

(4) 《多職種連携》

このカテゴリのなかには1つのサブカテゴリがあり、【多職種との連携が必要】には「たくさんの医療機関を受診している」「親を通じて連携をとらざるを得ない」「複数の訪問看護Stがかかわっている」「相談員との連携・相談不足」「小児は病院からの連絡や働きかけがない」という内容があった。

以上の重症児の特徴のカテゴリ間の関係性を図1に示した。

b. 重症児の訪問看護における課題

重症児の訪問看護における課題は、《制度上の課題》、《地域による体制のばらつき》と《看護師不足》の3つのカテゴリで構成された(表2)。

(1) 《制度上の課題》

このカテゴリのなかには、【時間を延長する支援内容】【算定できない支援内容】【多職種連携のむずかしさ】の3つのサブカテゴリが見出された。【時間を延長する支援内容】には、「母親の相談に応じることも多く時間内に終わらない」「休日にも長時間訪問看護の依頼がある」といった内容があった。【算定できない支援内容】には、「3回以上の退院時の調整は、持ち出しとなる」「重症度が高いほ

ど算定できない会議などが多い」「同日に複数の訪問看護Stが入った場合にとれない訪問看護料」といった内容があった。【多職種連携のむずかしさ】には、「退院カンファレンスに参加しない医師との連携のむずかしさ」「小児は病院からの連絡や働きかけがない」「児の全体をとらえて客観的に調整する専門家の不在」といった内容があった。

(2) 《地域による体制のばらつき》

このカテゴリのなかには、【医師不足】と【地域格差】の2つのサブカテゴリが見出された。

【医師不足】には「小児の訪問診療医の不足」「クリニックに脳性麻痺の子どもの診る医師がいない」「在宅で小児を診る小児科医の不足」といった内容があった。【地域格差】には「小児を受け入れる施設の不足」「距離が遠くても訪問しなければならない」「退院直後は施設のレスパイトを断られる」といった内容があった。

(3) 《看護師不足》

このカテゴリのなかには、【医療的ケア習得困難】と【精神的負担が大きい】の2つのサブカテゴリで構成された。【医療的ケア習得困難】には、「母親からケアを引き継ぐ」「母親の子どもに対するケアに心配がある」「情報や求める内容が家族からなので、よくわからず、母親との関係づくりに時間がかかる」といった内容があった。【精神的負担が大きい】には「医療依存度が高いことに対する抵抗感」「経験を積むことでしか身につけることができない部分がある」「母親との人間関係の構築がむずかしい」と

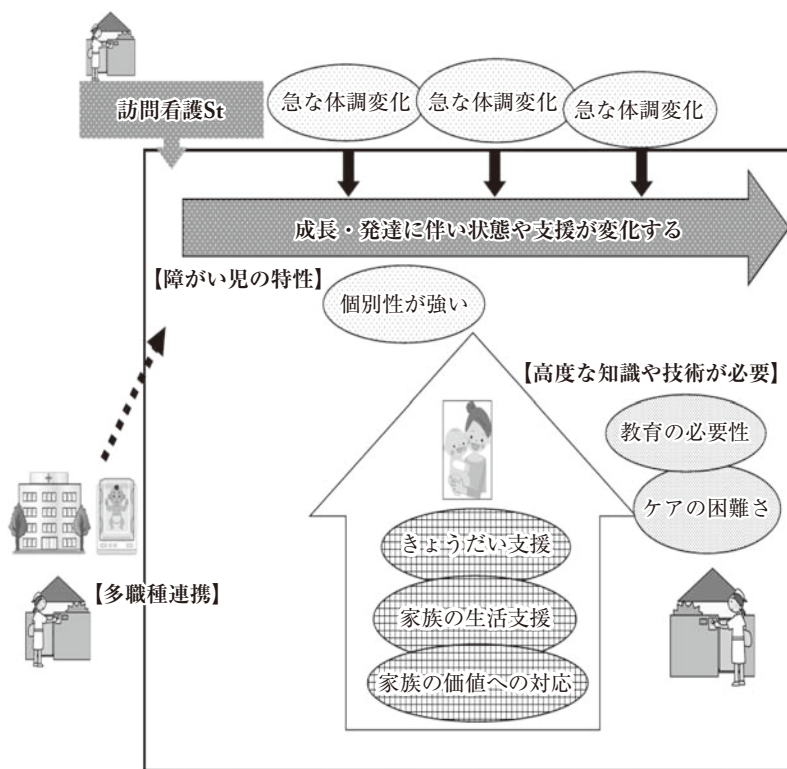


図1 診療報酬算定外サービスの訪問看護を受ける重症児の特徴

表2 重症児の訪問看護実践のための課題

カテゴリ		コード
制度上の課題	時間を延長する支援内容 (19)	休日にも長時間訪問看護の依頼がある
		母親の相談に応じることも多く時間内に終わらない
		長時間の訪問看護
		超過分が請求できない医療保険による小児の訪問
		超重症児に時間がとられ、他児の訪問に行けない
		時間内に終わらない
	算定できない支援内容 (80)	3 回以上の退院時の調整は、持ち出しとなる
		重症度が高いほど算定できない会議などが多い
		同日に複数の訪問看護 St が入った場合にとれない訪問看護料
地域による体制のばらつき	多職種連携のむずかしさ (22)	退院カンファレンスに参加しない医師との連携のむずかしさ
		多数の利用者を抱える計画相談員への高度な医療に関する相談の躊躇
		小児は病院からの連絡や働きかけがない
	医師不足 (13)	児の全体をとらえて客観的に調整する専門家の不在 (サービスの調整を訪問看護 St が行っている現状)
		小児の訪問診療医の不足
		クリニックに脳性麻痺の小児を診る医師がいない
看護師不足	地域格差 (8)	在宅で小児を診る小児科医の不足 (西濃地区)
		小児を受け入れる施設の不足
		距離が遠くても訪問しなければならない
	医療的ケア習得困難 (6)	退院直後は施設のレスパイトを断られる
		母親からケアを引き継ぐ
		母親の子どもに対するケアに心配がある
		情報や、求める内容が家族からなので、よくわからず、母親との関係づくりに時間がかかる
	精神的負担が大きい (22)	医療依存度が高いことに対する抵抗感
		困ったときでも携帯で聞くことしかできない
		1 人で看ることによる問題
		経験を積むことでしか身につけることができない部分がある
		母親との人間関係の構築がむずかしい

いった内容があった。

以上の重症児の訪問看護における課題の関係性のカテゴリを図2に示した。

V. 考 察

1. 重症児と家族を支える訪問看護

訪問看護師は、全身状態の観察や医療的ケアの実施など医学的管理のみならず、児の発達支援や介護者の負担軽減、母親の育児相談にのるなど家族支援を行っている(杉山ら, 2014)。本調査においても、【家族の生活支援】【きょうだい支援】といった家族支援に関する内容が抽出された。家族支援に関しては、障がいのある児が産まれてから、一度も旅行に行けなかった家族が、訪問看護を利用し、自宅で長時間障がい児をみてもらえることで、初めて家族旅行に行け、姉たちがとても喜んだ。きょうだい児の運動会や授業参観など学校行事に参加できる。母親の体調不良時には、父親からの依頼があり訪問してケアを行うな

ど訪問看護師の存在が重症児と家族を支えていた。訪問看護師は、介護者の体調不良による急な依頼、学校行事や家族の病院受診など【時間を延長する支援内容】があるにもかかわらず、訪問看護 St 内で調整を行うことで時間を延長し主介護者である家族が自宅に戻ってくるまで重症児のケアを行っていた。また、決められた人数以上での訪問や、指示された時間や回数を超える訪問は【算定できない支援内容】であるが、訪問看護師は重症児や家族を支えるために訪問を行っていた。重症児の日中一時支援や短期入所施設は【地域格差】が大きく、重症児を預かってくれる施設がない地域もみられた。そのような地域では、訪問看護師の支援によって家族が就労やきょうだいの用事のために家を空けることができ、地域で生活できているというケースもあり、訪問看護師の存在が重症児の在宅での生活において欠かせない存在となっていた。

また、訪問看護は情報共有や協議を通じて連携するための基盤をつくり、在宅生活を送るなかでのさまざまな状況や小児の成長・発達に応じて他機関・多職種とつながり、

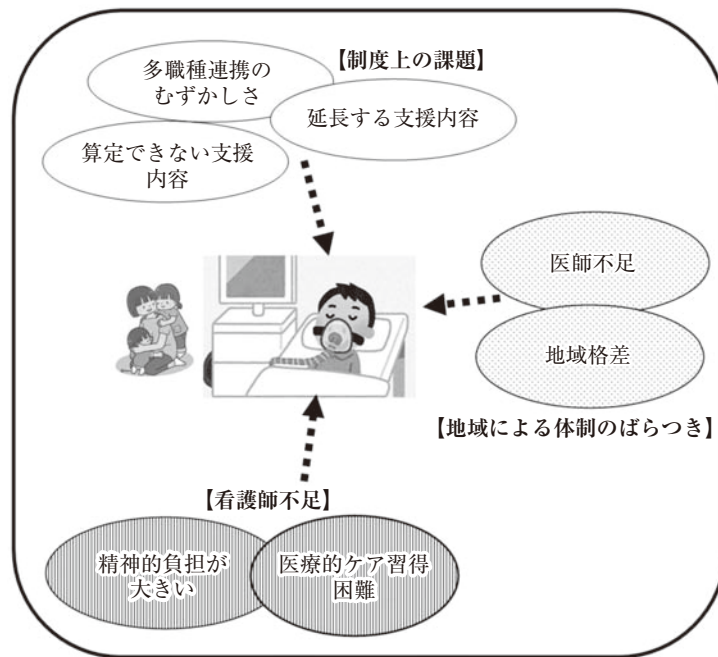


図2 診療報酬算定外のサービスの訪問看護を受ける重症児の課題

小児と家族の支援体制に他機関・多職種を巻き込んでいくという役割がある（松崎ら，2016）。【多職種連携】に関する内容として，訪問看護師は，地域のクリニックにあらかじめ児の状態を伝え受診がスムーズに行えるよう働きかけたり，入院していた病院とのケアの統一ができるよう，病院看護師にストーマの処置について在宅での様子を伝え指導を受けたりするなど，他施設や多職種を支援のなかに巻き込み，重症児が状態悪化することなく家族と在宅での生活が継続できるよう支援を行っていた。

2. 重症児訪問看護の抱える課題

小児看護の臨床経験の少ない看護師にとっては，新しいケアの方法を提案したり，家族が不在の状況で重症児を預かることに対し，不安や緊張も大きいことが推測される（水落・益守，2016）。それに加え，重症児は【ケアの困難さ】があり，【個別性が強い】【成長発達に伴い支援内容が変化】するうえに【急な体調変化】も起こりやすい。そのため，【医療的ケア習得困難】であり，【訪問看護師に教育の必要性】が高く，新しい看護師が訪問する際は，最低でも3回，ケースによってはそれ以上の回数の同行訪問を行っている訪問看護Stが多かった。それらの教育的な複数名訪問はどの施設も診療報酬として算定しておらず，訪問看護Stの持ち出しとなっている。この事からも，訪問看護Stの負担は大きいと考えられる。また，重症児は入退院を繰り返し，ケアの内容が変更することも多い。しかし，現在の制度では一定回数以上のカンファレンスやケア会議等への参加は診療報酬が算定できない。それでも，訪

問看護師はできるだけ入院病院へ足を運び，ケアについて看護師から指導を受けたり，重症児の状態を観察したり，家族とコミュニケーションをとったりして，安心して在宅へ移行できるよう支援を行っていた。

小児の場合は，家族とくに主介護者である母親の思いが強く，【家族の価値観への対応】も必要である。訪問看護師は，子の特性や母親や家族の力量を見極め，母親との関係に留意しながら，在宅療養を無理なく継続できるように，ケアの方法を調整している（有本ら，2011）。そのため，その子独自のケアの方法が多く，今までの知識や技術では対応できないことも多い。また，長時間の訪問看護のニーズが高く，家族の不在時に自宅で重症児を見守ることも多い。在宅という慣れない環境のなかで，一人での長時間の看護は【精神的負担が大きい】。訪問看護Stのなかには，算定はできないが複数名で長時間の見守りを行っている訪問看護Stや管理者等特定の人だけが長時間の訪問看護を行うケースもみられた。こうした技術，精神面，心理面，経済面の問題が小児の訪問看護を行う看護師不足につながっており，教育体制の整備および，訪問看護Stの経済的な負担を少なくすることは早急に取り組むべき課題であると考えられる。

重症児が在宅生活を行ううえで，訪問看護師と医師との連携は不可欠である。しかし，在宅医療を受けている小児の数は大人に比べて圧倒的に少ないこともあり，まだまだ在宅医が小児患者を診るという医療システムになっていないのが現状である（中村，2016）。今回訪問したA県の訪問看護Stにおいても，医療機関を含む他施設との連携が

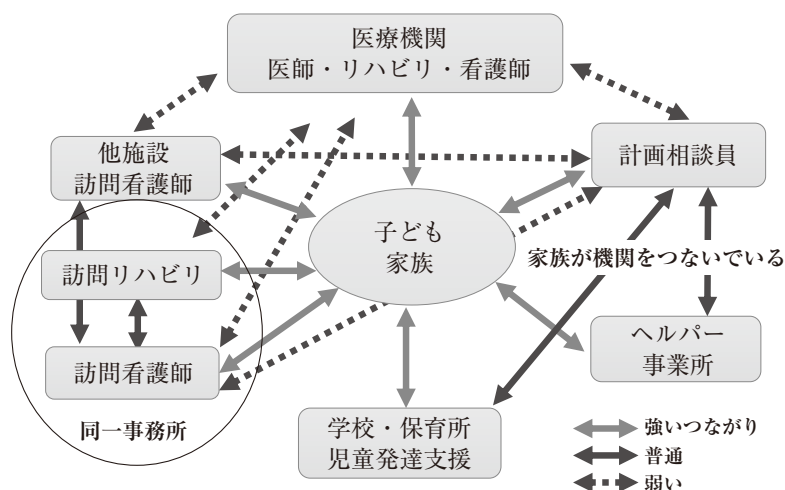


図3 成人・小児両方を行っている訪問看護Stの連携

とれていなかった（図3）。

重症児の在宅生活を支える【医師不足】のため、多くが地域の主幹病院の医師である。そのため、状況を伝え指示をもらうことができず、判断に迷う場面や、家族の正しい理解がないと医師への説明が正確に伝わらず指示に反映されないケースもみられた。こうした【多職種連携のむずかしさ】は重症児に体調に直接的な影響を与えることもあり、とくに、外国籍の母親の場合は、ケアの内容の理解がむずかしいこともあり状態が悪化、何度も救急搬送されるというケースもみられた。現状では訪問看護師の病院受診への同行は報酬がつかない。病院受診時に訪問看護師が同行することで、在宅生活での問題を医師や看護師など医療機関のスタッフに情報提供することができ、状態が悪化し、入院となる前に対処できるようになるのではないかと考える。

VI. おわりに

今回の結果は、成人の訪問看護Stが重症児の訪問を行っている場合の特徴と問題が明らかとなった。本調査で明らかとなった重症児訪問看護の問題は診療報酬算定外となっていることであり、運営上の課題が大きいと思われる。そこで小児専門の訪問看護Stでも、起こっているのかどうか、調査を行う必要があると考えられる。

謝 辞

本調査にご協力いただきました岐阜県の訪問看護Stの皆さまにお礼申し上げます。本調査は、日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループで行った。また、岐阜県地域医療推進課の協力を得て行いました。

文 献

- 有本 梓, 横山由美, 西垣佳織, 臺 有佳, 馬場千恵, 新井志穂, 村嶋幸代 (2011). 訪問看護師が在宅重症心身障害児の母親を支援する際に重要と考えている点. 日本地域看護学会誌, 14(2), 43-51.
- 厚生労働省 (2014). 今後の障害児支援の在り方について～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～. 障がい児支援に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051490.pdf> (検索日2017年1月11日)
- 厚生労働省 (2016a). 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会：議論の取りまとめ. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000117936.pdf> (検索日2017年1月11日)
- 厚生労働省 (2016b). 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」について. 厚生労働省 第80回社会保障審議会（障害者部会）資料1. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutan/0000128863.pdf (検索日2017年1月11日)
- 松崎奈々子, 阿久澤智恵子, 久保仁美, 今井 彩, 青柳千春, 下山京子, 佐光恵子, 金泉志保美 (2016). 小児の訪問看護の際に訪問看護師が行った他機関・多職種との連携. 日本小児看護学会誌, 25(2), 31-37.
- 水落裕美, 益守かづき (2016). 気管切開管理が必要な重症心身障がい児を抱える小児を養育する家族の現状および看護師による指導内容の実態と課題. 日本小児看護学会誌, 25(2), 45-52.
- 中村知夫 (2016). 医療的ケア児に対する地域の動向と支援体制. 厚生労働省人材養成事業（平成28年度訪問看護に係る講師人材養成事業）資料. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000147934.pdf> (検索日2017年1月11日)
- 日本看護協会政策企画部 (2011). 訪問看護に関する基礎データ. 日本看護協会編：看護白書, 172, 東京：日本看護協会出版会
- 杉山友理, 中村伸枝, 佐藤奈保 (2014). 重症心身障害児とその家族に対する訪問看護師の支援に対する文献検討. 日本小児看護学会誌, 23(1), 29-35.

在宅療養をしている障がい児と家族の生活を広げるために 必要な訪問看護サービスの実態とニーズ

The Actual Condition and Needs of Visiting Nursing Services Necessary to
Expand the Lives of Severe Children and Their Families

岡田 摩理 ¹⁾	赤羽根 章子 ¹⁾	泊 祐子 ¹⁾	市川 百香里 ¹⁾
Mari Okada	Akiko Akabane	Yuko Tomari	Yukari Ichikawa
遠渡 絹代 ¹⁾	部谷 知佐恵 ¹⁾	竹村 淳子 ¹⁾	
Kinuyo Endo	Chisae Toriya	Junko Takemura	

キーワード：障がい児，訪問看護，利用希望サービス，生活の拡大

Key Words：disabled child, visiting nursing, requested service, life expansion

I. はじめに

近年，医療の高度化や在院期間の短縮を背景として，在宅で生活する重度障がいのある子どもは増加している（内閣府，2005）。障がい児の在宅の生活を充実させていくための施策は，平成23年に障害者基本法の改正や平成27年度の診療報酬の改定などが行われ，以前と比較すると支援内容は手厚くなっている。しかし，家族会などに参加する家族の生の声からは，いまだ家族が児の介護に追われて，気軽に外出したり，仕事をするのはむずかしいという現状が感じられた。文献においても，障がい児とともに病院受診などの外出をすることの困難さ（飯島ら，2005，廣田・永田・戸村・村嶋，2012）や，障がい児を育てる母親の就労の困難さ（丸山，2011，江尻，2014），きょうだいも含めた家族の生活への負担（廣田ら，2012，藤岡ら，2014）について報告されており，児と家族の生活を拡大する必要性があることが示唆されている。これらの日常的な問題は，保健・医療・福祉による支援がされているが，訪問看護師が把握し支援する機会も多い（有本ら，2011，杉山・中村・佐藤，2014）。日常的な希望に沿って生活拡大をするための訪問看護サービスを検討するために，障がい児と家族の訪問看護利用の現状とニーズを知る必要があると考えた。

II. 研究目的

在宅で生活する障がい児の訪問看護利用状況と，障がい児と家族の生活を拡大するための訪問看護サービスに対する利用希望を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象者

A県内の在宅で生活する障がい児（20歳未満）の家族。

2. 調査期間

2015年12月～2016年1月。

3. 調査方法

A県内の障がい児家族会に所属する家族へ，家族会を通して質問紙を配布してもらい，郵送による返送を依頼した。

4. 調査内容

以下の内容に関する自記式質問紙を作成し，無記名で質問項目への回答を依頼した。

- ①障がい児の基本情報（年齢・性別・児の動作の程度・医療的ケアの実施状況・訪問看護利用の有無）
- ②家族の概要（家族構成・主たる介護者・交替可能な介護者の有無・対象児以外に介護や世話を必要とする家族の有無・介護者の就労の有無）
- ③4項目の訪問看護の利用状況と利用希望

家族や訪問看護師の意見から，下記の4項目の訪問看護サービスを取り上げ調査した。これらのサービスは，希望はあるが現在の診療報酬では算定できていないために，積極的には行われていないものである。各項目には選択肢のある質問と自由記述欄を設けた。

- (1) 家族の緊急時に対する訪問看護

1) 日本看護研究学会看護保険連合ワーキンググループ

Japan Society of Nursing Research Working Group for the Federation of Nursing Insurance

- (2) 2時間以上の長時間訪問看護
- (3) 外出時に同行する訪問看護
- (4) 次子出産に対応する訪問看護

5. 分析方法

各項目の記述統計を行った後、訪問看護の利用状況や家族の就労、および利用希望に関連する要因を見出すために、障がい児の基本情報や家族の概要とのクロス集計を行い、 χ^2 検定を行った。分析ソフトウェア“IBM SPSS Statistics ver. 22”を用い、有意水準は $p < .05$ とした。

自由記述に関しては、それぞれの内容に関連する記述を抽出し、各項目の統計を裏づけるデータとした。

6. 倫理的配慮

対象者に質問紙を配布する際には、研究協力依頼の説明文書を同封した。説明文書には、研究への参加は自由意思であること、無記名であり個人が特定されないこと、データは統計処理をすること、研究結果は学会等で発表すること、質問紙の返送をもって参加への同意を得たとみなすことを記載した。本研究は、大阪医科大学研究倫理委員会（承認番号：1807）の承認を得た。

IV. 結 果

質問紙は107件に配布し、71件回収した（回収率66.4%）。対象外の年齢（20歳以上）や心身障がいのない病児の質問紙を除き、有効回答を65件とした（有効回答率60.7%）。

1. 障がい児の基本情報（表1）

児の性別は、男児33人（50.8%）、女児32人（49.2%）で、ほぼ半数ずつであった。児の平均年齢は、9.3（SD 5.4）歳であった。年齢は発達段階を3つの区分に分け集計した。乳幼児（0～6歳未満）23人（35.4%）、学童（6～15歳未満）28人（43.1%）、それ以上（15～20歳未満）14人（21.5%）であった。

医療的ケアを実施している児は49人（75.4%）で、2種類以上のケアを実施している児が、26人（40.0%）であった。医療的ケアの実施内容の内訳は、経管栄養（胃ろう・腸ろう・鼻腔等）38人（58.5%）、吸引37人（56.9%）、気管切開22人（33.8%）、人工呼吸器の装着14人（21.5%）などであった。

児の動作の程度は、歩行可能5人（7.7%）、這っての移動可能9人（13.8%）、自力での寝返り可能10人（15.4%）、自力か支えでの座位保持可能7人（10.8%）、終日臥床で自力での体動不可が34人（52.3%）であった。1人の乳児以外は、すべて運動機能の発達の遅れがあり、歩行可能の

児でも、不安定な歩行や速度の遅い歩行など、年齢に見合った発達ではなかった。

訪問看護を利用している対象者は39件（60.0%）で、利用していない対象者は26件（40.0%）であった。

2. 家族の概要（表2）

同居している家族の内訳から、家族形態を分類したところ、3件の母子家庭を含む核家族45件（69.2%）、祖父母と同居する1件の母子家庭を含む3世帯以上の家族20件（30.8%）であった。主たる介護者は母親が63件（96.9%）で、父親が1件、未記入1件であった。

主たる介護者の交替者の有無は「いる」45件（69.2%）、「いない」18件（27.7%）、未記入2件（3.1%）であった。交替者の内訳は、主たる介護者でない父または母が36件（55.4%）と最も多く、次いで、別居の祖母14件（21.5%）、

表1 障がい児の基本情報

(n = 65)		
	人数	%
性別		
男	33	50.8
女	32	49.2
年齢		
平均 ± SD	9.3	5.4
乳幼児（0～6歳未満）	23	35.4
学童（6～15歳未満）	28	43.1
20歳未満	14	21.5
医療的ケア有無		
あり	49	75.4
なし	16	24.6
医療的ケア数		
1種類	39	60.0
複数	26	40.0
医療的ケアの内訳（重複回答）		
経管栄養（胃ろう、腸ろう、鼻腔等）	38	58.5
吸引	37	56.9
気管切開	22	33.8
人工呼吸器の装着	14	21.5
酸素吸入	3	4.6
吸入	2	3.1
導尿	4	6.2
人工肛門	1	1.5
動作の程度		
終日臥床で自力での体動不可	34	52.3
自力か支えでの座位保持可能	7	10.8
自力での寝返り可能	10	15.4
這っての移動可能	9	13.8
歩行可能	5	7.7
訪問看護の利用の有無		
あり	39	60.0
なし	26	40.0

同居の祖母（9件）と続いた。

対象児の他に介護や世話を必要とする家族が「いる」家庭は20件（30.8%）で、その内訳は、乳幼児のきょうだい10件、障がいのある高齢者6件、障がいのあるきょうだい4件であった。

主たる介護者の就労は、「ある」が22件（33.8%）、「ない」が42件（64.6%）であった。

表2 家族の概要

(n = 65)		
	人数	%
家族形態		
核家族／母子	45	69.2
3世帯以上	20	30.8
同居している家族の内訳（重複回答）		
父	61	93.8
母	65	100
祖父	12	18.5
祖母	20	30.8
きょうだい	49	75.5
おじ	2	3.1
曾祖父母	3	4.6
主たる介護者		
父	1	1.5
母	63	96.9
未記入	1	1.5
介護者の交替者の有無		
いる	45	69.2
（内訳）主たる介護者でない父または母	36	
別居の祖母	14	
同居の祖母	9	
叔父・叔母（両親の兄弟姉妹）	4	
同居の祖父	3	
別居の祖父	2	
同居のきょうだい	2	
別居のきょうだい	1	
友人	1	
その他	1	
いない	18	27.7
未記入	2	3.1
他に介護や世話が必要な家族の有無		
いる	20	30.8
（内訳）乳幼児のきょうだい	10	
障がいのある高齢者	6	
障がいのあるきょうだい	4	
いない	45	69.2
介護者の就労の有無		
ある	22	33.8
ない	42	64.6
不明	1	1.5

3. 訪問看護の利用と児の基本情報・家族の概要との関係（表3）

訪問看護利用と、障がい児の基本情報・家族の概要についての χ^2 検定の結果では、医療的ケアの有無と他に介護や世話をする家族の有無において、有意差がみられた。医療的ケアのある児の家庭や、他に介護や世話をする家族がいる家庭では、訪問看護利用が多いが、医療的ケアがあっても訪問看護を利用していない家庭が12件あった。

表3 訪問看護の利用と児の基本情報・家族の概要との関連

	訪問看護の有無 n = 65		
	あり n = 39	なし n = 26	有意確率
年齢			
乳幼児（0～6歳未満）	15	8	
学童（6～15歳未満）	16	12	ns
20歳未満	8	6	
医療的ケアの有無			
あり	37	12	p = .000*
なし	2	14	
動作の程度			
終日臥床で自力での体動不可	28	6	
自力が支えでの座位保持可能	4	3	
自力での寝返り可能	3	7	ns
這っての移動可能	3	6	
歩行可能	1	4	
家族形態			
核家族（母子家庭含む）	30	15	ns
3世帯以上	9	11	
介護者の交替者の有無			
あり	26	19	ns
なし	11	7	
他に介護や世話を必要とする家族の有無			
あり	16	4	p = .025*
なし	23	22	

〔注〕 χ^2 検定，*：有意差あり，Fisherの直接確率検定（片側），ns：有意差なし。

4. 介護者の就労と児の基本情報・家族の概要との関係（表4）

介護者の就労と、障がい児の基本情報・家族の概要についての χ^2 検定の結果では、医療的ケアの有無と他に介護や世話をする家族の有無において、有意差がみられた。医療的ケアのある家庭や、他に介護や世話をする家族がいる家庭では、介護者の就労が少なかった。

5. 4項目の訪問看護の実績と利用希望

(1) 家族の緊急時の訪問看護（表5）

家族に緊急の要件ができた場合に児の世話を依頼できずに困ったことがあると答えた家庭は41件（63.1%）で、そ

表4 介護者の就労と児の基本情報・家族の概要との関連

	介護者就労の有無 $n = 64$		
	あり $n = 22$	なし $n = 42$	有意確率
年齢			
乳幼児（0～6歳未満）	6	16	ns
学童（6～15歳未満）	12	16	
20歳未満	4	10	
医療的ケア有無			
あり	12	36	$p = .008^*$
なし	10	6	
動作の程度			
終日臥床で自力での体動不可	9	25	ns
自力が支えでの座位保持可能	1	6	
自力での寝返り可能	5	5	
這っての移動可能	6	3	
歩行可能	1	3	
家族形態			
核家族（母子家庭含む）	14	31	ns
3世帯以上	8	11	
介護者の交替者の有無			
あり	15	30	ns
なし	7	11	
他に介護や世話を必要とする家族の有無			
あり	3	16	$p = .037^*$
なし	19	26	

[注] χ^2 検定, *: 有意差あり, Fisherの直接確率検定（片側）, ns: 有意差なし。

表5 家族の緊急時の訪問看護

$(n = 65)$		
	人数	%
緊急時依頼できず困ったこと		
ある	41	63.1
（内訳） 介護者の体調不良	16	
家族の病気	13	
介護者の用事	11	
きょうだいの用事	6	
ない	22	33.8
未記入	2	3.1
緊急時の訪問看護の利用希望		
ある	59	90.8
ない	5	7.7

の内訳は、介護者の体調不良が16件と最多で、次いで家族の病気13件、介護者の用事11件、きょうだいの用事6件であった。自由記述には、介護者自身が「体調不良で病院に行きたくても、誰にも頼めなかった」「40℃の熱があっても、介護をしなければならなかった」ことや、家族の体調不良時に「障がい児を連れて入院の付き添いをした」「きょうだいが病気でも、すぐに病院に連れていけない」という記述があった。また、身内、近隣の急な葬儀やきょうだい

の急な用事ができたときに困った状況が記載されていた。

今後も緊急の事態が起こった場合に訪問看護を利用したいという希望をもつ家族は、59件（90.8%）であり、日常的に訪問看護を利用していない家庭も緊急の用件があった場合には、訪問看護を利用したいという希望をもっていた。

(2) 2時間以上の長時間訪問看護（表6）

2時間以上の長時間の訪問看護をこれまでに受けたことがあるという家族は10件（15.4%）であり、利用理由の内訳は、きょうだいの用事が6件、家族の外出や受診が4件であった。

訪問看護師ではなく、ヘルパーに長時間いてもらったことがある家庭は11件（16.9%）であり、利用理由の内訳は、きょうだいの用事5件、介護者の用事3件、介護者の仕事1件であった。

今後、長時間訪問看護の利用希望は43件（66.2%）であり、利用希望の内訳は、親の用事31件、きょうだいの用事29件、主たる介護者の休息15件、家庭のための用事14件、家族の病気の世話10件、きょうだいとの時間をつくる10件などであった。

表6 2時間以上の長時間訪問看護

$(n = 65)$		
	人数	%
2時間以上の長時間訪問看護の実績		
ある	10	15.4
（利用理由） きょうだいの用事	6	
家族の外出・受診等	4	
ない	54	83.1
未記入	1	1.5
ヘルパーに長時間いてもらったこと		
ある	11	16.9
（利用理由） 家族の外出・受診等	5	
きょうだいの用事	5	
介護者の用事	3	
介護者の仕事	1	
ない	49	75.4
未記入	5	7.7
2時間以上の長時間訪問看護の利用希望		
ある	43	66.2
（内訳） きょうだいの用事	29	
親の用事	31	
家庭のための用事	14	
家族の病気の世話	10	
主たる介護者の休息	15	
きょうだいとの時間をつくる	10	
その他	1	
ない	19	29.2
未記入	3	

(3) 外出時に同行する訪問看護 (表7)

外出時に看護師の同行を受けたことがあると答えた家族は4件であった。いずれも吸引や経管栄養の医療的ケアのある児の家族であった。

今後このサービスを利用する希望があると答えた家族は27件(41.5%)で、利用希望の内容は、病院受診時が13件で、次いで児の学校行事6件、普段の同行者が不在のとき5件、通学通園4件などがあった。自由記述には、「数分ごとの吸引が必要なときは、何度も車を止めなければならず大変だった。ヘルパーでは吸引できないと言われた」「いつも必ず祖母に来てもらわなければならず、母一人では外出できない」「毎日の通園通学で介護者が体調不良のときもあり付き添ってほしい」「急な児の体調不良の受診時には夫婦で都合が合わせられない」「校外学習時の移動に付き添ってほしい」などの記載があった。

表7 外出時に同行する訪問看護

	(n=65)	
	人数	%
外出時の看護師の同行の実績		
ある	4	6.2
ない	61	93.8
外出時の看護師の同行の希望		
あり	27	41.5
(内訳) 病院受診時	13	
児の学校行事	6	
普段の同行者が不在のとき	5	
通学通園	4	
なし	32	49.2
未記入	6	9.2

(4) 次子出産に対応する訪問看護 (表8)

次子出産とは、本調査の対象となる障がい児の出生後の出産をさしている。この項目は、過去に次子出産の経験がある家族と今後の次子出産を望む家族を対象とした。

過去の次子出産時に利用したサービスに関する質問に回答した家族は25件であった。サービスを利用したと答えた家族は7件であり、利用したサービスはすべて短期入所であった。利用していない家族は18件であった。

今後の次子出産時の訪問看護サービスとしては、2種類のサービスを提案し、その利用希望の有無を質問した。

一つ目は、次子出産の陣痛発来時に訪問看護師によるレスパイト施設への送迎もしくは家族が帰宅するまでの在宅で児を看る訪問看護であり、この質問に回答した家族は30件であった。利用希望の「あり」は24件(全回答者の80.0%)であった。

二つ目は、出産後の授乳時間に合わせた1日4回30分程度の目安で行う訪問看護であり、この質問に回答した家族は32件であった。利用希望の「あり」は10件(全回答者の

31.3%)であった。

次子出産に関する自由記述では、「次子出産など考えられない」「次子出産はあきらめた」「次子の子を出産を前向きに考えられるようにしてほしい」などの意見のほかに、「障がい児と乳児と一緒に連れて出かけるのは大変なので付き添ってほしい」「乳児と障がい児が一緒に通える施設がほしい」「出産時には、障がい児の通園や通学の補助をしてほしい」などの要望も書かれていた。

表8 次子出産時に対応する訪問看護サービス

	人数	%
次子出産時に受けたサービスの有無 (n=25)		
あり	7	10.8
なし	18	27.7
陣痛発来時の訪問看護の利用希望 (n=30)		
あり	24	36.9
なし	6	9.2
出産後の授乳時間に合わせた訪問看護の利用希望 (n=32)		
あり	10	15.4
なし	22	33.8

(5) 3項目の訪問看護利用希望と障がい児の基本情報や家族の概要との関係

緊急時の訪問看護、2時間以上の長時間の訪問看護、外出時に同行する訪問看護の利用希望と、障がい児の基本情報・家族の概要についての χ^2 検定の結果では、有意に関連する項目はなかった。

V. 考 察

1. 医療的ケアのある障がい児を育てる家族の現状と訪問看護の利用状況・利用希望

今回の調査は、重度の障がいのある児が多く所属する家族会の家族が対象であったため、医療的ケアのある児が半数以上を占めた。医療的ケアのある児を育てている家庭や他に介護や世話を必要とする家族のいる家庭は、訪問看護を利用していることが多く、介護負担の大きい家庭が利用する傾向にある。訪問看護師は、医療的ケアだけでなく、家族の生活全体をみて支援していることが報告されており(高, 2016; 有本ら, 2011, など)、家族の介護負担を軽減し、生活を拡大するためには欠かせない存在となっている。このような家族に必要な訪問看護サービスを検討するために、今回は4項目のサービスを中心に調査した。

(1) 緊急時の訪問看護

家族会の話のなかでは、家族に緊急の要件ができた場合の困りごとについての話題が多くあったため、その対応について調査した。児の体調不良による緊急時の訪問看護には、緊急時訪問看護加算があり、一定の条件にある重度の

障がい児に関しては、緊急時に訪問看護を依頼することができるが、家族の緊急の困りごとを想定したサービスではない。主たる介護者や家族の体調不良は多くの家族が困っている出来事であり、家族の緊急時の訪問看護は、医療的ケアの有無にかかわらず、ほとんどの家族が希望していた。緊急の用事ができたときに児の世話をどうするかという点は、どの家族にも共通する悩みであるが、とくに、ヘルパー等では対応困難な医療的ケアのある児に対しては、「家族の緊急」時にも臨時で訪問看護が対応するなどのサービスが制度として必要であろう。馬場（2010）の調査でも、現在社会的サービスを利用していなくても、本当に困ったときに利用したい養育者が多いという現状がある一方で、実際に困ったときの対応方法がわからない養育者が多いことが報告されている。

（2）2時間以上の長時間訪問看護

2時間以上の長時間訪問は、現状ではあまり行われていなかったが、高（2016）の調査にもあるように、潜在的にある希望であり、今回の調査の対象とした。診療報酬では、長時間訪問は90分を超える訪問看護と定められているのみであり、何時間でも診療報酬額は変わらず、時間が長くなるほど、訪問看護ステーションの財政負担が増す結果となるため、実施しているステーションは少ない。一部の自治体では、地域の事情を考慮して、診療報酬で支払われない部分を負担する制度もある。岐阜県高山市が独自に行っている「障がい者（児）の訪問看護の費用助成」では、医療保険が適用されない訪問看護に係る費用が助成されており、90分以上の長時間訪問の延長分に対する費用を市が負担している。しかし、助成をしている自治体は限られており、多くの訪問看護ステーションでは、自費もしくはボランティア的なサービスとならざるを得ない。また、ヘルパーによる介護サービスとの組み合わせによって、訪問看護師の長時間訪問を避ける工夫をしているステーションもあり（NEXTPE等）、質問紙でもヘルパーにいてもらったことがあると答えた家族もあった。しかし、このようなサービスは、連携やマンパワーが必要で、地域や数も限られており、気軽に利用できるサービスとして普及してはいない。90分以内の訪問看護となると、家族がさまざまな用事を済ますために自由になる時間は短いため、デイサービスなどを利用する家族もあるが、移動時間や準備に時間がとられ、移動のための児への負担も大きい。そのため、「重症心身障がい児（者）等在宅レスパイト事業」として在宅でレスパイトをする訪問看護事業を自治体が市町村単位で実施している地域もあるが、全国的に広がっているとはいえない。本調査でも、7割近くの家族が、日常的な用事や休息のために、長時間の訪問看護を希望しており、生活拡大のサービスとして考慮する必要がある。

（3）外出時に同行する訪問看護

訪問看護は、基本的に在宅で行われるものであり、外出時の看護師の同行は現状では、あまり行われておらず、利用の希望も41.5%であった。しかし、自由記述をみると医療的ケアを実施している家庭では、母と児の2人だけでの外出は困難で、他の家族の支援やヘルパーの支援を受けていることがうかがわれた。希望する理由としては、病院受診が13件と最も多いが、重症児の移動の困難さは山脇・村嶋（1998）も指摘しており、予定外の急な通院や普段の同行者が不在のときなどを考慮した利用希望は少なからずある。ヘルパーの移動支援では子どもへのケアはむずかしいため、重症児の受診等の外出に看護師の移動支援について議論の必要性があると思われる。

（4）次子出産に対するニーズ

次子出産は、本来家族にとって自然な希望であるが、障がい児を養育する家庭では、次子出産をあきらめたり、出産後も苦労した経験を訴える記述があり、次子出産に臨む家族への支援が必要であることが明らかとなった。

これまでに次子出産をした家庭が出産時に利用したサービスは、25件中7件と少なく、すべて短期入所であり、多様なサービスの利用はなかった。次子出産に関しては、出産時と出産後の両方の支援が必要であると考えられるが、今回の調査では、陣痛発来時の障がい児の世話に対する利用希望が高かった。重度の障がい児の場合には、陣痛時にすぐに世話を依頼できるとは限らず、計画的な出産にならざるを得ないという現状もあるが、緊急時の対応が整えば自然分娩も可能となる。出産後の支援として、今回提案した短時間の訪問看護の利用希望はなかったが、少子化社会において、次子出産において、どのような支援が必要なのかを、具体的な生活に即して考えていく必要がある。

2. 児と家族の希望する生活へと拡大をするための訪問看護サービスの提案

訪問看護は、児と家族の生活を支えるために必要なものであるが、現在の制度には、さまざまな制約があり、利用しにくい面もある。家族が日常の生活を安心して過ごすことができ、さらに日常的な希望をかなえながら生活を拡大していくためには、訪問看護の診療報酬制度を拡大することや利用しやすい訪問看護のシステムが必要である。現在の診療報酬では、基本的に児のケアが確実に行われるための制度となっており、家族のレスパイト的な制度利用はあっても、家族の日常生活を豊かにするための制度までは、考慮されていない。しかし、長い在宅療養のなかで、家族が豊かな生活を拡大することは、介護を長く続けるために必要なことであり、家族支援を視野に入れたサービスが提供される必要がある。

また、今回は、主たる介護者の就労についても質問したが、医療的ケアのある児を育てる家庭や他に介護や世話の必要な家族がいる家庭は、就労している人が少なかった。子どもの障がいが多いほど、親の就労が困難となり、就労の希望をもちながらも断念している親が多いことは従来から指摘されている（江尻，2014）が、今回の調査でも、就労を断念したという記述がみられた。就労は、経済的保障というよりも、介護者の社会参加の機会をつくり、介護の負担感を軽減することも示されている（江尻，2014；丸山，2011）。障がい児の家族も就労できるようにするためにも、訪問看護サービスを含めた社会的支援を拡大する必要がある。

謝 辞

本調査にご協力いただきました障がい児の家族の皆様に感謝いたします。本調査は、日本看護研究学会将来構想委員会看護保険連合ワーキンググループで行った。また、岐阜県地域医療推進課の協力を得て行った。

文 献

有本 梓，横山由美，西垣佳織，臺 有佳，馬場千恵，新井志穂，村嶋幸代（2011）。訪問看護師が在宅重症心身障害児の母親を支援する際に重要と考えている点。日本地域看護学会誌，14(2)，43-52。
馬場才悟（2010）。在宅重症心身障害児（者）の介護者の在宅福祉サービスに対する意識。日本重症心身障害学会誌，35(3)，365-370。

江尻桂子（2014）。障害児の母親における就労の現状と課題：国内外の研究動向と展望。特殊教育学研究，51(5)，431-440。
藤岡 寛，涌水理恵，山口慶子，佐藤奈保，西垣佳織，沼口知恵子（2014）。在宅で重症心身障害児を養育する家族の生活実態に関する文献検討。小児保健研究，73(4)，599-607。
廣田真由美，永田智子，戸村ひかり，村嶋幸代（2012）。重症児の在宅支援に向けた課題：重症児とその養育者が退院に向けて受けた支援と退院後の問題についての考察。日本地域看護学会誌，14(2)，32-41。
飯島久美子，荻野陽子，林 信治，矢崎奈美子，有田尚代，日原理恵（2005）。在宅重症心身障害児のいる家族が地域生活において抱える問題。小児保健研究，34(2)，336-344。
丸山啓史（2011）。障害児を育てる母親の就労に影響を与える要因。京都教育大学紀要，118，81-90。
内閣府（2005）。障害児・者数の状況。http://www8.cao.go.jp/shou-gai/whitepaper/h20hakusho/zenbun/pdf/furoku5.pdf（検索日2016年7月1日）
NEXTEP（2017）。認定NPU法人NEXTEP HP 小児在宅支援step。http://www.nextep-k.com/works/step（検索日2017年12月11日）
杉山友理，中村伸枝，佐藤奈保（2014）。重症心身障害児とその家族に対する訪問看護師の支援に関する文献検討。日本小児看護学会誌，23(1)，29-35。
高 真喜（2016）。在宅人工呼吸療法中の重症心身障害児と家族の在宅生活の現状と支援の検討。日本小児看護学会誌，25(1)，15-21。
高山市（2017）。高山市 HP 障がい者（児）の訪問看護の費用助成。http://www.city.takayama.lg.jp/kurashi/1000017/1000099/1000574.html（検索日2017年12月11日）
山脇明美，村嶋幸代（1998）。重症心身障害児（者）における在宅支援サービスの利用に関する研究。日本公衆衛生雑誌，45(6)，499-510。

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**」の詳細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収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収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、以下のようであれば、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」(2017)等にならなければならない。

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ければならない。

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中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、編集委員長宛に願い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「雑誌投稿規程」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、電子投稿システムに登録する。

8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受け付けているが、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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

附 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。
- 14) 平成29年8月28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。論文に必要不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
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) 論文で使用する見出しの階層が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しない。

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名以上の場合は、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：それを引用するのか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語以内とし，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. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

11. 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。

12. 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 |

13. 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。

附 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。
- 13) 平成29年8月28日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴシック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1. 論文目録

第40巻

〔原著〕

佐々木美喜, 山本由香:産婦による分娩環境の情報の抽出と活用, Parturient women's extraction and utilization of intrapartum environmental information, 40(1), 1-13, 2017.

奥田 淳, 橋本顕子, 鈴木佑典, 鳥塚亜希, 上平悦子, 軸丸清子:閉じこもり傾向にある地域在住高齢者への心理ケアに関する研究 — 懐メロを用いた回想法による介入の評価 —, Psychological Care for Community-dwelling Elderly People Showing a Tendency Toward a Homebound State:Evaluation of Reminiscence Involving Nostalgic Songs, 40(1), 15-24, 2017.

江口 瞳: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, 40(4), 603-612, 2017.

高岡光江, 香月富士日:新人看護師の被害的認知とバーンアウトとの関連, The Relationship between Delusion-Like Ideation and Burnout Syndrome among Newly Graduated Nurses, 40(5), 737-745, 2017.

宮城島恭子, 大見サキエ, 高橋由美子:小児がん経験者が病気をもつ自分と向き合うプロセス — 思春期から成人期にかけて病気を自身の生活と心理面に引き受けていくことに着目して —, The Self-Reflection Process on Having a Disease among Survivors of Childhood Cancer: A Focus on Adapting to Life with Disease Physically and Psychologically through Their Lives from Adolescence to Adulthood, 40(5), 747-757, 2017.

菊地沙織, 神田清子:難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス, Processes by Which a Spouse Living with His/Her Partner with Intractable Cancer Carves a New Role for Himself/Herself, 40(5), 759-770, 2017.

高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏, 石津みゑ子, 布施淳子, 高橋和子:訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリューズヒストリーの開発, Development of the Japanese Version of Values History Using the Delphi Method with Visiting Nurses, 40(5), 771-782, 2017.

〔研究報告〕

柴 裕子, 宮良淳子:登校していた時期から不登校となり, 不登校を続けていく当事者の思いのプロセス, Thinking Process of Students Who Continuously Engage in Truancy, 40(1), 25-34, 2017.

内田史江, 谷垣静子:訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援, Visiting Nurses' Support for the Acceptance of Cancer Patients Receiving Home Care, 40(1), 35-43, 2017.

橋本晴美, 吉田久美子, 神田清子:「がん患者の呼吸困難感」の概念分析, Concept Analysis of a Feeling of Dyspnea Among Cancer Patients, 40(1), 45-56, 2017.

大塚美樹, 佐々木由紀, 谷村千華: 終末期がん患者の家族介護者へのSelf-Perceived Burden, Self-Perceived Burden of Patients with Terminal Cancer Receiving Care from Family Members, 40(2), 113-118, 2017.

吉岡瑞季, 森本美智子: 自己管理スキル尺度を応用した身体活動自己管理能力尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, Development of a Physical Activity Self-Management Agency Scale that Includes Self-Management Skills and Investigation of Its Reliability and Validity, 40(2), 119-130, 2017.

山口大輔, 浅川和美, 柳澤節子, 小林千世, 上原文恵, 松永保子: 新卒看護師の看護実践能力と他者支援との関連 — 大学附属病院に就職後6か月目と1年目の比較 —, Relationship Between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and Support from Other Staff: The Investigation Which are the 6th Month and the 1st Year After Getting a Job in a University Hospital, 40(2), 131-140, 2017.

黒田寿美恵, 船橋眞子, 中垣和子: 看護学分野における『その人らしさ』の概念分析 — Rodgersの概念分析法を用いて —, Concept Analysis of Personality in Nursing: Using Rodgers' Model, 40(2), 141-150, 2017.

青柳寿弥, 竹内登美子: 「認知症高齢者とのコミュニケーション法」のe-Learning教材の開発, Development of E-Learning Material on Communicating with Older Adult Patients with Dementia, 40(2), 151-161, 2017.

土屋涼子, 三上佳澄, 會津桂子, 西沢義子: 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, 40(4), 613-621, 2017.

鈴木岸子, 玉腰浩司, 榊原久孝: 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, 40(4), 623-630, 2017.

田村沙織, 光木幸子, 葉山有香: 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, 40(4), 631-638, 2017.

樽岡美愛, 黒田寿美恵: 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, 40(4), 639-648, 2017.

沖中由美: 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, 40(4), 649-656, 2017.

檜山明子, 中村恵子: 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, 40(4), 657-665, 2017.

石橋曜子, 藤田君支: 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, 40(4), 667-676, 2017.

和泉美枝, 眞鍋えみ子, 植松紗代, 渡辺綾子: 産後1年における身体組成, 自律神経活動の推移とその関連, Relationship between Changes in Body Composition and Autonomic Nervous System Activity in Mothers in the First Year Postpartum, 40(5), 783-790, 2017.

掛谷和美, 城生弘美: 中規模病院における新人看護師の習熟度に影響する要因 — 職場環境と新人研修プログラムの側面から —, Factors Contributing to the Learning Levels of Novice Nurses in New Employee Training in Middle-Sized Hospitals: Work Environment and Training Programs for New Employees, 40(5), 791-802, 2017.

山田小織, 越田美穂子: 新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス, The Process in Which Novice Public Health Nurses Gain the Sense of Personal Growth, 40(5), 803-811, 2017.

堀田涼子, 市村久美子: 成人期にある脊髄損傷者の性的存在としての自己に対する意味づけ, The meaning of spinal cord injuries during adulthood on patient self-perception as a sexual being, 40(5), 813-822, 2017.

〔技術・実践報告〕

佐久間佐織, 渡邊順子, 榎原理恵: 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, 40(4), 677-684, 2017.

〔総説〕

二井矢清香: 1980年代からの看護における患者教育の変遷 — 患者の意思決定の尊重と学習援助型の患者教育の視座から —, Changes in Patient Education in Nursing Since the 1980s: From the Viewpoints of Respect for Patient Decision-making and an Assisted-learning Model of Patient Education, 40(1), 57-66, 2017.

加藤真紀, 竹田恵子: 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, 40(4), 685-694, 2017.

森山美香, 伊東美佐江: クリティカルケア領域における Do-Not-Attempt-Resuscitation に関する文献検討 — 日本と米国との比較 —, A literature review of nursing practice regarding do-not-attempt-resuscitation in critical care: A comparison between Japan and the United States, 40(5), 823-836, 2017.

〔資料・その他〕

栗生愛弓, 山田和子, 森岡郁晴: 訪問看護師ががんの療養者・家族に提供している在宅ターミナルケアの実施状況とその関連要因, Terminal Cares Provided Housebound Cancer Patients and Families with by Home-visiting Nurses and their Related Factors, 40(1), 67-77, 2017.

山下真裕子, 伊関敏男, 藪田 歩: 地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題, Recognition and Difficulty for Drug Administration of Mentally Handicapped Persons Living in Communities, 40(2), 163-170, 2017.

小木曾加奈子, 樋田小百合, 今井七重, 安藤邑恵: 介護老人保健施設の看護職と介護職の職務満足についての検討, Examination of Job Satisfaction of Nurse and Care Worker of Long-Term Care Health Facility, 40(2), 171-180, 2017.

平井孝治: 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, 40(4), 695-703, 2017.

山本さやか, 百瀬由美子: 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成, *Creation of a Comprehensive Evaluation Index for Discharge Support in Ward Nurses*, 40(5), 837-848, 2017.

岩屋裕美, 戸ヶ里泰典: 看護技術の習得における自己調整学習方略と学習成果との関連 — 首都圏の看護短期大学および看護専門学校の学生を対象とした調査より —, *The Relationship between Self-Regulated Learning Strategies and Academic Performance in Nursing Skills Acquisition: A Research Conducted on Students from Nursing Junior Colleges and Nursing Schools in Tokyo*, 40(5), 849-858, 2017.

2. 著 者 索 引

あ

會 津 桂 子 40(4) 613
青 柳 寿 弥 40(2) 151
浅 川 和 美 40(2) 131
安 藤 邑 惠 40(2) 171

い

石 津 みゑ子 40(5) 771
石 橋 曜 子 40(4) 667
和 泉 美 枝 40(5) 783
伊 関 敏 男 40(2) 163
市 村 久美子 40(5) 813
伊 東 美佐江 40(5) 823
今 井 七 重 40(2) 171
岩 屋 裕 美 40(5) 849

う

上 原 文 恵 40(2) 131
上 平 悦 子 40(1) 15
植 松 紗 代 40(5) 783
内 田 史 江 40(1) 35

え

江 口 瞳 40(4) 603

お

大 塚 美 樹 40(2) 113
大 見 サキエ 40(5) 747
小木曾 加奈子 40(2) 171
沖 中 由 美 40(4) 649
奥 田 淳 40(1) 15

か

掛 谷 和 美 40(5) 791
樗 原 理 恵 40(4) 677
香 月 富士日 40(5) 737
加 藤 真 紀 40(4) 685
神 田 清 子 40(1) 45, 40(5) 759

き

菊 地 沙 織 40(5) 759

く

栗 生 愛 弓 40(1) 67
黒 田 寿美恵 40(2) 141, 40(4) 639

こ

越 田 美穂子 40(5) 803
小 林 千 世 40(2) 131

さ

榊 原 久 孝 40(4) 623
佐久間 佐 織 40(4) 677
佐々木 美 喜 40(1) 1
佐々木 由 紀 40(2) 113

し

軸 丸 清 子 40(1) 15
柴 裕 子 40(1) 25
城 生 弘 美 40(5) 791

す

菅 谷 しづ子 40(5) 771
鈴 木 岸 子 40(4) 623
鈴 木 康 宏 40(5) 771
鈴 木 佑 典 40(1) 15

た

高 岡 光 江 40(5) 737
高 橋 和 子 40(5) 771
高 橋 方 子 40(5) 771
高 橋 由美子 40(5) 747
竹 内 登美子 40(2) 151
竹 田 恵 子 40(4) 685
谷 垣 静 子 40(1) 35
谷 村 千 華 40(2) 113
玉 腰 浩 司 40(4) 623
田 村 沙 織 40(4) 631
樽 岡 美 愛 40(4) 639

つ

土 屋 涼 子 40(4) 613

と

樋 田 小百合 40(2) 171
戸ヶ里 泰 典 40(5) 849
鳥 塚 亜 希 40(1) 15

な

中 垣 和 子 40(2) 141
中 村 恵 子 40(4) 657

に

二井矢 清 香 40(1) 57
西 沢 義 子 40(4) 613

は

橋 本 顕 子 40(1) 15
橋 本 晴 美 40(1) 45
葉 山 有 香 40(4) 631

ひ

檜 山 明 子 40(4) 657
平 井 孝 治 40(4) 695

ふ

藤 田 君 支 40(4) 667
布 施 淳 子 40(5) 771
船 橋 真 子 40(2) 141

ほ

堀 田 涼 子 40(5) 813

ま

松 永 保 子 40(2) 131
眞 鍋 えみ子 40(5) 783

み

三 上 佳 澄 40(4) 613
光 木 幸 子 40(4) 631
宮城島 恭 子 40(5) 747
宮 良 淳 子 40(1) 25

も

百 瀬 由美子 40(5) 837
森 岡 郁 晴 40(1) 67
森 本 美智子 40(2) 119
森 山 美 香 40(5) 823

や

柳 澤 節 子 40(2) 131
藪 田 歩 40(2) 163
山 口 大 輔 40(2) 131
山 下 真裕子 40(2) 163
山 田 和 子 40(1) 67
山 田 小 織 40(5) 803
山 本 さやか 40(5) 837
山 本 由 香 40(1) 1

よ

吉 岡 瑞 季 40(2) 119
吉 田 久美子 40(1) 45

わ

渡 辺 綾 子 40(5) 783
渡 邊 順 子 40(4) 677

3. 事 項 索 引

あ		冠動脈形成術	40(4) 667
アフオーダンス	40(1) 1		
い		き	
e-Learning教材	40(2) 151	気道吸引	40(4) 677
怒り	40(5) 737		
意識障害患者	40(4) 613	く	
意思決定	40(4) 685, 40(5) 823	クリティカル	40(5) 823
意味づけ	40(5) 813		
う		け	
運動の継続	40(2) 119	健康関連QOL	40(4) 667
		研修プログラム	40(5) 791
		現任教育	40(5) 803
お		こ	
老い	40(4) 649	行為	40(1) 1
思い	40(4) 613	行動分析	40(4) 657
折り合い	40(1) 35	高齢者	40(1) 15, 40(4) 649,
音楽	40(1) 15		40(4) 685
か		呼吸困難感	40(1) 45
介護状況	40(4) 623	困難感	40(2) 163, 40(4) 695
介護職	40(2) 171		
介護老人保健施設	40(2) 171	さ	
回想法	40(1) 15	在宅ケア	40(4) 649
概念分析	40(1) 45, 40(2) 141	在宅ターミナルケア	40(1) 67
開発	40(2) 151	在宅療養	40(1) 35
外来化学療法	40(4) 631	サバイバー	40(5) 747
家族	40(4) 685	産後	40(5) 783
家族介護者	40(2) 113, 40(4) 623	産婦	40(1) 1
肩こり	40(4) 623		
がん	40(1) 67, 40(4) 631	し	
がん看護	40(5) 759	自己	40(5) 747
がん患者	40(1) 35, 40(1) 45	自己学習	40(5) 849
環境情報	40(1) 1	自己管理（認知的）スキル	40(2) 119
看護学分野	40(2) 141	自己成長感	40(5) 803
看護技術	40(5) 849	自己調整学習方略	40(5) 849
看護基礎教育	40(5) 849	思春期	40(1) 25
看護師	40(2) 151, 40(4) 603,	質指標	40(5) 837
	40(4) 613, 40(4) 639,	重回帰分析	40(1) 67
	40(4) 677	習熟度	40(5) 791
看護実践能力	40(2) 131	終末期	40(4) 685
看護職	40(2) 171	終末期医療	40(5) 771
観察	40(4) 613	終末期がん患者	40(2) 113, 40(4) 603
患者教育	40(1) 57	終末期ケア	40(4) 639
		就労	40(4) 631

小児がん	40(5) 747
職場環境	40(5) 791
職務満足	40(2) 171
自律神経活動	40(5) 783
新人教育	40(5) 791
新人保健師	40(5) 803
新卒看護師	40(2) 131
身体活動	40(4) 667
身体活動自己管理能力尺度	40(2) 119
身体の情報	40(4) 677

せ	
生活	40(5) 747
生活習慣	40(4) 623
成人	40(5) 813
精神障がい者	40(2) 163
性的存在	40(5) 813
青年期	40(5) 737
脊髄損傷	40(5) 813
摂食障害	40(4) 695
セルフケア能力	40(4) 631
self-perceived burden	40(2) 113

そ	
属性	40(4) 695
その人らしさ	40(2) 141

た	
退院支援	40(5) 837
体脂肪率	40(5) 783
体重	40(5) 783
他者支援	40(2) 131

ち	
地域支援	40(2) 163
知覚	40(1) 1
着眼点	40(4) 613
中規模病院	40(5) 791

て	
DNAR	40(5) 823
デルファイ法	40(5) 771
転倒要因	40(4) 657
転倒予防	40(4) 657

と	
閉じこもり	40(1) 15
独居	40(4) 649

な	
内容分析	40(2) 113
難治性がん	40(5) 759

に	
日常生活活動	40(4) 623
認知症	40(2) 151
認知特性	40(5) 737

は	
配偶者	40(5) 759
バリューズヒストリー	40(5) 771

ひ	
評価	40(5) 837
病棟看護師	40(5) 837

ふ	
不安	40(5) 737
服薬	40(2) 163
不登校	40(1) 25
プロセス	40(5) 747
文献研究	40(1) 57
文献検討	40(4) 639, 40(5) 823

ほ	
訪問看護師	40(1) 35, 40(1) 67, 40(5) 771
訪問看護ステーション	40(1) 67

や	
役割	40(5) 759

よ	
要支援・要介護	40(4) 649

り	
両親	40(4) 695
倫理的ジレンマ	40(4) 603

れ	
歴史	40(1) 57
レジリエンス	40(4) 639

A

action	40(1) 1
adolescence	40(1) 25, 40(5) 737
adulthood	40(5) 813
affordance	40(1) 1
aging	40(4) 649
airway suctioning	40(4) 677
anger	40(5) 737
anxiety	40(5) 737
autonomic nervous system activity	40(5) 783

B

basic nursing education	40(5) 849
behavior analysis	40(4) 657
body fat percentage	40(5) 783
body weight	40(5) 783

C

cancer	40(1) 67, 40(4) 631
cancer nursing	40(5) 759
cancer patient	40(1) 35, 40(1) 45
care situation	40(4) 623
care worker	40(2) 171
childhood cancer	40(5) 747
clinical nurse	40(4) 613
clinical nurses	40(4) 677
clinical nursing competence	40(2) 131
cognitive features	40(5) 737
cognitive self-management skills	40(2) 119
coming to terms with a prognosis	40(1) 35
community support	40(2) 163
concept analysis	40(1) 45, 40(2) 141
content analysis	40(2) 113
continuance of exercise	40(2) 119
critical	40(5) 823

D

daily activity	40(4) 623
decision making	40(4) 685, 40(5) 823
Delphi method	40(5) 771
dementia nursing	40(2) 151
development	40(2) 151
difficulties	40(4) 695
difficulty	40(2) 163

discharge support	40(5) 837
DNAR	40(5) 823

E

eating disorders	40(4) 695
elderly	40(4) 649, 40(4) 685
elderly person	40(1) 15
e-Learning material	40(2) 151
employment	40(4) 631
end of life	40(4) 685
end-of-life care	40(4) 639, 40(5) 771
environmental information	40(1) 1
ethical dilemma	40(4) 603
evaluation	40(5) 837

F

fall prevention	40(4) 657
fall risk factor	40(4) 657
family	40(4) 685
family caregivers	40(2) 113, 40(4) 623
feeling of dyspnea	40(1) 45

H

health-related quality of life	40(4) 667
history	40(1) 57
home care	40(4) 649
home nursing station	40(1) 67
home-based care	40(1) 35
homebound	40(1) 15
home-visiting nurses	40(1) 67

I

index indicator	40(5) 837
in-service education	40(5) 803
intractable cancer	40(5) 759

J

job satisfaction	40(2) 171
------------------	-----------

L

learning levels	40(5) 791
life	40(5) 747
lifestyle	40(4) 623
literature review	40(4) 639, 40(5) 823

literature study 40(1) 57
 living alone 40(4) 649
 long-term care health facility 40(2) 171

M

meaning 40(5) 813
 medication 40(2) 163
 mentally handicapped persons 40(2) 163
 middle-sized hospitals 40(5) 791
 multiple regression analysis 40(1) 67
 music 40(1) 15

N

newly graduated nurses 40(2) 131
 novice nurses education 40(5) 791
 novice public health nurses 40(5) 803
 nurse 40(2) 151, 40(2) 171
 nurses 40(4) 603, 40(4) 639
 nursing 40(2) 141
 nursing skills 40(5) 849

O

observation 40(4) 613
 outpatient chemotherapy 40(4) 631

P

parent 40(4) 695
 parturient women 40(1) 1
 patient education 40(1) 57
 patients with consciousness disturbance 40(4) 613
 percutaneous coronary intervention 40(4) 667
 personal background 40(4) 695
 personality 40(2) 141
 physical activities 40(4) 667
 physical activity self-management agency scale 40(2) 119
 physical data 40(4) 677
 postpartum 40(5) 783
 process 40(5) 747

R

reminiscence 40(1) 15
 requiring support or long-term care 40(4) 649
 resilience 40(4) 639
 roles 40(5) 759

S

school refusal 40(1) 25
 self 40(5) 747
 self-care ability 40(4) 631
 self-learning 40(5) 849
 self-perceived burden 40(2) 113
 self-regulated learning strategies 40(5) 849
 sensory perception 40(1) 1
 sexual being 40(5) 813
 shoulder neck pain and/or stiffness 40(4) 623
 spinal cord injuries 40(5) 813
 spouses 40(5) 759
 support from staff of the ward 40(2) 131
 survivor 40(5) 747

T

terminal cancer patient 40(2) 113, 40(4) 603
 terminal cares at home 40(1) 67
 the sense of personal growth 40(5) 803
 thought 40(4) 613
 training program 40(5) 791

V

values history 40(5) 771
 viewpoints 40(4) 613
 visiting nurse 40(1) 35, 40(5) 771

W

ward nurses 40(5) 837
 work environment 40(5) 791

理事会承認の上、24巻5号会報57号でお知らせしましたように、任期終了に伴い査読者のご氏名については、本号で以下のように公表させていただきます。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)
(平成22年～平成26年5月17日)

天津 栄子 小笠原知枝 柏木 公一 亀岡 智美 山田 律子

(敬称略)(5名)

(アイウエオ順)
(平成22年～平成28年5月21日)

青木きよ子 泉 キヨ子 市江 和子 稲吉 光子 井上 範江 猪下 光 岩瀬 信夫
内田 宏美 遠藤 淑美 大池美也子 太田 勝正 尾岸恵三子 柿川 房子 片岡 万里
鎌倉やよい 金子 仁子 加納 尚美 川畑いづみ 北村久美子 北川眞理子 小西美和子
近藤 裕子 渋谷 優子 鈴木 由美 千田 好子 中山 和弘 葉久 真理 服部 律子
林 直子 樋之津淳子 兵頭 慶子 藤田 倫子 堀井たづ子 松岡 知子 水寄 知子
宮崎 文子 村上 生美 桃井 雅子 森下 利子 森田 夏実 楊箸 隆哉 矢野 正子
山本 直美 横手 直美 若村 智子

(敬称略)(45名)

(アイウエオ順)
(平成23年～平成28年5月21日)

宮本 有紀

(敬称略)(1名)

(アイウエオ順)
(平成24年～平成28年5月21日)

秋山 智 浅川 典子 池田 智子 池田 由紀 石原 逸子 稲垣美智子 井上ひとみ
入江 慎治 江川 隆子 遠藤 芳子 大江 理英 大金ひろみ 岡 美智代 岡光 京子
小野 ミツ 勝田 仁美 上別府圭子 岸田 佐智 古謝 安子 佐藤 智子 高山 成子
竹ノ上ケイ子 谷口まり子 谷口 好美 谷田恵美子 中野 正博 野澤 明子 長谷川美栄子
平河 勝美 別所 遊子 法橋 尚宏

(敬称略)(31名)

事務局便り

1. 平成30年度会費納入のお願い

平成29年12月中に平成30年度会費納入のお願いをお送りいたします。ご確認の上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

送付先や所属等、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・追加をしてください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. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて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。また、冊子体は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨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 5号

会員無料配布

平成29年12月20日 印刷

平成29年12月20日 発行

編集委員 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 東京都豊島区巣鴨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 川口孝泰

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそらをご利用下さい。)

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 東京都豊島区東横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
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に○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区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のち、お知らせいたします。

*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にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(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 西 暦	性 別 男 ・ 女
所 属	TEL	FAX
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒
E - m a i l	TEL	FAX
自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名	TEL	FAX
推 薦 者 所 属	TEL	FAX
事 務 局	理事会承認年月日	
記 入 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。

