

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 46 Number 4 October 2023 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[第46巻 第4号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会2023年度会員総会において、次の事項について提案のとおり決定されたのでお知らせいたします。

2023年 8 月19日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会定款第 3 章第 6 条 4) により、以下の 2 名が名誉会員として承認された。

第二十五号 深井喜代子氏

第二十六号 宮腰由紀子氏

以上

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、2024年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2023年9月19日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条 (名 称)

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条 (目 的)

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

第3条 (資 金)

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

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

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は1題50万円以内、年間合計100万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

第5条 (義 務)

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

2) 奨学会研究の成果を論文として誌上発表する義務を負うものとする。

3) 奨学金を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

第6条 (受給者の報告)

日本看護研究学会理事長が奨学金を受けた者を会員総会で報告する。

第7条 (罰 則)

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

第8条 (募 集)

奨学会研究の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条 (中断・中止)

第5条3項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成31年3月2日に一部改正し、実施する。

この規程は、令和元年12月15日に一部改正し、実施する。

この規程は、令和3年12月13日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会2024年度奨学会研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 一般社団法人日本看護研究学会会員であり、応募時に入会日から満3年以上経過している者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 本人の単独研究もしくは共同研究の責任者であること。

3. 応募期間

2023年9月19日（火）から2023年12月1日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学金の授与

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

6. 応募書類は返却しない。

7. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋 2 丁目 39-2-401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人 日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

註 1) 審査の結果選考され奨学金を授与された者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにすること。

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会定款第4章第11条および、同評議員選出規程により、評議員選挙（2023年）を行いますのでお知らせいたします。

評議員任期 2024年定時社員総会の日から2028年定時社員総会の前日まで

ただし、役員として選任されている評議員の任期は、2028年定時社員総会終結のときまで
2023年9月30日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 浅 野 みどり

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第 8 回評議員選挙（2023年度）を，一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第 9 条に基づき以下のとおり公示いたします。

2023年 9 月30日

一般社団法人
日本看護研究学会
選挙管理委員会

委員長 塚 本 尚 子

- 1) 投票期間 2023年11月 1 日 0 時から11月30日24時まで
- 2) 投票方法 投票はインターネットを介したオンラインシステムで行われます。方法については，選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。
- 3) 選出する評議員の定数

1. 北海道	3 名	2. 東北	4 名	3. 関東	6 名	4. 東京	8 名
5. 東 海	12名	6. 近畿・北陸	15名	7. 中国・四国	10名	8. 九州・沖縄	9 名
							合計67名
- 4) 選出する評議員の任期
2024年定時社員総会の日から2028年定時社員総会の前日まで
ただし，役員として選任されている評議員の任期は，2028年定時社員総会終結のときまで

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会Nursing Innovation seeds 規程に基づいて、2023年度の研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2023年10月10日

一般社団法人

日本看護研究学会

理事長 浅 野 みどり

記

一般社団法人日本看護研究学会Nursing Innovation Seeds 基金規程

第1条 (名 称)

本基金を一般社団法人日本看護研究学会Nursing Innovation Seeds 基金（以下、Seeds 基金）とする。

第2条 (目 的)

Seeds 基金は看護学全体を包含する日本看護研究学会として、社会の多様なニーズや課題解決につながる融合研究、国際共同研究への発展が期待される seeds や活動を支援することを目的とする。本学会事業の一つとして、本学会のミッションや特徴を明確化し、本学会の魅力アップのための重点事業を選定し、その活動を促進・支援する。

第3条 (資 金)

前条の目的を達成するための資金として、一般会計から Seeds 基金特別会計に2,000万円を繰り入れ、これにあてる。支給対象とする活動の選考は、年間2件程度で3年間の実施を予定しており、概ね5年間で活用する。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条 (対 象)

日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者および若手研究者または臨床実践の研究者を含むチームでの申請により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認めたチーム若干数とする。

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者を含むチームであること。

3) 申請の手続きや様式、条件等は別に定める。

4) Seeds 基金は、以下の a, b いずれかに合致し、適当と認められたチームに研究課題の費用に充当するものとして、年間100万円を上限とし、最長3年間の支給とする。

a. 臨床の研究者とアカデミアとの連携した看護実践研究

b. 看護教育改革／次世代の看護師育成に関する研究

※若手研究者 および 臨床実践の研究者の定義については、別に定める。

第5条 (義 務)

この基金を受けたチームは、対象研究課題に関する毎年の成果を年度末までに中間報告書を将来構想委員会に提出する義務を負うものとする。

- 2) 支給開始3年以内に日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、概ね4年以内に研究の成果を論文として本学会誌に誌上発表する義務を負うものとする。
- 3) Seeds基金を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

第6条（受給者の報告）

日本看護研究学会理事長がSeeds基金を受けた者を会員総会で報告する。

第7条（罰則）

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

第8条（募集）

Seeds基金課題の募集規程は、将来構想委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条（中断・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、将来構想委員会において別に定める。

附則

この規程は、令和5年6月25日より実施する。

一般社団法人日本看護研究学会

2023年度Nursing Innovation Seeds研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、事務局あてにメールにて送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。
- 3) 以下a.bのいずれか一方を選択して応募すること。
 - a. 臨床の研究者とアカデミアとの連携した看護実践研究
 - b. 看護教育改革／次世代の看護師育成に関する研究

2. 応募資格

- 1) 一般社団法人日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者（筆頭者）および若手研究者または臨床実践の研究者1名以上を含むチームであること。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上の発表をしている者を含むチームであること。

3. 応募期間

2023年10月10日（火）から2023年12月1日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

将来構想委員会は、応募締切後、規程に基づいて研究目的、研究内容、チーム編成の整合性を審査の上、適当と認めたチーム若干数を速やかに選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 研究費の授与

選考されたチームには、研究課題の費用に充当するものとして、研究計画に応じて年間100万円を上限とし、最長3年間支給する。

6. 応募書類は返却しない。
7. 奨学会委員会の事務は, 下記で取り扱う。

〒170-0013

東京都豊島区東池袋 2 丁目39- 2 - 401

(株) ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人 日本看護研究学会 事務局

g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

【本基金における用語の定義】

- ① 若手研究者：39歳以下の会員
- ② 臨床実践の研究者：現在, 主として教育・研究機関に所属していない会員

以上

目 次

《コロナ禍関連研究論文》

ー研究報告ー

新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験	621
----------------------------------	-----

金沢大学附属病院看護部 松 本 亜矢子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 堀 口 智 美

《研究論文》

ー原 著ー

小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセス	635
-----------------------------------	-----

仙台青葉学院短期大学看護学科 佐 藤 幸 子

東北大学大学院医学系研究科 塩 飽 仁

山形大学医学部看護学科 今 田 志 保

東京都立大学健康福祉学部看護学科 種 吉 啓 子

山形大学医学部附属病院看護部 今 陽 子

ー研究報告ー

慢性心不全患者に対する慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援	647
--	-----

東京歯科大学市川総合病院 永 田 絵理香

千葉大学大学院看護学研究院 佐 野 元 洋

千葉大学大学院看護学研究院 眞 嶋 朋 子

2018年時点の全国の訪問看護ステーションにおける小児の訪問看護の実態からみた課題	657
---	-----

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 赤羽根 章 子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 部 谷 知佐恵

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 岡 田 摩 理

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 叶 谷 由 佳

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 遠 渡 絹 代

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 市 川 百香里

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 濱 田 裕 子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト 泊 祐 子

インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力	671
--------------------------------------	-----

公立学校共済組合北陸中央病院 近 藤 考 朗

金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲 垣 美智子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 多 崎 恵 子

金沢大学医薬保健研究域保健学系 堀 口 智 美

ー資料・その他ー

進行がん患者のSelf-perceived burden への対処方略に関する実態調査研究	683
---	-----

島根県立大学看護栄養学部 大 塚 美 樹

日本の病院に勤務する看護職のアレルギーと職場の健康管理	693
-----------------------------------	-----

秋田大学 佐々木 真紀子

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 菊 地 由紀子

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 工 藤 由紀子

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 長谷部 真木子

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 杉 山 令 子

CONTENTS

《Research papers related to the coronavirus pandemic》

Research Report

Experiences of the family members of the victims of severe coronavirus disease (COVID-19)	621
---	-----

Kanazawa University Hospital, Ishikawa, Japan : Ayako Matsumoto, RN, PHN

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Tomomi Horiguchi,

PhD, RN, PHN

《Research papers》

Original Article

Pediatric Certified Nurse Specialist's Decision-Making Processes in Supporting Children	635
---	-----

Sendai Seiyo Gakuin College, Miyagi, Japan : Yukiko Sato, PhD, RN, PHN

Tohoku University Graduate School of Medicine, Miyagi, Japan : Hitoshi Shiwaku, PhD, RN, PHN

Yamagata University, Yamagata, Japan : Shiho Konta, PhD, RN, PHN

Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan : Keiko Taneyosi, PhD, RN

Yamagata University Hospital, Yamagata, Japan : Youko Kon, MSN, RN, PHN

Research Report

Decision-Making Practices for Patients with Chronic Heart

Failure by Certified Nurses for Chronic Heart Failure	647
---	-----

Tokyo Dental Collage Ichikawa General Hospital, Chiba, Japan : Erika Nagata, MSN, RN, PHN

Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Japan : Motohiro Sano, PhD, RN, PHN

Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Japan : Tomoko Majima, PhD, RN, PHN

Problems Related to the Status of Home-Visit Nursing Care for Children

at Visiting Nursing Stations in Japan in 2018	657
---	-----

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Akiko Akabane, MS, RN, PHN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Chisae Toriya, MS, RN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Mari Okada, PhD, RN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Kinuyo Endo, MS, RN, CNS

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Hamada, PhD, RN, PHN

Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan : Yuko Tomari, PhD, RN

Monitoring Capabilities of Patients' Families to Support

Elderly Diabetes Patients Undergoing Insulin Therapy 671

Hokuriku Central Hospital of Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers,

Toyama, Japan : Takao Kondo, MSN, RN

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Michiko Inagaki, PhD, RN

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Keiko Tasaki, PhD, RN

Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences,

Kanazawa University, Ishikawa, Japan : Tomomi Horiguchi, PhD, RN

Material and Others

Survey Regarding Coping Strategies for Self-Perceived Burden among Patients with Advanced Cancer 683

Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane, Shimane, Japan : Miki Oeki, PhD, RN, PHN

Actual Situation and Management of Allergies among Nurses Working in Hospitals in Japan 693

Akita University, Akita, Japan : Makiko Sasaki, PhD, RN, PHN

Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan : Yukiko Kikuchi, PhD, RN

Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan : Yukiko Kudo, PhD, RN

Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan : Makiko Hasebe, B.Ed.RN

Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan : Reiko Sugiyama, PhD, RN, PHD

コロナ禍関連研究論文

新型コロナウイルス感染症重症患者を亡くした家族の体験

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 621-631
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230317201>

松本亜矢子¹, 堀口智美²

¹金沢大学附属病院看護部, ²金沢大学医薬保健研究域保健学系

要 旨

目的：本研究は新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019；COVID-19）重症患者を亡くした家族の体験を明らかにする事例研究である。**方法：**研究参加者はCOVID-19重症患者2名の家族で、調査方法は非構造化面接法によりデータ収集を行い、質的記述的に分析した。**結果：**COVID-19重症患者を亡くした家族の体験として12個のカテゴリが導き出された。2事例に共通していたことは、家族は限られた情報による想定と現実の中で疲弊し、医療従事者や周囲から距離を置き苦悩していたことであった。各事例に特徴的であったことは、事例1の家族がCOVID-19による患者の死をどうにか受け入れようと藻掻いていた一方で、事例2の家族はCOVID-19による患者の死を受け止めていたことであった。**結論：**医療従事者は家族の体験を十分理解し支援していくことが重要である。

キーワード

新型コロナウイルス感染症, 重症患者, 死別, 家族, 体験

責任著者：堀口智美. Email: horiguchi@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

はじめに

新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019；COVID-19）は世界中で猛威をふるい、2022年11月時点において日本国内でも感染者は22,000,000人を超え、死者数は46,000人を超えている（厚生労働省, 2022）。COVID-19に対する治療薬はいまだ開発段階にあり、患者は重症化して死亡に至ることがある。このような状況の中、医療施設では感染予防の観点から、患者家族の面会制限を設けている場合が多い。面会制限により、患者家族は入院中の患者と直接会うことや望むような看取りができず、さらには社会的な風評被害、経済的問題などにさらされていると考えられる。

重症患者の家族に関するアセスメントやケアの実践に関しては、山勢博彰・山勢善江・CNS-FACE開発プロジェクトメンバー（2003）によるCNS-FACE（Coping & Needs Scale for Family Assessment in Critical and Emergency Care Settings）やAguileraの危機モデル（Aguilera, 1994／小松・荒川, 1997）が用いられており、これらを活用することにより、COVID-19重症患者の家族への精神的ケアへとつながることができると考えられる。しかし、一般的な重症患者の家族の状況に加えて、特殊な環境下、つまり面会制

限や患者との直接的な連絡がとれない状況におかれているCOVID-19重症患者の家族には、患者の状況を受け止めることがより難しく、精神的苦悩があると考えられる。また、患者が闘病の末、死亡に至るような場合に、家族は患者との終末期のコミュニケーションを断たれることにより、うつ病や不安などの症状を含む長期的な影響を受け、複雑性悲嘆のリスクが高まる可能性がある（Feder, et al., 2021）。さらに、家族自身もCOVID-19患者である場合には精神的のみならず身体的負担もあることが予測される。これらのことから、COVID-19重症患者の家族は一般的な重症患者家族の特徴とは異なる状況におかれており、一般的な重症患者家族に対するこれまでの支援では十分ではない可能性がある。そのため、家族の状況を理解した上で支援を充実させていくことが重要となる。これまで、COVID-19重症患者の家族支援に関しては、COVID-19重症患者看護実践ガイド（日本クリティカルケア看護学会・日本集中治療医学会, 2021）の中で終末期ケアが示されているが、COVID-19重症患者を亡くした家族がどのような思いを抱き、どのような体験をしているかを探求した報告は見当たらない。そこで、COVID-19重症患者を亡くした家族の体験を明らかにする必要がある、これによりCOVID-19重症患者の家族に対する看護の示唆が得られると考えた。

I. 研究目的

本研究の目的はCOVID-19重症患者を亡くした家族の体験を明らかにすることである。

II. 用語の定義

体験：知覚・思考・感情・欲求などを含む人間の主体的な意識過程および行動とする。

オンライン面会：患者と家族が直接会うことはなく、パソコンやタブレット、スマートフォンなどの電子端末でビデオ通話サービスを利用して、相手の顔を見ながらオンラインで会う面会とする。

直接面会：患者と家族が直接会う面会とする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

事例研究

B. 研究対象者

A病院のCOVID-19受け入れ病棟に入院し、COVID-19で亡くなった重症患者の20歳以上の家族を対象とした。また、医師や看護師から連絡を受ける、患者の代理意思決定に関わるなど患者の入院に関して中心的な役割を果たしていた家族で、体験を語れる者とした。なお、患者との死別から4カ月以上経過しており、患者の入院中から患者の死別後も家族ケアのために家族と関わりのある主治医より、複雑性悲嘆を示しておらず研究参加が可能と判断された者とした。

C. 研究データの収集

1. 研究データ収集期間

2021年3月～8月

2. 面接方法

面接は研究参加者の心理面に配慮し、COVID-19重症患者やその家族に関わったことがある研究分担者が実施した。また、プライバシー確保と研究参加者が辛い時期を回顧しなければならないことに配慮し、研究参加者が希望する日時・場所とした。非構造化面接とし、「ご家族がCOVID-19と診断された時のお気持ちをお話してくださいませか」という言葉かけを皮切りにして、患者がCOVID-19と診断されてからの体験をできるだけ具体的に話してもらえよう依頼した。面接中は参加者の語りを聴くことに専

念し、さらに研究者が知覚したことをその都度、研究参加者に返し、体験を導き出せるよう深く対話を進めた。面接後に面接内容を逐語的に書き起こすとともにCOVID-19重症患者の家族の体験の語りの中で観察された雰囲気、研究参加者の表情や仕草を記録し、データとした。面接は研究者2名（インタビュアーと観察者）で実施した。面接は対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。

3. カルテからの情報収集

COVID-19で亡くなった重症患者の家族の体験を導き出すため、カルテ上の診療録・看護記録より対象患者の年齢、家族背景、感染経路、治療内容に関する情報を得た。また、研究参加者の年齢、COVID-19罹患状況、家族に対する医師・看護師の関わりとその反応に関する情報を得て、データとした。

D. 分析方法

データ分析は、以下の手順で行った。

1. 研究参加者の語りの中で観察した記録と逐語録から、研究参加者がCOVID-19重症患者を亡くしたことによる体験を表している部分を抽出し、1つの意味ごとに区切って文節を抜き出した。この際には前後の文脈の流れや体験全体と関連づけながら、研究参加者にとっての体験を把握した。
2. 文節を読み、意味・内容が類似するもの同士を集めてグループとし、グループごとにそれぞれを特徴づける名前をつけた。2事例の体験について抽象度を高めながらグループ化を繰り返し、サブカテゴリ、カテゴリにまとめた。
3. 2事例のサブカテゴリ、カテゴリを事例の概要と照合しながら、共通点と相違点について検討した。

また、明晰性、確認可能性を確保するため、分析する際は逐語録を確認しながら研究者間で繰り返し討議を行った。加えて、データ収集を担当していない質的研究の経験がある共同研究者よりスーパーバイズを受け、精度を高めた。

E. 倫理的配慮

患者の主治医により研究参加可能と判断された研究対象者に対して、研究者が電話連絡を行い、本研究の目的と方法、面接の所要時間、面接内容をICレコーダーに録音すること、自由意思での参加であり協力の有無で利害が生じないこと、一旦同意しても撤回できること、個人情報の保護、データの厳重な管理について説明した。口頭で同意が得られた者に対して、日程調整を行い、同様の内容を直接書面にて説明し、同意を得た。また、研究参加者は、死別

から1年未満であり、体験を想起することで精神的な負担となる可能性があった。そのため、面接場所や他の家族の同席の有無は研究を依頼した研究対象者の希望に沿い配慮した。また、面接開始時には健康状態を十分にアセスメントし、面接中は研究参加者の変化に細心の注意を払った。体調不良を訴えた場合や不安などを語った場合は、状況に応じて面接を中止すること、気持ちの整理や感情の吐露ができるよう研究参加者の言動や気持ちに寄り添い、共感的な態度で関わるなど精神的なケアに努めることとした。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号: 3586-1)。

IV. 結 果

A. 2事例の概要

研究参加者はCOVID-19で亡くなった重症患者2名の家族3名であった。事例1における研究参加者は1名でありAと示し、事例2では2名での面接を希望されたため、研究参加者は2名でありBとCと示す。各々の面接の回数は1回であり、所要時間は84～99分で平均91.5分であった。面接時に体調不良や強い不安などの症状があった研究参加者はいなかった。

1. 事例1の患者および研究参加者の概要

患者は60代で、第2波の時期(2020年8月を流行のピークとする)にCOVID-19に罹患した。感染経路は家庭内感染であった。患者は肺炎増悪により酸素化が保てず体外式膜型人工肺(Veno-Venous Extracorporeal Membrane Oxygenation: 以下、V-V ECMO)を使用した治療を行っていたが、入院から47日後に死亡した。研究参加者Aは患者の配偶者で、60代であった。患者と同居しており、同時期にCOVID-19に罹患し、患者とは別の病院で入院治療を行っていた。患者との面会状況は、感染流行状況や該当患者の状態、他患者の入院状況に応じた施設の基準により、患者の入院中は患者と直接面会することはできず、家族の希望時にオンライン面会を実施し、看取り時のみ直接面会が可能であった。また、医療従事者との関わりは、医師より1～3日ごとに家族に対して電話連絡による患者状態の説明や意思の確認などが行われ、看護師とは電話連絡やオンライン面会時に話す機会があった。研究者との面接の時期は患者の死後5カ月後であった。

2. 事例2の患者および研究参加者の概要

患者は60代で、第1波の時期(2020年4月を流行のピークとする)にCOVID-19に罹患した。感染経路は職場クラ

スター感染であった。患者は肺炎増悪により酸素化が保てずV-V ECMOを使用した治療を行っていたが、入院から112日後に死亡した。研究参加者Bは患者の実子、研究参加者CはBの配偶者で共に30代であった。患者と別居しており、研究参加者BおよびCはCOVID-19の罹患はなかった。患者との面会状況は、感染流行状況や該当患者の状態、他患者の入院状況に応じた施設の基準により、患者の入院経過中に患者との直接面会が可能な時期があり、患者へ触れたり看護師と共にケアを行ったりする機会があった。また、医療従事者との関わりは、医師より1～3日ごとに家族に対して電話連絡による患者状態の説明や意思の確認などが行われ、また対面での説明の機会もあった。看護師とは電話連絡やオンラインおよび直接面会時、医師からの対面での説明の際に話す機会があった。研究者との面接は患者の死後11カ月後であった。

B. COVID-19重症患者を亡くした家族の体験

COVID-19重症患者を亡くした家族の体験として、12個のカテゴリが導き出された。そのうち2事例に共通するカテゴリは8つ、事例1に特徴的なカテゴリは2つ、事例2に特徴的なカテゴリは2つであった。2事例に共通するカテゴリは表1、各事例に特徴的なカテゴリは表2に示し、各カテゴリについて以下に説明する。なお、サブカテゴリは[], 研究参加者の語りは「 」で表した。()は研究参加者の語りの内容を補足したものを示す。

1. 2事例に共通するカテゴリ

a. 実態がわからない現実から逃れられず不安ばかりが募る

家族は、医療従事者からの電話連絡と、患者との電話やビデオ通話などの僅かな情報のみから患者の状況を推測せざるを得ず、日常生活を送りながらも不安ばかりが募っていた。

[正体不明のコロナに実感がない]

Cさんは「実感がない。コロナって何なのかもよくわからない。危なくなるっていう、そういう病気にお母さんが罹った」と語り、情報が少なくよくわからない病気に患者が罹患したことに実感がもてずにいた。

[僅かな情報のみからの状況推測に心配が尽きない]

Aさんは医師からの連絡を受け、「その状態が良い状態なのか悪い状態なのか。良い状態なのかもしれないですけど、やっぱりずっと不安なまま」と語り、僅かな情報のみから患者の状況を推測し、心配が尽きなかった。

[日常生活を送りながらも向き合わざるを得ない現実を引き戻される]

Aさんは「笑ったりもするんですけど、常にそういう(患

表1 2事例に共通するカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
実態がわからない現実から逃れられず不安ばかりが募る	正体不明のコロナに実感がない
	僅かな情報のみからの状況推測に心配が尽きない
	日常生活を送りながらも向き合わざるを得ない現実に戻される
良くない推測が尽きず何とか心の安定を保とうと耐え忍ぶ	患者のことを考えない時間がない
	大丈夫だと自分に言い聞かせ落ち着かせる
	不安ばかりの時間から何かをして気を紛らわせたいたい
目まぐるしい生と死の想定・現実とのギャップに消耗する	良くなったり悪くなったりすることに翻弄される
	想定していた患者の状態と現実の姿とのギャップに気持ちが大きく揺さぶられる
	頭の中が整理される暇もないほどいっぱいになる
見知らぬ医療従事者への気兼ねがあり内に思いを抱え苦悩する	情報が欲しいが忙しいであろう医療従事者に連絡することができない
	顔もわからない看護師に心に抱える思いを気軽に話すことができない
感染者家族であることの引け目から周囲の人々と距離を置くことを余儀なくされる	感染者家族であることについて口をつぐまざるを得ない
	感染拡大により気持ちが沈みどこにも感情を吐き出せない
距離を置きながらも家族の支えを感じ現実と向き合える	感染への不安から距離を置きながら家族で情報を共有し話し合う
	家族間で連絡をとり患者の回復を信じて励まし合う
心がついていかないままにした決断に今も迷い煩う	物事ばかりが進んでいき気持ちが追いつかないままの決断に迷いをもち続ける
	患者の生き方や思いを反映できたのか決断に思い悩む
悪い情報ばかりの連絡を1人で受ける立場の辛さに押しつぶされそうになる	悪い情報ばかりの連絡をこれ以上受けたくない
	連絡を1人で受ける立場の家族に過大な負荷がかかっていたと感じる

表2 各事例に特徴的なカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
事例1 コロナによる死をどうにか受け入れられたらと藻掻く	後悔がありながらも気持ちのやり場がない
	亡くなるまで直接会えず現状を受け入れられない
	コロナによる死を認める怖さに1人耐える
	コロナによる死別にあきらめがつかない
	納得しようと“まし”なことを探す
事例2 最初に感染がわかった家族を思い自分の感情を吐き出さずじっと耐える 面会しても消化されることはない複雑な気持ちが残り思い煩う 患者と向き合いコロナによる患者の死を受け止める	最初に感染がわかった家族がひた隠しにする辛さをそっと見守る
	最初に感染がわかった家族を気遣い自分の感情を抑える
	もう会えないかもしれない患者の顔を直接見たい
	直接面会することによる感染を懸念する
	現実を受け止めざるを得ないのではないかと不安から面会をためらう
	悪い推測が現実であったことにショックを受ける
	面会してよかったのだろうかと思ってしまう
	患者のおかれている状況を想像しかける言葉が見つからない
	患者に会い家族としてやれることができたと思う
	医療従事者に患者が大事にされていることがわかりやりきったと感じる
	制限がある中で家族の思いを汲み取った医療従事者の対応に助けられる
	何度も患者と面会し少しずつ悪くなっていく姿を見て死を覚悟する

者が悪化しているかもしれない) ことを考えなくちゃいけないっていう、そこからは逃れられないので。すぐ、現実はいこうっていう風に引き戻されるっていう」と語り、自身の日常生活を送りながらも患者のことと向き合っていた。

b. 良くない推測が尽きず何とか心の安定を保とうと耐え忍ぶ

家族は、患者に関する良くない推測ばかりの時間の中で何とか心の安定を保とうと、医療従事者からの連絡がない

時間を、患者の状態が悪化していないことを信じて大丈夫であると自分に言い聞かせたり、何かをして気を紛らわせたりしながらじっと堪えていた。

〔患者のことを考えない時間がない〕

Aさんは「一日中いつ連絡が来るかもしれないって思ったら、それももうお風呂とかも全然ゆっくり入れなくて、携帯もすぐそばに置いて入ってっていう状態で」と語り、患者のことを考えない時間はなかった。

「大丈夫だと自分に言い聞かせ落ち着かせる」

Aさんは「連絡がないってことは大丈夫なんだろうという感じで」と語り、病院から連絡がないということは患者が大丈夫であると自分に言い聞かせていた。

「不安ばかりの時間から何かをして気を紛らわせていた」

Bさんは「仕事に行って気を紛らわせるというか。仕事行ってる方が楽だった」と語り、患者に対する不安ばかりの時間を他のことで紛らわせていた。

c. 目まぐるしい生と死の想定・現実とのギャップに消耗する

家族は、COVID-19重症患者について飛びかう情報や医療従事者や患者との連絡から、回復への期待を抱いたり、悪化し亡くなるのではないかと、生と死を想定したりすることに翻弄されていた。また、面会により現実の患者の姿を見ることで想定していたこととのギャップに気持ちが揺さぶられ消耗していた。

「良くなったり悪くなったりすることに翻弄される」

Aさんは「回復して家に帰ってくることができるかも。～(中略)～結局そんなことも考えたり、もしダメだった時のこととかも考えて……」と語り、患者の状態が回復したり悪化したりする度に様々なことを考え、過ごしていた。

「想定していた患者の状態と現実の姿とのギャップに気持ちが大きく揺さぶられる」

Bさんは医師から説明される時と面会する時にズレがあるために、医師からの連絡を受け、「期待して喜んで、面会して落ち込んで」と語り、医師からの説明で想定していた患者の状態と実際の患者の姿とのギャップに気持ちが揺さぶられていた。

「頭の中が整理される暇もないほどいっぱいいっぱいになる」

Bさんは患者が少しずつ悪くなっている時期のことを「本当記憶があんまりなくて……」と語り、頭の中が整理されないほどであった。そのことをCさんは「激動だった」と語った。

d. 見知らぬ医療従事者への気兼ねがあり内に思いを抱え苦悩する

家族は、患者の状態の良し悪しにかかわらず、毎日でも情報を得たいと思う気持ちがあるが、忙しいであろう医療従事者に遠慮し、自分から連絡することができず、また顔や雰囲気もわからない看護師に対して心に抱える思いも話せず、あれこれ苦しみ悩んでいた。

「情報が欲しいが忙しいであろう医療従事者に連絡することができない」

Aさんは「みなさんが忙しいのはすごくよくわかっているの、やっぱこっちからどうですかって聞くのも申し訳

ないっていうか」と語り、患者に関する情報が欲しいが、忙しいであろう医療従事者に遠慮し連絡できずにいた。

「顔もわからない看護師に心に抱える思いを気軽に話すことができない」

Cさんは「本来だったら、これもコロナじゃなかったら、(面会の時に)会って、看護師さんとコミュニケーションとれた」と語り、看護師と気軽に思いを話したいと思っていたが、顔や雰囲気もわからない看護師に心に抱える思いを気軽に話せずにいた。

e. 感染者家族であることの引け目から周囲の人々と距離を置くことを余儀なくされる

家族は、感染者家族であることで差別されるのではないかという不安があり、また感染により患者が亡くなったことを考えると気持ちが沈み、そして自分だけではなく、感染拡大により世間の人々も鬱々としていることを思うと、感染者家族であることを周囲の人や友人に伝えることもできず、周囲の人々と距離を置かざるを得ない状況となっていた。

「感染者家族であることについて口をつぐまざるを得ない」

Aさんは「コロナで亡くなったっていうのを言った時に相手が自分たちのことをどう思うんだろうって考えたら、やっぱり言えないんですね」と語り、差別への懸念から感染者家族であることを隠さざるを得なかった。

「感染拡大により気持ちが沈みどこにも感情を吐き出せない」

Aさんは「懼ってなくても世の中自体が今ちょっと辛いじゃないですか。そんなこと思うと……、どこにも吐き出せないっていうか……」と語り、感染拡大により気持ちが沈み、自分の感情をどこにも吐き出せずにいた。

f. 距離を置きながらも家族の支えを感じ現実と向き合える

家族は、別居の家族への感染を懸念し、距離を置きながらも患者に関する話し合いを重ねたり、回復を祈る気持ちを信じてお互いを励まし、家族の支えを感じながら現実と向き合っていた。

「感染への不安から距離を置きながら家族で情報を共有し話し合う」

Aさんは「家族がみんな集まってということができない状態なので、みんな電話とかLINEのやりとりだけでどうするこうするっていう話になって。やっぱり感染してはいけないっていうのもあるし。～(中略)～それぞれがそれぞれの場所で、結局どうするっていう感じで決めたりとか」と語り、家族内での感染への不安から、距離を置きながら家族で患者に関する情報を共有したり代理意思決定の際の相談をしていた。

「家族間で連絡をとり患者の回復を信じて励まし合う」

Bさんは「大丈夫や、ここは強く頑張ってお母さん信じようって一緒に言ってくれる時もあれば、ズドンってなってる時とかに逆に姉妹に励まされる時とかあった。グループ電話したりとか、頻繁にはずっと連絡とったね」と語り、直接会わずともSNSなどを利用して連絡をとり、家族でお互いに励まし合っていた。

g. 心がついていけないままにした決断に今も迷い煩う

家族は、患者に会えない中で状況がわからず、次々に求められる意思決定に心が追いついていなかった。そして、家族が分断された中での代理意思決定や、患者のこれまでの生き方や言動に思いを巡らせることで、本当にこれでよかったのかと代理意思決定後も悩み、心を痛めていた。

「物事ばかりが進んでいき気持ちが追いつかないままの決断に迷いをもち続ける」

Aさんは「家族が分断された中で物事が進んでいくみたいな、そんな感じで。～（中略）～私自身も迷いましたし」と語り、急激に患者が悪化する中で、気持ちが追い付かず、代理意思決定に今も確信をもてずにいた。

「患者の生き方や思いを反映できたのか決断に思い悩む」

Bさんは「私らはできるだけ長く生きて欲しい気持ちはあるけれど、お母さん自身はそれを望んでるかって言ったら望んでないかもしれないっていう気持ち」と語り、患者の生き方や望みを考えると、その決断でよかったのかと複雑な気持ちでいた。

h. 悪い情報ばかりの連絡を1人で受ける立場の辛さに押しつぶされそうになる

家族は、医療従事者からの悪い情報ばかりの連絡に動揺し精神的負担を感じていた。また、家族が医療従事者からの連絡を受ける立場にある家族に大きな負荷がかかっていたと感じるほど、医療従事者から良くない連絡を受ける立場の家族はその辛さに押しつぶされそうになっていた。

「悪い情報ばかりの連絡をこれ以上受けたくない」

Cさんは「お父さんが、もういっぱいいっぱいすぎて、ショックすぎて。たぶんちゃんと聞けない、もう聞きたくないみたいなことも言って。もう辛いからっていうので僕に（医師との連絡役を）変わったんですよ」と最初に連絡を受ける立場の辛さを代弁して語った。また、自らも医師から連絡を受ける立場となり、「僕が抱えきれなくなって、もう限界で。ちょっとさすがに悪くなって、もうこれ以上良くなることはないっていうタイミングでもう完全に折れてしまって」と語り、悪い情報ばかりの連絡を聞くことに辛さを感じていた。

「連絡を1人で受ける立場の家族に過大な負荷がかかっていたと感じる」

Aさんは「悪くなってきた状態をまず最初に聞くのはあ

の子（最初に感染がわかった家族）じゃないですか。それがものすごく重荷だった時があるんじゃないかと思うんですね。それで私からも、じゃあそれってどういうことって聞かれて。辛かったと思うんですよね」と語り、良くない連絡を受ける家族に精神的な負荷がかかっていたと感じていた。

2. 事例1に特徴的なカテゴリ

a. コロナによる死をどうにか受け入れられたらと藻掻く

家族は、重症化し亡くなっていく患者のことを思い、感染を巡る行動などを悔やみ、その気持ちのやり場のなさを感じていた。また、一般的な病死ではなく、COVID-19による死にあきらめがつかずにおり、“普通”に悲しむことができず、患者が亡くなったことを実感できずにいた。一方で、家族は、自分の中で感情を吐き出したり、悲しんだりすることにより患者の死を認める怖さに1人耐えながら、患者のためにできる限りのことをしたことや最期の時を一緒に過ごせたことなどを“まし”と思うようにし、患者の死を受け入れられたらと必死に向き合っていた。

「後悔がありながらも気持ちのやり場がない」

Aさんは「（県外に）行って帰ってきたら罹ってたという……。そういう状態だったので、あんなことやったりせんとけばよかったとか、なんかもう世の中どんどん増えていってるわってなって」と語り、自分たちの感染を巡る行動を振り返り後悔しながらも、その気持ちのやり場のなさを感じていた。

「亡くなるまで直接会えず現状を受け入れられない」

Aさんは「実際に面会するっていうことができない、できないっていうのはやっぱりどうしても（受け入れられない）……」と語り、亡くなるまで直接患者と会うことができず、患者の死を受け入れられずにいた。

「コロナによる死を認める怖さに1人耐える」

Aさんは「自分でセーブするって言ったらおかしいですけど、なんかそうやってものすごく悲しむ自分自身を、あんまり認めたくないのかな……。家に誰もいない時だったら、それこそ一晩中でも泣いてもいいのに、でもそれができなくて。～（中略）～うわーって出してしまうと、そこから立ち直れなくなるんじゃないかなって自分で思ってたってるんか……」と語り、COVID-19による患者の死を認めることによる怖さを想像し、1人で耐えていた。

「コロナによる死別にあきらめがつかない」

Aさんは「こんなのに罹って亡くなるっていうのを誰も想像してなかったことなんで。これがもう70代後半くらいだったら、まあ仕方ないねって終わったかもしれないですけど、やっぱり何度考えても何でうちだけがっていう……」

と語り、COVID-19による患者との死別に諦めがつかずにいた。

[納得しようと“まし”なことを探す]

Aさんは「コロナが流行り出した最初の時期に亡くなった人よりは最期に会うことができたからまし……。結局そうやって……ちょっとずつましやと思える材料を探してるというか。～(中略)～自分の中でこう消化することができない。そうでないと、なんかどんどん気持ちが沈んでいってしまうというか……」と語り、患者の死という現実を何とか受け入れようと“まし”なことを探していた。

b. 最初に感染がわかった家族を思い自分の感情を吐き出さずじっと耐える

家族は、最初に感染がわかった家族の精神面を気にかけ、家族が隠そうとしている辛さを知りながらもそっと見守り、家族に自分の感情を出さないようにし、悲しみの中でじっと耐えていた。

[最初に感染がわかった家族がひた隠しにする辛さをそっと見守る]

Aさんは「あの子(最初に感染した家族)自体も私の前ではものすごく取り乱すとか、そういうこともなかったんですけど、やっぱり……夜とかは部屋で泣いていたようですけど……」と語り、最初に感染がわかった家族が隠そうとしている辛さを知りながらも触れることはなくそっと見守っていた。

[最初に感染がわかった家族を気遣い自分の感情を抑える]

Aさんは「その前(最初に感染した家族)では自分が取り乱したり悲しんでしまうとダメだと思って、そんな感情を出さないようにしていました」と語り、最初に感染がわかった家族の前では自分の感情を出さないように気遣っていた。

3. 事例2に特徴的なカテゴリ

a. 面会しても消化されることはない複雑な気持ちが残り思い煩う

家族は、患者に会いたい気持ちと現実を受け止めざるを得ない不安等から面会することに迷いをもっていた。そして、実際に面会することでこれまでの悪い推測が現実となりショックを受け、患者の置かれている状況を思うとかける言葉も見つからず、面会しても消化されない複雑な気持ちとなり、あれこれ考え悩んでいた。

[もう会えないかもしれない患者の顔を直接見たい]

Cさんは「本当に安全になったら(感染が落ち着いたら)って、でもそんなところまでお母さんもつの?とか、いろんな気持ちが交差して」と語り、亡くなる可能性のある患者と直接会いたいと思っていた。

[直接面会することによる感染を懸念する]

Bさんは「もしかしたら自分たちも感染するかもしれないっていうのとかがあって」と語り、直接患者と面会することによる感染を懸念していた。

[現実を受け止めざるを得ないのではないかという不安から面会をためらう]

Bさんは「会えば現実を受け止めなきゃっていうショックとか、いろんなものが織り交ざって。すごい動揺っていうか、(面会を)どうしていいのかっていう」と語り、患者が悪化しているという現実を受け止めざるを得ない不安から面会をためらっていた。

[悪い推測が現実であったことにショックを受ける]

Bさんは「状态的に、いろんなものにつながれて、太い管。それになんか凄い衝撃を受けたんだと思う。思った以上にひどいって。顔も浮腫んでるし」と語り、悪い推測が現実であったことにショックを受けていた。

[面会してよかったのだろうかと迷う]

迷いながらも患者と直接面会し、Bさんは「家族みんないろいろな思いを持ちながら、会いに行っては複雑な気持ちで帰ってくるっていう……」と語り、Bさんは「浄化されていないというか、消化されていないというか……」と語った。

[患者のおかれている状況を想像しかける言葉が見つからない]

Bさんは患者のおかれている状況を想像すると患者にかける言葉が見つからず、「意識ある状態では絶対に、頑張るとか、なんか、早く家に帰ろうとかは言えん、言えない。だから、ただ、名前、誰かわかる?とか、そういう話しかしてあげれなくて苦しかったなって……」と語った。

b. 患者と向き合いコロナによる患者の死を受け止める

家族は、COVID-19により制限がある中で家族の思いを汲み取って面会などを調整してくれた医療従事者に精神的に救われたと感じていた。そして、直接患者と会うことが家族としてできることであったと悔いはなく、医療従事者に患者が大事にされていると実感できたことでやり切ったとの思いがあった。また、直接、オンラインに限らず何度も患者と面会し、少しずつ悪化していく患者の姿を見ることが死を覚悟し、COVID-19による患者の死という現実を認めていた。

[患者に会い家族としてやれることができたと思う]

Cさんは「家族みんながもうこれ以上ないね。頑張れたねって。本来なら会えなかったし、もっともっと、たぶん(会っていなければ)苦しかったと思うんです」と語り、患者と直接面会できたこと、それが家族として患者のためにしてあげられたことであり、後悔はないと感じていた。

「医療従事者に患者が大事にされていることがわかりやりきったと感じる」

Cさんは「もうちょっと生きて欲しかったは別ですけど、コロナっていう病気でやり切ったって思えるのは絶対に看護師さんが日頃からやっとなコミュニケーションとかで、やってくれてるのが見えてたので。お母さん幸せなんだって。だから、やり切ったって思えるから」と語り、自分たちが患者にできることが限られている中で、医療従事者に患者が大事にされていることを実感し、やり切ったと感じていた。

「制限がある中で家族の思いを汲み取った医療従事者の対応に助けられる」

Bさんは「複雑ではあったけれども、家族の希望に、できるだけ沿ってしてくれてる気持ちさがすごいありがたい。～（中略）～ちょっと救われてた」と語り、様々な制限がある中で、自分たちの思いを汲み取り対応した医療従事者に精神的に救われていた。

「何度も患者と面会し少しずつ悪くなっていく姿を見て死を覚悟する」

Bさんは直接、オンラインに限らず、患者が亡くなるまでに何度も面会し、少しずつ悪化していく患者の姿を見ることで「覚悟はできてた」と語り、患者の死を覚悟していた。

V. 考 察

A. 2事例の家族に共通する体験とCOVID-19重症患者の家族に対するケアの知見

COVID-19重症患者を亡くした家族2事例に共通する体験は、医療従事者や患者からの僅かな情報のみによる患者の生と死の想定に消耗していたことであった。その中で、良くない推測ばかりから何とか心の安定を保とうと必死に耐えながら過ごし、医療従事者への気兼ねから内に思いを抱え苦悩し、悪い情報ばかりの連絡を1人で受ける立場の辛さに押しつぶされそうになるのを感じていた。そして、感染者家族であることの引け目から周囲の人々と距離を置かざるを得ない状況にあったが、距離を置きながらも家族の支えを感じ現実と向き合っていた。2事例の患者の罹患時期は第1波と第2波というCOVID-19パンデミックの初期の頃であり病態や治療に関する確たる情報も少なく、また感染拡大予防のために多くの医療機関で面会や来院制限を設けており、家族が患者の状況を直接確認したり医療従事者から直接説明を受けたりする機会が限られる状況にあった。本研究において、家族が患者に関する情報を欲しがっていたが、医療従事者への気兼ねから患者に関する情報を求めることもできずに苦悩していたことが明らかに

なった。重症患者の家族は、「情報のニード」と「接近のニード」が高いことが報告されている（山勢、2006）。同様に、COVID-19重症患者の家族は「情報のニード」が高かったと考えられるが、患者の情報を得る機会や方法が限定されることに加え、自ら情報を得ることに躊躇することから、「情報のニード」を即座に満たし、現状を理解することがより困難な状況にあると考えられた。また、家族は患者の顔を直接見たいという「接近のニード」がある一方で、直接患者と面会することによる感染の懸念や現実を受け止めざるを得ない不安から直接面会することへの迷いが生じ、思い煩っていることが明らかとなった。医療機関の講ずる面会制限だけではなく、このような直接面会することへの障壁もまた、家族が患者に関する正確な情報を得る機会の減少や遅れにつながる可能性がある。少ない情報や正確に情報を理解できないことによる混乱は、家族の不安をさらに助長させる要因となり得る（橋田・大森、2006）。本研究において、情報を受けとる立場にある家族がその辛さに押しつぶされそうになっていることも示された。そのため、家族が求める情報を正確に得られるよう情報提供の方法を工夫するとともに、情報を受けとる立場にある家族の心情を理解した対応が求められると考える。

B. 各事例の家族に特徴的な体験とCOVID-19重症患者の家族に対するケアの知見

COVID-19重症患者を亡くした家族2事例において、各々に特徴的な体験として、事例1の家族は、最初に感染がわかった家族を思い、悲しみの中でじっと耐えており、COVID-19による患者の死をどうにか受け入れようと藻掻いていた。一方で、事例2の家族は、面会しても消化されることはない複雑な気持ちが残る思い煩いながらも、幾度もの面会を通して患者と向き合い、COVID-19による患者の死を受け止めていた。Worden（1991/1993）は、大切な人の突然の死は家族が現実感のない状態に襲われると指摘しており、死亡した患者の家族が辿る「喪の過程」の第一課題を「喪失の現実を受け入れる」ことであると述べている。研究参加者Aは、亡くなるまで直接患者と会うことができなかったことやCOVID-19により急激に重症化し亡くなったことにあきらめがつかず、喪失の現実を受け入れることができずにいた。中島（2020）は、COVID-19に対する社会的な偏見やスティグマは遺族が差別されることへの不安から、周囲に死について語ることをしなくなり、悲嘆の抑圧や孤立化につながり、喪失と向き合うことを妨げると述べている。また、対人的交流が制限されること、安心感・安全感が得られない社会状況それ自体も、トラウマや悲嘆からの回復を妨げて、反応を長期化・複雑化させる懸念がある（重村・高橋・大江・黒澤、2020）。研究参加者

Aは、感染者家族としての引け目から周囲の人々と距離を置かざるを得ない状況にあったことに加え、家庭内感染であったために、最初に感染がわかった家族の精神的負担を気遣い、どこにも自分の感情を吐き出す場がない状況となり1人じっと耐えていた。このように、患者の死を認めるために必要な機会の減少により、死をどうにか受け入れることができないかと藻掻き苦悩していた。患者が一般的な病気ではなくCOVID-19による突然の死であること、患者に思うように会えない状況や悲嘆を抑圧せざるを得ないというCOVID-19の特殊性が、COVID-19重症患者を亡くした家族が死を受け入れることをより困難にしていると考えられる。Morris, Moment & Thomas (2020) は終末期に特に必要とされる支援の中で、家族が最愛の人の死という現実を受け入れる準備ができるように、家族に必要な情報をその時々提供することを挙げている。このような状況において、医療従事者が果たす役割は大きく、看護師は家族が思いを吐露できる場を意図的に作り出し、傾聴することが重要である。そして、家族のおかれている状況や思いを理解し、それを多職種と共有し、その時々で必要な情報を他職種と連携しながら家族に提供することが求められると考える。

終末期の面会に関しては、国内において日本クリティカルケア看護学会(2021)から家族による死の受け入れを促し、複雑性悲嘆を軽減させるために、「COVID-19重症患者の終末期における家族面会に関する学会からの提案」が示され、面会のあり方が検討されている。研究参加者BおよびCは、患者の入院中にも直接面会をする機会や面会の際に患者に対する直接的なケアを実施したり医療従事者と直に関わったりする機会があり、患者と直接会うことが家族としてできることであったと悔いはなく、また患者に対する医療従事者のケアを直接見たり医療従事者に悩みや思いを吐露する機会があり、患者が大事にされているという実感と家族自身が医療従事者に救われたという思いがあった。そして、何度も患者と会うことで死を覚悟し、COVID-19による患者の死を受け止めていた。このことから、COVID-19流行下において、直接面会を行う意義は大きいと考える。事例2においては、事例1と比較して患者の入院から死亡までの期間が長いことや死別から研究者との面接時期までの期間が長いこと、患者との直接面会や医療従事者との直接的な関わりの機会があったことから、患者の死の受け入れの準備ができた可能性が考えられる。しかし、生前の患者と家族が受けたケアに対する家族自身の評価は死別後の悲嘆過程に影響を及ぼすことが示されている(坂口・宮下・森田・恒藤・志真, 2013)。また、家族が患者の死後も何らかの後悔や自責の念を抱えている場合、それは死別後の家族の健全な悲嘆過程を阻害する要因となる(江

藤・東, 2019)。このことから、制限がある中でも、患者のために家族として何かしてあげることができたとの実感や、患者が医療従事者から尊重されているとの実感ができると、そして最期の時に限らず間接的、直接的、いずれにしても何度も患者と会うことにより家族が少しずつ現状を受け止めていくことが、COVID-19による死の受容につながる可能性があることが示唆された。その一方で、家族は直接患者と面会することによる感染の懸念や現実を受け止めるを得ない不安から直接面会することへの迷いが生じていること、直接面会後にも悪い推測が現実となり衝撃を受け、複雑な心情で思い煩っていたことが明らかとなった。医療従事者にはこのような家族の複雑な心情を理解した上で面会の支援を行うことが求められる。COVID-19流行下においては、家族の面会や患者への直接的な支援は困難を伴うが、家族の患者に対する思いや希望を聴き、可能な限り家族が後悔のない患者との時間を過ごすことができるよう支援を検討していくことが重要である。

C. 本研究の限界

本研究は1施設における、COVID-19で亡くなった重症患者2名の家族の体験であること、感染故人と家族の関係性や面会方法、患者が亡くなってから面接実施までの時期などが一貫していないことから一般化には限界がある。

結 論

COVID-19重症患者を亡くした家族は、限られた情報による想定と現実の中で疲弊し、医療従事者や周囲の人々から距離を置き苦悩していた。また、事例1の家族が最初に感染がわかった家族を思いやり、悲しみの中でじっと耐え、COVID-19による患者の死をどうにか受け入れようと藻掻いていた一方で、事例2の家族は思い煩いながらも幾度もの面会を通して患者と向き合い、COVID-19による患者の死を受け止めていた。以上のことから、医療従事者は家族の体験を十分理解し、患者の入院中から死後も含めて家族に寄り添い、支援していくことの重要性が示唆された。

謝 辞

COVID-19でお亡くなりになった方のご冥福を心よりお祈りいたします。また、大変辛い体験にもかかわらず本研究に参加してくださいました3名のご家族の皆様へ心より感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- Aguilera, D.C. (1994)／小松源助・荒川義子訳 (1997). *危機介入の理論と実際*. 24-32, 東京：川島書店.
- 江藤亜矢子, 東 玲子 (2019). 配偶者を亡くした遺族の悲嘆の過程とケアニード：病名告知から死別後1年間まで. *山口医学*, 68(2+3), 55-74.
- Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S.T., Kinder, D., Kutney-Lee, A., Ersek, M. (2021). "Why couldn't I go in to see him?" Bereaved families' perceptions of end-of-life communication during COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), 587-592.
- 橋田由吏, 大森美津子 (2006). 救急重症患者家族の思いと行動：搬入前・初療時・入院後. *日本クリティカルケア看護学会誌*, 1(3), 46-59.
- 厚生労働省 (2022). 新型コロナウイルス感染症の現在の状況について (令和4年11月1日版). https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_28913.html (参照2022年11月3日)
- Morris, S.E., Moment, A., Thomas, J.D. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain Symptom and Management*, 60(2), 70-74.
- 中島聡美 (2020). 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と悲嘆, 遺族ケア. *トラウマティック・ストレス*, 18(2), 176-186.

- 日本クリティカルケア看護学会, 日本集中治療医学会 (2021). COVID-19重症患者看護実践ガイド Ver. 3.0. https://www.jaccn.jp/guide/pdf/COVID-19_guide1.Ver3.0.pdf (参照2022年11月3日)
- 日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会 (2021). COVID-19重症患者の終末期における家族面会に関する学会からの提案. https://www.jaccn.jp/guide/pdf/COVID-19eolvisit_Proposition.pdf (参照2022年11月3日)
- 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 恒藤 暁, 志真泰夫 (2013). ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆, 抑うつ, 希死念慮. *Palliative Care Research*, 8(2), 203-210.
- 重村 淳, 高橋 晶, 大江美佐里, 黒澤美枝 (2020). COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて. *トラウマティック・ストレス*, 18(1), 1-9.
- Worden, J.W. (1991)／鳴澤 實監訳 (1993). *グリーフカウンセリング：悲しみを癒すためのハンドブック*. 東京：川島書店.
- 山勢博彰, 山勢善江, CNS-FACE開発プロジェクトメンバー (2003). 重症・救急患者家族アセスメントツールの開発：完成版CNS-FACEの作成プロセス. *日本集中治療医学会雑誌*, 10(1), 9-16.
- 山勢博彰 (2006). 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発：ニードとコーピングの推移の特徴から. *日本看護研究学会雑誌*, 29(2), 95-102.

[2022年12月1日受 付]
[2023年3月17日採用決定]

Experiences of the family members of the victims of severe coronavirus disease (COVID-19)

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 621-631
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230317201>

Ayako Matsumoto, RN, PHN¹, Tomomi Horiguchi, PhD, RN, PHN²

¹Kanazawa University Hospital, Ishikawa, Japan

²Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University, Ishikawa, Japan

Abstract

Objective: This case study revealed the experiences of families who lost a severely ill member to coronavirus disease (COVID-19). **Methods:** The study participants were the family members of two patients who passed away due to COVID-19. Data collection involved using unstructured interviews. Further, The data were analyzed qualitatively and descriptively. **Results:** Based on the experiences of these families twelve categories were derived. Both the cases had a common aspect wherein the families were exhausted by the assumptions and realities they experienced based on the limited information. These families were also distanced and distressed by the medical professionals and surroundings. The family in Case #1 struggled to accept the patient's death, while the family in Case #2 accepted it. **Conclusion:** It is important for healthcare professionals to fully understand the individual experiences of family members and support these families appropriately.

Key words

COVID-19, severe patient, bereavement, family, experience

Correspondence: T. Horiguchi. Email: horiguchi@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

研 究 論 文

- ・ 原 著
- ・ 研究報告
- ・ 資料・その他

小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセス

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 635-645
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221221200>

佐藤幸子¹, 塩飽 仁², 今田志保³, 種吉啓子⁴, 今 陽子⁵

¹ 仙台青葉学院短期大学看護学科, ² 東北大学大学院医学系研究科

³ 山形大学医学部看護学科, ⁴ 東京都立大学健康福祉学部 看護学科

⁵ 山形大学医学部附属病院看護部

要 旨

目的: 小児看護専門看護師 (小児CNS) が子どもの意思決定を支援するプロセスを明らかにすること。**方法:** 小児CNS 8 名を対象に修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより調査を行った。**結果:** 【子どもに合った説明・方法への調整の循環】と【支援の基盤となる小児CNSの認識】の2カテゴリと7のサブカテゴリが生成された。小児CNSは〈支援の必要性の認知〉から〈子どもの受け止めの理解〉を行い, 〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉を行い, [子どもが自分で決めるのを待つ] という【子どもに合った説明・方法への調整の循環】が生じていた。【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリは〈支援の判断の基準となる倫理観〉と〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉のサブカテゴリからなり, 支援の基盤となっていた。**結論:** 子どもの意思決定の支援のために【支援の基盤となる小児CNSの認識】が必要であると示唆された。

キーワード

小児看護専門看護師, 意思決定, 支援, プロセス, 子ども

責任著者: 佐藤幸子. Email: yu_sato@seiyogakuin.ac.jp

緒 言

子どもの治療や生活の方針の決定等のプロセスにおいて, 親の意思だけでなく, 子どもへの意思決定を支援することが重要である。子どもの意思が適切に反映された生活や医療の選択が行われるように, また, それが子どもの最善の利益を反映させた意思決定であるように, 意思決定の重要性を認識した上で, 支援を行うことが求められる。

小児医療におけるインフォームドコンセント (IC) の特殊性は, 子どもは理解力が様々で法的同意能力がないとみなされていることにある。病状説明や治療等のICは親に対してなされ, 子どもへの説明や同意 (アセント) についてはそれぞれの医療者に委ねられている。実際に小児科医は子どもの年齢 (判断能力) や病気の性質, 検査や治療の侵襲の程度から, 子どもに対する説明や同意 (アセント) の内容を判断していた (白幡, 2008)。このことから子どもの意思決定支援において, 医療者は子どもの意思決定能力を推測しながら個別に対応していると考えられる。一方, 意思決定能力が未熟であると, その権利を擁護しなければならぬ保護の対象であるという意識が強く働き, 子どもの持つ意思決定能力を過小評価したり, 治療に同意

すると, 判断能力があると判断したりしてしまいがちであることが指摘されている (福田, 2012)。また, 家族の捉えている子どもの能力と医療者が捉えている能力のズレも存在することが考えられる。「子どもの意思決定支援は発達を評価してどこまでを理解し, 意思決定ができるか評価する必要がある」ことが指摘されており (日本看護協会, 2017), 子どもの権利を尊重し, 子どもができる限り様々な決定に参加できるように支援するためには, 子どもの意思決定能力を適正に評価して支援することが必要である。

また, 意思決定能力の評価をさらに複雑にしているのは, 生命の維持に関わるものや長期的予後に関わる重大な自己決定と, 日常的な生活や処置に対する自己決定などでは, 意思決定のレベルが異なり (濱井, 2016), 求められる意思決定能力に違いが生じることである。子どもの発達の意思決定能力と意思決定を求められる状況を構造的に考慮した評価が求められる。

意思決定に関する支援は, 様々な人との相互作用を通した中で進行する過程であるためプロセス性を持つものであり, 意思決定能力の評価のための指標を抽出するためには, 子どもの意思決定が求められる状況を構造的に理解する必要がある。そこで, 今回は倫理的調整の実践能力が高いと

思われる小児看護専門看護師（以下小児CNSとする）を対象にインタビュー調査を行い、子どもの意思決定を支援するプロセスを明らかにすることによって、子どもの意思決定が求められる状況を構造的に理解して、子どもの意思決定能力の評価指標を明らかにするための基礎資料とする。

I. 目 的

本研究の目的は、小児CNSが子どもの意思決定を支援するプロセスを明らかにし、子どもの意思決定能力の構成を明確化する基礎資料とすることである。

II. 用語の定義

本研究において意思決定の操作的定義を、大辞林（松村・三省堂編修所編，2006）を参考に「意思決定とはある目標を達成するために複数の選択可能な代替的手段の中から最適なものを選ぶことであり、日常的な処置・検査における意思決定と、治療やその後の人生に関わる意思決定を含む。」とする。また、子どもは意思決定支援の対象として幼児から思春期の子どもまですべてを含み、年齢区分を特に設定していない。

III. 方 法

A. 調査対象

対象は5都県の小児病院または小児科病棟に勤務する小児CNS 8名であり、機縁法によりリクルートした。

B. 調査期間

調査期間は令和3年2月から3月であった。

C. 調査方法

調査は半構成的面接を実施した。面接は大学の研究室でプライバシーを確保して行った。また、新型コロナウイルス感染症の予防対策のために対面ができない場合はWebを活用して実施した。面接時間は45分から80分であった。インタビューは対象の同意のもとに音声で録音した。面接内容は以下のインタビューガイドを作成し、ガイドに基づいて実施した。

- ①CNSとしての子どもの意思決定場面での支援について教えてください。
- ②その際に子どもの意思決定能力をどのように判断しましたか。
- ③病気や治療についてどのように説明しましたか。

D. 分析方法

データ分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）（木下，1999/2003）に基づき実施した。小児CNSの子どもへの意思決定支援は、様々な人との相互作用を通した中で進行する過程であり、プロセス的要素があると考えられる。そのため、人間の行動、他者との相互作用の変化を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。M-GTAでは分析焦点者と分析テーマを設定する。本研究では分析焦点者を「小児CNS」とし、分析テーマを「小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセス」とした。

分析の手順は、インタビュー内容から逐語録を作成し熟読した。分析テーマと関連の強い文脈に注目し、データを説明する概念を生成した。概念の生成には分析ワークシートを活用した。その際にはデータ分析が恣意的に進まないようにするために継続的比較分析を行った。次に概念間の関係性からサブカテゴリを生成した。そしてサブカテゴリ間の関係性からカテゴリを生成した。生成された概念、サブカテゴリ、カテゴリを構成要素とする結果図並びにストーリーラインを作成し、研究テーマである小児CNSが子どもの意思決定を支援するプロセスについて説明した。

分析結果の信用可能性の確保のために、研究者間で概念生成の分析ワークシートから定義、概念名がデータに密着しているかの検討と結果図の妥当性について確認を行った。また修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに精通した研究者からスーパービジョンを受けた。

E. 倫理的配慮

本研究は山形大学医学部の倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（承認番号2020-96）。対象者には書面と口頭により、研究目的、調査内容、研究への参加とその撤回方法、プライバシーの保護、利益相反のないこと、研究の公開について説明し同意書をもって同意を得た。録音についても同意を得て実施した。

IV. 結 果

インタビューの中では気管切開や胃ろう造設などの治療やその後の人生に関わる意思決定場面と服薬や浣腸などの日々の医療の中の意思決定場面について語られた。その支援や子どもの反応から概念的に共通性が大いと考えられたため、区別せずに分析を進めた。インタビューのデータを分析した結果、2のカテゴリと7のサブカテゴリ、そして30の概念が生成された。分析の最小単位である概念を[]で示す。カテゴリは【 】で示し、サブカテゴリは

〈 〉で示す。また、バリエーションは「斜字」で示す。分析の結果であるストーリーラインを説明する結果図を図1に示した。

A. 対象者の概要

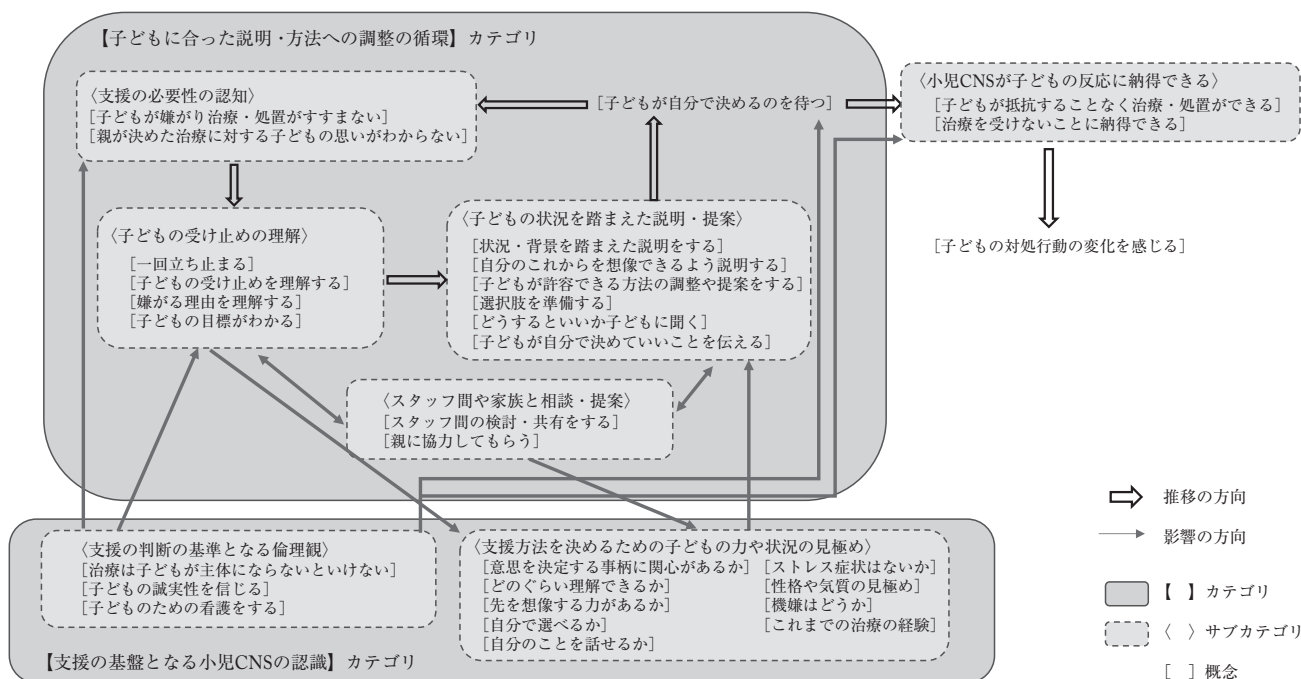
対象の性別は8名全員が女性であり、平均年齢42.9±6.5歳であった。看護職としての平均経験年数は19.8±7.4年であり、平均小児CNS歴は4.3±2.5年であった。所属施設は子ども病院1名、特定機能病院5名、一般病院2名であった。

B. ストーリーライン

【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリでは、まず、[子どもが嫌がり治療・処置がすすまない] 場合や [親が決めた治療に対する子どもの思いがわからない] 場合に、小児CNSは〈支援の必要性の認知〉をしていた。子どもの拒否が強く感情的になっている場合に小児CNSは無理強いすることなくコミュニケーションを進め、[一回立ち止まる] や [子どもの受け止めを理解する], [嫌がる理由を理解する], [子どもの目標がわかる] などの〈子どもの受け止めの理解〉を行い、[状況・背景を踏まえた説明をする] や [自分のこれからを想像できるよう説明する] などから子どもの処置等への理解を進め、[子どもが許容できる方法の調整や提案をする] や [選択肢を準備する], そして [どうするといいか子どもに聞く] などして〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉を行っていた。また同時に [子どもが自分で決めていいことを伝

える] ことで、子どもの発言を促していた。これらの説明や提案を行うにあたり、[スタッフ間の検討・共有をする] や [親に協力してもらう] など〈スタッフ間や家族と相談・提案〉をすることで、より子どもの理解や子どもに合った方法の選択ができるように調整を行っていた。様々な支援を行い、最終的には [子どもが自分で決めるのを待つ] ようにし、それでも治療・処置が進まない場合には、再度〈子どもの受け止めの理解〉を確認し〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉を行うという【子どもに合った説明・方法への調整の循環】が生じていた。[子どもが抵抗することなく治療・処置ができる] ことや子どもが [治療を受けないことに納得できる] など、〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉ことで、【子どもに合った説明・方法への調整の循環】は終結していた。そのような【子どもに合った説明・方法への調整の循環】を重ねながら〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉経過の中で、小児CNSは子どもの自己表現や子ども自身が対処方法を考えたりすることに対して [子どもの対処行動の変化を感じる] ようになっていた。

【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリは〈支援の判断の基準となる倫理観〉と〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉のサブカテゴリからなり、[治療は子どもが主体にならないといけない] や [子どもの誠実性を信じる], そして [子どものための看護をする] などの〈支援の判断の基準となる倫理観〉を持つことにより、〈支援の必要性の認知〉ができ、[子どもが自分で決めるの



を待つ」支援までの【子どもに合った説明・方法への調整の循環】ができていた。また、子どもに合った説明や調整を行うために、[意思を決定する事柄に関心があるか]、[どのぐらい理解できるか]、[先を想像する力があるか]、[自分で選べるか]、[自分のことを話せるか]、[ストレス症状はないか]、[性格や気質の見極め]、[機嫌はどうか]、[これまでの治療の経験]等について、日々の子どものケアや子どもとの何気ないやり取りの中から〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉を行っていた。

C. 各カテゴリ、サブカテゴリと概念

各カテゴリとサブカテゴリを構成する概念と具体例について以下に示す。

1. 【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリ

本カテゴリはコアカテゴリである。〈支援の必要性の認知〉から〈子どもの受け止めの理解〉そして〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉、[子どもが自分で決めるのを待つ]へと推移し、〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉ことができるまで循環していた。

a. 〈支援の必要性の認知〉

〈支援の必要性の認知〉は[子どもが嫌がり治療・処置がすすまない]と[親が決めた治療に対する子どもの思いがわからない]からなる。[子どもが嫌がり治療・処置がすすまない]は痛みや嫌悪・不安を引き起こす刺激に反応して何も受け付けなくなり、必要な治療・処置が進まなくなることで、バリエーションとして「何かうんちが出なくておなかが痛くて苦しくて、でも、浣腸はしたくないと言って大暴れする」、「本人は、『もう何もしたくない』と。『おうちにいたい』。治療に対しては、もう断固拒否的な態度を『退院して民間療法やるから、もう帰る』って」などがあつた。[親が決めた治療に対する子どもの思いがわからない]は子どもが自己主張することなく、親や医療者の意思に従って治療・処置を受けており、子どもの本当の思いがわからないことで、バリエーションとして「でもその子は『別に……』っていうだけで話が進まず。結局その子はお母さんが『私が管理します』って感じになりましたね。」などがあつた。

b. 〈子どもの受け止めの理解〉

〈子どもの受け止めの理解〉は[一回立ち止まる]、[子どもの受け止めを理解する]、[嫌がる理由を理解する]、[子どもの目標がわかる]からなる。[一回立ち止まる]は焦って意思決定を迫らず、一回立ち止まり少し時間を置くことで、バリエーションとして「もう一回考えましょうっていうふうにして、『まだ、今決めなくてもいいですから』、『お家でよく考えてください』って言って」などが

あつた。[子どもの受け止めを理解する]は、子どもが病気や処置をどのような気持ちで受け止めているのかを理解することで、バリエーションとして「すらすら言えるからいいっていうことではなくて、その言葉の裏にはどういう気持ちを持っているのかというのを深く考えるというのは必要になって。どこまで話すのかというのを評価するにあたっては大事になって思っています。」などがあつた。[嫌がる理由を理解する]は経過やコミュニケーションの中から子どもが嫌がる理由を理解することで、バリエーションとして「何で抜きたくないと思ったのかなという感じで、まず理由を確認しました。その理由を聞いたときに、この前に腹水を抜いたときに、一日中すごい痛い思いをしたというふうにAちゃん(13歳)が言っていたんです。それを言いながら泣いてしまうという場面がありました。」などがあつた。[子どもの目標がわかる]は子どもが持っている目標を理解することで、バリエーションとして「やっぱり自分が目指すところの自宅退院をしたいという大きな目標があつたので」などがあつた。

c. 〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉

〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉は[状況・背景を踏まえた説明をする]、[自分のこれからを想像できるよう説明する]、[子どもが許容できる方法の調整と提案をする]、[選択肢を準備する]、[どうするといいか子どもに聞く]、[子どもが自分で決めていいことを伝える]からなる。[状況・背景を踏まえた説明をする]は子どもの特徴や状況・背景を踏まえて治療や処置等の説明をすることで、バリエーションとして「今痛いの、あなたが一番大変なのは痛いということなので、洗浄したり針を刺したりは一切しません、ので、まずこの薬を飲むことが一番である。」などがあつた。[自分のこれからを想像できるよう説明する]は治療や処置を受けることや、その後の自分の生活を想像できるように説明することで、バリエーションとして「(腹水を)前に抜いたときは、それから2～3日はすごく楽だったよというふうなことをいろいろ処置する前に話してくれたときに言っていたので。腹水を抜くということは、Aちゃんにとってのメリットがあるんだよ、というところをちょっとお話しさせていただきました。」などがあつた。[子どもが許容できる方法の調整と提案をする]は子どもの状況や背景を理解して子どもが許容できそうな方法を調整し提案することで、バリエーションとして「そのときは抜きたくないと言って泣いていたんですけども、でも、こちらから、私のほうから、今持続のモルヒネを使っているんで、それをフラッシュという早送りをして、少し痛みを和らげてから処置しようかというふうにお話をしました。」などがあつた。[選択肢を準備する]は選択肢を準備して本人が選択できるようにすることで、バ

リエーションとして「採血だったら、座ってやるか、お膝の上ですか、ゴロンするかとか。玩具どれ持っていくとか、DVD見ながらやるかとか……お母さんについてもらうとか、ちっちゃい選択ですかね。」や「選択肢を作るほうです。意識的に作るようにしています。一応自分で決めたところをどうしても場面で持ってほしくて。」などがあった。[どうするといいか子どもに聞く]は子ども自身にどうすれば一番いいのか聞くことで、バリエーションとして「『できなかつたら、じゃあどうやったらできると思う、看護婦さんに教えて』と言いながら、2人で考えていくというか。」などがあった。[子どもが自分で決めていいことを伝える]はいろいろなことを子どもが自分で決めていいということを子どもに伝えることで、バリエーションとして「日々の医療の中の意思決定に子どもたちは慣れていないっていうか、だから採血するときも、座ってやるのかとか横になってやるのかとか、右手と左手とどちらから見せたいのかとか、なんかけっこうなんかそういうところから、やるようにして」などがあった。

d. 〈スタッフ間や家族と相談・提案〉

〈スタッフ間や家族と相談・提案〉は「スタッフ間の検討・共有をする」と「親に協力してもらう」からなる。[スタッフ間の検討・共有をする]は子どもの状況の把握や子どもにあった説明や方法のためにスタッフ間で検討して情報を共有することで、バリエーションとして「Aちゃんが腹水を抜きたくないと言っていたけれども、その裏に隠されている、何で抜きたくないと思っているのかということ意識するということはずごく大事だなということころは、ちょっとスタッフで共有しました。」などがあった。[親に協力してもらう]は子どもの状況の把握や子どもにあった説明や方法のために、親に情報提供してもらうなど協力してもらうことで、バリエーションとして「説明の仕方っていうのも全部お父さんとお母さんと事前に全部相談をして、何か、あんまりこう、まだ信頼関係も取れていない時期だったりとかすると、お母さんから、私の言ったことをこう伝えてもらうみたいな感じで、もう信頼しているお母さんとか家族とかから話ししてもらって、ということころも何か行っていることではあります。」などがあった。

e. [子どもが自分で決めるのを待つ]

[子どもが自分で決めるのを待つ]は概念のみであり、子どもが自分で決めるまで待つことで、バリエーションとして「何かそこを押し付けるといよりは、その子が今考えていることとか、発言したいことをしっかり待ってあげる。自分が伝える前に待ってあげるというようなことをしている看護師はやっぱり何かこう本音を引き出したり、その子の本当の思いということを結構こう引き出してあげることができないんじゃないかなというふうに思いました。」な

どがあった。

f. 〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉

〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉は「子どもが抵抗することなく治療・処置ができる」と「治療を受けないことに納得できる」からなる。[子どもが抵抗することなく治療・処置ができる]は子どもが進んで治療・処置を受けるので、抵抗することなく治療・処置ができることで、バリエーションとして「今までそういうのをちょっと使ったことがなかったので、『じゃあ、それならいいかもしれない』というふうな、ちょっとポジティブな返事が返ってきました。」などがあった。[治療を受けないことに納得できる]は説明や話し合いをして、子どもが治療を受けないという意思表示に対して納得できることで、バリエーションとして「すごく未熟な考えというか、子ども特有のちょっと未熟な判断というか、それが嫌だから、その場面は駄目というんじゃないくて、今回はちゃんと全てを踏まえての決断なんだなというのを感じました。」などがあった。

g. [子どもの対処行動の変化を感じる]

[子どもの対処行動の変化を感じる]は概念のみであり、経験を重ねることで、子ども自身が対処できるようになるのを感じることで、バリエーションとして「腹水を抜かないというのは言わなくなりましたね。どうやって乗り越えるかというか、そちらのほうにちょっとシフトは変わったかなというふうにはちょっと思いました」などがあった。

2. 【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリ

このカテゴリは支援の基盤となる小児CNSの認識を表し、【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリに影響していた。

a. 〈支援の判断の基準となる倫理観〉

〈支援の判断の基準となる倫理観〉は「治療は子どもが主体にならないといけない」,[子どもの誠実性を信じる],そして「子どものための看護をする」からなる。[治療は子どもが主体にならないといけない]は小児CNSが治療の主体は子どもであるという信念を持つことで、バリエーションとして「大人が考えるより子どもはわかっているっていうことを周りの大人に返していくっていうのが自分の役割かなって思っていて、やっぱり親が決めてしまうんですけど、やっぱり治療を主になって進めていくのは、主人公はやっぱりあなたですっていうところをお子さん自身にもわかってもらうし、親御さんにもわかってもらって、あとは、主治医とか医療チームでは、中心は子どもであるっていうところを、あえて言うていく必要があるなと思ってます。」などがあった。[子どもの誠実性を信じる]は、小児CNSは子どもにきちんと対応すれば必ず返してくれ

ると信じていることで、バリエーションとして「子どもってやっぱり、ちゃんと向き合ってくれたなって、この人は僕の、私の話を聞いてくれる人だなって思うと、礼儀正しいっていうか、なんていうのかな、ちゃんとする、失礼なことはしないっていうか。」などがあつた。[子どものための看護をする]は、小児CNSは子どもの安寧のために子どもにとって最良の看護をすることで、バリエーションとして「私たちの仕事って考えたときに、ただでさえつらい治療をやるんだから、そこがほんとに安楽、安寧っていうか、できるようにじゃあどういう風にしてあげるといいのかなって考えるのが私たちの仕事だと思うので、そこを意識してやるのが大事なかなーっていう風に考えますけど。」などがあつた。

b. 〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉

〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉は「意思を決定する事柄に関心があるか」,[どのぐらい理解できるか],[先を想像する力があるか],[自分で選べるか],[自分のことを話せるか],[ストレス症状はないか],[性格や気質の見極め],[機嫌はどうか],[これまでの治療の経験]からなる。「意思を決定する事柄に関心があるか」はこちらの話に関心を持ってくれているかどうか見極めることで、バリエーションとして「症状の安定が見られたり、何となく子どもが知れたそうな時とか、家族と事前に相談したりしながらその子その子を見ながら決めていきますね。」などがあつた。[どのぐらい理解できるか]は知的な理解力がどの程度かを見極めることで、バリエーションとして「そういうその子の背景を本人がどのように理解しているのか判断したほうが良かったと思いますね。」や「自分の体のことに対してはすごくよく分かる子でした。」などがあつた。[先を想像する力があるか]は子どもがどの程度先のことを想像したり予想したりできるかどうかを見極めることで、バリエーションとして「この子はちゃんと、次に何が起るかを想像できるお子さんかなーと思って言葉で説明をしました。」などがあつた。[自分で選べるか]は、子どもがどの程度自分で選択することに慣れているかどうかを見極めることで、バリエーションとして「日常生活、日中過ごすときに『お風呂どうする? いますか? 朝がいい? お昼ご飯終わってからがいい?』という話をしたら、『今やる』とか、『熱を測りたいんだけど、いつやる? 今やる? 遊んでいるの終わってからにする?』って言ったら、『今やる』って感じで」などがあつた。[自分のことを話せるか]は子どもがどの程度自分のことを話し表現できるかを見極めることで、バリエーションとして「その昼間の状況から、『僕はこうしたい』っていうのを言える子だった」などがあつた。[ストレス症状はないか]は

身体症状や心理的な症状があるかどうかを見極めることで、バリエーションとして「PTSDが見られたり、赤ちゃん返りが見られたりして、少し複雑な背景があつたんですよね」などがあつた。[性格や気質の見極め]は、子どもがどのような性格なのか、気質なのかを見極めることで、バリエーションとして「子の性質として我慢強い子なんで、なかなかこう痛くても痛み止めを使わないとか、我慢するというふうなほう、どちらかというところすごく我慢強いお子さんでした。」などがあつた。[機嫌はどうか]は子どもの機嫌を見極めることで、バリエーションとして「表情で今日のあの機嫌というか理解というかがわかりやすいお子さんなので、本当に苦痛があるときは目をつむる感じで、まったくお母さんの後ろに隠れて、あの何もしゃべらない。こちらから話しかけても何も話さない。元気になった姿を、経過してくると、表情がすごく明るくなる子なんだなと思ってみていて」などがあつた。[これまでの治療の経験]はこれまでの子どもの治療体験を見極めることで、バリエーションとして「何度も入院治療をしている子どもは、2歳くらいでしっかりしているから、採血時にも座って腕を出したりできるから、治療の経験にもよるのかなって思うんですけど」などがあつた。

V. 考 察

A. 小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセス

インタビューの中では気管切開や胃ろう造設などの治療やその後の人生に関わる意思決定場面と服薬や浣腸などの日々の医療の中の意思決定場面について語られた。しかし、インタビュー内容から生成された概念とカテゴリは、複雑性は異なるものの同様のプロセス性を持っていると考えることができたため、区別せずに分析した。以下プロセスに沿って考察する。

1. 【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリ

【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリの循環は〈支援の必要性の認知〉から始まっていた。[子どもが嫌がり治療・処置がすまない]場合には、治療や処置が子どもの意思と異なるために調整が必要として次の〈子どもの受け止めの理解〉へと進んでいたが、[親が決めた治療に対する子どもの思いがわからない]など、子どもが特に嫌がっておらず素直に従っている場合でも小児CNSが調整の必要性を認知している場面が多々見られた。その判断に影響していたのは【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリの〈支援の判断の基準となる倫

理観)の「治療は子どもが主体にならないといけない」という思いであった。野村(2006)は造血幹細胞移植に対する子どもの意思決定についての親の関わりについてインタビューをもとに分析しているが、その中で親は移植に対する意思決定を行い、子どもの意思決定に対する親の見解を持ち、治療の受け入れに向けた子どもへの働きかけを行っていたことを報告している。親にとって移植は必ず子どもに受け入れてもらわなければならないことであり、子どもが受け入れるまで働きかけは繰り返されていた。それに対して今回の調査では小児CNSは素直に従っているかどうかに加えて、子どもの意思がどうかを確かめるステップを丁寧に踏んでいた。子どもに同意を求めるかわりをする点では親と同様と思われるが、小児CNSは「治療は子どもが主体にならないといけない」という思いから子どもの意思をより重要と考え対応しようとしていた。堀越(2006)は「インフォームドコンセントは意思決定のプロセスに主体として参加することを権利として認め基本的人権と人としての尊厳の尊重を具現化する手続きである」とし、また「大切なのは子どもと向き合い子どもの言葉に耳を傾けること」と述べている。子どもの場合は、インフォームドコンセントではなくアセントという言葉が使われているが、子どもの尊厳を尊重するためにも、子どもが同意したかどうかのみでなく、どのように理解しどのようにとらえているか子どもの言葉に耳を傾けるステップが重要と考える。

〈支援の必要性の認知〉をして〈子どもの受け止めの理解〉をする際に、小児CNSは「一回立ち止まる」など少し間を置くような対応をしていた。情動調整が未熟であり一度泣き出したり興奮したりすると他の言葉が入らなくなるという子どもの情緒的反応や認知的特徴を踏まえた対応であると考えられる。すなわち、混乱や不安などの子どもの思いに寄り添った、子どもの情動調整の歩調に合わせた対応である。そして〈子どもの受け止めの理解〉を進める際にも、[子どもの誠実性を信じる]ことが基盤にあり、子どもに向き合い耳を傾けると子どもは必ず返してくれるという信念のような子どもへの信頼感を、対象となったすべての小児CNSから感じることができた。Erikson(1963/1977)は母親の応答性のある毎日の世話が、子どもの基本的信頼を作り出すと述べており、子どもにとって満足でき安心できる経験の積み重ねにより、自分やその場に対する基本的信頼が形成されていくものと考えられる。同様に小児CNSの子どもへの信頼感は、子どもと真摯に向き合った経験の積み重ねから、子どもはきちんと向き合えば必ずきちんと応えてくれるという信頼感が形成されたと思われる。

〈子どもの受け止めの理解〉ができると、その過程で子

どもの置かれた状況や背景をよく理解できるようになり〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉ができるが、そのあと小児CNSは「子どもが自分で決めるのを待つ」ことをしていた。その結果さらに〈支援の必要性の認知〉がなされた場合は【子どもに合った説明・方法への調整の循環】が繰り返され、そして、治療に従うかどうかではなく〈小児CNSが子どもの反応に納得できる〉場合にこの循環が終結していた。岡野(1994)は、「意思決定プロセスは参考情報源の影響を受け自らの価値基準に照らして意思決定を行うものである」と述べている。本研究では小児CNSは、〈子どもの受け止めの理解〉をするプロセスを通して、子どもにどのような情報源が必要かを把握し、〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉をして、子ども自身が自分なりの理解に基づいて意思決定するのを待とうとしていたのではないかと考えられる。また、野村・村田(2003)は意思決定への子どもの参加をめぐる親の関わりの過程を分析し、親は参加への働きかけをした後に、納得したかや受け入れたかをもとに結果の確かめをしていることを報告している。それに対して小児CNSは、説明や提案をした後も決めるのは子ども自身であり、納得して従うという決定も納得しないという決定もどちらもあることを前提として対応していると思われる。

また、小泉(2010)は、親は代理的意思決定を行い、その際には子どもの最善の利益を考慮することが求められているが、コミュニケーションを密にして最終選択において医療者と親の価値観を結合することが重要であり、看護師には「何を選ぶかではなく」「どのように選ぶか」を支援することが必要と述べている。親の考える最善の利益と医療者の考える最善の利益と、さらに子どもの意思が一致しているとは限らないことから、根気強くコミュニケーションを重ね、子どもと家族と同じ歩みで決定できるような支援が望まれる。

【子どもに合った説明・方法への調整の循環】のプロセスを経て「子どもが抵抗することなく治療・処置ができる」ようになった際に、小児CNSは「子どもの対処行動の変化を感じる」ことを語っていた。すなわち、前には嫌がり拒否していた処置でも、子どもの表出を助け、子どもの状況にあった対応により子どもが体験的に学習し、新たな対処方法で対応しようとするなどであり、これは子どもが意思決定支援を受けたことにより、子ども自身の対処行動が変化し、意思決定の上でも発達的に変化したことが考えられる。笹月(2020)は子どもの意思決定支援について家族や社会との相互作用の中で発達し続けながら生きる子どもの自己決定能力を引き出し、将来、子ども自身が意思決定者となることをゴールに支援の在り方を見出すことが重要であると述べている。また、中野(2013)は子どもも

家族も、自らの力で意思決定のプロセスをたどり問題を乗り越えることが子どもの力を高め成長へとつながることを述べている。子ども自身が将来自分で意思決定できるように子どもの力を育てるためには、そのプロセスを丁寧に体験させることが重要であると考え。さらに五十嵐(2020)は子どもと同様に意思決定能力の評価が難しい認知症患者の意思決定能力を、「支援を受けて自らの意思を自分で決定することのできる能力」と定義し、代行決定から支援つき意思決定へのパラダイムシフトも必要であることを述べている。子どもの場合も成長に伴い自分で様々な意思決定ができるようになることを考慮して、発達を促す意思決定支援と位置付けていくことが必要と考える。

小西・田中(2015)は、「意思決定支援ガイドラインのための基礎研究報告」において意思決定支援は意思形成、意思表明、意思実現の3つのプロセスによって構成され、対象となる事柄は小さなことから大きなことまであり、これらのプロセスは固定的一方的なものではなく、循環しながら動いていくと捉えている。本研究で明らかになったプロセスも同様であり、子どもの場合は意思形成や意思表明支援の過程も、行きつ戻りつしながら循環していると考えられる。

2. 【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリ

a. 〈支援の判断の基準となる倫理観〉

【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリの〈支援の判断の基準となる倫理観〉は【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリの多くのサブカテゴリに影響していた。支援の必要性の認知から、その子どもの理解や支援方法そしてその結果の評価に至るまで、看護師の倫理観が必要であり、看護師自身が自分の倫理観を高めるように子どもの倫理に関する指針(日本小児看護学会, 2010)等を正しく理解する必要がある。小児CNSは倫理的な調整機能を役割として求められているため倫理的な感性は高いと思われるが、これは小児看護に携わるすべての看護職に必要な知識であり、努めて倫理観を涵養していく必要がある。

イギリスの意思能力法(The Stationery Office on behalf of the Department for Constitutional Affairs, 2007/2009)では、16歳以上は本人に意思決定能力があることを前提にしている。また、認知症患者や障害者等のガイドラインではたとえば能力がなくても本人の意思決定が原則というスタンスがとられている(厚生労働省, 2018; 山口, 2015)。子どもの場合は最終的な決定は保護者にゆだねられているものの、小児CNSは子どもの意思を重要視して、できる限りの意思の形成や表明を支援していた。そしてそれが子どもの発達にも意義のあることと認識していたと思われる。

b. 〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉

〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉のサブカテゴリは意思決定能力の評価に関わるサブカテゴリと考えられる。子ども以外でも意思決定能力の評価が求められる認知症患者においては、ガイドラインにおいて(厚生労働省, 2018)、治療への同意能力の基準として、選択の表明、理解、認識、そして選択の合理性が挙げられており、その判定のためにHDS-RやMMSEなどの尺度が活用されている(田村ほか, 2021)。これらの認知や理解に関する能力の見極めは意思決定支援には必須のものと考え。今回の結果で得られた〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉では、小児CNSは、日々の子どものとのかかわりの中で「自分で選べるか」、「どのくらい理解できるか」、「先を想像する力があるか」、「自分のことを話せるか」等の選択の表明、理解、認識に関わる力の見極めを行っていた。

〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉のサブカテゴリでは、その他に「ストレス症状はないか」、「機嫌はどうか」、「性格や気質の見極め」などの概念が生成された。「ストレス症状はないか」は身体症状や心理的な症状があるかどうかを見極めることである。意思決定を求められる場面では子どもが苦痛を伴うことが多く、子どもは情緒反応をコントロールすることがまだ上手にできないため(三間屋, 2001)、ストレス症状の観察は重要と考えられる。入院や治療によって、子どもは少なからずストレスを受ける。小児がんの治療後にPTSD症状を呈する子どももいる(栗山, 2019)。子どもは感情や行動のコントロールが未熟なために身体症状を呈することも多い。たとえ認知的に理解できる年齢であっても、心理的な症状を呈したり、退行現象が起きたりしているときには、その子どもの心理反応に合わせた方法をとる必要がある。宇治(2003)は意思決定能力の法的な定義では理性が強調されるが子どもの側の要因として気質や感情、経験や嗜好等の影響も考慮する必要がある、子どもを治療の場に参加させる雰囲気作りが重要であると述べている。また、川崎(2017)は成人を対象に、がん患者の意思決定支援プロセスに効果的に関与する相談技術として「身体状況を判断して潜在的な意思決定能力をモニターする」カテゴリを抽出している。子どもにおいては、発達検査等で認知能力を評価することはできるものの、評価に時間がかかりすぎることや、子どもの能力が経過とともに発達していくこと、判断を求められる意思決定が治療やその後の人生に関わる意思決定場面から服薬や浣腸などの日々の医療の中の意思決定場面など様々であることから、日々のかかわりの中で、子どもの選択の表明、理解、認識、そして選択の合理性に

関する力をモニタリングしながら、必要な場面に応じて支援の方法を選択していくことが妥当な評価・支援方法と考える。

B. 子どもの意思決定支援に関する看護実践に対する示唆

子どもの意思決定においては、子どもが治療やケアに主体的に取り組めるように支援する課題がある。本研究では、必ずしも一つの支援で子どもが意思を表明し、主体的に臨めるようになるわけではなく、【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリで示されたような看護師による、根気強い〈子どもの受け止めの理解〉や〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉そして「子どもが自分で決めるのを待つ」の繰り返しによるプロセスが必要であることが示された。このプロセスを理解することが、子どもの意思決定における支援の課題を達成するために重要であることが示唆された。

また、【子どもに合った説明・方法への調整の循環】を進めるためには、【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリの〈支援の判断の基準となる倫理観〉および〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉が必要であることが示された。倫理観の重要性については言うまでもないことであるが、特に小児CNSはその倫理的調整について教育・トレーニングを受けていることから、今後も小児CNSとしての看護職や他職種に対する教育的な機能の発揮が期待される。さらに、〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉をもとに子どもの意思決定能力や関連要因の評価について検討することも可能と思われる。

C. 研究の限界と今後の課題

本研究では、小児CNSが子どもの意思決定を支援するプロセスについてのみ説明力を持つという方法的限定性がある。そのため今後子どもの意思決定能力や関連要因の評価について検討する際にも、小児CNS以外の看護者によるフィードバックが必要となる。

また、今回は子どもの支援プロセスに焦点化した但、実際の支援では保護者や医療関係者も含めて考える必要がある。

結 論

小児看護専門看護師が子どもの意思決定を支援するプロセスについて修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析したところ、以下のプロセスが明らかになった。

【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリでは、〈支援の必要性の認知〉から〈子どもの受け止めの

理解〉そして〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉さらに「子どもが自分で決めるのを待つ」へと推移し、さらに、〈支援の必要性の認知〉がなされた場合、再度〈子どもの受け止めの理解〉を確認し〈子どもの状況を踏まえた説明・提案〉を行うという【子どもに合った説明・方法への調整の循環】が生じていた。

【支援の基盤となる小児CNSの認識】カテゴリは〈支援の判断の基準となる倫理観〉と〈支援方法を決めるための子どもの力や状況の見極め〉のサブカテゴリからなり【子どもに合った説明・方法への調整の循環】カテゴリに影響していた。

以上のことから、子どもの意思決定を支援するプロセスを進展させるためには、看護師の倫理観を高め、子どもの力や状況の見極めを行うことが必要であることが示唆された。

なお、本研究の一部は日本小児看護学会第32回学術集会で発表した。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より御礼申し上げます。また、分析にあたり助言をいただきました先生に感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP20K10826の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

文 献

- Erikson, E.H. (1963) / 仁科弥生 (1977). *幼児期と社会* 1. 317-322, 東京: みすず書房.
- 福田八寿絵 (2012). 子どもの同意能力評価をめぐる倫理的問題と医療専門職の役割: イギリスのGillick Competenceの議論を手がかりとして. *生命倫理*, 22(1), 67-74.
- 濱井彩乃 (2016). “病院×家庭医療”と意思決定支援. *治療*, 98(10), 1570-1575.
- 堀越泰雄 (2006). 【インフォームドコンセント】小児がん患者に真実を伝える. *がん患者と対症療法*, 17(2), 60-66.
- 五十嵐禎人 (2020). 【進行期の認知症と終末期医療】進行期認知症の人の意思能力の評価と意思決定支援. *老年精神医学雑誌*, 31(12), 1269-1279.

- 川崎優子 (2017). がん患者の意思決定支援プロセスに効果的に関与していた相談技術. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 24, 1-11.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ: 質的実証研究の再生. 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. 東京: 弘文堂.
- 小泉 麗 (2010). 小児医療における親の意思決定: 概念分析. 聖路加看護学会誌, 14(2), 10-17.
- 小西加保留, 田中千枝子 (2015). 意思決定支援ガイドラインのための基礎研究報告. 日本弁護士連合会 第58回人権擁護大会シンポジウム. https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/jfba_info/organization/data/58th_keynote_report2_cd_3.pdf (参照2022.1.19)
- 厚生労働省 (2018). 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf> (参照2022.1.19)
- 栗山貴久子 (2019). 小児がん経験者の高次脳機能障害・精神心理的問題へのアプローチ. 日本小児血液・がん学会雑誌, 56(5), 398-401.
- 松村 明, 三省堂編修所編 (2006). 大辞林第三版. 128-129, 東京: 三省堂.
- 三間屋純一 (2001). 小児血液腫瘍性疾患におけるインフォームドコンセント: 小児患者への対応. 日本小児血液学会雑誌, 15(3), 150-160.
- 中野綾美 (2013). 子どもと家族の意思決定を支える小児看護を織りなす. 日本小児看護学会誌, 22(3), 70-75.
- 日本看護協会 (2017.4). 意思決定支援と倫理 (3) 子どもの意思決定支援. 日本看護協会. https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/ishikettei_03.html (参照2022.1.19)
- 日本小児看護学会 (2010). 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針. 日本小児看護学会. https://jschn.or.jp/files/100610syouni_shishin.pdf (参照2022.1.19)
- 野村佳代 (2006). 子どものハイリスク治療受け入れに向けた親の関わり: 造血幹細胞移植事例を通して. 日本看護科学会誌, 26(1), 42-50.
- 野村佳代, 村田恵子 (2003). ハイリスク治療計画への意思決定における子どもの参加への親の関わりの過程: 造血幹細胞移植事例を通して. 日本看護科学会誌, 23(1), 57-66.
- 岡野雅子 (1994). 意思決定能力の発達について: 消費者教育と子どものレディネス. 日本家庭教育学会誌, 37(3), 31-38.
- 笹月桃子 (2020). 重篤な神経疾患を抱えるこどもの緩和ケア—呼吸障害にまつわる方針決定と症状緩和について— 呼吸器症状に対する医療介入における倫理的な論点. 脳と発達, 52(3), 38-43.
- 白幡 聡 (2008). 小児医療におけるインフォームド・コンセントの意義. 小児保健研究, 67(2), 212-215.
- 田村和夫, 唐澤久美子, 山本 寛, 小川朝生, 海堀昌樹, 渡邊清高, 桜井なおみ, 津端由佳里, 上田倫弘 (2021). 「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」: 総論・高齢者機能評価に関する提言 (Part2). 日本大腸肛門病学会雑誌, 74(5), 276-286.
- The Stationery Office on behalf of the Department for Constitutional Affairs (2007) / 新井 誠監訳, 紺野包子翻訳 (2009). イギリス2005年意思能力法・行動指針. 230-235, 東京: 民事法研究会.
- 宇治雅代 (2003) 医療倫理 子ども, 高齢者だからといって意思決定能力がないと決めつけてはいけない!: 倫理的ジレンマと医療現場でのかかわりについて. 治療, 85(3月増刊), 699-703.
- 山口理恵子 (2015). 成年後見制度における意思決定支援の理念を基盤にしたガイドラインの検討: イギリス2005年意思決定能力法と社会福祉士後見人による実践事例を中心に. 社会福祉学, 56(2), 113-125.

〔2022年8月1日受付〕
〔2022年12月21日採用決定〕

Pediatric Certified Nurse Specialist's Decision-Making Processes in Supporting Children

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 635-645
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221221200>

Yukiko Sato, PhD, RN, PHN¹, Hitoshi Shiwaku, PhD, RN, PHN²,
Shiho Konta, PhD, RN, PHN³, Keiko Taneyosi, PhD, RN⁴,
Youko Kon, MSN, RN, PHN⁵

¹Sendai Seiyō Gakuin College, Miyagi, Japan, ²Tohoku University Graduate School of Medicine, Miyagi, Japan

³Yamagata University, Yamagata, Japan, ⁴Tokyo Metropolitan University, Tokyo, Japan

⁵Yamagata University Hospital, Yamagata, Japan

Abstract

Objective: To clarify the decision-making processes of pediatric certified specialist nurses (pediatric CNS) in supporting children. **Methods:** A survey and analysis using the modified grounded theory approach were performed with eight pediatric CNS. **Results:** The analysis generated two categories: “Cycle of adjustments to explanations and approaches tailored for children” and “perceptions and awareness of pediatric CNS that are the foundation of support.” Seven subcategories were also generated. The category “cycle of adjustments to explanations and approaches tailored for children” involved a cycle of pediatric CNS’ “understanding the acceptance of the child” after “recognizing the need for support” and providing “explanations and/or suggestions based on the child’s situation” and “waiting for the child to decide for him/herself.” The category “perceptions and awareness of pediatric CNS that are the foundation of support” was composed of the following two base subcategories: “Ethics that form the basis of decisions in providing support” and “thorough understanding of the children’s ability and situation for deciding on methods of providing support.” **Conclusions:** The findings of this study suggested that “perceptions and awareness of pediatric CNS that are the foundation of support” is necessary to support children’s decision-making.

Key words

pediatric certified nurse specialist, decision-making, support, process, child

Correspondence: Y. Sato. Email: yu_sato@seiyogakuin.ac.jp

慢性心不全患者に対する 慢性心不全看護認定看護師による 意思決定支援

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 647-655
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221226204>

永田絵理香¹, 佐野元洋², 眞嶋朋子²

¹東京歯科大学市川総合病院, ²千葉大学大学院看護学研究院

要 旨

目的: 慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援について明らかにし, 心不全患者の意思決定支援に関する示唆を得ること。**方法:** 慢性心不全看護認定看護師12名に半構造化面接を行い, 得られたデータを質的帰納的に分析した。**結果:** 慢性心不全患者が意思決定をするための慢性心不全看護認定看護師の実践として【意思決定に繋がる信頼関係を構築する】,【ありのままの患者や家族を理解する】,【病状と療養方法の理解を促進する】,【患者の意思を引き出し, 患者が望む生き方の実現につなげる】,【患者の今後を予測し, 患者が自分の意思を表出できる時期に, はたらきかける】の5つのコアカテゴリーが抽出された。**結論:** 認定看護師は, 患者の望む生き方とつながるように意識しながら, 病状や療養生活の指導を行っていた。また, 日々患者と接する中で, 患者の意思の表出に関心を持ち, 状況に合わせたタイミングで意思確認や意思表出の支援を実践していた。

キーワード

心不全, 認定看護師, 意思決定, アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

責任著者: 永田絵理香. Email: erika.n.0307@gmail.com

緒 言

平成30年の調査において, 心疾患の死亡数は20万8,210人であり, 悪性新生物に続いて第2位の死因順位となっている (厚生労働統計協会, 2019, p.62)。心疾患の中でも心不全の患者は増加傾向であり, 人口の高齢化に伴い, さらに増加していくことが予測されている (Okura et al., 2008)。入院日数の短縮化が促進されている昨今では, 末期心不全患者に対する外来での点滴療法 (西ほか, 2009) や, 在宅でドブタミン持続点滴を行う事例 (寺本ほか, 2013) などが報告されている。心不全の治療に対する選択肢が増えたことにより, 患者・家族の現状や希望により即した意思決定支援が必要とされていることが推測される。心不全の治療においては, 終末期を含めた将来の状態の変化に備えるためのアドバンス・ケア・プランニング (以下, ACP) を行うことが重要とされており, 心不全入院や症状増悪などの際には, ACPの実施が特に推奨されている (日本循環器学会, 2018, pp.111-112)。心不全患者のACPの概念分析を行った研究 (山本・吉岡, 2020, p.540) において, 心不全患者のACPの属性として示された【その人の価値の探求】には, 「納得した人生を送って

もらうための意思決定支援」が含まれており, 心不全患者への意思決定支援の必要性がうかがえる。

治療選択にかかわる看護実践は, 意思決定 (表明) の支援と同時に進めていく必要があり, 看護師には「その人にとっての最善」のための合意形成を促進する役割がある (長江, 2016, p.1144)。治療期の高齢がん患者の家族は【患者の意思を尊重しつつ家族にとっても最善の選択をしたい】という思いを抱いており (瀬沼・手塚・塚越・二渡, 2022), 高齢がん患者の意思決定支援では, 高齢者本人の意向を汲み取りつつ家族が決定する項目が報告されている。一方で, 患者本人よりも家族の意向が優先される状況も明らかとなり, 患者本人と家族の両者にとって最善の選択ができるよう支援することの必要性が示唆されている (片山, 2016, pp.1197-1200)。パーキンソン病患者の模擬事例をもとにした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役割認識では, 病棟看護師と退院調整看護師が共通して「患者と家族の意向や希望の把握」を役割として認識していた (中村, 2021, p.106)。前述の通り, 意思決定の際には患者や家族の希望を把握した上で最善の選択を支援することが重要であるものの, 心不全患者に対する意思決定支援はがんなどの分野と比較して遅れ

がちであり、心不全患者に焦点を当てた意思決定支援の研究は少ない。

濱村・藤田・青木・尾山（2019, pp.244-245）の調査では、非がん疾患患者の意思決定支援に関わったことがある看護師のうち、困ったり悩んだりしたことがある割合は、95.5%であり、困ったり悩んだりした患者の疾患は心疾患がもっとも多く、意思決定支援の課題として、【早期からの意思表示と支援】が明らかとなった。高田（2015, p.1058）は、心不全患者は増悪と寛解という経験を繰り返すことから、再び回復することを期待し、エンドオブライフケアが現実的に考えられず、意思決定のタイミングを逃すことも少なくないと述べており、心不全の治療経過の中で、適切なタイミングで意思決定を行うことは困難であることが推察される。心不全の特性を踏まえた具体的な意思決定支援については明らかとなっておらず、心不全の治療や患者の療養スタイルなどの多様な選択を適切なタイミングで支援する方法を検討することは重要であると考えられる。

慢性心不全看護認定看護師（以下、認定看護師）は、比較的新しい認定看護分野であり、慢性心不全患者の身体的・精神的アセスメント、増悪因子の評価、療養生活の支援、多職種との協働による心不全のコントロール、患者・家族への倫理的配慮、看護職への相談・支援などの役割が期待された認定看護師である（池亀ほか, 2011, pp.11-12）。三浦（2012, p.364）は、この認定看護師に求められる役割の1つとして「慢性心不全患者・家族の権利を擁護し、自らが具体的な治療やケアの選択をできるように倫理的配慮ができる」と述べているが、症例報告（阿部, 2013；森野ほか, 2017；鷲田, 2015）などが多く、認定看護師の実践に関する研究論文は少ない。網谷・原田・村瀬（2019, p.105）の研究では、対象者が精神疾患をもつ心不全患者ではあるものの、認定看護師が患者の不安や心配事に対してしっかり向き合い、聴く時間を保証し、患者の強みを引き出す看護ケアについて示された。

患者の意思を尊重した治療・ケア実現のためには、患者が自らの意思を表明することで、患者本人と家族が主体的に治療やケアの決定に関わることが重要である。心不全は、その特徴的な経過から、意思決定支援が困難となりやすいため、専門的な知識・技術をもつ認定看護師が行う意思決定支援を明らかにすることによって、心不全患者への意思決定支援に関する示唆を得られると考える。そこで本研究は、慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援について明らかにし、心不全患者の意思決定支援に関する示唆を得ることを目的とした。

I. 研究目的

慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援について明らかにし、心不全患者の意思決定支援に関する示唆を得ること。

II. 用語の操作的定義

意思決定：どこでどのように過ごしたい、何がしたい、またはしたくないなどの治療の方向性や療養スタイルについて、患者が選択すること。

意思決定支援：患者が意思決定を行うために、患者と家族の意思を引き出し、決定につなげること。本研究では、退院調整の部分は含まない。その理由は、本研究は認定看護師による患者と家族の支援に焦点を当てており、他の職種とのかかわりを含む退院調整に関する内容は、研究の焦点と異なるためである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

本研究は、研究対象者の語りからできるだけ離れずにデータを示すことを目指すため、「研究者の解釈をそのまま提示する」分析方法（谷津, 2015, pp.158-161）として、質的記述的研究デザインを選択した。

2. 調査期間

2017年4月1日～2017年10月31日。

3. 研究対象者の選定基準

認定看護師を取得して1年以上経過しており、医療機関において心不全患者・家族と日常的にかかわり、意思決定支援の経験がある者。

4. 対象者の募集方法

対象者は、研究者が選定基準を満たす対象候補者へ研究の参加を依頼し、同意が得られ調査終了した後に、次の対象候補者の推薦を依頼する、スノーボールサンプリングによって対象者を募集した。

5. 調査方法および調査内容

質問紙調査と面接調査を行った。研究対象者の基礎情報に関する質問紙とインタビューガイドを事前に送付し、質問紙は面接時に回収した。質問紙では、年齢、性別、所属施設、臨床経験年数、認定看護師取得時期などを聴取した。

面接調査は、プライバシーが保護できる場所で60分程度の半構造化面接を実施し、面接内容は研究対象者の同意を得て、ICレコーダーに録音した。面接の内容は、普段実践している意思決定の場面、意思決定を支援した際の実践内容などとした。対象者から具体的な実践内容を聴取しやすいよう、意思決定を支援した具体的事例を挙げてもらった上で、実践内容（事例の概要、看護実践内容、事例の患者が意思決定をするための実践を行った理由、実践の際に留意していること）を聴取した。

6. 分析方法

谷津（2015, pp.103-105, pp.142-143）は、質的データを分析するステップにおいて、「コード化とは、データをまとまりごとに分け、簡単な言葉で名前をつける」としている。また、「『コード』にある種のパターン（類似性や規則性、特殊性など）がみられるときに、それらの『コード』を集めて1つのまとまりにしたときに見出されたものを『カテゴリー』と呼ぶ」と述べている。この質的データを分析するステップを参考に、面接内容から逐語録を作成し、個別分析、全体分析の順で分析した。

個別分析では逐語録を精読し、「慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援」について語られている部分をデータとして抽出した。逐語録から抽出する際は、意味内容が分かり易いよう、必要に応じて前後の文脈を参考に、括弧を用いて補足的な言葉を追加した。抽出したデータを、意味内容を損ねないよう要約した一文をコードとした。

全体分析では、すべてのコードを精読し、意味内容が類似するものでまとめ、共通する意味内容を一文で表現し、

二次コードとした。さらに、意味内容が類似するものをまとめ、共通する内容を一文で表現し、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーの順に抽象化した。研究の全ての過程で、質的研究に精通した研究者によるスーパービジョンを受けた。分析の過程では、質的研究の経験がある研究者3名で分析の妥当性について繰り返し検証した。

7. 倫理的配慮

本研究は、「看護研究における倫理指針」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を踏まえ、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号28-112）。研究対象者へは、説明文書を用いて研究目的や方法を説明した。また、研究への参加は自由意思であり、研究への参加を拒否または途中辞退した場合でもそれによる不利益が生じないことを説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

対象者は就労中の看護師であるため、調査は対象者の業務に支障のない日時を事前の連絡で調整した上で実施した。また、調査はプライバシーが守られる場所で行い、データは個人が特定されることのないよう匿名性を保持した。

IV. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者および対象者に想起してもらった具体的事例の概要を表1に示す。研究対象者は、男性3名、女性9名で、年齢は30歳代が7名、40歳代が5名。看護師経験年数は11年～28年で、平均17.5年（SD6.6）であった。認定看

表1 研究対象者の概要

性別	年齢 (年代)	経験 年数 (年)	認定看護 師取得後 年数(年)	所属施設	所属部署	インタビュー 時間(分)	具体的な事例の概要 (年齢/性別/家族背景・支援開始時の状況)
A 女性	30歳代	11	2	大学病院	循環器病棟	62	80歳代/男性/妻・娘/心不全ステージC～D・入院が長期化
B 女性	40歳代	28	5	循環器専門病院	循環器病棟	117	50歳代/男性/妻・娘/心不全ステージC～D・入院回数の増加
C 女性	40歳代	26	4	循環器専門病院	地域医療連携課	49	60歳代/男性/妻/強心薬依存傾向
D 男性	30歳代	11	3	大学病院	ICU・CCU	77	60歳代/男性/妻・娘一家/入院回数の増加
E 女性	40歳代	25	3	クリニック	外来	67	80歳代/女性/妻・娘一家/通院治療で心不全をコントロール中
F 男性	30歳代	11	3	地域医療支援病院	循環器病棟+看護外来	64	70歳代/男性/妻・娘/徐々に治療抵抗性が出現
G 女性	40歳代	22	5	地域医療支援病院	外来+在宅	58	50歳代/男性/妻・子/ステージC 入院回数・期間が増加
H 女性	30歳代	11	3	公立病院	循環器病棟	69	70歳代/男性/独居・娘・孫/短期入院だが短期間で再入院
I 女性	30歳代	15	3	大学病院	心臓リハビリ室	44	60歳代/男性/妻・息子・娘(故)/入院回数の増加 強心薬依存傾向
J 女性	30歳代	13	3	循環器専門病院	循環器病棟	40	60歳代/女性/夫・娘・孫/EFが低下してきている
K 男性	30歳代	13	3	公立病院	循環器・心臓外科病棟	65	70歳代/男性/独居・娘/入院回数増加 体力低下 急性増悪で入院
L 女性	40歳代	24	2	公立病院	混合内科・CCU+心臓リハビリ室	61	50歳代/男性/父・母(故)/急性増悪による入院後 将来的に透析が必要

護師取得後の年数は2年～5年で、平均3.25年（SD0.92）であった。全ての対象者へのインタビューは、対象者の所属施設で1回ずつ行い、インタビュー時間は40分～117分で、平均64.4分であった。

対象者の所属施設は大学病院、循環器専門病院、地域医療支援病院、公立病院、クリニックであり、所属部署は病棟、外来、在宅、地域連携など様々であり、2部署以上に所属している対象者も含まれた。

2. 分析結果の概要

個別分析の結果で得られた「慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援」を示すコードは総計201であった。

全体分析の手順に沿って分析した結果、21カテゴリー、5コアカテゴリーが抽出された（表2）。分析結果については、コアカテゴリーを【 】、カテゴリーを〔 〕で記述する。また、カテゴリーの基となった対象者の語りの一部を「 」内に斜字体で示す。

3. 慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援

認定看護師は、看護実践の基盤として、【意思決定に繋

がる信頼関係を構築する】、【ありのままの患者や家族を理解する】ことを行い、【病状と療養方法の理解を促進する】ことを繰り返しながら【患者の意思を引き出し、患者が望む生き方の実現につなげる】ように努めていた。患者と初めて接したときから、常に【患者の今後を予測し、患者が自分の意思を表出できる時期に、はたらきかける】ことを行っていた。

(1) 【意思決定に繋がる信頼関係を構築する】

認定看護師は、心不全患者と関わりをもつ際に「患者と信頼関係を構築するために、世間話やささやかな関わりを行う」ことから始めていた。「*（D氏）*から始めると、患者が看護師を受け入れやすくなるため、思うままに療養行動をとる患者であっても、まずは患者の状況を労い、適切な療養行動をとれなかった言い訳であっても否定せずに、まずは“聴く”という姿勢をもって関わりをスタートする。*（D氏）*」のように「信頼関係構築のために、患者の考えや行動を否定せず、患者を理解し、支える姿勢で接する」ことや「患者や家族から信頼され、良い相談相手だと感じてもらえるように、患者・家族と接する姿勢や環境を工夫する」ことで、信頼関係の構築に努めていた。また、「信

表2 慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援

コアカテゴリー	カテゴリー
意思決定に繋がる信頼関係を構築する	患者と信頼関係を構築するために、世間話やささやかな関わりを行う
	信頼関係構築のために、患者の考えや行動を否定せず、患者を理解し、支える姿勢で接する
	患者や家族から信頼され、良い相談相手だと感じてもらえるように、患者・家族と接する姿勢や環境を工夫する
ありのままの患者や家族を理解する	信頼関係を築き、意思決定に繋げるために、患者や家族とできる限り長く継続的に関わる
	納得のいく選択に繋がれるよう、治療や療養生活に対する患者の考えや感じる不安を、患者が必要とするタイミングで聴く
	患者のことをできる限り正確に理解して支援できるように工夫しながら、患者や家族から話を聴く
	病気ばかりに注目せず、患者を一人の人として、生活状況や患者の人生を理解できるよう話を聴く
病状と療養方法の理解を促進する	患者の価値観を尊重した支援にするため、患者の人生で大切なものについて聴いたり、患者の意思を家族とともに考える
	患者と、患者を支援する家族の考えや悩みをそれぞれ聴き、把握する
	病状に関する患者の認識を確認し、理解を深めるために、病状の受け止め方や症状の変化を一緒に確認し、共有する
	患者と家族が心不全によって今後予測される変化を理解した上で選択ができるよう、心不全に伴う症状や治療について説明する
患者の意思を引き出し、患者が望む生き方の実現につなげる	病状についての理解を促し、患者の状態や理解度に合わせた疾病管理指導を行う
	望む治療や今後の過ごし方、過ごす場所の希望を具体的に聴き、病状の変化に合わせて思いの変化をその都度確認する
	患者の意に沿った治療や、希望する過ごし方を実現させる方法を患者と共に思案する
	納得した意思決定のために、患者と家族が話し合うことを促し、互いの思いを代弁する
	患者にとって適切な時期を判断した上で、希望する看取りの場所を含めた今後の過ごし方の希望を聴く
	患者が意思を表出できるよう、患者と日々接し、意思の本質を引き出す工夫をする
患者の今後を予測し、患者が自分の意思を表出できる時期に、はたらきかける	意思決定後も患者と関わり、患者が行った決定を支え続ける
	患者と家族の状態を考慮しながら、在宅での介護力の確認や、ケアへの参加を促す
	患者の状態が悪化傾向であることを予測しながら接する
	心不全の終末期になる前に、患者が自分で意思表示できる時期から支援を進める

頼関係を築き、意思決定に繋げるために、患者や家族とできる限り長く継続的に関わる]ことで関係性を維持し、継続的な支援を行っていた。

(2) 【ありのままの患者や家族を理解する】

認定看護師は、「患者から拒否されず、患者が「(自分のことを)理解してくれてるんだな」と思えるために、愛犬との生活状況などの病気以外の話を聴くことで、患者の状態をアセスメントする。(G氏)」など、[病気ばかりに注目せず、患者を一人の人として、生活状況や患者の人生を理解できるよう話を聴く]のように相手が病人であることにとらわれ過ぎないように接し、[患者のことをできる限り正確に理解して支援できるように工夫しながら、患者や家族から話を聴く]ことを行っていた。[納得のいく選択に繋がれるよう、治療や療養生活に対する患者の考えや感じる不安を、患者が必要とするタイミングで聴く]のように適切な瞬間を判断し、[患者の価値観を尊重した支援にするため、患者の人生で大切なものについて聴いたり、患者の意思を家族とともに考える]ことで患者と家族の理解を深めていた。患者と家族が互いの考えを共有できておらず、誤解が生じる可能性があるときには、[患者と、患者を支援する家族の考えや悩みをそれぞれ聴き、把握する]ことも行っていた。

(3) 【病状と療養方法の理解を促進する】

認定看護師は、[病状に関する患者の認識を確認し、理解を深めるために、病状の受け止め方や症状の変化を一緒に確認し、共有する]ことを行っていた。「(意思決定に繋がるコミュニケーションは)患者が自身の病気をどう理解しているかを捉え、医療者と本人・家族の認識の乖離を埋めることが必要だと考える。(そのために)“心不全の病みの軌跡”で今どこにいると思うか聴くと、(終末期でも)最初の段階だと認識している人もいるため、認識を確認した上で、継続的に看る。(F氏)」のように[病状についての理解を促し、患者の状態や理解度に合わせた疾病管理指導を行う]や、「この先の過ごし方の希望について話す際などに、死の話をするようにしている。病態の話ばかりせず、普通に『私も(いつか)死ぬんで』と話すことをきっかけにして、自然に患者と死生観について話す。(C氏)」のように[患者と家族が心不全によって今後予測される変化を理解した上で選択ができるよう、心不全に伴う症状や治療について説明する]などして、円滑な意思決定に繋がれるよう努めていた。

(4) 【患者の意思を引き出し、患者が望む生き方の実現につなげる】

認定看護師は、患者・家族との間に築いてきた関係性や基本的な情報をもとにして、[患者の意に沿った治療や、希望する過ごし方を実現させる方法を患者と共に思案す

る]ことを行っていた。[患者が意思を表出できるよう、患者と日々接し、意思の本質を引き出す工夫をする]ことで患者が表出する意思を積み上げていた。必要に応じて[納得した意思決定のために、患者と家族が話し合うことを促し、互いの思いを代弁する]や[患者と家族の状態を考慮しながら、在宅での介護力の確認や、ケアへの参加を促す]ことで患者の望みができる限り叶うよう支援していた。また、「患者が心不全と向き合えないと(意思決定についての)話ができないため、1回目の入院で無理に(意思決定の話を)せず、患者が入退院を繰り返すことで、自分の身体と向き合えたときに初めて(今後についての意思決定の)話をする。(C氏)」など[患者にとって適切な時期を判断した上で、希望する看取りの場所を含めた今後の過ごし方の希望を聴く]ようにしたり、「心不全患者は、忘年会の参加や、外食に行くかどうかなど、日々細々とした意思決定を繰り返している。日常で繰り返す細々とした意思決定の延長で『最後どうしたい?』と聴き、気持ちが変わることも考慮して繰り返し確認した。(B氏)」や「強心薬を切って自宅退院ができるが、切ることで死期を早めてしまう可能性がある患者に対して、どのように過ごしたいか、どのように死にたいかを含めてメリット・デメリットを話す(説明する)のとセットで、本当にどうしたいか、何を希望するかを聴くようにした。(I氏)」など[望む治療や今後の過ごし方、過ごす場所の希望を具体的に聴き、病状の変化に合わせて思いの変化をその都度確認する]心不全の特徴的な病状の変化を考慮した関わりを行っていた。さらに、[意思決定後も患者と関わり、患者が行った決定を支え続ける]のように継続的な支援を行っていた。

(5) 【患者の今後を予測し、患者が自分の意思を表出できる時期に、はたらきかける】

認定看護師は、「心不全の初回の増悪時に、教科書的な予後を含めてアセスメントし、患者が望んでいる生活や抱えている問題があることを考慮しながら、患者の人生について一本の線で見通しを立てて関わった。(E氏)」のように[患者の状態が悪化傾向であることを予測しながら接する]や、「入院期間の延長、強心薬の漸減や離脱ができない状況が続くことは心臓の機能が悪くなってきて、終末期に差し掛かってるサインだと思うため、それも目安にしながら(コミュニケーションを)している。(F氏)」のように[心不全の終末期になる前に、患者が自分で意思表示できる時期から支援を進める]よう努めていた。

V. 考 察

本研究では、12名の認定看護師のインタビューデータか

ら、慢性心不全患者が意思決定をするための認定看護師の実践が示された。この認定看護分野は2012年に認定が開始され、2017年に調査を実施した対象者の認定看護師取得後の年数は2年～5年、平均年数は3.25年であったことから、慢性心不全看護認定看護の比較的初期の教育を受けた認定看護師の集団であった。また、本研究の対象者の所属施設や所属部署が多岐にわたることから、面接内容には様々な状況での実践内容が含まれていることが推察される。

1. 慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援の特徴

(1) 心不全患者の意思決定支援をするための基盤づくり

認定看護師は、患者と関わる最初の段階で【意思決定に繋がる信頼関係を構築する】ことを行っている。信頼関係の構築はその後の関わり大きな基盤となっていることが考えられる。また、〔信頼関係を築き、意思決定に繋げるために、患者や家族とできる限り長く継続的に関わる〕のように、支援を進める中でも継続して行っている関わりでもあると考ええる。豊田・八代(2015, p.24)は、高齢者の退院に関わる退院調整・支援看護師の意思決定の拠り所の1つとして、信頼関係が、患者の意向に沿う支援の原動力になっていたと述べている。また、Umihara, Nishikitani, & Kubota (2016, p.243)の研究によれば、がん患者が治療選択をする際、治療選択に対する満足度は医師との信頼関係に強い関わりがある。また、医師と患者の信頼関係の構築は、治療選択と治療後の健康状態の改善の満足度を高めるもっとも重要な要因であることが示された。このことから、患者の意思決定を支援する際も、患者や家族と信頼関係を構築することは重要であると考えられる。よって、【意思決定に繋がる信頼関係を構築する】は、患者や家族が納得し、満足度の高い意思決定支援に繋げていくための基盤を築く実践であることが示唆された。

(2) 認定看護師の強みを生かした意思表出の支援

慢性心不全看護認定看護師に期待される能力として「症状緩和のためのマネジメントを行い、QOLを高めるための療養生活行動を支援する」、「慢性心不全患者の対象特性と心不全の病態に応じた生活調整ができる」などがある(池亀ほか, 2011, pp.11-12)。これは意思決定支援の実施に関わらず、心不全患者に提供されている看護実践であると考えられる。川崎(2015, p.284)は、看護師は患者が誤った認識によって意思決定をしている場合には、その認識を修正することにより意思決定能力を高めることが必要であると述べている。〔病状に関する患者の認識を確認し、理解を深めるために、病状の受け止め方や症状の変化を一緒に確認し、共有する〕など【病状と療養方法の理解を促進する】ことは、認定看護師が日常的に行っている看護実践であると同時に、患者の病状理解を深めることで正しい

認識に基づいた意思決定に繋げていく実践であった。認定看護師は、病状や療養方法の理解が患者の望む生き方とつながるように意識し、病状や療養生活の指導を行っていたと考えられる。

川崎(2016, pp.11-12)は、がん患者が直面することの多い意思決定場面の1つとして、「治療の中断もしくは中止を決断するとき」を挙げている。このような背景から、ギアチェンジを前提とした援助モデルの構築も検討されている(青木・庄司・藤田, 2015)。一方、末期心不全の約6～8割にみられる呼吸困難感や全身倦怠感は、体液貯留や低心拍出に伴う心不全そのものが原因となりうるため、心不全の緩和ケアを早期から導入することが望ましいとされながらも、症状を緩和するためには最期まで心不全や合併症に対する治療の継続が必要になる(日本循環器学会, 2018, pp.114-115)とされている。終末期の心不全において医療機器の停止を検討することはあるものの、治療を完全に中止するようなギアチェンジを行うことは少なく、〔病状についての理解を促し、患者の状態や理解度に合わせた疾病管理指導を行う〕ことは、心不全増悪を回避し、患者の苦痛症状を最小限に留めることで、患者が決定した療養スタイルが維持されるための支援でもあるといえる。

心不全は突然死や生命の致死的状态に陥る可能性のある病態であるが、死の可能性について話すことはできるだけ先送りにしたい医療者の心情がある(能芝, 2014, p.117)。〔患者と家族が心不全によって今後予測される変化を理解した上で選択ができるよう、心不全に伴う症状や治療について説明する〕ことは、致死的状态に陥りやすい慢性疾患であるという心不全の特徴に向き合い、患者と深く関わることで実現する実践であると考えられる。死も含めた今後の状況について話し合うことは、心不全の悪化によって致死的状态に陥る可能性も踏まえた上で、今後の過ごし方についてより具体的に考え、患者の希望をできる限り実現することに繋がる可能性がある。

角田(2004, p.1842)は、意思の表出をよい方向で喚起するような援助の働きかけは、自己決定を支える強力な要素の一つとなりうると述べている。また、塩田・角田(2013, p.33)の報告によれば、信頼関係は意思決定の影響要因になることが示唆されている。〔患者が意思を表出できるよう、患者と日々接し、意思の本質を引き出す工夫をする〕や〔患者の意に沿った治療や、希望する過ごし方を実現させる方法を患者と共に思案する〕は、分析の結果【患者の意思を引き出し、患者が望む生き方の実現につなげる】のカテゴリーとして抽出されたが、この関わり背景には、認定看護師が【意思決定に繋がる信頼関係を構築する】ことによって、患者との関係性を築き、日々患者と接することで築いたその関係自体が、患者が意思決定をし

ていくことを支える要素となっていると考えられる。よって、信頼関係の構築は、本格的に意思決定が必要となる前から実践していくことが重要であることは、先行研究と同様に本研究の結果からも示された。

慢性心不全は、急性増悪による入退院を繰り返しながら最期は急速に悪化し、終末期の判断がしばしば困難である（日本循環器学会, 2018, p.112）ため、【患者の今後を予測し、患者が自分の意思を表出できる時期に、はたらきかける】のように、心不全の病みの軌跡の特徴を踏まえ、適切なタイミングで関わりができるよう努めている認定看護師の様相がうかがえた。谷本ほか（2015, p.113）は、非がん疾患患者のエンドオブライフケア実践の背景には、患者の意向が状態悪化に伴い分かりにくくなることなどが知られているが、熟練看護師は患者の予後は分かりにくくても過去から今後を見通したうえで、今の患者の身体と心のバランスをみてケアの方向を定め、患者の自己表現を見出し、患者の意向をケア体制に浸透させる調整を行っていたと述べている。本研究の対象者も、〔患者の状態が悪化傾向であることを予測しながら接（する）〕し、〔心不全の終末期になる前に、患者が自分で意思表示できる時期から支援を進め（る）〕ていたことから、心不全の特徴を踏まえ、経過を見通しながら、意思表出を援助していることが明らかとなった。

2. 心不全患者の意思決定を支援する際の看護実践への示唆

本研究の結果より、認定看護師は意思決定支援をするための基盤をつくり、専門的な知識・技術など認定看護師としての強みを生かした意思表出の支援を実践していることが示された。本研究は、心不全看護のスペシャリストである認定看護師の実践に関するインタビューを質的帰納的に分析した結果から得られた知見であるが、心不全看護にかかわる1人1人の看護師が本研究の結果を個々の能力の可能な範囲で生かすことで、心不全患者のよりよい意思決定に繋がると考えられる。

Stacey et al. (2017, pp. 7 - 8, pp.20-23) は、Decision Aidsの効果として、「意思決定やそのプロセスに満足しやすい」や「医師と患者のコミュニケーションが向上する」ことなどを報告している。高田（2019, pp.43-44）は、対話のプロセスを体系化して作成された「ACP支援ツール」を活用したACPの実践の考察の中で、質の高いケアのために、ケアの標準化が重視されることやケアの連続性が重要であることを述べている。心不全は長期の経過をたどる患者が多いため、知識や技術、経験の異なる数多くの看護師がかかわる。患者が治療の方向性や療養スタイルなどを意思決定する際の支援において、既存の意思決定支援ツールを必要

に応じて活用することは、ケアを標準化することでより質の高い支援を実践できる可能性がある。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、2020年12月時点で472名が登録されている慢性心不全看護認定看護師（日本看護協会, 2020）のうちの比較的初期の認定看護師教育を受けた12名を対象とした研究である。また対象者の背景や臨床経験が様々であり、本研究の結果は対象者の記憶に基づくデータであるため、心不全患者への意思決定支援のすべてを示すことは困難である。今後はジェネラリストを含め、対象者となる看護師を増やし、心不全患者の意思決定のための実践のプロセスを詳細に観察、分析することでさらに具体的な支援方法が明らかになる可能性がある。また、知識や経験に個人差があっても、一定の看護の質を保ち、意思決定を支援できるツールを活用する方法や、既存のツールを使用した実践に関する調査は今後の課題である。

結 語

慢性心不全看護認定看護師は意思決定を支援するために、信頼関係を構築しながら継続的にかかわり、意思決定が必要となることを予測し、患者の考えや人生における望みも含めて患者を理解していた。その上で、患者の望む生き方とつながるように意識しながら、病状や療養生活の指導を行っていた。また、日々患者と接する中で、患者の意思の表出に関心を持ち、患者の状況に合わせたタイミングで意思確認や意思表出の支援を実践していた。

質の高い意思決定支援のためには、専門性の高い認定看護師のみが支援を行うだけでなく、心不全患者とかかわる多くの看護師が看護実践を積み重ねることが重要である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました12名の慢性心不全看護認定看護師の皆様、施設長の皆様、看護管理者の皆様へ、心より感謝申し上げます。また、本研究を進めるにあたり、ご指導を賜りました諸先生方へ深く感謝申し上げます。

本研究は千葉大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆修正したものであり、本研究の一部は、第15回日本循環器看護学会学術集会において発表した。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

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

- 阿部隼人 (2013). 看護管理者に伝えたい認定看護師の知識と技 (最終回): 弱った心臓を抱えながらもその人らしい生活を!: 慢性心不全看護認定看護師. *看護*, 65(13), 94-99.
- 網谷靖代, 原田真澄, 村瀬智子 (2019). 精神疾患をもち心不全治療を受ける患者への慢性心不全看護認定看護師の看護ケアの特徴. *日本赤十字豊田看護大学紀要*, 14(1), 101-110.
- 青木美和, 庄司麻美, 藤田佐和 (2015). 看護師が医師と協働して行う進行がん患者のギアチェンジを支える援助モデルの構築. *高知女子大学看護学会誌*, 41(1), 63-75.
- 濱村麻理, 藤田美賀, 青木真奈美, 尾山峰子 (2019). 非がん疾患患者の人生の最終段階における意思決定支援の実態と課題. 第49回 (平成30年度) 日本看護学会論文集: 慢性期看護, 243-246.
- 池亀俊美, 三浦雅郁子, 山内英樹, 甲屋早苗, 北村愛子, 岡田彩子, 吉田俊子, 山田佐登美 (2011). 慢性心不全看護認定看護師に期待される知識・技術について. *日本循環器看護学会誌*, 6(2), 10-15.
- 片山陽子 (2016). エンドオブライフケアにおける意思決定支援: その人らしく生きぬくために医療者ができること (第2章) 意思決定支援とは: 4 看護師の意思決定支援: 文献にみる現状と課題: 6) 高齢がん患者の意思決定支援の特徴. *看護技術*, 62(12), 1197-1200.
- 川崎優子 (2015). がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発. *日本看護科学会誌*, 35, 277-285.
- 川崎優子 (2016). がん患者の意思決定支援とは: 理論を活かした意思決定支援. *がん看護*, 21(1), 10-15.
- 厚生労働統計協会 (2019). *国民衛生の動向 2019/2020*. 66(9) (pp.60-66). 東京: 厚生労働統計協会.
- 三浦雅郁子 (2012). 慢性心不全看護認定看護師. 眞茅みゆき, 池亀俊美, 加藤尚子 (編), *心不全ケア教本 The textbook of care for heart failure patients* (pp.363-366). 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 森野智史, 西村由香, 須佐美智子, 武山容子, 飯田志明, 坂上あゆみ, 横江 唯, 石原奈緒子, 佐藤伸一郎, 玉置まどか, 木股正樹, 槻本康人, 横谷俊彦 (2017). 慢性心不全看護認定看護師は心臓リハビリテーションで活躍. *大津市民病院雑誌*, 18, 98-100.
- 長江弘子 (2016). エンドオブライフケアにおける意思決定支援: その人らしく生きぬくために医療者ができること (第1章) エンドオブライフケアとは: 質の高いエンドオブライフケア: 看護師の役割. *看護技術*, 62(12), 1142-1145.
- 中村 円 (2021). 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*, 44(1), 99-110.
- 日本循環器学会 (2018). *急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版)*. https://j-circ.or.jp/old/guideline/pdf/JCS2017_tsutsui_h.pdf (参照 2021年 9 月26日)
- 日本看護協会 (2020). *分野別都道府県別登録者数: 慢性心不全看護認定看護師数*. https://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2021/01/21cn_hf202012.pdf (参照 2021年 9 月30日)
- 西 清人, 佐藤幸人, 宮本忠司, 谷口良司, 福原 怜, 山根啓一郎, 西城さやか, 後藤太祐, 高橋由樹, 棚田洋平, 山本絵里香, 藤原久義, 鷹津良樹 (2009). 外来点滴療法による末期慢性心不全患者の医療費抑制と入院日数抑制の可能性について. *心臓*, 41(6), 659-667.
- 能芝範子 (2014). 心不全診療におけるコミュニケーション. 大石 醒悟, 高田弥寿子, 竹原 歩, 平原佐斗司 (編), *心不全の緩和ケア: 心不全患者の人生に寄り添う医療* (pp.113-129). 東京: 南山堂.
- Okura, Y., Ramadan, M.M., Ohno, Y., Mitsuma, W., Tanaka, K., Ito, M., Suzuki, K., Tanabe, N., Kodama, M., & Aizawa, Y. (2008). Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circulation Journal*, 72(3), 489-491.
- 瀬沼麻衣子, 手塚明星, 塚越徳子, 二渡玉江 (2022). 治療期の高齢がん患者の意思決定における家族の思いに関する文献レビュー. *群馬保健学研究*, 42, 32-41. https://doi.org/10.34461/ghk.42.0_32 (参照 2022年 7 月3日)
- 塩田絹代, 角田ますみ (2013). 人生の終末期に視点を置いた利用者本位の意思決定の支援: 90歳代夫婦の在宅支援の事例. *東邦看護学会誌*, 10, 29-34.
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M.J., Bennett, C.L., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5
- 角田ますみ (2004). 看護師のためのバイオエシックス: 臨床における個別の課題: 高齢者ケアにおける「自己決定」. *臨牀看護*, 30(12), 1840-1846.
- 高田弥寿子 (2015). 難治性心不全診療における意思決定支援: アドバンスケアプランニングの実践と課題. *医学のあゆみ*, 254(11), 1057-1062.
- 高田弥寿子 (2019). 慢性心不全患者へのACP支援. *看護*, 71(8), 38-44.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院における非がん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. *Palliative Care Research*, 10(2), 108-115.
- 寺本佳楠子, 木田圭亮, 上嶋 亮, 鈴木健吾, 原田智雄, 明石嘉浩, 三宅良彦 (2013). 希望する医療を実現しえたカテコラミン依存末期心不全患者の1例. *Therapeutic Research*, 34(8), 1090-1094.
- 豊田智子, 八代利香 (2015). 高齢者の退院に関わる退院調整・支援看護師の意思決定の拠り所. *日本看護倫理学会誌*, 7(1), 17-25.
- Umihara, J., Nishikitani, M., & Kubota, K. (2016). Rapport between Cancer Patients and Their Physicians is Critical for Patient Satisfaction with Treatment Decisions. *Journal of Nippon Medical School*, 83(6), 235-247.
- 鷺田幸一 (2015). 重症心不全患者をスムーズに地域に戻すために: 壮年期重症心不全患者の生活を支援するために慢性心不全看護認定看護師による心不全看護外来が担う役割. *日本循環器看護学会誌*, 11(1), 24-27.
- 山本美保, 吉岡さおり (2020). 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. *日本看護科学会誌*, 40, 537-543.
- 谷津裕子 (2015). *Start Up: 質的看護研究 (第2版)*, 97-161. 東京: 学研メディカル秀潤社.

2021年11月24日受 付
2022年12月26日採用決定

Decision-Making Practices for Patients with Chronic Heart Failure by Certified Nurses for Chronic Heart Failure

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 647-655
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20221226204>

Erika Nagata, MSN, RN, PHN¹, Motohiro Sano, PhD, RN, PHN²,
Tomoko Majima, PhD, RN, PHN²

¹Tokyo Dental Collage Ichikawa General Hospital, Chiba, Japan

²Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the decision-making support provided by certified chronic heart failure nurses (CNs) and obtain suggestions regarding decision-making support for heart failure patients. **Methods:** Twelve CNs were interviewed using a semi structured interview and the gathered data were qualitatively analyzed inductively. **Results:** The following five core categories of practices for CNs to assist patients with chronic heart failure in making decisions were identified: building trusting relationships that lead to decision-making, understanding patients and their families, promoting the understanding of the disease and treatment methods, eliciting patients' wishes and assisting them in realizing their desired lifestyle, predicting patients' future, and working with them when they can express their own will. **Conclusions:** The CNs offered guidance on the patient's condition and medical treatment while considering their desired way of life. Furthermore, in daily contact with patients, CNs were interested in the expression of patients' intentions, and they practiced situation-appropriate intention confirmation and support.

Key words

heart failure, certified nurses, decision-making, advance care planning (ACP)

Correspondence: E. Nagata. Email: erika.n.0307@gmail.com

2018年時点の全国の 訪問看護ステーションにおける 小児の訪問看護の実態からみた課題

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 657-670
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230116203>

赤羽根章子, 部谷知佐恵, 岡田摩理, 叶谷由佳, 遠渡絹代,
市川百香里, 濱田裕子, 泊 祐子

将来構想委員会看護保険連合ワーキング障害児プロジェクト

■要 旨

目的: 小児の訪問看護の実態を分析し課題を明らかにする。**方法:** 小児慢性特定疾病（以下、小慢とする）の指定医療機関として掲載があった訪問看護ステーション（以下、訪問St.とする）2,500か所に質問紙を送付し分析した。**結果:** 実際に小慢の指定を受けていたのは71.7%, 小児利用者がいる訪問St.（以下、小児有訪問St.）は60.7%であった。小児の訪問をしていない理由は「依頼がない」が最も多かった。小児有訪問St.は看護師数や利用者数が多く、訪問St.ごとの小児利用者数は1人が多かった。人工呼吸器装着の割合は58.2%であった。小児訪問看護を広げるための対策や制度として、教育的支援の充実や連携がとりやすい体制づくり等の要望があった。**結論:** 小児訪問看護の経験をもつ訪問St.と協働し、経験の不足を補う教育的支援と多職種連携体制およびそれに伴う報酬の整備、社会へのさらなる周知の必要性といった課題が見出された。

■キーワード

訪問看護ステーション, 訪問看護, 小児訪問看護, 小児訪問看護ステーション

責任著者: 赤羽根章子. Email: akabane.akiko.y5@mail.f.thers.ac.jp

はじめに

我が国において医療的ケア児は増加の一途をたどり、訪問看護を利用する小児の数も年々増加している。2001年と比較すると、2015年は9.5倍と（厚生労働省, 2017a）、訪問看護の需要は高くなっている。しかし、小児在宅医療の資源は少ないことが指摘されており（片山・臼井, 2009; 松崎ほか, 2014）、全国訪問看護事業協会（2011）や西・榎本・田口（2015）の調査においても、小児への訪問実績のある訪問看護ステーション（以下、訪問St.とする）は全体の3割前後であることが示されている。小児の訪問実績がない背景には、小児の依頼がないことや、小児の訪問看護を難しいと感じること、小児看護の経験者の不在、マンパワーの不足など、様々な課題があることが指摘されている（郷・山田・大久保・北村, 2014; 松澤ほか, 2015; 全国訪問看護事業協会, 2011）。

前田（2016）は、小児在宅医療の対象となる子どもの特徴として、医療依存度が高いことや、成長に従って病態が変化すること、24時間介助者が必要で目が離せないことなどを挙げている。このような小児の特徴から、小児の訪問

看護においても、高度な医療への対応の難しさ（遠渡ほか, 2017）や、小児の家族、特に母親との関係を築いていくことの重要性（松崎ほか, 2014; 坂本, 2016）、地域連携の重要性（島田, 2016）などが指摘されており、高齢者とは異なる小児ならではの特徴に付随する困難が予測される。このような社会状況を受けて、厚生労働省は訪問看護や小児在宅医療など地域の小児在宅支援体制の構築に力を入れている（厚生労働省, 2017b）が、体制整備の途上であり、どのように整備していくとよいかは模索段階であると考えている。

本研究チームでは、障がい児と家族の生活世界を広げるための訪問看護の支援について検討するために、2015年から訪問St.を対象とした面接調査による研究を行ってきた。その中では、小児の訪問看護には高齢者とは異なる支援の困難さがあること（遠渡ほか, 2017）や、診療報酬では算定できない訪問看護サービスをしていること、自治体によりサービスに差がある現状（岡田ほか, 2020）が明らかとなった。全国どこの地域においても、小児と家族が質の高いサービスを受けられるようにするためには、実情に即した対策が必要であることが示唆された。

しかし、上記の研究は限られた訪問St.からの聞き取りであり、2010年の全国訪問看護事業協会の調査（2011）以降に、全国的な小児の訪問看護の実態を明らかにした研究は見当たらなかった。そのため、全国的な調査を実施し、小児在宅医療を支える訪問St.が充実する対策を検討する必要があると考えた。そこで、本研究チームは小児の訪問看護を受け入れる意思があると予測される「小児慢性特定疾病医療費助成制度の指定を受けている訪問St.」を対象として、2018年に質問紙調査を行った実態を報告した。そして得られた結果から、小児の訪問看護における課題を検討したため、報告する。

I. 研究目的

全国の小児慢性特定疾病指定訪問St.において、小児の訪問看護の実施に関する実態を把握し、小児の訪問看護における課題を明らかにする。

II. 研究方法

A. 対象

2017年12月の時点で、小児慢性特定疾病情報センターのホームページに「小児慢性特定疾病医療費助成制度における指定訪問St.」として掲載されている全国都道府県の訪問St. 5,099か所からExcelにて乱数表を作成し、単純無作為抽出法で2,500か所を抽出した。上記の指定訪問St.は、小児の訪問看護を行うことを前提として申請していると考えられるため、小児の訪問看護を受け入れる意思があるとみなし対象とした。

B. 調査期間

2018年1月～3月

C. 調査方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。

D. 調査内容

以下の内容について、回答を求めた。

1. 訪問St.の属性

所在地（都道府県）、開設主体、小児慢性特定疾病医療費助成制度における指定の有無、訪問可能範囲、訪問看護師数（常勤と非常勤）、調査時点での訪問している全利用者数

2. 小児を訪問の対象としていない理由

成人高齢者のみに訪問看護を行っており、小児を訪問看護の対象としていない場合には、その理由を7つの選択肢の中から選択するように求めた。複数回答も可とし、他に理由がある場合には、その他として自由記述ができる欄を設けた。

3. 小児利用者がいる訪問St.のみに対する質問内容

a. 小児利用者と併設施設の状況

調査時点での訪問している小児利用者数、小児利用者のうち医療的ケアを行っている児の数（以下、医療的ケア児数とする）、実施している医療的ケアの種類、経営母体が運営している小児が利用可能な併設するサービス

b. 小児訪問看護の特徴

研究者らの過去の研究（遠渡ほか、2017；岡田ほか、2017）を基に、研究者間で小児の訪問看護の特徴を検討し10項目を設定した。小児の特徴の10項目は、「①医療的ケアや複雑な技術・判断が必要となることが多い」「②小児の身体的な状態に関する電話やメールでの緊急連絡が多い」「③小児の身体的な状態に関する緊急訪問が多い」「④小児のケアに際して親の意向が大きい」「⑤成長に伴いケア内容が変化することが多い」「⑥育児支援や発達の節目での相談を受けることが多い」「⑦家族の緊急の用事や家族の体調不良による訪問看護が多い」「⑧家族の予定の用事のために見守りや留守番の訪問看護が多い」「⑨家族からの相談で長時間を要することがある」「⑩個々の状況に応じた他施設・多職種間のコーディネートをしている」である。

それぞれの項目について「全くあてはまらない」から「大変あてはまる」の5段階で評価を求めた。

c. 小児の訪問看護を広げるための対策や制度

すべての訪問St.に対して、小児の訪問看護を広げるためにどのような対策や制度があるとよいと考えるかについて、自由記述で尋ねた。

E. データ分析方法

1. 訪問St.の属性

訪問St.の属性は、記述統計を行った。小児利用者の有無による比較をするために、小児利用者がいる訪問St.（以下、小児有訪問St.とする）とそれ以外の訪問St.（以下、小児無訪問St.とする）の2群に分けた。小児利用者の有無による差があるかどうかを検討するために、訪問St.の属性については、 χ^2 検定を用いた。訪問看護師数（常勤と非常勤）と全利用者数は、Mann-WhitneyのU検定を用いて比較した。いずれも統計学的有意水準は $p < .05$ とした。

2. 小児無訪問St.における小児を訪問の対象としていない理由

小児を訪問の対象としていない理由に関する質問項目については、選択肢ごとに集計を行った。

3. 小児有訪問St.における小児利用者数、医療的ケア児数、医療的ケアの種類、併設施設

小児利用者数、医療的ケア児数、医療的ケアの種類、併設施設については、記述統計を行った。小児の訪問看護の特徴は、「全くあてはまらない」「ややあてはまらない」を「あてはまらない」とし、「多少あてはまる」「大変あてはまる」を「あてはまる」とし、「どちらでもない」を含めて3段階評価として、集計した。

4. 小児有訪問St.と小児無訪問St.別にみた小児の訪問看護を広げるための対策や制度

小児の訪問看護を広げるための対策や制度の自由記述については、データを読み、1つの対策や制度になるように分割し、類似するデータを帰納的に分類して、カテゴリ化した。それぞれのカテゴリのデータ数を小児有訪問St.と小児無訪問St.に分けて集計した。

F. 倫理的配慮

研究代表者が研究当時所属していた大阪医科大学（現・大阪医科大学）の倫理委員会の承認を得た（承認番号：2279）。調査対象者には研究の概要・目的および自由意思での参加、学会での発表等を文書で説明し、質問紙の返信をもって同意を得たこととした。

Ⅲ. 結 果

A. 対象となる訪問看護St.の抽出プロセスと所在地

本研究の対象者の抽出プロセスと回答数の結果を図1に示した。全国2,500か所の訪問St.に配布し、宛先不明での返送数が95件あったため、2,405件が配布数となった。回収数は749件であり、回収率・有効回答率はともに31.1%であった。

小児有訪問St.は、455件（60.7%）であり、小児無訪問St.は294件（39.3%）であった。

回答があった749件の訪問St.の所在地は、回答がなかった青森県以外の46都道府県であり、東京都が最も多く82件（10.9%）、大阪府48件（6.4%）、北海道39件（5.2%）の順であった。地域別にみると、北海道・東北75件（10.0%）、関東211件（28.1%）、中部87件（11.6%）、関西175件（23.3%）、中国・四国105件（14.0%）、九州・沖縄96件（12.8%）であった。

B. 小児有訪問St.と小児無訪問St.別にみた開設主体、小児慢性特定疾病医療費助成制度における指定の有無、訪問可能範囲（表1）

749件の訪問St.の開設主体は会社が最も多く328件（43.8%）、次いで医療法人170件（22.7%）、社団・財団法人83件（11.1%）、社会福祉法人51件（6.8%）であり、非営利法人29件（3.9%）、国・地方公共団体28件（3.7%）、共同組合22件（2.9%）であった。開設主体については、小児利用者の有無にかかわらず、どちらも会社が最も多く、次に医療法人が多かったが、小児有訪問St.は社団・財団法人の割合が有意に高かった（ $p<.05$ ）。

小児慢性特定疾病医療費助成制度における指定を受けていると回答したのは537件（71.7%）であった。小児慢性

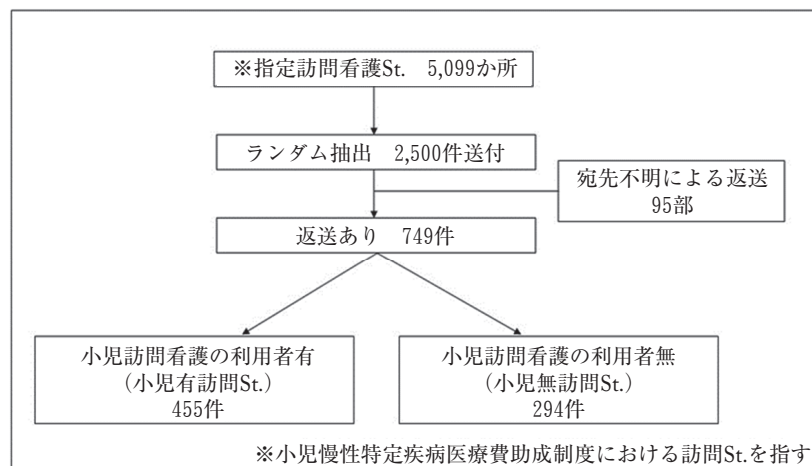


図1 対象者の抽出プロセスと回答数

特定疾病情報センターのホームページに指定訪問St.であると掲載されていても、現在指定を受けていないと回答した訪問St.が192件（25.6%）あり、小児有訪問St.であっても、指定を受けていないと回答した訪問St.が32件（7.0%）あった。

訪問可能範囲は、片道5km圏内78件（10.4%）、片道5～15km圏内267件（35.7%）、片道15～25km圏内188件（25.1%）、片道25km以上116件（15.5%）、その他には、市町村単位、相談に応じる等といった84件（11.2%）の回答がみられた。訪問可能範囲に関しては、小児利用者の有無にかかわらず、片道5～15km圏内が最も多く、次いで片道15～25km圏内が多かった。小児有訪問St.は片道15～25km圏内の割合が有意に多かった。

C. 小児有訪問St.と小児無訪問St.別にみた看護師数、利用者数（表2）

常勤看護師数の全体の平均は4.3±2.7人であったが、小

児有訪問St.は平均4.7±3.1人（中央値4人）、小児無訪問St.は平均3.6±1.8人（中央値3人）で、小児有訪問St.の方が有意に多かった（ $p<.001$ ）。また、非常勤看護師数の全体の平均は2.8±3.0人であったが、小児有訪問St.は平均3.1±3.2人（中央値2人）、小児無訪問St.は平均2.2±2.6人（中央値2人）で、小児有訪問St.の方が有意に多かった（ $p<.001$ ）。

調査時点での訪問している利用者数の全訪問St.の平均は82.5±64.4人であった。小児有訪問St.の利用者数は平均91.0±65.1人（中央値75人）で、小児無訪問St.は69.7±61.2人（中央値52人）であり、小児有訪問St.の方が有意に多かった（ $p<.05$ ）。

D. 小児無訪問St.における小児を訪問の対象としていない理由（図2）

小児を訪問の対象としていない理由（複数回答）について、277か所の訪問St.から回答があり、依頼がない229件

表1 小児有訪問St.と小児無訪問St.別にみた開設主体、小児慢性特定疾病医療費助成制度における指定の有無、訪問可能範囲

項目		全訪問 St. (n = 749)		小児有訪問 St. (n = 455)		小児無訪問 St. (n = 294)		p 値
		n	%	n	%	n	%	
開設主体	会社	328	43.8	192	42.2	136	46.3	*
	医療法人	170	22.7	94	20.7	76	25.9	
	社団・財団法人	83	11.1	66	14.5	17	5.8	
	社会福祉法人	51	6.8	28	6.1	23	7.8	
	非営利法人	29	3.9	18	4.0	11	3.7	
	国・地方公共団体	28	3.7	17	3.7	11	3.7	
	共同組合	22	2.9	13	2.9	9	3.1	
	公益法人	7	0.9	5	1.1	2	0.7	
	その他	26	3.5	19	4.2	7	2.4	
	不明	5	0.7	3	0.6	2	0.6	
小児慢性特定疾病の 医療費助成制度 における指定	受けている	537	71.7	409	89.9	128	43.6	*
	受けていない	192	25.6	32	7.0	160	54.4	
	不明	20	2.7	14	3.1	6	2.0	
訪問可能範囲	片道 5 km 圏内	78	10.4	52	11.4	26	8.8	*
	片道 5 ～15km 圏内	267	35.7	164	36.0	103	35.0	
	片道15～25km 圏内	188	25.1	99	21.8	89	30.3	
	片道25km 以上	116	15.5	69	15.2	47	16.0	
	その他	84	11.2	59	13.0	25	8.5	
	不明	16	2.1	12	2.6	4	1.4	

*小児有訪問St.と小児無訪問St.による χ^2 検定

表2 小児有訪問St.と小児無訪問St.別にみた看護師数、利用者数

項目	全訪問St. (n=749)		小児有訪問St. (n=455)		小児無訪問St. (n=294)		p値
	n	平均±SD (中央値)	n	平均±SD (中央値)	n	平均±SD (中央値)	
常勤看護師数 (人)	740	4.3 ± 2.7 (4)	450	4.7 ± 3.1 (4)	290	3.6 ± 1.8 (3)	*
非常勤看護師数 (人)	740	2.8 ± 3.0 (2)	449	3.1 ± 3.2 (2)	291	2.2 ± 2.6 (2)	*
全利用者数 (人)	726	82.5 ± 64.4 (66)	437	91.0 ± 65.1 (75)	289	69.7 ± 61.2 (52)	*

*小児有訪問St.と小児無訪問St.によるMann-WhitneyのU検定（ $p<.05$ ）

(82.7%), 小児看護の経験看護師がいない128件 (46.2%), 小児を対象として考えていない36件 (13.0%), ケアの複雑さに対応が難しい31件 (11.2%), 家族対応が難しい26件 (9.4%) の順に多かった。その他の自由記載には、スタッフ不足、小児看護への対応に自信がない、ニーズに合う体制が取れない等があった。

E. 小児有訪問St.における小児利用者数と医療的ケア児数 (図3)

調査時点での訪問している小児利用者数については、小児有訪問St. 455件のうち、449件から回答があり、平均は 6.7 ± 13.4 人で、中央値は3人であった。小児利用者数ごとの訪問St.の件数をみると、1人が107件 (23.8%), 2人が69件 (15.4%), 3人が50件 (11.1%) で、3人以下が約50%を占めていた。小児利用者数が0人という回答もあったが、現在は小児利用者がいないが過去に小児利用者がいた訪問St.であり、12件 (2.7%) であった。

調査時点での訪問している医療的ケア児数については、430件の回答があり、平均は 4.8 ± 7.7 人で、中央値は2人であった。医療的ケア児数ごとの訪問St.の件数をみると、1人が116件 (27.0%) と最も多かった。

F. 小児有訪問St.で実施している医療的ケアの種類と小児が利用可能な併設サービス (表3)

実施している医療的ケアの種類では、吸引337件 (74.1%), 気管切開305件 (67.0%), 胃ろう・腸ろう286件 (62.9%) の順に多かった。

経営母体において、小児が利用可能な併設するサービ

スでは、併設施設なし261件 (57.4%), 病院・医院90件 (19.8%), ヘルパー事業所62件 (13.6%), 児童デイサービス (児童発達支援・放課後等デイサービスなど) 50件 (11.0%), 相談支援事業所44件 (9.7%) の順であった。

G. 小児有訪問St.における小児訪問看護の特徴 (図4)

小児訪問看護の特徴10項目についての結果は、「あてはまる」の回答が70%を超える項目は4項目あった。「④小児のケアに際して親の意向が大きい」が最も多く、399件 (87.7%) であり、次いで「①医療的ケアや複雑な技術・判断が必要となることが多い」387件 (85.1%), 「⑤成長に伴いケア内容が変化することが多い」383件 (84.1%), 「⑥育児支援や発達の節目での相談を受けることが多い」357件 (78.4%) であった。

H. 小児有訪問St.と小児無訪問St.がとらえた小児の訪問看護を広げるための対策や制度 (表4)

この質問項目に対する回答数は、小児有訪問St.では128件、小児無訪問St.では137件であった。複数の内容が書かれているものを1つの対策や制度ごとに分割したところ、小児有訪問St.では175データ、小児無訪問St.では153データとなった。これらのデータから、6つのカテゴリと18のサブカテゴリが抽出された。

以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを〈 〉で、記述内容を「 」で記す。

【小児訪問看護の専門的研修の充実】には2つのサブカテゴリがあった。〈研修制度の充実と助成・研修負担軽減〉には、身近で充実した研修を費用の負担なく受けられるよ

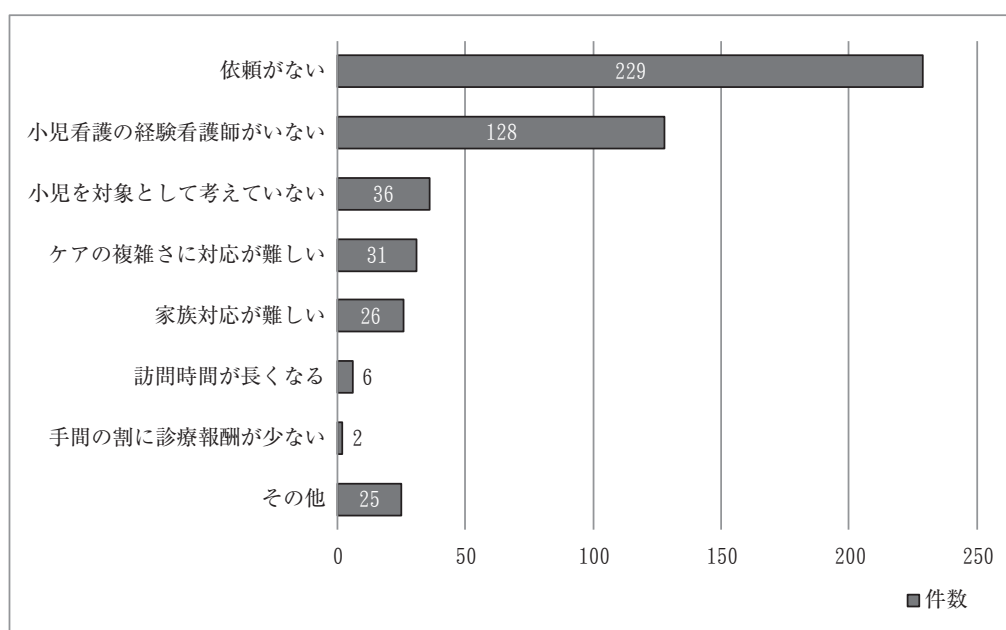


図2 小児無訪問St.における小児を訪問の対象としていない理由 (複数回答)

うにしてほしいなどの意見があった。〈小児看護や小児訪問看護の専門教育システム〉には、小児看護の基本から小児訪問看護の実践的な部分まで専門的に学べる教育システムを希望する意見があった。このカテゴリには、小児利用者の有無にかかわらず、合計71と多くのデータがあった。

【訪問看護のスキルを上げるための助言体制】には2つのサブカテゴリがあった。〈他St・病院等と連携した小児訪問看護実地研修・同行訪問〉には、「小児を中心としたステーションへ同行訪問することのできる機会があると良い（小児有訪問St.）」や「小児の訪問をしているステーションへの実習など実践の場が増えたらいいと思う（小児無訪問St.）」など、小児を積極的に受けている訪問St.での実習、同行訪問を希望する意見があり、特に小児無訪問

St.に多かった。〈いつでも相談できる支援体制〉には、小児訪問看護を行う上でいつでも相談できる窓口や支援体制の希望があった。

【小児訪問看護に関する報酬や制度の充実】には4つのサブカテゴリがあった。〈利用できる社会資源の充実と拡大〉には、レスパイト施設やヘルパーステーションなど訪問看護以外の社会資源の増加を望む意見があり、小児有訪問St.に多かった。〈居宅外訪問の実用化〉には、「自宅以外での支援ができるよう、提供場所の柔軟性があれば良い（小児有訪問St.）」など、小児が生活する場所へ訪問できる対策や制度の希望があり、小児有訪問St.に多かった。〈診療報酬の見直しが必要〉には、「体調が不安定で入院が多く、その分収支不安定になってしまうことへの対策（小

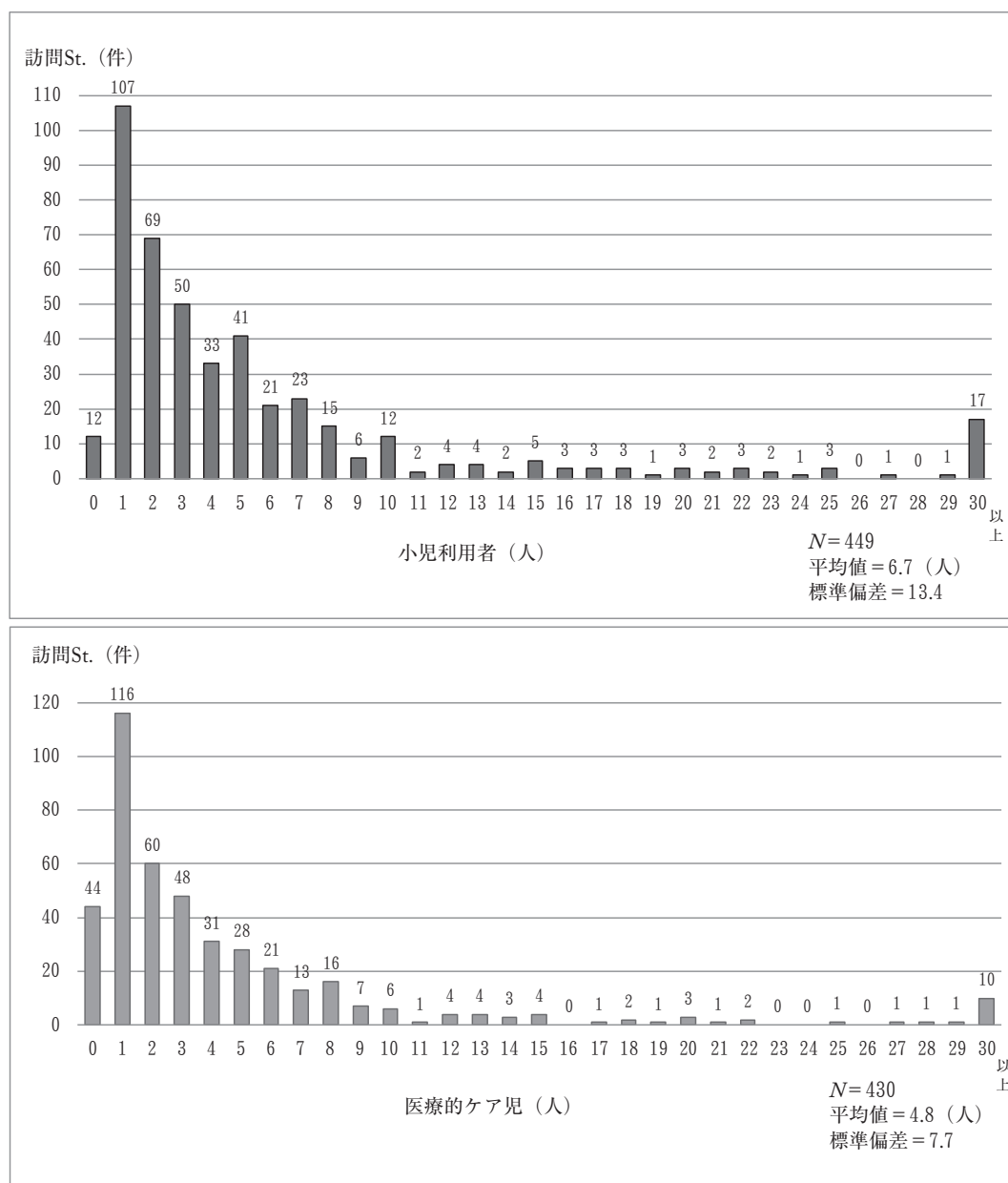


図3 小児有訪問St.における小児利用者数と医療的ケア児数

児有訪問St.)」,「小児訪問の重症度加算の増, 毎日看護師複数名加算 (小児有訪問St.)」など, 現状の訪問看護提供体制への加算の希望や収支の不安定さの補填, 小児訪問看護を受け入れ, 継続できる対策や制度が必要との意見があり, 小児有訪問St.に多かった。〈助成制度の充実と拡大〉

は, 小児有訪問St.のみにみられ, 経済的負担の軽減を望む意見があった。

【連携がとりやすい体制づくり】には4つのサブカテゴリがあった。〈緊急時に対応できる体制の整備〉には, 「24時間対応ができ, 緊急時に必要な物品を借りておけるシス

表3 小児有訪問St.で実施している医療的ケアの種類と小児が利用可能な併設するサービス

		N = 455	
		n	%
実施している医療的ケア (複数回答)	吸引	337	74.1
	気管切開	305	67.0
	胃ろう・腸ろう	286	62.9
	人工呼吸器装着	265	58.2
	経鼻経管栄養	249	54.7
	中心静脈栄養	55	12.1
	酸素療法	40	8.8
	導尿・バルーンカテーテル	22	4.8
	ストマ	18	4.0
	浣腸・摘便	8	1.8
	腹膜透析	8	1.8
	創傷処置	6	1.3
	カフアシスト	6	1.3
	点滴・注射	4	0.9
	その他	41	9.0
利用可能な併設するサービス (複数回答)	併設施設なし	261	57.4
	病院・医院	90	19.8
	ヘルパー事業所	62	13.6
	児童デイサービス*	50	11.0
	相談支援事業所	44	9.7
	その他	28	6.2

*児童デイサービス (児童発達支援・放課後等デイサービスなど)

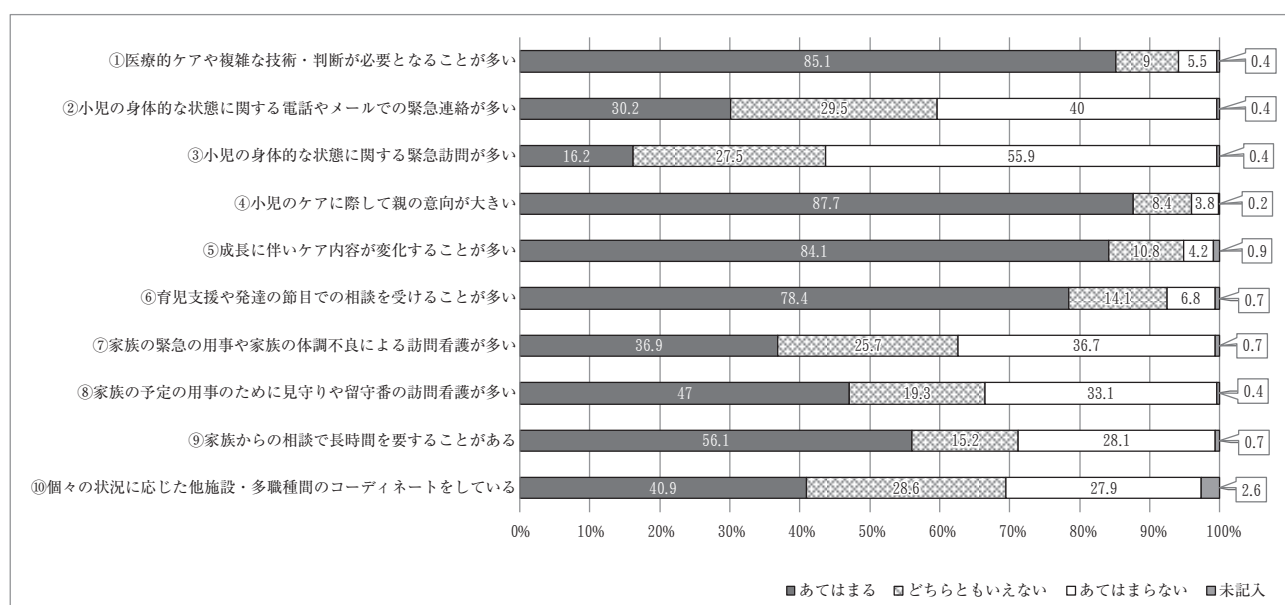


図4 小児有訪問St.における小児訪問看護の特徴

表4 小児有訪問St.と小児無訪問St.がとらえた小児の訪問看護を広げるための対策や制度

カテゴリ	サブカテゴリ	記述数	
		小児有訪問St.	小児無訪問St.
小児訪問看護の専門的研修の充実	研修制度の充実と助成・研修負担軽減	18	17
	小児看護や小児訪問看護の専門教育システム	18	18
訪問看護のスキルを上げるための助言体制	他St.・病院等と連携した小児訪問看護実地研修・同行訪問	9	33
	いつでも相談できる支援体制	5	6
小児訪問看護に関する報酬や制度の充実	利用できる社会資源の充実と拡大	15	2
	居宅外訪問の実用化	13	4
	診療報酬の見直しが必要	34	7
	助成制度の充実と拡大	7	0
連携がとりやすい体制づくり	緊急時に対応できる体制の整備	4	6
	小児をとりまくネットワークの強化	4	6
	訪問看護ステーション間の連携	3	4
	医療機関、行政機関との連携	13	13
在宅を担う人材の確保	在宅医の確保	10	7
	看護師やリハビリなど人材の確保・育成	4	5
	コーディネーターの育成	2	0
小児の訪問看護利用者を増やすための方策	社会への訪問看護の周知	7	11
	利用者・家族への周知	3	7
	小児の支援をしている専門職の理解促進	6	7

テムがあるとよい（小児有訪問St.）」や「緊急時の体制等の確立が必要（小児無訪問St.）」などがあり、いつでもどのような状態でも受け入れを依頼することができる施設や体制を希望していた。〈小児をとりまくネットワークの強化〉には、「小児をとりまく環境として、医療、福祉、保育でネットワークができると良い（小児有訪問St.）」や「訪問看護、行政、病院、福祉施設との連携を深める機会を増やして欲しい（小児無訪問St.）」などがあり、小児に関わる人々とのつながりを希望する意見があった。〈訪問看護ステーション間の連携〉には、複数の訪問St.での情報交換や情報共有、連携や引き継ぎの希望があった。〈医療機関、行政機関との連携〉には、「病院に入院中からもっと訪問看護と利用者とのかわりを持てるようにできたら現状が変わると思う（小児無訪問St.）」など、入院中から訪問St.が介入でき、医療機関・行政機関と連携できるしくみを望む意見があった。

【在宅を担う人材の確保】には3つのサブカテゴリがあった。〈在宅医の確保〉には、往診してくれる小児科医や小児を診てくれる在宅医が必要との意見があった。〈看護師やリハビリなど人材の確保・育成〉には、小児経験のある看護師やリハビリスタッフなどマンパワーが必要との意見があった。〈コーディネーターの育成〉は、小児有訪問St.のみにみられ、コーディネーターができる存在が必要であるとの意見があった。

【小児の訪問看護利用者を増やすための方策】には3つ

のサブカテゴリがあった。〈社会への訪問看護の周知〉には、「訪問看護のしくみ、制度、かわりなどもっと訪問看護のあり方や存在をアピールできる場所等あればよい（小児有訪問St.）」や「病院や市町村からの呼びかけ。住民が知らないことが多い（小児無訪問St.）」など、訪問看護について多くの人に知ってもらうための機会を要望する意見があった。また、〈利用者・家族への周知〉には、実際に訪問看護を必要としている人への情報提供を望む意見があった。〈小児の支援をしている専門職の理解促進〉には、「医療機関が訪問看護の必要性を感じてステーションに対して固定せず色々なステーションを利用するための機会があればと思う（小児有訪問St.）」など、医療機関から特定の訪問St.へ紹介が多い現状を変えてほしいとの意見があった。

IV. 考 察

本調査において回答のあった訪問St.の所在地は、青森県を除く46都道府県であり、全国の小児利用者のいる訪問St.の実態を明らかにできたと考える。

A. 小児訪問看護における現状から考えられる課題

1. 小児訪問看護の安定的な提供に関する課題

今回の調査では、全国2,500か所の対象となる訪問St.に質問紙を送付したが、宛先不明が95件あった。訪問St.は、

1年間の新設が1,000件を超える一方で、休廃止も710件あり（全国訪問看護事業協会, 2018）、訪問看護事業の安定的な継続の難しさが指摘されている（渡邊, 2020）。また、今回は小児を訪問している訪問St.を調査の対象にするために、小児慢性特定疾病情報センターに掲載されている訪問St.に送付したにもかかわらず、現在指定を受けていない訪問St.が約26%あった。指定を取り消す訪問St.や指定を受けていても小児を訪問していない訪問St.が一定数あることが推測できる。これらの結果から、訪問St.の状況は変動が大きく、小児を継続的に訪問している訪問St.ばかりではないことがうかがえる。

さらに、今回の調査では、小児有訪問St.は看護師数も利用者数も小児無訪問St.と比較すると有意に多かった（ $p < .001$ ）ことから、比較的規模が大きい訪問St.が小児訪問看護を行っていることが推測できる。小児の訪問看護においては、マンパワーの不足により小児を受けないという理由を挙げている文献もあるが（松澤ほか, 2015；門間・西連寺, 2020；齊藤ほか, 2019）、実際に規模が大きく、マンパワーのある訪問St.によって、小児訪問看護が提供されていると考えられる。小児の訪問看護は、高度な医療への対応や時間をかけて親との信頼関係を築く必要性、キャンセルが多いなどの特徴があるため（岡田ほか, 2020）、不安定な経営状況や人材不足の中では、小児を受け入れることは困難であると予測される。そのため、小児訪問看護を継続的に提供するためには、一定数の利用者を確保し、安定的な経営環境の中で、マンパワーを整備することが必要になると考えられる。しかし、大規模訪問St.のみでは、過疎地などに暮らす小児へのサービスが不十分になることが考えられる。

また、訪問St.全体の開設主体は会社が最も多く（43.8%）、2017年における厚生労働省の調査と同様であった（厚生労働省, 2018）。全国訪問看護事業協会の2010年の調査では、18歳以下の利用者への訪問看護を実施している事業所の開設主体は、「医療法人」が28.6%と最も多く、次いで「営利法人（株式・合名・合資・有限会社）」が16.0%であったが、本研究の小児有訪問St.では「会社」が42.2%と最も多く、過去と比較すると、小児訪問看護においても営利企業の参入が増えている現状が考えられる。しかし、全訪問St.と比較すると小児有訪問St.では、社団・財団法人の割合が高いという結果から、小児の場合は営利の追求のみならず、公益的な観点から小児訪問看護が行われている可能性も考えられる。

厚生労働省は、利用者数や看護師数が一定の基準を満たし、24時間対応や教育的機能をもつような規模の大きい訪問St.を「機能強化型訪問St.」として報酬が多くなるように改定を重ねている。訪問看護アクションプラン2025（全

国訪問看護事業協会, 2019）においても、「訪問看護サービスを安定的に提供するために、小規模な訪問看護事業者の役割を尊重しつつ、訪問看護事業所の規模を拡大する」必要性が述べられている。規模の大きい訪問St.で安定的に訪問看護を提供することは重要であるが、小児と家族が居住する地域で訪問看護を受けたいと思った場合に、必ずしも大規模な訪問St.が近くにあるとは限らない。在宅小児を支援する研究者の活動場面では、訪問St.の数が少ない地域では、小児の訪問看護を提供できる訪問St.を探ることが困難であるという声を、病院の社会福祉士や相談支援専門員から聴くことも少なくない。また、かつては子どものために医療機関の近くに転居することが多くみられたが、近年は、住み慣れた地域で暮らすことを希望する家族が多いことも実感している。個々の児と家族が、全国どこに住んでいても希望するサービスが受けられるようにするためには、小規模の訪問St.でも、小児利用者を継続的に受けることができるような仕組みが求められる。

2. 小児訪問看護の経験を積み重ねることが難しい現状に関する課題

先行研究では、小児の訪問看護を受けない理由の1つに、小児看護経験者がいないことが挙げられている（門間・西連寺, 2020）が、本研究の結果からは、病院で小児看護を経験している看護師の確保のみならず、高齢者と比較すると小児は訪問看護の経験を積み重ねることが難しい現状があることが見出された。

小児を訪問看護の対象としていない理由は、2番目に多かった「小児看護の経験看護師がいない」があり46.2%と半数近くを占めていたが、最も多かったのは「依頼がない」で82.7%であった。この結果は、過去の静岡県の調査（齊藤ほか, 2019）や、茨城県の調査（門間・西連寺, 2020）、全国訪問看護事業協会の調査（2011）においても、同様であった。依頼がなければ、小児の訪問看護を経験する機会を得られない。また、小児慢性特定疾病医療費助成制度の指定を受けていても、小児の訪問を行っていない訪問St.が128件あったが、これは指定を受けている訪問St.537件中の23.8%を占める。この結果は、指定を受けていても、必ずしも小児の訪問を行えているわけではないことを示しており、小児訪問看護への意欲はあっても、実施できない状況があると推測される。

さらに、小児の訪問看護を行っている場合でも、1つの訪問St.が契約している小児利用者数は少なく、複数の経験を積み重ねることが難しいという現状もあった。本研究結果においては、小児の利用者数が1人という訪問St.が最も多く、3人以下の訪問St.が約50%を占めていた。全国訪問看護事業協会による2010年の調査においても、18歳

以下の訪問看護の1事業所当たりの利用者数は2.8人であり、茨城県の調査（門間・西連寺，2020）でも全体利用者数84.3人のうち小児利用者数は3.2人と、1事業所で小児を経験できる機会が少ないことがうかがえる。加えて、小児利用者の中でも医療的ケア児数は1人が最も多く25.5%を占め、3人までの利用者で62.3%を占めていた。小児の訪問看護経験のみならず、医療的ケア児の対応経験を積むことは、より機会が少ないことが推察される。

「依頼がない」ことや小児利用者数が少ない要因として考えられるのは、小児利用者の絶対数の少なさである。厚生労働省の報告（2020a）によると、小児訪問看護の利用者は増加傾向にはあるものの、訪問看護全体の1割にも満たない。このことから、限られた訪問St.への依頼になると考えられる。さらに、小児が在宅へ移行する際、母親には不安がつきまとうため（浅井・浅野，2017；橘・鈴木，2017）、実績があり信頼できる訪問St.を強く希望する可能性が高く、退院時に病院から依頼する場合には、これまでの実績が病院に評価されていて病院との関係性がある訪問St.に依頼することが予測され、他の訪問St.への依頼が広がらないことが考えられる。高度な医療的ケアがある場合には、なおさら実績のある訪問St.に依頼が集中することは容易に想像できる。

3. 小児訪問看護ならではの困難さへの対応の必要性

今回の調査では、小児訪問看護の特徴として85%以上の訪問St.が「①医療的ケアや複雑な技術・判断が必要となることが多い」に回答していた。小児有訪問St.での医療的ケアの実施割合は、吸引（74.1%）、気管切開（67.0%）、胃ろう・腸ろう（62.9%）、人工呼吸器装着（58.2%）の順に高かった。これらの割合から、多くの小児が複数の医療的ケアを必要としていることが推測できる。この医療的ケアの実施割合の順序は、過去の文献（草野・高野・下迫・足立，2015；門間・西連寺，2020；全国訪問看護事業協会，2011）と類似している結果であったが、本研究では人工呼吸器装着の割合が58.2%を占めていた。2010年の全国訪問看護事業協会の調査では、18歳以下で人工呼吸器を使用している状態は30.2%であった。この調査と比較すると、小児の訪問看護でより高度な医療的ケアが行われるようになっていくと推測される。厚生労働省の訪問St.の利用者の報告（2017c）において、小児は他の年代に比べて別表8（厚生労働大臣が定める状態を示した表で、医療ニーズが高い状態を示したものの）の該当者が多いことが示されており、高度な医療的ケアに対応する必要があることが特徴である。

加えて、小児訪問看護の特徴として「④小児のケアに際して親の意向が大きい」、「⑤成長に伴いケア内容が変化

することが多い」、「⑥育児支援や発達の節目での相談を受けることが多い」の項目にあてはまると回答していた訪問St.が75%を超えており、成長発達に伴う対応や家族支援の重要性を認識していることが推測できる。先行研究においても、小児訪問看護を行う上での困難の内容として、母親をはじめとする家族とのかかわりや成長発達に伴う看護内容の変更など、小児特有の困難さが複数報告されており（松澤ほか，2015；門間・西連寺，2020；村田・岩脇・滝下・江本，2021；齊藤ほか，2020；泊ほか，2021）、小児訪問看護ならではの特徴に対応する必要性が示唆されている。

B. 小児の訪問看護における課題への対策

本研究の結果から見出された課題に共通して必要な対策は、小児訪問看護の経験を積み重ねることが難しい中でも、小児ならではの特徴に合わせた看護を、小規模の訪問St.であっても安定的に提供できるような体制を整えることであると考えられる。以下に、考えられる対策を3つ挙げる。

1つ目は、小児の訪問看護の経験の不足を補うための教育的な支援である。今回の研究結果の訪問看護を広げるための対策や整備には、【小児訪問看護の専門的研修の充実】や【訪問看護のスキルを上げるための助言体制】があった。研修の充実は、小児利用者の有無にかかわらず、どちらの訪問St.も望んでいたが、小児無訪問St.は、実際の看護で困った時に相談できる体制や同行訪問などの実地場面での指導をより望んでいた。2022年度の診療報酬改定では、他の訪問St.を支援する訪問St.への報酬が見直された（厚生労働省，2022）。そのため、今後実践的な研修や相談体制が整備されると思われる。少ない経験から効果的に要点をおさえて学べる教育的な方略を考えていく必要がある。このような研修を実施することで、小児訪問看護を担う人材確保にもつながると考える。

2つ目は、経験が少なく小規模であっても、訪問看護を継続できるようにするための多職種連携体制とそれに伴う報酬の整備の必要性である。今回の調査でも、【連携がとりやすい体制づくり】や【小児訪問看護に関する報酬や制度の充実】が、小児の訪問看護を広げるための対策として求められていた。

小児は成長発達に応じて、乳幼児期は保育園や児童発達支援などの福祉施設との連携、学童期は学校などの教育施設や放課後等デイサービス等との連携も加わるなど、連携先が多く変化していくことも特徴の一つであり、本研究においても小児訪問看護の特徴として、「⑤成長に伴いケア内容が変化することが多い」、「⑥育児支援や発達の節目での相談を受けることが多い」と認識されていた。また、高齢者の場合、介護支援専門員が包括的にサービスを調整し

ているが、小児の場合、相談支援専門員は福祉サービスの調整を行う専門職であり、医療機関や教育機関との調整は、家族やそれぞれの専門職の努力によって行われているという現状がある。これらの現状をふまえて、国は医療的ケア児のコーディネートを専門的に担う職種の養成を推進しており、2023年度末までに各都道府県、各圏域および各市町村において医療的ケア児等コーディネーターの配置を基本とし、関係機関の協議の場を設けることを目標に掲げている（厚生労働省、2020b）が、これらの制度のどこにどのように訪問看護師がかかわるかは明確になっていない。一方で、小児の訪問を行う看護師には、小児に関連した社会資源の知識やマネジメント技術の習得が必要であり、関係する人たちと連携をとりながら小児と家族の生活を支えていくコーディネート力が必要となることが、草野・高野・田ノ上（2020）の文献にも示されている。誰とどのように協働して調整をすることが望ましいかという連携の仕組みづくりとともに、看護師の調整能力をどのように教育し発揮できるようにするとよいかを考えていく必要があると思われる。

さらに、今回の調査結果では、小児有訪問St.の経営母体において、小児が利用可能なサービスに「併設施設なし」と回答した訪問St.が57.4%を占め、病院・医院は20%以下、相談支援事業所は10%以下であった。これは、小児の訪問看護では特に必要な連携・協働する先を経営母体以外の施設に求めなければならないことを示していると考えられる。病院や経験のある訪問St.との連携、福祉機関や教育機関との連携がとれていれば、緊急時の対応や成長発達に伴う問題に不安を感じる場面があったとしても、対応が可能となる。これまでも、訪問St.管理者は、病院の医師や病棟看護師などの医療関係者、相談支援専門員や保健・福祉・行政関係者などの福祉関係者に協働を働きかけ、お互いに状況を理解し合う努力をしているが（野村・豊田・枝川、2021）、連携するためのシステムが整っているわけではなく、連携のための会議や報告書の作成に伴う報酬はごく一部に限られている（岡田ほか、2020）。小児有訪問St.では、【小児訪問看護に関する報酬や制度の充実】として、社会資源の充実や診療報酬の見直しを求める記述も多くみられた。小規模であっても、連携する仕組みや報酬があることで継続的かつ安定的に小児の訪問看護を提供できると考える。

3つ目は、小児訪問看護の周知の必要性である。小児の訪問看護を広げるための対策や制度には、〈社会への訪問看護の周知〉、〈利用者・家族への周知〉、〈小児の支援をしている専門職の理解促進〉も挙げられていた。これらは、以前よりは周知が進んでいるとはいえ、小児の訪問看護や医療的ケア児の理解が十分ではないと訪問St.が感じてい

る結果であると考えられる。厚生労働省（2020b）の調査によれば、医療的ケア児のうち訪問看護を受けているのは48%である。他のサービスや家族の努力で、訪問看護の必要性がない場合もあると考えられるが、家族のみで問題を抱え、必要なサービスを受けることができていない状況も考えられる。訪問看護は、日常的に家族を近くで見守り、必要な時にタイムリーに支援できる専門職であるため、周知することで利用が広がる可能性もある。社会や家族への周知は、訪問St.の努力のみならず、医療機関の理解も必要となるため、地域と病院の連携や理解をさらに促進していく必要があると考える。

以上のことから、小規模な訪問St.が、小児訪問看護の実績が病院に評価されていて豊富な経験をもつ機能強化型訪問St.と協働し、対策を実施することが小児訪問看護の安定的な提供に対する解決の糸口になるのではないかと考える。

結 論

1. 小児慢性特定疾病情報センターに掲載されている全国の訪問St.のうち、実際に指定を受けていたのは71.7%であり、実際に小児を訪問する小児有訪問St.が455件（60.7%）であった。開設主体は会社が最も多く、小児有訪問St.では社団・財団法人の割合が有意に高かった。小児が利用可能なサービスが併設されていない訪問St.が57.4%を占めていた。
2. 小児を訪問の対象としていない理由には、「依頼がない」が最も多かった。
3. 小児有訪問St.は小児無訪問St.と比べ、看護師数や利用者数が多く、訪問St.ごとの小児利用者数は1人という訪問St.が最も多かった。医療的ケアの実施は人工呼吸器装着の割合が58.2%であり、小児訪問看護の特徴としても、「医療的ケアや複雑な技術・判断が必要となることが多い」と認識されていた。
4. 小児訪問看護を広げるための対策や制度として、教育的支援の充実や報酬制度の充実、連携がとりやすい体制づくり等の要望があった。
5. 結果から、小児訪問看護の推進のためには、経験の不足を補うため小児訪問看護の実績をもつ訪問St.と協働し、教育的支援と多職種連携体制およびそれに伴う報酬の整備、社会へのさらなる周知の必要性といった課題が見出された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた訪問看護ステーションの皆様
に感謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、日本看護研究学会渉外ワーキングのプロジェクトとして、日本看護研究学会からの助成を受けて行った。

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

- 浅井佳士, 浅野どり (2017). 重症心身障がい児をもつ主養育者の在宅移行期における意識：子どもへの思いおよび影響要因に焦点を当てて. *日本小児看護学会誌*, 26, 159-165.
- 遠渡絹代, 泊 祐子, 部谷知佐恵, 市川百香里, 岡田摩理, 竹村淳子, 赤羽根章子 (2017). 日本看護研究学会平成27年度「渉外」報告：診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 859-865.
- 郷 更織, 山田真衣, 大久保明子, 北村千章 (2014). 新潟県の訪問看護ステーションにおける小児の訪問看護に関する実態調査. *新潟県立看護大学紀要*, 3, 8-12.
- 片山春香, 白井徳子 (2009). 三重県内の小児訪問看護の現状と訪問看護師の抱える困りごと. *三重県立看護大学紀要*, 13, 59-69.
- 厚生労働省 (2017a.10.16). 医政局地域医療計画課の小児等在宅医療に係る取組. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000180994.pdf> (参照2022年4月9日)
- 厚生労働省 (2017b.10.16). 医療的ケアが必要な障害児への支援の充実に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000180993.pdf> (参照2022年10月2日)
- 厚生労働省 (2017c.11.15). 在宅医療 (その4). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186845.pdf> (参照2022年4月10日)
- 厚生労働省 (2018.9.20). 平成29年度介護サービス施設・事業所調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo.pdf> (参照2022年4月13日)
- 厚生労働省 (2020a.1.15). 在宅医療について. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584474.pdf> (参照2022年4月10日)
- 厚生労働省 (2020b.1.15). 医療的ケア児等の支援に係る施策の動向. <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584473.pdf> (参照2022年4月10日)
- 厚生労働省 (2022.3.4). 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907885.pdf> (参照2022年5月7日)
- 草野淳子, 高野政子, 下迫絵梨, 足立 綾 (2015). 大分県内における在宅療養児の訪問看護の実態と課題. *看護科学研究*, 13(1), 1-8.
- 草野淳子, 高野政子, 田ノ上辰吾 (2020). A県の訪問看護師が小

児の訪問看護の経験の有無や経験年数の違いにより不足していると認識している知識・技術. *日本小児看護学会誌*, 29, 1-8.

- 前田浩利 (2016). 小児在宅医療の現状と問題点の共有. 平成27年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会資料, 22-38. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000195880.pdf> (参照2022年4月9日)
- 松崎奈々子, 下山京子, 青柳千春, 佐光恵子, 金泉志保美, 阿久澤智恵子 (2014). 医療的ケアを必要とする小児を対象とした訪問看護に関する研究動向と今後の課題. *日本小児看護学会誌*, 23(2), 48-56.
- 松澤明美, 白木裕子, 連 利博, 竹谷俊樹, 平澤明美, 新井順一 (2015). 茨城県北・県央地域の訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実施状況と課題. *茨城キリスト教大学看護学部紀要*, 7(1), 19-27.
- 門間智子, 西連寺信枝 (2020). 茨城県南地域の小児訪問看護の実施状況と課題. *常磐看護学研究雑誌*, 2, 21-29.
- 村田優子, 岩脇陽子, 滝下幸栄, 江本厚子 (2021). 医療ニーズの高い小児に対する訪問看護師の在宅ケア実践における困難. *日本看護科学会誌*, 41, 915-923.
- 西留美子, 榎本見子, 田口 (袴田) 理恵 (2015). 都道府県別の在宅療養児に対する訪問看護ステーションの需給状況. *共立女子大学看護学雑誌*, 2, 33-38.
- 野村佳代, 豊田ゆかり, 枝川千鶴子 (2021). 医療的ケア児の地域包括ケアを推進するための訪問看護ステーションにおける専門職協働の取り組み. *日本小児看護学会誌*, 30, 190-197.
- 岡田摩理, 赤羽根章子, 泊 祐子, 市川百香里, 遠渡絹代, 部谷知佐恵, 竹村淳子 (2017). 日本看護研究学会平成27年度「渉外」報告：在宅療養をしている障がい児と家族の生活を広げるために必要な訪問看護サービスの実態とニーズ. *日本看護研究学会雑誌*, 40(5), 867-873.
- 岡田摩理, 泊 祐子, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 赤羽根章子, 叶谷由佳, 濱田裕子 (2020). 小児専門訪問看護ステーションの管理者がとらえた診療報酬上の課題と経営上の工夫. *日本看護研究学会雑誌*, 43(2), 221-229.
- 齊藤麻子, 林 亮, 川口千鶴, 小川典子, 藤尾祐子, 美ノ谷新子 (2019). 静岡県東部地区における小児の訪問看護の実態と課題：訪問看護ステーション管理者へのアンケートによる実態調査. *順天堂大学保健看護学部順天堂保健看護研究*, 7, 32-39.
- 齊藤麻子, 林 亮, 川口千鶴, 小川典子, 藤尾祐子, 鈴木江利子 (2020). 静岡県東部地区における在宅療養児の訪問看護の実態と課題：訪問看護師の語りから. *順天堂大学保健看護学部順天堂保健看護研究*, 8, 27-35.
- 坂本すが (2016). 小児の在宅医療におけるCNS, NP, 訪問看護師への期待. *日本小児看護学会誌*, 25(3), 125-128.
- 島田珠美 (2016). 地域支援 (訪問看護) の立場から. *日本重症心身障害学会誌*, 41(1), 43-44.
- 橘 ゆり, 鈴木ひろ子 (2017). 医療的ケアを必要とする子どもの在宅生活を継続している母親の思い：在宅生活へ移行後1年未満の子どもの母親に焦点を当てて. *日本小児看護学会誌*, 26, 45-50.
- 泊 祐子, 岡田摩理, 遠渡絹代, 市川百香里, 部谷知佐恵, 濱田裕子, 叶谷由佳, 赤羽根章子 (2021). 小児専門訪問看護ステーションにおける医療依存度の高い重症心身障がい児ケアの専門的役割と機能. *日本看護研究学会雑誌*, 44(4), 647-656.
- 渡邊尚之 (2020). 訪問看護ステーションの経営戦略. *コミュニティケア*, 22(7), 6-8.

全国訪問看護事業協会 (2011.3). 医療ニーズの高い障害者等への支援策に関する調査報告書. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/cyousajigyou/dl/seikabutsu19-2.pdf> (参照2022年 4月 9日)

全国訪問看護事業協会 (2018). 平成30年訪問看護ステーション数調査結果 (訪問看護ステーション). <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-research.pdf> (参照2022年 4月13日)

全国訪問看護事業協会 (2019). 訪問看護アクションプラン2025: 2025年を目指した訪問看護. <https://www.jvnf.or.jp/wp-content/uploads/2019/09/actionplan2025.pdf> (参照2022年 5月13日)

[2022年 6月15日受 付]
[2023年 1月16日採用決定]

Problems Related to the Status of Home-Visit Nursing Care for Children at Visiting Nursing Stations in Japan in 2018

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 657-670
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230116203>

Akiko Akabane, MS, RN, PHN, Chisae Toriya, MS, RN,
Mari Okada, PhD, RN, Yuka Kanoya, PhD, RN, PHN,
Kinuyo Endo, MS, RN, CNS, Yukari Ichikawa, MS, RN, CNS,
Yuko Hamada, PhD, RN, PHN, Yuko Tomari, PhD, RN
Japan Society of Nursing Research Working Group, Tokyo, Japan

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the status of home-visit nursing care for children and to identify any associated problems. **Methods:** We posted questionnaires to 2,500 visiting nursing stations (VNSs) listed as designated medical institutions for specific pediatric chronic diseases. We then conducted statistical and qualitative analyses via an inductive approach. **Results:** Notably, 71.7% of VNSs received specific pediatric chronic disease designation, and those with pediatric users accounted for 60.7%. The reason provided for the absence of pediatric home-visits was most commonly “no request made.” The number of nurses and users at VNSs was high and the number of pediatric users at each VNS was most frequently 1. The proportion of users on a ventilator was 58.2%. Measures and systems to expand pediatric home-visit nursing involved requests for improving educational support and creating a system to facilitate collaboration. **Conclusion:** We noted a need for a) the cooperation of VNSs experienced in pediatric home-visits, b) educational support to compensate for any lack of experience, c) a multidisciplinary collaboration system, d) provision of associated remuneration, and e) dissemination of information to society.

Key words

visiting nursing station, home-visit nursing, pediatric home nursing, visiting nursing station with pediatric users

Correspondence: A. Akabane. Email: akabane.akiko.y5@mail.f.thrs.ac.jp

インスリン療法中の 高齢糖尿病患者を支える家族の モニタリング力

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 671-681
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230117205>

近藤考朗¹, 稲垣美智子², 多崎恵子², 堀口智美²

¹公立学校共済組合北陸中央病院, ²金沢大学医薬保健研究域保健学系

要 旨

目的: インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力の構成要素と獲得するまでのプロセスを明らかにする。**方法:** インスリン注射の介助を行いながら在宅で療養している高齢糖尿病患者の家族13名に半構成的面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法を参考に分析した。**結果:** モニタリング力は【低血糖、高血糖におののく】【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】【注射ができなくなっている老化をみつめる】【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】【医療者のお墨付きをもらう】【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】の7つのカテゴリから構成され、7つのカテゴリによってモニタリング力を獲得していくプロセスを描くことができた。**結論:** 本研究結果によりモニタリング力を踏まえた家族ケアを指導することが可能であると示唆された。

キーワード

糖尿病, インスリン療法, 高齢者, 家族, モニタリング力

責任著者: 近藤考朗. Email: kondo_0507_0704@yahoo.co.jp

はじめに

糖尿病治療の3原則は食事、運動、薬物療法であり、良好な血糖コントロールの維持に有効な手段としてインスリン療法がある。インスリン療法は、全糖尿病患者の約3割の患者が導入している（三家・弘世・河盛, 2008, p.189）。

高齢者であっても、インスリン療法が必要なケースは多々ある。経口血糖降下剤でコントロールできない場合や内因性インスリン分泌が低下または枯渇している場合などである（登坂・綿田, 2017, p.67）。加齢とともに糖尿病患者は増加しており（厚生労働省, 2020）、今後もインスリン療法を必要とする高齢糖尿病患者は増加していくと予測される。

しかしながら、高齢者は加齢による身体・認知機能の低下や新たな病気の出現によりこれまで可能であったインスリン療法を困難にすることがある。手技に関しては、加齢に伴う視力・巧緻性の低下、記憶力・認知機能の低下により注射のボタンがうまく押せないことや注射を打つこと事態を忘れるといった事態が報告されている（森垣, 2011; 中野, 2010, p.381）。また、高齢者の低血糖症状は典型的ではなく、症状は出にくいとの報告（藤原・前田, 2017）

がある。つまり、糖尿病患者に共通するインスリン注射と関連する知識や観察力、そして、その他の治療法の知識が必要とされるが故の困難さがある。清水・黒田・内海・正木（2005）は、糖尿病患者全般において、セルフケア能力の一つとして、モニタリング力があると報告している。モニタリング力とは必要な情報を集め、自分の状況を客観視しつつその情報を解釈し、判断・決定していく問題解決思考過程としている。加齢により、本来できていたセルフモニタリングする能力も低下していくことが予測される。

以上のことから、身体・認知機能が徐々に低下していく高齢糖尿病患者にとって、特にインスリン療法を受けている患者が療養行動を継続できるのは、周囲のサポートのあり方に左右されることが考えられる。周囲からのサポートには、医師、看護師をはじめとした医療職から受けるもの、友人、家族をはじめとした重要他者から受けるものなど様々である。

その中で研究者は、高齢糖尿病患者の一番近い存在である家族のサポートに焦点を当てた。なぜなら、糖尿病は生涯にわたるコントロールを必要とし、治療の食事、運動、薬物療法は普段の生活と密着しているため家族の生活にも影響を及ぼし、治療である食事や運動は日常生活そのもの

であり、インスリン注射もまた毎日欠かすことのできない治療行為だからである。いずれの治療も相互に関連しながら家族との生活に密着している。サポート者である家族は、生活に密着しているからこそ観察可能なことがあり、患者との関わりを頻繁に持つ中で獲得していくサポートがあるのではないかと考えた。また、医療従事者では補うことのできない独自の観察の視点、能力を家族が備えていくことが、インスリン注射を打ちながらの療養の継続を可能にしていると考えた。

高齢糖尿病患者のインスリン療法について先行研究では、高齢糖尿病患者自身のセルフケア上の問題状況やそれらの問題への支援の在り方が報告されている（永田, 2009；内海・清水・黒田, 2006）。横内（2019）の研究では高齢糖尿病患者の家族を対象とし、インスリン注射に焦点を当てて、どのように注射をサポートしているかを明らかにしている。家族に対する支援では、黒田（2017）によって認知機能に低下が生じた高齢インスリン療法患者・家族への援助指針の開発が進められているところである。

しかし、認知機能だけではなく、身体機能も含めた機能が徐々に低下していく高齢糖尿病患者の家族が、どのようにして在宅であっても患者のインスリン療法を継続可能にしているのかについて報告されたものはほとんどない。

今後、インスリン療法を必要とする高齢者の増加が予測されることから、これらについて検討していく必要がある。

そこで、研究者は、インスリン注射を自分自身で行うことと、代行して行うことではモニタリング力の性質や項目が違わないかと考えた。本研究は、インスリン療法を在宅で継続可能にしている家族のモニタリング力の構成要素と獲得するまでのプロセスを明らかにすることを目的とした。

〈用語の定義〉

本研究は、用語の定義を下記の通りとした。

高齢糖尿病患者：65歳以上の糖尿病をもつ患者。

家族：患者の治療に影響を及ぼす重要な関係の人。血縁のみでなく配偶者や、兄弟姉妹の配偶者、義理の子供なども含む。

インスリン療法：インスリン注射および注射による低血糖などの関連症状への対処方法も含めた療養方法。

I. 研究目的

本研究は、インスリン療法を在宅で継続可能にしている家族のモニタリング力の構成要素と獲得するまでのプロセスを明らかにする。

II. 研究方法

A. 研究参加者の選出方法

1. 研究対象者

研究対象者はインスリン注射の介助や見守りを行いながら、在宅で療養している高齢糖尿病患者の家族である。

近年、家族形態は多様であることから患者の治療や生活について十分に理解していると、患者およびその他の家族が認める者を対象とし協力を依頼した。また、患者・家族より複数名の回答があれば複数名を対象とした。

しかし、高齢糖尿病患者のインスリン療法に関わりを持たない家族、患者本人と家族が共に自立していると考えている場合、県外に住んでいるなど全く連絡をとっていない場合はモニタリングすることが困難であると判断し、研究対象から除外した。

2. 選出方法

内科医師、外来看護師に研究の趣旨を説明し、対象となる家族と患者を選出してもらった。

3. 研究フィールドについて

研究フィールドは地域の中核病院であるA病院である。施設には糖尿病専門医が3名所属しており、外来での糖尿病教育には日本糖尿病療養指導士の資格をもった看護師5名が従事している。

病院の立地環境は農村部に位置し、地域の人口は約3万人である。少子高齢化が大幅に進んでいる地域である。

B. データ収集方法

1. 調査期間

平成29年1月から10月。

2. 調査方法及び面接手順

医療者から紹介を受けた患者とその家族に対し、外来受診時に研究者が文書及び口頭で研究の趣旨を説明した。患者と家族が同席している場合には一緒に説明を行った。患者しかいない場合には、まず患者に同意をもらった後で家族を紹介してもらい、改めて研究の趣旨を家族に直接説明し、同意をもらった。

検査の待ち時間や外来受診終了後に面接を行った。患者を一人にしておくことが心配という家族に対しては、患者に同意を得た後、患者にも同席してもらい、面接を実施した。

調査は半構成的面接を行った。面接回数は参加者1名に対し1回で、参加者の了解を得てICレコーダーに録音した。面接時間は15分から45分であり、平均32分であった。

面接の質問は家族が高齢糖尿病患者の生活全般をどのように見ているかという視点で構成した。質問の文言は以下の通りであった。「ご家族がインスリン注射を打つようになってから今までのことを教えてください（よかったこと、心配したこと、びっくりしたことなど）」「ご家族が気をつけてみているというポイントはありますか?」「生活の中で他にどのようなことに気をつけているか教えてください」の項目を基本とし、インスリン療法を含む生活全般について参加者に自由に語ってもらった。また、インスリン療法における重大な副作用である低血糖と日常とは異なる体調を崩した日を意味するシックデイに対する知識がどの程度か把握するために「シックデイや低血糖について指導を受けたことはありますか?」という質問も行った。

語られた内容に関して研究目的に合わせて焦点化することがよいと判断した場合は、その内容に質問を加えて語りを深めるよう努めた。

3. 診療記録の閲覧

患者とその家族双方に研究参加に関する説明を行い、患者には診療記録を閲覧することの説明を行った。同意が得られた対象のみ診療記録から情報収集した。その診療記録からは高齢糖尿病患者の治療方法、罹病期間、糖尿病の経過、自覚症状の有無、糖尿病の合併症や他疾患の有無、家族形態、HbA1c値、血糖値について同意を得て情報収集した。

C. 分析方法

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法 (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA) を参考に質的に分析した。M-GTAは木下 (2003) によって示された方法に従って分析を行った。M-GTAは、社会相互作用に関係し、人間行動の予測に関わり、同時に、研究者のテーマによって限定された範囲内において、その意義を明確に確認する説明力に優れた理論である。本研究はインスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族という限られた範囲でのモニタリング力を明らかにすることを目指すものである。患者家族のモニタリング力は、患者、家族、周囲の人々との相互作用の中で生まれてくるものであり、結果を現場に還元することを重視しているため、M-GTAが本研究に適した方法であると判断した。分析方法は、まず、分析テーマを設定し、データに対してどのような角度で分析に入るかを定めた。

本研究の分析テーマは、「インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力を獲得するプロセス」とした。分析の手順は、まず、分析テーマと分析焦点である在宅療養をする高齢糖尿病患者のインスリン注射の

介助や観察を行う家族に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの具体例 (ヴァリエーション) とし、分析ワークシートを用いて、他の類似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。生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータを見ていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果図を作成した。

D. 真実性の確保

本研究の全過程において、質的研究の経験が豊富にあり、M-GTAに精通している糖尿病看護の専門家である指導者、糖尿病看護を専門とする複数の教員、研究者により定期的なスーパーバイズを受け、結果がモニタリング力を説明しているか、内容が理解できるかを確認した。

E. 倫理的配慮

参加者に対しインフォームドコンセントとして、研究の目的や内容、方法について文書および口頭で十分に説明し、同意を得た。また、高齢糖尿病患者に対しても説明を行い、カルテより診療記録を閲覧することについて同意をもらった。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した (審査番号: 729-1)。

Ⅲ. 結 果

A. 研究参加者および患者の概要

13名の家族と12名の患者に研究参加の依頼をし、同意を得て調査を行った。分析対象者は配偶者4名、患者の子8名、子の配偶者1名の計13名となった。そのうち男性が5名、女性が8名であった。ID4以外は同居していた。一人の患者にとってのキーパーソンとして2名あがったID4とID5に関しては、それぞれに面接を行った (表1)。

患者12名の平均年齢は 83 ± 3 歳、平均糖尿病歴は 26 ± 11 年、平均インスリン注射使用歴は 9 ± 6 年であった (表2)。準備から注射まで全代行を必要とする患者は5名、設定のみ、打つまでの準備など一部代行を必要とする患者は7名であった。

B. モニタリング力を獲得していくプロセスのストーリーライン

概念生成を行う中で、介助者の性別やインスリン注射を全介助でしているのか、一部介助をしているのかなどの対極比較や類似比較の観点から継続比較分析を行った。ID11で新たな概念が生成されなくなり、ID12, 13で分析

表1 研究参加者の概要

家族	続柄	性別	年齢	家族形態	世帯人数	医療者からの指導の有無	
						低血糖	シックデイ
ID1	子（4女）	女性	54歳	同居	3人	有	無
ID2	配偶者	女性	81歳	同居	5人	有	有
ID3	配偶者	女性	73歳	同居	5人	無	無
ID4	子（長女）	女性	66歳	別居	不明	有	無
ID5	子（長男）	男性	66歳	同居	2人	有	無
ID6	子（長女）	女性	79歳	同居	5人	有	無
ID7	次男の配偶者	女性	58歳	同居	4人	有	無
ID8	配偶者	女性	76歳	同居	6人	有	無
ID9	子（長男）	男性	60歳	同居	2人	無	無
ID10	子（長男）	男性	57歳	同居	5人	有	無
ID11	子（長男）	男性	58歳	同居	6人	有	無
ID12	子（長男）	男性	53歳	同居	3人	有	無
ID13	配偶者	女性	81歳	同居	8人	無	無

表2 患者の概要

	人数		平均値±SD
	男性	女性	
性別	4	8	
年齢（歳）			83±3
糖尿病歴（年）			26±11
インスリン使用歴（年）			9±6

テーマで設定したプロセスが明らかになったと判断した。結果、21個の概念が生成され、意味の類似性に従って、4

つのサブカテゴリーと7つのカテゴリーが抽出された。

家族のモニタリング力は7つのカテゴリーから構成され、これらのカテゴリーから〈モニタリング力を獲得していくプロセス〉が見出された。結果、図1が示すよう、カテゴリー一つひとつがモニタリング力を構成する要素であり7つのカテゴリーすべてが積み重なった状態をもって、高齢糖尿病患者の生活を支える家族のモニタリング力を獲得したプロセスとして描くことができた。以下、プロセスを〈 〉、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、概念を下線で、代表的なヴァリエーションを「 」で、

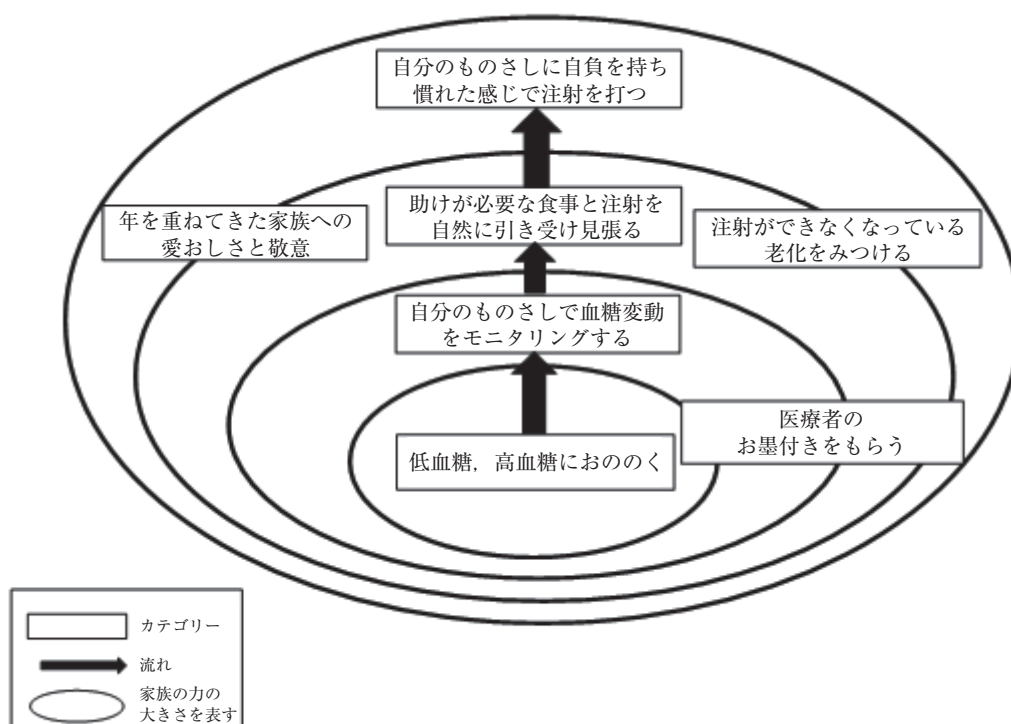


図1 モニタリング力を獲得していくプロセスの結果図

() は研究者による補足を示す。

患者家族は、モニタリング力を獲得していく過程において、重症な低血糖や高血糖状態を目の当たりにし【低血糖、高血糖におののく】体験をしていた。その体験の中で家族は低血糖、高血糖の兆しを逃さないよう【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】ようになっていた。さらに家族は、【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】ようになり、食事・注射の様子をモニタリングしていた。そして、患者が在宅で療養生活を続けられるよう【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】ことに至っていた。

このプロセスは【注射ができなくなっている老化をみつける】、【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】、【医療者のお墨付きをもらう】の3つの影響を受けることで一つの経験のたびに力を成長させていた。【注射ができなくなっている老化をみつける】、【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】は【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】、【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】の段階に必要な力となり、【医療者のお墨付きをもらう】はすべての段階に必要な力となり、医療者は患者が在宅で療養生活を送るためのケアを担う家族のサポート役となっていた。

C. モニタリング力を構成するカテゴリーについて

モニタリング力を構成するカテゴリーについて説明する。

1. プロセスの始まりを示すカテゴリー【低血糖、高血糖におののく】について

a. カテゴリー：【低血糖、高血糖におののく】

患者の重篤な低血糖・高血糖状態に直面し、おののく体験をすることで、2つの概念から構成された。

(1) 低血糖に直面し、大騒動

「あの人は昔から5時に打っていたので。昔の記憶は残っていますので。だから2時間半空いたら低血糖おきちゃうでしょ。だから家帰ったらぐったりしてるのがあって、なんでーって。(ID1)」のように重症な低血糖症状に直面し、驚く体験をしていた。

(2) 高血糖による体調不良を目の当たり

「4月のときに急に体調悪くなったものですから、徐々に戻ってきたものですから、今はそれが逆にちょっとなんか少なくなってきたという感じですかね。高いままの状態であって、我慢しようと思ったらひどいと思いますから。(ID12)」のように高血糖で体調が悪くなったことを目の当たりにしていた。

2. モニタリング項目を示すカテゴリー【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】、【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】について

a. カテゴリー：【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】

日常的に血糖値を測定し、いつもと違う感覚と低血糖の症状を自分のものさしで捉え、血糖変動をモニタリングすることで3つの概念からなる1つのサブカテゴリーと、1つの概念によって構成された。

(1) 《経験となんとなくの感覚で低血糖を捉える》

3つの概念から成り、「えーっと、低血糖なるとまず冷汗出て、ちょっとおかしいなって、本人も気がつくんですけど、本人が気づかないこともあるんで、ちょっとおかしいことないかをみます。(ID2)」や「私達見とって何もおかしいなって思って、んー。(ID3)」、「私はあの昔の仕事場で糖尿病の患者さんおられた。職場で。みず飴持とって。11時半、あーあーおら低血糖やから飴くれって言うてたから、うちのお父さんも同じ病気やから一緒やと思って。(ID3)」のように本人が気づかない低血糖症状の兆しを日々の生活の中で見逃さないようにしていた。医療者から低血糖の指導があった家族は、低血糖症状はもう分かっているという自信を持ち、冷汗など低血糖特有の症状と、長年一緒に住んできた感覚によって低血糖を判断していた。一方、医療者から低血糖に関する指導がなかった、あるいは指導があったが十分に理解していない家族はなんとなくおかしくなっていることや身近な糖尿病患者からみた低血糖と比較することで長年一緒にいる感覚のみで低血糖を判断していた。

(2) とりあえず測ってみる血糖値

「やはり低血糖っていうのが一番……。会社から帰ってきて、家でぐったりしとって、血糖値測ってみたら39って……。1年前に入院してるからその1年前か、2年前ほどにけっこうあったんですよ。あのひと内耳に腫瘍があるんですけど、その眩暈なのか低血糖の眩暈なのか分からなくて……。でもとりあえず倒れたら血糖測る。それで70以下だったら糖尿病の低血糖だと分かる。(ID1)」のように血糖値を体調を把握するものさしとして使っていた。

b. カテゴリー：【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】

2つのサブカテゴリーから構成され、低血糖・高血糖にならないよう食事と注射を整え、食べているものを把握したりインスリンの手技を見張ったりすることである。

(1) 《思いやりを持って食事を見張る》

3つの概念から構成され、「最初はえーって、私もカロリーあるなって思ってお医者さんに聞いてそれはダメってことで、そういうものはだいぶカットして、たまに甘いも

の飲みたそうにするから、たまには飲んでいいんじゃないって、いいって言うんです。(ID4)」や、「いやー、でもほら、同じ食事にしても、同じようにあげてもね。別にしないといけないんですけど。ほんでやっぱり控え目にして、濃い目やなと思ったら、私ちょっと加減して、あの少な目にして分からないくらいに。(ID3)」、「寝るときもなんか食べようとしたらお母さん何食べるのって、お茶って言ったら、まあ、お茶ならいいかって見張ってるから。あはは。何か食べると次の日上がるの。昨日もそれだったから今朝275でしたからね。(ID1)」と家族は患者を思うと患者の食欲を完全には制限できず、食べることは許してしまうことが明らかになった。その中で、さりげない家族なりの食べ物の工夫をし、食べ過ぎないように見張っていることで食事療法をサポートしていた。

(2) 《注射は命綱として家族が果たす務め》

3つの概念から構成され、「一人の人間として、一人の患者というか……、おばあちゃん一人の命だから、私のちょっとしたミスで見送るようなことにはしたくない……。それで常にいつも（自分が注射を打つ）。(ID7)」や「設定してあげれば自分で打てるから前から見てあげればいいわ。(ID8)」のように体調の維持のために必要なインスリン注射は私の係りとして認識し、注射のできないところだけ確認をしたり、低血糖対策は本人任せにできないと責任をもって確実にインスリン注射を代行していた。

3. プロセスの到達を示すカテゴリー【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】について

a. カテゴリー：【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】

血糖変動を捉える自分のものさしに自負を持ち、慣れた様子で注射を打つことをライフスタイルの中に溶け込ませることで、2つの概念から構成された。

(1) 日課から血糖を予測できる自負

「一応、測定表っていうのは先生に出してあるんだけど、本当に火曜日、水曜日、金曜日ってデイサービス行ってるんですけど、統計的に火曜日、水曜日、金曜日は下がってしまう、家にいる日は高いんですよ。(ID1)」のように患者の血糖値の傾向を掴み、血糖変動を予測しながら日常生活を送っていた。

(2) 慣れた感じで注射を手伝う

「んー、そういうのしたことなかったの、最初は、気を張っていましたが、そんな難しくなく、あの一、今は普通通りというかあんまり難しくならないようにして今はやっています。(ID11)」のように慣れた様子でインスリン注射の介助を生活の中に溶け込ませていた。

4. モニタリング機能を成長させる影響因子を示すカテゴリー【注射ができなくなっている老化をみつける】、【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】、【医療者のお墨付きをもらう】について

a. カテゴリー：【注射ができなくなっている老化をみつける】

生活を続ける中で注射ができなくなっている老化、お年寄りとなっていく患者の身体を認識していることで2つの概念からなる1つのサブカテゴリーと、1つの概念から構成された。

(1) だんだんと注射が打てなくなる

「インスリンね。この人認知入ってきたから、それで、去年やったかな、量多かったんですね。1回打ったの忘れてもう1回打ったらしいです。(ID10)」や「それが段々だんだん食生活悪いから9単位になって、強く押さないといけない、そうなってくると私でもけっこう強く押さんなんもんだから、これちょっと無理やと思ってあきらめた。(ID5)」のように身体・認知機能の低下から注射ができなくなっていく老化を認識していた。

(2) 《自然と年をとっていく現実》

2つの概念から構成され、「行動も、ここ3年ぐらいで歩くのを見ていても不憫になっていまして、えーっと、物忘れはひどくなりつつありますね。相対的に進んだらって感じはありますね。(ID11)」や「やっぱり足腰がね。筋肉が弱ってきてるので。(ID6)」のように、生活する中で患者の病気のせいで一人できなくなった姿や徐々にみられる身体の衰えを認識し、老化を感じていた。

b. カテゴリー：【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】

一緒に生活してきた患者のことを理解し、愛おしさと敬意をもって大切にすることで、2つの概念から構成された。

(1) 年月を重ねてきたつながり感と敬意

「別にああやこうや言う人じゃないんで。家でも静かなんです。(ID3)」や「頑張りすぎやわ。85でこんな元気なおばあちゃんおらんわ。(ID10)」のように年を重ねてきた家族に対しつながり感と敬意をもって生活していた。

(2) 家族だからの当たり前感

「家族やから。弱ったらみるのが普通やから。みるのは何も考えない。(ID2)」のように加齢によって低下した患者を支えるのは家族だから当たり前という思いを持っていた。

c. カテゴリー：【医療者のお墨付きをもらう】

医療者に日頃の生活を評価してもらうこと、また悩んでいることや気になったことは相談し、お墨付きをもらうことで、2つの概念から構成された。

(1) うまくいくよう医療者に相談する

「よっぽどどうしても（ジュース）飲みたいっていうときは微炭酸，先生と相談して，水に炭酸が入っているのとか，そういうのでなんとか。（ID1）」や「安心します。困ったことあったら聞いてみようと思ったり，こんなときどうしたらいいのかなって。（ID2）」のように療養で不安なことは医療者に相談していた。

(2) 記録帳を医療者に評価してもらう

「あの，ここの病院から記録帳もらったから。それを書いて。それを訪問看護の方も見られるので，低かったねとか，バラつきがあるねとか。（ID2）」のように日頃記録帳に記入している血糖値の変動を医療者に評価してもらっていた。

IV. 考 察

本研究によってインスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力を構成する要素とモニタリング力を獲得していくプロセスを明らかにすることができた。そこで本研究の結果により，A. 家族のモニタリング項目について，B. モニタリング機能を成長させる影響因子について，C. 家族がモニタリング力を獲得していくプロセスについて，D. モニタリング力を獲得した家族について，E. 臨床への適応について，F. 今後の課題について考察する。

A. 家族のモニタリング項目について

本研究結果から家族のモニタリング項目として【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】，【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】が明らかとなった。

セルフモニタリングが可能な糖尿病患者の場合，モニタリング項目は食事量・血糖値など様々である。しかし，本研究において，家族が行うモニタリング項目は，血糖変動と食事・インスリン注射の様子に焦点化されていた。

加えて家族は，血糖値などデータで分かるものだけではなく，長年一緒に生活しているからこそ分かる経験や，何となくの感覚から作りあげられる自分のものさしで血糖変動を捉えようとしていた。よって，データで分かるものと長年一緒に生活をしてきた経験と感覚で血糖変動を把握することが家族の血糖変動を捉えるモニタリングの特徴であると考ええる。

また，黒田（1999）はセルフモニタリングの性質として，異常のない，うまくいっている状態とのずれのキャッチなどを挙げている。本研究においても，家族は通常の状態からはずれていないかということのズレがないかを確認しており，モニタリングの性質としては同様なものであった。しかし，患者自身が血圧や体重などデータで分かるもの（盛岡ほか，2013；大星・中・南條，2019）をモニタリングしているのに対し，家族の場合はインスリンの手技や単位数が間違っていないか，食事を食べ過ぎていないかな

表3 家族のモニタリング力を構成するカテゴリー 一覧

カテゴリー (7)	サブカテゴリー (4)	概念 (21)
低血糖，高血糖におののく	自分のものさしで血糖変動をモニタリングする	低血糖に直面し，大騒動
		高血糖による体調不良を目の当たり
		なんとなくおかしくなっている
自分のものさしで血糖変動をモニタリングする	経験となんとなくの感覚で低血糖を捉える	身近な糖尿病患者からみた低血糖と比較する
		低血糖症状はもう分かっている
		とりあえず測ってみる血糖値
助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る	注射は命綱として果たす務め	注射のできないところだけ確認
		インスリン注射は私の係り
		低血糖対策は本人任せにできない
助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る	思いやりを持って食事を見張る	さりげない家族なりの食べ物の工夫
		食べることは許してしまう
		食べ過ぎないように見張っている
自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ	自然と年をとっていく現実	日課から血糖を予測できる自負
		慣れた感じで注射を手伝う
		だんだんと注射が打てなくなる
注射ができなくなっている老化をみつめる	自然と年をとっていく現実	徐々にみられる身体の衰え
		病気のせいで一人ではできなくなった
		年月を重ねてきたつながり感と敬意
年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意		家族だからの当たり前感
		うまくいくよう医療者に相談する
		記録帳を医療者に評価してもらう

ど、注射の一連の動作や食事の内容、量を含めた、結果に至るまでのプロセスもモニタリングしている点において特徴があった。

さらに、高齢糖尿病患者に対して家族が行うモニタリングは身体の症状や変化をモニタリングするだけにとどまらず、できないことを補おうとする点に特徴があった。家族は血糖変動を捉えながら、食事と注射の様子を見張りながら、患者ができないことを補おうとしていた。

これらのことは、家族が患者の重症な低血糖や高血糖状態を目の当たりにしたことが関連していると考えられる。重度の低血糖や高血糖状態にならないよう、家族は血糖変動に関して特に影響が大きいとされる食事とインスリン注射について思いやりを持って見張り、介助する役割を自覚していると推察される。

先行研究において、家族の介護力に関して病気をモニタリングするという視点から明らかにしたものはなく、モニタリング機能に着眼し、血糖変動を捉え、食事と注射の様子を見守るという家族のモニタリング項目を明らかにできたことは本研究の新規性である。

B. モニタリング機能を成長させる影響因子について

モニタリング機能を成長させる影響因子について【注射ができなくなっている老化をみつける】、【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】、【医療者のお墨付きをもらう】の3つのカテゴリーが明らかとなった。

家族の補う力に関して、家族は【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】と【注射ができなくなっている老化をみつける】ことで患者への負担を考えながら食事と注射を整えていた。家族の介護力について野川・今野（1999）は、介助者は要介護者との良好な関係を保持するために、性格への対応などの認知レベル、思いやりのある行動をするなどの行動レベルで様々な対処をしていると述べている。このことから家族の力として単にできないことを補うのではなく、家族は患者への愛おしさや敬意を持っており、患者がつらい思いをしないよう配慮しながら食事と注射を介助しているといえる。そのため、【注射ができなくなっている老化をみつける】と【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】は高齢者を介護する家族にとって必要な力であると考えられる。

【医療者のお墨付きをもらう】ことは家族のモニタリング機能を高める可能性がある。インスリン注射導入時や低血糖におののいた際、医療者から低血糖の指導があった家族は冷汗や吐き気など低血糖症状の知識を持ったうえでモニタリングをしていた。また、医療者に注射を打つ目安の血糖値などの相談をしながら、家族なりの判断基準を持ち合わせていた。しかし、医療者から低血糖の指導がない家

族は、低血糖の判断を日々の患者の様子との違いという自己流の判断のみに頼っていた。医療者の介入は、感覚でのみ判断している家族のものさしをより専門的にしていると考えられる。

これらのことより、モニタリング機能を成長させる影響因子を明らかにしたことは、高齢糖尿病患者を在宅で介助する家族を理解する上で意義があると考えられる。

C. 家族がモニタリング力を獲得していくプロセスについて

本研究によって、家族が〈モニタリング力を獲得していくプロセス〉を明らかにすることができた。

家族の【低血糖、高血糖におののく】体験はプロセスの最初の段階となっていた。阿野田・五十嵐・水谷（2008）は低血糖に関する心理的問題として低血糖の経験が患者の認識を変え、大きなストレス源となることを示唆している。本研究結果から家族においても同様のことがいえる。家族は【低血糖、高血糖におののく】体験を通してその重大さを認識し、【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】ようになっていた。家族指導において、低血糖や高血糖による昏睡状態のリスクを説明することは家族にとって脅威を与える恐れがある。しかし、この怖いというイメージは、患者をみるという認識につながっていると推察でき、おののく体験は家族にとって重要であった。そして、家族のおののきを収めてくれるものとして医療者の存在が必要であると考えられる。異常の判断に迷ったときや生活で気になることがあったときに相談できる医療者がいることは家族に安心感を与えていた。以上のことから【低血糖、高血糖におののく】ことは〈モニタリング力を獲得していくプロセス〉のはじまりとなる重要な体験であり、【低血糖、高血糖におののく】ことを体験しても家族はモニタリング機能を獲得し、自負をもって注射を打つまでに至っていることを示すことができた。

D. モニタリング力を獲得した家族について

先行研究において、糖尿病のことをモニタリングしながら介護に活用する文献はなかったが、本研究によって、モニタリング機能を発揮し、患者の血糖コントロールをしながら加齢という機能の変化に対応する生活を継続する力を家族のモニタリング力として示すことができた。家族は高齢糖尿病患者をモニタリングしながら、老化に対処する介護の力も一緒に成長させていたと考える。そして、家族は【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】ことに至っていた。介護生活を維持することに関して、認知症患者を介護する家族を対象とした研究では、患者の認知機能低下による行動への対処は家族の日常生活に影響を

与え、家族の心理的・身体的な介護負担は大きいといわれている（佐伯, 2008）。しかし、本研究において家族は、【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】ことに至っており、負担感を強くは感じていなかった。その理由として、血糖がコントロールできているという達成感が影響しているのではないかと考える。家族の介護負担に関する研究が多くされてきた一方で、介護肯定感に関する研究も行われ、肯定感が負担を軽減することが分かっている（櫻井, 1999）。陶山・河野・河野（2004）は高齢者を介護する介護肯定感は「介護状況に対する充実感」「自己成長感」「高齢者との一体感」という概念構造から成り立つことを明らかにしている。糖尿病患者において血糖値は日々の療養行動の評価指標となるものである。そのため家族は、血糖値によって血糖がコントロールできていることが分かり、その達成感から自負を感じられるのではないかと考える。このことは、家族の介護肯定感を高め、療養生活のサポートを継続する力となっていると予測できる。

E. 臨床への適応について

高齢糖尿病患者を支える家族への支援としてモニタリング項目及びモニタリング力から示唆を得る可能性がある。

本研究結果で明らかとなったモニタリング項目から医療者は家族に対し、患者の血糖変動と食事、インスリン注射について焦点をおき指導する必要があると考える。また、医療者に対しても、家族がもつモニタリング力を踏まえた家族ケアを勧めるよう教育指導することが可能になると示唆された。

家族が【医療者のお墨付きをもらう】ことは家族のモニタリング機能や生活を維持するために必要な力であった。医療者の関わりは、家族が患者の【低血糖、高血糖におののく】ときはそのおののきを収め、家族のモニタリングの専門性を高め、自負に至るまでの家族の成長をサポートする役割を担っていた。そのため、家族が安心して在宅で患者と一緒に生活するために医療者の存在は重要であるといえる。

また、患者が低血糖や高血糖になったときやインスリン注射の投与量の判断に迷ったときに、家族が相談できるフォロー体制が必要であると考え。助け船となる医療者にすぐに相談できる環境があれば家族のモニタリング力は高まり、在宅での負担感は軽減できる可能性がある。

また、医療者は、本研究によって明らかになった〈モニタリング力を獲得していくプロセス〉をインスリン導入の際や患者に介助の必要性が発生したときに家族と確認することによって、おののく体験があっても自負をもって生活できるようになることを家族に伝えることが可能となる。

高齢糖尿病患者に対するインスリン注射に関して、一般

的に家族の介護負担や低血糖を恐れ、インスリン注射の導入は躊躇されている。しかし、本研究によって家族はモニタリング力を獲得していき、成長していくことが明らかとなった。本研究結果と同様に、横内（2019）が行った調査では、インスリン療法を代行する家族は自分の生活行動の一部として捉え、代行することは当然だと認識していたことを明らかにしている。また、麻・奥野・宇城（2012）が行った実態調査においても、家族はインスリン注射を行うことについて技術的な不安や生活への影響はなかったと報告している。そのため、医療者の介入によって家族のモニタリング力は高められるということを鑑みても、家族に介助してもいいという意味があるならば、インスリン注射の導入は可能であると示唆される。

F. 今後の課題

本研究は患者の療養を支えながら生活し、外来受診に同伴している家族を対象とした。しかし、意思疎通ができない患者や経口摂取ができない患者を支える家族の力については適用できない可能性がある。高齢糖尿病患者が在宅で生活を継続するための家族支援を考えるにはより対象を広げて調査していく必要があるため、今後の課題としたい。

V. 結 論

インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族のモニタリング力の構成要素として【低血糖、高血糖におののく】、【自分のものさしで血糖変動をモニタリングする】、【助けが必要な食事と注射を自然に引き受け見張る】、【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】、【注射ができなくなっている老化をみつける】、【年を重ねてきた家族への愛おしさと敬意】、【医療者のお墨付きをもらう】の7つのカテゴリーを明らかにすることができた。そして、7つのカテゴリーから〈モニタリング力を獲得していくプロセス〉を描くことができた。このプロセスは【低血糖、高血糖におののく】ことからモニタリングし、【自分のものさしに自負を持ち慣れた感じで注射を打つ】に至るというプロセスを持ち、家族のモニタリング力は3つの影響因子となるカテゴリーの力を受けながら成長していた。

本研究結果より、インスリン療法中の高齢糖尿病患者を支える家族には医療者のサポートが重要であるといえる。さらに、医療者が家族指導においていくつかのモニタリング項目を取り上げて重点的に指導することは家族のモニタリング力を向上させるために有効であると示唆された。また、医療者に対しても、それぞれの家族が獲得しているモニタリング力を踏まえた家族ケアを勧めるよう推奨する根拠が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く研究への参加を承諾してくださり、ご自身の貴重な体験を語ってくださいました研究参加者の皆様に、心より感謝申し上げます。また、研究フィールドにて様々にご支援くださいました皆様、研究を通して支えてくださいました多くの皆様に厚く御礼申し上げます。この論文は平成29年度金沢大学大学院医薬保健学総合研究科博士前期課程の学位論文に加筆、修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

文 献

- 阿野田純子, 五十嵐千英子, 水谷裕子 (2008). 糖尿病患者の低血糖に対する認識. *福島県農村医学会雑誌*, 50(1), 93-95.
- 麻 美衣, 奥野美紀, 宇城靖子 (2012). インスリン療法中の認知症を伴う高齢糖尿病患者の家族支援の実態調査. *日本看護学会論文集: 成人看護 II*, 42, 11-14.
- 藤原優子, 前田法一 (2017). 高齢者糖尿病の生活指導: 低血糖回避を中心に. *糖尿病の最新治療*, 8(4), 178-184.
- 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.
- 厚生労働省 (2020年10月27日). 令和元年度国民健康・栄養調査結果の概要. <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf> (参照2021年9月10日)
- 黒田久美子 (1999). 糖尿病患者の自己管理における自己モニタリングの性質. *千葉看護学会誌*, 5(1), 39-46.
- 黒田久美子 (2017). 認知機能低下が生じた高齢インスリン療法患者・家族への援助指針の開発. 科学研究費助成事業データベース. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-25463396/> (参照2017年7月15日)

- 森垣こずえ (2011). 在宅における糖尿病高齢者のインスリン自己注射の実際: インスリン自己注射自立度分類とその援助. *日本在宅ケア学会誌*, 14(2), 41-49.
- 盛岡のぞみ, 佐々木重希, 繁田真弓, 加藤元士, 山崎あかね, 弘津公子, 乃木章子, 長坂祐二 (2013). 自発的なセルフモニタリングの継続が生活習慣改善プログラム終了後の減量維持に与える影響. *山口県立大学学術情報*, 6, 95-101.
- 永田正男 (2009). 高齢者糖尿病のインスリン治療の原則と注意点. *Geriatric Medicine (老年医学)*, 47(9), 1123-1127.
- 中野博司 (2010). 高齢2型糖尿病へのインスリン療法. *日本老年医学会雑誌*, 47(5), 379-384.
- 野川道子, 今野多美子 (1999). 家族介護者の要介護者との良好な関係保持のための対処に関する研究. *日本看護学会論文集: 老年看護*, 30, 12-14.
- 大星隆司, 中 啓吾, 南條輝志男 (2019). 糖尿病患者において身体指標のセルフモニタリングは臨牀的にどの程度有用か?. *日本職業・災害医学会会誌*, 67(5), 448-452.
- 佐伯あゆみ (2008). 認知症高齢者を在宅で介護する家族の家族機能と主介護者の介護負担感に関する研究. *家族看護学研究*, 13(3), 132-142.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感がもつ負担軽減効果. *心理学研究*, 70(3), 203-210.
- 三家春菜, 弘世貴久, 河盛隆造 (2008). インスリン注射に際して清潔手技はどこまで必要か. *プラクティス*, 25(2), 189-193.
- 清水安子, 黒田久美子, 内海香子, 正木治恵 (2005). 糖尿病患者のセルフケア能力の要素の抽出: 看護効果測定ツールの開発に向けて. *千葉看護学会会誌*, 11(2), 23-30.
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学*, 25(4), 461-470.
- 登坂祐佳, 綿田裕孝 (2017). 高齢者糖尿病のインスリン療法. *最新医学*, 72(1), 67-72.
- 内海香子, 清水安子, 黒田久美子 (2006). インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 10(1), 25-35.
- 横内砂織 (2019). 高齢糖尿病患者の家族がインスリン療法を代行する過程. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 23(1), 34-42.

〔2022年4月6日受付〕
〔2023年1月17日採用決定〕

Monitoring Capabilities of Patients' Families to Support Elderly Diabetes Patients Undergoing Insulin Therapy

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 671-681
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230117205>

Takao Kondo, MSN, RN¹, Michiko Inagaki, PhD, RN²,
Keiko Tasaki, PhD, RN², Tomomi Horiguchi, PhD, RN²

¹Hokuriku Central Hospital of Japan Mutual Aid Association of Public School Teachers, Toyama, Japan

²Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University, Ishikawa, Japan

Abstract

Objective: The purpose of this study is to explain the components of monitoring capabilities of patients' families to support elderly diabetes patients undergoing insulin therapy and the process of acquiring monitoring capabilities. **Methods:** We conducted semi-structured interviews with 13 family members of elderly diabetes patients who are undergoing treatment at home and receiving assistance with insulin injections. We analyzed the data using the modified grounded theory approach as reference. **Results:** The monitoring capabilities comprised seven categories (to fear hyperglycemia or/and hypoglycemia, to monitor glycemic excursions with one's own assessment measure, to naturally assist elderly family member with eating and insulin injections when required and watch over him/her, to notice aging of elderly family member to the extent where he/she has become unable to perform self-injections, to love and respect aged family members, to obtain a doctor's endorsement, and to take pride in one's own assessment measure to administer injections in an experienced manner), which enabled us to describe the process of acquiring the capabilities. **Conclusion:** The findings of this study suggest it is possible to provide instructions on family care based on monitoring capabilities.

Key words

diabetes, insulin therapy, the elderly, families, Monitoring Capabilities

Correspondence: T. Kondo. Email: kondo_0507_0704@yahoo.co.jp

進行がん患者のSelf-perceived burdenへの 対処方略に関する実態調査研究

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 683-691
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230113202>

大埤美樹

島根県立大学看護栄養学部

■要 旨

目的：家族から介護を受ける進行がん患者のSelf-perceived burden（SPB）とSPBへの対処方略との関係を明らかにする。方法：家族から介護を受けている進行がん患者150名を対象に質問紙調査を実施した。対処方略とSPB、属性の関係はMann-Whitneyの検定または χ^2 検定を行った。結果：有効回答者数84名であった。多くの患者がSPBを軽減しようとさまざまな対処方略を用いていた。12項目の対処方略のうち7項目で用いている者の方がSPBは強かった。「自分で動く努力をする」「反省してよりよい方法に変える」を用いている者は全身状態が良好であり、介護者は女性が多かった。「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「判断は家族に任せる」を用いている者は女性が多かった。結論：SPBに対処する患者の努力を支援するだけでなく、患者と家族で共に状況に取り組めるように支援する必要性が示唆された。

■キーワード

対処, 家族介護者, 自覚的負担感

責任著者：大埤美樹. Email: m-oeki@u-shimane.ac.jp

はじめに

人口の高齢化とともにがんの罹患数と死亡者数は増加の一途を辿り、高齢多死社会が到来する。人生の最終段階における医療に関する意識調査（厚生労働省, 2018）では、国民の多くが療養、最期を迎えたい場所として「自宅」と回答している。一方、最期を迎える場所を考える上で重要だと思うことについて、「家族等の負担にならないこと」と回答した者が73.3%と最も多かった。患者が希望する療養や看取りの場所は、家族の負担を考慮して選択されることが示唆されている。

介護が必要な状態となり、被介護者が家族に対して負担をかけていると感じることは、Self-perceived burden（以下、SPBとする）とされ、「他人に影響する病気と介護ニーズに基づく共感できる心配から発生する罪悪感、苦悩、責任感、自己価値観の低下」（McPherson, Wilson, & Murray, 2007a, p.425）と定義されている。SPBの経験について、進行がん患者の39.1%が最小または軽度、37.6%が中等度から強度を経験し（Wilson, Curran, & McPherson, 2005, p.118）、筋萎縮性側索硬化症（Chiò, Gauthier, Calvo, Ghiglione, & Mutani, 2005）、脳卒中（McPherson, Wilson, Chyurlia, & Leclerc, 2010）、慢性疼痛を有する患者（Kowal,

Wilson, McWilliams, Pélouquin & Duong, 2012）などもSPBを経験していることが明らかにされている。

SPBとQuality of Life（以下、QOLとする）や精神的健康は有意な相関を示し、SPBが強い者はQOLや精神的健康の状態が低下する（Cousineau, McDowell, Hotz, & Hébert, 2003, pp.115-117; Oeki, Mogami, & Hagino, 2012, pp.148-149; Simmons, 2007, p.409）。

したがって、SPBを強くしないように支援することによりQOLや精神的健康の状態の低下を予防していくことが重要となる。SPBは、被介護者の全身状態、罹患年数（Oeki, et al., 2012; 大埤・萩野, 2014）という身体状態、病気と闘うことへの希望（大埤・萩野, 2014）という精神状態との関係が明らかにされている。また、主介護者の続柄、世帯の種類（Oeki, et al., 2012）、家族の病気への受容、家族との親密さ（大埤・萩野, 2014）という介護者や家族との関係についても明らかにされている。そして、被介護者の家族との関係についての衡平性の認知（Oeki, 2017）も関係しており、SPBの軽減には被介護者と家族の双方への支援が必要となる。

しかし、先行研究の多くはSPBやSPBを抱く人の特徴や実態を把握することを目的にした研究であり、SPBを軽減するための効果的な支援方法は明らかにされていない。

こうした中、SPBへの対処方略がSPBの軽減に有用であることが示唆されている。Akazawa, et al. (2010) は、終末期がん患者のSPBを軽減するための対処方略を検討しているが、遺族の視点からの調査である。SPBは主観的な負担感であり、患者自身を対象にした調査が必要である。患者自身を対象とした質的研究により明らかにされたSPBへの対処方略としてMcPherson, et al. (2007a) は、考えない、受け入れる、明るい人生観をもつ、受給権を行使することを挙げている。Oeki & Takase (2020) は、主体的な行動をとる、感謝の気持ちを言葉で伝える、感情を抑える、肯定的な意味を探す、家族の負担を考えない、家族と一緒に解決策を探ることを挙げている。両者の対処方略の内容は共通しているが、SPBへの対処方略に関する研究はごくわずかであり、実態の把握は十分に行われていない。SPBに対する対処のあり方は、QOLや精神的健康の維持・向上に重要な役割を果たし、SPBへの対処方略の実態を明らかにすることにより、SPBの軽減に向けた支援への示唆が得られると考える。

I. 目 的

家族から介護を受ける進行がん患者のSPBとSPBへの対処方略との関係を明らかにする。

II. 用語の操作的定義

1. Self-perceived burden (SPB)

家族から介護を受ける被介護者が、家族介護者に対して負担をかけていると感じることとする。

2. SPBへの対処方略

家族から介護を受ける被介護者が、家族介護者に対して負担をかけていると感じたときに用いる考え方や行動とする。

III. 研究方法

1. 対象者および調査方法

対象者は、便宜的サンプリングにより抽出した関東地方、中国地方、九州地方に所在する協力が得られた4か所の病院の外来に通院中で、主治医が進行がんと診断しており、自宅において、家族から食事、更衣・整容、移動、医療的な介護のうちいずれかを受けている20歳以上の者とした。また、本人に診断名や病状が告知されており、重篤な身体・精神障害や認知症がある者は除外し、主治医から研究参加への許可が得られた者とした。その結果、対象者は150名となった。看護師長が対象者の外来受診日に説明文

書を用いて口頭で説明し内諾が得られた者に対し、無記名自記式質問紙と説明文書を配布、診療前後の待ち時間に回答を依頼した。原則、質問紙は自記式の回答としたが、対象者からの依頼がある場合は質問の音読と代筆を行った。質問紙の回収は対象者自身が返信用封筒の封をし、病院内の回収箱へ投函してもらった。データ収集期間は、2017年3月から2018年3月であった。

2. 調査内容

(1) 基本的属性

性別、年齢、世帯構成、原発部位、介護者の続柄、介護者の性別、介護者の年齢について調査した。全身状態の指標は、Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (以下、PSとする)を用いて0～4の5段階で評価した。数字が小さいほど全身状態が良好であることを意味する。

(2) 家族への自覚的負担感

家族への自覚的負担感とは、Self-perceived burden scale (Cousineau, et al., 2003) (以下、SPBSとする)を用いた。SPBSはCousineau, et al. (2003)によって開発されたSPBの自己式評価尺度である。SPBSのCronbach's α 係数は.92、QOL (SF-36) との間に有意な相関 (physical function: $r = -0.30$ ($p < .01$), role-physical: $r = -0.25$ ($p < .05$), role-emotional: $r = -0.34$ ($p < .001$), mental health: $r = -0.38$ ($p < .001$), Health perceptions: $r = -0.27$ ($p < .01$), social functioning: $r = -0.26$ ($p < .05$))を示し、信頼性および妥当性が確認されている。SPBS日本語版は、Oeki, et al. (2012)により、SPBSの開発者に許可を得て、順翻訳・逆翻訳の手順を踏み作成されている。SPBS日本語版のCronbach's α 係数は.937、精神健康 (GHQ-12) およびQOL (FACIT-Sp) との間に有意な相関 (GHQ-12: $\rho = 0.293$ ($p < .01$), FACIT-Sp: $\rho = -0.282$ ($p < .01$))を示し、信頼性および妥当性が確認されている。本研究でのSPBS日本語版の使用について、SPBS日本語版の開発者に許可を得ている。SPBS日本語版の質問項目は、被介護者が介護者から介護を受けることに対して、どのように感じているのかを記述した9項目から構成されている。回答は、「ぜんぜんない」(1点)、「まれに」(2点)、「ときどき」(3点)、「ほとんどいつも」(4点)、「いつも」(5点)の5件法で得る。得点範囲は9点～45点であり、得点が高いほど、被介護者が介護者に対して負担をかけていると強く感じていることを意味する。

(3) SPBへの対処方略

SPBへの対処方略の質問項目は、進行がん患者のSPBへの対処方略を質的研究に明らかにしたOeki & Takase (2020)の研究結果を参考にした。主体的な行動をとる、

感謝の気持ちを言葉で伝える, 感情を抑える, 肯定的な意味を探す, 家族の負担を考えない, 家族と一緒に解決策を探る, という6サブカテゴリーの語りから具体的なSPBへの対処方略として記述された内容12項目を抽出した。この12項目にはMcPherson, et al. (2007a) が明らかにしたSPBへの対処方略の内容も包含されていることを確認した。緩和ケア認定看護師, 訪問看護師, 看護学研究者の3名に内容や表現を確認してもらい意見交換を行い, 「家族と話し合う」「可能なサービスを利用する」「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」「家族の負担は考えない」「家族の絆が深まると考える」「自分の気持ちを抑える」「身内や友人に相談・助けを求める」「判断は家族に任せる」「家族からの介護を期待する権利がある」と考える」「自分の病気や介護は家族のためになると考える」の12項目を設定した。なお, 12項目に対する回答は現在の実施状況とし, 「そうする」「そうしない」のどちらかで回答を得た。

3. 分析方法

すべての変数について記述統計量を算出した。対処方略の有無とSPBSの関係を検討するためにMann-Whitneyの検定を行った。そして, 有意差が認められた対処方略について, 対処方略の有無と性別, 年齢, 世帯構成, PS, 介護者の性別, 介護者の年齢との関係を検討するためにMann-Whitneyの検定または χ^2 検定を行った。なお, 統計処理にはIBM SPSS Statistics ver. 25を用い, 統計学的有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

本研究への参加は自由意思であり, 参加の有無によって治療やケアに不利益が生じることはないこと, 質問紙は個人が特定されないように無記名で回収し, 質問紙の回収箱への投函をもって同意とみなすこと, 投函後は無記名のため研究参加を取り消すことができないこと, 得られたデータは研究目的以外では使用しないこと等を文書と口頭で説明した。また, 本研究は, 広島大学疫学研究倫理審査委員会の許可を得て実施した(許可番号: 第E-460号)。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

質問紙を150部配布し, 回収数は88部(回収率58.7%)であった。そのうち未記入の回答があった質問紙は除外し, 有効回答数は84部(有効回答率56.0%)であった。対象者の概要は表1に示した。対象者の性別は, 男性は38

名(45.2%), 女性は46名(54.8%)であった。対象者の平均年齢は 72.7 ± 12.3 歳であった。世帯構成は, 家族と同居が56名(66.7%)であった。がんの原発部位は, 大腸が18名(21.4%), 胃が12名(14.3%)であり原発部位はさまざまであった。PSはPS1が27名(32.1%), PS2が15名(17.9%), PS3が26名(31.0%), PS4が16名(19.0%)であった。介護者の続柄は子どもが43名(51.2%), 配偶者が29名(34.5%)であった。介護者の性別は, 男性は38名(45.2%), 女性は46名(54.8%)であった。介護者の平均年齢は 58.1 ± 13.4 歳であった。

2. SPBSの得点

SPBSの合計点と各質問項目の得点の中央値と四分位範囲は表2に示した。SPBSの合計点の中央値(四分位範囲)は27.0(20.5)であり, 得点範囲は9点~45点であった。各質問項目の得点の中央値(四分位範囲)は2.0~3.0(3.0~4.0)であった。

3. SPBSとSPBへの対処方略との関係

SPBSとSPBへの対処方略との関係は表3に示した。SPBへの対処方略の実施状況について, 「そうする」と回答した者の割合は, 「家族と話し合う」(85.7%), 「可能なサービスを利用する」(85.7%), 「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」(78.6%), 「自分で動く努力をする」(77.4%), 「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」(76.2%), 「家族の負担は考えない」(66.7%), 「家族の絆が深まると考える」(61.9%), 「自分の気持ちを抑える」(60.7%), 「身内や友人に相談・助けを求める」(58.3%), 「判断は家族に任せる」(54.8%), 「家族からの介護を期待する権利がある」と考える」(34.5%), 「自分の病気や介護は家族のためになると考える」(26.2%)であった。12項目のうち10項目について50%以上の者が「そうする」と回答していた。

SPBへの対処方略の有無においてSPBSと有意な差を認めた対処方略は, 「家族と話し合う」($p=.022$), 「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」($p=.005$), 「自分で動く努力をする」($p=.001$), 「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」($p=.002$), 「家族の絆が深まると考える」($p<.001$), 「自分の気持ちを抑える」($p=.011$), 「判断は家族に任せる」($p=.022$)であった。これらの対処方略を用いている者は, 用いていない者に比べ有意にSPBSが高かった。

4. SPBへの対処方略と属性との関係

SPBへの対処方略と属性との関係は表4に示した。被介護者の性別において有意な関係を認めた対処方略は, 「感

表1 対象者の概要

		<i>n</i> = 84	
		<i>n</i>	%
性別	男性	38	45.2
	女性	46	54.8
年齢（平均±標準偏差）		72.7 ± 12.3	
世帯構成	独居	28	33.3
	家族と同居	56	66.7
原発部位	肺	8	9.5
	乳	7	8.3
	胃	12	14.3
	膵臓	8	9.5
	大腸	18	21.4
	その他	31	36.9
Performance status	1	27	32.1
	2	15	17.9
	3	26	31.0
	4	16	19.0
介護者の続柄	配偶者	29	34.5
	子ども	43	51.2
	その他	12	14.3
介護者の性別	男性	38	45.2
	女性	46	54.8
介護者の年齢（平均±標準偏差）		58.1 ± 13.4	

表2 SPBS の得点

	中央値	（四分位範囲）
Self-perceived burden scale : SPBS（合計点）	27.0	20.5
1 介護者が健康を損ねるのではないかと心配している	3.0	3.0
2 介護者が無理をしているのではないかと心配している	3.0	3.0
3 介護者が介護をするためにたくさんのお金を払っているのではないかと心配している	2.0	3.0
4 介護者に色々してもらうことに後ろめたさを感じている	3.0	4.0
5 介護者ができる範囲を超えて介護してくれているのではないかと心配している	3.0	3.5
6 介護者にとって「やっかい者」なのではないかと心配している	3.0	3.5
7 介護者は一度にたくさんをしようとしすぎではないかと心配している	3.0	3.0
8 介護者に大変なことをさせていると思う	3.0	3.0
9 介護者にとって重荷になっていると感じる	3.0	3.0

5点=いつも, 4点=ほとんどいつも, 3点=ときどき, 2点=まれに, 1点=ぜんぜんない

謝の気持ちを家族に言葉で伝える」($p=.039$), 「判断は家族に任せる」($p=.011$)であった。「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「判断は家族に任せる」という対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて女性が多かった。PSと有意な関係を認めた対処方略は、「可能な

サービスを利用する」($p<.001$), 「自分で動く努力をする」($p=.001$), 「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」($p=.018$)であった。介護者の性別において有意な関係を認めた対処方略は、「自分で動く努力をする」($p=.021$), 「自分の考え方や行動を反省してよりよい

表3 SPBS と SPB への対処方略との関係

n = 84

SPBへの対処方略	そうする				そうしない				p
	人数	(%)	SPBS中央値 (四分位範囲)	最小値－最大値	人数	(%)	SPBS中央値 (四分位範囲)	最小値－最大値	
家族と話し合う	72	85.7	28.0 (22.0)	9.0－45.0	12	14.3	19.5 (10.5)	9.0－41.0	.022*
可能なサービスを利用する	72	85.7	23.0 (23.0)	9.0－45.0	12	14.3	31.0 (9.0)	15.0－43.0	.271
感謝の気持ちを家族に言葉で伝える	66	78.6	29.5 (24.0)	9.0－45.0	18	21.4	17.0 (9.0)	9.0－41.0	.005**
自分で動く努力をする	65	77.4	31.0 (24.0)	9.0－45.0	19	22.6	17.0 (8.5)	9.0－36.0	.001**
自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える	64	76.2	30.5 (24.0)	9.0－45.0	20	23.8	16.5 (15.0)	9.0－42.0	.002**
家族の負担は考えない	56	66.7	23.0 (18.5)	9.0－45.0	28	33.3	33.0 (24.0)	11.0－45.0	.086
家族の絆が深まると考える	52	61.9	31.5 (19.0)	11.0－45.0	32	38.1	15.5 (13.0)	9.0－45.0	p<.001***
自分の気持ちを抑える	51	60.7	31.0 (20.5)	9.0－45.0	33	39.3	17.0 (17.0)	9.0－45.0	.011*
身内や友人に相談・助けを求める	49	58.3	29.0 (23.0)	9.0－45.0	35	41.7	22.0 (19.5)	9.0－45.0	.121
判断は家族に任せる	46	54.8	30.5 (18.0)	9.0－45.0	38	45.2	20.0 (23.0)	9.0－45.0	.022*
家族からの介護を期待する権利があると考えてる	29	34.5	26.0 (15.0)	9.0－45.0	55	65.5	28.0 (26.0)	9.0－45.0	.318
自分の病気や介護は家族のためになると考える	22	26.2	26.0 (14.0)	12.0－37.0	62	73.8	28.5 (26.0)	9.0－45.0	.287

SPB : Self-perceived burden, SPBS : Self-perceived burden scale

Mann-Whitney の検定 p<.05*, p<.01**, p<.001***

表4 SPB への対処方略と属性との関係

n = 84

SPBへの対処方略		性別		年齢		世帯構成		PS			介護者の性別			介護者の年齢		
		男性 (人数)	女性 (人数)	<i>p</i>	中央 値	<i>p</i>	独居 (人数)	同居 (人数)	<i>p</i>	中央値	<i>p</i>	男性 (人数)	女性 (人数)	<i>p</i>	中央値	<i>p</i>
家族と話し合う	そうする	32	40	.479	74.5	.848	21	51	.052	2	.920	33	39	.521	57.0	.467
	そうしない	6	6				74.0	7		5		3	5		7	
可能なサービスを利用する	そうする	35	37	.128	75.0	.161	25	47	.381	3	<i>p</i> < .001***	33	39	.521	57.0	.649
	そうしない	3	9				67.5	3		9		1	5		7	
感謝の気持ちを家族に言葉で伝える	そうする	26	40	.039*	75.0	.958	22	44	.617	2	.462	31	35	.368	56.0	.204
	そうしない	12	6				72.5	6		12		3	7		11	
自分で動く努力をする	そうする	30	35	.482	72.0	.054	24	41	.155	2	.001**	25	40	.021*	58.0	.614
	そうしない	8	11				79.0	4		15		3	13		6	
自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える	そうする	28	36	.407	74.0	.323	24	40	.118	2	.018*	25	39	.042*	58.0	.121
	そうしない	10	10				76.5	4		16		3	13		7	
家族の負担は考えない	そうする	22	34	.121	73.5	.702	18	38	.743	2	.458	27	29	.438	56.0	.628
	そうしない	16	12				75.0	10		18		3	11		17	
家族の絆が深まると考える	そうする	22	30	.322	72.0	.877	14	38	.089	2	.892	23	29	.495	60.0	.328
	そうしない	16	16				74.5	14		18		3	15		17	
自分の気持ちを抑える	そうする	23	28	.576	73.5	.340	16	35	.404	2	.124	25	26	.261	57.0	.816
	そうしない	15	18				74.0	12		21		3	13		20	
身内や友人に相談・助けを求める	そうする	21	28	.604	72.5	.893	14	35	.194	2	.625	22	27	.941	57.0	.789
	そうしない	17	18				75.0	14		21		3	16		19	
判断は家族に任せる	そうする	15	31	.011*	76.0	.130	15	31	.530	3	.467	25	21	.052	56.0	.609
	そうしない	23	15				71.0	13		25		2.5	13		25	
家族からの介護を期待する権利があると考えてる	そうする	16	13	.184	77.5	.112	6	23	.074	2	.655	11	18	.329	60.0	.054
	そうしない	22	33				73.0	22		33		3	27		28	
自分の病気や介護は家族のためになると考える	そうする	11	11	.601	76.0	.390	6	16	.483	2	.061	10	12	.981	56.0	.341
	そうしない	27	35				73.0	22		40		3	28		34	

SPB : Self-perceived burden

年齢, PS, 介護者の年齢 : Mann-Whitney の検定

性別, 世帯構成, 介護者の性別 : χ^2 検定

p<.05*, p<.01**, p<.001***

方法に変える」(p=.042) であった。「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて全身状態が良好であり、介護者は女性が多かった。「可

能なサービスを利用する」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて全身状態が不良であった。

V. 考 察

本研究の対象者のSPBSの合計点の中央値は27.0であり、SPBS日本語版 (Oeki, et al., 2012) の平均値21.1に比べ強い傾向を示した。これは研究対象者のPSの違いによると考える。先行研究ではPS1のがん患者が50%以上を占め、全身状態の悪化によりPSが大きくなるほど介護の必要性が増し、SPBが強くなる (Oeki, et al., 2012) ことが報告されている。本研究の対象者は進行がん患者に限定し、PS1・2, PS3・4は同程度の割合であった。したがって、本研究結果は比較的SPBが強い状態にある者のSPBへの対処方略の実態として捉えることができる。

SPBへの対処方略の実施状況として、12項目のうち10項目について50%以上の者が「そうする」と回答しており、家族から介護を受ける進行がん患者の多くが、SPBを軽減しようとさまざまな対処方略を用いている実態が明らかになった。「家族と話し合う」「可能なサービスを利用する」は80%以上の者が用いており、「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」は70%以上の者が用いていた対処方略であった。そして、「家族と話し合う」「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」「家族の絆が深まると考える」「自分の気持ちを抑える」「判断は家族に任せる」対処方略を用いている者は、用いていない者より有意にSPBが強かった。SPBを強く感じる者ほど、さまざまな対処方略を試し、SPBを軽減しようと模索していることが示唆された。

さらに、SPBへの対処方略はPS、介護者の性別、被介護者の性別が関係していることが明らかになった。「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べ全身状態が良好であった。進行がん患者は、死亡1年前では高い身体機能を保持しているが、死亡3ヶ月前から身体機能が低下する。さらに、生存期間が約1ヶ月頃からがん特有のさまざまな症状が発現する (森田・白土, 2015, pp.3-5)。進行がんの不可逆的な病気の進行により進行がん患者は自分で動くことが難しくなり、「自分で動く努力をする」ことはしたくてもできない状態となる。また、全身状態が不良な者は、よりよい方法に変えながら対処方略を見出すことが難しく、SPBを強くする可能性を示した。一方、「可能なサービスを利用する」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて全身状態が不良であったが、SPBは弱い傾向を示した。したがって、自分で動く努力を尊重したセルフケアの支援が重要となると同時に、患者が家族の負担を減らすために可能なサービ

スを利用するなど、できる限りのことをしてきたことを受け入れられる支援も必要となる。加えて、「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて介護者は女性が多かった。介護者の性別が女性であることが関係していたことは、対象者は身体的介護が必要な状態であり、女性介護者の身体的負担を考慮した結果であると推察する。

そして、「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「判断は家族に任せる」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて女性が多かった。女性は男性に比べ「すみません、ありがとうございます」という「謝罪+感謝」表現を用いることが多く、女性の社会言語学的特徴と考えられている (飯尾, 2017)。女性の被介護者は、「謝罪+感謝」表現を用いて感謝に加え、介護者への行為に対する労いの心情から「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」のではないと思われる。また、SPBは治療・療養や看取りの場所に関する意思決定プロセスに影響を及ぼす (McPherson, Wilson, & Murray, 2007b, pp.119-121) ことが指摘されている。特に日本人は家族中心の意思決定を好む傾向があり (森・森田, 2020, p.133)、SPBを抱く女性は、「判断は家族に任せる」という意思決定を行いやすいことが明らかになった。

進行がん患者は、問題の所在を明らかにして、解決に向けて行動する問題中心の対処方略 (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p.158) を用いており、家族の負担を減らすために自分にできることはないかと必死に考え、その解決策を探ろうとする姿勢がうかがえた。情動中心の対処は情動的な苦痛を低減させるためになされるものであり、回避、最小化、遠ざかる、注意をそらす、肯定的な対比、積極的な価値を見出すなどというやり方が含まれる (Lazarus & Folkman, 1984/1991, p.155)。患者は「自分の気持ちを抑える」「判断は家族に任せる」ことは家族のためになっていると思っているかもしれないが、自身のニーズを満たすことを妨げるだけでなく、家族が実際に望んでいることを反映していない可能性がある。「家族からの介護を期待する権利がある」と考える」「自分の病気や介護は家族のためになると考える」といった積極的な価値を見出そうとする者は少なかった。しかし、コーピングは1種類とは限らず、利用可能なものは組み合わせて使用されるため、状況に合わせてコーピングを使い分けていくことが重要となる (雫子谷, 2010, p.212)。患者自身が自分の状態や状況に合わせて対処方略を使い分けていくことが可能となるように、さまざまな対処方略を持ち合わせていることが必要であると考え。一方、全身状態が不良な者において、さまざまな対処方略を持ち合わせ、自分でSPBへの対処方

略を見出すことができるとは限らず、見出せない者もいると思われる。全身状態が不良な者もPSに影響を受けない対処方略を用いてSPBを処理できれば、SPBを強くすることを予防できるのではないかと考える。がん患者の心理的適応に関する研究では、意味の探究によって、自分らしさを作り変え、意味を見出すことで心理的適応を果たす（塚本・船木, 2012, pp.161-163）ことがわかっている。そして、高齢者を介護する家族介護者の介護肯定感の構造は「介護状況に対する充実感」「自己成長感」「高齢者との一体感」（陶山・河野・河野, 2004, pp.465-466）であり、介護肯定感が介護負担感を軽減する効果をもつ（櫻井, 1999, pp.207-208）。したがって、患者と家族が互いに現在、過去にしてくれたことを振り返り、共に経験に意味を見出し、感謝を言葉で伝えられる話し合いの場づくりがSPBの軽減につながる可能性がある。「家族と話し合う」ことは、最も多くの患者が行っていたが、本人も家族も納得のいく決断につながった話し合いにおいてSPBは軽減する（Oeki & Takase, 2020, p.E352）。

近年、Advance Care Planningが話題となる中、日本文化に沿ったAdvance Care Planningの方法の必要性が指摘されている（森・森田, 2020, p.132）。White (1993/1996)によると、家族は、家族制度の規範によって規制される集団であり（p.3）、すべての文化が固有な家族規範をもつ（p.250）と考えられている。実際、家族から介護を受ける日本人のSPBは、「自分の病気や介護ニーズに基づく申し訳なさから発生する心配や苦悩」として捉えられ、日本人特有の構造を持つことが明らかにされている（大塚・佐々木・谷村, 2017, p.117）。しかし、SPBに関する先行研究は海外の報告が中心であり、日本人のSPB軽減の支援方法に向けた研究の積み重ねが必要である。対処はプロセスであり、対処している人とそれを取り巻く環境との関係が移り変わっていくにつれて行われていく連続的な評価に基づいて起こる（Lazarus & Folkman, 1984/1991, p.145）。本調査の一時点において12項目のSPBへの対処方略を用いても有意なSPBの軽減は認めなかったが、これらの対処方略を継続していくことによりSPBが変化する可能性がある。本研究は横断研究であり、対処方略とSPBの変化のプロセスを捉えることができないため、今後は縦断的に調査を行い明らかにしていく必要がある。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、進行がん患者のSPBへの対処方略の実態が明らかとなり、SPBを抱く患者を理解し、SPB軽減に向けた支援の方向性を検討する資料として活用できると考える。本研究は横断研究のため一時点におけるデータであ

り、SPBの軽減にどのような対処方略が有効かまでは言及することができない。今後は対象者を広げ、縦断的に調査を行い、SPBの軽減に有効な対処方略の解明が必要である。

おわりに

本研究では、家族から介護を受ける進行がん患者のSPBとSPBへの対処方略との関係を明らかにし、対処方略の特徴を検討した。多くの患者が、SPBを軽減しようとさまざまな対処方略を用いている実態が明らかになった。12項目の対処方略のうち「家族と話し合う」「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」「家族の絆が深まると考える」「自分の気持ちを抑える」「判断は家族に任せる」対処方略を用いている者は、用いていない者より有意にSPBが強かった。SPBを強く感じる者ほど、対処方略を試し、SPBを軽減しようと模索していると考えられる。そして、「自分で動く努力をする」「自分の考え方や行動を反省してよりよい方法に変える」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて全身状態が良好であり、介護者は女性が多かった。「可能なサービスを利用する」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて全身状態が不良であった。また、「感謝の気持ちを家族に言葉で伝える」「判断は家族に任せる」対処方略を用いている者は、用いていない者に比べて女性が多かった。看護師は、SPBへの対処方略の特徴を理解し、SPBに対処しようとする患者の努力を支援するだけでなく、患者と家族が共に状況に取り組めるように支援する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。本稿の一部は、日本看護研究学会第47回学術集会にて発表した。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP26463488の助成を受けて実施した研究の一部である。

文 献

Akazawa, T., Akechi, T., Morita, T., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., Shima, Y., Furukawa, T.A. (2010). Self-perceived burden in

- terminally ill cancer patients: A categorization of care strategies based on bereaved family members' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 224-234.
- Chio, A., Gauthier, A., Calvo, A., Ghiglione, P., Mutani, R. (2005). Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology*, 64(10), 1780-1782.
- Cousineau, N., McDowell, I., Hotz, S., Hébert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Medical Care*, 41(1), 110-118.
- 飯尾牧子 (2017). 感謝を表す表現「ありがとう」と「すみません」: 大学生におけるコミュニケーション様式の一考察. *東洋学園大学紀要*, 26(1), 55-68.
- 雉子谷知子 (2010). ストレスコーピング理論. 野川道子 (編), *看護実践に活かす中範囲理論* (pp.206-213). 東京: メヂカルフレンド社.
- 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 (2018). 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (参照2021年9月17日)
- Kowal, J., Wilson, K.G., McWilliams, L.A., Péloquin, K., Duong, D. (2012). Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence, and predictors. *Pain*, 153(8), 1735-1741.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) / 本明 寛, 春木 豊, 織田正美監訳 (1991). *ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究*. (pp.143-229). 東京: 実務教育出版.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G., Chyurlia, L., Leclerc, C. (2010). The balance of give and take in caregiver-partner relationships: An examination of self-perceived burden, relationship equity, and quality of life from the perspective of care recipients following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 194-203.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G., Murray, M.A. (2007a). Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science & Medicine*, 64(2), 417-427.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G., Murray, M.A. (2007b). Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliative Medicine*, 21(2), 115-128.
- 森 雅紀, 森田達也 (2020). *Advance Care Planningのエビデンス: 何がどこまでわかっているのか?*. 132-133, 東京: 医学書院.
- 森田達也, 白土明美 (2015). *死亡直前と看取りのエビデンス*. 3-5, 東京: 医学書院.
- Oeki, M. (2017). Physical and cognitive factors associated with self-perceived burden in patients with advanced cancer. *Hiroshima Journal of Medical Sciences*, 66(3), 55-59.
- 大塚美樹, 萩野 浩 (2014). 家族介護者による身体的介護を必要とするがん患者の自覚的負担感に関連する要因の検討. *日本在宅ケア学会誌*, 18(1), 76-82.
- Oeki, M., Mogami, T., Hagino, H. (2012). Self-perceived burden in patients with cancer: Scale development and descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 145-152.
- 大塚美樹, 佐々木由紀, 谷村千華 (2017). 終末期がん患者の家族介護者へのSelf-Perceived Burden. *日本看護研究学会雑誌*, 40(2), 113-118.
- Oeki, M., Takase, M. (2020). Coping strategies for self-perceived burden among advanced cancer patients. *Cancer Nursing*, 43(6), E349-E355.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感がもつ負担軽減効果. *心理学研究*, 70(3), 203-210.
- Simmons, L.A. (2007). Self-perceived burden in cancer patients: Validation of the self-perceived burden scale. *Cancer Nursing*, 30(5), 405-411.
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学*, 25(4), 461-470.
- 塚本尚子, 船木由香 (2012). がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望: コーピング研究から意味研究へ. *日本看護研究学会雑誌*, 35(1), 159-166.
- White, J.M. (1993) / 正岡寛司, 藤見純子, 西野理子, 嶋崎尚子訳 (1996). *家族発達のダイナミックス: 理論構築に向けて*. (pp.3-250). 京都: ミネルヴァ書房.
- Wilson, K.G., Curran, D., McPherson, C.J. (2005). A burden to others: A common source of distress for the terminally ill. *Cognitive Behavior Therapy*, 34(2), 115-123.

[2021年10月6日受付]
[2023年1月13日採用決定]

Survey Regarding Coping Strategies for Self-Perceived Burden among Patients with Advanced Cancer

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 683-691
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230113202>

Miki Oeki, PhD, RN, PHN

Faculty of Nursing and Nutrition, The University of Shimane, Shimane, Japan

Abstract

Objective: This study is intended to investigate 1) the self-perceived burden (SPB) among patients with advanced cancer who were receiving care from family members and 2) the relationship between SPB and coping strategies. **Methods:** A total of 150 patients with advanced cancer who were receiving care from family members were surveyed using a questionnaire. Both the relationship between SPB and the patients' use of coping strategies and the relationship between SPB and participant characteristics were tested using the Mann-Whitney or χ^2 test. **Results:** Eighty-four patients completed questionnaires that were used for analysis. Many patients used various coping strategies to alleviate their SPB. Patients who practiced any 7 of the 12 types of coping strategies had stronger SPB. Patients who "made efforts to move autonomously" and "reflected on themselves and made modifications for improved methods" were in better physical shape. Most caregivers were women. A higher percentage of patients who "expressed their appreciation to their family in words" and "left decisions to be made by the family" were women. **Conclusions:** This study's findings suggest the need to encourage efforts by patients to cope with SPB while also supporting them so that they can face their cancer together with their family.

Key words

coping, family caregivers, self-perceived burden

Correspondence: M. Oeki. Email: m-oeki@u-shimane.ac.jp

日本の病院に勤務する看護職のアレルギーと職場の健康管理

日本看護研究学会雑誌
2023, 46(4), 693-702
©2023 日本看護研究学会
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230302206>

佐々木真紀子¹, 菊地由紀子², 工藤由紀子², 長谷部真木子², 杉山令子²

¹秋田大学, ²秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

要 旨

目的：本研究の目的は，病院に勤務する看護職のアレルギーの状況と職場のアレルギーに関する健康管理状況を明らかにすることである。方法：病院に勤務する看護職430名に横断的調査を行った。調査内容はアレルギーの有無，発症時期，職場のアレルゲン物質への接触頻度や職場の健康管理などであった。結果：有効回答者は264名，いずれかのアレルギーがある者は82.6%で，最も多かったのはアレルギー性鼻炎の41.7%であった。入職後にアレルギー症状が強くなった者は32.2%で，強くなった要因にはゴム製品アレルギー，洗剤・石鹸アレルギー，アレルギー性鼻炎があることが有意に関連していた。しかし，アレルギーに関する入職後の健康管理は個人に委ねられていた。結論：大部分の看護職にいずれかのアレルギーがあったが，職場の健康管理は不十分であった。今後は看護職のアレルギーに関する詳細な把握と職場の組織的な健康管理が必要である。

キーワード

看護職，アレルギー，職場，健康，管理

責任著者：佐々木真紀子。Email: sasa82ma@hotmail.co.jp

序 論

我が国ではアレルギー疾患をもつ人が増え続けており，「リウマチ・アレルギー対策委員会報告書」（厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会，2011）では，国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患に罹患していることが報告されている。

このような背景のもと，看護職にもアレルギーの素因をもつものが増えていることが予測される。また，アレルギーには職場環境に存在するアレルゲンに感作されることによって発症する職業性アレルギーがあるが，看護職は医療現場でアレルギー発症のリスクのある物質に接触することも多く，職業性アレルギーのリスクが高い集団でもある。

看護職の職業上のアレルゲンの報告として，天然ゴムラテックス蛋白質（Hepner & Castells, 2003）やゴム手袋の加硫促進剤として用いられるチウラム（Taylor & Erkek, 2004），消毒剤のグルタルアルデヒド（Nettis, Colanardi, Soccio, Ferrannini, & Tursi, 2002）やクロルヘキシジン（Chan, et al., 2019）などが指摘されている。さらに頻回な手洗いによる皮膚炎の悪化により，アレルゲンの感作率が高まることも報告されている（Smith, Ohmura, & Yamagata, 2003）。Pesonenら

（2015）がヨーロッパ11か国の職業性接触性皮膚炎についてパッチテストを行った結果では，看護師・助産師の職業性接触性皮膚炎のリスクは5.86であったと報告している（Pesonen, et al., 2015）。

また，Kuraiら（2015）は西日本の看護師の4,634人を対象に喘息の有病率を調査した結果，雇用期間やラテックスアレルギーが喘息発症の危険因子と考えられることを報告している（Kurai, et al., 2015）。この結果から，職場のアレルゲンへの接触状況が看護職の健康状態の悪化を招くことが考えられる。

職場のアレルゲンの接触によりアレルギー症状が悪化することは，自身の健康状態を悪化させ生活の質を著しく低下させることや，看護ケアへの障壁となり離職につながることもあるため，アレルギーの発症や重症化を予防することが重要である。そのためには，看護職自身がアレルギーや職業性アレルギーについての知識をもち，アレルギーの予防・低減のためのセルフケアができることや，職場における適切な健康管理や作業環境の管理が必要である。

しかし，日本では看護職のアレルギーの有無や職業性アレルギーのリスク要因への接触状況，またこれらについての組織的な健康管理に関する研究はほとんどない。また職業性アレルギーについて，看護職自身の認識や，具体的な

健康管理のための課題も示されてはいない。

そこで、本研究では日本の病院に勤務する看護職におけるアレルギーの罹患状況や看護職の職業性アレルギーの認識、看護職の職業性アレルギーのアレルゲンとして報告されている物質等への接触状況、組織としての健康管理の状況を明らかにし、今後の看護職における職業性アレルギーを予防・低減するための看護管理上の課題を検討することにした。

I. 用語の定義

本研究では、職業性アレルギーとは、「職業環境に存在する感作性物質が抗原となってアレルギーを来すことをいい、抗原の作用部位により、アレルギー性鼻炎や気管支喘息などを発症すること」と定義した。

II. 研究方法

A. 対象の選定

日本国内で複数の診療科を有する中規模以上（400床以上）の病院および都道府県がん診療連携拠点病院の649施設の看護部長に調査依頼を行った。病院の抽出方法には株式会社ウエルネスの2次医療圏データベースシステム（URL：https://www.wellness.co.jp/service/2ndary_medical_area/）を用いた。調査への同意が得られた場合、その病院に勤務している看護職5名程度（一般病棟内科・外科、手術室、集中治療室、外来などから各1名）の紹介を依頼した。なお、対象とする看護職については、職種、年齢、性別など制約を設けず選出を依頼した。調査に同意の得られた85か所の病院に勤務している看護職430名を対象とした。

B. 調査時期

2018年10月末～11月末

C. 調査方法

郵送法による無記名式質問紙調査

D. 調査項目

1. 対象の特性

- 属性：年齢、性別、専門の資格（看護師・准看護師、助産師、保健師）、勤務部署、所属病院の種類、病床数
- 生活習慣：喫煙（あり、なし、吸っていたがやめた、より択一）、飲酒（全く飲まない、1回／週、2 - 3回／週、毎日飲む、より択一）

- 職業性アレルギーの認知（よく知っている、だいたい知っている、聞いたことはあるが詳しくは知らない、全く知らない、より択一）
- 職業性アレルギーの講義・研修の受講経験（全般について受講したことがある、特定のアレルゲンについて受講したことがある、受講したことはない、より択一）
- 現在のアレルギーの有無と発症時期およびそのアレルギーの原因物質

2. 各種アレルギーの有無・発症時期・原因物質

a. アレルギーの項目

以下の（1）～（7）の原因別アレルギーと「職業性アレルギー疾患診療ガイドライン2016」（日本職業・環境アレルギー学会ガイドライン専門部会、2016）に掲載されているアレルギー疾患の項目を参考に（8）～（13）の項目を設定した。

- 食物アレルギー、（2）植物アレルギー、（3）動物アレルギー、（4）ゴム製品アレルギー、（5）薬剤アレルギー、（6）洗剤・石鹼アレルギー、（7）金属アレルギー、（8）気管支喘息、（9）アレルギー性鼻炎、（10）アトピー性皮膚炎、（11）蕁麻疹、（12）接触性皮膚炎、（13）アレルギー性結膜炎

b. （1）～（13）の発症時期

幼少時、看護教育機関に入学後（以下：入学後）、看護職として入職後（以下：入職後）、不明、より択一

c. （1）～（7）の原因物質

3. 入職後のアレルギー症状

症状はない、入職前と症状は変わらない、症状が強くなった、より択一

なお、アレルギー症状は個別に違いがあることから、質問には「くしゃみ・鼻水・咳・発赤・かゆみなど」を例示した。

4. 雇用時または定期健康診断時のアレルギーの既往や症状確認の有無

ある場合、その後の管理について、個人に任せられている、アレルギー検査を行う、アレルギー症状のフォローアップ体制がある、より択一

5. 入職後の職場におけるゴム製品・消毒薬・薬剤への物質の接触頻度

毎日、2 - 3回／週、1回／週、ほとんど取り扱わない、より択一

- ゴム製品：（1）ラテックス製手袋、（2）天然ゴム製カテーテル、（3）天然ゴム製駆血帯、（4）血圧計のゴ

ムチューブ・ゴム球

b. 消毒薬：(1) エタノール, (2) 塩化ベンザルコニウム, (3) クレゾール, (4) グルタルアルデヒド, (5) ポピドンヨード

c. 薬剤：(1) 抗生物質, (2) 抗がん剤

E. 分析方法

各項目について記述統計を行った。またアレルギーの原因物質は原因ごとに人数をまとめた。次に入職後のアレルギー症状の影響要因を探索するため、入職後のアレルギー症状を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。独立変数には年齢、性別、喫煙習慣、各アレルギーの有無、職場のアレルゲン物質への接触頻度を投入した。事前に独立変数間の共線性の可能性を排除するため、年齢と臨床経験年数の相関分析とアレルギーの項目間の連関係数を算出した。統計的有意はすべて p 値が.05未満とした。

F. 倫理的配慮

対象者および対象者の所属する施設長に対して研究の目的、意義、およびデータ管理の方法について書面で説明し、同意を得て行った。調査は無記名であり、対象者には調査回答の返送をもって同意したとみなすことを説明した。なお、本研究は秋田大学大学院医学系研究科・医学部保健学研究倫理審査委員会の承認後に実施した（医総第1109号）。

Ⅲ. 結 果

回答は277名から得られ、回答に欠損の多かった13名を除外し、有効回答は264名（有効回答率：61.4%）であった。

A. 対象の特性

対象の年齢は平均39.0（SD 10.1）歳（最高61歳～最低22歳）、性別の割合は男性6.4%、女性93.6%であった。所属は一般病院が63.3%で最も多く、病床数は平均523.6（SD 179.0）床であった。資格は「看護師（准看護師含む）」が97.0%であった。

喫煙習慣が「ない」ものは74.3%、飲酒習慣では「全く飲まない」が49.2%であった。

アレルギーに関する職場の管理状況では、雇用時または定期健康診断時に「アレルギーの既往や症状の確認がある」は全体の42.4%で、そのうち、その後の健康管理では「個人に委ねられている」が90.2%、「アレルギーの検査がある」は3.6%、「アレルギーのフォローアップ体制がある」は4.5%であった。

入職後のアレルギー症状については、「症状が強くなった」と回答したものは32.2%であった。

職業性アレルギーの認知については、「聞いたことはあるが詳しくは知らない」が55.3%で最も多かった。また職業性アレルギーに関する講義・研修の受講経験では、「受講したことはない」が78.8%であった（表1）。

アレルギーの有無について、いずれかのアレルギーに「ある」と回答したものは合計すると82.6%であり、また2つ以上のアレルギーに該当したものは合計すると64.4%であった（図1）。最も多かったアレルギーの項目はアレルギー性鼻炎で41.7%、次いで植物アレルギーが34.1%、蕁麻疹が29.1%、接触性皮膚炎が24.2%の順に多かった（表2）。

アレルギーの発症時期（不明と無回答を除く）では、幼少期の発症割合が高いのは、アトピー性皮膚炎が74.1%、動物アレルギーが71.4%、アレルギー性鼻炎が62.4%の順であった。入学・入職後に発症した割合が高いのは、ゴム製品アレルギーが100%、薬剤アレルギーが79.5%、洗剤・石鹸アレルギーが77.8%の順であった（図2）。

B. 各アレルギーの原因物質（自由記述）

134名から総計292件の原因物質の記述があった。一部を表3に示した。

食物アレルギーの原因物質ではエビやカニの甲殻類、果物のパイナップルやキウイなどが多かった。植物アレルギーはほとんどが花粉によるものであり、記述件数は106件で最も多かった。動物アレルギーではネコが33件で多く、ゴム製品アレルギーではラテックス製手袋が15件で、そのうち4件はパウダー付き手袋であった。薬剤アレルギーではアルコールやイソジンなどの消毒剤が11件、抗生剤が7件、鎮痛消炎剤が5件であった（表3）。

C. 職場におけるゴム製品・消毒薬・薬剤の接触頻度

接触頻度では、「毎日接触する」頻度が最も多かったのは、ラテックス製手袋が60.2%で、次いで血圧計のゴムチューブ・ゴム球が58.7%であった。消毒薬ではエタノールが70.4%、薬剤では抗生物質が54.9%で最も多かった（表4）。

D. アレルギー症状の影響要因

アレルギー症状（症状はない・入職前と症状は変わらない；0、症状が強くなった；1）を従属変数とするロジスティック回帰分析（変数増加：尤度比）を行った。年齢と臨床経験年数の相関係数は.948であったことから、年齢のみを投入した。またアレルギー項目間の連関係数（ ϕ 係数）は.001～.48の範囲で強い関連を示す項目はなかった。

表1 対象の属性・背景

N=264

年 齢	39.0 (SD 10.1) 歳		
臨床経験年数	16.8 (SD 10.2) 年		
所属病院の病床数	523.6 (SD 179.0) 床		
性別	人数	%	
	女性	247	93.6
	男性	17	6.4
専門の資格		人数	%
	看護師・准看護師	256	97.0
	助産師	6	2.2
	保健師	1	0.4
	無回答	1	0.4
所属病院		人数	%
	大学病院	43	16.3
	一般病院 (大学病院以外)	167	63.3
	がん診療拠点病院	54	20.5
勤務部署		人数	%
	一般病棟 (内科)	56	21.2
	一般病棟 (外科)	52	19.7
	集中治療室	25	9.5
	手術室	61	23.1
	外来	32	12.1
	その他	37	14.0
	無回答	1	0.4
喫煙習慣		人数	%
	あり	32	12.1
	なし	196	74.3
	吸っていたがやめた	36	13.6
飲酒習慣		人数	%
	全く飲まない	130	49.2
	1回/週	43	16.3
	2-3回/週	55	20.8
	毎日飲む	35	13.3
	無回答	1	0.4
入職・定期健康診断時のアレルギー症状・既往の確認		人数	%
	あり	112	42.4
	なし	151	57.2
	無回答	1	0.4
入職後のアレルギー症状		人数	%
	症状はない	93	35.2
	入職前と症状は変わらない	86	32.6
	症状が強くなった	85	32.2
職業性アレルギーの認知		人数	%
	よく知っている	21	8.0
	だいたい知っている	45	17.0
	聞いたことはあるが詳しくは知らない	146	55.3
	全く知らない	52	19.7
職業性アレルギーの講義・研修の受講経験		人数	%
	全般について受講したことがある	8	3.0
	特定のアレルギーについて受講したことがある	48	18.2
	受講したことはない	208	78.8

SD: standard deviation

表2 各アレルギーの人数 (複数回答)

(N=264)

	人数	%
食物アレルギー	47	17.8
植物アレルギー	90	34.1
動物アレルギー	43	16.3
ゴム製品アレルギー	38	14.4
薬剤アレルギー	52	19.7
洗剤・石鹸アレルギー	24	9.1
金属アレルギー	55	20.8
気管支喘息	42	15.9
アレルギー性鼻炎	110	41.7
アトピー性皮膚炎	61	23.1
蕁麻疹	77	29.1
接触性皮膚炎	64	24.2
アレルギー性結膜炎	47	17.8

ロジスティック回帰分析には年齢、性別、喫煙習慣、各アレルギーの有無、職場のアレルゲン物質への接触頻度を投入した。なお、カテゴリカルデータは性別 (男性; 0, 女性; 1), 喫煙習慣 (なし・吸っていたがやめた; 0, あり; 1), 各アレルギー (なし; 0, あり; 1), 職場のアレルゲン物質への接触頻度 (ほとんどなし・週1回; 0, 毎日・週2-3回; 1) のダミー変数とした。

その結果、モデルは有意 ($p < .001$) であり、アレルギー症状が強くなった要因として抽出されたのは、ゴム製品アレルギー (Odds比4.21, 95% CI; 1.76-10.09 $p < .001$), 洗剤・石鹸アレルギー (Odds比3.07, 95% CI; 1.04-9.03 $p < .042$), アレルギー性鼻炎 (Odds比2.76, 95% CI; 1.48-5.14 $p < .001$) があることであった (表5)。

IV. 考 察

本研究の参加者は平均年齢が39.0歳であり、男女の比率は男性が6.4%, 女性が93.6%であった。2019年の日本の就業看護師の平均年齢が40.5歳 (日本看護協会, 2020), 男女の比率は女性が92.2%, 男性が7.8% (厚生労働省, 2019) であり、本調査対象は現在の日本で就業している看護師の年齢・性別構成に近似していることから、代表性はある程度確保されていると考える。

以下、本調査対象者のアレルギーの状況、および看護職のアレルギーに関する職場の管理状況の視点から考察する。

A. アレルギーの状況について

本結果では、対象者の82.6%がいずれかのアレルギーをもっており、アレルギーの種類では、アレルギー性鼻炎のある割合が最も高かった。厚生労働省で3年ごとに実施さ

アレルギーの数

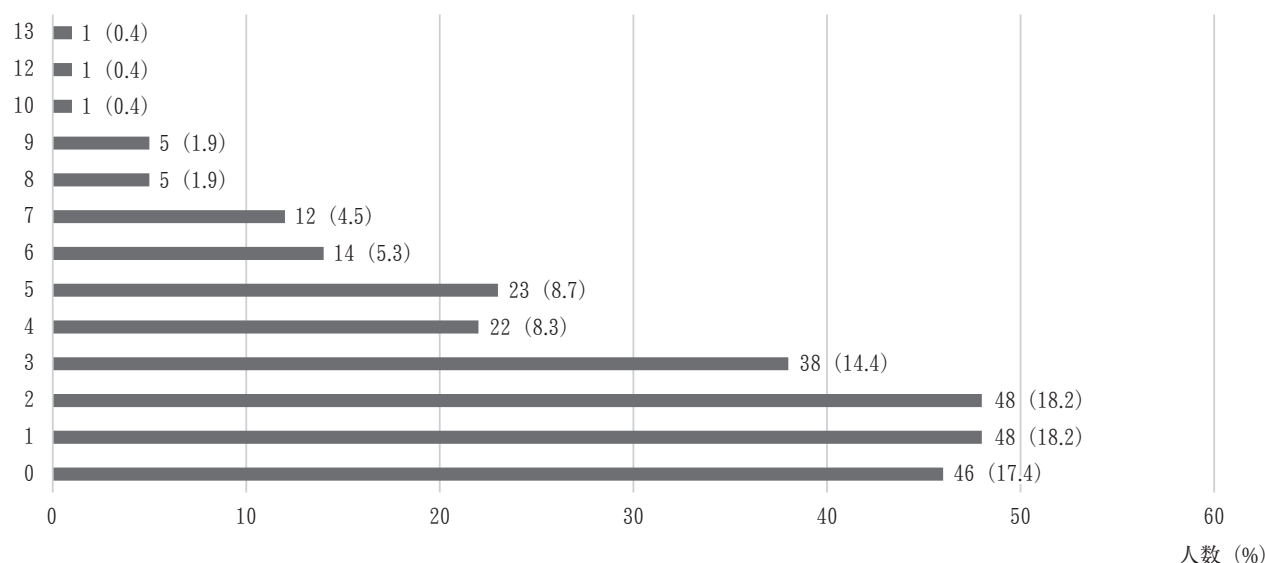


図1 アレルギー症状のある看護職1名が有するアレルギーの数 (n=264)

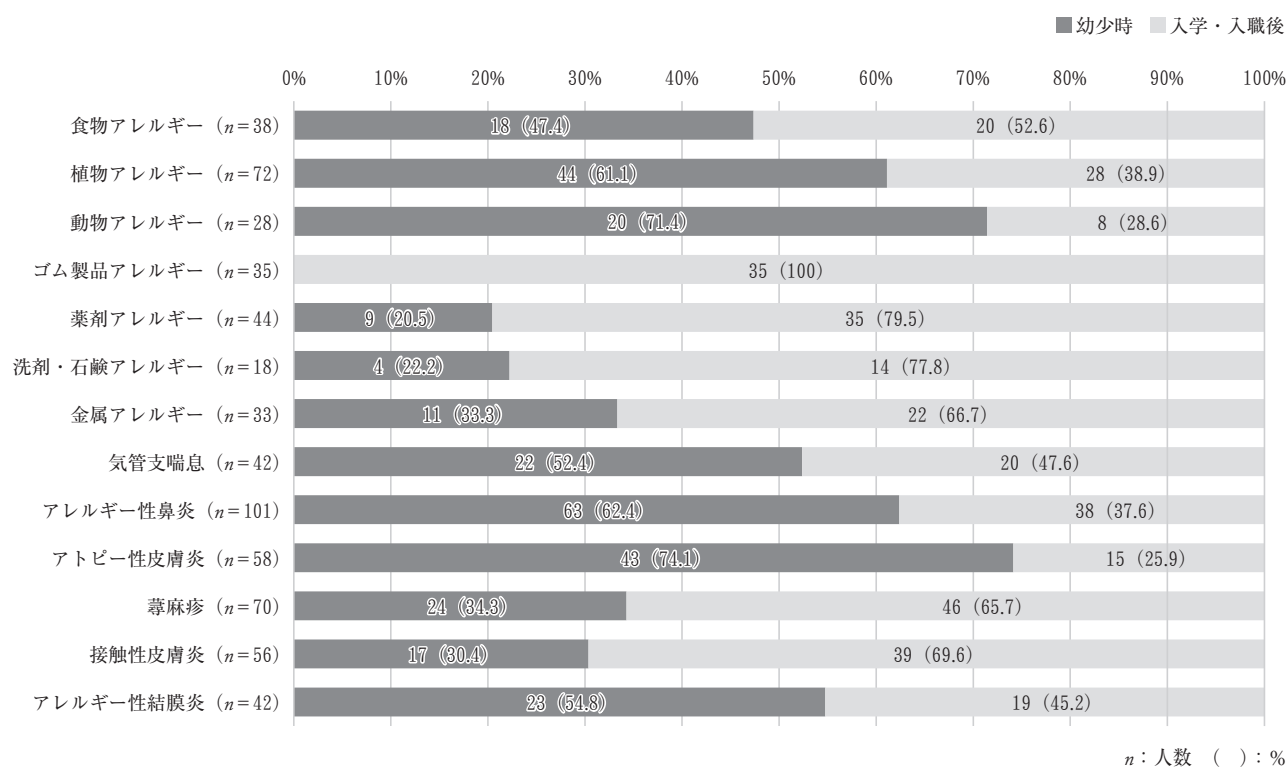


図2 アレルギーの発症時期

れている患者調査（厚生労働省，2020）の結果によると、アレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎は漸次増加の傾向にある。また、アレルギー性鼻炎に関する2019年の日本における全国疫学調査の有病率は49.2%であった（松原ほか，2020）。本対象者のアレルギーのある割合が高いことやアレルギー性鼻炎の割合が最も高いのは、日本の一般人口におけるアレルギーの有病率が高くなっていることも一因と

考えられる。

また本研究対象者の93.6%が女性看護職であった。女性看護職は業務以外にも家事などにより手の皮膚炎を発症しやすい（日本皮膚科学会，日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会，手湿疹診療ガイドライン委員会，2018，p.370）。皮膚炎は角質の防御機能が低下することによりアレルゲンの感作を高めることから，本対象者のアレルギーを有する

表3 各アレルギーの原因物質

n = 134

アレルギーの種類(記述小計)	原因物質の記載例(記述件数)
食物アレルギー (59)	エビ (10) カニ (3) 鶏卵 (3) パイナップル (8) キウイ (7) バナナ (3) ほか
植物アレルギー (106)	花粉: 杉 (43) ブタクサ (16) ヒノキ (12) 稲 (9) ほか
動物アレルギー (55)	ネコ (33) イヌ (13) ダニ (5) ほか
ゴム製品アレルギー (17)	ラテックス製手袋 (15) *うちパウダー付き (4) ほか
薬剤アレルギー (42)	消毒剤: アルコール消毒剤 (6) イソジン (3) ウエルパス (2) ほか
*作用別に著者が分類	抗生剤: セフェム系抗生剤 (3) ペニシリン (2) ケフラル (2) ほか
	鎮痛消炎剤: ロキソニン (3) ボルタレン (2) ほか
洗剤・石鹸アレルギー (5)	アルコール配合のもの (3) ほか
金属アレルギー (8)	銀 (3) 金 (2) ほか

記述総件数292件

表4 職場におけるゴム製品・消毒薬・薬剤の接触頻度

N = 264

	毎日	2 - 3 回/週	1 回/週	ほとんどない	無回答
〈ゴム製品〉					
ラテックス製手袋	159 (60.2)	9 (3.4)	12 (4.6)	79 (29.9)	5 (1.9)
天然ゴム製カテーテル	68 (25.8)	41 (15.5)	27 (10.2)	122 (46.2)	6 (2.3)
天然ゴム製駆血帯	83 (31.4)	63 (23.9)	26 (9.9)	89 (33.7)	3 (1.1)
血圧計のゴムチューブ・ゴム球	155 (58.7)	24 (9.1)	9 (3.4)	73 (27.7)	3 (1.1)
〈消毒薬〉					
エタノール	186 (70.4)	25 (9.5)	12 (4.6)	36 (13.6)	5 (1.9)
塩化ベンザルコニウム	37 (14.0)	41 (15.5)	33 (12.5)	143 (54.2)	10 (3.8)
クレゾール	1 (0.4)	4 (1.5)	7 (2.7)	244 (92.4)	8 (3.0)
グルタルアルデヒド	9 (34.0)	15 (5.7)	16 (6.1)	215 (81.4)	9 (3.4)
ポピドンヨード	70 (26.5)	55 (20.8)	71 (26.9)	65 (24.6)	3 (1.1)
〈薬剤〉					
抗生物質	145 (54.9)	39 (14.8)	20 (7.6)	57 (21.6)	3 (1.1)
抗がん剤	11 (4.2)	12 (4.6)	43 (16.3)	196 (74.2)	2 (0.7)

人数 (%)

表5 入職以降のアレルギー症状の変化に影響を与えた要因のOdds比

	Odds比 (95% CI)	p値
ゴム製品アレルギー	4.21 (1.76-10.09)	.001
洗剤・石鹸アレルギー	3.07 (1.04- 9.03)	.042
アレルギー性鼻炎	2.76 (1.48- 5.14)	.001
モデル $p < .001$	CI: confidence interval	

ロジスティック回帰分析 (分析対象は219名)
 従属変数: アレルギー症状 (症状はない・入職前と症状は変わらない; 0, 症状が強くなった; 1)
 独立変数: 年齢, 性別 (男性: 0, 女性: 1) 喫煙習慣 (なし・吸っていたがやめた; 0, あり; 1)
 各アレルギー (なし; 0, あり; 1), 職場のアレルゲン物質への接触頻度 (ほとんどなし・週1回; 0, 毎日・週2-3回; 1) のダミー変数として投入した。アレルゲン物質はラテックス製手袋, 天然ゴム製カテーテル, 天然ゴム製駆血帯, 血圧計ゴムチューブ・ゴム球, エタノール, 塩化ベンザルコニウム, クレゾール, グルタルアルデヒド, ポピドンヨード, 抗生物質, 抗がん剤である。

割合が高い理由には, 女性看護職の割合が高い集団であったことも関連している可能性がある。

さらに, 複数のアレルギーの項目に該当する対象者は6割以上であった。アレルギーは一度発症すると, IgE抗体が関与するアレルギーでは発症のメカニズムが共通していることや, 皮膚炎がある場合はアレルゲンの感作が高まることから複数のアレルギーを発症するという特徴があり, これらが複数発症の背景にあると考えられる。

アレルギーの発症時期については, 看護教育機関への入学後や看護職としての入職後に, ゴム製品アレルギーでは全員が発症したと回答していた。看護学生では, 基礎看護学演習でゴム手袋装着直後にアレルギー症状を発症した事例報告がある (末光ほか, 2012)。この報告で発症した学生はいずれもアトピー性皮膚炎の既往はあったが, 演習前にはラテックス製手袋の装着経験はなかった。アトピー性皮膚炎は皮膚のバリア機能の低下などによりラテックスアレルギーに罹患するリスクが高い (永井・松永, 2016)。

アトピー性皮膚炎のある看護職はラテックスアレルギーのリスクが高いことに十分な注意を払う必要がある。

また、入職後にアレルギー症状が強くなった要因として抽出されたのは、ゴム製品アレルギーや洗剤・石鹸アレルギー、アレルギー性鼻炎があることであった。

ゴム製品アレルギーは全員が、また洗剤・石鹸アレルギーにおいても77.8%の対象者が入学後や入職後に発症しており、これらの物質への接触が増えたことの影響も考えられる。またアレルギー性鼻炎については、62.4%の対象者が幼少時から発症していることから、症状が強くなった理由については、花粉などの職場外のアレルゲンの影響や、職場の特異的なアレルゲンに曝露されたことによりアレルギー反応が亢進していることも考えられる。しかし本調査結果では、アレルギー症状が強くなった要因には予測したアレルゲンの接触頻度との関連は認められなかった。また職場のアレルゲンのモニタリングを行っていないため、アレルギーの発症や症状の悪化と職場のアレルゲンの関連を検討することには限界がある。今後は職場の環境モニタリングも行い、アレルギーの発症や症状の変化に対する職場のアレルゲンの影響について、詳細に検証していくことが必要である。

B. 職場の健康管理と今後の課題

職場の健康管理について、本調査結果では、雇用時やその後の定期健康診断時にアレルギーに対する質問項目があると回答したものは42.4%であった。またアレルギーがあっても健康診断後は個人管理に任せられているものは約9割であった。アレルギー疾患に関する健康管理について、看護管理者を対象とした調査（佐々木ほか, 2019）においても、健康診断後の健康管理は個人に委ねられているとした回答が最も多く、職業性アレルギーの疾患や予防に関する教育を行っていない・行う予定がないとした施設も約半数あった。その理由としては、個別に対応している、問題が起っていないので必要性を感じない、自己管理できていることがあげられていた。しかし、本調査結果では、職業性アレルギーについて「聞いたことはあるが詳しくは知らない」「全く知らない」を合わせると75%が職業性アレルギーについてよく知らない状況であった。看護職自身のセルフケア能力を向上させるためには、アレルギーや職業性アレルギーに対するリテラシーを向上させることが必要であり、そのためには組織として計画的な教育が必要である。

また、セルフケアだけでは改善できないこともある。ゴム製品アレルギーの原因物質として今回記述されたものはラテックス製手袋がほとんどであり、その中にはパウダー付き手袋も含まれていた。パウダー付き医療用手袋は、手

袋に付いているパウダーが天然ゴムタンパクのアレルゲンのキャリアとなり、まれにアレルギーを誘発する可能性があることや、肉芽腫や術後癒着の形成リスクを高める恐れがあることから、流通の差し止めが厚生労働省より通知されている（厚生労働省, 2016）。またラテックスアレルギーはアナフィラキシーショックを引き起こす危険性が高いことから、天然ゴムを含有する医療器具についても、使用にあたり注意喚起がなされている（厚生労働省, 2017）。しかしラテックス製手袋については、利用者や雇用者の認識の低さやコストの高さからなかなか普及していないことも指摘されている（千貫, 2017）。本調査結果でも60.2%が毎日ラテックス製手袋を使用していた。病院で使用する物品については、看護職個人での対応には限界もあることから、職業性アレルギーの危険性やリスクを高める要因に対する雇用者の意識改善も必要である。

職業性アレルギーにおける予防の組織的なマネジメントでは、一次予防として詳細な環境モニタリングによるアレルゲン物質の特定、二次予防では働く人の健康監視、三次予防としてアレルギー疾患の管理があげられる（Di Gioacchino & Braga, 2009）。今回は病院内の環境モニタリングの実行状況の調査は行っていないが、日本では2014年に労働安全衛生法が改正され、一定の危険性・有害性のある化学物質による危険性や有害性等の調査が事業者には義務付けられており、病院内での環境モニタリングが実施されていると考えられる。しかしこれらのモニタリングの結果が看護職をはじめとする医療従事者の健康影響としてどの程度分析されているかは明らかではない。今後は環境モニタリングの結果を看護職や他の医療従事者の職業性アレルギーや職業性疾患との関連で検討することが必要である。また職場のアレルゲンについては、近年では合成ゴム手袋にも用いられている加硫促進剤のカルバミックスのアレルギーの有病率が増加しているという報告がある（Warburton, et al., 2015）。アレルゲンの特定には、アレルゲンの最新の動向も踏まえて検査する必要がある。

本調査結果では、入職時や定期健康診断時において57.2%はアレルギー症状に関する質問項目がなく、また症状があってもその後のフォローアップはほとんどなされていなかった。

医師を対象とした職業性アレルギーの調査結果（Sato, Kusaka, Suganuma, Nagasawa, & Deguchi, 2004）では、職業性アレルギーの有意なリスクファクターとして、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、副鼻腔炎のアレルギー疾患の既往が報告されており、アレルギーを有する看護職においても職業性アレルギーのリスクが高い。

アレルギー疾患を有するものは生活の質が著しく損なわれることや、アレルギー疾患が生活や環境に関わる多様で

複合的な要因により発生することから、国は2015年に「アレルギー疾患対策基本法」を定め、アレルギー疾患のあるものを把握し適切な医療に結び付けることを推進している。入職時や定期的な健康診断において、詳細で深い問診を行い看護職のアレルギーの状況を把握することが求められる。

またアレルギーは発症や増悪、軽快、寛解、再燃を繰り返すが、根本的な治療がないことも指摘されている（西間, 2017）。アレルギーを有する看護職に対しては、経過を観察し健康指導を行うことや、適宜適切な医療に結び付けるためにも、フォローアップ体制を充実させることが必要である。

さらに、アレルギーは個人の免疫機能の関与が大きいことから、アレルギー症状のコントロールには、免疫機能に関与する栄養や睡眠、ストレス管理も必要である。看護職の新たなアレルギーの発症を予防し、また症状低減のためには、アレルギー症状の管理だけでなく、これらの視点も含めたセルフケアの指導などを行うことが重要である。

職業性アレルギーや職業性疾患の管理の目標は、働く人がその職業に従事することによって健康障害を引き起こすことなく職務に従事できることである。アレルギーを看護職個人の問題としてとらえるのではなく、安全な職場環境が維持できるよう管理することは、看護の質の向上にも寄与することから、看護職のアレルギーに対する組織的な健康管理をより充実させていくことが課題である。

C. 研究の限界と今後の課題

本研究におけるアレルギーの有無とアレルギー症状については、自己申告に基づいていること、また接触性皮膚炎や蕁麻疹はアレルギーによる免疫反応によらない発症もあるが、区別せずに回答を得た。またアレルギーの有無は、詳細な診断基準や医師の診断によるものなど明確な基準を用いていないことから分析の精度には限界がある。さらに入学・入職後に発症したアレルギーについては、環境中のアレルゲンのモニタリングを行っていないことから、職業性アレルギーとの関連は分析できない。今後、看護職のアレルギー症状や影響要因の検討には、より詳細な診断基準や医療機関での診断有無による既往の確認、環境中のアレルゲンのモニタリングなどを行い、アレルギーの要因を検討していくことが必要である。

V. 結 論

本調査結果では82.6%の看護職に何らかのアレルギーがあり、32.2%は入学・入職後にアレルギー症状が強くなったと回答していた。しかし、半数以上の職場では、アレル

ギーの健康診断やその後の体系的な健康管理が不十分であった。

看護職の職業性アレルギーを予防・低減するためには、看護職のアレルギーの発症状況を正確に把握し、アレルゲンの詳細な環境モニタリングによりアレルゲンを特定する必要がある。さらに、職業性アレルギーのリスクが高い看護職を特定し、体系的な健康管理システムを構築することが今後の課題である。

謝 辞

本調査にご協力いただいた看護部様、看護職の皆様、また本研究の遂行にあたり貴重な助言を賜りました秋田大学名誉教授 石井範子氏に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費18K10139の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

文 献

- Chan, F.L., Merchant, A.A., Breede, N., Lipszyc, J.C., House, R., Tarlo, S.M. (2019). Chlorhexidine skin symptoms and allergy in dialysis patients and nurses. *Clinical & Experimental Allergy*, 49(8), 1158-1162. <https://doi.org/10.1111/cea.13440>
- 千貫祐子 (2017). ラテックスアレルギー対策と安全管理. *日本耳鼻咽喉科学会会報*, 120(3), 254-255. <https://doi.org/10.3950/jibiinkoka.120.254>
- Di Gioacchino M., Braga, M. (2009). Prevention and management of occupational allergy. *The Kitasato Medical Journal*, 39(2), 119-125.
- Hepner, D.L., Castells, M.C. (2003). Latex allergy: An update. *Anesthesia & Analgesia*, 96(4), 1219-1229. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000050768.04953.16>
- 厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会 (2011). 「リウマチ・アレルギー対策委員会報告書」. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001nes4-att/2r9852000001newa.pdf> (参照2021年11月2日)
- 厚生労働省 (2016). 「パウダー付き医療用手袋に関する取扱いについて」. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2397&dataType=1&pageNo=1 (参照2016年12月30日)
- 厚生労働省 (2017). 消費者庁・厚生労働省・経済産業省 News Release 「天然ゴム製品の使用による皮膚障害は、ラテックスアレルギーの可能性があります。アレルギー専門医に相談しましょう。」. <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000853372.pdf> (参照2018年5月4日)

- 厚生労働省 (2020). 令和2年患者調査(傷病分類編). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/dl/r02syobyo.pdf> (参照2023年8月10日)
- 厚生労働省 (2019). 平成30年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況: 就業保健師・助産師・看護師・准看護師. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/18/dl/kekka1.pdf> (参照2021年12月9日)
- Kurai, J., Watanabe, M., Sano, H., Torai, S., Yanase, H., Funakoshi, T., Fukada, A., Hayakawa, S., Shimizu, E., Kitano, H. (2015). Asthma and wheeze prevalence among nursing professionals in western Japan: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(12), 15459-15469. <https://doi.org/10.3390/ijerph121214997>
- 松原 篤, 坂下雅文, 後藤 稯, 川島佳代子, 松岡伴和, 近藤 悟, 山田武千代, 竹野幸夫, 竹内万彦, 浦島充佳, 藤枝重治, 大久保公裕 (2020). 鼻アレルギーの全国疫学調査2019(1998年, 2008年との比較): 速報—耳鼻咽喉科医およびその家族を対象として—. *日本耳鼻咽喉科学会会報*, 123(6), 485-490. <https://doi.org/10.3950/jibiinkoka.123.485>
- 永井晶代, 松永佳世子 (2016). 経皮感作からとらえる皮膚疾患 経皮感作モデルとしてのラテックスアレルギー. *Monthly Book Derma*, 245, 15-20.
- Nettis, E., Colanardi, M.C., Soccio, A.L., Ferrannini, A., Tursi, A. (2002). Occupational irritant and allergic contact dermatitis among healthcare workers. *Contact Dermatitis*, 46(2), 101-107. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2002.460208.x>
- 日本皮膚科学会, 日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会, 手湿疹診療ガイドライン委員会 (2018). 日本皮膚科学会ガイドライン 手湿疹診療ガイドライン. *日本皮膚科学会雑誌*, 128(3), 370.
- 日本看護協会 (2020). 日本看護協会調査研究報告: 2019年病院看護実態調査 統計表10. <https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/research/95.pdf> (参照2021年11月2日)
- 日本職業・環境アレルギー学会ガイドライン専門部会 (2016). 職業性アレルギー疾患診療ガイドライン2016. 東京: 協和企画.
- 西間三馨 (2017): アレルギー疾患対策基本法とアレルギー診療の均霑化. *アレルギー*, 66(3), 190-203.
- Pesonen, M., Jolanki, R., Filon, F.L., Wilkinson, M., Kręcis, B., Kieć-Świerczyńska, M., Bauer, A., Mahler, V., John, S.M., Schnuch, A., Uter, W., ESSCA network (2015). Patch test results of the European baseline series among patients with occupational contact dermatitis across Europe: Analyses of the European Surveillance System on Contact Allergy network, 2002-2010. *Contact Dermatitis*, 72(3), 154-163. <https://doi.org/10.1111/cod.12333>
- 佐々木真紀子, 菊地由紀子, 工藤由紀子, 長谷部真木子, 杉山令子, 石井範子 (2019). 看護職の職業性アレルギーに対する病院組織における健康管理状況と今後の課題. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 27(2), 13-21.
- Sato, K., Kusaka, Y., Suganuma, N., Nagasawa, S., Deguchi, Y. (2004). Occupational allergy in medical doctors. *Journal of Occupational Health*, 46(2), 165-170. <https://doi.org/10.1539/joh.46.165>
- Smith, D. R., Ohmura, K., Yamagata, Z. (2003). Prevalence and correlates of hand dermatitis among nurses in a Japanese teaching hospital. *Journal of Epidemiology*, 13(3), 157-161.
- 末光順子, 梶原江美, 飯野英親, 岩本テルヨ, 小田日出子, 本田輝子, 浅野嘉延 (2012). 基礎看護学演習のゴム手袋装着直後にアレルギー症状を起こした看護学生の2事例. *日本看護学会論文集:看護総合*, 42, 354-357.
- Taylor, J.S., Erkek, E. (2004). Latex allergy: Diagnosis and management. *Dermatologic Therapy*, 17(4), 289-301. <https://doi.org/10.1111/j.1396-0296.2004.04024.x>
- Warburton, K.L., Bauer, A., Chowdhury, M.M.U., Cooper, S., Kręcis, B., Chomiczewska-Skóra, Kieć-Świerczyńska, M., Filon, F.L., Mahler, V., Sánchez-Pérez, J., Schnuch, A., Uter, W., Wilkinson, M. (2015). ESSCA results with the baseline series, 2009-2012: Rubber allergens. *Contact Dermatitis*, 73(5), 305-312. <https://doi.org/10.1111/cod.12454>

[2022年11月9日受付]
[2023年3月2日採用決定]

Actual Situation and Management of Allergies among Nurses Working in Hospitals in Japan

Journal of Japan Society of Nursing Research
2023, 46(4), 693-702
©2023 Japan Society of Nursing Research
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20230302206>

Makiko Sasaki, PhD, RN, PHN¹, Yukiko Kikuchi, PhD, RN²,
Yukiko Kudo, PhD, RN², Makiko Hasebe, B.Ed.RN²,
Reiko Sugiyama, PhD, RN, PHD²

¹Akita University, Akita, Japan, ²Akita University Graduate School of Health Sciences, Akita, Japan

Abstract

Objective: This study aims to clarify the actual situation and management of allergies among nurses working in hospitals in Japan. **Methods:** We conducted a cross-sectional survey using a self-administered questionnaire. The question items included the presence or absence and onset of allergies, frequency of contact with allergens, and tissue health care. **Results:** A total of 264 valid responses were analyzed. The results indicated that 82.6% of the respondents had at least one allergic symptom. The most common allergy was allergic rhinitis (41.7%). In all cases, the onset time for those with allergies to rubber products was after admission to a primary nursing educational institution or employment. Moreover, 32.2% of the respondents indicated that their allergic symptoms worsened after entering nursing. Significant associations existed between increased allergic symptoms after employment and allergies to rubber products, detergents, or soap and allergic rhinitis. The results also revealed assigning the management of allergies to individual nurses. **Conclusions:** This study revealed that allergy management in the workplace was poor, even though most of the nurses had allergic symptoms. Therefore, in addition to a deeper understanding of allergies among nurses, improved allergy management in the workplace is needed.

Key words

nurse, allergy, workplace, health, management

Correspondence: M. Sasaki. Email: sasa82ma@hotmail.co.jp

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マ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、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・ 本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 16) 平成30年11月23日 一部改正実施する。
- 17) 令和2年6月14日 一部改正実施する。
- 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提出すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 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。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

13. 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、英語論文を受付しない。英語論文は、本学会が発行する国際英文ジャーナル Journal of International Nursing Research (JINR) で受付する。

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。
- 18) 令和3年5月23日 一部改正実施する。

英文オープンアクセスジャーナル! **第7報**

論文
受付中

JINR

Journal of
International
Nursing Research

投稿規程はJINR誌のウェブサイト
(<https://www.jinr.jsnr.or.jp/>)で公開中!

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2022年2月に創刊いたしました。
JINR誌は、看護学に関連する論文 (Review
Article, Original Research, Practice
Guidelines, Technical Report, Brief Report)
を募集しております。

- 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、PubMedに掲載予定
- 筆頭著者が日本看護研究学会会員であれば論文掲載料は無料
- 『日本看護研究学会雑誌』で公表した論文の二次出版が可能

Volume 1 | Number 1
February 2022

発信日: 2022年 10月17日

一般社団法人 日本看護研究学会
理事長: 浅野みどり 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. 2023年度会費納入のお願い

2023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。

2021年7月より、年会費の納入にオンラインクレジット決済のご利用が可能となりました。下記2. に記載の「会員情報管理システム」よりご利用ください。

年会費納入口座

記			
年会費	正会員	8,000円	郵便振替口座 00100-6-37136
	学生会員A	3,000円	加入者名 一般社団法人日本看護研究学会
	学生会員B	1,000円	

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局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〉

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3982-2030 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46巻 第4号

無料配布

2023年10月20日 印刷

2023年10月20日 発行

編集委員

委員長	佐伯 由香 (理事)	愛媛大学大学院医学系研究科
委員	會田 信子 (会員)	信州大学学術研究院保健学系
	伊丹 君和 (会員)	滋賀県立大学人間看護学部
	佐々木新介 (会員)	岡山県立大学保健福祉学部
	高井ゆかり (会員)	群馬県立県民健康科学大学看護学部
	名越 恵美 (会員)	岡山県立大学保健福祉学部
	武用 百子 (会員)	大阪大学大学院医学系研究科
	法橋 尚宏 (理事)	神戸大学大学院保健学研究科
	本田可奈子 (会員)	滋賀県立大学人間看護学部
	松田 光信 (会員)	大阪公立大学大学院看護学研究科
	水野恵理子 (会員)	順天堂大学大学院医療看護学研究科
	光木 幸子 (会員)	同志社女子大学大学院看護学研究科

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2丁目39-2-401

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3982-2030 (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 浅野 みどり

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

