

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 44 Number 1 April 2021 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第44巻 第1号]

会 告 (1)

2021年度より、国際英文ジャーナルJournal of International Nursing Research (JINR) を創刊いたします。
論文受付は2021年5月下旬より開始予定です。

なお、2021年2月28日開催の2020年度第4回理事会において、下記の編集体制とすることが承認されましたのでお知らせいたします。

2021年4月1日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 深 井 喜代子

記

Editor-in-Chief

法 橋 尚 宏 氏 (神戸大学大学院保健学研究科)

Deputy Editor

交渉中

Editorial Advisor

深 井 喜代子 氏 (東京慈恵会医科大学医学部看護学科)

Associate Editor

荒木田 美香子 氏 (川崎市立看護短期大学看護学部)

岡 美智代 氏 (群馬大学大学院保健学研究科)

辻 村 真由子 氏 (滋賀医科大学医学部看護学科)

横 山 美 江 氏 (大阪市立大学大学院 看護学研究科)

吉 永 尚 紀 氏 (宮崎大学医学部看護学科)

以上

目 次

第46回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

当事者とともに創る看護の知	1
札幌医科大学保健医療学部看護学科 教授 城 丸 瑞 恵	

特別講演

人生100年時代における「ケアの権利」 — 日本学術会議『未来からの問い』が展望するジェンダー平等社会 —	7
奈良女子大学 教授 三 成 美 保	

教育講演 1

当事者の専門知に学ぶ	10
北海道医療大学看護福祉学研究科 教授 向谷地 生 良	

教育講演 2

思い出を未来へと紡ぐ博物館 — 博物館体験の長期記憶の語りから探る博物館の意味 —	18
北海道大学総合博物館 教授 湯 浅 万紀子	

《コロナ禍関連研究論文》

— 研究報告 —

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大状況下で小児科クリニックを かかりつけ医とする子どもの主養育者のオンライン診療に対する意識調査	25
筑波大学医学医療系保健医療学域 涌 水 理 恵	
筑波大学大学院人間総合科学学術院人間総合科学研究群看護科学学位プログラム 齋 藤 佑見子	
筑波大学大学院人間総合科学学術院人間総合科学研究群看護科学学位プログラム 望 月 梢 絵	
医療法人社団嗣業の会外房こどもクリニック 黒 木 春 郎	

《研究論文》

— 原 著 —

慢性心不全患者における病气認知の関連因子	41
大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程 浅 井 克 仁	
大阪府立大学大学院看護学研究科 簀 持 知恵子	
大阪府立大学大学院看護学研究科 南 村 二美代	
看護師の倫理的問題の経験が倫理的判断に及ぼす影響	51
平 間 あけみ	
旭川医科大学医学部看護学科 一 條 明 美	
旭川医科大学医学部看護学科 升 田 由美子	

訪問看護師が在宅高齢療養者に服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセス	61
島根大学医学部基礎看護学講座 坂 根 可奈子	
自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が自ら療養生活を整えていくプロセス	73
上智大学総合人間科学部看護学科 平 塚 克 洋	
無床診療所で医療安全に取り組んでいる看護師の安全文化： 無床診療所におけるエスノグラフィー	87
健康科学大学看護学部看護学科 小 林 美 雪	
鳥取看護大学看護学部 小 村 三千代	
－研究報告－	
退院に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割認識	99
札幌医科大学保健医療学部看護学科 中 村 円	
禁煙外来における熟練看護師の禁煙支援技術	111
愛媛県立医療技術大学保健科学部 高 橋 博 子	
愛媛県立医療技術大学保健科学部 中 西 純 子	
在宅パーキンソン病患者の疾病自己管理状況と抑うつ症状の実態	123
名古屋市立大学大学院看護学研究科 安 東 由佳子	
広島大学大学院医歯薬保健学研究科 奥 田 鈴 美	
長野県看護大学 青 木 駿 介	
新生会いしい記念病院 小 林 敏 生	
－資料・その他－	
看護学生の訪問看護就労意向の実態と課題	135
横浜市立大学医学部看護学科 佐々木 晶 世	
横浜市立大学医学部看護学科 榎 倉 朋 美	
東京女子医科大学看護学部 柏 崎 郁 子	
横浜市医療局がん・疾病対策課 保 下 真由美	
横浜市立大学医学部看護学科 叶 谷 由 佳	
全国の呼吸器内科病棟と緩和ケア病棟における呼吸困難ケア実践の比較	145
名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻看護科学高度実践看護開発学 杉 村 鮎 美	
東京医科大学医学部看護学科 光 行 多佳子	
名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻看護科学高度実践看護開発学 安 藤 詳 子	

CONTENTS

《Research papers related to the coronavirus pandemic》

Research Report

Attitudes of Primary Caregivers of Children whose Family Doctor is

a Pediatric Clinician toward Online Medical Treatment Amid the COVID-19 Pandemic 25

Division of Health Innovation and Nursing, Faculty of Medicine,

University of Tsukuba, Ibaraki, Japan : Rie Wakimizu, PhD, RN, PHN

Program in Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences,

University of Tsukuba, Ibaraki, Japan : Yumiko Saito, MSN, RN, PHN

Program in Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences,

University of Tsukuba, Ibaraki, Japan : Kozue Mochizuki, RN, PHN

SOTOBO Children's Clinic, Chiba, Japan : Haruo Kuroki, MD

《Research papers》

Original Article

Related Factors of Illness Perception in Patients with Chronic Heart Failure 41

Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Osaka, Japan : Katsuhito Asai, MSN, RN

Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Osaka, Japan : Chieko Hatamochi, PhD, RN, PHN

Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Osaka, Japan : Fumiyo Minamimura, PhD, RN

Influence of Nurses' Ethical Problems on Their Ethical Judgments 51

: Akemi Hirama, RN

Asahikawa Medical University Department of Nursing, Hokkaido, Japan : Akemi Ichijo, RN

Asahikawa Medical University Department of Nursing, Hokkaido, Japan : Yumiko Masuda, RN

Nursing Process of Home-Visit Nurses regarding Direct Medication Adherence

for Older Adults Living at Home 61

Shimane University, Shimane, Japan : Kanako Sakane, MSN, RN

Examining How Adolescent and Young Adult Patients with Biliary Atresia

Survive with Their Native Liver to Organize Their Daily Lives 73

Faculty of Human Science, Department of Nursing, Sophia University, Tokyo, Japan : Katsuhiro Hiratsuka, PhD, RN, PHN

Safety Culture of Nurses Working on Medical Safety in Non-Objective: Bed Clinics 87

Health Science University Faculty of Nursing, Yamanashi, Japan : Miyuki Kobayashi, PhD, RN, PHN

Tottori College of Nursing, Tottori, Japan : Michiyo Komura, PhD, RN

Research Report

Perceptions Regarding Nursing Roles of Ward and Discharge-Planning Nurses

in Supporting Patients' Decision Making Regarding Discharge 99

Sapporo Medical University, Sapporo, Japan : Madoka Nakamura, MSN, RN, PHN

Smoking Cessation Counseling Skills as Taught by Expert Nurses 111

Ehime Prefectural University of Health Sciences, Ehime, Japan : Hiroko Takahashi, MS, RN, PHN

Ehime Prefectural University of Health Sciences, Ehime, Japan : Junko Nakanishi, PhD, RN

Disease Self-Management and Depression in Home-Dwelling People with Parkinson's Disease 123

Graduate School of Nursing, Nagoya city university, Aichi, Japan : Yukako Ando, PhD, RN, PHN

Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, Hiroshima, Japan : Suzumi Okuda, MHWS, PHN

Nagano College of Nursing, Nagano, Japan : Shunsuke Aoki, BSN, PHN

Ishii Memorial Hospital, Clinical Department, Hiroshima, Japan : Toshio Kobayashi, MD, PhD

Material and Others

The Present Situation of the Intention of Nursing Students to Work in Home-Visit Nursing Stations 135

Yokohama City University, Kanagawa, Japan : Akiyo Sasaki-Otomaru, PhD, RN, PHN

Yokohama City University, Kanagawa, Japan : Tomomi Enokigura, MSN, RN

Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan : Ikuko Kashiwazaki, MS, RN

Yokohama City, Kanagawa, Japan : Mayumi Boushita, RN, PHN

Yokohama City University, Kanagawa, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

Management of Dyspnea in Japanese Respiratory Wards and Palliative Care Units 145

Nagoya University, Graduate School of Medicine, Department of Integrated Health Sciences,

Nursing Sciences, Nursing for Advanced Practice, Aichi, Japan : Ayumi Sugimura, PhD, RN, PHN

Tokyo Medical University, School of Nursing, Tokyo, Japan : Takako Mitsuyuki, MSN, RN

Nagoya University, Graduate School of Medicine, Department of Integrated Health Sciences,

Nursing Sciences, Nursing for Advanced Practice, Aichi, Japan : Shoko Ando, PhD, RN

第 46 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2020年9月28日（月）～11月8日（日）

学術集会会長 城 丸 瑞 恵

Web 開催

注) 掲載に賛同し、入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

当事者とともに創る看護の知

札幌医科大学保健医療学部看護学科 教授 城丸 瑞 恵

はじめに

会長講演を始める前に学術集会長としてご挨拶させていただきます。本来ならここ札幌で開催予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮してWebで開催することにいたしました。開催にあたってご協力くださった方々に感謝申し上げます。また変更に際して至らないことが多々あったと思います、この場をお借りしてお詫び申し上げます。今回Webでご視聴いただくことになりましたが、講演・シンポジウム・セミナーなど、どれも素晴らしい内容だと考えております。どうぞじっくりご覧いただければ幸いです。最後に様々な場で新型コロナウイルスへの対応をしてくださっている方々に心から感謝し、挨拶とさせていただきます。

1. 当事者とともに創る看護の知

本日は、4点についてお話をさせていただきます。まず1つは、当事者の経験に向き合うこと・学ぶこと。2つ目は、看護の知を当事者とともに創る過程、3つ目は看護の知を当事者とともに創る方法、4つ目に当事者・家族が看護職に期待することについてです。

1) 当事者の経験に向き合うこと・学ぶこと

“当事者”の考え方や研究に関しては社会学者の上野千鶴子先生が先駆者であると考えます。著書『ケアの社会学』の中で、「ケアされる側」の立場で、介護現場における「当事者主権」とは何かを明らかにされ、私たち看護職者にとっても非常に示唆に富む内容を提示していただいています。また本学会の教育講演1の講師をお願いしている向谷地生良先生は当事者研究の第一人者でいらっしゃいます。著書やWebなどを通して当事者研究の歴史的背景・理念についてわかりやすく、具体的に紹介してくださっています。このお二人の当事者研究に関する業績などを参考にさせていただき、私は当事者について「健康問題を抱え、心理的・身体的・社会的に何らかのケアが必要な人」という意味で、この講演の中では使いたいと考えています。

さて皆さん、当事者はどんな時に不安になると思いますか。

病名を告げられた時？ 一人での時？

私は自分が大切にされていないと感じた時に

心が折れそうになります。

特に病気で気弱になっている時はことさらです。

では大切にすることってどんなことなのでしょう。

「私だけ特別扱いしてほしい」。

「ずっと一緒にいてほしい」。

いいえ、そんなことは望んでいません。

五感を使って向き合ってほしいだけです。

これは、のちほどご紹介する患者会の方からのメッセージです。当事者の経験に五感を使って向き合ってほしい……心に響く言葉だと思います。また、日常の自分自身の言動や考えを振り替えさせられる言葉です。当事者に向き合うことは、このような当事者の語りを大事にして、耳を傾けることが基本だと思います。

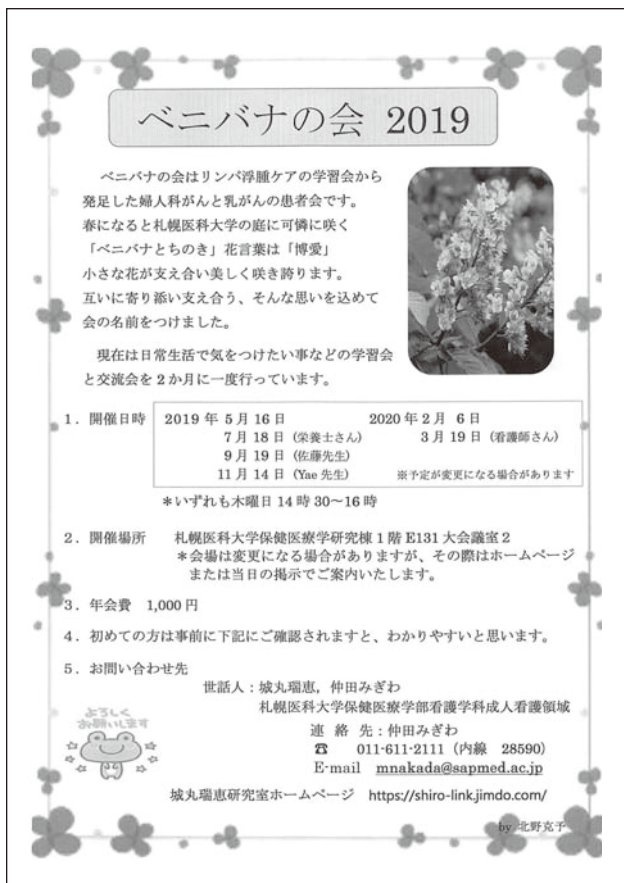
この語りを大事に実践しているのが“健康と病いの語りディベックス・ジャパン（以下DIPEX Japan）”です。DIPEX Japanは、英国オックスフォード大学でつくられているDIPEXをモデルとし、日本版の「健康と病いの語り」のデータベースを構築し、それを社会資源として活用していくことを目的として作られたNPO法人です。「患者主体の医療」の実現を目指して活動しています。私は会員として、また「慢性の痛みの語り」のプロジェクトに研究者として参加させていただきました。DIPEX Japanのホームページ(dipex-j.org)では、乳がんの語りや前立腺がんの語りなどが公開され、これらのデータベースは当事者・家族に勇気や共感をもたらすと同時に、教育・研究にも活用されています。「患者にしか語れない言葉」と、ホームページ上に記載されていますが、まさにその通り、当事者でしか語れない言葉があると思います。そして、その言葉・声に耳を傾けることが、看護者として大切なことだと教えてくれる場になっています。

それでは、そもそも看護とは何かについて考えてみたいと思います。いろいろな定義がありますが、日本看護協会(2016)は、広義には「人々の生活の中で営まれるケア、すなわち家庭や近隣における乳幼児、傷病者、高齢者や虚弱児等への世話等を含むもの」と定義しています。こ

の人々の生活の中で営まれるケアの視点について、医療人類学の代表的な存在である Arthur Kleinman (2015) は『ケアをすることの意味』の中で、「ケアを語るとき、得てしてケアを受ける側のことやそのプロセスのことが忘れがちですが、ケアを受ける側のプロセスやケアをする側との相互性も視野に入れる必要」があると、ケアの相互性について述べています。この相互性の前提にあるのが、看護の対象である患者・家族に向き合い語りに耳を向けることだと思っています。

語りに耳を傾けている中で学んだことの1つとして、リンパ浮腫の方がたの日常生活の“つらさと工夫”です。

同僚と「婦人科がんと乳がんの患者会—ベニバナの会」を年6回ほど開催しています。ベニバナの会はリンパ浮腫に対するケアの学習会がきっかけとなり発足した患者会です。札幌医科大学の敷地内で初夏になるとベニバナトチノキが咲き、その可憐さに魅かれて会の名前をつけました。毎年春に、下記のようなポスターを作成して会員みなさんに連絡するのですが、今年は、コロナ禍の中で開催の目途がたちませんでした。どのように行うのか検討中に8月になり、結局、2020年は対面では行わず、Zoomによる会の開催としました。そのためポスターも今年は作成しないままになり、今に至っています。



ベニバナの会 2019

ベニバナの会はリンパ浮腫ケアの学習会から発足した婦人科がんと乳がんの患者会です。春になると札幌医科大学の庭に可憐に咲く「ベニバナとちのき」花言葉は「博愛」小さな花が支え合い美しく咲き誇ります。互いに寄り添い支え合う、そんな思いを込めて会の名前をつけました。

現在は日常生活で気をつけたい事などの学習会と交流会を2か月に一度行っています。

1. 開催日時

2019年 5月 16日	2020年 2月 6日
7月 18日 (栄養士さん)	3月 19日 (看護師さん)
9月 19日 (佐藤先生)	
11月 14日 (Yae 先生)	※予定が変更になる場合があります

*いずれも木曜日 14時30分～16時

2. 開催場所 札幌医科大学保健医療学研究所棟1階 E131 大会議室2
*会場は変更になる場合がありますが、その際はホームページまたは当日の掲示でご案内いたします。

3. 年会費 1,000円

4. 初めてのの方は事前にご確認されますと、わかりやすいと思います。

5. お問い合わせ先 世話人：城丸瑞恵、仲田みぎわ
札幌医科大学保健医療学部看護学科成人看護領域
連絡先：仲田みぎわ
☎ 011-611-2111 (内線 28590)
E-mail: mnakada@sapmed.ac.jp
城丸瑞恵研究室ホームページ: <https://shiro-link.jimdo.com/>

by 北野克子

この患者会の参加者の中には、手術後リンパ浮腫が生じる方がたがいっぱいます。リンパ浮腫に対する圧迫療法として、弾性着衣の装着があり、乳がん手術後の上肢のリンパ浮腫にはスリーブなどが用いられ、また、婦人科がんと手術後の下肢リンパ浮腫に対しては弾性ストッキングの着用などが行われます。この弾性着衣を装着されている会員の方から、患者会のときにいろいろな声が寄せられます。

例えば、「夏は、弾性ストッキングを履いているとかゆくなる」「弾性ストッキングで締めつけられるので便秘になる」などの声です。症状への辛さと日常生活の工夫について率直に話されます。患者会を通して弾性着衣を装着している会員の方の日常生活の工夫と治療に必要な弾性着衣が新たな苦痛をもたらしている可能性がわかりました。このような声は、会を重ねる中で、徐々に出されるようになりました。語ること、語りを聴くことの相互性も影響しているかと思っています。

このように、治療に必要な弾性着衣が新たな苦痛をもたらしていることに対して、当事者とともに解決の方法を検討したいと考えました。

2) 看護の知を当事者とともに創る過程

これから、看護の知を当事者とともに創る過程について、ご紹介したいと思います。前述したように、患者会での会員さんの声を聞き、苦痛のない効果的な弾性着衣装着に向けて研究をしたいと考え表の内容で開始しました。

第1段階：

- 研究1：弾性着衣装着による日常生活への影響と心理状況の把握
- 研究2：弾性着衣着脱時の筋力・動作分析

第2段階：第1段階の結果を基に効果的な弾性着衣装着モデルの検討と提示

現在、第1段階の研究を看護職・作業療法士と協働で進めており、本学術集会でも発表しました。その結果の一部をご紹介します。

第1段階の研究1は、患者会で語られている弾性着衣装着の不具合について、もう少し具体的にしたいと考え、乳がん・婦人科がんで手術を受けた6名の方にインタビューガイドを用いて面接を実施しました。日常生活の不具合について、夏特有の不快感、日常生活への支障、着脱による手の調子の悪さについて語られ、汗や蒸れ、弾性着衣のたるみなどによって皮膚トラブル発生の可能性があり、通気

性がよく上肢・下肢それぞれにフィットした弾性着衣が望ましいこと、装着動作で新たな機能的障害や疼痛が生じる可能性がわかり、装着時の動作分析の必要性が示唆されました。それが次の研究2に続いています。

研究2はリンパ浮腫治療に用いる弾性着衣の着用時の運動学的解析です。弾性ストッキングを着用する際の身体的負荷について、被服圧の変化と上肢の筋活動の視点から明らかにすることを目的として、婦人科がん手術後リンパ浮腫を発症した2名を対象として実施しました。これも、本学術集会の抄録に記載されており、結果の一部をご紹介します。市販のストッキングと弾性ストッキングの2種類を着用してもらい、上肢に電極を貼って筋活動を測定しました。



写真 筋活動測定プレテスト

この写真は測定前に行ったプレテストの状況です。ストッキング着用時の上肢の筋活動を測定する準備をしています。実際に対象者2名にもこのように電極を貼付して測定しました。分析結果として、弾性ストッキングのほうが市販のストッキングより装着に時間を要した。また、弾性ストッキングの着用時は、すべての上肢の筋の活動が高くなっていることが明らかになりました。これらの結果から、弾性ストッキング着用は時間もかかり、手関節の痛みが増悪に関与している可能性があるため、より簡便な着用方法について検討が必要であることが伺えました。

以上の研究結果に加えて、測定後に対象の方とデータに基づいて装着方法について意見交換ができたことも大きな成果になりました。当事者である対象の方の語りや思いの分析から看護の知を少しずつ創る実感が得られました。対象者数が充分ではないことが課題のため、今後もこの研究内容を進めていきたいと考えています。

3) 看護の知を当事者とともに創る方法

次は、当事者に向き合い当事者・家族とともに看護の知を創る方法についてです。

看護の知を当事者とともに創る方法のヒントになる書籍をご紹介します。オックスフォード大学のSue Ziebland先生が中心となりまとめられた本です。タイトルは『Understanding

and Using Health Experiences: Improving patient care』で、2013年に発行されました。このイントロダクションに記載されている内容をご紹介します。

ヘルスケアは知識に基づくシステムであり、それは生物学的プロセスに関する科学的知識、疾患や危険要因に関する疫学的知識、そして医学的問題の治療方法に関する臨床知識など、異なるタイプの知識を活用している。ここでは、等しく重要でありながら見過ごされがちな4番目のタイプの知識、すなわち、人々はどういうように健康、病気、治療、ケアの提供を経験するかについて取り上げている。この本をまとめるにあたり、人々が健康やヘルスケアの経験を記録、分析、そして必要に応じて改善できるさまざまな方法を読者に紹介することを目的とした。人々の経験を注意深く観察、測定、記録、解釈、分析することは、ヘルスケアにおいて何が上手く機能するか、何を変えるべきか、どのように改善できるかを理解するのに役立つ。

この書籍に記載されている内容は、当事者の経験・語りの分析方法のヒントを与えてくれると思います。実際、“病気と治療経験の理解”、“健康経験研究への民族誌的アプローチ”、“患者の経験を理解するための相互作用の観察”、“ナラティブインタビュー”、“フォーカスグループを利用した健康と病気経験の理解”などが記されています。当事者に向き合い、ともに看護の知を創る上で参考になると考えます。また、本学術集会の研究方法セミナーも当事者とともに看護の知を創る上で有用な内容であると考えます。研究方法セミナー1は「当事者研究のためのミックスドメソッド入門」を高木廣文氏、研究方法セミナー2は「当事者の語りをつむぐーナラティブ分析への誘いー」を宮坂道夫氏、研究方法セミナー3は「統計手法の基本から質問紙調査の実際まで」を樋之津史郎氏に講師としてお願いしております。各研究方法のご専門の方々から具体的な実践的な研究の考え方・手法についてお話をいただきますが、当事者とともに看護の知を創る上で大変参考になると思います。

4) 当事者・家族の看護職に対する期待

冒頭で、当事者のAさんから「五感を使って向き合ってほしい」という願いをお伝えしました。他の当事者・家族の方がたは、看護職にどのようなことを期待しているのでしょうか。

まず、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代のがん患者Aさんです。

Aさん：

現在AYA世代を対象としたがん患者会を行っている立場から協働して行いたいことは、患者と共に学んでいく機会を設けていきたいことです。AYA世代の場合、病後の人生についてどう向き合っていくのが重要に感じています。例えば学校や職場に復帰する際について必要な知識などを当事者と同じ場で学び、議論しあうことで、より新たな発見や問題を解決するカギが見えてくるのではと考えています。

AYA世代の場合、病後の人生についてどう向き合っていくのが重要であり、当事者・医療者とともに学ぶ機会について希望されています。

ご本人がすい臓がん、またお子さんが骨髄移植を受けたBさんです。

Bさん：

私は、自身がすい臓がん罹患し、また娘が血液の難病で骨髄移植を受けて、看護される側として関わらせていただきましたが、当時は大きな不安だらけでした。その中で、「大丈夫?」「心配なことはない?」など心に寄り添った言葉がけや行動は、不安を抱えたなか、本当に有難いものでした。また、真摯に看護に向かう、皆さんの後ろ姿は、この方達がいてくれて、私達の命は、守られているのだとを感じるものでした。その後、そうなりたいた娘は看護師の道に進みました。また、すい臓がんの治療では、多くの患者さんに携わった(看護師の)経験からのお話しは、とても説得力があり、治療が上手くいかなかったり、体調が悪かった時にも、心強く、気持ちの切り替えができ治療に前向きになりました。コミュニケーションを大切にいただいたことで患者側も不安や感謝の気持ちをお伝えしやすく希望につながりました。看護に関わってくださる方々は、大変なご苦労があると思いますが患者、家族にとってなくてはならない、命をつなぐ大切な存在です。私自身も関わってくださる皆様に感謝の気持ちが伝わるような接し方を心がけようと思っています。

当事者と家族の立場から、看護師からの寄り添った言葉かけや行動に、安心感を得たと語られました。看護師に影響を受けてお子さんが看護師の道に進まれたことも語られています。

同じように看護師や医療職に寄り添いや見守りを期待しているのがCさんです。

Cさん：

私は、NPO法人パンキャンジャパン北海道支部で、患者さんやご家族に情報提供や、同じ病気をした患者さんやご家族の方同士をお繋ぎしたり、患者さんやご家族を医師や医療者とお繋ぎしたりといった活動をしております。膵がんは5年生存率が他のがん比べて低く今だ10%前後となっています。少しでもQOL向上に繋がります。5年生存率が上がればと願いながら活動しております。「看護への思い・協働できること」で浮かんだのが、『邂逅^{かいこう}』(多田富雄・鶴見和子(2003)藤原書店)でした。「邂逅^{かいこう}」は、難しい言葉ですが、「思いかけず出会う、めぐり逢い、巡り合う」とあります(Weblio辞書)。ここでは、同じような時期に脳梗塞で倒れられ生還された多田富雄さんと、脳出血で倒れられ回生された鶴見和子さんが、文通をとおして対談されながら、同じ病を共有しつつ、新たな生き方と考え方を模索するという少し難しいお話ですが、私はこの本を読みながら、がんと共に生きるがん患者さんも同じではないかと思いました。

病気前とは異なる身体と心に対して新たな生き方と考え方の可能性を発見して、それについて考えていく、その過程の中で、同じ病を経験された方々が共有する、そして医療者が寄り添い見守る。そこに私たちのような支援団体や患者会が更に寄り添い、「がんになっても、がんと共に生きていける社会」を協働で作っていく、それが患者・家族の支援団体の役割であり目標です。

Cさんは病気前とは異なる身体と心に対して新たな生き方と考え方の可能性を発見して、それについて考えていく、その過程の中で、同じ病を経験された方々同士が共有する、そして医療者が寄り添い見守ることが大事だと語っています。寄り添いは優しさにつながる部分だと感じました。

続いて、すい臓がん手術を受けたDさんは、看護師の優しさ、そして迅速な対応を思い出として語ってくださいました。

Dさん：

私は2015年9月にすい臓がんが見つかり即日入院しました。2週間ほどの検査の後、手術を受けました。

「すい臓がん十二指腸切除術」と言う難易度の高い時間のかかる手術です。検査、入院、手術、ICU、病室と先生は元より看護師さんには大変お世話になりました。家でも頼めない事を優しくやってくださいました。深夜勤務の見まわり、休日の出勤と良く働いてくださいます。夜など、頻繁になるナースコールにも嫌な顔一つせず迅速に対応してくださいました。仕事とは言え、感謝の念しかありません。

Eさんは家族の立場から、知識と技術に加え人間的な成長、つまり当事者と向き合う力や柔軟さが大切であることについて話されています。

Eさん：

私は2014年に夫と義兄（夫の兄）をがんで亡くした者です。二人とも同じ病院の緩和ケアでお世話になりました。その時に感じたことを伝えます。緩和ケアという特殊性、専門性はあるとしても、患者とその家族が大切にしていることを、あたかも当時者のように尊重し柔軟に配慮してくれた看護師さんたちに心から感謝しました。どのような対人援助職にも共通しているとは思いますが、特に看護職には、知識と技術に加え人間的な成長が大切であり、時には患者個人が大切にしていることに思いをいたらせられる柔らかさも大切だと考えます。

また、Fさんも知識と技術はもちろん、患者の状態を察しての声かけや優しさが安心感を与えると話されています。

Fさん：

患者にとって看護師さんは、一番身近で安心を与えてくださる存在ではないでしょうか。心身共に辛く苦しい中で、看護師さんからのやさしい言葉や適切な対応に安心を頂いているように思うからです。私自身も闘病中、何も言えずに耐えていた時に、それを察してやさしく声を掛けてくださったり、そっと背中をさすってくださったりしていただいたことがありました。その時のホッとした温かい気持ちを今でも忘れることがありません。知識や技能はもちろんのことですが、患者の状態を察しての声かけや人としてのやさしさが安心を与えてくれると思います。

Gさんは緩和ケアチームと早期から関われるシステムなどの必要性について語ってくださいました。

Gさん：

がんに罹患した患者は告知だけでも心に衝撃を受けている上に重要な選択を短期間でしなければなりません。心身ともにとても大きな負担です。この告知の場に緩和ケアチームが同席しサポートしていただけたら「うつ」表情を現す患者は少なくなるのではないのでしょうか。この場に同席することは患者との信頼関係に繋がっていくと思います。また必要であれば患者会などに繋げることも出来ます。その人にあったサポートを見極めるのは難しいと思います。体験者（患者会、サロンなど）と連携し、より良いサポートを展開出来たらと思います。

入院生活から自宅に戻ると以前のような暮らしが出来たのか不安で一杯になります。後遺症は疾患によって対応が大きく違います。個人差もあります。最新で正しい情報を必要な人に届けられるようにするには体験者の経験による情報も必要になってくると思います。長い付き合いになる後遺症の対応を知ることはQOLの向上にも繋がっていくと思います。看護職のサポートは当事者にとって、とても心強く感じます。一緒に知恵を出し合っていきましょう。

5. まとめ

“当事者とともに創る看護の知”の過程について図にまとめました。当事者・家族が看護職に求めるものはいろいろありますが、その基盤には寄り添いや優しさがあり、そこから信頼を得ることが出来ると思います。その関係構築の中で相互性が生まれ、当事者からの思いやニーズの把握が可能になります。このような当事者・家族との協働の中で、また適切な研究方法を用いることで、当事者視線の有益な研究が生まれると思います。これらのことはこれまでも看護職が行ってきたことであり、これからも続けていくこと、続けなければいけないことだと考えます。

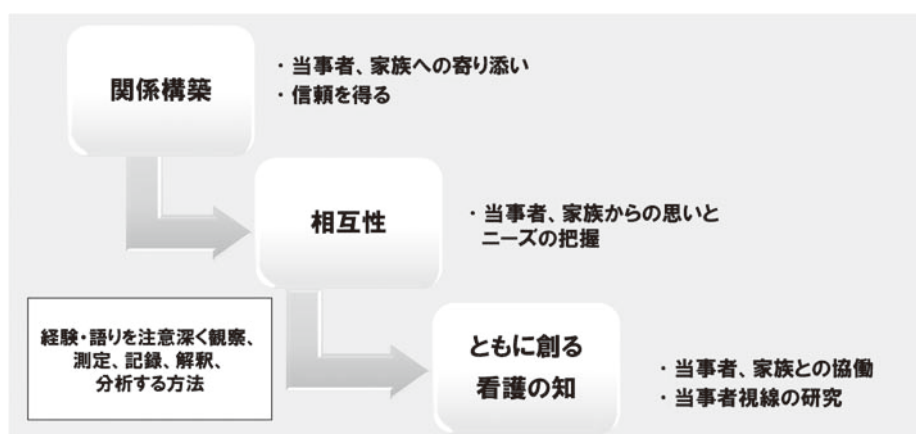


図 当事者とともに創る看護の知

ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- ・ べてる しあわせ研究所 編集協力 向谷地生良 (2018). レッ
ツ！当事者研究3. 認定特定非営利活動法人地域精神保健福
祉機構・コンボ.
- ・ 上野千鶴子 (2011). ケアの社会学 当事者主権の福祉社会へ.
太田出版.

引用文献

- ・ アーサー・クラインマン, 江口重幸, 皆藤 章 (2015). 皆藤章
編・監訳, ケアをすることの意味. pp122~123. 誠心書房.
- ・ 公益社団法人 日本看護協会編. (2016). 看護に活かす 基
準・指針・ガイドライン集 2016, p32. 日本看護協会出版会.

◆特別講演◆

人生100年時代における「ケアの権利」 — 日本学術会議『未来からの問い』が展望するジェンダー平等社会 —

奈良女子大学 教授 三 成 美 保

はじめに

2020年1月、日本ではじめて新型コロナウイルスが発見された。それから1年。人びとの日常生活は大きく制限され、失業や廃業も深刻になっている。医療崩壊の危機すら叫ばれる事態の中で、医療従事者の方々は、感染リスクがもっとも高い最前線に立ちながら患者の重症化を防ぐために奮闘しておられる。それにもかかわらず、医療従事者本人やその家族が心ない差別や中傷にさらされる現状である。

21世紀の科学文明は、パンデミックにかくも脆い。コロナ禍は、潜在的な差別や抑圧を顕在化し、尖鋭化させた。家族も分け隔てられた。高齢者の生命を守るために必要とはいえ、面会は禁止され、介護のための移動も制約された。東京や大阪に住む者が地方に住む老親を訪ねたとたん、その老親は介護や訪問看護のサービスを受けられなくなってしまふ。「ケアの権利」はいとも簡単に反故にされる。

以下では、パンデミックのような非常時にこそ保障されるべき「ケアの権利」について考えてみたい。

1. 「人生100年時代」と「ケアの権利」

①「人生100年時代」

「人生100年時代」—この語は、グラットン／スコット『ライフシフト—100年時代の人生戦略』（2016年）で提唱された。同書日本語版の序文では、日本では2007年生まれの半分が107歳まで生きる「人生100年時代」が到来すると予想し、長寿化は少子高齢化の「弊害」を相殺しようと説かれている。「仕事」のステージが長くなるため、パートナーの両方が職をもつメリットが大きい。同書によれば、「人生100年時代」に向けてもっとも重視されるべきは、男女が等しく「仕事」ステージを充実させることなのである。

厚生労働省の最新データ（2019年）によると、日本人の平均寿命は女性87.45歳（世界2位）、男性81.41歳（世界3位）である。一方、介護を受けたり、寝たきりになったりせずに生活できる「健康寿命」については、女性74.79歳、男性72.14歳であった（2016年）。平均寿命と健康寿命の差がケアを必要とする期間である。女性12年余り、男性8年余りがこれにあたる。18歳未満の「子ども（未成年）」は

法的保護が必要な社会的弱者である。つまり、長寿国日本の人びとは、人生の3分の1を他者によってケアされる存在として生きている。20～70歳頃の壮年期・前期高齢期もひとは病気やケガと無縁ではない。

2017年9月、日本政府は「人生100年時代構想会議」を設置し、グラットンとの意見交換も行った。しかし、「人生100年時代」を謳う日本の政策は、「仕事」ステージの長期化に見合ったものにはなっていない。グラットンの主張とは異なり、世代間公正もジェンダー公正もはかられていない。「全世代型社会保障改革の方針」（2020年12月閣議決定）が示す未来図は、人生でもっとも公的支援の必要性が高い高齢期のケアを家族に委ねるという前提の上に成り立っている。それは、20世紀の家族主義的福祉国家の枠組みを抜け出していない。21世紀日本は、「ケアの権利」が保障されないまま、ケアを家族の「自助」に委ねる日本型「人生100年」政策が展開している現状なのである。

②「ケアの権利（ケア権）」

「ケア」とは、育児・介護・看護など他者への「配慮」全般を含み、有償・無償の別を問わない。

日本で「ケア」への関心が高まったのは1990年代後半～2000年代である。最近では、「ケアする人／される人」の関係性が問われるようになっている。ジェンダー視点からも、ケアを家族内の「自助」に閉ざさず、地域共同体の「共助」や政府・自治体の「公助（公的扶助）」を含むものとして体系化した上で「ケアの権利」が論じられている。

「ケアの権利（ケア権）」とは、「ケアする権利」「ケアされる権利」「ケアされることを強制されない権利」「ケアすることを強制されない権利」をさす（上野2011）。「ケアの権利」とは、家族の有無にかかわらず人間らしいケアを受ける権利を意味し、幸福追求権や生存権の一環として、国家が個人に保障すべき人権の一つなのである。

労働には三種がある。「自己生存」のための労働（衣食住に関わる基本的家事・教育・生計など）、「他者生存」のための労働（ケア労働）、自他が共存するための労働（ボランティアなど）である。ケア労働はその重要性にもかかわらず、家族内で無償提供された歴史を引きずり、介護・育児の専門職は有償化しても対価が低い。もっとも早く専

門化・高度化した有償ケア労働である看護に倣い、介護や育児についても高度専門職化が望まれる。

そのさい、育児については、子の「ケアされる権利」と親の「ケアする権利」の保障を尊重した上で公的な育児支援サービスの拡充が求められる。一方、介護については、「ケアされる権利」を人権として保障した上で、「(家族を)ケアすること／(家族に)ケアされることを強制されない権利」が最大限保障されねばならない。育児とは異なり、介護は、看護と同様に専門的な公的ケアサービスを基本に制度設計されるべきなのである。

③コロナ禍とジェンダー不平等

パンデミックによる負担や不利益が女性に大きく偏っていることは世界に共通する。DVや児童虐待が増加しただけではない。世界の医療従事者は女性が7割を占め、日本でも医師の2割が女性、保健師・看護師はいずれも女性が9割以上に達する。介護職も7割が女性である。スペインやイタリアでは医療従事者の感染者の7割が女性であることがわかっているが、日本には同種のジェンダー統計がない。

コロナ禍が顕在化させたジェンダー不平等に国連も強い危機感をもち、三つの重点事項を指摘している。①女性の平等な代表性、②ケア労働への対処、③ジェンダー視点の適用である。②を引用しておこう。「有償及び無償のケアに対処することで、平等に向けた革新的な変化を推進する。教員から看護師に至るまで、経済におけるケアの仕事の給与は、他の業種に比べて低い。家庭において、女性は、無償、かつ、目に見えないケア労働の大部分を担っている。いずれも日常生活及び経済の基礎となるものであるが、性別役割規範及び不平等を前提としており、それを定着させるものである」(国際連合「政策概要－新型コロナウイルスの女性への影響」2020年4月9日、内閣府仮訳)。

2. ジェンダー平等社会へ

2015年、国連は2030年までの国際的課題としてSDGs(持続可能な開発目標)を掲げた。スローガンは「誰一人取り残さない」。「ジェンダー平等」は、第5目標として掲げられるとともに、全17目標を貫く課題とされた。

日本のジェンダー平等達成度は著しく低い。世界ジェンダー格差指数では総合121位(2019年)であった。衆議院の女性議員比率が世界平均25%(アジア平均20%)の半分にも満たない10%(世界165位)であるなど、日本では政治・経済における意思決定への女性参画率が極端に低い。

教育や仕事に関する機会や財などの資源がジェンダーにかかわらず平等に保障される「ジェンダー公正」な持続可能社会を目指すには3点で視座の転換が必要である。①人間像の転換、②「労働」の再定義、③脱家族主義である。

①「自律の人間」から「依存の人間」へ人間像の転換

人間像は、「自律の人間」から「依存の人間」へと転換されねばならない。ひとは本質的に弱く脆い。にもかかわらず、法学や経済学などの近代社会諸科学では、理性にもとづいて自己決定ができる「強い」人間が標準とされた。「フランス人権宣言」(1789年)が謳う自由・平等の担い手としての「ひと」や「市民」に女性は含まれない。黒人や同性愛者、障がいを持つ男性なども「市民」から排除された。

人生の中で他者に頼らずに生きることができる期間は存外短い。だれもが「ケアされる者」として生まれ、やがて「ケアする者」に回る。その意味で「ケア」は相互的であり、特定の性や世代にケア負担が集中すべきではない。「ケアの権利」を十全に保障するためには、公的ケアサービスを拡充させ、「ケアの公正」をはかることが不可欠である。

②ケア労働の適正評価へ「労働」の再定義

「労働」には有償労働と無償労働がある。20世紀労働法は男性賃金労働者を保護した。日本でもドイツでも「男性稼ぎ主」の雇用が最優先された。日本では専業主婦世帯がもっとも増えた1970年代に、主婦はパート労働者として雇用の調整弁となりつつ、家事・育児などのケア労働を負担して貧弱な福祉行政を支えた。ケア労働は、「愛の労働」ゆえに無償とされた結果、専門化・有償化されてもおお女性専用の補助職として扱われ、低賃金が自明視された。共働き世帯が増えた今日では、女性は職場と家庭で二重の労働に喘いでいる。コロナ禍による突然の一斉休校でもっとも大きな困難に直面したのは「働く母親」であった。労働は家族愛や企業愛などの「愛」によって搾取されるべきではない。必要なのは、適正な代償と評価である。

「有償／無償」に二分する労働観は、世紀転換期以降、大きく変化しつつある。1990年代末、EUでは「同一価値労働同一賃金の原則」が導入され、パートタイムとフルタイムの労働者の待遇が均等化された。ドイツでは社会民主党＝緑の党の連立政権のもとで「ジェンダー主流化」(法律や政策等の意思決定に男女の対等な参加を求め、ジェンダー視点から成果を評価する考え方)が採用された。「労働」が再定義され、生計労働もケア労働も価値として同等であると決定された(1998年)。

21世紀を迎え、ジェンダー主流化は国際社会の課題に共通する方針とされている。SDGs第8目標は、「ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)」を掲げる。「人生100年時代」は、「働く」ステージで男女ともディーセント・ワークが保障されつつ、ケア労働のための時間や機会が男女に対等に保障される時代である。そこでは、女性のワンオペ育児も、育児を手伝うだけの「イクメン」ももはや消失する。このような「人生100年時代」は、ケアを家族や個人の「自助」に頼るのではなく、「ケアの

権利」が公的に保障された社会ではじめて成り立つ。

③ケアサービスの高度化・専門化へー脱家族主義

寿命が延びるほどに、また医療・福祉制度が整うほどにケアの外部化・高度化・専門化に対するニーズも高まる。

エスピン・アンデルセンに代表される福祉・雇用レジーム論によれば、日本は「家族主義レジーム」に属する。ここで言う「家族主義」とは、「世帯こそがメンバーの福祉に責任を負うべき」という価値観に固執するシステムを指す。「親子同居率の高さは、福祉予算の含み資産である」(『厚生白書』1978年)との楽観的見通しに端的にあらわされる。1970年代には専業主婦世帯が共働き世帯の2倍に達したが、現在は逆転している。また、単独世帯が全世帯の4割近くに上る(2018年)。「おひとりさま」のケアをだれがどう担うかは切実な問題なのである。

[旧西] ドイツは、「保守主義レジーム」の典型とされ、家族主義が強い。ナチスを経た戦後、「市民家族(専業主婦世帯)」の理想化が強まり、女性の役割は「3K(台所・子ども・教会)」とされた。ドイツが脱家族主義へと舵を切ったのはごく最近である。2006年、「家族政策のパラダイム転換」が提唱され、家族政策は母親の育児支援から男女の両立支援をベースとするジェンダー政策へと転換された。2010年以降、「家族時間」政策が鮮明に打ち出されている。母親により多くのキャリア形成機会を保障し、父親により多くの家族時間を保障するという政策である。

3. 「ケア・イノベーション」の課題

2030/50年の未来社会はどのように描くことができるのか。戦争に突き進む国家に学術も加担したとの戦前の苦い経験をふまえ、戦後に発足した日本学術会議は「政府からの独立」を組織原理とし、2020年に創立70周年を迎えた。これを記念して各分野の研究者の協力を得てまとめたのが『未来からの問い』(2020年)である。

『未来からの問い』の「医療の未来社会」の章で「ケア・イノベーション」の必要性が唱えられている(小松浩子)。「ケア」は、「他者への関心や配慮により、支え支えられるという意味で互いに補い合う関係性の中で目標や価値が共有され、つながりを深める相互浸透行為」と定義されている。そこではこう説かれる。目指すべき「ケア共同体」は「相互支援社会」である。超長寿社会ではもはや「治癒」を目的とした「医学モデル」では太刀打ちできない。「ケア」を核とする「社会モデル」を融合させた取り組みが不可欠である。そのためにも、①「ケアサイエンス」の探究と創設、②ケアの技術革新の推進、③ケア共同体の形成、④ケア・イノベーション・プラットフォームの形成を4つの主軸とするケア・イノベーションを興すべきである。

『未来からの問い』公表の数ヶ月後、パンデミックが世界を襲った。『問い』の冒頭で掲げた未来社会に引き継ぐべき理念—尊厳・公正・共生—は、至る所で大きく損なわれつつある。「陰のパンデミック」も深刻である。グローバル経済の損失は8.5兆米ドルに上り、2020年末までに極度の貧困に陥る人が3,400万人を超える(国連経済社会局)。約2,500万人が失業する恐れがあり(ILO)、全世界で9割の学生が影響を受けているという(ユネスコ)。

パンデミックが突きつけた残酷な事実はそれにとどまらない。いくつかの国や地域では、感染防止対策が政治的駆け引きに従属させられた。市民社会では自粛警察やマスク着用監視が過激化し、もっとも保護されるべき感染者とその家族が「犯人」まがいの扱いを受ける始末だ。医療従事者とその家族ですら地域社会から排除されることがある。

人びとの「健康」への希求にどう対処すべきか。「人生100年時代」を幸福に暮らすには、健康寿命の延伸が望ましい。その反面、健康寿命の過度の強調は国家ぐるみ・地域ぐるみの健康至上主義を招きかねない。それは「健康帝国」ナチスさながらに、人間の本質的「依存性」を負に転じさせ、排除や暴力を正当化する論理にすり替わる恐れをはらんでいる。「ケアを必要とする生き方」も「ケアを必要としない生き方(健康)」と同等に尊重されねばならない。

おわりに

人間は弱い。だからこそ、ひとは「ケアし、ケアされる存在」として社会生活を営む。人間の本質的「弱さ」に照らすならば、ケアは「自助」に閉ざされるべきではない。社会の質を決めるのは「公的ケア」の質である。「尊厳」も「公正」も「共生」も踏みにじられそうな今日だからこそ、「ケアサイエンス」「ケア・イノベーション」「ケア共同体」の推進の必要性はいっそう高まっている。

「ケアの公正」はジェンダー平等社会の実現と不可分である。「他者生存のためのケア」の意義を社会全体で共有し、無償ケア労働を男女で共有しなければならない。同時に、有償ケア労働者としての看護職の地位をさらに高め、看護師のディーセント・ワークを保障すべきであろう。

参考文献

- 日本学術会議(2020)『未来からの問い—日本学術会議100年を構想する』。
- 上野千鶴子(2011)『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』太田出版。
- 大沢真理編(2011)『承認と包摂—労働と生活の保障』(『ジェンダー社会科学の可能性』第1巻)岩波書店。
- 三成美保(2020)「ケアワークとジェンダー平等」二宮周平編『現代家族法講座』第1巻, 日本評論社。
- エスピン＝アンデルセン(2001)『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房。

◆教育講演 1◆

当事者の専門知に学ぶ

北海道医療大学看護福祉学研究科 教授 向谷地 生 良

1. はじめに—「浦河べてるの家」の紹介

はじめに当事者研究を生み出した「浦河べてるの家」（以下べてる：1984）を紹介します。べてるの活動のルーツは1978年、北海道日高東部地域（えりも・様似・浦河・三石町）における精神保健福祉活動の一環として立ち上がった精神障害を持つ当事者の自助活動（回復者クラブどんぐりの会）に遡ることが出来ます。その会の有志によって1983年の秋に、教会の牧師館を借りてメンバーの仕事づくりとして日高昆布の袋づめの下請け作業がはじまり、翌年、古い教会堂（浦河教会）を拠点に、当事者の経験を活かした起業による地域貢献、「街づくり」の地域活動拠点として「浦河べてるの家」が設立されました。活動理念は、「地域のために」「社会復帰から社会進出へ」「三度の飯よりミーティング」などです。

当時の一般的な実践目標であった「社会復帰」に対して、「社会進出」という発想を持ち込み、「地域のかかえる苦勞への参加」の手段としてビジネス一起業に挑戦し、過疎化が進み事業所の撤退や閉店する店が相次ぐ中で、日高昆布の産直・出版事業、会社を設立して介護保険事業に進出しました。2001年には、「当事者研究」を創案、自助活動に取り入れ、翌年には浦河赤十字病院の病床削減計画の受け皿として社会福祉法人「浦河べてるの家」を設立し、わが国ではじめて当事者が理事長、施設長に就任し、就労支援、居住支援に取り組む様々なプログラムを創出してき

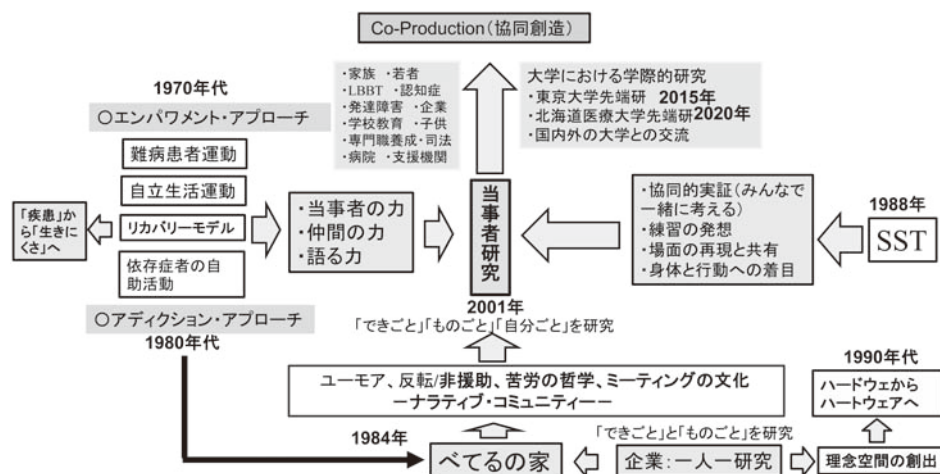
ました。

現在は、就労支援・居住支援、訪問介護・看護ステーションをかかえ90人のスタッフが働き、多くの当事者が雇用され、利用者も、精神、身体、知的等のさまざまな障害を持つ100名以上の当事者が事業に参加し、年間、延べ2,000人ほどの見学者、研修の受け入れをし、海外との交流も盛んになっています。

2. 「協同創造：co-production」と当事者研究の源流

当事者研究のはじまりは、2001年に統合失調症を持ち他害行為により入退院を繰り返す一人の若者との出会いからです。特徴的なのは、支援者も本人も互に行き詰まりの中で、スタッフが思わず「どうしたらいいかわからないから一緒に研究しよう」と呟き、ともに研究に取り組むことから始まったことです。その意味でも当事者研究は、いわゆる科学的なデータに基づき、綿密な検証を受けて生まれたアプローチではなく、精神保健福祉領域の生々しい苦勞の現場から偶然に生まれたものです。

ここで大切なのは、統合失調症をかかえる中で、対処しきれない現実には閉塞し、そこから抜け出そうと必死になってもがきながらもその糸口を見いだせず、自暴自棄になっている当事者と、それを受け止め、理解しようとしながらも、手掛かりを見いだせずに立ち往生する支援者、その両者が、共に「弱くあること」の表明と連帯の証として「一



当事者研究の源流

緒に研究しよう」という新たな立ち位置を見出すことで、先行きの見えない状況に「立ち続けること」を受け入れる、という構図が生まれたことです。その意味でも、「共に弱くあること」こそが、当事者研究という活動のもっとも大切な理念であり、専門家にとって難しいところだと思います。

このようにして生まれた「一緒に研究する」というスタンスは、現在、研究実践の領域で多く用いられるようになっている当事者や研究者、専門家、市民のあらたな連携を意味する「協同創造—co-production」の理念にも通じるものです。このたびは、当事者研究の源流を辿りながら、当事者研究という活動の広がりや現状、さらには統合失調症を持ちながら、べてるで活動し、実際に研究に取り組んでいるメンバーの実際の研究も紹介したいと思います。

3. 当事者研究と精神医療

以上のような経緯ではじまった当事者研究ですが、メンタルヘルスの領域では、多くの点で課題を抱えていました。それは、従来の医学教育をはじめとする専門家養成においては、当事者研究が持つ理念やその展開は、それまでの臨床経験やそこから生まれた原則には反するもっともタブーなことだったからです。統合失調症学会の理事長をつとめられた丹羽真一先生（福島医大会津医療センター精神医学講座）は、当事者研究の集まり（2015年第12回当事者研究大会）で次のように語られています。

「長らく、面接の中では幻覚妄想の話は出さない方がよい、幻覚妄想の治療は薬で、といった教育を受けてきた者として、薬に頼ったあなた任せの治療を受ける頼りなさは、当事者が自分の努力で病期を克服した実感をもつことを阻害してきました。当事者主体の治療の大切さが強調されているものの、現実と理想の間の距離は大きいと思います。その中で学ぶことになったのが当事者研究でした。」

以上のように、当事者研究の登場は、「薬に頼ったあなた任せの治療を受ける頼りなさ」と、「当事者が自分の努

力で病期を克服した実感をもつことを阻害」していると痛感し、「当事者主体の治療の大切さ」を模索していた精神科医をはじめとする現場のスタッフにとっては、新たな可能性をもたらすことになります。一方、看護教育においても、「妄想・幻覚の看護ケアのポイント」として「否定も肯定もしない」という中立的な態度が望ましい、と言われてきました。それは、肯定することによって、本人が妄想への確信を深め、症状を強化してしまうこと、逆に否定することによって、自分が否定された感を強めて、その後の関係が難しくなるという現場経験から、確固たる関りの方法として維持されてきました。ですから、当事者研究は、精神科医や看護師教育の定説と伝統を覆す、あらたな発想を提案することになりました。そして、世界の潮流を見据えて、いち早く、当事者研究の理念を治療やリハビリの領域に取り入れることを提唱し先導したのが、統合失調症学会でした。それはその後、わが国における最新で最高の統合失調症治療における知見を網羅した「統合失調症」（医学書院2013）に、さらには精神保健福祉士養成のテキスト「精神障害リハビリテーション」（中央法規2021）に当事者研究が収録されたことにつながります。

このような当事者研究に着目したメンタルヘルス領域の地殻変動は、世界的な精神医療の潮流から見ると、目新しいものではなく、欧米の精神医療改革の流れから言うところと30年遅れの感があります。しかし、遅ればせながらも、わが国におけるここまでの変化を概観すると、従来の専門家の治療文化の常識の壁を破る一つの契機となったのが、図にあるエンパワメントアプローチやアディクションアプローチ、リカバリー運動に象徴される「当事者の生きる世界への関心と共感」の発想です。さらに、ソーシャルワーク実践の世界では、ハワード・ゴールドシュタイン（Goldstein, H.）が提唱した「認知（cognitive）／ヒューマニスティック・アプローチ」であり、「クライアントの場からの出発」という言葉に象徴される実践観です。この実践観は、私の学生時代（1970年代）にすでにわが国の障害者運動やソー

●第1の原則

○クライアントが自分なりに理解している主観的世界を汲み取る。

○この理解を達成するために、一時、われわれ自身の理論的仮定や社会的文化的な固定概念をわきに置く

●第2の原則

○クライアントに診断名を当てはめて分類し、対象化し、烙印を押すことになりがちな傾向を阻止し、クライアントを範疇化された対象としてではなく、われわれと同じ人間として見ていく

●第3の原則

○援助者がクライアントの主観性の意味を理解できるのに応じて、クライアントの行動や対応の仕方についての相互理解が深まっていく。

●第4の原則

○クライアントの主観的な世界や現実的な世界の意味を理解するためには、対話と反省をとおして意識が高められ、問題が見直され前進していく過程が不可欠となる

●第5の原則

○援助経験の成果は援助者によってもたらされるものではない。クライアントのみがニーズと目標を定め、かつそれらが達成できる可能性を持つ文化的・道徳的・社会的背景を配慮していくことができる。

H・ゴールドシュタイン「ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究」川島書店 小松源助

認知・ヒューマニスティックアプローチの原則

シャルワークの実践，研究領域でも知られ，注目されていましたが，それを実践レベルで活かしていこうというアプローチは，まだ皆無の時代でした。しかし，学生時代に難病患者運動や障害者の自立生活運動に触れ，その時代の空気をまわって私は，北海道の浦河でソーシャルワーカーとして実践をはじめ，多くのアルコール依存症をかかえる当事者や家族と出会う中で，「仲間の力」「語ることによる回復」，そして，支援者が，前向きに無力であることによって当事者の回復が促進され，支援者自身の“回復”も早まるというパラドックスを経験しました。そして，そのようなナラティブな世界が統合失調症を持つ人たちの回復の文化に取り入れられる中で，浦河独自の「ナラティブ・コミュニティ」の素地が出来上がっていきました。それは，私にとっては「認知 (cognitive) / ヒューマニスティック・アプローチ」が提言した「クライアントの場からの出発」の世界を体験する貴重な機会となりました。

そのような回復の文化に，さらに企業の中で行われていた社員一人一人が自由に研究テーマを持ち社内での研究交流をする「一人一研究」というQC活動と出会う中で，「研究する」というキーワードを獲得します。1990年のことです。そして，決定的だったのが，翌年，UCLAから東京大学に客員教授として赴任していたP・リバーマン等が認知行動療法の一つとして開発しわが国の関係者に紹介したSST（社会生活技能トレーニング）と出会ったことです。つまり，認知 (cognitive) / ヒューマニスティック・アプローチと一人一研究がSSTの持つ「共同的省察的实践」の発想と出会う中で，10年の歳月をかけて，当事者自身が仲間とともに自らの生活課題を研究テーマとして自在に研究し，自分なりの「知」を創出する「当事者研究」として熟成されていくのです。

4. 精神医療の世界との出会い

学生時代は，福祉を学びさまざまな領域の障害者運動に触れる機会を持ちながら，卒業後（1978）は精神医療の世界に飛び込んだ私にとって現場は，驚きと発見の連続でした。そこには想像もしなかった独得のルールがありました。例をあげると病棟のすぐ隣のスーパーに買い物に行く場合，三日前までに外出届けが義務付けられていたのです。私たちは，計画的にコーラを飲みたくなったり，計画的にお菓子を食いたくありません。ほとんどが，その日の気分やコンディションによって衝動的に買い物をします。しかし，それが「患者」という立場になるとそうはいかないのです。退院後を見据えて，専門家の判断で計画的な生活を強いられるのです。それを，破った場合，外出禁止というペナルティーが待っていました。もちろん，届けを出さずに，買い物にいく人も後を絶たず，その結果，病棟には腹



浦河赤十字病院精神科病棟（1959－2014）
精神科への入退院の経験をした人たちが当事者研究の源流となった

の探り合いのような雰囲気が生まれ，病棟の窓の下には，アルコールの入院患者が密かに持ち込んだ“ワンカップ”の空き瓶が，無造作に捨てられていました。

そこで，気づいたのが，「精神医学」は囲い込みの「囲」学，「精神看護」は管理のための「管」護，そして「社会福祉」は服従を強いる「服」祉に陥っているということでした。そして，そこから生まれた問いは，何故，長い時間と費用をかけて専門教育を受けた自分たちが，治療やケア，相談支援の理念からもっとも遠い「囲い込んで，管理し，服従を強いる」という現実には陥り，しかもそれを温存，増強させようとするパターンリズムに陥るのかについて考えることでした。

これは，「精神医療の民主化」の問題として40年を超える臨床経験を持つ私の一環したテーマでもあります。それは，精神医療への批判と言うよりも，浦河に赴いて二年目に挑戦したメンバー有志との2年あまりの共同生活（後のべてるの家）において経験したさまざまなアクシデント，トラブルを通じて，警察の力を借りて受診受療援助をせざるを得なかった私自身の挫折感と，まさしく自分が一番の“クライアント”であった，という深い自覚と自己批判から生まれたものです。

5. 「臨床の知」へのパラダイムシフト

この問いは，今も続いています，これを乗り越えるために必要なのが，ドナルド・ショーンの言葉を借りるならば，専門家自身が自らを「省察的实践者」と見なすことです。この精神医療の世界において，「実践しながら考える」というプロセスの放棄を生み出す背景には，何があるのか。それは，精神医療の世界は，他領域に比べて，「期待される回復に向けた目標」と「起きている出来事」の落差が大きいからだと思っています。つまり，急性期の領域に比べて，“精神的な報酬”を見出すことの難しさ，つまり「不確かさへの耐性」を求められるからだとは考えています。一番象徴的な体験は，この仕事をはじめてはじめ

て心底「腹が立つ」ということを幾度となく経験させられたことです。家族を散々泣かせて、やっと入院し、三ヶ月も入院生活を送り、退院カンファレンスでも、涙ながらに反省の弁を述べ、スタッフに見送られながら退院した患者が、まっすぐ酒屋に向かい、酔っぱらって自宅に帰るという光景を最初は理解できませんでした。そして、そこに、管理や支配の誘惑が入り込む余地があることも知らされました。これは、私の素朴な発見の一つに過ぎません。このような経験の積み重ねが、私たちが学んだ知識や技術を凌駕し、パターンリズムに陥らせるのではないかと考えるようになったのです。今思うと、これは、私自身の当事者研究のプロセスでもあります。

このような現状を変えるためには何が必要なのでしょう。それは「科学の知」に依拠することによって成り立つ専門家から、哲学者、中村雄二郎の言葉を借りるならば「臨床の知—近代科学への反省をもとに、それが見落とし排除してきた諸側面を生かした知のあり方」（「臨床の知とは何か」岩波新書）を重んじる専門性へのパラダイムシフトであり、誰よりも自分自身がまず支援を必要としているという現実の受容とサポート体制の構築なのではないかと考えています。

6. 省察的生活者としての「当事者の知」との協同

精神医療の世界において専門性は、一つの役割を越えて「力」を獲得し、それに対抗するように当事者等は、自らの経験と意志の優位性を力説し、さながら「権力闘争」のような対立を続けた時代がありました。イギリスのR・D・レインによって提唱された「反精神医学」は、精神医療改革の機運が高まっていたわが国の精神医療の現場にセンセーショナルに受け入れられ、「そもそも精神病など存在しないのだ。特定の人々に社会の側が貼ったレッテルにすぎない」というその主張は、学生運動とも重なり、現場に多くの混乱と対立を生みました。その時代は、「当事者」というキーワードは、まさしく専門家との対立軸で語られるもので、「当事者と共に」とか「当事者主体」というのは、想像もできない危険なものだったような気がします。

そして、1980年代に入ると、時代は脳科学の進歩と共に、「脳」という臓器をターゲットとした新規の薬物療法への期待へと突入し、いわゆる特効薬の開発が、すべてを解決する切り札であるかのような空気が現場を支配していきます。それを象徴する精神病理学者の木村敏のコメントが、新聞に載っていました。

「この半世紀はね、精神病理学がマイナーになっていった50年でもあるんです。精神病は心の病か、脳の病気かという議論は18世紀から続いてきたのですが、戦後、向精神薬が登場して、薬で治せる、だから脳病だとする学説が

“勝った”ことになった。特に80年代以降は。私はそんな風潮に反対してきたのです。もちろん、ある意味で進歩と思いますよ。でも薬だけで解決はできない。精神病の根源は個人でなく、個人と個人の関係性、私が呼ぶ“あいだ”にあるのではないかと思う。自分のあり方を決めているのは、他者との関係に他ならないですから……」（朝日新聞2005年2月26日土曜日文芸欄）

このように“勝った”ことになっている薬物療法は、後に大きな曲がり角を迎えます。それを象徴した言葉が東京都医学総合研究所の糸川昌成先生の著書に書かれています。

「四半世紀近くをかけて、脳の細部へ、よりミクロへと降りてゆく研究をしてきたことになる。いわば、脳の部品の研究とでも言うのだろうか。ところが、部品の解体が進めば進むほど、これで統合失調症がわかるのだろうかという疑問がわいてきた。まるで、うまく音の出なかったラジオを分解してみたら、壊れた真空管が見つかるように。しかし、部品の故障箇所が分かっても、いっこうに全体が見えてこないのだ。脳は、気象現象やマクロ経済と同じ複雑系である。薬が脳を治しても、患者の生きる人としての回復が達成されるとは限らない。その人の生きてきた文脈が理解され、症状の意味が汲み取られ、ご本人が病気を腑に落ちる物語として描き終えた時、はじめて統合失調症から回復できる。すなわち、抗精神病薬は脳は治せるが、魂は治せないのだ。」（糸川昌成「統合失調症が秘密の扉をあけるまで」）

この言葉に象徴されるように、アメリカの大手の製薬メーカーは、統合失調症の新薬の開発を中止したというニュースが入ってきました。イギリスでは、統合失調症の治療の第一選択が薬物療法ではなく、本人の選択となり、非薬物療法として認知行動療法が取り入れられています。日本では、認知行動療法は、うつ病の治療には適用でも、統合失調症の治療には取り入れられていません。その流れから言うところ「否定も肯定もしない」という立場で精神医療の現場に立っている人には想像も付かないことです。しかし、さきほど紹介した丹羽真一先生は、第10回統合失調症学会で「当事者研究は日本発・世界先端の治療パラダイム」であるとして、当事者研究への期待を次のように述べています。

「当事者研究という方法は、当事者主体の治療法を具体化するものであり、「説明と同意」（インフォームドコンセント）の先を行く「体験的発見型・自身納得型の同意」のもとづく治療であり、日本発・世界先端の治療パラダイムを実現したものであり、内容的には陽性症状の認知行動療法である。期待したいことは、「当事者研究」の効果についてのエビデンスの構築である。世界先端と考えている

が、当事者がそう考えたからと言って世界がそう認めるわけではないからである。本当に世界先端として発展させたいと希望している」

このように、当事者から生まれた実践知が、いわゆる医学的な治療の領域から熱い期待をもってラブコールがかかるようになりました。これは、私たちにとっても、想定外のことです。

このように、専門家のよって立つ「科学的であること」の拠り所であった薬物療法の限界が見える中で、あらたな変化が起きています。それは、1990年代にはじまった科学的根拠を基盤としたアプローチ重視から、当事者の苦悩の経験から生まれた「知」をベースに考える「リカバリー」の概念の誕生と普及です。このリカバリーの思想は、世界の精神医療の現場に大きな変化をもたらしています。その先進的な取り組みがイギリスの精神医療改革です。このリカバリーの思想は、イギリスにおいて、次のような変化をもたらしています。

一つが「専門家が症状を取り除く、問題解決をする発想の転換し、当事者自身が自らの経験を理解し、管理する方法を見つける」ことの重視です。これは、当事者研究の目指す方向と重なるものです。二つ目が「問題や困難に注目するのではなく、当事者自身が自分の強みや持てる力を手掛かりに目標を達成できるようにする」ことです。三つ目が「医療と福祉の連携、選択の機会を増やし、互いに支援しながら当事者の人生の希望を達成する」(ジュリー・レッパ「リカバリー中心のメンタルヘルス・サービスへ〜英国での経験から学ぶこと〜」2011巣立ち会報告書)という当事者を巻き込んだ地域連携の重視です。

この三つが、Co-production(共同創造)の理念と結びつくことによって、信念対立を越える新たな可能性を私たちにもたらしています。その一つである当事者研究は、その先駆的な取り組みの一つであり、「当事者の知」との協

同を促す実践的な活動として注目されているのです。

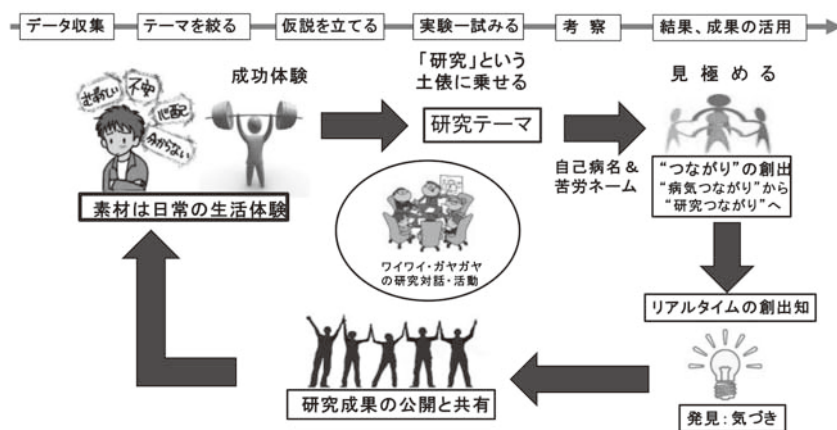
7. 当事者研究とは

ここで、あらためて当事者研究の紹介をしたいと思います。当事者研究は、前述したように北海道日高東部地域(浦河町・様似町・えりも町)の精神保健福祉活動の一環として立ち上がった統合失調症や依存症などの精神疾患を経験した人たちの自助(自分を助ける、仲間を助ける)をめざした実践的な研究活動(2001)としてはじまりました。研究の素材は、一人一人の日常の出来事や過去の経験です。べてるでは、お客さんからのクレームや失敗体験もテーマとして扱い、スタッフもメンバーと共に研究活動に取り組んでいます。勿論、いままで医師や看護師などに相談していた体調や気分、幻覚や妄想体験などのメンタルヘルス上のエピソードも自分ごととして扱います。

現在は、当事者研究の実践理念によって裏付けられた研究ネットワーク(海外も含む)として、さらには、日々の研究活動や研究のすすめ方(データの集め方や整理の仕方、実験の仕方、研究発表の仕方、研究発表の仕方)に関する研究交流の取り組みとして広がっています。2015年には、東京大学先端科学技術研究センターに当事者研究分野が立ち上がり、2020年には、北海道医療大学に先端科学研究推進センターに当事者研究分野が開設され、海外の大学との研究交流もはじまっています。あらたな動きとして、当事者研究の経験、成果を活用しようとする精神保健福祉領域のみならず、企業、教育、家族・子育て支援、司法など、さまざまな分野で注目され、活用がはじまっています。

8. 「当事者の知」としての「当事者研究」の実際

このたびは、実際の研究活動の成果を紹介したいと思います。今回のユーザーリサーチは、べてるでピアサポーターとして活躍している森紀子さんです。



生活体験を「研究テーマ」に

1) 研究テーマ

「きらわれ幻聴さんとのつきあい方の研究」

○はじめに

私は、統合失調症を持ちながら関西で暮らし、縁あって二年前に浦河にきました。浦河に来てもずっと幻聴さんとのつきあいに苦勞していたので、皆の応援を借りて研究を開始しました。

○苦勞のプロフィール

私の自己病名は、「統合失調症きらわれモード型声ヘリウムタイプ」です。統合失調症で幻聴さんが人の声や物の音に幻聴さんが乗り移ってしまい、ヘリウムガスを吸ったように声や音が変わります。その声はとても冷たくて、いじめられているような感覚に襲われ、いつも孤独でとてもつらくなります。

私は関西で生まれ育ち、四人家族で育ちました。小さい頃は活発な子どもで、友達もたくさんいて、小・中学校はそれなりに楽しい学校生活を過ごしていたと思います。高校に入学して二年生までは勉強も友だちとの関係も順調でした。しかし、三年生になり、クラス替えて仲のよい友だちと離れ、なかなかなじまなくていつも一人であることが多くなり、大学受験のときに、まわりの人の声や視線が気になり、空から「死ね、死ね」という声がずっと聴こえて止まらなくなり、精神科を受診しました。

それから、まわりの人からきらわれている感覚が止まらず、外や学校に行くのが怖くなり、行けなくなりました。休んでいても「高校に荷物があるから取りに行きなさい」、「浅野ゆう子さんから荷物が届いている」と命令され、母に止められても一心不乱になって探し続けました。先生のせきばらいや戸を閉める音が、監視されていると思い、授業中も幻聴さんが耳元でささやいて頭がいっぱいになって、成績も下がってしまいました。通学中の電車でもお客さんに何か言われている声が聞こえてつらかったのですが、それでも通いました。

卒業後は、バイトをしながら短大に通いました。毎日幻聴は聴こえていましたが、通っているうちに友達ができ、病気のことも少し話せるようになって楽しく過ごせました。その後は、医療事務の仕事に就きましたが、幻聴さんの影響で工作中に話せなくなりながらも何とか五年間働きました。その頃、恋人とも順調に交際していたのですが、景色やものを「きれいだね」と言われても、きれいに見えなかったり、言葉の表現がわからなくなったり、共に何かをわかち合うことができなくなってしまいました。結婚も考えていたのですが、幻聴さんが私と彼の間に割り込んできて、私の幸せをことごとくつぶしていくように思えて苦

しくなり、なぜか誰かを好きになるたびに、幻聴さんがいじわるをして変な方向にいつてしまうことをくり返していました。

縁があって浦河に住むことになり、外来やデイケアに通いだして仲間が少しずつできましたが、噂されているのは消えませんでした。しかし、スタッフや仲間にも助けられながら、べてるに通い、ピアサポーターとして活動をしています。

○研究の目的

なぜか、いつもまわりの声やヘリウムガスを吸ったときのように変わってしまう感覚、いじめられる感覚が、どうしてずっとこんなに続くのかを知りたいと思ったこと、そしてその幻聴さんとのつきあい方をさがしたいと思い、研究を始めました。

○研究の方法

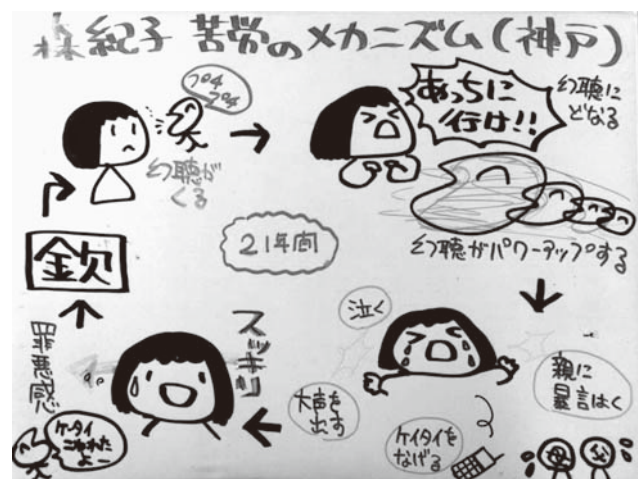
デイケアやべてるで行っている当事者研究ミーティングに参加して、皆のなかで情報公開をし、自分でノートに書いて研究をしてまとめていきました。

○研究の内容

〈きらわれ幻聴さんの苦勞のパターン〉

まず、今までの苦勞のサイクルをノートに書いて、仲間と一緒に整理しました。私はいつも、誰かと話しているときに幻聴さんが人ののどに乗り移ってしまい、その人の声やヘリウムガスを吸ったように変わってしまいます。すると、今までやさしかった人の声が急に冷たく「どす」の利いた声や高い声のように変わり、冷たくなって目つきも鋭く変わっていきます。

外へ出ても、車の音や電車のエアコンから人の悪口が聞こえ、空から幻聴さんがふってきて「死ね！死ね！」と叫べます。他にも鼻から死人の悪臭がしたり、目がつり



あがったりする現象に苦しんでいます。あとは楽しい気持ちや感動したことがわからなくなり、皆の話が頭に入らなくなって、冷たくされて、一人ぼっちにされていると感じて悲しくなります。それに対する今までの対処を、整理してみました。

図のように、きらわれ幻聴さんに対してひたすらじっとがまんしたり、つらくなって「あっち行け!!」と叫んだりすると、声が倍になって大きくなります。さらには、なんとかするために物にあたったり、親や自分に暴力をふるったり、泣き叫んで爆発して家族が必死で止めていました。少しすっきりしますが、後から家族に対する罪悪感でいっぱいになってしまいます。

携帯や物を壊すとお金もかかるので金欠になり、しばらくはがまんして耐えます。でも、またまわりの人からきらわれていると感じてしまうというサイクルを、地元でも浦河に来てもしばらくくり返していました。

○新しい助け方 きらわれ幻聴対策

デイケアやべてるに通うようになって、仲間もできて少しずつ苦勞も話せるようになってきたのですが、それでもいつも皆といてもきらわれ幻聴さんはやってきて、そのたびに「自分は皆にきらわれているんだ」と一人ぼっちになっていました。そこで、当事者研究ミーティングで助け方を皆と考えました。

①仲間カード

皆が書いてくれた応援のメッセージカードを自宅で見ながら動いてみました。目で見ることできらわれ幻聴に対して、「きらわれていない」と安心してべてるにも通えるようになりました。

②幻聴さんをお願いしてみる

朝起きて一番に、「幻聴さんおはようございます。今日もべてるに一緒に行きましょう。よろしくお願いします」と頼んでみる練習をしました。でかける前に幻聴さんに話しかけることで、自分からコミュニケーションが取れるようになり、ていねいをお願いすると幻聴さんもやさしく答えてくれて、目も上がりませんでした。お願いを忘れると必ず目が上がったので、忘れたときはその場で再度お願いしました。すると幻聴さんが、「さびしかったよ」と言ってくれました。目がつり上がったとき、声が変わったときも活用しています。

③大好き作戦

きらわれ幻聴さんが来ると、皆の声が変わって冷たくされるので、皆にきらわれている感覚に襲われ、皆のことが

大きらいになります。でも大きらいなときこそ思い切って「大好きだよ」と言ってみました。すると幻聴さんが、「参った」と言って消えていきました。

④確認してみる

きらわれ幻聴さんが来たときに、仲間に確認してみました。実際は、誰も私のことをきらってはいなくて、幻聴さんにジャックされていたことがわかりました。それでもまた来るので、その都度確認することで、仲間とコミュニケーションがとれて少しずつ安心していきました。

⑤たこさんツボ押し

幻聴さんが強くなったときや頭がブチブチして苦しいときに、仲間がくれたタコ型のツボ押しを使ってマッサージすると、頭のブチブチが少しよくなりました。最近は特に仲間が押してくれたときに効果がありました。

⑥幻聴さんを「売る」

幻聴さんがひどくなって、「カフェぶら」から泣いて帰ってきました。そこで皆で研究して、試しに幻聴さんを「一匹100円」で仲間に売りました。買ってもらった分だけ幻聴さんを頭から抜いて、食べてもらいます。そして、お金の代わりに握手をすることでだいぶ楽になりました。特に、一番効くのは幻聴さんをまとめ買いしてもらうことです。2012年のべてる祭りにゲストとして来てくれた武田鉄矢さんにも買ってもらいました。



⑦幻聴さん冷凍法

べてるでは、イチゴ農家さんと協力して、地元産の夏イ

チゴの収穫とへた取り, 加工をしています。イチゴを冷凍保存するべてるの冷凍庫に入ったら, 幻聴さんが凍ってしまって大人しくなる面白いことを発見しました。でも“解ける”と, またうるさく成ります。

○まとめ

当事者研究を始めて, きらわれ幻聴さんはあいかわらずなくならないけど, いろいろなことを試しているうちに対処法が少しずつわかってきました。また, 今まではきらわれモードになると自分だけ孤独な気がしていましたが, 対処法をいろいろな人に協力してもらうことで, 皆とのコミュニケーションにもつながって少しずつ安心感が増えてきました。

最近, 皆の前で研究を話すことが増えて, 先日講演デビューしましたが, 順調に幻聴さんもたくさん来ました。つらくなるときも多いですが, 私の研究を聞いた仲間が希望と勇気をもたらったと言ってくれてうれしかったです。今後も研究を続けながら同じ苦勞を持つ仲間とつながり, 講演にも行けたらいいなと思います。

9. おわりに

当事者研究を続けてきた私たちの実感として, 専門家から与えられた知識や情報以上に, 当事者自身が試行錯誤をし, 見出した「知」こそが, 人を活かし, 育てるという手ごたえがあります。そのような内発的, 自発的に生まれた知の創造をどのように促すのかが重要なポイントになって

きます。それは, その人自身が, 主体的に「問」を起点に, 対話を通じた応答を繰り返しながら試行錯誤をはじめるプロセスを尊重するということです。それには, そのプロセス（ジレンマ・葛藤をとまなう）を通じて, 置かれた状況と対処の模索からもたらされる意味の発見（首尾一貫感覚）を共にする仲間（伴走者）の存在が大切になってきます。そこには失敗体験も重要な経験として尊重されます。そして, 試行錯誤の結果, 生まれた「リアルタイムの創出知」（清水博）を新たな情報, 成果として発信, 共有する「自分自身で, とともに」の経験の蓄積と協同する専門家の役割が今後大切になってきます。最後に精神病理学者であり, 哲学者の木村敏の言葉を紹介して, 終わりたいと思います。

「生きているものを研究するために, 生命と関わりあうということは, われわれ自身が行為者として, 行為しながら, 行為そのものに内在する感覚でもって生きものを「見る」ということにほかならない。外界の光を媒体としてみるのではなく, われわれ自身の動きを媒体としてみるということである。そしてそれは同時に, 研究対象をその生命から切り離して客観的に考察するのではなく, 対象自身が行為し感覚しながら生きている生命活動そのものに照準を合わせてこれを見るということでもある。一言で言えば, 行為主体としてのわれわれの自身が行為主体としての生き物に行為的に関わるということだ」

（20頁）木村敏『生命のかたち／かたちの生命』

◆教育講演 2◆

思い出を未来へと紡ぐ博物館

— 博物館体験の長期記憶の語りから探る博物館の意味 —

北海道大学総合博物館 教授 湯 浅 万紀子

はじめに

本論は、第46回学術集会の教育講演に沿って、まず、国内の大学博物館の歴史と活動展開について北海道大学総合博物館を事例として紹介する。次に、博物館評価の現状と課題を説明し、その課題に取り組むために筆者が展開している調査研究「記憶のなかの博物館」について解説する。

I. 大学博物館の歴史と活動展開

A. 大学博物館の概要—北海道大学総合博物館を事例として

国内には約5,700もの博物館があるとされるが、費用対効果が求められる社会において閉館する館も存在するのが現状である。改めて博物館とは何かを考えると、国際博物館会議 (ICOM: International Council of Museums) は2007年に博物館とは「社会とその発展に貢献するため、有形、無形の人類の遺産とその環境を、教育、研究、楽しみを目的として収集、保存、調査研究、普及、展示する、公衆に開かれた非営利の常設機関である」と定義した。但し、この定義は社会状況の変化に伴い、見直されていく。2019年に京都で開催されたICOMの大会でも見直しが検討されたが採択には至らず、過去と未来についての批判的な対話のための民主化、包摂、現在の紛争や課題の認識とそれらへの対処、多様な記憶の保護、すべての人々に遺産に対する平等な権利と平等な利用の保障、人間の尊厳と社会正義、世界全体の平等と地球全体の幸福への寄与、といった文言を含めた暫定案がまとめられた。

博物館の種類はさまざまである。本論で紹介するのは、大学博物館である。国立大学に限定すると、1996年に東京大学に博物館が創立された後、京都大学、東北大学、北海道大学に博物館が創設され、現在では40数館の大学博物館がある。この背景には96年に文部省学術審議会学術情報資料分科会から、大学における学術情報の保存・研究・教育の必要性、そして大学の広報機関としての役割への期待などから「ユニバーシティ・ミュージアムの設置について」という報告がなされたことがある。この報告以前から、大学では標本の貸借や関連分野の研究の交流がなされたり、資料館として活動展開してきた例もある。私立大学ではこれより古くから大学博物館が設置され、活動展開している。

1999年に創設された北海道大学総合博物館（以下、北大総合博物館）は、北海道大学の前身である札幌農学校時代から収集・保存・研究されてきた400万点の学術標本のうち地質学や生物分類学、考古学など300万点を収蔵し、学名の基準となるタイプ標本約13,000点を含む。構内では最初期の大規模コンクリート建造物である1929年建造の理学部本館を利用しており、ロマネスク様式とゴシック様式が混在する建築様式には見所が多い。1～3階の常設展示では、学術標本の研究、大学の歴史、そして2016年のリニューアルでは公開エリアを拡張し、大学の12の学部や特色ある部局の展示、標本に触れることができる展示、研究者と市民の交流エリア、カフェなどを新設した。また、ユニバーサルミュージアムを目指して施設を整備した。

夏季を中心に企画展が開催される他、無料の市民セミナーや講座など多様な生涯学習支援活動を展開している。キャンパス北部には国の重要文化財「札幌農学校第2農場」建物群があり、博物館が展示を担当している。水産学部のある函館キャンパスには、分館である水産科学館がある。

B. ミュージアムマイスター認定コース—北海道大学総合博物館の特色ある学生教育

大学博物館が他種の博物館と明確に異なる点の一つは、高等教育を行うことである。北大総合博物館では全学教育や大学院教育、学芸員養成課程科目を担当している。さらに北海道大学が目指す「全人教育」の一環として、博物館の資源をフルに活かした特色ある学生教育「ミュージアムマイスター認定コース」を学内のさまざまな部局の教員の協力を得て2009年度から展開している。課題探求能力と問題解決能力、コミュニケーション能力、マネジメント能力を涵養し、協調性と自主性、自己評価の視点をもつ学生を育てることを目指した体系的な教育プログラムである。博物館に関する基礎知識を習得する「導入科目」、フィールドワークを主とした研究手法を身につける「ステップアップ科目」、社会と博物館をつなぐ役割について実践的に学ぶ「社会体験型科目」という3つの科目群から所定のクレジット（単位相当）の科目を受講し、成績評価と最終面談を経て、上記の能力をもった学生をミュージアムマイスターとして認定している。2020年12月時点で、さまざまな

学部・大学院専攻の41名が認定され、北大総合博物館や大学の重要な行事などで活躍している。

このコースは開設当初から国内外で注目を集めてきた。特に、社会体験型科目には特色ある授業やプロジェクトが多い。学生達が総合博物館の課題を見だし、それを解決するためのプロジェクトを企画して運営し、その目的が達成されたかを評価する授業「学生発案型プロジェクトの企画・運営・評価」では、さまざまなワークショップが運営されてきた。全て来館者調査などに基づいて企画立案し、博物館の会議で企画提案して了承が得られて実施可能となる。運営には参加者の安全面での配慮やアレルギー確認、広報活動も含まれる。そして、参加者への質問紙調査や面接調査、参与観察、メディア報道の調査などにより取組を多角的に評価し、館内会議で報告して、授業は完結する。

他にも「ミュージアムグッズの開発と評価」という授業から、北大総合博物館のミュージアムショップで実際に販売されるいくつかの学生企画グッズが実現している。

北海道大学のさまざまな学部の4年生が卒業研究を1枚のポスターにまとめ、博物館で市民に説明し質疑応答する「卒論ポスター発表会」は、2月下旬の恒例行事となり、特に注目を集めている。専門用語が通じる場ではなく、多様なバックグラウンドをもつ市民が来館する博物館で研究を説明することはチャレンジングな貴重な機会である。毎年、十数名の学生が参加し、中間発表会で博物館の教職員と学生同士で議論しながらポスターを完成させる。来館者とのコミュニケーション方法についてリハーサルを行って学ぶが、発表会当日に多くの来館者に説明し、質問に答えることで、そのスキルは格段と向上する。市民が大半を占める来館者から本質を突く質問をいただいたり、進学して研究を発展させることを応援していただいたり、学生達は研究会や学会では体験し得ない特別な時間を過ごしていく。来館者にとっても、北海道大学のさまざまな学部の4年生の取組を知る機会となり、ご好評をいただいている。

II. 調査研究「記憶のなかの博物館」

A. 博物館評価に関する現状と課題

I章の冒頭に紹介したように、博物館は社会においてその役割を示して健全な運営がなされることが求められている。来館者研究の蓄積がある欧米の展示評価の事例が1990年代後半から日本に紹介され、2001年度の国立博物館の独立行政法人化や2003年度の指定管理者制度の導入などを契機に、博物館の評価に関する実践や研究が国内でも進められてきた。入館者数や入館料収入、新規収蔵資料の数、展示や教育プログラムの開催数といった指標は評価全般に不可欠である。しかし、筆者は博物館が社会に果たしてきた役割を明らかにするにはこれだけでは不十分であると考え

え、別の評価指標を探究してきた。

B. 博物館の関与者の博物館体験に関する長期記憶を探る

多くの博物館で質問紙調査を実施し、来館者のプロフィールや、展示や企画に対する満足度を問い、回答結果を分析しているが、調査は多くの場合、展示観覧や企画参加の直後に実施されている。しかし、満足度や理解度がその後保持されているかは不明である。また、博物館で人々が得ることは、認知面での学習に限定されるものではない。そして、来館者だけでなく、博物館活動に関与するさまざまな人、ボランティアや友の会会員、職員、地域住民、設置主体なども視野に入れる必要があると考え、筆者は博物館の存在意義を探る重要な指標の一つとして、博物館の活動に関わる「関与者」の「博物館体験」の「長期記憶」に注目し、大学院時代から「記憶のなかの博物館」という研究テーマを設定して調査研究を展開している。2009年度からは日本学術振興会の科学研究費の助成を継続して受け、認知心理学を専門とする清水寛之氏、そして博物館映像学を追究する藤田良治氏と共に、問題関心を広げ深めながら学際的共同研究を展開している。博物館学と科学教育を研究するブリティッシュ・コロンビア大学のD. アンダーソン (Anderson, D.) 氏とも共同研究や情報交換を続けている。

関連する研究分野をリードしてきたJ.H. フォーク (Falk, J.H.) とL.D. ディアキング (Dierking, L.D.) が1990年代から主張してきたのは、博物館における学習をより広い文脈で長期的な視点で「博物館体験」として捉える重要性である。彼らは、人々が博物館に行こうと思った時点から、実際に訪問して、その後、数日、数ヶ月あるいは数年を経て博物館での体験を思い出す時点までを視野に入れる。来館者がそこから得る成果については、認知面での学習だけでなく、社会文化的な側面や情意面での感覚も含めている (2002, pp.159-160)。そして、博物館体験を理解するための「学習文脈モデル」(Contextual Model of Learning) を提示した。そこでは、(a) 個人的文脈 (来館動機や来館時の感情など)、(b) 社会文化的文脈 (同伴者や博物館職員との会話や来館当時の社会情勢など)、(c) 物理的文脈 (博物館の建物や内部空間など) という3つの文脈とそれらの相互作用によって博物館体験が特徴づけられ、その体験も「時間」を経て変容すると主張した (2000)。筆者らはこの学習文脈モデルを、面接調査での「語り」の分析に採用している。

筆者の調査にご協力いただいたのは、50年以上の歴史をもつ名古屋市科学館と明石市立天文科学館、科学技術館、竹中大工道具館、地域回想法に先進的に取り組む昭和日常博物館、東京大学総合研究博物館、北大総合博物館などで

ある。これらの館の来館者や友の会会員、ボランティア、現職・退職職員らを対象に、質問紙調査と面接調査を実施している。

質問紙調査は、調査依頼と個人情報保護の表明に続き、3つの項目群から構成されている。(a) 性別と生年、活動の入会年、職員の場合は専門分野や現職の職種と在職期間や他勤務歴、そして当該館での来館回数と体験内容、同種の館への来館頻度、他種博物館への来館頻度に関するフェイスシート、(b) 最も印象に残っている当該館に関する出来事に関して、その内容と時期などを自由記述する部分、(c) 最も印象に残っている当該館の出来事に関する記憶特性質問紙(MCQ)である。MCQとは、Shimizuらが開発した日本語版の記憶特性質問紙(MCQ, Memory Characteristics Questionnaire) (2007, pp.275-281)を改訂して用いている。

面接調査は、協力館の一室で個別に実施する。調査協力者の同意を得て、調査の様子を録音および／または録画した。所要時間は30分程度に設定している。プロフィールを問うた後に、半構造化面接調を実施する。調査項目は、(a) 当該館に関して最も記憶に残っていること・経験とその理由、(b) その記憶のなかで人が登場するか、同伴者がいたか、(c) 来館動機、(d) 嬉しかったこと・楽しかったこと・良くなかったこと・つらかったこと、(e) 予定していたが実現しなかったこと、(f) 当時の自身の社会的立場と社会状況、(g) 視覚や聴覚、嗅覚に関する記憶、(h) 当該館に関連して繰り返し思い出すこととその理由、(i) 当該館との現在の関わりや思い・今後への期待、(j) 本調査に協力した動機である。

面接調査の分析においては、録音データを書き起こし、そのトランスクリプトからエピソードを抽出し、そこから語られたテーマを筆者らが複数名で検討して分類する。テーマごとにその語りを、2つの観点から分析する。1つは、MCQから導かれた記憶の鮮明さ、感情性・意図性、課題目標の達成度、リハーサルといった特性からの分析。もう1つは、「学習文脈モデル」で提示された3つの文脈のいずれの要素が語られているかを検討する。これらは共同研究者3名で評定した上で決定する。調査中に調査者が記録した調査協力者の「語り」の様子も検討事項に加えている。

語りの分析では、「語りの真正性」という課題に直面する。筆者らは、調査協力者が語った時代の本人の関心事、家庭環境、社会環境についても問い、語りの根拠となる具体的な理由も詳細に問うたり、博物館の年報など関連資料との照合も行っている。一方で重視すべきは、調査協力者が調査協力時にその過去の体験を意味づけた「主観的現実」である。筆者らは客観的な裏付けをとりながら、この

「主観的現実」を重視し、「過去」を語って意味づける調査協力者の「現在」の思いに注目し、更にこれからの「未来」に当該博物館にどのような期待や願望を抱いて自身が博物館に関わっていくのか否か、といった項目も、半構造化面接調査において聴き取っている。

分析結果の一部を紹介しよう。最も印象に残っている博物館に関連した出来事や経験については、数ヶ月前から数年前、50年前までの出来事が語られた。語られたテーマは、展示物、展示空間、博物館の建物、ミュージアムショップで購入したグッズ、同伴者や活動仲間、職員、ボランティアとの会話、博物館までの道のり、時代背景、そしてそこから受けた影響力と多様であった。

語られた内容には、「学習文脈モデル」の3つの文脈すべての要素が含まれていた。なかでも社会文化的文脈の要素への言及が多い。体験の意味づけに関しても家族や同じ活動に取り組んだ仲間への言及、高齢者と異世代の交流あるいは高齢者が同世代の仲間とともに活動することを強く意味づけた発言があった。そして、学芸員や館職員との交流からの影響を語る協力者も多かった。そして未来にも当該館と関わっていく思いが多く語られた。

これらの調査結果は、学会発表や論文・著書で報告している(湯浅・清水・藤田, 2018. 湯浅, 2018など)。質的分析の結果は語りを引用して一人一人の意味づけと各館の調査協力者達の語りの傾向を提示するため、誌面の制約がある場合には博物館体験の長期記憶の多様性や意味づけの豊かな広がりをも十分に示すことが困難な局面もある。看護研究の分野で語りの分析もなされていることから、今後、ぜひ看護研究をはじめ他分野の研究報告も参考にしながら、この研究の分析を進めていきたい。

謝 辞

本研究は、日本学術振興会研究助成事業による助成(平成21~23年度 基盤研究(C) 21601002:博物館体験に関する長期記憶研究に基づく新たな博物館評価の構築, 平成24~26年度 基盤研究(C) 24501267:地域社会での役割と関与者の長期記憶の観点に基づく博物館の新評価に関する研究, 平成27~30年度 基盤研究(C) 15K01145;高齢者の長期記憶に基づく異世代間交流の場としての博物館の基盤形成に関する研究, 平成31~令和4年度 基盤研究(C) 19K01137:企業博物館の多様なステークホルダーにおける博物館体験の長期記憶に関する研究, 全て代表者:湯浅万紀子)を受けて行われた。

参考文献

Falk, J.H. and Dierking, L.D. (2000). *Learning from museums; Visitor experiences and the making of meaning*, Walnut Creek: AltaMira

- Press.
- Falk, J.H. and Dierking, L.D. (2002). *Lessons Without Limit*, 159-160, Walnut Creek: AltaMira Press.
- Takahashi, M., Shimizu, H. (2007). Do you remember the day of graduation ceremony from junior high school?: A factor structure of the Memory Characteristics Questionnaire. *Japanese Psychological Research*, 49(4), 275-281.
- 湯浅万紀子, 清水寛之, 藤田良治 (2018). 科学館の関与者の長期記憶研究に関する調査研究—名古屋市科学館での面接調査を中心に. *日本ミュージアム・マネジメント学会研究紀要*, 22, 47-54.
- 湯浅万紀子編 (2018). *ミュージアム・コミュニケーションと教育活動*. 11-52, 東京: 寿村房. など.

コロナ禍関連研究論文

新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 拡大状況下で小児科クリニックを かかりつけ医とする子どもの主養育者の オンライン診療に対する意識調査

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 25-38
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201116111>

涌水理恵¹, 齋藤佑見子², 望月梢絵², 黒木春郎³

¹筑波大学医学医療系保健医療学域, ²筑波大学大学院人間総合科学学術院人間総合科学研究群看護科学学位プログラム,

³医療法人社団嗣業の会外房こどもクリニック

■要 旨

目的：COVID-19の感染拡大が続くなか、かかりつけ小児科医に定期通院する子どもの主養育者がオンライン診療の利用を希望しているのか否か、どのような意識を有しているのかについて明らかにする。**方法：**A小児科に定期通院中の子どもの主養育者に質問紙調査を行い、量的／質的に分析を行った。**結果：**定期通院に不安を有する者は全体の67.7%を占め、オンライン診療利用経験のある者はない者と比べ不安が有意に高かった。オンライン診療利用者は34.6%で、開始時期は2020年の5、6月が多かった。オンライン診療利用満足度は高く、主な理由に【感染症罹患リスクの軽減】が挙げられた。未利用者は【対面で医師とやり取りする安心感】を理由に利用を躊躇する傾向にあった。**結論：**子どもの定期受診を主養育者が安心して継続できるよう、円滑なコミュニケーションと信頼関係の構築、オンライン診療システム改善の必要性が示唆された。

■キーワード

COVID-19, 小児科クリニック, 主養育者, オンライン診療

責任著者：涌水理恵. Email: riewaki@md.tsukuba.ac.jp

はじめに

オンライン診療は、僻地や離島に在住する糖尿病患者や喘息患者など限られた対象の利用が前提とされてきたが、2015年8月の厚生労働省による「情報通信機器を用いた診療に関する事務連絡」により、オンライン診療が離島や僻地以外においても実施可能であることが明文化され（厚生労働省医政局政策情報科, 2015）、その後、都市部でも広がりを見せ、北海道から沖縄までの幅広い診療科で利用されるようになってきた（豊田, 2017）。2018年4月からはオンライン診療料、オンライン医学管理料等4項目が診療報酬として新設されている（厚生労働省, 2018）。

慢性疾患や障害を有し、定期的に外来通院し疾患の管理や症状コントロールをしなければならない子どもと養育者がいる。通院のたびに感染症罹患を気にしなくてはならず、待ち時間の長さにも疲れを感じている（鈴木ほか, 2003）。海外では、オンライン診療が、患者と家族にとっての時間の節約と不安／負担の軽減に繋がることが報告されており（Reese, et al., 2013）、日本でも昨今の新型コロ

ナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：以下COVID-19）拡大状況下を鑑みれば、通院に係る罹患不安や待ちスペースで費やす時間をなくすことで、子どもと養育者の負担は軽減することが容易に想定される。しかし、慢性疾患や症状をオンライン診療でかかりつけ医に診てもらうことに対する子どもや主養育者の希望や考えに関する国内の知見は十分ではない。

海外では、オンライン診療での小児慢性疾患の症状コントロール（Davis, Sampilo, Gallagher, Landrum, & Malone, 2013; Portnoy, Waller, De Lurgio, & Dinakar, 2016）、患者・家族・医療者のオンライン診療に対する捉え方（Iacono, et al., 2016; Johansson, Lindberg, & Söderberg, 2014; Sanders, et al., 2012）に関して小児領域で一定の研究知見が公開されている。

本研究では、地域の小児科クリニックに定期通院中で慢性症状を有する乳児から青年の主養育者が、COVID-19感染拡大状況下でかかりつけ医によるオンライン診療に対して、利用の希望をしているのかどうか、またどのような考えを持っているか、について調査する。「オンライン診療

を実際に利用する」, また「利用を希望してはいるが利用に至っていない」, または「利用を希望しないで対面を希望する」等々それぞれの家族の考えや状況(理由)を知ることは、対象理解を深める一助となり、今後オンライン診療を小児領域で導入し、具体的な支援を検討・提供していくにあたって、必要不可欠と考えられる。

I. 研究目的

地域の小児科クリニックに定期通院中で慢性症状を有する乳児から青年の主養育者が、COVID-19感染拡大状況下で、かかりつけ医によるオンライン診療の利用を希望しているのか否か、またどのような実態や考えがあるかについて明らかにする。

II. 用語の定義

オンライン診療：ビデオ通話を通じて行われる患者の診療

III. 研究方法

1. 対象

千葉県にあるAクリニックをかかりつけ医とする子ども(0歳から20歳未満)の主養育者を対象とした。「かかりつけ医とする」ことを、Aクリニックに定期通院中で慢性症状を主治医に定期的に診てもらっている状態とし、対象選定はAクリニックの主治医に委ねた。選定条件として、「児を養育し、児の症状の管理や通院等を主に担当している養育者。日本語での読み書きが可能で、研究の参加に同意したもの。」を掲げた。一方、「日本語での読み書きが困難なもの。精神疾患の既往や罹患があり、本調査への参加による罹患状況の増悪が懸念される養育者。」を除外基準として設けた。

2. 調査期間

2020年6月～7月

3. 調査方法

調査の依頼については、Aクリニック内で受付職員が児の定期外来に同伴した養育者に研究説明書と無記名自記式調査票(以下、アンケート)と返信用封筒を手渡しで配布し、一方で、期間内に来院のなかった対象へはAクリニックから上述した研究説明書とアンケートと返信用封筒を郵送した。いずれの依頼方法でも養育者が研究協力へ同意をされた場合、自宅でアンケート記入をし、返信用封筒によ

り送付した。

アンケートでの質問内容は家族構成、主養育者の性別・年齢・職業、定期通院中の子どもの年齢・性別・就学状況・診断名・診断時年齢・外来受診頻度・医療的ケア内容・手帳の有無・サービス利用・社会的資源の情報などの属性データ、オンライン診療の利用実態と、利用満足度・利用希望の有無とその理由・オンライン診療および外来通院へのニーズは自由記載にて回答を求めた。

4. データ分析方法

属性データおよびオンライン診療の利用実態に関しては、記述統計を算出した。オンライン診療の利用経験の有無と主養育者のCOVID-19感染拡大が続く中での通院への不安との関連をみるためにMann-WhitneyのU検定を行った。統計学的有意水準は $p < .05$ とした。通院することの不安は1点(全く不安でない)から5点(とても不安である)の5段階リッカート評定を行い、不安があるほど高得点となるように設定した。オンライン診療の利用満足度・利用希望の有無とその理由・オンライン診療および外来通院へのニーズについての記述内容に関しては、各問の回答に相応する部分を、意味内容を損なわない範囲で区切り、コード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを類型化して抽象度を高め、カテゴリー化した。分析は、谷津(2010)の分析ステップを参考に行った。

5. 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認を得た(承認通知番号:1532号)。対象には研究の概要と目的および自由意志での参加、参加に同意しない場合でも診療上の不利益は一切受けないこと、学会での発表等を文書で説明し、アンケート表紙の同意欄で同意を得た。

IV. 結果

「COVID-19感染拡大状況下で小児科クリニックをかかりつけ医とする子どもの主養育者の来院不安およびオンライン診療への切り替えの検討」に関するアンケートを、Aクリニックをかかりつけ医とする子どもの主養育者188名に配布もしくは郵送し、133名から回答済のアンケートが返送された(回収率70.7%)。そのうち、回答に欠損の認められた3名を除外した130名を分析対象とした(有効回答率69.1%)。

1. 主養育者の属性 (表1)

回答した主養育者の性別は男性が12.3%, 女性が86.9%だった。年齢は平均41.4歳 (Range: 30-70, SD=6.1) であり, 40代が53.8%と最も多く, 次いで30代が37.7%だった。仕事は常勤が48.5%, 働いていないが21.5%だった。世帯収入は400万~700万円未満が43.8%, 次いで200万~400万円未満と700万~1,000万円未満がそれぞれ16.9%だった。また, 15名 (11.5%) は乳児院や児童養護施設等の入所者であったため, 各子どもの主養育者である施設職員であった。

2. 同居者 (家族) の属性 (表2)

子どもと同居する者の人数は平均3.4人 (Range: 1-6, SD=1.1) であり, 3人が30.0%, 次いで4人が25.4%だった。15名 (11.5%) は乳児院や児童養護施設等の入所者であったため, 同居者の人数は不明だった。

同居者 (子どもから見た属性) は父と母がそれぞれ83.8%, 兄弟姉妹が67.7%, 祖父, 祖母がそれぞれ16.2%だった。父および母の年代は, 40代が最多で次いで30代が多かった。兄弟姉妹の人数は平均0.9人 (Range: 0-3, SD=0.8) であり, 1人が45.4%, 0人 (いない) が30.8%であり, 兄弟姉妹の年代は10歳未満が59.2%, 10代が35.8%だった。同居者の祖父の年代は70代以上が最多で,

次いで60代が多く, 祖母の年代は70代以上と60代が最多だった。

3. 子どもの属性 (表3)

性別は男性が65.4%, 女性が33.1%だった。年齢は平均8.9歳 (Range: 0-19, SD=4.7) であり, 7~9歳が最多で30.0%, 次いで1~3歳が16.9%だった。子どもが日中主に過ごす場所は, 小学校が45.4%, 保育所・幼稚園が14.6%だった。

子どもの診断名は気管支喘息やアトピー性皮膚炎などを含むアレルギー疾患が56.9%と最も多く, 次いで発達障害や不安症, うつ状態などを含む精神疾患が41.5%, 便秘や過敏性腸症候群などを含む消化器疾患が9.2%だった。診断時の年齢は平均4.4歳 (Range: 0-14, SD=3.4) であり, 1~3歳が36.9%, 次いで4~6歳が16.9%だった。1ヶ月の通院頻度は平均1.1回 (Range: 0-5, SD=0.6) だった。

必要とする医療的ケアは服薬管理が63.1%と最も多く, 吸引 (鼻腔・口腔) と吸引 (気切), 人工呼吸器管理がそれぞれ2.3%だった。身体障害者手帳, 療育手帳など手帳を取得している者は7.7%だった。利用中のサービスについては児童発達支援センターが13.8%と最も多く, 利用頻度の範囲は週2回~年2回であった。今後利用したいサー

表1 主養育者の属性

(n=130)

項目	人	%
性別	男	16
	女	113
	不明	1
		0.8
年齢	30代	49
	40代	70
	50代	9
	60代	0
	70代	1
	不明	1
		0.8
	平均 ± 標準偏差	41.4 ± 6.1
仕事	常勤	63
	非常勤	23
	休職中	3
	働いていない	28
	その他	12
	不明	1
		0.8
	範囲	30-70
世帯収入	200万円未満	3
	200万~400万円未満	22
	400万~700万円未満	57
	700万~1,000万円未満	22
	1,000万円以上	6
	その他	14
	無回答	6
		4.6

表2 同居者（家族）の属性

項目		人	%
同居者の人数 (<i>n</i> = 130)	1 人	2	1.5
	2 人	22	16.9
	3 人	39	30.0
	4 人	33	25.4
	5 人	15	11.5
	6 人	2	1.5
	施設等入所のため人数不明	15	11.5
	無回答	2	1.5
	平均 ± 標準偏差	3.4 ± 1.1	範囲 1 - 6
同居者 (複数回答可)	父	109	83.8
	母	109	83.8
	兄弟姉妹	88	67.7
	祖父	21	16.2
	祖母	21	16.2
	その他	3	2.3
	無回答	2	1.5
父の年代 (<i>n</i> = 109)	30代	40	36.7
	40代	45	41.3
	50代	23	21.1
	無回答	1	0.9
母の年代 (<i>n</i> = 109)	30代	46	42.2
	40代	55	50.5
	50代	7	6.4
	無回答	1	0.9
兄弟姉妹の人数 (<i>n</i> = 130)	0 人	40	30.8
	1 人	59	45.4
	2 人	26	20.0
	3 人	3	2.3
	無回答	2	1.5
	平均 ± 標準偏差	0.9 ± 0.8	範囲 0 - 3
兄弟姉妹の年代 (<i>n</i> = 120)	10歳未満	71	59.2
	10代	43	35.8
	20代	6	5.0
祖父の年代 (<i>n</i> = 21)	60代	7	33.3
	70代以上	14	66.7
祖母の年代 (<i>n</i> = 21)	50代	1	4.8
	60代	10	47.6
	70代以上	10	47.6

ビスがあると回答した主養育者は4.6%だった。

4. オンライン診療の利用について

COVID-19の感染拡大が続くなか、定期受診のためクリニックに通院することに対して「とても不安である」が20名(15.4%),「不安である」が68名(52.3%),「どちらとも言えない」が28名(21.5%)であった(表4)。

オンライン診療を利用したことがあるのは45名(34.6%)で、通算利用回数は平均5.3回(Range: 1 - 20, SD=5.5)であり、「5回未満」が最多で25名(55.6%),次いで「5

回以上10回未満」,「10回以上15回未満」がそれぞれ6名ずつ(13.3%)だった。オンライン診療利用開始時期は「2020年」が22名(48.9%)と最多で、次いで「2018年」が11名(24.4%)だった。2020年の月別開始時期では「6月」が8名(36.4%),「5月」が6名(27.3%)だった。通院への不安について、オンライン診療の利用経験のある群とない群の比較では、利用経験のある群の平均得点および標準偏差が4.05 ± 0.68点、ない群が3.71 ± 0.78点であり(U=1,300.5, *p*=.019), 利用経験のある群の通院に対する不安が有意に高かった。

表3 子どもの属性

(n = 130)

項目	人	%
性別	男性	85
	女性	43
	無回答	2
年齢	1歳未満	1
	1～3歳	22
	4～6歳	14
	7～9歳	39
	10～12歳	21
	13～15歳	18
	16歳以上	14
	無回答	1
	平均 ± 標準偏差	8.9 ± 4.7
日中主に過ごす場所	自宅	9
	保育所・幼稚園	19
	小学校	59
	中学校	17
	高等学校	12
	専門学校	1
	大学・短期大学	0
	その他	11
	無回答	2
診断名 (複数回答可)	アレルギー疾患	74
	精神疾患	54
	消化器疾患	12
	皮膚疾患	4
	神経・筋疾患	3
	代謝疾患	1
	循環器疾患	1
	眼疾患	1
	無回答	0
診断時年齢	1歳未満	9
	1～3歳	48
	4～6歳	22
	7～9歳	21
	10歳以上	10
	無回答	20
	平均 ± 標準偏差	4.4 ± 3.4
1ヶ月の通院頻度	1回未満	22
	1回以上2回未満	101
	2回以上3回未満	1
	3回以上	5
	無回答	1
	平均 ± 標準偏差	1.1 ± 0.6
必要とする医療的ケア (複数回答可)	服薬管理	82
	吸引（鼻腔・口腔）	3
	吸引（気切）	3
	人工呼吸器管理	3
	在宅酸素	1
	その他	5
	無回答	1
	無回答	0
手帳取得の有無	いいえ	118
	はい	10
	無回答	2
手帳の種類 (n = 10)	療育手帳	6
	身体障害者手帳	2
	精神障害者手帳	1
	不明	1
利用しているサービス (複数回答可)	児童発達支援センター	18
	通所リハビリテーション	4
	その他	10
利用しているサービスの頻度 (複数回答可)	児童発達支援センター	14
	放課後デイサービス	6
	心理士	4
	療育	4
	言語聴覚士	4
	作業療法士	4
	学習指導	1
	無回答	0
今後利用したい サービスの有無	いいえ	108
	はい	6
	無回答	16

表4 オンライン診療の利用

項目	人	%	
通院することの不安 (<i>n</i> = 130)	とても不安である	20	15.4
	不安である	68	52.3
	どちらとも言えない	28	21.5
	不安ではない	6	4.6
	全く不安でない	0	0.0
	無回答	8	6.2
オンライン診療利用経験 (<i>n</i> = 130)	なし	79	60.8
	あり	45	34.6
	無回答	6	4.6
通算利用回数 (<i>n</i> = 45)	5 回未満	25	55.6
	5 回以上10回未満	6	13.3
	10回以上15回未満	6	13.3
	15回以上20回未満	3	6.7
	20回以上	1	2.2
	無回答	4	8.9
	平均 ± 標準偏差	5.3 ± 5.5	範囲 1 – 20
オンライン診療 利用開始時期 (<i>n</i> = 45)	2016年	4	8.9
	2017年	0	0.0
	2018年	11	24.4
	2019年	5	11.1
	2020年	22	48.9
	無回答	3	6.7
2020年オンライン診療 月別利用開始時期 (<i>n</i> = 22)	2 月	1	4.5
	3 月	2	9.1
	4 月	5	22.7
	5 月	6	27.3
	6 月	8	36.4
オンライン診療の満足度 (<i>n</i> = 45)	とても満足である	12	26.7
	満足である	19	42.2
	どちらとも言えない	14	31.1
	不満である	0	0.0
	とても不満である	0	0.0
オンライン診療への 変更希望 (<i>n</i> = 85)	いいえ（変更したくない）	15	17.6
	どちらとも言えない	39	45.9
	はい（変更したい）	19	22.4
	無回答	12	14.1

オンライン診療利用経験者の利用満足度については、「とても満足である」が12名 (26.7%)、「満足である」が19名 (42.2%)、「どちらとも言えない」が14名 (31.1%)で、不満であるという回答はなかった。オンライン診療を利用して満足度が高かった理由として3つのカテゴリーと6つのサブカテゴリーが、オンライン診療を利用して満足度が低かった理由として3つのカテゴリーと3つのサブカテゴリーが抽出された(表5)。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、コードは「 」で示す。

オンライン診療を利用して満足度が高かった理由として以下の(1)～(3)が挙げられた。

(1) 【対面診療にかかる負担軽減】

このカテゴリーは〈通院時間の短縮になる〉、〈受診時の待ち時間短縮になる〉、〈診療の日程調整がしやすい〉の3つのサブカテゴリーから構成された。〈通院時間の短縮になる〉は、「病院が遠方で時間がかかる」などのコード、〈受診時の待ち時間短縮になる〉は、「待合室での待ち時間がない」などのコード、〈診療の日程調整がしやすい〉は、「通院は学校や親の仕事で時間が作れない」などのコードから構成された。

(2) 【感染症罹患リスクの軽減】

このカテゴリーは〈感染症罹患リスクの軽減〉の1つの

表5 オンライン診療の利用満足にかかわる理由

満足度が高かった理由		
カテゴリー〔3〕	サブカテゴリー〔6〕	代表的なコード
対面診療にかかる負担軽減	通院時間の短縮になる	病院が遠方で時間がかかる 通院時間の労力と時間が軽くなった 通院に時間がかかり大変だった
	受診時の待ち時間短縮になる	待合室での待ち時間がない オンライン診療が時間通りに始まる 診療までの待ち時間が気にならずにすむ
	診療の日程調整がしやすい	通院は学校や親の仕事で時間が作れない 仕事を休まず診療を受けることができる 学校を休むこともなくなった
感染症罹患リスクの軽減	感染症罹患リスクの軽減	ウイルス感染のリスクを減らせる コロナ感染拡大による不安があった 他の感染症の点からもありがたい
オンラインで対応可能な症状・状態	薬のみをもらいたい時に有効	薬を処方してもらうのが主な目的だった 普段使用している薬をもらう際に便利 皮膚状況が安定し薬が必要な時助かる
	症状に変化がない場合に有効	症状が安定している 詳しく診てもらうことが必要な症状がなかった
満足度が低かった理由		
カテゴリー〔3〕	サブカテゴリー〔3〕	代表的なコード
対面診療が受けられないことへの不安	対面診療が受けられないことへの不安	カメラ越しの診察に心配なこともある 実際に診てもらった方が安心できる 細かい症状説明は対面診療が安心
薬の受け取りの不便さ	薬の受け取りの不便さ	近くに薬局がなく不便 病院のとなりの薬局に薬を取りに行くことになった 他の薬局で受け取ると違う（効果は同じ）薬で不便だった スマートフォンなので会話がきちんとできないことがある
オンラインや手続きに関する困難	オンラインや手続きに関する困難	手数料を考えると直接行った方がいい オンライン診療だと実費（手数料）がかかる

サブカテゴリーから成り、「ウイルス感染のリスクを減らせる」などのコードから構成された。

(3) 【オンラインで対応可能な症状・状態】

このカテゴリーは〈薬のみをもらいたい時に有効〉、〈症状に変化がない場合に有効〉の2つのサブカテゴリーから構成された。〈薬のみをもらいたい時に有効〉は、「薬を処方してもらうのが主な目的だった」などのコード、〈症状に変化がない場合に有効〉は、「症状が安定している」などのコードから構成された。

一方、オンライン診療を利用して満足度が低かった理由として以下の(1)～(3)が挙げられた。

(1) 【対面診療が受けられないことへの不安】

このカテゴリーは〈対面診療が受けられないことへの不安〉の1つのサブカテゴリーから成り、「カメラ越しの診察に心配なこともある」などのコードから構成された。

(2) 【薬の受け取りの不便さ】

このカテゴリーは〈薬の受け取りの不便さ〉の1つのサ

ブカテゴリーから成り、「近くに薬局がなく不便」などのコードから構成された。

(3) 【オンラインや手続きに関する困難】

このカテゴリーは〈オンラインや手続きに関する困難〉の1つのサブカテゴリーから成り、「スマートフォンなので会話がきちんとできないことがある」などのコードから構成された。

オンライン診療を利用したことがないと回答した79名およびオンライン診療利用について無回答の6名のうち、通院をオンラインに変更したいかの意向は、「どちらとも言えない」が39名(45.9%)、「はい(変更したい)」が19名(22.4%)、「いいえ(変更したくない)」が15名(17.6%)だった(表4)。通院からオンライン診療への変更を希望する理由として3つのカテゴリーと7つのサブカテゴリーが抽出され、一方で通院からオンライン診療への変更を希望しない理由として4つのカテゴリー、9つのサブカテゴリーが抽出された(表6)。

表6 オンライン診療への変更希望にかかわる理由

オンライン診療へ変更を希望する理由		
カテゴリー〔3〕	サブカテゴリー〔7〕	代表的なコード
感染症罹患リスクの軽減	感染症罹患リスクの軽減	受診で感染症罹患のリスクがある 感染症拡大時にはオンラインが安心 コロナなど感染症が心配
	受診時の待ち時間短縮になる	受診は予約しても待ち時間が長い 待ち時間が減り時間を有効に使える
対面診療にかかる負担軽減	通院時間の短縮になる	通院の時間短縮 通院に時間がかかる
	対面診療の日程調整をしなくて済む	通院のため休みを取るのが大変 通院の予定調整が大変
	外出の手間がなくなる	子どもを3人連れての通院は難しい 外出せずに診療ができる
オンラインで対応可能な症状・状態	薬のみをもらいたい時に有効	同じ薬をもらうためなので受診の必要がない 薬を処方してもらっただけの時間がある
	症状に変化がない場合に有効	オンラインでも診察できる症状がある 症状がない時はオンラインでよい
オンライン診療へ変更を希望しない理由		
カテゴリー〔4〕	サブカテゴリー〔9〕	代表的なコード
対面で医師とやり取りする安心感	対面で医師に診察してもらうことの安心感	直接医師に診察してもらうことで安心する 受診した方が詳しく診てもらえると感じる 直接診察してもらって判断したい
	対面で医師と話すことを希望する	直接医師と話がしたい 直接医師と話した方が伝わる 直接医師や看護師と話がしたい
	対面で医師と会うことで安心する	直接医師と会うことで親が安心する 直接医師に会うことで安心する
対面で診察が必要な症状・状態	対面で診察を希望する症状・状態にある	皮膚状況はオンラインでの判断は難しいと思う 診察にはオンラインではできない部分がある 直接診察してもらいたい症状がある
	オンラインを使用できる環境にない	オンライン診療できる環境がない 家に子どもが使えるパソコンがない
オンライン診療に伴う困難	オンラインの操作に不安がある	機械の操作が苦手 ネットに慣れないので間違うのではと不安 オンラインの設定が不安
	オンラインの手続きに不安がある	手続きが大変そうで手が出せない オンラインにしたいがクレジット払いへの抵抗がある オンライン診療では説明が難しいことがある
	オンライン特有の困難がある	オンライン診療だと時間が気になり質問しづらい 直接会った方が子どもの素が出せる
通院に不都合がない	通院に不都合がない	通院に不便さを感じていない 院内感染対策が十分であれば受診でも心配ない 空いている時間で通院していたので楽だった

通院からオンライン診療への変更を希望する理由として以下の(1)～(3)が挙げられた。

(1) 【感染症罹患リスクの軽減】

このカテゴリーは〈感染症罹患リスクの軽減〉の1つのサブカテゴリーから成り、「受診に感染症罹患のリスクがある」などのコードから構成された。

(2) 【対面診療にかかる負担軽減】

このカテゴリーは〈受診時の待ち時間短縮になる〉、〈通院時間の短縮になる〉、〈対面診療の日程調整をしなくて済む〉、〈外出の手間がなくなる〉の4つのサブカテゴリーから構成された。〈受診時の待ち時間短縮になる〉は、「受診は予約しても待ち時間が長い」などのコード、〈通院時間

の短縮になる〉は、「通院の時間短縮」などのコード、〈対面診療の日程調整をしなくて済む〉は、「通院のため休みを取るのが大変」などのコード、〈外出の手間がなくなる〉は、「子どもを3人連れての通院は難しい」などのコードから構成された。

(3) 【オンラインで対応可能な症状・状態】

このカテゴリーは〈薬のみをもらいたい時に有効〉、〈症状に変化がない場合に有効〉の2つのサブカテゴリーから構成された。〈薬のみをもらいたい時に有効〉は、「同じ薬をもらうためなので受診の必要がない」などのコード、〈症状に変化がない場合に有効〉は、「オンラインでも診察できる症状がある」などのコードから構成された。

一方、通院からオンライン診療への変更を希望しない理由として以下の(1)～(4)が挙げられた。

(1) 【対面で医師とやり取りする安心感】

このカテゴリーは〈対面で医師に診察してもらうことの安心感〉、〈対面で医師と話すことを希望する〉、〈対面で医師と会うことで安心する〉の3つのサブカテゴリーから構成された。〈対面で医師に診察してもらうことの安心感〉は、「直接医師に診察してもらうことで安心する」などのコード、〈対面で医師と話すことを希望する〉は、「直接医師と話がしたい」などのコード、〈対面で医師と会うことで安心する〉は、「直接医師と会うことで親が安心する」などのコードから構成された。

(2) 【対面で診察が必要な症状・状態】

このカテゴリーは〈対面で診察を希望する症状・状態にある〉の1つのサブカテゴリーから成り、「皮膚状況はオンラインでの判断は難しいと思う」などのコードから構成された。

(3) 【オンライン診療に伴う困難】

このカテゴリーは〈オンラインを使用できる環境にない〉、〈オンラインの操作に不安がある〉、〈オンラインの手続きに不安がある〉、〈オンライン特有の困難がある〉の4つのサブカテゴリーから構成された。〈オンラインを使用できる環境にない〉は、「オンライン診療できる環境がない」などのコード、〈オンラインの操作に不安がある〉は、「機械の操作が苦手」などのコード、〈オンラインの手続きに不安がある〉は、「手続きが大変そうで手が出せない」などのコード、〈オンライン特有の困難がある〉は、「オンライン診療では説明が難しいことがある」などのコードから構成された。

(4) 【通院に不都合がない】

このカテゴリーは〈通院に不都合がない〉の1つのサブカテゴリーから成り、「通院に不便さを感じていない」などのコードから構成された。

5. オンライン診療および外来通院へのニーズ (表7)

受診全般へのニーズに関する自由記載を分析した結果、オンライン診療へのニーズとして、5つのカテゴリーと12のサブカテゴリーが、外来通院へのニーズとして、2つのカテゴリーと3つのサブカテゴリーが抽出された。

オンライン診療へのニーズとして以下の(1)～(5)が挙げられた。

(1) 【感染症罹患リスクの軽減のためオンライン診療を利用したい】

このカテゴリーは〈感染症罹患リスクの軽減のためオンライン診療を利用したい〉の1つのサブカテゴリーから成り、「コロナウイルス感染症の治療薬やワクチンができるまで感染症予防のためオンライン診療を続けて欲しい」などのコードから構成された。

(2) 【オンラインで対応可能な症状・状態の時にオンライン診療を利用したい】

このカテゴリーは〈薬のみをもらいたい時にオンライン診療を利用したい〉、〈症状に変化がない場合にオンライン診療を利用したい〉の2つのサブカテゴリーから構成された。〈薬のみをもらいたい時にオンライン診療を利用したい〉は、「薬のみの時にはオンラインを希望したい」などのコード、〈症状に変化がない場合にオンライン診療を利用したい〉は、「頻繁に通院する必要のない病気の場合には通院負担がなくオンラインのメリットが大きい利用したい」などのコードから構成された。

(3) 【対面診療にかかる負担軽減のためオンライン診療を利用したい】

このカテゴリーは〈子どもを連れた受診時の負担軽減のためオンライン診療を利用したい〉、〈受診時の待ち時間短縮のためにオンライン診療を利用したい〉、〈対面診療の日程調整の負担軽減のためオンライン診療を利用したい〉の3つのサブカテゴリーから構成された。〈子どもを連れた受診時の負担軽減のためオンライン診療を利用したい〉は、「きょうだいの診察時に一緒に連れて行かなければならないので、オンラインを使用したい」などのコード、〈受診時の待ち時間短縮のためにオンライン診療を利用したい〉は、「オンラインは予約時間が守られ待ち時間もないため利用したい」のコード、〈対面診療の日程調整の負担軽減のためオンライン診療を利用したい〉は、「対面診療の日程調整が大変なので、問題がなければオンラインで済ませたい」などのコードから構成された。

(4) 【オンライン診療のシステム改善を希望する】

このカテゴリーは〈オンライン診療の時間拡大を希望する〉、〈対面診療とオンライン診療を保護者が自由に選択・予約したい〉、〈支払い方法の拡大や低料金を希望する〉、〈薬の受け取り方法の簡略化を希望する〉、〈オンライン診

表7 オンライン診療や外来通院へのニーズ

オンライン診療へのニーズ		
カテゴリー〔5〕	サブカテゴリー〔12〕	代表的なコード
感染症罹患リスクの軽減のため オンライン診療を利用したい	感染症罹患リスクの軽減のため オンライン診療を利用したい	コロナウイルスの治療薬やワクチンができるまで感染症予防のためオンライン診療を続けて欲しい コロナ等感染症予防のために利用したい 感染症のリスクが少なく受診できるので利用したい
	薬のみをもらいたい時に オンライン診療を利用したい	薬のみの時にはオンラインを希望したい 定期的な服薬ならオンライン診療が有効なので利用したい
オンラインで対応可能な 症状・状態の時に オンライン診療を利用したい	症状に変化がない場合に オンライン診療を利用したい	頻繁に通院する必要のない病気の場合には通院負担がなく オンラインのメリットが大きいため利用したい 問題ない時はずっとオンラインにして欲しい
	子どもを連れた受診時の 負担軽減のため オンライン診療を利用したい	きょうだいの診察時に一緒に連れて行かなければならない ので、オンラインを使用したい 子ども3人連れで夫の休みに受診したり大変なのでオンラインを利用したい
対面診療にかかる負担軽減のため オンライン診療を利用したい	受診時の待ち時間短縮に オンライン診療を利用したい	オンラインは予約時間が守られ待ち時間もないため利用したい
	対面診療の日程調整の負担軽減のため オンライン診療を利用したい	対面診療の日程調整が大変なので、問題がなければオンラインで済ませたい
オンライン診療の システム改善を希望する	オンライン診療の時間拡大を 希望する	学校から帰宅する時間にオンライン診療の時間を作って欲しい オンライン診療の時間帯が仕事終了後で学校帰宅後にやって欲しい
	対面診療とオンライン診療を 保護者が自由に選択・予約したい	対面診療とオンラインを保護者が自由に選択、予約できるとよい
	支払い方法の拡大や低料金を 希望する	振込、コンビニ払い等他の支払い方法が使えるとよい 安いと助かる オンライン診療の支払いがクレジットカードのみであることで利用できない状況にある
	薬の受け取り方法の簡略化を 希望する	処方箋ではなく薬を郵送して欲しい 処方箋を直接かかりつけの薬局に送って欲しい
	オンライン診療の範囲拡大を 希望する	夜中の発熱時の受診は子どもを3人連れてだと大変なので オンライン診療の受診エリア拡大を希望する 色々な科でもオンライン診療が増えて欲しい
オンライン診療について 詳しく知りたい	オンライン診療について 詳しく知りたい	オンライン診療に関して分からないことが多くクレジットカード決済は可能なのか、キャンセル可能なのか、等知りたい オンライン診療の仕組みを把握できておらず、(手続き等の)面倒さを感じる
外来通院へのニーズ		
カテゴリー〔2〕	サブカテゴリー〔3〕	代表的なコード
対面で医師の診察を受けたいため 外来通院を希望する	対面で医師の診察を受けたいため 外来通院を希望する	毎回オンラインでは不安なので医師に診て欲しいこともある 発熱時や急な体調変化時は外来で診てもらいたい 心音を聴いたり、必要時はサチュレーションを測ってもらいたい
外来通院のシステム改善を 希望する	外来通院の予約を 取りやすくして欲しい	予約がすぐ埋まり1週間後しか空いていないことがあるので取りやすくして欲しい 外来通院の次の2回分ぐらい予約できると助かる
	外来通院時、感染疑いの人と 動線を分けて欲しい	外来受診時熱がある人と動線を分けてくれているので安心感があり、続けて欲しい 外来通院の際に感染症の患者と別の入り口にして欲しい

療の範囲拡大を希望する〉の5つのサブカテゴリーから構成された。〈オンライン診療の時間拡大を希望する〉は、「学校から帰宅する時間にオンライン診療の時間を作って欲しい」などのコード、〈対面診療とオンライン診療を保

護者が自由に選択・予約したい〉は「対面診療とオンラインを保護者が自由に選択、予約できるとよい」のコード、〈支払い方法の拡大や低料金を希望する〉は、「振込、コンビニ払い等他の支払い方法が使えるとよい」などのコー

ド、〈薬の受け取り方法の簡略化を希望する〉は、「処方箋ではなく薬を郵送して欲しい」などのコード、〈オンライン診療の範囲拡大を希望する〉は、「夜中の発熱時の受診は子どもを3人連れてだと大変なのでオンライン診療の受診エリア拡大を希望する」などのコードから構成された。

(5) 【オンライン診療について詳しく知りたい】

このカテゴリは〈オンライン診療について詳しく知りたい〉の1つのサブカテゴリから成り、「オンライン診療に関して分からないことが多くクレジットカード決済は可能なのか、キャンセル可能なのか、等知りたい」などのコードから構成された。

一方で、外来通院へのニーズとして以下の(1)(2)が挙げられた。

(1) 【対面で医師の診察を受けたいため外来通院を希望する】

このカテゴリは〈対面で医師の診察を受けたいため外来通院を希望する〉の1つのサブカテゴリから成り、「毎回オンラインでは不安なので医師に診て欲しいこともある」などのコードから構成された。

(2) 【外来通院のシステム改善を希望する】

このカテゴリは〈外来通院の予約を取りやすくして欲しい〉、〈外来通院時、感染疑いの人と動線を分けて欲しい〉の2つのサブカテゴリから構成された。〈外来通院の予約を取りやすくして欲しい〉は、「予約がすぐ埋まり1週間後しか空いていないことがあるので取りやすくして欲しい」などのコード、〈外来通院時、感染疑いの人と動線を分けて欲しい〉は、「外来受診時熱がある人と動線を分けてくれているので安心感があり、続けて欲しい」などのコードから構成された。

V. 考 察

COVID-19の感染拡大が続くなか、定期受診のためクリニックに通院することに対して「とても不安である」あるいは「不安である」と回答した者の割合は全体の67.7%を占めていた。オンライン診療を開始した時期についても2020年が最も多く、そのなかでも緊急事態宣言中あるいは解除後の5月と6月に開始した者の割合が多かったことを考えると、COVID-19の感染拡大により、受診のための通院に不安を抱えていることが窺える。

オンライン診療の満足度については、不満であるという回答はなく「とても満足である」あるいは「満足である」と回答した者の割合が68.9%であり、利用経験のある者の満足度は高かった。オンライン診療の利用経験のある者は、ない者と比較してCOVID-19感染拡大状況下で通院への不安が有意に高く、満足度が高かった理由としても【感

染症罹患リスクの軽減】が挙げられていた。オンライン診療はCOVID-19の感染拡大により増幅した感染症罹患への不安や、その他多くの感染症予防の観点から、子どもの通院時の養育者の負担軽減に繋がっていると言える。【対面診療にかかる負担軽減】として、通院時間の短縮や診療日程の調整のしやすさのほか、外来受診時の負担であるとされる待ち時間についても（鈴木ほか, 2003）、その短縮になることが示された。また、本研究の対象者が必要とする医療的ケアの多くが服薬管理であったことから、薬のみをもらいたい時や症状に変化がない場合といった【オンラインで対応可能な症状・状態】に有効であり、オンライン診療の満足感へ繋がっていた。一方、オンライン診療の満足度が低かった理由として、【対面診療が受けられないことの不安】が挙げられた。対象者の多くはアレルギー疾患により通院しており、これらの疾患にはアトピー性皮膚炎や気管支喘息も含まれていた。そのためカメラ越しではなく、対面で皮膚状況や呼吸状態を直接診察して欲しいという思いが満足度の低さに繋がったと考える。

また、オンライン診療の利用経験がない者のうち、通院をオンラインに変更したいと回答した者は22.4%いたものの、どちらとも言えないと回答した者が45.9%、変更を希望しないと回答した者が17.6%いた。変更を希望しない理由として、オンライン診療の利用満足度の低かった理由と同様に【対面で医師とやり取りする安心感】や【対面で診察が必要な症状・状態】であることが挙げられた。一方で、オンライン診療に変更を希望する理由として【感染症罹患リスクの軽減】が挙げられていた。オンライン診療利用経験のない者はCOVID-19の感染拡大に伴い通院に不安を抱き、感染症罹患リスクの軽減のためにオンライン診療を利用したいという意向があるにもかかわらず、対面での診察のほうが安心できるという思いから、オンライン診療への変更を躊躇している現状が明らかとなった。オンライン診療のデメリットとして、触診ができないことやモニターなどの精度によって容態を正確に把握できない可能性があり、直接の対面診療に比べて病状の見落としや誤診の可能性が高まることが指摘されている（飛田, 2020）。この画面を通じた限界については、通信技術の進歩により今後対応が進むと考えられていることと、医師・患者間の信頼関係の構築が不可欠であるとされており（飛田, 2020）、患者との円滑なコミュニケーションを意識し、改善していくことが求められる。患者とのコミュニケーションの改善と信頼関係の構築は、オンライン診療でも対面と同様の安心感が得られるという対象者の認識に繋がり、オンライン診療の利用希望の拡大に繋がると考える。また、オンライン診療の利用拡大にあたっては、オンライン診療とするか対面診療とするかの判断が、疾患ばかりではなく、その時

の患者の状態により適切に行われる必要がある。

オンライン診療へのニーズとして、そのシステム改善が挙げられた。オンライン診療の時間拡大や、支払い方法の拡大、薬の受け取り方法の簡略化、オンライン診療の範囲拡大といったニーズは、今後のオンライン診療の普及と利用者の利便性拡大に向けて取り組むべき課題とすることができる。また、本研究の対象者である主養育者の年齢は30～40代が大半を占めていたが、オンライン診療に変更を希望しない理由に、オンラインの操作や手続きに不安があることが挙げられていた。オンライン診療へのニーズでも、オンライン診療の手続きなどを詳しく知りたいということが挙げられている。Aクリニックでのオンライン診療患者総数は延べ1,089名である（2020年9月実績）。Aクリニックではオンライン診療利用希望者に対し、開始前に手続き方法や操作方法に関する書類を医師とスタッフで提示し口頭で説明しているが、なかには内容の熟知や理解に至っていないケースがあることが今回の調査結果から推測された。そのため、書類を分かりやすいように改編する、口頭で補足する、オンライン診療導入に関するポスターを作成し待合室やウェブサイト等目につきやすい場所に掲示する、利用希望者の問い合わせに回答対応できるような体制の整備が必要であると考えた。オンライン診療に対する意識調査では、高齢者ほど情報通信機器などの問題により利用を希望しないことが示されており（櫻井・鈴木・長谷川, 2019）、今後は幅広い年代の利用拡大に向けて、機器に不慣れな患者でもオンライン診療を利用できる環境整備を目指していく必要がある。また今後、対面診療とオンライン診療の組み合わせが想定される状況下では、利用者が自由に選択できるとよい、対面診療の予約が取りづらい、という主養育者からの意見が示されていることから、受診方法の選択や予約方法についても柔軟な対応が必要であることが示唆された。

VI. 結 論

1. COVID-19感染拡大が続くなか、地域の小児科クリニックに定期通院中で慢性症状を有する子どもの主養育者のうち、67.7%が通院に不安を抱いていた。
2. かかりつけ小児科医のオンライン診療を利用した経験がある主養育者は34.6%で、利用開始時期は2020年が48.9%と最多で、そのうち特に5～6月が63.7%と多かった。
3. オンライン診療の利用に満足している者は68.9%で、主な理由は【感染症罹患リスクの軽減】であり、利用経験のある者はない者と比較して、通院への不安が有意に高かった。

4. かかりつけ小児科医のオンライン診療の利用経験がない主養育者のうち、17.6%が「オンライン診療への変更を希望しない」、45.9%が「どちらとも言えない」と回答した。

5. 変更を希望しない主な理由として【対面で医師とやり取りする安心感】が挙げられ、オンライン利用経験のない者は、COVID-19の感染拡大に伴い通院に不安を抱いているが、対面での診察のほうが安心できるという思いから、オンライン診療への変更を躊躇していた。

謝 辞

本研究にご協力頂いた対象者の皆様に御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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。

文 献

- Davis, A. M., Sampilo, M., Gallagher, K. S., Landrum, Y., & Malone, B. (2013). Treating rural pediatric obesity through telemedicine: Outcomes from a small randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(9), 932-943.
- Iacono, T., Dissanayake, C., Trembath, D., Hudry, K., Erickson, S., & Spong, J. (2016). Family and practitioner perspectives on telehealth for services to young children with autism. *Studies in Health Technology and Informatics*, 231, 63-73.
- Johansson, A.M., Lindberg, I., & Söderberg, S. (2014). Patients' experiences with specialist care via video consultation in primary healthcare in rural areas. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 9, 1-7.
- 厚生労働省 (2018). 個別改訂項目について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000191963.pdf> (参照 2020年8月22日)
- 厚生労働省医政局政策情報科 (2015). 情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000094452.pdf> (参照 2020年8月22日)
- Portnoy, J. M., Waller, M., De Lurgio, S., & Dinakar, C. (2016). Telemedicine is as effective as in-person visits for patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology: Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 117(3), 241-245.
- Reese, R. M., Jamison, R., Wendland, M., Fleming, K., Braun, M. J., Schuttler, J. O., & Turek, J. (2013). Evaluating interactive videoconferencing for assessing symptoms of autism. *Telemedicine Journal and E-health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 19(9), 671-677.
- 櫻井謙三, 鈴木 祐, 長谷川泰弘 (2019). 神経疾患患者のオンラ

- イン診療に対する意識調査. *神経治療学*, 36(5), 606-610.
- Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bower, P., Hirani, S., Cartwright, M., Fitzpatrick, R., Knapp, M., Barlow, J., Hendy, J., Chrysanthaki, T., Bardsley, M., & Newman, S. P. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the whole system demonstrator trial: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1): 220, 1-12.
- 鈴木千衣, 小原美江, 及川郁子, 平林優子, 横山由美, 鈴木里利, 川口千鶴, 石井由美 (2003). 外来通院する慢性疾患児の治療及び日常生活の現状と外来看護に対する家族の認識. *福井県立医科大学看護学部紀要*, 5, 57-68.
- 飛田英子 (2020年4月20日). 脱・社会保障改革シリーズ No.44 オンライン診療の現状と展望. 日本総研. <https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/researchfocus/pdf/11704.pdf> (参照 2020年8月22日)
- 豊田剛一郎 (2017). 遠隔診療の現状と展望: オンライン診療アプリ「CLINICS」の普及から見えた今後の可能性. *行政&情報システム*, 53(2), 40-44.
- 谷津裕子 (2010). *Start Up 質的看護研究*. 98-145, 東京: 学研メディカル秀潤社.

[2020年9月8日受 付]
[2020年11月16日採用決定]

Attitudes of Primary Caregivers of Children whose Family Doctor is a Pediatric Clinician toward Online Medical Treatment Amid the COVID-19 Pandemic

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 25-38
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20201116111>

Rie Wakimizu, PhD, RN, PHN¹, Yumiko Saito, MSN, RN, PHN²,
Kozue Mochizuki, RN, PHN², Haruo Kuroki, MD³

¹Division of Health Innovation and Nursing, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan

²Program in Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan

³SOTOBO Children's Clinic, Chiba, Japan

Abstract

Objective: To clarify whether primary caregivers prefer to use telemedicine, and to examine their attitudes toward telemedicine amid the ongoing spread of COVID-19. **Methods:** A questionnaire survey was conducted with primary caregivers of children who regularly visited a pediatric clinic. The data were analyzed quantitatively and qualitatively. **Results:** The findings revealed that 67.7% of primary caregivers were concerned about regular outpatient visits. Anxiety about going to the hospital was significantly higher among those who were familiar with telemedicine than in those who never had. Approximately 35% of the caregivers reported using telemedicine. Most users began using telemedicine in May and June of 2020. They regarded this practice as satisfactory and cited the “decrease in the risk of transmission of infectious disease” as their main motivation for using it. The majority of those who had never used telemedicine had negative perceptions of telemedicine because they preferred to experience the “reassurance of in-person communication with physicians.” **Conclusions:** These results suggest the necessity of improving communication and developing a satisfactory relationship. It is also important to develop a telemedicine system which primary caregivers feel comfortable using and to maintain regular child care consultations.

Key words

COVID-19, pediatric clinic, primary caregivers, online medical treatment

Correspondence: R. Wakimizu. Email: riewaki@md.tsukuba.ac.jp

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 資料・その他

慢性心不全患者における 病気認知の関連因子

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 41-50
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723100>

浅井克仁¹, 旗持知恵子², 南村二美代²

¹大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程, ²大阪府立大学大学院看護学研究科

要 旨

目的：慢性心不全患者における病気認知の関連因子を明らかにするために、診療録調査及び質問紙調査を実施した。方法：The Common-Sense Modelを参考に研究の枠組みを作成し、背景因子、病気認知（B-IPQ）、刺激、経験則（Heuristics）についてデータ収集を行った。160名を分析対象とし、B-IPQと刺激、経験則との単変量解析の後に有意差を認めた変数を独立変数とした重回帰分析を行った。結果：B-IPQには、「職業あり」（ $\beta = -.14$ ）、「安静時呼吸困難」（ $\beta = .17$ ）、「労作時呼吸困難」（ $\beta = .23$ ）、「倦怠感・易疲労感」（ $\beta = .21$ ）、「感情に関する指標（affective heuristic）」（ $\beta = .20$ ）が関連していた（ $Adj R^2 = .43$ ）。結論：症状の強さや病気に対する感情による影響の認識を確認し、適切な病気の認識ができるよう支援する必要性が示唆された。

キーワード

慢性心不全, 病気認知, セルフケア, 患者教育

責任著者：浅井克仁. Email: myu519ak@gmail.com

緒 言

2018年度の循環器疾患診療実態調査報告書によると、心不全入院患者数は年々増加の一途を辿っており、高齢化や生活習慣の欧米化を背景に今後も増加していくことが予測される。患者の適切な療養行動は心不全増悪の予防に重要であり、患者の生命予後やQOLの改善が期待できる（日本循環器学会・日本心不全学会, 2018, pp.104-105）。そのため、退院後に心不全患者が在宅療養を継続できるよう、療養行動に関する支援が重要となる。

そのような患者の療養行動の影響要因として病気認知があり、患者が自身の病気に対して抱く信念と定義され、病気への対処や理解のための枠組みや基盤となるものと説明されている（Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003）。病気認知は患者の対処行動や身体・心理・社会的健康状態と関連することが明らかになっている（Hagger & Orbell, 2003）。心不全患者においても、病気認知は健康状態に関連することや（Lerdal, Hofoss, Gay & Fagermoen, 2019）、患者の療養行動やQOLとも関連することが明らかになっている（Goodman, Firouzi, Banya, Lau-Walker & Cowie, 2013）。さらに、心不全患者に対し、病気認知に基づいた教育プログラムを実施したことより、療養行動の向上やQOLの改善が報告されている（Sadeghi Akbari, Cheraghi,

Kazemnejad, Nomali & Zakerimoghadam, 2019）。これらのことから、心不全患者の健康状態の評価や療養行動の支援を行う上で病気認知は重要と考えられる。

Leventhalら（2003）は、The Common-Sense Model of Self-Regulation（CSM）において病気認知に影響を及ぼす因子として、身体感覚、過去の病気体験、外的社会環境からの情報を提示しており、それらを「刺激」と説明している。また、患者のこれまでの体験や知識により形成され、刺激を解釈する際のよりどころとなる指標として「経験則（Heuristics）」という患者なりの規則があると説明している（Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal & Ozakinci, 2005）。これらのモデル上で提示されている因子のなかで、患者の病気認知に影響を及ぼす因子を明らかにすることで、患者の認知に働きかける際に重要な要素を明確にできると考えられる。また、病気認知は社会的・文化的影響を受けるものであり（Leventhal et al., 2005）、国外でのモデルや知見がわが国の慢性心不全患者に適用できない可能性も考えられる。そのため、わが国における慢性心不全患者の病気認知とその関連因子を定量的に調査することにより、病気認知の傾向やそれに影響を及ぼす因子を明らかにすることができ、患者の療養行動への支援を考察するための基礎的資料となることが期待される。

I. 目 的

わが国の慢性心不全患者における病気認知とその関連因子について明らかにすることを目的とする。

II. 方 法

1. 研究デザイン

横断的関連探索研究。

2. 本研究の枠組み

本研究の枠組みは、Leventhalら（2005）のCSMを参考に作成した（図1）。CSMは健康に影響を及ぼす刺激が生じた際に、自身の経験や知識に基づき「解釈」・「対処」・「評価」する3段階のプロセスを説明したモデルであり、この「解釈」にあたる認知的側面が「病気認知」として説明されている。本研究では「病気認知」とそれに影響を与えると考えられる「刺激」と「経験則（Heuristics）」との関連を調査した。「刺激」には身体感覚、過去の病気体験、外的社会環境からの情報の3つを含む。刺激を解釈する際によりどころとなる指標である「経験則（Heuristics）」には、年齢に関する指標（age-illness heuristic）、ストレスに関する指標（stress-illness heuristic）、異常の発生部位に関する指標（locational heuristic）、病気の流行度に関する指標（prevalence heuristic）、感情に関する指標（affective heuristic）、症状の持続期間に関する指標（duration heuristic）の6つの指標が挙げられている（Leventhal et al., 2005）。それに加え、病気

認知は自身の病気に対する信念であることから、患者の基本属性（年齢、性別、同居・職業の有無）や医学的背景（基礎疾患、重症度、罹患期間）は病気認知に影響すると考え、これらを「背景因子」と設定した。以上から、これら「刺激」、「経験則（Heuristics）」、「背景因子」と「病気認知」との関連についての研究の枠組みを作成した。

3. データ収集期間および研究協力施設

2018年7月から11月の期間に近畿圏内の循環器外来を有する病院5施設を便宜的抽出法により選定しデータ収集を実施した。

4. 研究対象者

慢性心不全患者の療養行動は退院後の継続が必要であり、本研究では在宅療養中の慢性心不全患者の病気認知について調査することとした。本研究の対象母集団は、循環器疾患を基礎疾患とし慢性心不全と診断されている外来通院中の患者とし、各研究協力施設のスタッフにより研究対象者の条件に合致する患者を選定してもらう非確率標本抽出法を採用した。除外条件は肺疾患や腎疾患による二次性の心不全患者、透析療法を行っている患者、認知機能に問題のある患者や認知症患者とした。

5. データ収集方法

まずは、研究協力施設の医師もしくは看護師により、研究対象者の条件に該当する患者の選定をしてもらった。施設のスタッフから患者に研究説明を受ける意思の確認をし

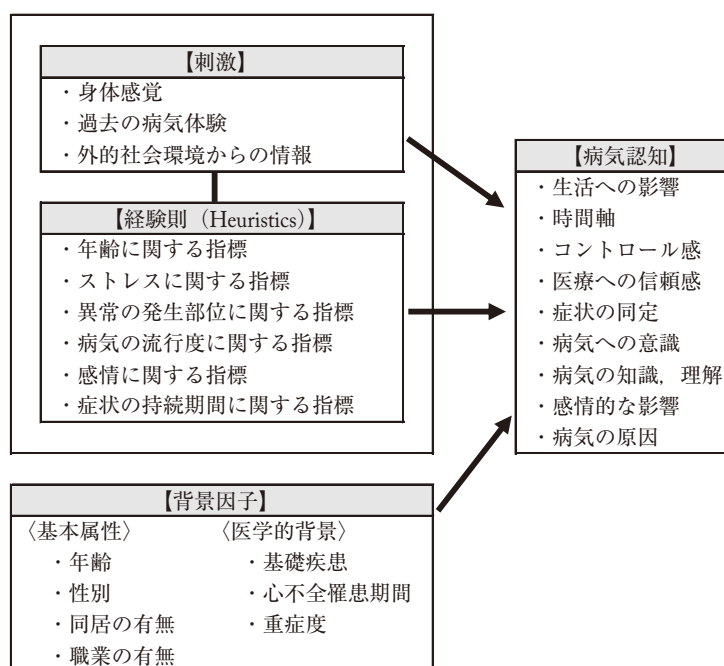


図1 本研究の枠組み

てもらい、了承の得られた患者を研究者に紹介してもらった。研究者から文書および口頭で患者に研究説明を行い、研究参加への同意の得られた患者を研究対象者とした。研究対象者には説明後に直接質問紙を配付し、その場合もしくは自宅での質問紙への回答を依頼した。質問紙の回収方法は、その場で回答した研究対象者からは回答終了後に直接回収し、自宅での回答を選択した患者からは郵送法による回収を依頼した。医学的背景については診療録からデータ収集を行い、診療録の閲覧は協力施設の研究倫理委員会からの許可を得た上で、協力施設のスタッフの指示に従いデータ収集を行った。

6. 調査内容と測定用具

(1) 背景因子

基本属性として年齢、性別、同居の有無、職業の有無について自作の質問項目を作成し回答を得た。また医学的背景である基礎疾患、心不全罹患期間、NYHA (New York Heart Association) 心機能分類については診療録よりデータ収集を行った。基礎疾患については、虚血性心疾患、高血圧性、不整脈、弁膜症、心筋症、その他に分類し、それぞれの割合と基礎疾患の個数をデータ化した。心不全罹患期間は心不全の初回診断時を確認し、データ収集時点までの期間を算出しデータ化した。

(2) 刺激

Leventhalら (2005) が刺激として説明している「身体感覚」、「過去の病気体験」、「外的社会環境からの情報」について自作の質問項目を作成した。「身体感覚」は患者が感じている身体症状を指し、心不全症状 (安静時呼吸困難、労作時呼吸困難、倦怠感、下肢浮腫、体重増加) の強さを「0: 全くない」～「5: かなり強い」の6段階のリッカートスケールによりデータ収集し、これは点数が高いほど症状が強いことを意味する。「過去の病気体験」は患者のこれまでの病気に関わる体験を指し、併存疾患と心不全による入院回数、過去の定期外受診の有無をデータ収集した。ここでは患者自身の体験に基づくデータを得るために、併存疾患は対象者が把握しているものをすべて記載してもらい、最終的には併存疾患の個数としてデータ化した。また、入院回数についても患者の自己申告に基づき回数を記載してもらった。過去の定期外受診はその経験の有無を回答してもらった。「外的社会環境からの情報」には、人的資源 (医療者、家族・友人、同じ病気の人)、マス・メディア (テレビ・ラジオ、新聞・雑誌、インターネット) からの情報があると説明されており (Leventhal et al., 2005), それらの情報の入手に関する6項目について、「1: 全くない」～「4: よくある」の4件法のリッカートスケールによりデータ収集し、これは点数が高いほど

より多くの情報をそれぞれの情報源から入手していることを意味する。

(3) 経験則 (Heuristics)

Leventhalら (2005) により提示されている経験則 (Heuristics) の6つの指標である「年齢に関する指標 (age-illness heuristic)」、「ストレスに関する指標 (stress-illness heuristic)」、「異常の発生部位に関する指標 (locational heuristic)」、「病気の流行度に関する指標 (prevalence heuristic)」、「感情に関する指標 (affective heuristic)」、「症状の持続期間に関する指標 (duration heuristic)」について自作の質問項目を作成しデータ収集を行った。各質問項目はLeventhalら (2005) の説明に則り、「身体の異常を年齢のせいと思う (年齢に関する指標)」、「身体の異常を一時的なストレスのせいと思う (ストレスに関する指標)」、「身体の異常を感じたとき、異常のある部位に原因があると思う (異常の発生部位に関する指標)」、「多くの人が自分と同じ病気になりうるときに、症状の深刻さが軽減する (病気の流行度に関する指標)」、「気持ちが落ち込むときに、病気に対して弱い気持ちになる (感情に関する指標)」、「症状が長く続いたときに深刻さを感じる (症状の持続期間に関する指標)」とした。それぞれに対し「1: ほとんどそう思わない」～「4: そう思う」の4件法のリッカートスケールによりデータ収集し、これは点数が高いほど各々の質問内容を支持していることを意味する。

(4) 病気認知

病気認知は、「症状の同定 (identity)」、「病気の原因 (cause)」、「病気の時間軸 (timeline)」、「病気の生活への影響 (consequence)」、「治療・統制可能性 (cure and control)」という5つの次元から構成され (Leventhal et al., 2003), これらの次元に基づく病気認知尺度としてThe Illness Perception Questionnaire (IPQ) が開発された (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996)。その後、改訂版として病気に対する感情的反応と理解に関する項目が追加されたThe Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) が開発され (Moss-Morris et al., 2002), さらにIPQ-Rの簡易版としてThe Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) が開発されている (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006)。本研究では、質問紙への回答による対象者への負担を最小限とするため、簡便に使用できるB-IPQを選択し、Hashimoto (2013) による日本語版尺度を著者の承諾を得て使用した。B-IPQ日本語版は、再テスト法による信頼性や他の尺度や臨床指標との併存妥当性が検証されている。本研究におけるクロンバック α 係数は.73であった。B-IPQ日本語版は「生活への影響」、「時間軸」、「コントロール感」、「医療への信頼感」、「症状の同定」、「病気への意識」、「病気の知識・理解」、「感情的な影響」、「病気の原因」の9項目からなる

質問紙である。「病気の原因」以外の8項目は、逆転項目（「コントロール感」、「医療への信頼感」、「病気の知識・理解」）を含む0～10点からなる11件法のリッカートスケールで構成されている。各質問項目については、「生活への影響」は病気が生活に及ぼす影響、「時間軸」は病気が慢性的か一過性かの判断、「コントロール感」は病気を自身でコントロールできる程度、「医療への信頼感」は治療が役に立つと思う程度、「症状の同定」は病気による症状の頻度、「病気への意識」は病気に対する気がかりの程度、「病気の知識・理解」は病気に対する理解の程度、「感情的な影響」は病気により生じる感情的な影響についての認知を問う項目である。各項目得点は高いほどネガティブな認知（生活への影響が大きい、病気が永遠に治らない、症状の頻度が多い、病気が気がかり、感情的影響が大きい）を抱えていることを意味し、逆転項目は得点が高いほどポジティブな認知（自身でコントロールできる、治療や対策が役に立つ、病気を理解している）を抱えていることを意味する。合計得点（0～80点）は高いほど病気に対する脅威が高いと評価する。「病気の原因」については、病気をもたらした原因と考えるものを3つ自由記載してもらうものであるが、本研究では分析対象として扱わなかった。

7. 分析方法

背景因子、刺激、経験則（Heuristics）、B-IPQに関する記述統計を行い、本研究の対象者の特徴を記述した。B-IPQの正規性の検定後に、背景因子、刺激、経験則（Heuristics）との単変量解析を行い（Pearsonの積率相関係数、 t 検定）、その後B-IPQを従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。投入する変数は単変量解析により有意差を認めた変数、調整項目として背景因子における基本属性の変数とした。統計解析には統計解析ソフトSPSS Ver. 23を使用し、有意水準は5%未満とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認（承認番号 30-09）および各研究協力施設の承認を得て実施した。研究の趣旨、自由意思による参加、同意後の参加中止の自由とそれにより不利益を被らないこと、プライバシーの保護等について書面にて説明した。患者の選定の際は各研究協力施設のスタッフにより、調査への協力が可能な状態であることを判断してもらい、研究説明や回答時はプライバシーに配慮した空間で行った。診療録調査を行う際は、各研究協力施設の指示に従い閲覧し、得られたデータは番号化して管理することで個人が特定されないように配慮した。また、調査により得られたデータは鍵付きのロッカーで保管し、個人情報の漏洩がないよう

に配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景因子

協力の得られた5施設に外来通院中の患者184名に研究説明を行い、163名から同意および回答が得られた（回収率88.6%）。B-IPQの合計得点の箱ひげ図を作成し、下内境界点よりも得点が下回っていた3名は外れ値と判断し、その3名を除外した160名を分析対象とした（有効回答率87.0%）。対象者の背景因子について表1に記載する。対象者の平均年齢は73.8歳、男性が61.3%であった。また、独居者が26.3%であり、職業のない者が78.5%であった。NYHA心機能分類はⅠ度とⅡ度の者が85%以上であり、心不全罹患期間は平均53.9か月であった。

2. B-IPQの得点

B-IPQの合計得点（0～80点）の平均値（SD）は35.6（11.2）点、中央値〔四分位値〕は36.0〔28.3-43.0〕点であった。各項目得点の平均値（SD）については表2に示す通りである。

3. B-IPQの関連因子

(1) B-IPQと背景因子との関連

B-IPQ合計得点と背景因子との単変量解析の結果、NYHA心機能分類のみ有意な関連が見られた。NYHA心機能分類についてはⅣ度に分類される者が1名のみであったため、Ⅲ度とⅣ度をひとつの群として扱った。「NYHA心機能分類」の群間でB-IPQ得点の有意差を認めた（ $p<.001$ ）。Bonferroni法による多重比較の結果、各群間で有意差を認め、NYHA心機能分類による重症度が高いほどB-IPQ合計得点が高かった。

(2) B-IPQと刺激および経験則（Heuristics）との関連

B-IPQ合計得点と刺激および経験則（Heuristics）との単変量解析として、Pearsonの積率相関係数の算出および t 検定を行った（表3）。刺激に関しては、身体感覚（症状の強さ）において、「安静時呼吸困難（ $r=.411$ ）」、「労作時呼吸困難（ $r=.480$ ）」、「倦怠感（ $r=.486$ ）」で中程度の正の相関を認め、「下肢浮腫（ $r=.234$ ）」とは弱い正の相関を認めた。過去の病気体験においては、「過去の求助行動の有無」で群間の有意差を認め、「あり」群の方が「なし」群よりB-IPQ得点が高かった。外的社会環境からの情報においては、「医療者からの情報の入手（ $r=.229$ ）」、「家族・友人からの情報の入手（ $r=.169$ ）」と弱い正の相関を認めた。経験則（Heuristics）では、「年齢に関する指標（age-illness heuristic）（ $r=.156$ ）」、「異常の発生部位に関する

表1 本研究対象者の背景因子

背景因子		人数 (%)	平均値 (SD)
基本属性	年齢		73.8 (11.4)
	性別	男性	98 (61.3)
		女性	62 (38.8)
	同居の有無	あり	118 (73.8)
		なし	42 (26.3)
	職業の有無	あり	36 (22.5)
		なし	124 (77.5)
医学的背景	基礎疾患	個数	1.8 (0.8)
		虚血性心疾患	67 (41.9)
		高血圧性	25 (15.6)
		不整脈	89 (55.6)
		弁膜症	54 (33.8)
		心筋症	45 (28.1)
		その他	13 (8.1)
	NYHA心機能分類	I度	54 (33.8)
		II度	84 (52.5)
		III度	21 (13.1)
		IV度	1 (0.6)
	心不全罹患期間	平均罹患期間(月)	53.9 (53.6)
		1年未満	22 (13.8)
		1年以上, 3年未満	46 (28.7)
		3年以上, 5年未満	32 (20.0)
		5年以上, 10年未満	48 (30.0)
		10年以上	12 (7.5)

[注] 職業あり：常勤，非常勤，自営業，休職中をさす。

基礎疾患 心筋症：拡張型心筋症，肥大型心筋症をさす。

基礎疾患 その他：アミロイドーシスや先天性心疾患術後などを含む。

表2 B-IPQの各項目得点および合計得点

病気認知 (B-IPQ)	平均値 (SD)
生活への影響	5.1 (3.2)
時間軸	7.9 (2.6)
コントロール感	5.5 (2.7)
医療への信頼感	8.2 (2.0)
症状の同定	3.4 (2.8)
病気への意識	5.3 (3.4)
病気の知識・理解	6.3 (2.6)
感情的な影響	3.9 (3.3)
合計	35.6 (11.2)

[注] 各項目得点は0～10点の値をとり，合計得点は0～80点の値をとる。合計時，コントロール感，医療への信頼感，病気の知識・理解は逆転項目となる。

指標 (locational heuristic) ($r=.177$)」との弱い正の相関を認め，「ストレスに関する指標 (stress-illness heuristic) ($r=.338$)」，「感情に関する指標 (affective heuristic) ($r=.412$)」，「症状の持続期間に関する指標 (duration heuristic) ($r=.368$)」による中程度の正の相関を認めた。

(3) B-IPQに影響する因子 (表4)

重回帰分析に投入する独立変数は，B-IPQと刺激，経験則 (Heuristics) において有意差を認めた変数，および調整項目として背景因子の基本属性の変数とした。ただし，NYHA心機能分類は心不全患者の症状に基づく分類であり，安静時呼吸困難 ($r=.57$)，労作時呼吸困難 ($r=.71$)，倦怠感 ($r=.60$) との中等度の相関を認めたため，多重共線性の影響を考慮し，NYHA心機能分類は独立変数から除外した。その他の変数を独立変数とし，B-IPQの合計得点を従属変数とした強制投入法による重回帰分析を行った。その結果，モデルの R^2 は.485，調整済み R^2 は.427であり，重回帰の分散分析の F 値は8.401， p 値<.001であった。B-IPQに影響する因子としては，「職業あり」($\beta = -.14$)，「安静時呼吸困難」($\beta = .17$)，「労作時呼吸困難」($\beta = .23$)，「倦怠感」($\beta = .21$)，「感情に関する指標 (affective heuristic)」($\beta = .20$) が挙げられた。

表3 B-IPQと刺激および経験則 (Heuristics) との関連

			B-IPQ 合計点 平均値 (SD)	統計量	p 値
身体感覚	症状の強さ (0 ～ 5)	安静時呼吸困難		$r = .411^{**}$	< .001
		労作時呼吸困難		$r = .480^{**}$	< .001
		倦怠感		$r = .486^{**}$	< .001
		下肢浮腫		$r = .234^{**}$	.003
		体重増加		$r = .116$	.144
刺激	過去の病気体験	併存疾患 (個)		$r = .127$	.109
		心不全による入院回数 (回)		$r = .120$	.131
		過去の定期外受診の有無	あり ($n=64$) なし ($n=96$)	39.1 (10.4) 33.2 (11.2)	$t = 3.332^{**}$
	外的社会環境 からの情報 (1 ～ 4)	医療者からの情報の入手		$r = .229^{**}$	.004
		家族・友人からの情報の入手		$r = .169^{*}$	.033
同じ病気の人からの情報の入手			$r = .009$	.910	
テレビ・ラジオからの情報の入手			$r = .061$	.440	
新聞・雑誌からの情報の入手			$r = .030$	.705	
インターネットからの情報の入手			$r = .086$	.279	
経験則 (Heuristics) (1 ～ 4)	年齢に関する指標 (age-illness heuristic)		$r = .156^{*}$	.049	
	ストレスに関する指標 (stress-illness heuristic)		$r = .338^{**}$	< .001	
	異常の発生部位に関する指標 (locational heuristic)		$r = .177^{*}$	.025	
	病気の流行度に関する指標 (prevalence heuristic)		$r = .114$	.151	
	感情に関する指標 (affective heuristic)		$r = .412^{**}$	< .001	
	症状の持続期間に関する指標 (duration heuristic)		$r = .368^{**}$	< .001	

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, r : Pearson の積率相関係数, t : Student の t 検定。

表4 B-IPQ に影響する因子

		β	b	95% 信頼区間		p 値
				上限	下限	
背景因子	基本属性	年齢	-.123	-0.121	-0.269	.110
		性別 (0 : 女, 1 : 男)	.102	2.333	-0.674	.127
		同居 (0 : なし, 1 : あり)	-.014	-0.347	-3.592	.833
		職業 (0 : なし, 1 : あり)	-.144 *	-3.844	-7.606	.045
刺激	身体感覚 (0 ~ 5)	安静時呼吸困難	.171 *	2.050	0.318	.021
		労作時呼吸困難	.226 **	1.694	0.425	.009
		倦怠感	.207 *	1.579	0.276	.018
		下肢浮腫	-.037	-0.331	-1.574	.600
	過去の病気体験	過去の定期外受診 (0 : なし, 1 : あり)	.039	0.890	-2.303	.583
		医療者からの情報の入手	.083	0.932	-0.641	.244
	外的社会環境 からの情報 (1 ~ 4)	家族・友人からの情報の入手	.007	0.080	-1.570	.923
		年齢に関する指標 (age-illness heuristic)	.007	0.077	-1.558	.926
経験則 (Heuristics) (1 ~ 4)		ストレスに関する指標 (stress-illness heuristic)	.126	1.399	-0.239	.094
		異常の発生部位に関する指標 (locational heuristic)	-.033	-0.360	-1.821	.627
		感情に関する指標 (affective heuristic)	.203 *	2.196	0.505	.011
		症状の持続期間に関する指標 (duration heuristic)	.122	1.233	-0.323	.119

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, β : 標準化回帰係数, b : 回帰係数, $R^2 = .485$, $Adj R^2 = .427$ 。

IV. 考 察

1. 本研究の対象者の特徴

本研究における対象者は, 平均年齢は73.8歳, 男性が

61.3%であった。わが国における慢性心不全を対象とした疫学調査である CHART-2 と比較すると (Ushigome et al., 2015), 平均年齢69.7歳, 男性割合は65.6%と, 男女比率に大きな違いはないが, 平均年齢は本研究対象者がやや高

齢であった。CHART-2は2006年から2010年に実施された調査であり、当時よりも日本の高齢化が進み、それに伴い慢性心不全の患者集団においても高齢化していると考えられる。基礎疾患に関しては、不整脈を有する者が最も多く半数以上を占めており、そのうち約90%（対象者全体の約50%）が心房細動を有していた。CHART-2における心房細動の合併率は41.6%であり、本研究の対象者は心房細動を有する割合がやや高い傾向であった。他の基礎疾患として虚血性心疾患41.9%、心筋症28.1%であり、CHART-2では虚血性心疾患47.6%、心筋症17.5%であり、虚血性心疾患の割合は同程度であったが、心筋症の割合が高い傾向があった。また、本研究の対象者のNYHAはⅠ度とⅡ度の者が約85%であった。CHART-2では症候性心不全としてNYHA分類がⅡ度以上の患者が対象となっており、それぞれⅡ度85.5%、Ⅲ度13.5%、Ⅳ度1.1%であった。本研究のNYHA分類がⅠ度の患者も対象者として含めており、比較的日常生活上の症状が少ない患者集団が対象となっていたと考えられる。

2. 本研究の慢性心不全患者の病気認知（B-IPQ）の特徴

本研究の対象となった心不全患者のB-IPQの特徴として、「医療への信頼感」の得点の平均値は8.2点と治療への高い期待を抱いているが、「コントロール感」は5.5点と患者自身で病気をコントロールできるという認知は中程度であり、治療への期待が高い一方で、自分自身でコントロールできる病気であるという認知は低い傾向があった。また、「時間軸」の得点の平均値が7.9点と高く、心不全が治らない病気であると捉えている傾向があり、「病気の知識・理解」が6.3点と心不全への理解状況の自己評価はやや高めであった。外来心不全患者を対象とした先行研究では、各項目の得点は「病気の結果」5.77点、「時間軸」9.07点、「コントロール感」5.94点、「医療への信頼感」7.84点、「症状の同定」5.45点、「病気への意識」4.26点、「病気の知識・理解」7.11点、「感情的な影響」4.62点であった（Lerdal et al., 2019）。本研究の結果と比較すると、「時間軸」と「病気の知識・理解」がやや低く、「症状の同定」と「感情的な影響」がやや高い傾向がみられた。「時間軸」と「病気の知識・理解」は病気に対する知識や理解に関わる内容であり、ヘルスリテラシーが関連している可能性が考えられる。ヨーロッパ諸国に比べ日本人はヘルスリテラシーが低いことが報告されており、その背景として家庭医やプライマリ・ケアの普及不足やメディアリテラシーの低さが指摘されている（Nakayama et al., 2015）。加えて、日本では従来おまかせ医療という医師の指示に従う文化が主体で、その背景には日本人の相互依存の重視や甘えの関係が反映されており（宗像, 1996）、患者自身が病気に主体的に向き

合う感覚が低い可能性も考えられる。このような社会的・文化的背景の違いからB-IPQの傾向に違いが生じている可能性が示唆される。また、Goodmanら（2013）は、セルフケアへの自信と「病気の知識・理解」と正の相関があり、「感情的な影響」と負の相関があることを示している。心不全患者においてセルフケアへの自信はセルフケア行動を促進するものと位置づけられており（Riegel et al, 2004）、本研究対象者のB-IPQにおいて「病気の知識・理解」が低く、「感情的な影響」が高かったことから、患者がセルフケアを継続していくための自信の獲得や維持が困難である可能性が考えられる。そのため、これらの認知に基づき患者に心不全に関する知識を提供し、過度な落ち込みや抑うつ状態にならないための心理的なサポートを行うことにより、患者のセルフケアをはじめとした療養行動を支援し、健康状態やQOLの改善に寄与できることが示唆された。

3. 本研究の慢性心不全患者の病気認知（B-IPQ）とその影響因子

本研究の対象となった慢性心不全患者のB-IPQには、心不全症状である安静時呼吸困難、労作時呼吸困難、倦怠感が影響していることが明らかとなった。呼吸困難は苦痛や生命の危機を生じるものであり、心不全患者を対象とした研究においても呼吸困難の症状は脅威を導くような苦痛であることが示されており（Ivynian, Newton & DiGiacomo, 2016）、このことから病気に対する脅威を表すB-IPQとの関連を認めたと考える。また、倦怠感は社会的活動の制限や他者への依存を増加させ（石田・眞茅, 2019）、倦怠感の増強は患者の生活に大きく影響し、病気への脅威が強くなることが考えられる。さらに、下肢浮腫や体重増加といった心不全の兆候はB-IPQとの有意な関連を認めなかったことから、患者の自覚できる症状に焦点を当てた患者教育が必要であると考えられる。

また、職業を有すものはB-IPQ得点が低く、病気に対する脅威が低いことが明らかとなった。このことは仕事ができる身体状況であることから、病気に対する脅威が低くなることが考えられた。そのため、退院後復職する患者は仕事ができる身体状況になると、自身の病気を軽視してしまう可能性が考えられる。そのため、患者教育を充実させることや仕事を含めた生活調整の方法を患者とともに検討していく支援の必要性が示唆された。

さらに、経験則（Heuristics）における「感情に関する指標（affective heuristic）」がB-IPQに影響することが明らかとなった。先行研究においても、病気認知は心理的健康状態に関連するものであることが報告されており（Morgan, Villiers-Tuthill, Barker & McGee, 2014）、患者の心

理状態を反映するものであると考えられる。抑うつ症状は心不全患者に多く見られ、心不全症状の悪化や身体・社会機能およびQOLの低下につながることが報告されている(Rumsfeld et al., 2003)。患者の抑うつ症状の改善を考慮する際に、病気に対する認知にもアプローチする必要性が示唆された。

以上のことから、現在の症状や生活状況などの患者の実際の体験や心理状態に基づいた介入を行うことで、患者の病気認知に働きかけ、患者の療養行動や健康状態を支援できる可能性が示唆された。

4. 本研究の限界と課題

本研究はCSMに基づき、背景因子、刺激、経験則 (Heuristics) という病気認知に関連する因子のみを取り上げたこと、外来通院中の比較的症状が軽い患者が研究対象者であったことに限界を有する。今回は症状や感情に関する指標 (affective heuristic) が病気認知に関連することが明らかになり、今後はそれらが具体的な療養行動にどのように影響するのかを明らかにし、患者の認知や行動の理解を深め支援の基盤とする必要がある。

結 語

本研究対象者の病気認知 (B-IPQ) の各項目の平均得点は、「生活への影響」5.1点、「時間軸」7.9点、「コントロール感」5.5点、「医療への信頼感」8.2点、「症状の同定」3.4点、「病気への意識」5.3点、「病気の知識・理解」6.3点、「感情的な影響」3.9点であり、合計得点の平均は35.6点であった。病気認知 (B-IPQ) には、職業の有無、自覚症状の強さ、患者の心理状態が関連していた。

謝 辞

本研究の調査にご協力くださいました研究参加者の皆様、各施設の皆様、ご指導くださいました諸先生方、ご支援を賜りました皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、大阪府立大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文の一部を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。

研究助成の情報

本研究は大阪府立大学看護学系同窓会 (白鳥会) による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。

文 献

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. and Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M. and Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: A longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 945-953.
- Hagger, M. S. and Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184.
- Hashimoto, S. (2013). Development of the brief illness perception questionnaire Japanese version. *5th Asian Congress of Health Psychology*.
- 石田洋子, 眞茅みゆき (2019). 心不全患者の fatigue に関する研究の現状と課題: ナラティブレビュー. *Palliative Care Research*, 14(1), 23-38.
- Ivynian, S., Newton, P. and DiGiacomo, M. (2016). Factors influencing care-seeking in heart failure. *Heart, Lung and Circulation*, 25(2), 299. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.06.705>
- Lerdal, A., Hofoss, D., Gay, C. L. and Fagermoen, M. S. (2019). Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 16; 3(1): 55. <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0142-1>
- Leventhal, H., Brissette, I. and Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness: The self-regulation of health and illness behaviour. In L. D. Cameron and H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp.42-60). London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A. and Ozakinci, G. (2005). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. *The SAGE Handbook of Health Psychology*, 197-240, London, *SAGE Publications Ltd.* <https://doi.org/10.4135/9781848608153.n8>
- Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M. and McGee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*, 2(1): 50. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0050-3>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. and Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- 宗像恒次 (1996). 最新 行動科学からみた健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A. and Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*, 15: 505. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1835-x>
- 日本循環器学会 (2019). 循環器疾患診療実態調査報告書 (2018 年度実施・公表) *JROAD* (The Japanese registry of all cardiac

- and vascular diseases) http://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/jittai_chosa2017web.pdf (2020年2月3日参照)
- 日本循環器学会, 日本心不全学会 (2018). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版). <http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20180323.pdf> (2018年4月2日参照)
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D. and Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-360.
- Rumsfeld, J. S., Havranek, E., Masoudi, F. A., Peterson, E. D., Jones, P., Tooley, J. F., Krumholz, H. M., Spertus, J. A., and Cardiovascular Outcomes Research Consortium. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1811-1817.
- Sadeghi Akbari, A., Cheraghi, M. A., Kazemnejad, A., Nomali, M. and Zakerimoghdam, M. (2019). Effect of illness perception correction-based educational program on quality of life and self-care in patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), 89-93.
- Ushigome, R., Sakata, Y., Nochioka, K., Miyata, S., Miura, M., Tadaki, S., Yamauchi, T., Sato, K., Onose, T., Tsuji, K., Abe, R., Oikawa, T., Kasahara, S., Takahashi, J., Shimokawa, H. and CHART-2 Investigators (2015). Temporal trends in clinical characteristics, management and prognosis of patients with symptomatic heart failure in Japan: Report from the CHART studies. *Circulation Journal*, 79(11), 2396-2407.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445.

[2019年10月18日受 付]
[2020年7月23日採用決定]

Related Factors of Illness Perception in Patients with Chronic Heart Failure

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 41-50
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723100>

Katsuhito Asai, MSN, RN¹, Chieko Hatamochi, PhD, RN, PHN²,
Fumiyo Minamimura, PhD, RN²

¹Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Osaka, Japan

²Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University, Osaka, Japan

Abstract

Objective: This study implemented a medical record survey and a questionnaire survey to investigate the related factors of illness perception in patients with chronic heart failure (CHF). **Methods:** The framework of this study was made with reference to the Common-Sense Model. We collected data on background factors, illness perceptions (B-IPQ), stimuli, and heuristics. **Results:** We analyzed 160 patients with CHF. Univariate analysis of B-IPQ between stimuli and heuristics and multiple regression analysis were performed. Multivariate analysis illustrated that “with occupation” ($\beta = -.14$), “severity of dyspnea at rest” ($\beta = .17$), “severity of dyspnea on exertion” ($\beta = .23$), “severity of fatigue” ($\beta = .21$), and “affective heuristics” ($\beta = .20$) were significantly associated with B-IPQ ($Adj R^2 = .43$). **Conclusions:** We need to encourage patients to perceive the illness appropriately by understanding their interpretations of symptoms and recognition of the emotional effects of illness.

Key words

chronic heart failure, illness perception, self-care, patient education

Correspondence: K. Asai. Email: myu519ak@gmail.com

看護師の倫理的問題の経験が 倫理的判断に及ぼす影響

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 51-60
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723102>

平間あけみ, 一條明美¹, 升田由美子¹

¹旭川医科大学医学部看護学科

要 旨

目的：優れた倫理的判断力を有する看護師は、どのような経験を基盤に現在の倫理的判断や看護実践に至ったのかを明らかにする。方法：①対象：臨床で働く看護師で、職位は問わず臨床経験が6年以上の倫理的判断力をもつ看護師7名、②期間：2016年11月～2017年3月、③分析：半構造化面接で得たデータを質的統合法（KJ法）により分析した。結果：《心に刻まれている臨床経験》、《患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護》、《内省および患者や周囲からの励ましと承認》、《患者と家族のために看護チームでの情報の共有》、《管理者としての自覚と責務》の共通項目が抽出された。結論：倫理的問題の経験が倫理的問題を考えるきっかけとなり、リフレクションを通して倫理原則を内在する患者中心の看護に気づき、倫理的知識としてチームで共有して、研究協力者個人と看護チームの2つの側面から患者中心の看護を実践していることが明らかとなった。

キーワード

倫理的問題、倫理的判断、倫理的知識

責任著者：平間あけみ。Email: a-hirama@kde.biglobe.ne.jp

序 論

医療の高度化や人々の価値観の多様化に伴い、看護師は多くの臨床場面で倫理的な判断を求められる。日本看護協会（2016, p.63）によると、「人々の健康と生活を支える専門職である看護職は、生命の根源に関わる問題に直面することが多く、その判断と行動には倫理性が求められる」。足立・大津・渡邊・宮林（2008, p.198）は、看護実践における倫理的問題の明確化と解決できる倫理的な判断力が看護師には求められている、と主張している。つまり、臨床で遭遇する倫理的問題を含む現象に対して、患者の人権に配慮した対応をすることが看護者の基本的責務であり、倫理的問題に対応できる判断力を身につけることが必要であると考えられる。

看護師が実際に臨床で倫理的問題に対応する場合の倫理的判断は個人によって異なり、その判断は患者と家族に大きな影響を与える。水澤（2010, p.136）は、看護師にとって「倫理的問題の対応経験とその解決に向けた努力を積み重ねることや倫理的問題の思考の糧となる知識の習得が今後重要となるであろう」と述べている。また手島（2006, p.58）は、「看護基礎教育課程の中で看護倫理教育は座学中

心で、実際の臨床での葛藤場面に対応できるような能力の開発に至っていない」と述べていることから、看護師は臨床での倫理的問題の経験を振り返り、よく考えることによって倫理的判断力を身につけていく必要があると考える。Benner（2005/2012, p.4）は、卓越した臨床家の技が身につくのは、何よりも刻々と変化する状況に身を置く時であると臨床での経験の重要性を主張している。臨床における倫理的問題の経験は、後に倫理的問題に直面した時の倫理的判断に影響を与え、経験を通して倫理的判断力を身につけていくと考えられる。しかし国内における倫理的判断についての先行研究は、看護学生への倫理的判断の育成や看護倫理教育に関する研究、臨床での看護師の倫理的ジレンマや倫理的判断のプロセスに関する研究などであり、看護師の倫理的問題の経験が倫理的判断に及ぼす影響を明らかにした報告は見出せなかった。

優れた倫理的判断力をもつ看護師の倫理的問題の経験とその経験が倫理的判断に及ぼす影響を明らかにすることは、倫理的判断力を身につけるための基礎的な資料になると考える。本研究では、優れた倫理的判断力を有する看護師はどのような経験を基盤に、現在の倫理的判断や看護実践に至ったのかを明らかにすることを目的とする。

I. 用語の定義

A. 倫理的問題

ICN看護師の倫理綱領を参考に、患者の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することに関わる問題とする（手島，2016，p.68）。

B. 倫理的知識

Benner（2005/2012，p.79）の「臨床知識とは科学的知識と経験による学習から生まれた実践的知識との緩やかな統合」という定義を参考に、看護に必要な科学的知識と倫理的問題に関する実践的知識との統合による知識とし、倫理的判断の基盤とする。

C. 倫理的判断

患者の生理的かつ心理的、社会的なニーズについて対応しながら倫理的問題の存在に気づき、その状況に関連する様々な人の立場で思考し、患者と家族にとっての最善とは何かを考えることとする。

D. 優れた倫理的判断力

倫理的判断をしたうえで対象が意思決定することができるよう支援し、問題の解決に向けて行動を起こすことのできる力とする。

II. 研究方法

A. 調査対象

臨床で働く看護師で、職位は問わず臨床経験が6年以上の倫理的判断力をもつ看護師7名を対象とした。

Benner（1996/2015，p.216）は、道徳的で主体的な行動は、見極めるスキル、行うスキル、尊敬をこめたケアリングのあるやり方で他者と共に存在するスキルに結びついている。スキルは卓越した実践者であるための条件であるだけでなく、非常に複雑な臨床状況下のその瞬間に行動するために不可欠な条件でもあると述べている。この段階の看護師は中堅以上であり、6年以上の臨床経験を有している看護師とした。

研究協力者（以下、協力者）の選定にあたっては、当時の所属X大学ゼミナール参加者に研究の趣旨を説明し、機縁法による紹介を受け、臨床で勤務する看護師7名を選定した。当該の看護師に研究の趣旨および協力の依頼について文書および口頭で説明し、同意が得られた看護師を対象とした。

B. 調査期間

2016年11月～2017年3月

C. データ収集方法

協力者に今までの看護実践において、倫理的問題に関して印象に残っているエピソードを想起してもらうように事前に口頭で伝えた。その内容について半構造化面接によりインタビューを行った。インタビューに際しては緊張感を与えないように、協力者が希望する場所で自由に語ることができるような環境とした。日程は協力者に事前に連絡を取り協力者の都合の良い日時とし、プライバシーを確保できる場所で行った。調査内容は、①協力者の基本情報、②今までに経験した患者の看護において、倫理的問題を感じた具体的なエピソード、③その時の判断の理由、④判断に対する現在の思い、⑤相談する人の有無、⑥過去の倫理的問題の経験が、現在の自分の看護に影響を与えていると考えるか。その場合の影響、⑦役職による影響の有無とした。インタビューは、協力者の了承を得てICレコーダーに録音し、後に逐語録を作成した。

D. 分析方法

1. 質的統合法（KJ法）を適用した根拠

本研究では、倫理的判断力を有する看護師の臨床における経験が、どのように現在の倫理的判断に影響しているかを明らかにすることを目的としているため、質的統合法（KJ法）（山浦，2012）による分析とした。

正木（2008，p.8）によると、質的統合法は「看護の現象の克明な記述から看護現象を構造的に把握することに優れた方法であり、臨床知である看護実践を一般化・理論化していくことが可能な方法」である。本研究は優れた倫理的判断力を有する看護師が、どのような経験を基盤に現在の倫理的判断や看護実践に至ったのかを明らかにすることを目的とするものであり、臨床で起こる混沌とした現象を構造化し分析することでその関係性を明らかにできる質的統合法が適していると判断したからである。個別分析の後、倫理的判断の経験を比較検討するために個別分析比較を行った。

データの信頼性を高めるために、データの分析過程においては指導教員2名によるスーパーバイズを受けながら行った。なお分析者は、いずれも質的統合法の研修会を複数回受講している。またデータの妥当性を保証するために、分析終了後、協力者に分析結果を提示しメンバーチェックを受けた。

2. 分析手順

インタビューデータから逐語録を作成し、逐語録を熟読し、生データを1つの意味ごとに単位化して元ラベルとして作成した。

精選した元ラベルを一面に広げ、ラベルが表す文章全体の意味が似ているものをグループ化し、集まった元ラベルの全体の意味を読み取り、一文で表現して新たなラベルを作成した。新たなラベルを元ラベルと同様に配置し、意味内容が類似するものをグループ化した。この過程を何度か繰り返し、各ラベルに類似性がないと判断できるまで行い、その残ったラベルを最終ラベルとした。この最終ラベル同士の関係を読み取り、最終ラベルにシンボルマークを付した。シンボルマークは、最終ラベルの内容を一文で表現したものである。さらに最終ラベル同士の関係性を関係記号で示し、関係性を添え言葉で表現し図解化した。この図を見取り図という。(以降、見取り図と表現する)。

個別分析の結果をマトリックスにして個別分析比較を行った。個別分析で得られた最終ラベルを意味の類似性・相違性により整理した。

E. 倫理的配慮

協力者へは、研究目的・方法・協力と辞退の自由、辞退した場合でも不利益を被らないことを説明し書面で同意を得た。

得られたデータの取り扱い方法については、研究以外には使用しないこと、データは鍵のかかる引き出しに保存し厳重に管理を行い、プライバシーは保護されること、研究終了後のデータは5年間保管したのちにすべて破棄されることと、研究成果は協力者の匿名性を確保したうえで修士論文にし、学会発表、学会誌への投稿が行われることを説明した。

本研究は旭川医科大学倫理委員会の承認（承認番号：16018-2）を受けて実施した。

Ⅲ. 結 果

A. 研究協力者の概要

対象となったのは看護師7名であり、協力者A～Gの概要を表1に示す。経験年数は6～32年であり、平均21.3年であった。職位は師長3名、副師長3名、スタッフ1名であった。面接時間は49～78分で、平均時間は62分だった。7名の個別分析に用いた元ラベルの合計枚数は942枚（一人当たり126～188枚で平均枚数は134枚）あり、その後多段ピックアップ法により815枚とした。

表1 研究協力者の概要

	性別	看護師免許 取得教育機関	職位	経験年数	インタビュー 時間
A	女性	専門学校	師長	24年	49分
B	女性	専門学校	師長	24年	74分
C	女性	専門学校	副師長	23年	60分
D	女性	専門学校	師長	23年	78分
E	男性	大学	副師長	17年	59分
F	女性	専門学校	副師長	32年	58分
G	女性	専門学校	スタッフ	6年	60分

B. 分析結果

1. 個別分析結果

個別分析結果の例として、図1にA氏とC氏の見取り図を示す。【 】はシンボルマーク、〈 〉は元ラベルを示す。

a. A氏の分析結果

A氏のラベル数は126枚で、8段階を経て6つのグループが編成された。

A氏は、【患者の尊厳と価値観と社会規範を遵守することの両立】が【看護師の責務】という考えを基盤としている。〈今の病院って、もう洋式のトイレになっちゃって腰掛けるタイプです。どうしてもその姿勢だと排泄が出来なくて、しゃがみたい、でも和式のトイレは院内にないということと、早朝にご自分で新聞紙を敷いて、お部屋の中で排泄するというのがありました〉と、患者の【病室内での排泄行為】という【驚いた出来事】を通して、患者を【多様な病態・年齢・価値観を持つ患者への先入観】で捉えて、〈自分の好きな時に排泄したらいいし、自分の好きなスタイルでしたらいいし、家族ともゆっくりできるだろう、あの遠くからみえている家族ともゆっくりできるだろうと思ったんです〉と、個室を準備することを【看護者の論理で決定】している自分に気づいた。しかし、その後【終末期にある患者と家族を支える看護】について、スタッフと【望ましい看護実践のための話し合い】の場を持ち、【患者の選ぶ権利を尊重】したことで、〈患者さん、希望っていうふうにおっしゃったんだけど、まあその方が生きている実感とか、あー、今日よかったなって思えるものを、聞きだすものではないと思うんだけど、患者さんがどっかでそんなふうに感じてもらえるような看護の方が必要と思った〉ことから【たくさんの援助を必要としていたが大部屋で療養】する患者の希望を取り入れた看護を実践することができた。この経験が波及し、【管理的な視点と患者の希望を尊重することへの葛藤】により〈私の中ではねばならないという思いが強いんだと思うんですよ〉と、【柔軟性のない自分のあり様】に気づくこととなった。

b. C氏の分析結果

C氏のラベル数は126枚で、7段階を経て6つのグループが編成された。

【がんターミナル期で疼痛コントロール不良の男性患者】は、〈採血に行くとお前、来たのかみたいな感じで、もう採れないから駄目だ、先輩呼んで来いってというふうに言われて〉と、【私にだけ厳しい患者】であり、亡くなった際には【患者の死に対する衝撃と無力感】と共に【経験不足で何もできなかった自分】を感じていた。

しかしその後、【患者の死後に妻から聞いた誉め言葉】を聞いた。坐薬挿入のケアについての〈坐薬をね、入れてもらったことがあるでしょうって。その時に私に言っていたんだけど、若いからって何でもダメなわけじゃないんだなっていうふうに言っていたのよって奥さんが言ってくれて〉という言葉から、もっと他の接し方があったのではと【死後の情けなさと後悔】の気持ちを抱いた。

そして、終末期の看護は患者を死なないようにするのではなく【死にゆく人に何ができるかを考える看護】〈看護は死なないようにするのではなくって、死んでいく人がいたらその死んでいくまでに何ができるかを考えたりする仕事だったんだってところが、この患者さんに会って理解できた〉という【経験からの気づき】は、その後のC氏の看護に影響を与え、看護師の経験を重ねる結果となった。

【新人の頃の未熟さ】ゆえに、葛藤しながらも〈自分なりに患者の立場に立って考えているつもりではありましたが、でもそこよりもやっぱり自分の辛さとかの方が先に立つくらい考えられなかったと思うんですね〉と、新人の頃は【患者中心に考えられなかった自分】であったが、その後【経験を重ねた今の自分】は周りに【患者中心の看護を広める必要性】があると考えて行動している。

2. 個別分析比較

倫理的問題の経験が倫理的判断に及ぼす影響について、7例の個別分析結果から得られた42枚の最終ラベルを質的統合法の手順により整理し、個別分析比較を行った。結果、5項目の共通項目が見出された。個別分析のシンボルマークと共通項目をマトリックスにして表2に示す。なお《 》は共通項目、【 】はシンボルマークを示す。

a. 心に刻まれている臨床経験

共通項目《心に刻まれている臨床経験》は13のシンボルマークから抽出された。シンボルマークは、【驚いた出来事：病室内での排泄行為】、【緊急搬送された妊婦：妊娠中に持つべき知識の不足】、【スタッフの意図的な関わりによる変化：患者の認識と態度】、【育児支援の求め方：事前情報との相違】、【児への愛着と母乳育児の成功：患者状況に応じた援助の実施】、【私にだけ厳しい患者：がんターミナ

ル期で疼痛コントロール不良の男性患者】、【病気を察知していた患者：自分と医療者・両親との距離のある関係性】、【研修会で知った患者のその後：地方の緩和病棟へ転院して死亡】、【抑制が検討される患者への見守りの提案：スタッフからの否定的な反応】、【衝撃を受けた経験：看護で解決できない問題】、【1年後の妻との再会：初めて聞いた妻の思い】、【表出されなかった家族の思い：あまり面会に来なかった両親と希望は受け入れていた妻】、【妻と幼い子どものいる30歳代ターミナル期の患者：家族の前では強く居たいという希望】であった。

b. 患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護

共通項目《患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護》は13のシンボルマークから抽出された。シンボルマークは、【看護者の論理で決定：多様な病態・年齢・価値観を持つ患者への先入観】、【柔軟性のない自分のあり様への気づき：管理的な視点と患者の希望を尊重することへの葛藤】、【患者の選ぶ権利の尊重：たくさんの援助を必要としていたが大部屋で療養】、【正しい判断：先入観なく自分で情報収集する必要性】、【経験からの気づき：死にゆく人に何ができるかを考える看護】、【患者中心の看護：関係性を築きながらの丁寧なケア】、【生命と同様に重視する人の尊厳の尊重：倫理的に抑制の実施を判断】、【教育の担当経験やインシデントの分析結果からの気づき：患者理解をベースとして多様化するニーズに対応】、【障がい児の母や患者からの学び：人は生きるために目標と糧が必要】、【患者自らが人生を選択：最善を尽くして情報提供】、【責務として当然と思う判断：両親からの影響】、【ターミナル期の患者の意思の尊重：実現のための調整】、【患者の思いを酌み量る看護師：共に考え支えとなる存在】であった。

c. 内省および患者や周囲からの励ましと承認

共通項目《内省および患者や周囲からの励ましと承認》は6のシンボルマークから抽出された。シンボルマークは、【死後の情けなさと後悔：患者の死後に妻から聞いた誉め言葉】、【患者の死に対する衝撃と無力感：経験不足で何もできなかった自分】、【患者中心に考えられなかった自分：新人の頃の未熟さ】、【自信がなかった自分の経験と糧：個別性のあるケアの成功体験】、【役に立っている実感：ケアを通して知った看護の役割】、【希望を叶える方法の模索：検討すらしなかったことのやりきれなさ】であった。

d. 患者と家族のために看護チームでの情報の共有

共通項目《患者と家族のために看護チームでの情報の共有》は4のシンボルマークから抽出された。シンボルマークは、【望ましい看護実践のための話し合い：終末期にある患者と家族を支える看護】、【スタッフ全員で援助：産前は母児の生命、産後は育児】、【患者・家族との関係性に

表2 個別分析比較

No.	共通項目	個別分析から抽出された最終ラベルのシンボルマーク（事柄：エッセンス）						
1	心に刻まれている臨床経験	驚いた出来事：病室内での排泄行為 A	緊急搬送された妊婦：妊娠中に持つべき知識の不足 B	スタッフの意図的な関わりによる変化：患者の認識と態度 B	育児支援の求め方：事前情報との相違 B	児への愛着と母乳育児の成功：患者状況に応じた援助の実施 B	私にだけ厳しい患者：がんターミナル期で疼痛コントロール不良の男性患者 C	病気を察知していた患者：自分と医療者・両親との距離のある関係性 D
		研修会で知った患者のその後：地方の緩和病棟に転院して死亡 D	抑制が検討される患者への見守りの提案：スタッフからの否定的な反応 E	衝撃を受けた経験：看護で解決できない問題 F	1年後の妻との再会：初めて聞いた妻の思い G	表出されなかった家族の思い：あまり面会に來なかった両親と希望は受け入れられていた妻 G	妻と幼い子供のいる30歳代ターミナル期の患者：家族の前では強く居たいという希望 G	
2	患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護	看護者の論理で決定：多様な病態・年齢・価値観を持つ患者への先入観 A	柔軟性のない自分のあり様への気づき：管理的な視点と患者の希望を尊重することへの葛藤 A	患者の選り好み：権利の尊重：たくさんさんの援助を必要としていたが大部屋で療養 A	正しい判断：先入観なく自分で情報収集する必要性 B	経験からの気づき：死にゆく人に何が出来るかを考える看護 C	患者中心の看護：関係性を築きながらの丁寧なケア C	生命と同様に重視する人の尊厳の尊重：倫理的に抑制の実施を判断 E
		教育の担当経験やインシデントの分析結果からの気づき：患者理解をベースとして多様化するニーズに対応 E	障害児の母や患者からの学び：人は生きるために目標と糧が必要 F	患者自らが人生を選択：最善を尽くして情報提供 F	責務として当然と思う判断：両親からの影響 F	ターミナル期の患者の意思の尊重：実現のための調整 G	患者の思いを酌み量る看護師：共に考え支えとなる存在 D	
3	内省および患者や周囲からの励ましと承認	死後の情けなさや後悔：患者の死後に妻から聞いた誉め言葉 C	患者の死に対する衝撃と無力感：経験不足で何もできなかった自分 C	患者中心に考えられなかった自分：新人の頃の未熟さ C	自信がなかった自分の経験と糧：個別性のあるケアの成功体験 E	役に立っている実感：ケアを通して知った看護の役割 F	希望を叶える方法を模索：検討すらしなかったことのやりきれなさ G	
4	患者と家族のために看護チームでの情報の共有	望ましい看護実践のための話し合い：終末期にある患者と家族を支える看護 A	スタッフ全員で援助：産前は母児の生命、産後は育児 B	患者・家族との関係性に配慮したIC：気づいていたが実践できなかった他職種連携 D	安全対策についての共通理解：倫理的に抑制を話し合える風土の醸成 E			
5	管理者としての自覚と責務	看護師の責務：患者の尊厳と価値観と社会的規範を遵守することの両立 A	患者中心の看護：患者の理解度を確認しながら一貫性のあるケアの実施 B	経験を重ねた今の自分：患者中心の看護を広める必要性 C	患者を第一に考えるスタッフの育成：気づいて成長できる看護師 D	看護師の役割：患者と家族の代弁者としての情報発信 D	教育係としての自分：相手が達成感を持てるように見極めた対応 E	

配慮したIC：気づいていたが実践できなかった他職種連携】、【安全対策についての共通理解：倫理的に抑制を話し合える風土の醸成】であった。

e. 管理者としての自覚と責務

共通項目《管理者としての自覚と責務》は6のシンボルマークから抽出された。シンボルマークは、【看護師の責務：患者の尊厳と価値観と社会的規範を遵守することの両立】、【患者中心の看護：患者の理解度を確認しながら一貫性のあるケアの実施】、【経験を重ねた今の自分：患者中心

の看護を広める必要性】、【患者を第一に考えるスタッフの育成：気づいて成長できる看護師】、【看護師の役割：患者と家族の代弁者としての情報発信】、【教育係としての自分：相手が達成感を持てるように見極めた対応】であった。

IV. 考 察

優れた倫理的判断力を有する看護師の倫理的問題の経験が倫理的判断に及ぼす影響について、A. 優れた倫理的判

断をもつ基盤となった臨床経験, B. 優れた倫理的判断に内在する倫理原則の視点から考察する。《 》は共通項目, 【 】はシンボルマークを示す。

A. 優れた倫理的判断をもつ基盤となった臨床経験

協力者は各々に自分と患者の価値観, 自分と他の医療者の価値観の違いによる倫理的問題を《心に刻まれている臨床経験》としてもち続けていた。青柳(2016, p.28)は, 倫理的状况に反応して感情が表れると述べている。協力者も【衝撃を受けた経験: 看護で解決できない問題】、【驚いた出来事: 病室内での排泄行為】など, 協力者が自ら経験した問題に直面した時の心の揺れが語られた。このことは単に出来事として記憶しているのではなく, その出来事に深く関心を寄せていたことが推察される。倫理的感受性は状況に対して関心をもつということであり, 石川(2011, p.79)が, 「倫理的感受性はまず起きている問題の状況と事実を認識する」と述べていることから, その時点では倫理的問題とは気づかないまでも, まずは状況に関心を持ち, 心に刻まれている経験という結果に至り, 倫理的感受性を高めるきっかけとなっていた。

【表出されなかった家族の思い: あまり面会に来なかった両親と希望は受け入れていた妻】と【1年後の妻との再会: 初めて聞いた妻の思い】から, 家族の思いを聞いたことで患者や家族の価値観に改めて気づいたことを示し, 【抑制が検討される患者への見守りの提案: スタッフからの否定的な反応】では, 自分と他の医療者との価値の違いに気づいたことを示している。石川(2011, p.81)が「医療者は自らがもつ価値と向き合わなければならない現実を痛感し, 自分のもっている価値を認識してこそ倫理的問題を感受したといえる」と述べているように, 協力者は患者や家族, 他の医療者の価値を知ることを通して自己の価値に向き合い, 倫理的問題を感受していた。このような臨床経験が, 倫理的問題を考えるきっかけとなっていることが示された。

協力者が臨床経験に向き合うことができたのは, 《内省および患者や周囲からの励ましと承認》による支えがあったからだと考えることができる。協力者は, 初めは【私にだけ厳しい患者: がんターミナル期で疼痛コントロール不良の男性患者】として捉えていたが, 後に【死後の情けなさの後悔: 患者の死後に妻から聞いた誉め言葉】によって, 情けなさの後悔を感じつつも感情にだけ振り回されずに経験不足の自分を捉えることができた。周囲からの励ましと承認を得たことで, 客観的に自分を見つめることができたのだと考える。できない自分だけを感じている状況では自分を客観視することができず, 協力者のように経験を積む必要があるという考えに至るのは難しかったと考え

る。塚本・舟島(2008, p.32)は「肯定的な評価を得たことで, 実践能力を高めていけるという自信を強めたり, 看護師としての発達を実感したりという経験となる」と述べており, 協力者も承認された経験を通して看護師を続けるという職業継続の意志を持ち続けられたと考える。

そして, 【患者中心に考えられなかった自分: 新人の頃の未熟さ】に気づき, 心理的に揺れ動きながらも自己のあり様を客観的に見つめることができたのは, 周囲の支えによるものであると考えることができる。

田村・池西(2014, p.23)は, 「リフレクションは, 肯定的ではない困難や不快な, あるいは当惑したような状況を認識することから始まる」と述べており, 協力者も心に刻まれている経験の状況とその時の自己のあり様を認識してリフレクションしていたと考えられる。【自信がなかった自分の経験と糧: 個別性のあるケアの成功体験】、【役に立っている実感: ケアを通して知った看護の役割】など, 新人の頃の看護技術や知識の不安, 患者との関係や職場の人間関係など多くの課題と向き合い, リフレクションしていたことが示されている。心に刻まれている臨床経験を振り返ることは心の揺れを伴う困難な過程であったと推察されるが, 協力者の場合は未熟な自己を認識することで無意識ながら倫理的感受性を涵養するに至ったと考える。

池西・田村・石川(2007, p.120)は, 「リフレクションはこれまでと同様の解釈や方法では対処できないということに気づき, これまでの自身の持つ前提となる考え方や, 状況の解釈を問い直すことから始まる」と述べている。ターミナル期の患者の【希望を叶える方法を模索: 検討すらしなかったことのやりきれなさ】は, 患者の希望を検討しなかったことに協力者の心が揺れたことを示す。協力者はこの時の経験を内省し続けたことにより, 患者の希望を叶えることの実現に向けた看護を目指すきっかけを得たと考える。状況の解釈を問い直すことによって, 患者の病態から無理と判断していた過去の倫理的問題を, はじめから無理と決めつけてしまうのではなく, 患者の意思を尊重しそれを叶えるために何ができるのかを検討することの必要性を導き出し, 考えていた。このことは Benner(2015, p.24)が「経験を積んだ臨床家は, 教室では身につけることができない種の知識を習得している」と述べているように, 倫理的問題を経験したことによって得た実践的知識であるといえる。さらに「熟練したノウハウは, 単なる知識の適用ではなく, それ自体が1つの知識の形態だ」(Benner, 1996/2015, p.24)ということからも, 科学的知識に加えて倫理的問題の経験から得た実践的知識を統合する倫理的知識をもつに至ったと考える。後に, 協力者は経験から得た倫理的知識を活かし, 【ターミナル期の患者の意思の尊重: 実現のための調整】を行って患者の希望を実現

するという看護実践に至ったと考える。

さらに、協力者の多くが管理者であり、《管理者としての自覚と責務》から【患者を第一に考えるスタッフの育成：気づいて成長できる看護師】とともに【看護師の責務：患者の尊厳と価値観と社会的規範を遵守することの両立】という患者を中心に据えながら病院内における社会的規範と両立できるスタッフナースの看護実践能力育成に力を注いでいることが示された。伊藤・金子・濃沼（2012, p.26）は、「若手看護師に別の物の見方を教える知的喚起や、業務遂行時に具体的な指示を出す管理指導といった看護管理者の行動が、若手看護師に対して柔軟的思考や応用を促すことになる」と述べている。倫理的問題に関する臨床経験の少ない若手看護師に、倫理的知識をもつ熟練看護師が自らの経験から得た倫理的知識を伝えていくことは、個人の成長を促し倫理的感受性や倫理的判断力を高めていくことにつながると考える。

《患者と家族のために看護チームでの情報の共有》では、【望ましい看護実践のための話し合い：終末期にある患者と家族を支える看護】として、協力者は多床室で生きる実感を得たいという終末期患者の希望を理解して支えるために、どうすることが必要なのかを考えてチームに調整していたことが示された。石川（2011, p.81）は、「倫理原則が現実となるように実践的な知を模索しなければならない」と述べており、協力者は患者の希望を実現するためにスタッフと共に検討し、患者の希望を叶えられるよう行動していたと考える。患者と家族のために最善を尽くして看護を実践するには、倫理的知識をもった協力者がチームの中でリーダーシップをとることが必要で、協力者がチームの中で果たしている役割は大きい。服部（2015, p.22）は、「まだ明らかになっていない倫理的問題点を発見するためには、チームでの対話が必要である」としている。協力者は単に患者の情報を共有するというよりも、チームで対話を行い、問題を解決して患者の安心につながる看護を実践していたと考える。増山（2014, p.25）は、「チーム医療は患者の人権や尊厳を守り、患者がその人らしく生きていくことを支える上で非常に重要であり、その中でも看護師はチーム医療のキーパーソンと示される」と述べている。【経験を重ねた今の自分：患者中心の看護を広める必要性】は、倫理的知識を身につけた協力者が自分だけではなく、スタッフ全員で患者中心の看護ができるように考えていたことが示されている。つまり協力者は、所属する看護チームのスタッフ全員で取り組むことで、協力者個人と看護チームの2つの側面から患者中心の看護を実践していたと考えられ、そのリーダーとしての役割を担っていたことが窺える。このことはBenner（2005/2012, pp.7-8）が述べる経験的学習から得た実践知、熟練したノウハウ、優れた看護実践の概念

を周囲に広めて臨床知を共有していることを意味しており、協力者はスタッフの誰もが患者中心の看護を実践できるように倫理的知識を共有していたことが示された。

B. 優れた倫理的判断に内在する倫理原則

協力者の語りでは、その実践は患者中心の看護であり、そこには倫理原則が内在していたことが示された。

共通項目《患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護》には、Fry（1998/2014）が明らかにした倫理原則に相当する内容が内在されていた。

Fry（1998/2014, p.31）は「自律」について、人にはみずから選択した計画に沿って自分自身の行動を決定する自由があり、自己決定できる個人を尊重することは個人的な価値観や信念を基本に個人の選択を求めることであると述べている。協力者は、患者の自律的行為を支えるために、これまでの経験により培われた看護者の論理はすべての患者に通用するわけではなく、患者の価値観や意思を理解し、患者の希望を実現できるよう支えることが必要であるという考えに至り、看護を実践していることが示された。

【生命と同様に重視する人の尊厳の尊重：倫理的に抑制の実施を判断】は、Fry（1998/2014, p.28）が述べる「善行と無害」に相当すると考える。Fryは、抑制によって身体的に危険な状況から患者を守っても、患者の尊厳にマイナスの影響を及ぼすことがあれば、心理的側面から善行と無害とはならないことを示している。また、協力者は単に安全や基本的な看護を提供するに留まらず、より患者の個別性に応じた看護を目指していることも述べており、このことは患者を理解し患者が望むケアを目指すことを示している。他者が利益を得られるように支援することであり、患者に害が加わることのリスクを防いだり減らしたりする行動につなげることは、「善行と無害」の倫理原則を内包した看護といえる。

【正しい判断：先入観なく自分で情報収集する必要性】は、他者からの事前情報に惑わされずに自分自身の目で確認して判断していることを示していた。先入観によって患者を捉えることは正しいアセスメントができず、患者の実態に合ったケアを実践できなくなる可能性がある。このことは患者をありのままに理解し必要なケアを提供するという点で、Fry（1998/2014, p.30）が述べる「看護師は自分のケアしている患者にとって適正かつ公平なヘルスケア資源の配分とは何かを決定しなければならない」という「正義」に相当していると考えられる。

協力者は倫理原則について語りの中で述べていないことから、経験した問題を最初から倫理原則に基づいて思考していたわけではなく、患者中心の看護を目指した結果、倫理原則を内在した看護の実践に至ったと推察する。看護実

践には看護師の倫理が根底にあるが、患者中心の看護とは何かを考えながら実践を繰り返す中で倫理原則を内在する倫理的知識を身につけていったと考える。

協力者は、それぞれに優れた倫理的判断力をもつ基盤となった臨床経験が心に刻まれており、その経験をリフレクションすることで倫理的知識としていた。そして科学的知識と経験に基づいて獲得した倫理的知識を用いて実践を繰り返し、さらに倫理的判断力を発展させていったと考える。看護に倫理原則が内在していることは自明のことであるが、優れた倫理的判断力を身につけた看護師の看護に倫理原則が内在していることが明らかになった。加えて、協力者は身につけた倫理的知識をチームで共有して、スタッフを育成していた。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の協力者7名のうち、6名は師長や副師長などの職位にあり、患者の人権を尊重して患者の療養環境を整えることは管理職の責務でもあるため、協力者の職位が語りに影響を与えた可能性があると推測される。今後はより多くのスタッフにも対象を広げ、より幅広い倫理的問題の経験と倫理的判断力に及ぼす影響について検討する必要がある。

VI. 結 論

1. 倫理的判断力を有する看護師の語りから《心に刻まれている臨床経験》、《患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護》、《内省および患者や周囲からの励ましと承認》、《患者と家族のために看護チームでの情報の共有》、《管理者としての自覚と責務》の5つの共通項目が明らかとなった。
2. 倫理的判断力を有する看護師は《心に刻まれている臨床経験》と向き合い、《内省および患者や周囲からの励ましと承認》を支えとし、リフレクションを通して倫理的知識を得て、《患者と家族のために看護チームでの情報の共有》を行っていた。
3. 《患者を理解し、患者の価値観や意思を尊重して支え最善を尽くす看護》には倫理原則が内在していた。
4. 《管理者としての自覚と責務》から倫理的知識を共有してスタッフを育成し、患者中心の看護を協力者個人と看護チームの2つの側面から実践していた。

謝 辞

本研究にあたりご協力いただきました看護師の皆様、データ収集施設の関係者の皆様にご心よりお礼申し上げます。

なお、本研究は旭川医科大学大学院修士論文の一部であり、

日本看護研究学会第44回学術集会において一部を発表した。

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。

文 献

- 足立みゆき, 大津廣子, 渡邊亜紀子, 宮林郁子 (2008). 看護師の倫理的感受性の形成プロセスと影響因子の分析. *日本看護学会教育学会学術集会講演集*, 18, 198.
- 青柳優子 (2016). 医療従事者の倫理的感受性の概念分析. *日本看護科学会誌*, 36, 27-33.
- Benner, P. (2005) / 井上智子監訳 (2012). *ベナー看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること* (第2版). 東京：医学書院.
- Benner, P. (1996) / 早野 ZITO 真佐子訳 (2015). *ベナー看護実践における専門性：達人になるための思考と行動*. 東京：医学書院.
- Fry, S, T (1998) / 片田範子, 山本あい子訳 (2014). *看護実践の倫理：倫理的意思決定のためのガイド* (第3版). 東京：日本看護協会出版会.
- 服部健司 (2015). 臨床倫理学における対話の意味. *生命倫理*, 25(1), 22-29.
- 池西悦子, 田村由美, 石川雄一 (2007). 臨床看護師のリフレクションの要素と構造 センズメイキング理論に基づいた「マイクロメント・タイムラインインタビュー法」の活用. *神戸大学医学部保健学科紀要*, 23, 105-125.
- 石川洋子 (2011). 倫理的感受性の意味と解釈：ヘーゲル「良心」論をもとにして. *生命倫理*, 21(1), 76-84.
- 伊藤てる子, 金子さゆり, 濃沼信夫 (2012). 看護スタッフが認識する看護管理者との関わりと看護スタッフの学習行動に関する研究. *日本医療・病院管理学会誌*, 49(1), 19-29.
- 正木治恵 (2008). 看護学研究における質的統合法 (KJ法) の位置づけと学問的価値. *看護研究*, 41(1), 3-10.
- 増山路子 (2014). 病院目標を達成させるキーマン・看護師長. *看護実践の科学*, 39(13), 19-26.
- 水澤久恵 (2010). 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題：倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて. *生命倫理*, 20(1), 129-139.
- 田村由美, 池西悦子 (2014/2017). *看護の教育・実践にいかすリフレクション：豊かな看護を拓く鍵*. 13-28, 東京：南江堂.
- 手島 恵 (2006). 看護倫理教育：倫理的感受性、分析力、実践能力をどのように養うか. *生命倫理*, 16(1), 58-60.
- 手島 恵 (監修) (2016). *看護者の基本的責務 2016年版*, 62-72, 東京：日本看護協会出版会.
- 塚本友栄, 舟島なをみ (2008). 就職後早期に退職した新人看護師の経験に関する研究：就業を継続できた看護師の経験との比較を通して. *看護教育学研究*, 17(1), 22-35.
- 山浦晴男 (2012). *質的統合法入門：考え方と手順*. 28-77, 東京：医学書院.

〔2019年12月27日受 付〕
〔2020年7月23日採用決定〕

Influence of Nurses' Ethical Problems on Their Ethical Judgments

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 51-60
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723102>

Akemi Hirama, RN, Akemi Ichijo, RN¹,
Yumiko Masuda, RN¹

¹Asahikawa Medical University Department of Nursing, Hokkaido, Japan

Abstract

Objective: This study aims to describe how nurses with excellent ethical judgment skills have acquired ethical judgment and nursing practice skills based on their clinical experience. **Methods:** Study participants were seven nurses working in clinical settings, with over six years of clinical experience as well as ethical judgment skills, regardless of position. The survey period was between November 2016 and March 2017, and data were collected from semi-structured interviews. The recorded interviews were analyzed through qualitative synthesis. **Results:** The analysis showed the following items to be common to the participants: clinical experience in mind; nursing at their best to support patients by understanding them and respecting their values and will; reflection, encouragement, and recognition from patients and those around the nurses; sharing information with nursing teams for patients and their families; and responsibilities and duties as an administrator. **Conclusions:** Nurses with excellent ethical judgment skills experienced ethical problems and addressed them. The findings show that nurses became aware of the importance of patient-centered nursing inherent in ethical principles through reflection, and shared awareness among the team as ethical knowledge.

Key words

ethical problem, ethical judgment, ethical knowledge

Correspondence: A. Hirama. Email: a-hirama@kde.biglobe.ne.jp

訪問看護師が在宅高齢療養者に 服薬自己管理に向けた支援を行う 看護プロセス

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 61-71
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723104>

坂根可奈子

島根大学医学部基礎看護学講座

要 旨

目的：本研究は、服薬自己管理が困難な在宅高齢療養者に訪問看護師が支援を行う看護プロセスを明らかにすることを目的とした。**方法：**訪問看護師19名に半構造化面接を行い、M-GTAの手法で分析した。**結果：**訪問看護師は【服薬に関わることが許される関係性を築く】よう関わり、【普段の服薬行動の様子をつかむ】ことから、【服薬に影響を与える要因を探索する】ための情報収集をしていた。そして【服薬自己管理ができていなかった原因を明確にする】アセスメントを行い、【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】支援をしていた。状況に応じて【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】役割を果たし、【服薬自己管理の支援を内省する】ことにより次の支援につなげていた。**結論：**訪問看護師が高齢療養者の服薬自己管理能力を予測的に把握し、これまでの生活に馴染むよう支援して、他職種の専門性と強みを理解して調整する役割を果たす重要性が示唆された。

キーワード

服薬自己管理、訪問看護、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ、高齢者

責任著者：坂根可奈子。Email: k-sakane@med.shimane-u.ac.jp

はじめに

近年、我が国では超高齢社会と医療改革に伴う平均在院日数の短縮化が急速に進み、在宅医療の推進、および地域における包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が進んでいる。このような医療提供体制の変遷に伴い、急性期治療を終えた高齢患者が医療依存度の高い状態で在宅療養へ移行し、訪問看護のニーズは今後さらに高くなると予測される。

在宅高齢療養者の多くは慢性疾患を有しており、薬物療法の継続は慢性疾患の病状をコントロールしていくうえで重要な役割を担っている。とくに高齢者は、平均傷病数が65歳以上で2.2、75歳以上になると2.4となり（厚生労働省、2018）、加齢に伴い複数疾患に罹患する傾向にある。疾患数と処方薬の数には強い相関があり（Suzuki, et al., 2006）、複数疾患の罹患はとくに多剤投与になりやすい。そのため、高齢者が服薬自己管理を継続していくためには、服薬自己管理能力の獲得が重要となる。

しかし一方で、処方を受けている高齢者のうち、処方薬1種類では約42%、6種類以上では約65%で飲み忘れが生じており（厚生労働省、2015）、適切な服薬自己管理の継

続に困難が生じている。とくに高齢者の服薬自己管理には認知機能が大きく影響し、認知機能が低下した場合の服薬遵守度は10.7-38%と低くなる（Smith, D., et al., 2017）。加えて、視力低下、嗅覚・味覚の低下、口渇、義歯が合わない、難聴、嚥下機能低下、円背、手指の震え、握力低下など加齢に伴う影響が複合的に存在する（溝神、2017）。さらに、欠食時に薬を飲まないことや薬が多すぎて面倒であること等（高見、2000）、服薬に関連する認識や生活スタイルも影響している。

このような高齢者特有の服薬自己管理における困難に対応するうえで、訪問看護師が高齢療養者の服薬自己管理支援を行う意義は大きい。しかし在宅医療において、5割以上の訪問看護師は高齢者に正しく薬を服用してもらうこと等、高齢療養者の服薬に関する在宅業務を負担に感じている（柳本・櫻井・古田・黒澤、2018）。また先行研究では、訪問看護師の服薬自己管理の支援内容として、服薬状況の確認や服薬行動の促進、家族や医師との連絡調整等（普照ほか、2004）の報告があるが、具体的な状況把握や支援の内容、および支援後の評価に至るまでの看護プロセスについて明らかになっていない。そこで本研究では、在宅で療養する高齢者に対する訪問看護師の服薬自己管理支援につ

いて探求し、訪問看護実践の示唆を得る。このことは、在宅高齢療養者の不十分な服薬自己管理によって引き起こされる病状悪化や、再入院リスクの低減、および訪問看護師の服薬に関する業務負担感の軽減に寄与すると考える。

I. 研究目的

本研究は、服薬自己管理が困難な在宅高齢療養者に対し、訪問看護師が服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

なお、本研究における服薬自己管理とは、在宅で療養する高齢者が治療方針や処方内容に同意したうえで、自ら、もしくは一部他者のサポートを受けて、処方薬の用法に則した服薬行動を継続して行うことと定義する。

また、看護プロセスとは、訪問看護師が在宅高齢療養者の服薬自己管理の状況を把握し、そのことを支援し、支援後の評価を行う一連の過程と定義する。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

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とする) を用いた質的帰納的研究デザインである。

B. 研究参加者

研究参加者は、臨床看護経験10年以上かつ訪問看護経験8年以上とし、所属施設の管理者から推薦を受けた看護師に依頼した。なお、施設の偏りが生じないよう1施設2名までとした。研究参加者の設定理由について、在宅高齢療養者の服薬自己管理には複数疾患の罹患や、生活スタイルなど多くの影響要因が介在することが予測されるため、長期的な視座を持って状況の意味や支援の効果を判断できるエキスパートが研究参加者に適していると考えた。Benner (1984/2005) の達人レベルの定義を参考に、規則・ガイドライン等の分析的な原則には頼らず、直観的に状況を把握・判断して看護実践を行い、状況を深く理解し行動できると考えられる臨床看護経験、訪問看護経験ともに豊富な研究参加者を設定した。

C. データ収集方法

データ収集期間は、2016年10月から2017年1月であった。データは、半構造化面接法を用い、30分程度の面接を

1回実施した。研究参加者の所属する訪問看護ステーション内、もしくは大学内等のプライバシーが保てる個室で実施し、研究参加者との会話内容は、許可を得たうえで録音した。

半構造化面接は、インタビューガイドを用いて実施した。研究参加者の訪問看護経験の中で、高齢療養者に対する服薬自己管理の支援において、大変だったがうまく支援できたと思う看護体験を想起してもらい、高齢療養者の状況把握から援助、評価に至るまでの看護プロセスについて自由に語ってもらった。語りが少ない場合は、「高齢療養者の生活や服薬の状況をどのように把握したか」「高齢療養者の服薬状況によってどんな影響が生じていると考えたか」「高齢療養者の服薬行動を支えるために、どのような支援をしたか」「行った服薬支援により、高齢療養者の生活にどのような影響があったか」について問いかけた。

D. 分析方法

本研究は、M-GTAの手法 (木下, 2007; 2003) に基づき分析を行った。本研究は看護プロセスを明らかにすることを目的としているため、人間の社会的相互作用に関係した人間行動の予測に優れ、プロセス的特性を持つ現象を明らかにする研究に適しているグラウンデッド・セオリーを研究方法として選択した。グラウンデッド・セオリーは、数種類の手法が提唱されているが、オリジナル版を基本としつつも、分析方法をより分かりやすく、また活用しやすい方法で提唱したM-GTAを用いることにした。

本研究の分析テーマを、「訪問看護師が在宅高齢療養者の服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセス」とし、分析焦点者は、「訪問看護ステーションで8年以上勤務している看護師」とした。逐語録を精読した後、分析テーマに関する内容が豊富な1事例を選択し、分析テーマを分析焦点者に照らして着目した箇所を抽出した。それを1つの具体例 (ヴァリエーション) とし、かつ、他の類似する具体例をも説明できると考えられる説明概念を生成した。概念を創る際は、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初具体例等を記入した。新たな概念の生成と同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートの具体例に追加記入した。類似する具体例がこれ以上生成されないと判断した時点で、概念生成における理論的飽和化した。次に、生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討した。複数の概念の関係からなるカテゴリを生成し、カテゴリ相互の関係から分析結果をまとめた。分析結果を簡潔に文章化 (ストーリーライン) し、さらに結果図を作成した。

分析結果の確実性に関して、研究参加者にメンバーチェックを依頼した。また、研究結果が研究者の偏見

や歪みにより影響を受けていないことを確認するため、臨床看護経験を有し、質的研究の経験を有する複数の研究者に結果を説明し、スーパーバイズを受け、検討を繰り返すことで確証性の確保に努めた。

E. 倫理的配慮

島根大学看護研究倫理審査委員会承認後（通知番号：第271号）、対象施設の看護責任者の許可を得て実施した。研究の目的、方法等を記載した文書にて、研究参加者を募った。内諾の得られた研究参加者に、研究協力の任意性、研究協力同意後の撤回の自由、不利益の回避、個人情報守秘、公表等を文書と口頭で説明し、書面による同意を得た。面接は、研究参加者の業務や体調に負担が生じないよう、希望に沿った日時と場所を考慮して行った。また、内諾が得られた段階で、事前にインタビュー内容を文書と口頭で説明しておくことにより、面接時間を30分程度にとどめた。

IV. 結 果

A. 研究参加者の背景

同意が得られた研究参加者は19名であった。研究参加者の概要を表1に示す。平均臨床看護経験年数は、 24.2 ± 6.7 年、平均訪問看護経験年数は 14.1 ± 2.8 年であった。インタビュー時間は平均29分1秒であった。

B. 結果の概要

M-GTAによる分析の結果、訪問看護師が在宅高齢療養者の服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセスは、26概念、7カテゴリに集約された。以下、カテゴリを【 】, 概念を〈 〉で示す。分析結果であるストーリーラインとそれを説明する結果図（図1）を示す。

C. ストーリーライン

まず、訪問看護師は高齢療養者の【服薬に関わることが許される関係性を築く】ために、〈訪問看護師に対する信頼度を察知する〉ことや、〈少しずつその人の服薬状況に歩み寄る〉ことから関わり始めていた。次に、【普段の服薬行動の様子をつかむ】ために、〈日常生活の過ごし方を徐々に把握する〉ことや、〈その人を取り巻くつながりを察知する〉ことから、〈これまでの服薬方法を把握する〉よう努めていた。

その後、把握した服薬状況から、【服薬に影響を与える要因を探索する】ために、〈服薬における認知レベルを察知する〉こと、〈生活動作から服薬の所作を察知する〉こと、〈服薬状況に伴う身体への影響を察知する〉こと、〈服薬に対する関心度を察知する〉ことを通して、意図的に情報収集を行っていた。さらに、高齢療養者個々の【服薬自己管理ができていなかった原因を明確にする】ため、〈服薬の認識が医療者と異なるため服薬できていないと推察する〉こと、〈生活の流れと服薬のタイミングが合っていないと推察する〉こと、〈身体が思うようにいかないために

表1 研究参加者の概要

参加者	臨床看護経験（年）	訪問看護経験（年）	インタビュー時間
A	22	13	26分49秒
B	21	13	26分39秒
C	24	17	29分38秒
D	40	17	37分12秒
E	19	11	29分18秒
F	25	14	23分23秒
G	23	17	24分01秒
H	20	12	28分34秒
I	17	14	30分38秒
J	23	14	24分41秒
K	17	14	29分04秒
L	37	10	35分10秒
M	19	16	25分47秒
N	24	18	28分08秒
O	32	18	26分25秒
P	23	15	45分44秒
Q	17	9	23分26秒
R	35	17	29分28秒
S	21	9	29分18秒

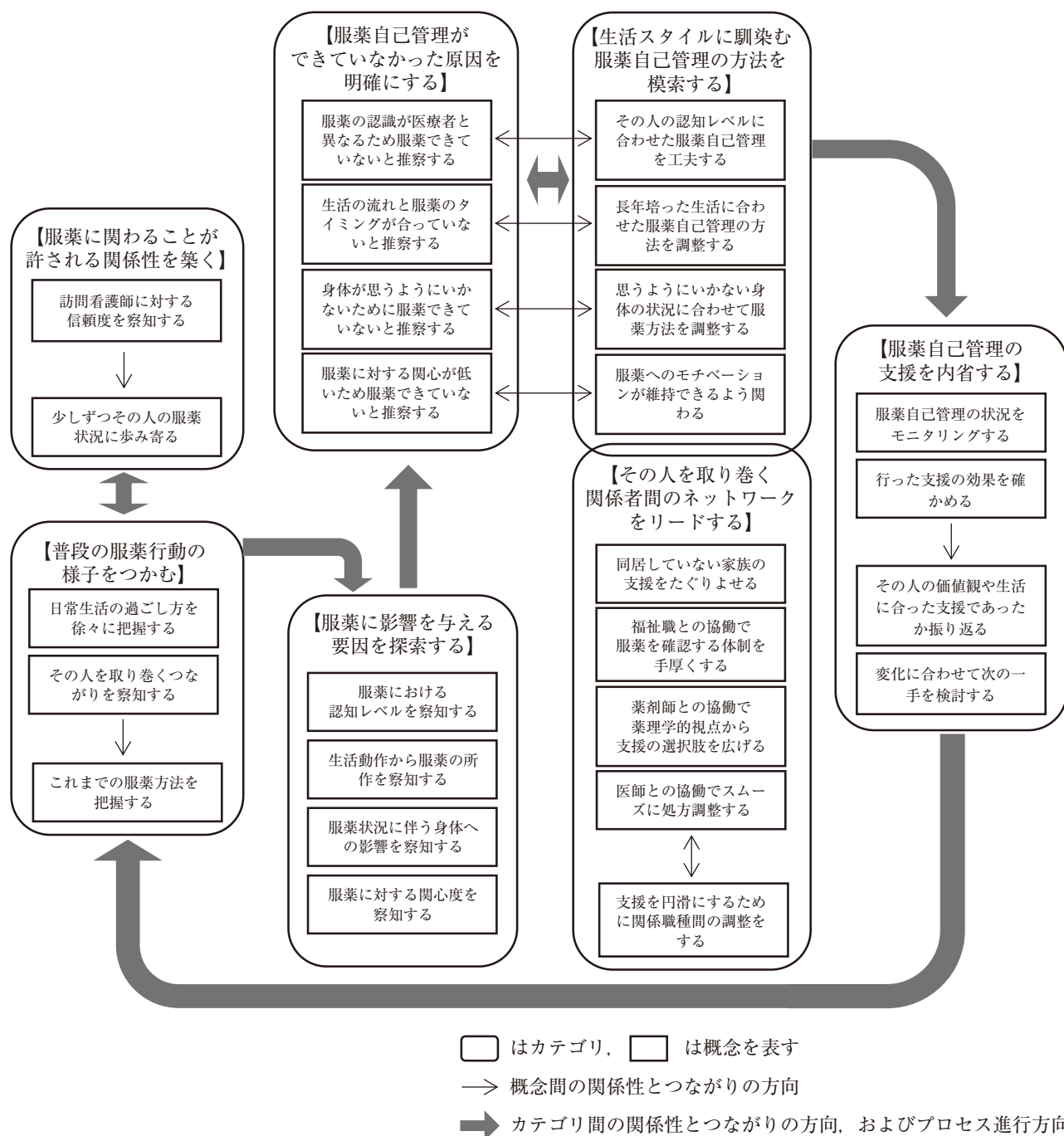


図1 在宅高齢療養者の服薬自己管理に向けた訪問看護師の支援プロセスの結果図

服薬できていないと推察する〉こと、〈服薬に対する関心が低いため服薬できていないと推察する〉ことでアセスメントにつなげていた。

服薬自己管理ができていなかった原因によって、高齢療養者個々の【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】支援をしていた。その支援内容は、〈その人の認知レベルに合わせた服薬自己管理を工夫する〉こと、〈長年培った生活に合わせた服薬自己管理の方法を調整する〉こと、〈思うようにいかない身体の状態に合わせて服薬方法を調整する〉こと、〈服薬へのモチベーションが維持

持できるよう関わる〉ことであった。また、支援を行ううえで必要性に応じて、【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】役割を発揮していた。〈同居していない家族の支援をたぐりよせる〉関わりや、〈福祉職との協働で服薬を確認する体制を手厚くする〉こと、〈薬剤師との協働で薬理学的視点から支援の選択肢を広げる〉こと、〈医師との協働でスムーズに処方調整する〉ことで連携をはかり、〈支援を円滑にするために関係職種間の調整をする〉よう働きかけていた。

そして訪問看護師は、【服薬自己管理の支援を内省する】

ことで、次の支援につなげていた。高齢療養者の〈服薬自己管理の状況をモニタリングする〉ことや、〈行った支援の効果を確かめる〉ことを継続しながら、〈その人の価値観や生活に合った支援であったか振り返る〉。現状の支援体制では解決できないと判断した場合は、〈変化に合わせて次の一手を検討する〉ことをしていた。

D. 各カテゴリと概念

看護プロセスを構成する7つのカテゴリについて、概念、ヴァリエーションを用いて説明する。以下、“ ”はヴァリエーション、ヴァリエーション中の（ ）は研究者による内容の補足、文末の（ ）は研究参加者を表す。

1. 【服薬に関わることが許される関係性を築く】

このカテゴリは、訪問看護師が高齢療養者と関わり始める段階で、意図的なアプローチにより服薬自己管理の支援に関わることができるよう関係性を構築していくことを示している。以下の2概念から導き出された。

a. 訪問看護師に対する信頼度を察知する

この概念は、訪問看護師が高齢療養者と関わり始める際に、訪問看護師の介入に対してどのような認識を持っているか感じとることを意味する。

“私たちに対する、もちろん最初なので信頼はされていないとは思いますが、敵対心を持ってたりすることがあって。警戒心をもっておられたり。何しに來たのみたいな”（R）

b. 少しずつその人の服薬状況に歩み寄る

この概念は、服薬自己管理に向けた支援に関わらせてもらえるよう、訪問を積み重ねることで心的距離を近づけ、服薬状況を話してもらえるようにアプローチすることを意味する。

“最初は、無理はしないです。あっそうですか、分かりました。じゃあ来週末また見せてくださいね、また来ますねって言って。で、懲りずにまた行く。この間病院（受診）だったですよとか。お薬また出ました？変わってませんかとか、つついて”（S）

2. 【普段の服薬行動の様子をつかむ】

このカテゴリは、高齢療養者の日常生活の過ごし方や支援体制を把握し、日頃の服薬状況を情報収集することを示している。以下の3概念から導き出された。

a. 日常生活の過ごし方を徐々に把握する

この概念は、食事や睡眠のパターンや生活環境から、高齢療養者の1日の過ごし方を次第に把握していくことを意味する。

“何時に起きている？何時に寝る？っていうのは、やっぱりその人の生活パターンに繋げるのに結構有効かなと思う”（C）

b. その人を取り巻くつながりを察知する

この概念は、生活の後ろ盾となる家族や療養者が頼りにしている居宅介護支援サービスの職員との関係性を会話の中から把握することを意味する。

“認知症で糖尿病の方は食前の薬を山のように貯めてそれを飲んだふりをして隠しているっていう時があったんです。カンカン（容器）にいっぱい（残薬が）溜まっていて。一緒に住んでいるんですよ娘さんが。住んでいるんですけど（食前薬を）飲んでいないことを知らなかったということがあって”（M）

c. これまでの服薬方法を把握する

この概念は、残薬の状況や受診状況、家族から得る情報を総括して、服薬の具体的な状況を把握することを意味する。

“もうそこらじゅうに残薬があつて。どこからも湧き出てきて。取りあえず、もう（残っている薬を）引き上げようということで全部”（G）

3. 【服薬に影響を与える要因を探索する】

このカテゴリは、高齢療養者の認知レベルや身体状況、服薬への関心度など服薬自己管理に影響を与えている要因を把握するために意図的に情報収集することを示している。以下の4概念から導き出された。

a. 服薬における認知レベルを察知する

この概念は、服薬に関連した認識や日時の感覚、物忘れの状況を生活の中から確認することを意味する。

“なんか勘違いで、これは胃薬だから飲まないって。そういうふうに思い込まれて、いや、胃薬じゃないんだけどって何度説明してもだめ”（J）

b. 生活動作から服薬の所作を察知する

この概念は、その人の手指の動きや日常生活動作（Activity of Daily Life: ADL）から行動可能な範囲をみて服薬行動を予測することを意味する。

“リウマチ、ひどくはないから大丈夫かなと思ってたんですけど、結局はこの辺（枕元）に置いておくとベッドと一緒に上がってしまうし、オーバーテーブルにあつて（身体を）起こしても手が届かなかったりとか”（J）

c. 服薬状況に伴う身体への影響を察知する

この概念は、薬を飲まないことによる病状悪化や薬の有害事象によって身体的な症状が生じていることを確認することを意味する。

“便秘の人とかですよ。なかなか緩下剤とかが毎食後に出ていたりとかっていう時に（排便）コントロールがうまく出来ていなかったり”（B）

d. 服薬に対する関心度を察知する

この概念は、その人ならではの服薬に対するこだわりや工夫を感じとることで服薬への関心度を推測することを意味する。

“薬袋から出して箱の中に自分で入れて、自分でそれでこの箱には何が入っているとか大体覚えてそれで管理しておられた” (A)

4. 【服薬自己管理ができていなかった原因を明確にする】

このカテゴリは、これまで情報収集した生活や服薬の状況、影響要因の有無から、高齢療養者の服薬自己管理ができていなかった原因をアセスメントにより明確化することを示している。以下の4概念から導き出された。

a. 服薬の認識が医療者と異なるため服薬できていないと推察する

この概念は、認知レベルの低下や誤った認識によって服薬自己管理がうまくできていないと考えることを意味する。

“取るところを間違えちゃうんですよ。朝、昼、夕、寝る前。もう場所がわからなくなっちゃう。順番が逆になっちゃう。寝る前の(薬)を朝に飲んじゃうとか” (I)

b. 生活の流れと服薬のタイミングが合っていないと推察する

この概念は、起床時間や食事などの時間と服薬する時間が合っていないために服薬自己管理がうまくいっていないと考えることを意味する。

“飲めなかったわっていうようなことを言われることがあって、なんでかなってうかがうと、元々若いころから漁師をしていて、昼夜逆転の生活を長らくしていたので、朝の薬ってというのが飲めない” (C)

c. 身体が思うようにいかないために服薬できていないと推察する

この概念は、手指の巧緻性の低下に伴う困難や体調不良による薬の飲み残しによって服薬自己管理ができていないと考えることを意味する。

“服薬カレンダーなんかは、袋になってますよね。1つずつ。(ポケットの)底になかなか(指が)到達しないというか突っ込めない人もいるし。(ポケットの)中に1個だけ残ったやつを飲み忘れてたりとか” (L)

d. 服薬に対する関心が低いと推察する

この概念は、そもそも服薬すること自体に関心がないために服薬自己管理ができていないと考えることを意味する。

“怪しいなって思うのは、セットしているのに飲まないとか。忘れちゃうっていう人もいます。だから全く服薬に関心がない” (N)

5. 【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】

このカテゴリは、高齢療養者のこれまでの生活スタイル

と服薬自己管理がうまく調和するよう支援することを示している。以下の4概念から導き出された。

a. その人の認知レベルに合わせた服薬自己管理を工夫する

この概念は、取り出した薬がいつ飲むべき薬か意識づけるために、認知レベルに合わせて服薬ツールの提案や薬包に日時を記載するなどの工夫をすることを意味する。

“認知症の方はある程度紙に書いておくとわかったりするので。薬は飲みましようみたいなことを手書きで書いた分を貼ったりとかですね” (B)

b. 長年培った生活に合わせた服薬自己管理の方法を調整する

この概念は、これまでの生活の流れや習慣に合わせて、服薬する時間や薬の置き場所を工夫することを意味する。

“薬を飲まれる場所、台所で飲まれるんだったら台所に置くとか、お部屋に帰って飲むんだったらベッドの近くとか、そういうふうな本人さんにどこで飲まれるか場所を聞いて、それで(服薬)カレンダーを置きます” (F)

c. 思うようにいかない身体状況に合わせて服薬方法を調整する

この概念は、身体機能の低下、疾患や治療に伴う体調不良に応じて、補助具の使用や頓服薬の調整を提案することを意味する。

“ストローでお茶を飲んだりするとか、薬を飲む。そのストローも太さとかあるみたいで。その人にあったストローの太さとか長さとかあって、口に入っていく量とかそこらへんを提案したこともある” (R)

d. 服薬へのモチベーションが維持できるよう関わる

この概念は、服薬と体調回復を意識づけることで、服薬に対する肯定的な感情に結びつけることを意味する。

“前回こういう状況で苦しんだでしょって説明からまたして。それを予防する薬も入っているからって。大事な薬があるからって。工夫がいるんですけどね。手ごわいので” (S)

6. 【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】

このカテゴリは、高齢療養者と支援する関係者とがうまく連携調整がとれるよう訪問看護師がリーダーシップをとって積極的に関わることを示している。この支援は、【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】支援を行う際に、必要に応じて展開される支援であるため、結果図(図1)では2つのカテゴリを重ねて表した。以下の5概念から導き出された。

a. 同居していない家族の支援をたぐりよせる

この概念は、同居していない家族の支援が得られるよう調整することを意味する。

“ケアマネジャーを通じて、遠方の家族に連絡を取ったりとか。(薬を) 飲めていない現状があるので、定期的な電話で、「飲めた？」というような声かけをお願いしたり” (R)

b. 福祉職との協働で服薬を確認する体制を手厚くする

この概念は、介護支援専門員やヘルパーなどの福祉職と連絡を密に取り合い、服薬を確認するスタッフの支援体制を充実させることを意味する。

“デイサービスの職員にもお願いをして。ちょっと家に上がって薬の確認をしてもらったり” (Q)

c. 薬剤師との協働で薬理学的視点から支援の選択肢を広げる

この概念は、薬の保管方法や形状等の特性がその人の状況に合っているか薬剤師に相談し、薬理学の視点を含めて、その人の生活や状態に合う支援を共に検討することを意味する。

“薬剤師さんだと、これ飲みにくかったら、じゃあこういう形態にしようとか、私たち以上にやっぱり薬のこと詳しいです。いろんな情報をこちらでも得ながらサポートできますね” (I)

d. 医師との協働でスムーズに処方調整する

この概念は、服薬による病状コントロールの状況を医師に相談し、服薬のタイミング調整や処方のスリム化を提案することを意味する。

“主治医の先生とよくよくお話を。どうしても循環器系の薬って朝の服薬数が非常に多くて。そこを残されるのはやっぱり支援に繋がらないので。この人の生活に合ったような薬の処方の仕方って可能ですかって(提案した)” (C)

e. 支援を円滑にするために関係職種間の調整をする

この概念は、多職種間で支援の方向性を統一するように、連絡調整することを意味する。

“ヘルパーさんだったり、看護師だったり(居宅に)入ったときに、みんなが同じようにここまでのように(調整する)。本当に利用者さんによって(支援の)パターンってそれぞれで。みんなで統一してそういうやり方をする” (H)

7. 【服薬自己管理の支援を内省する】

このカテゴリは、訪問看護師が行った服薬自己管理に向けた支援について振り返りを行うことを示している。以下の4概念から導き出された。

a. 服薬自己管理の状況をモニタリングする

この概念は、服薬カレンダーに残った薬、開封済みの分包の形跡の確認や、訪問できない間の電話連絡によって適切に服薬できたか把握することを意味する。

“(薬を) 飲んだカラをそこに入れてくれると、飲んだかわかりやすい。ある程度理解のある人は、そういうこともし

てくれるので。間違いなく飲めているなってことが後でもよく分かる” (N)

b. 行った支援の効果を確かめる

この概念は、看護師が関わった後に、薬の飲み忘れや重ね飲みとの状況と、そのことに伴う体調の変化について確認することを意味する。

“2か月位それでやっていると本当に飲み忘れとかなくなって。自分でもきれいに飲めている、無くなるからわかるじゃないですか。それで、いいですね、これ(服薬カレンダー)にしてもらって良かったわって言われたので。あ、良かったのねと思って” (A)

c. その人の価値観や生活に合った支援であったか振り返る

この概念は、行った支援が本当にその人のニーズや長期的な自宅での生活を踏まえた支援だったか評価することを意味する。

“いかにこの人がここの家で住みやすくしてあげられたかっていうところじゃないかなと思います。家に帰ってまで病院のようにしろっていわれても、それはすごい苦痛だと思うので。私たちがこっち(高齢療養者側)に寄り添ってあげることが大切なんだと思います” (O)

d. 変化に合わせて次の一手を検討する

この概念は、ADLや認知機能の低下、病状の悪化を感じて、これまでとは別の服薬支援方法を模索することを意味する。

“食事をする時、さじ(スプーン)?って。この間まで箸だったよねって。そういうところから薬って自分で開けているの?って。開けたのはいいけれどパーンって(薬が)出てしまっているんじゃないの?と。それでヘルパーさんが掃除に入った時に、薬が落ちてないか(確認してもらう)” (C)

V. 考 察

A. 訪問看護師が行う在宅高齢療養者に対する服薬自己管理の支援

訪問看護師は、看護を提供する場が療養者の生活の場であり、限られた訪問時間の中で、疾患に伴う症状だけでなく療養者の生活状況や家族関係に踏み込んだ関わりが必要である。とくに高齢療養者の服薬自己管理がうまくいっていない場合、訪問看護師は不十分な服薬自己管理の状況やその理由等、その人にとってネガティブな内容を情報収集することになる。そのため【服薬に関わるものが許される関係性を築く】関わりは、高齢療養者の服薬自己管理における困難を把握するために重要なプロセスであると考えられる。訪問看護師は、対象者・家族との関係成立を基盤とし

て、関係を深めながら判断を繰り返し決定する循環型の判断プロセスが多いという特徴がある（廣部・飯田，2001）。本研究の参加者である訪問看護師も、短時間の訪問を何度も積み重ねて少しずつ高齢療養者に歩み寄ることで、服薬に関わることが許される関係性を構築していると推察した。

また訪問看護師は、高齢療養者の日常生活の様子や周囲のサポート体制などを含めて【普段の服薬行動の様子をつかむ】中で、【服薬に影響を与える要因を探索する】という意図的な情報収集を行っていた。高齢者の服薬遵守度は、加齢に伴う認知機能の低下に大きく影響を受ける（Gray, Mahoney, & Blough, 2001）。認知機能が低下した高齢療養者では、服薬したことを忘れて飲んでいないと要求することや、服薬していないのに飲んだと訴えることもあり、認知レベルを把握することは非常に重要である（溝神，2017）。訪問看護師は、訪問時に観察する生活環境や身体状況、認知レベルなどから、予測的に服薬自己管理の実行力を察知していた。このような服薬自己管理に関する情報収集は、高齢療養者の服薬行動を直接観察することが難しい訪問看護の特性を補完していると考えた。

さらに、訪問看護師は、把握した高齢療養者の状況から【服薬自己管理ができていなかった原因を明確にする】アセスメントを行い、【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】支援を行っていた。先行研究において、訪問看護師は、療養者のQuality of Life（QOL）や生きがいを大切に生活調整、薬物療法の自立を促すケアなどを行っていることが報告されている（小沢，2010）。本研究においても、先行研究結果と同様に、訪問看護師がアセスメント結果に基づき、高齢療養者の生活スタイルに無理なく服薬自己管理が取り入れられるように支援していることが見出された。その内容は、生活動線に合わせた薬置き場の工夫や、視覚的に服薬を意識づける工夫、服薬に対するモチベーションへの関わり等、対象者の状況に応じた個別的な支援内容であり、多岐にわたっていた。このような具体的な支援内容は先行研究において見当たらず、服薬自己管理の困難の具体に応じて個別的な支援を創造し、展開する重要性が示唆された。

B. 服薬自己管理の支援における多職種連携で訪問看護師が担う役割

訪問看護師は、所属する場や専門性が大きく異なる他職種との積極的な連携が必要とされる。看護師主導もしくは看護師を含めた多職種協働による介入は、高齢療養者の服薬遵守度を有意に改善させるという報告があり（Verloo, Chiolerio, Kiszio, Kampel, & Santschi, 2017）、高齢療養者の服薬自己管理の支援における看護師を中心とした多職種連

携は重要である。訪問看護師は薬物療法における連携や調整の重要性を認識している割合が高いことが報告されているが（高田ほか，2015）、一方で介護支援専門員との連携の難しさ（依田・佐藤・泉宗・須田・井出，2014）や、医師との連携の困難（柴田・富田・高山，2018）が指摘されている。本研究では、訪問看護師が高齢者のその時々状況に応じて【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】役割を果たしていることが見出された。訪問看護師は、支援を円滑にするために関係職種間の調整をしており、多職種協働の中で中心的役割を果たしていると考えられた。さらに、医師との協働では処方調整、薬剤師との協働では薬剤の形態変更や飲み合わせの相談等、連携する職種によって異なる支援の方向性が見出された。このことから、訪問看護師は他職種の専門性と強みを理解したうえで調整する役割を果たす重要性が示唆された。

また訪問看護では、対面して会うことができない家族とのコミュニケーション不足が課題の1つとして指摘されている（春日・石垣，2012）。とくに同居していない家族にとっては、高齢療養者の服薬状況や訪問看護師の支援内容が見えないため、家族による介入の必要性を認識しにくいと推測する。本研究では、訪問看護師が〈同居していない家族の支援をたぐりよせる〉関わりを行っていたことが見出された。訪問看護師がチーム医療の中で、高齢療養者の服薬状況や周囲の支援体制を俯瞰し、その人にとって必要な支援体制の構築を検討することが必要であると考えられた。

C. 訪問看護における看護実践への示唆

高齢療養者の服薬状況は、多くの関連要因があり、複雑かつ個別性が高い。そのような高齢療養者に対し訪問看護師が行う支援のプロセスは、服薬状況を、認知レベル、生活状況、身体状況、服薬への関心を含めて多角的に把握する視点と予測的なアセスメントに基づいて展開されていた。そして、服薬自己管理をその人の生活に馴染ませるよう柔軟にアプローチする高い看護実践能力に裏付けられた支援であった。本研究では、これまで経験豊富な訪問看護師の実践知に基づいて行われてきた服薬自己管理に向けた支援の具体的なプロセスを可視化することができたと考える。このような看護支援は、不十分な服薬自己管理によって引き起こされる病状悪化等のリスク低減、訪問看護師の服薬に関する業務負担感の軽減に大きく貢献できると推察する。

さらに本研究では、訪問看護師が【服薬自己管理の支援を内省する】ことによって次の支援につなげており、刻々と変化する高齢療養者の状況をタイムリーに捉えて、支援に反映させていることが見出された。先行研究（栗田・小

竹, 2019) では, 訪問看護におけるリフレクションに関するコード数が少なく, 十分な内容分析に至らなかったと報告されている。本研究では, 服薬自己管理状況のモニタリングや支援の効果を確認したうえで, 高齢療養者の価値観や生活に沿う支援であったか振り返り, 現状の支援が十分だと判断した際は次の具体的支援の検討に生かしており, 訪問看護における振り返りの具体的内容が明らかとなった。このような結果が得られたのは, 研究参加者が臨床看護経験, 訪問看護経験ともに豊富なエキスパートであり, 看護実践能力が高かったためであると考ええる。高齢療養者の価値観や生活に合った支援であったか内省することは, 高齢療養者の服薬自己管理能力の維持・向上につながるだけでなく, 地域包括ケアシステムにおいて今後さらなる活躍が期待される訪問看護の質の向上にも寄与すると考える。

VI. 研究の限界と課題

本研究は, 在宅で療養する高齢者の服薬自己管理に向けた支援に限定した範囲で, 結果を適応できる方法論的限定性がある。今後は, 高齢療養者の疾患や認知レベル, 処方された薬の特性の幅にも対応しうる結果であるか, 調査数を増やして研究を重ねていく必要がある。

結 論

訪問看護師が在宅高齢療養者の服薬自己管理に向けた支援を行う看護プロセスは, 【服薬に関わることが許される関係性を築く】関わりを踏まえ, 【普段の服薬行動の様子をつかむ】ことから, 【服薬に影響を与える要因を探索する】ために意図的な情報収集を行っていた。把握した高齢療養者の状況から【服薬自己管理における困難の原因を明確にする】アセスメントを行い, 【生活スタイルに馴染む服薬自己管理の方法を模索する】支援を行っていた。同時に高齢療養者のその時々の状況に応じて【その人を取り巻く関係者間のネットワークをリードする】役割を果たし, 【服薬自己管理の支援を内省する】ことにより次の支援につなげていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました訪問看護ステーション看護師の皆様, 看護管理者の皆様に感謝いたします。本研究を進めるにあたり, ご指導・ご助言いただいた天理医療大学医療学部 内田宏美 教授, 島根大学医学部基礎看護学講座 津本優子 教授, 福岡美紀 教授, 宮本まゆみ 講師, 小林裕太 特任教授に深謝いたします。

本研究の一部は, 21st EAST Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Benner, P. (1984) / 井部俊子・井村真澄・上泉和子・新妻浩三訳 (2005). ベナール看護論新訳版: 初心者から達人へ. (pp.26-28). 東京: 医学書院.
- 普照早苗, 藤澤まこと, 松山洋子, 渡邊清美, 加藤智美, 中山みのり (2004). 在宅療養者の服薬にかかわる訪問看護の実態と課題. 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 1-7.
- Gray, S.L., Mahoney, J.E., & Blough, D.K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(5), (pp.539-545). <https://doi.org/10.1345/aph.10295>
- 廣部すみえ, 飯田澄美子 (2001). 訪問看護職者の判断の特徴. 日本地域看護学会誌, 3(1), 68-75.
- 春日広美, 石垣和子 (2012). 日中独居要介護者の家族のニーズと訪問看護による援助の課題. 聖徳大学研究紀要, (23・45), 39-46.
- 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 (初版第1刷). 東京: 弘文堂.
- 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 (初版第10刷). 233-238, 東京: 弘文堂.
- 厚生労働省 (2015). 第311回中央社会保険医療協議会総会資料: 薬剤使用の適正化等について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000103301.pdf> (2019-8-30参照)
- 厚生労働省 (2018). 平成28年国民生活基礎調査. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003202046> (2019-8-30参照)
- 栗田麻美, 小竹久実子 (2019). わが国の訪問看護に関わる臨床判断研究のシステムティックレビュー. 日本在宅看護学会誌, 7(2), 62-72.
- 溝村文博 (2017). 再考! 服薬アドヒアランス: 認知症・食欲不振・嚥下機能低下があるとき, それぞれどのように対応すればいい?. 薬局, 68(10), 46-50.
- 小沢久美子 (2010). 後期高齢糖尿病患者の療養生活を支援する訪問看護師のケアの構造化の試み. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(2), 147-154.
- 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子 (2018). 訪問看護師が抱く困難感. 日本農村医学会雑誌, 66(5), 567-572.
- Smith, D., Lovell, J., Weller, C., Kennedy, B., Winbolt, M., Young, C., & Ibrahim, J. (2017). A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One*, 12(2), e0170651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170651>
- Suzuki, Y., Akishita, M., Arai, H., Teramoto, S., Morimoto, S., & Toba, K. (2006). Multiple consultations and polypharmacy of patients attending geriatric outpatient units of university hospitals. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(4), 244-247. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00355.x>
- 高田雅弘, 中野祥子, 三田村しのぶ, 宮崎珠美, 菊田真穂, 小森浩二, 首藤 誠, 七山 (田中) 知佳, 森谷利香, 吉村公一, 石橋

- 文枝, 埴由美子, 山本淑子 (2015). 薬局及び訪問看護ステーションにおける他職種連携に関する調査研究. *社会薬学*, 34(2), 116-127.
- 高見千恵 (2000). 在宅高齢者の服薬の実態: 多剤併用者を対象に. *川崎医療福祉学会誌*, 10(2), 373-379.
- Verloo, H., Chiolerio, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review. *Age and Ageing*, 46(5), 747-754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076>.
- 柳本ひとみ, 櫻井秀彦, 古田精一, 黒澤菜穂子 (2018). 在宅医および訪問看護師の在宅業務への意識および薬剤師への期待に関する調査研究. *社会薬学*, 37(2), 91-101.
- 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵, 須田由紀, 井出成美 (2014). 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造: 管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー. *日本地域看護学会誌*, 16(3), 13-21.

[2020年1月24日受付]
[2020年7月23日採用決定]

Nursing Process of Home-Visit Nurses regarding Direct Medication Adherence for Older Adults Living at Home

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 61-71
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723104>

Kanako Sakane, MSN, RN

Shimane University, Shimane, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to identify the nursing process of home-visit nurses in support of older adults living at home who experience difficulties with self-medication. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 19 home-visit nurses. The findings of the interviews were analyzed using the modified grounded theory approach (M-GTA). **Results:** First, the home-visit nurses were involved in building friendly relationships with the older adults. After observing their ordinary activities regarding medication, information was collected to investigate the factors influencing medication self-management. Then, an assessment was conducted to clarify the causes of inability in medication self-management; which was followed by the nurses' assistance of the older adults in finding a medication self-management method tailored to individual lifestyles. Depending on the situation, home-visit nurses utilized their leadership roles within a human network support group to reevaluate the support method for medication self-management. **Conclusions:** The importance of home-visit nurses was supported by their roles in estimating the self-administration capabilities of the older adults and helping in the selection of medications that suit each individual's habitual lifestyle. Finally, their importance was demonstrated through their coordination role in using their understanding of the expertise and benefits offered by other collaborating medical staff.

Key words

self-management of medication, home-visit nursing, M-GTA, older adults

Correspondence: K. Sakane. Email: k-sakane@med.shimane-u.ac.jp

自己肝にて生存する 思春期・青年期胆道閉鎖症患者が 自ら療養生活を整えていくプロセス

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 73-85
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200805098>

平塚克洋

上智大学総合人間科学部看護学科

要 旨

目的：本研究は、自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が、どのようにして療養生活への関心を高め、自ら療養生活を整えていくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。**方法：**17～25歳の患者9名を研究参加者としたインタビューから得たデータを、M-GTAを用いて分析した。**結果：**患者が主体となって自ら療養生活を整えられるようになるには、病気や治療の不確かさの中で、患者が現在の生活と将来への関心を高めつつ、生活調整の経験を積み重ねる必要があること、さらに、親が生体肝ドナーとなる可能性によって複雑化する親への感情、愛着の再確認がプロセスに果たす役割も明らかになった。**結論：**看護者は、患者が自ら療養生活を整えていくプロセスを見守る姿勢を持ちながら、プロセスの滞りを察知し、確率論的思考の導入、患者が現在コントロールできていることに目を向けられる促し等の看護を提供していく必要がある。

キーワード

胆道閉鎖症、思春期、青年期、自己管理、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

責任著者：平塚克洋. Email: k-hiratsuka@sophia.ac.jp

緒 言

胆道閉鎖症は、新生児期～乳児期早期に発症し治療を終えながら、生涯に渡る療養管理が必要となる胆汁鬱滞性疾患である。日本では、10,000出生に約1例、2016年の登録症例数81例と希少な疾患である（日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局，2018）。胆道閉鎖症の根本的な治療には肝移植が必要であり、その95%は両親いずれかがドナーとなる生体肝移植である（日本肝移植研究会，2015）。しかし、胆道閉鎖症への生体肝移植は、適切な時期について一致した見解がなく（増山ほか，2011）、移植に踏み切るタイミングを一概には決めることができない。そのため、肝移植を受けていない、自己肝にて生存する胆道閉鎖症患者（以下、自己肝生存患者）と家族は、肝移植の可能性が提示されてから、手術に至るまでに数ヶ月～数年という経過をみることもある。Lind et al. (2015) は、肝移植の可能性が自己肝生存患者の不安と抑うつを増大させることを示唆している。

思春期・青年期の患者は、予後予測の困難さ、療養行動に指標がなく効果が実感しにくいという病気性質と発達段階的な特徴から、無力感やセルフエスティームの低下を経

験する。高田・藤原（2013）は、生活の判断を親に頼らざるを得ない状況や、友人に合わせることを優先して療養行動を守れない等、セルフケアに関する困難が生じることを明らかにしている。思春期・青年期患者は、病気や治療に関する様々な不確かさの中で、セルフケア行動や適切な対処を取り、自らの療養生活を調整し整えていくことが求められる。しかし、患者自身がどのように療養生活を調整していくのかは明らかではない。特に、肝移植の可能性のある自己肝生存患者にとって、親はドナー候補者でもあり、患者のセルフケアに影響を与える親との関係性は、他の慢性疾患患者よりも複雑になると考えられる。自己肝生存患者と親では、常に移植の可能性に不安を感じている親に対して、病気を意識しない見通しをもつ若年患者の認識の相違が明らかにされている（平塚，2016）。しかし、自立を図る時期にある思春期・青年期の自己肝生存患者が、親に対してどのような思いをもち、それがどう変化するのかについては明らかにされていない。

そこで本研究では、思春期・青年期の自己肝生存患者が、どのように療養生活への関心を高め、自ら療養生活を整えていくか、親への思いも含め、そのプロセスを明らかにする。

I. 目 的

自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が、どのようにして療養生活への関心を高め自ら療養生活を整えていくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

- ・自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者：胆道閉鎖症に罹患し、治療の第一選択である葛西手術を受けた患者のうち、肝移植を受けていない者とする。思春期・青年期は、10歳ごろ～20代までとする。
- ・親：患者の養育を主に行ってきた者とする。生物学的な関係は問わないが、生体肝移植ドナーの候補者となる可能性がある者とする。
- ・療養生活／療養生活を整える：胆道閉鎖症やその治療、管理に影響される日常生活、学校・社会生活全体で、家族や周囲に人々との相互作用に影響を受けるものとする。療養生活を整えるとは、単なる療養行動の実行だけでなく、生活全般における病気に関連する事項の管理・調整の遂行である。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いた質的記述的研究。

B. 研究参加者

現在16歳以上で、思春期の時期を自己肝で療養生活を送り、思春期の時期から現在までを回顧できる患者を対象とした。理論的サンプリングにより、肝移植を受けず小児外科で診療中の者、移植施設で診療中の者に加え、思春期以降に生体肝移植を受けた者も含んだ。

C. データ収集方法

2016年11月～2017年8月まで、関東圏内にある先進医療を行う総合病院2施設の小児外科外来と移植外科外来にて、研究参加者にガイドに基づいた半構造化インタビューを行った。主な面接内容は、自己肝で療養生活を送った思春期・青年期の生活体験、療養生活の手がかりのなさ・治療の不確かさによる影響、学校や職場での対処、親との関係性の変化で、1回30分～60分程度を目安とした。内容は、参加者の了承を得て、録音した。

D. 分析方法

分析には、木下（2003）が提唱したM-GTAを採用した。M-GTAは、いわゆるオリジナル版GTA（Glaser & Strauss, 1967/1996）を基に考案された質的実証研究のアプローチである。その特性は、人と人との行為による直接的やり取りである社会的相互作用を扱い、プロセス性をもつ現象を対象とする実践的活用を目指す研究に適しているとされる。

本研究で明らかにするプロセスは、ドナー候補者でもある親、学校や職場等の社会的環境との社会的相互作用の中にある思春期・青年期の自己肝生存患者を主体とする。さらに、療養生活を整えるようになる現象は、当人にとって必ずしも意識的なものではなく、ケアを構築し提供する看護職者としての関心と捉え方が重要である。以上より、本研究の目的達成にM-GTAが有用であると判断し、採用した。具体的な分析手順は、以下の通りである。

- ①インタビュー内容から逐語録を作成し、分析テーマと分析焦点者の視点からデータを吟味し、解釈的な分析によって概念を生成した。
- ②概念の生成は、分析ワークシートを用いて、具体例から概念を定義し、概念名をつけ、理論的メモを記載した。
- ③継続的比較分析を行い、生成した概念の定義から類似例を探し、追加された具体例によって、概念の修正を繰り返した。
- ④解釈が恣意的にならないように、類似例だけでなく対極例も探し、分析ワークシートに記載した。対極例が分析テーマに合致すると判断した場合、概念として生成した。
- ⑤複数の概念間の関係を検討し、その関係性を説明するサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。さらに、概念間、概念とカテゴリーとの時間的な変化、相互関係性を検討し、プロセスを説明する結果図とストーリーラインを作成し、結果として記述した。

分析の妥当性と真実性を確保するため、研究の全過程を通して小児看護と質的研究を専門とする看護学研究者2名、M-GTAに精通する社会学研究者からスーパーバイズを受けた。

E. 倫理的配慮

本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：28-58）。調査は、調査協力者と、協力者が20歳未満の場合は保護者に対しても、研究趣旨、調査方法、参加の自由意思、参加拒否が不利益とならないこと、個人情報保護、学会での成果公表について書面及び口頭で説明した上で、研究参加の同意を得た。

Ⅳ. 結 果

A. 研究参加者の概要

患者9名が研究参加者となった(表)。男性1名、女性8名、17～25歳で、自己肝生存患者は8名、うち3名が移植施設に通院していた。1名は理論的サンプリングによって得た思春期以降に生体肝移植を受けた患者で、移植を受けていない時期の体験をデータとして、移植後の体験を比較分析に使用した。9名中2名は、初回手術以降、加療を目的とする入院歴がなく、他7名は、胆管炎をはじめとする続発症の加療のために入院を経験していた。8名は、普段の外来診療に親の同行があった。インタビューは、1人1回、外来診療の待ち時間を利用して行った。インタビュー時間は、26～73分間(平均44分)であった。

B. 分析結果

分析の結果、思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくプロセスでは、5つのカテゴリー、8つのサブカテゴリー、41の概念が生成された(図)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、概念を下線で、対象者の語りを意味が分かるよう()で補いながら「 」内にゴシック体、斜字で示す。

1. ストーリーライン

思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくプロセスは、それまで親任せ・親主導だった療養生活における【当事者感覚の芽生え】から始まる。【当事者感覚の芽生え】は、胆道閉鎖症の症状の曖昧さによ

る《自分のことと自覚しにくい療養生活》、恥ずかしい病気の傷あと等を契機とした《違和感との遭遇》、病気のコントロール感がないと感じる《関心低下・投げやりの療養生活》の3つのサブカテゴリーの円環的な関係で構成される。患者の多くは、【当事者感覚の芽生え】をきっかけに、【経験の積み重ねの中での生活調整】、【自分と親のための将来(さき)を見据えた生活関心の高まり】へ、自ら療養生活を整える方向へ進んでいく。しかし、病気に対するコントロール感を見失って《関心低下・投げやりの療養生活》に進むと、“病気はどうせなくなる”と感じ、さらに、手立てのなさを強く感じると、再び親が主体となる《自分のことと自覚しにくい療養生活》に戻る。コントロール感の無さが体調変化による答え合わせ困難等により高まると、身体や将来について考えない生活を続け、自分の身体を顧みない療養生活へ進む場合もある。

【経験の積み重ねの中での生活調整】は、療養生活を整えていく手立て、周囲との関係の中での対処や逆に患者から周囲に働き掛ける等の行為の変化である。【経験の積み重ねの中での生活調整】には、自覚症状が乏しく、療養行動の効果を実感しにくい胆道閉鎖症の特性から、その場の欲求優先等、一時的に不適切な行為を繰り返されたり、意味づけが曖昧なまま営まれる《試行錯誤の中での経験蓄積》が含まれる。患者は、病気の特性から、自分の身体を顧みない療養生活に移る可能性を常にもちながら、《試行錯誤の中での経験蓄積》を経て、徐々に療養生活を整えるための行為を身につけていく。自らの経験に基づいた行為の意味づけの獲得や曖昧さを包含した習慣化が《自分なりの生活調整》である。また、《自分なりの生活調整》には、患者が【周りの理解と配慮】に意図をもって働き掛

表 研究参加者の概要

	患者属性	社会的状況	続発症	移植の状況	調査施設
A	17歳 女性	高校 親と同居	胆管炎 肝機能障害	自己肝生存 移植施設通院中	移植外科
B	18歳 女性	大学 親と同居	入院歴なし	自己肝生存	小児外科
C	19歳 女性	大学 一人暮らし	入院歴なし	自己肝生存	小児外科
D	21歳 女性	就労 一人暮らし	胆管炎(頻発)	自己肝生存	小児外科
E	23歳 女性	就労 親と同居	黄疸 肝機能障害 門脈狭窄 高胆汁酸血症	自己肝生存 移植施設通院中	移植外科
F	24歳 女性	大学(通信制) 親と同居	胆管炎 肝硬変/肝委縮	自己肝生存 肝移植手術待機	小児外科
G	24歳 女性	就労 親と同居	胆管炎 食道静脈瘤 脾機能亢進症	自己肝生存	小児外科
H	25歳 男性	就労 親と同居	胆管炎 脾機能亢進症	自己肝生存	小児外科
I	19歳 女性	専門学校 親と同居	黄疸 門脈狭小化 肝硬変 脾機能亢進症	生体肝移植後 (移植時14歳)	移植外科

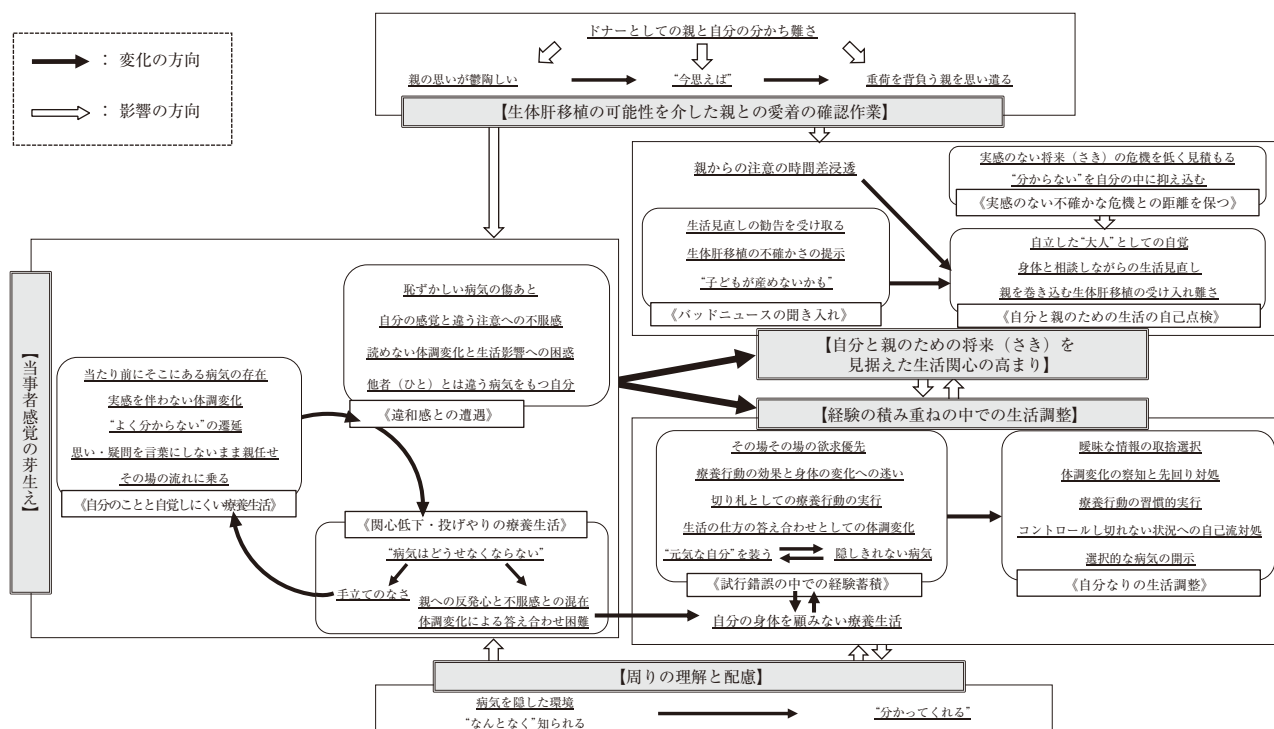


図1 自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が自ら療養生活を整えていくプロセス

ける選択的な病気の開示が含まれ、療養生活を整えるための行為を実行しやすい“分かってくれる”環境に変化するように自ら働きかける。

患者は、徐々に、胆道閉鎖症をもつ生活や将来を自分の問題として捉え始める。将来を含む療養生活への認識の変化が、【自分と親のための将来（さき）を見据えた生活関心の高まり】である。患者は、親からの注意の時間差浸透と《バッドニュースの聞き入れ》によって、親や医療者、メディアからの情報や刺激に真摯に向き合い、不安や危機感を高める。そこで《実感のない不確かさとの距離を保つ》ことで、心理的な安定を保とうと試みる。不確かさとのバランスをとりながら《自分と親のための生活の自己点検》を行い、目先の問題だけでなく将来を視野に入れながら、ドナーとしての親の存在を含め、療養生活を自ら整えていこうとする関心が高まっていく。

思春期・青年期の自己肝生存患者は、生体肝移植の可能性によって、親に対してより複雑な感情を抱く。一連の感情の変化が【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】である。この根幹が、親がドナーとなる可能性が常に付き纏うことによるドナーとしての親と自分の分かち難さで、親から反発・自立を図ろうとする思春期の患者に足枷のようにまとわりつく。患者は、時間の経過や経験の蓄積によって重荷を背負う親を思い遣り、親がドナー候補者として自分の生命を支えてくれることを実感し、親との愛着を再確認する。そして、自分の将来に親を巻き込みた

くないと考え、療養生活を整えることへの関心が強化される。

2. 各カテゴリーと概念

a. 【当事者感覚の芽生え】

それまで親任せ・親主導であった療養生活から、患者が自分の身体や病気に関心をもち始めることで、13の概念から成る3つのサブカテゴリーの円環関係で構成される。以下、サブカテゴリーごとに説明する。

《自分のことと自覚しにくい療養生活》は、5つの概念から成り、胆道閉鎖症の症状の曖昧さと幼少期から継続して営まれてきた親が中心となる療養生活から、思春期、患者によっては青年期に至っても、病気をもつ生活を自分の問題として実感できないことである。これは、必ずしも病気の知識がないことではない。患者は、胆道閉鎖症や療養行動について知ってはいても、幼少期からの流れの中で、当たり前にそこにある病気の存在と捉えており、疑問や関心を抱きにくく当たり前と流していた。また、患者の自覚の無さの根底には、自覚症状が乏しい胆道閉鎖症の性質に起因する、実感を伴わない体調変化があった。頻回な通院が必要になる程の変化を体験しながら、患者Iは、当時の実感の無さを語った。

「その、病気のことも理解できないし、実際自分がつらい思いっていうか、こういう発作（みたいなもの）が出てとかじゃないから。なんか、ただ単に顔とか、あととかはかゆ

みとか出てる。自分の(辛い)症状としては出ないから、
たぶん気づかなかった。分からなかった。」(患者I)

知識の不足、親や医療者から患者本人にとって十分な説明がなかったことも、自覚のなさに拍車をかけていた。
“よく分からない”の遷延は、患者が知識を必要と感じ始めたり、療養行動に理由を欲しても、十分な説明を受けず理解が進まないことで、患者Hは、母親から生活を整えて肝機能を正常に保つこと、身体を労ることのみが強調されたと話した。

「親の口癖が『肝機能！肝機能！』だったので。(でも)改まって『あなたは、この病気だよ』っていうの(説明)はなかったですね。」(患者H)

患者は、“よく分からない”の遷延の状態であっても、親や医療者に病気について自ら尋ねず、思い・疑問を言葉にしないまま親任せにして、「(親に)言われるがまま」(患者C)療養生活を送っていた。しかし、中学、高校と、親から離れて過ごす時間が増え、自覚のなさや知識の不足によって、場の流れや状況に左右されて、制限を破ったり生活を整える行為が中止してしまうその場の流れに乗ることが増えていった。

「うっかり最初の練習の時に騎馬戦に出ちゃったりとかはありました。こういうのやるんだけどって(あとから)母に言って、『ちょっと待て』って。」(患者H)

患者は《自分のことと自覚しにくい療養生活》から《違和感との遭遇》へと進む。《違和感との遭遇》は、思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくために自分の身体や病気に関心をもち始める最初のステップで、4つの概念から成る。

《違和感との遭遇》のきっかけは、手術痕や続発症である腹水や黄疸等の見た目の影響を、思春期に迎え、恥ずかしい病気の傷あととして自覚すること、親から受ける注意と、自分では大丈夫と思う感覚とのずれから、不満が高まる自分の感覚と違う注意への不服感等であった。

「中学の時は、やっぱり(友達と)遊び行ったりすると(母親に口うるさく)言われるんですよ。遊びって言っても学校の帰りに(どこかに寄る)くらい。でも、それもダメって言われていて。(中略)……自分では、そんなに『病気、病気』って言わなくても良くない？みたいな。」(患者D)

胆道閉鎖症の特性から、体調の変化をタイムリーに感じられず、あとになって気づく体験も《違和感との遭遇》のきっかけになっていた。読めない体調変化と生活影響への困惑は、予測できない体調や自覚する症状と病状のずれへの戸惑いや混乱をもたらしていた。

患者は、自己同一性を獲得する思春期を迎え、これまでとは違ったかたちで他者を意識し始めたことで、療養行動や制限を守る生活の中で、疎外感や他者と病気をもつ自分

との差異を感じていた(他者(ひと)とは違う病気をもつ自分)。この概念には、環境の変化による激的なものもあれば、日々の生活の中で感じさせられるものも含まれた。

「みんなタフ(体力あるな)って。特定の体育の項目で見学になる時はちょっと、そうですね。普段、感じずに済んでいた人との違いを改めて見せられるような感覚」(患者H)

患者は、いくつかのきっかけによって《違和感との遭遇》を果たすが、病気や生活のコントロール感がないと強く感じると、《関心低下・投げやりの療養生活》に進む場合がある。《関心低下・投げやりの療養生活》は、4つの概念の関係から構成される。

“病気はどうせなくなるない”は、胆道閉鎖症が治ることではなく、コントロールできないものと感じ、療養生活を整える行為への関心が低下する概念である。

「あんまり(病気のことを調べたり)してないです。そんなに知りたいと思わなくて。別に知っても治るわけじゃないし、なんか知る必要もないかな、みたいな。(中略)……しかもお母さんに治らないって聞いていたから、余計に知ったところで、的な。(中略)……全然、病気だからこうしないとああしないっていうよりも、最悪だ、みたいな。」(患者D)

病気をもつ自分や、他者と違う生活に抵抗したり、それらを変える方法がないと諦め、受け入れる手立てのなさによって、患者は《自分のことと自覚しにくい療養生活》に戻っていた。

自分の身体を顧みない療養生活に進む場合、思春期の反抗期も相まって、病気や制限に対する不満に伴って親に対する反発心が高まる親への反発心と不服感との混在、療養生活を整える行為への関心が低下する中で、体調の変化によるフィードバックを実感できない体調変化による答え合わせ困難の体験がきっかけになっていた。

b. 【経験の積み重ねの中での生活調整】

療養生活を整えていく実際的な手立て、周囲との関係の中での対処や逆に患者から周囲に働き掛ける等の行為の変化で、12の概念と2つのサブカテゴリーで構成される。

患者は、まず《試行錯誤の中での経験蓄積》に移行する。《試行錯誤の中での経験蓄積》は、一見、無計画で自暴自棄な生活の中で、経験を重ね、成人患者として必要な療養生活をマネジメントしていくスキルを獲得する上で必要な過程で、6つの概念で構成される。

思春期・青年期患者は、その時々欲求を優先して、意図的・選択的に制限を破ったり非健康的な行動を取るその場その場の欲求優先をしつつ、療養行動や生活を整える行為に効果や意味を見出せず、中断したり不適切な行動を取る療養行動の効果と身体の変化への迷いを続けていた。効果と身体の変化に迷い、中断するという行為は、特に内服

療法についてであった。

「(薬は) ポンって (置いたまま) 飲まなかったりしました。飲まなくても、別に元気じゃん、みたいな。そう思ったなら、なんで飲まなきゃいけないんだろうって。別に飲まないからって具合が悪くなるわけじゃない……どうなんだろう。」(患者D)

「飲む時と飲まない時があります。(中略) ……え、なんだろう。別に飲まなくても元気だから。」(患者G)

そのような状況で、体調の変化に不安を覚えると、内服や身体を休める等の比較的容易に行える行為を、切り札と見做して行っていた(切り札としての療養行動の実行)。そこには、明確な意味づけがないことが語りに表れていた。

「元気だわ、みたいな。じゃあ、『薬飲まなくてもいいんじゃない?』みたいのはありました。ただ、入院はしたくなかったんで、チキって(怖くなって)飲む、みたいな。(中略) ……少しは(薬が)効いているはずって、思い込み?入院しないために、一番簡単なのは薬飲むことかなって。」(患者D)

胆道閉鎖症の療養生活に確証をもつことは難しいが、患者は、体調変化が現れてから自分の生活を省み、徐々に経験として積み重ねていた。この生活の仕方の答え合わせとしての体調変化は、生活を整えようとする事への患者の関心が高まるきっかけとなっていた。体調の変化というフィードバックによる生活調整の修正ができなかった患者Aも、徐々に経験を蓄積し、手がかりを掴もうとしていた。

「(あとから気づくのは) ああ、何だろう。やっぱりお腹が痛くなりますね、胆管炎になると。うん、こう押されるような痛みが。普通の風邪だとそれがないから。」(患者A)
《試行錯誤の中での経験蓄積》には、周囲に向けられる“元気な自分”を装うと隠しきれない病気の相対する2つの概念が含まれる。“元気な自分”を装うことで病気を隠したり、大丈夫だと自分自身に言い聞かせ、時には自分自身をも欺こうとしながら、制限や外来受診のための欠席・欠勤、隠しきれない状況に遭遇し、病気であることを知られることも経験していた(隠しきれない病気)。

「普段の印象は、みんな元気で騒がしい子みたいな。なので、もうそのままでいたい。(中略) ……病気だからって自分をセーブすると、病気感が出るじゃないですか。じゃなくて、私は健康体だからってテイ(設定)で、生活を送り……具合悪くなって、「やっちゃった」みたいな、繰り返しで。」(患者D)

自分の身体を顧みない療養生活は、病気の管理や生活を整える行為に対して投げやりになったり、試行錯誤が行き過ぎた結果として、現在の自分の体調や将来のことを顧みない生活を継続することである。《試行錯誤の中での経験

蓄積》を構成していた、その場その場の欲求優先や療養行動の効果と身体の変化への迷いの結果として、体調の変化を経験する帰結に至る概念として生成された。

《試行錯誤の中での経験蓄積》では、患者は、症状や病状に対するコントロール感を得にくい病気の特性から自分の身体を顧みない療養生活に移行する可能性を常にもちながら、《自分なりの生活調整》を獲得していく。《自分なりの生活調整》は、病気性質による不確かさへの曖昧さを孕んだ対処をとりながらも、自らの経験に基づいて確からしさを獲得し行為の意味づけや習慣化を行う、手がかりが少ない胆道閉鎖症の療養生活を整えていくための現実的な行為のかたちである。5つの概念から成る。

患者は生活の仕方の答え合わせとしての体調変化で蓄積した経験を基に、体調変化の前兆を感じ取り、速やかに、あるいは前もって対処していた(体調変化の察知と先回り対処)。

「ふとした瞬間に、こちら辺(脇腹)が痛い、痛いっていうか、なんて言うだろう。この病気以外で味わったことのない感覚。社会人になってから、一人暮らしするようになってから、ああこれ目安なんだな、みたいのが分かって(同僚に病院まで連れてきてもらった)」(患者D)

それまで“元気な自分”を装うことで病気を隠していた場合、周囲の状況に振り回されることが多かったが、自らが生活し、生活を整えるための行為を実行する場として周囲に意図的な働きかけを行うようになっていた。選択的な病気の開示は、学校や職場、友人等に病気について、誰に、どこまでを話しておくかを能動的に選択することで、特に社会人となった自己肝生存患者にとって、重要なスキルの1つであった。特に、これまで周囲からの適切な理解を得てきた患者は、同様の環境を整えようと、進学等によって付き合う友人が変わったことに合わせて開示する等、あらかじめ説明をしていた。

「高校、大学では友だちに説明して、プールに行ったりとか銭湯、泊まりに行ったりとかで傷が見えるんで、その前もって言うておくのと。やっぱり小中学校までは同じ友だちがずっと一緒だったんで、周りのフォローがあったんですけど。高校からは別のコミュニティになったので、親しい友だちには(先に説明した)。」(患者H)

病気について開示していない環境や、開示しても十分な配慮を得られない環境でも、コントロールし切れない状況への自己流対処によって、自ら療養生活を整えるための行為を展開していた。些細なことのように思えるが、仕事の調整と外来通院の急な変更に対応するための内服薬の調整等、これまでの療養生活の経験から身につけてきた、療養生活を整える上で重要なスキルが含まれていた。

一方で、《自分なりの生活調整》には、病気の性質に起

因する不確かさに対する依然として曖昧な対処も含まれる。切り札としての療養行動の実行では意味づけはもとより履行も曖昧だった状況から、療養行動の習慣的実行へと変化していた。効果の実感や意味づけは依然として脆弱だが、懐疑心が薄れ、「深く考えない」(患者B)「習慣みたいなもの」(患者G)と認識することで、特別に意識することなく確実に遂行できるようになっていた。

また、それまでの無自覚さとは異なり、関心をもって病気や治療について情報を入手する。しかし、インターネットを始めとする曖昧な情報や難しすぎる知識、見通しに相対して、曖昧な情報の取捨選択によって、自分が理解できる範囲に情報を留めたり、分からないことに無用に不安を煽られなく成り、振り回されなくなる付き合い方を身につけていた。

「最近、(病気のことを)調べた感じです。(中略)……なんか移植したりするかもとか、そういう子もいるのかって。(中略)……見ても分からなかったですけど。途中で止めました。」(患者G)

c. 【周りの理解と配慮】

患者が療養生活を整えるための行為を実行する環境、周囲の人々からの病気や療養行動、制限への理解と配慮の状況で、3つの概念で構成される。【当事者感覚の芽生え】と【経験の積み重ねの中での生活調整】は、具体的な行為や社会的環境との相互作用を含むため、患者が生活し、行為を展開する場である【周りの理解と配慮】に影響されていた。一方、選択的な病気の開示によって、患者は【周りの理解と配慮】を自らコントロールするようにもなっていた。

病気を隠した環境と“なんとなく”知られるの理解と配慮の状況は、思春期・青年期の自己肝生存患者にとっての疎外感を強め、生活を整える行為を遂行しにくくさせていた。

選択的な病気の開示を用いて、周囲の人々に知らせ理解を得て、いざと言う時の対応や配慮も得やすい“分かってくれる”状況を自らつくすることで、患者は《自分なりの生活調整》を実行しやすくしていた。

「肝臓の病気って会社の人には言ってあって。(中略)……それで、(働き方が)フレックス(タイム制)なんで、無理しないで働けてるし。休む時も、『すみません』って電話すればいい。」(患者G)

d. 【自分と親のための将来(さき)を見据えた生活関心の高まり】

胆道閉鎖症をもって生活すること、親がドナーになる生体肝移植の可能性を含む将来に関して、自分の問題として捉える認識の変化である。9つの概念と、3つのサブカテゴリーで構成される。《パッドニュースの聞き入れ》と親からの注意の時間差浸透から、《自分と親のための生活の

自己点検》へと進み、不確かな情報と見通しに《実感のない不確かな危機との距離を保つ》ことができるかが影響するという動きのあるカテゴリーである。

《パッドニュースの聞き入れ》は、親や医療者、メディアからの情報や刺激に真摯に向き合い、不安や危機感を高めることで、【当事者感覚の芽生え】を経た患者が、療養生活を整えようと認識を変化させるきっかけになる。重要なのは、単に忠告や情報が提供されることでなく、それらを患者が真摯に聞き入れて危機感をもつという認識変容のきっかけになることで、3つの概念で構成される。

幼少期からの長い経過の中で、特に親密な関係を築いてきた医療者からの忠告を得て、生活を見直そうとする、生活見直しの勧告を受け取ることをしていた。

生体肝移植の不確かさの提示と“子どもが産めないかも”は共に、医療者だけでなく、テレビのニュースやドキュメンタリー番組をはじめとするマスメディアからの不確かな情報入手を含んでいた。患者は、生体肝移植の可能性、女性患者では病気によって妊孕性が危ぶまれることを知らされた。そして、実際にはどうなるか分からないことに戸惑いつつ、その可能性を下げられるよう、療養生活を見直していた。

「前にドキュメント(番組)で、同じ病気の人がいて。最終的に取り返しのつかない状態まで自分の体を酷使して(中略)……学生で忙しいとか楽しいとかで体調崩す人もいるし仕事始めてから体調崩す人もいるし。これまで元気にやってきた人が、ある日ピタっと体調が悪くなる時があるからって。(中略)……尚更ギリギリまで普通に過ごしていたいな、なるべく今のままで頑張ろうって。」(患者C)

親からの注意の時間差浸透は、幼少期から続けられてきた親からの注意、親の思いが、時間経過・親への感情の変化によって受け入れられ、これからは自分自身で気をつけようと思うことである。これには、後述するカテゴリー【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】での親に対する感情の整理が影響する。親への思いが療養生活を整えようと認識を変化させるきっかけとなるという大きな動きであった。

《自分と親のための生活の自己点検》は、今後の生活の変化や危機が訪れる可能性を見越した、自ら生活を見直そうとする認識変容で、3つの概念から成る。療養生活を整えていく実際的な手立てと具体的な行為である【経験の積み重ねの中での生活調整】を能動的に実行するために必要な変化である。

患者は、親から自立しなければならない年齢や立場、状況を意識して、生活や将来について考える自立した“大人”としての自覚をもち、これまでの経験や身体感覚を基

に、身体や体力の限界を考慮しながら、生活の仕方を見直そうとする身体と相談しながらの生活見直しを行っていた。これらは、《試行錯誤の中での経験蓄積》や《自分なりの生活調整》による経験の積み重ねによって育まれることが語りからみえてきた。

「今後、ああ、正直この仕事、ガソリンスタンドをやっているんですけど10年後20年後同じことをできるかと思うと多分厳しい。(中略)……年齢重ねて無理が効かなくなってくるので少しずつ早めに路線を変えておかないと、やっぱり無理が続くのは良くないっていうのは分かるので、その手前で引かないとなっていくのは考えています。」(患者H)

患者の生活を見直そうとする認識変容は、「親のため」としても語られ、生体肝ドナーとして親を巻き込む可能性を認識して、現在の状態のまま自己肝で生活を続けたいと考えていた(親を巻き込む生体肝移植の受け入れ難さ)。

《実感のない不確かな危機との距離を保つ》は、不確かさとのバランスをとりながら対処しながら、自分の療養生活を整えていこうとするモチベーションを維持することである。患者は、病気や生活に関する情報や刺激を受け取り、将来についての関心を高めるが、自己肝生存患者の将来に待ち受けるのは、容易に受け止められるものばかりではない。生体肝移植の可能性や同疾患の患者の死等、不確かな情報から不安や危機感を高めながら、《実感のない不確かな危機との距離を保つ》ことで心理的安定を図ろうとする。このサブカテゴリーは、2つの概念で構成される。

患者は、肝移植や体調の変化の可能性に不確かさを認知して、実感のない将来(さき)の危機を低く見積もることで、可能性は低いと信じ、考えないことで心理的な安定を図ろうとする情動的な対処をとっていた。また、今後の見通しや体調の変化についての不安や分からないことを明確にするのではなく、放置し、距離を置くことで心理的な安寧を図ろうとする、回避的な対処、“分からない”を自分の中に抑え込むことをしていた。

e. 【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】

親がドナーになる可能性が常に存在することによって複雑化される親に対する感情の変化であり、無償の行為である生体肝移植の可能性を通して、親との愛着、親子の絆を再確認することである。4つの概念から成る。

ドナーとしての親と自分の分かち難さは、親から臓器提供を受けること、親に生命を依存することに抵抗感を抱きながら、親以外からは尚更あり得ないとも感じ、ほかの選択肢が限られていることを認知する中で感じる葛藤である。自己肝生存患者は、親に反発し、自己同一性を獲得する思春期の時期に、ドナー候補者としての親が、自分と切り離せない存在であることを知覚していた。この概念は、

生体肝ドナーのほとんどが親であるという患者が認知している事実を基に、生体肝移植に関わる患者の語りの端々に表れていた。

「うんと、(将来) どうなるんだろうな位は考えるんですけど。その、(ドナーが) お母さんじゃないとして、その、移植を待つとしても『(待機者リストの) すごい下の方だよ』って言われたりする(中略)……(母親は) もう自分があげるものだと思って話してくるので。話し合ったりとかはないです。」(患者E)

ドナーとしての親と自分の分かち難さによって親に対する感情は、健康な思春期・青年期の若者のそれよりも、複雑化する。患者は、親の細かい注意や言いつけ、時には存在そのものさえも鬱陶しいと感じ(親の思いが鬱陶しい)、ただでさえ親の言葉を鬱陶しく感じる思春期の時期に、患者自身もコントロールできずに試行錯誤する療養生活について注意されることで、この苛立ちは強められていた。そして、親の思いが鬱陶しいが時間と共に落ち着くと、これまで反発したり聞き流してきた親からの注意や思いを、「親のおかげ」や「親の苦勞」と受け入れ、親との愛着を実感していた(“今思えば”)。

「多分、お母さんは、私が将来お母さんになりたいの(子どもが欲しいこと)を知っているから、ちゃんとその夢が叶うように今まで言ってくれたのかなって、大人になってから実感した。実際、どう思っていてか知らないですけど、そういうことなのかなって。やっぱり、自分よりもお母さんの方が将来をみているんだなって思いました。」(患者D)

生体肝移植の可能性を認識した患者は、これまでの親の苦勞、負担に感謝し、これからも生体肝移植ドナーになる可能性という重荷を背負う親を思い遣ることをしていた。ドナーとなることを覚悟した母親の思いを受け取り、自分の生命、将来を支えてくれることを実感する反面、親を思い遣って葛藤していた。

「年齢の話もそうなんですけど、パパはもう年、年だからというか、ママからしか(生体肝移植はでき)ないからね、みたいな感じでは言われます。すごい複雑ですよ。自分はいいいんですけど、お母さんからもらうっていうのがすごく複雑というか、うん、あんまり。」(患者E)

以上のように、思春期・青年期の自己肝生存患者は、生体肝移植の可能性によって、親に対してより複雑な感情を抱いており、【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】は、親に対する患者の反発感情から感謝、愛着の再確認の動きを表すカテゴリーであった。常に存在するドナーとしての親と自分の分かち難さは、親に反発し自立を図ろうとする時期にある患者に足枷のようにまとわりつく。しかし、患者は、次第に親がドナー候補としてそばに居てくれること、生命を支えてくれることを実感し、親と

の愛着を再確認する過程を辿る。そして、自分の将来に親を巻き込みたくないと考え、療養生活を整えることへの関心を強化する役割を果たしていた。

V. 考 察

M-GTAを用いた分析から、患者が主体となって療養生活を整えるようになるためには、病気や治療の不確かさの中で、患者が自身の生活と将来への関心を高めつつ、生活調整の経験を積めることが必要であることを明らかにした。さらに、親が生体肝ドナーとなる可能性によって複雑化する親への感情、愛着を再確認することが、療養生活を整えるプロセスに果たす役割も確認された。先行研究（高田・藤原, 2013）では、胆道閉鎖症患者のセルフケアについて、強みと共に困難さを抱える相反する生活状況が見出されてきた。本研究では、それがプロセス性をもち、試行錯誤を繰り返しながら自ら療養生活を整えていける可能性をもつことを明らかにした。そこで、このプロセスを促す／滞らせる要因を中心に考察し、これまで介入の糸口を見出すことが困難とされた対象の看護について検討する。

A. 自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が認知する病気存在

思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくプロセスに影響する要因の1つに、胆道閉鎖症に関する不確かさに起因する患者の病気存在への認知が挙げられる。【当事者感覚の芽生え】から【経験の積み重ねの中での生活調整】に至る段階では、病気の存在への2つの認知が読み取れた。1つ目は、幼少期に罹患し病気に関する大きなイベントなく過ごしてきたための曖昧な理解に基づく、当たり前そこに存在する病気の存在という認知である。思春期・青年期の先天性心疾患患者の病気の理解に関するアンケートでも、患者の多くが「心臓が悪い」等の「漠然とした病気の理解」で（櫻井, 2016）、病気を当然のものとして受け入れることは、先天性・幼少期発症の疾患に共通する認知と言える。この段階は、《違和感との遭遇》しても意識せず病気の存在に十分な関心を向けていない、療養生活を整えていく準備段階と考える。2つ目は、実感を伴わない体調変化や体調変化による答え合わせ困難に表れていた曖昧さ、不確かさによって育まれていた、《違和感との遭遇》を果たしたあともあえて病気存在を無視し考えないようにする認知である。これは、“元気な自分”を装うに顕著に表れており、《関心低下・投げやりの療養生活》や自分の身体を顧みない療養生活へと続く可能性を含んでいた。この認知に基づけば、病気の存在を顧みない非健康的な行為や生活の継続によって病状の悪化を招く恐れもある。

思春期の慢性疾患患者の自己管理に関連して、金丸ら（2005）は、病気の理解と患者の望む生活のギャップに着目している。当たり前そこに存在する病気の存在の認知のように、病気の理解と患者の望む生活が不明瞭な場合、自己管理を受け身あるいは不確かなものと捉える傾向がある。今回のプロセスで見れば、思春期・青年期と生活経験を重ねる中で、《違和感との遭遇》を果たし、病気存在を意識して徐々に関心を高めていく。この段階では、《違和感との遭遇》がネガティブな体験になり過ぎないように、患者が抱える違和感や疑問を共に考え患者自身の言葉で表現できるような関わりが重要と考える。一方、“元気な自分”を装い、自分の身体を顧みない療養生活へと繋がる認知は、病気の理解と患者の望む生活のギャップが大きく、自己管理も葛藤が生じやすい。葛藤を乗り越え主体的に自己管理に取り組むには、周囲からの適切なサポートが必要である（金丸ほか, 2005）。患者が、病気の存在をどのように認知、評価しているのかを理解した上で、患者自身が周囲に理解や協力を求められるように支援することも必要と考える。

B. 自己肝にて生存する思春期・青年期胆道閉鎖症患者が感じる生活調整の曖昧さと経験の積み重ね

思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくプロセスでは、患者が体調の変化に曖昧さを感じながら、その場その場での対処を続けていく中で《自分なりの生活調整》へと向かうことが明らかになった。

【当事者感覚の芽生え】の段階にある思春期・青年期患者は、体調変化に困惑し、生活調整の成否を判断することに困難を感じていた。自覚できる症状の乏しさは、体調の良し悪しの判断を難しくし、思春期の患者を非健康的な行動に走らせることが明らかにされている（高田・藤原, 2013）。本研究の参加者となった思春期・青年期患者においても、体調変化による答え合わせ困難のように、療養生活を整えようとする行為の成否に確証をもつことは難しかった。体調と療養行動の因果関係の希薄さは、病気存在の不確かさと相まって、《関心低下・投げやりの療養生活》、自分の身体を顧みない療養生活に進む可能性を高める。そのため、確率論的思考の導入が有効と考える。確率論的思考とは、あらゆる物事は確率の問題であり、原因と結果を絶対視せずに長期的視点をもつ考え方である（田淵, 2009, pp.14, 186-188）。同じ慢性疾患である糖尿病をもつ中高生の看護援助では、実感しやすく分かりやすいHbA1cや体重等の量的なデータの活用が強調されるが（金丸, 2014）、胆道閉鎖症では、AST・ALT等の逸脱酵素の値は感冒や身体的成長にも左右され、生活状況をそのまま反映する訳ではない。そのため、療養生活の仕方の評価と

することの危うさがある。患者が生活を整えて療養行動を遵守することで、体調悪化の可能性は0にはならないまでも、長期的な視点で見れば、その確率を下げるができることを看護師が患者と共有するべきである。一方で【当事者感覚の芽生え】の段階にある患者にとって、すぐに目に見えた成果を得にくい療養行動や生活調整は、『関心低下・投げやりの療養生活』、自分の身体を顧みない療養生活に至る可能性があることも示された。患者の関心を保ち、【経験の積み重ねの中での生活調整】に繋ぐには、長期的視点をもつと共に、患者が、その時々検査の結果等で無用に自己効力感を低下させないよう関わるのが重要である。そのために、患者がその時々で行っている療養行動や生活調整、その実行によって体調が安定していることを認め、目の前にある小さな成功体験への気づきを促していく。また、継続的な関わりをもつ中で信頼関係を築き、思春期・青年期特有の感情の起伏を受け止めながら、看護師が患者のストレスマネジメントの手立ての1つとなることも、肝要である。

本研究で明らかになったプロセスを促す要因として、患者の生活経験の積み重ねがあったと考える。思春期の胆道閉鎖症患者について、先行研究（平塚・中村・佐藤，2017）では、体調の変化の不確かさから意味づけのないままセルフケアを部分的に実行できたり、非健康的な行動が継続されてしまうことが指摘された。しかし、患者が体調の変化に確信をもち、自らの生活を整えるようになる要因は明らかにされて来なかった。本研究では、意味づけや確信が乏しい中でも試行錯誤を続けて積み重ねた《試行錯誤の中での経験蓄積》を基に、曖昧な対処を含みながらも、生活調整に患者なりの確からしさを獲得して《自分なりの生活調整》に至ることが示唆された。体調の変化が曖昧で因果関係を掴みにくい自己肝生存患者においては、療養行動や生活調整の意味や効果を患者自身が実感できる体験と共に、それを強化するための他者からのフィードバックが重要である。そのため、現在、患者がコントロールできていることに目を向けられるよう促しつつ、患者の試行錯誤を見守る姿勢を示すことは、患者が《自分なりの生活調整》に至るための支えになるだろう。思春期・青年期は、生活の場を拡大させ社会との繋がりが強くなっていく時期でもある。身体や病状への配慮をしながらも患者が社会活動ややりたいことに取り組めるようにバランスを取った生活を送ること、それができていることを実感できるようなフィードバックをすることは、患者が療養生活を整えるプロセスを支えることに繋がると考える。

C. 生体肝移植の可能性という不確かさの認識と親に対する感情の変化

思春期・青年期の自己肝生存患者にとって、生体肝移植の可能性は、実感のない不確かなものであると同時に、ドナーとしての親と自分の分かち難さによって親への感情を複雑にする要因でもあった。このことが、療養生活への関心を失うきっかけになったり、親への反発を強めたりして、療養生活を整えるプロセスを滞らせることに繋がっていた。一方で、患者が親への感情を整理して親との愛着を再確認すること、不確かさを乗り越えて自己成長を遂げることが、療養生活を整えることへの関心を強化する要因になっていた。

患者は、生体肝移植の可能性という不確かさに、『実感のない不確かな危機との距離を保つ』ことで対処していた。Mishel (1988) によれば、このような対処は、不確かであることを好機と捉え、心理的混乱を抑えて安寧を保つ上では有効である。しかし、生体肝移植の話題や情報を避ける「緩衝方略」のみでは、現実的に生体肝移植の可能性が高まると対処自体が難しくなる恐れもある。不確かな危機との距離を保つ対処の有効性を理解しつつ、現実的な問題に対処できる手段を共に考える必要がある。一方で、患者は、親からの注意の時間差浸透や《パッドニュースの聞き入れ》等、親や医療者、メディアの情報に真摯に向き合い、病気や生活への関心を高めていけることも明らかになった。今回、患者から語られた親からの注意は、肝移植の可能性に触れる場合もあれば、生活の注意のみが強調される場合もあった。患者個々の肝移植の適応状況、ドナー候補となる親の心情を考慮した上で、患者が受け入れ易く、真摯に向き合えるかたちに情報提供の方法を工夫することで、患者の療養生活を整えることへの関心を高めることができると考える。

今回、思春期・青年期の患者がドナー候補者でもある親に対して抱く複雑な感情の変化を、【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】として概念化された。一宮 (2011) は、患者とドナー、家族にとって生体肝移植を、感情的なもつれとなって引きずりに刻み込まれるものと述べている。生体肝移植は、思春期・青年期の自己肝生存患者にとって、その可能性の提示、あるいは親から臓器提供されるかも知れないと認知されただけで、感情を複雑にしていた。複雑になった親への感情は、親への反発心と不服感との混在や親の思いが鬱陶しいに表れていたように、親から自立を図る発達課題の達成と、療養生活を整える関心を高めることをより困難にしていたと考える。親との関係性については、高谷・中野 (2010) が、思春期慢性疾患患者とその親が辿る心理的な変化を報告している。慢

性疾患をもつ思春期患者と親は、病気と共に生きる日常を模索し、互いに苦悩が滲み出す《捻れ》の体験を経て、その苦悩を受け止め徐々に病気と共に生きる将来を紡いでいく。そこでは、親子が互いの考えや思いを認め、支え合う存在として意識することが必要であった。親がドナー候補者となる自己肝生存患者の支援では、親との関係性への着目がより重要になる。思春期から青年期にかけて、親子関係が複雑になり過ぎていないか、複雑になった感情や関係が、患者が療養生活の主体となることを阻害していないか確認することが重要と考える。また、感情を受け止める親の苦悩にも寄り添うことも必要である。

患者が親との愛着を再確認することは、親からの注意の時間差浸透や《自分と親のための生活の自己点検》を通じて、患者が主体となって療養生活を整えていく上で重要な役割を果たしていた。親への感情を整理し、愛着を再確認するには、ドナーとしての親と自分の分かち難さに対する新しい見方の獲得が重要であると考え。新しい見方の獲得とは、不確かさを人生における自然なリズムとして受け入れ、自己変容、自己成長を遂げるものである（野川, 2005, pp.349-351）。今回、患者は、親を巻き込む生体肝移植の受け入れ難さと共に、“今思えば”の概念で親との愛着を実感し、親がドナー候補者として自分の生命、将来を支えてくれることに感謝していた。時間経過と親子の相互作用の中で生じた、この感情の変化こそが新しい見方の獲得であると考え。

以上より、思春期・青年期の自己肝生存患者が自ら療養生活を整えていくプロセスは、【生体肝移植の可能性を介した親との愛着の確認作業】を経た、自己成長の過程でもあると考える。

D. 本研究の独自性と看護への示唆

本研究では、肝移植の適応という治療方針が決定するまで、これまで専門職者によっても介入の糸口を見出すことが難しいとされてきた思春期・青年期の自己肝生存患者について、彼らが自ら療養生活を整えていくプロセスを示した。高田・藤原（2013）は、思春期・青年期の胆道閉鎖症患者の療養生活について、身体への負担を考慮しながら、状況によって病気の存在を無視する、病気のことは家族任せにしてしまう等、患者の強みを明らかにする一方で、相反する生活状況を報告している。本研究の独自性は、そのような相反する状況が、同時に出現する静的なものではなく、プロセス性を持ち、患者が試行錯誤を繰り返す中で進む、能動的な自己成長の過程であることを明らかにしたことにある。

よって、この能動的なプロセスを見守る姿勢をもつことが、まず重要な看護になる。また、患者の発達段階や社会

状況を鑑みてプロセスの滞りを察知し、患者の病気の認知や生活調整の経験、親への感情の変化等の要因を評価し、ケアを計画する観点が必要と考える。

E. 本研究の限界

本研究は、研究参加者数の少なさによって一般化に限界がある。しかし、M-GTAの手法に従い、概念レベルでの理論的飽和を確認しながら分析したことで（木下, 2003, pp.220-224）、生成された理論は、限定された範囲で一般化と応用が可能であると考え。

さらに、本稿では、患者から得たデータの分析に留めたことも結果の応用に限界をもたらした。今後、親の病気や生体肝移植に関する親の認識や親子相互作用について、同時に分析することで、より深い対象理解に基づいた支援が可能になると考える。

おわりに

本研究の遂行に当たって、ご理解とご協力を頂いた研究参加者の皆様に謹んで御礼申し上げます。また、ご指導を賜りました千葉大学大学院看護学研究科、並びにM-GTA研究会の諸先生に心より感謝いたします。本研究は、2018年度千葉大学大学院看護学研究科博士論文の一部を加筆・修正したものである。要旨の一部は、第29回日本小児看護学会学術集会にて発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP17H07104, JP20K19188の助成を受けたものである。

文 献

- 平塚克洋（2016）. 自己肝にて生存する胆道閉鎖症をもつ小中学生の療養生活における母親の認識と関わり. *千葉看護学会会誌*, 22(1), 13-21.
- 平塚克洋, 中村伸枝, 佐藤奈保（2017）. 胆道閉鎖症をもつ思春期前期患児における療養行動の意味づけ. *日本小児看護学会誌*, 26, 91-96.
- 一宮茂子（2011）. 生体肝移植をめぐる移植後の家族変容：ドナーインタビューの分析より. *Core Ethics*, 7, 1-10.
- 金丸 友（2014）. 思春期に糖尿病を診断された中高生のセルフマネジメントを高める看護援助に関する研究. *千葉看護学会会誌*, 19(2), 21-28.
- 金丸 友, 中村伸枝, 荒木暁子, 中村美和, 佐藤奈保, 小川純子, 遠藤数江, 村上寛子（2005）. 慢性疾患をもつ学童・思春期患者の自己管理およびそのとらえ方：質的研究meta-studyを用いて. *千葉看護学会会誌*, 11(1), 63-70.

- 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.
- Lind, R.C., de Vries, W., Keyzer-Dekker, C.M., Peeters, P.M., Verkade, H.J., Hoekstra-Weebers, J.E., van der Steeg, A.F., Hulscher, J.B. (2015). Health status and quality of life in adult biliary atresia patients surviving with their native livers. *European Journal of Pediatric Surgery*, 25(1), 60-65.
- 増山宏明, 伊川廣道, 桑原 強, 安井良僚, 押切貴博, 河野美幸, 岡島英明 (2011). 小児移植医療：最近の話題 胆道閉鎖症の生体肝移植時期. *小児外科*, 43(1), 59-63.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- 日本肝移植研究会 (2015). *肝移植症例登録報告*. 移植, 50(2・3), 156-169.
- 日本胆道閉鎖症研究会・胆道閉鎖症全国登録事務局 (2018). 胆道閉鎖症全国登録2016年集計結果. *日本小児外科学会雑誌*, 54(2), 307-313.
- 野川道子 (2005). Mishelの病気の不確かさ理論. 佐藤栄子 (編著), *中範囲理論入門* (pp.349-351). 名古屋：日総研出版.
- 櫻井育穂 (2016). 思春期・青年期の先天性心疾患患者とその親の成人型医療への移行に関する認識とその相違. *日本小児看護学会誌*, 25(3), 32-38.
- 田淵直也 (2009). *確率論的思考*. 14, 186-188, 東京：日本実業出版社.
- 高田一美, 藤原千恵子 (2013). 思春期の胆道閉鎖症患児の対処行動. *小児保健研究*, 72(6), 817-823.
- 高谷恭子, 中野綾美 (2010). 慢性状態にある思春期の子どもと親が辿る軌跡：共鳴する苦悩に生きる意味を見出す. *日本小児看護学会誌*, 19(1), 17-24.

[2019年6月12日受 付]
[2020年8月5日採用決定]

Examining How Adolescent and Young Adult Patients with Biliary Atresia Survive with Their Native Liver to Organize Their Daily Lives

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 73-85
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200805098>

Katsuhiro Hiratsuka, PhD, RN, PHN

Faculty of Human Science, Department of Nursing, Sophia University, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study outlined the process by which adolescent and young adult patients with biliary atresia survive with their native liver to stimulate interest in and organize their daily lives by themselves. **Methods:** Data were collected from interviews conducted with nine patients with biliary atresia and analyzed using the modified grounded theory approach. **Results:** The results of the interviews showed the following findings: The patients needed to stimulate interest in their current and future lifestyle choices, despite the uncertainty of their illness and treatment, while gaining experience in organizing their daily living activities. Furthermore, the status of the parent relationship is complicated by the possibility that a parent could become a living liver donor; therefore, the roles of reconfirmation of affection in the process were identified. **Conclusions:** The nurses were required to detect any delays in the study process and to introduce a probabilistic view and encourage patients to look at what they currently have control over, while overseeing the process.

Key words

biliary atresia, puberty, adolescent, self care, Modified Grounded Theory Approach

Correspondence: K. Hiratsuka. Email: k-hiratsuka@sophia.ac.jp

無床診療所で医療安全に取り組んでいる 看護師の安全文化： 無床診療所におけるエスノグラフィー

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 87-98
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200812105>

小林美雪¹, 小村三千代²

¹健康科学大学看護学部看護学科, ²鳥取看護大学看護学部

要 旨

目的：本研究は、無床診療所における看護師の安全文化を明らかにすることを目的とした。**方法：**研究デザインはエスノグラフィーを用いた。研究参加者は、地方都市の耳鼻咽喉科の看護師5名であった。**結果：**無床診療所の看護師の安全文化として8カテゴリと4テーマが見出された。〈流れを止めない手指擦式法と流れを止めてでもする石けん手洗い〉〈二人の目で確かめる〉からテーマ1「基本を守り続ける」が、〈柔軟性のある改善〉〈柔軟で前向きな姿勢〉からテーマ2「柔軟に改善し続ける」が、〈話しやすい関係〉〈共有されるミス〉からテーマ3「ミスを我がこととして受け止める」が、〈絶妙なフォロー〉〈一目でわかる黄色と白色のカード〉からテーマ4「互いの意図を読み取る」が抽出された。**結論：**無床診療所の看護師の安全文化の基本的仮定として、「安全を守る使命感」「安全を目指す志向性」「安全を支える相互信頼」「安全を高める暗黙の協調」が示唆された。

キーワード

無床診療所, 医療安全, 看護師, 安全文化, エスノグラフィー

責任著者：小林美雪. Email: m.kobayashi@kenkoudai.ac.jp

緒 言

近年、日本では医師の地域的偏在や不足、在院日数の短縮化等により、病院および有床診療所が急速に減少している。その一方で、無床診療所は2010年には約89,200施設であったが、7年後には約94,300施設と5,000施設も増加している（厚生労働省, 2018）。医院やクリニックといわれている無床診療所は、地域住民のかかりつけ医として、地域医療を支える重要な役割を担っているにもかかわらず、施設数の多さ等により行政機関の立入検査や事故報告体制の整備が十分にされていない（厚生労働省, 医療法第6条の12, 第25条）。また、第5次および第6次医療法改正における安全管理体制の法制化とそれに連動した診療報酬での安全管理体制整備の加算評価により、病院や有床診療所の医療安全確保が急速に進む一方で、無床診療所の安全管理体制は法的義務付けのみであり、地域包括ケアシステムの構築が課題となる現在の医療提供体制の中にあっても経済的な支援体制は整備されていない（厚生労働省, 2017）。

無床診療所における医療安全に関する調査では、看護師の点滴作り置きによる院内感染を原因とした患者死亡事故が報告されている（伊賀地域医療事案対策本部特別調査班,

2008）。報告書では、事故原因は、看護師が医療安全よりも業務の効率化を優先していたことによる不衛生な薬剤管理と結論づけられている。医療安全は個人が規則を遵守すれば確保できるものではなく、組織全体が継続した取り組みを行うことで初めて確保できる。そしてその取り組みの根底にあるのは、組織の安全文化である。文化とは、「ある特定の集団の思考や意思決定、パターン化された行為様式を支配する、学習され共有され伝承された価値観、信念、規範、生活様式」であり、力動的であると同時に粘り強く存続していくものである（Leininger, 1991/1995, p.40, p.51）。またSchein (1999/2004, pp.17-23) は、組織文化には、目に見える文物、標榜された価値観、さらにはそれらの価値観や行動の源泉として共有された暗黙の基本的仮定の3つのレベルがあるとしている。

福田・草間（2016）は、無床診療所で働く看護師の業務の実態を調査し、職場での情緒的な問題等で離職する看護師が多いこと、フルタイムで勤務する看護師の確保が困難であることを報告している。近年、地域医療連携が進行する中で、このような不安定な勤務環境に置かれている無床診療所の看護師に安全を第一と考える安全文化が形成されるのだろうかという危惧されるが、無床診療所の看護師の安

全への取り組みについての研究はほとんどされていない (pp.41-45)。

安全文化の研究においては、医療事故が発生した施設や不安定な勤務環境に置かれた看護師の省察的な振り返りから学ぶことも多くあるが、本研究では、無床診療所に従事している看護師が目標にしたいと思えるような先進的な取り組みを示し、安全文化の醸成への動機づけにつなげたいと考える。

本研究は、安全管理体制の未充足と法的規制に限界のある無床診療所において、医療安全を基本とした看護方針を掲げ、学会や看護雑誌で積極的に院内の医療安全の取り組みを公表して啓蒙活動を行っている無床診療所の看護師の思考や意思決定、共有されている価値観や信念、規範等の安全文化を、その場の看護師の言動を読み解くことにより明らかにしたいと考えた (木下, 2011)。

I. 研究目的

医療安全に取り組んでいる無床診療所の看護師の、共有された安全についての価値観や信念等の安全文化を明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、無床診療所で医療安全に取り組みながら看護に従事している看護師の安全文化を明らかにするためにエスノグラフィーを用いた。エスノグラフィーは、文化人類学や社会学の主要な方法論として、「生活世界のなかに埋め込まれ、当人さえ感知されないくらいその人の一部になっていることが多い」(箕浦, 1999) 文化について、人々が生活し実践する具体的な現場に調査者が入り込み、一定の期間かかわりを持って、そこで見つけた事象をその文脈も含めて理解し、理論化するアプローチとされている (波平, 2011, p.34)。

2. 研究参加者

地方都市の無床診療所である A 耳鼻咽喉科の看護師 5 名で、すべて女性であった (表 1)。勤務年数は 1 名 (6 ヶ月) を除き 23 年であり、開院当初から働いている。職位は、看護師長 1 名、看護師 1 名、准看護師 3 名であった。なお、フィールドとした無床診療所では、看護師と准看護師の業務内容に相違がなく、両者を区別して記述することが不自然であると考え、文中は看護師で統一した。

3. データ収集方法

参加観察法と面接法を用いた。参加観察法では、無床診療所内の雰囲気や看護師の行っている診察介助の方法、感染予防、安全確認行為、器械の使用および洗浄の方法、患者情報管理、スタッフ間のコミュニケーションの取り方、報告や相談方法等を観察した。具体的には、観察者として看護師から 2 ～ 3 m 離れた場所に立ち、看護師の言動を詳細に観察し、その場の現象における安全の意味を捉え、記憶が鮮明なその日のうちに時系列にフィールドノートに記録した。

面接法では、看護業務に関する看護師の考え方や思い、職場の人間関係等、観察した言動の意味づけと得られた情報の解釈等について、フォーマルおよびインフォーマル・インタビューを行った。フォーマル・インタビューは、診察の落ち着いた時間帯や昼の休憩時間に行い、属性の他、業務体制、職員同士の関係性、仕事の遣り甲斐、安全確保について気を付けていること、インシデント・アクシデントの予防と発生時の対処方法、安全についての価値観等について半構成的インタビューを行った。また、インフォーマル・インタビューは、安全の意味合いが含まれていると考えられる看護師の言動が観察された時、看護師が自らの言動を記憶しているうちに、その場で行ったり、あるいは業務が一段落した休憩時間内や業務終了後に同意を得て行ったりした。

データ収集期間は 13 ヶ月間であり、早出勤務の看護師が診療準備を始める様子から診療終了後の後片付け時まで観察を行った。そして、新たなデータが出なくなった時点で終わることにした。なお、観察は 102 時間 56 分、インタビューは 5 時間 4 分であった。

表 1 研究参加者

氏名 (仮名)	性別	年齢	勤務年数 (年)	職種
上川	女性	50 歳代前半	23	看護師 (看護師長)
清水	女性	30 歳代前半	6 ヶ月	看護師
大久保	女性	50 歳代前半	23	准看護師
海野	女性	50 歳代前半	23	准看護師
鳥井	女性	60 歳代後半	23	准看護師 (パート)

4. データ分析方法

フィールドワークおよびインタビューによるデータ収集と分析は並行して進めた。フィールドワーク後にはフィールドノーツに整理し、インタビュー後は逐語録を作成した。フィールドノーツは、研究テーマとの関連を意識しながら、看護師の思考や意思決定、共有されている価値観や信念等に関係すると考えられる言動とともに、研究者の印象や疑問に思ったことを記載した。

フィールドノーツと逐語録を繰り返し精読し、安全に関して看護師に何が起きているか、看護師の間に言語的あるいは非言語的に特別な働きかけがあるか、またそのことを看護師はどのように捉えているかを分析の主な視点として、特徴的な場面を抽出した。テーマ抽出にあたっては、看護師の語りの表現とその意味を損なわないように心がけた。

フィールドノーツ作成にあたっては、指導教員よりデータの取り方や解釈についてスーパービジョンを受けた。また、データの解釈については、必要に応じて研究参加者に確認した。

Ⅲ. 倫理的配慮

研究協力の依頼は、無床診療所の管理者である院長と看護師長に研究の趣旨に関して文書および口頭で説明し、書面で同意を得た。その後、看護師に文書と口頭で説明を行い、書面で同意を得た。研究への協力は自由意思であることや、同意後であっても撤回が可能であり、そのことにより業務上の不利益が生じないことを伝えた。また、患者に対しては、待合室に診察への研究者の参加および患者の個人情報の保護についての依頼文を掲示するとともに、診察開始前に、それぞれの患者に診察中の看護師とのかかわりを観察することについて口頭で了承を得たうえで参加観察を行った。

観察とインタビューは、看護師の業務に支障をきたさないように配慮した。そのため、参加観察開始後数日間、看護師に業務の妨げになっていないかを率直に確認したが、看護師からは「(研究者が) いることを忘れていました」, 「気になりません」との発言が得られた。さらに、観察時やインタビュー時に無床診療所内で患者等に突発的な緊急事態が生じた際には調査を中断し、協力した。フォーマル・インタビューは、内部の声が漏れない個室で行った。データは、看護師の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録およびフィールドノーツには個人が特定されないようにIDを用いた。PCへの保存時はパスワードを用い、データは研究室の鍵のかかる場所に保管した。研究結果を学会および学会誌へ公表することへの同意も得た。また、研究公表5年後にすべてのデータを破棄することを約束した。

なお、本研究は、東邦大学看護学部倫理審査委員会より承認を得た研究計画書に基づいて実施した(承認番号24026)。

Ⅳ. 結 果

無床診療所の看護の場

フィールドとした無床診療所は、開院23年という年月を物語る穏やかな佇まいを残した2階建ての建物であった。1階の壁はオフホワイトで統一され、待合室、受付、診察室、検査室、処置室があり、2階は会議室や看護師と事務員の休憩室があった。フィールドワークは主に1階で行った。1日の平均診療患者数は約150名であり、花粉症患者が多い季節には約300名が受診していた。

フィールドとした無床診療所のホームページには、看護師全員の顔写真とともに、「“より安全に”を基本に“より快適に”につながる看護を目指す」との看護方針が掲載され、この看護方針を達成するための重要な役割として、看護師が「看護ミーティング」と呼んでいる看護師だけの会議があった。看護ミーティングでは、業務役割や薬剤作成マニュアル、さらにはインシデントの分析や対策等、様々な看護業務の改善について話し合われていた。看護師長は看護ミーティングについて、「みんな本音トークなんです。本音でぶつかるので問題も早く見つけやすいし、それでみんな根に持たないですね。私にはもう本当に宝なんです」と話していた。看護ミーティングは、出された議題について本音で話し合い、問題が早期に発見できる場としてあり、そこで決まったことを全員で実行することにより、「“より安全に”を基本に”より快適に”につながる看護を目指す」ことができていた。

看護師への参加観察とインタビューから、無床診療所で医療安全に取り組みながら看護に従事している看護師の安全文化として、カテゴリー8、テーマ4が抽出された(表2)。

テーマは、1. 基本を守り続ける、2. 柔軟に改善し続ける、3. ミスを我がこととして受け止める、4. 互いの意図を読み取る、であった。なお、氏名は仮名を用い、カテゴリーは〈 〉で、看護師の語りは斜体で示した。

1. 基本を守り続ける

ここでは、〈流れを止めない手指擦式法と流れを止めてでもする石けん手洗い〉, 〈二人の目で確かめる〉の2カテゴリーが抽出された。

(1) 流れを止めない手指擦式法と流れを止めてでもする石けん手洗い

大久保看護師(仮名, 女性, 50歳代前半, 勤務23年)は、

表2 無床診療所の看護師の安全文化

テーマ	カテゴリー
基本を守り続ける	・流れを止めない手指擦式法と流れを止めてでもする石けん手洗い ・二人の目で確かめる
柔軟に改善し続ける	・柔軟性のある改善 ・柔軟で前向きな姿勢
ミスを我がこととして受け止める	・話しやすい関係 ・共有されるミス
互いの意図を読み取る	・絶妙なフォロー ・一目でわかる黄色と白色のカード

吸入を終えた高齢の男性患者を廊下まで見送った後、泣き叫んでいる幼児がいる診察室に向かった。そして診察台に置かれたアルコール製剤のノズルを上から押さえ、手のひらに消毒液を受け止めて両手を擦り合わせた後、幼児の後頭部を両手で軽く押さえた。大久保看護師に、アルコールで手指消毒をした理由を尋ねると、

（患者さんを）ちょっと押さえるだけとか、手指が汚染されない場合は、アルコールの手指消毒でいきますねと話した。

それは大久保看護師が、患者の衣服や頭に軽く触れるだけでは看護師の手指が明らかに患者の血液や体液等で汚染されないと考えたからであった。アルコールでの手指消毒は、ワンプッシュで擦るだけという簡便な方法で消毒効果が得られる手指擦式法であり、看護師の手指が明らかに患者の血液や体液等で汚染されていない場合に必ず行う手指衛生の方法として、連続する診察介助の流れを止めることなく行われていた。

しかし、看護師は、診察の流れを止めてでも石けんと流水で手洗いを行うことがあった。

大久保看護師がカルテをパラパラめくっていると、小さな問診票が床に落ちた。その時ちょうど通りかかった海野看護師（仮名、女性、50歳代前半、勤務23年）がそれを素手で拾い、大久保看護師に渡した。海野看護師は問診票を渡した後、洗い場に行き、泡タイプの石けんと流水で手洗いを行って診察の介助についた。海野看護師に、なぜ石けんと流水で手を洗ったのかと聞くと、

落ちたものに触ったので、手は必ず石けんで洗います。

床は不潔と考えていますから、そのまま次には行けませんときっぱりとした口調で語った。

看護師はどんなに急いでいる時であっても、不潔であると認識しているものに触れた時には、診察介助の流れを一旦止めてでも洗い場に行き、手洗いを行った。それは、不潔なものに触れて汚染された手では次の患者の診察介助に入ることはできない、と考えていたからであった。看護師は診察の流れを考慮しながらも感染防止についての基本を

忠実に守り、患者の安全確保を優先していた。

（2）二人の目で確かめる

大久保看護師は薬剤用の冷蔵庫を開け、200 ml程の容量のガラス製の薬瓶を取り出した。そして、「業務手順」ファイルを開き、ステロイド薬と生理食塩水を薬剤棚から取り出して、近くにいた海野看護師に声をかけた。大久保看護師は薬液を吸い上げた注射器を見せながら、「8 mgでいいな」と海野看護師に聞いた。海野看護師は注射器と業務手順の記載を指差しで確認し、「8 mg, オーケー」と返した。大久保看護師になぜ海野看護師を呼んで確認したのかと聞くと、

前はよく1人でしていたんです。でも、いつもしていると思い込みでやってしまうことってありますよね。だから2人の目で見れば確実ですね。間違えたことはないけど間違えるといけませんから

と話した。

看護師は吸入薬が無くなる頃になると、診察の準備時間を利用して、「業務手順」と書かれたファイルを開き、看護師2人の目で確認し、薬剤を調合した。看護師は、これまで薬剤を間違えたことはなかったが、ダブルチェックを行うことで誤薬を未然に防いでいた。

しかし、受診患者の多い診療所において、診察中には2人で薬剤を確認することは難しかった。清水看護師（仮名、女性、30歳代前半、勤務6ヶ月）は点滴指示が書かれたカルテを見ながら薬剤集計帳を開き、患者氏名と使用数2、残数11と記入した。それから、「13から2つ取ったから残り11」と声を出して繰り返し、点滴を作り始めた。なぜこのような点滴準備の方法をするのかと聞くと、清水看護師は、

ここでは先に残薬を見るんです。こうするといくつ残ればいいのか先にわかるので、取り出す時に数えやすいです。外来日誌にも書きますし。あとでまた係の方が確認してくれます。わかりやすい仕方だと思います

と話した。

清水看護師が1人で確認した薬剤を、午後の診察前に大

久保看護師が外来日誌と薬剤集計表を見比べてチェックしていた。看護師は、無理なく確実に行える声出し確認と時間差によるダブルチェックの方法を実践していた。

2. 柔軟に改善し続ける

ここでは、〈柔軟性のある改善〉、〈柔軟で前向きな姿勢〉の2カテゴリーが抽出された。

(1) 柔軟性のある改善

処置室にある薬剤用冷蔵庫には、ピンクの付箋に黒字でトリクロと書かれたトリクロール酢酸液の入った青いガラス瓶が、その隣には鼓膜麻酔液と書かれた茶色のガラス瓶が入っていた。薬剤用冷蔵庫を開けた海野看護師に薬剤瓶の色分けについて聞くと、

前はトリクロも（鼓膜麻酔液と同じ）茶色い瓶だったんですけど、トリクロはブルーの瓶にして、色を変えといったら間違わんかなあという感じで。付箋はトリクロをここに間違わんように入れておくように、ピンクっていう決めはないんですけどパッと見てわかるように。今まで間違えたことはないと思うんですけど、間違えやすいので間違えるといけないので

と話した。

さらにこの4日後には、薬剤用冷蔵庫のトリクロール酢酸液は、丸い凹みのついた容器に入れられて青い付箋が貼られていた。また、鼓膜麻酔液の茶色のガラス瓶も丸い凹みのついた容器に収納されていた。薬剤用冷蔵庫のトリクロール酢酸液の入れ方や付箋の色を変えたことについて大久保看護師に聞くと、

これはですね。間違えて入れるといけないから、きちっとこう分けましょと、ここでみんなで話して。入れる場所にも青の付箋をつけて、トリクロは青い瓶なので色を合わせたんです。鼓膜麻酔液はトリクロの（入っている）穴に入らないんです。入らないようにしたんです。色分けして場所も変えると、非常にわかりやすくて、間違えるおそれも無いし、やっぱりいいですね

と話した。

トリクロール酢酸液は、鼓膜麻酔液とともに度々治療に使われていた。そのため、薬剤用冷蔵庫内の取り出しやすい位置に置かれ、これまでも看護師たちは取り間違えない工夫を行っていた。しかし、看護師はさらに取り出した薬剤を間違った場所に戻せないように、穴の大きさを瓶に合わせ、付箋の色も合わせて気づきやすくするという改善を行っていた。

看護師は、毎日の診察の介助において、慎重に行わないと患者の安全が確保できない薬剤用冷蔵庫の薬剤収納などについて、全員で繰り返し話し合い、その時最も安全と思える方法を追求し、直ちに実行に移していた。看護師は、

薬剤の収納を柔軟に安全な方法に変えていた。

(2) 柔軟で前向きな姿勢

上川看護師長（仮名、女性、50歳代前半、勤務23年）は、ファイバースコープによる検査のため医師が患者の鼻腔に局所麻酔用のキシロカインガーゼを挿入した後、使用した吸引管と耳鼻科用鑷子を患者の名前が書かれたペーパータオルに載せて、診察台の器材の収納トレイの脇に取り置いた。そして、患者のファイバースコープの検査が始まると、先程ペーパータオルの上に取り置いた吸引管を吸引チューブに接続し、耳鼻科用鑷子とともに医師に渡した。

ある日医師から、「ファイバー（スコープ）待ちの患者に使う器械を診察台の端のペーパータオルの上に置いているが、ユニット（診察台）上を移動するため不潔です。（清潔な器械が収納してある）ユニット内に落下させることも時々あるので膿盆などの容器に入れてはどうか」という意見があった。そしてそのことが、看護師全員で共有する外来日誌に書かれていた。このことについて上川看護師長の考えを聞くと、

この方法は私たちにはずっと便利な方法で、介助する人が（途中で）代わってもわかりやすかったけれど、視点を変えてみると、ユニット（診察台）の上を不潔な器械が通るし、（清潔な器械の入っている）窪みの中に落ちることもあるから不潔だなあと思うし。いま私が考えているのは、その度に新しいものを使うようにしたらどうかということです。でも変えるのはすぐできるけれど、今の方法はいい方法なので、これに関してはみんなで話し合いたいと思うので、全体会議に出して考えてもらいます

と話した。

看護師長はこれまで長年行ってきた診察の介助方法を1人の意見で変えるのではなく、医師も含めた全体会議に提案することとした。そして、全体会議で安全を最優先することが決まり、翌日から看護師は診察の度に清潔な器械を医師に渡していた。看護師は、改善した方法で統一され、清潔なトレイに落とす恐れがなくなったことを、楽になったと喜んでいた。

このように、患者にとって今よりさらに感染リスクの少ない診察介助の方法にしていこうという看護師の柔軟で前向きな姿勢があったことにより、看護師の心理的な負担も軽減されていた。

3. ミスを我がこととして受け止める

ここでは、〈話しやすい関係〉、〈共有されるミス〉の2カテゴリーが抽出された。

(1) 話しやすい関係

午後からの診察準備を始めた時、鳥井看護師（仮名、女

性、60歳代前半、勤務23年）は診察室のインキュベーター（薬液を一定の温度で保温する器械）の前で立ち止まり、その中から5 cm程の大きさの点耳薬の容器を取り出した。そして、大久保看護師に、「あのなあ、これを入れてなかった」と、薬剤用の冷蔵庫を指差しながら話しかけた。大久保看護師は「ごめん、忘れとった。しなかったな」と謝った。鳥井看護師に、今の話はということなのかと尋ねると、

このブロー液とベストロン点耳薬（いずれも耳鼻科用消炎薬）は、昼間の休憩に行く時にインキュベーターから出して、冷蔵庫に入れておくんですが、今日はそれが大さんの係だったんです。それをしてなかったので言いました。こういうことは言って、それでみんなで気を付けますね

と話した。

耳鼻科用の点耳薬には、保存方法と使用時の扱い方が異なっているものがあつた。この2つの薬剤はともに冷所保存薬であつたが、点耳する時には患者のめまいを予防するために、人肌に温めて使用する薬剤であつた。そのため、診察中は患者を待たせないで使用できるよう保温用の器械に入れておき、診察以外の時間は冷蔵庫保存することが看護師間で決められていた。

しかし、この日にこの係になっていた大久保看護師は、午前中の診察が終わり診察台の器械の片付けを行う際に、インキュベーターから冷蔵庫へ薬剤を移し忘れてしまった。それを鳥井看護師が見つけ、その場で大久保看護師に声をかけたのだつた。このような間違いを伝え合うことは、他の看護師が周りにいても行われた。看護師は、間違いを曖昧にすることなく、発見した時点で伝え合い、原因を明らかにし、みんなで話し合っていた。それは、看護師長が「みんな本音トークなんですよ」と語った看護ミーティングの場などで、普段から互いに話しやすい関係にあつたからといえる。

（2）共有されるミス

午前中の診察が終了し器械を片付け始めた時、上川看護師長と大久保看護師、海野看護師と清水看護師が処置室に集まり、聴力検査表2枚を見比べていた。それは清水看護師と大久保看護師が同じ患者に行った検査だったが、その結果は異なっており、清水看護師の行った検査の結果が間違いであることは明らかだつた。1分程沈黙が続き、海野看護師が「患者さん、疲れちゃつたのかなあ」と言った。すると清水看護師が、「私が思うような（検査の）値が出なかったから時間がかかって、患者さんが疲れて（検査に）集中できなくなったかもしれないです」と小声で答えた。

そこで大久保看護師が、「疲れたんだろうね」と清水看

護師を労わるように優しい声で言った。そして、上川看護師長が「そうかもしれないあ、課題は時間がかかりすぎたことやなあ」とみんなの意見をまとめ、看護師たちは片付けに戻った。大久保看護師に、なぜみんなで集まったのかを聞くと、

午前中に先生から、診察前に清水ちゃんがした患者さんの（聴力検査の）値がおかしいので、もう一度測定するように言われて、私がしたんです。さっき4人（の看護師）で話した時も、患者さんが疲れていたからということになったけど。でも、（診察前にした清水看護師を）責めるんじゃないくて。こういうことは誰にでもあるし、誰が起こすかわからんことだから、いつ自分がミスするかもしれないですしね。これから鳥さんたちも入って振り返りをします。意見出し合ってどういうふうにしたらいいか考えます

と話した。

患者の聴力検査は、医師の指示により診察前の看護師の業務として行われていた。この日の午前中、清水看護師が診察前に行った患者の聴力検査のデータが医師の診察結果と大きく異なっていたので、大久保看護師が再度検査を行った。そして、大久保看護師が行った再検査のデータは診察を裏付ける結果であつたので、それにより診断が確定し、患者の治療が行われた。

看護師は、聴力検査のミスを検査のやり直しだけで済まされなかつた。午前中の診察が一区切りつくとすぐに、その日勤務していた全看護師が集まって話し合い、原因を振り返った。その話し合いでは、検査時間の延長による患者の疲労は看護師の検査技術の未熟さが原因であること、聴力検査は長年行っているでも難しい検査であること、新人看護師でなくてもミスを起こす可能性があることが出された。

看護師は、個人的ミスと思われるような内容でも、安全を守るという強い思いから話題に出し、ミスを共有していた。それは看護師がミスは誰でも起こし得ることを認識し、ミスを我がこととして受け止めていたからである。

4. 互いの意図を読み取る

ここでは、〈絶妙なフォロー〉、〈一目でわかる黄色と白色のカード〉の2カテゴリーが抽出された。

（1）絶妙なフォロー

鼻出血の患者の止血処置を介助していた清水看護師は、硝酸銀液の小瓶の蓋を開け、綿棒を薬液に浸して医師に渡した。その時、駆けつけた大久保看護師は、清水看護師の右脇の下に素早く右手を伸ばし、清水看護師が医師に一定のリズムで渡せるように、渡す間合いを計りながら、次から次に綿棒を1本ずつ硝酸銀液の小瓶に入れた。清水看護師は、小瓶に入れられ硝酸銀液の付いた綿棒を、差し出し

た医師の右手に渡した。この動きを3度繰り返し、鼻出血は止まった。この間看護師は、互いに一言も言葉を交わすことはなかった。

大久保看護師に、診察を介助している清水看護師を補助する動きには何か決まりがあるのかを聞くと、

あっち（処置室）で聞いていて、やっぱりなんかうまく介助しに行くというか。こういう時はこうしますということがみんなわかっているので、なんかうまくアシストし合うっていうか。わからんけど普通の流れになっていきますね

と話した。

処置室から駆けつけた大久保看護師は、診察を介助していた清水看護師が止血処置のため硝酸銀液に浸した1本目の綿棒を医師に渡すのを見て、硝酸銀液付きの綿棒をさらに使うことを予測した。そして大久保看護師は、清水看護師が医師を待たすことなく次の綿棒が渡せるように、清水看護師の動きを妨げない動作で、タイミングを計りながら硝酸銀液の小瓶に新しい綿棒を入れた。そのため、清水看護師は医師を待たせることなく、硝酸銀液のついた綿棒を渡すことができた。

看護師は、長年処置や検査を繰り返し行ってきた経験から、互いをフォローする動きを身につけていた。そのため、駆けつけるやいなや、考えるより先に絶妙のタイミングで身体が介助中の看護師と連動し、リズムを作り出すことができた。そしてそれは、「なんかうまくアシストし合う」と看護師が話しているように、言葉で言い表せないほど自然で滑らかな動きであった。看護師が互いに言葉を交わすことなく診察介助のリズムを作り出すことにより、鼻出血のような緊急時の処置が停滞することなく安全に行えた。

このようなフォローはいくつもの処置時に繰り返し観察され、鳥井看護師はそれについて、「いつも目で見たり耳で聞いているのでなんとなくわかるし、目で話ができるので言葉を交わさなくても介助できます」と述べた。

看護師は常に医師や他の看護師の声、診察の物音を聞き分け、診察の状況を予測し、介助している看護師の手の動きや目配せによりその意図を読み取り、瞬時に互いに連動した。そのため言葉を交わす必要はなく、処置や検査の介助が絶妙なフォローでリズムよく安全に進行した。

（2）一目でわかる黄色と白色のカード

清水看護師は、急性喉頭炎の患者の点滴を開始すると、カルテを処置室の戸棚に置いた。カルテの表紙には〈点滴中〉や〈点滴後診察〉、〈明日㊥〉と書かれたカードが挟んであった。それは白い色をしたカードで、名刺の3分の1ほどの大きさをしており、裏にはゼムクリップが付いていた。清水看護師は患者の点滴が終了した時、カルテの表

紙から〈点滴中〉と記載されたカードを外した。清水看護師に、なぜこれらの白いカードをカルテに挟んでおくのか尋ねると、

これは、パッと見た時に担当じゃない看護師でもわかるように。点滴が終わった後、（患者さんが）帰ってしまったら困るんで。（〈点滴後診察〉は）点滴が終わってから診察があるなとわかり、明日も点滴があるのでそれで〈明日㊥〉が挟んであるんです。〈点滴中〉は、今点滴をしますよって、どの看護師が見てもわかるようにですと話した。

白いカードは、担当看護師だけでなく他の看護師もそのカードを見ることによって、患者がいま何をしているのか、これから何をするのかが一目でわかるものであった。〈点滴中〉のカードを見ると、看護師は何度か点滴中の患者の様子を観察しに行き、点滴が終了するとタイムリーに抜針していた。また、〈点滴後診察〉のカードが挟んであると、看護師は点滴が終わって帰ろうとする患者を呼び止め、診察室に案内した。またこれ以外にも、聴力検査の順番を待っていることを示す〈聴検待ち〉や、鼓膜切開後の観察が必要であることがわかる〈鼓膜切開後〉等の白いカードが挟んであるカルテも見られた。

この診療所では毎日約150名の患者が受診するため、1人の患者に対して1人の看護師がずっと付き添うことは難しく、また担当看護師が替わる度に直接伝え合うのは煩雑なことであった。しかし、白いカードがカルテの表紙に挟んであることにより、患者に行われるべき検査や処置について、すべての看護師が医師の指示通りに実施できていた。それは、カルテの表紙に挟んである白いカードに、医師の指示がポイントを押さえた短い言葉で記されていたため、担当看護師が替わってもカードを目で追うだけで瞬時に理解し、指示を受け継ぐことができたからであった。

また、表紙に黄色のカードが付けられたカルテもあった。「順調に経過しています。飲み薬がなくなる頃にもう一度いらしてください」と医師が高齢の患者に話しかけるのを聞いていた海野看護師は、《お薬切れる頃再診》と書かれた黄色のカードをカードケースから取り出し、事務員に渡した。事務員はその黄色のカードをカルテの表紙にゼムクリップで留め、そこを通りかかった大久保看護師に渡した。すると大久保看護師は、カルテの表紙に留めてある黄色のカードを見て、「お薬が出ています。お薬を飲み終わる頃また来ていただいてよろしいですか」と患者に話した。患者はうなずきながら「はい」と答え、受付に向かった。なぜ、カルテを渡されただけで患者に次の受診について話せたのか大久保看護師に尋ねると、

カルテの表紙を見たらわかります、黄色のカードに書いてありますから。（カードを作成する前は）先生が患者

さんに（再診日を）説明しても、患者さんが忘れてしまつて、先生にもう一度確認することが多かったんです。薬のことは覚えていても、いつ来るかのようなことは覚えていない人が多いですね。このカードを作成したら、それがなくなりました

と話した。

診療所を受診する患者の中には高齢者も多く、1人で来院する人もよく見かけられた。そのような患者にとって、医師から説明された薬の名前や内服方法は、薬袋にも書いてあるので見ればわかり、飲み忘れることはなかったが、次の来院日を覚えていることは難しかった。カルテの表紙に留められた黄色のカードは、患者が次の来院日を忘れないようにするにはどうすればよいのか、看護師が患者とのやりとりから考え、編み出したものであった。そのため看護師は、患者によって異なる再診日に対応できるいくつかの黄色のカードを作成し、それをカルテの表紙に留めておくことにより、指示を受けた看護師でなくてもカルテの表紙を一目見るだけで患者の再診日を確認し、患者に伝えることができるようにしていた。

カルテの表紙に付けられた白色と黄色のカードは、看護師が医師の指示を自分以外の看護師に確実に受け継ぐことができる情報伝達のツールとしてあった。それは、1つ1つのカードがどのような形や色だと間違いなく受け継ぐことができるか、またどこに留めておくか確実に伝えられるかについて、看護師全員が一目でわかるように考え抜かれ、編み出されたからであった。

フィールドとした無床診療所は開院から23年の時を経て、落ち着いた雰囲気漂わせていた。また、看護師も囁くような静かな言葉使いや無駄のない動きで業務を行っており、院内の空気はいつも穏やかだった。診療所を受診する患者は乳幼児から高齢者まで幅広い年齢に及び、また診察では様々な器械が使用され、侵襲的な治療や処置が数多く行われていた。

看護師は、次々に診察台に座る患者への看護や治療が安全に行われるように、手指衛生や薬剤確認の基本的な方法を正確に行っていた。また、看護師は言葉を交わすことなく互いの意図を読み取り、絶妙なフォローを行うことで、受診患者数が集中し増加した時であっても、安全な治療を支えるチームとしての看護を実践していた。さらに看護師は、業務の中で生じる不具合や予測される危険を素早くキャッチし、みんなで柔軟に改善し続け、ミスは我がこととして共有し看護業務に活かすという、前向きな再発予防の方策を共有していた。患者の安全を確保するこのような姿勢は、すべての看護師に共有され、浸透し、医療と看護の質を維持し向上させ続けていた。

V. 考 察

無床診療所で医療安全に取り組んでいる看護師により形成されている安全文化は、看護師の日常的な看護行為における現象の観察や語りから抽出された。ここではさらに、看護師の安全文化の基本的仮定として、1. 安全を守る使命感、2. 安全を目指す志向性、3. 安全を支える相互信頼、そして、4. 安全を高める暗黙の協調について考察する。

1. 安全を守る使命感

看護師は、患者や物にちょっと触れただけの時はアルコール製剤による手指擦式法を行い、床や鼻汁等に触れた時は洗い場まで行って石けんと流水での手洗いをを行うというように方法を使い分け、手指衛生を行わないで次の業務に移ることはなかった。看護師の、何かに触れたあとは「そのまま次（の業務）には行けません」というきっぱりとした口調に表れていたように、忙しい業務の中にあっても、常に安全を最優先にするのを当たり前のこととして実践していた。

医療安全の基本である手指衛生は、感染予防効果のエビデンスが確立されているにもかかわらず、遵守率の低さが課題とされ（遠川・高島・石井, 2013, pp.83-86; 綿貫・嶋田・五十嵐, 2014, pp.173-176）、その要因として、多忙時の業務の優先（三浦・藤原・笹尾・高須, 2013, pp.39-44）、手洗い場が遠い（牧野・中村・山崎・北島, 2012, pp.1-8）、手洗いの正しい手技を知らない（遠川ほか, 2013）等があるとされている。

しかし、この無床診療所の看護師は、多忙な中で侵襲性を要する治療が行われる状況であっても、患者の安全を守る強い使命感を持っていたため、手指衛生の方法に見られるように、安全の基本的な方法を頑なに遵守し、それを習慣としていた。吉田（2006）は、組織の安全性を高めるためには、愚直なる頑固さで規則を守り、それを誇りに感じる職場風土が重要であると述べている（p.24）。看護師全員が積極的に安全な医療を求め、決められたことを忠実に実行習慣化することにより、安全は維持される。1人でも規則を逸脱すると、そこから安全の糸はほぐれて隙間が生じ、事故につながる。無床診療所の看護師の安全文化は、患者の安全を守る強い使命感から形成されていた。そして、この使命感が看護師の誇りであると考えられた。

2. 安全を目指す志向性

看護師は、冷蔵庫内の薬剤収納や診察の介助方法のように、長年慣れ親しんだ方法であっても、安全のためには変更を厭わないという柔軟な思考を共有していた。例えば、

今よりさらに間違わないように冷蔵庫内の薬剤収納のレイアウトや表示ラベルの色までも、看護師は改善を繰り返していた。そのため、看護師は、忙しく動きながらも今よりさらに安全な方法にしようと思いを巡らせ続け、きっかけがあるとそれをチャンスと捉え、全員で直ちに改善に取り組んでいた。

Barraclough & Carnino (1998) は、安全文化が最も進化した組織では、安全性はダイナミックかつ絶え間なく改善されるものとしてメンバーに認識され、誰もが安全のために貢献するので、進歩は決してとどまることはないと述べている (pp.27-30)。

無床診療所での看護師の安全への取り組みは、事故が生じない状況を整えていてもそれに満足することなく、その時において最善で最良の方法を創意工夫し、さらに進化させていた。

このように、この無床診療所の看護師の安全文化の大きな特徴は、安全への自律的で柔軟な思考の共有による、より高いレベルの安全を目指す志向性を有していたことだと考えることができる。

3. 安全を支える相互信頼

フィールドとした無床診療所の看護師は、安全な業務が行える熟練した看護師集団であったが、業務を行う中で、時としてうっかりしてしまったり、思うようにいかないこともあった。そのような時、看護師らは曖昧にすることなく伝え合い、業務に支障をきたさないようにしていた。それは看護師が、看護師長が「宝なんです」と語った看護ミーティングのような本音で意見を言い合える場を持ち、互いに話しやすい関係を形成しており、誰かが起こしたミスでも共有して患者の安全を守るという強い信念があるからと考えられた。

WHO 患者安全カリキュラムガイド多職種版2011 (2011/2012) においても、医療チーム内での意見の不一致や対立を解決するためには、チームメンバーが自身の懸念を表明できる心理的安全性 (psychological safety) を確保できるチーム環境が重要であるとしている (p.137)。この無床診療所の看護師は、より安全で快適な医療や看護を患者に提供するという究極の看護方針 (信念・価値観) を共有していたので、誰もが上下関係なく安心して間違いを言い合え、さらなる安全のために自らの看護に活かす職場環境を作り出していた。

4. 安全を高める暗黙の協調

止血処置やファイバー検査の介助を1人でしている看護師に対して、隣の診察室や少し離れた処置室にいた看護師がいつの間にか駆けつけ、介助していた看護師と言葉を交

わすことなく意図を読み取り、絶妙なフォローに入っていた。このような光景は診察の間中、様々な場面で繰り返し見られた。そのため侵襲的な検査や処置が多い中、患者の診察は流れるように静かにかつ安全に進んでいた。看護師はこのようなフォローの動きを、「なんかうまく介助しに行くというか」とか、「目で話ができるっていうか」と表現していた。

山口 (2010) は、成熟期に入ったチームでは、互いに仕事の流れを考慮しつつ他のメンバーの思考や行動を推察して、逐一コミュニケーションを交わさなくても業務を遂行できると述べている (p.4)。また、チームは暗黙の協調が備わることで、相対的にワークロード (仕事負荷) が軽減され、チームパフォーマンスが向上する (Rico, Sanches-Manzanares, Gil, & Gibson, 2008, p.170)。1日150名にも及ぶ患者に5名の看護師で安全を最優先して対応できたのは、看護師間の暗黙の協調があったからと考えられる。

以上が、無床診療所の看護師の「より安全に」を基本に「より快適に」につながる看護の、基本的仮定としてあった。

5. 安全文化の醸成への示唆

医療安全に取り組んでいる無床診療所の看護師により形成されていた安全文化を明らかにした本研究の成果は、無床診療所という場で安全上の課題に向き合う多くの看護師および看護師チームに、良好な安全文化の醸成のための示唆を提供できると考える。

看護師の安全文化は医療事故を生み出す組織を観察することからも明らかにできるが、それは省察的な振り返りとなる。本来、文化 (culture) は「耕す」が語源であり、発展的な意味合いを持つ。本研究のフィールドである無床診療所のように、高いレベルの安全を志向し遂行する看護師の安全文化を記述し公表することは、今後の無床診療所の安全文化の形成に寄与すると考える。以下、本研究における安全文化の醸成への示唆を述べる。

(1) 「安全を守る強い使命感」の重要性

行政の安全管理指導を受ける機会が少ない無床診療所では、看護師1人ひとりが強い使命感を持って安全の原則を忠実に遵守することにより、初めて患者の安全が確保できる。特に、患者安全の基本である感染予防においては、手指衛生の知識と技術としての手洗い方法が、すべての看護師に習慣として浸透し行動化されることにより、感染対策がその診療所の安全文化の基本として定着する。さらにそれは感染予防に止まることなく、看護業務全般における安全への取り組みにつながる と考える。

(2) 「より高いレベルの安全を目指す志向性」の獲得

看護師自らが、自律した行為として安全を意識し業務に

あたることにより、日常的に使用する様々なものや方法に隠されていたリスクを発見し、改善の取り組みにつながる事が結果で示された。柔軟に改善を繰り返す看護師に共通した高いレベルの安全を目指す志向性が、無床診療所の安全文化を成熟させ、看護や医療の質を向上させている。昨日より今日、今日より明日と、日々の地道な取り組みにより医療の安全と質が高まることを実感することで、看護師の安全への取り組みはさらに動機づけられる。このような看護師の安全への取り組みの好循環が看護チームに定着することにより、止まるところを知らない自律的な営みとしての柔軟で強固な安全文化が形成できると考える。

(3)「チームパフォーマンスを高める暗黙の協調」が行える関係の形成

看護師が互いに目配せや合図、それに仕草で理解し合える協調関係を形成することで、看護師のチームパフォーマンスが向上し、患者数が増加しても効率よく安全な業務を行えることが結果で示されている。このようなチームを形成している看護師は、絶え間なく変化する診察や治療の状況を的確に判断し予測することにより、絶妙なタイミングでフォローし合うことができていた。この高いレベルでの暗黙の協調は、看護師たちが20年を超える長い年月、ともに業務を行い、思考や価値観を共有し、安全文化を醸成させる過程で行えるようになったと考える。一般的に無床診療所の看護職員の構成は年齢も経験年数も異なるため、看護師がチームとして安全文化を形成するための思考や価値観を共有するには時間を要すると考えられる。しかし、日々繰り返される看護業務において、看護師全員がチームとして粘り強く安全への取り組みを継続することにより、暗黙の協調が自然と行えるようになり、チームパフォーマンスが向上すると考える。

(4)「看護師の安全を支える相互信頼」の形成

無床診療所という小規模組織において、看護師が自律した安全な看護業務を実践するためには、院内の人間関係が良好であることが重要な要素となる。看護師が患者の安全を守り、看護および医療の質を向上させるためには、看護師の安全意識の向上とともに、互いの技術を認め合い、信頼し、支え合える良好な関係の構築が重要である。

6. 研究の限界と今後の課題

本研究はこれまで知られることのなかった無床診療所の看護師の生き活きとした安全文化の躍動を捉え、積極的に医療安全に取り組んでいる無床診療所の看護師の安全文化をひとつのモデルとして示した。しかし、研究対象とした無床診療所が1施設、1診療科であることが本研究の限界である。今後は、看護師の安全文化をさらに深く知るために、診療科数の多い施設での調査および看護師の文化と無

床診療所の組織文化との関係について、さらには無床診療所の看護師の安全文化の歴史的な形成過程についての研究を行い、看護師の安全における価値観や信念に表れた意味を深く考察する必要がある。

VI. 結 論

無床診療所の看護師が共有していた安全文化として、カテゴリ8とテーマ4が抽出された。〈流れを止めない手指擦式法と流れを止めてでもする石けん手洗い〉と〈二人の目で確かめる〉からは、テーマ1「基本を守り続ける」が、〈柔軟性のある改善〉と〈柔軟で前向きな姿勢〉からは、テーマ2「柔軟に改善し続ける」が抽出された。また、〈話しやすい関係〉〈共有されるミス〉からは、テーマ3「ミスを我がこととして受け止める」が、〈絶妙なフォロー〉と〈一目でわかる黄色と白色のカード〉からは、テーマ4「互いの意図を読み取る」が抽出された。

さらに、これらのカテゴリーおよびテーマから、無床診療所の看護師の安全文化の基本的仮定として、「安全を守る使命感」「安全を目指す志向性」「安全を支える相互信頼」「安全を高める暗黙の協調」が見出された。

謝辞

本研究を行うにあたり、フィールドワークを快諾してくださいました耳鼻咽喉科の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は、東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士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。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP23593159の助成を受けて実施した研究の一部に加筆・修正したものである。

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。

文 献

- Barracough, I., Carnino, A. (1998). Safety culture. Keys for sustaining progress. *IAEA Bulletin*, 40(2), 27-30.
- 福田淑江, 草間朋子 (2016). 無床診療所における看護職の業務に関する実態調査報告：潜在看護職の再就業にあたっての研修のあり方を検討するための基礎資料として. *日本医事新報*,

- 4816, 41-45.
- 伊賀地域医療事案対策本部特別調査班 (2008). 伊賀保健所管内の医療機関で発生した事案についての調査報告書. 2-4.
- 木下房美 (2011). 診療所の事例 スタッフ全員参加の会議で医療安全体制を整備. 特集1. 中小医療機関の医療安全研修. 看護: 日本看護協会機関誌, 63(2), 47-50.
- 厚生労働省 (2017). 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. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000187616.pdf> (2019年8月9日参照)
- 厚生労働省 (2018). 平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況: 結果の概要 I 医療施設調査 1 施設数 (1) 施設の種類別にみた施設数 表1. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/02sisetu29-1.pdf> (2019年8月9日参照)
- 厚生労働省. 医療法(昭和二十三年七月三十日法律第二百五号). https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=800900000&dataType=08pageNo=1 (2019年8月9日参照)
- Leininger, M.M. (1991)/稲岡文昭監訳 (1995). レイニンガー看護論: 文化ケアの多様性と普遍性. (p.40, p.51). 東京: 医学書院.
- 牧野綾子, 中村佳代, 山崎泰美, 北島多津子 (2012). 擦式アルコール製剤を使用した手指衛生の遵守向上への取り組み. 新潟県立がんセンター新潟病院看護部看護研究, 1-8.
- 箕浦康子 (1999). フィールドワークの技法と実際: マイクロ・エスノグラフィー入門. 2. 京都: ミネルヴァ書房.
- 三浦ちやき, 藤原厚子, 笹尾みゆき, 高須由江 (2013). 外来看護師における擦式消毒剤処置前遵守に向けた取り組み: 看護師はどのように考えて擦式消毒剤を使用しないのかを明らかにする それを基に, 擦式消毒剤が使用されない要因を検討する. 西尾市民病院紀要, 24(1), 39-44.
- 波平恵美子 (2011). 文化人類学カレッジ版. 34. 東京: 医学書院.
- Rico, R., Sanches-Manzanares, M., Gil, F., Gibson, C. (2008). Team Implicit Coordination Processes: A Team Knowledge-Based Approach. *The Academy of Management Review*, 33(1), 165, 170.
- Schein, E.H. (1999)/金井壽宏監訳, 尾川丈一・片山佳代子訳 (2004). 企業文化: 生き残りの指針, *The corporate Culture Survival Guide*. (p.15, p.190, pp.14-28, pp.189-196). 東京: 白桃書房.
- 遠川奈保子, 高島朋子, 石井弘恵 (2013). 看護師の擦式手指消毒法に関する遵守向上への取り組み: 学習会前後の認識及び行動の比較. 日本看護学会論文集. 看護総合, 43, 83-86.
- 綿貫美恵, 嶋田基司, 五十嵐礼子 (2014). 精神科病棟スタッフの手指衛生行動の変容への取り組み: 長時間の直接観察法を取り入れた複数のアプローチ. 日本看護学会論文集. 精神看護, 44, 173-176.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition (2011)/大滝純司・相馬孝博監訳 (2012). WHO.患者安全カリキュラムガイド 多職種版2011. (p.137). 東京: 東京医科大学 医学教育学・医療安全管理学.
- 山口裕幸 (2010). 環境の不確実性を克服するチーム・コンピテンシーの育成マネジメントに関する研究. 科学研究費補助金研究成果報告書(基盤研究C), 4.
- 吉田道雄 (2006). 5組織の安全と人間理解. 長谷川敏彦(編), 医療安全管理事典 (p.24). 東京: 朝倉書店.

[2020年1月26日受 付]
[2020年8月12日採用決定]

Safety Culture of Nurses Working on Medical Safety in Non-Objective: Bed Clinics

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 87-98
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200812105>

Miyuki Kobayashi, PhD, RN, PHN¹, Michiyo Komura, PhD, RN²

¹Health Science University Faculty of Nursing, Yamanashi, Japan

²Tottori College of Nursing, Tottori, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the safety culture of nurses in non-bed clinics. **Methods:** Ethnography was employed as study design, and the participants were five nurses from otolaryngology in local cities. **Results:** Eight categories and four themes were extracted as safety culture of non-bed clinic nurses. Theme 1, “Continues following basics,” was extracted from “Finger hand rub method that does not stop the flow and hand-washing with soap that stops the flow” and “Check with two nurses.” Theme 2, “Continues improving flexibly,” was extracted from “Improvement with flexibility” and “Positive and flexible attitude.” Moreover, Theme 3, “Takes mistakes as own problem,” was extracted from “Relationship with easy communication” and “Shared mistakes,” and Theme 4, “Read each other’s intention,” was extracted from “Exquisite following” and “Yellow and white cards that are recognized at first sight.” **Conclusions:** The above results suggested four basic assumptions: sense of duty to follow safety, orientation aiming at safety, mutual confidence to support safety, and implicit cooperation to enhance safety.

Key words

non-bed clinic, medical safety, nurse, safety culture, ethnography

Correspondence: M. Kobayashi. Email: m.kobayashi@kenkoudai.ac.jp

退院に伴う意思決定支援における 病棟看護師と退院調整看護師の役割認識

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 99-110
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200702099>

中村 円

札幌医科大学保健医療学部看護学科

要 旨

目的：病棟看護師と退院調整看護師の退院に伴う意思決定支援に関する、それぞれの看護師の役割認識を明らかにする。**方法：**病棟看護師7名、退院調整看護師6名の計13名に面接調査を実施し、質的記述的に分析した。**結果：**病棟看護師の自己の役割認識は【患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握】等6カテゴリー、退院調整看護師に期待する役割認識は【意思の実現に向けた連携と調整】等4カテゴリーだった。退院調整看護師の自己の役割認識は【地域の関係者と病棟間の橋渡し】等5カテゴリー、病棟看護師に期待する役割認識は【病棟看護師の思考や判断の提示】等6カテゴリーだった。また両者の協働に向けた役割認識4カテゴリー、退院調整看護師がどちらの役割とも言及しない3カテゴリーが示された。**結論：**患者の療養生活と密接に関わる看護職の共通性を認識しながらも、相互の特性を活かし、補完し合う役割を発揮する必要性が示唆された。

キーワード

退院支援, 意思決定支援, 役割認識, 病棟看護師, 退院調整看護師

責任著者：中村 円. Email: m-nakamura@sapmed.ac.jp

緒 言

人口の高齢化や慢性疾患患者の増加による疾病構造の変化に伴い、病院完結型から地域完結型へ医療システムの変換が図られている。一方で、医療の高度化により医療管理や介護度が高い患者が増加しており、医療機関から次の療養場所へ移行するための退院支援の重要性が高まっている。このような背景のもと、2008年の診療報酬改定以降、退院支援を専門に行う「退院調整看護師」に対するニーズが高まり、患者と家族の最も身近な存在として退院に関わる支援を担ってきた病棟看護師とともに退院支援を行う体制となった。

退院支援は、目標設定に向けた意思決定支援と、設定した目標を達成するための看護過程の展開、必要な資源をリンクするためのケアマネジメントを合わせて実行するプロセスとされている（永田，2015）。これらのプロセスは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続して必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかという決定を支えることでもある（宇都宮，2011）。したがって、どこでどのように療養したいのかという患者と家族の意思決定を支えることは、退院支援を行う上で重要な意味を有しているといえる。

しかし、退院調整看護師には明確な役割定義がなく、業務内容は施設によって様々な現状がある。また、退院調整部署への看護師の配置が急速に進んだことにより、退院調整看護師が行う退院支援の質の担保が課題とされている（永田，2015）。他方、病棟看護師は退院支援についての役割認識が十分でなく、退院調整看護師に依存する傾向があるとの報告もある（小川，2010）。

このような現状から、退院に伴う患者・家族の意思決定支援を行うためには、病棟看護師と退院調整看護師のいずれにおいても退院支援を担う看護職としての資質や実践力を向上させる必要がある。先行研究では、教育プログラム（Suzuki, et al., 2012）や実践評価尺度（Sakai, Yamamoto-Mitani, Takai, Fukahori & Ogata, 2015；戸村・永田・村嶋・鈴木，2013）の開発が行われ、資質向上を目指した研究成果が報告されている。また、病棟看護師と退院調整看護師の協働の関連性に関する研究では、早期連携と継続的アプローチの推進が重要であり、関係職種との役割を認識した上で、役割分担を確認する必要性がいられている（木場・齋藤，2017）。しかしながら、病棟看護師と退院調整看護師が相互にどのような役割認識を持ち、退院支援を実践しようとしているかを双方の視点から明らかにした研究はない。したがって、本研究では退院に伴う意思決定支援に関して、病棟看

看護師と退院調整看護師それぞれの役割認識を明らかにすることで、今後の連携・協働した退院支援体制の構築に向けた示唆を得られると考える。

I. 研究目的

病棟看護師と退院調整看護師の退院に伴う意思決定支援における、それぞれの看護師の役割認識を明らかにする。

II. 本研究における用語の定義

A. 意思決定支援

看護師が行う退院支援のうち、どこでどのように療養したいかという患者と家族の意思決定に関して、患者・家族の選択や決定を支える看護師の働きかけ。

B. 役割認識

個々の看護師の経験や知識・技術をもとに形成される物事に対する理解に基づいて、自己の役割と他者の役割を区別して認識すること。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究

B. 研究対象者

1. 研究対象施設の条件

北海道内にある500床以上の急性期病院のうち、神経内科病棟を有し、退院調整部門に専従の看護師が配置されている病院とした。

2. 研究対象者選定の基準

病棟看護師の研究対象者は、①看護師経験年数が7年以上あること、②神経内科病棟での勤務年数が3年以上あること、③退院調整看護師と関わり退院支援を行った経験があること、④退院調整部署で退院支援に係る業務に就いた経験がないことの4基準を満たす者とした。退院調整看護師の研究対象者は、退院調整に係る部署に専従で勤務する看護師であることの1基準を満たす者とした。

研究協力施設の当該部署の看護師長および、責任者に上記の条件を満たす研究対象候補者を選定してもらい、研究者からの説明を受ける意思の確認を依頼した。承諾を得られた候補者に対して、研究者が口頭と文書で研究概要を説

明し、面接実施の同意を得た。

C. 調査期間

2016年11月～2017年3月

D. 調査方法

調査方法は、独自に作成した模擬事例1事例を用いた面接調査法とした。本研究で明らかにする役割認識は、個々の看護師が有する経験や知識・技術によって多様である。そのため、研究対象者が面接調査時に想起する事例の特性が研究結果に影響することが予測された。そこで、模擬事例として具体的な状況を設定し、特定の事例から影響される要因を排除することで、個々の看護師が有する役割認識の特徴を明らかにできると考えた。また、看護師の役割認識は役割行動の遂行として表現されたと考え、研究対象者が検討した模擬事例に対する看護実践の内容を面接調査で語ってもらうことにより役割認識にアプローチをする方法をとった。

1. 模擬事例の概要

模擬事例には、入院目的や入院前の生活状況、ADLの状況、家族構成や家族との関係性、患者の社会背景から、患者と家族の全体像を把握できる内容を含めた。具体的には、先行研究で退院に伴う意思決定支援として示されている看護実践の内容を参考に、患者・家族間での意向のずれ、ADL面での課題、家族の介護を継続する意思に関する情報を盛り込み、研究対象者が事例から患者・家族の意思決定に対する看護援助を想定できるように意図して作成した。

模擬事例は退院支援において着目すべき患者状態像（宇都宮、2013）を参考に、パーキンソン病患者に設定した。

なお、模擬事例の作成にあたり、設定した病期とADLの状況との整合性を図ることなどを目的に、神経内科の専門医ならびに、急性期病院の神経内科病棟に勤務する看護師による助言を受けた。

2. 模擬事例を用いた面接調査

面接調査に先立ち、研究対象者には模擬事例を通読し、事例に対する看護援助とその援助が必要と判断した理由を検討してもらった。検討内容は必要に応じて所定の記録用紙に記載してもらい、面接時に持参するように依頼した。

面接調査は、文献検討を基に作成したインタビューガイドを用いて半構造的に実施した。面接はプライバシーの守られる個室で行い、研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録にしてデータとした。調査内容は、研究対象者に関する基本情報、模擬事例に対する看護援助

とその援助が必要と判断した理由、退院に伴う意思決定支援における自己の役割と相手に期待する役割とした。

E. 分析方法

分析は、質的帰納的に行った。まず、個別分析として、研究対象者ごとに面接調査から得られた逐語録を精読した。意味内容を損ねないよう配慮しながら、「退院に伴う意思決定支援に関する役割認識」に関連する記述を抜粋して簡潔な一文で表現し、「コード」とした。コード化する際には、文脈の意味が損なわれないように配慮し、可能な限り対象者の言葉を用いた。

次に、個別分析で得られた「コード」を病棟看護師、退院調整看護師ごとに類似性に基づき複数のコードを集め、「サブカテゴリー」を形成した。さらに、意味内容の類似する「サブカテゴリー」を抽象度を上げながら集約し、共通する意味内容が示す役割認識を「カテゴリー」とした。

なお、分析過程においては質的研究の経験が豊富な研究者からのスーパーバイズを受け、繰り返し検討を行った。

F. 倫理的配慮

本研究は札幌医科大学倫理委員会の審査を受け、学長の承認を得て行った（承認番号：28-2-41）。研究参加者には文書と口頭で、研究目的、研究内容、研究への協力は自由意思であること、研究参加に関する拒否や途中辞退の権利の保障、匿名性の保持、データ管理方法、個人情報保護について説明し、署名で同意を得た。

IV. 結 果

A. 研究対象者の概要

要件を満たし研究参加の同意が得られた神経内科病棟に勤務する看護師（以下、病棟看護師）7名、退院調整部署に勤務する看護師（以下、退院調整看護師）6名の計13名

にインタビューを実施した。対象者の概要は表1に示した。

B. 病棟看護師の分析結果（表2）

病棟看護師7名の個別分析で抽出されたデータは、25サブカテゴリーから12カテゴリーに集約された。以下、【 】はカテゴリーを、〔 〕はサブカテゴリーを示す。

1. 病棟看護師の自己の役割認識

12カテゴリーのうち、病棟看護師が自己の役割として認識していたのは【患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握】【患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会の設定】【希望する療養生活の実現のための支援の検討】【患者・家族の現状理解に向けた関わり】【患者・家族の主体的な選択と決定に向けた働きかけ】【病棟看護師による意思決定支援の主導】の6カテゴリーであった。

a. 【患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握】

このカテゴリーは、〔病棟看護師と患者との関係性を活かした意向や希望の把握〕や〔揺れ動く患者の意向の理解〕、〔患者の意向と価値の尊重〕など6サブカテゴリーから構成された。病棟看護師は、日々の関わりの様々な場面で吐露される本音を把握し、患者・家族に最も身近な存在としての関係性を活かしながら、それぞれの意向や希望、価値を尊重する役割を認識していた。

b. 【患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会の設定】

このカテゴリーは、〔患者と家族の話し合いの機会の設定〕や〔患者・家族・医療者間の意向のすり合わせ〕など4サブカテゴリーから構成された。病棟看護師は、患者や家族の各々から把握した意向や希望を関係者間で共有し、合意形成するために話し合いの機会をもてるよう調整することを自らの役割として認識していた。

表1 対象者の概要

項目	病棟看護師							退院調整看護師					
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
年齢	30代	30代	30代	30代	40代	40代	40代	30代	30代	30代	30代	40代	50代
看護師経験年数	12年	16年	16年	18年	20年	25年	25年	9年	12年	15年	17年	8年	30年
所属部署経験年数	9年	4年	12年	5年	8年	15年	9年	3年	4年	6年	5年	4年	4年
看護基礎教育	4年制大学	4年制大学	3年課程養成所	3年課程養成所	3年課程養成所	3年課程養成所	3年課程養成所	4年制大学	4年制大学	4年制大学	3年課程養成所	3年課程養成所	3年課程養成所
在宅看護学履修状況	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	なし	なし
研修受講履歴	なし	なし	なし	なし	あり(院内)	あり(院内)	なし	あり(院外)	あり(院外)	あり(院外)	あり(院外)	あり(院外)	あり(院外)
関連資格	保健師	保健師	なし	なし	なし	なし	なし	ケアマネ保健師	保健師	ケアマネ保健師	なし	社会福祉士	なし

表2 病棟看護師の役割認識

	カテゴリー	サブカテゴリー
自己の役割認識	患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握	病棟看護師と患者との関係性を活かした意向や希望の把握
		揺れ動く患者の意向の理解
		他者の支援を受けなければならない患者の思いの理解
		主介護者の本音の確認
		主介護者以外の家族員の意向の把握
	患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会の設定	患者の意向と価値の尊重
		患者と家族の話し合いの機会の設定
		意思決定上のキーパーソンの把握
		患者・家族・医療者間の意向のすり合わせ
	希望する療養生活の実現のための支援の検討	患者・家族の意向の多職種間での共有
		希望する療養生活の実現に向けた課題の把握
		希望する療養生活のために必要な支援の検討
		患者・家族の意向に沿った方向性の提案
役割期待する	患者・家族の現状理解に向けた関わり	意向の実現のための地域との連携
		患者と家族の現状理解の促進
	患者・家族の主体的な選択と決定に向けた働きかけ	医師による今後の方針と見通しの説明の場の調整
		患者・家族の主体的な選択・決定に向けた働きかけ
	病棟看護師による意思決定支援の主導	患者・家族の主体的な選択・決定に向けた働きかけ
		病棟看護師による意思決定支援の主導
	患者との直接的な援助関係の構築	病棟看護師による意思決定支援の主導
		患者の意向を把握するための直接的な援助関係の構築
	意思の実現に向けた連携と調整	意思の実現に向けた直接的な援助関係の構築
		意思の実現に向けた地域との連携・調整
	多様な選択肢や情報の提供	患者の納得を引き出す多様な選択肢の提示
		患者・家族に対する利用可能な社会資源の情報提供
役割協働への	入院前後の生活に関する病棟看護師への情報提供	患者・家族に対する利用可能な社会資源の情報提供
		入院期間前後の生活に関する病棟看護師への情報提供
	タイムリーに関わる関係性の構築	入院期間前後の生活に関する病棟看護師への情報提供
役割協働への	患者の意向や希望に関する情報共有	病棟看護師と退院調整看護師がタイムリーに関わるができる関係性の構築
		相互に把握する意向や希望に関する情報共有

c. 【希望する療養生活の実現のための支援の検討】

このカテゴリーは、〔希望する療養生活のために必要な支援の検討〕、〔意向の実現のための地域との連携〕など4サブカテゴリーから構成された。病棟看護師は、患者や家族が希望する療養生活の実現に向けた課題を抽出し、介護負担を軽減するための療養方法の修正や導入するサービスの見直しなど、必要な支援や今後の方向性を検討することを自身の役割として認識していた。また、地域の関係者と連携し、希望する療養生活が継続できるよう働きかける役割を認識していた。

d. 【患者・家族の現状理解に向けた関わり】

このカテゴリーは、〔患者と家族の現状理解の促進〕や〔医師による今後の方針と見通しの説明の場の調整〕の2サブカテゴリーから構成された。病棟看護師は、医師からの説明の機会の調整を図ることで、患者と家族が現在の病状の理解や今後の予測を持ち、意向や希望を考える上での判断材料を提供できるように関わる役割を認識していた。

e. 【患者・家族の主体的な選択と決定に向けた働きかけ】

このカテゴリーは、〔患者・家族の主体的な選択と決定に向けた働きかけ〕のサブカテゴリーから構成された。病

棟看護師は、患者や家族が医療者の意見に左右されることがなく、どこで、どのように暮らしたいかという自らの意思をもって選択し、決定できるように関わる役割を認識していた。

f. 【病棟看護師による意思決定支援の主導】

このカテゴリーは、〔病棟看護師による意思決定支援の主導〕のサブカテゴリーから構成された。病棟看護師は、患者・家族の意向や希望を把握することや、実現に向けた支援については、直接的に関わる病棟看護師が主体となってその役割を遂行する必要があるという認識を持っていた。

2. 病棟看護師が退院調整看護師に期待する役割認識

12カテゴリーのうち、病棟看護師が退院調整看護師に期待する役割として認識していたのは【患者との直接的な援助関係の構築】【意思の実現に向けた連携と調整】【多様な選択肢や情報の提供】【入院前後の生活に関する病棟看護師への情報提供】の4カテゴリーであった。

a. 【患者との直接的な援助関係の構築】

このカテゴリーは、〔患者の意向を把握するための直接的な援助関係の構築〕のサブカテゴリーで構成された。病

棟看護師は退院調整看護師に対し、ベッドサイドで患者と接することにより、患者の様子を把握し、援助関係を構築することを期待していた。また、退院調整看護師として患者と直接関わることにより、意向を把握することを役割として期待していた。

b. 【意思の実現に向けた連携と調整】

このカテゴリーは、〔意思の実現に向けた地域との連携・調整〕のサブカテゴリーで構成された。病棟看護師は退院調整看護師に対して、ケアマネジャーや訪問看護師など地域の関係者と連携し、患者・家族の意向や希望の実現に向けた具体的な社会資源や療養生活を調整する役割を期待していた。

c. 【多様な選択肢や情報の提供】

このカテゴリーは、〔患者の納得を引き出す多様な選択肢の提示〕〔患者・家族に対する利用可能な社会資源の情報提供〕の2サブカテゴリーから示された。病棟看護師は退院調整看護師が有する知識や経験を活用し、患者自身が納得できる選択や決定のための具体的な情報提供や多様な選択肢を提示する役割を期待していた。

d. 【入院前後の生活に関する病棟看護師への情報提供】

このカテゴリーは、〔入院期間前後の生活に関する病棟看護師への情報提供〕のサブカテゴリーで構成された。病棟看護師は退院調整看護師に対し、入院前から退院後まで継続して患者・家族の療養生活を捉える役割を期待していた。具体的には、地域の関係者から入院前の生活状況に関する情報を集約することや、外来看護師や訪問看護師と連携し退院後の患者の情報を把握することであった。

3. 退院調整看護師との協働における役割認識

12カテゴリーのうち、病棟看護師が退院調整看護師と協働する上での役割として認識していたのは【タイムリーに関わる関係性の構築】【患者の意向や希望に関する情報共有】の2カテゴリーであった。

a. 【タイムリーに関わる関係性の構築】

このカテゴリーは、〔病棟看護師と退院調整看護師がタイムリーに関わる関係性の構築〕のサブカテゴリーで示された。病棟看護師は、カンファレンス等の予め設定された機会だけでなく、必要なタイミングでいつでも退院調整看護師との情報共有や意見交換ができるよう、準備や態勢を整えることを役割として認識していた。

b. 【患者の意向や希望に関する情報共有】

このカテゴリーは、〔相互に把握する意向や希望に関する情報共有〕のサブカテゴリーで示された。病棟看護師は、意思決定支援を行う上での起点となる患者の意向や希望について、それぞれが把握する情報を共有することが、ともに支援を行う上で必要であることを認識していた。

C. 退院調整看護師の分析結果（表3）

退院調整看護師6名の個別分析で抽出されたデータは、31サブカテゴリーから16カテゴリーに集約された。各カテゴリーの内容について、文中の【 】はカテゴリーを、〔 〕はサブカテゴリーを示す。

1. 退院調整看護師の自己の役割認識

16カテゴリーのうち、退院調整看護師が自己の役割として認識していたのは、【希望する生活の実現に向けた調整】【患者・家族と医師が話し合う機会の設定】【地域の関係者と病棟間の橋渡し】【患者・家族の直接的な意向の把握】【家族の支援体制と意向の確認】の5カテゴリーであった。

a. 【希望する生活の実現に向けた調整】

このカテゴリーは、〔患者が望む生活の実現に向けた調整〕〔実現可能性にとらわれない希望の実現に向けた関わり〕の2サブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は患者と家族の希望や意向を把握した上で、望んでいる療養生活は諦めずに実現できることを具体策をもって示し、意思決定を後押しする役割を認識していた。

b. 【患者・家族と医師が話し合う機会の設定】

このカテゴリーは、〔医師への今後の方針と見通しの説明の依頼〕〔患者・家族と医師がともに今後の療養を検討する機会の設定〕の2サブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、患者・家族が退院に伴う意向や希望を考える上で必要とされる現状と今後の見通しに関する情報提供を医師に働きかけることを自己の役割と認識していた。また、医師と患者・家族が今後の療養生活や療養の場とともに検討できる機会を設定することを役割として認識していた。

c. 【地域の関係者と病棟間の橋渡し】

このカテゴリーは、〔地域の関係者と病棟との橋渡し〕のサブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、地域に点在する関係者の情報や患者・家族との関係性を把握し、院内外の職種間で意向や希望をつなぐための中心的役割を認識していた。また、病棟と地域の中間に位置し、相互の意見のすり合わせや、情報共有のための連携を促進する役割を認識していた。

d. 【患者・家族の直接的な意向の把握】

このカテゴリーは、〔患者・家族からの直接的な意向の把握〕のサブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は必要に応じて患者・家族の思いを直接確認することや、関係性を構築した上で情報収集をする役割を認識していた。

e. 【家族の支援体制と意向の確認】

このカテゴリーは、〔主介護者以外の家族の支援の程度の見極め〕〔非同居家族を含めた家族員の意向の確認〕の

表3 退院調整看護師の役割認識

	カテゴリー	サブカテゴリー
自己の役割認識	希望する生活の実現に向けた調整	患者が望む生活の実現に向けた調整
		実現可能性にとらわれない希望の実現に向けた関わり
	患者・家族と医師が話し合う機会の設定	医師への今後の方針と見通しの説明の依頼
		患者・家族と医師がともに今後の療養を検討する機会の設定
	地域の関係者と病棟間の橋渡し	地域の関係者と病棟との橋渡し
	患者・家族の直接的な意向の把握	患者・家族からの直接的な意向の把握
期待する役割認識	患者・家族と病棟看護師の関係性の中での意向や希望の把握	主介護者以外の家族の支援の程度の見極め
		非同居家族を含めた家族員の意向の確認
		病棟看護師特有の関係性における意向や希望の把握
		退院後の生活における患者・家族の具体的な希望の確認
	患者・家族の現状認識の確認	日々揺れ動く患者の気持ちの変化の把握
		主介護者以外の家族の協力度体制の確認
	患者・家族の主体的な意思決定に向けた関わり	患者・家族の現状に対する認識の確認
		患者・家族が主体的な意思決定をするための関わり
	病棟看護師の思考や判断の提示	意思決定支援における病棟看護師の思考や判断の提示
		希望の実現を諦めない関わり
役割認識への協働	現状から今後を見通した関わり	希望する療養の場への退院を諦めない関わり
		現状の把握と今後の見通しを持った関わり
	病棟看護師が把握する情報に対する信頼と尊重	病棟看護師が把握した患者の意向の信頼と尊重
		病棟看護師による意向の把握がもたらす支援の充実
どちらとも言及しない役割認識	情報共有と合意形成のための連携	患者・家族の情報共有による合意形成に向けた連携
		患者の希望や意向の確認
		患者の意向を引き出すための関係性の構築
		多様な場で吐露される患者の本音の共有
	患者・家族の表出する意向や希望の把握	他者からの支援を受ける身体状況に対する患者の思いの把握
		主介護者の本音の把握
		患者・家族がそれぞれの思いや意向を表出する機会の設定
		患者と家族が話し合う機会の設定
	合意形成に向けた話し合いの機会の設定	家族間の関係性の把握
		患者と家族の意向のすり合わせ
	患者の納得と意向を優先した関わり	患者の意向を最優先にした関わり
		患者自身が納得できる調整

2 サブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、主介護者以外の家族員の意向を確認し、家族間に意向の相違がないかということや、介護への協力姿勢から支援者となりうるかを判断する役割を認識していた。

2. 退院調整看護師が病棟看護師に期待する役割認識

16カテゴリーのうち、退院調整看護師が病棟看護師に期待する役割として認識していたのは【患者・家族と病棟看護師の関係性の中での意向や希望の把握】【患者・家族の現状認識の確認】【患者・家族の主体的な意思決定に向けた関わり】【病棟看護師の思考や判断の提示】【希望の実現を諦めない関わり】【現状から今後を見通した関わり】の6カテゴリーであった。

a. 【患者・家族と病棟看護師の関係性の中での意向や希望の把握】

このカテゴリーは、〔病棟看護師特有の関係性における

意向や希望の把握〕や〔退院後の生活における患者・家族の具体的な希望の確認〕など4サブカテゴリーで構成された。退院調整看護師は病棟看護師に対し、患者・家族に最も身近な存在であるという強みを活かして意向や希望の本音を引き出し、日々の療養生活で揺れ動く気持ちをサポートする役割を担うことを期待していた。また、患者と家族が望む退院後の生活を具体的に捉え、支援につなげるための情報を把握することを病棟看護師の役割として認識していた。

b. 【患者・家族の現状認識の確認】

このカテゴリーは、〔患者・家族の現状に対する認識の確認〕のサブカテゴリーから示された。退院調整看護師は病棟看護師に対し、患者・家族が現在の症状や、疾患による生活の影響をどのように認識しているのかということや、現状を理解した上で療養先の選択などの意思決定ができていないのかを確認してもらいたいという認識を抱いていた。

c. 【患者・家族の主体的な意思決定に向けた関わり】

このカテゴリーは、〔患者・家族が主体的な意思決定をするための関わり〕のサブカテゴリーから示された。退院調整看護師は、患者・家族が医師を中心とした医療者による意見や決定に導かれるのではなく、自らの意向や希望を持ち、周囲に表明することで主体的に決定できるように関わることを期待していた。

d. 【病棟看護師の思考や判断の提示】

このカテゴリーは、〔意思決定支援における病棟看護師の思考や判断の提示〕のサブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、退院先や時期の決定には医師の意見が大きく影響していることから、病棟看護師の独立した立場から判断し、多様な選択肢を検討することへの期待を抱いていた。また、退院調整看護師に依頼するだけでなく、病棟看護師が考える支援の内容や判断を主体的に提示し、ともに支援を進めることを期待していた。

e. 【希望の実現を諦めない関わり】

このカテゴリーは、〔希望する療養の場への退院を諦めない関わり〕のサブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、医師が患者の希望に沿った療養の場への移行を諦めた場合でも、病棟看護師には実現可能性を諦めずに患者・家族をサポートする役割を期待していた。

f. 【現状から今後を見通した関わり】

このカテゴリーは、〔現状の把握と今後の見通しを持った関わり〕のサブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、病棟看護師の把握する情報を医師と共有し、今後の方針の活用に向けて働きかけることや、医学的側面から患者の病状を把握し、今後の予測をもって患者の生活をアセスメントする役割を期待していた。

3. 病棟看護師との協働における役割認識

16カテゴリーのうち、退院調整看護師が病棟看護師と協働する上での役割として認識していたのは【病棟看護師が把握する情報に対する信頼と尊重】【情報共有と合意形成のための連携】の2カテゴリーであった。

a. 【病棟看護師が把握する情報に対する信頼と尊重】

このカテゴリーは、〔病棟看護師が把握した患者の意向の信頼と尊重〕〔病棟看護師による意向の把握がもたらす支援の充実〕の2サブカテゴリーから構成された。退院調整看護師は、病棟看護師が捉えた患者・家族の意向に関する情報を信頼し、尊重して関わることや、患者から引き出す本音が退院調整看護師の具体的なアプローチに役立つことを認識していた。

b. 【情報共有と合意形成のための連携】

このカテゴリーは、〔患者・家族の情報の共有による合意形成に向けた連携〕のサブカテゴリーから構成された。

退院調整看護師は、病棟看護師と情報を共有し、それぞれの把握する患者・家族の意向をすり合わせることや、ケアマネからの情報を共有する話し合いをもつことで、ともに目指すゴールが見えやすくなることを認識していた。

4. 退院調整看護師がどちらの役割とも言及していない役割認識

退院調整看護師の役割認識では、退院調整看護師が自己の役割とも病棟看護師に期待する役割とも言及しない認識が抽出され、【患者・家族の表出する意向や希望の把握】【合意形成に向けた話し合いの機会の設定】【患者の納得と意向を優先した関わり】の3カテゴリーに集約された。

a. 【患者・家族の表出する意向や希望の把握】

このカテゴリーは、〔患者の希望や意向の確認〕〔患者の意向を引き出すための関係性の構築〕〔患者・家族がそれぞれの思いや意向を表出する機会の設定〕など6サブカテゴリーから構成された。患者・家族が本音を吐露できるよう関係性を構築した上で希望や意向を把握することや、患者・家族のそれぞれが自らの意思を表出できる場を整える役割を認識していた。

b. 【合意形成に向けた話し合いの機会の設定】

このカテゴリーは、〔患者と家族が話し合う機会の設定〕〔患者と家族の意向のすり合わせ〕を含む3サブカテゴリーから構成された。看護師は患者と家族が話し合いにより互いの意向や希望、考えを表明する機会を設定すること、さらに各々の意向を共有しすり合わせるにより合意形成を目指すことを役割として認識していた。

c. 【患者の納得と意向を優先した関わり】

このカテゴリーは、〔患者の意向を最優先にした関わり〕〔患者自身が納得できる調整〕の2サブカテゴリーから構成された。看護師は、患者と家族の意向が異なる場合には患者の味方となる立場を取ることや、家族の意向で患者の意思決定が覆らないよう、患者本人の思いや意向を優先して関わることを役割として認識していた。

V. 考 察

退院に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割認識は、各カテゴリーの共通性と相違性の観点から「自己の役割認識」と「相手から期待される役割認識」に共通性のある『両者の認識が一致した役割』、病棟看護師が「自己の役割認識」とする一方で退院調整看護師はどちらの役割とも言及していない『両者の認識に相違のあった役割』に分類できると考える。さらに、本研究の結果からは両者が同職種として協働する上で認識していた『両者が協働に向けて相互に認識する役割』があると考え

られた（図1）。以下ではこれらの知見に焦点を当て、得られた結果について考察する。

A. 両者の認識が一致した役割認識

各々の看護師の「自己の役割認識」と、「相手から期待される役割認識」に一致がみられたものは、それぞれの看護師が担うべき役割として相互に認識されていると考えられた。

1. 相互に共通して認識する病棟看護師の役割

病棟看護師と患者・家族の関係性を活かした意向や希望の把握では、病棟看護師は【患者・家族との関係性を活かした意向や希望の把握】、退院調整看護師は【患者・家族と病棟看護師の関係性の中での意向や希望の把握】の категорияで示された。患者・家族の思いを引き出す意思決定支援は退院支援の核となる要素であり、患者が自己決定するための支援は看護師が普段実践している看護そのものである（坂井，2018）。患者・家族にとって最も身近で日々の療養生活に密接に関わる病棟看護師が、その関係性を強

みとして意向や希望を把握することは、意思決定支援の起点となる重要な役割と認識されていると考えられた。

患者・家族が現状を理解するための関わりでは、【患者・家族の現状理解に向けた関わり】【患者・家族の現状認識の確認】の category から病棟看護師の役割として認識されていた。患者本人の意思表示について長江（2018）は、その人自身が現在の病状やおかれた状況を理解し、どう生きたいかを考えることが必要と述べている。本研究においては、患者・家族が自らの意思を表明するために必要な情報を得て、状況を正しく理解した上で、現時点での最善を考えるための働きかけが病棟看護師の役割として認識されていると考えられた。また、そのことが【患者・家族の主体的な選択と決定に向けた働きかけ】【患者・家族の主体的な意思決定に向けた関わり】で示されたように、医療者の助言や提示した選択肢だけでなく、患者と家族が主体的に「どうしたいか」という意思を表明し、実現に向かっていくための基盤となる支援として病棟看護師が担う役割と認識されているといえる。

【病棟看護師による意思決定支援の主導】や【病棟看護

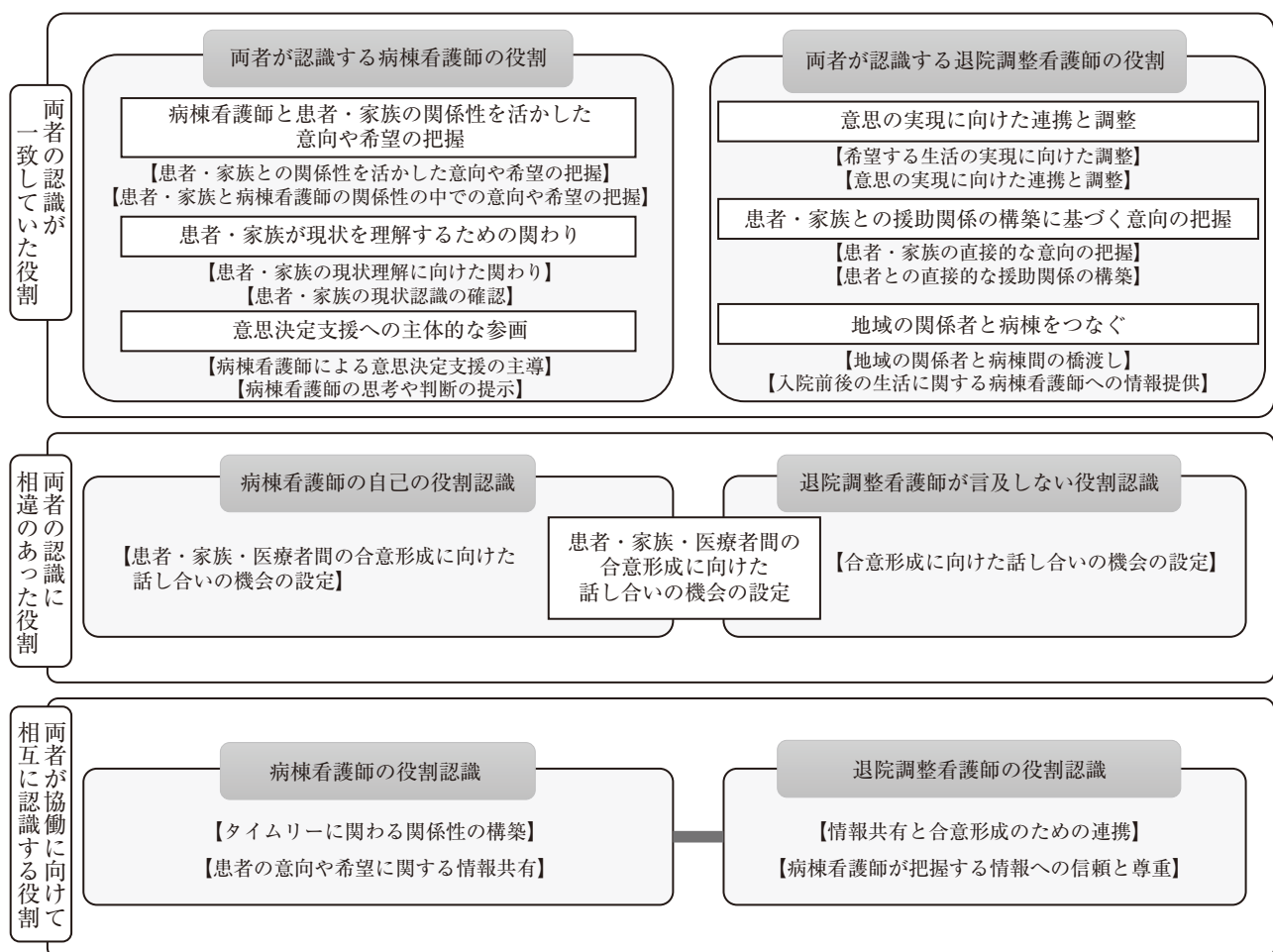


図1 退院に伴う意思決定支援における病棟看護師と退院調整看護師の役割認識

師の思考や判断の提示】の 카테고리によって示されたように、退院に伴う意思決定支援とは病棟看護師も自らの判断を持って主体的に行うものであることが共通した役割として認識されていた。先行研究では、病棟看護師は退院調整看護師に依存する傾向にあることが示されたが（小川, 2010）、本研究では病棟看護師自身が退院に伴う意思決定支援に主体性を持っているという特徴がみられた。この背景には、近年の病棟看護師の退院支援の実践能力の向上を目的とした教育・研究の取り組みの活性化や、山本・森下（2016）の報告にあるように退院調整看護師による病棟看護師への実践の場での教育的な関わりがあると考えられた。また、退院調整看護師は退院に伴う意思決定支援において、医師が主導権や決定権を持つのではなく、病棟看護師が患者の希望や意向の実現に向けた可能性を追求し、患者にとって最善となる判断を明確に示すことを期待していた。このことから、患者・家族に身近な存在である病棟看護師の判断を主体的に医師や退院調整看護師と共有し、意思決定支援を行うことが期待されていると推察された。

2. 相互に共通して認識する退院調整看護師の役割

意思の実現に向けた連携と調整では、退院調整看護師は【希望する生活の実現に向けた調整】、病棟看護師は【意思の実現に向けた連携と調整】の 카테고리で示された。これは、退院調整看護師が有する専門知識や経験を活用し、患者・家族の表明した意思の実現を目指して具体的に働きかけていくことが役割として認識されていると考えられた。退院支援・退院調整は患者・家族の思いに沿って退院後の生活の組み立てを行っていくことである（山田, 2009）。したがって、望む生活の実現に向けて課題を解決し、関係者との調整を図り、具現化していくことが退院調整看護師の役割であり、それらを実践するための能力を備えているという認識があるといえる。

患者や家族との援助関係の構築に基づく意向の把握では、退院調整看護師は【患者・家族の直接的な意向の把握】、病棟看護師は【患者との直接的な援助関係の構築】の 카테고리で示された。病棟看護師は退院調整看護師が患者との関係性を構築した上で、知識や経験を活用して意向を確認する役割を期待し、退院調整看護師自身も患者や家族との対話を通して意向を把握することを役割として認識していると考えられた。退院調整看護師の知識を活かした専門的な助言は、患者が自己決定し、セルフケア能力を維持した生活を組み立てるのに効果を生むとされている（木場・齋藤, 2017）。病棟看護師だけでなく、退院調整看護師が患者・家族との援助関係を構築した上で意向を把握することが、自己決定や意思表明を促す支援につながるとの認識が示されたといえる。

また、地域の関係者と病棟をつなぐ役割として、退院調整看護師では【地域の関係者と病棟間の橋渡し】、病棟看護師では【入院前後の生活に関する病棟看護師への情報提供】の 카테고리として示された。退院に伴う意思決定を支援する上で、患者・家族が望む療養生活を実現するためには地域の関係者との連携が必要不可欠である。そのため、支援の全体像を把握して進捗状況を集約することや、医療機関と地域で相互に共有すべき情報をつなぐことが退院調整看護師の役割として認識されていると推察された。これらのことから、病院と在宅をつなぐ役割や退院後の状況も含めた包括的な情報を把握することが退院調整看護師の役割として認識されていると考えられた。

B. 両者の認識に相違のあった役割

病棟看護師と退院調整看護師は意思決定支援として、患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会を設定する役割を認識しており、病棟看護師は【患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会の設定】、退院調整看護師は【合意形成に向けた話し合いの機会の設定】の 카테고리で示された。これらの役割認識について、病棟看護師は自己の役割と認識している一方で、退院調整看護師はどちらの役割とも言及していなかった。このことから、退院調整看護師は意思決定支援において話し合いの機会を設けることは、誰が行うかという区別ができる役割ではなく、ともに実践すべき役割として認識されていると推察された。したがって、退院調整看護師は患者・家族・医療者という患者をとりまく関係者がそれぞれの意見を出し合って話し合い、患者本人の意思を中心にしながらも各々が納得できる決定に向けて合意を形成していくプロセスは、意思決定支援の本質的な要素であると認識していると考えられた。長畑ほか（2018）は、退院支援における意思決定支援について、家族の意向が優先されがちになってしまうという難しさがあると述べている。また、高齢者の意思決定では、家族への遠慮などから自らの意向を諦めてしまうことや、高齢者本人よりも家族の希望が優先された選択・決定となる傾向が明らかとなっている（大園・福井・川野, 2014；片山, 2016）。本研究で使用了模擬事例は高齢者を対象とした事例であったことから、高齢者の意思決定支援の課題を双方の看護職が認識し、患者中心の意思決定を念頭におきながらも、患者と家族にとって最善の選択ができるよう、医療者も一体となって話し合いをもつことの重要性を認識していたと考えられた。

C. 両者が協働に向けて相互に認識する役割

両者が協働する上で相互に認識していた役割として、病棟看護師では【タイムリーに関わる関係性の構築】【患者

の意向や希望に関する情報共有】、退院調整看護師では【情報共有と合意形成のための連携】の役割を認識していた。木場・齋藤（2017）は、病棟看護師が患者の身近な存在として、ニーズを統合的にアセスメントし、退院調整看護師との協働を通して共通認識を持ち支援していく必要性を述べている。このことから、退院に伴う意思決定支援においては、患者・家族に関する情報の共有や、そのための関係性を構築する役割を果たす必要性を相互に認識していると考えられた。

また、退院調整看護師が認識していた【病棟看護師が把握する情報に対する信頼と尊重】のカテゴリーでは、病棟看護師が収集した患者の意向や希望に関する情報を信頼し、自らが実践すべき支援を具体的に検討することに役立っているとわかった。多くの先行研究では、退院調整看護師の知識を活かした病棟看護師への教育的な関わりの有用性が言われている（山本・森下，2016；木場・齋藤，2017）。しかし、本研究の結果から退院調整看護師は、教育的な一方向性の関わりだけではなく、相互に補完し合う双方向性の関わりの重要性を認識していると考えられた。したがって、病棟看護師と退院調整看護師は同職種として協働するために、専門的知識や技術、立場上の相違だけではなく、各々の特性を発揮できる役割と、ともに担う役割の存在を理解し、双方向的に働きかけながら役割を遂行しようという認識を持っていると考えられた。

VI. 結 論

退院に伴う意思決定支援における病棟看護師の役割認識としては、病棟看護師であるからこそ築ける関係性の中で患者・家族の意向や希望を把握することや、病棟看護師が中心となって意思決定支援を行う役割が認識されていた。また、退院調整看護師の役割認識として、患者・家族との援助関係を構築し、意向や希望を実現するための具体的な調整や、地域と医療機関をつなぐ役割が認識されており、これらの役割は両者の看護職が各々の役割として共通認識していることが示された。また、両者に相違のあった、【患者・家族・医療者間の合意形成に向けた話し合いの機会の設定】の役割認識では、退院調整看護師はこれらの役割を看護職者が行う退院に伴う意思決定支援の本質的な要素であると認識していることが推察された。両者の協働に向けた役割認識では、患者の療養生活と密接に関わる同職種として情報を共有するための関係の形成や、相互の特性を活かし、補完し合う役割を発揮する必要性を認識していることが示唆された。

VII. 研究の限界と課題

本研究は模擬事例を用いたことから、各々の対象者が面接調査時に想起する事例の特性による研究結果への影響を最小限にできた一方で、模擬事例の限定した状況に対する結果に留まったことが研究の限界であると考えられる。今後は本研究で明らかになった結果を活用し、それぞれの看護師の連携・協働体制を基盤とした実践のあり方を検討することが課題である。

謝 辞

本研究の趣旨を御理解いただき、ご多忙な業務のなかインタビューにご協力いただきました看護師の皆様、研究協力をいただいた医療機関の皆様に心より感謝申し上げます。

本研究の一部は日本看護研究学会第44回学術集会において発表した。なお、本稿は札幌医科大学大学院保健医療学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正をしたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反はない。

研究助成情報

本研究における利益相反はない。

文 献

- 片山陽子（2016）. 高齢がん患者の意思決定支援の特徴. 長江弘子（編），エンドオブライフケアにおける意思決定支援. *看護技術*, 62(12), 77-80.
- 木場しのぶ，齋藤智江（2017）. 急性期病院におけるがん患者への退院支援：病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性. *日本看護学会誌*, 37, 298-307.
- 長江弘子（2018）. アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割. 長江弘子（編），*看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア*（第2版）（pp.88-95）. 東京：日本看護協会出版会.
- 長畑多代，志田京子，北村愛子，田嶋長子，堀井理司，澤井 元，中村裕美子（2018）. 大阪府下の中小規模病院における退院調整看護師の困難と教育ニーズ. *大阪府立大学看護学雑誌*, 24(1), 85-90.
- 永田智子（2015）. 療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価. *看護科学研究*, 13(1), 18-21.
- 小川貴子（2010）. 病棟看護師の退院調整に対する認識. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録 教員・教育担当者養成課程看護コース*, 36, 186-193.
- 大園康文，福井小紀子，川野英子（2014）. 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響：経時的なパターンの分類化. *Palliative Care Research*, 9(1), 121-128.
- Sakai, S., Yamamoto-Mitani, N., Takai, Y., Fukahori, H., & Ogata, Y., (2015). Developing an instrument to self-evaluate the discharge

- planning of ward nurses. *Nursing Open*, 3(1), 30-40. <https://doi.org/10.1002/nop2.31>
- 坂井志麻 (2018). 地域包括ケアシステムにおける看護師の役割. 長江弘子 (編), *生活と医療を統合する継続看護マネジメント* (第2版) (pp.3). 東京: 医歯薬出版株式会社.
- Suzuki, S., Nagata, S., Zerwekh, J., Yamaguchi, T., Tomura, H., Takemura Y., & Murashima, S., (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(2), 201-215.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美 (2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 33(3), 3-13.
- 宇都宮宏子 (2011). ジェネラリストナースが行う退院支援・退院調整とは. 宇都宮宏子, 三輪恭子 (編), *これからの退院支援・退院調整* (pp.5-10). 東京: 日本看護協会出版会.
- 宇都宮宏子 (2013). 地域包括ケア本格化! 退院支援・外来機能を再強化する—病院から地域への療養移行期の看護マネジメントを体系化する: 地域包括ケアの推進に向けた現状と課題. *看護管理*, 23(12), 986-995.
- 山田雅子 (2009). 第1章総論. 宇都宮宏子 (編), *病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例* (pp.1-46). 東京: 日本看護協会出版会.
- 山本詩帆, 森下安子 (2016). 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり: 退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて. *高知女子大学看護学会誌*, 41(2), 60-69.

[2019年5月27日受 付]
[2020年7月2日採用決定]

Perceptions Regarding Nursing Roles of Ward and Discharge-Planning Nurses in Supporting Patients' Decision Making Regarding Discharge

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 99-110
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200702099>

Madoka Nakamura, MSN, RN, PHN

Sapporo Medical University, Sapporo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to examine the perception of the respective roles of hospital ward nurses and discharge-planning nurses in supporting patients' decision making to be discharged from a hospital. **Methods:** There were a total of 13 participants in this study: seven ward nurses and six discharge-planning nurses. The obtained data were analyzed qualitatively. **Results:** Ward nurses perceived their role to consist of "leveraging relationships with patients and their families to understand their intentions and wishes." Of discharge-planning nurses, they expected "coordination and cooperation for the realization of these intentions." Discharge-planning nurses perceived their role as "networking with ward nurses and local regions," and they expected ward nurses to "express their thoughts and judgments." **Conclusions:** Our findings suggest that promoting specialized role engagements for each specialized nursing type, even as these medical staff as dedicated nurses share a common perception of their responsibility to be closely involved in the recuperation of their patients.

Key words

discharge support, decision making support, role cognition, ward nurses, discharge planning nurses

Correspondence: M. Nakamura. Email: m-nakamura@sapmed.ac.jp

禁煙外来における熟練看護師の 禁煙支援技術

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 111-121
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200702103>

高橋博子¹, 中西純子¹

¹愛媛県立医療技術大学保健科学部

要 旨

目的：禁煙外来における熟練看護師は、禁煙支援のために、どのような技術をどのように使っているのか明らかにする。方法：禁煙支援歴5年以上の有資格看護師2名を対象に禁煙支援場面の参加観察と半構造的面接を行い、質的記述的に分析した。結果：〔患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術〕〔目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術〕〔禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術〕〔個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術〕〔賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術〕他9つの禁煙支援技術が抽出された。結論：禁煙外来において、熟練看護師はニコチン依存症患者の特性を心得た上で認知の修正や自己効力感向上、再喫煙予防を意図して行い、限られた期間と受診回数の中で、受診回ごとに効果的に自在に禁煙支援技術を駆使していた。

キーワード

禁煙外来, 熟練看護師, 支援技術, 健康教育

責任著者：高橋博子。Email: htakahashi@epu.ac.jp

緒 言

喫煙は、国内の主要死因であるがん、心疾患、脳卒中、肺気腫などのリスクファクターである。WHOは、タバコを「病気の原因の中で予防できる最大かつ単一のもの」と位置づけ、国際的に規制推進を図っている。海外における禁煙支援には、禁煙補助薬・クイットライン・インターネット・禁煙クリニックの利用が主にみられる(Borland, et al., 2012)。日本でも、タバコ対策の1つとして、平成18年の診療報酬改定で「ニコチン依存症管理料」が新設され、喫煙者数増加に歯止めをかけるため全国の医療施設で禁煙外来の開設が始まった。タバコ依存症治療プログラムの国際調査(Rigotti, et al., 2009)によると、米国の喫煙とタバコ依存症治療ガイドライン(Treating Tobacco Use and Dependence)(Fiore, et al., 2008)は、各国で作成されるガイドライン内で最も多く引用されており、信用性の高さがうかがえる。それには薬物治療とカウンセリング併用の有用性が示されており、またRice, Hartmann-Boyce & Stead (2013)のコクランライブラリにおけるシステマティックレビューでは、看護師のアドバイスと支援が人々の禁煙成功率を高める可能性が示唆されている。国内の禁煙外来でも薬物治療とカウンセリングの併用、専任看護師を1名置

くことが義務づけられており、禁煙患者のカウンセリングを看護師が担うことが求められている。

しかし、平成19～21年に厚生労働省が行った「ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査」の内、平成21年度の調査(厚生労働省, 2010)によると、禁煙指導を「医師のみで行っている」が39.0%, 「医師に加えて他の医療職種も指導している」が60.3%(その内、看護師は93.5%)との結果が出ている。医療機関によって禁煙の取り組みに差があることが示され、実際看護師の十分な活用がなされているとは言い難い。萩本・増居・中村・馬醫・大島(2007)は、支援者の技術レベルが高いほど、より高い禁煙支援効果が得られる(p.486)としており、禁煙支援を担う看護師の技術修得が重要となってくる。しかし、看護師は施設内配置異動が多く、禁煙外来専任としての継続的な禁煙支援技術のスキルアップが図りにくいという現状が報告されている(谷口, 2013, p.41)。

禁煙外来の展開については、日本循環器学会等4学会合同で作成している禁煙外来標準手順書第6版(以下、標準手順書と記す)(中村・大島・田中・野村・増居, 2014)に則ることが定められている。標準手順書には、外来の進め方や手順、患者への一連の説明内容、問答集などが分か

りやすく書かれているが、根拠について多くは述べられておらず、飽くまで禁煙外来を行う医療職者に対する基準マニュアルであり、看護師の視点で書かれたものではない。これに対し、禁煙外来での禁煙支援に長年従事してきた谷口（2012）は、事例を使い理論と実践からのカウンセリング技術を紹介している。先行研究では、禁煙外来受診者の現状として成功因子や失敗の要因について明らかにした量的研究（加賀美・三井, 2013；安田ほか, 2015）が多いが、禁煙支援技術に関する質的帰納的研究は見当たらず、専任看護師の支援技術の実際は十分明らかにされていない。

技術の熟練度や実践能力は経験年数により向上していくことが知られており（Benner, 2001/2005）、中村・金子・清水・石川（2005）が行った、看護師の患者指導の機能に関する研究でも「看護師は経験によって指導の知識、技術、態度ともに質的・量的に幅を広げていく」（p.370）と報告されている。今本・鈴木・高橋栄美子・高橋千恵美（2010）は、自施設における禁煙成功因子を明らかにする中で、熟練看護師の禁煙支援介入の重要性を示唆している（p.3）。これらのことから、禁煙支援に熟練した看護師は、効果的な支援技術に長けていると考えられ、経験の浅い多くの禁煙外来専任看護師の指針となるべき存在である。

そこで本研究では、禁煙支援に熟練した禁煙外来専任看護師が、どのような技術を、患者の受診回ごとにどのように使っているのかを明らかにすることとした。それにより、資格を持たない経験の浅い禁煙支援看護師の技術の向上および支援看護師自身の客観的評価につながり、その結果、禁煙支援を担う全ての看護師の、効果的な禁煙支援技術修得への貢献が期待できると考えた。

I. 研究目的

禁煙外来における熟練看護師は、禁煙支援のために、どのような技術を、受診回ごとにどのように使っているのかを明らかにする。

II. 用語の定義

1. 熟練看護師

Benner（2001/2005）のドレフィスモデルを使った看護技能習得段階を踏まえ、禁煙外来での禁煙支援歴5年以上の看護師であり、且つ関係学会が認定する有資格看護師と定義する。

2. 禁煙支援技術

受診者にカウンセリングをしていく中で、禁煙に取り組む患者を支え、助けるための方法や手段とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

熟練看護師は禁煙のためのカウンセリングを行う際、一様の手続きにとどまらず、患者に合わせた支援を、その場での思考や判断を絡ませながら複雑な技術を使って行っていると予測された。従って、研究デザインは質的記述的研究とした。

2. 研究対象者

禁煙外来を開設している医療機関において、禁煙外来を担当している禁煙支援歴が5年以上の有資格看護師とした。禁煙指導者の資格認定は日本禁煙学会および日本禁煙科学会が行っているが、有資格者数とホームページ上の職種・勤務先公開の有無の観点より、日本禁煙学会の禁煙認定専門指導者^{*}および禁煙認定指導者^{**}から研究対象者を選定した。その中から、より禁煙支援に力を入れていると判断できる要素として、禁煙支援者のスキルアップに関する研究発表を行ったことのある2名の看護師を抽出した。

※禁煙認定専門指導者：5年以上の禁煙支援歴があり、日本禁煙学会の選定基準と試験にて認定された日本禁煙学会認定資格者。

※※禁煙認定指導者：3年以上の禁煙支援歴があり、日本禁煙学会の選定基準と試験にて認定された日本禁煙学会認定資格者。

3. データ収集期間

平成28年6～7月

4. データ収集方法

禁煙支援技術を明らかにするには、看護師と患者の実際の相互作用場面を捉えることが重要と考え、参加観察法を選んだ。また、対象看護師と研究者が同じ場面を共有した後、参加観察だけでは捉えきれない、看護師の支援の意図や判断、思考等を確認し理解するため、半構造的面接法を行うこととした。

(1) 参加観察法

20歳以上の禁煙外来を受診した患者と対象看護師が行うカウンセリング場面に、両者の許可を得て研究者が立ち会い、参加観察を行った。参加観察は、5回ある禁煙外来（図1）の内、禁煙を始める導入時期である初回、2～4回目のいずれか、最終回である5回目をポイントと捉え、最低3回（それに伴う禁煙外来受診患者は同一患者ではない）、最初から最後まで立ち会い、対象看護師と患者双方の言動や動作、両者の相互作用を観察した。カウンセリング中は、適宜観察内容をメモに記録した。

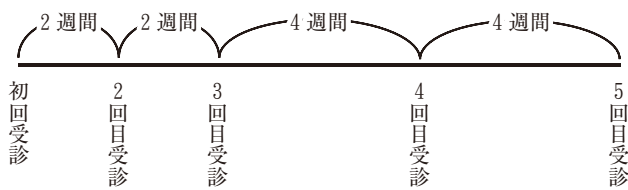


図1 標準禁煙治療のスケジュール

(2) 半構造的面接法

各カウンセリング終了後、対象看護師の手が空く時間に、参加観察の内容を具体例として示しながら、言動の意図や看護師の判断、思考等について、インタビューガイドを用いて半構造的面接を行った。患者の受診キャンセルがあった場合は、参加観察を要しない事柄（看護師の禁煙外来に対する思いや信念等）について半構造的面接を実施した。1回の面接時間は60分以内とし、対象看護師の了承を得た上で、ICレコーダーとメモによる面接内容の記録を行った。

5. 分析方法

(1) 禁煙支援技術の抽出

参加観察と面接で得られたデータは全て逐語録にした。参加観察では、看護師が患者に行った行為や語りかけ、それに対する両者の反応を、半構造的面接では、なぜそれを行ったのか、どう考え判断したのか、どのような認識を持っているか等が読みとれる部分を、文脈が損なわれないように取り出し、コード化した。それらを分析の最小単位とし、意味内容の類似性によって分類・統合したものを小カテゴリとした。そして小カテゴリの意味内容を吟味・比較しながら分類を行い、統合したものを中カテゴリとした。中カテゴリはさらに、その内容・表現が妥当か確認しながら分類し、熟練看護師の技術方法が伝わる表現を考慮しつつ大カテゴリまで統合した。これらの過程の中、カテゴリの内容・表現や分類が妥当か、常時研究テーマを意識し、逐語録での確認を心がけた。また、インタビューの質の担保および分析のデータの信憑性・真実性の確保に努めるため、定期的に慢性看護学・質的研究方法の分析に精通している共同研究者によるスーパーバイズを受けながら進めた。加えて、対象看護師にもデータの解釈に齟齬がないか確認を求めた。

(2) 禁煙支援技術の受診回別比較

対象看護師が禁煙の経過によって、禁煙支援技術をどのように使っているのかを探るため、取り出した禁煙支援技術の頻度と傾向を、受診回別に比較検討した。

6. 倫理的配慮

本研究は、愛媛県立医療技術大学研究倫理審査委員会の

承認（15-023）を受け実施した。研究対象看護師が所属する医療施設長、対象看護師および禁煙外来受診患者それぞれに対し研究主旨を伝え、研究参加と拒否の自由、個人情報保護の保護、結果公表等について文書と口頭で説明し、承認や同意を得た上で行った。参加観察では、対象者の負担を抑えるため、観察されていることに意識が向かないよう、研究者はできるだけ対象者の視界に入らない場所に位置し、記録は最小限にとどめた。インタビューでは、時間を1時間以内/回とし、もしインタビューで身体的・精神的負担が生じる場合は、中断も考慮するようにした。

IV. 結果

1. 対象者の概要

2医療施設の禁煙認定専門指導者2名（以下A、Bとする）で、どちらも女性であった。対象者の概要は、2名とも50才台前半で、禁煙外来担当歴は10～13年、禁煙認定専門指導者歴は両者ともに8年で、本分野で禁煙支援看護師を指導するキャリアの人達であった。この2名の熟練看護師に対し、参加観察を9回、面接を12回行った。参加観察の内訳は、禁煙外来受診初回が3回、2回目が2回、3回目が2回、5回目が2回であった。参加観察の平均時間は 39.1 ± 14.9 分、面接の平均時間は 28.8 ± 9.7 分であった。

2. 禁煙外来における熟練看護師の禁煙支援技術

収集された全てのデータより、734のコードが抽出された。禁煙支援技術について、それらを類似性に基づき分類し、抽象化を繰り返した結果、91の小カテゴリ、25の中カテゴリ、9つの大カテゴリが抽出できた（表1-1、1-2）。本研究では、大カテゴリを〔 〕、中カテゴリを〈 〉で示す。また、基データ（インタビュー逐語録および参加観察記録）は字体を斜体で表し、（ ）は研究者による補足説明を示す。

大カテゴリは、〔患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術〕〔患者の話を受け止め、患者との距離を縮める技術〕〔禁煙に対する準備性とタバコの価値観の経時的変化のアセスメントから、見通しを立てる技術〕〔目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術〕〔禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術〕〔個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術〕〔賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術〕〔自己決定を促し、禁煙への主体的な取り組みを引き出す技術〕〔患者の言葉を引き出し、意図した駆け引きの中で、患者の気づきを誘導する技術〕が抽出された。

表 1-1 禁煙外来における熟練看護師の禁煙支援技術

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
患者の関心をひきつけ、 分かりやすい説明を駆使し、 患者を「分かる」へ導く 技術	関心をひきつけ、 聞く構えをつくる	本題に入る前に関心をひく質問をしている
		言葉の調子を変えたり、一般常識やニュースを取り入れて関心をひきつけ、説明している
	分かりやすい表現で 理解を助ける	患者の注意をひきつけ、看護師の話を聞く構えになるよう誘導している
		言葉（念押し、繰り返し、言い換え）や動作を使い、特に大切な話を強調している
		分かりやすさを意識し、患者に知って欲しい知識をイメージで表現している
		可視化で認知を促すため、例え話（ボールや体温計）を使っている
患者の話を受け止め、 患者との距離を縮める 技術	患者の気づきや理解の 確認をし、次に進める	患者の印象に残るよう、視覚に訴える
		理解力に応じた説明を思案している
	患者の理解と実感で 「分かる」へ導く	患者の気づきや理解の確認をし、次に進める
		患者の言葉を使った聞き返しや要約をしている
		タバコに関して、患者の表出する感覚や思いにタイミングを逃さず反応している
		患者が現状を理解できるよう、解説している
禁煙に対する準備性と タバコの価値観の 経時的変化の アセスメントから、 見通しを立てる技術	患者の気持ちをくみとり、 気を配る	患者の体験と知識を結びつける説明を行っている
		患者の「分かる」感覚を大切にしている
	患者の話を傾聴・共感し、 看護師自身が本音を 開示する	患者が気になることや疑問を聞く機会を提供している
		患者に意図して気を配り、気遣いを見せている
	さりげなく、徐々に 患者との距離を縮める	患者が禁煙できることを第一に考え、診療報酬適応外のことであっても実行している
		患者の話が否定することなく、相づちを打ちながら受け止めている
禁煙に関する情報を集め、 患者の個性や準備性、 経時の変化や影響因子を 把握し、見通しを考える	禁煙に関する情報を集め、 患者の個性や準備性、 経時の変化や影響因子を 把握し、見通しを考える	患者の話を受け止め、共感を示している
		患者の言動や態度に対し、自分の本音を開示している
	タバコの価値観変換の 判定を行い、カウンセリング の評価を行う	患者との関係を築くため、敢えて本題からはずれた話をしている
		患者と同じ動作をしたり、目線やスキンシップなど、自然なしぐさで非言語的コミュニケーションをとっている
		禁煙外来の回数を重ね、関係性を築いている
		性格、理解力の高さ、不安傾向の有無など患者の個性を把握している
禁煙に対する準備性と タバコの価値観の 経時的変化の アセスメントから、 見通しを立てる技術	禁煙に関する情報を集め、 患者の個性や準備性、 経時の変化や影響因子を 把握し、見通しを考える	家族の付き添いや自分の意思に反して無理に来院する人は気持ちの準備性が低いと捉えている
		気持ちの準備性の低い患者には、禁煙しない人、禁煙できる人、禁煙できない人がいると認識している
	タバコの価値観変換の 判定を行い、カウンセリング の評価を行う	自分で来院する患者の気持ちの準備性に違いはないが、動機の強さやタイミングに違いがあると感じている
		患者の禁煙思考や行動を、変容ステージにあてはめて働きかけることが重要と考えている
		禁煙外来の回数を重ねながら、アセスメントを繰り返し、患者の経時的変化をつかんでいる
		禁煙動機、家庭喫煙者の有無、薬の副作用、禁煙生活（家庭・職場）の実態など、禁煙の影響因子について情報収集している
禁煙に対する準備性と タバコの価値観の 経時的変化の アセスメントから、 見通しを立てる技術	禁煙に関する情報を集め、 患者の個性や準備性、 経時の変化や影響因子を 把握し、見通しを考える	喫煙年数、患者の禁煙に対する動機や姿勢、禁煙しやすい環境か、禁煙の進み具合などを勘案し、禁煙の見通しを考えている
		禁煙した患者のタバコへの思いを聞き、その人のタバコの価値を見計らっている
	タバコの価値観変換の 判定を行い、カウンセリング の評価を行う	個人のタバコの価値観の変換の判定のため、禁煙外来終了時に患者に確認し、カウンセリングの評価を行っている

表 1 - 2 禁煙外来における熟練看護師の禁煙支援技術

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術	禁煙に対する心配や緊張を最小限にする	患者の緊張をやわらげるよう、目線、口調、声かけ、座る位置を工夫している リラックスして気楽に構えるよう声かけしている トラブル時に対応する用意があることを伝えている 禁煙初期は特に、薬効が禁煙を後押ししてくれることを念頭に置く 元喫煙者である禁煙者の詳細な体験を知っていることを伝えている 患者が不安にならないよう、はっきりとした態度で接している 次回来院を自然に誘導する声かけをしている ユーモアを交えながら話を進めている
	ポジティブ思考に意識の転換を図る	患者に励ましのサインを送っている 患者の良い現状を解説しながら伝えている 患者のネガティブな表出に対してポジティブな捉え方を伝えている 患者の禁煙に対する考えや行動を肯定している
	禁煙を続ける患者の自己効力感を高める	患者の禁煙行動を評価し、賞賛している 他スタッフも巻き込み、患者の禁煙に取り組む努力を認めている 認知と行動を別にする重要性について認識しており、それを患者に伝えている
	目標のハードルを上げすぎない	簡単に難しくない達成可能な方法を提示する まずは目の目標のみ提示している 禁煙開始するまでには猶予があることを告げている 患者が禁煙は無理だと思わないように接する
	蓄積したエピソードを引き出し、代理体験に使う	患者情報は、エピソードとして記憶・蓄積し、必要時に引き出している 極端に悪い例を出し、患者が自信を持てるようにしている 患者と同じ境遇や良い例を出し、患者が安心や期待を持てるようにしている 悪い例を出し、患者に注意喚起を行っている 経験から獲得した様々なエピソードと知識を持っている
	両価性の感情に対して、禁煙の価値が勝るように誘導する	禁煙開始初期には吸いたい気持ちがあっても当然と伝えている タバコをやめたいけどやめたくない思いに対して、禁煙のメリットとデメリットを患者と一緒に整理している
禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術	禁煙する動機を強める	患者から禁煙の動機を聞き、禁煙の意識化を図っている 禁煙できている人には自己報酬を提案している 禁煙による効果を患者と確認し、明確化している 動機が弱い人にはまず来院を勧め、経過の中で動機を強めている 禁煙外来や禁煙ツール（禁煙アプリなど）を動機を強める因子として捉え、活用する 喫煙・禁煙の両経験者として貢献できることを伝えている
	薬剤を使う意味と懸念を認識し、効果的な薬の使い方を判断する	薬の副作用の禁煙への影響を勘案し、その対処を考えている 薬を確実に使用する意味を知っており、きらさないよう薬の残数を確認している 禁煙後期では、薬の必要性が下がることを伝えている 飲み薬によるスムーズすぎる禁煙を懸念している
	卒煙・リタイヤ後もなるべく禁煙外来との縁が切れないよう働きかける	禁煙外来に来院しなくなる際、次につながるメッセージを送っている 禁煙外来終了後も定期通院する患者には、頃合いを見計らって禁煙状況を聞いている
	1人1人の体験世界、生活環境に則した具体的な介入、アドバイスをする	吸いたくなった時の行動について、知識とその人の生活を結びつけ、具体的にアドバイスしている 禁煙しやすい環境（家庭・職場）になるよう患者に行動を促す 禁煙者の体験世界を理解し、より具体的な介入や配慮を行っている
個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術	人や禁煙状況に合わせ柔軟に対応する	患者の既存の知識を確認しながら話を調整している 初回までは説明が多いが、2回目以降は患者の禁煙の可否や進み具合に応じて双方向でやり取りを行う 患者の性格や気質、抵抗の有無などを見てアプローチ方法を変えている その時のカウンセリングの流れで説明内容やCO測定タイミングを変えている
	禁煙できている患者を肯定・賞賛しつつ、再喫煙しないよう注意喚起する	再喫煙のリスク（生活環境、酒の場、負の感情、ストレス、興味、油断、薬への過信）について伝えている 抑制力がとれる禁煙外来終了時に、今後落とし穴に落ちないように警鐘を鳴らしている 患者を肯定、評価した後で、陥りやすい再喫煙への注意喚起を行っている
自己決定を促し、禁煙への主体的な取り組みを引き出す技術	患者の意思を確認し、自分の考えで対処するよう促す	禁煙外来では患者の禁煙意思が大前提のため、治療の意思を確認している 薬の選択や禁煙開始日について、本人の意思を確認している 他者からの指示ではなく患者本人が決めるため、吸いたい時の対処が考えられるように発問している
患者の言葉を引き出し、意図した駆け引きの中で、患者の気づきを誘導する技術	質問や間接的メッセージで気づきを誘導する	意識を高めたい部分を詳しく質問している 遠回しな表現、患者の言葉の言い換え、つぶやきなどで間接的にメッセージを送っている
	意図して患者の言葉を引き出し、自己教示を図る	いつ吸いたくなるかを考えてもらうため、記載を依頼している 患者の思う自信とやる気の数値や禁煙効果を直接いったり、読みあげている
	患者の自己申告した内容を使って介入を展開する	患者に、これまでの禁煙の振り返りを促している 問診票などをとっかかりに話題を展開している 揺さぶりをかけ、介入のきっかけを作っている

(1) 〔患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術〕

この大カテゴリは、ニコチン依存症や薬の作用機序、生活指導の意味など患者が知るべき知識を伝え、同時にそれにまつわる患者の体験を引き出し、理解と体験を結びつけることで患者の納得を得る技術である。これは、4つの中カテゴリ〈関心をひきつけ、聞く構えをつくる〉〈分かりやすい表現で理解を助ける〉〈患者の気づきや理解の確認をし、次に進める〉〈患者の理解と実感で「分かる」へ導く〉で構成されていた。

〈患者の理解と実感で「分かる」へ導く〉では、看護師は、患者の言葉を使った聞き返しや要約、解説、患者の体験と知識を結びつける説明を行うことで、患者を「分かる」感覚へ導いていた。看護師は禁煙外来初回受診の患者に、「(ニコチン依存症は) 血中のニコチンが減ってくると、体がそれを欲して、ニコチン補充のためにまた吸うというサイクルができて上がっているんです。」と説明していた。その後しばらくして、「朝起きてすぐタバコ? それともトイレに行きますか?」と聞き、「タバコ」と答えた患者に「夜眠ってる間は、ニコチンが不足した状態になってるんですよ。夜中寝ながらタバコ吸う人はいないでしょ? 日中は数時間ごとに補充してたものを、夜の間は吸わないからね。だから、朝起きてすぐタバコが欲しくなるんです。」と伝えていた。先に説明したニコチン依存症の知識と患者の体験を結びつけた結果、患者は大きく、うんうん、とうなずいていた。(A: 初回受診参加観察)

(2) 〔患者の話を受け止め、患者との距離を縮める技術〕

この大カテゴリは、禁煙に関する介入をスムーズに行うため、看護師がカウンセリングの中で患者との関係を徐々に縮め、より良い関係性を保つ技術である。これは、3つの中カテゴリ〈患者の気持ちをくみとり、気を配る〉〈患者の話に傾聴・共感し、看護師自身が本音を開示する〉〈さりげなく、徐々に患者との距離を縮める〉で構成されていた。

〈患者の話に傾聴・共感し、看護師自身が本音を開示する〉では、看護師は患者に、「最初来られて禁煙始める時は大変かなって思ってたんですけど、本当は。」と本音を言い、患者も「私も思ってた! タバコやめたら悶え苦しむのかと思ってたけど、案外楽にやめられたのよね。」(B: 3回目受診参加観察) と看護師に呼応するように本音を語っている。看護師は、患者の話否定することなく相づちを打ちながら受け止め、時には共感したり、患者の言動や態度に対し、自分の本音を開示したりしていた。

(3) 〔禁煙に対する準備性とタバコの価値観の経時的変化のアセスメントから、見通しを立てる技術〕

この大カテゴリは、喫煙に関する患者情報を効率良く系

統立てて把握し、患者の準備性やタバコの価値変換について見極め、禁煙の見通しを立てる技術である。これは、2つの中カテゴリ〈禁煙に関する情報を集め、患者の個性や準備性、経時の変化や影響因子を把握し、見通しを考える〉〈タバコの価値観変換の判定を行い、カウンセリングの評価を行う〉で構成されていた。

〈タバコの価値観変換の判定を行い、カウンセリングの評価を行う〉では、看護師は、「せっかくやめられたのに、でも何か機会があったらやっぱり吸いたいわって、おっしゃる人もいますね。でも最後にそれをきくと、すごくがっくりくる。(笑う) ~中略~ そういう風な考え方の切り替えをさせられなかったっていう時は、あーカウンセリングは失敗だったって思います。」(B: インタビュー) と語っているように、禁煙外来終了時に患者のタバコへの思いを聞き、その人のタバコの価値変換を確認することでカウンセリングの評価を行い、今後の見通しを立てていた。

(4) 〔目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術〕

この大カテゴリは、患者が禁煙に対して「できる」自信を強めるための技術である。これは、6つの中カテゴリ〈禁煙に対する心配や緊張を最小限にする〉〈ポジティブ思考に意識の転換を図る〉〈禁煙を続ける患者の自己効力感を高める〉〈目標のハードルを上げすぎない〉〈蓄積したエピソードを引き出し、代理体験に使う〉〈両価性の感情に対して、禁煙の価値が勝るように誘導する〉で構成されていた。

〈目標のハードルを上げすぎない〉では、看護師は初回受診の患者に生活指導を行った後、いよいよ始まる禁煙の前に、緊張を少しゆるめる声かけをしていた。「禁煙はゆっくり、無理しないでください。生活を変えていくにはエネルギーがいるんです。禁煙すると眠くなるので、夜はそのまま寝てください。」と伝え、患者はうんうん、とうなずいていた。また看護師は、「(禁煙を始める) 1週間後が第一段階です。とりあえずの目標は次の外来までで、それ以降のことはあまり考えなくて良いです。」(A: 初回受診参加観察) と、患者に禁煙開始までには猶予があることを告げ、まずは目の目標や簡単に達成可能な方法を提示し、患者が禁煙は無理だと思わないように接し、ハードルを上げすぎないようにしていた。また〈禁煙を続ける患者の自己効力感を高める〉では、看護師は「(吸いたい) 気持ちが出ることがいけないと思ってる人がいるので。~中略~ 薬飲んでても吸いたい気持ちが出てくるって言う人がいるから、"吸いたい気持ちが出てたって吸ってないでしょ。" って言う。"そしたらいいんじゃない?" って感じで。」(B: インタビュー) と、禁煙中に沸き起こる「吸いたい」気持ちに否定的な患者に対し、思考と行動は別であることを伝え、喫煙行動に

至っていないことを肯定して自己効力感を高めていた。

(5) 〔禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術〕

この大カテゴリは、患者が禁煙を継続できるよう、禁煙動機を強めたり弱めたりする内的・外的要因を調整するための技術である。これは、3つの中カテゴリ〈禁煙する動機を強める〉〈薬剤を使う意味と懸念を認識し、効果的な薬の使い方を判断する〉〈卒煙・リタイヤ後もなるべく禁煙外来との縁が切れないよう働きかける〉で構成されていた。

〈卒煙・リタイヤ後もなるべく禁煙外来との縁が切れないよう働きかける〉では、看護師は患者に、「今日で、禁煙外来は最後になっちゃうけど、また何かあったら言ってくださいね。」(B: 5回目受診参加観察)と話し、その理由として「禁煙外来終わったら来ちゃいけないとか、関わっちゃいけないっていう風なイメージがあるといけないなと思って、またいつでも声かけてくださいねって言う。」(B: インタビュー)と言っていた。看護師は、患者が卒煙やリタイヤで禁煙外来に来院しなくなる際、次につながるメッセージを送ったり、禁煙外来終了後も定期通院する患者には、頃合いを見計らって禁煙状況を聞くなどして、なるべく禁煙外来との縁が切れないよう働きかけていた。

(6) 〔個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術〕

この大カテゴリは、患者の個性や禁煙・生活環境、禁煙状況、体験世界などを理解した上で、1人1人に合った具体的な介入を行う技術である。これは、2つの中カテゴリ〈1人1人の体験世界、生活環境に則した具体的な介入、アドバイスをする〉〈人や禁煙状況に合わせて柔軟に対応する〉で構成されていた。

〈1人1人の体験世界、生活環境に則した具体的な介入、アドバイスをする〉では、看護師は、患者の喫煙環境や体験世界を加味し、吸いたくなった時の行動や生活について具体的なアドバイスを行っていた。患者の「(吸いたくなくても)大丈夫だと思います。仕事してる間は吸いたいと思わない。」という話に、看護師は間髪いれずに「仕事の合間に吸いたくなるでしょ?」と指摘し、患者は「……うん。」と認めていた。さらに「仕事の時タバコは誘われる?言える?禁煙してるって。多分タバコ吸ってる人からしたら顔ぶれが決まってるから、顔が見えないと気づくと思うんですよ。～中略～タバコ吸う人は誘われやすいんですよ。吸う所が減ってきて、肩身を狭くして吸う仲間意識もあるし、タバコやめたいけどやめられないっていう人も多いから、やめようとしている人をやめさせないようにする意識が働いちゃったり。」(A: 初回受診参加観察)と患者の喫煙環境や体験世界を加味し、職場での喫煙仲間意識に対する指摘をして、禁煙

していることを周囲に伝えるよう、説得力を持って介入していた。

(7) 〔賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術〕

この大カテゴリは、患者が再喫煙してしまわないように、陥りやすい要因やシチュエーションを効果的に伝える技術である。これは、中カテゴリ〈禁煙できている患者を肯定・賞賛しつつ、再喫煙しないよう注意喚起する〉で構成されていた。看護師は、「(△△さんは)禁煙してる、じんましんは出る、お酒をやめてる、元気は出ない、で4重苦ですよ。それでも禁煙できてるんだから。」と多くのことを耐え忍んでいる患者の禁煙を称えた後、「△△さんは今、禁煙でタバコのない生活に慣れてきました。生活のペースを積み上げてペースができてくると思います。それで、少しずつ周りが見えて慣れてくると、“どんな味なんだろう”って吸っちゃうことが多いんですよ。これに気をつけて欲しいんです。」(A: 2回目受診参加観察)と、油断や興味など陥りやすい再喫煙のリスクについて伝え、注意喚起を行っていた。

(8) 〔自己決定を促し、禁煙への主体的な取り組みを引き出す技術〕

この大カテゴリは、患者が禁煙意思を持っていることを前提に支援するという禁煙外来の基本姿勢のもと、他者からの指示ではなく患者本人が決め、取り組むことを促す技術である。これは、中カテゴリ〈患者の意思を確認し、自分の考えで対処するよう促す〉で構成されていた。看護師は、患者の禁煙意思が大前提のため、治療の意思や薬の選択、禁煙開始日について本人の意思を確認していた。また、他者からの指示ではなく患者本人が決めることを重要視し、吸いたい時の対処が考えられるよう、以下のように発問していた。看護師「一番タバコと結びついてることは何でしょう?」患者「目覚め?」看護師「じゃあ、その目覚めの時どうしましょう?」患者「コーヒー飲む。」(A: 初回受診参加観察)

(9) 〔患者の言葉を引き出し、意図した駆け引きの中で、患者の気づきを誘導する技術〕

この大カテゴリは、看護師が患者の禁煙に対する思いや禁煙行動について、患者自らに気づいて理解して欲しいことへと、意図した駆け引きの中で誘導する技術である。これは、3つの中カテゴリ〈質問や間接的メッセージで気づきを誘導する〉〈意図して患者の言葉を引き出し、自己教示を図る〉〈患者の自己申告した内容を使って介入を展開する〉で構成されていた。

〈意図して患者の言葉を引き出し、自己教示を図る〉では、看護師は問診票を見ながら患者に「〇〇さん、今やる気のパーセンテージはどのくらい?」と、書かれた内容について敢えて聞いている。その結果、患者から「やる気は

ありますよ。今、やめられてるからね。ふっと思うのよね、前だったらタバコ吸ってたな、そういえば、今吸ってないのよねって。」(B: 3 回目受診参加観察)という、今の気持ちや自分の禁煙過程の振り返りを引き出していた。

3. 禁煙外来受診回別の禁煙支援技術頻度

参加観察を行った初回、2・3・5 回目それぞれで使われている禁煙支援技術について、使用回数を比較検討した(表 2)。

〔目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術〕は、禁煙支援技術の中で、最も多く使用されていた。また、1つの禁煙支援技術の各受診回での使用傾向を見ると、〔個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術〕は、初回で使われることが格段に多く、〔賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術〕は、2 回目と 5 回目で使われることが多かった。

V. 考 察

1. 禁煙外来受診患者の特性からみた禁煙支援技術の特徴

熟練看護師は、なぜ喫煙者が生活の中でタバコを欲するようになるのか、ニコチン依存症のメカニズムなどを患者に伝える際、一方的な教授ではなく、〔患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術〕を使っていた。加濃(2014, p.31)は、ニコチン依存症患者には、「物質使用中止の障害の過大評価(使用中止は不可能と感じる)」「物質使用による害の過小評価(使用中止は不必要と感じる)」といった、タバコに対する認知のゆがみが明らかであることを指摘し、その評価指標と認知のゆがみ修正の重要性を示している。つまり患

者は、タバコが薬物であり、自分がニコチン依存症という病気であると自覚しておらず、無意識にタバコの価値を高めたり、禁煙のハードルを上げてしまう特性がある。そのため熟練看護師は、まず患者に、喫煙する者が置かれている現状などを知識として伝えと同時に、患者自身の体験に照らし、実感と納得を得ることで、こうした認知の修正を効果的に行っていたと考えられる。山鳥(2002)は神経心理学の観点から、「わかる」ためには、まず土台となる記憶と知識、その背景となる経験が必要であり、それらを比較したり置き換えたりすることで初めて「わかった」という感情につながると述べている。さらに、患者は禁煙をなにより大変なことと思ひこむ傾向があるため、熟練看護師は〔目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術〕を最も多く使用していた。先行研究では、5 回の禁煙治療を完遂すること(安田ほか, 2015)、受診回数が多いこと(加賀美・三井, 2013)が禁煙率を上昇させるという結果が出ている。熟練看護師は、患者が「禁煙は無理だ」と思わないよう接し、次の来院を自然に誘導する声かけを行い、なるべく受診中断することがないように、〈禁煙に対する心配や緊張を最小限にし〉たり、〈目標のハードルを上げすぎない〉ようにしていたと考えられる。加えて、禁煙支援のカウンセリング技術には、行動変容ステージや動機づけ面接法、認知行動療法などの手法が推奨されている(谷口, 2012)。それらの技法を駆使し、患者の吸いたい・吸いたくない〈両価性の感情に対して、禁煙の価値が勝るように誘導(する)し〉たり、認知の修正のため〈ポジティブ思考に意識の転換を図(る)〉ていた。さらに禁煙中に沸き起こる「吸いたい」気持ちに否定的な患者に対しては、思考と行動は別であり、喫煙行動に至っていないことを肯定し〈禁煙を続ける患者の自己効力感を高め(る)〉ていた。この

表 2 禁煙外来受診回別の禁煙支援技術の使用回数比較 回 (%)

禁煙支援技術 (大カテゴリ)	初回	2 回目	3 回目	5 回目	計
患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術	15.3 (33.8)	10.5 (23.1)	8.0 (17.7)	11.5 (25.3)	45.3 (100.0)
患者の話を受け止め、患者との距離を縮める技術	10.0 (40.0)	4.5 (18.0)	4.5 (18.0)	6.0 (24.0)	25.0 (100.0)
禁煙に対する準備性とタバコの価値観の経時的変化のアセスメントから、見通しを立てる技術	8.7 (28.8)	9.0 (29.8)	5.0 (16.6)	7.5 (24.6)	30.2 (100.0)
目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術	24.0 (35.3)	15.0 (22.0)	14.0 (20.6)	15.0 (22.0)	68.0 (100.0)
禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術	2.7 (14.4)	4.0 (21.4)	4.0 (21.4)	8.0 (42.8)	18.7 (100.0)
個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術	11.0 (71.0)	1.0 (6.5)	1.5 (9.7)	2.0 (12.9)	15.5 (100.0)
賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術	0.3 (2.3)	6.0 (45.1)	1.0 (7.5)	6.0 (45.1)	13.3 (100.0)
自己決定を促し、禁煙への主体的な取り組みを引き出す技術	3.0 (60.0)	0.5 (10.0)	1.0 (20.0)	0.5 (10.0)	5.0 (100.0)
患者の言葉を引き出し、意図した駆け引きの中で、患者の気持ちを誘導する技術	6.7 (47.2)	3.0 (21.1)	2.5 (17.6)	2.0 (14.1)	14.2 (100.0)

※ 各回の観察回数が異なるため、平均使用回数を示す

ように、熟練看護師は患者の自信を強めるため、様々な手法を随所に取り入れ、それらが「目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術」として反映されていた。

また、禁煙外来では薬物治療とカウンセリングの併用で禁煙に導いていくが、外来が終わると患者にはセルフケアが求められる。ニコチン依存症は、中村・増居・大島(2002, p.93)が述べているように、再喫煙率の高い、しばしば再発しやすい慢性疾患として捉えられる。前述の実態調査(厚生労働省, 2010)でも、禁煙継続ができる人は全体の3割程度(p.79)との結果が出ており、禁煙できている患者の再喫煙をいかに予防するかが重要となる。そのため、本研究における熟練看護師は「禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減らす技術」の中で〈卒煙・リタイヤ後もなるべく禁煙外来との縁が切れないよう働きかける〉ことを行うことで、卒煙していく患者が再喫煙してしまわないよう、禁煙に対する動機づけの維持や禁煙生活のフォローとして対応していると考えられた。

2. 受診回別にみた禁煙外来における禁煙支援技術の特徴

禁煙支援の機会や場は様々であるが、本研究で焦点を当てた禁煙外来は、診療報酬上、受診回数が5回に定められている。1つの禁煙支援技術の、各受診回での使用頻度に注目すると、熟練看護師は「個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術」を初回受診時に用いることが多かった。これは、熟練看護師が、特に初回のこれから禁煙生活を送る患者に対し、近い将来起こり得る喫煙欲求への対処法についての確認、助言を入念にしていたためと考えられる。日本循環器学会等9学会合同で作成された禁煙ガイドライン(合同研究班, 2011, p.19)で述べられているような、環境改善法や代償行動法などの基本的な行動療法の活用もさることながら、熟練看護師は、患者の喫煙環境や体験世界を把握した上で、喫煙者の生活の内面からアプローチしていた。河口は、糖尿病教育における熟練看護師の教育的関わりについて、「ときとして本人にも自覚のない生活習慣の、患者にとっての意味を看護師が理解し、それを患者に伝えたり、確認したり、ともに共有する過程で、患者がその意味に気づき、自分なりの対処を考える助けとなっている」と述べている(2006, p.516)。本研究の熟練看護師も、「喫煙者である患者が、これから禁煙していく生活」という視点で患者の体験世界や生活を的確に捉え、個人に合わせた介入を行っていたと考えられる。こうした深みのある介入を初回で行うことには、大きな意義がある。熟練看護師は「患者の話を受け止め、患者との距離を縮める技術」を初回に多く使う傾向があるが、これは、これからともに禁煙に挑む患者との信頼関係を最初に

築くためと考えられる。一方で、「個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術」を使い、1人1人に合った介入を即時に行うことは、患者に信頼感を与えることにつながり、結果的に行動変容への効果だけでなく、信頼関係構築の促進も期待できるのではないだろうか。

また「賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術」の場合、熟練看護師は、その技術を受診2回目と5回目に使用する傾向があった。これは、その時が再喫煙に陥りやすい時期であり、注意喚起をするのに重要なタイミングであることを意味する。特に2回目は、激変する生活乗り越えて禁煙できたか否かが、今後の対応の大きな分かれ目であると同時に、熟練看護師は、禁煙患者が今後体験するであろう油断やタバコに対する興味・誘惑を見越して注意喚起を行っていた。

以上のことから、熟練看護師は、禁煙外来を受診したニコチン依存症患者の特性を熟知し、禁煙外来の限られた期間と回数の中で効果的に自在に禁煙支援技術を使っていた。今後は、経験の浅い看護師をはじめとする禁煙外来専任看護師達の禁煙支援技術の向上を目的として、こうした熟練看護師の持つ禁煙支援技術を広めていく必要性が示唆される。

VI. 本研究の限界と課題

本研究では、熟練看護師の濃密な語りから豊富なデータをすくい上げることができた。しかし、これらの支援技術によって確実に禁煙成功に導けるかどうかは不明であり、禁煙率への貢献には未だ言及できない。また対象看護師が2名であること、初めて禁煙外来を受診した患者のみの参加観察であったことから、支援方法に偏りがみられる可能性がある。今後は、禁煙外来における禁煙支援技術の普遍化に向け、対象者を増やすとともに、今回抽出した禁煙支援技術の有効性の検証を行うこと、さらに、より難易度が高いと予測される再喫煙者への対応についての知見を蓄積していく必要があると考える。

結 語

禁煙外来において熟練看護師が禁煙支援のために用いていた禁煙支援技術には、「患者の関心をひきつけ、分かりやすい説明を駆使し、患者を「分かる」へ導く技術」「患者の話を受け止め、患者との距離を縮める技術」「禁煙に対する準備性とタバコの価値観の経時的変化のアセスメントから、見通しを立てる技術」「目標のハードルを上げすぎず、ポジティブ思考へ後押しし、禁煙を続ける自信を強める技術」「禁煙動機を強め、且つ動機を弱める因子を減

らす技術〕〔個々の体験世界や生活に合わせて柔軟に具体的に介入する技術〕〔賞賛と注意喚起で再喫煙のリスクを避ける技術〕〔自己決定を促し、禁煙への主体的な取り組みを引き出す技術〕〔患者の言葉を引き出し、意図した駆け引きの中で、患者の気づきを誘導する技術〕があった。

禁煙外来において熟練看護師は、禁煙外来を受診したニコチン依存症患者の特性を熟知した上で認知の修正や自己効力感の向上、再喫煙予防を意図して行い、なお且つ限られた期間と受診回数の中で、受診回ごとに効果的に自在に禁煙支援技術を駆使していた。

謝 辞

お忙しい中、調査にご協力していただきました対象看護師並びに施設長、患者の皆さまに心より感謝いたします。本研究は愛媛県立医療技術大学大学院平成29年度修士論文に一部加筆・修正したものであり、日本看護研究学会第43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。

文 献

- Benner, P. (2001)／井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 新妻浩三訳 (2005). ベナ－看護論：初心者から達人へ (新訳版). (pp.11-32). 東京：医学書院.
- Borland, R., Li, L., Driezen, P., Wilson, N., Hammond, D., Thompson, M.E., Fong, G.T., Mons, U., Willemsen, M.C., McNeill, A., Thrasher, J.F., Cummings, K.M. (2012). Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction*, 107(1), 197-205.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J., Dorfman, S. F., Froelicher, E.S., Goldstein, M.G., Healton, C.G., Henderson, P.N., Heyman, R.B., Koh, H.K., Kottke, T.E., Lando, H.A., Mecklenburg, R.E., Mermelstein, R.J., Mullen, P.D., Orleans, C.T., Robinson, L., Stitzer, M.L., Tommasello, A.C., Villejo, L., Wewers, M.E. (2008.5). *Clinical practice guideline, treating tobacco use and dependence: 2008 update*. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf (2016年2月2日参照)

- 合同研究班 (2011.7.14). 禁煙ガイドライン (2010年改訂版). <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010murohara.h.pdf> (2016年2月2日参照)
- 萩本明子, 増居志津子, 中村正和, 馬醫世志子, 大島 明 (2007). 禁煙支援者の技術レベルと禁煙支援効果の分析. *日本公衆衛生雑誌*, 54(8), 486-495.
- 今本千衣子, 鈴木克子, 高橋栄美子, 高橋千恵美 (2010). 禁煙達成におけるバレニクリンとニコチンパッチの比較, および禁煙支援の効果の検討. *日本禁煙学会雑誌*, 5(1), 3-9.
- 加賀美武, 三井いずみ (2013). 保険適応下での禁煙治療成績の検討. *山梨医学*, 41, 38-39.
- 加濃正人 (2014). 特集1 禁煙推進 2 依存性の本質 2 ニコチンの依存性. *日本小児科医会会報*, (47), 27-33.
- 河口てる子 (2006). 糖尿病教育のための「看護の教育的関わりモデル Ver. 4.2」：熟練看護師のアドバンスドケアを可視化する. *ブラクティス*, 23(5), 511-518.
- 厚生労働省 (2010.6.2). 診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成21年度調査) ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査 報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0602-3i.pdf> (2015年10月1日参照)
- 中村悦子, 金子史代, 清水みどり, 石川 操 (2005). 看護師の患者指導の機能に関する研究. *新潟青陵大学紀要*, (5), 359-372.
- 中村正和, 増居志津子, 大島 明 (2002). 個別健康教育禁煙サポートマニュアル (改訂版). 92-167, 東京：法研.
- 中村正和, 大島 明, 田中英夫, 野村英樹, 増居志津子 (2014.4). 禁煙治療のための標準手順書 (第6版). http://www.j-circ.or.jp/kinen/anti_smoke_std/pdf/anti_smoke_std_rev6.pdf (2016年2月2日参照)
- Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(8), 88. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub4> (2016年10月1日参照)
- Rigotti, N.A., Bitton, A., Richards, A.E., Reyen, M., Wassum, K.Raw, M. (2009). An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*, 104(2), 288-296.
- 谷口千枝 (2012). 事例で学ぶ禁煙治療のためのカウンセリングテクニック エキスパート編. 19-101, 東京：看護の科学社.
- 谷口千枝 (2013). 特集 禁煙指導のUp-To-Date どのように達成させるか 禁煙指導における看護師の役割. *THE LUNG Perspectives*, 21(1), 39-42.
- 山鳥 重 (2002). 「わかる」とはどういうことか：認識の脳科学. 66-190, 東京：筑摩書房.
- 安田万里子, 中川一美, 中川高志, 鈴木絢子, 高橋麻美, 梶川歩美, 西館美音子, 野老由美子, 松澤範子, 齋藤 晃, 森山 優 (2015). 当クリニックにおける禁煙外来の治療成績及びそれに関連する要因の検討. *総合健診*, 42(3), 385-391.

〔2019年12月26日受 付〕
〔2020年7月2日採用決定〕

Smoking Cessation Counseling Skills as Taught by Expert Nurses

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 111-121
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200702103>

Hiroko Takahashi, MS, RN, PHN¹, Junko Nakanishi, PhD, RN¹

¹Ehime Prefectural University of Health Sciences, Ehime, Japan

Abstract

Objective: To clarify what counseling skills and how they are used by expert nurses to support smoking cessation in clinics. **Methods:** Participant observation on smoking cessation support scenes and semi-structured interviews were conducted with two qualified nurses who had been supporting smoking cessation for more than five years and analyzed qualitatively and descriptively. **Results:** “Skills that attract patients’ interest, make use of easy-to-understand explanations, and guide patients to ‘understand’,” “attainable skills that encourage positive thinking and increase confidence to continue smoking cessation,” “skills that strengthen motivation for smoking cessation and reduce factors that weaken motivation,” “skills that intervene flexibly and concretely in accordance with the patient’s individual world and life experiences,” “skills to avoid the risk of smoking relapse with praise and attention,” and nine other smoking cessation counseling skills were extracted. **Conclusions:** Expert nurses focused on improving cognition and self-efficacy, to prevent relapse after understanding the characteristics of nicotine-dependent patients in clinics. During the limited period of time and number of visits, expert nurses effectively made full use of smoking cessation counseling skills freely in each visit.

Key words

smoking cessation, expert nurses, counseling skills, health education

Correspondence: H. Takahashi. Email: htakahashi@epu.ac.jp

在宅パーキンソン病患者の 疾病自己管理状況と抑うつ症状の実態

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 123-133
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200705101>

安東由佳子¹, 奥田鈴美², 青木駿介³, 小林敏生⁴

¹名古屋市立大学大学院看護学研究科, ²広島大学大学院医歯薬保健学研究科

³長野県看護大学, ⁴新生会いしい記念病院

要 旨

目的：本研究は、パーキンソン病（PD）患者の疾病自己管理状況および抑うつ症状の実態を明らかにすることを目的としている。方法：PD患者185名を対象に、無記名の自記式質問紙調査を実施した。有効回答率は95.7%であった。結果：抑うつ症状あり（K6得点 ≥ 5 ）は49.7%で、対象者の約半数が抑うつ症状を呈していた。疾病自己管理について、「PD薬の飲み忘れ」以外の服薬に関する実施率は高かったが、「症状変化の記録」「排便回数や量の記録」の実施率は低く、セルフモニタリング教育の必要性が示された。ADLおよび疾病自己管理の「好きなことや楽しいことの継続」「病気のことはくよくよせず楽観的に考える」が抑うつ症状と有意な負の関連を示した。結論：看護職は、疾病自己管理について指導する際に、趣味等、好きなことや楽しいことの継続を促すとともに、患者自身が自分の病気をどのように捉えているかについて、十分注意する必要があることが示唆された。

キーワード

パーキンソン病, 自己管理, 抑うつ症状

責任著者：安東由佳子。Email: yukakoa@med.nagoya-cu.ac.jp

緒 言

パーキンソン病（Parkinson's disease: PD）は、静止時振戦、強剛、無動、姿勢反射障害といった運動症状を特徴とし、うつ、睡眠障害、認知機能障害などの非運動症状も高率に合併する神経難病である。根治治療が確立していないため、病状が進行する中で、いかにQOLを維持していくかが注目されている。これまでに、PD患者を対象とした6カ国による大規模調査で、うつがQOLに影響をもつ重要な変数であることが指摘されており（GPDS Steering Committee, 2002）、その関連については多くの論文で報告されている（Carod-Artal, Vargas, & Martinez-Martin, 2007; Kuhlman, Flanagan, Sperling, & Barrett, 2019; Schrag, Jahanshahi, & Quinn, 2000）。PD患者のQOLを維持するうえで、うつへのアプローチは、重要な課題となっている。

PDにおけるうつには、一般人口におけるうつとは異なる臨床的特徴があり、典型的な大うつ病は少なく、小うつ病、気分変調性障害、アパシー（無感動、無関心）が多いこと、罪業感や無力感が少ないこと等が挙げられている（田代, 2012, p.192）。また、PDのうつ（気分障害）には「PDの病態生理に関連したもの」と「PD罹患による反応性のもの」（永山, 2016, p.79）があり、病態生理に関連

するうつは、発症前の前駆症状として認められる、アパシーが多い等、一般人口のうつとは異なった様相を呈する（田代, 2012, pp.192-194）といわれている。PDにおけるうつは、非運動症状の中でも出現頻度が高く、概ね40%程度（日本神経学会, 2018, p.15）とされているが、報告によってバラつき（4~70%）があり、原因として、うつの定義とうつを測定する尺度が多様であることが指摘されている（山本, 2003, p.39; 永山, 2016, p.78）。また、うつ、うつ症状、うつ状態、抑うつ等、用語も様々な使用されている。本研究では、抗うつ薬内服の有無に限らず、PDにおけるうつの大部分とされている軽症のうつ状態、気分変調（dysthymia）（武田, 2006）も含め、患者が呈している抑うつの症状全てを対象とし、「抑うつ症状」として用語を統一して用いる。ただし、先行文献での表記は変更せずにそのまま用いた。

現在、PDの抑うつ症状に対する治療は、薬物療法が主流であるが、PD罹患による心理的反応から生じる抑うつ症状に対しては、非薬物的なアプローチが有用な可能性があり、海外ではPDの心理面に対する非薬物的介入の研究（Chandler, Robins, & Kinser, 2019; Starkstein & Brockman, 2017）が進められている。具体的には、有酸素運動（Wu, Lee, & Huang, 2017）や認知行動療法（Dobkin et al., 2011;

Calleo et al., 2015) がPDの抑うつ症状や心理面を改善する可能性が報告されており、抑うつ症状への看護支援として非薬物的アプローチを検討することは、看護上の意義が大きいと考えられるが、国内ではその可能性について、十分検討されていない。

慢性疾患患者は、生涯、疾患と付き合っていくことが必要のため、患者にとって、疾病自己管理のスキル習得は重要である。海外では、PDの疾病管理に関する患者教育の研究が数多く進んでいる (A'Campo, Spliethoff-Kamminga, & Roos, 2011; Hellqvist, Dizdar, Hagell, Berterö, & Sund-Levander, 2018; Kessler & Liddy, 2017)。例えば、PDの患者教育プログラムは、気分の上昇や疾患に関する心理社会的問題の軽減に役立つことが示され、患者教育は、PD治療を補完する可能性があると報告されている (Macht et al., 2007)。今後、PD患者に効果的な患者教育を実施するためには、現在、患者が実施している疾病管理について、何をどの程度、実施しているのかを明らかにする必要がある。そこで、本研究では、PDに関する患者教育への示唆を得るために、PD患者の疾病自己管理状況を調査するとともに、QOLに影響が強い抑うつ症状の実態を明らかにし、抑うつ症状に対する看護支援を疾病自己管理の側面より検討することを目的としている。

I. 研究方法

1. 調査対象

対象者が所属する病院の条件を、病床規模が500床以上で、PD患者を診察する専門医の外来があることとして、便宜的サンプリングにより3病院 (A病院, B病院, C病院) を抽出した。3病院に通院しているPD患者の中から、生命に危険がある者、幻覚・不穏・うつ・不安が強く、担当医師が調査は危険を伴うと判断した者、認知機能障害 (Mini-Mental State Examination 20点以下) がある者を除外した結果、患者185名 (A病院95名, B病院56名, C病院34名) が対象となった。

2. 調査方法および調査期間

調査方法は無記名の自記式質問紙調査とした。医師より、上記の除外条件に該当しないPD患者を紹介してもらい、研究者から対象者に研究の趣旨を説明した。承諾が得られた場合は質問紙の配布をして、診療前後の待ち時間に回答を依頼し、回答後はボックスを使用して質問紙を回収した。調査期間は、2014年10月～2015年3月末までであった。

3. 質問紙の構成

対象者の属性および背景として、性別、年齢、疾病の

重症度 (Hoehn & Yahrの重症度分類)、罹患年数、就業の有無、配偶者の有無、ADL (Barthel Index: BI) を設定し、疾病自己管理状況と抑うつ症状については、以下のように調査した。

(1) 疾病自己管理

PD患者に必要なとされる疾病自己管理については、文献 (織茂, 2013; 村田, 2012; 水野, 2013) を参考にしながら、PD患者の治療やケア経験のある医療者間で検討し、9要素 (服薬管理、症状管理、メンタルヘルスマネジメント、運動習慣、便秘予防、睡眠管理、転倒予防、誤嚥予防、構音障害の予防) 29項目を抽出した。現在の実施状況を「1点: 全然あてはまらない」～「4点: よくあてはまる」の4件法で問い、平均得点を疾病自己管理得点とした。逆転項目の3項目 (「PDの薬を飲み忘れることがある (逆転)」, 「PDの薬を、医師に相談せずに服用をやめることがある (逆転)」, 「PDの薬を、医師の指示とは異なる量や時間で、服用することがある (逆転)」) では、数値を逆転させ、全ての項目において、得点が高いほど管理ができていた状況とした。なお、病状の進行により独力で実施できず、周囲の人々の介助を受けながら実施している対象者については、本人の意思により介助が提供されている場合は「本人が実施している」とみなした。

(2) 抑うつ症状

本研究では、抑うつ症状の測定に、Kessler, et al. (2002) が開発し、Furukawa, et al. (2008) によって日本語版が作成されたK6を使用した。過去1ヶ月間の抑うつ・不安症状を5段階で評価する尺度であり、合計得点が高いほど、抑うつや不安・気分障害の可能性が強いことを示す。Cut offとして5点が推奨されており (川上・近藤・柳田・古川, 2004), 本研究でも「抑うつ症状あり」をK6 $\geq$ 5点とした。

PDのうつ評価でよく使用されているのは、Beck抑うつ評価尺度、Zungのうつ病自己評価式尺度、CES-D等がある (永山, 2016, p.83)。これらの尺度は、PDで出現する身体症状 (例: 不眠、疲労など) を評価項目に含むため、高得点となりやすい (柏原, 2017, p.106) ことが指摘されており、さらに、質問項目が多く (20項目以上)、回答者の負担も大きい。よって、本研究では、評価項目にPDの身体症状が含まれておらず、回答項目が少なく、かつ軽症の抑うつ状態や気分変調も測定できるK6を測定尺度として用いた。K6は、一般住民を対象に開発された抑うつや不安・気分障害のスクリーニング調査票であるが、これまでにALS (丹治ほか, 2011) や慢性疼痛 (井上・牛田・小林・長谷川, 2013) 等、患者を対象とした調査にも使用されている。また、PDの特徴として運動症状のon-off現象があり、抑うつ症状については、off時にうつや不安が顕著となり、on時には改善する。これについては、「一般

的にはうつの評価はon状態で行う」(田代, 2012, p.198)とされていることから, 本研究でも1日の中のon時の精神状態を中心に回答してもらった。

4. 分析方法

データの回答分布を確認し, データが正規性を有しているかをShapiro-Wilk検定を用いて解析した後, 対象者の属性と疾病自己管理, 抑うつ症状の関連について, t 検定またはMann-Whitneyの U 検定, 分散分析またはKruskal-Wallis検定, Pearson相関分析またはSpearman相関分析を実施した。次に「抑うつ症状あり」($K6 \geq 5$ 点)の割合を算出し, さらに疾病自己管理29項目の実施率について「①全然あてはまらない」と「②あまりあてはまらない」を「実施していない」, 「③少しあてはまる」と「④よくあてはまる」を「実施している」として, その割合を算出した。最後に, 抑うつ症状に対する看護支援を, 疾病自己管理の側面より検討するために, 抑うつ症状を目的変数としたモデルを作成し, 共分散構造分析を用いて解析した。具体的には, 相関分析によって抑うつ症状と有意な関連のある疾病自己管理項目を抽出し, 抽出した項目と抑うつ症状に有意だった属性(危険率1%未満), 抑うつ症状そして重症度を変数としたモデルを作成し, 適合度のよいモデルを探索した。適合度はGFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted GFI), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)を設定した。採択基準について, RMSEAは0.05以下, それ以外の適合度は0.9以上であり, その基準値を満たしているほどそのモデルがデータを上手く説明している(小塩, 2012, p.268)と判断した。分析は統計ソフトSPSS ver. 25.0およびAmos 25.0を用いた。

5. 倫理的配慮

対象者には, 研究の趣旨, 協力への自由意思の尊重, プライバシーの保護等について説明し, 質問紙の回収をもって研究への同意が得られたと判断した。院内で実施した調査のため, 本研究への協力が得られなくても診療やケアには影響せず, 不利益を被ることはないことを丁寧に説明した。本研究は, 名古屋市立大学大学院医学研究科倫理審査委員会および研究協力病院の倫理審査を受け, 承認を得たうえで実施した(承認番号: 1038)。

II. 結 果

質問紙配布数185部, 回収数180部(回収率97.3%)であり, 疾病自己管理と抑うつ症状が未記入の回答を除外したため, 有効回答数は177部(有効回答率95.7%)であった。

調査協力病院の3病院(A, B, C)について, 開設

主体はA病院が地方独立行政法人, B病院が公立大学法人, C病院が独立行政法人, 病床数はA病院とB病院が約700~800床, C病院が約500床であり, 3病院とも脳神経内科専門医による外来を設けていた。

疾病自己管理得点とK6得点の回答分布を図1および図2に示す。図およびShapiro-Wilk検定の結果から, 疾病自己管理は正規分布, K6得点は正規分布ではないことが確認された。Cronbachの α 係数は, 疾病自己管理得点が.74, K6得点が.86であった。

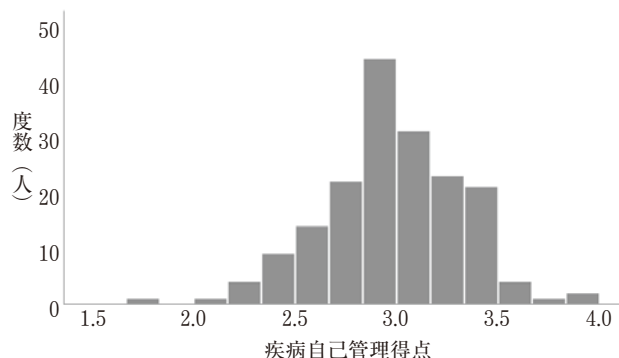


図1 疾病自己管理得点の回答分布

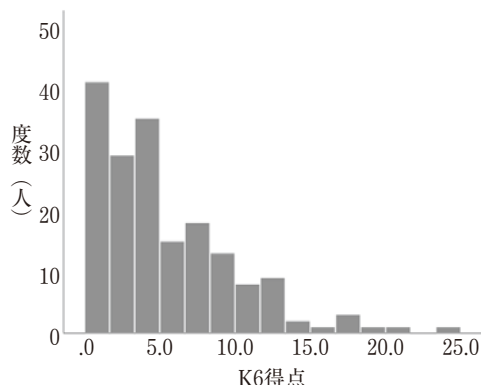


図2 K6得点の回答分布

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。本研究では, 男性46.3%, 女性53.7%, 就業ありが19.2%, 配偶者ありが77.4%, Hoehn・Yahrの重症度ステージ分類は, III度が48.0%と最も多く, III度以上の対象者で75.7%(III度=48.0%, IV度=23.7%, V度=4.0%)を占めていた。年齢は70.5 $\pm$ 9.1歳(平均値 $\pm$ 標準偏差), PDの罹患年数は6.3 $\pm$ 5.4年, Barthel Indexは89.8 $\pm$ 16.8点であった。

2. 疾病自己管理状況

(1) 対象者の属性と疾病自己管理の関連

対象者の属性と疾病自己管理の関連では, 就業ありが

表1 対象者の属性と疾病自己管理および抑うつ症状との関連

n = 177

		人数 (%)	疾病自己管理 平均値 ± 標準偏差	p	抑うつ症状 中央値 (四分位範囲)	p
性別	男性	82 (46.3)	3.0 ± 0.3	.575 ^{a)}	4.0 (1.0 - 7.0)	.037* ^{d)}
	女性	95 (53.7)	3.0 ± 0.3		5.0 (2.0 - 9.0)	
就業の有無	あり	34 (19.2)	2.8 ± 0.3	.001** ^{a)}	4.0 (1.0 - 5.0)	.044* ^{d)}
	なし	133 (75.1)	3.0 ± 0.3		5.0 (2.0 - 8.0)	
配偶者の有無	あり	137 (77.4)	3.0 ± 0.3	.560 ^{a)}	4.0 (1.0 - 8.0)	.040* ^{d)}
	なし	40 (22.6)	3.0 ± 0.4		6.0 (4.0 - 9.0)	
重症度	I 度	6 (3.4)	2.8 ± 0.4	.556 ^{b)}	5.0 (1.0 - 8.5)	.204 ^{e)}
	II 度	37 (20.9)	2.9 ± 0.4		4.0 (2.0 - 7.0)	
	III 度	85 (48.0)	3.0 ± 0.3		3.5 (1.0 - 8.0)	
	IV 度	42 (23.7)	3.1 ± 0.6		6.0 (3.0 - 9.0)	
	V 度	7 (4.0)	2.9 ± 0.6		9.0 (2.5 - 20.0)	
年齢	41 - 49歳以下	3 (1.7)	-	-	-	-
	50 - 59歳以下	12 (6.8)				
	60 - 69歳以下	57 (32.4)				
	70 - 79歳以下	77 (43.8)				
	80 - 89歳以下	24 (13.6)				
	90 - 99歳以下	2 (1.1)				
		平均値 ± 標準偏差	相関係数	p	相関係数	p
年齢		70.5 ± 9.1	0.08	.314 ^{c)}	0.28	.007** ^{f)}
PDの罹患年数		6.3 ± 5.4	0.12	.113 ^{c)}	0.08	.314 ^{f)}
Barthel Index (BI)		89.8 ± 16.8	-0.01	.854 ^{c)}	-0.24	.002** ^{f)}

欠損値があるため、合計数は項目によって異なる。

* $p < .05$, ** $p < .01$ a) t 検定, b) 分散分析, c) Pearsonの順位相関係数, d) Mann-Whitneyの U 検定, e) Kruskal-Wallis検定, f) Spearmanの順位相関係数

2.8 ± 0.3, 就業なしが3.0 ± 0.3で, ありの方が有意に疾病自己管理得点が低かった ($p = .001$) (表1)。疾病自己管理の具体的な項目では「②⑩PD薬の飲み忘れ (逆転)」 ($p = .002$), 「⑨動けない時間帯は, 無理に動かず, 休む」 ($p = .003$), 「⑥起き上がり, 立ち上がり時は, ゆっくり」 ($p = .001$) は, 就業ありの方が就業なしに比較して有意に得点が低かった。また, 「⑫病気のことはよくよせず楽観的に考える」に, BI得点と正の相関を認め ($r = 0.22$, $p = .004$), 「⑭好きなことや楽しいことの継続」には, どの属性とも関連を認めなかった。

(2) 疾病自己管理の実施率

疾病自己管理の実施率を図3に示す。全項目の平均実施率は67.4%であった。実施率が50%未満だった項目は, 「②⑤歩く時の足あげや声掛け」43.5%, 「②⑥食べ物の種類や形態の工夫」34.2%, 「②⑦運動時の音楽の利用」29.9%, 「②⑧排便回数や量の記録」22.0%, 「②⑨症状変化の記録 (症状日誌)」14.1%の5項目であった。

要素別にみると, 転倒予防については, 6項目中5項目が, 全項目の実施率平均 (67.4%) よりも低く, 「⑨動けない時間帯は, 無理に動かず休む」「②⑩段差をなくす等の

居住環境の整備」「②③睡眠薬内服時は気を付ける」「②④体を洗う時や着替え時に椅子に座る」が約60~65%, 「②⑤歩く時の足あげや声掛け」が43.5%の実施率であった。

服薬管理に着目すると, 「①PD薬の自己中断」「⑦指示とは異なる量や時間の内服」「②⑩PD薬の飲み忘れ」は, 「ない」が各々93.2%, 81.9%, 63.8%, 服薬の知識は「③どれがPD薬かわかる」89.3%, 「③薬の種類による幻覚出現を知っている」72.9%であり, 「②⑩PD薬の飲み忘れ」以外の項目は全項目の平均実施率 (67.4%) より高かった。

3. 抑うつ症状

(1) 抑うつ症状ありの割合

K6得点の平均値は5.33 ± 4.77であり, 抑うつ症状あり ($K6 \geq 5$ 点) は49.7%であった (表2)。

(2) 対象者の属性と抑うつ症状 (K6得点) の関連

対象者の属性とK6得点の関連を表1に示す。男性より女性の方が ($p = .037$), 就業ありより, 就業なしの方が ($p = .044$), 配偶者ありより, 配偶者なしの方が ($p = .040$), K6得点が有意に高かった。また, 抑うつ症状は年齢と有意な弱い正の相関 ($r = 0.28$, $p = .007$), BIと有意な弱い負

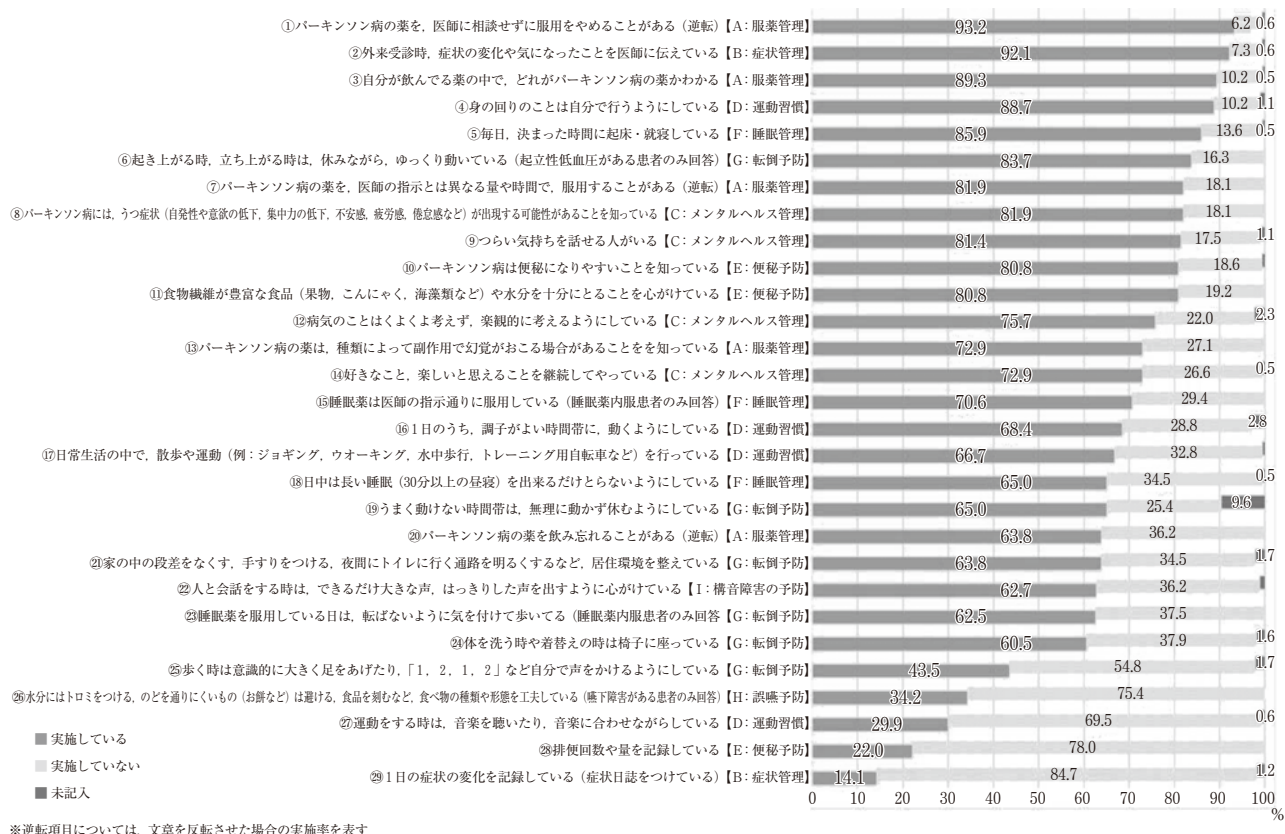


図3 疾病自己管理の実施率

表2 パーキンソン病患者の抑うつ症状の割合

n = 177

		n (%)	中央値 (四分位範囲)	平均値 ± 標準偏差
抑うつ症状 (K6)	抑うつ症状あり (K6 = 5 点以上)	88 (49.7)	8.0 (6.0 – 11.0)	8.90 ± 3.96
	抑うつ症状なし (K6 = 5 点未満)	89 (50.3)	2.0 (0.0 – 3.0)	1.81 ± 1.54

の相関 ($r = -0.24$, $p = .002$) を認めた。重症度とPD罹患年数は、K6得点との間に有意な関連を認めなかった。

4. PD患者の抑うつ症状と疾病自己管理の因果モデル

相関分析の結果、抑うつ症状と有意 (危険率0.1%未満) な関連のあった疾病自己管理項目は、「⑫病気のことはよくよく考えず楽観的に考える」「⑭好きなことや楽しいことの継続」の2変数であった (表3)。この2変数および抑うつ症状と関連のあった属性 (危険率1%未満) (年齢とBI得点)、抑うつ症状、そして重症度の6変数をモデルに含め、共分散構造分析を実施した結果、モデルの適合度はGFI = .986, AGFI = .957, CFI = .996, RMSEA = .026を示した。適合度が採択基準を満たしたため、このモデルで変数間の関係を解釈した (図4)。

変数間の関連について、PD患者の抑うつ症状には、「⑭好きなことや楽しいことの継続」 (-0.22 , $p = .001$)、「⑫病気のことはよくよく考えず楽観的に考える」 (-0.36 , $p < .001$)

およびADL (BI得点) (-0.20 , $p = .002$) が負の影響を及ぼしていた。抑うつ症状以外の変数間の関連では、ADLが「⑫病気のことはよくよく考えず楽観的に考える」に正の影響を及ぼし ($.21$, $p = .004$)、ADLは、重症度 ($-.56$, $p < .001$) と年齢 ($-.18$, $p = .030$) の影響を受けていた。重症度から、抑うつ症状や「⑭好きなことや楽しいことの継続」「⑫病気のことはよくよく考えず楽観的に考える」へのパス係数は有意でなかった (括弧中の数値はパス係数を表す)。

Ⅲ. 考 察

1. 対象集団の特性

本研究では女性が53.7%であり、先行研究 (木村・加藤, 2010, p.2374) と同様に女性の方がやや多かった。また、患者の約半数がHoehn・Yahrの重症度Ⅲ度以上と報告されており (樽野・高橋, 2014)、本研究でもⅢ度以上が約7

表3 疾病自己管理と抑うつ症状の関連

n = 177

	疾病自己管理	相関係数	p
服薬管理	自分が飲んでいる薬の中で、どれがパーキンソン病の薬かわかる	-.14	.067
	パーキンソン病の薬を飲み忘れることがある（逆転）	-.02	.834
	パーキンソン病の薬を、医師に相談せずに服用をやめることがある（逆転）	-.15	.055
	パーキンソン病の薬を、医師の指示とは異なる量や時間で、服用することがある（逆転）	.01	.943
	パーキンソン病の薬は、種類によって副作用で幻覚がおこる場合があることを知っている	.01	.854
症状管理	1日の症状の変化を記録している（症状日誌をつけている）	.04	.618
	外来受診時、症状の変化や気になったことを医師に伝えている	-.05	.554
メンタルヘルスマネジメント	パーキンソン病には、うつ症状（自発性や意欲の低下、集中力の低下、不安感、疲労感、倦怠感など）が出現する可能性があることを知っている	-.05	.516
	好きなこと、楽しいと思えることを継続してやっている	-.39	<.001***
	病気のことはよく考えず、楽観的に考えるようにしている	-.47	<.001***
	つらい気持ちを話せる人がいる	-.15	.062
運動習慣	日常生活の中で、散歩や運動（例：ジョギング、ウォーキング、水中歩行、トレーニング用自転車など）を行っている	-.21	.006**
	運動をする時は、音楽を聴いたり、音楽に合わせてながらしている	.14	.065
	身の回りのことは自分で行うようにしている	-.18	.019*
	1日のうち、調子がよい時間帯に、動くようにしている	.05	.513
便秘予防	パーキンソン病は便秘になりやすいことを知っている	-.03	.701
	食物繊維が豊富な食品（果物、こんにゃく、海藻類など）や水分を十分とることを心がけている	-.03	.713
	排便回数や量を記録している	.02	.760
睡眠管理	睡眠薬は医師の指示通りに服用している（睡眠薬を内服している人のみ回答）	.06	.697
	日中は長い睡眠（30分以上の昼寝）を出来るだけとらないようにしている	-.12	.112
	毎日、決まった時間に起床・就寝している	-.02	.789
転倒予防	睡眠薬を服用している日は、転ばないように気を付けて歩いている（睡眠薬を内服している人のみ回答）	-.12	.416
	うまく動けない時間帯は、無理に動かず休むようにしている	.17	.042*
	体を洗う時や着替えの時は椅子に座っている	.14	.076
	歩く時は意識的に大きく足をあげたり、「1, 2, 1, 2」など自分で声をかけるようにしている	.04	.646
	家の中の段差をなくす、手すりをつける、夜間にトイレに行く通路を明るくするなど、居住環境を整えている	.04	.626
	起き上がる時、立ち上がる時は、休みながら、ゆっくり動いている（起立性低血圧がある人のみ回答）	-.17	.155
誤嚥予防	水分にはトロミをつける、のどを通りにくいもの（お餅など）は避ける、食品を刻むなど、食べ物の種類や形態を工夫している（嚥下障害があると言われている人のみ回答）	.11	.279
構音障害の予防	人と会話をする時は、できるだけ大きな声、はっきりした声を出すように心がけている	-.01	.898

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, Spearmanの順位相関係数

割を占めていた。さらに、平均年齢70.5歳および平均罹患年数6.3年より、本研究対象者らのPD発症年齢は60歳代半ばと考えられ、「PD発症のピークは60～70歳代」（木村・加藤, 2010, p.2373）という報告と類似していた。以上より、本研究は、便宜的サンプリングであったが、対象集団の特性は、先行研究で報告されているPD患者とほぼ同様と考えられた。

2. 疾病自己管理状況

対象者の属性と疾病自己管理との関連において、就業あ

りの方が、就業なしよりも疾病自己管理得点が低かったことから、就業者は疾病自己管理を全般的に実施できていないのではないかと考えられた。具体的な項目では、就業者の方が「⑩PD薬の飲み忘れ（逆転）」「⑨動けない時間帯は、無理に動かず、休む」「⑥起き上がり、立ち上がり時は、ゆっくり」の得点が低かったことから、就業者は、PD薬の飲み忘れが多く、「動けない時は無理に動かない」「ゆっくり動く」といった行動が難しいと考えられた。よって、看護者は、就業中の患者の服薬状況や日常生活行動の状況に注意し、どのように工夫をすると仕事をし

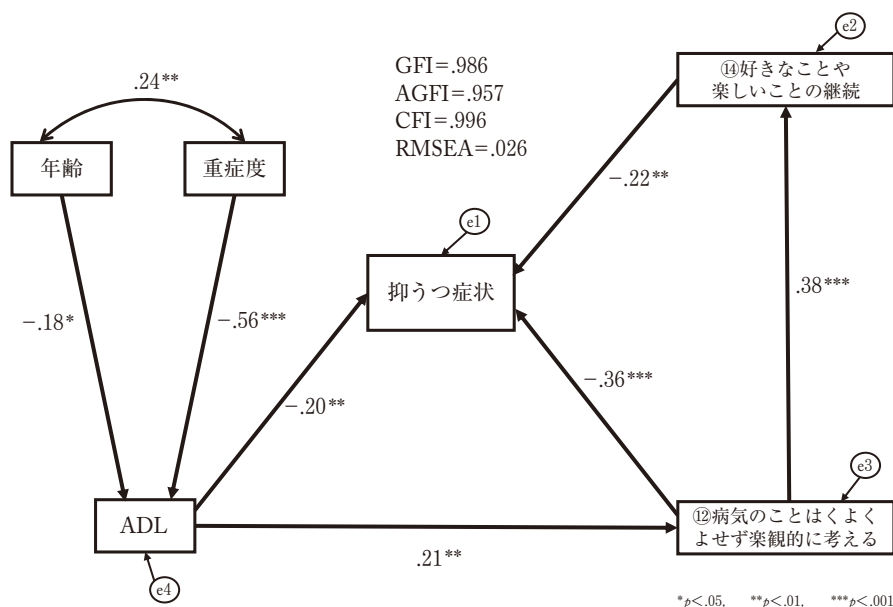


図4 抑うつ症状を目的変数としたモデル

ながらも疾病管理が適切に実施できるかを、患者とともに考えていく必要があると考えられた。

また、実施率が50%未満だった項目の中でも、特に実施率が低い項目は、「⑳排便回数や量の記録」と「㉑症状変化の記録（症状日誌）」であり、セルフモニタリングが十分出来ていないことが推測された。PD患者が適切な疾病管理を実施するためには、まず自分自身の身体状態を理解することが基盤になる。PDの運動症状は、時間単位・分単位で変化するという特徴があり、患者自身もその変化を客観的に捉えることが難しい。また、PDには便秘が起りやすく、毎日の排便回数や量は失念されやすい。そこで、自分の身体状態を理解するためには、症状や排便状況を記録するセルフモニタリングが有用であるが、本研究結果ではそれらの実施率が低いことが示され、今後はセルフモニタリング教育を充実させていく必要性が示唆された。

転倒予防は、大半の項目が平均実施率（67.4%）未満であり、全体的に実施出来ていないと考えられた。特に、「㉒歩く時の足あげや声掛け」は、実施率が約40%と低く、運動に関する項目「㉓運動時の音楽の利用」も実施率が低い（約30%）ことから、PDの運動症状に対する特有な管理が十分実施されていないことが推測された。先行研究でもPD患者の転倒者数の割合（62%）は他の神経疾患患者よりも高率であることが報告（Stolze, et al., 2004）されており、看護者は、リハビリテーション専門職と連携しながら、転倒防止の教育、特にPDに特徴的な運動症状への教育的支援に力を入れていく必要があることが示唆された。

服薬管理に着目すると、8～9割の患者が「①PD薬の

自己中断」「⑦指示とは異なる量や時間の内服」について、「ない」と回答しており、波田野・服部の研究でも、「指示通りに服用しなかったことがある（32%）」（2011）と7割弱の患者が適切に内服していたことから、PD薬を指示通りに内服しないことがある患者は、1～3割程度と推察された。また、服薬の知識に関する「③どれがPD薬かわかる」と「⑬薬の種類による幻覚出現を知っている」は、7割以上が「わかる・知っている」と回答しており、PD薬に関する知識は比較的身につけていると考えられた。一方、「㉔PD薬の飲み忘れ」は「ない」と回答した患者が約6割であり、残り4割程度に飲み忘れがあることが示された。PD患者以外の対象でも概ね30～50%に飲み忘れがあると報告（田中, 2016; 田邊ほか, 2015, p.118）されており、PD患者の飲み忘れ（4割）は、特に高い割合ではないと考えられた。しかし、PD薬は症状に直結する薬であり、指示とは異なる量や時間の内服、飲み忘れ等を減らすための患者教育のありかたを検討する必要がある。服薬管理全体について、「㉔PD薬の飲み忘れ」以外の項目は全項目の平均実施率より高く、PD患者の服薬に関する自己管理は、比較的实施出来ているのではないかと考えられた。

3. 抑うつ症状の実態

K6得点が5点以上の者が49.7%を占めており、対象者の約半数が抑うつ症状を呈していた。これまでにも、PD患者のうつ病の頻度は、概ね40%程度（日本神経学会, 2018, p.15）と報告されており、使用した尺度の違いはあるが、PD患者における抑うつ症状の出現は4～5割程度の高頻度と考えられ、精神面に対するケアの重要性が示唆された。

PD患者のうつ評価尺度について、現在までに用いられてきたものには様々な課題があり、統一した見解には至っていない（永山，2016）。CES-Dは、PDのうつ評価時にしばしば使用されているが、CES-DとK6は、そのスクリーニング成績が同程度である（Sakurai, Nishi, Kondo, Yanagida, & Kawakami, 2011）ことから、K6はCES-Dと同様にPDの抑うつ症状をある程度捉えることが可能と考えられた。本研究で用いたK6のCronbach α 係数は.86であり、内的一貫性も認められた。しかし、PDにおけるK6測定の妥当性については、今回の研究では検証できず、今後の検討課題と考えられる。また、本研究結果は、一般住民等を対象とした先行研究と同様にK6＝5点をCut offとした場合の抑うつ症状ありの割合であり、PDにおけるK6のCut offポイントについても、今後、更なる研究の蓄積が必要である。

本研究では、抑うつ症状に、性別、就業の有無、年齢等、多数の属性との関連を認めた。これまでに、うつ危険因子として、重症度、レボドパ使用量が報告されており、女性に多く、うつや不安の既往、劣化した生活の質、認知機能低下もリスクとなることが指摘されている（柏原，2017，p.106）。一方で、性別や重症度等、統一した見解となっていないものも多く（山本，2003，p.41）、うつ定義とうつを測定する尺度が多岐にわたっていること（山本，2003，p.39）が結果の多様性に影響しているのではないかと考えられている。よって、本研究の抑うつ症状に関する結果の妥当性解釈については、今後の更なる研究が必要である。

4. 疾病自己管理の面からみた抑うつ症状に対する看護支援の可能性

共分散構造分析の結果から、PD患者の抑うつ症状には、「⑫病気のことはくよくよせず楽観的に考える」「⑭好きなことや楽しいことの継続」およびADLが関連していることが示された。

海外では、物事の受け取り方や考え方等、認知に働きかけて気持ちを楽にする認知行動療法がPDの抑うつを改善する可能性が示されている（Dobkin et al., 2011; Calleo et al., 2015）。PDは難治性進行性疾患であるため、罹患した際、患者には様々な心理的葛藤が生じる。その心理的葛藤に対して、患者向けの書籍には「将来に対する楽観的な態度が大事」（水野，2013，p.164）、「悲観的にならず、何事も前向きに」（織茂，2013，p.145）等、悲観的にならない物事の捉え方が促されている。本研究の「病気のことはくよくよせず楽観的に考える」とは、病気の受け取り方や考え方に関する認知であり、本研究結果からも、悲観的にならない病気の捉え方が重要であると考えられた。看護職

は、患者の訴えを傾聴しつつ、趣味等、「好きなことや楽しいことの継続」を促すとともに、患者自身が自分の病気をどのように捉えているかを十分注意してみていく必要があることが示唆された。

また、ADLは、抑うつ症状に直接的影響を及ぼしており、うつ症状の治療として、まずはPDの運動症状に対する十分な治療を行い、運動症状を改善すること（日本神経学会，2018，p.230）という知見を本研究でも支持した。抑うつ症状への対応として、ADLを可能な限り維持できるように支援していくことも重要であると考えられた。

IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究対象者の所属病院については、便宜的サンプリングにより3病院を抽出しており、ランダムサンプリングではないため、本研究結果を一般化するには注意を要する。また、本研究の疾病自己管理は、質的に9要素に分類したのみであり、要素ごとの量的解析が困難であった。今後は、項目を再検討し、信頼性・妥当性を検証することでPD患者の疾病自己管理尺度として開発する必要がある。

結 論

1. 抑うつ症状ありが49.7%を占めており、対象者の約半数が抑うつ症状を呈していた。
2. PD患者の疾病自己管理については、「症状変化の記録」「排便回数や量の記録」の実施率が低く、セルフモニタリングが十分出来ていないことが推察された。また、転倒予防は、全体的に実施率が低かった。服薬管理に着目すると、「PD薬の自己中断」「指示とは異なる量や時間の内服」は、「したことがない」と回答した者が8～9割、「PD薬の飲み忘れ」は「ない」が6割であった。服薬管理の大半の項目は、全体の平均実施率より高く、服薬に関する自己管理は、比較的实施出来ていると考えられた。
3. PD患者の抑うつ症状には、「病気のことはくよくよせず楽観的に考える」「好きなことや楽しいことの継続」およびADLが負の影響を及ぼしていた。看護職は、疾病自己管理を指導する際に、趣味等、「好きなことや楽しいことの継続」を促すとともに、患者自身が自分の病気をどのように捉えているかを十分注意してみていく必要があることが示唆された。

謝 辞

本研究の調査にご協力をいただきました対象者の皆様、対象病院のスタッフの皆様に、心より御礼申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、公益財団法人勇美記念財団の2013年度「在宅医療研究への助成」(研究代表者: 安東由佳子)を受けて実施した。

著者貢献度

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

文 献

- A'Campo, L.E., Spliethoff-Kamminga, N.G., Roos, R.A. (2011). An evaluation of the patient education programme for Parkinson's disease in clinical practice. *International Journal of Clinical Practice*, 65(11), 1173-1179.
- Calleo, J.S., Amspoker, A.B., Sarwar, A.I., Kunik, M.E., Jankovic, J., Marsh, L., York, M., Stanley, M.A. (2015). A pilot study of a cognitive-behavioral treatment for anxiety and depression in patients with Parkinson disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(3), 210-217.
- Carod-Artal, F.J., Vargas, A.P., Martinez-Martin, P. (2007). Determinants of quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22(10), 1408-1415.
- Chandler, S.K., Robins, J.L., Kinser, P.A. (2019). Nonpharmacologic interventions for the self-management of anxiety in Parkinson's disease: A comprehensive review. *Behavioral Neurology*, May 2.
- Dobkin, R.D., Menza, M., Allen, L.A., Gara, M.A., Mark, M.H., Tiu, J., Bienfait, K.L., Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: A randomized, controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1066-1074.
- Furukawa, T.A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Iwat, N., Uda H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Takeshima, T., Kikkawa, T. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the world mental health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), 152-158.
- Global Parkinson's Disease Survey (GPDS) Steering Committee. (2002). Factors impacting on quality of life in Parkinson's disease: Results from an international survey. *Movement Disorders*, 17(1), 60-67.
- 波田野琢, 服部信孝 (2011). パーキンソン病患者の服薬状況に関するアンケート調査. *Pharma Medica*, 29(3), 157-162.
- Hellqvist, C., Dizdar, N., Hagell, P., Berterö, C., Sund-Levander, M. (2018). Improving self-management for persons with Parkinson's disease through education focusing on management of daily life: Patients' and relatives' experience of the Swedish national Parkinson School. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3719-3728.
- 井上真輔, 牛田享宏, 小林章雄, 長谷川共美 (2013). 慢性痛のQOLに与える影響: 尾張旭市で行った大規模住民アンケート調査を基に. *日本運動器疼痛学会誌*, 5(2), 156-158.
- 柏原健一 (2017). IV. パーキンソン病の治療 4. パーキンソン病の非運動症状とその対応 (3) 精神症状, 特集 パーキンソン病, 精神症状. *日本臨牀*, 75(1), 106.
- 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 古川壽亮 (2004). 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究, 平成16年度厚生労働科学研究費補助金「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究.
- Kessler, D., Liddy, C. (2017). Self-management support programs for persons with Parkinson's disease: An integrative review. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1787-1795.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E., Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- 木村英紀, 加藤丈夫 (2010). パーキンソン病の疫学. *総合臨床*, 59(12), 2371-2376.
- Kuhlman, G.D., Flanagan, J.L., Sperling, S.A., Barrett, M.J. (2019). Predictors of health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 65, 86-90.
- Macht, M., Gerlich, C., Ellgring, H., Schradi, M., Rusiñol, A.B., Crespo, M., Prats, A., Viemerö, V., Lankinen, A., Bitti, P.E., Candini, L., Spliethoff-Kamminga, N., de Vreugd, J., Simons, G., Pasqualini, M.S., Thompson, S.B., Taba, P., Krikmann, U., Kanarik, E. (2007). Patient education in Parkinson's disease: Formative evaluation of a standardized programme in seven European countries. *Patient Education and Counseling*, 65(2), 245-252.
- 水野美邦 (2013). パーキンソン病とともに楽しく生きる. 東京: 中外医学社.
- 村田美穂 (2012). やさしいパーキンソン病の自己管理 (改訂版). 大阪: 医業ジャーナル社.
- 永山 寛 (2016). パーキンソン病の気分障害. *日本医科大学医学雑誌*, 12(3), 78-85.
- 日本神経学会 (監), 「パーキンソン病診療ガイドライン」作成委員会 (編) (2018), *パーキンソン病診療ガイドライン2018*, 東京: 医学書院.
- 織茂智之 (2013). 患者のための最新医学 パーキンソン病. 143-172, 東京: 高橋書店.
- 小塩真司 (2012). 研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理・調査データ解析 (第2版). 東京: 東京図書.
- Sakurai, K., Nishi, A., Kondo, K., Yanagida, K., Kawakami, N. (2011). Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 65(5), 434-441.
- Schrag, A., Jahanshahi, M., Quinn, N. (2000). What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease?. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 69(3), 308-312.
- Starkstein, S.E., Brockman, S. (2017). Management of depression in Parkinson's disease: A systematic review. *Movement Disorders Clinical Practice*, 4(4), 470-477.
- Stolze, H., Klebe, S., Zechlin, C., Baecker, C., Friege, L., Deuschl, G. (2004). Falls in frequent neurological diseases-prevalence, risk factors and aetiology. *Journal of Neurology*, 251(1), 79-84.
- 武田 篤 (2006). パーキンソン病のうつ状態とその治療. 最新医学別冊, *新しい診断と治療のABC*, 39, 171-179.
- 田邊真弓, 佐藤沙智, 八木みなみ, 赤澤宏平, 島矢未奈子, 渡邊岸子 (2015). コーディネーター研究報告 腎移植患者の自己

- 管理行動における実態調査. *日本臨床腎移植学会雑誌*, 3(1), 116-119.
- 田中裕士 (2016). 高齢糖尿病患者の服薬状況と低血糖の発生状況について. *社会医療研究*, 14, 19-24.
- 丹治治子, 川並 透, 加藤丈夫, 佐藤博幸, 須藤正英, 塩野克己, 石澤めぐみ, 川越隼雄 (2011). ペンとグラフで綴る 震災発生に伴う在宅療養の問題点と支援: 東日本大震災に関するALS患者及び介護者を対象としたアンケート調査. *難病と在宅ケア*, 17(8), 62-65.
- 樽野陽亮, 高橋良輔 (2014). パーキンソン病の疫学と診断. *老年精神医学雑誌*, 25(11), 1199-1208.
- 田代 淳 (2012). パーキンソン病におけるうつ理解・意義・診療. 山本光利 (編), *GP・レジデントのためのパーキンソン病テキストブック*. 192-201. 東京: アルタ出版.
- Wu, P.L., Lee, M., Huang, T.T. (2017). Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: A systematic review. *PloS One*, 12(7).
- 山本光利 (2003). パーキンソン病: 認知と精神医学的側面. 39-41, 東京: 中外医学社.

[2019年11月28日受 付]
[2020年7月5日採用決定]

Disease Self-Management and Depression in Home-Dwelling People with Parkinson's Disease

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 123-133
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200705101>

Yukako Ando, PhD, RN, PHN¹, Suzumi Okuda, MHWS, PHN²,
Shunsuke Aoki, BSN, PHN³, Toshio Kobayashi, MD, PhD⁴

¹Graduate School of Nursing, Nagoya city university, Aichi, Japan

²Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, Hiroshima, Japan

³Nagano College of Nursing, Nagano, Japan, ⁴Ishii Memorial Hospital, Clinical Department, Hiroshima, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to gain a comprehensive understanding of disease self-management and depression in home-dwelling people with Parkinson's disease (PD). We focused on depression, as it greatly affects the quality of life of people with PD. **Methods:** An anonymized self-administered questionnaire survey which was conducted with 185 people with PD received 177 (95.7%) valid responses. **Results:** The proportion of participants with depression (K6 score of 5 points or more) was 49.7%, and approximately half the participants exhibited depressive tendencies. Regarding disease self-management, although the implementation rate of "drug administration" was relatively high, the implementation rates of "maintaining a record of symptom changes" and "frequency and amount of defecation" were low. This indicated a need for self-monitoring education. Additionally, the Barthel Index score and the disease self-management aspects of "continuation of favorite activities" and "being optimistic without overthinking" showed a significant negative relationship with depression. **Conclusions:** In teaching disease self-management, it is necessary for nursing staff to encourage people with PD to continue practicing their hobbies and things they find enjoyable. Further, nursing staff should consider the way people perceive their illness.

Key words

Parkinson's disease, self-management, depression

Correspondence: Y. Ando. Email: yukakoa@med.nagoya-cu.ac.jp

看護学生の訪問看護就労意向の実態と課題

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 135-144
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200623107>

佐々木晶世¹, 榎倉朋美¹, 柏崎郁子², 保下真由美³, 叶谷由佳¹

¹横浜市立大学医学部看護学科, ²東京女子医科大学看護学部

³横浜市医療局がん・疾病対策課

要 旨

目的: 看護学生の訪問看護師への就労意向の実態と課題を明らかにすること。**方法:** 1自治体の看護師養成施設に在籍する学生を対象に実施された無記名自記式質問紙調査に回答のあった2,703名分のデータを使用した。調査内容は、看護学生の属性、進路、訪問看護師に関する仕事内容や就労への関心についてである。**結果:** 訪問看護師にいつかなりたい者は、専門学校708名(37.0%)、大学233名(30.0%)で、卒業後すぐになりたい者も専門学校18名(0.9%)、大学8名(1.0%)存在した。また、多重ロジスティック回帰分析の結果、訪問看護師としての就労への関心には、学校種別にかかわらず、訪問看護師の知り合いがいること、在宅看護に関する実習を受講していること、訪問看護師の仕事内容を知っていること、が影響していた。**結論:** 看護学生が訪問看護師としての就労に関心を持つためには訪問看護の実習を充実させる必要がある。

キーワード

看護学生, 訪問看護, 地方自治体

責任著者: 佐々木晶世. Email: sakiahs@yokohama-cu.ac.jp

緒 言

超高齢社会の日本では、高齢者が暮らしやすい地域包括ケアシステムの構築を推進している(厚生労働省, 2016)。可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるよう、地域の医療や介護を担う訪問看護サービスの需要が増加することが予測される。これに伴い訪問看護アクションプラン2025では、医療機関で訪問看護に従事する訪問看護職員数を2025年までに合わせて約15万人とすることを目標としているが、現在の約3倍の人材の確保が必要である。中でも訪問看護師の安定的な人材確保のために、新卒看護師が訪問看護を目指すことができる教育モデルを確立し、新卒の訪問看護師を確保する必要がある(全国訪問看護事業協会, 2015)。

訪問看護ステーションの看護師は40代以上が7割を占めており、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に訪問看護職員が大量退職することが予測される。病院の看護師は20-30代の職員が半数を占めていることから、訪問看護を担う若い世代の人材確保が急務となっている(厚生労働省, 2017)。

看護学生の訪問看護への就労意向に関する先行研究において、在宅看護への興味が強い人の方が訪問看護への就職を考えている割合が高いこと、訪問看護への憧れを感じて

いるが実習や教員のサポートが少ないことから新卒では就職できないと考えていることが報告されている(長沼・木村・米澤・李・青柳, 2016; 西村・勝真, 2016)。しかし、新卒訪問看護師に関する大規模な調査は少なく、2008年に発表された(日本訪問看護振興財団, 2008)全国での新卒訪問看護師の採用は2%に過ぎないという報告以降見当たらない。

A自治体の訪問看護ステーションは新卒採用に対して37.9%が前向きであると回答し、新卒採用に関してステーション側の関心が高まっている(丸山・柏木・叶谷, 2019)が、A市の看護学生を対象とした意向調査はされておらず、訪問看護師としての就職に関するニーズは明らかになっていない。

そこで本研究では、A自治体の看護師養成施設に在籍する学生を対象に、訪問看護師への就労意向の実態と課題を明らかにすることを目的として質問紙調査を行った。なお、本研究における訪問看護就労意向には、看護学生が描く将来に関する先行研究(川尻・岸田・藤井・和田, 2017; 高橋, 2014)を参考に、卒業後すぐだけでなく今後のキャリアプランを見据えての意向も含むものとする。

I. 研究方法

1. 対 象

A自治体内にある19ヵ所の看護師養成施設に在籍する全学年の看護学生（定員数5大学合計約1,740名、14専門学校合計約3,100名、配布数合計5,000名）を対象として実施され、回答のあった2,703名（回収率54.0%）が含まれるデータセットを使用した。

2. 調査手順

本研究は対象自治体が行っている新卒等訪問看護師人材育成プログラム検討会の事業の一環として平成30年9～11月にかけて実施された無記名自記式質問紙調査であり、事業終了後の平成31年4月にA自治体より利用許可を得たデータセットを使用して分析した。調査の際には、質問紙と同封した返信用封筒で厳封した状態で養成施設ごとに回収したものである。分析にあたっては本研究以外の目的で使用しないこと、得られた情報は保護すること、研究結果を学会等で発表する際は対象者が特定できない状態で発表することを保障することをA自治体に説明し了解を得た。

3. 調査内容

国内の看護学生の就労意向に関する文献（長沼ほか、2016；西村・勝眞、2016；清水、2007）をもとに抽出された以下の項目であった。

- 1) 看護学生の基本情報：学校の種別、学年、性別、訪問看護師の知り合いの有無、訪問看護を受けたことのある同居者の有無、訪問看護に関する講義の受講の有無、訪問看護に関する実習の有無
- 2) 進路について：現在決定しているあるいは考えている進路、進路に関する情報収集の方法、進路決定で重視したこと
- 3) 訪問看護師に関して：訪問看護師の仕事内容について、訪問看護師としての就労への関心、卒業後すぐに訪問看護師になれることを知っているか、訪問看護師への就労意向の有無とその理由、訪問看護師として就労する際に求める条件

4. 分析方法

基本統計量を算出後、看護学生の訪問看護師への就労意向には、訪問看護への関心が大きく関連している（大和・金谷・田中・河野、2019）ことから、看護学生の訪問看護師としての就労への関心の有無（関心あり群：ある・ややある、関心なし群：あまりない・ない）と看護学生の属性等との関連をカイ二乗検定により検討した。なお、訪問看護師の仕事内容は知っている・やや知っている者を「知っ

ている」、あまり知らない・知らない者を「知らない」とした。さらに、就労への関心に影響する要因について検討するため、多重ロジスティック回帰分析を行い、独立変数にはカイ二乗検定により有意差のあった項目を変数増加法（尤度比）で投入した。なお、検定には統計パッケージIBM SPSS statistics 24を用い、統計的有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

横浜市立大学ヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会の承認を得た（許可番号：A180800008）。

II. 結 果

1. 対象者の属性（表1）

2,703名分のデータのうち、学校種別に回答がなかった11名（0.4%）を除外し、専門学校1,915名（71.1%）、大学777名（28.9%）、合計2,692名のデータを分析対象とした。訪問看護師の知り合いがいる者が専門学校271名（14.1%）、大学84名（10.8%）、現在もしくは過去に訪問看護を受けていた同居者がいる者が専門学校149名（7.8%）、大学78名（10.0%）であった。訪問看護に関する講義を受講した者は専門学校1,358名（70.9%）、大学445名（57.3%）で、訪問看護に関する実習の経験ありが専門学校522名（27.3%）、大学238名（30.6%）であった。

2. 卒業後の進路について（表2）

専門学校において、現在考えている、あるいは決定している進路が看護師（医療機関等）である者は1,683名（87.9%）、看護師（訪問看護ステーション）16名（0.8%）、保健師（自治体、産業等）11名（0.6%）、助産師66名（3.5%）等であった。大学では看護師（医療機関等）630名（81.1%）が最も多く、看護師（訪問看護ステーション）は4名（0.5%）であった。卒業後の進路を考えるうえで最も役に立った情報収集の方法は、専門学校と大学ともに、実習が最も多く、次いで、就職・進学先のインターンシップであった。卒業後の進路を考えるうえで最も重要視したものは、雰囲気が最も多く、次いで卒業教育であった。

3. 訪問看護師への関心と就労意向について

訪問看護師の仕事内容について、やや知っているが最も多く、専門学校948名（49.5%）、大学370名（47.6%）であった。卒業後すぐに訪問看護師になれることについて知っている者は専門学校748名（39.1%）、大学307名（39.5%）であった。訪問看護師としての就労への関心については、あまりないと回答した者が専門学校652名（34.1%）、大学288名

表1 対象者の属性

		専門学校 (n=1,915)		大学 (n=777)	
		n	%	n	%
学年	1年生	588	30.7	168	21.6
	2年生	629	32.9	266	34.2
	3年生	613	32.0	107	13.8
	4年生 ^{※1}	12	0.6	233	30.0
	無回答	73	3.8	3	0.4
性別	女	1,720	89.8	727	93.6
	男	193	10.1	46	5.9
	無回答	2	0.1	4	0.5
訪問看護師の知り合いの有無	あり	271	14.1	84	10.8
	なし	1,637	85.5	692	89.1
	無回答	7	0.4	1	0.1
現在もしくは過去に訪問看護を受けていた同居者の有無	あり	149	7.8	78	10.0
	なし	1,760	91.9	695	89.5
	無回答	6	0.3	4	0.5
訪問看護に関する講義の受講の有無	あり	1,358	70.9	445	57.3
	なし	554	28.9	329	42.3
	無回答	3	0.2	3	0.4
訪問看護に関する実習の有無	あり	522	27.3	238	30.6
	なし	1,373	71.7	537	69.1
	無回答	20	1.0	2	0.3

※1 4年制の専門学校を含む

表2 卒業後の進路について

		専門学校 (n=1,915)		大学 (n=777)	
		n	%	n	%
現在考えている, あるいは決定している 進路	看護師 (医療機関等)	1,683	87.9	630	81.1
	看護師 (訪問看護ステーション)	16	0.8	4	0.5
	保健師 (自治体, 産業等)	11	0.6	21	2.7
	助産師	66	3.5	33	4.3
	進学	19	1.0	8	1.0
	その他	14	0.7	16	2.1
	考えていない	45	2.3	22	2.8
	無回答・無効回答	61	3.2	43	5.5
	実習	295	15.4	135	17.4
	就職・進学先のインターンシップ	235	12.3	75	9.7
進路を考えるうえで 最も役に立った 情報収集の方法	奨学金の有無	133	7.0	15	1.9
	就職・進学先の説明会	110	5.7	32	4.1
	知人の話	65	3.4	22	2.8
	卒業生の経験談	64	3.3	28	3.6
	インターネット	64	3.3	19	2.4
	講義	57	3.0	45	5.8
	教員からの助言	53	2.8	34	4.4
	その他	86	4.5	24	3.1
	無回答	753	39.3	348	44.8
	雰囲気	294	15.4	109	14.0
進路を考えるうえで 最も重要視したもの	卒後教育	181	9.5	92	11.9
	奨学金の有無	147	7.7	20	2.6
	立地	119	6.2	38	4.9
	施設・設備	101	5.3	39	5.0
	勤務体制	90	4.7	49	6.3
	給料や授業料	62	3.2	27	3.5
	評判	59	3.1	15	1.9
	実習先	37	1.9	18	2.3
	理念	34	1.8	15	1.9
	知人の話	21	1.1	5	0.6
	知り合いがいる	10	0.5	8	1.0
	その他	57	3.0	16	2.1
	無回答	703	36.7	326	42.0

(37.0%)と最も多かったが、専門学校と大学ともに、あるとややあるを合わせると専門学校が975名(50.9%)、大学が379名(48.8%)であった(表3)。

訪問看護師への就労意向とその理由について、卒業後すぐになりたい者は専門学校18名(0.9%)、大学8名(1.0%)であった。卒業後すぐになりたい理由は、専門学校では在宅に興味があるからが最も多く15名(83.3%)だったのに対し、大学では実習が楽しかったからが5名(62.5%)であった。いつかなりたいと答えた者は専門学校708名(37.0%)、大学233名(30.0%)であった。いつかなりたい理由は専門学校と大学ともに、在宅に興味があるからが最も多く、次いで実習が楽しかったからであった。いつかなりたい時期については、専門学校と大学ともに、最も多かったのは病院等で4～10年経験してからとなり、2番目に多かった時期として、専門学校では病院等で10年以上経験してから、大学ではライフイベントを経たあと(結婚・出産等)、であった。なりたくないと答えた者は専門学校と大学ともに約2割で、理由で最も多かったのは、病院で働き続けたいから、であり、次いで、1人で訪問することに責任や不安を感じるから、であった(表4)。

4. 新卒で訪問看護師としての就労を希望する看護学生の特徴

表2において現在考えている、あるいは決定している進路を看護師(訪問看護ステーション)と回答し、かつ、表4において卒業後すぐに訪問看護師になりたいを回答した者は7名であった。そのうち6名が専門学校の学生であり、1年生が4名で、6名が女性であった。訪問看護師の知り合いがいるのは4名で、訪問看護を受けたことのある同居者がいた者はいなかった。訪問看護に関する講義を受けたこ

とのある者が5名である一方、訪問看護に関する実習を受けたことのある者は1名のみであった。訪問看護師にすぐになりたい理由の自由回答として、2名が看護師以外の職種で訪問看護ステーションに勤務経験があるため、と回答した。

5. 訪問看護師としての就労への関心に影響する要因(表5～表7)

対象者の属性と、訪問看護師としての就労への関心との関連について、専門学校において、学年、性別、訪問看護師の知り合いの有無、訪問看護に関する講義の受講の有無、訪問看護に関する実習の有無、訪問看護師の仕事内容、卒業後すぐに訪問看護師になれることに有意差がみられた。大学では、学年、訪問看護師の知り合いの有無、訪問看護に関する講義の受講の有無、訪問看護に関する実習の有無、訪問看護師の仕事内容、卒業後すぐに訪問看護師になれること、に有意差がみられた。

就労への関心に影響する要因について多重ロジスティック回帰分析を行った結果、専門学校と大学ともに、訪問看護師の知り合いの有無、在宅看護に関する実習の有無、訪問看護師の仕事内容が影響することが示された($p < .05$)。

Ⅲ. 考 察

1. 看護学生の訪問看護就労意向に関する現状と課題

A自治体内の看護学生を対象に、訪問看護師への就労意向を調査した結果、現時点でいつかなりたいと考えている者は4割近くおり、また、卒業後すぐになりたいと考えている看護学生も少数であるが存在することが明らかになっ

表3 訪問看護師への関心

		専門学校 (n=1,915)		大学 (n=777)	
		n	%	n	%
訪問看護師の仕事内容について	知っている	612	32.0	217	27.9
	やや知っている	948	49.5	370	47.6
	あまり知らない	284	14.8	141	18.2
	知らない	53	2.8	36	4.6
	無回答	18	0.9	13	1.7
卒業後すぐに訪問看護師になれることについて	知っている	748	39.1	307	39.5
	知らなかった	1,145	59.8	457	58.8
	無回答	22	1.1	13	1.7
訪問看護師としての就労への関心について	ある	349	18.2	111	14.3
	ややある	626	32.7	268	34.5
	あまりない	652	34.1	288	37.0
	ない	270	14.1	97	12.5
	無回答	18	0.9	13	1.7

表 4 訪問看護師への就労意向とその理由

訪問看護師になりたいか	専門学校 (n=1,915)		大学 (n=777)	
	n	%	n	%
卒業後すぐになりたい	18	0.9	8	1.0
いつかなりたい	708	37.0	233	30.0
なりたくない	388	20.3	156	20.1
わからない	790	41.3	374	48.1
無回答	11	0.6	6	0.8
卒業後すぐになりたい理由 (複数回答)	専門学校 (n=18)		大学 (n=8)	
在宅に興味があるから	15	83.3	4	50.0
実習が楽しかったから	4	22.2	5	62.5
病院で働きたくないから	4	22.2	0	0.0
知人が働いているから	4	22.2	0	0.0
講義が楽しかったから	1	5.6	2	25.0
その他	4	22.2	1	12.5
いつかなりたい理由 (複数回答)	専門学校 (n=708)		大学 (n=233)	
在宅に興味があるから	469	66.2	158	67.8
実習が楽しかったから	162	22.9	73	31.3
講義が楽しかったから	87	12.3	16	6.9
知人が働いているから	32	4.5	16	6.9
病院で働きたくないから	29	4.1	19	8.2
説明会・インターンシップに参加して	9	1.3	5	2.1
その他	62	8.8	6	2.6
いつかなりたい時期 (複数回答)	専門学校 (n=708)		大学 (n=233)	
病院等で4～10年経験してから	265	37.4	90	38.6
病院等で10年以上経験してから	175	24.7	45	19.3
ライフイベントを経たあと (結婚・出産等)	114	16.1	57	24.5
特に決まっていないが機会があれば	102	14.4	44	18.9
病院等で1～3年経験してから	95	13.4	19	8.2
資格取得後 (専門・認定看護師等)	45	6.4	11	4.7
その他	11	1.6	5	2.1
なりたくない理由 (複数回答)	専門学校 (n=388)		大学 (n=156)	
病院で働き続けたいから	244	62.9	96	61.5
1人で訪問することに責任や不安を感じるから	172	44.3	53	34.0
教育体制が不安だから	49	12.6	9	5.8
コミュニケーションに自信がないから	32	8.2	12	7.7
求人がないから	2	0.5	1	0.6
その他	48	12.4	18	11.5

た。卒業後すぐになりたいと考えており、かつ、現在考えている、あるいは決定している進路が看護師（訪問看護ステーション）と回答した者が7名（うち専門学校6名）であった。看護系大学4年生を対象とした訪問看護への就職希望の実態調査では、卒業後すぐになりたい者はおらず、いつかやりたい者が半数近くであったと報告している（長沼ほか, 2016）。本研究において、全体として卒業後すぐになりたい者といつかなりたい者を合わせると約4割弱程

度と、大学生のみの調査（長沼ほか, 2016）よりやや少ない点、また、卒業後すぐになりたいと考え、実際に就職について現在考えている、あるいは決定している者には専門学校の学生が多かった点が新たな知見であった。

まず、訪問看護をすぐにまたはいつかやりたい者が大学生のみの調査よりやや少なかったことに関して、実習を経て楽しいと感じるものの、現在、在宅看護論は統合分野に位置付けられており（厚生労働省, 2019）、多くの養成施

表5 訪問看護師としての就労への関心と属性との関連（専門学校）

		訪問看護師としての就労への関心				p 値
		関心あり群 (n=975)		関心なし群 (n=922)		
		n	%	n	%	
学年	1 年生	249	26.6	330	37.2	< .01
	2 年生	317	33.9	305	34.3	
	3 年生	361	38.6	250	28.1	
	4 年生	8	0.9	4	0.4	
性別	女	862	88.6	842	91.3	< .05
	男	111	11.4	80	8.7	
訪問看護師の知り合いの有無	あり	186	19.1	82	8.9	< .01
	なし	786	80.9	836	91.1	
現在もしくは過去に訪問看護を受けていた同居者の有無	あり	85	8.7	64	7.0	0.16
	なし	888	91.3	854	93.0	
訪問看護に関する講義の受講の有無	あり	736	75.6	613	66.6	< .01
	なし	237	24.4	308	33.4	
訪問看護に関する実習の有無	あり	322	33.3	198	21.7	< .01
	なし	644	66.7	713	78.3	
訪問看護師の仕事内容	知っている	871	89.3	689	74.7	< .01
	知らない	104	10.7	233	25.3	
卒業後すぐに訪問看護師になれること	知っている	435	44.7	313	34.0	< .01
	知らない	538	55.3	607	66.0	
χ^2 検定						

表6 訪問看護師としての就労への関心と属性との関連（大学）

		訪問看護師としての就労への関心				p 値
		関心あり群 (n=379)		関心なし群 (n=385)		
		n	%	n	%	
学年	1 年生	76	20.1	90	23.4	< .01
	2 年生	98	26.0	159	41.4	
	3 年生	47	12.5	60	15.6	
	4 年生	156	41.4	75	19.6	
性別	女	352	93.1	362	94.8	0.34
	男	26	6.9	20	5.2	
訪問看護師の知り合いの有無	あり	56	14.8	26	6.8	< .01
	なし	322	85.2	359	93.2	
現在もしくは過去に訪問看護を受けていた同居者の有無	あり	45	12.0	32	8.3	0.10
	なし	331	88.0	352	91.7	
訪問看護に関する講義の受講の有無	あり	251	66.4	188	49.1	< .01
	なし	127	33.6	195	50.9	
訪問看護に関する実習の有無	あり	161	42.6	76	19.8	< .01
	なし	217	57.4	308	80.2	
訪問看護師の仕事内容	知っている	325	85.8	262	68.1	< .01
	知らない	54	14.2	123	31.9	
卒業後すぐに訪問看護師になれること	知っている	179	47.2	128	33.2	< .01
	知らない	200	52.8	257	66.8	
χ ² 検定						

設では在宅実習を高学年で行っているため、就職先が決定したあとに実習を行っている可能性が考えられた。特に、今回の調査において卒業後すぐに訪問看護師になりたいと

考えている学生たちは1年生に多く実習を経験していないこと、看護師以外の職種で訪問看護ステーションでの勤務経験がある学生などが含まれたことから、看護教育以外の

表7 訪問看護師としての就労への関心に影響する要因（多重ロジスティック回帰分析変数増加法；尤度比）

専門学校								$n=1,789$	
項目	偏回帰係数 β	標準誤差	Wald	自由度	p	オッズ比	95%信頼区間		
訪問看護師の知合いの有無 (1 ; いる, 0 ; いない)	0.74	0.15	25.14	1.00	< .01	2.11	1.57	2.82	
在宅看護に関する実習の有無 (1 ; あり, 0 ; なし)	0.38	0.11	11.35	1.00	< .01	1.46	1.17	1.83	
訪問看護師の仕事内容 (1 ; 知っている, 0 ; 知らない)	0.82	0.14	35.51	1.00	< .01	2.28	1.74	2.99	
モデル χ^2 検定 $p < .01$ Hosmer-Lemeshowの検定 $p = .88$ 判別率 57.7% 投入変数：学年，性別，訪問看護師の知合いの有無，訪問看護に関する講義の受講有無，訪問看護に関する実習の受講有無，訪問看護師の仕事内容，卒業後すぐに訪問看護師になれること									
大学								$n=755$	
項目	偏回帰係数 β	標準誤差	Wald	自由度	p	オッズ比	95%信頼区間		
訪問看護師の知合いの有無 (1 ; いる, 0 ; いない)	0.76	0.26	8.70	1.00	< .01	2.15	1.29	3.56	
在宅看護に関する実習の有無 (1 ; あり, 0 ; なし)	0.86	0.18	23.57	1.00	< .01	2.36	1.67	3.34	
訪問看護師の仕事内容 (1 ; 知っている, 0 ; 知らない)	0.70	0.20	12.42	1.00	< .01	2.01	1.36	2.95	
モデル χ^2 検定 $p < .01$ Hosmer-Lemeshowの検定 $p = .94$ 判別率 62.5% 投入変数：学年，訪問看護師の知合いの有無，訪問看護に関する講義の受講有無，訪問看護に関する実習の受講有無，訪問看護師の仕事内容，卒業後すぐに訪問看護師になれること									

要因が影響していると思われた。保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改定により（厚生労働省，2019），2022年度入学生から在宅看護論は地域・在宅看護論となり低学年から学習することとなる。したがって，講義・実習での学びが就労につながる可能性がある。

次に，訪問看護師に卒業後すぐになりたい者の理由として在宅に興味があることと実習が楽しかったことが挙げられ，いつかなりたい者においても在宅への興味と実習が重要であると示唆される。特に，専門学校より大学の方が，「実習が楽しかったから」と回答した割合が多く，大学生においては，訪問看護への就労へ向けて，実習での経験が重要になると推測された。

訪問看護師としての就労への関心がある者とややある者は合わせて5割で，約半数の学生が関心を示していることが明らかになり，訪問看護師としての就労への関心には，多重ロジスティック回帰分析の結果より，専門学校と大学ともに，訪問看護師の知合いがいること，在宅看護に関する実習を受講していること，訪問看護師の仕事内容を知っていることが影響していた。この結果を，訪問看護への進路志向に影響する要因は，実習前の訪問看護への関心と，実習後の訪問看護への関心の高まりが関連しているという報告（大和ほか，2019）もふまえて考えると，訪問看護師としての就労への関心を高めるためには，実習を充実

させることや訪問看護について知る機会を作ることが必要である。

実習の充実の必要性に関しては，本研究において進路を選ぶ情報収集の方法として実習を選んだ者が最も多く，また，実習での経験の良し悪しが訪問看護師へのイメージ形成に強く関連している（米澤・木村・長沼・李・青柳，2015）との報告もある。看護学生の訪問看護への就労意向において，なりたくないと回答した者の理由の中に，1人で訪問することに責任や不安を感じるから，とコミュニケーションに自信がないから，が挙げられている。したがって，訪問時は看護師1人であっても，スマートフォンやタブレット端末等で利用者の情報を共有していること，事業所内でのカンファレンスを活用している場面を実習で経験できるように調整できるとよいだろう。また，学生が利用者とコミュニケーションをとる場合，訪問看護師が共に会話に参加することや，事前に利用者との会話の特徴を教えることで，コミュニケーションがとりやすくなり，自信がつくのではないかと考える。

今回の対象者では，訪問看護師にいつかなりたいという者が約30～37%おり，その時期として病院等での経験後を想定している者が多かった。その理由としては，就労への関心はあるが訪問看護師になるためには経験が必要だと考える者が多いことが考えられる。長沼ほか（2016）は訪問

看護師に対して仕事が難しいというイメージを抱いている学生が多く、そのイメージを持つ者は訪問看護師として働くことができるという自己効力感が低下することで就職を希望する確率が低くなっていると推察している。このように、実習では難しい特別な仕事というイメージだけを抱かせることなく、楽しさややりがい、自分にもできるという自信を学べるよう関わるのが重要である。

訪問看護ステーションにおける新卒看護師採用及び教育のガイドブック策定事業報告書（きらきら訪問ナース研究会、2016）によると、訪問看護師が多く活用する患者とのコミュニケーションに関する技術や家族看護に関する技術、症状のアセスメントの技術などは、看護師養成施設卒業時に習得しておく必要がある技術には含まれておらず、技術に関しての達成度が全般的に低くなってきていることが述べられている。つまり、学生が訪問看護での実習に際し、コミュニケーションをとることや1人で訪問し判断することが難しいと感じるのは当然であり、実習時間がより短い大学においてはその傾向は強いと推測される。したがって、実習だけでなく、講義や演習においても、コミュニケーション技術や、訪問看護師の視点で行うフィジカルアセスメントなどを学ぶ機会を増やす必要がある。

また、教員側の意識にも課題がある。看護師養成施設の教員は経験を積まないと訪問看護師になれないと思っている者が多く、勧めたくても勧められないと感じている現状も報告されている（山田、2015）。本研究でも、卒業後すぐに訪問看護師になれることを知らない看護学生が半数以上いたことから、新卒者が経験を積める環境を整備し周知していくことで、卒業後すぐに訪問看護師になるという選択肢が増えると考えられる。西村・勝眞（2016）は、教員は訪問看護ステーションへの就職が可能であることを理解し学生に対するサポートを行うことが必要であると述べている。卒業後すぐに訪問看護師になりたいと考え、訪問看護師としての進路を考えている対象者は、訪問看護を身近に知っており、低学年のうちから興味関心があると考えられることから、就労意向を教員側が把握し、支援していくことが必要であろう。また、中学年では、在宅に関する講義などが始まることから、具体的な仕事内容を知る機会を作ること、高学年では、新卒採用を行っている訪問看護ステーションを見学できるようにすることなど、就労に結びつけることのできる取り組みを看護師養成施設で行う必要がある。

2. 訪問看護師の採用に向けて

今回の対象者において、進路を選ぶ情報収集の方法は実習、就職・進学先のインターンシップが多く、重要視していることは雰囲気、卒後教育が多いことが明らかになっ

た。先行研究からも、看護学生の就職に関する情報収集の手段は病院説明会やインターネットが多く、その中で役立ったものは病院説明会や個人的な病院見学、重視していた意思決定要因は卒後教育であったと報告されている（清水、2007）。しかし、現在看護学生向けのインターンシップや説明会を積極的に実施している訪問看護ステーションは少なく、卒後教育や新卒看護師を採用する姿勢を明示している施設も少ない。そのため、訪問看護ステーション側が新卒採用のためにより積極的に求人活動を行う必要がある。学生向けの説明会・インターンの開催、学校に赴いての講義や説明会の実施、病院の合同説明会への参加、学生向けの求人パンフレットの作成や学校への配布などを行ったり、具体的な就職後の卒後教育や勤務体制を明確にしたりとする必要があると考える。また、看護学生は実習を特に重視していることから実習の受け入れを積極的に行い、訪問看護ステーションの特徴や魅力を学生にアピールしていくことが重要である。

結 論

1 自治体の看護学生を対象とした訪問看護師への就労意向に関するデータを分析した結果、訪問看護師にいつかなりたいと考えている者は、専門学校708名（37.0%）、大学233名（30.0%）であり、卒業後すぐになりたい者も専門学校18名（0.9%）、大学8名（1.0%）存在した。また、多重ロジスティック回帰分析の結果、訪問看護師としての就労への関心には、専門学校および大学ともに、訪問看護師の知り合いがいること、在宅看護に関する実習を受講していること、訪問看護師の仕事内容を知っていること、が影響していることが明らかになった。

謝 辞

本研究にあたり、各看護師養成施設の教職員の皆様、並びに看護学生の皆様、横浜市医療局がん・疾病対策課の皆様に厚く御礼申し上げます。また、データ分析にご協力いただきました久保田優南氏に感謝いたします。

付 記

本研究は、A自治体における新卒等訪問看護師人材育成プログラム検討会の事業の一環として実施し、データの一部を日本看護研究学会第45回学術集会にて発表したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 川尻舞衣子, 岸田泰子, 藤井智恵美, 和田佳子 (2017). 短期大学看護学生が描く理想の将来: 就労と家族形成に着目して. *母性衛生*, 57(4), 769-776.
- きらきら訪問ナース研究会 (2016). 平成27年度 全国訪問看護事業協会研究事業 訪問看護ステーションにおける新卒看護師採用及び教育のガイドブック策定事業 報告書. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/H27-3.pdf> (参照2020-6-9)
- 厚生労働省 (2016). 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (参照2019-9-30)
- 厚生労働省 (2017). 医療と介護の連携に関する意見交換 (第1回) 議事次第 訪問看護について 資料-3 参考1. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000155666.html> (参照2019-9-30)
- 厚生労働省 (2019). 看護基礎教育検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (参照2020-6-3)
- 丸山幸恵, 柏木聖代, 叶谷由佳 (2019). 訪問看護ステーションにおける新卒看護師の採用・採用意向の実態とその関連要因. *日本健康医学会雑誌*, 27(4), 347-353.
- 内閣府 (2018). 平成30年版高齢社会白書 (全体版) 第1章 高齢化の状況第1節 高齢化の状況1. 高齢化の現状と将来像. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html (参照2019-9-30)
- 長沼希久代, 木村奈都未, 米澤裕子, 李 雪麗, 青柳道子 (2016). 看護学生の訪問看護への就職希望に関連する要因の検討. *北海道公衆衛生学雑誌*, 29(2), 151-158.
- 日本訪問看護振興財団 (2008). 平成20年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 新卒看護師等の訪問看護ステーション受入れおよび定着化に関する調査研究事業報告書概要版, http://www.jvnf.or.jp/20_report_03.pdf (参照2019-9-30)
- 西村和子, 勝真久美子 (2016). 新卒看護師の訪問看護ステーションへの就職を阻む要因: 看護学生の意識に焦点を当てて. *日本看護学会論文集: 在宅看護*, 47, 39-42.
- 清水佐智子 (2007). 看護学生の就職活動における情報収集と意思決定要因. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 38, 261-263.
- 高橋明美 (2014). 看護学生のライフコース観に関する研究: 学生の志向および母親のライフコースとの比較, *川崎市立看護短期大学紀要*, 19(1), 21-27.
- 山田雅子 (2015). よりよい“在宅看護”実習につながる取り組みきらきら訪問ナースの会研究会 新卒訪問看護師の就業と育成に取り組む「きらきら訪問ナースの会研究会」, *コミュニティケア*, 17(13), 134-135.
- 大和章浩, 金谷志子, 田中陽子, 河野あゆみ (2019). 看護系大学生の訪問看護への進路志向に関連する要因. *日本在宅ケア学会誌*, 23(1), 97-105.
- 米澤裕子, 木村奈都未, 長沼希久代, 李 雪麗, 青柳道子 (2015). 看護学生の訪問看護師に対するイメージ構造. *北海道公衆衛生学雑誌*, 28(2), 91-97.
- 全国訪問看護事業協会 (2015). 訪問看護アクションプラン2025~2025年を目指した訪問看護. <http://www.jvnf.or.jp/2017/actionplan2025.pdf> (参照2019-9-30)

[2019年11月28日受 付]
[2020年6月23日採用決定]

The Present Situation of the Intention of Nursing Students to Work in Home-Visit Nursing Stations

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 135-144
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200623107>

Akiyo Sasaki-Otomaru, PhD, RN, PHN¹,
Tomomi Enokigura, MSN, RN¹, Ikuko Kashiwazaki, MS, RN²,
Mayumi Boushita, RN, PHN³, Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN¹

¹Yokohama City University, Kanagawa, Japan, ²Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan

³Yokohama City, Kanagawa, Japan

Abstract

Objective: To clarify the present situation regarding the intention of nursing students to work in home-visit nursing stations, and provide suggestions for the implementation of the same. **Methods:** A Japanese municipality-wide survey was conducted to investigate the factors involved in such intentions to work as home-visit nurses. **Results:** A total of 2,703 nursing students responded to the survey, with a response rate of 54.0 percent. Among professional school nursing students, 708 (37.0%) intended to work as home-visit nurses in the future, while 18 (0.9%) intended to work as home-visit nurses soon after graduation. Among university nursing students, 233 (30.0%) intended to work as home-visit nurses in the future, and 8 (1.0%) intended to work as home-visit nurses soon after graduation. Multivariable logistic regression analysis found that having an acquaintance who worked as a home-visit nurse, attending a training program, and grasping the job description were significant independent related factors of interest in working as a home-visit nurse ($p < .05$). **Conclusions:** Educational institutions should provide nursing students with opportunities to participate in more attractive training programs on home-visit nursing to encourage them to take up employment in this area of nursing.

Key words

nursing student, visiting nurse, municipalities

Correspondence: A. Sasaki-Otomaru. Email: sakiahs@yokohama-cu.ac.jp

全国の呼吸器内科病棟と 緩和ケア病棟における 呼吸困難ケア実践の比較

日本看護研究学会雑誌
2021, 44(1), 145-150
©2021 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723106>

杉村鮎美¹, 光行多佳子², 安藤詳子¹

¹名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻看護科学高度実践看護開発学

²東京医科大学医学部看護学科

要 旨

目的：全国の呼吸器内科病棟（以下，RW）と緩和ケア病棟（以下，PCU）における呼吸困難ケアの実践状況と両施設の特徴を明らかにする。方法：全国のがん診療連携拠点病院のRWと20床以上を有するPCUの内，同意を得られた施設の看護師（RW112名，PCU92名）を調査対象とした。自記式質問紙の調査項目は背景とケア実践状況27項目で構成し，実践割合を χ^2 検定で比較した。結果：両群の背景に有意差は認められなかった。ケア実践状況は，タッチングや体位の工夫は両施設とも8割以上の実践率であった。一方，PCUは呼吸法や排痰援助を含む4項目が低く（ $p < .05$ ），RWは環境整備や家族指導を含む11項目が低かった（ $p < .05$ ）。結論：両施設は体位調整やタッチング等の基本的な呼吸困難ケアは提供できていた。しかし，RWは患者家族への指導，PCUは呼吸法の実践が低かったため，今後の取り組みが期待される。

キーワード

がん，呼吸困難，緩和ケア病棟

責任著者：杉村鮎美. Email: sugimura@met.nagoya-u.ac.jp

I. 背 景

終末期がん患者の呼吸困難は，肺実質への浸潤や心嚢水等の複合的な影響により発症し，その治療不応性から臨床では対症療法が余儀なくされている（茅根・松田，2016）。近年，呼吸法の指導等で構成された複合的看護介入（Bredin et al., 1999; Ozalevli, Ilgin, Kul, Bulac & Akkoclu, 2010）や顔面への冷却（Galbraith, Fagan, Perkins, Lynch & Booth, 2010）に代表される非薬物療法の研究成果が明らかになっており，今後のさらなる発展が期待されている。

我々は終末期がん患者の呼吸困難に対する看護師のケアを充実させることを目指して全国の緩和ケア病棟と呼吸器内科病棟を調査し，呼吸困難ケア実践には看護師の持つ緩和ケア実践能力が影響していることを明らかにした（Sugimura, Ando & Tamakoshi, 2017）。さらに，それらの調査を通してケアの方向性や対象者が異なる緩和ケア病棟と一般病棟では行われているケアの特徴が異なる様相を示す可能性が示唆された。呼吸困難に対する非薬物療法実施の必要性が高まる一方で各施設の臨床におけるその実態は明らかとなっていない。そこで，現在の臨床で行われてい

る呼吸困難ケア実践と施設による特徴を明らかにすることは，各施設の特徴に合わせた教育方法の検討や呼吸困難に対する非薬物療法に関する研究の礎となると考えた。

II. 目 的

本研究は全国の呼吸器内科病棟と緩和ケア病棟で実施されている呼吸困難ケアの実践状況と施設による特徴を明らかにすることである。

III. 方 法

1. 対象と抽出方法

(1) 呼吸器内科病棟看護師

全国の呼吸器内科病棟（以下RW：Respiratory Ward）を有するがん診療連携拠点病院407施設から層別無作為標本抽出法により，都道府県がん診療連携拠点病院13施設，地域がん診療連携拠点病院および地域がん診療病院から87施設を抽出した。抽出した100施設の内，同意を得られた22施設のRWに勤務する看護師を対象者とした。

(2) 緩和ケア病棟看護師

緩和ケア病棟（以下PCU：Palliative Care Unit）は、「緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧」（2014年2月14日現在）に記載されているPCUの内、20床以上を有する施設175施設を対象施設とした。175施設のうち、同意を得られた41施設のPCUに勤務する看護師を対象者とした。

(3) 抽出方法

両施設の対象者から年齢、看護師歴等の影響を排除するために層別無作為標本抽出法を用いて抽出し、RW看護師112名、PCU看護師92名を分析対象とした。

2. 調査内容

(1) 対象者背景

年齢、看護師歴、認定・専門看護師資格、緩和ケア講習受講歴、呼吸リハビリテーション講習受講歴で構成した。さらに、先行研究（杉村・安藤、2013）から呼吸困難ケア実践に看護師の持つアセスメントスケールの知識と使用が影響することが示唆されたため、その調査において高い呼吸困難ケア実践と関連が認められたNumerical Rating Scale：NRS、Visual Analogue Scale：VASに加えて、近年がん患者指導管理料の算定要件にも含まれ、広く臨床で使用されているSupport Team Assessment Schedule日本語版：STAS-Jの3種類の尺度で構成した。各設問は「よく知っている」から「全く知らない」までの5段階のリッカート尺度で作成し回答を得た。

(2) ケア実践状況（27項目）

本調査項目は看護師が臨床におけるすべての病期の肺がん患者に対して行うケア項目を先行研究（Bredin et al., 1999；Hately, Laurence, Scott, Baker & P. Thomas, 2003；山岸ら、2016；Ozalevli et al., 2010）から抽出し、研究者間で討議して項目を精選した。身体的ケアは、排痰援助を含む「呼吸コントロール」「呼吸筋ケア」「体位調整」などの13項目、精神的ケアは不安の軽減に関するケアを含む5項目、社会環境的ケアは患者指導や日常生活支援を含む9項目の計27項目で構成した。各設問は「常に行っている」から「行っていない」までの5段階のリッカート尺度で作成し、回答を得た。専門家によって内容的妥当性が検証され、Cronbach α 係数が各ドメインで.8-.9、級内相関係数が.64-.74であり、妥当性・信頼性を確認した。

3. 調査期間

2015年2月から2015年4月

4. 調査方法

各施設の看護部長宛に研究の趣旨を文書にて説明し、同意書の返送をもって同意を得た。同意を得られた施設の対

象者に対して、各部署の師長を通して調査票を配布し、部署内の回収袋へ回収後2週間で回収し、師長から施設を通して返信を依頼した。

5. 解析方法

両施設の対象者の背景はt検定および χ^2 検定を用いて比較した。アセスメントスケール知識は「5. よく知っている」「4. まあまあ知っている」を『知っている』、「3. どちらとも言えない」「2. あまり知らない」「1. 全く知らない」を『知らない』と分類した。ケア実践は「5. 常に行っている」「4. たいてい行っている」を『行っている』、「3. 時々行っている」「2. あまり行っていない」「1. 行っていない」を『行っていない』と分類し、両施設で『行っている』と回答した者の割合を χ^2 検定により比較した。各検定の効果量はCohen's d と ϕ 係数を算出した。統計解析にはSPSS Ver. 23を使用した。

6. 倫理的配慮

対象となる施設の施設長および看護部長、病棟看護師長、研究対象者に対して研究の趣旨、研究不参加による不利益を被ることはないことを研究説明書の郵送をもって説明した。病棟看護師長より看護師に質問紙を配布する際は、調査への参加に強制力が働かないように説明することを依頼した。名古屋大学大学院医学系研究科の生命倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：14-131）。

IV. 結 果

平均年齢はRW32.71 $\pm$ 9.85歳、PCU35.20 $\pm$ 10.12歳、平均看護師歴はRW10.22 $\pm$ 9.47年、PCU11.50 $\pm$ 10.39年、平均病棟勤務歴はRW3.47 $\pm$ 2.86年、PCU3.23 $\pm$ 2.93年で両群に差は認められなかった。「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」を知っている者の割合はRW22.3% PCU50.0%、緩和ケア講習を受講した者の割合はRW48.2% PCU80.4%、呼吸リハビリテーション講習を受講した者の割合はRW40.2% PCU16.3%で両群に差が認められた（ $p < .001$ ）。アセスメントスケールは、両群共にNRSが最も知られているスケールであった。両群の割合を比較した結果、STAS-JはRW7.3%、PCU29.3%で両群に差が認められた（ $p < .01$ ）。

ケア実践状況では、身体的ケアは両群共に「症状が緩和する体位を探し、クッションで保持する」が最も高く、「呼吸筋（頸部・肩甲帯・胸部上部等）のストレッチを行う」が最も低かった。精神的ケアで最も行われていたケアは、RW「安心感を与えるような声掛けをする」、PCU「頻回に訪室する」であったのに対し、RW「患者のそばにいる」、PCU「明瞭にゆっくり話しかける」が最も低い実践

表1 対象者背景

	呼吸器内科病棟 ($n=112$)		緩和ケア病棟 ($n=92$)		d	ϕ	$p^{a)}$
	Mean $\pm$ SD	n (%)	Mean $\pm$ SD	n (%)			
平均年齢	32.71 $\pm$ 9.85		35.20 $\pm$ 10.12		.25		.08
平均看護師歴	10.22 $\pm$ 9.47		11.50 $\pm$ 10.39		.13		.36
平均病棟勤務歴	3.47 $\pm$ 2.86		3.23 $\pm$ 2.93		.08		.56
専門看護師資格保持者		3 (2.7)		2 (2.2)		.02	1.0
認定看護師資格保持者		0 (0.0)		1 (1.1)		-.08	.45
呼吸療法士保持者		6 (5.4)		2 (2.2)		.08	.30
「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」の知識のある者		25 (22.3)		46 (50.0)		.29	.00 ***
緩和ケア講習受講経験者		54 (48.2)		74 (80.4)		.35	.00 ***
呼吸リハビリテーション講習受講経験者		45 (40.2)		15 (16.3)		.26	.00 ***
アセスメントスケール知識 ^{b)}							
VAS (Visual Analogue Scale)		17 (15.1)		25 (27.1)		.15	.05
NRS (Numerical Rating Scale)		77 (68.8)		60 (65.2)		-.05	.55
STAS-J (Support Team Assessment Schedule-J)		8 (7.1)		27 (29.3)		.29	.00 ***

a) 平均年齢, 平均看護師歴, 平均病棟勤務歴は t 検定, それ以外は χ^2 検定を用いた。

b) 「5. よく知っている」「4. まあまあ知っている」を『知っている』, 「3. どちらとも言えない」「2. あまり知らない」「1. 全く知らない」を『知らない』と分類し, 『知っている』と回答した者の人数と割合を示す。

$p < .001$: ***

率であった。社会環境的ケアは両群共に「病室の環境調整をする（温度・湿度・光や音の調整）」が最も高く、「患者にパニックをコントロールする方法（ペーシング等）を説明する」が最も低い実践率であった。

ケア実践状況の施設間比較では、身体的ケアは「吸入で排痰を促す」や「くちすぼめ呼吸を促す」を含む4項目がRWで実践率が高く、「患者の顔にうちわ等で冷気を送る」や「締め付けないゆったりとした寝衣や掛け物を選択する」の2項目はPCUで実践率が高かった ($p < .05$)。精神的ケアは「頻回に訪室する」や「タッチングを行う」を含む3項目においてPCUで実践率が高かった ($p < .05$)。社会環境的ケアは「家族に患者の呼吸困難発生時の対応を説明する」や「病室の環境調整をする（温度・湿度・光や音の調整）」を含む6項目においてPCUの実践率が高かった ($p < .05$)。

V. 考 察

1. 身体的ケア

「吸入で排痰を促す」や「くちすぼめ呼吸を促す」を含む呼吸法や排痰に関するケアはRWの実践率が高かった。肺癌患者に対するリハビリテーションは、緩和ケアや呼吸ケアに携わる医療者の多くがその必要性和患者のニーズがあると回答している (Nwosu, Bayly, Gaunt & Mayland, 2012)。さらに、日本のがんのリハビリテーションガイドラインでは、がん患者の呼吸困難に対する看護師による呼吸法やリラクゼーション等の複合的看護介入を推奨して

いる (日本リハビリテーション医学会・がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会, 2013)。終末期に頻発する悪液質や骨転移等により実施困難なケースもあるが (Vagnildhaug et al., 2018), 講習受講割合の高いRWが高い実践率であったことから、PCUに対する呼吸リハビリテーションに関する知識提供が実践率改善に有効である可能性が示唆された。

「患者の顔にうちわ等で冷気を送る」はいずれの施設も3割以下の実践率であった。顔面への冷風は三叉神経を刺激することにより呼吸困難感を軽減させるもので、さらにどこでも誰でも簡便に行える介入方法である (Galbraith et al., 2010)。本調査から、実践率は高くないが、PCUの臨床に着実に取り入れられている現状が明らかとなった。大部屋の患者であっても手持ち扇風機を用いて容易に取り入れられるケアであることから、RWにおいても積極的な実践が望まれる。

2. 精神的ケア

精神的ケアは有意差が認められた3項目を含めたすべての項目でPCUが高い実践率であったが、両群共に概ね7割以上の高い実践率で日常的に行われていることが示唆された。しかし、ケア実践の基本的技術である「患者のそばにいる」はRWにおいて6割強の実践であった。呼吸困難は患者の精神的な不安と関連しており (Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki & Uchitomi, 2002), 孤独などの精神的な要因によりその強さは左右される。一般病棟の看護師は治療期の患者への看護と並行して終末期患者へ向き合う時

表2 呼吸困難ケアの実践割合

		呼吸器内科病棟 (<i>n</i> = 112) <i>n</i> (%)	緩和ケア病棟 (<i>n</i> = 92) <i>n</i> (%)	ϕ	$p^{a)}$	
身体的ケア	呼吸コントロール	吸入で排痰を促す	77 (68.8)	45 (48.9)	-.21	.00 **
		体位ドレナージを行い、排痰を促す	46 (41.1)	23 (25.0)	-.17	.01 *
		バイブレーションを行い、排痰を促す	20 (17.9)	10 (10.9)	-.10	.11
		胸郭を両手で挟み、呼吸を補助する（スクイーピング）	32 (28.6)	20 (21.7)	-.08	.16
		くちすぼめ呼吸を促す	63 (56.3)	35 (38.0)	-.19	.01 *
		腹式呼吸（横隔膜呼吸）を促す	40 (35.7)	18 (19.6)	-.18	.01 *
		呼吸が速くなりすぎないようにペースングする	34 (30.4)	26 (28.3)	-.03	.42
	呼吸筋	患者の顔にうちわ等で冷気を送る	13 (11.6)	23 (25.0)	.17	.01 *
		呼吸筋（頸部・肩甲帯・胸部上部等）のストレッチを行う	9 (8.0)	9 (9.8)	.03	.43
		呼吸筋（頸部・肩甲帯・胸部上部等）のマッサージを行う	11 (9.8)	13 (14.1)	.06	.25
	体位調整	症状が緩和する体位を探し、クッションで保持する	98 (87.5)	85 (92.4)	.06	.29
		ファーラー位や側臥位に体位を工夫する	94 (83.9)	85 (92.4)	.12	.07
		締め付けないゆったりとした寝衣や掛け物を選択する	73 (65.2)	77 (83.7)	.17	.01 *
精神的ケア	頻回に訪室する	85 (75.9)	85 (92.4)	.21	.00 **	
	患者のそばにいる	70 (62.5)	83 (90.2)	.31	.00 ***	
	タッチングを行う	89 (79.5)	84 (91.3)	.16	.02 *	
	安心感を与えるような声掛けをする	93 (83.0)	84 (91.3)	.10	.11	
	明瞭にゆっくり話しかける	85 (75.9)	74 (80.4)	.05	.31	
社会環境的ケア	家族に自宅の段差・手すり・休息場所等の整備を説明する	40 (35.7)	26 (28.3)	-.08	.15	
	家族に患者の呼吸困難発生時の対応を説明する	38 (33.9)	47 (51.1)	.17	.01 *	
	家族の協力を得て患者を一人にしないようにする	28 (25.0)	40 (43.5)	.19	.01 *	
	家族に呼吸困難の原因・増悪因子・生活への支障を説明する	39 (34.8)	53 (57.6)	.23	.00 **	
	患者にパニックをコントロールする方法（ペースング等）を説明する	18 (16.1)	18 (19.6)	.04	.34	
	患者に呼吸数・チアノーゼ・喀痰・咳嗽等の観察を説明する	49 (43.8)	51 (55.4)	.13	.05	
	日常生活行動の時間を調整して、呼吸困難の増強を防ぐ	41 (36.6)	48 (52.2)	.16	.02 *	
	呼吸困難の原因・増悪因子・生活への支障等を説明する	52 (46.4)	63 (68.5)	.22	.00 **	
	病室の環境調整をする（温度・湿度・光や音の調整）	59 (52.7)	72 (78.3)	.26	.00 ***	

a) χ^2 検定 $p < .001$: ***, $p < .01$: **, $p < .05$: *

間を確保する難しさを抱えていると考えられるが、検温のわずかな時間であってもすぐに退室するのではなく、数分でも患者に寄り添い、いつでもそばにいることを伝えて安心感を提供することが望まれる。

3. 社会環境的ケア

6項目においてPCUの実践率が有意に高かった。PCUは一般病棟に比べて、家族と過ごしやすい環境であり、面会時間の制限が少ないことから家族が患者と共に過ごす時間が長く、家族が医療者と共にケアに参加することが多い。そのため、家族へのケアの参加を促すような項目の実践率が高い結果となったと考えられる。家族に自宅の整備を説明する項目については、日本のPCUで8割以上が死亡退院であることから(五十嵐・宮下, 2017), PCUではその対象となる事例が少ないことが影響していると考えられる。

肺がん患者は呼吸困難により自己概念の低下や依存の増

加を強いられ、COPD患者と比べて呼吸困難発作時に死を強く連想する(橋本・神田, 2011)。社会環境的ケアに含まれる患者の症状と家族への対処法は、症状管理を通して、患者の自己コントロール感を高めて自律性を支える支援に繋がる。本研究で多くの項目が半数以下の実践率であったRWにおいては、呼吸困難のそれらの特徴を踏まえてさらなる社会環境的ケアの実践が期待される。

4. 研究の限界と今後の課題

・本研究で用いた呼吸困難ケアの調査項目は、全ての肺がん患者に提供しうるケアで構成しており、実際の実施可能性は患者の病状により異なると考えられる。しかし、本研究ではその点については考慮されておらず、肺がん患者の病期による呼吸困難ケアの差異について明らかにできていない。今後は、患者の病期や症状の誘因・増悪因子に合わせた呼吸困難ケアの特徴やその影響要因を明らかにすることが必要である。

- ・本研究で調査した呼吸困難ケアは、調査開始時点における先行研究で効果検証がされている項目、臨床的有用性が示されている項目を抽出し、臨床場面で実践することがあり得るすべてのケア項目を選定した。それら項目すべてががん患者を対象に十分な科学的効果が立証されているケアではないため、今後はこれらのケア効果の検証が必要である。

VI. 結 論

- ・RWでは、‘症状が緩和する体位を探し、クッションで保持する’‘安心感を与えるような声掛けをする’等の基本的な呼吸困難ケアを基礎として、呼吸法や排痰援助等の呼吸リハビリテーションに関する高度な呼吸困難ケアが日常的に提供されている構造が示唆された。一方、‘家族に患者の呼吸困難発生時の対応を説明する’を含む社会環境的ケアは緩和ケア病棟に比して低値であった。
- ・PCUでは、‘症状が緩和する体位を探し、クッションで保持する’等の体位調整や‘頻回に訪室する’等の精神的ケアを基礎として、‘家族に患者の呼吸困難発生時の対応を説明する’等の家族や患者への指導が提供されている構造が示唆された。一方で、呼吸リハビリテーション講習受講割合や‘くちすばめ呼吸を促す’を含む呼吸リハビリテーションに関する項目は低値であった。

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。

引用文献

- Bredin M., Corner J., Krishnasamy M., Plant H., Bailey C. & A'Hern R. (1999). Multicentre randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ*, 318, 901-904.
- 茅根義和, 松田能宣 (2016). 呼吸困難の原因. 日本緩和医療学会, 緩和医療ガイドライン作成委員会 (編). *がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2016年版* (pp.23-24). 東京: 金原出版.

- Galbraith S., Fagan P., Perkins P., Lynch A. & Booth S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage*, 39(5) 831-838.
- 橋本晴美, 神田清子 (2011). 呼吸困難を抱える治療期進行肺がん患者の体験. *日本看護研究学会雑誌*, 34(1), 73-83.
- Hately, J., Laurence V., Scott A., Baker R. & Thomas P. (2003). Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliat Med*, 17(5), 410-417.
- 五十嵐尚子, 宮下光令 (2017). データでみる日本の緩和ケアの現状. 志真泰夫, 恒藤 暁, 細川豊史, 宮下光令, 山崎章郎 (編), *ホスピス緩和ケア白書2017小児緩和ケアの現状と展望* (pp.81). 東京: 青梅社.
- 日本リハビリテーション医学会・がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 (2013). リハビリテーションが必要な在宅進行がん・末期がん患者. 日本リハビリテーション医学会・がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 (編). *がんのリハビリテーションガイドライン* (pp.137). 東京: 金原出版.
- Nwosu A.C., Bayly J.L., Gaunt K.E. & Mayland C.R. (2012). Lung cancer and rehabilitation--what are the barriers? Results of a questionnaire survey and the development of regional lung cancer rehabilitation standards and guidelines. *Support Care Cancer*, 20(12), 3247-3254.
- Ozalevli S., Ilgin D., Kul Karaali H., Bulac S. & Akkoclu A. (2010). The effect of in-patient chest physiotherapy in lung cancer patients. *Support Care Cancer*, 18(3), 351-358.
- Sugimura A., Ando S. & Tamakoshi K. (2017). Palliative care and nursing support for patients experiencing dyspnoea, *Int J Palliat Nurs*, 23(7), 342-351.
- 杉村鮎美, 安藤祥子 (2013). 緩和ケア病棟における呼吸困難マネジメントと看護師の知識・技術・態度の関連. *日本がん看護学会誌*, 27(1), 52-60.
- Tanaka K., Akechi T., Okuyama T., Nishiwaki Y. & Uchitomi Y. (2002). Factors correlated with dyspnea in advanced lung cancer patients: organic causes and what else?. *J Pain Symptom Manage*, 23(6), 490-500.
- Vagnildhaug, O.M., Balstad T.R., Almberg S.S., Brunelli C., Knudsen A.K., Kaasa S., Thronæs M., Laird B. & Solheim T.S. (2018) A cross-sectional study examining the prevalence of cachexia and areas of unmet need in patients with cancer. *Support Care Cancer*, 26(6), 1871-1880.
- 山岸暁美, 小迫富美恵, 高橋美賀子, 長谷川久巳, 畑 千秋, 田中桂子 (2016). 看護ケア. 日本緩和医療学会, 緩和医療ガイドライン作成委員会 (編), *がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2016年版* (pp.106-109). 東京: 金原出版

2019年11月28日受 付
2020年7月23日採用決定

Management of Dyspnea in Japanese Respiratory Wards and Palliative Care Units

Journal of Japan Society of Nursing Research
2021, 44(1), 145-150
©2021 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200723106>

Ayumi Sugimura, PhD, RN, PHN¹, Takako Mitsuyuki, MSN, RN²,
Shoko Ando, PhD, RN¹

¹Nagoya University, Graduate School of Medicine, Department of Integrated Health Sciences, Nursing Sciences, Nursing for Advanced Practice, Aichi, Japan

²Tokyo Medical University, School of Nursing, Tokyo, Japan

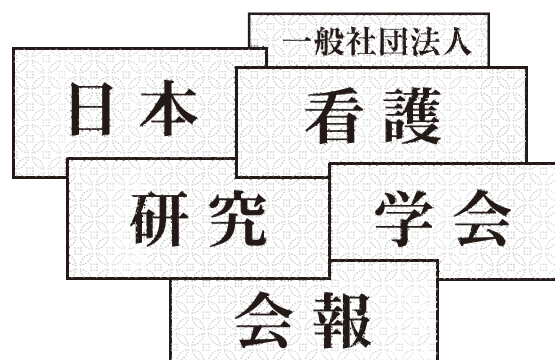
Abstract

Objective: To investigate the current status and characteristics of management for dyspnea in respiratory wards (RW) and palliative care units (PCU) in Japan. **Methods:** A survey was conducted among nurses who agreed to participate (112 nurses from RW and 92 nurses from PCU) at RW and PCU with over 20 beds in core cancer care hospitals in Japan. The self-completed questionnaire contained 27 items covering background information and details of patient care. The frequency of application of each care procedure was compared between RW and PCU using the chi-squared test. **Results:** There were no significant differences in the background factors between the two groups. Nurses from PCU had a significantly lower performance rate for four items on patient care ($p < .05$), including breathing methods and assisted sputum removal, whereas those from RWs had a significantly lower performance rate for 11 items ($p < .05$), including environmental adjustment and providing instructions for the family. **Conclusions:** Although nurses from both institutions provided basic dyspnea care, such as postural adjustment and touching, RW nurses exhibited lower rates of providing instruction to patient families, whereas PCU nurses exhibited lower rates of breathing care. Therefore, positive efforts to address such concerns are required.

Key words

cancer, dyspnea, palliative care unit

Correspondence: A. Sugimura. Email: sugimura@met.nagoya-u.ac.jp



第 118 号

(2021年4月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会	
2020年度第3回理事会 議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会	
2020年度第4回理事会 議事録	7

一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第3回理事会 議事録

日 時：2020年11月29日（日） 13：00～16：50

会 場：オンライン会議システムによるWeb開催

出席者：深井喜代子，浅野みどり，鈴木みずえ，阿部幸恵，岡美智代，川口孝泰，工藤せい子，
 国府浩子，小松万喜子，佐藤正美，佐藤洋子，塩飽仁，高見沢恵美子，中西純子，布施淳子，
 法橋尚宏，前田ひとみ，森千鶴，矢野理香，若村智子（以上，常任理事・理事20名），
 稲垣美智子（監事1名），
 城丸瑞恵（第46回学術集会会長）

欠 席：工藤美子，祖父江育子（理事2名），西田真寿美（監事1名）

議事進行：理事長 深井喜代子

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

書 記：前田ひとみ

(敬称略)

資料

1. 会員動向報告
2. 2020年度上半期決算・会計監査報告
3. 編集委員会報告
4. 国際活動推進委員会報告
5. 大規模災害支援事業委員会報告
6. 看護系学会等社会保険連合ワーキング報告
7. 第46回学術集会報告
8. 第47回学術集会予算について

9. 日本看護系学会協議会2021-2022役員選挙被選挙人の推薦について

10. 入会申込

1. 議事録の確認

2020年度第2回理事会議事録と2020年第1回臨時理事会（書面）議事録について、承認された。

2. 報告事項

1) 会員数の動向（資料1）

鈴木みずえ副理事長から、11月27日現在の会員の動向の報告があり、平成27年をピークに減少傾向にあることが説明された。

2) 2020年度上半期決算・会計監査報告（資料2）

会計担当国府浩子理事から9月30日までの一般会計、奨学会特別会計、選挙事業積立金特別会計（本年は選挙実施年に該当しない）、災害支援特別会計の収支決算の報告があり、以下の説明があった。

- ・会員数の減少に伴い、収入が減少している。
- ・事業費が昨年よりも減少しているのは、請求・支払いが昨年よりも遅くなっているためである。
- ・今年度は会議がオンラインで行われているため、交通費、会議室使用料が不要であり、支出が減少している。

稲垣美智子監事から監査の結果、予算執行は公正に行われているが、委員会で活動を追加・補正して予算変更した場合、内容がわかるように明記したほうが良いという指摘があった。なお、予算自体は社員総会では報告事項になっているため、予算の補正に関しては理事会承認でよく、社員総会で承認を得る必要はないことが確認された。

3) 委員会報告

① 編集委員会（資料3）

編集委員会委員長法橋尚宏理事から、以下の報告があった。

- ・43巻5号まで早期オンライン公開が終わり、現在、採択済みの論文が16編である。
- ・論文投稿状況は昨年度と同じ程度である。
- ・コロナ禍論文投稿が4本あり、1編採択、1編不採択、2編査読中である。

② 奨学会委員会

奨学会委員会委員長阿部幸恵理事から、9月23日～12月4日で奨学会研究論文の公募中であり、現在2件応募があったことが報告された。

③ 学会賞・奨励賞委員会

学会賞・奨励賞委員会委員長工藤せい子理事から、現在、学会賞・奨励賞を審査中で、1月9日の会議で決定予定であることが報告された。

④ 将来構想委員会

将来構想検討委員会委員長深井喜代子理事長より、会員減少への対応等について話しあっていることが報告された。

⑤ 研究倫理委員会

研究倫理委員会委員長高見沢恵美子理事から、「日本看護系学会協議会（JANA）利益相反（COI）検討」の報告があり、各学会の意見を聴取することになっているが、本日まで原案の提示がなかったことから、今後、次回の理事会までに締め切りとなっていた場合は、書面理事会を開催することです承が得られた。

⑥ 国際活動推進委員会（資料4）

国際活動推進委員会岡美智代理事から、看護における研究を世界に発信することを目的とした講演会（テーマ：国際論文執筆時の国際ルール）企画について報告があった。会員限定で参加費は無料で行い、広報については、ホームページの掲載と会員メール配信することで承認された。

⑦ 大規模災害支援事業委員会（資料5）

大規模災害支援事業委員会委員長中西純子理事から、大規模災害支援の申し込みを10月31日まで行ったが応募者はなく、2020年度上半期は246,000円の寄付があったことが報告された。

⑧ 広報委員会

広報委員会委員長塩飽仁理事から、ニュースレター第3号を9月に発行し、12月発行予定の第4号を編集中等であること、Webで使用しているソフトの保守点検について、来年から年間契約をする予定で検討中であることが報告された。

⑨ 看保連ワーキング（資料6）

看保連ワーキング委員長浅野みどり副理事長から、関連会議の進捗状況と今後の予定、プロジェクト活動、診療報酬改定要望書についての報告があった。

⑩ 実践研究活動推進ワーキング

実践研究活動推進ワーキング委員長深井喜代子理事長から、年内に会議を開催して活動のスタートをする予定であることが報告された。

4) 関連会議

① 日本看護系学会協議会

医療系の分科会がなかったことから、医療系の学術会議が足並みを揃えるような検討が行われており、協力していくことが報告された。

② 日本看護系学会協議会災害看護連携会議

中西純子理事から、JANAからコロナについての活動、影響についての調査があり、回答したことが報告された。

③ 日本学術会議

浅野みどり副理事長から、第25期の日本学術会議会員は看護学からは小松浩子先生、西村ユミ先生が任命されたこと、第24期は看護分科会から「地元創生」に関する提言は発出されたこと、APNに関する提言は第二部役員審査で他委員会との調整が必要との指摘があり発出には至らなかったこと、が報告された。

5) 第46回学術集会について(資料7)

城丸瑞恵第46回学術集会会長より、参加者数、演題発表数、収支概算について報告があった。深井理事長より本会から繰り入れた補助金を入れた収支決算を提出するよう依頼があった。

6) 第47回学術集会について

塩飽仁第47回学術集会会長から、学術集会は「脳と心のケアとサイエンス」をテーマにオンラインにて、8月21日・22日開催予定で準備を進めていることが報告された。一般演題発表はライブ配信、講演等についてはオンデマンド配信とし、大学内の教員だけで運営可能であるので、業者委託はしないことの説明があった。

7) 地方会の活動について

鈴木みずえ副理事長から、北海道地区と九州・沖縄地区の役員選挙があったことが報告された。

8) その他

なし

3. 審議事項

1) 第47回学術集会予算について(資料8)

塩飽仁第47回学術集会会長から、学術集会予算について、収入については、参加者を今年の半分で見積もっており、展示収入は見込めないことを予想し案を作成したことが説明された。もし、現地開催が可能となった場合は、大学の講義室を使用し、その場合、70~80人の収容が可能である。

- ・学術集会の補助金について70万円ではないかという質問があり、事務局から補助金は50万円であるが、名誉会員の参加費を見越した額が70万円であることが説明された。
- ・参加費について、事前参加費と当日参加費に差をつけるかについては、再検討することになった。
- ・人数を少なく見積もっていることにし質問があり、人数制限をかける予定はないことが説明された。

2) 編集委員会(資料3)

- ① テクニカル・エディター(編集技術者)の費用について

- ・現在、テクニカル・エディターを依頼している会社から1ページにつき200円引き上げてほしいという要求に対応するための年間8万円の割り増しについて、承認された。
 - ・テクニカル・エディターについて、会社依頼と専属を両方雇うことについて提案があり、承認された。
- ② 英文抄録のネイティブチェックについて
- ・ダブルチェックという意味で、学会サイドで再度ネイティブチェック（年間、約6万円程度）を依頼することが提案され、承認された。
- ③ 『日本看護研究学会雑誌』の発行日について
- ・現在、1号が4月発行、2号が6月発行、4号が9月発行、5号が12月発行となっているが、会計年度を考慮して、3か月毎の発行として、1号を4月発行、2号を7月発行、4号を10月発行、5号を1月発行にすることが提案され、承認された。
- ④ 委員会活動を論文として掲載する際のルールについて
- ・委員会活動で実施した論文は査読を経た学術論文として報告し、所属は大学名ではなく委員会とすることが承認された。
- ⑤ 総説の定期的な掲載について
- ・総説（依頼原稿）を年間2テーマ（2号と5号）で最低1編は掲載することについて提案があり、承認された。依頼原稿については編集委員会で確認することで、査読有の対応とすることが承認された。
- ⑥ 学会誌のpdfファイルの保護について
- ・J-STAGE上のpdfファイルについては保護しないことが提案され、承認された。
- ⑦ 学術集会プログラム集のノンブルについて
- ・学術集会プログラム集と講演集のページ下部に、日本研究学会雑誌とクレジットされているものがあるが、学術集会プログラム集と学術集会講演集とすることが提案され、承認された。
- ⑧ 構造化抄録への統一について
- ・抄録は構造化された形式とすること、英文抄録は250ワードにすることが提案され、承認された。
- ⑨ 不採択になった論文と取り下げ論文の扱いについて
- ・不採択になった論文の再投稿は認めていないことと、取り下げについては、理由を明確にすることを明文化することが提案され、承認された。
- ⑩ 原稿執筆要項などの改訂について

- ・原稿執筆要項などの改訂について提案があり，承認された。
- 図表について体裁が整っていないものの掲載について，改善可能か検討してくれるよう，深井理事長より依頼があった。

⑪ オンライン英文誌の発刊について

- ・オンライン英文誌（Journal of International Nursing Research）発行を事業として立ち上げ，新たに予算を組むこと，創刊準備および編集事務局を杏林舎に委託することが承認された。
- ・将来構想委員会の下部組織としてWGを立ち上げて創刊準備を進めるが，メンバーについては候補者が決定後，書面理事会で承認を得ることが確認された。

3）2020年度大規模災害支援事業申請募集期間延長について（資料5）

- ・中西純子理事長から，募集期間を1月31日まで延長し，会員外の学校まで含めて広く募集することの提案があり，承認された。

4）日本看護系学会協議会2021-2022役員選挙被選挙人の推薦について（資料9）

- ・深井喜代子理事長から理事候補として浅野副理事を推薦し，監事は推薦しないことが提案され，承認された。

5）その他

① 入会申込理事会承認（資料10）

入会申込のあった60名について，全員，会員として承認された。

② その他

中西純子第48回学術集会会長から，2022年8月27日（土）・28日（日）松山市総合コミュニティーセンターで開催予定であることが報告された。

次回会議：2月28日13:00～予定

一般社団法人日本看護研究学会 2020年度第4回理事会 議事録

日 時：2021年2月28日（日） 13：00～17：15

会 場：オンライン会議システム（Zoom）によるオンライン会議

参 加 者：〔常任理事・理事〕深井喜代子，浅野みどり，鈴木みずえ，阿部幸恵，岡美智代，川口孝泰，
工藤せい子，工藤美子，国分浩子，小松万喜子，佐藤正美，佐藤洋子，塩飽仁，祖父江育子，
高見沢恵美子，中西純子，布施淳子，法橋尚宏，前田ひとみ，森千鶴，矢野理香，若村智子
(22名) (欠席なし)

〔監事〕稲垣美智子，西田真寿美（2名）(欠席なし)

〔事務局〕竹下清日，海老根潤（ガリレオ社） (敬称略)

議事進行：理事長 深井喜代子

書 記：佐藤正美

配布資料：資料1. 会員動向報告

資料2. 編集委員会資料

資料3. 奨学会委員会資料（奨学会委員会議事録，報告書）

資料4. 「高度実践看護師（APN）制度に関する意見交換会」（JANA主催）報告書

資料5. 2020年度学会賞・奨励賞の推薦について

資料6-1. 大規模災害支援事業について

資料6-2. 2020年度大規模災害支援事業支援案

資料7-1. 2020年度事業報告・2021年度事業計画

資料7-2. 2021年度定時社員総会用_2020年度事業報告・2021年度事業計画（案）

資料8-1. 2021年度予算案_各委員提出分

資料8-2. 2021年度予算案

資料9. 学術集会一覧

資料10. 名誉会員推薦内規

資料11. 学生年会費の設置について

資料11-①. 学会学生年会費調査

資料11-②. 学生年会費を想定した場合のJSNR会費試算

資料12. 入会申込理事会紹介一覧

Noなし 2020年度第3回理事会議事録

【議事録の確認】

2020年度第3回理事会議事録は承認された。

【報告事項】

1. 会員数の動向（資料1）（鈴木副理事長）

資料に基づいて説明。2021年2月25日現在、会員総数6,002名、会費納入率は90.16%

2. 第46回学術集会決算について（会計担当 国府理事、深井理事長）

- ・学術集会会長より決算書は届いているが未確認事項もあり、詳細な報告は後日となる。
- ・残金約58万円は本会に振り込まれており、5月に会計監査を受ける予定。
- ・学会参加者1,150名、アクセス数23,003回、動画再生回数は3,067回であった。

3. 委員会報告

1) 編集委員会（資料2）（法橋理事）

資料に沿って説明があり、主な内容について下記に記載した。

- ・コロナ禍の投稿論文は7編で、1本がアクセプト、2本リジェクト。4本査読中である。雑誌に掲載する際は本論文の前に扉頁を挿入し、コロナ禍の論文であることを示す。
- ・転載依頼は10件あり、条件を付して承諾した。古い論文の依頼もあった
- ・学術集会抄録号である第3号のJ-STAGEへの登載において、41巻（2018年）、42巻（2019年）、43巻（2020年）の3冊分が未登録である（41巻、42巻は前理事会期間）。この3冊分のJ-STAGEへの登載には約250万円の費用がかかるが、2021年度の予算に計上するものとして、登載作業を進める。なおJ-STAGEには、発表取り下げとなった抄録は登載しない。
- ・第47回学術集会では、「JINRの発刊へ向けて」を特別交流集会として企画する。

2) 奨学会委員会（資料3）（阿部理事）

- ・奨学会研究として応募者5名の中から1名の候補者を選考
- ・奨学会授与者の研究遂行および論文化の進捗状況の確認
- ・本学会誌への論文掲載が進まないことから以下の申し合わせを確認した。
 - ①奨学金授与者は本学会への投稿を優先すること
 - ②本学会への論文投稿時、カバーレターに奨学金授与者であることを明記すること

3) 学会賞・奨励賞委員会（工藤せい子理事）

- ・学会賞および奨励賞の対象論文から候補者・候補論文を選考した。

4) 将来構想委員会（深井理事長）

- ・将来構想委員会活動については、3. 審議事項、5) 2020年度事業報告と、11) の項で述べる。

5) 研究倫理委員会（高見沢理事）

- ・2月26日にJANAから、COIに関するガイドライン（「COI管理ガイドライン」）が完成したことの連絡があった。3月発刊予定であり、HPにも公開される予定である。

6) 国際活動推進委員会（岡理事）

- ・2月10日にオンラインセミナー（100名限定で満員御礼）を実施した。3月31日まで会員はオンデ

マンドで視聴可能である。

- ・法橋理事より、録画情報がダウンロード可能な状態であることが指摘された。事務局（ガリレオ）が至急状況を確認し、適切に対応することになった。

7) 大規模災害支援事業委員会（中西理事）

- ・2月13日（土）福島県沖に発生した震度6強の地震が大規模災害に該当するか否かを検討した。建物の被害は少なく、現在のところ内閣府から激甚災害との指定はされていない。本学会で定義している大規模災害には該当しないことを確認した。

8) 広報委員会（塩飽理事）

- ・ホームページの更新を随時進めている。
- ・トップページに第48回学術集会の日程を掲載した。
- ・ニュースレター第4号を制作し、会員に送付するとともにHPで公開した。
- ・地方会ではHP担当者が変更したところもあり、連絡をとりながら進めている。

9) 看保連ワーキング（浅野副理事長）

- ・看保連から2021年度研究助成の募集があった。会員より2件の応募があり、提出書類を理事長とともに点検し提出予定である。
- ・2022年度診療報酬改定へ向けての要望書リストを提出した。小児看護学会と共同での提出、全国訪問看護財団と共同での提出を、それぞれ検討中である。

10) 実践研究活動推進ワーキング（深井理事長）

- ・2月に会議を開催した。研究能力はあるものの環境等で遂行困難な実践研究を企画している会員に対して、研究が遂行できるようさまざまな支援活動を検討中である。

4. 関連会議

1) 日本看護系学会協議会（浅野副理事長）

JANAの各種活動について

- ・学術会議25期役員人事の見送りの件について、合同表明を発表した。
- ・コロナ禍にある看護職へのメッセージおよび国民へのメッセージを発出した。
- ・看護ケアガイドラインに関するパネルディスカッション（3月9日開催）に参加予定である。
- ・COI管理規定に関する検討会に参加した。
- ・1月23日に開催されたAPN制度に関する意見交換会に川口理事・佐藤理事が参加し、報告書をまとめてくれた。（資料4）

2) 日本看護系学会協議会災害看護連携会議（中西理事）

前回理事会より追加となる報告はない。

3) 看護系学会等社会保険連合（浅野副理事長）

- ・3月に2つの会議（診療報酬関係、看護技術関係）があり、各担当が資料を作成し出席する予定である。

4) 日本学術会議（川口理事）

- ・日本学術会議より、関連学会に対して、学術会議の今後の運営や役割についての意見を求められ、Web上にて日本看護研究学会名で提出した。概ね、日本学術会議が発出した在り方についての方針を賛同しつつ、とくに政府から独立したNational Academyとしての役割を引き続き果たしてもらうことを確認するとともに、学術会議の会員については、連携会員も含めて若手を積極的に登用してほしい旨の意見を述べた。

5. 第47回学術集会について（塩飽学術集会会長）

準備状況の報告があった。

- ・HPを作成し、参加登録等、現在進行中である。現在、演題登録は20件である。
- ・コロナ禍で他学会の学術集会では演題応募が少なく、1／3くらいとなっているとの情報がある。
- ・赤字にならないように、工夫しながら準備を進めている。
- ・ハイブリッド方式で開催できるか否かを決定するには、今しばらく時間を要する。
- ・一部対面での開催が可能となれば、東北大学の校舎を使用する予定である。
- ・対面が不可能な場合は、講演はオンデマンド方式、口演発表はリアルタイム・ライブ配信方式を予定している。

6. 地方会の活動について（深井理事長）

- 1) 北海道：2月21日（日）にWebで、特別講演会を開催
- 2) 東海：3月13日（土）にWebで、第25回学術集会を開催
- 3) 近畿・北陸：3月20日（土）に、第34回学術集会を開催
- 4) 中国・四国：3月7日～3月21日の期間にWebで、第34回学術集会を開催

7. その他

なし

【審議事項】

1. 2021年度奨学会奨学金授与者について（資料3）（阿部理事）

- ・清水三紀子氏（研究課題「非侵襲的な測定機器を用いた産褥期におけるヘモグロビン値の経時的変化と影響因子」）（奨学金額50万円）を推薦する。
- ・研究方法について加筆が必要な部分があったため、その点を付記して本人へ通知する。
- ・奨学会予算は100万円であるため、その他の研究についても検討したが、研究実施可能性などを検討した結果、上記1件のみを候補者とした。

審議の結果、推薦された清水氏に50万円の奨学金授与が承認された。

申請者の条件に「3年以上の会員歴がある者」とある。この条件は標準的ではあるが、若手を支援しようとする狙いから考えると3年は長いのではないかとの意見があった。これについては、今後、委員会で検討する。

2. 2020年度学会賞・奨励賞推薦について（資料5）（工藤せい子理事）

資料に基づき、推薦者と推薦理由が説明された。

1) 学会賞

審議の結果、推薦した磯村由美氏（論文題目「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」）を候補者とするのが承認された。

2) 奨励賞

審議の結果、推薦した以下の5本の論文を候補論文とすることが承認された。

- （1）論文題目：3か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセス，牧 茂義，永井 邦芳，安藤 詳子
- （2）論文題目：子どもの見方を変えていくしなやかさ：療育教室に参加する母親と看護者との対話を通した協働的な学び，山本 真実，浅野みどり
- （3）論文題目：計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの構築，田中 聡美，布施 淳子
- （4）論文題目：青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築，山本 孝治，中村 光江
- （5）論文題目：精神疾患を有する母親の育児体験の意味，上田 明美，石橋 照子，吉川 洋子

3. 大規模災害支援事業について（資料6-1, 6-2）（中西理事）

1) 令和2年度7月豪雨災害被災者への支援の適否について

1月31日まで応募期間を延長した結果、2名（会員1名，学生1名）から申請があり合計33万円の支援案を作成した旨、資料に沿って説明があった。

審議の結果、2件とも支援案のとおり承認された。

2) COVID-19など新型コロナウイルス感染症のパンデミックによる被害を本事業の対象に加えるか否かについて

〔委員会での議論とその結果〕

コロナ禍で困っている学生が多いことが推測される（文科省による調査を基にコロナ禍で中途退学及び休学した看護学生数を推計）。本学会の規程では自然災害のみが対象となっているため、このコロナ禍を自然災害に加えるか否かを議論した。その結果、アルバイト収入減を証明する方法が難しいことや、対象となる学生数が相当数になり本事業の対応力を超える可能性があることから、今回は対象外とした。

〔理事会での議論〕

- ・ 会員に限定して、支援を検討してもいいのではないか。医療職の中には、家族への感染を予防するためにホテル住まいを強いられ困っている人もいる。
- ・ 感染が特に拡大している都内などでは、生活に困窮する学生への募金活動もあった。
- ・ 議論の結果、学会が他団体へ寄付をすることなども含め、再度委員会で検討することになった。

4. 学会誌編集事業について（資料2）（法橋理事）

資料2の2ページ以降の審議事項について、説明があった。特に英文誌、Journal of International Nursing Research (JINR) の発刊にあたり、整備が必要なさまざまな準備事項の提案があった。

1) 本学会機関誌『日本看護研究学会雑誌』の英語論文の受付中止について承認された。

2) Journal of International Nursing Research (JINR) の創刊について

- ・ 英文誌の編集委員を担う資格を有する人材が不足している。本学会の理事・監事からの Associate Editor の自推を請う旨、伝えられた。
- ・ 英文誌立ち上げに必要な諸々の準備を進めるには、編集委員会規程の一部改定が必要である。今後は、和雑誌と英文誌を効率的かつ円滑に運用するためにも、それぞれの編集委員会は独立した組織とすることが望ましい。現段階では、規程を修正して対応する。
- ・ Deputy Editor として香港大学のリン教授を迎えるべく交渉中である。
本件は現行の規程に反する（非会員を編集委員とする）ため、編集委員会規程第3条第6項を追加する。
- ・ オンライン投稿査読システム (ScholarOne) の最低契約単位の年間40投稿で契約する。
- ・ APC 投稿料（会員でない場合）は10万円を考えている。

以下の意見が出され、編集委員長の考えが確認された。

意見

- ・ Associate Editor や査読者の基準をインパクトファクター5以上とすると、該当者は少人数となり、専門領域を考えると難しいのではないか。
- ・ International なジャーナルとして、編集委員も学会員に限定しないで進めることも視野に置いている。

編集委員長法橋理事より

- ・ PMC で認められることを目指したいため、この程度の基準は必要である。

以上、提示されたすべての方針について承認された。なお、3月中旬に取り決め事項の暫定版を作成するため、以下について依頼があった。

理事・監事への依頼事項

- Guidelines for Authors, Guidelines for Reviewers, Ethics Policies の内容確認 (資料10)

意見等あれば2021年3月5日(金)までに法橋理事にメールで伝える。

5. 2020年度事業報告について(資料7-1, 7-2)(深井理事長)

資料に沿って深井理事長より説明, 各委員長より補足があった。

すべての報告事項について, 承認された。

- ・編集委員会
- ・奨学会委員会
- ・学会賞・奨励賞委員会
- ・将来構想委員会
- ・将来構想委員会 看保連ワーキング
- ・将来構想委員会 実践研究活動推進ワーキング
- ・研究倫理委員会
- ・国際活動推進委員会
- ・大規模災害事業支援委員会
- ・広報委員会

6. 2021年度事業計画について(資料7-1, 7-2)(深井理事長)

資料に沿って深井理事長より説明, 各委員長より補足があり, 審議を進めた。

なお, 将来構想委員会の事業計画に英文学会誌の発刊を追加するよう監事から指摘があり, 追加することとなった。

すべての計画について審議の結果, 承認された。

7. 2021年度予算案について(資料8-1, 8-2)(国府理事)

資料に沿って説明があった。

予算案は3月末まで修正可能。微調整する際は会計担当理事・事務局まで申し出る。

8. 第50回(2024年), 第51回(2025年)学術集会会長の推薦について(資料9)

(深井理事長)

- ・第50回学術集会会長は, 上野栄一氏(福井大学)を推薦したい旨深井理事長より提案があり, 承認された(上野氏より内諾あり)。
- ・第51回学術集会会長および第52回学術集会会長については, 下記2名の推薦があり, 両名が引き受ける方向で, 開催順を後日, 理事長宛てに報告することになった。

(3月4日付で以下, 内諾を得た。)

2025(R7)年 第51回学術集会会長 法橋尚宏氏(神戸大学)

2026 (R8) 年 第52回学術集会会長 岡美智代氏 (群馬大学)

9. 名誉会員の推薦について (資料10) (深井理事長)

規程の条件を概ね満たす会員として2名が候補に挙がり、審議の結果、名誉会員として推薦されることが承認された。

10. 選挙管理委員会委員の選出について (深井理事長)

- ・2021年度定時社員総会にて、選挙管理委員を評議員の互選で選出する必要がある。
- ・理事会としては、前回の選挙管理委員を務めた小長谷百絵氏 (上智大学) と、関東近郊の評議員から森真喜子氏 (国立看護大学校)、塚本尚子氏 (上智大学) の2名を推薦したい旨、深井理事長より提案があり承認された。

11. 学生年会費の設置について (資料11, 11-①, 11-②) (深井理事長)

深井理事長より、会員数減少対策として、若手会員増を目的として学生年会費設置の提案があった。

- ・会員種別の変更に伴い、事務的に混乱はないかとの問いに、事務局より、格別混乱はないだろうとの回答があった。
- ・学生年会費の設置について賛成意見が多かったが、以下、様々な意見が出され、審議は持ち越しとなった。

意見

- ・対象者が多くなった場合には、財政的に厳しくなる。
- ・「フルタイム学生」だけではなく全学生とすればよい。
- ・全学生とすると、有職者も申し出る場合があり、趣旨から矛盾する。
- ・「フルタイム学生」の証明は難しい、という意見に対して、入会申込時に指導教員のサインをもらうことで担保できるという案。
- ・最近では大学院生の修業年限はかなり長期に及んでいるが、その間は学生会費となるのは妥当か。
- ・修士課程のみとしたり、標準年限、という期間の決め方もある。
- ・フルタイムの博士課程の院生でも生活に窮する者もいるため、対象とすべきである。
- ・学部学生に学会参加を推奨したり、授業の一環としている大学もあり、学部生の入会希望者もいる。
- ・対象を学部学生とすることと、大学院生とすることでは、状況が異なってくるため、整理が必要である。
- ・(期間限定で入会した者において) 学生会員期間が終了しても学会誌が送られてくるなど、当人が困るという例もある。それを考慮してシステムを考える必要がある。
- ・学生年会費を「フルタイムの学生」に限定して適用している学会がある。
- ・もともと本学会は年会費が安い学会である。事業費を考えると、むしろ学会費の値上げを考えることも必要なのではないか。
- ・学生会員を提案した趣旨は、本学会の活性化である。若い人たちが入りやすく参加しやすいようにしたい、ということである。

会議後、引き続き理事からの意見を求め、理事長が本理事会での意見と合わせて整理した後、臨時理事会（又は書面理事会）を開催して、継続審議することにした。

12. その他

1) 入会申込理事会承認（資料12）（深井理事長）

51名について承認された。

2) 2021年度理事会、社員総会、会員総会日程および開催方式について（深井理事長）

(1) 社員総会の方法

例年5月第3日曜日に開催しているが、規程上は6月末までに開催すればよい。

集合開催の場合、参加率60%程度、人数にして70～80名の出席がある。

2021年度は5月23日（日）に（ZOOMで）「意見交換会」を開催し、そこで出た意見を元に、委任または書面による議決権行使で表決をとるという案で進めることとなった。

(2) 会員総会の方法

2020年度は審議事項がなかったため、学会ウェブサイト上で報告を行って意見募集をし、会員総会に代えることとしたが、今年度は審議事項（名誉会員の承認と学術集会会長の選出）があるため、書面で決議をとる。

次回、5月23日の前の時期に理事会を開催する

以上

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) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(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^{ねつそう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿（こま切れ投稿）は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えと同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

■投稿の際の注意点

著者の都合により投稿論文を取り下げる場合は、理由を添えて編集委員長宛に願い出てください。取り下げた後、修正版を新規論文として投稿できますが、その機会は1回に限ります。再投稿時に、取下げ論文の論文IDをカバーレターに明記してください。

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

<https://www.jsnr.or.jp/contribution/docs/checklist.pdf>の中の英文抄録は250ワード以内

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」となった論文の再投稿は認めない。「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。
- 18) 令和2年11月29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 (7th ed.)』（2020）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作成すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で作成すること（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…… ※欧文文献では, 2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

— 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する。雑誌名および書籍名はイタリック／斜字体で表示する。
- 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)

◆shortDOI, 短縮URL

DOI, URLが長かったり, 複雑な場合は, shortDOI, 短縮URLを用いる。

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250ワード以内とする。構造化された形式とし、Objective、Methods、Results、Conclusionsの見出しをつける。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。構造化された形式とし, 目的, 方法, 結果, 結論の見出しをつける。

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。
- 17) 令和 2 年11月29日 一部改正実施する。

コロナ禍関連研究を 推進するために

Call for papers

JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH

日本看護研究学会雑誌



一般社団法人日本看護研究学会発行の
『日本看護研究学会雑誌 (Journal of Japan Society of
Nursing Research)』では、新型コロナウイルス感染症
に関連する看護の論文を幅広く募集中です。

- ☑ コロナ禍関連研究であれば、事例報告を含み、あらゆる研究を歓迎します。
- ☑ 論文(日本語もしくは英語)は、特別に迅速査読,迅速出版(オンラインファースト)します。
- ☑ 特例として、ファーストオーサーが会員であることのみを投稿者資格とします。
- ☑ 投稿にあたり、コロナ禍関連研究であることをカバーレターに明記してください。

一般社団法人日本看護研究学会

理事長：深井 喜代子

編集委員会委員長：法橋 尚宏

問い合わせ先：naohiro@hohashi.org



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

発信日：2020年8月1日

待望の

英文オープンアクセスジャーナル!

創刊
予告

JINR

Journal of
International
Nursing Research

Editor-in-Chief: Naohiro Hohashi, PhD, RN, PHN, FAAN

Online ISSN: 2436-1348

Print ISSN: 2436-3448

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



日本看護研究学会は、国際英文ジャーナル
Journal of International Nursing Research
(JINR) を創刊いたします。

JINR誌は、看護学に関連する論文 (Review
Article, Original Research, Practice
Guidelines, Technical Report, Brief
Report) を募集いたします。

投稿規定はJINR誌のウェブサイトで近日中に公開、
論文受付は2021年5月23日より開始予定です。

- 日本看護研究学会が発行する国際英文ジャーナル
- 看護学に関連する幅広い分野の研究がスコープ
- アクセプトされた論文は
オープンアクセスにて迅速公開
- 要件が整い次第、Pub Medに掲載予定

Volume 1 | Number 1
December 2021

発行日: 2021年 3月30日

一般社団法人 日本看護研究学会

理事長: 深井喜代子 編集委員長: 法橋尚宏

問い合わせ先(JINR編集事務局): jinr@kyorin.co.jp

NR
Japan Society of Nursing Research

事務局便り

1. 2021年度会費納入のお願い

2021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・追加をさせていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会誌の公開について

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44巻 第1号

無料配布

2021年4月20日 印刷

2021年4月20日 発行

編集委員 委員長

法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科
荒木田美香子 (会員) 川崎市立看護短期大学看護学部
今井多樹子 (会員) 日本赤十字広島看護大学
岡 美智代 (理事) 群馬大学大学院保健学研究科
小澤三枝子 (会員) 国立看護大学校
亀井 智子 (会員) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
工藤 美子 (理事) 兵庫県立大学看護学部
清水 安子 (会員) 大阪大学大学院医学系研究科
辻村真由子 (会員) 滋賀医科大学医学部看護学科
本田 育美 (会員) 名古屋大学大学院医学系研究科
前田 樹海 (会員) 東京有明医療大学看護学部
八尋 道子 (会員) 佐久大学看護学部
吉永 尚紀 (会員) 宮崎大学医学部看護学科
涌水 理恵 (会員) 筑波大学医学医療系

(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
印刷所

深井 喜代子

(株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町 1-10-6

