

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 43 Number 2 June 2020 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[43巻 2号]

目 次

ー原 著ー

知的障害を伴わない自閉症スペクトラム障害（ASD）がある母親の子育て

ー 中学生までの子どもを育てる経験 ー 163

名古屋市立大学大学院看護学研究科博士後期課程 加 藤 ま り

名古屋市立大学大学院看護学研究科 門 間 晶 子

名古屋市立大学大学院看護学研究科 山 口 知香枝

意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス 177

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 磯 村 由 美

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座 堤 雅 恵

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座 永 田 千 鶴

看護管理職の役割ストレス・労働負荷とバーンアウトとの関連 189

名古屋大学医学部附属病院看護部 中 山 元 佳

名古屋市立大学看護学部 香 月 富士日

ー研究報告ー

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動の実態 199

佛教大学保健医療技術学部 山 本 直 美

千里金蘭大学看護学部 登 喜 和 江

武庫川女子大学看護学部 杉 浦 圭 子

岐阜大学医学部看護学科 日 坂 ゆかり

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 山 居 輝 美

四天王寺大学看護学部 岩 佐 美 香

発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省が関与する過程 211

宝塚大学看護学部 西 田 千 夏

小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた診療報酬上の課題と経営上の工夫 221

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 岡 田 摩 理

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 泊 祐 子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 遠 渡 絹 代

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 市 川 百香里

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 部 谷 知佐恵

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 赤羽根 章 子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 叶 谷 由 佳

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 濱 田 裕 子

参加観察を用いた終末期がん療養者と家族に対する訪問看護師のケア行動内容の時間割合の分析	231
---	-----

高崎健康福祉大学 小 沼 美 加

群馬大学大学院保健学研究科 京 田 亜由美

高崎健康福祉大学 藤 本 桂 子

高崎健康福祉大学 神 田 清 子

高齢血液透析患者における健康情報を活用するプロセス	245
---------------------------------	-----

富山県立大学看護学部 濱 野 初 恵

金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲 垣 美智子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 多 崎 恵 子

金沢医科大学看護学部 松 井 希代子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 堀 口 智 美

ー資料・その他ー

テキストマイニングを用いた日本の論文の事前指示に関する質問項目内容の可視化	255
---	-----

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 辻 麻由美

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 吉 田 浩 二

CONTENTS

Original Papers

The Characteristics of Child-Rearing by Mothers Who Have Autism Spectrum Disorder (ASD)

Without Intellectual Disability:

Experience of Raising Children Under Junior High School 163

Doctoral Program, Nagoya City University Graduate School of Nursing : Mari Kato

Nagoya City University Graduate School of Nursing : Akiko Kadoma

Nagoya City University Graduate School of Nursing : Chikae Yamaguchi

The Process of Enhancing the will of Elderly Individuals with Declined Ability to Communicate and

Develop Assistance Used by Nurses 177

Doctor Course, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine : Yumi Isomura

Department of Community and Gerontological Nursing, Faculty of Health Sciences,

Yamaguchi University Graduate School of Medicine : Masae Tsutsumi

Department of Community and Gerontological Nursing, Faculty of Health Sciences,

Yamaguchi University Graduate School of Medicine : Chizuru Nagata

The Relationships among Role Stress, Work Overload and Burnout of Nurse Managers 189

Nagoya University Hospital Department of Nursing : Motoka Nakayama

Nagoya City University School of Nursing : Fujika Katsuki

Research Reports

Actual Situation of Nursing Activity of Certified Nurses in Stroke Rehabilitation Nursing 199

Bukkyo University School of Health Sciences : Naomi Yamamoto

Senri Kinran University School of Nursing : Kazue Toki

Mukogawa Women's University School of Nursing : Keiko Sugiura

Gifu University School of Medicine Nursing Course : Yukari Hisaka

Konan Women's University School of Rehabilitation Nursing : Terumi Yamai

Shitennoji University School of Nursing : Mika Iwasa

The Process through Which Nurse Reflections Contribute to Nursing Practice

for Children Requiring Developmental Support and for Their Parents 211

Takarazuka University Faculty of Nursing : Chinatsu Nishida

Problems with Medical Fees and Ingenuity for the Management Caught by Child-Exclusive Home Visit Nursing Stations' Managers	221
Japan Society of Nursing Research Working Group : Mari Okada Japan Society of Nursing Research Working Group : Yuko Tomari Japan Society of Nursing Research Working Group : Kinuyo Endo Japan Society of Nursing Research Working Group : Yukari Ichikawa Japan Society of Nursing Research Working Group : Chisae Toriya Japan Society of Nursing Research Working Group : Akiko Akabane Japan Society of Nursing Research Working Group : Yuka Kanoya Japan Society of Nursing Research Working Group : Yuko Hamada	
Care Behavior Analysis of Visiting Nurses for Terminally Ill Cancer Patients and Their Families Using Participatory Observation	231
Takasaki University of Health and Welfare : Mika Konuma Gunma University Graduate School of Health Sciences : Ayumi Kyota Takasaki University of Health and Welfare : Keiko Fujimoto Takasaki University of Health and Welfare : Kiyoko Kanda	
The Process of Using Health Information by Elderly Hemodialysis Patients	245
Faculty of Nursing Toyama Prefectural University : Hatsue Hamano Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa University : Michiko Inagaki Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa University : Keiko Tasaki Faculty of Nursing Kanazawa Medical University : Kiyoko Matsui Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa University : Tomomi Horiguchi	
Preliminary Session	
Content Visualization of Advance Directives in Japanese Articles Using Text Mining	255
Department of Health Science, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University : Mayumi Tsuji Department of Health Science, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University : Kouji Yoshida	

—原 著—

知的障害を伴わない自閉症スペクトラム障害（ASD）がある母親の子育て — 中学生までの子どもを育てる経験 —

The Characteristics of Child-Rearing by Mothers Who Have Autism Spectrum Disorder (ASD)
Without Intellectual Disability:
Experience of Raising Children Under Junior High School

加 藤 ま り¹⁾ 門 間 晶 子²⁾ 山 口 知香枝²⁾
Mari Kato Akiko Kadoma Chikae Yamaguchi

キーワード：母親，子育て，ASD，M-GTA

Key Words：mother, child-rearing, autism spectrum disorder, modified grounded theory approach

緒 言

近年、知的な発達の遅れがない自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder: ASD）がある者を含む発達障害児・者の存在が広く認知され、その支援について注目されている。我が国では、2005年に発達障害者支援法が施行され、医療、保健、福祉、教育、労働等の現場での発達障害児・者に対する支援は年々充実し、さらに徐々に発展してきた共生社会の実現に関する理念を明記した法改正が2016年になされた（内閣府，2017）。

ASDは、自閉症やアスペルガー症候群を総称したものであり、「社会性」「コミュニケーション」「想像力」といった「三つ組み」の障害特性および常同行動や感覚過敏などを認める脳の機能障害である（Wing, 1996/1998）。生まれつきの脳の発達が通常とは異なるために、他人との関わりや学業や就業などに影響し、当事者は「生きづらさ」を、親は「育てにくさ」を感じるがあるとされている（総務省，2017）。ASDの特性が顕著である場合は、幼児期や学童期に発見され適切な早期支援につながる場合が多い。しかし、知的な遅れを伴わず発達面の問題が顕著でない場合は、障害の特性は個性的なものとみなされ、十分な支援がないまま成人し、就職・結婚・子育てなどの高い社会性が求められる場面の中で環境や人間関係への順応や自己評価に悩み、障害に気づくこととなる。

地域母子保健の活動や研究においては、子どもの育てにくさを感じる親への支援が重視され、ASDがある子どもの子育てに関する多くの報告がされている（松井・大河内・田高・有本・白谷，2016；松岡・玉木・初田，2013；山本・門間・加藤，2010）。また、その支援プログラムの

開発も行われている（Niinomi, et al., 2016）。一方、保健師活動においては、育児についての助言が届きにくく、こだわりの強さやコミュニケーションの不得意さなど、ASDの特徴を感じさせる母親に出会う機会が増し、対応に苦慮している現状から、子どもの育てにくさを感じているASDの特徴がある母親への理解につながる研究が必要だと考える。

妊娠・出産や子育てを通して、親は社会的な責任や役割を担うようになる。特に子育ては、日々の子どもの変化に気がつき、体調や気持ちの揺れ動きなどを察し、その場に合った関わり方をするといった非常に繊細な行為が求められる（野村，2014）。しかし、母親がASDの場合、障害特性である対人能力の不得意さや社会の理解不足による孤立などから、子育てへのストレスが高く、育児困難を背景とする抑うつなどの精神症状を発生しやすくなり、ひいては不適切な子どもの養育につながるとの指摘（橋本，2012）がされている。ASDをはじめとする発達障害の母親やその子育てに関する先行研究としては、障害の臨床的特徴と治療的介入についての研究（浅井ほか，2005）、母親が示す子どもへの愛着に関する量的・質的に及ぶ研究（飯田・佐藤，2013）、アスペルガー症候群の女性の妊娠・出産・育児への関わりを考察した事例検討（佐々木・外・工藤・長利，2014）、ASD圏の母親の子育てにおける困難とニーズについての質的研究（岩田，2015）および母親への保健師等の関わりについての現状や課題を把握することを目的にした量的・質的研究（岩田，2017）がある。

海外における先行研究では、ASDと類似する障害特性があるといわれるADHDがある母親は、そうでない母親と比較して、子どもの行動をモニタリングする力が乏

1) 名古屋市立大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Program, Nagoya City University Graduate School of Nursing

2) 名古屋市立大学大学院看護学研究科 Nagoya City University Graduate School of Nursing

しく、首尾一貫したしつけができていない、育児に関する問題解決が効果的でないという報告がある（Murray & Johnston, 2006）。さらに、母親がADHDである場合は家庭環境が悪化するという報告もある（Agha, Zammit, Thapar, & Langley, 2013）。ASDについては、生活や診断に関する経験に注目した報告（Webster & Garvis, 2017; Tint & Weiss, 2018）は確認できたが、母親にASDがある場合の子育てに関する報告は確認できなかった。

このように先行研究では、母親の子育てについて、心的外傷体験と養育行動への影響や母子関係性障害、虐待や育児困難といったネガティブな視点から報告されている。しかし、ASDの母親が持つ強みにも目を向け、母親自身の視点から子育てを含めた経験に迫り、母親としての成長に焦点を当てた研究は見当たらない。

以上のことから、ASDがある母親自身が障害特性と付き合いながら子育てをすることについて、どのように感じ、意味づけているのか、ネガティブな側面からだけではなく、人間関係に苦慮してきたがゆえの強みや発想のユニークさ、子どもに対する慈しみやいたわりの気持ちと親としての成長のプロセスにも視野を広げ理解する必要がある。

I. 研究目的

本研究の目的は、知的障害を伴わないASDがある母親が経験している子育ての特徴を、母親の視点から明らかにすることである。母親がASDの特性と付き合いながら経験してきた子育てについて、その困難感や不安といったネガティブな面だけでなく、幸福感や楽しさといったポジティブな面やユニークな面、子どもに対する慈しみやいたわりの気持ちと親としての成長の部分明らかにする。

II. 研究方法

A. 用語の定義

本研究における「知的障害を伴わないASD」とは、知能指数（IQ）の基準によるものではなく、明らかな知的な遅れがなく一見して発達の問題が目立ちにくいASDとした。また「子育て」とは、子どもへの具体的な世話に限らず、母親が自身の特性と付き合いながら、子どもとの関わり合いを通して共に生きる経験とした。

B. 研究デザイン

知的障害を伴わないASD当事者である母親が障害特性と付き合いながらどのような子育てをしてきたか、その主観的な経験を研究協力者が語る文脈から理解しプロセス的

な現象を明らかにするために、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）を用いた質的記述的研究デザインとした。

C. 研究協力者

本研究では、自身がASDの診断を受けており、中学生までの子どもを育てている母親を研究協力者とした。中学生までの子どもの子育てとしたのは、母子の直接的な関わり合いが強く子育て経験を十分に思い出しながら語ることができると考えたためである。

研究協力者の募集については、研究者にとって身近な地域の医療機関や発達障害者支援センター、当事者会などへの依頼をはじめ、近隣の当事者会メンバーにまで広げて関係づくりをしながら研究協力が可能な母親を募った。最終的に調査への協力を承諾した母親は6名であった。

なお、ASDと診断され子育てをしている研究協力者を得ることが難しかったことや、本研究ではASDがある母親の子育て経験そのものが焦点であるという理由により、母親が語る対象である子どもの発達障害の有無や子どもの出生順位については特に問わなかった。

これらの経緯を経て、調査への協力を承諾した6名を研究協力者とした。

D. 調査期間

調査期間は2017年5月から2017年9月までであった。

E. データ収集方法

母親たちの経験を十分に語ってもらうため、データ収集方法として半構造化面接を用いた。

面接場所は、静かで落ち着いて語ることができ、プライバシーが十分に守られる場所を研究協力者の希望や意見を聞きながら決定した。面接時間は約2時間とし、面接回数は1人につき1～2回とした。

面接の進め方としては、研究者から、研究目的、調査内容と方法、倫理的配慮について説明し、同意書への署名を得た後、インタビューを進める上での参考として基本情報の聞き取りを行い、インタビューガイドに基づいて面接を実施した。インタビュー内容は、研究協力者が子育ての様々な場面を想定しながら幅広く語る中で、子育ての特徴を把握するために、子どもの成長過程に沿いながら（1）困ったり不安を感じたりしたエピソードと、それに対する工夫や対処、（2）幸福感や楽しさ、心が温くなったエピソード、（3）子育てを楽しくする工夫や発想、（4）子どもに対する思い、とした。また、研究協力者の許可を得てフィールドメモをとり、ICレコーダーで録音をしてデータ収集をした。

F. 分析方法

録音したデータから研究協力者それぞれについての逐語録を作成し、M-GTAを用いて分析した。M-GTAは、データが有している文脈性を重視しシステムティックに分類してまとめ、説明力のある概念を生成する研究方法である（木下，2007, pp.35-36）。誰が、何のために、なぜ、その研究をするのかという問いをあいまいにせず、社会的、現実的背景も含めて明らかにする（木下，2007, p.31）ために、分析テーマと分析焦点者を設定しデータと照らし合わせて分析を進める（木下，2007, p.143）。本研究では、分析テーマを知的障害を伴わないASD当事者である母親が「ASDの特性と付き合いながら子育てをしてきたプロセス」とし、分析焦点者を「ASDとの診断を受け子どもを育てている母親」と設定した。

分析は、まず、逐語録を読み込み、分析テーマに照らして関連すると考えられる箇所を抽出して解釈し、具体例として分析ワークシートに記入する作業を行いながら、ASDがある母親の子育ての特徴を説明する定義および概念を生成していった。次に、概念同士の関係性や意味を検討してカテゴリーやコアカテゴリーを生成した。最後にカテゴリーやコアカテゴリー同士の関係性を検討して図式化し、ストーリーラインを作成した。

分析の信頼性を確保するために、M-GTAに関する研究会に所属し、分析プロセスの訓練を受けて研究に臨んだ。また、質的研究の経験を積んだ複数の公衆衛生看護学の研究者のスーパーバイズを受け、大学院生と共に意見交換を行った。

G. 倫理的配慮

研究協力者に対し、口頭および文書により、研究の主

旨、調査協力の自由意思や研究協力の撤回の自由の保証、個人情報取り扱いの徹底について説明した。また、調査の当日にも改めて説明を行い、同意書への署名を得た。

研究協力者への面接所要時間については約1時間と依頼をしていたが、研究協力者全てが時間を惜しまず協力されたため、1人につき約2時間と長時間の面接となった。この間、研究者としては研究協力者の心身に無理がないよう声掛けし、途中で休憩を挟みながら実施した。

本研究は、名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認を得て実施した（ID番号：16026-2）。

Ⅲ. 結 果

A. 研究協力者の概要

研究協力者は6名であり、表1に示した概要のとおりである。年齢はインタビュー時点で35～53歳であった。全ての研究協力者は出産後、自身の子どもが幼児期から学童期の頃に診断を受け、現在も定期的に通院中であった。具体的な診断名はアスペルガー症候群が2名であり、広汎性発達障害、アスペルガー症候群およびADHDの合併、広汎性発達障害およびアスペルガー症候群の合併、広汎性発達障害およびうつ病の合併が各1名であった。5名が内服治療をしていた。6名の研究協力者が子育てを語る際の対象となる子どもは7名であり、年齢はインタビュー時点で7～15歳であった。面接の所要時間は平均2時間6分であり、インタビューの回数については、5名は1回実施したが、1名は子育ての詳細を確認するため2回実施した。

なお、母親自身に知的障害がないことについては、研究に関する事前説明において口頭と書面の内容を理解されたこと、研究者とのコミュニケーションにおいても特に知的

表1 研究協力者の概要および面接の状況

	研究協力者の状況				語りの対象児・家族の状況			面接の状況	
	年代	診断から 面接までの 期間	診断名	職業	対象児 の年齢	対象児の診断	同居家族＊	所要時間	場所
A氏	40代	4年	アスペルガー症候群	会社員	7	ASD	長女	1時間45分	T市内 公園
B氏	30代	10年	アスペルガー症候群 ADHD	会社員	14	－	長女、夫	2時間29分	Y市内 カラオケボックス
C氏	50代	5年	アスペルガー症候群	なし	15	ASD	長女	1時間41分	O市内 公共施設
D氏	50代	10年	広汎性発達障害 アスペルガー症候群	在宅 ワーク	15	ASD	長女、夫	2時間8分	H市内 神社境内
E氏	40代	4年	広汎性発達障害 うつ病	在宅 ワーク	12・8	－	長男、次男、夫	1時間55分 2時間35分	H市内 飲食店
F氏	40代	9年	広汎性発達障害	NPO 職員	11	広汎性発達障害	次男、長女、三男	2時間6分	O市内 当事者サロン

*下線は子育ての語りの対象となった子どもである

障害を感じさせるような方がいなかったことから、目的になかった研究協力者が得られたと判断した。

B. ASDの母親の子育ての特徴

分析の結果、19の概念、8のカテゴリー、3つのコアカテゴリーを生成した。以下に、分析結果を文章化したストーリーラインと、それを説明する結果図を示す（図1）。「」は定義、『』は概念、〈〉はカテゴリー、【】はコアカテゴリーを表す。

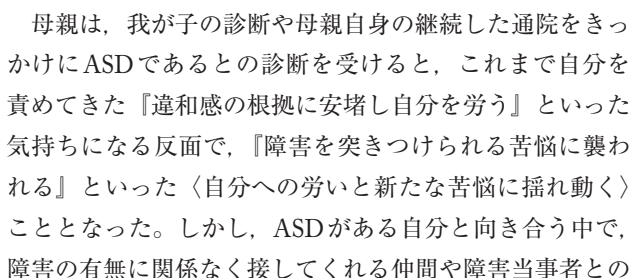
1. ストーリーライン

知的障害を伴わないASDがある母親の子育ては、【“世間並み”との隔たりにもがき、我が子より自分のことで精一杯】な子育てに始まり、【自らの診断を揺れながら受け入れ、折り合うことを獲得する】と、【ASDと付き合いながら親子で自分らしく生き、社会に発信しようとする】という3つのプロセスを経ていた。

子どもの頃から親や周りの人に叱られ続けてきた母親は、『モデルにし難い育てられ経験』に加え『周りとの調和の難しさ』を感じ、〈親や周りの人との違和感〉を抱い

表2 ASDがある母親の子育てを構成するコアカテゴリー・カテゴリー・概念・定義

コアカテゴリー	カテゴリー	概 念	定 義	
“世間並み”との隔たりにもがき、我が子より自分のことで精一杯	親や周りの人との違和感	モデルにし難い育てられ経験	親や周りの人から叱られ続け自己肯定感を下げてきた子どもの頃の経験のこと	
		周りとの調和の難しさ	学校や職場など社会に出て、気づかぬ間に周囲との人間関係につまずき孤立すること	
	“世間並み”な母親像と現実の隔たり	“世間並み”の子育てをすることへのこだわりと劣等感	“世間並み”な女性は子どもを産み育てるものと思ひ込み子育てを始めるが、育児書や他の母親のようにできないことに劣等感を持つこと	
		律儀な一方散漫な自らの特性に疲れ、自分のことで精一杯	育児や家事に律儀でありながら散漫になるギャップに疲弊し、子どもが後回しになること	
	周囲に理解されず独りでもがく	周囲に困っていることが伝わらない苛立ち	子育てや生活で模索していることや困っていることの意味が伝わらず、具体的に欲しい支援が得られない苛立ちのこと	
		親を遠ざけ自分をまもる	理解者とは思えない親との関わりに大きなストレスを感じ、遠ざけることで自分をまもろうとすること	
自分への労いと新たな苦悩に揺れ動く	自分への労いと新たな苦悩に揺れ動く	我が子の育てにくさにかつての自分の姿を見る複雑な思い	我が子に子どもの頃の自分が重なる複雑な思いと育てにくさを感じながら子育てをすること	
		違和感の根拠に安堵し自分を労う	長年の苦悩の根拠が分かり安堵するとともに、自己肯定できずに耐え続けてきた自分を労うこと	
	障害と共存する生活に落ち着くことを獲得する	障害を突きつけられる苦悩に襲われる	治ることはない障害や特性に、健常者に生まれたかった思いや普通になりたい思いが渦巻いて苦しむこと	
		障害がある自分の存在意義に気づく	障害当事者や友人、支援者に支えられ、自分をユニークで意義ある存在であると視点が変換すること	
自らの診断を揺れながら受け入れ、折り合うことを獲得する	障害と折り合い自分の弱みに寛容になる	障害特性と折り合いながら失敗や不得意なことがある自分におおらかになること		
		“世間並み”から離れて我が子自身に合わせることに気づく	試行錯誤の末、育児書に書かれている目安でなく、我が子のテンポに合わせることに気づき腑に落ちること	
	我が子と通じるきっかけをつかむ	我が子に光る才能を見出す	我が子の得意なことや才能を見出し伸ばしたいと思うこと	
		ASDと付き合いながら親子で自分らしく生き、社会に発信しようとする	親子独自の生活スタイルを持つ	“世間並み”ではないが親子で通じ合う生活スタイルを過ごすこと
我が子と自分のありのままを尊ぶ	我が子の苦悩を思いやり寄り添う		かつて自分も経験した苦悩を抱える我が子を察し、かけがえのない存在として寄り添うこと	
	自分らしく生きる姿を見せて伝える		我が子に対して、障害と折り合いながら前向きに生きる自分の姿から伝えようとする	
ASD当事者との付き合い方を周囲に発信する	自身の強みと弱みを伝え、協力を得る		周囲との関係を大切にしながら、自身の障害特性による強みと弱みを伝え、周囲の理解や協力を得ること	
	誰にでも居場所がある世の中を求め、自ら行動する	様々な特徴をもつ人が社会の中で生きやすくなるよう、もがきながらも次へつながら行動をとること		
	育てられた経験を頼りに我が子や周りの人と付き合う	親や親類から丁寧に関わってもらった経験を頼りに、障害特性の部分も子育てに活かしながら我が子や周りとの暮らしを築くこと		



ASDがある自分と折り合い我が子と通じるきっかけを得た母親は、“世間並み”でない『親子独自の生活スタイルを持つ』ようになった。自分の経験を基に思春期に入った我が子の苦悩を察し、『我が子の苦悩を思いやり寄り添(う)』いながら、『自分らしく生きる姿を見せて伝え(る)』、『我が子と自分のありのままを尊ぶ』子育てへと転換していった。さらに、周りの人に『自身の強みと弱みを伝え、協力を得る』ことや、我が子を含め全ての人が、障害の有無に関係なく社会全体に受け入れられる『誰にでも居場所がある世の中を求め、自ら行動する』といった〈ASD当事者との付き合い方を周囲に発信する〉【ASDと付き合いながら親子で自分らしく生き、社会に発信しよう】

うとする】プロセスをたどっていた。

なお、子どもの頃から〈親や周りの人との違和感〉を覚えながらも、育てられた経験を肯定的に捉えていた母親は、子どもの頃には障害特性があるゆえに傷つく体験をしていたが、親や親類との関わり合いを大切にし、『育てられた経験を頼りに我が子や周りの人と付き合う』ことで、早期に〈障害と共存する生活に落ち着く〉き、〈我が子と通じるきっかけをつかむ〉ことを経て、〈我が子と自分のありのままを尊ぶ〉子育てや、〈ASD当事者との付き合い方を周囲に発信する〉という例外的なプロセスをたどっていた。

2. ASDがある母親の子育てのプロセスを構成する要素

ASDがある母親の子育てのプロセスを構成する3つの【コアカテゴリー】、8つの〈カテゴリー〉、19の『概念』について、まず概念がもつ意味を解説し、続いて母親の語りを具体例として斜体文字で示す。なお、意味の通じやすさや読みやすさを考慮し、文脈を損なわない程度に簡略化した。また（ ）内には説明を補足した。

a. 【“世間並み”との隔たりにもがき、我が子より自分のことで精一杯】

このコアカテゴリーは、母親が長年にわたる周囲との関係性への違和感やつまずきがあるゆえに“世間並み”な女性であることにこだわりを持つようになり、子育てについても同様にこだわりながら行うが、現実との隔たりに悩み我が子よりも自分のことで精一杯な状況になるプロセスを示しており、主に子どもの乳幼児期に経験したこととして語られた。3つのカテゴリーと7つの概念から構成された。

(1) 〈親や周りの人との違和感〉

このカテゴリーは、『モデルにし難い育てられ経験』と『周りとの調和の難しさ』の2つの概念からなり、ASD当事者である母親が自身の特性と付き合いながら子育てをするにあたって抱いた思いの根底となる部分である。

『モデルにし難い育てられ経験』の定義は「親や周りの人から叱られ続け自己肯定感を下げてきた子どもの頃の経験のこと」である。

（親から言われた）自分自身の子どもの頃の話っていうのは、悪い話しか聞いたことがなくて、良い話は全く聞いたことがなくて、周りの人からは、あんたはいい子だよ、いい子だよって言われるのに、親からは悪い子悪い子としか言われたことがなかった。（C氏）

『周りとの調和の難しさ』の定義は「学校や職場など社会に出て、気づかぬ間に周囲との人間関係につまずき孤立すること」である。

就職した後に、“あれ？、なんで私ってこんなに人に嫌われるんだろう”（中略）何にもこっちは悪気はないんですけど、知らず知らずのうちに嫌われていたり、ハバにされたりっていうのが、すごく目立つようになってきて。（A氏）

(2) 〈“世間並み”な母親像と現実の隔たり〉

このカテゴリーは、『“世間並み”の子育てをすることへのこだわりと劣等感』と『律儀な一方散漫な自らの特性に疲れ、自分のことで精一杯』の2つの概念から構成された。

『“世間並み”の子育てをすることへのこだわりと劣等感』の定義は「“世間並み”な女性は子どもを産み育てるものと思い込み子育てを始めるが、育児書や他の母親のようにできないことに劣等感を持つこと」である。

育児本を読むと腹が立ってしょうがなかったんですよ。例えば、よく通常のお母さんの一日のスケジュールって、何時に起きて何時にこれやってとか、育児本とか見ていたんですけど。見てるともうね。娘が相手だと時間どおりにいかないわけですよ。先に風呂になっちゃったり、先にご飯になっちゃったり、寝る時間もバラバラ。だけど、ちゃんとしたお母さんのところは午前中は公園に遊びに行き、ママさんたちとお昼を食べてとか。うわー、イラつくーと思って。もう、こんな本必要ないわっていうか、逆に見ると落ち込む。それをできてない自分に落ち込むんです。こんな風にできてるママがいるんだって。（A氏）

『律儀な一方散漫な自らの特性に疲れ、自分のことで精一杯』の定義は「育児や家事に律儀でありながら散漫になるギャップに疲弊し、子どもが後回しになること」である。

余裕は私自身になかったんで。本来は育てやすい子やったけど、私自身の余裕がないからやっぱり、ウワーってなったりとか。家事とかいろんなことでパニックを起こしてた時期やった。こう、こっち（一方）しか集中できない。（離乳食を作る時も）調理しか集中（できない）……（子どもが）ねえねえって言うってても反応してあげられへん……。だから退屈やから（外に）出ていっちゃうんですよ、多分。

もう人一倍時間かかるし調理するのも。で、話しかけて鍋忘れて焦がしちゃってダメにする。（B氏）

(3) 〈周囲に理解されず独りでもがく〉

このカテゴリーは、『周囲に困っていることが伝わらない苛立ち』と『親を遠ざけ自分をまもる』と『我が子の育てにくさにかつての自分の姿を見る複雑な思い』の3つの概念から構成されていた。

『周囲に困っていることが伝わらない苛立ち』の定義は「子育てや生活で模索していることや困っていることの意味が伝わらず、具体的に欲しい支援が得られない苛立ちのこと」である。

（子どもと）遊んでたら家事ができない……ですよ。ちょっと待っててねとかも言う余裕もなく。もう、これはせな、片付けやなあかん、遊んだらなあかんし、ウワーってなってる。だからもう、家事……片付かんでも死にやせえへんわって、無理やり思い込んで、この子と遊ぶ方が先なんかなって。ま、ご飯は食べな、さすがに死んでまうから、ご飯だけは作らな。後の家事は、もういいやって思い込んだけど、また周りからやいやい言われて。もう主人からもやし、なんか親戚にもそれが伝わって親戚からも言われて。できてないから言われるって分かってたんですけど。なんで私、こんなにできへんのやろって。（B氏）

上手く発信できないんですよ。困ってるんだけど、この人に言っているのか、どの人に言ったらいいのやろってのが分かれへん。とにかく助けを求めることができないんですよ。（略）離乳食の教室とかで目的外の事、例えば……子どもがどうして泣く……ってというのが尋ねられないんですよ。離乳食の事なら離乳食の事しか聞いたらあかんのかなと思ひ込みがちなんです。目的外の事はやったらあかんって思ひがきついんで。健常の方やったら、ちょっといいですかって聞いたりするんですけど、そういう機転が利かないんです。（B氏）

離乳食はなかなか食べてもらえなくて、相談会とか行って相談すると、お母さんが焦りすぎですとか言われて悲しい気持ちになりました。ああいう対応する人、難しいと思うんですけど、（略）あれ（育児相談）も善し悪しでね。焦りすぎて言われて、半分怒ったり泣いたりして帰ってきたこともありましたね。（E氏）

『親を遠ざけ自分をまもる』の定義は「理解者とは思えない親との関わりに大きなストレスを感じ、遠ざけることで自分をまもろうとすること」である。

私の理解者は親とかじゃなくて、親はもう完全に私が面倒くさい娘としか思っていないんで、障害だと分かった今でさえ面倒くさがっているんですよ。で、（私の）娘の事は可愛がってくれるけど一緒に住めないんです。（略）だったら別で暮らしていた方がまだ気が楽。（A氏）

『我が子の育てにくさにかつての自分の姿を見る複雑な思い』の定義は「我が子に子どもの頃の自分が重なる複雑な思いと育てにくさを感じながら子育てをすること」である。

もうね。放っとくしかなかったんですよ。だって何しても、（略）もうとにかく何が気に入らないのかが全然。で、しゃべれないし泣くしかない時期で、どうしていいか全然わからなかった。（略）あの子と接してると……もう自分を見ているみたいなんで嫌。嫌なんです。まるでもう本当……鏡ですね。私自身の小っちゃいころを見てみたい。すごく嫌だから。できるだけちょっと距離を置いているんですよ。（A氏）

b. 【自らの診断を揺れながら受け入れ、折り合うことを獲得する】

このコアカテゴリーは、ASDがある母親が我が子の診断や自身の継続した通院をきっかけに診断され、これまでの様々な苦悩の根拠が判明し自分を労う一方で、障害という烙印を押された感覚に襲われ葛藤することと、障害がある自分を受け入れ折り合うことを獲得するプロセスのことであり、3つのカテゴリーと6つの概念から構成された。

(1) 〈自分への労いと新たな苦悩に揺れ動く〉

このカテゴリーは、障害の診断を受けたことによって『違和感の根拠に安堵し自分を労う』と『障害を突きつけられる苦悩に襲われる』の2つの概念から構成された。

『違和感の根拠に安堵し自分を労う』の定義は、「長年の苦悩の根拠が分かり安堵するとともに、自己肯定できずに耐え続けてきた自分を労うこと」である。

言葉たつ（弁が立つ）のに何でできへんねんという原因がこれ（障害）だったんやって。（略）そらしんどかったよなって納得しましたね。こら、どうあがいてもできへんなって、落ち（納得でき）ましたね。だからかって。こんだけ頑張ってるのに……。たぶん、わからんまんまにね。やみくもに頑張ってたんだと思います。わかってたらわかってたなりに頑張れたし、もうちょっと改善の仕方が、もっと早く気づいてたらあったのかなと思いますけど。（B氏）

『障害を突きつけられる苦悩に襲われる』の定義は、「治ることはない障害や特性に、健常者に生まれたかった思いや普通になりたい思いが渦巻いて苦しむこと」である。

でもね、私の場合はすっきりしたのもつかの間、（略）あ、私のせいじゃなかったんだって、過去のことは自分を責めてきたんで。それはなくなったんですけど、そこからがゴールじゃなくてスタートで、もう本を読んだり勉強していけばいほど自分に該当するので、できないところっていうのが自分に押し寄せてくるんですよ。でも私ここまでひどくないとかね、なかなか受け入れられない自分（である期間）がすごい長くて……。

何とか普通になりたいと思ってね。できないことをできるようになる……。もう、今思えば無駄な苦労がですね、すごい長くて……もうすごい勉強会に行ったりとか、工夫を無理やりしたりとか、とにかく子どもにも療育って言ってね。私もう……考えられないくらい、すごいいろんな視覚支援……いろんなグッズ、今ほどなかったんで作ったりとか、めっちゃちゃしてたんですよ、私。（F氏）

(2) 〈障害と共存する生活に落ち着く〉

このカテゴリーは、『障害がある自分の存在意義に気づく』と『障害と折り合い自分の弱みに寛容になる』の2つの概念から構成された。

『障害がある自分の存在意義に気づく』の定義は、「障害

当事者や友人、支援者に支えられ、自分をユニークで意義ある存在であると視点が変わること」である。

ちょっと救われた部分があって。（当事者会の友人に）娘のこともよう相談しているんです。どうしようって。よう言われたのは「ちゃんと食わして適度に話しさえすれば、そんなに困ることはないだろうから。他のことは目をつぶって完璧にやろうとせんでええよ」って。（B氏）

『障害と折り合い自分の弱みに寛容になる』の定義は、「障害特性と折り合いながら失敗や不得意なことがある自分におおらかになること」である。

たまたま、「バリバラ（障害者のための情報番組：NHK教育）」の司会してらっしゃる方の講演を聞く機会があったんです。（略）私何してんねやろって、こんな五体満足の身体を持ってね、何してんねやろって、すごいその時自分が情けなくて。（略）できへんでも構へんねやって、普通にならんでいいんやって、その方の話を聞いてから思うようになって自分と向き合うようになったんです。（略）（子どもが）懇談の希望日とかって手紙をもらってきても、まず、そもそも子どもが出さない、出されても私が返事を忘れるっていう、（略）そういうこともできないんですよ、私。普通にお母さんがして当たり前って言われることができずに来たんです。でも、（診断を受ける前でも後でも）できないことは同じなんですけど、開き直ってます今は。自分を責めたりはしてない。（F氏）

（3）〈我が子と通じるきっかけをつかむ〉

このカテゴリは、『“世間並み”から離れて我が子自身に合わせることに気づく』と『我が子に光る才能を見出す』の2つの概念から構成された。

『“世間並み”から離れて我が子自身に合わせることに気づく』の定義は「試行錯誤の末、育児書に書かれている目安でなく、我が子のテンポに合わせることに気づき腑に落ちること」である。

家で作った離乳食も硬さちょっと違うだけで食べなかったり。月齢ごとにドロドロとかパクンとかあるじゃないですか。ドロドロやったら絶対食べないです。6ヶ月からでも。（離乳食の）順番すつとばしてる（笑）。やってたんです律儀に。「なんで食べへんねん」っ思っ。ある時ね、サラダに入ってた蒸かした人参、角切りの。それを、つまんで食べたんですよ。隣に座らせとったから私の。パクパク食べよって。……硬さかあって。（B氏）

『我が子に光る才能を見出す』の定義は、「我が子の得意なことや才能を見出し伸ばしたいと思うこと」である。

保育園で覚えてきたと思うんですけど、絵を描くのがね、すごい好きで。絵を描きだしたのは多分保育園で一番だったと思いますね。（略）それがちゃんと特徴を掴んで、滅茶苦茶先生に褒められた時に滅茶苦茶嬉しくて私も。この子、絵

の才能があるんだと思って。（A氏）

c. 【ASDと付き合いながら親子で自分らしく生き、社会に発信しようとする】

このコアカテゴリは、母親自身がASDの特性と折り合い、周囲の人の理解や協力を得ながら、自分らしさを大切に我が子と暮らすことであり、自分や我が子だけでなく誰にでも居場所がある世の中を求めていくことである。2つのカテゴリと5つの概念から構成された。

（1）〈我が子と自分のありのままを尊ぶ〉

このカテゴリは、『親子独自の生活スタイルを持つ』、『我が子の苦悩を思いやり寄り添う』、『自分らしく生きる姿を見せて伝える』の3つの概念から構成された。

『親子独自の生活スタイルを持つ』の定義は、「“世間並み”ではないが親子で通じ合う生活スタイルを過ごすこと」である。

（娘が）多分こういう行動に出るだろうなあってわかってても、スーパー行くとやっぱりいなくなっちゃって。だからもう探しません。（略）アナウンスが呼ばれるまで待つんです。（略）あえて探さずに放つたらかしといて、一人で買い物して、じゃあ娘を探るかあみたいになるけど、もう探すの面倒くさいやと思ってサービスカウンターに行って、「すいません。こういう子なんですけど」って。その日の娘を写メるんですよ。で、その写メを見せて「この子がいなくなったんですけど」って見せる。（略）で、店員に探させるんです。（A氏）

『我が子の苦悩を思いやり寄り添う』の定義は、「かつて自分も経験した苦悩を抱える我が子を察し、かけがえのない存在として寄り添うこと」である。

私は自分の発達障害者としての経験から、もう成績はどうでもいいと思って、子どもたちにも。だから、不登校も行かれへんより行った方がいいと思うんですよ、学校は社会の縮図やと思ってるので、行けないより行った方がいい。でも、行って鬱になるんやったら、行かんと笑ってる方がええやんと思います。

だから学校がすごい嫌がるんですよ。お母さん、もっと、ちょっと学校に行くように促して欲しいって言うけど、行きたくない理由が学校にあるのに、それが分かっているのになんで私が行けって言わなあかんのって思うんですよ。（略）今何も学校が変わらない状態で私が行き（行くように）なんて、よう言いませんって学校に言うので。（F氏）

『自分らしく生きる姿を見せて伝える』の定義は、「我が子に対して、障害と折り合いながら前向きに生きる自分の姿から伝えようとする事」である。

（私のことを）気楽やなあって（大笑）。（子どもらが精神的に）しんどいと感じていた頃は、子どもたちから同じ診断

（ASD）やのに何毎日楽しそうに過ごしてんねんって言われてたんですよ。私。悔しかったらここ（私のような心境）までおいでっとか言ってたんですけど、今はちょっとずつ子どもも楽しになったんで。まあ好きなことしてるのやからええんちゃうみたいなの。（F氏）

（2）〈ASD当事者との付き合い方を周囲に発信する〉

このカテゴリーは、『自身の強みと弱みを伝え、協力を得る』と『誰にでも居場所がある世の中を求め、自ら行動する』の2つの概念から構成された。

『自身の強みと弱みを伝え、協力を得る』の定義は、「周囲との関係を大切にしながら、自身の障害特性による強みと弱みを伝え、周囲の理解や協力を得ること」である。

学校にも伝えているので、私はその……忘れるので。提出物で忘れてたりしたら、もう、しつこいくらいに言ってくださいって担任の先生をお願いしてるんです。で、朝起きるようにお母さんから（子どもに）言ってくださいって（言われても）「先生、それができたら私も困ってない」って言います。今は言えるようになってます。学校にはすごい言ってきたし、言えば慣れてくるので言い方も段々多分うまくなってきてると思うんです。（F氏）

『誰にでも居場所がある世の中を求め、自ら行動する』の定義は、「様々な特徴をもつ人が社会の中で生きやすくなるよう、もがきながらも次へつなげる行動をとること」である。

もちろん私たち自身の居場所が欲しいとか、ステップ上がっていきたくてかかっていうこともあるけれども、じゃなくって、やっぱり今、その……療育の子、中学生の子、高校生の子、大学生の子、ニートの子、社会人の人、子育て中の人、いろーんな発達さんいらっしゃいますよね。次につなげていかないと。私あと何年〇〇（当事者会）で何ができるかわからないけども、その方が……見通しが早いじゃないですか。（略）やっぱりちゃんと、次に継承して、自分たちがどういう苦勞をして、どういう風に、（略）それを言葉で言うんじゃなくて実際に自分が経験しながら、すったもんだしながらをちょっと巻き込んで、背中を見せながらやっていくっていうのが工夫につながっているところ。（C氏）

d. 『育てられた経験を頼りに我が子や周りの人と付き合う』

この概念は、子どもの頃から親や親類の丁寧な関わりがあった母親の例から生成された。

定義は「親や親類から丁寧に関わってもらった経験を頼りに、障害特性の部分も子育てに活かしながら我が子や周りと暮らすこと」である。

親の教育じゃないですか。うちの父親は理屈っぽい人で、物事を裏から見て斜めから見てね、見てない部分見なかった

ら本当のことは分からないぞって主義の人で。（略）複数路線から見ても同じならその結果は正しいかもしれないけど、一つの路線から見たら間違えることがあるでしょ、理屈なんかいくらでも作りようがあるんだからって。

まず、じっくり観察してからの方が早い。

家から保育所までは3分かかるんですけど、普通に歩けば。（子どもを）迎えに行ったら家に着くまで30分みとく。（子どもの）観察タイムなんですよ、私にとっては。（娘は）“ドロ団子はーい”ってタイプではないので、あの人も。ドロ団子を完壁化するのに熱中してるのかなっていう。（略）ああ、こいつそういうタイプか、職人肌やなあとかね（笑）。基本的に観察、先読みが徹底しているので、あんまり子どもの事で泡食うってないね。

家の母親から叔母から何かしら、何かにつけて言うから、家の方で伝わっている話だなと思うけど。「難しい子にはね、難しい子ほどよく話聞いて育てなきゃ」って。それで話聞くときは（一緒に）手仕事しながらやるんだぜって。（D氏）

IV. 考 察

A. 知的障害を伴わないASDがある母親が経験している子育ての特徴

本研究において、知的障害を伴わないASDがある母親の子育ては、“世間並み”であることに対する母親の思いと障害特性と付き合うことをめぐる周囲の人々との相互作用により、3つのプロセスをたどりながら親として成長していたと考えられる。ASDがある母親の子育てに関する先行研究は限られており、国内外において母親自身の視点から子育てを含めた経験に迫り、母親としての強みや成長を明らかにした論文は見当たらない。本研究は、自身にASDの特徴があるために子どもの育てにくさを感じる親への理解や支援に大きな意義を持つと考えられる。

以下で、3つのプロセスにおける子育ての特徴と背景について考察する。

1. “世間並み”にとらわれ孤独で精一杯な子育て

通常の子育てでは、母親は自分が育てられてきた経験に加えメディアや育児書などの社会的に構築された母親像の影響を受けながらも、自分の中に蓄積してきた「理想の母親像」に基づきながら子どもと関わる（大島、2013）。まず、本研究の母親らは、通常でも我が子が乳幼児で親として養育の不安を抱えやすい時期に、育てられた経験の中にある理想の母親像を持てず、周囲と調和した“世間並み”で“普通”の母親であることに価値を置いていた。そして、育児書や周囲の母親たちの子育ての姿と自分とを対比

させていた。これは母親自身が、子どもの頃の親との関係や学校・職場などの社会の中での孤立経験から〈親や周りの人との違和感〉を持っていたゆえに、周りと調和し“世間並み”に暮らすことを望んだと考えられ、岩田（2015）が高機能ASD圏の母親の養育行動には出産前からの生きづらさが影響していたと述べていることと同様であった。母親らにとって目指すべき“世間並み”な母親の姿とは、誰からも責められず落ち度がない子育てや生活する姿のことであり、木谷（2016）がASDの女性は人として欠陥があると悟られないよう、必死に取り繕って生きようとするという報告と同様の心境が働いていたと考えられた。また母親らは、子育てに対する様々な固定観念やこだわりにとられ、融通さに欠け集中しすぎる特性から失敗を繰り返すし、“世間並み”な母親像に対する劣等感と疲弊から自分に精一杯となり、子どもとの関わりが後回しになっていたと考えられた。

次に、母親らは育児や生活全般がうまくいかないにもかかわらず、周囲（夫、実親、支援者など）に伝えられず孤独な状態であった。夫との関係では、育児や家事の困り事への理解が得にくかった。子どもの頃から叱られ続け折り合いが悪い実親との関係では、長年にわたる肥大化した否定感情（広沢，2016）を持ち親を遠ざけることで、自分をまもり精神的安定を得る一方、子育ての支援が得られなかった。支援者との関係では、様々な子育て場面での自身の対応が正解であるかを気にする傾向や、子育て相談の場では、テーマ（例えば離乳食）となっている内容しか相談できないと思い込む融通のきかなさから、具体的な困り事が伝わらない経験をしていた。これら母親の困り事が周囲に伝わらず孤独であった背景には、親自身が抱えるASDに対する、専門職を含めた世間の理解や認識が十分でなく、母親自身も身近な人も、育児や家事の失敗を母親の性格上の問題として責めてしまう傾向があったと考えられた。またASDの特性であるコミュニケーションの苦手さがあるゆえに、相手との受け答えが意図からはずれ、会話の展開に違和感が生じ伝わらなかった（野村，2014）と考えられた。そして砂川（2015）が述べているように、ASDの女性はライフサイクルの中で適応と努力と失敗を繰り返しながら社会適応のスキルを学習することで、表面的には社会適応しているように見え、支援の必要性が認識されにくかったとも考えられた。

さらに、母親らは我が子に対し、育てにくさや複雑な気持ちを抱えながら接していた。本研究の母親の子ども7名のうち4名がASDと診断されていたことから、何らかの育てにくさを経験していた可能性も考えられるが、我が子の姿を通じて自身の子どもの頃が思い出され、複雑な気持ちを抱えていたことも母親の困り事となっていた。ASD

当事者である栗山（2012）の手記でも、子育てではこれまでで考えないようにしてきた自分の成育歴、親子関係、家族の問題に絶えず問いかけられたと綴っており、否応なく自分が育てられた過程を振り返り、親の面影をたどらなければならない複雑な心境があったと推測された。

以上から、ASDの母親の子育て支援は、母親自身がASDと診断されるに至っておらず苦悩を抱えやすい時期や、我が子が乳幼児である時期に最も必要だと考えられた。“世間並み”であることを望みながら、孤独な子育てや家事に取り組む母親の存在に、子どもの育てにくさや家族関係の悩みの訴えあるいは雰囲気から気づく可能性がある。支援者には、母親自身のペースを大切にしつつ、具体的に困り事を理解しようとする姿勢が重要と考えられた。母親にイメージーションの苦手さや融通のきかなさがあることに對しては、子どもの成長発達など子育てに関わる見通しを具体的に伝え、母親が取り組んでいけることを共に考える姿勢を持つことが必要と考えられた。母親が子育てや対人関係において疲弊し混乱しがちである点については、可能な限り支援する人や窓口を統一し継続的に支援する配慮も必要と考えられた。

2. ASDの特性をもつ自分と折り合うことで転換する子育て

母親らにとって診断を受けることは、これまでの他者との関わりにおける苦悩の理由が分かり、自分自身の人間性の問題ではないことに安堵するという意味をもっていた。これは自分を駄目な人間だと思い耐えてきたことへの労いにつながる大きな意味があった反面、障害があることを新たに意識させられるという苦悩に襲われていた。砂川（2016）は、ASDの女性にとって診断は安心感の意義が大きい、具体的な困難の軽減には必ずしもつながっているわけではない可能性があると述べている。人の親になるとは、単に子どもを育てることだけでなく、周囲の人たちとうまくやるということが大きな要素（栗山，2012）であり、自分や我が子が社会に馴染んでいくために、我が子とつながる人々と調和することが求められる。周囲と調和し“世間並み”と認められることを強く望んできた母親にとって、ASDと診断されることは、“世間並み”から引き離されたように感じる大きな衝撃であったと推測された。

しかしその後、母親らは障害理解や自分探しのために参加した当事者会や講演会などで勇気づけられ、家族や理解ある仲間、主治医などの支援者の支えに気がつくにつれ、肯定的な感情を持つようになった。そして、視点を変えてASDの特性をユニークな自分の一部として捉え、障害特性に起因する失敗や苦手なことがある自分に寛容になるといった、障害と折り合う生活へと転換していた。上

田（1980）は、「障害の受容とはあきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観（感）の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」と述べている（p.516）。本研究の母親らにとっても障害がある自分を受け入れ折り合ったことは、その後の母親自身の生き方だけではなく子育てに対する姿勢に大きく影響を与え、価値観を転換させた重要なプロセスであったと考えられた。子育てでは、障害がある自分のユニークさに気づき折り合うようになったことで、「世間並み」や育児書に書かれている画一化された目安にとらわれるのではなく、我が子自身の心地よいテンポに合わせることで、我が子と通じることに気づいていったと考えられた。そして、我が子の得意なことにも目を向け、大切に伸ばしたいと思えるようになったと考えられた。

なお、母親らの障害との折り合いには当事者や地域の仲間、家族や支援者といった自分を理解し支えてくれ、同じ時間を過ごすピアな他者の存在が母親のセルフスティグマを低減させ、自分自身を肯定する気持ちに働きかけた（坂井・水野，2011；吉井，2016）と考えられた。

以上のことから、母親自身が自らの障害特性を理解し折り合う過程を支えるためには、支援者は診断につながるプロセスを共に歩みながら、母親が屈辱的な感情や劣等感を克服し、自らのユニークさや自分らしい子どもとの関係の結び方に気づけるような関わり方や仲間づくりが求められているといえる。

3. 親子のありのままを尊び共に成長する子育て

ASDは遺伝要因と環境要因が共に有意に発症リスクを上げる（神尾，2012）ことや、ASDの子どもは思春期に健常児と比べ様々な不適応を示す（星野，2017）と述べられている。本研究の母親らの子どものうち何名かはASDと診断され、また診断されていない子どもであっても社会生活への適応に難しさを抱えている例があった。思春期という自己を揺さぶられやすい時期の子どもとASDの母親が付き合うことは、子どもの抱える困難さを理解する助けになる一方で、自分の過去を想起させられるなど親自身が自らの困難さを抱えたまま、子どもに接するという非常につらい作業（野村，2014）を伴うことが推察された。しかし、母親らは、自分自身も経験した周りの人との違和感に対する我が子のつらさを思いやり、かけがえのない人として自己肯定感が持てるよう心がけていた。このことは、ASDの特性がある母親自身の苦悩した経験に基づき我が子の心中を察することができたため、また、自分のことで精一杯であった頃に比べ、我が子が置かれている状況に目

を配る余裕ができたためと考えられた。

そして、母親らは周りからの配慮を要する「弱み」と得意なことである「強み」を認識し、我が子の担任の先生や母親仲間など周囲の人々とコミュニケーションをとることで、必要な配慮が得られるよう働きかけていた。このことを支えていたのは、当事者会などのピアサポートであった。つまり、本研究の母親と子どもが周囲の理解を得ながら、ありのままの自分たちらしい生活を送ることができた背景には、当事者会活動がピアな存在として、生きづらさの共有から発展し、障害特性を意識しながら社会の中でどのように振る舞うかを具体的に話し合うといった貢献があったと考えられた。精神障害者のピアサポートに関する研究（濱田，2015）においても、ピアサポートは当事者自身を疾病という画一性から解放し、固有の人生を送るというリカバリーへと貢献していた。

最後に、本研究の中で他の母親らとは異なるプロセスを経て子育てをしていた母親について述べる。この母親は、〈親や周りの人との違和感〉を持ちながらも、障害特性に伴う苦悩を経験することなく〈障害と共存する生活に落ち着く〉カテゴリーへと移行し、〈我が子と通じるきっかけをつかむ〉ことを経て、〈我が子と自分のありのままを尊ぶ〉生活を送っていた。このようなプロセスとなったのは、母親の両親や親類が、母親の子ども時代から丁寧に関わり続け自己肯定感に働きかけたことが大きく影響したのではないかと推測され、ASDがある人の障害を受け入れる過程やASDがある母親の子育てが円滑に進むための大切な要素ではないかと考えられた。近年、発達障害児やその親への支援について多くの研究がなされ、医療・保健・福祉の現場での支援も充実しつつある。この母親の経験は、今まさに両親の支援を受けながら成長している発達障害児が、いずれ成人し子どもをもうけた場合でも、自分の障害と付き合いつつ苦悩に満ちることがない子育てにつながるといった可能性があると考えられた。

B. 研究の限界と今後の課題

自身がASDであり中学生までの子どもを育てている母親は研究協力者として得難く、関係づくりができた当事者会の主宰者等、自ら行動し発信する力をもつ母親たち6名からのデータ収集となった。また、母親の子どもには、ASDと診断されている子どもと診断されていない子どもの両者が含まれた。このことによって、ASDの多様な特性と付き合い母親の子育てにおける実際の姿やポジティブな面を見出せた一方、ASDの母親の子育てを多面的に捉えることができたとは言いがたいことが本研究の限界である。

今後は、多様な背景をもつASDの母親の経験から子育て

ての特徴を理解し、支援を検討するために、語りの対象である子どもの属性を整えた上で、研究協力者を募る機関の範囲などを限定しすぎず、多くの語りのデータからASDの母親の子育ての特徴を捉えていくことが必要だと考える。また、ASDがある母親が障害特性と付き合いながら子育てすることの支援を検討するために、子育てされる側である子どもをはじめ、家族や周囲の人との相互の関係性についても捉える必要があると考える。

V. 結 論

ASDがある母親の子育ては、母親自身がASDであるとの診断に至っていない時期や、我が子が乳幼児である時期に“世間並み”な母親像と現実の隔たりに苦悩を抱えていた。また母親は、外見上では障害や困り事があると認識されにくいために周囲の支援が得にくく、親を遠ざけ自分をまもり精神的安定を得る一方で、独りでもがく精一杯な子育てをしていた。しかし、ASDとの診断を受け、家族や当事者などの支えを得ると同時にASDがある自分自身と折り合ったことが、その後の母親の生き方や子育てを転換させ、親子のありのままを尊び成長しようとする生活や子

育てにつながっていた。そして、我が子やASDの人々が世の中に受け入れられるよう、社会に発信するに至っていた。

謝 辞

本研究において、貴重なお話を聞かせてくださいましたASDがある母親の皆さま、および研究に先立ち当事者会活動への参加を温かく受け入れてくださいました当事者会の皆さまに深く感謝申し上げます。

なお、本研究は名古屋市立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に基づいており、本研究の一部は一般社団法人日本看護研究学会第44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。

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、知的障害を伴わないASDがある母親が経験している子育てを、母親の視点から明らかにすることを目的とし、研究協力者6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・アプローチを用いて分析した。その結果、母親の子育ては、ASDとの診断を受けておらず子どもが乳幼児の頃は【“世間並み”との隔たりにもがき、我が子より自分のことで精一杯】であった。しかし、【自らの診断を揺れながら受け入れ、折り合うことを獲得する】ことで、〈我が子と自分のありのままを尊ぶ〉子育てへと転換した。そして、我が子やASDの人々が世の中に受け入れられるよう【ASDと付き合いながら親子で自分らしく生き、社会に発信しようとする】に至っていた。ASDの母親への子育て支援は、母親のペースや子育ての具体的な見通しを大切にし、自らのユニークさや自分らしい子どもとの関係の結び方に気づけるような関わり方が求められている。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the characteristics of child rearing experienced by mothers who have autism spectrum disorder (ASD), but do not have intellectual disability, from the mother's point of view. Semi-structured interviews were conducted with six mothers, and analysis was performed using the modified grounded theory approach. It was found that mothers who had not yet been diagnosed with ASD when their children were infants struggled with emotional distance and tended to put their own needs above those of the child. However, mothers who had been diagnosed with ASD and worked to live with it were able to move to a style of child rearing that valued both the children and themselves. Moreover, they were able to move toward living with ASD as a parent-and-child unit and joining society on their own terms. Thus, this study suggests that support for child care by mothers with ASD should focus on the importance of a concrete outlook on the mother's lifestyle and parenting, and should foster relationship building based on the unique qualities of both the mother and the child.

文 献

- Agha, S.S., Zammit, S., Thapar, A., Langley, K. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(6), 369-377.
- 浅井朋子, 杉山登志郎, 小石誠二, 東 誠, 遠藤太郎, 大河内修, 海野千畝子, 並木典子, 河邊真千子, 服部麻子 (2005). 高機能広汎性発達障害の母子例への対応. 小児の精神と神経, 45(4), 353-362.
- 濱田由紀 (2015). 精神障害をもつ人のリカバリーにおけるピアサポートの意味. 日本看護科学会誌, 35, 215-224.
- 橋本和明 (2012). 発達障害を抱える親と児童虐待: 生活と切り離された子育てを支援する. 臨床心理学, 12(3), 343-348.
- 広沢郁子 (2016). 女性の自閉スペクトラム症例とそのライフステージの課題. 精神医学, 58(5), 415-422.
- 星野仁彦 (2017). 思春期以降に顕在化する発達障害. 教育と医学, 65(1), 16-23.
- 飯田法子, 佐藤晋治 (2013). 自身が高機能広汎性発達障害をもつ母親の「愛着」からみた育児支援: 「内的作業モデル測定尺度」と「語り」による 4 事例の報告. 別府大学短期大学部紀要, 32, 95-106.
- 岩田千亜紀 (2015). 高機能自閉症スペクトラム障害 (ASD) 圏の母親の子育てにおける困難とニーズ: 当事者に対する質的研究に基づく分析. 社会福祉学, 56(3), 44-57.
- 岩田千亜紀 (2017). 高機能自閉症スペクトラム障害 (ASD) 圏の母親への保健師等の関わり: 「妊娠・出産包括支援モデル事業」における保健師等を対象とした調査. 保健師ジャーナル, 73(6), 514-521.
- 神尾陽子 (2012). 精神科医療で出会う自閉症スペクトラム障害のあるおとなたち. 神尾陽子 (編), 成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル (pp.2-14). 東京: 医学書院.
- 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.
- 木谷岐子 (2015). 自閉症スペクトラム障害の成人当事者が抱える「自分」: M-GTA を用いた質的研究. 北海道大学大学院教育学研究院紀要, (122), 1-25.
- 木谷岐子 (2016). 自閉症スペクトラム障害の一女性が語るライフストーリー: 「自分」への苦悩に焦点をあてて. 人間性心理学研究, 34(1), 61-71.
- 栗山恵久子 (2012). 「自閉症スペクトラムの特性を持つ母親」の子育て. 障害学研究, (8), 163-166.
- Lorna Wing (1996) / 久保絃章・佐々木正美・清水康夫 (1998). 自閉症スペクトル: 親と専門家のためのガイドブック. (pp.28-78). 東京: 東京書籍.
- 松井藍子, 大河内彩子, 田高悦子, 有本 梓, 白谷佳恵 (2016). 発達障害児をもつ親の会に属する母親が子育てにおける前向きな感情を獲得する過程. 日本地域看護学会誌, 19(2), 75-81.
- 松岡純子, 玉木敦子, 初田真人, 西池絵衣子 (2013). 広汎性発達障害児をもつ母親が体験している困難と心理的支援. 日本看護科学会誌, 33(2), 12-20.
- 宮尾益知 (2017). ASD (アスペルガー症候群), ADHD, LD 女性の発達障害: 女性の悩みと問題行動をサポートする本. 66-67, 東京: 河出書房新社.
- Murray, C., Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 52-61.
- 内閣府 (2017). 平成29年版障害者白書. <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h29hakusho/zenbun/index-pdf.html> (参照 2018-12-29)
- Niinomi, K., Asano, M., Kadoma, A., Yoshida, K., Ohashi, Y., Furuzawa, A., Yamamoto, M., Yamakita, N., Mori, A. (2016). Developing the “Skippu-Mama” program for mothers of children with autism spectrum disorder. *Nursing & Health Sciences*, 18(3), 283-291.
- 野村和代 (2014). 発達障害特性をもつ親への支援. 臨床心理学, 14(5), 646-670.
- 大島聖美 (2013). 中年期母親の子育て体験による成長の構造: 成功と失敗の主観的語りから. 発達心理学研究, 24(1), 22-32.
- 総務省 (2017). 発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告. https://www.soumu.go.jp/main_content/000458761.pdf (参照 2018-12-29)
- 砂川芽吹 (2015). 自閉症スペクトラム障害の女性は診断に至るまでにどのように生きてきたのか: 障害を見えにくくする要因と適応過程に焦点を当てて. 発達心理学研究, 26(2), 87-97.
- 砂川芽吹 (2016). 自閉症スペクトラム障害の女性の診断をめぐる心理過程. 心理臨床学研究, 34(1), 15-26.
- 佐々木萌子, 外 千夏, 工藤春菜, 長利綾美 (2014). アスペルガー症候群合併女性の妊娠・出産・育児支援に関する考察: こだわりや理解力に特徴のある事例へのアプローチ. 第45回日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション, 101-104.
- 坂井郁恵, 水野恵理子 (2011). 地域で生活する精神障害者の生きがいの特徴. 日本看護科学会誌, 31(3), 32-41.
- Tint, A., Weiss, A. J. (2018). A qualitative study of the service experiences of women with autism spectrum disorder. *Autism*, 22(8), 928-937.
- 上田 敏 (1980). 障害の受容: その本質と諸段階について. 総合リハビリテーション, 8(7), 515-521.
- Webster, A. A., Garvis, S. (2017). The importance of critical life moments: An explorative study of successful women with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(6), 670-677.
- 山本真実, 門間晶子, 加藤基子 (2010). 自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 21-30.
- 山下亜矢子, 渡邊久美, 井手野紗枝 (2017). 高機能自閉症スペクトラム障害をもつ人が障害理解から肯定的な自己理解に至るプロセス. 日本精神保健看護学会誌, 26(1), 31-39.
- 吉井初美 (2016). 精神障害者のセルフスティグマ低減を目的とした介入研究課題: レビュー. 日本精神保健看護学会誌, 25(1), 91-98.

〔2019年7月19日受付〕
〔2019年11月25日採用決定〕

—原 著—

意思伝達能力の低下した高齢者の意思を 看護師がくみ取り援助を展開するプロセス

The Process of Enhancing the will of Elderly Individuals with Declined Ability to Communicate and
Develop Assistance Used by Nurses

磯 村 由 美¹⁾ 堤 雅 恵²⁾ 永 田 千 鶴²⁾
Yumi Isomura Masae Tsutsumi Chizuru Nagata

キーワード：高齢者，意思伝達能力の低下，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：elderly, declined ability to communicate, M-GTA

緒 言

厚生労働省（2007）は、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、人生の最終段階における医療およびケアの在り方について、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である」と明記した。近年、日本においても、人生の最終段階における医療について考えられており、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること」であるエンド・オブ・ライフケア（End-Of-Life Care）の重要性が高まっている（Izumi, Nagae, Sakurai, & Imamura, 2012）。人生の最終段階にある高齢者が、その人らしく最善の生を生きるためには、高齢者本人の決定をもとに、一人ひとりの高齢者の意思が反映された医療を提供することが求められている。

しかし、厚生労働省（2014）が実施した終末期医療に関する意識調査では、「人生の最終段階における医療に関する家族との話し合い」については、55.9%が「全く話し合ったことがない」と回答している。「将来の意思決定能力の低下に備えて、患者と医療福祉関係者、家族が、患者の将来のケアについての意向や希望を話し合うプロセス」であるアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）（阿部，2017，p.101）が、エンド・オブ・ライフケアや意思決定支援の中核として取り組まれているが、医療ケアチームは、すでに差し迫った状況にある患者・家

族に対する支援に追われているのが現状であると言われて（西川，2016，p.43）。

患者の将来のケアについての意向や希望を話し合うプロセスは、まだ発展段階にあるが、超高齢社会を迎えた日本において、脳血管疾患や認知症等の罹患により、意思伝達能力が低下する高齢者は多く存在する。特に、重度の認知機能障害や意識障害を有する高齢者の意思を確認することは困難を極める。終末期においては70%の患者が意思決定能力を失っているという報告もある（Silveira, Kim, & Langa, 2010）ことから、すでに意思伝達能力の低下した高齢者の意思を反映させた医療およびケアの提供は困難な状況にあるが、現在は本人の意思が確認できない状態であっても、その高齢者の意思を尊重する医療が提供されなければならない。そして、そのような高齢者の日常生活におけるさまざまな事柄の選択という場面においても、決定にあたっては本人の意思が大いに尊重されるべきであり、日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、看護師が実践する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の尊厳ある生活やQOLに大きく影響し、人生の最終段階にある高齢者の生き方にも影響を及ぼすと考えられる。

そこで、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活における意思として捉えられる感情や思い、それを反映する高齢者の反応や、反応を引き出す援助に関する先行研究を調べたところ、湯浅・小川（2007）は、重度の認知症を有する高齢患者に対するケアの効果を把握するための指標を、comfort概念を取り入れて開発し、患者の感じる“心地よさ”に関して13項目からなるチェック表を作成していた。また、梅垣（2018）は、遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と、看護師の考え方や行動

1) 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

Doctor Course, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine

2) 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座

Department of Community and Gerontological Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine

の変容過程を明らかにしていた。このような先行報告から、意思伝達能力の低下した高齢者の心地よさという感情やプラスの反応は、高齢者の意思を構成する重要な要素であると考えられた。そこで、本研究は、一人ひとりの高齢者の感情や反応、思いや考え、希望等を意思として捉え、すでに意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師が高齢者の意思をくみ取り、看護援助を展開する過程を明らかにすることを目的とする。

I. 方 法

A. 用語の定義

1. 意思伝達能力の低下した高齢者

意思伝達能力の低下した高齢者とは、1972年に日本脳神経外科学会が提唱した植物状態の定義（太田，2016，p.267）に該当する、65歳以上の高齢者とする（表1）。この定義の冒頭には、「useful lifeを送っていた人が脳損傷を受けた後で以下に述べる6項目を満たすような状態に陥り、ほとんど改善がみられないまま満3ヵ月以上経過したもの」という記述があるが、高齢者はさまざまな疾患を複合的に有し、その経過も長期間にわたることが多いため、脳損傷に限らず、その他のさまざまな疾患や加齢変化により、6項目を満たすような状態に至った場合も含めることとした。

2. 日常生活における意思

日常生活において多くの援助を必要とする高齢者にとって、日常生活のあり方は、QOLに大きく影響を及ぼし、人生の最終段階における生き方そのものでもある。そして、日常生活とは、高齢者が長年積み重ねた生活習慣を基盤にして成り立っていると考えられることから、本研究において、日常生活における意思とは、「日常生活におけるさまざまな事柄の選択に対する、過去・現在・未来の時間軸で捉えた、対象となる人の思い・考え・欲求・希望」とする。

B. 研究デザイン

質的記述的研究。

C. 対象者

研究対象者は、看護師の看護経験年数が意思決定の促進に関与することを考慮し（Corcoran, 1986）、5年以上の看護経験を有し、現在、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助を実践している看護師を対象とした。また、看護師が高齢者の意思を理解する時の思考や判断の過程を明確に捉える必要があるため、日頃から高齢者の意思を重視し尊重した看護実践に努めていると、病棟または施設管理者から推薦され、その推薦理由が納得のいくものであると研究者が確認した看護師とした。

D. 調査期間・場所

調査期間は2018年5月～7月で、調査は、65歳以上の意思伝達能力の低下した高齢者が長期的に入院し、看護師による日常生活支援を必要とすることが多い、医療療養病床・回復期リハビリテーション病床・地域包括ケア病床を有する2つの医療施設で実施した。

E. データ収集方法

対象者一人ずつに半構造化面接によるインタビューを実施した。インタビューガイドを用い、看護師経験年数、意思伝達能力の低下した高齢者に対する看護経験年数の基本属性と、意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助場面において、「高齢者の意思をどのような方法でくみ取ったり理解したりしているか」、「高齢者の意思をくみ取れた、理解できたと感じた日常生活援助場面（看護援助の内容、高齢者の反応・言動、理由を含む）」、「高齢者の意思をくみ取れない、理解できないと感じた日常生活援助場面（看護援助の内容、高齢者の反応・言動、理由を含む）」の3点について、これまでの臨床経験を振り返り、自由に、自分のペースで語ってもらった。インタビューは施設内の

表1 日本脳神経外科学会による植物状態の定義（1972年）

useful lifeを送っていた人が脳損傷を受けた後で以下に述べる6項目を満たすような状態に陥り、ほとんど改善がみられないまま満3ヵ月以上経過したもの。
1. 自力移動不可能
2. 自力摂食不可能
3. 尿尿失禁状態にある
4. たとえ声は出しても意味のある発語は不可能
5. “目を開け”“手を握れ”などの簡単な命令にはかろうじて応じることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能
6. 眼球はかろうじて物を追っても認識はできない

太田富雄ほか（2016）. 脳神経外科学 I（改訂12版）. p.267, 京都：金芳堂.

個室で行い、対象者の許可を得てICレコーダに録音した。

F. 分析方法

半構造化面接で語られた内容の録音データから逐語録を作成し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach, 以下M-GTA, 木下, 2003; 木下, 2007) を用いて分析した。M-GTAは、研究対象とする現象がプロセス的性格をもち、ヒューマンサービスの領域の研究に適していること、実践的活用を促す理論であることから、本研究の分析方法に適していると考えた。

M-GTAの分析手順に沿い、分析ワークシートを用いて、解釈・概念生成を行った。まず、逐語録化したデータを熟読し、分析テーマを「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」、分析焦点者を「意思伝達能力の低下した高齢者に対する援助を実践している看護師」とした。次に、データの中から分析テーマに関連する箇所を抽出し、文脈の類似性や対極性に着目しながら、継続的比較分析を行い、その内容の意味を解釈して概念を生成した。その後、概念同士の関係性について検討してカテゴリーを生成し、カテゴリー同士の関係性を検討して分析結果全体を図式化し、文章化してストーリーラインを作成した。分析は、テーマに対応するテキストを繰り返し読み、データと分析内容を照合して、矛盾や飛躍した解釈がないか研究者間で納得のいくまで協議し、解釈の妥当性と結果の真実性を確保するように努めた。

G. 倫理的配慮

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認 (管理番号504) を受けて実施した。研究対象者に対して、研究の趣旨、匿名性の確保、自由意思での参加の決定、途中辞退の自由の確保、参加・不参加により不利益が生じないこと、個人データの厳密な管理、保管期間後のデータ破棄、学会・学会誌での発表とその際の匿名性の確保について、口頭および文書で説明し、承諾を得た。

Ⅱ. 結 果

A. 研究対象者の概要

研究対象者は、男性3名、女性20名、計23名であった。看護師経験年数は9～40年、平均21.4年であり、意思伝達能力の低下した高齢者に対する看護師経験年数は3～30年、平均13.9年であった。意思伝達能力の低下した高齢者に対

する看護師経験年数は、各看護師にそれに該当する高齢者に対して看護援助を実践した年数の概算を、自己申告してもらった。一人あたりの平均インタビュー時間は36.4分で、総インタビュー時間は844.4分であった。

B. ストーリーライン

分析の結果、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を構成する32の概念が生成され、9カテゴリーと2コアカテゴリーが抽出された (表2)。その内容を図式化して結果図を作成し (図1)、文章化してストーリーラインを作成した。以下、コアカテゴリーを《 》, カテゴリーを〈 〉, 概念名を【 】、対象者の言葉を「 」とし、内容を示す。

意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助場面において、看護師は〈根底に存在する使命感〉を持ち、〈意思推察の意欲〉が高まることで、高齢者の意思を感じ取るための《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになる。その感覚は、高齢者に対する〈親密な関係性の構築〉、〈個人特性の理解〉、〈意図的な働きかけ〉、他職員との〈連携により広がる視野〉という4つの要素によりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生体からのサインの感知》をする。感知した生体のサインから、高齢者の〈意思の模索〉を通して、少しずつ〈意思への接近〉をし、再び、《研ぎ澄まされた感覚》を持とうとする。このサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって〈最善な日常のためのケア実践〉を展開している。

C. コアカテゴリー

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」の中心は、看護師が《研ぎ澄まされた感覚》により、高齢者の《生体からのサインの感知》をするうごきであり、この2つがコアカテゴリーであった。

1. 《研ぎ澄まされた感覚》

看護師は、意思伝達能力の低下した高齢者の体から発せられる何らかのサインがあると考え、そのサインをくみ取ろうと、常に《研ぎ澄まされた感覚》を持とうと努めていた。A氏は、「敏感になってるんですかね。なんかもう、本当にもう全部センサーじゃないけど、こうなんか自分が見つけようとかってかんじで」と語っている。

表2 コアカテゴリー・カテゴリー・概念名と定義

カテゴリー	概念名	定義
《研ぎ澄まされた感覚》	目・眉の動き	人間の体から発せられる何らかのサインがあると考え、常に感覚を研ぎ澄ませて、注意深く観察することで、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	口の動き・声のトーンの変化	口角の上がり下がり、唇をかみしめたり緩めたりする動き、声にならない口元の動き、不明瞭な声の出方やトーンの変化などから、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	表情・顔色の変化	顔をしかめる、穏やかな表情、頬の緊張や緩み、顔面の紅潮など、表情や顔色の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	呼吸状態・痰の量の変化	速迫な呼吸、穏やかな呼吸、痰の量の増加など、呼吸状態や痰の量の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	発熱・発汗・冷感の有無	発熱や発汗、冷感やチアノーゼの有無から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	循環動態の変化	脈拍や血圧の変動など、循環動態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	四肢体幹の動き・緊張・弛緩	手・足・体のわずかな動きや、身体に力が入り緊張したり、力が抜けて緊張が緩和したりする状態から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	皮膚状態の変化	皮膚の発赤やびらん、発疹、掻傷など、皮膚の状態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	排泄状態の変化	尿や便の量や性状、排泄の間隔、排泄前の身体の動き、排泄後の穏やかな状態、腸の蠕動運動の状態など、排泄状態の変化から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
	嚥下・開口状態の変化	食べる速度や飲み込み具合、口の開け方や摂取量の違いなど、食事摂取時の開口や嚥下の状態から、高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること。
根底に存在する使命感	人権の尊重	高齢者の反応の有無に関係なく、一人の人として尊重してかわること。
	慣れの自覚	看護業務の経験を重ねることで慣れが生じ、高齢者に対して言葉かけが不十分であったり、ケアを後回しにしたりする場合があるが、それを自覚し、自身を律して高齢者に向き合うこと。
	最良な最期の思索	高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、高齢者とその家族が最良な過ごし方ができるように、援助内容を考え実践すること。
意思推察の意欲	加齢変化の実感	看護師自身が年齢を重ねて加齢変化を実感することや、家族が老いていくことを経験することで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになること。
	意思感知の経験	看護経験を積み重ねる中で、高齢者の反応や変化、思いを感じ取る経験をし、高齢者は何かしら理解し発信していると感じるようになること。
	相手目線での推察	高齢者の状態や状況を自身に置き換えて考えたり、家族のような思いで高齢者に接したりすることで、高齢者の思いや考えを推し量ること。
親密な関係性の構築	責任と愛情	受け持ち看護師が責任と愛情を持ち、担当する高齢者の意思をくみ取ろうと努めて密接にかかわること、高齢者の反応や変化、思いを感じ取れるようになること。
	時間をかけたかかわり	限られた時間の中で、できる限り時間をかけて一人ひとりの高齢者にかかわり、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や変化、思いを感じ取れるようになること。
個人特性の理解	反応パターンの把握	高齢者一人ひとりによって異なる反応のあらわれ方や状態の変化の特徴を把握し、日頃の状態を基準にすることで、高齢者のわずかな反応や変化を感じ取ること。
	生き様の理解	高齢者の趣味や嗜好、従事していた仕事、体質、生活様式、望みなどの家族から得た情報や、高齢者が生きてきた時代背景から、個々の高齢者の思いや考え、人となりを理解しようとする事。
意図的な働きかけ	丁寧な語りかけ	高齢者の表情を見て語りかけたり、丁寧に説明した後にケアを実践したりすることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
	身体への接触	タッチングや手を握るなど、高齢者の身体に触れることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
	人との触れ合いの促進	家族やスタッフ、他患者等の他者とのかわりを促進し、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、そこから高齢者の反応や思いを感じ取ったりすること。
連携により広がる視野	看護師間の情報共有	日頃から看護師同士で高齢者の反応や変化、援助の工夫点等の情報を共有することで、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、思いをより敏感に感じ取れるようになること。
	多職種協働	介護職、リハビリスタッフ、医師など、多職種との情報共有や協働によって、高齢者をみる視野が広がり、高齢者の反応や変化、思いをより敏感に感じ取れるようになること。
意思の模索	繰り返される内省	高齢者の反応や変化、思いを明確に感じ取ることは非常に難しく、確認する術もないため、常に自身のかかわりを内省しながら、様々な方向から高齢者の思いや考えを探り、かわっていくこと。
	チームでの継続検討	看護師間で情報を共有し、高齢者の反応や変化の意味についてや、より良いかわり方について継続して検討し、実践に取り入れていくこと。
意思への接近	快・不快状態の見極め	高齢者の反応や変化から、多くの苦痛や不快感を感じ取り、快・不快状態の見極めをしていること。
	相互伝達の促進	高齢者の反応や変化、思いを感じ取ること、喜びややりがいを感じ、さらに高齢者の反応や変化、思いを感じ取るためにかかわりを深めること。
最善な日常のためのケア実践	不利益の回避	高齢者にとって不快であると予測されることをなるべく早く取り除いたり、最小限の苦痛や不快感ですむようにケアを実践したりすることで、高齢者にとって不利益や弊害が生じないように努めること。
	穏やかな生活の維持	高齢者の落ち着いた状態や、穏やかに過ごせる状況を把握し、高齢者がなるべく心地よく穏やかに過ごせるようにケアを実践すること。

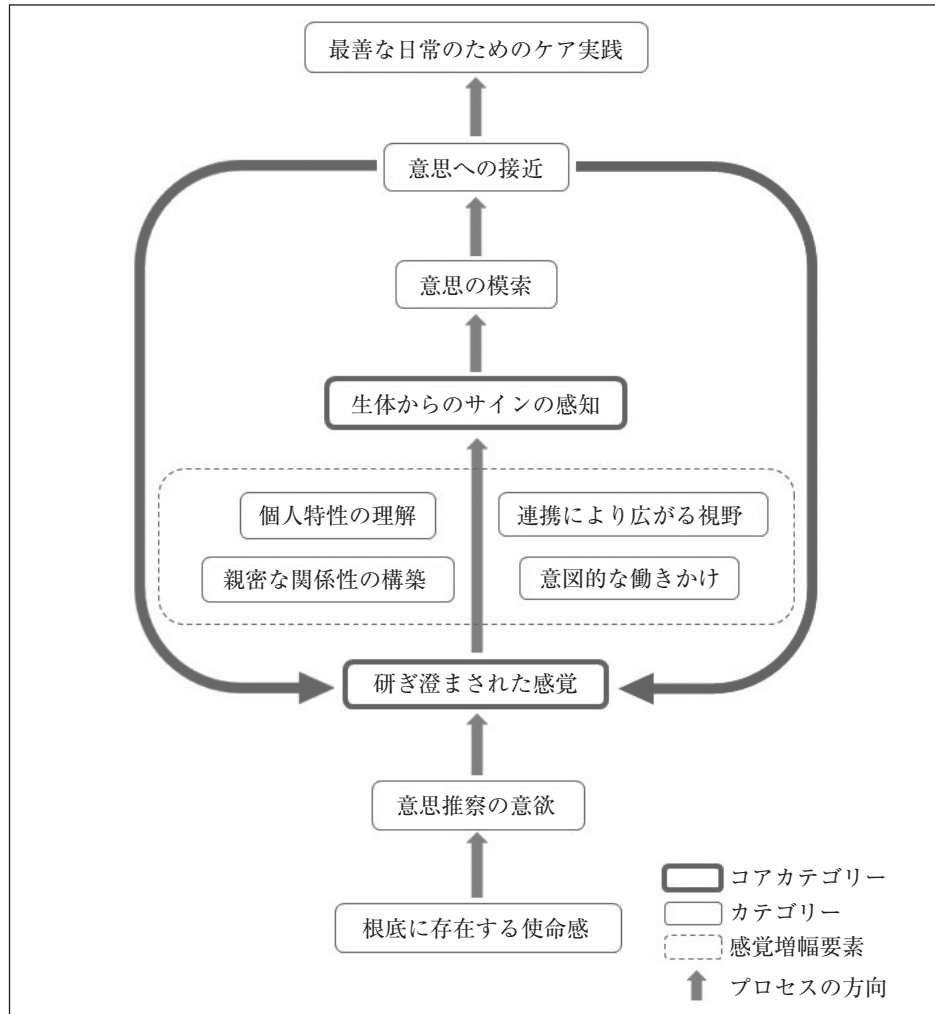


図1 結果図 意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス

2. 《生体からのサインの感知》

看護師は感覚を研ぎ澄ませることで、高齢者の生体から発せられるサインを感じ取っていた。「ちょっと目元がきつくなったな、下がったなとか、口元がね、うーんってなったなとか、緩くなったなとか、そこを観察してくみ取るしかないですね」というB氏の語りや、C氏の「結構呼吸に出ることが多いかなっていうか、やっぱり安らかな呼吸っていうかね、平静な呼吸と、どこかに何かあると呼吸がおかしいような気はするんですよ」という語りのように、看護師は、高齢者の【目・眉の動き】、【口の動き・声のトーンの変化】、【表情・顔色の変化】、【呼吸状態・痰の量の変化】、【発熱・発汗・冷感の有無】、【循環動態の変化】、【四肢体幹の動き・緊張・弛緩】、【皮膚状態の変化】、【排泄状態の変化】、【嚥下・開口状態の変化】といった、生体から発せられるわずかなサインから、高齢者の反応や変化、思いを感じ取っていた。

D. カテゴリーと概念

1. 感覚を研ぎ澄ませる源

看護師が感覚を研ぎ澄ませる背景には、個々の看護師の根底に存在する使命感と、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を推察しようとする意欲があり、それらが源となっていた。

a. 〈根底に存在する使命感〉

看護師は、「何にしても、もちろん声かけは、この人には反応がないだろうから、特に説明はいらないだろうっていう考えの方がおかしいと思うので」というD氏の語りのような、高齢者に対する【人権の尊重】の意識を持って日々の援助に臨んでいた。一方、「植物状態になってしまうと、こちらの対応が少し甘くなってしまう部分があって、声かけが不十分であったり」というE氏の語りのような、慣れによる不十分なかかわりが生じることもあるが、その【慣れの自覚】をし、自身を律して高齢者に接していた。そして、「やはりここを終の棲家とされて、終末に向かって日常生活を

宮んでいくつという患者さんに、自分が必要な、自分がというか、自分がしなきゃいけない看護とか」というF氏の語りのように、高齢者にとって人生の最期の時であることを意識し、一人ひとりの【最良な最期の思索】をしていた。

b. 〈意思推察の意欲〉

「やっぱり若い頃ってというのは、なかなかその思いってというのが分からないので、ご高齢の方ですね、段々自分も高齢に近づいてくると、やっぱりなんか分かってくることもあるのかなってというのはあります」というG氏の語りのように、看護師は自身や家族の【加齢変化の実感】をすることで、高齢者に対する共感の思いが生じ、高齢者の状態や状況に思いを馳せるようになっていた。また、「そういった表情一つで、あっ、今ちょっと違うよねってというのは、なんとなくやっぱり接すると分かってくるかなってというのは、経験したら分かると思いますけど」というH氏の語りのような、高齢者の【意思感知の経験】をしていた。これらにより、「その人の立場になってちょっと考えてみるっていうことですかね」というI氏の語りのような【相手目線での推察】をし、高齢者の思いや考えを推し量ろうと努めるようになっていた。

2. 研ぎ澄まされた感覚を増幅させる要素

看護師の研ぎ澄まされた感覚をさらに増幅させる4つの要素があり、これらによって看護師の感覚は一段と研ぎ澄まされていき、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取れるようになっていた。

a. 〈親密な関係性の構築〉

看護師は、「やっぱり自分の受け持ちでは、ちょっと他の患者さんよりも密にコミュニケーションを取ってみたりとか、やっぱり顔を覗きに行ってみたりとかっていうことはしますね」というJ氏の語りのような、受け持ち看護師としての【責 情】を持ち、密接に受け持ちの高齢者にかかわっていた。そして、「業務だけで患者さんのところに行くんじゃなくて、少し時間をとってかかわることかな」というK氏の語りや、「時間をかけていけばいくほど、やっぱり患者さんに接しているから、何となく段々段々、今こうなんかなってというのが分かるようになってくる」というL氏の語りのように、限られた時間の中でも、高齢者に【時間をかけたかわり】をし、その時間が積み重なるにつれて、徐々に高齢者の反応や思いを感じ取るようになっていた。

b. 〈個人特性の理解〉

看護師は、「話ができないけど、体位変換で右が好きとか、左が好きとかっていうのも、やっぱりその体位変換をした後に、なんか表情がちょっと違うよねってというのは（ある）」というM氏の語りのように、個々の高齢者によって異なる【反応パターンの把握】をし、その日頃の状態が基準にな

ると考えていた。また、「潜在意識のどこかで、昔のこととかが何かこうあれば、そういったことを、今、どれぐらい感じられるか分からないですけど、何か好きな音楽をかけてあげるとか、好きな動物の写真を貼ってあげるとか（しています）」というN氏の語りのような、高齢者の【生き様の理解】をし、一人ひとりの思いや考え、人となりの理解に努めていた。

c. 〈意図的な働きかけ〉

看護師は、「現スタッフでも、結構声を出して、何をするにもこう語りかけるようにしてやっているスタッフもいますので、こういったことをやるのもやっぱり大事ななと」というO氏の語りのような【丁寧な語りかけ】や、「触ってタッチング、嫌だったらやっぱりこう硬くなったりとかされるので」というP氏の語りのような、【身体への接触】という意図的な働きかけによって、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、思いを感じ取ったりしていた。また、「ご家族が来られたら、やっぱり言葉は出ないですけど、顔の表情とかは柔らかくなってたりとか、ああ、来てるのになってという表情をしてたりとかしてるんで」というQ氏の語りや、「学生さんが来られてアクティビティケアをされたりとかすると、なんか反応が違うっていうか、表情が違うっていうか」というR氏の語りのように、家族やスタッフ等の【人との触れ合いの促進】をし、楽しく心地よい環境を作ることで、高齢者の反応や変化を引き出そうと試みたり、思いを感じ取ったりしていた。

d. 〈連携により広がる視野〉

個々の看護師は、「自分が気付かないことは違う人が気付くこともあるし、それぞれがやっぱり気付き方が違うので、とか、日によってもなんか違うじゃないですか。その情報をお互いに提供っていうか、情報交換する」というS氏の語りのような【看護師間の情報共有】をし、「私たち以上に介護さんがよくみてくれてたりとか、気付く人は気付いたりとかっていう方がいらっしゃるから、なんかすごいなって思ってしまうんですけど」というT氏の語りのような【多職種協働】により、自身の視野を広げ、高齢者の反応や思いをより敏感に感じ取れるようになっていた。

3. 意思に接近するための循環

意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインを感じ取った看護師は、そのサインの意味やより良いかわり方について探り、模索していた。その模索を通して、看護師は高齢者の意思に少しずつ近づいていき、再び、感覚を研ぎ澄ませるというサイクルを何度も循環することで、高齢者の意思をくみ取っていくプロセスを形成していた。

a. 〈意思の模索〉

看護師は、高齢者の反応や思いを感じ取った時に、「そ

れが本当に本人さんにとって苦痛があることなのか、いい意味で反応があっているのか、悪い意味で反応があっているのか、悪い意味で反応があっていたにしても、そこが刺激になって、それがプラスになることもある」というU氏の語りのような【繰り返される内省】をしていた。そして、「やっぱりスタッフ全員で話をして、こうやってもだめやった、こうやってもこの人はこうやった、じゃあ今度はこういうふうにしてみようかっていうふうにして新しい案を出して、で、またそれで挑戦してみるじゃないですか」というV氏の語りのように【チームでの継続検討】をすることで、高齢者の反応の意味やその時の思い、より良いかわり方について探り、模索を続けていた。

b. 〈意思への接近〉

看護師は、「病気なのか、頭に何かあるのかとか考えますが、いつもあって嫌な時に出る行動と、良かった時に出る行動を把握して、対応してるなっていうのはあります」というW氏の語りのような【快・不快状態の見極め】をしていた。そして、看護師が高齢者の反応や思いを感じ取ること、で、「でもやっぱり、反応があった時とか、手を握ってくれたりとかっていうのがあったら、やっぱりすごく嬉しいので、分かったよっていうふうに、『こうこうこうなんだね』みたいなかんじには、言ったりはしますね」というX氏の語りのように、高齢者と看護師との【相互伝達の促進】がなされ、再び、看護師は感覚を研ぎ澄まさせて、生体からのサインを感知しようとしていた。

4. 高齢者にとっての最善の探求

看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の意思を徐々にくみ取りながら、高齢者の日常生活が最善となるように援助を考え、実践していた。

a. 〈最善な日常のためのケア実践〉

看護師は高齢者の意思に接近することで、「結局はそれって苦痛を除去する、最小限にするっていう、本当にベーシックな言葉ですよ、看護の」というY氏の語りのように、高齢者にとっての【不利益の回避】をしていた。そして、「ケアしてても、この人が一日無事に過ごしてくれて、でも次の日もちゃんと顔を（見られて）、その患者さんがいてくれるっていうことが、なんか、あつ、今日も一緒にね、いられるよねっていうかんじで、私はいますね」というZ氏の語りのように、高齢者が【穏やかな生活の維持】ができるように援助を考え、実践していた。

Ⅲ. 考 察

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明ら

かにした結果、プロセスの中心は、看護師が《研ぎ澄まされた感覚》により、高齢者の《生体からのサインの感知》をするうごきであった。そして、〈根底に存在する使命感〉を持ち、〈意思推察の意欲〉が高まることで、《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになること、その感覚は、高齢者に対する〈親密な関係性の構築〉、〈個人特性の理解〉、〈意図的な働きかけ〉、他職員との〈連携により広がる視野〉という4つの要素によりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生体からのサインの感知》をすること、感知した生体のサインから、高齢者の〈意思の模索〉を通して、少しずつ〈意思への接近〉をし、再び、《研ぎ澄まされた感覚》を持とうとするサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって〈最善な日常のためのケア実践〉を展開していることが明らかになった。このプロセスの中には、感覚を研ぎ澄ませる源と増幅させる要素、意思に接近するための循環が存在していた。これらについて、臨床での実践の観点から考察する。

A. 研ぎ澄まされた感覚による生体からのサインの感知

看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の日常生活援助場面において、《研ぎ澄まされた感覚》を持つことにより、高齢者が発する《生体からのサインの感知》をしていることが明らかになった。看護援助場面において、多くの看護師は、高齢者に限らず、さまざまな年代の、疾患を有する対象者が発する生体からのサインを感じ取った経験があると考えられる。コミュニケーションを円滑に図ることができる対象者と比較し、意思伝達能力が低下した高齢者に対しては、生体からのサインを感じ取るために、より一層感覚を研ぎ澄ませることが求められる。Benner (1984/1992) は、技能修得に関するドレイファスモデルの看護への適応において、「ドレイファスモデルでは、重要な突出点であるという感覚能力を発達させるためには、しかるべきレベルの傾倒とまき込まれが必要であることを予見している」と述べている。そして、「「距離をおいた」観察者は、患者の微妙な変化に気づきにくい。だからこそ、熟練した仕事には、あるレベルの傾倒とまき込まれが必要なのである」と述べている (p.117)。本研究の結果においても、看護師は高齢者の意思を感じ取るために、高齢者の苦しみや喜び、困難等に傾倒し、まき込まれていく中で、感覚を研ぎ澄まさせていく姿がみられた。この傾倒し、まき込まれて、感覚を研ぎ澄ませるという看護師の行動は、意思伝達能力の低下した高齢者の意思をくみ取るために基盤となる行動であり、必要不可欠なものであると考えられた。そして、感覚を研ぎ澄ませるという看護師の行動の源となるのが、〈根底に存在する使命感〉と〈意思推察の意欲〉であった。

B. 感覚を研ぎ澄ませる源

〈根底に存在する使命感〉では、看護師は【人権の尊重】の意識を持つと同時に、慣れにより自身のその意識が希薄化する【慣れの自覚】をしていることが明らかになった。佐々木（2006）は、遷延性意識障害患者の写真・生活史の呈示が看護師の行動変化に及ぼす効果を明らかにした結果、看護師の行動として、「遷延性意識障害患者は意識清明な患者との区別がされており、患者の人間的存在の希薄化を示す行動が多く見られた」ことを報告している（p.134）。このように、常に時間に追われる看護業務の中では、意思伝達能力の低下した高齢者の人間的存在の希薄化が生じ、高齢者に対する看護師の言葉かけや援助が粗略になる場合があると考えられる。そのような場合、看護師の感覚は研ぎ澄まされていかない。しかし、本研究の結果において、看護師は人権尊重の意識を持ち、慣れによる不十分なかかわりが生じることを自覚し、自身を律して意思伝達能力の低下した高齢者に接していた。Watson（1988/1992）は、「ケアする人の態度のなかで、最も「抽象的な」部分の特徴はといえば、ケアする相手をこの世に一人しかいない独自の存在として対応し、相手の感情を把握し、その人を一般のひとから区別することがあげられる。ケアしない人は、相手をかけがえのない存在というようには応対せず、相手の感情を見ようともせず、他の人と違った目では見ない」と述べている（p.45）。本研究においても、看護師はケアする人として、高齢者をかけがえのない独自の存在として捉え、かかわっていると考えられた。そして、看護師は【最良な最期の思索】をしていることが明らかになった。これは、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の実践において、看護師がエンド・オブ・ライフケアの視点を持ちながらかかわっていることをあらわしていると考えられた。

〈意思推察の意欲〉では、看護師は自身の【加齢変化の実感】や、意思伝達能力の低下した高齢者の意思を感じ取るという【意思感知の経験】によって、【相手目線での推察】をしようとしていた。看護師の感覚は、高齢者目線で意思を推察しようとする意欲によって研ぎ澄まされること、そして、その意欲は、看護師としての経験とともに、人としての経験によっても生じることが明らかになった。これは、梅垣（2018）が「遷延性意識障害高齢者の意思や感情を推測する際に看護師自身の経験も手がかりにしていた」と述べている（p.99）ことと共通していた。

C. 4つの増幅要素

看護師の感覚をさらに研ぎ澄ませる要素として、〈親密な関係性の構築〉、〈個人特性の理解〉、〈意図的な働きか

け〉、〈連携により広がる視野〉の4つがあることが明らかになった。

〈親密な関係性の構築〉では、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者に対する【責任と愛情】を持ち、【時間をかけたかかわり】をしていた。Benner（1984/1992）が、「何人かのナースが気づいているように、肝腎なことは、まさに患者とともにいることなのである」と述べている（p.41）ように、看護師は高齢者とともにいることで親密な関係性を構築し、感覚をさらに研ぎ澄ませていくと考えられた。そして、意思伝達能力の低下した高齢者が発するわずかな反応を感じ取り、個々の高齢者によって異なる【反応パターンの把握】をしていることが明らかになった。また、佐々木・佐々木が、遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験を明らかにする中で、「患者の状態を観察したその一時で捉えるのではなく、過去から未来へと時間の流れの中で捉えることが必要となる」と述べているように（2014, p.54）、看護師は高齢者の生きてきた時代背景を理解し、高齢者の家族や親しい人から情報を得ることで、過去から未来への時間の流れの中で、個々の高齢者の【生き様の理解】をし、〈個人特性の理解〉をすることで、感覚をさらに研ぎ澄ませていくと考えられた。

さらに、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者がサインを発するのをただ単に待つのではなく、看護師の方から高齢者のサインを引き出そうと試み、〈意図的な働きかけ〉を積極的に行っていることが明らかになった。Benner（1984/1992）は、「触れることは、つながりや支持していることを伝えるメッセージであるという点で、身体刺激や安楽を与えるのと同じである。それはおそらく両手に直接的に伝わり、看護ケアの中心をなす象徴的なことである」と述べている（p.46）。このように、看護師は言語的・非言語的コミュニケーションの両方を駆使し、高齢者が意思疎通を円滑に図れない状況にあるからこそ、高齢者に対する一つひとつの援助において【丁寧な語りかけ】をし、高齢者のわずかな反応が少しでも引き出せるように、【身体への接触】をし、さらに、【人との触れ合いの促進】が可能になる環境づくりを行っていると考えられた。

そして、看護師は自分自身の見方や考え方だけに頼るのではなく、【看護師間の情報共有】や【多職種協働】によりさまざまな意見や視点を吸収し、〈連携により広がる視野〉を持つことで、さらに感覚を研ぎ澄ませることが明らかになった。伊良波・嘉手苅（2013）は、病棟看護師が影響を受けた同僚の看護実践について、「業務に追われる中、同僚の看護実践を介して、丁寧な患者対応が必要であることを再認識していた」と報告している（p.77）。このように、看護師は〈連携により広がる視野〉を持つことで、さらに高齢者との〈親密な関係性の構築〉をし、〈個人特性

の理解)を深め、高齢者に対する〈意図的な働きかけ〉をすすめていると考えられた。

D. 意思に接近するための循環

看護師は感知した生体のサインから、自己の【繰り返される内省】とともに【チームでの継続検討】をし、意思伝達能力の低下した高齢者の反応や変化の意味、その時の思い、より良いかわり方について探る〈意思の模索〉をしていることが明らかになった。Boykin & Schoenhofer (1993/2005) が、「人が他者と共にどのように『ある』かは、ケアリングを行う人として自己を認識している程度による。自己に対するケアリングは、他者としての自己や自分自身であることを実感し、特別で唯一の存在として自己を評価し、勇敢に、謙虚に、そして正直に自己を知ろうとする誠実さを持つことを必要とする」と述べている (p.7) ように、看護師は常に自身のかかわりを内省しながら、さまざまな方向から高齢者の思いや考えを探り、かかわっていると考えられた。また、伊良波・嘉手苅 (2013) が、「“事実の意味をどう読み取って行動しているのか” という判断過程を含めて、同僚の行動を捉えることの重要性を示唆している」と述べているように (p.77)、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の生体からのサインをどのように読み取るかについてや、より良いかわり方について、チームの看護師全員で検討し続けていた。

〈意思の模索〉を通して、看護師は意思伝達能力の低下した高齢者の【快・不快状態の見極め】をし、看護師としての喜びややりがいを感じることで、さらに【相互伝達の促進】をするという、〈意思への接近〉をしていた。そして、再び、《研ぎ澄まされた感覚》へとフィードバックする循環を形成することが明らかになった。この循環は、看護師が高齢者の意思に接近した後、そのまま高齢者の意思を簡単に決め付けるのではなく、高齢者の意思にさらに接近するために、再び、感覚を研ぎ澄ませていく循環であり、高齢者の真の意思をくみ取るために、非常に重要な循環である。浅井 (2010) は、「医療従事者は時に無意識に患者のQOLを『よい』や『悪い』と判断しがちであり、これをそのまま医療決断に利用することには問題があることを自覚すべき」と述べている (p.175)。同様に、模索を通して、意思に接近するための循環は、看護師が無意識に高齢者の意思を判断しないために、必要不可欠な循環であり、看護師には、この模索しながら少しずつ意思に接近するという忍耐強いかわりや真摯に向き合う姿勢が求められる。

看護師の忍耐強いかわりや真摯な姿勢を強めるものが、看護師としての喜びややりがいである。〈意思への接近〉では、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者の反応

や変化を感じ取ることで、喜びややりがいを感じ、高齢者とのさらなる【相互伝達の促進】がなされていることが明らかになった。日野浦・渡邊 (2009) は、遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因について明らかにし、「患者への関心と患者の変化の発見が看護師のケア意欲を維持・向上するための原動力にもなっている」と述べている (p.215) ように、意思に接近するための循環は、看護師が高齢者の反応や変化を感じ取り、喜びややりがいを感じることで、自然と何度も繰り返されるようになっていくと考えられる。

E. 意思感知の可能性

今回、「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした結果、看護師は高齢者をかけがえのない独自の存在として捉え、高齢者目線で意思を推察しようとする意欲を持ち、高齢者の苦しみや喜び、困難等に傾倒し、まき込まれていく中で、感覚を研ぎ澄ませていたことが分かった。そして、看護師は高齢者とともにいることで親密な関係性を構築し、過去から未来への時間の流れの中で、個々の高齢者の特性を理解し、高齢者のサインを引き出すための意図的な働きかけを積極的に行い、多職種との連携によって視野を広げることで、さらに感覚を研ぎ澄ませて、高齢者の生体からのサインを感じ取っていた。そのサインをどのように読み取るかについてや、より良いかわり方について、看護師は常に内省し、チームで検討し続けるという模索を通して意思へ接近し、そのサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていた。このプロセスは、高齢者と看護師との間でケアリングが展開されることで成立すると考えられる。

Watson (1988/1992) は、『「トランスペアショナル」なケアという関係においては、二人の人間の間で、精神が一つになる事態が起き、そこにおいて、看護婦と患者は、『自分というもの』や、時間、空間、互いの生活史を超越できる能力を手にする』と述べている (p.96)。また、Boykin & Schoenhofer (1993/2005) は、「ケアリング理論の看護の観点からいうと、専門職として看護の意思決定と行為を方向づけるのは、ケアリングする存在としての人間についての理解である。看護師は、看護される人をケアリングする存在として理解しようとして、他者であるその人の世界へ自己を投入する。このように『ケアリングを実践しケアリングの中で成長している』他者を理解しようとする中で、看護への要望の声が届いたといえる」と述べている (p.23)。今回、明らかにしたプロセスにおいても、看護師が意思伝達能力の低下した高齢者をケアリングする存在として理解しようとして、高齢者の世界へ自己を投入し、看

護師と高齢者との間で、精神が一つになる事態が起きること、高齢者の看護への要望の声が届いたと考えられる。常に時間に追われる看護業務の中でも、意思伝達能力の低下した高齢者と看護師とのトランスパーソナルな関係におけるケアリングが展開されることで、看護師は自身の感覚を研ぎ澄ませて、高齢者の生体からのサインを感じ取り、模索を通して意思に接近するプロセスを繰り返す中で、高齢者の意思をくみ取り、その意思が反映される日常生活援助の実践が可能になると考えられる。今回明らかにしたプロセスを看護師が実践することで、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の意思により近づいたものになると考えられ、このプロセスは人生の最終段階にある高齢者の意思を尊重した意思決定支援の一助になると考えられる。

F. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、特定地域の療養病床を有する医療施設2施設を対象にしており、限定された地域、施設におけるインタビュー調査であった。今後は調査地域を拡大し、今回明らかにしたプロセスをさらに洗練させていく必要がある。

IV. 結 論

「意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセス」を明らかにした結果、看護師は〈根底に存在する使命感〉を持ち、〈意思推察の意欲〉が高まることで、高齢者の意思を感じ取るための《研ぎ澄まされた感覚》を持つようになることが分かった。その感覚は、高齢者に対する〈親密な関係性の構築〉、〈個人特性の理解〉、〈意図的な働きかけ〉、他職員との〈連携により広がる視野〉という4つの要素に

よりさらに研ぎ澄まされていき、高齢者の《生体からのサインの感知》をする。感知した生体のサインから、高齢者の〈意思の模索〉を通して、少しずつ〈意思への接近〉をし、再び、《研ぎ澄まされた感覚》を持つとする。このサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって〈最善な日常のためのケア実践〉を展開していることが明らかになった。

今回明らかにしたプロセスは、高齢者と看護師とのトランスパーソナルな関係におけるケアリングが展開されることで成立すると考えられる。このプロセスを看護師が実践することで、意思伝達能力の低下した高齢者に対する日常生活援助の内容や方法は、高齢者の意思により近づいたものになると考えられ、このプロセスは人生の最終段階にある高齢者の意思を尊重した意思決定支援の一助になると考えられる。

謝 辞

本研究をご理解いただき、快くご協力くださいました看護師の皆さま、並びに関係者の皆さまに、深く感謝申し上げます。なお、本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程における博士論文の一部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

意思伝達能力の低下した高齢者の意思を日常生活援助場面で看護師がくみ取り援助を展開するプロセスを明らかにすることを目的として、看護経験5年以上の23名の看護師を対象に半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた分析の結果、2コアカテゴリーと9カテゴリー、32概念が得られた。看護師は〈根底に存在する使命感〉と〈意思推察の意欲〉により《研ぎ澄まされた感覚》を持つ。その感覚は〈親密な関係性の構築〉、〈個人特性の理解〉、〈意図的な働きかけ〉、他職員との〈連携により広がる視野〉によりさらに研ぎ澄まされ、高齢者の《生体からのサインの感知》をする。そこから〈意思の模索〉を経て〈意思への接近〉をし、再び《研ぎ澄まされた感覚》を持つサイクルを何度も循環することで、徐々に高齢者の意思をくみ取っていき、高齢者にとって〈最善な日常のためのケア実践〉を展開していた。

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the process by which nurses enhance the will of the elderly with declined ability to communicate and develop assistance. We conducted a semi-structured interview for 23 nurses with 5-year nursing

experience using the modified grounded theory approach—a qualitative research method. We obtained 2 core categories, 9 categories, and 32 concepts. Nurses have 《sharpened sensation》 by 〈underlying mission sense〉 and 〈motivation for will estimation〉. This sense is further harnessed by 〈construct intimate relationship〉, 〈understanding personal characteristics〉, 〈intentional approach〉, 〈promotion of contact with people〉, and 〈field of view spread by cooperation〉 with other staff members, as well as 《detection of signs from living body》. From that, they 〈approach to the will〉 through 〈exploring the will〉, have 《sharpened sensation》 again. By repeating the cycle over and over again, they enhance the will of the elderly, practice assistance for 〈the best everyday life〉 of the elderly.

文 献

- 阿部泰之 (2017). 人生の最終段階に関わる意思決定支援: Advance care planningを超えて. 死の臨床, 40(1), 101-102.
- 浅井 篤 (2010). Quality of Lifeに関する倫理的考察: 使用上の注意. 福井次矢, 浅井 篤, 大西基喜 (編), 臨床倫理学入門 (pp.172-178). 東京: 医学書院.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子・井村真澄・上泉和子訳 (1992). ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー. 東京: 医学書院.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993) / 多田敏子・谷岡哲也監訳 (2005). ケアリングとしての看護: 新しい実践のためのモデル. 岡山: 西日本法規出版.
- Corcoran, S.A. (1986). Task complexity and nursing expertise as factors in decision making. *Nursing Research*, 35(2), 107-112.
- 日野浦裕子, 渡邊岸子 (2009). 遷延性意識障害患者の看護に携わる看護師のケア意欲の変容過程とその要因. 日本看護学会論文集: 看護管理, 40, 213-215.
- 伊良波理絵, 嘉手苅英子 (2013). 病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴. 沖縄県立看護大学紀要, 14, 71-80.
- Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from the perspectives of nursing ethics. *Nursing Ethics*, 19(5), 608-618.
- 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. 東京: 弘文堂.
- 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.
- 厚生労働省 (2007). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (平成19年5月, 平成27年3月改訂, 平成30年3月改訂). <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (参照日2019年4月22日)
- 厚生労働省 (2014). 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書 (平成26年3月). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041846_3.pdf (参照日2019年4月22日)
- 西川満則 (2016). 事例編をお読みいただくにあたって: 「本人の意思の3本柱」と「意思決定支援用紙」について. 西川満則, 長江弘子, 横江由理子 (編), 本人の意思を尊重する意思決定支援: 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング (pp.40-43). 東京: 南山堂.
- 太田富雄 (2016). 3章 意識障害. 太田富雄, 川原信隆, 野崎和彦, 吉峰俊樹, 若林俊彦 (編), 脳神経外科学 I (改訂12版) (pp.222-287). 京都: 金芳堂.
- 佐々木真実 (2006). 遷延性意識障害患者の写真・生活史の呈示が看護師の行動変化に及ぼす効果. 日本看護学会誌, 15(2), 131-142.
- 佐々木美和子, 佐々木真紀子 (2014). 遷延性意識障害の患者を看護し続ける看護師の経験. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要, 22(1), 45-57.
- Silveira, M.J., Kim, S.Y., Langa, K.M. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *The New England journal of medicine*, 362(13), 1211-1218.
- 梅垣弘子 (2018). 遷延性意識障害高齢者のプラスの反応を引き出すケアの構成要素と看護師の変容過程. 老年看護学, 23(1), 94-102.
- Watson, j. (1988) / 稲岡文昭・稲岡光子訳 (1992). ワトソン看護論: 人間科学とヒューマンケア. 東京: 医学書院.
- 湯浅美千代, 小川妙子 (2007). 重度認知症高齢者に対するケアの効果を把握する指標の開発 (第1報): 心地よさ “comfort” の概念をとりいれた指標の事例適用. 千葉看護学会会誌, 13(2), 80-88.

[2019年4月25日受 付]
[2019年12月9日採用決定]

—原 著—

看護管理職の役割ストレス・労働負荷とバーンアウトとの関連

The Relationships among Role Stress, Work Overload and Burnout of Nurse Managers

中 山 元 佳¹⁾ 香 月 富士日²⁾
Motoka Nakayama Fujika Katsuki

キーワード：看護管理職，バーンアウト，役割ストレス，労働負荷

Key Words：nurse manager, burnout, role stress, work overload

はじめに

今日の医療現場では、少子高齢化・多死化等の問題を抱える中、医療全体のシステムが見直されている。このような社会情勢の変化に伴い、医療機関の機能分化・在宅医療の充実が進められていく中で、看護師の責務はますます重くなっていき（高橋，2014），それに伴い看護師の精神的・身体的負担も増えていくことが予想される。先行研究では、ストレスや疲労の蓄積が、燃え尽き症状や神経衰弱、自律神経失調、さらには仕事への意欲低下にもつながることや（加藤・鈴木・坪田・上野，2007），バーンアウトが進行すると離職につながる可能性があることが示されている（古屋・谷，2008）。精神的・身体的負荷が長期化していくことは、看護師が行うケアの質の低下をもたらすことにもつながる。精神的・身体的負荷が長期化することによってバーンアウトが引き起こされ、そのまま効果的な対処が行われないと、離職につながるようになってしまう。現在の医療現場において看護師の離職は大きな問題であり、離職防止のための対策を進めていくことが看護管理職には求められている。

しかし、その役割を果たすためには、看護管理職自身のメンタルヘルスが良好に保たれている必要がある。実際の現場の管理を担う看護師長や主任は、自分自身のメンタルヘル스에留意すると共に、スタッフのメンタルヘルス支援を行っていかなければならない。これまで行われてきた看護管理職を対象としたメンタルヘルスに関する研究では、看護師長は、各ユニットの業務や人事、安全管理、看護部への報告（桐山・砂川・奥平・平安・大湾，2002），多重業務（西村・山根・森本・高田・山脇，2013），スタッフの勤務管理（富永・小田，2017）など、安全に業務が遂行できるようにすることや、人の調整などに関する業務等、各看護単位の管理責任者という役割特有のストレスに

さらされており、そのストレスより引き起こされるストレス反応（伊藤・金子・濃沼，2011）や対処行動（井川・中西・志和，2013；重永・土屋，2009）が、職位によって異なることが示されている。そこで、看護管理職の職務の特徴として、役割や責任、労働負荷がメンタルヘルスに影響を与えているのではないかと考えた。これまでの日本の研究では、管理業務における対人関係や仕事の負荷による心理的負担（西村ほか，2013）や、管理職の役割を取得する過程で生じる役割葛藤（森山・高橋，2011），看護師長業務の困難度が与える影響（富永・小田，2017）など、看護管理職の職務の特徴や、役割を獲得するうえでの困難感に焦点をあてた報告がみられる。一方、海外における看護管理職を対象としたメンタルヘルスに関する研究では、役割ストレスに焦点をあてた報告がいくつかみられる（Kath, Stichler, Ehrhart, & Sievers, 2013; Stichler, Kath, Ehrhart, & Gates, 2011）。

Kahn, Wolfe, Quinn, & Snoek (1964/1973) は、役割を、組織の中で働く誰もが組織の維持と発展のために外から与えられ、意識的に自覚された潜在的行動であると定義しており、役割ストレスを、役割を遂行しようとする個人が、その役割に対して知覚する否定的な感情と定義している。役割ストレスのエピソードは、役割を与えられる個人とその職務上の行動に対して期待される役割が存在していることから始まる。その役割への期待によるストレスを経験し、その役割に対し葛藤や曖昧さを感じた場合、何らかの反応を生じる。役割を与えられた個人は、期待された役割を知覚し、その役割に対して評価を行い、その評価に伴い何らかの反応を示す。このプロセスには、組織や、役割を与える側と受ける側の関係性、個人要因が影響している（Kahn, et al., 1964/1973, pp.43-49）。こうしたプロセスを考えると、役割ストレスは職務におけるストレスに関して重要な概念といえる。この役割ストレスという概念に焦点をあてた日

1) 名古屋大学医学部附属病院看護部 Nagoya University Hospital Department of Nursing

2) 名古屋市立大学看護学部 Nagoya City University School of Nursing

本における報告では、看護師を対象に職務ストレスとしての役割ストレスを測定したもの（磯和，2004）や、役割ストレスとバーンアウトの関係におけるワーク・コミットメントの検討（鷺見・長江，1998）、中堅看護師の役割ストレス認知傾向に関するもの（佐野・平井・山口，2006）、中堅看護師の離職意図の要因を役割ストレスと役割業務負担の関連から分析したもの（瀬川・石井，2010）などがみられる。しかし、看護管理職を対象として役割ストレスに焦点をあてた報告は、管理職の役割を取得する過程で生じる役割葛藤に関する報告（森山・高橋，2011）はあるものの、職務ストレスとしての役割ストレスに着目されることは少ないのが現状である。したがって、看護管理職において、役割ストレスがメンタルヘルスにどのような影響を与えているかは明らかとなっていない。

さらに、管理職はスタッフに比べて課せられる仕事が多く、労働負荷も高くなっていることが予測される。仕事における負荷はバーンアウトの原因の一つであるとも言われており（Maslash & Leiter, 2008）、労働負荷の影響も検討していく必要がある。

こうした役割ストレスや労働負荷が看護管理職のバーンアウトに与える影響を明らかにすることで、看護管理職のメンタルヘルスを良好に維持できるような支援の在り方を検討する一助となることが期待できる。

I. 本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図1に示す。

本研究では、看護管理職はスタッフに比べ、その職位に課せられた役割とそれに伴う様々な仕事の負荷が影響して、スタッフよりもストレス負荷が強く、バーンアウト傾

向が強いという仮説のもとで検証を行う。

この仮説のもと、管理職とスタッフそれぞれにおいて、個人的要因、ストレス、バーンアウトの状況を明らかにし、ストレスがバーンアウトにどのような影響を及ぼしているのか、その関連をみていく。そして、これらの結果を管理職とスタッフ間で比較し、管理職におけるストレスの特性と、ストレスとバーンアウトとの関連を明らかにしていく。

尚、本研究では、管理職についての特性を明らかにしていくため、スタッフとの比較検討を行うが、管理職という集団との比較に際して、経験年数や年齢がその結果に影響を与えることが予測される。そのため、看護師経験年数15年以上の看護師経験が豊富な者を対象とした。

II. 研究目的

役割ストレスや労働負荷がバーンアウトにどのような影響を与えているのか、看護師経験15年以上の看護管理職と、同じく看護師経験年数15年以上の臨床経験が豊富なスタッフとを比較することで、役割ストレスおよび労働負荷とバーンアウトとの関連を明らかにする。

III. 用語の操作的定義

A. 看護管理職

看護師長、副看護師長、主任等の役割を有している者とし、今回の研究では看護部長・副看護部長の職位の者は除く。尚、各施設により呼称が異なるため、それに相当する役割を担っている者とする。

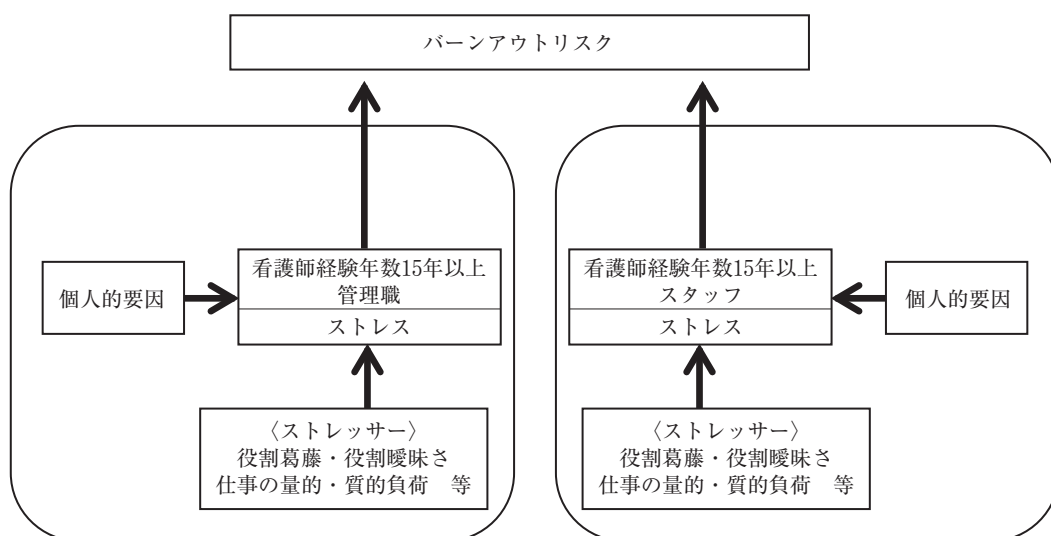


図1 概念図

B. バーンアウト

本研究では、Maslachが定義している「長期間にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーが絶えず過度に要求された結果、極度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、関心や思いやりの喪失等を伴う状態」(宗像, 1998, p.122)を用いる。

C. 役割ストレス

役割ストレスとは、役割を遂行しようとする個人が、その役割に対して知覚する否定的な感情をいう。個人が役割ストレスを知覚する要因として、「役割葛藤」と「役割曖昧さ」が指摘されている(Kahn, et al., 1964/1973, pp.20-41)。

1. 役割葛藤

2つの両立しえない要求や果たさなければならない状況、自らの資質や能力に合わない仕事をしなければいけない状況。

2. 役割曖昧さ

自分の責任がおおよぶ範囲がわからない、明確な目的がない、何をどこまですべきかが不明である状況。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた横断研究。

B. 対象

愛知・岐阜・三重県内の300床以上の急性期病院の病棟や外来等の臨床現場に正規職員として勤務する、看護師経験年数15年以上の管理職と、看護師経験年数15年以上のスタッフ。

C. 研究期間

質問紙調査は、平成25年11月1日～平成26年3月31日の期間に実施した。

D. データ収集方法

1. 調査方法

同意が得られた施設の看護部長より、対象となる各臨床現場の看護部長を通し、各所属の対象者へ質問紙を配布して頂いた。回収方法は、質問紙に返信用の封筒を添付し、回答後研究対象者自身が封入して返送する郵送法とした。

この際、返信用の封筒へ回答者自身の氏名や住所を記入しないよう、説明文書へ明記した。

2. 調査内容

a. 基本属性

性別・年齢・看護師経験年数・役職の有無・所属部署・夜勤回数・残業時間・有給休暇取得日数・専門看護師や認定看護師等の資格の有無・婚姻状況・同居家族の有無・相談相手の有無について回答を求めた。

b. 日本版バーンアウト尺度

この尺度はバーンアウトの程度を5件法にて測定するものであり、点数が高いほどバーンアウトのリスクが高いことを示す(久保, 2004, p.19)。本尺度は「情緒的消耗感」「脱人格化」「個人的達成感の低下」の3つの下位尺度から構成される。この3因子構造は、久保(2007)において、探索的因子分析および検証的因子分析によって、因子のならびに構成概念妥当性の検証が行われ、妥当性が高いことが示されている。各因子の信頼性係数(α)は、情緒的消耗感 .81, 脱人格化 .84, 個人的達成感の低下 .79であり、本尺度の信頼性・妥当性は高いと考えられる。

c. 日本語版NIOSH職業性ストレス調査票

NIOSH職業性ストレス調査票は、米国国立職業安全保健研究所(NIOSH)がNIOSH職業性ストレスモデルに基づいて開発した総合的調査票である。日本語版は原谷らが開発している(原谷, 2004)。NIOSH職業性ストレス調査票は、調査用紙21種類、21尺度、233項目となっているが、調査者は調査目的に応じて適切な調査用紙や尺度を選ぶことができる。

今回の研究においては、看護管理職のストレス特性を明らかにするため、21尺度のうち、役割ストレスを測定する「役割葛藤(8項目)」と「役割曖昧さ(6項目)」, 裁量権を測定する「仕事のコントロール(16項目)」, 労働負荷を測定する「量的労働負荷(11項目)」と「労働負荷の変動(3項目)」, 精神的なストレス負荷を測定する「人々への責任(4項目)」と「認知的要求(5項目)」, 仕事上の技能の活用度を測定する「技能の低活用(3項目)」, 個人要因を測定する「自尊心(10項目)」, 身体的なストレス反応を測定する「身体的自覚症状(17項目)」の10尺度83項目を用いた。

日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の信頼性・妥当性に関しては、約25,000人の一般人口を対象とした大規模コホート研究において確認されている。各尺度の信頼性係数(α)は、役割葛藤 .83, 役割曖昧さ .79, 仕事のコントロール .91, 量的労働負荷 .88, 労働負荷の変動 .90, 人々への責任 .91, 認知的要求 .68, 技能の低活用 .79, 自尊心 .85であった。また、尺度の主成分分析および因子分析の

結果、因子構造は尺度の内容を反映していたものであった（原谷，2004）。そのため、本調査票の信頼性・妥当性は高いと考えられる。

E. 分析方法

基本属性、各尺度の記述統計を行い、各尺度得点のデータの分布の確認およびShapiro-Wilkによる正規性の検定を実施した。また、日本版バーンアウト尺度、日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の下位尺度得点に対して、Mann-WhitneyのU検定にて管理職とスタッフの2群間比較を実施した。さらに、日本版NIOSH職業性ストレス調査票から得られた結果と個人属性の結果にバーンアウト尺度の結果とどのような関連がみられるのか、重回帰分析を行った。重回帰分析では、バーンアウトの下位尺度を従属変数、NIOSHの下位尺度と基本属性の結果を独立変数として全て投入し、ステップワイズ法にて分析を行った。尚、年齢や残業時間は順序尺度としてデータを得ているため、ダミー変数を用いた。有意水準は $p < .05$ とした。統計解析はIBM SPSS statistics version 19を用いて実施した。

F. 倫理的配慮

本研究は、名古屋市立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：13011-3）。

研究協力が得られた病院の看護部長に対し、研究協力の依頼書をもとに研究の説明を行った。その際には、倫理的配慮として、研究は任意で行われ、拒否した場合も何ら不利益を生じないこと、所属の施設や個人が特定できないよう集計すること等を説明をした。また、質問紙を配付する際に研究参加への強制力が働かないよう、説明文書を添付すると共に、回答後には質問紙に添付した返信用の封筒に研究対象者自身が封をして返送することとした。

V. 結 果

A. 分析対象

愛知・岐阜・三重県内の300床以上の急性期病院10カ所より、研究協力への同意が得られた。質問紙は818部配付し、回収数は看護管理職327部、スタッフ125部、その他役職不明5部の計457部であった（回収率56%）。そのうち、回答に欠損がみられたもの全てを除いた有効回答数は355部であった（配付数に対する有効回答率43%）。分析はこの355部を対象に実施した。

分析対象の基本属性結果、および職位の内訳は表1に示す。

B. 各尺度の記述統計と信頼性係数

本研究の分析対象における、日本版バーンアウト尺度および日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の各下位尺度の平均点と標準偏差、および信頼性係数を表2に示す。

C. 管理職・スタッフ間における各尺度得点の2群間比較

1. 日本版バーンアウト尺度得点の2群間比較結果

日本版バーンアウト尺度の各下位尺度の得点について、管理職・スタッフの2群間比較を行った結果、全ての下位尺度において有意差は認められなかった（表3）。

2. 日本語版NIOSH職業性ストレス調査票得点の2群間比較結果

日本語版NIOSH職業性ストレス調査票の各下位尺度の得点について、管理職・スタッフの2群間比較を行った結果、「役割葛藤」「仕事のコントロール」「量的労働負荷」「人々への責任」「技能の低活用」にて有意差が認められた（表3）。

D. バーンアウトの各下位尺度とNIOSHの各尺度および個人属性との関連

基本属性およびNIOSHの各尺度の結果が、日本版バーンアウト尺度の各下位尺度に対して与える影響を検証するために、バーンアウトの下位尺度を従属変数、NIOSHの下位尺度と基本属性の結果を独立変数として全て投入し、ステップワイズ法にて管理職・スタッフ別に重回帰分析を行った。以下に、バーンアウトの下位尺度毎の結果を述べていく。

1. 情緒的消耗感を従属変数とした結果

管理職において情緒的消耗感への影響力が最も大きかったものは、「身体的自覚症状（ $\beta = .20$ ）」であり、スタッフでは、「量的労働負荷（ $\beta = .44$ ）」であった。

管理職のみに影響を与えていた因子は、「役割葛藤」「仕事のコントロール」「労働負荷の変動」「認知的要求」「40歳代」「5時間未満の残業」「資格あり」であった（表4）。

2. 脱人格化を従属変数とした結果

管理職において脱人格化への影響力が最も大きかったものは、「身体的自覚症状（ $\beta = .26$ ）」であり、スタッフでは、「役割葛藤（ $\beta = .37$ ）」であった。

管理職のみに影響を与えていた因子は、「人々への責任」「技能の低活用」であった（表5）。

3. 個人的達成感の低下を従属変数とした結果

個人的達成感の低下への影響力が最も大きかったもの

表 1 基本属性結果

		管理職 <i>n</i> = 261		スタッフ <i>n</i> = 94		合計 <i>n</i> = 355	
		度数	割合	度数	割合	度数	割合
職位の内訳	看護師長	79	22%				
	副師長・主任	182	51%				
性別	女性	255	98%	94	100%	349	98%
	男性	6	2%	0	0%	6	2%
年齢層別	30歳代	38	15%	38	40%	76	21%
	40歳代	145	56%	39	41%	184	52%
	50歳代	78	30%	17	18%	95	27%
看護師 経験年数	15～20年目	65	25%	56	60%	121	34%
	21～30年目	153	59%	28	30%	181	51%
	31年目以上	43	16%	10	11%	53	15%
所属部署	外来	34	13%	11	12%	45	13%
	内科系病棟	46	18%	12	13%	58	16%
	外科系病棟	36	14%	5	5%	41	12%
	混合病棟	46	18%	13	14%	59	17%
	集中治療室部門	25	10%	18	19%	43	12%
	手術室	14	5%	6	6%	20	6%
	その他	37	14%	21	22%	58	16%
1カ月の 夜勤回数	5回未満	147	56%	43	46%	190	54%
	5～10回	111	43%	49	52%	160	45%
	11回以上	3	1%	2	2%	5	1%
1カ月の 残業時間	5時間未満	76	29%	53	56%	129	36%
	5～10時間	54	21%	25	27%	79	22%
	10時間以上	131	50%	16	17%	147	41%
半年間の 有給休暇取得数 (夏季休暇含む)	5日未満	41	16%	19	20%	60	17%
	5～10日	198	76%	66	70%	264	74%
	11日以上	22	8%	9	10%	31	9%
資格の有無	資格なし	222	85%	81	86%	303	85%
	資格あり	39	15%	13	14%	52	15%
資格内容	CNS	2	1%	0	0%	2	1%
	CN	21	8%	2	2%	23	6%
	学会認定	10	4%	8	9%	18	5%
	その他	6	2%	3	3%	9	3%
婚姻状況	既婚	198	76%	62	66%	260	73%
	未婚	63	24%	32	34%	95	27%
同居家族の 有無	同居家族あり	215	82%	69	73%	284	80%
	同居家族なし	46	18%	25	27%	71	20%
子供の有無	子供あり	183	70%	59	63%	242	68%
	子供なし	78	30%	35	37%	113	32%
相談相手の 有無	いない	5	2%	6	6%	11	3%
	いる	256	98%	88	94%	344	97%

は、管理職 ($\beta = -.23$)、スタッフ ($\beta = -.41$) 共に「自尊心」であった。

管理職のみに影響を与えていた因子は、「役割曖昧さ」「仕事のコントロール」「技能の低活用」であった(表6)。

VI. 考 察

今回は、看護管理職における役割ストレスや労働負荷がバーンアウトにどのような影響を与えているかを明らかにするため、日本版バーンアウト尺度と日本語版NIOSH職業性ストレス調査票を用い、質問紙調査を行った。その結果、バーンアウトの職位による差はみられなかったもの

表2 各尺度における記述統計と信頼性係数結果

		<i>M</i> <i>n</i> = 355	<i>SD</i>	信頼性係数 <i>α</i>
日本版バーンアウト尺度	情緒的消耗感	15.68	4.64	.83
	脱人格化	11.53	4.49	.87
	個人的達成感の低下	20.98	3.95	.76
NIOSH (職業性ストレス調査票)	役割葛藤	28.57	7.71	.80
	役割曖昧さ	19.45	5.12	.77
	仕事のコントロール	46.54	11.34	.94
	量的労働負荷	41.25	6.24	.83
	労働負荷の変動	10.99	2.83	.91
	人々への責任	13.26	3.69	.88
	認知的要求	16.80	2.30	.72
	技能の低活用	8.38	2.72	.75
	自尊心	30.82	6.62	.87
	身体的自覚症状	30.60	10.13	.89

表3 各尺度における記述統計量及びMann-WhitneyのU検定結果

		管理職 <i>n</i> = 261		スタッフ <i>n</i> = 94		<i>p</i> 値
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
日本版バーンアウト尺度	情緒的消耗感	15.57	4.56	15.99	4.86	.36
	脱人格化	11.19	4.15	12.47	5.23	.08
	個人的達成感の低下	20.73	3.98	21.67	3.77	.05
NIOSH (職業性ストレス調査票)	役割葛藤	29.26	7.38	26.64	8.31	< .01
	役割曖昧さ	19.45	5.22	19.46	4.86	.99
	仕事のコントロール	48.82	10.50	40.19	11.24	< .01
	量的労働負荷	41.98	6.05	39.22	6.32	< .01
	労働負荷の変動	11.13	2.80	10.63	2.89	.14
	人々への責任	14.27	3.16	10.47	3.64	< .01
	認知的要求	16.87	2.28	16.60	2.35	.31
	技能の低活用	8.56	2.64	7.89	2.87	.02
	自尊心	31.02	6.54	30.24	6.85	.38
	身体的自覚症状	30.55	10.39	30.74	9.40	.69

表4 情緒的消耗感 重回帰分析結果

		管理職 <i>n</i> = 261			スタッフ <i>n</i> = 94		
		β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
NIOSH (職業性ストレス調査票)	役割葛藤	.18	3.46	.00	—	—	—
	仕事のコントロール	-.19	-3.96	.00	—	—	—
	量的労働負荷	—	—	—	.44	5.28	.00
	労働負荷の変動	.19	3.34	.00	—	—	—
	認知的要求	.10	1.97	.05	—	—	—
	自尊心	-.17	-3.26	.00	-.20	-2.33	.02
	身体的自覚症状	.20	3.98	.00	.26	2.93	.00
基本属性	40歳代	.13	2.76	.01	—	—	—
	外来勤務	—	—	—	-.20	-2.43	.02
	5時間未満の残業	-.14	-2.81	.01	—	—	—
	資格あり	-.11	-2.34	.02	—	—	—
R^2		.47			.39		
調整済み R^2		.45			.37		

ステップワイズ法

表5 脱人格化 重回帰分析結果

		管理職 $n=261$			スタッフ $n=94$		
		β	t	p	β	t	p
NIOSH (職業性ストレス調査票)	役割葛藤	.23	3.98	.00	.37	4.25	.00
	人々への責任	-.13	-2.51	.01	—	—	—
	技能の低活用	.12	2.15	.03	—	—	—
	自尊心	-.24	-4.24	.00	-.30	-3.54	.00
	身体的自覚症状	.26	4.69	.00	.23	2.53	.01
R^2		.30			.43		
調整済み R^2		.29			.41		

ステップワイズ法

表6 個人的達成感の低下 重回帰分析結果

		管理職 $n=261$			スタッフ $n=94$		
		β	t	p	β	t	p
NIOSH (職業性ストレス調査票)	役割曖昧さ	.18	2.95	.00	—	—	—
	仕事のコントロール	-.20	-3.35	.00	—	—	—
	技能の低活用	.21	3.99	.00	—	—	—
	自尊心	-.23	-3.95	.00	-.41	-4.35	.00
基本属性	子供あり	—	—	—	-.19	-2.02	.05
R^2		.30			.22		
調整済み R^2		.29			.20		

ステップワイズ法

の、役割ストレスや労働負荷がバーンアウトに影響を及ぼしているという結果が得られた。以下に、各結果に対する考察を述べていく。

A. バーンアウトと役割ストレスとの関連

1. 情緒的消耗感と役割ストレスとの関連

本研究では、管理職において「役割葛藤」が情緒的消耗感に関与しているという結果となり、スタッフでは役割ストレスの関与は示されなかった。したがって、看護師経験年数15年以上で管理職の職位にある者では、役割葛藤が情緒的消耗感に影響を与えることが示された。この結果は、職位によって役割葛藤が情緒的消耗感に与える影響は異なるということを示唆するものである。役割葛藤が情緒的消耗感に影響を与えるという結果は、看護職全体を対象とした先行研究で報告されている (Maslach & Leiter, 2008; Piko, 2006; Tunc & Kutanis, 2009)。しかし、本研究では、スタッフに対しては役割ストレスが関与しているという結果は示されなかった。管理職という立場は、上司と部下の両方からの期待を同時に役割として取り入れなければならず、両者の間に葛藤が生じるような場合、強いストレス状態を経験することになる。こうした役割葛藤を経験することにより、情緒的消耗感が引き起こされることになる (久保, 2004, pp.113-119)。

役割ストレスは、課せられた役割の大きさを自分がどの

ように認知したかで決まる。さらに、この役割ストレスの認知には、職場の同僚や上司との相互的な関わりが影響する (Riahi, 2011)。また役割葛藤とは、2つの両立しえない要求や果たさなければならない状況、自らの資質や能力に合わない仕事をしなければいけない状況を言う (Kahn, et al., 1964/1973; 宮首・亀岡, 2012)。看護管理職は、医師や他の医療専門職、事務員、看護スタッフだけでなく、患者やその家族などとの関わりの中で、自分に課せられた役割を果たすために様々な要求に対応していかなければならない。また、管理職は自分が抱える役割ストレスへの対処を行いながら、スタッフなどの部下に対しても役割ストレスに対する支援を行う必要がある (Riahi, 2011)。そのため、セルフサポートと他者支援を両立させていくという能力も求められることになる。こうした管理職としての役割やそれを果たすための能力が要求されることにより、スタッフに比べて役割葛藤が生じやすくなると思われる。管理職がより役割葛藤を生じやすい環境にあるのか、看護師経験年数15年以上のスタッフが役割ストレスを生じにくい環境にあるのかは、本研究では明らかにすることはできない。したがって、役割葛藤が職位によってどのように影響しているのか、他の要因との関連も検証していく必要がある。

2. 脱人格化と役割ストレスとの関連

本研究では、役割葛藤が脱人格化に関与しているとい

う結果が、管理職・スタッフ共に示された。したがって、看護師経験年数15年以上の者は、職位に関係なく脱人格化に対して役割葛藤が影響するということが示唆された。役割葛藤の脱人格化への関与については、先行研究（Piko, 2006; Tunc & Kutanis, 2009）において同様の結果が示されている。また、役割葛藤と脱人格化との関連について Peiro, González-Romá, Tordera, & Mañas (2001, pp.517-521) は、役割ストレスとバーンアウトとの関連を1年後に再調査した結果、役割葛藤の値は同じ時点での情緒的消耗感の値と密接に関連していたが、脱人格化については1年後の再調査の値と密接に関連しており、役割ストレスとバーンアウトの結びつきには時間的なズレがあることを報告している。この結果は、役割葛藤がすぐに脱人格化を引き起こすのではなく、役割葛藤に伴う情緒的消耗感を経て脱人格化に至るという過程があることを示しており、役割葛藤を経験することが情緒的消耗感を引き起こし、脱人格化傾向を助長することを示している（久保, 2004, pp.113-119）。しかし、今回の研究は横断研究であるため、時間的な経過による役割ストレスとバーンアウトとの関連はわからない。今後は、時間的な流れの中で役割ストレスがバーンアウトにどのような影響を与えるのか、縦断研究を用いて検証していく必要がある。

3. 個人的達成感の低下と役割ストレスとの関連

本研究では、管理職において「役割曖昧さ」が個人的達成感の低下に関与しているという結果となり、スタッフでは役割ストレスの関与は示されなかった。したがって、看護師経験年数15年以上の管理職の職位にある者では、役割曖昧さが個人的達成感の低下に関与しているということが示された。この結果は、職位によって役割曖昧さが個人的達成感の低下に与える影響は異なるということを示唆するものである。役割曖昧さとバーンアウトとの関連については、3つの下位尺度全てにおいて関連があったとするものや（Tunc & Kutanis, 2009）、一貫して関与しているとは言えないと報告しているもの（Maslach & Leiter, 2008）などがあり、先行研究において一致した見解は得られていない。本研究では、役割曖昧さは管理職のみについて個人的達成感の低下に関与しているという結果となり、他のバーンアウトの下位尺度との関連は示されなかった。

役割曖昧さは、自分の責任がおよぶ範囲がわからない、明確な目的がない、何をどこまですべきかが不明である状況を言う（Kahn, et al., 1964/1973; 宮首・亀岡, 2012）。管理職がスタッフと違い、どのような役割の曖昧さを感じているのかは、本研究では明らかにされていない。役割曖昧さは現在と将来の仕事に向ける意欲に影響を与えているという報告もみられ（佐野ほか, 2006）、役割曖昧さが生

じることで個人的達成感が低下し、職務満足度の低下を引き起こすことにもつながりかねない。今後は、管理職とスタッフでは役割の曖昧さがどのように異なるのか、検証していく必要がある。

今回の結果から、役割葛藤と役割曖昧さはバーンアウトの異なる側面に影響を与えていることが示された。これは、久保（2004, pp.113-119）の見解を支持するものであった。また、職位によって役割ストレスの影響が異なることが示唆された。日本においては、職務ストレスとしての役割ストレスに着目して検証している研究は少ない。ヒューマンサービス職はその職務上、相手からの絶え間ない欲求に応えていくことに対する葛藤や、何をどこまでやるかが求められているのかをはっきりしない状況など、役割葛藤や役割曖昧さという役割ストレスを常に経験しなければいけない職種でもある（久保, 2004, pp.113-119）。そのため、今後、役割ストレスが与える影響について検証を重ね、役割ストレスを生じにくい職場環境を整備していくための知見を積む必要がある。

B. バーンアウトと労働負荷との関連

仕事における過度な要求などの過重負担が、バーンアウトの原因の一つであると言われている（久保, 2007; Maslach & Leiter, 2008; 佐野, 2009）。こうした仕事上の過重負担である労働負荷の指標は、本研究では、1か月の残業時間、NIOSHの「量的労働負荷」「労働負荷の変動」としている。

重回帰分析では、管理職では、「労働負荷の変動」が情緒的消耗感を高め、「5時間未満の残業」では軽くするという結果となったが、スタッフでは「量的労働負荷」が情緒的消耗感を高めるという結果となり、管理職とスタッフでは異なる要因が関与しているという結果となった。本研究の結果から、管理職の場合、仕事の量的な負荷ではなく、仕事の負荷が変動することが情緒的消耗感を高め、残業時間が少ないことが情緒的消耗感を軽くするということが示唆された。尚、労働負荷の変動や量的労働負荷は、情緒的消耗感にのみ影響を与えており、脱人格化、個人的達成感の低下には影響を与えていないという結果となった。労働負荷が情緒的消耗感にのみ影響を与えているという結果は、先行研究でも同様のことが示されている（松本・臼井, 2010）。

管理職とスタッフの2群間比較の結果では、管理職の方がスタッフに比べ量的労働負荷が高いことが示された。もともと管理職の方が仕事の量的負荷が高いにもかかわらず、突発的な人の調整や管理業務など（西村ほか, 2013; 富永・小田, 2017）、早急な対応や判断が求められる業務がたびたび生じる。そのことによって労働負荷の変動が生

じ、情緒的消耗感に影響を与えるものと考えられる。磯和 (2004, p.29) は、労働負荷のような身体的負荷よりも役割ストレスなどの精神的負荷の方がバーンアウトに強く関連していることを示唆している。仕事における過重負担に関しては、質的な負荷にも着目する必要がある (久保, 2007; 佐野, 2009)。今回の分析では、管理職において「認知的要求」が情緒的消耗感に影響を与えているという結果となった。集中力を要し、常に仕事のことを考えていなければいけないような業務を抱えていることが情緒的消耗感を高めるということが示されており、管理職に求められる職務の質がバーンアウトに影響していることも示唆された。バーンアウトの予防には、労働の量だけでなく質の管理も重要であると言われており (久保, 2007, p.58)、今後は労働の質に関しても管理職とスタッフの特徴を検証し、よりその職位に応じた対処ができるようにしていく必要がある。

VII. 本研究の限界

本研究では、看護管理職の特性を明らかにするためにスタッフとの比較を行い、管理職のストレスの特性やバーンアウトに及ぼす影響が示された。しかし、今回は管理職の経験年数に関して調査を行っていない。そのため、管理職としての経験年数による影響の違いは検証できていない。また、看護師経験15年未満の看護管理職は対象となっていないことから、管理職全体の結果として論ずることはできない。さらに、管理職の中でも職位によりその職務内容は異なるが、今回は看護管理職という集団の特性のみを検証しているため、看護師長や副師長等それぞれの職位毎の特徴を明らかにできていない。また、実際の職務内容に関して調査しておらず、今回得られた結果に対し、具体的にどのような職務内容が影響しているのかも明らかにできていない。今後は実際の職務内容も含め、職位別に検討していく必要がある。

さらに、今回役割ストレスを測定する尺度として、日本

語版NIOSH職業性ストレス調査票の「役割葛藤」と「役割曖昧さ」の尺度を用いたが、これまでの報告では看護管理職を対象としたデータはなく、今回の分析のみで結果を論ずるには限界があった。したがって、今後は職務ストレスとしての役割ストレスにも着目し、一般化できるようにデータの蓄積をしていく必要がある。

VIII. 結 論

1. 看護師経験年数15年以上の看護管理職とスタッフではバーンアウトの結果に有意差はなく、職位による差はみられなかった。
2. 管理職では役割葛藤が情緒的消耗感と脱人格化に影響を与え、役割曖昧さが個人的達成感の低下に影響を与えており、スタッフでは役割葛藤のみが脱人格化へ影響を与えていた。
3. 管理職では仕事の負荷が変動することが情緒的消耗感を強め、残業時間が少ないことが情緒的消耗感を軽くするということが示され、スタッフでは量的労働負荷が情緒的消耗感を強めることが示された。

謝 辞

本研究にご協力頂きました看護師の皆様、ならびに対象病院の看護管理者の皆様、本研究にご関心とご理解を頂き、心から御礼申し上げます。なお、この論文は平成26年度名古屋市立大学大学院看護学研究科修士論文に加筆・修正したものです。

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

本研究は、看護管理職における役割ストレスや労働負荷が、バーンアウトにどのような影響を与えているのか、看護師経験年数15年以上の管理職とスタッフを比較することで関連を明らかにすることを目的としている。300床以上の急性期病院に勤務する看護師を対象に質問紙調査を実施し、355名（有効回答率43%）の回答を得た。調査の結果、看護管理職とスタッフではバーンアウトの結果に有意差はみられなかった ($p > .05$)。役割ストレスに関しては、管理職において、役割葛藤が情緒的消耗感 ($\beta = .18$) と脱人格化 ($\beta = .23$) に影響を与え、役割曖昧さが個人的達成感 ($\beta = .18$) の低下に影響を与えていた。労働負荷に関しては、管理職では仕事の負荷が変動することが情緒的消耗感を強め ($\beta = .19$)、残業時間が少ないことが情緒的消耗感を軽くする ($\beta = -.14$) ということが示された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the relationships of role stress and labor load with burnout among nursing managers and among nursing staff with more than 15 years of nursing experience. A questionnaire survey distributed to nurses working in acute hospitals with more than 300 beds, and questionnaires were returned from 355 respondents. We found that there was no significant difference in the degree of burnout between the nursing managers and nursing staff ($p > .05$). As for role stress, role conflict was associated with emotional exhaustion ($\beta = .18$) and depersonalization ($\beta = .23$) in the management position, and role ambiguity was associated with a decrease in personal accomplishment ($\beta = .18$). As for the labor load, it was shown that the load of the work was higher in the management position, and emotional exhaustion was strengthened ($\beta = .19$), and overtime work was slightly less ($\beta = -.14$) in nursing managers than in nursing staff.

文 献

- 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.
- 原谷隆史 (2004). NIOSH 職業性ストレス調査票の活用. 産業精神保健, 12, 12-19.
- 井川純一, 中西大輔, 志和資朗 (2013). バーンアウト傾向の職種比較: 仕事への情熱に着目して. 心理学研究, 84(4), 386-395.
- 磯和勲子 (2004). 看護師の職務ストレスサー, バーンアウトおよび身体的健康問題の関連: 質問紙および免疫指標からの検討. 行動医学研究, 10(1), 25-33.
- 伊藤てる子, 金子さゆり, 濃沼信夫 (2011). 看護管理者のストレス要因と反応に関する研究. 医療の質・安全学会誌, 6(2), 225-230.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. (1964) / 奥田俊介・岡田充雄・篠塚真吾訳 (1973). 組織のストレス: 葛藤にさらされた現代組織の歪み (上). (pp.20-49). 東京: 産業能率短期大学出版部.
- Kath, L.M., Stichler, J.F., Ehrhart, M.G., Sievers, A. (2013). Predictors of nurse manager stress: A dominance analysis of potential work environment stressors. *International journal of Nursing Studies*, 50(11), 1474-1480.
- 加藤麻衣, 鈴木敦子, 坪田恵子, 上野栄一 (2007). 看護師のストレス要因とコーピングとの関連: 日本版 GHQ30 とコーピング尺度を用いて. 富山大学看護学会誌, 6(2), 37-46.
- 桐山雅子, 砂川洋子, 奥平貴代, 平安綾子, 大湾知子 (2002). 総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要因に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 25(4), 61-71.
- 久保真人 (2004). バーンアウトの心理学: 燃え尽き症候群とは. 東京: サイエンス社.
- 久保真人 (2007). バーンアウト (燃え尽き症候群): ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌, 558, 54-64.
- Maslach, C., Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- 松本友一郎, 臼井伸之介 (2010). 医師及び他の看護師との関係における対人ストレスサーが看護師のバーンアウトに及ぼす影響. 応用心理学研究, 36(1), 1-12.
- 宮首由美子, 亀岡智美 (2012). 認定看護師の役割ストレスに関する研究: 現状及び関係する特性に焦点を当てて. 看護教育学研究, 21(1), 25-40.
- 森山万智, 高橋永子 (2011). 新任看護師長が役割を取得する過程で体験した役割葛藤. *International Nursing Care Research*, 10(1), 45-52.
- 宗像恒次 (1988). 燃え尽き現象研究の今日的意義. 看護研究, 21, 122-131.
- 西村美鈴, 山根朱美, 森本純子, 高田喜久美, 山脇京子 (2013). 看護師長の管理業務における唾液アミラーゼを用いたストレス評価. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 9, 229-232.
- Peiro J.M., González-Romá V., Tordera N., Mañas M.A. (2001). Dose role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology & Health*, 16(5), 511-525.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 43(3), 311-318.
- Riahi, S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of nursing management*, 19(6), 721-731.
- 佐野明美, 平井さよ子, 山口桂子 (2006). 中堅看護師の仕事意欲に関する調査: 役割ストレス認知及びその他関連要因との分析. 日本看護研究学会雑誌, 29(2), 81-93.
- 佐野信也 (2009). 医療従事者のメンタルヘルスクエア: 医療者の「燃えつき」研究の動向と課題. 日本サイコセラピー学会雑誌, 10(1), 17-28.
- 瀬川有紀子, 石井京子 (2010). 中堅看護師の離職意図の要因分析: 役割ストレスと役割業務負担感の関連から. 大阪市立大学看護学雑誌, 6, 11-18.
- 重永康子, 土屋八千代 (2009). 変革期における看護管理者のストレスサーおよびストレス対処法と仕事の成果の関係. 日本看護管理学会誌, 13(1), 51-59.
- Stichler, J.F., Kath, L.M., Ehrhart, M., Gates, M.G. (2011). Predictors of nurse manager workplace stress. *Communicating nursing research*, 44, 309.
- 鷺見克典, 長江拓子 (1998). 看護婦の職業性ストレスにおけるワーク・コミットメントの役割: 役割ストレスサーとバーンアウトの関係の調整要因. 教育医学, 44(2), 477-489.
- 高橋尚子 (2014). 平成26年度診療報酬改定. 看護, 6(6), 44-56.
- 富永真己, 小田美紀子 (2017). 病院の看護師長の主観的評価による看護師長業務の負担と蓄積疲労度及び長時間労働に関する研究. 日本医療・病院管理学会誌, 54(1), 7-17.
- Tunc, T., Kutanis, R.O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing & health Sciences*, 11(4), 410-416.

[2019年5月22日受 付]
[2020年1月7日採用決定]

— 研究報告 —

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動の実際

Actual Situation of Nursing Activity of Certified Nurses in Stroke Rehabilitation Nursing

山本直美 ¹⁾	登喜和江 ²⁾	杉浦圭子 ³⁾
Naomi Yamamoto	Kazue Toki	Keiko Sugiura
日坂ゆかり ⁴⁾	山居輝美 ⁵⁾	岩佐美香 ⁶⁾
Yukari Hisaka	Terumi Yamai	Mika Iwasa

キーワード：脳卒中看護，認定看護師，看護活動

Key Words：Stroke Nursing, Certified Nurses, nursing activity

諸言

脳卒中による死亡率は、悪性新生物・心疾患・肺炎に次いで第4位と後退した（厚生労働省，2017a）。この背景には、脳卒中発症の基礎疾患となる糖尿病や高血圧といった生活習慣病との関連から2008年に始まった特定健診を機に、脳ドックなどによる脳卒中予防医療の充実や早期治療の実現があったと考えられる。しかし、脳血管疾患の入院患者数や受療率は減少していない（厚生労働省，2017b）。つまり、早期治療による救命を果たしても、機能障害を残して生活している脳卒中患者が増加していると考えられる。この現状を踏まえると、これからの脳卒中看護においては、脳卒中患者の発症直後の救急搬送による急性期治療に対応した看護実践を経て、回復期リハビリテーション病院、維持期を支える療養型施設や在宅療養といった多様な看護実践の場での長期的かつ継続的な支援が求められる。また、これまでに、脳卒中患者の早期在宅復帰に関する課題として、意識障害の程度や重篤な合併症のために機能回復が困難なこと、機能回復に対する家族の過度の期待などが明らかにされ（西尾ほか，2012）、さらに、退院時の心配ごとの多くが摂食、排泄、更衣、入浴、起立、行動範囲といったいわゆる日常生活動作の不自由さや不具合であることも明らかにされている（美ノ谷ほか，2008）。このように、脳卒中患者の多くは、命が救えたとしても機能障害を抱え、不自由な身体と向き合いながら健康状態の改善維持に努める生活を送っていると思われる。

このような脳卒中患者への適切な医療看護の担い手とし

て誕生したのが「脳卒中リハビリテーション看護認定看護師：Certified Nurses in Stroke Rehabilitation Nursing（日本看護協会認定）」（以下、脳卒中リハ認定看護師）である。脳卒中リハ認定看護師は、2010年から養成が始まり、2018年12月18日現在で721名である（日本看護協会認定部，2018）。日本看護協会が指定している認定看護分野は、特定の治療、特定の病期（急性期や慢性期など）、特定の疾患に特化した分野と多様な視点から細分化され、認定看護師が3つの役割「実践・指導・相談」を果たし、看護の質の向上に努めることが明記されている。また、脳卒中リハ認定看護師の「知識と技術」を、〈脳卒中患者の重篤化を予防するためのモニタリングとケア〉〈活動性維持・促進のための早期リハビリテーション〉〈急性期・回復期・維持期における生活再構築のための機能回復支援〉としている。これを見る限り、脳卒中リハ認定看護師の活動は脳卒中患者の病期全般にわたることがわかる。さらに、活動のゴールが生活再構築に至るための生活行動の機能回復支援ということであり、これには医療施設内での活動だけでなく、地域社会での生活も視野に入れた様々な資源（人や物）の中での包括的な活動が含まれていると思われる。だとすると、脳卒中リハ認定看護師は広範囲な看護活動をどれだけ、どのように実践しているのか。おそらく多岐にわたっていることは想像できるが、具体的な看護活動が見えにくい。これまで、脳卒中リハ認定看護師が実際にどのような活動を展開しているのかに関する研究は、所属病院単位での活動報告や活動成果の紹介（田端・平岡・児玉，2015；増田，2017）に留まっており、組織運営上の違いに

1) 佛教大学保健医療技術学部 Bukkyo University School of Health Sciences

2) 千里金蘭大学看護学部 Senri Kinran University School of Nursing

3) 武庫川女子大学看護学部 Mukogawa Women's University School of Nursing

4) 岐阜大学医学部看護学科 Gifu University School of Medicine Nursing Course

5) 甲南女子大学看護リハビリテーション学部 Konan Women's University School of Rehabilitation Nursing

6) 四天王寺大学看護学部 Shitennoji University School of Nursing

よっても活動内容に影響があると思われる。日本看護協会認定部（2013）は、2012年度の認定看護師の活動及び成果に関する調査報告書を公表している。その報告書における活動内容の表現は、「……水準の高い看護を実践」や「……根拠に基づき、看護師に対して集団教育・指導」といったように抽象的で、具体的な活動はやはり見えてこない。今後、人生100年時代を迎える我が国の高齢化社会において、脳卒中患者に対する看護活動の質向上は急務である。その担い手としてより専門的な活動を期待されている脳卒中リハビリ認定看護師の活動が明確になることは、看護活動の適切な評価につながり、さらに発展的な看護活動の提案も可能となる。したがって、脳卒中リハビリ認定看護師の看護活動をできるだけ事実に沿って明らかにすることは、脳卒中チーム医療における、より効果的で社会的要求に沿った看護活動の推進に寄与できるものと考えられる。

I. 研究目的

本研究は、脳卒中リハビリ認定看護師の看護活動の実践をできるだけ詳細に、事実に沿って明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究デザインである。質的記述的研究の実施が適しているのは、いわゆる質的研究手法と同様で、研究領域が比較的新しいとき、あるいは研究しようとしている現象についてほとんどわかっていないときや、研究領域の中で混乱があったり、矛盾があったり、あるいは研究が前進していないと思われるときと示されている（グレッグ・麻原・横山，2007，p.56）。本研究は脳卒中リハビリ認定看護師の日々している具体的な看護活動がいまだ不透明であるという見解のもとに、できるだけ事実に沿って詳細な活動を拾い上げて記述し、活動に至る際の思考や心情も含めて看護活動として理解することとした。このような意図によって本研究方法は質的記述的研究とした。

2. データ収集

(1) データ収集期間

データ収集期間は、2015年9月～2016年3月であった。

(2) 研究対象者および選定方法

本研究の対象者は病院に所属して脳卒中患者の看護に従事している脳卒中リハビリ認定看護師である。所属する設置主体は総合病院、大学病院、脳神経外科専門病院などにした。対象者の選定にあたっては、まず研究者の活動可能範

囲の近畿圏で、ホームページ上に脳卒中リハビリ認定看護師の活動を公表している8病院の看護部長に対して研究活動への協力依頼を行った。その内、研究活動への承諾が得られた5病院（内訳は大学病院1カ所、総合病院2カ所、脳神経外科専門病院2カ所）に所属する脳卒中リハビリ認定看護師を対象とした。脳卒中リハビリ認定看護師は1病院に1～2名所属しており、すべて対象者として選定された。研究者には氏名以外の情報は提供されないため、その後研究者が直接病院経由の電話連絡で面会のアポイントメントを取り、後日改めて面会して協力依頼をするという手続きを取った。

(3) データ収集方法

データは、半構造化面接法で収集した。面接に使用した面接ガイドは、臨床における看護活動に関する内容として、①あなた（脳卒中リハビリ認定看護師）は看護活動としてどのようなことを行っていますか。また、その活動を具現化するために影響することはありましたか。②あなたは現在行っている看護活動に対してどのような思いを抱いていますか。また、どのような戸惑いや困難さを感じていますか。③今後への自身への期待はどのようなことですか、などを自由に語ってもらった。面接場所は、対象者の所属する病院の面談室などの個室とした。面接回数は原則1回であった。すべての面接内容はICレコーダに録音した。

3. データ分析

データ分析は質的な内容分析の手法で行った。まず、録音された面接内容はすべて逐語録にした。逐語録になった生データから、①認定看護師としてどのような看護活動をしているのか、②それらの看護活動に関わっているときの考え方や感じ方が表現されている箇所、の2点を抽出した。次に、③その箇所の前後の文脈も考慮して意味のまとまりを読み取り、コード化した。具体的な看護活動としての行動は、ある考えや思いといった先行する認知や心情によって規定されるため、活動内容とともにコード化された。コードの数量化は看護活動の量的・質的説明の一部をなすと考えたため、実施した。さらに、④コードの意味内容に共通性のあるものを集め、それにふさわしい名前をつけ、サブカテゴリ化した。サブカテゴリの解釈段階では解釈結果の表現は抽象度を上げることなく、できるだけ事実の記述に近づくような表現とした。最後に、⑤サブカテゴリの意味内容の類似性を吟味し、カテゴリ化へと進めた。この分析過程は、共同研究者が脳卒中リハビリ認定看護師の教育関係者および脳卒中患者の体験や看護の実践に関連する研究者であるため、研究者間で解釈の妥当性を検討し、支持できることを確認しながら進めた。

Ⅲ. 倫理的配慮

本研究は、千里金蘭大学疫学研究倫理審査会の承認を受けた（通知番号214）。対象者の脳卒中リハ認定看護師の選定においては、所属施設の看護部長に文書を通して研究活動への協力の許可を得たうえで、対象者となる脳卒中リハ認定看護師の選定を依頼した。選定された脳卒中リハ認定看護師については氏名情報のみが提供され、それ以後、看護部を介さずに研究者が直接病院経由の電話で面接のアポイントメントを取り、対象者の都合の良い日程で面会する手筈を整えた。面会時には研究の主旨や方法、および研究参加に対する自由意思と撤回権利の保障、不利益の排除、匿名性の確保、個人情報保護やプライバシー保護などに関して口頭と文書で説明し、同意書への署名をもって研究参加へ確認を行った。また、研究成果は論文やその他の方法で公表することを説明した。

Ⅳ. 結 果

1. 対象者の属性

研究対象者は、脳卒中リハ認定看護師8名であった。対象者の属性は、表1のとおりである。対象者全員が女性であった。対象者の看護基礎教育課程は看護専門学校が6名、短期大学が2名であった。看護師臨床経験は14-26年、脳神経（脳卒中）看護実践歴は6-20年、認定看護師歴は2-6年（平均4.6年）であった。管理職との兼務が6名であった。面接時間は平均62分（30-90分）であった。

2. 脳卒中リハ認定看護師の活動

脳卒中リハ認定看護師の看護活動の実態は、8カテゴリ、30サブカテゴリで説明できた。抽出された総コード数は429（内19コードは看護外来の活動）であった。表2には、カテゴリ、サブカテゴリとコード数を記載した。以下、各カテゴリの詳細を述べる。なお、カテゴリは【 】, サブカテゴリは『 』, 生データは「ゴシック体」にし、発言に該当する脳卒中リハ認定看護師はアルファベットで示した。

このカテゴリは、コード数114を有し、最も多く語られ、脳卒中リハ認定看護師の活動において基盤となる内容であった。サブカテゴリは以下の4つで、『認定看護師としての自己理解のリフレクション』『実践の前線で看護力を牽引する実践力』『脳卒中患者の診療過程の全体的把握』『認定看護師の活動理解につなげる発信力』であった。

(1) 【看護の質保障に向けた省察と主導的実践】

『認定看護師としての自己理解のリフレクション』とは、実践の質保障を目的として認定看護師である自分が行っている実践や自己の存在価値を常に振り返るのを忘れないことである。「私自身がそこまでまだ動けてないっていうか、たぶんまだそこまでちゃんとできてないから……もっと頑張ります。(G)」と語る認定看護師は決して実践ができていないわけではない。できていないという意味は、認定看護師であればジェネラリスト看護師と同じ次元の思考の範囲で実践をしていても自己の存在意義は薄いと考えているということで、まさにプロフェッショナルイズムを追求すべく自己の実践の責任を強く意識していた。「何か自分のやってきた実践ってところがフィードバックできて落ち込むのかな、みたいな。それがまた次に伸びていくのかなって感じますけどね。(B)」「こういうことのほうが良かったんだなとかいうのをフィードバックで、自分の中でリフレクションしないと、なかなか難しいので……。 (D)」と語るように、見えないところでの努力は必然であり、自らを律し、日々の実践の時々リフレクションすることで看護活動を主導し、質を保っていくことに貢献していた。

『実践の前線で看護力を牽引する実践力』では、脳卒中リハ認定看護師は看護の方向や有効な実践方法を主体的に発信し、看護チームの看護力を引き出すことを大切にしていた。そのためには自己を最大限に使い、「自分たちが（認定看護師）がこうやっていこうか、ということでスタッフが一丸となってやっていくことで患者さんが目に見えて良く

表1 対象者の属性

対象者	性別	臨床経験 (年)	脳神経看護 実践歴 (年)	認定看護師歴 (年)	病院種別	基礎看護教育	面接時間
A	女性	17	9	5	医療法人総合病院*	看護専門学校	80分
B	女性	14	7	5	医療法人総合病院	看護専門学校	64分
C	女性	26	13	6	医療法人総合病院	看護短期大学	90分
D	女性	23	9	6	大学病院	看護短期大学	45分
E	女性	20	16	4	大学病院	看護専門学校	30分
F	女性	20	20	4	医療法人総合病院*	看護専門学校	61分
G	女性	22	14	2	脳神経外科専門病院	看護専門学校	70分
H	女性	21	6	5	脳神経外科専門病院	看護専門学校	57分

※ 脳卒中専門看護外来設置施設

表2 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動

カテゴリ	(コード数)	サブカテゴリ
1：看護の質保障に向けた省察と主導的实践	(114)	認定看護師としての自己理解のリフレクション 実践の前線で看護力を牽引する実践力 脳卒中患者の診療過程の全体的把握 認定看護師の活動の理解につなげる発信力
2：専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア	(83)	生活機能活性に働きかける独自の看護ケア スタッフを巻き込んだベッドサイド看護ケア 脳卒中患者と向き合い入り込む 確実な臨床判断力
3：多職種連携協働の円滑化を図る組織横断的看護実践活動	(69)	組織横断的な看護ケアの実践 専門的知識を用いた多職種との協働 多職種間の種々の協働の調整
4：病院内外の学習ニーズに応える教育的活動	(39)	教育的資源としての実践的ロールモデル ケアの根拠の表明 院内教育の企画運営への参画 講師としての院外教育活動
5：脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出	(36)	揺らがぬ看護の哲学的基盤を持つ 看護を語ること 脳卒中患者主体の思考性 脳卒中患者の生活を看ることへのこだわり 看護の喜び・面白さの伝達
6：脳卒中患者への継続看護活動の推進	(24) ※看護外来 (19)	地域にいる脳卒中患者への関心 地域での脳卒中予防に関する講演・学習会活動 社会生活に向けた退院支援の実践 家族も含めた継続看護としての看護外来活動
7：看護管理者と認定看護師役割の付与に伴う活動のマネジメント	(32)	臨床看護実践活動の不全感 管理職との兼務によるアイデンティティの揺らぎ 認定看護師と管理職の立場の整理 看護実践におけるリスク管理
8：認定看護師としての役割意識に基づいた研究・学習	(13)	臨床看護研究活動への意欲 より高度な脳卒中看護の継続学習

なっていくと、すごくみんなの気持ち上がるというか……それで患者さんが良くなったら、すごいー、すごいーっていう感じだね。(C)」「私が考えて、もっとこうしたいほうがいいんじゃないかっていうところを動かしていきたいなって……。 (H)」「生活指導とかだったら私に任せて、みたいなところはありますけど。患者さん家族の不安聞いてほしいんだったら私聞きますっていうのはありますけど。(B)」と語る存在感と自信ある行動は看護師全体に影響していた。そして一方で、こうした看護活動の前線で牽引することのリスクも十分に理解していた。「自分で確証をもってから言うんです。何でもかんでも言うんじゃないくて、ちゃんと調べて、やっぱりこうだと思うとか、これが今は主流ですとか。調べてからじゃないと、そうじゃないと、私たちの言った一言は、みんなそのまま信じてしまうので。(C)」と、現状を冷静に分析し、自分の意見や指示が大きな力を持っているという現実を重く受け止めていた。だからこそ、『脳卒中患者の診療過程の全体的把握』では、患者の状況を把握していく方

向が看護活動の必然であり、重要な観点として看護の質保障につながっていた。「本当に、急性期・回復期・維持期に認定ナースが関わるんだっていうところが、最近つくづく6年目にして身に染みてわかるっていうか。(D)」「本当に、フルリカバリーって言われる完全に麻痺も障害も何もない状態になったとしても、まだ再発予防とか看護があることを考えたら、やっぱり（認定看護師の役割は）大きいですね。(F)」と話すように、脳卒中患者の急激な身体的変化をきたす超急性期から、長く終わりのない維持期にわたって、切れ目のない看護活動が提供できる力をつけていた。さらに、『認定看護師の活動理解につなげる発信力』で表現されるように、実践の前線に立つ脳卒中リハ認定看護師は自己の存在を医療活動に浸透させ、看護の質を担保するという思いを看護活動につなげていた。「伝えたい内容とか、そういうことを私ができる限り伝えていきたいと思っています。(G)」「残念な結果でも、関わった期間にどれだけ関わってあげて、どれだけ試行錯誤したかっていうような過程を見せて

あげないと、スタッフも患者さん家族も納得しないのかなっていうのを感じます。(B)」という語りがその例であった。そして、このように誠実に関わる脳卒中リハ認定看護師の姿を周囲も見ているのか、「リハビリの人とも一緒にコラボして、こういうことを進めたいんだってというようなことを言ってくれるようになった。(H)」というように必然的な活動の広がりや協働へと進展していくことが期待できた。

(2) 【専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア】

このカテゴリは、コード数83であり、サブカテゴリは以下の4つで、『生活機能活性に働きかける独自の看護ケア』『スタッフを巻き込んだベッドサイド看護ケア』『脳卒中患者と向き合い入り込む』『確実な臨床判断力』であった。いわゆる臨床家としての看護活動の具体的内容が説明できた。

『生活機能活性に働きかける独自の看護ケア』では、すべての日常生活行動に関連する看護活動が看護として基本的な観点であることを強く認識していた。「トイレ介助させてもあの人がしたらうまいとか、あの人がお風呂入れてくれたら安心感が違うとか、そういうこと……。 (B)」「病棟に帰ってきた患者さんのその日常生活の中で、どうやってリハビリで練習してることを取り入れることができるか、っていうところを日々悩んでるんです。(A)」と話すことは、排泄の援助や清潔（入浴）の援助について、「……あの人（看護師）がしたらうまいな……」「……あの人（看護師）だったら……安心感が違う」といった患者の反応が、まさしく看護師として専門性が卓越した看護技術を提供していることの証明であった。「患者さんが何かこう、自分の力がフツと入る瞬間がわかるので、その瞬間を引き出してあげるためのトランスファーの仕方とか。(A)」「離床に関わることなんですけど、そのやっぱり端座位をまず取るとか、その離床ってベッドアップだけじゃなくて、端座位を取るっていうことなんです。(D)」「それ（肺炎）を予防するポジショニング、肺リハ、嚥下訓練、口腔ケアっていう部分は自信あります。(A)」と話すことから、脳卒中リハ認定看護師として巧みな技術は、排泄行動支援やポジショニング、食事摂取行動の支援など日常生活行動の看護実践、患者の安楽や安全に関わる看護援助など、生活機能に沿って多岐にわたっていた。そして、専門性や独自性を反映するように「(看護を)やればやるだけ肺炎もなくなるし、引きも良くなるし。(F)」「(口腔衛生は) 歯科衛生士に頼むなんてしてほしくないです。それは看護師がすることですよ。(C)」ときっぱりと言い切った。「看護をやればやるだけ……」という考え方は看護自体への絶対的自信であり、看護の力を表現していた。

『スタッフを巻き込んだベッドサイド看護ケア』では、看護チームを巻き込みながらスタッフナースとともに生活行動の機能回復において、最善のベッドサイドケアを

提供していた。「かなりベッドサイドに、どんどんスタッフと一緒にいるかなって感じるんですけどね。(B)」「どうして? というようなことを対話しながら、スタッフとするっていうようなところを大事にしています。(D)」「スタッフと一緒に、じゃあ今どうしようかっていうところをリアルタイムで24時間、勤務中に患者さんに説明しながら実践しています。(G)」と、脳卒中リハ認定看護師は単独で独自のより専門的な技術をもって直接的な看護実践を提供するときもあれば、この語りのようにスタッフナースとともに看護師の専門的技術としての療養上の世話をしっかりと提供することを手を抜かずに実践するときもあった。また、『脳卒中患者と向き合い入り込む』では、脳卒中リハ認定看護師が、患者と真摯に向き合う、いわば人間的な患者への関心を示していた。「その人（患者）の中に少し入っていくって、そういうことが、少し考えてできるようになってきたかなって。(G)」「やっぱりその患者さんのところに行く、足を運ぶっていうかやっぱりその話を聞くっていうのを大事にして……。 (E)」「その人の生活みたいなのを外来ですって聞いて、何かこう一緒に生活しているような感じになっちゃったのかもしれないです。ずっと見ていて、その人の生活とかその人の家族関係とかが見られていたからかもしれない。(A)」と話した。さらに、看護師として最も求められている人間的な関心からつながる基本的な技術として重要と捉えていたのが、『確実な臨床判断力』であった。例えば、「フィジカルアセスメントをしっかりとできないと混乱させることになると思います。(C)」というものが、脳卒中リハ認定看護師の臨床判断が絶対的なそのときの看護活動へと直接的につながっていくからであることは想像に難くない。観察とそのアセスメントをすることは、看護師の看護活動においてできて当たり前の技術である。しかし、アセスメントの質は看護師の質を反映するといわれるほど、獲得している能力のレベルは様々である。「ほんとにあの根拠とかっていうのは、そこにくっついてきて、だからこの人にこれがいいんだっていうのを見いだせるようになったところは自信かな。(A)」「その病院の中でできることじゃなくて、家に帰って継続できることを見つけて、そこをしていかないといけないとか。すごく一人一人アセスメントが深くなったというか。(D)」と話すように、脳卒中リハ認定看護師は脳卒中患者に生じる様々な現象に対して、鋭い観察眼と豊富な知識を動員して同時的かつ予測的に確実なフィジカルアセスメントを経て、最も妥当な臨床判断を行っていた。

(3) 【多職種連携協働の円滑化を図る組織横断的看護実践活動】

このカテゴリは、コード数69であった。サブカテゴリは、『専門的知識を用いた多職種との協働』『多職種間の

種々の協働の調整』『組織横断的な看護ケアの実践』の3つであった。まさに、現在の脳卒中医療におけるチーム医療の連携形態を示していた。

『専門的知識を用いた多職種との協働』では、脳卒中リハ認定看護師の存在が、ある意味で多職種との連携の要といえた。「セラピストやドクターから話が出たときに相談されるというか、その大事なところに入らせてもらう、脳卒中センターの会議に看護師代表で入れてもらえたり、今までは医者だけだったような会議ですけど、そこに入ることが自然になっていたり、リハビリとかの相談をよく受けるようになりましたね。(C)」というように、常に多職種に囲まれているからこそ、重要なタイミングを見極めて看護師の代表としてチームに参画していた。また、「この人の場合はどうなんやっていう話し合いを重ねていけたらいいと思っています。(G)」「自分たちも(患者が)歩いているところを見たいので、ということを書いて、ちゃんと病棟でやっているときには見に行ってます。(C)」と話すように、脳卒中リハ認定看護師の連携の背景には、診療科あるいは病棟組織の垣根を越えた看護活動が存在していた。さらに、『多職種間の種々の協働の調整』は、患者にとって必要なときに必要な協働が可能になるように、脳卒中リハ認定看護師が迅速で適切な連携調整を図ることを重視していた。それは病棟配属であったとしても実践している活動であった。「看護師とリハとか、看護師とドクターとかいうのを割と密にしているんです。(D)」「診療科を越えてね。それはうまく使えるというか、回っています。(C)」「患者さんにADLのセルフケアができないなと思ったら、リハビリテーションの人に、あるいはそれは先生、もうちょっとやっぱりリハ転院のほうを勧めたほうが今の時点ではいいかもしれない、とかいうところを、こう、間で動いているんですね。(D)」という発言からもわかるように、自分が責任をもって患者の回復状況をほかの看護師やリハビリテーションセラピストや医師とともに把握し、共通理解を図る重要な調整活動であった。このような日々の協働や調整をすることで、『組織横断的な看護ケアの実践』を実現していた。脳卒中リハ認定看護師の配属が看護部付けとなり、各病棟での独自の自由な看護実践を可能にしている場合は、関連病棟をラウンドして、病棟看護師とともにベッドサイドに立ち、直接的な看護活動を行っていた。「院内の呼吸器が付いている患者さんをピックアップして、見に行かせてもらったり、ICUとか脳外科関係の病棟とかに以前ちょっとラウンドに行ったりとかもさせてもらっていた。(A)」「回復期もあったので、そういうときに回復期に、見に行くと、『何かないですか』っていうか、御用聞きじゃないんですけど、そんなことしたりとか。(E)」多くの脳卒中リハ認定看護師は、病棟での看護実践を遂行しつつ、認定看護師としての専門的実践を提供する

状況であった。

(4) 【病院内外の学習ニーズに応える教育的活動】

このカテゴリは、コード数39であった。サブカテゴリは『教育的資源としての実践的ロールモデル』『ケアの根拠の表明』『院内教育の企画運営への参画』『講師としての院外教育活動』の4つである。このカテゴリでいうところの教育的活動は、所属病院もしくは他病院の看護職を対象とした活動を指していた。

『教育的資源としての実践的ロールモデル』は、脳卒中リハ認定看護師が行う教育的な看護活動を大事にしていた。それは、スタッフと看護実践場面に関わる機会を活用し、「自分がやることによって、それを見て、(スタッフが)何かを気づいて見いだしてくれるっていうのになったほうがいいのかなとか……。(A)」「ポジショニング1つ、体位変換とか、その脱臼予防でギヤジャップしたときにはこういうポジショニングにする必要があるって、一緒に行ってフィードバックして、指導したりとか。その実際の実践というところをやって見せたり。(D)」「スタッフへ見せたくてやる(実践)ときもありますし、スタッフの成長のために自分がやらないときもある。(B)」と話すように、実践家としての自己の姿を見せることでスタッフが自ら学んで成長することを期待していた。また、同じようなベッドサイドでの直接的で実践的な教育活動として『ケアの根拠の表明』があった。「伝えるときに、例えばこういう理由でこうしたほうがいいよっていうときにそこでもう1回改めて説明できたり……。(G)」「根拠が持てやれること、それをしっかり人に伝えられる。数値化できるとか、共通言語でしゃべれる。(A)」「根本がわかっていたほうが理解がいいというか、なぜそうするのかとか、そういうところが理解ができて、実践できるのになっていう風には思います。(G)」という語りは、脳卒中患者の看護に関連する専門的知識を使って、教育的観点から看護師のキャリア形成の一端を担うための看護活動をしていることを示すものであった。さらに、その教育的活動は、『院内教育の企画運営への参画』『講師としての院外教育活動』という形で広がりを見せていた。『院内教育の企画運営への参画』では、「フィジカルアセスメントとか、高次脳機能障害の人の看護とか家族看護とか、早期離床をどうさせたらいいのかとか、事例検討もやりましたし、勉強会ですね。(C)」「脳卒中のエキスパートナースっていうのを作ってほしいんだっていうので、その辺の教育を、来年度計画を立てたりとかっていうのをしました。(H)」「やっぱり、その教育というところが他の人(全看護師対象)も踏まえての教育という指導。(E)」「画像を……。画像の見方がわからないと言ったので、それよりも前に解剖しましよって言って、解剖の勉強会みたいな……。 (E)」と話すように、脳卒中看護の認定看護師であったとしても、施設内の教育

的存在として認識されている以上は、教育的看護活動の対象を全診療科の看護師と考えていた。さらに、『講師としての院外教育活動』では、「法人内の病院から認定看護師として勉強会にきてくれてと言われる。(B)」「同じような研修をうちの病院でもやってもらえるよねってことを言ってくれたり。(A)」「他の院から研修のお願いがきたりとか、A大学やB大学で脳卒中の看護過程の講義、何かそういう脳卒中の講義とかもしています(B)。」と語るように、脳卒中リハ認定看護師の教育的な看護活動においては、臨床家が継続教育だけでなく、基礎教育に参画しているという事実が明らかになった。

(5) 【脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出】

このカテゴリは、コード数36であった。サブカテゴリは『揺らがない看護の哲学的基盤を持つ』『看護を語ること』『脳卒中患者主体の思考性』『脳卒中患者の生活を見ることへのこだわり』『看護の喜び・面白さの伝達』の5つである。

認定看護師は、その分野特有の専門性を追究していくことに多くのエネルギーを費やしているように理解されがちであるが、脳卒中リハ認定看護師の看護活動の基盤となるモノの考え方が表現されていた。まず、『揺らがない看護の哲学的基盤を持つ』については、『「看護」ってものがビシッて、土台になきゃだめだなんて……、一つ一つそこに看護が絶対存在するし、看護ってなんだろうってずっと……。(A)」「(手術)後は全部看護師とセラピストにかかっているから、後は全部こっちの責任なんだよっていうのはよく言います。(F)」と語るように、劇的な変化を見せる急性期から長期的なその後の生活まで、ずっと脳卒中患者を見るという覚悟と使命感を持って活動していた。そして、『看護を語ること』では、「しっかりと患者さんに対する看護みたいなのを、ちゃんと思いを持ってなきゃいけないと思うし、語れないといけないと思う。(A)」「看護観とは、って言われたときに、いくらでもしゃべれますもん。(F)」と話す。この「看護」が語れることへの言及は、つまり自己の看護観について患者との出会いや試行錯誤の実践を通して考え続け、その時々で自己のプロフェッショナルリズムを育ててきたからできることであった。その看護観を基盤とする看護活動として表現されたのが、『脳卒中患者主体の思考性』であった。「将来に向けて継続してやっていける、患者さんに提供して患者さんの利益になることってどんなことっていうのを、すごく見る。(D)」「患者さんが、家族が一体どうしたいのか、どういうふうに思っているのかって、まずいつも考えてしまう。(A)」と語った。そして『脳卒中患者の生活を見ることへのこだわり』では、「患者の夜の状況が見られるのが良いんです。晩のトイレの状況とか、お風呂とかも見たいんですね。服はどうやって脱いでた

とか、全部見とかなないと気になりますね。(C)」「看護は、日常に転がってる本当に当たり前のことだから……、そのトイレ動作にしても……看護師は。生活全部なんですね。(F)」「その人の入院している生活のことだけを見ているのではなくて、その人の以前の生活とか将来のことも見えないですから、もっとお家とかも見たいかなといけないうらなうと思っっているんです。(C)」というように、患者を全体として理解すること、日常生活行動の視点を外さないで、むしろそれを看護師の責任として大切にする思いが表現されていた。その先にある、看護の魅力を伝える具体的表現としての、『看護の喜び・面白さの伝達』では、「もう看護は楽しい……楽しいというか、関われば関わるだけ患者さんも良くなるっていうのをわかってほしいっていうか……。(E)」「魅力のあるものであれば絶対頑張れるはずだから、魅力を私らが見せきれていないだけやと思います。(F)」と話す。これは脳卒中患者の看護において、看護活動が患者の療養生活に長く深く関わるもので、その関わり度合いが患者の回復に直接的に反映されるからこそその喜びであった。その喜びや自己の看護観を伝えることも看護活動であるという認識が存在していた。

(6) 【脳卒中患者への継続看護活動の推進】

このカテゴリは、コード数43であり、その内19コードは脳卒中看護外来活動に関連するものであった。サブカテゴリは、『地域にいる脳卒中患者への関心』『地域での脳卒中予防に関する講演・学習会活動』『社会生活に向けた退院支援の実践』『家族も含めた継続看護としての看護外来活動』の4つであった。

脳卒中患者の包括的看護実践では、地域での啓蒙活動を通した脳卒中予防、あるいは地域に暮らす脳卒中患者に関心の範囲に入れていた。まず、『地域にいる脳卒中患者への関心』で「もっと地域に出たいなって、地域の介護をやっている人たちとか、ちょっとした研修とか、そういう地域への訪問。(A)」「自分が活動するフィールドをもうちょっと広く、組織の中だけじゃなくて、やっぱりこう、地域とどういうふうにやっていくかみたいところで、自分のフィールドを広げないといけない。(A)」と語るのは、脳卒中患者の病院での治療を終えてもさらに続く現実の生活行動の困難さを理解しているからこそ、看護をつなげたいという願いからであった。そして、個人だけではなく、一定の集団を捉えるといった視点は『地域での脳卒中予防に関する講演・学習会活動』で示された。「地域の方に脳卒中の話をしたりとか、あと特養とか、地域のある施設で、スタッフに対してお話しさせてもらったりとか。(G)」「ちょっと啓蒙活動ではないんですけど、地域の公民館へ行って、ちょっと脳卒中予防に関しての話とかもできる。(E)」「脳卒中とか予防とかっていうところで、是非協力してほしいっていうところで

依頼がある。(D)」というように、地域で市民や福祉関連職種との教育的関わりをするという活動であった。また、病院や施設から退院し、在宅への移行を支援する看護活動といった意味においては、『社会生活に向けた退院支援の実践』『家族も含めた継続看護としての看護外来活動』で明らかになった。病棟で行われる看護活動については「患者さんが退院されるときに、その患者さんご家族にそういう（退院後の生活や予防に関する）説明をするのは、自分が本年度よく取り組んだ内容ですね。(D)」「本当に帰れるのか」というような判断をね、しないといけないんだなというのがわかって、まあ実際そういうことを病棟でフィードバックする。(D)」と語られた。脳卒中看護外来の開設を通して独自の活動拠点をえた脳卒中リハ認定看護師は、「退院後の患者さんの家族とかも精神的なフォローをしたい。帰ってから外来とかに来たら、やっぱりみんな機能が伸びてるんです。(C)」「外来とか、退院した患者さんの話を聞いたり相談に乗ったりとか、時間をちゃんと作って、高次脳機能障害とか、失語症の患者さんの相談に乗ったり……。 (C)」というように、かなり独自の看護活動を実現していた。その思いとして、「認定をもらって、そういう肩書きがあるからこそ外来でさせてもらえることを増やしていくという気持ちはあります。(F)」と創造的な看護実践への志向性を表明していた。さらに、「看護外来はデータを確実に拾って行って、診療報酬に向けてっていうのは、病院への報酬としてやらないといけないというのが一番大きいです。(F)」という認識は、これからの脳卒中看護活動の有用性を主張していく拠点としての看護外来の存在意義を期待していた。

つまり、脳卒中リハ認定看護師の活動は、地域から病院へ、病院から地域へという継続的で動的な活動であり、脳卒中予防や脳卒中患者の退院後（回復期）の生活支援に関する看護実践は中長期的に拡大していた。

(7) 【看護管理者と認定看護師役割の付与に伴う活動のマネジメント】

このカテゴリは、コード数32であった。サブカテゴリは『臨床看護実践活動の不全感』『管理職との兼務によるアイデンティティの揺らぎ』『認定看護師と管理職の立場の整理』『看護実践におけるリスク管理』の4つであった。

このカテゴリは、認定看護師としての自己と、管理職としての自己の間に生じる葛藤や揺らぎがあっても、状況に応じてすべきことの必要性を理解でき、看護実践につなげるためのマネジメントと考えられた。多くの脳卒中リハ認定看護師が管理職を兼務している現状を反映したカテゴリでもあるといえた。『臨床看護実践活動の不全感』は、「なかなかちょっと患者さんにまで、毎日の業務に入ってっていうところまでっていうところが最近できてない。(H)」「この人の離床を今日は一緒にやっというかって、何時ぐらいに

する？とか言って相談してとかいうことができなくなったりとか、どういう風に考えて起こしていこうかっていうことができなくなって……。 (H)」といった語りから、患者のベッドサイドでの看護活動をやりたくてもやれない状況で、認定看護師として看護活動ができていないことへの辛さが表現された。また、『管理職との兼務によるアイデンティティの揺らぎ』では、「活動日って3日間もらえるんですけどそれは、半分は会議でつぶれている。(C)」「認定看護師だからと言える業務より、主任だからっていう業務のほうが多い。(B)」「本当に師長になってしまうと、認定看護師の活動を実践するって非常に難しいなって……。 (D)」「師長としてなのか、認定看護師としてなのかっていうところは、対スタッフにしても他職種にしても、どっちなかっていうところはありますけれども……。 (H)」という語りは、次第に管理職として求められることが増えていく中であっても、実際に認定看護師の活動をやろうとしているから感じている苦悩であった。それでも、『認定看護師と管理職の立場の整理』では、試行錯誤をしながら管理職と認定看護師としての活動を最大限にマネジメントしていこうとする看護活動が表現されていた。「自分はもうちょっと主任業務をちゃんとやらないといけないなと、逆に思うぐらいで。まだ主任としての経験もそんなにないので、頑張らなければとは思ってます。(G)」「もし、認定（看護師の資格）を持ってない師長がこの今の私のポジションに座ると、それ（連携）ができないような気がして……。 (D)」「他職種との連携のときも、やっぱりスタッフが言うよりも、師長っていうのもあるのかちょっとわかりませんけれども、連携いろいろ話をしていくときにも、認定ってところの立場で、（師長）だから聞いてくれていることもある。(H)」と話す。これは、現実的にはチーム医療の中で看護師の存在感が認識されるためには、ポジションパワーを有効に使っていくことも必要なのだという解釈で自分自身の立ち位置を整理していることによるものだった。リスク管理もその一面であり、『看護実践におけるリスク管理』については、「看護師は動かすだけ動かして……リスク管理の一定の知識を繰り返し説明している。(H)」「施設の特徴上、新しいスタッフが来てどんどん起こしていったとか、今はこのリスクがあるんだって、ずっと繰り返しているような感じではある。(C)」というように、管理職が発する言葉だからこそ効果があるということも事実である。そういった意味では兼業の状態であることを好機と捉えて、効果的な看護活動を導くというマネジメントが行われていた。

(8) 【認定看護師としての役割意識に基づいた研究・学習】

このカテゴリは、コード数13であった。サブカテゴリは、『臨床看護研究活動への意欲』『より高度な脳卒中看護

の継続学習』の2つであった。

このカテゴリは、脳卒中リハ認定看護師が、脳卒中患者への看護実践が可視化され、適切な評価を受けることにつながるための、探求心や自己のスキルの維持向上を図ることへの志向性を示す具体的看護活動であった。『臨床看護研究活動への意欲』については、「脳卒中の認定看護師やからではないですけど、だからこそできる学会とか、看護研究を中心にはやっていきたい。(A)」[看護としてそれが患者さんのためになっているって言えるってことですよね。だからデータ化して、効果を可視化して良かったって感じられることがもちろんあるし、それを出して提示していったこそ評価だと思うんです。(F)]と話す。つまり、自分たち看護師が脳卒中の患者の看護活動においてそれは有効なはずだと考えているが、可視化しにくい部分のあいまいさを少しでも払拭できる方法としての研究活動と捉えていた。そして、認定看護師という資格を有していることからの知的探究心の芽生えが見られた。その知的探究心は研究活動だけではなく、『より高度な脳卒中看護の継続学習』といった形でも表現された。「日々、どうやったら患者さんにいいケア提供できるかなって、こう、模索しながらしているので、もうちょっと深く学んで、脳神経全体の看護をより向上させるっていう意味合いで、自分としては学習したいっていう……。 (D)」[「いろんな研修にも行かせてもらっています。救急の研修とかトレーニングをしながら、いろいろやっていますね。(C)」と語り、脳卒中リハ認定看護師の学習への目的意識は患者へ向いていることがわかった。そして、研究や学習のニーズについては、「……脳神経全体の看護をより向上させるっていう意味合いで……」と話す一方で、「結果として出すことでその診療報酬とかにつながるかなって……。 (E)」という意図をはらんでいた。

V. 考 察

1. 脳卒中リハ認定看護師の看護活動

本研究で導き出された結果としての看護活動の8つのカテゴリとサブカテゴリは、脳卒中リハ認定看護師の独自のより専門的な看護活動を明らかにしていると思われる。それは、看護活動が全診療過程（発症～再発予防）を射程に入れているということと、生活全体や生活機能の活性化を核とした看護活動であるという点である。それは、【看護の質保障に向けた省察と主導的実践】【専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア】【脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出】の3つのカテゴリに見られたと考える。まず、【看護の質保障に向けた省察と主導的実践】を構成するサブカテゴリ『脳卒中患者の診療過程の全体的把握』である。ここでいう診療過程の全体的把握というの

は、脳卒中発症の超急性期から回復期、その後の長く続く維持期を視野に入れている。全体的という観点から見ると、【脳卒中患者への継続看護活動の推進】がカテゴリとして抽出されていることから、脳卒中患者の多くが救命されて社会生活へ復帰する存在となっていることを証明しているともいえる。脳卒中リハ認定看護師の看護は超急性期から長い維持期へと途切れのない関わりであり、その看護活動は患者の死のときまで視野に入る可能性を排除するものではない。その観点からいうと、看護活動の関わる全病期の解釈は、脳卒中リハ認定看護師に特有であろうと考える。片山・横井・奥津（2012）の退院後の脳卒中患者の療養生活支援に関する看護研究の現状にその特徴を見ることがができる。結果は、リハビリテーションと日常生活の援助等に関する看護研究が全体の59.9%を占めていたことから、生活機能に関連した看護活動が脳卒中リハ認定看護師の看護活動に期待されるのは当然である。つまり、『脳卒中患者の診療過程の全体的把握』をすることが必然であるために、脳卒中リハ認定看護師の長期的かつ主導的な活動が可能となり、結果として脳卒中患者の看護の質保障につながるという関連性が推察できる。また、脳卒中リハ認定看護師の看護活動において、全体的な把握は診療過程という観点だけでなく、【脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出】のサブカテゴリ『脳卒中患者の生活を見ることへのこだわり』や、【専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア】のサブカテゴリ『生活機能活性化に働きかける独自の看護ケア』にも見ることができた。つまり、関連する“生活”あるいは“生活機能”を全体的観点から捉えている点である。脳卒中リハ認定看護師養成教育の観点から日坂（2015）は、脳卒中リハ認定看護師による生活機能向上に向けての看護活動が、日々の日常生活行動を通して実施されることを支持している。「(日常生活行動の)全部見とかなないと気になりますね。(C)」や「看護は、……看護師は、生活全部なんですね。(F)」といった語りからも生活機能の向上を目指す看護活動の責任感が伝わる。そして脳卒中リハ認定看護師が見ようとしているのは今のことだけではなく、「その人の以前の生活とか将来のことも見えないですから、もっとお家とかも見ていかないといけないだろうなと思っているんです。(C)」と語る看護師には、その患者の過去・現在・未来の生活や生活行動のイメージが描かれていると思われる。このように、全病期の診療過程と脳卒中患者の生活全体という解釈において実施される看護活動は、脳卒中リハ認定看護師の看護活動の特徴と捉えることができる。また、生活機能の活性化を図る実践を核とした看護活動は継続的なものであり、病院から在宅へ、あるいは福祉施設へとつながる、包括的看護活動として捉える必要性も理解できる。さらにその看護活動の時間軸

は、その患者の人生の長さに影響される可能性を含んでいる点も、脳卒中リハ認定看護師の看護活動の特徴であると考える。【脳卒中患者への継続看護活動の推進】のカテゴリは、高齢化や在宅療養の推進に伴って、脳卒中患者の回復期から維持期に起こる様々な困難にどのように対応していくか、また脳卒中再発予防の観点から自己管理やセルフマネジメントも含めた看護活動の検討をどのように進めていく必要があるかを示している。『地域での脳卒中予防に関する講演・学習会活動』が明らかにしたように、地域や集団に対する教育的啓蒙活動も重要な看護活動であり、積極的に活動する傾向にあると思われる。しかし、集団への看護活動、個人の生活に踏み込んだ脳卒中再発予防活動が、今後具体的に展開できることが求められると考える。

また、本研究結果が明らかにした脳卒中リハ認定看護師の看護活動を示す8つのカテゴリは、日本看護協会が提唱している認定看護師に期待される3つの役割“実践・指導・相談”を説明する内容といえることができる。例えば、“高い臨床推論力と病態判断力に基づき、熟練した看護技術および知識を用いた水準の高い看護実践”や“看護職等に対するコンサルテーション（相談）”は、カテゴリ【看護の質保障に向けた省察と主導的实践】、【専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア】や【多職種連携協働の円滑化を図る組織横断的看護実践活動】、“看護実践を通じた看護職に対する指導”は、カテゴリ【病院内外の学習ニーズに応える教育的活動】や【脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出】の各サブカテゴリから解釈可能であると考える。

さらに、本研究で抽出されたサブカテゴリは脳卒中リハ認定看護師の日常的看護活動を素材とし、具体的な行動レベルや思考レベルが可視化できるように表現された。そのため、今後の脳卒中リハ認定看護師の活動の評価にも活用可能であると思われる。

2. 管理職との兼務によるキャリア発達の課題

本研究の対象者は、8名中6名が管理職という立場であった。認定看護師が管理職を兼務する傾向は、組織体制上一般的に肯定されていると思われる。したがって、【看護管理者と認定看護師役割の付与に伴う活動のマネジメント】のカテゴリは集団特性として必然であると考えられる。サブカテゴリの『臨床看護実践活動の不全感』『管理職との兼務によるアイデンティティの揺らぎ』からは、本来の認定看護師としての役割期待に応えられていない現状を認識しつつ、解決できないジレンマの中にいることがうかがえる。この状況は、認定看護師が今後自身のキャリアをどのように積み上げるかの決断に少なからず影響すると思われる。西村・窪田・米田・伊丹（2018）は、認定看護師の

キャリア発達に関する研究が少ないことを明らかにしており、キャリア発達の課題や期待について検討されていないと指摘している。脳卒中リハ認定看護師の看護実践活動や管理職務がキャリア発達にどのように影響するのか不確かな中、2019年2月には認定看護師規程が改正され、当然2015年から開始された特定行為研修制度の導入などの社会的要請等もあり、脳卒中リハ認定看護師のキャリア発達をどのように支援していくのか、そのための施策が今後の課題であると考えられる。

3. 継続看護活動としての専門外来の課題

厚生労働省保険局（2014）が、平成26年度に施行した診療報酬改定において地域包括ケア病棟が新設されたことを受け、脳卒中患者を在宅医療につなげるための認定看護師の役割についてはすでに認識されている。【脳卒中患者への継続看護活動の推進】はその要請を反映していると考えられる。サブカテゴリ『社会生活に向けた退院支援の実践』では“今”だけでなく“これから”の患者の生活に踏み込み、長期的視野で支援していこうとする意識がうかがえる。さらに、サブカテゴリ『家族も含めた継続看護としての看護外来活動』への志向性も今後は現実味を帯びてくるとと思われる。しかし、現段階で脳卒中専門看護外来を開設し、独自の活動を展開するのは少数の施設であり、本研究でも5病院のうち2病院のみであった。その活動の効果検証ができる段階でもない。開設している施設での検証が待たれるが、脳卒中患者の多くが後遺症や合併症を抱えての生活を余儀なくされている現状では、病院施設との関係は切れることがない。つまり、施設医療と在宅療養をつなぐ場としての外来診療での脳卒中患者へのケア提供の主たる担い手は脳卒中リハ認定看護師であると考えられる。福地本・篠木（2016）によると、認定看護師を活用するための組織的位置づけや適切な配属といった組織的支援体制の基盤が整っていることは重要である。脳卒中専門看護外来は脳卒中再発予防を目的として開設されるが、実際の活動は病棟の勤務との調整が必要で、外来活動は思うように進まないという現状がある（粟津、2018）。診療報酬が認められるということは、脳卒中リハ認定看護師の看護実践の専門性がより理解されることにつながる。つまり、『臨床看護実践の評価研究への取り組み』でも明らかのように、実践の評価研究に強い関心を抱く意味も、脳卒中リハ認定看護師として独自の自律的な看護実践を構築していくことへの期待であり、看護実践の探求なくして脳卒中看護の発展は望めないことを認識しているともいえる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、やはり第一には研究対象者特性の

偏りである。対象者8名のうち6名が管理職であった。兼務している対象者が、自分の活動が脳卒中リハ認定看護師としての活動なのか、管理職としての活動なのか、といったあいまいさを抱えていることは明らかにできた。したがって、データに偏りがある可能性は否定できない。また、管理職兼務下の活動と認定看護師としての独自の立場での活動との間に、どのような違いが存在するかまでは言及できない。今後、脳卒中リハ認定看護師としての独自の看護実践活動の実態をさらに追求するには、理論的なサンプリングからのデータを整理して分析をする必要があると考える。

結 論

本研究結果から導き出された脳卒中リハ認定看護師の看護活動は、8カテゴリ【看護の質保障に向けた省察と主導的实践】【専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア】【多職種連携協働の円滑化を図る組織横断的看護実践活動】【病院内外の学習ニーズに応える教育的活動】【脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出】【脳卒中患者への継続看護活動の推進】【看護管理者と認定看護師役割の付与に伴う活動のマネジメント】【認定看護師としての役割意識に基づいた研究・学習】で説明できた。その中で、脳卒中リハ認定看護師の看護活動の特徴として、脳卒中患者の特性でもある急性期からの長期にわたる診療過程を全体的観点から見据え、その間の患者の生活機能活性を目的とし

た看護活動が明確になった。また、脳卒中予防活動の視点や、脳卒中患者の生活が病院（入院外来）から在宅・地域へと移行していくところまで看護活動の場を広げている状況も明らかになった。つまり、本研究で抽出されたカテゴリは、脳卒中患者の包括的看護実践活動の基礎的枠組みを提案するものであり、脳卒中リハ認定看護師の活動評価の観点としても活用可能である。

謝 辞

本研究にご参加いただいた脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の皆様、参加者選出にご協力いただきました病院施設関係者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は、第37回日本看護科学学会学術集会での報告に一部加筆・修正した。

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JP15K11609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、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の看護活動の実態を明らかにすることを目的とした。

方法：質的記述的研究である。認定看護師8名に半構造化面接を行い、質的な内容分析を行った。

結果：看護活動は、8カテゴリ、30サブカテゴリ、429コードであった。カテゴリは、“看護の質保障に向けた省察と主導的实践”“専門的な臨床判断に基づいたベッドサイドケア”“多職種連携協働の円滑化を図る組織横断的看護実践活動”“病院内外の学習ニーズに応える教育的活動”“脳卒中患者の生活全体を尊重した看護観の表出”“脳卒中患者への継続看護活動の推進”“看護管理者と認定看護師役割の付与に伴う活動のマネジメント”“認定看護師としての役割意識に基づいた研究・学習”であった。

考察：本研究で抽出された看護活動は脳卒中の疾患特性を反映し、療養生活全過程を見据えた生活行動機能活性への多面的な活動と考えられた。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify the contents of the activities of Certified Nurses in Stroke Rehabilitation Nursing.

Method: The research design was a qualitative and descriptive study, and eight Certified Nurses participated. The data were collected using semi-structured interview methods and qualitatively analyzed the content.

Results: The actual situation was explained with eight categories and 30 subcategories, with 429 extracted codes. The eight

categories were “self-reflection and leading nursing trainings to guarantee of quality of nursing,” “bedside care based on professional clinical judgment,” “cross-disciplinary nursing training activities to facilitate multi-job collaboration cooperation,” “educational activities to meet learning needs in and out of the hospital,” “expressing a view of nursing that respects the patients’ entire lives,” “promotion of continuing nursing activities for stroke patients,” “nursing managers’ and certified nurses’ management of activities associated with the granting of roles,” and “research and learning based on role consciousness as a certified nurse.”

Discussion: The extracted category reflects the disease characteristics of stroke, and is considered to be a multifaceted activity to life-behavioral function activity that looks at the whole process of medical treatment life.

文 献

- 栗津智恵 (2018). 脳卒中再発予防のための看護外来開設1年間の活動と評価. *BRAIN NURSING*, 34(11), 1043-1048.
- 福地本晴美, 篠木絵理 (2016). 特定機能病院の看護部門における専門看護師・認定看護師の活用システム. *東京医療保健大学紀要*, 11(1), 15-24.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2007). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方: 看護研究のエキスパートをめざして. 東京: 医歯薬出版.
- 日坂ゆかり (2015). 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育から何が見えてくるのか? 脳卒中患者の命(健康)と生活を守る看護実践. *脳の看護実践*, 1(2), 2-8.
- 片山将宏, 横井和美, 奥津文子 (2012). 退院後の脳卒中患者の療養生活支援に関する看護研究の現状. *人間看護学研究*, 10, 141-147.
- 厚生労働省 (2017a). 平成29年版厚生労働白書. 資料編, 厚生労働全般, 10. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/dl/01.pdf> (参照2019年7月1日)
- 厚生労働省 (2017b). 患者調査 2016年および2013年患者調査の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-kekka_gaiyou.html (参照2018年12月19日)
- 厚生労働省保険局 (2014). 平成26年度診療報酬改定の概要. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039379.pdf> (参照2018年12月19日)
- 増田恭子 (2017). 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の活動報告. *日本医科大学医学会雑誌*, 13(4), 214-215.
- 美ノ谷新子, 佐藤裕子, 宮近郁子, 陣川チヅ子, 大西美智子, 藤原泰子, 星野早苗, 山崎純一 (2008). 脳卒中退院患者からみた在宅療養生活開始時の現状と課題. *順天堂医学*, 54(1), 73-81.
- 日本看護協会認定部 (2013). 2012年認定看護師の活動及び成果に関する調査報告書. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2017/06/cn-2012chosa20170612.pdf> (参照2019年2月1日)
- 日本看護協会認定部 (2018). 分野別都道府県別認定看護師登録者数 (2018年12月18日現在). <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (参照2019年2月1日)
- 西村紀子, 窪田好恵, 米田照美, 伊丹君和 (2018). 認定看護師のキャリア発達に関する文献検討 (医学中央雑誌から). *人間看護学研究*, 16, 41-47.
- 西尾大祐, 前島伸一郎, 大沢愛子, 平野恵健, 皆川知也, 木川浩志, 丸山仁司 (2012). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の早期在宅復帰を促進するための課題と対策. *理学療法科学*, 27(3), 297-301.
- 田端五月, 平岡康子, 児玉真利子 (2015). 「脳卒中リハビリテーション看護認定看護師」の活動成果. *旭川赤十字医学雑誌*, 27, 5-11.

[2019年4月12日受付
2019年12月12日採用決定]

—研究報告—

発達支援を要する子どもとその親への看護実践に 看護師の内省が関与する過程

The Process through Which Nurse Reflections Contribute to Nursing Practice
for Children Requiring Developmental Support and for Their Parents

西 田 千 夏
Chinatsu Nishida

キーワード：発達支援を要する子ども，親，看護師，内省，看護実践

Key Words：Children Requiring Developmental Support, Parents, Nurse, Reflections, Nursing Practice

I. 研究背景

「発達支援」とは、2005年に施行された発達障害者支援法で「発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助」（文部科学省、2005）であると規定されている。小児の場合、自閉スペクトラム症などの発達障害の診断を受けている、あるいは確定診断がなくとも発達障害の特性がある子どもが発達支援の対象となる。発達支援を要する子どもと親への看護に関する先行研究には、保健師による地域での家族支援例（加藤・服部、2018）や、養護教諭による学校での保護者支援（吉田・岡本、2018）、さらに、小児科などの診療所での看護師に向けた研修プログラムの効果を示したものがある（坪見、2017）。このような報告がある一方で、発達支援を要する子どもとその親への対応に困難さを感じている看護師は少なくない。その理由として玉川・古株（2016）は、発達障害の特性のある子どもは行動の表れ方や直面する社会的困難が同じでなく、必然的に対応への個性が高くなるためであると論じている。

過度の要求やかんしゃく、こだわりなどの特性がある子どもへの対応は、看護師だけでなく、親であっても難しい側面がある。西田（2015a）は、自閉スペクトラム症などで発達支援を要する子どもの親が自身の行為や信念を内省して、子どもとの関係に新たな意味を見出し、子どもへの理解が深められていたことを示した。内省とは、自己の感情や反応、知覚などの心的体験を深くかえりみることであり（Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991）、内省機能が高い両親は子どもの内的経験に意味を見出す傾向も示されている（Slade, 2005）。そして、人は内省によって自己の感情や思考などの内的状態に気づき、自分の

経験との共通点や相違点を探りながら相手の心を読み取ろうとするとも言われている（佐藤、2011）。したがって、発達支援を要する子どもとその親に関わる看護師も、内省によって看護を見いだしている可能性があると考えられる。

看護師の内省と実践との関係を取り上げた研究では、内省の英語表記である「reflection：リフレクション」が多く使用されている。リフレクションとは、哲学的探求によって入念に根拠を練り上げ実践的な振り返りを行うこと（東、2009）、自分自身を他者の立場からみることや自己理解と他者理解を同時に含むもの（野村、2009）、と定義され、リフレクションを活用した看護師の内的変化や実践能力の向上などが報告されている（新垣・岩脇・柴田・滝下・山中、2015）。また、田村・池西（2014, p.31）はreflective cycleを「リフレクティブ・サイクル」と訳し、循環するサイクルを「説明・感情・経験についての最初の評価・批判的分析・まとめ・最終評価と行動計画」として図示した。そして、その中の「感情」の部分で、「この状況においてあなたはどのように感じどのように反応したか」と説明している。これらの定義から、「リフレクション」は振り返りによる実践、または他者理解を含めたプロセスそのものであると捉えられる。一方で「内省」は、「内面を省みる」という漢字の持つ意味からも、自身の感情や思考などの内的状態を省みることに焦点が当てられた概念である（西田、2015b）。「感情」であれば、「どのように感じどのように反応したか」だけでなく、「なぜそのように感じたのか、その理由は自身のどのような経験や信念から現れているのか」といったように、リフレクションよりもさらに深く自身の感情や考えを探究するものが「内省」と言える。本研究で対象とする発達支援を要する子どもと親は、看護師にとって困難さを感じ、葛藤が起りやすい対象者である。その対象者に対する葛藤の理由を自分自身の

中にある経験や信念から見いだすことで、実践への内的動機づけがより深く得られると考えられる。そして、再度同じような葛藤が起きた時に、自身の感情を自覚しやすくなると考えられる。したがって、本研究では看護師がどのような過程で実践に関与するかを示すため、「内省」から検討する。本研究では、経験を重ねた看護師が自身の内省からどのような過程で看護実践への手がかりを得ているのか明らかにし、発達支援を要する子どもとその親への看護に新たな示唆を得たいと考えている。

II. 研究目的

本研究の目的は、発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省がどのように関与しているかの過程を明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 発達支援

「発達支援」とは、2005年に施行された発達障害者支援法で「発達障害者に対し、その心理機能の適正な発達を支援し、及び円滑な社会生活を促進するため行う発達障害の特性に対応した医療的、福祉的及び教育的援助」(文部科学省, 2005)であると規定されている。本研究でもこの定義を用いる。

2. 発達支援を要する子ども

「障害」という言葉には正常か異常かの二群分けを行う印象があるが、発達障害の特性を異常とはせず、「個別の配慮をしたほうがより良い発達が期待できる状態」(杉山, 2007, p.45)とする考え方もある。本研究では、自閉スペクトラム症などの発達障害の特性がある子どもを、個別の配慮、すなわち“支援が必要である”という状況から捉え、“発達支援を要する子ども”と表記する。

3. 内 省

内省には「自己の反応・知覚、そして精神的生活を構成する感情・思考・欲求・信念について自己認識すること」(Fonagy, et al., 1991, p.202), 「精神の内部に志向の意味の問題を見だし、この問題を重視し、連鎖的に思考すること。探求をうながすもの」(Dewey, 1933/1950, p.4), などの定義がある。これらの考えを基にするなら、内省は自己の内的状態に気づくだけでなく、「志向の意味を見だして連鎖的に思考すること」と捉えられる。本稿ではこの考えに従って、「内省」を「自己の内的状態としての感情、

欲求、希望、期待や、その基にある信念について、意味を見いだしながら連鎖的に思考すること」と定義する。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究。

2. 対象者の選定

発達支援を要する子どもとその親に関わる医療機関の責任者に、口頭・文書で研究の趣旨を説明し、同意が得られた後、対象者を紹介していただいた。対象者は、発達支援を要する子どもに仕事で日常的に関わった経験が3年以上ある看護師とした。本研究は、看護師が、発達支援を要する子どもやその親との関係について、自身の感情や思考を意識しながら、体験と関連させて振り返る必要がある。そのためには一人ひとりの対象者を、Benner (2001/2005, p.21) の言う、「意識的に立てた長期の目標や計画を踏まえて看護実践をとらえはじめるとき」、「問題に対するきわめて意識的で理論的かつ分析的な思索の基盤」のように、対象者に関わる自分を意識的に捉えたとされている「2～3年似たような状況で働いた一人前のレベル」以上であることが必要と考えた。

3. 調査期間

2017年1月～2017年10月。

4. 調査方法

対象者に半構成的面接を実施した。面接人数は4名、面接時間は1人1～2時間であった。面接内容はICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

録音データを逐語録に起こし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) (木下, 2007) により、分析テーマを「発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省が関与する過程を明らかにすること」、分析焦点者を「対象者は、発達支援を要する子どもに仕事で日常的に関わった経験が3年以上ある看護師」として分析した。M-GTAは、現象ごとの影響関係、行動推移のパターン、システムの変化など、何らかのプロセスを捉えて構造化するものとされている。本研究は、看護師の内省がどのような現象から影響を受けて促され、内省内容がどのように推移し、実践につながっているかの過程を明らかにすることが目的であるため、分析にはM-GTAが適切であると考えた。

分析プロセスは、データ化したテキストの中から、看護師の内省と、発達支援を要する子ども・親への看護実践が表出された語りを抽出した後、その語りの意味を概念化し、概念ごとに分析ワークシートを作成した。概念間の関係の継続比較分析を重ねて、概念のまとまりごとに見出しをつけるカテゴリー・コアカテゴリーを抽出し、コアカテゴリー・カテゴリーの関係を示す結果図を作成した。分析過程においては、小児看護、児童福祉、発達心理に実績のある研究者からスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

対象者に研究参加の任意性と撤回の自由、個人情報保護のための匿名化の方法、ICレコーダーでの録音許可の有無、データの管理方法と保存期間、成果発表における個人情報保護の方法、研究参加撤回方法について、口頭と書面で説明した。さらに、紹介元である医療機関の責任者に研究参加の有無を知らせることはなく、研究参加の有無によって不利益を被ることはないことを説明し、書面による同意を得た上で実施した。

本研究は、宝塚大学看護学部研究倫理委員会による承認を得た（承認番号：2016-研倫-8-5）。

V. 結 果

1. 対象者の属性

対象者の年代、性別、経験年数を表1に示す。

表1 対象者の属性

対象者	発達支援を要する 子どもとその親への 看護経験年数	現在の職務
A	20年	総合病院小児病棟看護師
B	7年	小児専門病院外来看護師
C	25年	小児専門病院管理部門看護師
D	10年	小児専門病院病棟看護師

2. 抽出されたコアカテゴリー・カテゴリー・概念

看護師の内省と発達支援を要する子どもおよびその親への看護実践として導き出されたカテゴリーは7つであった。カテゴリーの特徴を検討し、3つのコアカテゴリー、《現れる看護実践》、《実践の動機に関する内省》、《自己の特徴・傾向に関する内省》に分類された。コアカテゴリー、カテゴリー、概念の対応を表2に示す。文中ではコアカテゴリーを《 》、カテゴリーを【 】、概念を〈 〉、バリエーション（語りの内容）は「 」で表記する。

表2 看護師の内省と発達支援を要する子どもおよびその親への看護実践

カテゴリー	概念
コアカテゴリー：現れる看護実践	
1. 発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応	1-1：行動の裏にある子どもの欲求や感情の理解 1-2：適切な方法を探り続ける 1-3：子どもに合う環境を整える 1-4：周囲に助けを求められる力をつける
2. 親を尊重し力を引き出す対応	2-1：成功体験を得るための関わり 2-2：日常生活の困りごとを想定したアドバイス 2-3：子どもと親の行動の共通点への気づきを促す 2-4：とことん寄り添う 2-5：家族の協調への促し
コアカテゴリー：実践の動機に関する内省	
3. 実践のための知識を得る	3-1：対象者が困らない環境を整えるための知識を得たい 3-2：対象者の人権を守るための知識を得たい
4. 親の立場に立つ	4-1：親子のつながりを大事にしたい 4-2：親を変えようと思わない 4-3：子どもの反応にむなしさを感じることへの理解
5. 子どもが主体となること	5-1：子どもに嫌な経験をさせたくない 5-2：子どもを守らなければならない
コアカテゴリー：自己の特徴・傾向に関する内省	
6. 自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省	6-1：発達支援を要する子どもの特徴と自分との共通点 6-2：親として、看護師としての共通点・違い
7. 看護師としての自己の特徴への内省	7-1：看護師としての自分の得意・不得意の自覚 7-2：子どもに伝えることで自分も変化する 7-3：責任は看護師個人にあると捉える傾向

3. ストーリーライン

コアカテゴリー、カテゴリーの関係を結果図として図1に示し、コアカテゴリー、カテゴリー・概念を用いてストーリーラインとして述べる。

《現れる看護実践》として、看護師は子どもに向けて〈行動の裏にある子どもの欲求や感情の理解〉に努め、〈適切な方法を探り続ける〉〈周囲に助けを求められる力をつける〉などの【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】を繰り返していた。親に向けては【親を尊重し力を引き出す対応】を行い、〈成功体験を得るための関わり〉を大切にして、〈日常生活の困りごとを想定したアドバイス〉〈とことん寄り添う〉など、親一人に負担がかからないよう、〈家族の協調への促し〉を意図的に実施していた。

看護師の実践の背景には《実践の動機に関する内省》があった。〈子どもに嫌な経験をさせたくない〉〈子どもを守らなければならない〉と【子どもが主体となること】を内省し、親には〈子どもの反応にむなしさを感じることへの理解〉〈親子のつながりを大事にしたい〉といった【親の立場に立つ】ことへの信念を内省していた。そして、【子どもが主体となること】【親の立場に立つ】の信念を実践に近づけるため、【実践のための知識を得る】が現れていた。

看護師は、《自己の特徴・傾向に関する内省》【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】【看護師としての自分の特徴への内省】として、〈発達支援を要する子どもの特徴と自分との共通点〉〈親として、看護師としての共通点・違い〉を見いだしていた。また、《現れる看護実践》の振り返りから、【看護師としての自分

の特徴への内省】をしていた。

4. コアカテゴリー・カテゴリー・概念の説明およびコアカテゴリー間の関係

(1) 現れる看護実践

《現れる看護実践》は、看護師が専門職としてどのように子どもや親に対応しているかを示したものである。

発達支援を要する子どもは、行動の意味を周囲から理解されにくい特徴がある。【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】で、看護師は「子どもは自分の困り感があまり分からない。短い時間帯でもこの子の欲求を見つけながらやっていこう、という感じで」(C氏)と〈行動の裏にある子どもの欲求や感情の理解〉を試みていた。発達支援では、子ども自身が周囲に助けを求められることやそれができる環境が重要とされており、「私はよく、『ダメなら他の人に代わろう』と言っています。そうやって環境を変えることでうまくいくな、子どもにもその看護師にもいいですよね」(C氏)と〈子どもに合う環境を整える〉ことや、「分からないことは分からないと言って、周囲に助けを求めることが必要なんだよ」といった教育を子どもへ続けています」(D氏)と〈周囲に助けを求められる力をつける〉ことを実践する看護師もいた。これらの実践が本当に子どもに適切だったのかの判断は難しいが、「『この子の好きなことはこれで、ここに興味を持つな』と見て、『じゃあ、こうやってみよう、ああやってみよう』と工夫していました」(B氏)と子どもの反応を確認しながら、〈適切な方法を探り続ける〉ことを行っていた。

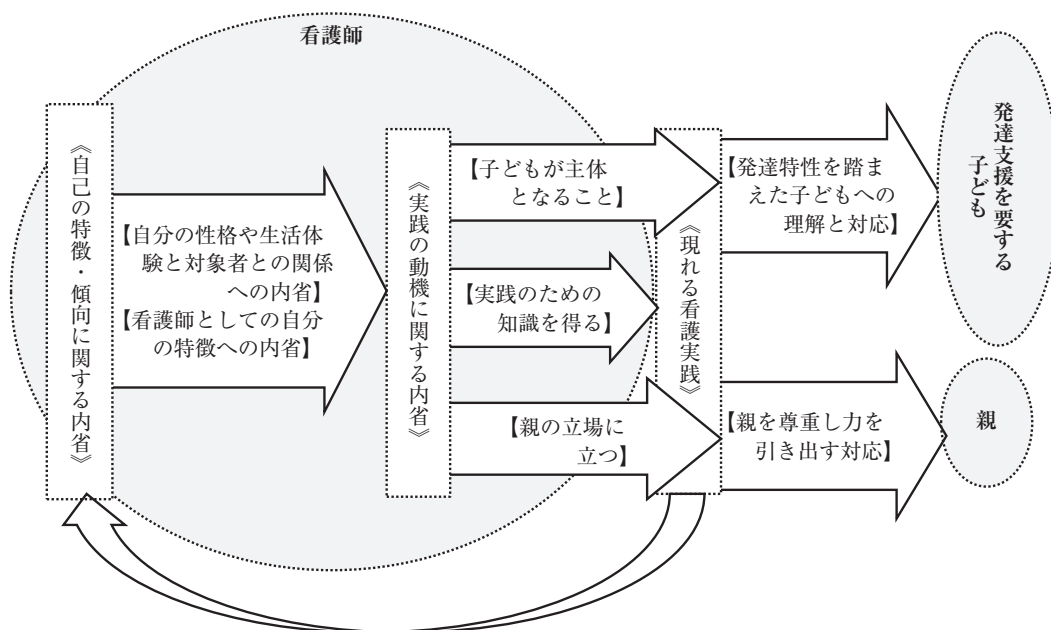


図1 発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省が関与する過程

看護師は【親を尊重し力を引き出す対応】をするために、「看護師がお母さんよりもケアがうまいこともあるけど、お母さんに劣等感を感じさせてはいけないと思う」（A氏）、「『お母さん頑張ったね』、『その声掛けいいと思うよ』と言うようにはしてます。やっぱり頑張りが見えるとうれしいじゃないですか」（B氏）と、〈成功体験を得るための関わり〉を心掛けていた。親が成功体験を得るために、看護師は具体的な〈日常生活の困りごとを想定したアドバイス〉と共に、〈とことん寄り添う〉ことで親を心理的に支援し、〈家族の協調への促し〉によって母親一人に負担がかからないようにしていた。これら看護師からの支援があったとしても、親には子どもの行動がどうしても理解できない時がある。そのような時に「お母さんに、『よく思い出して、自分にも似たようなことなかった？』って聞いたら、『自分もかばんを持たずに家に帰ったことがある』っていう話が出てきたり。そうしたら、子どもの行動が許せるんですよ。奇怪な理解できない行動、じゃなくて、子どもの行動としてはそんなにおかしくはないよねって」（A氏）、と〈子どもと親の行動の共通点への気づきを促す〉看護実践もあった。

（2）実践の動機に関する内省

本稿では内省を「自己の内的状態としての感情、欲求、希望、期待や、その基にある信念について、意味を見いだしながら連鎖的に思考すること」と定義している。《実践の動機に関する内省》は、実践の動機となっている自身の欲求、希望、期待、信念について内省する語りを示すものであった。

【子どもが主体となること】には、〈子どもに嫌な経験をさせたくない〉〈子どもを守らなければならない〉という強い思いがあった。そして、【子どもが主体となること】のために【実践のための知識を得る】ようにしていた。一例として、「医療従事者と親の都合でいろんなことが決められていく状況がある。子どもの人権を守る行動とはどういうことなのか知らないといけないうし、医師や多職種に話をきくと聞いてもらわないといけないう。でもまだまだ私の能力では足りないから勉強しよう、って思いました」（C氏）と、〈対象者の人権を守るための知識を得たい〉思いがあった。また、〈対象者が困らない環境を整えるための知識を得たい〉といった動機もあった。

【親の立場に立つ】には、「子にとっての親は1人なので、それは大事にしてほしい。そこは自分の軸かな」（B氏）という〈親子のつながりを大事にしたい〉思いや、〈親を変えようと思わない〉という思いがあった。また、「お母さんから、『ずっとやり続けて、それが通じているのかわからなくて、もうむなし』と言われる時があって。反応がないから、これをいつまでやり続けるんだってという気持ちに親がなるんですよ」（D氏）といった〈子どもの反応にむなし

さを感じることに理解〉についての語りもあった。

（3）自己の特徴・傾向に関する内省

《自己の特徴・傾向に関する内省》は、自己の特徴・傾向について、性格・生活体験や看護実践を振り返りながら、それぞれの意味を思考しているものとした。

【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】では、「自分も子どものころ、保育園や学校に行くのがしんどかった。集団行動を求められて、自分が理解できないことを課題として出されて、それで優劣決めるのがすごい嫌って思ってた。だから突発的な行動をする子どもの気持ちが分かる」（A氏）と、〈発達支援を要する子どもの特徴と自分との共通点〉への気づきから、子どもへの理解につなげる思考過程があった。親については、「やっぱり親ってすごい感情が入っちゃうんですね。自分の子だと」（B氏）と、〈親として、看護師としての共通点・違い〉の内省から、自身の親としての体験が親の気持ちを理解する上で意味があることを見いだしていた。

【看護師としての自分の特徴への内省】では、「私も言葉の出ない子に苦手意識があるので、すごいその親の気持ちがよく分かる気がするんです」（D氏）と〈看護師としての自分の得意・不得意の自覚〉や、「『分からないことは分からない』と言って、周囲に助けを求めることが必要なんだよ』といった教育を子どもへ続けるうちに、自分が分からないと人に言えていないんじゃないか、と気づいた。助けを求めているんだよ、って子どもに言ってる、そうできていない自分に気づいた時、ああ、自分も助けを求めているんだ、って」（D氏）と〈子どもに伝えることで自分も変化する〉ことへの内省があった。さらに、「自分がやったから良かった、とか、逆に誰だから駄目だ、とかに看護師は陥りやすいのかも。自分もそこにこだわっていたかも、って思うと、誰のための看護？ってなりますよね」（A氏）、「自分ができないからって自分が駄目なわけじゃない。代わりの人ができたらいいよね、って看護師一人ひとりが思えるように……」（C氏）と、〈責任は看護師個人にあると捉える傾向〉への内省が現れていた。

（4）コアカテゴリー間の関係

《現れる看護実践》には《実践の動機に関する内省》が行動として現れており、《自己の特徴・傾向に関する内省》には、《実践の動機に関する内省》を促す過程があった。さらに《現れる看護実践》から《自己の特徴・傾向に関する内省》へと循環する過程があった。

《現れる看護実践》には《実践の動機に関する内省》が行動として現れていた。それを示す例として、A氏の【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】〈子どもに合う環境を整える〉の実践には、「『そうよね、この人たちも困ってるのよね』』っていうのはすごく分かったの。じゃあもうちょっとうまく関わるためにどう環境を整えるか、自分も勉

強しなきゃいけないし」といった【実践のための知識を得る】〈対象者が困らない環境を整えるための知識を得たい〉思いが背景にあった。B氏は、【親を尊重し力を引き出す対応】〈成功体験を得るための関わり〉について、「子にとっての親は一人なので、それは大事にしてほしい。そこは自分の軸かな」と語り、【親の立場に立つ】〈親子のつながりを大事にしたい〉という信念から現れていることが示された。したがって、《現れる看護実践》は《実践の動機に関する内省》が行動として現れたものとした。

《自己の特徴・傾向に関する内省》は、《実践の動機に関する内省》を促す。それを示す例として、D氏は【親の立場に立つ】〈子どもの反応にむなしさを感じることへの理解〉を、「私も言葉の出ない子に苦手意識があるので、すごいその親の気持ちがよく分かる気がするんです」と、【看護師としての自分の特徴への内省】〈看護師としての自分の得意・不得意の自覚〉と共に語っていた。A氏は【看護師としての自分の特徴への内省】〈責任は看護師個人にあると捉える傾向〉で「自分がやったから良かった、とか、逆に誰だから駄目だ、とかに看護師は陥りやすいのかも」と考え、その後「守るべきは自分じゃなくて子ども」と【子どもが主体となること】〈子どもを守らなければならない〉について語った。したがって、《自己の特徴・傾向に関する内省》は、《実践の動機に関する内省》を促す過程がある、とした。

《現れる看護実践》から《自己の特徴・傾向に関する内省》へと循環する過程を示す例として、B氏が「仕事だと、患児の『ああ、こういうところが嫌なんだね。こういう気持ちなんだね』って思える」と語った【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】〈行動の裏にある子どもの欲求や感情の理解〉の実践は、「自分の子だとちょっとキイっとなって、『もういいじゃん、そんなことこたわらんでも』って言うちゃいます。『ああ、また言っちゃった』って反省。やっぱり親ってすごい感情が入っちゃうんですね」という気づきにつながっていた。親への実践が、【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】〈親として、看護師としての共通点・違い〉として、仕事での対応と自身の子どもへの接し方との違いに気づく内省が現れる機会となっていた。したがって、《現れる看護実践》から《自己の特徴・傾向に関する内省》へと循環する過程がある、とした。

VI. 考 察

1. 内省から発達支援を要する子どもとその親への共通点を見いだすこと

発達支援をめぐる政策として発達障害者支援法や障害者差別禁止法による合理的配慮の周知が図られ、教育・福祉分野においては発達支援に対する知識・実践が広がってい

るものの、医療・看護分野ではまだ理解が十分ではない現状がある（鈴木・大久保・三隅，2013）。発達支援を受けることが目的で小児病棟へ入院する子どもは少ないため、看護師の知識や対応技術を磨く動機づけは高くないと推測される。しかし、看護師は様々な特性や背景を持つ対象者に応じなければならないため、発達支援を要する子どもやその親についての知識・技術も向上させる必要がある。その一方法を、本研究結果の〈発達支援を要する子どもの特徴と自分との共通点〉が《実践の動機に関する内省》を促す過程から考えられる。人は自分と類似性を感じる他者に共感しやすいことを踏まえても（Davis, 1996/1999；澤田，1992）、看護師の実践への動機と相手への共感、〈発達支援を要する子どもの特徴と自分との共通点〉を探ることから得られると言える。

一方で、自身と発達支援を要する子どもとの間に共通点はないと思う看護師はどう考えればよいだろうか。例えば、病院でパニックになっている子どもを目の前にした時、看護師は、自身と子どもとの共通点は見いだせないかもしれない。しかし、パニックになる理由が“自分のしたいことを邪魔された時”だとしたら、パニックという表現方法に共通点はなくとも、自分のしたいことを邪魔された時の心境には共感できると考えられる。パニックを起こす行動は理解できなくても、その背景にある子どもの思いには、看護師自身との共通点があると思えるのではないだろうか。子どもの表面に現れる行動を見て“自分と共通点はない”と考えるよりも、“子どもとの共通点はどこなのか”の視点を持って内省し、共通点を見いだすことができれば、【子どもが主体となること】への動機となる可能性があると考えられる。

発達支援を要する子どもの親への看護として、本研究では【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】が、【親の立場に立つ】ための動機づけを促す過程を示した。その内容は、親である自分が自身の子に対しては仕事の時のように冷静になれないことを内省し、発達支援を要する親の立場を理解するものであった。〈親として、看護師としての共通点・違い〉から内省することが【親の立場に立つ】ための動機になると考えられるが、子育て経験がないからといって、親の立場に立てない訳ではない。子育て経験がない看護師が〈子どもの反応にむなしさを感じることへの理解〉を実践していたのは、〈看護師としての自分の得意・不得意の自覚〉への内省からであった。自身の不得意なことを自覚し、“この特性は自分にとっても辛いものだからずっと一緒にいる親はもっと辛いかも”と共通点を見いだすことで、〈子どもの反応にむなしさを感じることへの理解〉ができていたと考えられる。

以上のように、子ども・親と自分に共通点がないように

見えたとしても、見方を変えると共通点は様々な部分で存在すると言える。内省から子どもや親との共通点に気づくことで、発達支援を要する子どもとその親を尊重できる実践に向けて、新たな視点が得られるのである。

2. 《自己の特徴・傾向に関する内省》と《現れる看護実践》との相互作用

本研究の対象者の中に、「自分がやったから良かった、とか、逆に誰だから駄目だ、とかに看護師は陥りやすいのかも」と語った看護師がいた。人間は、事象の状況原因を個人の性質や能力にあるに違いないと過度に思い過ぎる傾向があり、この傾向が客観的な判断を阻害すると言われている(Edmondson, 2012/2014)。相手を救いたいという思いが高じて“相手を救える自分”へ価値を置いてしまうことは、事象の状況原因を個人の能力に起因させてしまうことにつながる恐れがある。しかし、〈責任は看護師個人にあると捉える傾向〉を、看護師は「自分もそこにこだわっていたかも、って思うと、誰のための看護? ってなりますよね」と内省していた。〈責任は看護師個人にあると捉える傾向〉への内省から、“今、自分が大事にしている価値観は、対象者を主体としているのか、それとも周囲の人からの評価なのか”と内省が深まり、子どもや親を主体とした看護に至ったと考えられる。

しかしながら、看護実践から〈責任は看護師個人にあると捉える傾向〉や、〈看護師としての自分の得意・不得意の自覚〉への内省があったとしても、それが【親の立場に立つ】や【子どもが主体となること】の動機づけを促さない場合もあると考えられる。それは、内省した看護師としての自身の特徴を、他者から責められるなどによって自己受容できない場合と考えられる。「どうしても反応がないと苦手に思ってしまった」と語った看護師がいたが、“反応のない子どもに専門的に関わるのが看護師なのに”と同僚から責められることがあった場合、看護師としての自分の不得意部分を自己受容できないと考えられる。しかし、本研究の対象看護師はそれを責められることなく、得意な部分を活かすことのできる職場環境であった。人は、十分に受容され、何ら批判されることなく思いやりと共感だけが向けられる時、自分の防衛を捨て去り、真の自己に直面する勇気を発展させていくと言われていることから(Rogers, 1961/2005)、内省した自分の不得意部分や陥りやすい傾向を自己受容できるようになるには他者からの思いやりと共感が必要である。したがって、看護師同士が「自分ができないからって自分が駄目なわけじゃない。代わりの人ができたらいいよね、って看護師一人ひとりが思えるように……」と考えて関わることで、看護師は自分の不得意を自己受容した上で発達支援を要する子どもとその親への看護ができ

ると考えられる。

発達支援を要する子ども・親との関わりは、様々な葛藤を看護師に呼び起こす一方で、発達支援に関する知識や経験は他の場面でも活用できる示唆に富んでいると考えられる。例えば、「『分からないことは分からないと言って、周囲に助けを求めることが必要なんだよ』といった教育を子どもへ続けるうちに、『自分が分からないと人に言えていないんじゃないか』と気づいた」と、〈子どもに伝えることで自分も変化する〉を語った看護師がいた。本田(2013)は、自閉スペクトラム症児が「自分でできることは自分で行い、できないことは人に頼む」(p.135)という自律スキルを身につける重要性を述べている。自分の限界を認め他者に頼めるという発達支援の要素が、看護実践においても相互作用をもたらすと考えられる。

VII. 結 論

本研究では、発達支援を要する子どもとその親への看護に看護師の内省が関与する過程を明らかにした。本研究の看護師は、【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】と【親を尊重し力を引き出す対応】によって、発達支援を要する子どもとその親に専門性の高い看護を実践していた。この実践は、【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】【看護師としての自分の特徴への内省】から促される【実践のための知識を得る】【親の立場に立つ】【子どもが主体となること】といった動機のもとに実践されていた。そして、実践後は《自己の特徴・傾向に関する内省》が起り、循環する過程が示された。

本研究結果から、看護師が発達支援を要する子どもとその親に関わるための示唆としては、以下の点が得られた。

- ・内省から子どもや親との共通点に気づくことで、発達支援を要する子どもとその親を尊重する看護につながる。
- ・責任は看護師個人にあると捉える傾向への内省から、対象者を主体とした看護への内省が深まる。
- ・内省した自分の不得意部分や陥りやすい傾向を自己受容できるようになるには、他者からの思いやりと共感が必要である。
- ・自分の限界を認めて他者に頼めることが大切という発達支援の要素が、内省と看護実践の相互作用をもたらす。

VIII. 本研究の限界と今後の課題

以上のように、本研究では、看護師の内省が発達支援を要する子どもと親への実践に関与する過程から、看護師が親子に関わるための示唆を得ることができた。本研究は日常的に発達支援を要する子どもと親に関わる経験が3年以

上ある看護師が対象であったが、経験の浅い看護師が対象者に接した時の戸惑いや葛藤は明らかになっていない。今後の課題は、発達支援に携わる機会が豊富でない看護師に本研究結果を提示することで、子どもや親への看護にどのような影響があるかを検証することであると考えている。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に感謝を申し上げます。

本研究の結果は、日本看護研究学会第44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、平成28年度一般社団法人日本看護研究学会奨学会奨学金の助成を受けて実施したものである。

要 旨

目的：本研究は、発達支援を要する子どもとその親への看護実践に看護師の内省が関与する過程を明らかにし、看護への示唆を得ることを目的とする。

方法：発達支援を要する子どもに関わる看護師への半構成的面接から、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析を行った。

結果：看護師は【発達特性を踏まえた子どもへの理解と対応】と【親を尊重し力を引き出す対応】を実践していた。この実践は、【自分の性格や生活体験と対象者との関係への内省】【看護師としての自分の特徴への内省】によって、【実践のための知識を得る】【親の立場に立つ】【子どもが主体となること】といった動機が現れることによってなされていた。

結論：内省によって、自分と対象者の共通点、看護師の陥りやすい傾向、および自分の得意・不得意に気づき、それを自己受容できることで、対象者を主体とした看護実践になり得ることが示唆された。

Abstract

Objectives: This study is aimed at obtaining suggestions related to nursing practice by elucidating the process through which nurses' reflections contribute to caregiving to children who require developmental support and their parents.

Methods: We conducted semi-structured interviews with nurses who tend to children requiring developmental support; the results were analyzed using a modified grounded theory approach.

Results: Nurses provided care by "understanding and supporting children based on their developmental characteristics" and "respecting parents and drawing out their strengths." These practices were motivated by "the need to obtain knowledge for practices," "visualizing the difficulty faced by parents," and "focusing on children," which stemmed from "reflections about the relationship between one's personality or experience and 'children and their parents'" and "reflections based on one's character."

Conclusion: Our findings suggest that reflections enabled nurses to acknowledge the common points shared between them and patients, note the tendencies that they are prone to, and understand their strengths and weaknesses. By accepting their own reflections, nurses were able to provide care by focusing on patients' needs.

文 献

- Benner, P. (2001)／井部俊子監訳、井部俊子・井村真澄・上泉和子・新妻浩三訳 (2005). ベナー看護論：初心者から達人へ新訳版. (pp.21-22). 東京：医学書院.
- Davis, M.H. (1996)／菊池彰夫訳 (1999). 共感の社会心理学：人間関係の基礎. (pp.15-24). 東京：川島書店.
- Dewey, J. (1933)／植田清次訳 (1950). 思考の方法. (p.4). 東京：春秋社.
- Edmondson, A.C. (2012)／野津智子訳 (2014). チームが機能するとはどういうことか：「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ. (p.89). 東京：英治出版.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., Higgitt, A.C. (1991).

The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.

東めぐみ (2009). 看護リフレクション入門：経験から学び新たな看護を創造する (New stage nursing). 29, 神奈川：ライフサポート社.

本田秀夫 (2013). 自閉症スペクトラム：10人に1人が抱える「生きづらさ」の正体. 135, 東京：ソフトバンククリエイティブ.

加藤明美, 服部淳子 (2018). 発達障害児を抱える家族への支援：家族エンパワーメントモデルを活用して. 保健師ジャーナル, 74(9), 753-757.

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, 132-222, 東京: 弘文堂.
- 文部科学省 (2005). 特別支援教育について 発達障害者支援法. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main/1376867.htm (参照2019年5月20日)
- 西田千夏 (2015a). 発達支援を受けている子どもの親が子どもを洞察するプロセス: 親の内省機能が及ぼす影響の検討. 日本小児看護学会誌, 24(2), 10-17.
- 西田千夏 (2015b). 親子支援研究における内省とその類似概念についての基礎的研究. 子ども家庭福祉学, (14), 25-34.
- 野村一夫 (1994). リフレクション: 社会学的な感受性へ. 46-47, 東京: 文化書房博文社.
- Rogers, C.R. (1961) / 諸富祥彦・末武康弘・保坂亨訳 (2005). ロジャーズが語る自己実現の道. (pp.263-278). 東京: 岩崎学術出版社.
- 佐藤 徳 (2011). 私のような他者 / 私とは異なる他者: 間主観性の認知神経科学. 子安増生, 大平英樹 (編), ミラーニューロンと〈心の理論〉 (pp.59-102). 東京: 新曜社.
- 澤田瑞也 (1992). 共感の心理学: そのメカニズムと発達 (Sekaishiso seminar). 155-157, 京都: 世界思想社.
- 新垣洋美, 岩脇陽子, 柴田明美, 滝下幸栄, 山中龍也 (2015). 看護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検討. 京都府立医科大学看護学科紀要, 25, 9-18.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.
- 杉山登志郎 (2007). 発達障害の子どもたち. 45, 東京: 講談社.
- 鈴木のどか, 大久保功子, 三隅順子 (2013). 自閉症児の医療機関受診にまつわる親が感じた困難とその対処法. 小児保健研究, 72(2), 316-321.
- 玉川あゆみ, 古株ひろみ (2016). 外来看護師における発達障害児への対応効力感に関する研究: 家族支援・コミュニケーション能力・個人要因が対応効力感に及ぼす影響. 小児保健研究, 75(3), 357-364.
- 田村由美, 池西悦子 (2014). 看護の教育・実践にいかすりフレクション: 豊かな看護を拓く鍵. 29-31, 東京: 南江堂.
- 坪見利香 (2017). 発達障害児に対する看護実践に関する研修プログラムの開発: 短期的効果の検証. 障害理解研究, 18, 1-10.
- 吉田順子, 岡本陽子 (2018). 健康相談における発達障害児の保護者支援: 養護教諭のエピソード分析から. 日本看護・教育・福祉学研究, 1(1), 36-44.

[2019年6月11日受 付]
[2020年1月7日採用決定]

— 研究報告 —

小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた 診療報酬上の課題と経営上の工夫

Problems with Medical Fees and Ingenuity for the Management Caught
by Child-Exclusive Home Visit Nursing Stations' Managers

岡 田 摩 理	泊 祐 子	遠 渡 絹 代	市 川 百 香 里
Mari Okada	Yuko Tomari	Kinuyo Endo	Yukari Ichikawa
部 谷 知 佐 恵	赤 羽 根 章 子	叶 谷 由 佳	濱 田 裕 子
Chisae Toriya	Akiko Akabane	Yuka Kanoya	Yuko Hamada

キーワード：診療報酬，医療的ケア，訪問看護，小児在宅ケア

Key Words：Medical fee, Medical care, Home visit nursing, Pediatric home care

はじめに

近年，医療的ケア児は増えており，小児に対する訪問看護を行うステーションは増加しつつあり（厚生労働省，2016），在宅で生活する小児を支える保健・医療・福祉の充実のための対策が行われている（国立成育医療研究センター，2015）。厚生労働省は，小児の在宅医療を担う人材育成に取り組むとともに，質の高い在宅医療・訪問看護を確保するための診療報酬の改定を行っている（厚生労働省，2017）。しかし，訪問看護の現場では，診療報酬と実際の現状が合っていないという声もあり，小児の訪問看護の実態に即した報酬のあり方を検討することは重要な課題であると考え，「医療依存度の高い小児の訪問看護の特性の明確化と報酬のあり方」の調査を行った。本論文は，その研究の一部として，診療報酬や経営に関する内容について報告する。

初年度（2015）年度は，A県の成人と小児の両方の利用者のある訪問看護ステーション（以下St.とする）を対象とした調査を行い，小児の訪問看護における課題を複数見出した。その中の1つには，経済的な課題として，成人よりも長時間を要し時間単位の報酬が低くなること，診療報酬が算定できないサービスが多数行われていること，キャンセルの多さや複数回必要となる調整会議などの経営上の負担があり，介護保険で行われている高齢者の訪問看護とは異なる状況が経営を圧迫している実態を把握した（遠渡ほか，2017）。これらのSt.では，手間と時間を要する小児の訪問看護を増やすには人間的にも難しく，運営上の課題であることが示され，一部のSt.では，高齢者の介護報酬や他の併設事業からの補填を行っている状況も語られてい

た。これらの結果を考察すると，小児を対象とするだけでは，十分な診療報酬が得られず経営が困難になるのではないかと懸念され，小児の訪問看護拡大に支障を来す可能性が考えられた。

しかし，全国には小児を専門に訪問しているSt.も存在しており，小児のみを対象としても経営が成り立つ背景には，何か工夫があることが考えられた。そこで，小児を専門とするSt.ならではの診療報酬上の課題や経営上の工夫に着目することにした。

I. 研究目的

小児を専門的に訪問しているSt.の管理者が感じている診療報酬上の課題および経営上の工夫を明らかにし，小児の訪問看護を拡大・充実するための診療報酬のあり方について考察する。

II. 研究方法

1. 対 象：小児を専門とするSt.の管理者

対象となるSt.は，これまで小児看護や障害児の関連学会や研修等で小児専門のSt.であることを公表している施設や，在宅の小児に関わっている研究者の機縁を通じて選定し，電話で調査の依頼を行った。

2. 調査期間：2016年9月～10月

3. 調査方法：インタビューガイドに沿って，1時間前後の半構成的面接を行った。質問項目は，St.の概要，実際

に行われている看護の状況、診療報酬および経営上の課題・工夫について感じていることであり、実際の状況を詳細に具体的に語ってもらうようにした。許可を得て、メモと録音を取った。

4. データ分析方法：インタビューの録音内容を逐語録に起こした。逐語録の記述内容から、診療報酬や経営に関連する部分を抽出した。抽出した内容を①診療報酬上の課題と感じていること、②経営上の工夫の2つの分析視点に沿って、意味内容を検討しながらコード化し類似する内容ごとにカテゴリ化を行った。

5. 倫理的配慮：本研究は大阪医科大学研究倫理委員会の承認を得た（承認番号：看-23）。選定したSt.の管理者に電話で連絡を取り、研究の概要・目的および自由意志での参加、学会での発表等を文書で説明し口頭で同意を得た。その後、日程を調整し面接調査の前に、再度研究について文書と口頭にて説明し、文書で同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 調査をしたSt.の概要

5か所のSt.から同意を得て調査を実施した。各St.では最小33人～最大60人の契約者があり、全St.において、人工呼吸器装着をしている利用者があった。看護師数は、4～14人と幅があり、いずれのSt.にも看護師以外の介護職、リハビリ職などの他職種が勤務し、4か所のSt.は訪問看護以外の児童発達支援や身体介護などの事業を併設していた。

2. 分析視点ごとの結果

以下に【 】はカテゴリ、《 》はサブカテゴリ、「 」は代表的なコードを示す。

(1) 小児を専門とするSt.の管理者が感じている診療報酬上の課題

「管理者が感じている診療報酬上の課題」に関しては、7つのカテゴリと20のサブカテゴリを見出した（表1）。この中には、2018年度に改定がなされたものもあるが、本調査は改定前のものであり、現在は認められている内容も一部含まれている。

【ケアの濃厚さと合致しない加算の低さ】は実際のケアの濃厚さ・複雑さと診療報酬で得られる対価が必ずしも一致せず、十分ではないと感じられている内容であり、4つのサブカテゴリがあった。

《高い技術を要するケアでも低くなる算定基準》では、「大島分類上1だけで医療的ケアのない子たちに時間がか

かるが、軽く判断されている」ことや、人工呼吸器装着や胃ろうを入れている場合よりも、NPPVで呼吸管理をしながら、未熟な嚥下の状態で食事をさせる方が管理は難しいが、報酬としてはNPPVの方が低いというように医療デバイスの内容と身体管理の難しさが必ずしも一致しない実態が示されていた。また、《成長に伴う重症化やケア負担の増加が考慮されていない報酬》では、「気切してしばらく後に人工呼吸器をつけることが多い」ことや「成長して体重が増加することでケアの負担が増す」場合が示されていた。さらに《年齢によって対象外となる加算》として「学童期以降に、呼吸器をつけることもあり、重症児の年齢を撤廃してほしい」のように、乳幼児や15歳未満のような年齢による制限を撤廃してほしいという希望があった。《ケアの内容や量にかかわらず報酬は一定》では、「訪問診療はパルス1個つけるのにも点数が付くが、看護はつかない」ことや「看護はケアが多くても少なくとも、時間で値段が決められている」ように、ケアの内容や量について評価されない診療報酬の仕組みに対する課題が示されていた。

【実態と合わない長時間訪問看護加算の設定】は、長時間訪問看護加算の算定基準が、親の要望や看護師が考える必要性に見合う状況になっていないという内容であり、2つのサブカテゴリがあった。

《長時間になるほど時間単位の報酬が低くなる設定》では、「長時間訪問は2時間上限と設定しており、それ以上の希望も多い」ことや、長時間訪問看護加算は90分以上で請求できるが何時間までという規定がなく、よく行っている留守番では母が予定時間に帰って来られない場合も目をつぶっているケースなどが示されていた。訪問時間が長くなるほど報酬が低くなるため「2時間以上にすると報酬に見合わないサービスになる」が、実際にはSt.の規定を超えた長時間訪問が行われているという課題が示されていた。また、《長時間訪問看護加算がとれなくても長時間を要するケース》があり、「新規の場合1～2か月の間は長時間訪問の対象でない場合でも長時間になる」ケースや、「退院時は長時間の算定ができないが2時間や3時間はかかる」場合があることが示されていた。さらに外泊中の訪問、15歳以上の児などの長時間訪問を算定できない対象でも長時間を要するケースがあることが示されていた。

【必要と合わない複数名訪問看護加算の設定】は、複数名訪問看護加算の算定基準が、看護師が必要と考える状況と合っていないという内容であり、3つのサブカテゴリがあった。

《複数名訪問看護加算が取れないケース》には、「呼吸器装着で不安定な子は、複数体制で週に複数回の訪問が必要なのがある」が週に1回しかとれないことや、「新規の

表1 小児を専門とするSt.の管理者が感じている診療報酬上の課題

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
ケアの濃厚さと合致しない加算の低さ	高い技術を要するケアでも低くなる算定基準	大島分類上1だけで医療的ケアのない子たちに時間がかかるが、軽く判断されている。 NGチューブよりも経口で食べている方が呼吸器管理が難しい。
	成長に伴う重症化やケア負担の増加が考慮されていない報酬	気切してしばらく後に人工呼吸器をつけることが多い。 成長して体重が増加することでケア負担が増す。
	年齢によって対象外となる加算	学齢期以降に呼吸器をつけることもあり、重症児の年齢を撤廃してほしい。
	ケアの内容や量にかかわらず報酬は一定	訪問診療はパルス1個つけるのにも点数が付くが、看護師はつかない。 看護はケアが多くても少なくとも、時間で値段が決められている。
実態と合わない長時間訪問看護加算の設定	長時間になるほど時間単位の報酬が低くなる設定	長時間訪問は2時間上限と設定しており、それ以上の希望も多い。 2時間以上にすると報酬に見合わないサービスになる。 長時間加算は90分以上というだけで、何時間までという規定がない。
	長時間訪問看護加算がとれなくても長時間を要するケース	新規の場合1～2か月の間は長時間訪問の対象でない場合でも長時間になる。 退院時は長時間の算定ができないが2時間や3時間はかかる。 外泊時の訪問も、1時間では帰って来られない。 15歳未満しか取れないが、15歳以上でも週3回必要なケースもある。
必要性和合わない複数名訪問看護加算の設定	複数名訪問看護加算が取れないケース	呼吸器装着で不安定な子は複数体制で週に複数回の訪問が必要になることがある。 新規の場合には、週に何回も複数名で行くが、週1回しか取れない。 ヘルパーが使えない場合（退院したばかりや状態が不安定な場合）には、複数名加算が取れない対象でも看護師複数名で入浴の介助をすることがある。
	加算が取れないリハビリ同士の複数名訪問	複数名訪問は看護師が入っていることが必要でリハビリ同士は認められない。 リハビリ同士の複数の目線で見ると子どもにとって良い効果がある場合もある。
	複数名訪問看護加算の報酬の低さ	重度で医療的ケアが多いと安全性から看護師複数名での訪問が必要であるが、報酬が低いので毎回は行けない。
複数ステーションで調整が必要になる加算	複数ステーション間の加算調整の手間	一人の児に複数ステーションが関わる場合、どちらがどの加算を請求するかを月ごとに調整しなければならない。毎月調整が必要。
	複数ステーションが同時に取れない加算	複数のステーションが長時間訪問をしても、週に同時に長時間加算をとれない。 2か所目のステーションは複数名訪問看護加算が取れないことがある。
診療報酬が算定できないサービスの実施	退院時の加算を超える退院時の調整	退院が決まってから2回しかカンファレンスに参加できない。 1か月に何回も入院した場合は退院時の同行は1回しか算定できない。
	退院時の病院から家までの付き添い	退院時支援指導加算は病院から家まで付き添う時間は入らない。 母の不安が強い場合、退院時に申し送りを聞き母と共に自宅へ帰る。
	受診への同行	医師との連携が難しい場合に、受診に同行する。 緊急の受診は母が不安なので、看護師が同行したり救急車に同乗する。
	複数のステーション同士のケア統一のための同時訪問	複数のステーション同士でケアの調整をする場合には、お互いにケアを見に行ったり、来てもらったりする。
	在宅以外の訪問看護	在宅でない学校や他の施設への訪問看護を認めてほしい。 学校への訪問には自費で対応した。 保育園への注射を打ちに来てほしいという依頼は診療報酬外なので断った。
機能強化型の加算条件の厳しさ	機能強化型は大規模しか算定できない設定	機能強化型は大規模にだけ認められている。 常勤数の緩和など、小さい規模でもがんばっているところを認めてほしい。
	相談支援が入っていない機能強化型の条件	相談支援員は機能強化型につけてほしい。 相談支援が報酬に結びつく仕組みがあると良い。 居宅における相談や支援を評価してほしい。
準備しても収入にならない訪問予定の多さ	キャンセルの多さ	キャンセルが月に50-100件近くなることもあり、経営を圧迫する。 受診やショートステイに家族の行事による予定のキャンセルも多い。
	契約に結び付かないケース	病院での説明が不十分で契約後すぐに訪問看護を断られた。 児相が絡むケースで、児相の人と一緒に訪問に行って断られた。 退院前カンファレンスに2～3回行ったが、亡くなった。

場合には、週に何回も複数名で行くが、週1回しか取れない」場合があるという内容があった。また、複数名訪問は看護師と他職種の訪問とされており、《加算が取れないリハビリ同士の複数名訪問》では、「リハビリ同士の複数の目線で見ると子どもにとって良い効果がある場合もある」ため、認めてほしいという要望が示されていた。《複数名訪問看護加算の報酬の低さ》では、「重度で医療的ケアが

多いと安全性から看護師複数名での訪問が必要であるが、報酬が低いので毎回は行けない」のように、複数名訪問が必要と感じても、看護師1名あたりの収入が少なくなるため、必ずしも行けないという課題も示されていた。

【複数ステーションで調整が必要になる加算】は、一人の利用者に対し、複数のSt.が日替わりで訪問する場合に、一部の加算については一方のSt.しか算定できないという

内容である。高度な医療デバイスのある小児の場合、毎日の訪問看護が必要となることも少なくなく、その場合には2～3か所のSt.が一人の児に関わっている状況があった。《複数ステーション間の加算調整の手間》では、「一人の児に複数のステーションが関わる場合、どちらがどの加算を請求するかを月ごとに調整しなければならない」という手間があることが示されていた。さらに《複数ステーションが同時に取れない加算》では、「2か所目のステーションは複数名訪問看護加算が取れないことがある」のように同時に請求できない加算があるという課題が示されていた。

【診療報酬が算定できないサービスの実施】は、診療報酬では請求することができないが、親の希望や看護師が必要と感じて無報酬でも行われている訪問看護の内容であり、5つのサブカテゴリがあった。

《退院時の加算を超える退院時の調整》では、「退院が決まってから2回しかカンファレンスに参加できない」が、もっと早くから何度も関わる必要があることや、「1か月に何回も入院した場合は退院時の同行は1回しか算定できない」などの退院時共同指導加算や退院支援指導加算が、請求できる範囲を超えることが多いという課題が示されていた。《退院時の病院から家までの付き添い》では、訪問時間に関して加算されている「退院時支援指導加算は病院から家まで付き添う時間は入らない」ことが示されていたが、実際にはここに時間がかなり取られるという実態があり、退院時に自宅まで帰るときに、「母の不安が強い場合、退院時に申し送りを聞き母と共に自宅へ帰る」ケースがあることが示されていた。《受診への同行》は、子どもが病院へ受診する際に訪問看護師が付き添い、受診時に同席することであるが「医師との連携が難しい場合に、受診に同行する」ことや、「緊急の受診は母が不安なので、看護師が同行したり救急車に同乗する」ことがあるという実態も示されていた。《複数のステーション同士のケア統一のための同時訪問》は、複数のSt.で情報を共有するために、一緒に訪問したり、カンファレンスをするなどの内容であるが、お互いにケアを見に行ったり、来てもらったりする状況があることが示されていた。《在宅以外の訪問看護》は、学校や保育園など、子どもが活動する場所への訪問看護を認めてほしいという内容であるが、「学校への訪問には自費で対応した」というケースでは、母の代わりに学校に行ったが、周囲の目が厳しく中止となったことや、「保育園への注射を打ちに来てほしいという依頼は診療報酬外なので断った」のような状況が示されていた。

【機能強化型の加算条件の厳しさ】は、機能強化型の訪問看護管理療養費の加算を算定するための条件が厳しく、小児のみを対象とするSt.も請求できるように条件を緩和してほしいと希望する内容であり、2つのサブカテゴリが

あった。

《機能強化型は大規模しか算定できない設定》では、「常勤数の緩和など、小さい規模でもがんばっているところを認めてほしい」という希望があった。また、算定の条件として介護支援事業所は入っているが《相談支援が入っていない機能強化型の条件》という内容があった（注：2018年度の改定で、機能強化型の算定条件に相談支援事業所が認められた）。

【準備しても収入にならない訪問予定の多さ】は、準備をしてもキャンセルになったり、契約に結び付かないようなケースが小児には多いという内容であり、2つのサブカテゴリがあった。《キャンセルの多さ》では、家族の行事・入院などで「キャンセルが月に50-100件近くなることもあり、経営を圧迫する」というように、予定していても、当日や直前になってキャンセルになることが多いと示されていた。また、《契約に結び付かないケース》では、打ち合わせや準備に時間をかけても契約に至らない場合があることが示されていた。「病院での説明が不十分で契約後すぐに訪問看護を断られた」ケースや、児童相談所と一緒に訪問したことで断られたケース、「退院前カンファレンスに2～3回行ったが、亡くなった」ケースなどが示されていた。

(2) 小児を専門とするSt.の経営上の工夫

「経営上の工夫」に関しては、5つのカテゴリと10のサブカテゴリを見出した（表2）。

【請求できる報酬は事前に設定】は、診療報酬の請求が可能となるサービスは予め設定しておくという内容であり、《可能な長時間加算は最初から設定》という工夫がされていた。母からの相談の対応など10～15分の延長は日常的にあるため、「長時間訪問看護加算が週3回取れる場合には、最初から組んでいる」のように、長時間になることを見越して、長時間訪問看護加算が算定できる対象者には最初からサービスを入れておくという工夫がされていた。

【診療報酬以外の自費請求】は、自費で請求が可能な内容を家族に請求することであり、《交通費の自費請求》が行われていた。ただし、これはSt.によって考え方が様々であり、若く収入の少ない小児の親に配慮して、交通費を請求しないというSt.もあった。《在宅外の訪問の自費請求》では、訪問看護が認められていない学校への訪問に自費で対応したケースがあった。

【コストの軽減】は、余分な出費をできるだけ軽減しようとする内容であり、2つのサブカテゴリがあった。《直行直帰として交通費節約》では、「自分の車での訪問の場合、直行直帰はOKとして、交通費が余分に出ないようにしている」ように看護師が事業所に戻ってくるガソリン代や時給を節約する工夫があった。《退院時の病棟滞在時

表2 小児を専門とするSt.の経営上の工夫

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
請求できる報酬は事前に設定	可能な長時間加算は最初から設定	長時間訪問看護加算が週3回取れる場合には、最初から組んでいる。
診療報酬以外の自費請求	交通費の自費請求	自費で交通費をもらっている。
	在宅外の訪問の自費請求	学校へ訪問には自費で対応し、2時間くらい母の代わりで行った。
コストの軽減	直行直帰として交通費節約	自分の車で訪問の場合、直行直帰はOKとして、交通費が余分に出ないようにしている。
	退院時の病棟滞在時間の短縮	退院時に自宅に帰る時の看護師から申し送りを聞き、母とともに自宅に帰る時間をできるだけ短時間にする。
福祉サービスとの組み合わせで報酬を得る対策		通所に来る子どもの送迎の手伝いは最初と最後の30分を訪問看護で取り、移動は福祉の移動支援のサービスで取る。
		通院支援は、障害福祉（移動サービス）を利用し、長時間加算だけでは賅えない分は、福祉の身体介護で請求する。
	通所や介護の福祉サービスと組み合わせ	長時間訪問加算は2時間半まで算定し、通所と訪問看護、もしくは居宅介護と訪問看護の組み合わせで、5時間以上子どもを預かる（送迎加算、身体介護、訪問看護、通園で報酬をとる）。
		訪問看護を途中で入れ、吸引ができるヘルパーを間に2時間入れる。
予測される損益を最小限にする対策	看護師がヘルパーとして従事し介護報酬を請求	診療報酬の超過分は看護師がヘルパーとして福祉サービスで提供する。ヘルパー利用可能時間を多くし身体介護を2人体制で申請し、看護師複数で行く。 看護師がヘルパーステーションと兼務し、長時間が使えないが福祉の支給のある場合には、看護師がヘルパーとしてサービスに入る。
	キャンセル時や変更希望時のスケジュール調整	リハのキャンセル時には訪問看護を入れたり、訪問看護のキャンセル時には、他の子を入れたりしてやりくりする。 キャンセルや変更依頼が多いので毎日調整する。
	遠方の訪問を他ステーションに依頼	移動に時間を要する遠方の訪問は、他ステーションに依頼をする。
	複数名必要な場合にはヘルパーを依頼	看護師同士で行くとボランティアになるので、ヘルパーとの複数名で行く。

間の短縮》では、退院時の申し送りや移動にかかる時間を効率的に短縮して、無報酬になる部分を少なくするような工夫がされていた。

【福祉サービスとの組み合わせで報酬を得る対策】は、医療保険の診療報酬では認められていないサービスを福祉サービスと組み合わせることで無報酬とならないようにする工夫であり、2つのサブカテゴリがあった。《通所や介護の福祉サービスと組み合わせ》では、「通所に来る子どもの送迎の手伝いは最初と最後の30分を訪問看護で取り、移動は福祉の移動支援のサービスで取る」のような組み合わせや、長時間訪問看護加算は、2時間半まで算定し、福祉サービスの通所や居宅介護と組み合わせ、5時間以上子どもを預かることができるようにしているという工夫がされていた。また《看護師がヘルパーとして従事し介護報酬を請求》では、看護師が訪問看護師としての登録だけでなく、訪問介護事業のヘルパーとしても登録しておき、同一の看護師が異なる事業のサービスを継続して提供する工夫をしていた。長時間訪問の場合、診療報酬では長時間になるほど金額が低くなるが、「診療報酬の超過分は看護師がヘルパーとして福祉サービスで提供する」工夫や、診療報酬では看護師複数名で行けない部分を福祉の身体介護を2人体制で申請しておくことで、福祉サービスで看護師

複数名が訪問できるようにする工夫がされていた。そのために、ヘルパー利用時間を多くしておいてもらうなどの対策も行われており、医療保険では十分に提供できない部分を、福祉サービスに変え、看護師がヘルパーとしてケアを提供している実態が示されていた。

【予測される損益を最小限にする対策】は、予定していた時間の収入が全くの無報酬にならないようにする工夫やコストのかかるサービスを減らす工夫であるが、3つのサブカテゴリがあった。

《キャンセル時や変更希望時のスケジュール調整》は、キャンセルなどの予定変更が多い小児の訪問看護に柔軟に対応できるように、「リハのキャンセル時には、訪問看護を入れたり、訪問看護のキャンセル時には、他の子を入れたりしてやりくりする」と臨機応変な対応がされていた。《遠方の訪問を他ステーションに依頼》では、移動時間を要し、経営的に負担となる遠方の訪問看護を他のSt.に依頼して、遠距離の訪問を少なくする工夫がされていた。また、《複数名必要な場合にはヘルパーを依頼》は、看護師同士の複数名で行くと診療報酬が取れないがヘルパーとの複数名であれば報酬が取れるため、ヘルパーを教育して、看護師と同行できるようにするなどして、報酬が取れるようにしていた。

Ⅳ. 考 察

A県調査において示されていた様々な診療報酬上の課題（遠渡ほか，2017）は，小児を専門的に訪問するSt.においても同様に感じられていたが，様々な工夫を行い，経営を安定させる努力も行われていた。これまでの調査と比較をしながら，経営上の工夫をしても補えないと感じられている診療報酬上の課題を考察し，現状の小児の訪問看護に即した医療と福祉の報酬のあり方について検討する。

1. 小児専門St.の経営上の工夫を超える診療報酬上の課題

（1）診療報酬の算定基準を超える長時間訪問看護や複数名訪問看護が行われている実態

A県調査でも課題となっていた長時間訪問看護や複数名訪問看護が診療報酬の算定基準以上に行われている点は，小児専門のSt.でも課題と感じられていた。

現在，医療保険による1回の訪問看護基本療養費は，30～90分までと時間が幅広く設定されており，対象者によって必要となる訪問時間は異なるが，St.の収入としては，30分でも90分でも同額で5,550円である（週4日目以降は6,550円）。長時間訪問看護加算は，90分を超える場合に

注1のような条件に合わせて，1回につき5,200円加算できるが，上限が決まっていないために，長くなればなるほど，St.が受け取る時間当たりの報酬は減少する。これは，90分以上の訪問看護が増えることを診療報酬では想定されていない結果であると考えられる。小児の訪問看護は，高度な医療デバイスの管理や多岐にわたる家族支援の必要性から，長時間を要することが示されているが（遠渡ほか，2017），それに対して，小児専門のSt.は，福祉サービスと訪問看護の組み合わせや，看護師自身がヘルパーとして，福祉サービスを提供するなどの工夫を行い，無報酬にならないような対策が取られていた。しかし，後者の場合，専門職としての適切な対価が得られておらず，無報酬になっても，St.としては経営上の負担となる。制度としても，本来的に望ましい請求のあり方ではないと考えられるが，訪問看護St.としては家族の希望や小児への看護の必要性に応じてやむなく行っている対策である。小児の訪問看護を行うSt.が安定的な経営をできるようにするためには，持続可能性のあるシステムとしていく必要性があり，専門職として適切な対価が得られるような報酬のあり方を考えていく必要がある。また，長時間訪問看護加算の対象とならないケースでも，新規の場合，退院時，外泊時，適

注1 訪問看護における加算の内容

《長時間訪問看護加算》

以下の条件に当てはまる利用者は，通常の訪問看護（30分以上90分以内）を超える場合に週1回（5,200円）加算できる。

但し，①については週3回可

①15歳未満の超重症児又は準超重症児（判定基準は運動機能と医療デバイスの内容による）

②別表第八に掲げる者（医療的ケアや褥瘡のあるものが該当）

③特別訪問看護指示書を受けている者（急性憎悪等）

《複数名訪問看護加算》

一人の看護師等の訪問看護が困難な利用者で，次のいずれかに該当する者。

①別表七に掲げる疾病等の者（難病等） ②別表八に掲げる者 ③特別訪問看護指示書を受けている者（急性憎悪等）

④暴力行為，著しい迷惑行為が認められる者 ⑤利用者の身体的理由で一人の看護師では困難な場合

⑥その他利用者の状況から判断して，上記のいずれかに準ずる者

加算額 イ：看護師＋看護師等（准看護師除く）（週1回）4,500円

ロ：看護師＋准看護師 （週1回）3,800円

ハ：看護師＋看護補助者 （週3回）3,000円

ニ：看護師＋看護補助者 （1日1回）3,000円 （1日2回）6,000円 （1日3回）10,000円

（ニは，①～③の場合に認められる）

《特別管理加算》

①重症度の高いもの （月1回）5,000円

在宅悪性腫瘍等患者指導管理・在宅気管切開患者指導管理を受けている者。

気管カニューレ・留置カテーテルを使用している者（胃ろうカテーテルを含む）。

②基準告示第二の五に規定するもの （月1回）2,500円

在宅酸素療法指導管理，在宅人工呼吸指導管理，在宅持続陽圧呼吸療法指導管理，真皮を超える褥瘡など，多くの医療的ケアの指導管理がここに含まれる。

参考文献に記載した厚生労働省（2018.3.5-a），厚生労働省（2018.3.5-b），厚生労働省（2018.3.5-c）をまとめて示した。

応外の年齢など、長時間を要している現状があり、長時間訪問看護加算の算定条件を実情に合わせた報酬としてほしいという要望は小児専門であるかどうかにかかわらず、根強くあることが明らかとなった。

さらに、複数名訪問看護加算に関しては、現在、算定要件を満たしている児に対して、職種に応じた加算が算定できる（注1）が、今回の調査では、請求できる範囲を超えた看護師同士の複数名訪問やリハビリ同士の複数名訪問が行われていることが明らかとなり、この加算の拡大も実情に即した制度が望まれていた。この複数名訪問看護加算の報酬の低さやマンパワー不足への対策としては、看護補助者を教育して複数名で訪問するなど、ヘルパーと連携する対応も取られていた。2018年度の改定では、看護補助者との複数名訪問については回数が拡大されており、看護補助者の育成と活用は、今後も促進すべき点であると思われる。しかし、高度な医療デバイスのある児の安全性を確保する点や専門的な視点からの協働を考慮すると、看護師同士やリハビリ同士の訪問など、専門職同士の協働をもっと認めてほしいという要望は強く、個々の児の必要性に即した対価が得られる対策を講じる必要もあると考える。

また、小児の場合、一人の利用者に複数のSt.が関わる場合も多いために、月に1か所のSt.しか算定できない加算についての要望もあった。複数名訪問看護加算や24時間対応体制加算・緊急訪問看護加算などは、1か所しか請求できない加算であり、どちらのSt.が請求するかを月ごとに調整していたが、同様の看護を提供している場合には複数のSt.が取れるようにしてほしいという要望も強く、複数ステーションが協働する場合の報酬のあり方も検討する余地があると考えられる。

（2）在宅小児の状況の多様性から、対象と場の算定条件の設定が難しい診療報酬の仕組み

高度な医療デバイスのある小児は近年になって増加しており（国立成育医療研究センター、2015、P32）、診療報酬制度は後追いにならざるを得ない現状があると考えられる。しかし、小児の状況が多様であるがゆえに、個々の児の状況に即した診療報酬が得られる制度にしてほしいと考えても、対象や場の条件を決めることが難しい点が予測される。

年齢に関してみると、長時間訪問看護加算を週3回算定できるのは、15歳未満の超重症児、準超重症児に限られている。他にも、年齢の決まっている加算には6歳までの乳幼児加算がある。これは、2018年の改定で500円から1,500円に増額されたため、小児の訪問看護の困難さが評価されたといえるが、St.の要望には年齢の撤廃があり、年齢だけでは区切ることのできないケアの濃厚さ・複雑さが課題となっている。

特別管理加算にしても、現在、重症度の高いもの（5,000

円）とそれ以外の医療的ケアの指導管理をしているもの（2,500円）では、加算に違いがある（注1）が、訪問看護師のケアとしては、胃ろうのみの管理よりも、NPPVで誤嚥に気を付けながら食事を介助する方が、手間も技術も難しいことが示されており、身体にカテーテルを留置しているかどうかで区別されている現在の基準への疑問がある。

さらに、訪問看護を行うことが可能な場については、居住している建物への訪問に限定されているが、小児が生活をする場は多様であり、学校、保育所、公園などの医療とは異なる教育や保育の場への訪問看護の要望は多く聞かれた。教育や保育の場には看護師の導入が進みつつあるが、全ての教育施設へ障害児を看ることができると看護師を配置することは難しい。重症児を看たことのない看護師も多い。普段ケアをしている看護師に訪問してほしいという家族への希望に応えるために、自費でのサービスを行っているSt.もあったが、自費であるがゆえに長く続けることは困難を来していた。一部の自治体では、自治体の事業として、学校への訪問や通学のサポートをする訪問看護を認めている所もあるが（Web 東奥、青森県むつ市など）、子どもの生活の場を保障し、St.の経営上の安定を促進するような報酬のあり方を考えていく必要もある。

また、自宅以外への訪問看護としては、受診時の同席や退院時の病院からの付き添いも多く行われていた。これは、家族の不安や負担の軽減のための同行も含まれていたが、病院の医師や看護師と情報交換を密にする連携の強化の目的もあり、看護を充実させるための対策としても行われていた。これは、看護師が必要を感じて行っている無報酬のサービスであるが、経営を圧迫することとなるため、必要性に応じて診療報酬が請求できる制度となることが望まれていた。これらのサービスが診療報酬として認められるためには、無報酬のサービスの成果と必要性を明らかにしていく研究も必要である。

（3）対象の少ない小児の訪問看護において安定的に収入を得る仕組みの必要性

今回調査を行ったSt.は、いずれも一定の人数の利用者があり、複数の事業を併設しているSt.が多かった。そのため、複数の事業をやりくりすることで経営的な安定を図っている現状が推測される。A県調査においても、小児以外の高齢者の訪問看護や医療機関などから得る報酬がある施設が小児の訪問看護を担っていた状況もあり、小児の訪問看護を拡大するためには、小児の訪問看護のみでも経営が安定する報酬が得られることが望ましいと考える。さらに、小児の特徴として、キャンセルの多さや契約に結び付かないケースなどの経営的に不安定な要素もあり、臨機応変な対応ができるシステム作りも重要である。

2. 小児と家族の在宅生活を支える医療と福祉の報酬のあり方

今回の調査において、診療報酬上で課題と感じられている内容は複数あり、管理者の要望や実態を踏まえて、経営が安定できる報酬のあり方を考えていく必要があることが明らかとなった。2018年度の改定では、機能強化型の条件が変更されたり、乳幼児加算が増額されるなど、小児のSt.にとって朗報となった点もあるが、新たに設定された管理療養費3では、小規模St.でも加算が取れる算定条件になっている半面、病院との勤務者の相互交流という現実的に実現が難しいと感じられる条件が追加されていた。今後、病院との連携を進めていく上で推進すべき条件として提示されたと推測されるが、実態に即した改定にしてほしいという管理者の要望は強い。診療報酬は総合的な観点から改定が行われるため、管理者の要望のみが反映されるわけではないが、小児の訪問看護を拡大するためには、安定的な経営ができる報酬のあり方を検討していくことは必要である。

一方で、無報酬で行われているケアや長時間のサービスとして行われている実際の内容の多くは、家族の支援や育児に関連する内容であり、医療的ケアが高度であるということと医療保険が使われているが、福祉サービスとしての側面が強い。2018年度は、医療・介護・福祉のトリプル改定となり、児童発達支援や放課後等デイサービスなどの障害児の日中支援施設や短期入所などの福祉サービスの施設において看護職員を配置することで新たな加算がつくこととなった（厚生労働省、2018.2.5）。これは、障害児の福祉施設における看護職の必要性を認めたものであり、高度な医療デバイスのある児でも、福祉施設への通所や短期入所が可能となった。福祉の分野でも看護職がサービスを提供できるようになったことで、障害児や家族の生活が充実・拡大することが予測される。しかし、重症児に対するサービスは、医療と福祉の両方のサービスが複雑に組み立てられており、両方の制度を十分に理解して調整できる専門職が少なくことや福祉サービスが自治体ごとに差があることなども課題とされている（国立成育医療研究センター、2015, P33）。医療依存度の高い子どもは、医療と切り離すこと

はできないが、全国どこにいても必要なサービスが受けられるような制度を充実させることで、児と家族の生活の質が向上する。家族が望み訪問看護師が必要と思うサービスを、医療と福祉のどちらのサービスで提供することが望ましいかという点は一概に判断できないが、医療依存度の高い子どもと家族の生活を拡大できるサービスが専門職としての対価が適切に得られる制度の中で提供されることが望まれる。

V. 結 論

1. 小児を専門とする訪問看護ステーションは経営を安定させるために様々な工夫を行っているが、工夫をしても補いきれない診療報酬上の課題がある。
2. 現在認められていないが、実際に行われている長時間訪問や在宅外の訪問などがあるため、現実に対応した診療報酬や福祉サービスとなることが望まれる。

謝 辞

本研究にご協力頂いた訪問看護ステーションの看護師の皆様にご礼申し上げます。また、研究計画から分析まで貴重なご意見をくださった関西福祉大学教授竹村淳子氏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。

研究助成情報

本研究は、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のプロジェクトの活動として行った研究の一部である。また2016年度看護系学会等社会保険連合の研究助成を受けたものである。

著者貢献度

すべての著者は、研究計画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、小児を専門的に支援している訪問看護ステーション（以下St.とする）の管理者が感じている診療報酬上の課題および経営上の工夫を明らかにし、小児の訪問看護を拡大・充実するための報酬のあり方について考察することである。

【方法】小児を専門的に訪問しているSt.の管理者にインタビュー調査を行い、質的に分析を行った。

【結果】対象としたSt.の管理者が感じている診療報酬上の課題として、【ケアの濃厚さと合致しない加算の低さ】、

【実態と合わない長時間訪問看護加算の設定】など7つのカテゴリがあった。それらに対する経営上の工夫とし

て、【請求できる報酬は事前に設定】、【コストの軽減】、【福祉サービスとの組み合わせで報酬を得る対策】など5つがあった。

【結論】 診療報酬は後追いにならざるを得ないが、管理者の要望を踏まえた報酬のあり方を検討していく必要がある。

Abstract

[Aim] This study aimed to clarify problems associated with medical fees and ingenuity for the management of child-exclusive home visiting nursing stations' manager, and to determine the appropriate medical fees for expanding and improving the medical care services for children.

[Method] We interviewed home visiting nursing stations that exclusively support children and conducted a qualitative analysis.

[Results] This study recognized seven categories of medical fee problems that home visit nursing stations' managers caught: low levels of fees that do not reflect the complexity of care, the setting of long-term visiting nursing fees that do not reflect the needs, etc. As management measures for these problems, home visit nursing stations enacted five measures: preset fees for various services, cost reductions, the ingenuity to get the reward by combination with the welfare service, etc.

[Conclusion] The current system of medical fees for home care provided to children does not reflect the actual care given and required. The requests of the child-exclusive home visiting nursing stations' managers need to be taken into account.

文 献

遠渡絹代, 泊 祐子, 部谷知佐恵, 市川百香里, 岡田摩理, 竹村淳子, 赤羽根章子 (2017). 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. 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 859-865.

国立成育医療研究センター(2015). 平成27年度 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000195880.pdf> (2019.1.7閲覧)

厚生労働省 (2016.12.13). 医療的ケアが必要な障害児への支援の充実に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000147103.pdf> (2018.11.3閲覧)

厚生労働省 (2017.12.11). 平成30年度診療報酬改定の基本方針(社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会) P4. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000187616.pdf (2019.3.7閲覧)

厚生労働省 (2018.2.5). 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定における主な改定内容. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000195401.pdf (2019.3.19閲覧)

厚生労働省 (2018.3.5a). 平成30年厚生労働省告示第48号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196327.pdf> (2019.3.19閲覧)

厚生労働省 (2018.3.5b). 平成30年厚生労働省告示第49号「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196331.pdf> (2019.3.19閲覧)

厚生労働省 (2018.3.5c). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203038.pdf> (2019.3.19閲覧)

田村正徳 (2016.12.13). 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/0000147259.pdf> (2018.11.3閲覧)

Web 東奥 (新聞記事). 医療的ケア児学校に看護師 (青森県むつ市). <https://www.toonippo.co.jp/articles/-/135188> (2019.6.1閲覧)

〔2019年7月26日受付〕
〔2020年1月8日採用決定〕

— 研究報告 —

参加観察を用いた終末期がん療養者と家族に対する 訪問看護師のケア行動内容の時間割合の分析

Care Behavior Analysis of Visiting Nurses for Terminally Ill Cancer Patients and
Their Families Using Participatory Observation

小沼 美加¹⁾
Mika Konuma

京田 亜由美²⁾
Ayumi Kyota

藤本 桂子¹⁾
Keiko Fujimoto

神田 清子¹⁾
Kiyoko Kanda

キーワード：終末期，がん，訪問看護

Key Words：end of life, cancer, visiting nursing

諸 言

「2025年問題」と呼ばれる超高齢多死社会に向けて、厚生労働省（2017a）は、疾病を抱えても自宅などの住み慣れた場で療養し、自分らしい生活が続けるために、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことの必要性を示している。

65歳以上を対象とした訪問看護の動向をみると、訪問看護利用者数と在宅死亡率は比例しており（厚生労働省，2017b）、訪問看護の利用が在宅看取りを可能にするために不可欠であることを示唆している。訪問看護ステーション利用者の傷病別分類では、がん療養者が2010年からの6年間で7.4%から8.8%に増加（厚生労働省，2016）し、今後のがん療養者の増加、在院日数の短縮化（若林・湯沢，2011，p.63）、療養者の多様なニーズを受け、訪問看護師の量的・質的充実が期待されている。

人生の最終段階における医療に関する意識調査（厚生労働省，2018）によると末期がんになった時に自宅で最期まで療養することが困難な理由として、一般市民、医療者、介護職者のすべてが、高い割合で「介護してくれる家族等に負担がかかる」「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である」をあげている。終末期がん療養者は他疾患に比べ症状が予後1週間で進行し（横田・秋元，2008，pp.104-105）、寝返りすらできないほど衰弱が進み、ADLが急激に低下すること（柏木・恒藤，2007）や、医学的管理を必要とし、急速に症状が進行する（横田・秋元，2008，pp.104-105）という特徴から、体の変調時に対応できる環境を整えることや、そこから生じる家族負担をいかに軽減させるかが課題とされる。

そこで、終末期の訪問看護について先行研究を概観すると、緊急性・重要性を判断して対応できる知識と技術の重要性、24時間緊急連絡体制を構築する必要性（廣岡ほか，2016，p.746）、フィジカルアセスメントの重要性（藤谷・島内・亀井，1999，p.40）が明らかとなっている。また、家族を看取る体制に導くスキル（木村・神崎・梅崎，2012，p.1）や、家族をケア対象者と捉え働きかけること（長江・成瀬・川越，2000，p.35）として、看取りに至る経過の中での家族への支援が示されている。家族への支援は療養者の生活の質を高めることができ、在宅療養継続の支えにつながる事が明らかにされている（伊藤・田高，2018）が、終末期がんに焦点を当てた療養者・家族へのケア行動については明らかにされていない。加えて、療養できる環境の整備の必要性（大山・藤野，2001）が明らかにされているが、これらは実施された終末期の訪問看護の内容を振り返った研究で、訪問看護時のタイムリーな研究ではない。フィジカルアセスメントの必要性についても非がん療養者を含めているため、がん療養者に限られていない。これらの要因として、訪問看護が主に単独で療養者宅の訪問を行うものであるため、閉鎖的な空間で実施されているケア行動は他者の目に触れることが少なく、客観視されにくい（山村・長澤・蒔田・富安，2013，p.1）ことがあげられる。実際、訪問看護師のケアの実態を調査した研究は散見するにすぎず、看護業務の効率化を目的とした質問紙調査（栗原ほか，2012，p.37）や業務内容の実態調査を目的とした観察調査の会議録（正野・川本，2001，p.115）にとどまり、これらもがん終末期の看護に焦点化がされていない。訪問看護師間でもどのようなケア行動をがん療養者と家族に実施したかを詳細に伝えることには限界があり、まして施設を超えてのケア行動の共有は困難で

1) 高崎健康福祉大学 Takasaki University of Health and Welfare

2) 群馬大学大学院保健学研究科 Gunma University Graduate School of Health Sciences

ある。そのため、今後増加が見込まれる終末期がん療養者と家族を看護する訪問看護師のケア行動の詳細を明らかにし、客観的に示すことが急務である。

がん療養者のADLが死の1か月前までは比較的保たれ、予後が日単位になると寝返りすらできないほど衰弱が進み、死の1週間前に急激に低下するという特徴（柏木・恒藤，2007）から、終末期の時期別にみたケア行動について可視化し、客観的に示すことが必要となる。そこで本研究では、終末期の時期別に訪問看護師のケア行動内容の時間割合を明らかにするための調査を行う。また、時期別における家族の同席と非同席では家族へのケアに費やされる内容と時間が異なると考え、家族の同席・非同席別に訪問看護師のケア行動内容を明らかにする。本研究により終末期がん療養者と家族への訪問看護師のケア行動を明瞭化し、訪問看護師間でのケア行動の共通認識を図ることができると考える。

I. 研究目的

本研究は、参加観察法により訪問看護師が時期別に終末期がん療養者と家族に対するケア行動内容の時間割合を明らかにすることである。

II. 用語の定義

1. 終末期

厚生労働省（2008）によると、終末期とは病状が進行して、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期である。本研究では、①集学的治療の効果が期待できず積極的な治療をしていない、②医師が予後について半年以内と判断している時期のがん療養者、とする。

2. 終末期中期・終末期後期

終末期中期とは数週間の生命予後であろうと判断される時期であり、終末期後期とは数日の生命予後であろうと判断される時期である（田村，2006，pp.408-409）。本研究では、終末期中期（以下、中期）を実際の死亡日から逆算して死亡前8日から30日、終末期後期（以下、後期）を7日以内とする。

3. ケア行動

ケア行動とは訪問看護師の療養者と家族に対する身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなケアを目的とした行動であり、また、それらを行うための相談や調整のための行い（新村，2018，p.999）とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

訪問看護師が終末期がん療養者と家族に実施する、時期別のケア行動内容を明らかにする。研究者である第三者がその事実を観察しながら、タイムスタディによって記述する。そのため、研究デザインは、参加観察法を用いてありのままに記述する量的記述的研究である。

2. 研究対象者

本研究では、在宅ホスピスケアに特化したA診療所に勤務し、調査時に終末期がん療養者をケアしていた訪問看護師で、本研究の趣旨を理解した上で同意が得られた7名を対象とした。また、看護師への依頼の際は、終末期がん療養者であることのみを条件とし、家族介護者の有無については問わないことを伝えた。

3. 調査期間

2017年2月から2017年8月まで

4. データ収集方法

(1) 参加観察法

対象看護師による終末期がん療養者と家族に対する時期別のケア行動内容と時間割合を観察するために、訪問に同席し、第三者がその場に入ることではしか観察できない（黒田，2012，p.195）参加観察法を用い、観察は時間の流れに沿って行った。同席に際し、あらかじめ訪問先の療養者および家族に研究について説明を行い、口頭および文書で同意を得た。

本研究では、対象看護師のケア行動について、日常実施しているありのままを可視化する必要がある。ケア行動の収集方法は、研究者が直接介入しない、対象者との関わりが低い消極的参加観察法（Spradley，1980/2010，p.74）とした。ケア行動については島内・内田（2015，p.35）を参考に、研究グループで討議を重ね、療養者ケア17項目と家族ケア9項目の合計26項目による観察項目チェックリスト（表1）を作成し、得られたケア行動内容を5分単位で観察・記録し、さらにチェックリストに反映させた。

観察場面数は終末期の時期別によるデータを統計学的に比較するため、中期・後期の各20～30場面とした。

(2) 基本属性

対象看護師の基本属性として、年齢、看護師経験年数および訪問看護の経験年数などの情報を同意を得て収集した。また、事前に同意が得られた訪問先の対象終末期療養者の基本属性として、病名などの情報について対象看護師

表1 観察項目チェックリスト

観察項目チェックリスト										IDNo.	
訪問看護実施日 年 月 日											
開始時間 (時間 分) ~ 終了時間 (時間 分)											
時間経過										合計	自由記載
	5	10	15	20			35	85	90		
【療養者】											
1. フィジカルアセスメント											
2. 疼痛アセスメント											
3. 疼痛マネジメント											
4. 薬のマネジメント											
5. 疼痛以外の症状マネジメント											
6. 清潔ケア											
7. 体位の調整・マッサージ											
8. 排泄の支援											
9. 医療処置											
10. 生活状況のアセスメント											
11. 病状説明											
12. 心理・精神的支援											
13. スピリチュアルベインの支援											
14. 医師の診察日・処方の調整											
15. 訪問看護の連絡・調整											
16. ケアチームとの連携											
17. 死亡後処置											
【家族】											
18. 家族への服薬指導											
19. 家族への麻薬のマネジメント											
20. 家族の生活状況のアセスメント											
21. 家族介護支援											
22. 家族への医師との調整											
23. 家族への訪問看護との調整											
24. 家族へのケアチームとの連携											
25. 家族への看取りに向けた支援											
26. 看取り直後の家族への支援											

から聞き取り調査を行った。

5. 分析方法

対象看護師が療養者と家族に対して実施するケア行動について、以下の項目に沿って記述統計を行った。

- (1) 終末期中期・終末期後期（以下時期別）に分けてすべての分析を実施した。
- (2) 1回の訪問時間・療養者ケア時間・家族ケア時間を算出した。
- (3) 終末期中期・終末期後期の訪問時間（ケア行動時間（分））の合計を算出し、それを場面数で割り、1回あたりの分布と中央値を求めた。さらに、がん療養者と家族

ケア毎の分布と中央値を求めた。時期別の有意差の検定にはMann-Whitneyの u 検定を用いた。

- (4) それぞれの時期別に家族同席者割合を算出し、両者の検定には χ^2 検定（Fisherの直接確率法）を用いた。
- (5) 訪問看護師の各ケア行動内容（療養者ケア17項目、家族ケア9項目）の時間割合の分布と中央値を求めた。時期別の有意差の検定にはMann-Whitneyの u 検定を用いた。

データの分析には統計ソフト IBM SPSS Statistics 25を使用し、有意確率5%未満を有意水準とした。

6. 倫理的配慮

対象看護師へは、研究目的と調査への参加は自由意思であることについて、説明書を用いて説明した。対象の訪問看護師へ、研究の趣旨、自由意思による研究への参加、途中辞退による不利益が生じないことおよび個人情報の保護についても口頭と文書で説明し、同意書への署名を得た。また、訪問先の療養者と家族に対しても、同様の項目を口頭と文書で説明し、同意書への署名を得た。同意が得られた場合のみ、参加観察を実施した。対象看護師と同行訪問先の個人情報保護のため、連結可能匿名化したナンバリング処理を行い、発表に際し、個人が特定できないようにした。本研究は、群馬大学の倫理委員会の審査を得て実施した（承認番号：2016-077）。

7. 信頼性と妥当性

研究対象者は、在宅ホスピスケアに特化した訪問看護師とした。参加観察時に使用した観察項目チェックリスト（表1）は、島内・内田（2015）を参考にして、観察項目を吟味し、グループ内で協議を重ねて作成し、使用した。参加観察の実施前には訓練を行い、事前にプレテストを行った後に観察項目チェックリスト（表1）に沿い、以下の手順で実施した。訪問毎に時間に沿い、療養者ケア行動17項目と家族ケア行動9項目の、合計26項目を実施した。得られた参加観察データを記録し、同行した対象訪問看護師に実施後のケア行動の確認を行った。なお、参加観察を行う際は、ケアが行われる療養者の部屋の一角に研究者が座り、対象看護師が行う看護の妨げにならないよう常に配慮した。量的データの分析は前述の統計処理の手順に従い、信頼性を確保した。

また、がん看護に精通している複数の研究者にスーパーバイズを受け、研究の信頼性・信用性の維持に努め、精度を高めた。

IV. 結 果

1. 対象看護師と対象療養者の背景

参加観察数は中期が20場面、後期が24場面の合計44場面であった。表2に対象看護師の概要を示した。対象看護師の平均年齢は45.7歳、標準偏差（以下SD）6.94歳であった。平均看護師経験年数は20.4（SD±7.91）年、平均訪問看護師経験年数は平均8.7（SD±7.54）年であった。対象療養者は、中期9名、後期15名、重複6名であった（表3）。PSは平均で中期3.13（SD±0.29）、後期3.93（SD±0.26）、排泄自立度は中期2名（22%）、後期は全員が全介助であった。意識については、中期は1名（12%）を除いて清明であったが、後期は、昏睡が3名（20%）いた。医療用

麻薬は中期55%、後期66%と後期の方が多かった。対象療養者は、終末期がん療養者として医療保険での訪問看護を受けていた。訪問した療養者の状態による、訪問時間の調整のため同一日に複数回の訪問をするなどの対応はなかった。訪問時間は、中期が30分から90分で平均54.8（SD±14.8）分、後期が30分から110分で平均59.0（SD±16.75）分であった。

なお、すべての対象者が、自宅療養開始の段階において病名および病状の説明を受け、がんに対する積極的な治療は希望しないという選択を行っていた。そして、病名および病状の説明内容は、訪問診察時や往診時に診療録へ記載されていた。また、対象看護師はステーション内で毎朝45分から1時間程度のカンファレンスを行い、療養者と家族の状況を情報共有し、アセスメントを話し合った上で訪問していた。

2. 時期別ケア行動の比較

(1) ケア対象者とケア行動

時期別のケア行動を比較すると、中期に1回の訪問で療養者ケアに費やした時間は34-100分（中央値100分）、家族ケアに費やした時間は0-66分（中央値0分）であった。一方、後期に療養者ケアに費やした時間は26-100分（中央値63.1分）、家族ケアに費やした時間は0-74分（中央値36.9分）であった。後期は、家族ケアの中央値が中期の0分から36.9分となり、療養者ケアの方が26.2分長かった。

家族非同席を含む時期別ケア行動では、訪問時に家族が同席か非同席かによって、中期と後期の比較における療養者ケアと家族ケアの割合に有意差は見られなかった。家族同席時の時期別ケア行動では、中期に療養者ケアに費やした時間は34-73分（中央値42.4分）、家族ケアに費やした時間は27-66分（中央値57.6分）であった。一方、後期に療養者ケアに費やした時間は30-110分（中央値60.0分）、家族ケアに費やした時間は5-75分（中央値40.0分）であった。中期の方が後期よりも17.6分、家族ケアに費やしている時間が長くなった。双方の間での有意差はみられなかった。家族非同席時は中期・後期とも療養者ケアの分布100、中央値100であった。1回の訪問で中期と後期を比べると、療養者ケアと家族ケアの割合に有意差は見られなかった。家族同席時の時期別ケア行動と家族非同席時の時期別ケア行動は正規性を示さなかった。

(2) 時期別ケア行動内容の時間割合の比較

表4に、家族非同席時を含む時期別ケア行動を示した。中期・後期でケア行動内容の時間割合を比較すると、中期ではフィジカルアセスメント（ $p=.021$ ）、生活状況のアセスメント（ $p=.004$ ）、訪問看護の連絡・調整（ $p=.009$ ）が有意に高く、後期では死亡後処置（ $p=.018$ ）、家族への

表2 対象看護師の概要

n = 7

No	年代	看護師 経験年数	訪問看護師 経験年数	近親者の 看取り経験	病院での 看取り経験	終末期中期 訪問回数 n = 20回	終末期後期 訪問回数 n = 24回
1	30代	10	5	無	有	2	7
2	40代	20	7	無	無	2	3
3	40代	22	8	有	有	1	3
4	40代	23	5	有	有	5	1
5	50代	10	9	有	無	4	4
6	50代	30	25	有	有	4	2
7	50代	28	2	無	有	6	0
平均45.7 (SD±6.94) 歳		平均20.4 (SD±7.91) 年	平均8.7 (SD±7.54) 年				

表3 対象療養者の概要

N = 44

時期	ID	年代	がん種	麻薬の使用	PS※1	排泄自立度	意識レベル	家族の介護者
終末期 中期場面数 n = 20	1	50代	肝	有	4	一部介助	清明	有
	2	50代	乳	無	4	一部介助	清明	有
	3	70代	胆管	有	4	全介助	傾眠	有
	4	70代	大腸	無	1	自立	清明	無
	5	80代	頬粘膜	有	3	全介助	清明	有
	6	80代	咽頭	有	4	一部介助	清明	有
	7	80代	肝	無	1	自立	清明	有
	8	70代	直腸	無	2	一部介助	清明	有
	9	70代	肉腫	有	2	自立	清明	有
終末期 後期場面数 n = 24	1	50代	肝	有	4	全介助	清明	有
	2	50代	乳	無	4	全介助	清明	有
	3	70代	胆管	有	4	全介助	傾眠	有
	4	70代	大腸	無	4	全介助	清明	無
	5	80代	頬粘膜	有	3	全介助	清明	有
	6	80代	咽頭	有	4	全介助	清明	有
	7	70代	大腸	有	4	全介助	清明	有
	8	70代	大腸	有	4	全介助	清明	有
	9	70代	食道	有	4	全介助	清明	有
	10	70代	肝	無	4	全介助	昏睡	有
	11	80代	血液	有	4	全介助	傾眠	有
	12	80代	肝	有	4	全介助	清明	有
	13	80代	肺	有	4	全介助	清明	有
	14	90代	膣	無	4	全介助	清明	有
	15	90代	腭	無	4	全介助	清明	有

※1 PS: Performance Status

0: 全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。

1: 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。

2: 歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。

日中の50%以上はベッド外で過ごす。

3: 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

4: 全く動けない。自分の身のまわりのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

JCOG ホームページ <http://www.jcog.jp/>

看取りに向けた支援 ($p=.025$)、看取り直後の家族の支援 ($p=.032$) が有意に高くなっていた。観察されたケア行動内容を以下に示す。フィジカルアセスメントとしては、バイタルサインの測定、疾患からの症状出現の有無、程度と

経過の観察と判断であった。生活状況のアセスメントとしては、療養者が生活上困っていることはないか、例えば在宅酸素使用中の療養者のベッドからトイレまでの動線や手すりの有無について、確認を行っていた。

表 4 家族非同席時を含む時期別ケア行動

N=44

ケア行動内容		時期	終末期中期 n=20	終末期後期 n=24	p 値
療養者ケア	1. フィジカルアセスメント	中央値 四分位範囲	6.83 4.25, 13.33	4.72 0.63, 7.12	.021
	2. 疼痛アセスメント	中央値 四分位範囲	2.11 0.00, 6.25	1.83 0.00, 6.82	.680
	3. 疼痛マネジメント	中央値 四分位範囲	0.83 0.00, 5.62	0.00 0.00, 5.76	.465
	4. 薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.269
	5. 疼痛以外の症状マネジメント	中央値 四分位範囲	4.72 1.67, 7.11	2.92 0.00, 5.76	.263
	6. 清潔ケア	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 13.1	4.82 0.00, 32.14	.284
	7. 体位の調整・マッサージ	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 8.13	0.00 0.00, 0.00	.061
	8. 排泄の支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.192
	9. 医療処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 6.88	.266
	10. 生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 3.83	0.00 0.00, 0.00	.004
	11. 病状説明	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.117
	12. 心理・精神的支援	中央値 四分位範囲	7.60 0.00, 21.82	0.00 0.00, 6.40	.065
	13. スピリチュアルペインの支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.052
	14. 医師の診察日・処方調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.273
	15. 訪問看護の連絡・調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.96	0.00 0.00, 0.00	.009
	16. ケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	2.86 0.00, 21.46	0.00 0.00, 3.96	.252
	17. 死亡後処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 18.33	.018
	18. 家族への服薬指導	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.252
	19. 家族への麻薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 2.75	0.00 0.00, 0.00	.505
	20. 家族の生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 5.36	3.10 0.00, 12.08	.066
	21. 家族介護支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 10.00	0.00 0.00, 10.21	.731
	22. 家族への医師との調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.117
	23. 家族への訪問看護との調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 1.25	0.00 0.00, 1.56	.881
	24. 家族へのケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.273
	25. 家族への看取りに向けた支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 6.61	5.42 0.00, 17.47	.025
	26. 看取り直後の家族への支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.032

Mann-Whitney の U 検定

表5 家族同席時の時期別ケア行動

N=44

ケア行動内容		時期	終末期中期 <i>n</i> = 8	終末期後期 <i>n</i> = 20	<i>p</i> 値
療養者ケア	1. フィジカルアセスメント	中央値 四分位範囲	8.00 4.25, 12.50	4.37 0.63, 5.96	.089
	2. 疼痛アセスメント	中央値 四分位範囲	3.43 0.50, 6.25	1.83 0.00, 6.61	.469
	3. 疼痛マネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 3.96	0.00 0.00, 5.75	.980
	4. 薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.862
	5. 疼痛以外の症状マネジメント	中央値 四分位範囲	6.83 1.46, 11.43	3.25 0.00, 5.75	.150
	6. 清潔ケア	中央値 四分位範囲	3.33 0.00, 22.29	1.25 0.00, 25.24	.901
	7. 体位の調整・マッサージ	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.862
	8. 排泄の支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.709
	9. 医療処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 6.88	.182
	10. 生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.636
	11. 病状説明	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 8.25	0.00 0.00, 0.00	.328
	12. 心理・精神的支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 10.71	0.00 0.00, 3.96	.627
	13. スピリチュアルペインの支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	14. 医師の診察日・処方調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	15. 訪問看護の連絡・調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 1.56	.114
	16. ケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	2.86 0.00, 15.36	0.00 0.00, 2.60	.409
	17. 死亡後処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 20.00	.328
家族ケア	18. 家族への服薬指導	中央値 四分位範囲	2.50 0.00, 8.36	0.00 0.00, 14.90	.099
	19. 家族への麻薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	2.50 0.00, 20.12	0.00 0.00, 1.25	.136
	20. 家族の生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	10.65 0.00, 20.57	7.00 0.00, 12.50	.636
	21. 家族介護支援	中央値 四分位範囲	13.33 6.25, 23.67	0.00 0.00, 14.90	.028
	22. 家族への医師との調整	中央値 四分位範囲	0.00 6.25, 1.50	0.00 0.00, 0.00	.328
	23. 家族への訪問看護との調整	中央値 四分位範囲	0.83 0.00, 3.63	0.00 0.00, 1.56	.304
	24. 家族へのケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.636
	25. 家族への看取りに向けた支援	中央値 四分位範囲	9.40 1.25, 16.31	7.12 2.14, 23.44	.823
	26. 看取り直後の家族への支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 8.33	.328

Mann-Whitney の *U* 検定

表 6 家族非同席時の時期別ケア行動

N=44

ケア行動内容		時期	終末期中期 <i>n</i> = 12	終末期後期 <i>n</i> = 4	<i>p</i> 値
療養者ケア	1. フィジカルアセスメント	中央値 四分位範囲	6.67 4.39, 17.08	6.25 1.25, 11.25	.821
	2. 疼痛アセスメント	中央値 四分位範囲	1.39 0.00, 6.10	2.92 0.00, 7.08	1.000
	3. 疼痛マネジメント	中央値 四分位範囲	1.94 0.00, 7.30	0.83 0.00, 10.42	.684
	4. 薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 5.25	0.00 0.00, 8.33	.953
	5. 疼痛以外の症状マネジメント	中央値 四分位範囲	3.33 1.67, 5.75	2.08 0.21, 10.21	.684
	6. 清潔ケア	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 10.63	48.33 10.42, 68.75	.103
	7. 体位の調整・マッサージ	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 15.28	0.00 0.00, 0.00	.262
	8. 排泄の支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	9. 医療処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 9.38	0.00 0.00, 6.25	.862
	10. 生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 11.35	0.00 0.00, 0.00	.262
	11. 病状説明	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	12. 心理・精神的支援	中央値 四分位範囲	17.50 6.88, 26.54	5.00 0.00, 17.50	.170
	13. スピリチュアルペインの支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 3.33	0.00 0.00, 0.00	.286
	14. 医師の診察日・処方調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.564
	15. 訪問看護の連絡・調整	中央値 四分位範囲	0.36 0.00, 2.22	0.00 0.00, 1.25	.350
	16. ケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	7.50 0.00, 32.71	3.75 0.83, 49.38	.862
	17. 死亡後処置	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 18.33	.521
家族ケア	18. 家族への服薬指導	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	19. 家族への麻薬のマネジメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.862
	20. 家族の生活状況のアセスメント	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 1.88	.521
	21. 家族介護支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	.862
	22. 家族への医師との調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	23. 家族への訪問看護との調整	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 7.50	1.000
	24. 家族へのケアチームとの連携	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	25. 家族への看取りに向けた支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000
	26. 看取り直後の家族への支援	中央値 四分位範囲	0.00 0.00, 0.00	0.00 0.00, 0.00	1.000

Mann-Whitney の *U* 検定

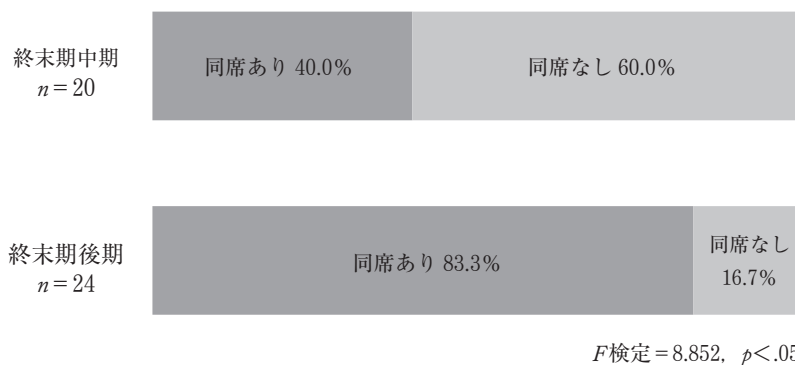


図1 時期別の家族同席割合

また、訪問看護の連絡・調整としては、以前に訪問したことのある同僚の看護師と療養者や家族の状態について共有し、現在の状況から考えてこれまでと同じ訪問頻度で良いかを療養者と一緒に確認し、必要に応じて頻度の調整を行い、緊急連絡先も伝えていた。家族への看取りに向けた支援では、看取りまでの経過をまとめた診療所独自のパンフレットを用いて、家族に今後起こり得る経過を視覚的に説明していた。体位の調整・マッサージ ($p=.061$)、心理・精神的支援 ($p=.065$)、スピリチュアルペインの支援 ($p=.052$) は中期に高い傾向がみられ、家族の生活状況のアセスメント ($p=.066$) は後期に高い傾向がみられた。心理・精神的支援では、症状の小さな変化にも強い不安をもち、何度も同じ訴えを繰り返す療養者の思いに対して傾聴を行っていた。家族の生活状況のアセスメントでは、家族が休息や一人の時間を確保できているかを確認していた。このように、中期では、療養者に対する身体と生活状況のアセスメント、訪問看護の連絡・調整といった、療養者に対するケア行動内容の時間割合が有意に高い結果となった。後期では、家族への看取りに向けた支援や、看取り直後の家族の支援といった、家族に向けたケア行動内容の時間割合が有意に高い結果を示した。

表5に家族同席時の時期別ケア行動を示した。中期のケア行動内容の時間割合で家族介護支援 ($p=.028$) が有意に高く、フィジカルアセスメント ($p=.089$)、家族への服薬指導 ($p=.099$) は高い傾向がみられた。家族介護支援では、一人の家族に介護負担が集中していないかに注目していた。家族への服薬指導は、家族に対して服薬を指導する内容であった。このように家族同席の場合は、家族に対する介護支援の時間割合が有意に高い結果となった。

同様に表6に家族非同席時の時期別ケア行動を示した。中期・後期のケア行動内容の時間割合には有意差、高い傾向ともに認められなかった。

3. 時期別家族同席割合の比較

時期別家族の同席割合を図1に示した。家族同席割合は、中期が40.0%、後期が83.3%となり、後期が有意に高かった ($p<.05$)。

V. 考 察

本研究では、参加観察法を用いることにより、訪問看護師の個別訪問において客観視が難しいケア行動内容の時間割合の実態を、時期別に可視化することができた。家族の同席割合が高い後期は、家族ケアが集中していると予測していたにもかかわらず同席割合の低かった中期で有意に高い結果が得られたことに注目した。また、療養者のADLが変化する時期により、訪問看護師のケア行動に差が生じるのかを検討する必要があると考えた。これらのことから、中期と後期に分けて「時期別にみた家族同席時のケア行動」と、「時期別にみたケア行動とケア行動内容の時間割合」の2点について考察をしていく。

1. 時期別にみた家族同席時のケア行動

特徴的であったのは中期の家族同席割合が40.0%と、後期の83.3%に比べ低値を示したにもかかわらず、ケア行動内容の時間割合の比較では家族ケアにあたる家族介護支援が中期で有意に高く、家族への服薬指導にも高い傾向がみられたことである。自宅介護をする終末期療養者の家族負担は精神的にも身体的にも大きくなることから(小川・島内・河野, 2001, p.26)、終末期療養者の家族支援の必要性は自明であるが(西浦ほか, 2005, p.24)、本研究でも同様の結果となった。療養者の急変や死別への不安を抱えながらの介護生活は、家族の心身に大きな負担となる。療養者中心の生活から家族自身の生活リズムが崩れ、健康問題にも発展する恐れがある。間近で家族の生活に向き合うことのできる訪問看護師は、先行研究と同様に中期から、限られた家族にのみ介護負担が集中することがないよう、

介護サービスの利用を適時促すなど、マンパワーの分配への配慮をしていた。本研究では、主介護者以外の家族への対応が明らかになった。これは、在宅ホスピスケアに特化した訪問看護師が、常日頃から同居の家族以外も視野にいられて関わり、幅広い看護の視点があったためと考える。

後期に訪問時の家族同席割合が有意に高くなったのは、家族の不安が増強すること、介護力としての役割の増加が影響することからであると推察される。後期は、療養者の急激なADLの低下および様々な症状の出現により、家族など他者の支援が必須になると考えられ、本研究においても、後期は療養者の全身状態の指標とする日常生活制限を示すPerformance Status (PS) の値が悪化し、排泄自立度は低下を示した。家族は、このような後期のがん療養者特有の身体状況の変化から死別の近さを認知し、療養者の身体症状や苦痛に十分に対応できないことに困惑する(齋木ほか, 2015, p.58)。そのため、医療者が起こり得る症状の変化やその対応方法をあらかじめ説明することが、家族の不安の軽減につながる(石井・宮下・佐藤・小淵, 2011, p.33)。また、家族は死の近づきを認識することで、残された時間を最期までがん療養者とともにいよう、後悔のないように生活したい(山手, 2010, pp.48-49)と考えることから、家族内の役割の認識も変化する。

本研究においても療養者のADLの低下や身体状況の変化から死別が近いことを認識し、療養者との残された時間を大切にしたいという考えから、最期の場面に立ち会いたいと望み、訪問時の家族同席割合が高い結果につながったと考える。

家族への支援の必要性は日本だけの特徴ではない。例えばイギリスでも同様に、介護する家族の満足や信頼感を得ること(Seamark, et al., 2014, p.802)や、自宅看取りについての家族ケアの重要性(Davidson & Gentry, 2013, p.5)が示されている。このように、自宅での看取りを叶えるためには家族の心身の健康も保つことが重要である。

2. 時期別にみたケア行動とケア行動内容の時間割合

中期・後期の家族同席時を含む時期別ケア行動では、療養者ケアと家族ケアともに有意差はみられなかった。また、中期・後期の家族同席時の時期別ケア行動と非同席時の時期別ケア行動においても、療養者ケアと家族ケアの時間割合に有意差はみられなかった。これは、訪問看護師が、療養者と家族の双方を同等のケア対象者と捉えていることを示している。また、理想の看取りと死に関する国際比較の調査において、今後の治療や看取りを担う人は誰と思うかの質問に対し、チェコやイギリスで60%以上が本人と回答しているが、日本の回答では64%が家族をあげ、本人と回答したのは14%しかいない(国際長寿センター,

2011)。自己決定権がなじみにくい日本の文化的背景に加え、告知や予後告知についても医師から家族に説明が行われ、治療方針や内容が決定されていく現状(佐々木・山口, 2010, p.4)から、ケアの対象としては家族により重きを置いていることは、日本の特徴であると考えられる。

(1) 中期におけるケア行動内容の時間割合

中期において時間割合で有意に高い結果を示したのは、フィジカルアセスメント、生活状況のアセスメント、訪問看護の連絡・調整であった。高い傾向がみられたのは、体位の調整・マッサージ、心理・精神的支援、スピリチュアルペインの支援、家族の生活状況のアセスメントであった。これらについて考察する。

まず1つ目のフィジカルアセスメントは、ケアの一連の行為に含まれ、中期は症状観察がケアの実施に必要な判断材料であるため、要となる。中期は症状の観察技術が重要である。なぜならば、終末期がん療養者の身体症状と生存期間のデータ(恒藤, 1999, p.19)が示しているように、死亡1か月前頃から痛みだけでなく、全身倦怠感や食欲不振、便秘、不眠、呼吸困難、悪心・嘔吐などの様々な症状が次々と出現するためである。がん療養者の症状マネジメントニーズに応じたケアの提供が看取り後の家族の満足度をも高める(古瀬・松浪, 2013, p.41)ことから、看取りまでのすべてのケアの実施において訪問看護師の観察力が基盤となる。がん以外にも含めた終末期療養者を対象とした研究で、がん終末期はバイタルサインズ・問題徴候へのケアの業務時間が長くなっていた(藤谷ほか, 1999, p.40)。つまり、医療的な管理を必要とする身体面を基盤とした生活を営んでいくための視点の高さが求められる。良く観察することは痛みの理解につながり(柏木・恒藤, 2007, p.38)、フィジカルアセスメントは特に重要なケア行動内容となる。病院、ホスピス、自宅を対象とした身体的、心理・精神的な痛みに対する除痛率の比較では、自宅が高い結果を示している(桜井, 2016, p.18)。本研究の対象である訪問看護師も在宅ホスピスケアに特化しており、療養者の状態を判断して症状コントロールやケアの実施を考察するための、医療者としての力量を備えていた結果と考える。

2つ目の生活状況のアセスメントは、がん患者としてみる医学的視点のフィジカルアセスメントと対比し、自宅で生活する療養者としてみる視点になる。訪問看護師は、前述したように、複数の症状が次々と出現する終末期においては、療養者のすべての症状を消失させることはできない。生活の中でどんなことに困っているのかを知ること、アプローチの方法を模索する。それゆえに、症状を軽減し、症状がありながらも療養者が望む生活をできるだけ送れるようにするにはどうすればよいかを検討していく

視点が、非常に重要である。療養者の身体面のケアはもちろん、自宅での療養環境の整備の必要性（大山・藤野, 2001, p.302）を考え、本研究でも在宅酸素中の療養者の転倒予防のための自宅環境についてアセスメントを行っていた。いかなる状況においても環境整備に工夫をこらし在宅生活を継続できるよう支えることは、療養者の身体面の負担を軽減するだけでなく満足感や自信につながり、生活の質を維持していくために非常に重要となる。

また、3つ目の訪問看護の連絡・調整についても中期において有意に高い結果となった。後期にあたる死亡前日から、訪問看護提供時間と訪問看護回数はともに、増加傾向を示していた（若林・湯沢, 2011, p.67）。本研究でも、前回の訪問時と比べ身体状況や生活上の変化がみられた場合には、その場で以前訪問したことがある同僚の看護師に連絡し、療養者の状態変化をアセスメントした上で、療養者の希望も取り入れながら訪問頻度の調整を行っていた。加えて、予後予測から今後起こりうる病状変化を対象看護師が推測することで、療養者の状態に急変が起きた時に即座に対応できる体制の整備につなげていた。このように、フィジカルアセスメントや生活状況のアセスメント、訪問看護の連絡・調整はいずれも訪問時間内での対応であることから、一人で即断してケアの実施へつなげるアセスメント能力の高さを示していた。

中期に高い傾向がみられた体位の調整・マッサージの項目は、終末期療養者の症状緩和や安楽のため、療養者の意向が最重要視されることが明らかにされており（大久保・牛山・鈴木・佐竹・小板橋, 2011, p.124）、疲労感を最小限とし、安楽を考えた体位の調整は療養者に快の感覚をもたらすため重要となる。身体が思うようにコントロールできないことや、死への不安、希望の喪失ばかりに目を向けるのではなく、希望を維持しながら気持ちの準備を促すこと（森田ほか, 2010, p.1069）は、看護支援の柱として大切である。日々の生活の中で一つ一つの小さな希望を支えることが心理・精神的支援において重要であり、ひいてはスピリチュアルペインの支援にもつながる。生活の中に小さな灯りをともせることが訪問看護師の醍醐味となる。

以上のことから、対象看護師はバイタルサインをはじめ、医学的視点での観察情報を基に予後や今後の状態悪化の予測に役立て、療養者の身体状況の把握をし、訪問看護の調整を行っていた。そして、薬物療法だけでなく、体位の調整やマッサージなどの非薬物療法を組み合わせた多様な症状マネジメントを実施して希望を支え続け、療養者が自分らしく安心して日々の生活を送れるような支援を行っていた。

（2）後期におけるケア行動内容の時間割合

後期において時間割合で有意に高い結果を示したのは、

死亡後処置、家族への看取りに向けた支援、看取り直後の家族への支援、高い傾向がみられたのは家族の生活状況のアセスメントであった。家族への看取りに向けた支援、看取り直後の家族の支援については、愛する療養者が終末期にあると認識し家族の予期悲嘆が始まる（Burnell & Burnell, 1994, p.32）ことや、家族の揺れる感情を支える支援が死別後のグリーフケアにもつながる（山村ほか, 2013, p.5）ことから、高い結果を示したと考える。対象看護師は後期の療養者の経過を予測し、家族が心身ともに看取りの準備ができるように、死の準備教育を行っていた。この時期には、経験のない自宅看取りに対して不安を抱える家族が、心の準備や具体的な生活の準備をしていけるように、看取りに関するパンフレットを用いて、分かりやすく看取りまでの経過を説明する必要がある。そして、家族がケアに参加できるように配慮し、声掛けを行うことで、今できることに目を向けられるような支援が、訪問看護師の大切な役割となる。在宅終末期ケアにおいては家族の精神的な動揺が療養者に影響をおよぼす（大山・藤野, 2001, p.304）ため、死に向かう過程を知ることで療養者の状態変化を家族が受け入れられるような、看取りに向けた継続した支援が必要となる。家族に対し、療養者の死への過程でいかに援助していくか、看護の本質が問われる。

さらに、看取り直後の家族の支援も、終末期がん療養者と家族を支える訪問看護師として重要であり、終末期ケアでは看護師が大きな役割を果たす（世界保健機関, 1993, p.6）。本研究では、看取り直後のケアとしてエンゼルケアを実施し、今までの人生を家族と一緒に振り返り、看取り後も家族を訪問する旨を伝えていた。エンゼルケアは、できるだけ家族と一緒に行うことで、療養者の人となりや自宅療養のエピソードなどを振り返り得る点で有用であり、家族のグリーフケアとしても大切な機会である（宮田, 2013, p.48）。最後のケアを行いながら、家族が療養生活を振り返ることで、「これで良かった」と再認識できることが重要となる。看取りの経験は、残された家族の自己肯定感や意欲の維持、死別を目前にして家族としての存在意識を認識することへつながる（山村・長戸, 2015, p.121）。そのため、喪失体験がおよぼす家族の情緒面や身体面の変化を受け止め、加えて看取り後も療養者と過ごした時間を思い出とし、家族自身が生活を送ることができるよう、看取り後の家族の生活へも配慮した関わりが必要である。

VI. 結 論

本研究では、対象終末期療養者と家族に対して実施されているケア行動を、訪問看護師に同行して参加観察した。

死亡前8日から30日までを中期とし、死亡前7日以内を後期とし、時期別のケア行動を分析した。また、家族の同席・非同席別にケア行動の分析を行った。

1. 訪問時の家族同席割合は、後期が中期に比べ有意に高くなった ($F=8.852$) が、中期の家族同席割合は40.0%と後期の83.3%に比べ低値を示したにもかかわらず、家族ケアにあたる家族介護支援 ($p=.028$) が中期で有意に高くなった。ケアの対象を家族も含めて捉えていた。
2. 中期において、時期別にみたケア行動内容の時間割合の比較で有意に高い結果を示したのは、フィジカルアセスメント ($p=.021$)、生活状況のアセスメント ($p=.004$)、訪問看護の連絡・調整 ($p=.009$) であった。医学的な視点から今後の予後予測に役立てるとともに、生活者として療養者が自分らしく過ごしていけるような支援が大切となる。
3. 後期に有意に高かったケア行動内容の時間割合は、死亡後処置 ($p=.018$) 家族への看取りに向けた支援 ($p=.025$)、看取り直後の家族の死援助 ($p=.032$) で、高い傾向がみられたのは家族の生活状況のアセスメント ($p=.066$) であった。死に向かう過程を知ることで揺れる家族の感情に対して、療養者の状態変化を家族が受け入れられるような支援が必要となる。

以上より、対象終末期療養者と家族に対する訪問看護師のケア行動は療養者と家族の双方に対して実施されており、時期別に行動内容と時間割合に差がみられた。今後は参加観察場面を増やし、ケア行動の分析を重ねていくことが課題として残された。

VII. 研究の限界

各時期別の参加観察場面数が少なかったため、今回の研究では限られた結果となった可能性がある。今後は終末期前期も加えて参加観察場面数を増やし、各時期での比較を実施すること、また、療養者のADLレベル別などのケア行動について詳細な分析を行い、検討を重ねていくことが課題である。家族の介護者が同席しない場面数を増やして比較を実施し、分析を重ねていくことも課題とする。

今後は、終末期前期も含めた訪問看護師のケア行動やその判断部分を具体的に示していけるよう検討を重ねていくことが、課題である。

謝 辞

本研究の実施にあたり、同行訪問にご協力頂きました対象看護師の皆様ならびに療養者様とご家族様に、心よりお礼を申し上げます。

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

本研究の目的は、参加観察法により、終末期がん療養者と家族に対する、訪問看護師の時期別のケア行動内容の時間割合を明らかにすることである。研究対象者である訪問看護師に同行し、ケア行動を消極的参加観察法により記述し、終末期中期・後期の時期別、家族の同席時・非同席時別に分析した。その結果、中期では同席割合が低いにもかかわらずケア時間の半分以上が家族ケア行動となり、後期では家族同席割合が有意に高く ($p<.05$)、家族への看取りに向けた支援と看取り直後の支援の時間割合が有意に高かった。終末期中期は、療養者の様々な症状の変化への対応と家族の負担軽減のために家族ケア行動の時間が長く、終末期後期に家族同席割合が高いのは、療養者のADLの低下から家族の援助が必須となり、看護師による家族への支援が必要になるためであると考えられる。訪問看護師は、療養者がどのような時期にあるかに応じて療養者と家族へケア行動を実施していることが示唆された。

Abstract

Objective: To clarify care behaviors performed for terminal cancer patients and their families by visiting nurses in the final month before deathwatch and to classify the behaviors into the middle and late stages of end-of-life care.

Method: A researcher accompanied visiting nurses and took notes on the care and time involved through the participant observation method. The data were divided into middle- and late-stage end-of-life care and analyzed.

Results: Care behaviors involving physical assessment, lifestyle assessment, and communication/correction were seen significantly more often in middle-stage end-of-life care. Care behaviors including post-mortem procedures, deathwatch support

for family members, and family support post-deathwatch were seen significantly more often in late-stage end-of-life care. The rate of family presence was significantly higher in the late-stage than in the middle stage ($p < .05$). Though the rate of presence was low in the middle-stage, over half of care time was spent on family care.

文 献

- Burnell, G. M., Burnell, A. L. (1989) / 長谷川浩・川野雅資監訳 (1994). 死別の悲しみの臨床. (p.32). 東京: 医学書院.
- Davidson, S., Gentry, T. (2013). Age UK End of Life Evidence Review. http://www.ageuk.org.uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_oct13_age_uk_end_of_life_evidence_review.pdf (参照2018年8月3日)
- 藤谷久美子, 島内 節, 亀井智子 (1999). 在宅ケアにおける訪問看護業務の事例群別所要時間の比較. 日本地域看護学会誌, 1(1), 36-41.
- 古瀬みどり, 松浪容子 (2013). 訪問看護ステーションにおける終末期がん療養者の受け入れ状況に関する調査 (その2): 訪問看護師が捉える家族にとって満足度の高い看取りとは. 北日本看護学会誌, 15(2), 37-42.
- 廣岡佳代, 川越博美, 渡邊美也子, 内田千佳子, 櫻井雅代, 林 直子, 扶菰由紀, 小野秀子, 山崎美恵 (2016). 在宅緩和ケアを担う訪問看護師に求められる実践能力. がん看護, 21(7), 742-748.
- 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊 (2011). 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. 日本がん看護学会誌, 25(1), 24-36.
- 伊藤絵梨子, 田高悦子 (2018). 日本語版 Short-Form FAMCARE Scale の開発と評価: 在宅終末期がん療養者の家族介護者における検討. 日本老年医学会雑誌, 55(1), 81-89.
- 柏木哲夫, 恒藤 暁 (監修) (2007). 淀川キリスト教病院ホスピス (編), 緩和ケアマニュアル第5版 (p.3). 大阪: 最新医学社.
- 木村裕美, 神崎匠世, 梅崎節子 (2012). 在宅ターミナルケアにおいて訪問看護師が感じる家族支援の困難さ. 日本看護福祉学会誌, 17(2), 1-14.
- 国際長寿センター (2011). 日本の看取り, 世界の看取り: 「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」「理想の看取りと死に関する国際比較調査」summary 理想の看取りと死を考える. 1-39. http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1001.pdf (参照2019年1月30日)
- 厚生労働省 (2008). 終末期医療のあり方について: 重急性型の終末期について 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会. 1-23. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12g.pdf> (参照2018年12月26日)
- 厚生労働省 (2016). 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html> (参照2019年3月22日)
- 厚生労働省 (2017a). 地域包括ケアシステムの構築について. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/suishinkaigo2018/health/dai3/siryou3.pdf> (参照2019年12月23日)
- 厚生労働省 (2017b). 看取り 参考資料. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-shingikai-1240400Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf> (参照2018年12月26日)
- 厚生労働省 (2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (参照2018年12月26日)
- 黒田裕子 (2012). 黒田裕子の看護研究 Step by Step 第4版. 195, 東京: 医学書院.
- 栗原雄樹, 永田智子, 田口敦子, 成瀬 昂, 八巻心太郎, 田上豊, 村嶋幸代 (2012). 「直接・間接業務時間比」からみた訪問看護ステーション利用者の特徴. 日本医療・病院管理学会誌, 49(4), 227-237.
- 宮田乃有 (2013). 訪問看護が支えるがんの在宅ターミナルケア. Community care, 臨時増刊号, 15(13), 31-49.
- 森田達也, 赤澤輝和, 難波美貴, 井上 聡, 新城拓也, 池永昌之, 岡本拓也, 成田昌代, 須賀昭彦, 志真泰夫, 片岡 純, 小林未果, 内富庸介 (2010). がん患者が望む「スピリチュアルケア」: 89名のインタビュー調査. 精神医学, 52(11), 1057-1072.
- 長江弘子, 成瀬和子, 川越博美 (2000). 在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造: 訪問看護婦の支援に焦点を当てて. 聖路加看護大学紀要, (26), 31-43.
- 西浦郁絵, 能川ケイ, 服部素子, 大野かおり, 森田愛子, 藤原智恵子, 井田通子, 甲斐年美 (2005). 在宅ターミナルケアに関する研究 (その3): 在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践. 神戸市看護大学短期大学部紀要, (24), 17-25.
- 大久保暢子, 牛山杏子, 鈴木恵理, 佐竹澄子, 小坂橋喜久代 (2011). 看護における「ポジショニング」の定義について: 文献検討の結果から. 日本看護技術学会誌, 10(1), 121-130.
- 大山ちあき, 藤野文代 (2001). 在宅ターミナルケアを望んだがん患者の看護: 訪問看護記録による訪問看護の分析. 北関東医学, 51(5), 301-305.
- 小川恵子, 島内 節, 河野あゆみ (2001). 在宅ターミナル期における癌患者の死別後の家族と看護職による訪問看護の評価. 日本看護科学学会誌, 21(1), 18-28.
- 齋木千尋, 伊藤絵梨子, 田高悦子, 有本 梓, 大河内彩子, 白谷佳恵, 臺 有佳 (2015). 訪問看護師のとらえる臨死期における在宅終末期がん療養者の家族介護者の体験と支援に関する質的研究. 日本地域看護学会誌, 56-64.
- 佐々木裕子, 山口幸恵 (2010). 高齢者の自己決定を支える看護援助について: 日本文化と家族との関係を通して. ホスピスケアと在宅ケア, 18(1), 2-8.
- 桜井なおみ (2016). 2016がん患者白書 (遺族調査編): がん遺族200人の声「人生の最終段階における緩和ケア」調査結果報告書. 1-19. <https://kibou.jp/images/20160114L.pdf> (参照2018年7月28日)
- Seamark, D., Blake, S., Brearley, S. G., Miligan, C., Thomas C., Turner, M., Wang, X., Payne, S. (2014). Dying at home: A qualitative study of family carers' views of support provided by GPs community staff. *The British journal of General practice*, 64(629), e796-803. doi:10.3399/bjgp14X682885.
- 世界保健機関編 (1990) / 武田文和訳 (1993). がんの痛みからの解放とバリアティブケア: がん患者の生命へのよき支援のために. (p.6), 東京: 金原出版.
- 島内 節, 内田陽子 (2015). 在宅におけるエンドオブライフ・ケア = END-OF-LIFE CARE at Home: 看護者が知っておくべき基礎知識. 35, 京都: ミネルヴァ書房.
- 新村 出編 (2018). 広辞苑 第7版. 999, 東京: 岩波書店.
- 正野逸子, 川本利恵子, 村瀬千春 (2001). 訪問看護婦の業務分

- 析：タイムスタディーによる実態調査．産業医科大学雑誌，23(1)，115.
- Spradley, J.P. (1980)／田中美恵子・麻原きよみ監訳（2010）．参加観察法入門．pp67-80．東京：医学書院．
- 田村里子（2006）．ターミナルステージで心理社会的側面をどう支えるか．特集 終末期におけるステージ別のケア：捉え方と実践．緩和ケア，16(5)，406-410.
- 恒藤 暁（1999）．最新緩和医療学．19，大阪：最新医学社．
- 山村江美子，長澤久美子，蒔田寛子，富安眞理（2013）．終末期在宅がん療養者を看取る決心をした家族への訪問看護師による家族看護実践．せいいい看護学会誌，4(1)，1-5.
- 山村江美子，長戸和子（2015）．「ライフヒストリー」概念に関する文献検討：終末期在宅がん療養者の家族介護者への活用．高知女子大学看護学会誌，40(2)，117-124.
- 山手美和（2010）．在宅で生活する終末期がん患者と家族の“家族の絆”．日本がん看護学会誌，24(1)．44-51.
- 横田美智子，秋元典子（2008）．在宅で終末期がん患者を介護した家族の体験．日本がん看護学会誌，22(1)，98-107
- 若林和枝，湯沢八江（2011）．在宅がん患者と非がん患者の看取り時に行われた訪問看護の提供実態：死亡7日前より死亡日までに提供された訪問看護時間および回数からの一考察．日本在宅ケア学会誌，15(1)，62-69.

〔2019年3月27日受 付〕
〔2020年1月9日採用決定〕

— 研究報告 —

高齢血液透析患者における健康情報を活用するプロセス

The Process of Using Health Information by Elderly Hemodialysis Patients

濱 野 初 恵¹⁾ 稲 垣 美智子²⁾ 多 崎 恵 子²⁾
 Hatsue Hamano Michiko Inagaki Keiko Tasaki
 松 井 希代子³⁾ 堀 口 智 美²⁾
 Kiyoko Matsui Tomomi Horiguchi

キーワード：血液透析，健康情報，高齢者，情報活用

Key Words：hemodialysis, health information, elderly people, Information utilization

はじめに

わが国の人口動態および疾病構造は感染症などの急性疾患から，がんや循環器病などの生活習慣病をはじめとした慢性疾患へと大きく変化してきている。それに伴い，医療ニーズは患者自らが病気と共存しながら，生活の質の維持・向上を図っていく必要性が高まり，治療の主体者についての考え方が医療者から生活者である患者へと変換しつつあると報告されている（厚生労働省，2012）。血液透析患者もまた，慢性疾患であり週に2～3回，定期的に医療機関を受診し，治療を受けながらの療養生活を送っている。しかしながら，春木（1982，pp.1-9）は透析受容のプロセスにおいて「機械に支えられた生命」として生きていかなければならないと述べており，患者は腎臓移植または透析治療なしには生命維持が困難である。したがって，透析治療は同じ慢性疾患の中でも特殊性のある背景を持つ医療者であると考えられる。

日本透析医学会の維持血液透析ガイドライン（2013，p.599）では，血液透析の標準的治療基準は週3回4時間以上であることが報告されており，秋澤は，長期透析患者には多くの特有の合併症が出現し，患者のhealth-related quality of lifeは健康人に比べ大きく阻害されていると述べている（2008，p.419）。さらに，2005年末における慢性透析患者の平均年齢63.9歳に対し，2017年末では68.4歳と高齢化が急速に進んでいる現状にある（日本透析医学会，2018）。患者にとって老いを重ねていく中での透析治療においては，生涯にわたり医療機関に出向かなければならない状況をサポートしてくれる環境を維持することが可能であるかなど，将来への不安（Inagaki, Hiramatsu, Matsui,

Nakamura, Kawamura, 2001, pp.67-75）や，つらさ（林，2004，pp.66-72），希死念慮（本多・松原・有元，2017，pp.186-187），抑うつ（春木，2010，pp.30-82）などを抱えているといった報告が数多くされている。その一方で，広瀬は，この治療は患者の身体が死と再生の繰り返しに一生直面し続け，絶えず死を直視せざるを得ないという多大なストレスを与えるが，患者はみずからそのストレスを守っていると述べている（2004，p.190）。臨床現場においても，老いていくからこそ自分の身体を守りたいといった患者の声を聞く場面や，自分の健康に役立つと思う事柄に関心を持ちながら，情報を得る努力をしている患者の姿を目にする機会がある。しかし，患者が自分の身体を守るための情報がどのようなもので，どのような行動をとっているのかについて詳細を明らかにした報告はない。そこで本研究では，高齢透析患者が自分の健康に役立つと考える情報に対して，どのような行動をとっているのかについて質的に明らかにすることを目的とした。

I．研究目的

本研究は，高齢血液透析患者における健康情報を活用していくプロセスを明らかにすることを目的とした。

II．用語の操作上の定義

「健康情報」：自分の健康に有効であると判断する情報とした。

1) 富山県立大学看護学部 Faculty of Nursing Toyama Prefectural University

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical, and Health Sciences, Kanazawa University

3) 金沢医科大学看護学部 Faculty of Nursing Kanazawa Medical University

Ⅲ. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究では、木下（2003）の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）による質的帰納的研究デザインを用いた。本研究は、高齢の血液透析患者が健康情報を活用していくプロセスといった限定された範囲での理論生成を指向していること、患者と同病者、医療者との間で社会的相互作用が生じている現象であること、さらに、健康情報を活用するプロセス性に着目して分析していくことから、M-GTAを採用した。

B. 研究対象

本研究の対象者は、A県内のB総合病院に外来通院している満65歳以上の血液透析を受けている患者とした。研究フィールドであるB総合病院は、健康増進・疾病予防から入院治療まで保健医療を提供する、人口約5万人の二次医療圏内に属している。主に維持透析患者を受け入れており、65歳以上の血液透析患者が約9割を占めている医療機関である。看護師の平均透析経験年数は約3年であった。

研究参加者（以下、参加者と略す）の選定については、医療機関の医師から紹介を受け、参加者の体調および透析時間・曜日を考慮した時間の了承を得た。参加者は、本研究の主旨を十分に理解し、患者本人の自由意思により文書による同意が得られた患者とし、認知機能に影響する精神・神経疾患の既往を有する患者および会話によるコミュニケーションが難しい患者は除外とした。

C. データ収集方法

参加者に対し、1名の研究者がすべての面接を実施し、研究者と参加者との個別での面接形式で行った。面接場所は、参加者の通院する医療機関内のプライバシーが保てる個室にて実施した。面接は、インタビューガイドに基づき、導入として「自分にとって必要な健康に関する情報はどのようにして得ているか」について聞き取りを行い、次いで、「血液透析を開始してから治療についておよび健康について、自分の考えを身近な人に伝えた経験」「自身の健康に関し、得た情報をもとに行動した経験」についてインタビューを行った。参加者には自由に語っていただくとともに、語りの中にある健康情報の活用に関する内容に注意を払いながら、インタビューを進めていった。

また、参加者の基本情報をデータ分析の参考とするため、医療機関および参加者の許可を得て性別・年齢・原因疾患・血液透析歴・既往疾患・家族形態について診療録よ

り収集した。

D. 調査期間 2016年12月～2017年10月

E. データ分析方法

面接内容は参加者の同意のもとICレコーダーに収録し、一語一句書き起こして逐語録とし、データとして使用した。その後、M-GTAの手順に従い、分析ワークシートを作成し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」、概念生成の基盤となる「ヴァリエーション」、分析過程の思考を記す「理論的メモ」で構成した。分析焦点者を「一般病院に外来通院する高齢血液透析患者」とし、何度も読み返ししながらデータの意味の解釈に努めた。また、分析テーマである「健康情報を活用していくプロセス」に関連のある内容について概念名をつけ、生成された概念間の同質性および異質性を検討し、カテゴリーを作成、その関係性を検討しながら結果図を作成した。

F. 真実性の確保

研究の信憑性を保つため、分析を含めた全過程において質的研究の経験が豊富で慢性疾患看護の専門家および質的研究の専門家より定期的な指導を受けた。また、分析過程において、研究者間で意見が一致するまで検討し、偏った解釈を最小限にするよう努めた。

G. 倫理的配慮

参加者に対して、研究目的と内容、方法、個人情報保護、研究参加・不参加は任意であることについて文書および口頭で説明し、文書にて同意を得た。得られた内容は匿名性を保ち、個人が特定できないよう十分配慮した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号734-1）。

Ⅳ. 研究結果

A. 研究参加者の概要

参加者の概要を表1に示す。健康情報を活用するプロセスを描くことができ、説明が十分可能となったと判断されるまで、インタビューを継続した。その結果、最終的な参加者は男性9名、女性4名の計13名、年齢は65～79歳であった。透析導入に至った原疾患については、糖尿病性腎症が7名、慢性糸球体腎炎3名、腎硬化症（疑いも含む）3名であった。血液透析歴は3ヶ月～35年で、平均10.4年±8.9年であった。面接時間は28分から81分、平均51分であ

た。参加者13名の語りから作成した逐語録を分析した結果、プロセスの全体は、19の概念から生成された7つのカテゴリと2つの概念によって表すことができた(表1)。生成したカテゴリや概念の関係を矢印で表し、相互の関係性や影響のプロセスを図で示した(図1)。以下、カテゴリを【 】、概念を『 』、参加者の表現を「 」で記載し、その最後に参加者のIDを示した。

B. 全体のストーリーライン

高年齢血液透析患者が自分の健康に有効であると判断する情報を活用するプロセスには、『置いていかれるデータと気持ちに困惑する』、『自分なりの判断のまま実施に移る』という2つの活用パターンがあることを見出した。その活用パターンに至るカテゴリ、概念をプロセスとして以下のストーリーラインとなった。患者は、『衰えた身体をいたわりながら療養する』というカテゴリから始まり、

【一生透析と付き合っていくために透析を受け入れる】を経て、自分の身体と治療を引き受けるといった『自分の身体に責任を持とうと意識する』ことへとつながっていた。その意識によって健康情報は入手されており、『お気に入りの情報入手ルートを見つける』には、『感覚を駆使して得た情報が健康情報としてなじむ』ことが影響していた。患者は、お気に入りの情報入手ルートで見つけた情報の中から、説得力のある情報を選び出し、『説得力がある情報は役立つと自己判断する』ようになる。この自己判断の強弱によって2つのプロセスへと分かれていた。患者の自己判断が弱い場合には、『医療スタッフを値踏みしながら対応を工夫する』ことで、入手した健康情報が自分にとって活用してもよいものかを確認しようとしていた。しかし、自分の確認した健康情報が一方的に片付けられてしまうため、『置いていかれるデータと気持ちに困惑する』に至るプロセスとなっていた。一方で、自己判断が強い場合に

表1 研究対象者の概要

		人数	平均値 ± SD	範囲
性別	男性	9		
	女性	4		
年齢(歳)			72.9 ± 4.85	65-79
血液透析歴(年)			10.4 ± 8.9	0.25-35
原因疾患	糖尿病性腎症	7		
	慢性糸球体腎炎	3		
	腎硬化症(疑いも含む)	3		
配偶者の有無	配偶者あり	10		
	配偶者なし	3		
同居家族の有無	同居家族あり	11		
	同居家族無し	2		

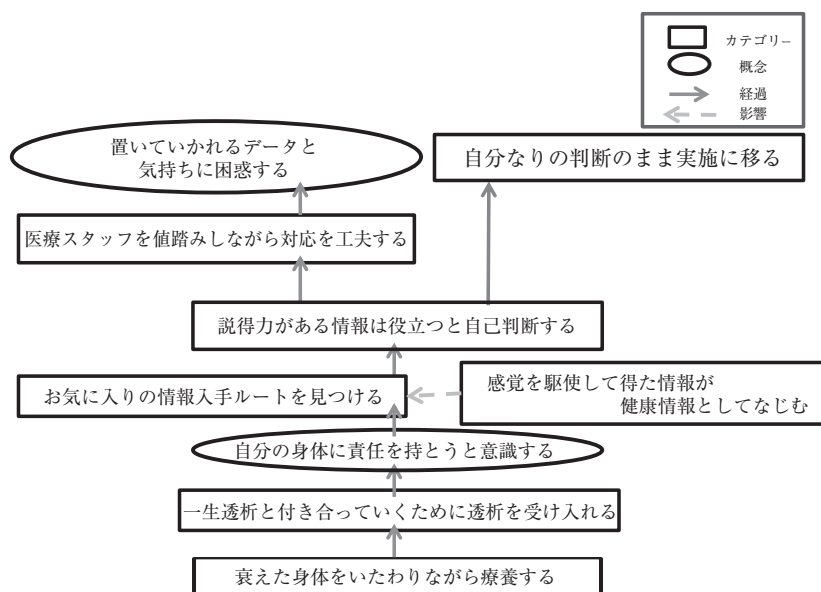


図1 高年齢血液透析患者における健康情報を活用するプロセス

は、入手した健康情報に対して、専門的な評価を受けないまま【自分なりの判断のまま実施に移る】というプロセスに至っていた。

C. 各カテゴリーおよび概念の説明

1. 【衰えた身体をいたわりながら療養する】

血液透析による治療を行い、療養していても悪くなっていく身体を、身体的にだけでなく心理的にも認知しつつも、治療によってなんとか維持できていると考え、養生しながら長期的に療養することである。これは、『衰える身体の壁にぶつかる』、『透析によって衰えた身体でも保つことができています』からなる。

「なんか今ね、眼科の先生のところT市に近いところ通っているけど、どこ行っても、ただ悪くなっていく一方で。でも、おらたちはちょっとでも節制しとるからどうにかもつとるかなって思うわ (ID1)」, 「最初は何ともなかった。前の病院の時は、へっちゃらだった。まだ若いしね。ちょうど70くらいで透析入ったから。73くらいまでは透析していても、バンバンだった。だけど、75くらいから……。だんだん諦めモードになった。辛い。やっぱ、ね、みんなやっぱ腹おかしいとかね。なって来ている。(ID9)」, 「いつどん底に来るやられて。透析していてもあんだ、いつかは1年1年弱っているのだから、透析のおかげだぞって (ID4)」。

2. 【一生透析と付き合っていくために、透析を受け入れる】

血液透析は一生行っていく治療であり、自分に課された

務めと捉えて心構えをすることである。長期にわたる血液透析による療養生活を続けていくために、できるだけ楽しく療養していこうと考えている患者がいる一方、透析しか選択する治療がないと感じ療養に至っている患者もいた。これは、『できるだけ楽しい気持ちで透析を続けたいと思う』、『自分が招いた仕方ない透析治療だと思う』からなる。

「だから、透析することが大事な仕事だからね、命がけの仕事だから。食事の事も考えたりスタッフに聞いたり、血圧のこともそうだし、積極的に一日やるにしても……透析は楽なことではないんだけど、なるべく簡単に楽しくみたいね。同じやるのなら (ID4)」, 「あの……機械は何を濾過してくれるのか、とかね。この薬は何に効くのか、とか、そういうことをやっぱり知識として、少しずつ貯めていって、なるほど！これすれば、えー血液検査が透析前と透析後でこれだけ違うんだから、この部分がろ過されて、血がリフレッシュすると。そういうことを目で確認して、治療を受けていった方がいいんじゃないかなと (ID5)」, 「透析の仕事は、自分のためだって。仕方ない。水を取ってもらって、少しでも良くなるようにと思って (ID9)」, 「自分でこんななったのも自分の、自業自得なが。めっちゃくちゃな生活しとった。今になってわかるが (ID1)」。

3. 【自分の身体に責任を持とうと意識する】

血液透析を行う上での治療に対して医療者に任せきりにするのではなく、自分の身体と治療に責任を持とうと意識

表2 各カテゴリー・概念一覧

カテゴリー (7)	概念 (19)
衰えた身体をいたわりながら療養する	衰える身体にぶつかる
	透析によって衰えた身体でも保つことができています
一生透析と付き合っていくために透析を受け入れる	できるだけ楽しい気持ちで透析を続けたいと思う
	自分が招いた仕方ない透析治療だと思う
	自分の身体に責任を持とうと意識する
お気に入りの情報入手ルートを見つける	定期的な情報からの収集意欲を持つ
	軽く取り扱われている情報は信用しない
	同病者からの情報は聞いてみて良ければ使おうと思う
感覚を駆使して得た情報が健康情報としてなじむ	家族から現実的な教示を受ける
	感覚を駆使して情報を得る
説得力がある情報は役立つと自己判断する	情報が体調となじむと役立つものへと変化する
	専門家の話は一般とは違ってグッとくる
医療スタッフを値踏みをしながらかんてを工夫する	気になる症状には具体的に情報交換する
	医療スタッフを値踏みをする
	管理が悪い患者とレッテルを貼られないよう工夫する
自分なりの判断のまま実施に移る	置いていかれるデータと気持ちに困惑する
	すっといかないまどろっこしさを抱いたままでいく
	医療者からは保障が得られないが体感で効果を実感する
	数字と照らし合わせて自己診断する

をすることである。

「ただ、先生に100%俺は任せっきりではだけだと思ふ。ある程度知識を持っていて、先生それは何のためにするのですか？とかどんな症状に効くのですか？とか絶えず、自分の……なんていうか、治療に対して、えーなんていうか……把握するというかね、そうゆうことも透析患者は必要かなと(ID5)」、「やっぱり……先生の言われること聞いて、看護婦さんの言われること聞いて。自分で食事なりなんなり注意して。自分でやっぱり。誰も自分の健康守ってくれる人おらんがで。自分で自分の健康を守らんなんがで、聞いて生活していかなんかな……って私は思う(ID3)」。

4. 【お気に入りの情報入手ルートを見つける】

あらゆる健康情報を得ていく中で、マスメディアや同病者との会話、家族との会話など、自分に合うと感じる情報の選別をしながら媒体経路を見つけていくことである。これは、『定期的な情報からの収集意欲を持つ』、『軽く取り扱われている情報は信用しない』、『同病者からの情報は聞いてみて良ければ使おうと思う』、『家族から現実的な教示を受ける』からなる。

「やっぱ、テレビとか……そういった処で情報得ているね。毎週月曜日に4時40分そこらから、T大学の先生が色々話されるからね。10分ほど。色々な情報を毎週かわるがわる、大体見るようにしている(ID1)」、「私は腎友会の雑誌を一生懸命読んでさ、自分なりに考えて、これはいいかな、これは悪いかと思って(ID11)」、「まあ、テレビとか、それからパソコンで検索。いろんなところで……そうだね。何でも言葉、単語が分からなければ、それを調べる。そういったことも必要かなって思うし(ID5)」、「テレビとかはあえてチャンネル変えてとかはないけど、たまたま入ったら見るけど……今は健康に関する番組とかさ、遊びじゃないけどお笑い番組と一緒にになっている感じだよね。ふざけている番組になってみえる。またBSテレビなんか見て見られ。あれ、サブリから、あれ3つ飲んだらなんやらとか、飲んだら医者行かなくていいから(ID4)」、「Hさんだけ。やっぱりあの人よく知ってるね。あの人何でも勉強しているんだね。Iさんもなんやら食べればいいって教えてくれる(ID1)」、「(薬のことなども)家族が全部調べて、それは飲んだ方がいいとか、先生が飲めって言っても、それは飲むなとか言っ。検査データも必ずチェック(ID13)」。

5. 【感覚を駆使して得た情報が健康情報としてなじむ】

加齢や糖尿病、血液透析治療に伴う合併症によって、視力や聴力などの衰えがあるが故に、さまざまな感覚を駆使しながら情報を得る。その情報が体感を通して自分の健康に有効である情報、すなわち健康情報となる経験をするこ

とである。これは、『感覚を駆使して情報を得る』、『情報が体調となじむと役立つものへと変化する』からなる。

「周りの人の事を聞くとね。ほら目が悪いから、耳がよく聞こえるでしょう。鼻も利くっていうか。だから余計(ID13)」、「(他の患者と看護師が)話しているのを聞いとるよ。なんでも聞いとって、情報入れとかんな(ID1)」、「最初は車椅子で来たり、タクシーで来たりずっとしてたん。半年ほどね。したらそのうち透析するようになったら、少しずつ(体調も)良くなつたし、歩かんといけんと思って。(中略)もう何しろ道路歩くにも信号が見えんから。信号が見えないってことは自動車の動きだけ、自動車で信号を渡る。これはダメだと思って思ったら信号を1回でも2回でも待って渡って。そうゆう……それで信号を……元気な時は数えて信号を渡るってことはなかった。でも信号はこの信号はいくつまで青になって。昼と夜とは信号の変わる長さが違う。そうゆうのも把握するようになります。(ID2)」、「雑誌見て。動けなくなったら困るから。(散歩)やってみて良かったよ。身体のもちもいいしね。続けたら変わりましたよ。30分から45分と長くするようになって。そして体も楽になってきたね。透析の日はしないけど、透析のない日にね(ID7)」。

6. 【説得力がある情報は役立つと自己判断する】

健康を保つための情報は、説得力があると印象強く、役立つ情報として認識することである。これは、『専門家の話は一般とは違ってグッとくる』、『気になる症状には具体的に情報交換をする』からなる。

「ほら、あの先生(元歯科医師の透析患者)よかったな。なるほどって言われるこという。説得力あったし。一般の情報は一般だから。あのいいことも言われるけど、あーってこともあるしね。やっぱり先生は違いますね(ID2)」、「一回腎友会で勉強の会っていうのもあったりして。精神科の先生の書かれた本が、えらく助かった(ID11)」、「この間お亡くなりになったKさんは……(透析歴)20年で……(中略)あの方と話をしていたら、(透析治療がお互い)長いですから、脊椎の腰の手術の話とか、それ以後元気でいるとか、歩いて帰っているとかどうとか色々話をしていたんですけど、長くやっている人とは、会話をしているても意味的に通じる点がありますね(ID6)」、「みんなで(情報)交換するよ。便秘の事とか、血圧のこととか、血糖値とかね。あの薬あんまりきかんぞとか、どんな薬やあの丸いのかいやつとかね。専門的なことはわからんでも形とかそんなのでね(ID4)」。

7. 【医療スタッフを値踏みしながら対応を工夫する】

医療スタッフに対して、自分にとって相談相手として利益があるかどうかを見極めながら、自分なりの判断をもって評価し、その判断をもとに健康情報に関して相談し

たり、距離をとりながら自分なりの対処をすること。これは、『医療スタッフを値踏みする』、『管理が悪い患者とレッテルを貼られないよう工夫する』からなる。

「人（スタッフ）によっても……私の場合は（区別が）ありますよ。やっぱりたくさんおられる（スタッフの）中で、中には（自分の思いを）言える、言えないとがありますよ。お話もあるし、色々……この……透析やるのもずっと見ているし。（止血のために身体を）押さえるのも見るし。そうゆう色々なことを見て判断する（ID2）」、「センター管理でテレビモニターは果たしていいのかとか。回って歩くから、あっ顔色悪いとかね。モニター管理でそんなのわかるわけない。あれは……絶対。わしら古い日本人だから、昭和の人間だからモニター管理は、ないわ（中略）やっぱり（顔を見に）回ってほしいよ。（ID4）」、「そりゃそうだろう。他の人もそんな感じなんかな……とか思うよ。先生からもリンが高かったら薬増やされるし。気を付けるにしたら……採血終わったら好きに食べるわとか。データ貰って……見て。そんなものに縛られたら長生きできんと思うよ（ID10）」、「増えてきたら、食べないようにしたりして。体重は来るとき測る。こりゃまた看護婦さんに叱られると思って、昼間少しにするわとか加減する（ID9）」。

8. 『置いていかれるデータと気持ちに困惑する』

自分の提供した情報が医療スタッフによって一方的に片付けられてしまうことから腑に落ちなさや戸惑いを感じ、知識を持つ医療スタッフとの対話の中で、患者が話すことを躊躇したりすること。

「（原因がわからないときに医療者に）言うけど、看護婦さんにすれば太っとるから、なんか水分余計にとったんじゃないとか。でも……実際太っとるから……本人がとってないと思っているのに。不思議なんだよね……（ID10）」、「あの……私自身に言わせると、そんなに余計食べているつもりもないんだけど……何が原因かねって。さ、わからん。そしたら水分かねって言われる。で、水分に片付けていくっていうか。で、次、気を付けてねって言って終わって行ってしまう（ID7）」、「そりゃ色々……（サプリメントとか）買って飲んだらいいんってことは看護婦さんに言われる。言われる看護婦さんもいるので、そしたらあんまり看護婦さんに言わなくなって。ま、看護婦さんも色々ああゆうものはいけな、こうゆうものはいけないうって勉強しとられると思うんですよ。（中略）で、ま、その……そうゆうひどい物飲んでいないので……自分じゃいいと思って飲んでいるので……そしたら……あんまりこれは、そうゆう話はせん方がいいな……ってそう思って（ID2）」。

9. 【自分なりの判断のまま実施に移る】

今の状態を良くしたいといった気持ちや積極性があり、得た情報を活用しようとする際、専門的な評価のある良い

方法をとりたいにもかかわらず、確認しないまま自分自身の身体感覚に任せて、情報を活用したり取捨したりすることである。これは、『すつといかないまどろっこしさを抱いたまましていく』、『医療者からは保証が得られないが体感で効果を実感する』、『数字と照らし合わせて自己診断する』からなる。

「ほんであの人（患者1さん）に、何やらサプリメントとか……何度かもらった事ある。そんで先生に自分勝手に飲まれんから。なんでもおらたちは食事制限とかあるから。（中略）体に悪い物じゃないんだけど、わしら色々病気あってね（ID1）」、「（昔は）看護婦さんも勉強したいから、患者さんから悩んでいることを引っ張り出して、自分も透析患者だったらそうゆうものだというを知りたいから、色々そうゆう話をするが多かったのだと思う。今はもう、看護婦さんが知識あるからもう聞かないってことがどうしてもあるのになって気がします。（ID6）」、「うーん、ラジオで聞いたことでもあるし、ま、あの……注文できないサプリメントとか色々……（目の）反射に強いものを入れたのがあるし、そういった混じったものを飲むと……感じがちょっといいんです。飲んだら分かる（見える）ようになったとかではないですけど、感じがいいから。飲んで数値に悪ければやめようって思うけど、数値に悪いものが出てきてないから飲んでるんです（ID2）」、「おらとこの女房が飲んでいて。ほったら、（青汁）飲んでみようかと。（病院で尋ねることはしなかったかとの問いに）すぐ飲んだ。それでリンがしばらくしたら上がったきて。それで青汁の影響かなって（ID12）」。

V. 考 察

本研究の分析テーマである「健康情報を活用するプロセス」に沿って分析した結果、【衰えた身体をいたわりながら療養する】を起点とし、【説得力がある情報は役立つと自己判断する】から、患者の自己判断の強弱によって2つのプロセスへと分かれ、最終的に『置いていかれるデータと気持ちに困惑する』と【自分なりの判断のまま実施に移る】といった2つのパターンによる健康情報の活用を行っていることが明らかとなった。ここでは、【衰えた身体をいたわりながら療養する】から【説得力がある情報は役立つと自己判断する】へのプロセスと、【説得力がある情報は役立つと自己判断する】を軸に、帰結へと至った2つの健康情報の活用パターンについて考察するとともに、今後の看護支援の方向性について考察する。

1. 【衰えた身体をいたわりながら療養する】から【説得力がある情報は役立つと自己判断する】へのプロセス

本研究では、患者は【衰えた身体をいたわりながら療養

する】を契機として、主体的な行動を起こそうとしていた。患者は、繰り返し行われる透析治療の中で療養していても悪くなっていく身体を認知しつつも、透析があつてこそ衰えた身体であっても維持できると感じていた。伊藤・秋元（2015）は、何らかの健康課題を抱えた成人および高齢者の主体性について「自分を知る」ことが主体性を発動するために必要な自己の存在認識のあり様と述べている（pp.7-8）。本研究においても、患者は、自分の身体認知と治療を受けながらの生への期待感から、【一生透析と付き合いっていくために透析を受け入れる】、『自分の身体に責任を持とうと意識する』といった自己の認識から意識化へのプロセスを経たと考える。田中・原田・太田（2013）は、高齢透析患者は自己の存在価値の認識をする体験により療養生活における期待を見出し、療養生活における辛さからの解放や心の安定を感じる体験をしていたと述べており（p.69）、高齢血液透析患者の主体的な行動を起こすための看護支援としては、自己の身体認知と透析治療に向き合う覚悟を促進する過程を支えることが重要であると考えられる。

また、【衰えた身体をいたわりながら療養する】から【説得力がある情報は役立つと自己判断する】へのプロセスにおいて、影響があったとされるカテゴリーは【感覚を駆使して得た情報が健康情報としてなじむ】であった。加藤（2009）は、腎不全患者の約60%に聴力障害、高齢透析患者の約39%に視力低下が見られると報告しており（p.777）、患者は、加齢や糖尿病の合併症などによる身体機能の低下があつても、周囲に対し敏感にアンテナを張るといったことや、身体が楽になる感覚を感じると情報が変化すると捉えていた。Erikson（2001）は、老年期の発達課題について、脆弱ではあるが失われていく能力をたぐり寄せて統合し、自立が困難になつても本能的に自立的であろうとすると述べている。すなわち、患者自身が全身を研ぎ澄ませながら積極的に五感を用いて持っている能力を発揮し、情報を獲得しようとしていた様相は、発達段階の上においても重要な意味を持っていたと考える。そのため、医療者は患者が主体性を持ち、情報を入手するために様々なアンテナを張り巡らせていることを理解した上でかかわっていく必要があると考える。

2. 【説得力がある情報は役立つと自己判断する】から2つのプロセスへと分かれたことについて

本研究結果では、患者の自己判断の強弱によってプロセスが異なることが明らかとなった。自己判断の弱い場合には、【医療スタッフを値踏みしながら対応を工夫する】から【置いていかれるデータと気持ちに困惑する】プロセスへと至っていた。Yuanhong, Ishikawa, Kiuchi, Nandakumar,

& Konstadina（2013）は、糖尿病性腎症により血液透析に至った患者の自己管理にはコミュニケーションと、情報を批判的に分析・活用できるスキルが影響していたと報告しており、本研究においても、医療スタッフとのコミュニケーションが影響していたと推察された。野口（2002）は、「相手を信頼していると思えるような関係、相手に信頼され、相手を信頼していると思えるような関係、そのような関係が『ケアされた』という感覚を生み出す」と述べている（p.189）。したがって、医療者は患者が選り出した情報に耳を傾け、言葉一つひとつの意味を丁寧にとらえながら、ともに評価していく協働体制の姿勢で臨むことが重要であると考えられる。

一方、患者の自己判断が強い場合のプロセスにおいては、【自分なりの判断のまま実施に移る】に向かい、体感でわかる自分のものさしや定期的に実施される検査データの良し悪しによって判断し、行動に移していた。野嶋・梶本・日野・松本・宮武他（1997）は、血液透析患者の自己決定について患者の独断で決定するスタイルを取る患者は、その決定に対して後悔の念を抱くことが多いと述べている（p.27）。さらに、透析導入後の患者によっては、自身で必要以上の制限をする、開き直って指示に従わないなどの食行動もみられるとの報告もある（塩入・岡，2018，p.42）。したがって、高齢血液透析患者に対しては、患者の主体性を認めつつ、得た情報をどのように吟味し自己決定に至っているのかを深く知るとともに、自信をもって活用できるようなかかわりが望まれる。

なお、本研究の参加者は透析歴3ヶ月から35年であり、高齢になって血液透析導入になった患者と成人期に末期腎不全となり高齢となった血液透析患者の両者を含んだフィールドであった。清水・青木（2012）は、透析歴30年以上である超長期透析患者の苦悩について、医療者とのかみ合わなさや身内への気兼ねによる【深まる孤独】によって促進されると述べている。秋澤（2016）は、長期の血液透析患者は、「長期透析症候群」と総称される特有の合併症が出現し、健康関連QOLを低下させると述べており、共通の悩みを抱くことがわかる。本研究では、ID6の患者が自分と同様に透析歴が長い患者の体験を頼りに健康情報を活用しようとしていた。田中（2012）は、血液透析患者の自己管理に関する情報獲得にはピアサポートである同病者が影響していると述べていることから、適切に健康情報が活用されるには、透析年数に応じた患者が求める情報について、ピアサポートを通して環境調整などを行い、納得して情報活用をできるような支援が求められると考える。

3. 今後の看護支援の方向性について

安食ほか（2011）は透析患者の医療・療養の自己決定に

において、透析患者の意思決定希求度には医療者と透析患者が意思決定過程を共有することが影響していることを明らかにしており、本研究にも同様の結果であったと考える。情報活用のスキルの低さは、包括的健康状況の悪化及び死亡率増加と関連する（Berkman, et al., 2011）ことから、高齡血液透析患者において、健康情報の活用を進めていくには、患者が主体的に入手した情報を適切に評価・活用できるように、医療スタッフが患者の背景を理解し、積極的にかつ丁寧に時間をかけて介入していくことが求められる。さらに、Nutbeam（2008）は適切な情報の活用は、その個人が生活する人間関係や社会環境の中で決まると述べており、山川（2015）は他の疾患と比べても患者同士のつながりが緊密な透析患者においては、患者同士のコミュニケーションが情報の交換ツールとして大きく普及し、主に患者としての経験に基づく医療情報が多くの他の患者に共有されていると述べている（p.378）。このことから、透析室といった特殊な環境も含めた情報活用のあり方の検討も必要であると考ええる。

透析技術の進歩により長期生存者が増加する一方で、透析患者のストレスや生活習慣の合併など新たな課題も生まれており、今後も患者の情報活用能力の向上は重要となり、看護が果たす役割の重要性は一層大きいと言える。したがって、患者が納得した健康情報の活用へのプロセスを辿る上で本研究結果は重要であると考ええる。

VI. 本研究の限界

本研究は、A県内の1施設でのフィールドであり、患者が入手する情報の種類や量は、個々のマスメディアからの取得状況や透析室そのものの環境、勤務する看護師の配置人数や経験年数などによって影響を受ける。さらに、研究対象者の罹病歴が幅広いことから、一般化には限界がある。

要 旨

本研究は、65歳以上の血液透析患者13名を対象に半構造化面接を行い、M-GTAを用いて分析した。その結果、高齡血液透析患者の健康情報を活用するプロセスは、19の概念からなる7つのカテゴリーと2つの概念によって説明できた。患者は、【衰えた身体をいたわりながら療養する】から始まり、お気に入りの情報入手ルートで得た情報の中から自分にとっての確かな情報を選び出し、【説得力がある情報は役立つと自己判断する】ようになる。この自己判断の強弱によって【医療スタッフを値踏みしながら対応を工夫する】ことで【置いていかれるデータと気持ちに困惑する】プロセスと、【自分なりの判断のまま実施に移る】プロセスに分岐していた。

以上より、高齡血液透析患者の健康情報を入手する主体的な行動と、活用に至るための課題およびその支援方法が示唆された。

結 語

本研究において、高齡血液透析患者が健康情報を活用するプロセスにおいては19の概念から生成された7つのカテゴリーと2つの概念が生成された。健康情報を活用するプロセスとは、【衰えた身体をいたわりながら療養する】から始まり、お気に入りの情報入手ルートで見つけた情報の中から、説得力のある情報を選び出し、【説得力がある情報は役立つと自己判断する】を経て、患者の自己判断の強弱によって『置いていかれるデータと気持ちに困惑する』と、【自分なりの判断のまま実施に移る】プロセスに分かれ、健康情報の活用を行っていることが明らかとなった。したがって、高齡血液透析患者の健康情報の活用を促進していくためには、医療スタッフは患者の個性に沿って、納得した意思決定ができるようなかわりが重要であることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご多用中にもかかわらず参加することを快諾し、ご自身の貴重な体験の数々を語ってくださいました患者様方に厚く御礼申し上げます。研究の主旨をご理解いただき、調査を行う上で多大なるご協力を頂きました。皆様に、深く感謝申し上げます。

なお、この論文は平成29年度金沢大学大学院医薬保健学総合研究科博士前期課程の学位論文として提出し、第21回日本腎不全看護学会学術集会で発表したものに加筆・修正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。

Abstract

This study, semi-structured interviews were conducted on 13 hemodialysis patients aged 65 years or older and analyzed using M-GTA. As a result, the process of how elderly hemodialysis patients use health information could be explained in accordance with seven categories consisting of 19 concepts along with 2 other concepts. Patients start by “recuperating while taking care of their weak bodies,” then select reliable information for themselves obtained via their preferred routes, and “make a self-determination that this convincing information is useful.” Upon evaluating the medical staff and considering the countermeasures depending on the strength of this self-determination, the process was divided into “embarrassed by the remaining data and their feelings” and “Transfer to your own.” From the above, it was suggested that elderly hemodialysis patients take independent action in order to obtain information on health, along with the issues regarding using this information and ways of supporting the use thereof.

文 献

- 秋澤忠男 (2008). あゆみ 維持透析療法：治療・管理の進歩. 医学のあゆみ, 227(6), 419.
- 秋澤忠男 (2016). 腎不全看護第5版. 128, 東京：医学書院.
- 安食和子, 丸山祐子, 原田孝司, 船越 哲, 井上範江, 分島るり子, 古島智恵 (2011). 透析看護 慢性腎不全患者の医療・療養における意思決定についての検討. 日本透析医学会雑誌, 44(2) 153-161.
- Erikson, E.H., & Erikson, J.M. (1983)／村瀬孝雄・近藤邦夫訳 (2001). ライフサイクル その完結 増補版. 東京：みすず書房.
- 春木繁一 (1982). 透析患者の心理と精神症状, (2), 1-9, 東京：中外医学社.
- 春木繁一 (2010). 透析患者のこころを受けとめる・支える：サイコネフロジーの臨床. 30-82, 東京：メディカ出版.
- 林 一美 (2004). 透析療法期にある糖尿病患者の病の受け止めと援助の方向性. 日本腎不全看護学会誌, 6(2), 66-72.
- 広瀬寛子 (2004). 透析療法の理解とケア. 岩満裕子 (編), 透析療法の理解とケア (190). 東京：学研メディカル秀潤社.
- 本多雅亮, 松原龍也, 有元克彦 (2017). 5. 臨床心理士からみた透析患者の心—第61回日本透析医学会学術集会・総会ワークショップより—. 日本透析医学会雑誌, 50(3), 186-187.
- Inagaki M, Hiramatsu T, Matsui K, Nakamura N, Kawamura K (2001). Evaluation of the methods for education and psychological support of patients with diabetic renal failure: Evaluation based on psychological characteristics. *Memoirs Health Sci Kanazawa Univ*, 24, 67-75.
- 伊藤真理, 秋元典子 (2015). 看護学領域における主体性の概念分析. 日本クリティカルケア看護学会誌, 11(3), 1-10.
- 加藤明彦 (2009). 実践高齢者透析Q&A 高齢者腎不全における身体的・精神的特徴について教えてください. 腎と透析, 66(5), 777-778.
- 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. 東京都：弘文堂.
- 厚生労働省 (2012). 健康日本21 (第二次), 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 2-6. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf (検索日 2019年 8月12日)
- Lai Alden Yuanhong, Ishikawa Hirono, Kiuchi Takahiro, Mooppil Nandakumar, Griva Konstadina (2013). Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. *Patient education and counseling*. doi:10.1016/j.pec.2012.12.018 (参照2019年 8月12日)
- Nancy D. Berkman, Stacey L. Sheridan, Katrina E. Donahue, David J. Halpern, & Karen Crotty (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- 日本透析医学会 (2013). 維持血液透析ガイドライン：血液透析処方. 日本透析医学会雑誌, 46(7), 587-632.
- 日本透析医学会 (2018). 図説わが国の慢性透析療法の現況 (2017年12月31日現在). <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2017/pdf/2.pdf> (検索日2019年 8月12日)
- 野口裕二 (2002). 物語としてのケア：ナラティブ・アプローチの世界へ. 第10章 物語としてのケア. 第1版, 189, 東京：医学書院.
- 野嶋佐由美, 梶本市子, 日野洋子, 松本幸子, 宮武陽子 (1997). 血液透析患者の自己決定の構造. 日本看護科学学会誌, 17(1), 22-31.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promot Int*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- 清水詩子, 青木菰子 (2012). 超長期透析患者の抱える苦痛の形成過程. 日本腎不全看護学会誌, doi:<https://doi.org/10.11477/mf.7003100489> (参照2019年 8月12日)
- 塩入輝恵, 岡 純 (2018). 外来維持透析患者のヘルスリテラシーに関する研究：食行動改善支援のためのアセスメント. 東京家政大学研究紀要, 58(2), 31-44.
- 田中順也 (2012). 透析患者に対するピアサポートの実践 (1) 看護師の立場から. 臨牀透析, 28(4), (6-1).
- 田中紀子, 原田小夜, 太田節子 (2013). 高齢透析患者の療養生活における体験の意味づけ. 聖泉看護学研究, 2, 69-81.
- 山川智之 (2015). 透析医療はインターネットとどう付き合うべきなのか. 日本透析医学会雑誌, 30(3), 377-379.

[2019年 6月17日受 付]
[2020年 1月31日採用決定]

テキストマイニングを用いた日本の論文の 事前指示に関する質問項目内容の可視化

Content Visualization of Advance Directives in Japanese Articles Using Text Mining

辻 麻由美 吉 田 浩 二
Mayumi Tsuji Kouji Yoshida

キーワード：事前指示, 高齢者, 終末期医療・介護, テキストマイニング

Key Words: advance directives, old adults, terminal care, text mining

緒 言

わが国は、2007年に超高齢社会を迎え、2017年の時点で高齢化率27.7%、平均寿命は2016年現在で男性80.98歳、女性87.14歳と延伸し（内閣府、2018）、多死社会に突入した。自宅死を希望する国民が54.6%いるなか（内閣府、2017）、死亡場所の75.8%は病院や診療所であり（厚生労働省、2017a）、希望する場所で最期を迎えることは難しい現状がある。日本は死亡者数の約8割が65歳以上の高齢者で、その死因は、悪性新生物、次いで心疾患や肺炎などの非がん疾患である。非がん疾患の場合、高齢者が基礎疾患を複数抱えるなどの健康状態の影響から予後予測が難しくなる（宮下・柴・下川、2012）。また、認知症などで意思決定が確認できない場合は、医療者の治療中止の判断が困難となることがある（古家・久保田・木下、2010）。不明な予後予測や無益な延命治療、医療・介護従事者の人材不足などの問題は、高齢者の生活の質を低下させる。今後のわが国は、病院といった医療機関をはじめ、高齢者施設や自宅などまで死を迎える場所が多様化し、終末期医療・介護の整備がされていない施設で最期を迎える可能性がある。

人生の最終段階における治療の開始・不開始および中止などの医療のあり方は以前より課題となっているが、看取り場の多様化に応じ、医療・介護を含めた地域包括ケアの活用、アドバンス・ケア・プランニング（advance care planning: ACP、以後ACPと表記する）の概念を踏まえて、最期まで本人の意思を尊重できるようなケアの提供が重要視されている。そのため、ACPの普及・啓発活動が各地で取り組まれている状況にある。ACPとは、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスである（木澤、2017）。本人や家族らと医療・ケアチームが、蘇生処置や人工栄養などの選択についてそれぞれの立場から、希望する最期に向けて何

度も話し合いを重ねて合意形成することが重要になる。そして、自分が意思決定できなくなったときに備え、どのような医療・介護を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくこと、いわゆる事前指示書の作成については、66.0%の国民が賛成している（厚生労働省、2017b, p.40）。半数以上の国民が自分の希望する最期を迎えたいと意思表示しており、病院や高齢者施設で、入院・入所時に延命治療に関する事前指示が実際に実施されている。しかし、その事前指示の利用状況は、病院20.9%や診療所8.3%、介護老人保健施設35.7%、介護老人福祉施設49.0%と5割に満たない状況となっており（厚生労働省、2017b, p.111）、国民の希望する終末期医療・介護の実践に向けた取り組みは喫緊の課題といえる。これまでの先行研究では、高齢者を対象とした事前指示の認識や普及に関する内容はみられる（濱吉・河野、2012；杉野・奥山・道繁・甲谷、2015）。一方、各医療・福祉機関における事前指示の項目内容を明らかにした研究報告はみあたらない。看取り場が多様化するなか、これまで生活していた自宅ではなく、病院や高齢者施設などで終末期を迎える高齢者に対して、医療・看護関係者らはどのような説明を行っているのか、事前指示の項目内容は各施設で共通事項なのか、特に患者や家族ら当事者にとってどのような内容が話し合いで必要なのかを検討していくことが、今後の高齢者の尊厳ある死へのサポートにつながると考える。そのためには、ケアを受ける側の患者や家族に対して、医療・看護関係者側の視点からの実際の関わりに着目し、現状を明らかにすることが先決と考える。

そこで、本研究では、日本で実施され、公表されている終末期医療・介護の希望を意思表示する事前指示に関する過去の研究論文から、事前指示に関する項目内容の特徴を可視化することを目的とした。

I. 研究方法

1. 用語の定義

1) 事前指示：近い将来の死が避けられないと判断される状況で本人の意思確認ができなくなった場合を想定して、起こり得る諸状況に対して本人がどのような治療を希望するか・しないかを予め指示する部分（内容指示）、および、そうなった時点で自分の代理人として個別の意思決定に参加する者を予め指定する部分（代理人指定）の双方ないし片方から構成される本人の意思表示であり、通常、文書として作成される（清水，2015）。

2. 方 法

2019年1月28日に医学中央雑誌Web版（以下、医中誌Web）を使用し、「高齢者」「患者による事前指示／事前指示書」を検索キーワードに、検索時点までのすべての原著論文を対象として検索した。該当する論文の内容を確認し、研究対象者が日本人であり、かつ医療・看護関係の専門職以外で、終末期医療・介護を受ける側の患者や家族らであるものを対象とした。

本研究は該当した論文の本文内にある事前指示に関する質問項目内容を可能な限り抽出し、テキストマイニングを用いて分析した。抽出した質問項目内容で使用されている単語の頻度や単語間の距離（Jaccard係数）、出現パターンを、共起ネットワークや階層的クラスター分析により明らかにした。

3. 分析手順

該当論文より、文献内の事前指示に関する質問項目内容の文章を変更することなく忠実に抽出し、計量的分析手法（KH Coder3：テキストマイニングができるフリーソフト）（樋口，2019）を用いて多変量解析した。テキストマイニングとは、分析対象のテキストデータの中で使用されている単語の回数や品詞の種類、単語間の関係性などに注目して、統計的手法を用いて計量的に解析を行う方法である（鈴木，2018）。最初に、文書の単純集計を確認し、抽出語リストで出現回数の多い語を確認した。次に、「共起ネットワーク図」を作成し、共起関係を確認した。そして、抽出語からの「階層的クラスター分析」を実施し、デンドログラムをもとに、階層的クラスター分析で出現したコードの文書内容の確認を行った。KH Coder3の操作に関する設定条件は以下のようにした。

共起ネットワーク

集計単位：段落、最小出現数5回、描画する共起関係（edge）の選択はJaccard係数=.20以上

階層的クラスター分析

集計単位：段落、最小出現数5回、方法はWard法、距離はJaccard係数、クラスター数はAuto

4. 倫理的配慮

本研究は、人を対象としておらず倫理的配慮は生じないが、著作権や盗用などの面に留意した。

II. 結 果

1. 対象文献の概要

キーワード検索の結果、2018年1月28日時点までに医中誌から発行されている原著論文は46件であった。さらに、研究対象が医療・看護関係者のものを除外した結果、2004～2018年までの19件が該当した。19文献の概要を表1に示す。量的研究17件（文献No. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19）、質的研究2件（文献No. 3, 14）であった。量的研究は、質問調査研究であり、そのうち3件は事前指示に関する啓発講演などの前後での認識の変化を調査していた。研究対象は、高齢者大学参加者、地域住民、市民公開講座参加者、老人クラブ会員、有料老人ホーム入居者、居宅介護支援事業所デイサービス利用者、患者（がん患者、非がん疾患患者）と様々であったが、全国調査はなかった。2010年からは「終末期の治療方針や延命治療の選択を誰に任せたいか」などの代理意思決定に関する質問項目が出現した。また、終末期の治療に関する質問項目だけでなく、死生観や終活への関心などの項目も出現した。

テキストマイニングの結果、文書数は122文、すべての語の延べ数を示す総抽出語数（使用語数）は2,556（1,188）語、何種類の語が含まれているかを示す異なり語数（使用語数）は516（392）語であった。なお、（使用語数）は助詞や助動詞のように、どのような文章の中にでもあらわれる一般的な語をKH Coderが認識して除外した結果、使用されている語数を示す（樋口，2015，p.125）。

出現回数の多かった上位の頻出語（最小出現回数5回以上）を表2に示す。上位10位の抽出語（出現回数）は、希望（27）、家族（26）、治療（26）、終末（25）、医療（22）、意思（20）、指示（20）、事前（19）、延命（17）、死（17）であった。

2. 事前指示に関する質問項目内容の共起ネットワーク図と階層的クラスター分析の結果

事前指示に関する質問項目内容の共起ネットワーク図を図1に示す。共起ネットワークでは、『望む』を中心に「蘇生（Jaccard=.30）」「心肺（Jaccard=.27）」「治療（Jaccard=.25）」「延命（Jaccard=.21）」が、『栄養』を中心に「人工（Jaccard=.47）」

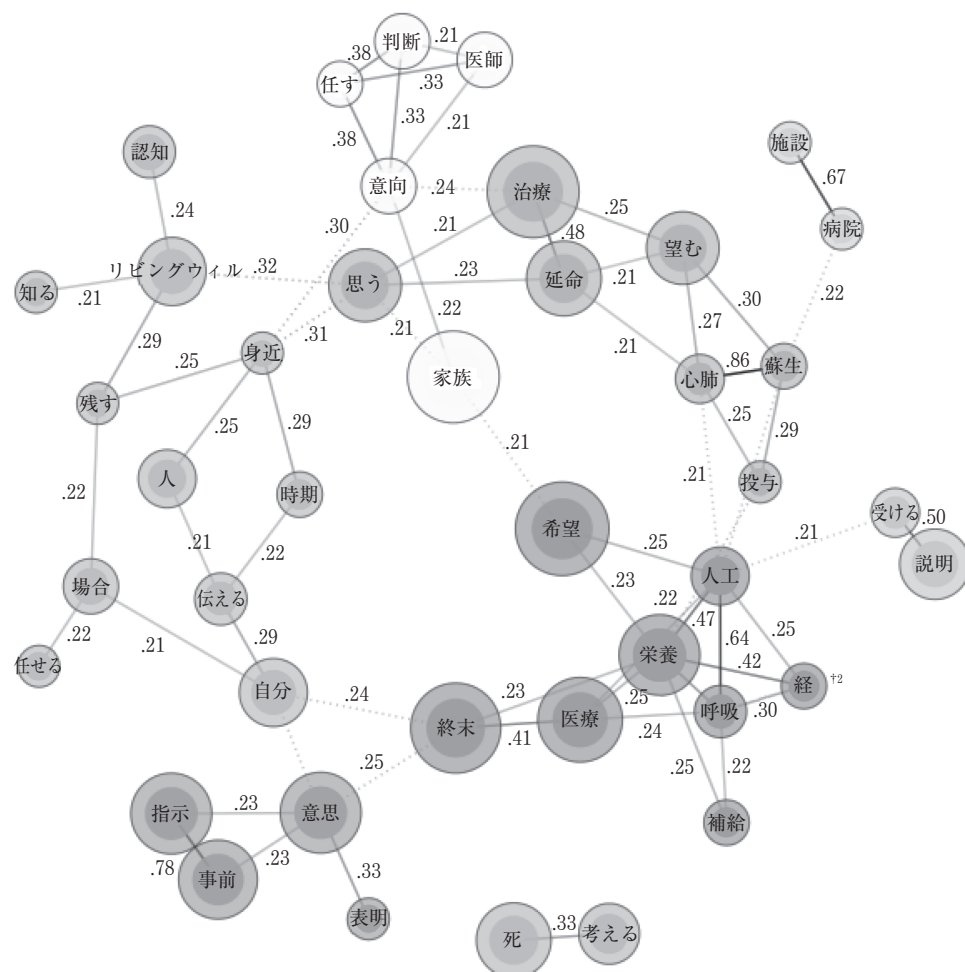
表 1 19文献の概要

No	著者名(発行年)	研究対象者	研究デザイン・データ収集	主な質問内容
1	赤津ほか(2018)	事前指示等に関する啓発講演会に集まった地域住民男女35名	準実験研究・講演前後で質問紙調査	要介護になったとき(自宅で家族による介護を希望/自宅でヘルパーによる介護を希望/専門施設での介護/実感がなく考えていない)
2	濱吉ほか(2018)	A市の高齢者大学参加者77名	準実験研究・視聴覚教材視聴前後で質問紙調査	事前指示に関する事前知識の有無, 事前指示作成者の有無, 事前指示書知識度尺度, 事前指示態度尺度
3	石黒ほか(2018)	意思表示が困難な療養者を在宅介護する主家族介護者1名	質的記述的研究・半構造化面接	療養者とのコミュニケーションの取り方, 意思決定にかかわるエピソードとそれに対する感情や療養者の反応
4	住谷ほか(2018)	呼吸器内科病棟で死亡した担当がん患者とICU死亡者, 転科した人を除く非がん慢性呼吸器疾患患者	実態調査研究・後ろ向き調査	入院前・後DNAR確認
5	岡本ほか(2017)	65歳以上で老人クラブに所属する都市A400名と地方B160名	実態調査研究・質問紙調査	死生観(死を考える頻度等), 終活の関心(体験しておきたいことのリストを作成, 希望する医療・介護サービスを決めておく等), 終活環境(相談の場所があるか, 相談できる人がいるか)
6	宮本ほか(2016)	地域で自立した生活を営む単独で外出可能な60歳以上134名	実態調査研究・質問紙調査	AHNに対する事前の意思(決められる, 何れかのAHNを望む, AHNの全てを望まない, 決められない)
7	西岡ほか(2016)	市民公開講座に参加した一般市民210名	実態調査研究・質問紙調査	リビングウィルや尊厳死の宣言書を知っているか/作成しているか, 終末期の治療方針を決めるのは誰が適当かの選択: 自分/家族/担当医/その他, 終末期に希望する栄養補給の選択: 経口摂取だけか/他の処置も希望するか, 自分の場合と家族の場合ではどうか
8	有田ほか(2015)	県内4病院における加療中の外来患者195名	実態調査研究・質問紙調査	あなたが終末期になって自分の意思や指示を伝えることができなくなったとき, あなたの意思や指示を考え伝えてもらう代理の人を選ぶとしたらどなたになりますか, 事前指示はどのような伝え方をすべきでしょうか, 事前の意志や指示は死に至るまで, 繰り返して見直すことになるのだと思いますが, まず最初にその意思や指示を表明する時期としては, いつの時期が好ましいとお考えでしょうか(複数回答)
9	猪飼ほか(2015)	1病院で外来通院中のCOPDまたは慢性間質性肺炎患者21名	実態調査研究・質問紙調査	呼吸困難などの苦痛軽減のために医療用麻薬などによる緩和医療を希望するか, 気管内挿管による人工呼吸管理を希望するか心肺延命処置を希望するか, 終末期医療に関する意思決定への主観的関与を希望または家族に任せることを希望した患者に自由記述
10	鳥田ほか(2015)	都内の高齢者で急性期病院の外来通院患者968名	実態調査研究・質問紙調査	終末期医療の希望に関する家族や友人とのコミュニケーション, 終末期における延命医療/人工栄養の希望/代理決定者の有無, 死について考えることを避けている, 死への関心がある
11	塩谷(2015)	T地方H市の老人クラブ会員22名	介入研究・講演会前後で質問紙調査	延命治療の意向に関する相談の有無, リビングウィルの認知・関心
12	Hamayoshi(2014)	A市の民生委員81名とB市の民生委員60名	準実験研究・質問紙調査	事前指示知識度尺度(正確さを高めるために, 病気になったらすぐに事前指示書を作成することが必要である/事前指示書は治療拒否をするために活用されるものである等), 事前指示態度尺度(事前指示書は, 生きる希望や必要な医療ケアを私から奪うものではない/自分自身の価値観や人生の目的に沿って, 終末期の治療が判断されるために事前指示書は必要である等)
13	塩谷(2014)	A県H市内有料老人ホーム入居者29名とデイサービス利用者16名	準実験研究・リビングウィル啓発活動前後の質問紙調査	リビングウィルとは自分が将来何らかの病気にかかり, 意思表示ができなくなった場合の終末期に備えて, 自分はどうような医療をして欲しいかを文書に残しておくことですが, あなたはこのようなことに関心がありますか(全く関心がないと思う/関心がない/どちらでもない/関心がある/非常に関心があると思う)
14	塩田ほか(2013)	90歳の夫婦(妻A, 夫B)	症例研究	これからの人生で大事にしたいもの, 誰に介護してもらいたいのか, 誰を頼りにしているのか, 誰とどこで生活したいのか, 死後の法要に関し誰にどのように託したいのか, 死後の財産をどのように処理したいのか
15	佐藤ほか(2011)	A病院で心肺蘇生術などの治療希望の申請書に署名した患者98名と同時期に署名しないで死亡退院した患者165名とその家族	実態調査研究・後ろ向き調査, 質問紙調査	心肺蘇生術[望む/望まない/わかりません], 緩和的な治療のみを望みます, 病状説明は理解できましたか[はい(まあまあ)/いいえ(あまり)/どちらでもない], 病状について相談しやすかった人(複数回答), 以前患者と終末期について話した経験[ある/ない/わからない], 以前に終末期の説明を受けた経験[はい/いいえ/わからない], 説明を受けた場所は?[〇〇病院/その他病院/診療所・往診]
16	古家ほか(2009)	知人の一般健常者男女96名	実態調査研究・質問紙調査	リビングウィルという言葉聞いたことがあるか, 認知症と判断されたら死を連想するか, 認知症の場合リビングウィルは必要だと思うか, 認知症の場合リビングウィルは必要だと思わないと答えた方は治療方針や延命治療の選択を誰に任せたいか
17	佐藤ほか(2008)	A病院療養病棟・回復期リハビリテーション病棟の入院患者338名	実態調査研究・質問紙調査	今までに終末期に関して話したことがあるか, 入院時に終末期に関して考えたか, 退院後終末期に関して家族で話したか, 人工呼吸器・経管栄養について説明を受けたことがあるか, 終末期について説明を受けたいか
18	平川ほか(2007)	療養病床群1施設に新規入院した患者70名	実態調査研究・後ろ向き調査	心肺蘇生の希望, 急性期病院への転院への希望
19	松井ほか(2004)	A市・B市の65歳以上の老人クラブ会員286名と279名	実態調査研究・質問紙調査	リビングウィルの認知度(よく知っている/聞いたことはある/全く知らない), 延命治療の意向: 心肺蘇生法(希望する/医師の判断に任す/家族の意向に任す)

表2 テキストマイニングの結果（上位頻出語）

上位の頻出語（最小出現回数 5 回以上）					
抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
希望	27	考える	11	任す	6
家族	26	人	10	補給	6
治療	26	人工	10	関心	5
終末	25	意向	9	決める	5
医療	22	医師	9	作成	5
意思	20	場合	9	残す	5
指示	20	判断	9	施設	5
事前	19	有無	9	場所	5
延命	17	呼吸	8	身近	5
死	17	伝える	8	相談	5
思う	16	認知	8	知る	5
望む	16	受ける	7	投与	5
説明	15	心肺	7	任せる	5
リビングウィル	14	経 ^{†1}	6	表明	5
自分	14	使用	6	病院	5
経験	12	時期	6		
介護	11	蘇生	6		

[注] †1：「経」は経管栄養を示すが、経管や経鼻、経腸が含まれる。



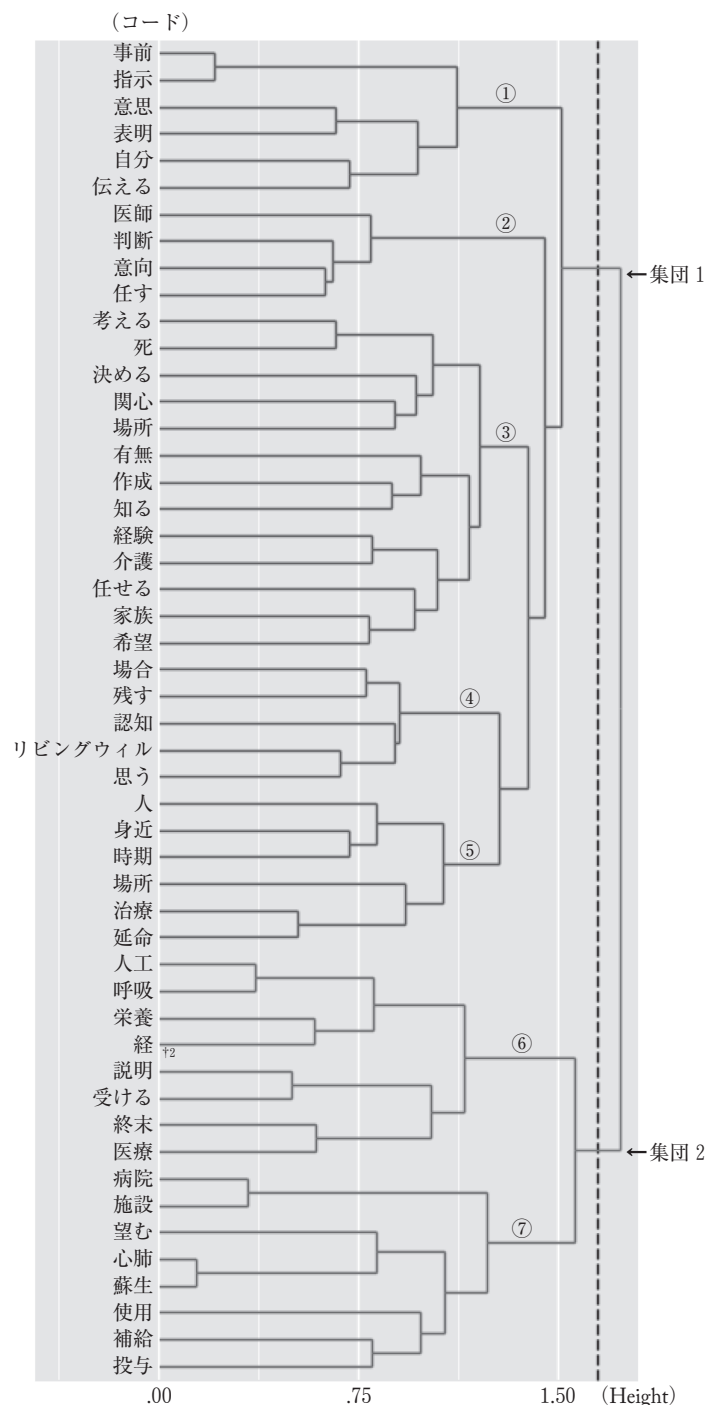
[注] †1：図中の数値はJaccard係数 $\leq .20$ を示す。また、語の出現数に応じて円のサイズも大きくなる。
 †2：「経」は経管栄養を示すが、経管や経鼻、経腸が含まれる。

図1 事前指示に関する質問項目内容の共起ネットワーク図^{†1}

「経 (Jaccard=.42)」 「呼吸 (Jaccard=.33)」 「医療 (Jaccard=.25)」 「補給 (Jaccard=.25)」 「終末 (Jaccard=.23)」 「希望 (Jaccard=.23)」 が、『意向』を中心に「任す (Jaccard=.38)」 「判断 (Jaccard=.33)」 「家族 (Jaccard=.22)」 「医師 (Jaccard=.21)」 が共起関係にあった。表 2 で示した、上位 5 語の、「希望」「家族」「治療」「終末」「医療」では、「希望」と特に共起関係の強かった語は「人工 (Jaccard=.25)」 「家族」と特に共起関係の強かった語は「意

向 (Jaccard=.22)」 「治療」と特に共起関係の強かった語は「延命 (Jaccard=.48)」 「終末」と特に共起関係の強かった語は「医療 (Jaccard=.41)」 であった。テキストデータの主な内容には、「人工呼吸器や人工栄養の希望」 「家族の意向に任す」 「延命治療」や「終末期医療」があった。

事前指示に関する質問項目の階層的クラスター分析によるデンドログラムを、図 2 に示す。クラスター切断箇所を



[注] †1: 数値は類似度の高低を示し低いほど語の距離が近い。破線はクラスター切断箇所を示す。

図中の①～⑦は7つのクラスターを示す。

†2: 「経」は経管栄養を示すが、経管や経鼻、経腸が含まれる。

図 2 事前指示に関する質問項目の階層的クラスター分析によるデンドログラム^{†1} (ウォード法, Jaccard 距離)

示す破線から、階層的クラスター分析は①から⑦の7クラスターに分類され、最終的に2つの集団に分類された。1つめの集団は、クラスター①から⑤までによって形成され、2つめの集団は、クラスター⑥と⑦によって形成されていた。

階層的クラスター分析で得られた各コードのテキストデータ内容を確認し、事前指示に関する質問内容の例を表3に示す。

クラスター1のコードでは、「事前or指示or意思or表明or自分or伝える」が出現し、質問内容例は「終末期医療におけるなんらかの指示や意思（事前指示）をあなたは前もってどなたかに表明される意思があるでしょうか」「な

んらかの終末期医療における意思や指示をどなたかに伝えてありますか」「事前指示はどのような伝え方をすべきでしょうか」などがあった。

クラスター2のコードでは、「医師or判断or意向or任す」が出現し、質問内容例は「心肺蘇生法・人工呼吸器・人工栄養を医師（家族）の判断に任す」「医師（家族）の意向に任す」があった。

クラスター3のコードでは、「考えるor死or決めるor関心or場所or有無or作成or知るor経験or介護or任せるor家族or希望」が出現し、質問内容例は「死生観：死を考える頻度、死について話す機会、死への不安の程度、希望する死を迎える場所」「自分の死を伝える友人リストの作成、

表3 事前指示に関する質問項目の階層的クラスター分析による集団とコードおよび質問内容例

集団	コード	質問内容例
事前指示の意思表明	1. 事前or指示or意思or表明or自分or伝える	➤ 事前指示の支持・不支持 ➤ 事前指示について聞いたことがある ➤ 終末期医療におけるなんらかの指示や意思（事前指示）をあなたは前もってどなたかに表明される意思があるでしょうか ➤ なんらかの終末期医療における意思や指示をどなたかに伝えてありますか ➤ 事前指示はどのような伝え方をすべきでしょうか
	2. 医師or判断or意向or任す	➤ 心肺蘇生法・人工呼吸器・人工栄養を医師（家族）の判断に任す ➤ 医師（家族）の意向に任す
	3. 考えるor死or決めるor関心or場所or有無or作成or知るor経験or介護or任せるor家族or希望	➤ 死生観：死を考える頻度、死への関心、死について話す機会、死への不安の程度、希望する死を迎える場所 ➤ 葬儀の内容を決めておく、お墓のことを決めておく ➤ 自分の死を伝える友人リストの作成、体験しておきたいことのリストの作成、自分史の作成 ➤ 終末期における代理決定者の有無 ➤ 過去に事前指示を書いたことのある人を知っている ➤ 介護に関わる経験、希望する介護サービス、要介護になったとき自宅で家族による介護を希望、自宅でヘルパーによる介護を希望、専門施設での介護を希望 ➤ 資産管理や治療判断を任せたい人がいる、尊厳死の希望や「最期」を迎えたい場所を家族に任せる
	4. 場合or残すor認知orリビングウィルor思う	➤ 認知症になったとき考えておきたい ➤ リビングウィルの認知・関心 ➤ あなたはご家族や身近な方にリビングウィルを文書にして残しておきたいと思いますか ➤ リビングウィルなどの記載用紙が、施設や病院で用意されていたとしたら、利用したいと思いますか ➤ あなたがリビングウィルを書いていたら、医師はその内容を尊重してくれると思いますか
	5. 人or身近or時期or相談or治療or延命	➤ 延命治療の意向を家族や身近な人に相談したいと思いますか ➤ 事前の意思や指示は死に至るまで、繰り返して見直すことになるのだと思いますが、まず最初にその意思や指示を表明する時期としては、いつの時期が好ましいとお考えでしょうか
延命治療	6. 人工or呼吸or栄養or経 [†] or説明or受けるor終末or医療	➤ 延命治療の意向：心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器、昇圧剤の投与などの医療行為、点滴による水分補給・栄養補給、胃瘻による水分・栄養補給、鼻チューブによる水分・栄養補給、高カロリー輸液 ➤ 終末期に受けたくない医療行為の選択：経管栄養、抗生剤治療、人工呼吸、気管切開、心臓マッサージ、手術、化学療法（抗がん剤）、放射線療法 ➤ 医療用麻薬（モルヒネなど）による緩和医療を希望するか
	7. 病院or施設or望むor心肺or蘇生or使用or補給or投与	➤ もしものときの延命治療について：自宅、施設療養でも総合病院への救急搬送を望む、回復の見込みがない状況のとき延命治療を望む、心肺蘇生を望む、高額治療や外科的処置など積極的医学的治療を望む ➤ 家族の顔が分からなくなっても延命治療を望む ➤ 終末期に希望する栄養補給法の選択（経口摂取だけか他の処置も希望するか）

[注] † 1：「経」は経管栄養を示すが、経管や経鼻、経腸が含まれる。

体験しておきたいことのリストの作成、自分史の作成」「要介護になったとき自宅で家族による介護を希望、自宅でヘルパーによる介護を希望、専門施設での介護を希望」などがあった。

クラスター4のコードでは、「場合or残すor認知orリビングウィルor思う」が出現し、質問内容例は「あなたのご家族や身近な方にリビングウィルを文書に残しておきたいと思いませんか」「リビングウィルなどの記載用紙が、施設や病院で用意されていたとしたら、利用したいと思いませんか」などがあった。

クラスター5のコードでは、「人or身近or時期or相談or治療or延命」が出現し、質問内容例は「延命治療の意向を家族や身近な人に相談したいと思いませんか」「事前の意思や指示は死に至るまで、繰り返して見直すことになるのだと思いますが、まず最初にその意思や指示を表明する時期としては、いつの時期が好ましいとお考えでしょうか」があった。

クラスター6のコードでは、「人工or呼吸or栄養or経or説明or受けるor終末or医療」が出現し、質問内容例は「終末期に受けたくない医療行為の選択：経管栄養、抗生剤治療、人工呼吸、気管切開、心臓マッサージ、手術、化学療法（抗がん剤）、放射線療法」「医療用麻薬（モルヒネなど）による緩和医療を希望するか」などがあった。

クラスター7のコードでは、「病院or施設or望むor心肺or蘇生or使用or補給or投与」が出現し、質問内容例は「もしものときの延命治療について：自宅、施設療養でも総合病院への救急搬送を望む、回復の見込みがない状況のとき延命治療を望む、心肺蘇生を望む、高額治療や外科的処置など積極的医学的治療を望む」「終末期に希望する栄養補給法の選択（経口摂取だけか他の処置も希望するか）」などがあった。

Ⅲ. 考 察

近年、本人が希望する最期に向け、本人や家族ら、終末期に関わる医療・看護関係者が話し合いを重ねるACPが重要視されている。なかでも事前指示は、人々が希望する終末期医療・介護の意思表示となる。そこで今回、医療関係者の視点から、患者や家族らの事前指示に関する質問項目内容にどのようなものがあるのかを明らかにするため、現在までにおける日本の研究発表論文を調査した。

1. 事前指示に関する過去の研究の特徴

本研究で調査対象となった集団は、健康な一般市民のほか、がん患者や非がん疾患患者など様々であった。事前指示書の作成には半数以上の国民が賛成しており、終末期医

療の決定において重要な役割を果たすものである。しかし、健康な人と死の宣告を受けた人では、事前指示書の内容は異なってくると考える。先行研究では、事前指示書作成における障壁について、事前指示を求めることで家族に死を促していると誤解されることへの不安や、事前指示書のすべての項目に記載することへの抵抗があること（Hirayama, Otani, & Matsushima, 2017）を報告している。人工呼吸や心臓マッサージといった延命治療の希望に関してあらかじめ選択することはできるかもしれないが、特に高齢者の場合は個々の健康状態が基礎体力や罹患疾患などにより異なるため、無益な延命治療となる場合もある。逆に、状況によっては治療で奇跡的に改善する可能性もある。そして、認知症を患っている場合は、認知症症状の進行具合や身体兆候を捉えることが難しいため、事前指示の作成に抵抗を生じる可能性があり、結果的に事前指示を示さないことにもつながる。したがって、必ずしも一時点における調査が、これまでの事前指示の一般的な項目だけで、終末期医療・介護の希望について満足できる選択につながる材料になるとはいえず、今後は、横断研究だけでなく研究対象者の健康レベルに応じた縦断研究や質的研究によって、本人や家族らの意向に寄り添えるように、症例を含めた具体的な内容の調査が必要であると考えられる。

事前指示に関する質問項目には、全体を通して延命治療の選択に関するものが目立ったが、2010年以降の論文では代理意思決定の確認に関する質問項目もみられるようになる。2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省、2007）や、「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）」（日本救急医療学会、2007）が発表され、本人の意向が確認できない場合は、本人のリビングウィルを家族らへ確認することが明記されている。終末期にある患者がどのような最期を迎えたか、本人の意向に沿うためには家族らの意見と決定が重要になる。また、2010年に改正臓器移植法が施行され、本人の意思が不明な場合、家族の承諾で臓器提供が可能となった。このような時代背景から、代理意思決定の確認についての質問の重要性が注目され始めたと考えられる。

2. 事前指示の意思表示と延命治療に関する特徴

事前指示の質問項目の階層的クラスター分析によるデンドログラムの結果から、7つのクラスターが確認され、それらは大きく2つの集団に分類された。

1つめの集団は、クラスター①から⑤までによって形成されており、事前指示の意思表示や判断を誰に任せるか、死生観や死への準備行動、終末期介護の希望、リビングウィルへの認知・関心、延命治療の相談時期など、実際に意思表示の現状や、個人の終末期医療・介護に対する考

えをより具体的に確認できる項目であった。個人の死生観や死への準備行動がどのような状況にあり、その思いが尊重された終末期医療や介護に対する考えとして、何を終末期医療・介護で希望するのか、必要な意向表明や態度をいつ、誰に、何を実際に伝え、委ねるのかといった、本人が希望する最期の過ごし方の意向を、より具体的に尊重できる質問項目内容であると考えられる。しかし、先行研究では、都市と地方で終活の現状が異なり、病状告知や延命処置、死を迎える場所に対する意思表示について、ある地方においては行う意思はないと答えている高齢者もいる（岡本島田・齋藤, 2017, p.66）。住環境や家族関係などの影響から、本人一人では判断できない問題などがあると考えられる。何が本人の意向に沿った最期であるのか、今後は地域特性を踏まえて終末期医療・介護の認識などの実態を把握したうえで関わりも必要になる。また、本研究で該当した文献では、「事前指示はどのような伝え方をすべきでしょうか」などと事前指示に関して文書だけでなく口頭で伝えたり、医師に相談するなど、どのようなかたちで残すことがよいかの確認も行っていた。事前指示書は一度の作成で終わるのではなく、どのようなかたちで残すことでより意思が伝えられるか、また、伝えるタイミングをいつにするかも考慮する必要がある。各病院や高齢者施設によって事前指示書の利用状況も異なることから、その違いについて実態調査を行うことも今後の課題となる。また、2010年以降の論文では終末期に希望する治療やそれを受ける場所だけでなく、人生の終焉に向けた終活に関する質問項目がみられるようになる。死を語ることがタブー視されていた時代から、昨今では2009年に生まれたとされる造語「終活」（木村・安藤, 2018）やDeekenが提唱している「死への準備教育」（Deeken, 1986）といった死に対する肯定的な言葉もメディアで日常的に耳にするようになった。死に対する国民の関心は高まっており、自分らしく最期まで生きることの実現に向けて、必要な具体的内容が事前指示に関する項目として含まれるようになったと考える。したがって、今後は、延命治療の希望だけでなく、代理意思決定や終活に関する内容などの確認も必要であり、個人の尊厳ある死のサポートに向け、ケア提供者側の準備体制の整備につながり得る。

2つめの集団は、クラスター⑥と⑦によって形成されていた。クラスター⑥と⑦は、終末期に実際に受ける具体的な延命治療の意向および医療行為の選択、最終的な療養場所に関する質問項目であった。経管栄養や薬物療法、緩和医療などを実際にどこで受け、どのような処置を希望するかといった本人の終末期医療・処置内容についての意向を示す質問項目内容であると考えられる。アメリカでは、アドバンス・ディレクティブが法的効力を示すなか、国内の60

歳以上の高齢者のリビングウィルの作成状況は、13.6%であった（厚生労働省, 2014）。多くの高齢者が意思表示していない状況において、医療現場では患者の意向が確認できない状況が予測でき、治療選択の判断に困難をきたす。先行研究では、本人の終末期の意向確認がなされた状況で望む最期が迎えられた場合は、家族らや終末期ケアに関わった医療・看護関係者の満足度は高い傾向がある（城内ほか, 2008；吉岡ほか, 2009）。しかし、本人の終末期の意向が不鮮明なまま最期を迎えた場合は、家族らや終末期ケアに関わった医療・看護関係者は複雑な心情を持ち続けることから（早坂, 2010；坂口・宮下・森田・恒藤・志真, 2013）、否定的な死として病的悲嘆に移行するなど、残された者の生活に影響する。本人の死後、本人が望む最期が迎えられたのか確認することはできないが、延命治療や終末期医療の具体的な意思表示がされることで本人や家族らが希望する最期につながる可能性があり、重要な項目であると考えられる。

以上より、事前指示に関する質問項目内容は、終末期医療・介護に対する認識や関心・希望、死生観や人生の終焉に向けた準備状況、実際に意思表示をどのようなかたちで実施するかなどの具体的な方法と、終末期を迎える最終的な療養場所や延命治療についての意向および医療行為の選択といった具体的な希望内容が概観された。テキストマイニングの結果からは、①「事前指示の意思表示を、いつ、誰に委ね、どのような事前指示の認識のもと何を意思表示するか」、②「延命治療の意向やそれをどこで受け、どのような医療行為を望むか」という2つの特徴が明らかになった。

IV. 研究の限界と課題

本研究は、過去に日本で公表された原著論文に限定して論文上の事前指示に関する質問項目を抜粋している。そのため、実際の調査で使用されている質問が無数に存在する可能性があることや、実施されている対象が一部の地域である文献もあるため、テキストマイニングによって事前指示項目の内容の一部を客観的に可視化する結果となった。看取り場が多様化するなかで、病院や施設の方針、地域特性や資源などによっても事前指示の認知・使用状況などは異なる。今後は、地域や施設などの特徴も踏まえて、より具体的な事前指示項目内容の可視化を目指し、個々の望む終末期ケアの実現に向け、縦断研究や質的調査などの取り組みも必要である。また、将来の研究においては、高齢化が進み福祉現場での事前指示のあり方についても検討が必要となるため、医療系の論文だけでなく、海外も含めて人文・社会学など学際的に事前指示の特徴を明らかにしていくことも課題となる。

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、事前指示に関する質問項目内容の特徴を可視化することを目的に、「高齢者」「事前指示」を検索ワードに医中誌Webで文献を抽出し、事前指示に関する質問項目の内容をテキストマイニングして分析した。該当した2004～2018年の19文献の分析の結果、総抽出語数は2,556語であった。階層的クラスター分析では7つのクラスターが2つの集団に分類され、①「事前指示の意思表示を、いつ、誰に委ね、どのような事前指示の認識のもと何を意思表示するか」、②「延命治療の意向がどこで実施され、どのような医療行為を望むか」という2つの特徴が明らかにされた。本人や家族らの意思表示によって満足度の高い最期の過ごし方ができ、希望通りの医療・介護サポートが受けられるようにするためには、ケアを受ける側や提供する側の準備体制の整備が必要であり、事前指示を確認する時期や頻度、合意形成の過程を大切に、最期の時まで調整していくことが重要となる。

Abstract

The primary objective of this study is to visualize the features of contents present in advance directives. A literature survey was conducted by employing the Japan Medical Abstracts Society database and using the keywords “older adults” and “advance directive.” Text mining was employed to perform content analysis of advance directives. Consequently, analysis of nineteen references dating from the year 2004 to 2018 resulted in the extraction of 2,556 words. During hierarchical cluster analysis, the resultant seven clusters were classified into two groups: 1) The associated advance directive specifying aspects such as when, to whom, and what. 2) The associated advance directive specifying the appropriate recuperation places and the type of medical and nursing care desired by an individual. By analyzing advance directives, the requirements of patients and their families can be comprehended, which can aid in improving the healthcare management system for patients and caregivers so that the highest degree of satisfaction with medical and nursing care support is achieved. Furthermore, aspects such as the duration and frequency of providing or receiving healthcare need to be carefully monitored and consensus building between patients and caregivers should be encouraged.

文 献

- 赤津裕康, 間辺利江, 竹尾 淳, 川出義浩, 木村雄子, 近藤麻史, 伊藤禎芳, 長野弘季, 野崎耀志郎, 土井愛美, 正木克由規, 田中創始, 兼松孝好, 小嶋雅代, 明石恵子, 岩田 彰, 鈴木 匡, 木村和哲, 浅井清文, 大原隆弘 (2018). 大都市田ニュータウン在住高齢者への死後を含めた事前指示に関する意識調査と啓発介入効果. 日本老年医学会雑誌, 55(3), 358-366.
- 有田健一, 舟木洋美, 橋本和憲, 古玉純子, 池上靖彦, 山崎正弘 (2015). 研究・症例 終末期の事前指示に対する非癌性呼吸器疾患患者と肺癌患者の考え方. 日本胸部臨床, 74(2), 210-219.
- Deeken, Alfons (1986). 死を教える. 〈叢書〉死への準備教育第1巻. 東京: メヂカルフレンド社.
- 古家彩名, 久保田正和, 木下彩栄 (2009). 認知症高齢者の尊厳死とリビングウィル: 認知症とガンを比較して. 健康科学: 京都大学医学部保健学科紀要, 6, 73-77.
- 濱吉美穂, 河野あゆみ (2012). 認知機能低下を想定したAdvance Directiveの作成意義と可能性に関する文献検討. 大阪市立大学看護学雑誌, 8, 41-49.
- Hamayoshi, M. (2014). Effects of an Education Program to Promote Advance Directive Completion in Local Residents. *General Medicine*, 15(2), 91-99.
- 濱吉美穂, 後藤小夜子, 曾我智子, 村陰嘉高 (2018). 視聴覚教材を用いた地域住民に対する事前指示書作成促進への介入効果. 保健医療技術学部論集, (12), 39-51.
- 早坂寿美 (2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理: 看護師との比較から. 北海道文教大学研究紀要, (34), 25-32.
- 樋口耕一 (2015). 社会調査のための計量テキスト分析: 内容分析の継承と発展を目指して. 京都: ナカニシヤ出版.
- 樋口耕一 (2019). KH Coder: 計量テキスト分析・テキストマイニングのためのフリーソフトウェア. <http://kncoder.net/> (参照2019年1月29日)
- 平川仁尚, 益田雄一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正 (2007). 療養型病床群1施設における心肺蘇生および急性期病院への転院に関する家族の希望. 日本老年医学会雑誌, 44(4), 497-502.
- Hirayama, Y., Otani, T., Matsushima, M. (2017). Japanese citizens' attitude toward end-of-life care and advance directives: A qualitative study for members of medical cooperatives. *Journal of General and Family Medicine*, 18(6), 378-385.
- 猪飼やす子, 田辺直也, 岸森健文, 渡邊壽規, 野原 淳, 島田一恵, 中谷光一, 川上賢三 (2015). 進行期COPD及び慢性間質性肺炎患者の終末期医療に関する横断的研究. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 25(2), 225-230.
- 石黒沙耶, 沖中由美 (2018). 意思表示能力が低下した在宅療養者の家族に対する意思決定支援. ホスピスケアと在宅ケア, 26(1), 35-39.
- 木村由香, 安藤孝敏 (2018). マス・メディアにおける終活のとり

- え方とその変遷：テキストマイニングによる新聞記事の内容分析。技術マネジメント研究, (17), 1-19.
- 木澤義之 (2017). アドバンス・ケア・プランニング：いのちの終わりについて話し合いを始める. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf>. (参照2019年1月29日)
- 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. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>. (参照2019年7月31日)
- 厚生労働省 (2014). 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf. (参照2019年10月20日)
- 厚生労働省 (2017a). 厚生統計要覧 (平成30年度) 第1編人口・世帯 第2章人口動態. 第1-25表 死亡数・構成割合. 死亡場所×年次別. https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html. (参照2019年1月29日)
- 厚生労働省 (2017b). 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (確定版). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>. (参照2019年1月29日)
- 松井美帆, 森山美知子 (2004). 高齢者のアドバンス・ディレクティブへの賛同と関連要因. 病院管理, 41(2), 137-145.
- 宮本みき, 高橋秀人, 松田ひとみ (2016). 老年期の人工的水分・栄養補給法に対する事前の意思を決められないことに関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 39(1), 2-12.
- 宮下光令, 柴 信行, 下川宏明 (2012). 末期心不全の緩和ケアを考える. *HEART*, 2(5), 501-511.
- 内閣府 (2017). 平成29年版高齢社会白書 (全体版) 第1節高齢化の状況. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf. (参照2019年1月28日)
- 内閣府 (2018). 平成30年版高齢社会白書 (概要版) 第1章高齢化の状況 第1節高齢化の状況. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>. (参照2019年1月28日)
- 日本救急医学会 (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>. (参照2019年7月31日)
- 西岡弘晶, 荒井秀典 (2016). 終末期の医療およびケアに関する意識調査. 日本老年医学会雑誌, 53(4), 374-378.
- 岡本美代子, 島田広美, 齋藤尚子 (2017). 都市と地方における高齢者の死生観と終活の現状. 医療看護研究, 13(2), 62-69.
- 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 恒藤 暁, 志真泰夫 (2013). ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆, 抑うつ, 希死念慮. *Palliative Care Research*, 8(2), 203-210.
- 佐藤 武, 牧上久仁子 (2008). 病状安定期における終末期医療の選択・意思決定に関する啓発活動: 主治医による療養病棟および回復期リハビリテーション病棟での介入効果. 日本老年医学会雑誌, 45(4), 401-407.
- 佐藤 武, 佐藤和典, 佐藤 暁 (2011). 高齢者終末期での入院治療選択に関する署名による意思確認の試み. 日本老年医学会雑誌, 48(5), 524-529.
- 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事前の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). 事前指示を人生の最終段階に関する意思決定プロセスに活かすために. 日本老年医学会雑誌, 52(3), 224-232.
- 塩田絹代, 角田ますみ (2013). 人生の終末期に視点を置いた利用者本位の意思決定の支援: 90歳代夫婦の在宅支援の事例. 東邦看護学会誌 (10), 29-34.
- 塩谷千晶 (2014). 高齢者へのリビングウィルの啓発活動に関する研究: 作成した冊子による個別介入の効果. 弘前医療福祉大学紀要, 5(1), 39-46.
- 塩谷千晶 (2015). 高齢者の延命治療とリビングウィルに関する意識調査: 講習会前後の比較. 弘前医療福祉大学紀要, 6(1), 83-89.
- 城内景子, 池田清子, 中澤仁美, 鈴木育子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2008). 在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について: 「看取りの場所」「意志の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて. 神戸市看護大学紀要, 12, 37-43.
- 杉野美和, 奥山真由美, 道繁祐紀恵, 甲谷愛子 (2015). 高齢者への事前指示書の普及に関する文献的考察. 山陽論叢, 22, 21-27.
- 住谷充弘, 西村美沙子, 角田尚子, 杉谷 新, 中濱賢治, 三木雄三, 少路誠一, 藤原美紀 (2018). 一般呼吸器内科病棟における非がん慢性呼吸器疾患患者死亡例の検討. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 27(2), 157-162.
- 鈴木康宏 (2018). 看護師を研究対象とした和文献におけるテキストマイニングの使用状況の分析. 千葉科学大学紀要, (11), 161-177.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文 (2009). 終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日本看護科学会誌, 29(2), 11-20.

〔2019年4月16日受付〕
〔2020年1月9日採用決定〕

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くてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

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 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文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、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティヴ・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

研究の成果のバイアスがかかっているかを判断する材料となるよう利益相反（Conflict of Interest：COI）の開示が必要である。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について、利益相反自己申告書を記載し署名の上スキャンし、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

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

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1回に限りすることができる。

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。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14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で提出すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること（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。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

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

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

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。

— 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。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

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。すべての論文に英文抄録を必要とする。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下記の例を参考に、「利益相反の開示」として明記する。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。

《利益相反のある場合》

(和文)

- 本研究は資金の提供を〔企業名〕から受けた。
- 〔該当する著者名〕らは、〔企業名〕から報酬を受領している。
- 本研究は、〔該当する著者名〕が所属する〔企業名〕の助成を受けている。

(英文)

- This study was funded by 〔企業名〕.
- XXX, YYY, and ZZZ 〔該当する著者名〕 received honorarium from 〔企業名〕.
- AAA, BBB, and CCC 〔該当する著者名〕 are employees of 〔企業名〕.

《利益相反のない場合》

(和文)

- なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

(英文)

- The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.
- The authors have no conflicts of interest directly relevant to the content of this article.

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

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. 原稿の長さ

和文原稿は2,400字、英文原稿は800 words程度が1頁に相当する。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。但し、英語論文の本文については、14. 英語論文についてのとおりとする。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」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. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 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) 本文（abstract, reference, tables and/or figuresは含まない）は、5,000 words程度（刷り上がり6頁程度）とする。
- 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。
- 14) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 15) 令和元年12月15日 一部改正実施する。
- 16) 令和2年6月14日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 2020年度会費納入のお願い

2020年度会費納入のお願いをお送りしております。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 (<https://www.jsnr.or.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、事務局までご連絡ください。

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、雑誌は、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 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43巻 2号

無料配布

2020年6月20日 印刷

2020年6月20日 発行

編集委員 委員長

高見沢恵美子 (理事)
吾郷美奈恵 (会
池内 和代 (会
岩佐 幸恵 (会
上野 栄一 (会
岡田 淳子 (会
勝山貴美子 (会
木立るり子 (会
工藤 美子 (理
國方 弘子 (会
古賀 明美 (会
清水 安子 (会
出口 禎子 (会
藤田 君支 (会
法橋 尚宏 (会
本田 育美 (会
前田 樹海 (会
道重 文子 (会
吉田 澄恵 (理

事) 関西国際大学看護学研究科
員) 島根県立大学大学院看護学研究科
員) 四国大学看護学部
員) 徳島大学大学院医歯薬学研究部
員) 福井大学学術研究院医学系部門
員) 県立広島大学保健福祉学部
員) 横浜市立大学医学部
員) 弘前大学大学院保健学研究科
事) 兵庫県立大学看護学部
員) 香川県立保健医療大学保健医療学研究科
員) 佐賀大学医学部
員) 大阪大学大学院医学系研究科
員) 元北里大学教授
員) 九州大学大学院医学研究院保健学部
員) 神戸大学大学院保健学研究科
員) 名古屋大学大学院医学系研究科
員) 東京有明医療大学看護学部
員) 元大阪医科大学看護学部
事) 東京医療保健大学千葉看護学部
(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 4F

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

<https://www.jsnr.or.jp/>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 宮 腰 由紀子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町 1-10-6

