

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 39 Number 5 December 2016 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[39巻 5号]

# 会 告 ( 1 )

日本看護研究学会雑誌39巻3号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

## P 8・13・93・94 演題取り下げのため削除

交流集会2 空気圧式末梢循環促進装置を用いたマッサージの評価に有用な指標の検討

企画代表者：宇都宮 愛（岡山大学病院）／田村 瑠美（岡山大学病院）、長尾 衣莉（岡山大学病院）、  
森本 美智子（岡山大学大学院保健学研究科）

(2) 以下の通り訂正いたします。

## P13 座長変更

誤	正
□演 第7群 看護教育② (31-35)	□演 第7群 看護教育② (31-35)
座長：屋宜 譜美子	座長：榎本 まゆみ

(3) 以下の通り訂正いたします。

## P17 共同発表者削除

誤 11 看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いにおける実習適応感の差の検討  
○龔 恵芳<sup>1</sup>，竹田 千佐子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>兵庫医療大学

正 11 看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いにおける実習適応感の差の検討  
○龔 恵芳<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>兵庫医療大学

(4) 以下の通り訂正いたします。

## P19 座長変更

誤 第4会場 第7群 看護教育② 14：00～14：50  
座長：屋宜 譜美子（天理医療大学看護学科）

正 第4会場 第7群 看護教育② 14：00～14：50  
座長：榎本 まゆみ（国際医療福祉大学）

(5) 以下の通り訂正いたします。

#### P24 共同発表者追加

誤 75 高齢患者の摂食嚥下に関する看護アセスメントの実態 –看護記録の分析から–  
○照山 友美子<sup>1</sup>, 市村 久美子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>水戸赤十字病院, <sup>2</sup>茨城県立医療大学

正 75 高齢患者の摂食嚥下に関する看護アセスメントの実態 –看護記録の分析から–  
○照山 友美子<sup>1</sup>, 市村 久美子<sup>2</sup>, 川波 公香<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>水戸赤十字病院, <sup>2</sup>茨城県立医療大学

(6) 以下の通り訂正いたします。

#### P26 共同発表者追加

誤 87 模擬患者における禁忌肢位を伴う体位変換時の熟練看護師と新人看護師の視線計測の比較  
○川田 祐一郎<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>香川大学医学部附属病院

正 87 模擬患者における禁忌肢位を伴う体位変換時の熟練看護師と新人看護師の視線計測の比較  
○川田 祐一郎<sup>1</sup>, 當日 雅代<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>香川大学医学部附属病院, <sup>2</sup>同志社女子大学

(7) 以下の通り訂正いたします。

#### P32・190 演題取り下げのため削除

示説 133 空気圧式末梢循環促進装置を用いたマッサージの評価に有用な指標の検討  
○長尾 衣莉<sup>1</sup>, 田村 瑠美<sup>1</sup>, 宇都宮 愛<sup>1</sup>, 森本 美智子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>岡山大学病院, <sup>2</sup>岡山大学大学院保健学研究科看護学分野臨床応用学領域

(8) 以下の通り訂正いたします。

#### P32 共同発表者削除

誤 139 周手術期演習における危険予知トレーニングの効果の検証  
○岡本 佐智子<sup>1</sup>, 佐藤 安代<sup>1</sup>, 志間 佐和<sup>1</sup>, 古矢 優子<sup>1</sup>, 藤澤 博子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>日本保健医療大学保健医療学部看護学科

正 139 周手術期演習における危険予知トレーニングの効果の検証  
○岡本 佐智子<sup>1</sup>, 佐藤 安代<sup>1</sup>, 古矢 優子<sup>1</sup>, 藤澤 博子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>日本保健医療大学保健医療学部看護学科

(9) 以下の通り訂正いたします。

#### P33・201 演題取り下げのため削除

示説 151 急性期病院の組織風土が看護師のストレス、腰痛へ及ぼす影響  
○川瀬 淑子<sup>1</sup>, 林 健司<sup>1</sup>, 岡安 誠子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>島根県立大学看護学部

(10) 以下の通り訂正いたします。

#### P37 共同発表者削除

誤 189 統合実習後の学生が捉えた「看護課題」

○三ッ井 圭子<sup>1</sup>, 真鍋 知子<sup>1</sup>, 中澤 明美<sup>1</sup>, 金屋 佑子<sup>1</sup>, 根本 友見<sup>1</sup>, 羽毛田 博美<sup>1</sup>, 塩田 みどり<sup>1</sup>,  
松沼 瑠美子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>了徳寺大学

正 189 統合実習後の学生が捉えた「看護課題」

○三ッ井 圭子<sup>1</sup>, 真鍋 知子<sup>1</sup>, 中澤 明美<sup>1</sup>, 金屋 佑子<sup>1</sup>, 根本 友見<sup>1</sup>, 羽毛田 博美<sup>1</sup>, 塩田 みどり<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>了徳寺大学

(11) 以下の通り訂正いたします。

#### P38 共同発表者追加

誤 193 看護学生によるコラーゲ療法の実施を試みて - 内面と外面の分析結果と対人関係測定を比較して -

○松川 泰子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>森ノ宮医療大学

正 193 看護学生によるコラーゲ療法の実施を試みて - 内面と外面の分析結果と対人関係測定を比較して -

○松川 泰子<sup>1</sup>, 上西 洋子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>森ノ宮医療大学

(12) 以下の通り訂正いたします。

#### P42 共同発表者追加・修正

誤 231 有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動

○齋藤 英夫<sup>1</sup>, 旗持 知恵子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>大阪府立大学大学院, <sup>2</sup>大阪府立大学

正 231 有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動

○齋藤 英夫<sup>1</sup>, 旗持 知恵子<sup>2</sup>, 藪下 八重<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>大阪府立大学大学院, <sup>2</sup>大阪府立大学大学院看護学研究科

(13) 以下の通り訂正いたします。

#### P48 共同発表者削除

誤 290 初期治療過程に在る成人期乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況

○若崎 淳子<sup>1</sup>, 谷口 敏代<sup>2</sup>, 掛屋 純子<sup>1</sup>, 掛橋 千賀子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>鳥根県立大学, <sup>2</sup>岡山県立大学

正 290 初期治療過程に在る成人期乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況

○若崎 淳子<sup>1</sup>, 谷口 敏代<sup>2</sup>, 掛橋 千賀子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>鳥根県立大学, <sup>2</sup>岡山県立大学

(14) 以下の通り訂正いたします。

**P49 共同発表者追加**

誤 304 単独小規模訪問看護ステーションの早期経営安定化を目指す経営戦略に関する研究

○京谷 和哉<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>株式会社絆

正 304 単独小規模訪問看護ステーションの早期経営安定化を目指す経営戦略に関する研究

○京谷 和哉<sup>1</sup>, 一ノ山 隆司<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>株式会社絆, <sup>2</sup>金城大学

(15) 以下の通り訂正いたします。

**P50 発表者所属修正・共同発表者追加**

誤 313 救急外来の看護師が行う生命の危機に直面した患者と家族に対するケア インタビューを通してー

○大城 麻由<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>名桜大学

正 313 救急外来の看護師が行う生命の危機に直面した患者と家族に対するケア インタビューを通してー

○大城 麻由<sup>1</sup>, 西田 涼子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属病院, <sup>2</sup>名桜大学

(16) 以下の通り訂正いたします。

**P53 共同発表者追加**

誤 339 老年期乳がん患者の体験談による看護学生の学び

○上西 洋子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>森ノ宮医療大学

正 339 老年期乳がん患者の体験談による看護学生の学び

○上西 洋子<sup>1</sup>, 松川 泰子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>森ノ宮医療大学, <sup>2</sup>元森ノ宮医療大学

(17) 以下の通り訂正いたします。

## P118 共同発表者削除

誤

### 11) 看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いにおける実習適応感の差の検討

○龔 恵芳<sup>1</sup>, 竹田千佐子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>兵庫医療大学

#### 【目的】

臨地実習において、看護学生と学校の教員および臨地の実習指導者との関係性に焦点をあて、看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いが、看護学生自身が主観的に臨地実習に適応しているのかどうか、すなわち、実習適応感に差があるのかを検討する。

#### 【方法】

統合実習を除く全ての臨地実習を終了した6校の看護学生4年生470名を対象に、質問紙調査を実施した。使用された尺度は、「実習適応感尺度（5件法）」「教員に対する信頼感尺度（4件法）」「実習指導者に対する信頼感尺度（4件法）」であった。質問の教示方法については先行研究を参考に、「今まで経験された実習の中で、あなたが一番心に残っている実習」を回答前に示した。分析方法は、初めに教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群に分類し、それぞれに対する実習適応感の平均値（標準偏差）または中央値（四分位範囲）を算出した。最後に教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群の実習適応感の比較には差の検定を行なった。統計解析はSPSS (Statistics22) を使用し、有意確率は5%未満とした。倫理的配慮として、調査対象者へは口頭と文章を用いて個人が特定されないこと、成績に関係しないことなどを説明し、質問紙への記入と返信をもって同意を得たものとした。また、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を受けた。

#### 【結果】

309名(65.7%)から回答を得た。回答に不備があるものを除き、294名(95.1%)を分析対象とした。調査対象者の属性は、男性33名、女性261名、平均年齢21.73歳(1.58)であり、入学形態は全員学士入学であった。教員に対する信頼感低群の実習適応感の平均値3.16(0.58)、教員に対する信頼感高群の実習適応感の平均値3.52(0.53)、実習指導者に対する信頼感低群の実習適応感の中央値3.23(0.70)、実習指導者に対する信頼感高群の実習適応感の中央値3.53(0.82)であった。教員に対する信頼感低群と高群の実習適応感に差があるのかについては対応のないt検定、実習指導者に対する信頼感低群と高群の実習適応感に差があるのかについてはMann-Whitney検定を行なった。その結果、看護学生の実習適応感は、教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群との間で有意な差がみられ、両群共に信頼感高群の実習適応感のほうが高かった【 $t(292) = 5.69, p < .01$ 】【Mann-Whitney  $U = .00, p < .01$ 】。

#### 【考察】

看護学生の教員及び実習指導者に対する信頼感は、信頼感高群のほうが低群より臨地実習に適応していることが明らかとなった。このことから、看護学生と教員および実習指導者との信頼関係は、看護学生の学習基盤を形成するだけでなく、実習適応感にまで影響を及ぼすことが示唆された。よって、看護学生が実習適応感を高くもって臨地実習に臨むには、看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感が必要不可欠である。

正

### 11) 看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いにおける実習適応感の差の検討

○龔 恵芳<sup>1</sup>

<sup>1</sup>兵庫医療大学

#### 【目的】

臨地実習において、看護学生と学校の教員および臨地の実習指導者との関係性に焦点をあて、看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感の違いが、看護学生自身が主観的に臨地実習に適応しているのかどうか、すなわち、実習適応感に差があるのかを検討する。

#### 【方法】

統合実習を除く全ての臨地実習を終了した6校の看護学生4年生470名を対象に、質問紙調査を実施した。使用された尺度は、「実習適応感尺度（5件法）」「教員に対する信頼感尺度（4件法）」「実習指導者に対する信頼感尺度（4件法）」であった。質問の教示方法については先行研究を参考に、「今まで経験された実習の中で、あなたが一番心に残っている実習」を回答前に示した。分析方法は、初めに教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群に分類し、それぞれに対する実習適応感の平均値（標準偏差）または中央値（四分位範囲）を算出した。最後に教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群の実習適応感の比較には差の検定を行なった。統計解析はSPSS (Statistics22) を使用し、有意確率は5%未満とした。倫理的配慮として、調査対象者へは口頭と文章を用いて個人が特定されないこと、成績に関係しないことなどを説明し、質問紙への記入と返信をもって同意を得たものとした。また、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を受けた。

#### 【結果】

309名(65.7%)から回答を得た。回答に不備があるものを除き、294名(95.1%)を分析対象とした。調査対象者の属性は、男性33名、女性261名、平均年齢21.73歳(1.58)であり、入学形態は全員学士入学であった。教員に対する信頼感低群の実習適応感の平均値3.16(0.58)、教員に対する信頼感高群の実習適応感の平均値3.52(0.53)、実習指導者に対する信頼感低群の実習適応感の中央値3.23(0.70)、実習指導者に対する信頼感高群の実習適応感の中央値3.53(0.82)であった。教員に対する信頼感低群と高群の実習適応感に差があるのかについては対応のないt検定、実習指導者に対する信頼感低群と高群の実習適応感に差があるのかについてはMann-Whitney検定を行なった。その結果、看護学生の実習適応感は、教員および実習指導者に対する信頼感低群と高群との間で有意な差がみられ、両群共に信頼感高群の実習適応感のほうが高かった【 $t(292) = 5.69, p < .01$ 】【Mann-Whitney  $U = .00, p < .01$ 】。

#### 【考察】

看護学生の教員及び実習指導者に対する信頼感は、信頼感高群のほうが低群より臨地実習に適応していることが明らかとなった。このことから、看護学生と教員および実習指導者との信頼関係は、看護学生の学習基盤を形成するだけでなく、実習適応感にまで影響を及ぼすことが示唆された。よって、看護学生が実習適応感を高くもって臨地実習に臨むには、看護学生の教員および実習指導者に対する信頼感が必要不可欠である。

(18) 以下の通り訂正いたします。

## P155 共同発表者追加

誤

75) 高齢患者の摂食嚥下に関する看護アセスメントの実態  
—看護記録の分析から—

○照山友美子<sup>1</sup>，市村久美子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>水戸赤十字病院，<sup>2</sup>茨城県立医療大学

### 【目的】

高齢患者の入院中における摂食嚥下機能のアセスメントの実態を看護記録から明らかにする。

### 【方法】

平成26年10月以降，地域中核病院の整形外科病棟に入院し，平成27年3月末日までに退院した後，同病院で外来通院を続けている65歳以上の患者（78人）のうち，研究協力の同意が得られた71人（91.0%）の入院中の看護記録（電子及び紙カルテ）を分析対象とした。基本属性，摂食嚥下機能および口腔の状態，摂食嚥下に影響を及ぼす要因等に関する記述を抽出し，深田らの「嚥下障害リスク評価尺度（改訂版）」（25項目）を参考に，摂食嚥下機能のアセスメントに相当するものを分類した。高齢患者の特徴と，摂食嚥下に影響のある要因，摂食嚥下に関する記録，口腔内のアセスメントを単純集計，クロス集計を行い分析した。本研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認（No.662）を得て行った。

### 【結果】

入院時の看護記録は，既往歴，内服薬など摂食嚥下機能に影響のある要因について査定できる情報が記載されていた。対象は，平均年齢75.7±8.9歳，全患者が経口摂取していた。摂食嚥下に影響する既往をもつ患者は17人（23.9%）で，脳血管疾患8人，神経筋疾患1人であった。治療法は，手術53人（74.6%），保存療法18人（25.4%）であった。摂食嚥下機能のアセスメントに関する記録があったのは41人（57.8%）で，入院時は9人（12.7%），入院日以降は34人（47.9%）と増加していた。特徴は，入院時は，食物形態に関する情報で，準備期・口腔期嚥下障害の症状・兆候を判断できる記録が多かった。入院後は，手術翌日が最も多く（33人），内容は咽頭期嚥下障害の兆候を示すもの（91.1%），誤嚥の兆候を示すもの（52.9%），食道期嚥下障害の兆候を示すもの（58.8%）など，経口摂取開始時の反応を示す情報が記録されていた。口腔内のアセスメントについては，入院時データベースの項目である義歯の有無や口腔ケアに関する看護必要度の記録は全員記録されていたが，具体的なケア方法や口腔内を観察した結果はほとんど記録されていなかった。

### 【考察】

入院時は食物形態に関する記録が多く，患者個々に適した食物形態の選択が誤嚥や窒息の予防に繋がると考える。入院後は手術翌日の記録が多く，麻酔や気管内挿管による手術後の影響をアセスメントしていたと考えられる。口腔内の状態に関する記録では，既定の項目は業務の一環として記録されやすい傾向が確認された。摂食嚥下に影響のある要因をもつ患者や口腔の状態など入院時に記録が少ない要因は，原疾患の状態や優先順位，肉眼的に観察することが困難な機能という事が考えられる。スクリーニングや評価のチェックリストの活用によって，高齢者の入院早期からアセスメントし記録に残すことができるのではないかと。

正

75) 高齢患者の摂食嚥下に関する看護アセスメントの実態  
—看護記録の分析から—

○照山友美子<sup>1</sup>，市村久美子<sup>2</sup>，川波公香<sup>2</sup>

<sup>1</sup>水戸赤十字病院，<sup>2</sup>茨城県立医療大学

### 【目的】

高齢患者の入院中における摂食嚥下機能のアセスメントの実態を看護記録から明らかにする。

### 【方法】

平成26年10月以降，地域中核病院の整形外科病棟に入院し，平成27年3月末日までに退院した後，同病院で外来通院を続けている65歳以上の患者（78人）のうち，研究協力の同意が得られた71人（91.0%）の入院中の看護記録（電子及び紙カルテ）を分析対象とした。基本属性，摂食嚥下機能および口腔の状態，摂食嚥下に影響を及ぼす要因等に関する記述を抽出し，深田らの「嚥下障害リスク評価尺度（改訂版）」（25項目）を参考に，摂食嚥下機能のアセスメントに相当するものを分類した。高齢患者の特徴と，摂食嚥下に影響のある要因，摂食嚥下に関する記録，口腔内のアセスメントを単純集計，クロス集計を行い分析した。本研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認（No.662）を得て行った。

### 【結果】

入院時の看護記録は，既往歴，内服薬など摂食嚥下機能に影響のある要因について査定できる情報が記載されていた。対象は，平均年齢75.7±8.9歳，全患者が経口摂取していた。摂食嚥下に影響する既往をもつ患者は17人（23.9%）で，脳血管疾患8人，神経筋疾患1人であった。治療法は，手術53人（74.6%），保存療法18人（25.4%）であった。摂食嚥下機能のアセスメントに関する記録があったのは41人（57.8%）で，入院時は9人（12.7%），入院日以降は34人（47.9%）と増加していた。特徴は，入院時は，食物形態に関する情報で，準備期・口腔期嚥下障害の症状・兆候を判断できる記録が多かった。入院後は，手術翌日が最も多く（33人），内容は咽頭期嚥下障害の兆候を示すもの（91.1%），誤嚥の兆候を示すもの（52.9%），食道期嚥下障害の兆候を示すもの（58.8%）など，経口摂取開始時の反応を示す情報が記録されていた。口腔内のアセスメントについては，入院時データベースの項目である義歯の有無や口腔ケアに関する看護必要度の記録は全員記録されていたが，具体的なケア方法や口腔内を観察した結果はほとんど記録されていなかった。

### 【考察】

入院時は食物形態に関する記録が多く，患者個々に適した食物形態の選択が誤嚥や窒息の予防に繋がると考える。入院後は手術翌日の記録が多く，麻酔や気管内挿管による手術後の影響をアセスメントしていたと考えられる。口腔内の状態に関する記録では，既定の項目は業務の一環として記録されやすい傾向が確認された。摂食嚥下に影響のある要因をもつ患者や口腔の状態など入院時に記録が少ない要因は，原疾患の状態や優先順位，肉眼的に観察することが困難な機能という事が考えられる。スクリーニングや評価のチェックリストの活用によって，高齢者の入院早期からアセスメントし記録に残すことができるのではないかと。

(19) 以下の通り訂正いたします。

## P162 共同発表者追加

誤

### 87) 模擬患者における禁忌肢位を伴う体位変換時の熟練看護師と新人看護師の視線計測の比較

○川田祐一郎<sup>1</sup>

<sup>1</sup>香川大学医学部附属病院

#### 【目的】

新人看護師は体位変換時に禁忌肢位に注意を払うことに意識が集中し、疼痛を増強させたりドレーンを引っ張ったりするアクシデントが多いと感じている。そこで、禁忌肢位を伴う体位変換時の視線計測から新人看護師と熟練看護師間で体位変換時の認知プロセスを推定し、両者を比較することを目的とする。

#### 【研究方法】

**対象者**：整形外科看護経験5年以上の熟練看護師5名と入職4ヶ月で整形外科看護経験のある新人看護師5名である。**測定機器**：モバイル型視線計測機器EMR-9を使用した。**患者設定**：20歳代健康男性1名を模擬患者として頸椎固定術後1日目・人工股関節置換術後1日目で各術式に応じた禁忌肢位のある患者を設定した。術後1日目のため看護師による右側臥位の体位変換とした。**分析項目**：視線計測専用解析ソフトd-Factoryを用いて、停留点軌跡、注視項目視線変化表を分析した。また、主観的評価として自記式アンケート調査を行った。**倫理的配慮**：香川大学医学部倫理委員会の承認を得た。対象者に、研究の趣旨を文書と口頭で説明し、同意を得た。

#### 【結果】

①**体位変換所要時間**：頸椎・股関節術後共に体位変換全行程、体位変換後で熟練看護師の方が有意に所要時間は長かった。②**停留点軌跡パターン**：頸椎術後では熟練看護師は、体動に伴うドレーン類の動きに停留点が集まる傾向にあったが、新人看護師は頸部やオルソカラーに停留点が集まる傾向にあった。股関節術後では熟練看護師は頸椎同様ドレーン類に停留点が集まったが、新人看護師は股関節や下肢に停留点が集まる傾向であった。③**注視項目視線変化表**：頸椎・股関節術後模擬患者の体位変換では、熟練看護師は体位変換前後でドレーン類の整理に時間をかけているが、新人看護師は身体側面に時間をかけていた。また、新人看護師はナースコールや尿道留置カテーテルを注視していない傾向にあった。④**アンケート調査**：新人看護師は体位変換を困難と感じており、頸椎・股関節の禁忌肢位を取るのではないかと不安に感じていた。

#### 【考察】

熟練看護師はルート類の危険予知・安全確認を行うことでリスク回避をしている。また視野の範囲は熟練看護師の方が広く、時間をかけて患者の状態や患者周りの環境を確認・調整している。特にナースコールを注視しており、患者の身の回りの世話に配慮し、術後患者の状態変化に迅速対応するためと考えられる。新人看護師は観察視点が定まっておらず、禁忌肢位や身体側に視線が向けられる。また、尿道留置カテーテルは視野に入り難く注視することなく終了している。今後は、視線計測機器を用いて新人看護師が客観的に自分自身の体位変換技術を評価し修正することで、危険予知や安全確認の質を高めることに繋がるのではないかと考える。

正

### 87) 模擬患者における禁忌肢位を伴う体位変換時の熟練看護師と新人看護師の視線計測の比較

○川田祐一郎<sup>1</sup>， 當目雅代<sup>2</sup>

<sup>1</sup>香川大学医学部附属病院， <sup>2</sup>同志社女子大学

#### 【目的】

新人看護師は体位変換時に禁忌肢位に注意を払うことに意識が集中し、疼痛を増強させたりドレーンを引っ張ったりするアクシデントが多いと感じている。そこで、禁忌肢位を伴う体位変換時の視線計測から新人看護師と熟練看護師間で体位変換時の認知プロセスを推定し、両者を比較することを目的とする。

#### 【研究方法】

**対象者**：整形外科看護経験5年以上の熟練看護師5名と入職4ヶ月で整形外科看護経験のある新人看護師5名である。**測定機器**：モバイル型視線計測機器EMR-9を使用した。**患者設定**：20歳代健康男性1名を模擬患者として頸椎固定術後1日目・人工股関節置換術後1日目で各術式に応じた禁忌肢位のある患者を設定した。術後1日目のため看護師による右側臥位の体位変換とした。**分析項目**：視線計測専用解析ソフトd-Factoryを用いて、停留点軌跡、注視項目視線変化表を分析した。また、主観的評価として自記式アンケート調査を行った。**倫理的配慮**：香川大学医学部倫理委員会の承認を得た。対象者に、研究の趣旨を文書と口頭で説明し、同意を得た。

#### 【結果】

①**体位変換所要時間**：頸椎・股関節術後共に体位変換全行程、体位変換後で熟練看護師の方が有意に所要時間は長かった。②**停留点軌跡パターン**：頸椎術後では熟練看護師は、体動に伴うドレーン類の動きに停留点が集まる傾向にあったが、新人看護師は頸部やオルソカラーに停留点が集まる傾向にあった。股関節術後では熟練看護師は頸椎同様ドレーン類に停留点が集まったが、新人看護師は股関節や下肢に停留点が集まる傾向であった。③**注視項目視線変化表**：頸椎・股関節術後模擬患者の体位変換では、熟練看護師は体位変換前後でドレーン類の整理に時間をかけているが、新人看護師は身体側面に時間をかけていた。また、新人看護師はナースコールや尿道留置カテーテルを注視していない傾向にあった。④**アンケート調査**：新人看護師は体位変換を困難と感じており、頸椎・股関節の禁忌肢位を取るのではないかと不安に感じていた。

#### 【考察】

熟練看護師はルート類の危険予知・安全確認を行うことでリスク回避をしている。また視野の範囲は熟練看護師の方が広く、時間をかけて患者の状態や患者周りの環境を確認・調整している。特にナースコールを注視しており、患者の身の回りの世話に配慮し、術後患者の状態変化に迅速対応するためと考えられる。新人看護師は観察視点が定まっておらず、禁忌肢位や身体側に視線が向けられる。また、尿道留置カテーテルは視野に入り難く注視することなく終了している。今後は、視線計測機器を用いて新人看護師が客観的に自分自身の体位変換技術を評価し修正することで、危険予知や安全確認の質を高めることに繋がるのではないかと考える。

(20) 以下の通り訂正いたします。

## P194 共同発表者削除

誤

### 139) 周手術期演習における危険予知トレーニングの効果の検証

○岡本佐智子<sup>1</sup>，佐藤安代<sup>1</sup>，志間佐和<sup>1</sup>，古矢優子<sup>1</sup>，藤澤博子<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 日本保健医療大学保健医療学部看護学科

#### 【目的】

医療現場では、医療事故を防止するために危険予知トレーニング（以下KYT）を導入し、事故を未然に防ぐ取り組みがなされている。看護基礎教育では臨地実習において看護学生の1割程度がインシデント・アクシデントを経験し、その中でも成人看護学の急性期実習の発生件数が高かったという報告がある。KYTは、イラストや写真を見せ、その状況にある潜在的危険を指摘させ、改善点を考えるトレーニングであるが、学生はイラストや写真では、患者の状況をイメージするのが難しい。そこで本研究では、学生がお互いに患者役と看護師役となって行うロールプレイングを組み込みこんだKYTの教育効果について検討を行った。

#### 【研究方法】

方法：2015年5月、A大学看護学科2年次生109名をグループ（5～6人）に分け、患者役と看護師役で、胃切除術後の初回歩行をロールプレイングで実施した。その後、KYT基礎4ラウンド法により、現状把握から目標設定までを体験した後、無記名自記式質問紙調査を行った。倫理的配慮：紙面と口頭で目的と方法、研究協力は任意で評価に関係しないこと、本人が特定されないよう取り扱うことなどを説明の上、署名にて同意を得た。日本保健医療大学倫理委員会の承認（2701-1）を得た。

#### 【結果】

研究の同意を得られた協力者は102名（回収率93.6%）であった。術後1日目の初回歩行のリスクについて、自分自身で「転倒のリスクについて考えることができた」94.1%、「ドレーン類が抜けるリスクについて考えることができた」81.4%、「歩行時、血栓が流れて肺塞栓になるリスクについて考えることができた」39.2%であった。肺塞栓のリスクについては、グループで話し合うことにより考えることができたのは52.0%であった。危険防止について、自分自身で「具体策を考えることができた」80.4%、「妥当だと思える行動目標を考えることができた」80.4%であった。

#### 【考察】

転倒のリスクやドレーン類抜去のリスクについては、大半の学生が自分自身で気づくことができていた。しかし、血栓が流れて肺塞栓になるリスクについては、自分で気づけた学生は4割程度で、話し合いを経ても半数程度が、気づくことができていなかった。気づくことができた危険については、大半が自分自身で具体策を考えることができていた。ロールプレイングという手法は、ドレーンなど目に見える危険についてはイメージする助けになるが、体内で起こる危険については、気づきにくいのではないかと考えられた。このことから、目に見えないリスクに気づけるよう、ファシリテーターの介入や講義との関連で理解を深める工夫が必要であると考えられた。

正

### 139) 周手術期演習における危険予知トレーニングの効果の検証

○岡本佐智子<sup>1</sup>，佐藤安代<sup>1</sup>，古矢優子<sup>1</sup>，藤澤博子<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 日本保健医療大学保健医療学部看護学科

#### 【目的】

医療現場では、医療事故を防止するために危険予知トレーニング（以下KYT）を導入し、事故を未然に防ぐ取り組みがなされている。看護基礎教育では臨地実習において看護学生の1割程度がインシデント・アクシデントを経験し、その中でも成人看護学の急性期実習の発生件数が高かったという報告がある。KYTは、イラストや写真を見せ、その状況にある潜在的危険を指摘させ、改善点を考えるトレーニングであるが、学生はイラストや写真では、患者の状況をイメージするのが難しい。そこで本研究では、学生がお互いに患者役と看護師役となって行うロールプレイングを組み込みこんだKYTの教育効果について検討を行った。

#### 【研究方法】

方法：2015年5月、A大学看護学科2年次生109名をグループ（5～6人）に分け、患者役と看護師役で、胃切除術後の初回歩行をロールプレイングで実施した。その後、KYT基礎4ラウンド法により、現状把握から目標設定までを体験した後、無記名自記式質問紙調査を行った。倫理的配慮：紙面と口頭で目的と方法、研究協力は任意で評価に関係しないこと、本人が特定されないよう取り扱うことなどを説明の上、署名にて同意を得た。日本保健医療大学倫理委員会の承認（2701-1）を得た。

#### 【結果】

研究の同意を得られた協力者は102名（回収率93.6%）であった。術後1日目の初回歩行のリスクについて、自分自身で「転倒のリスクについて考えることができた」94.1%、「ドレーン類が抜けるリスクについて考えることができた」81.4%、「歩行時、血栓が流れて肺塞栓になるリスクについて考えることができた」39.2%であった。肺塞栓のリスクについては、グループで話し合うことにより考えることができたのは52.0%であった。危険防止について、自分自身で「具体策を考えることができた」80.4%、「妥当だと思える行動目標を考えることができた」80.4%であった。

#### 【考察】

転倒のリスクやドレーン類抜去のリスクについては、大半の学生が自分自身で気づくことができていた。しかし、血栓が流れて肺塞栓になるリスクについては、自分で気づけた学生は4割程度で、話し合いを経ても半数程度が、気づくことができていなかった。気づくことができた危険については、大半が自分自身で具体策を考えることができていた。ロールプレイングという手法は、ドレーンなど目に見える危険についてはイメージする助けになるが、体内で起こる危険については、気づきにくいのではないかと考えられた。このことから、目に見えないリスクに気づけるよう、ファシリテーターの介入や講義との関連で理解を深める工夫が必要であると考えられた。

(21) 以下の通り訂正いたします。

## P223 共同発表者削除

誤

### 189) 統合実習後の学生が捉えた「看護課題」

○三ツ井圭子<sup>1</sup>、真鍋知子<sup>1</sup>、中澤明美<sup>1</sup>、金屋佑子<sup>1</sup>、  
根本友見<sup>1</sup>、羽毛田博美<sup>1</sup>、塩田みどり<sup>1</sup>、松沼瑠美子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>了徳寺大学

#### 【目的】

A看護系大学における看護の実践と統合実習を通して、学生が捉えた看護課題の内容を明らかにする。

#### 【方法】

対象者：A大学看護学科の4年次に行われた統合実習に参加した学生97名中、研究協力を表明した73名とした。実習方法：看護の実践と統合実習（以下、統合実習）は、90時間（2単位）を、実習前半に実習施設の看護部長から看護管理についての講義を受け、2日間を看護師（メンバーとチームリーダー）のシャドウイングを行った。実習後半には、連続3日間複数（2名）受け持ち、チームに入って指導を受けながら複数患者の看護過程を展開した。データ収集方法および調査内容：統合実習の最終カンファレンス資料から、学生の看護課題と捉えられる文章を文脈からの意味を推考して一義一文で抽出した。分析：文脈を読み取りながら「看護課題」と思われる記述を抽出した。抽出したテキストデータは、文脈の意味内容を変えずに単純化し、類似した意味内容の要素を探し、それらを適確に表す表現に置き換え、抽象度を上げていきカテゴリー化した。用語の操作的定義：「看護課題」は、学生が看護学実習を通して、看護専門職として成長する自分自身の現在の問題や看護実践上必要であると自覚した内容と定義する。

#### 【結果】

統合実習後に学生が捉えた「看護課題」は、166コード、25サブカテゴリーと【チームワークを発揮した看護の質を維持向上させる実践】(49)、【患者を中心とした関わりと信頼に応える実践】(39)、【時間を効率よく管理する能力】(25)、【看護展開のプロセスに基づく看護実践】(23)、【専門職の役割と責務を認識した看護師像】(11)、【病院内の看護管理の理解】(10)、【状況変化に対応する実践】(9)の7つのカテゴリーに分類された。括弧内はコード数を示す。

#### 【考察】

学生は、チーム内での情報の流れやメンバー同士の協力を学び、チームが協働して活動し、看護の質を維持向上させる看護実践の重要性を認識していた。また、チームメンバーの主体的な参加が必要であると捉えていた。初めての複数患者の受け持ちであっても、領域別実習終了までに学んだ看護展開のプロセスが、個々の患者の看護実践のコアになると再認識していた。加えて、患者を尊重する姿勢をもって、複数患者の受け持ちを行うには、業務で看護が疎かにならないように考えていた。さらに、複数の患者に偏りなく公平に関わり、必要とされる看護を実施するには、効率的な時間管理能力が求められること、患者の健康段階が異なり多様なニーズが存在する臨床現場では、それに対応する実践力も求められていると捉えていた。学生は個人の能力を向上させる努力ができる人物に成長して看護実践をおこないたいと考えていることがわかった。今後、病院組織としての看護管理について学生が課題を達成したと実感できるよう統合実習の内容や方法を工夫する必要がある。

本研究は、了徳寺大学倫理審査委員会の承認（承認番号：2728）を得ている。

正

### 189) 統合実習後の学生が捉えた「看護課題」

○三ツ井圭子<sup>1</sup>、真鍋知子<sup>1</sup>、中澤明美<sup>1</sup>、金屋佑子<sup>1</sup>、  
根本友見<sup>1</sup>、羽毛田博美<sup>1</sup>、塩田みどり<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>了徳寺大学

#### 【目的】

A看護系大学における看護の実践と統合実習を通して、学生が捉えた看護課題の内容を明らかにする。

#### 【方法】

対象者：A大学看護学科の4年次に行われた統合実習に参加した学生97名中、研究協力を表明した73名とした。実習方法：看護の実践と統合実習（以下、統合実習）は、90時間（2単位）を、実習前半に実習施設の看護部長から看護管理についての講義を受け、2日間を看護師（メンバーとチームリーダー）のシャドウイングを行った。実習後半には、連続3日間複数（2名）受け持ち、チームに入って指導を受けながら複数患者の看護過程を展開した。データ収集方法および調査内容：統合実習の最終カンファレンス資料から、学生の看護課題と捉えられる文章を文脈からの意味を推考して一義一文で抽出した。分析：文脈を読み取りながら「看護課題」と思われる記述を抽出した。抽出したテキストデータは、文脈の意味内容を変えずに単純化し、類似した意味内容の要素を探し、それらを適確に表す表現に置き換え、抽象度を上げていきカテゴリー化した。用語の操作的定義：「看護課題」は、学生が看護学実習を通して、看護専門職として成長する自分自身の現在の問題や看護実践上必要であると自覚した内容と定義する。

#### 【結果】

統合実習後に学生が捉えた「看護課題」は、166コード、25サブカテゴリーと【チームワークを発揮した看護の質を維持向上させる実践】(49)、【患者を中心とした関わりと信頼に応える実践】(39)、【時間を効率よく管理する能力】(25)、【看護展開のプロセスに基づく看護実践】(23)、【専門職の役割と責務を認識した看護師像】(11)、【病院内の看護管理の理解】(10)、【状況変化に対応する実践】(9)の7つのカテゴリーに分類された。括弧内はコード数を示す。

#### 【考察】

学生は、チーム内での情報の流れやメンバー同士の協力を学び、チームが協働して活動し、看護の質を維持向上させる看護実践の重要性を認識していた。また、チームメンバーの主体的な参加が必要であると捉えていた。初めての複数患者の受け持ちであっても、領域別実習終了までに学んだ看護展開のプロセスが、個々の患者の看護実践のコアになると再認識していた。加えて、患者を尊重する姿勢をもって、複数患者の受け持ちを行うには、業務で看護が疎かにならないように考えていた。さらに、複数の患者に偏りなく公平に関わり、必要とされる看護を実施するには、効率的な時間管理能力が求められること、患者の健康段階が異なり多様なニーズが存在する臨床現場では、それに対応する実践力も求められていると捉えていた。学生は個人の能力を向上させる努力ができる人物に成長して看護実践をおこないたいと考えていることがわかった。今後、病院組織としての看護管理について学生が課題を達成したと実感できるよう統合実習の内容や方法を工夫する必要がある。

本研究は、了徳寺大学倫理審査委員会の承認（承認番号：2728）を得ている。

(22) 以下の通り訂正いたします。

## P226 共同発表者追加

誤

193) 看護学生によるカラージュ療法の実施を試みて  
ー内面と外面の分析結果と対人関係測定を比較してー

○松川泰子<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 森ノ宮医療大学

### 【目的】

看護学生によるカラージュ療法の分析結果と対人関係測定の結果を比較し、その実態を把握することを目的とする。

### 【方法】

平成25年4月～7月に開講したカウンセリング論(全15回)を受講した看護学科2年生28名(男性4名,女性24名)を対象とした。講義の2コマ(180分)を用いて看護学生がカラージュ療法を実際に行い、その後、西平(1964)の基本的対人態度測定インベントリーを実施した。

カラージュ療法は、心理療法の一部門である芸術療法の中の一技法である。B4サイズの画用紙を台紙として、雑誌や新聞、パンフレットの中から自分の心惹かれるもの、心にひっかかるものを選び出して切り抜き、台紙の上で構成し、思うような構成ができたところで糊付けをすることとした。看護学生は、自身の内面と外面を示すカラージュを各1枚作成した。作成に集中できるように、学生間の距離を十分に確保し実施した。基本的対人態度測定インベントリーは30項目の質問で構成される。集計の結果、g/p値が1.5よりも高ければ対人関係において人格の良い面が生かされやすく、1.5よりも低ければ対人関係において人格が否定的に働きやすいことを示す。

得られたデータの分析は、カラージュの分析と質問紙の集計結果の評価を老年看護学の研究者2名で行い妥当性の確保に努めた。

倫理的配慮として、学生に対して個人情報の保護と評価に影響しないことを説明し、同意を得た上で実施した。その際に、研究への参加は自由意思であり、参加の拒否や中断は可能であることを説明し、提出をもって同意とした。同大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

### 【結果】

研究に同意が得られた協力者は19名(67.0%、男性2名、女性17名)であった。g/p値の平均値は $1.57 \pm 0.68$ であった。g/p値が1.5以上の学生は8名(女性8名)、1.5未満の学生は11名(男性2名、女性9名)であった。内面を表すカラージュに、緑環境や青空等の自然風景の写真を選択した学生の割合は、g/p値が高値の学生では8名中4名(50.0%)であり、g/p値低値の学生では11名中2名(18.2%)であった。また、人物の写真を選択した学生の割合は、g/p値が高値の学生では8名中3名(37.5%)であり、g/p値が低値の学生では11名中6名(54.5%)であった。

### 【考察】

カラージュ療法は内面を表出できる方法の一つであることから、学生の内面を窺い知ることができた。基本的対人態度測定インベントリーの値とカラージュ療法とを比較したところ、明らかな差異は認められなかったが、今後、継続的に実施し、対象者数を増やして比較・分析を行う必要があると考えられる。

一方、臨地実習等で患者との関係性の構築に困難を感じる学生も見受けられるため、今後、学生の学修過程を見ながら、支援していく必要性が示唆された。教育的配慮の一助として役立つ可能性も考えられる。

正

193) 看護学生によるカラージュ療法の実施を試みて  
ー内面と外面の分析結果と対人関係測定を比較してー

○松川泰子<sup>1</sup>、上西洋子<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 森ノ宮医療大学

### 【目的】

看護学生によるカラージュ療法の分析結果と対人関係測定の結果を比較し、その実態を把握することを目的とする。

### 【方法】

平成25年4月～7月に開講したカウンセリング論(全15回)を受講した看護学科2年生28名(男性4名,女性24名)を対象とした。講義の2コマ(180分)を用いて看護学生がカラージュ療法を実際に行い、その後、西平(1964)の基本的対人態度測定インベントリーを実施した。

カラージュ療法は、心理療法の一部門である芸術療法の中の一技法である。B4サイズの画用紙を台紙として、雑誌や新聞、パンフレットの中から自分の心惹かれるもの、心にひっかかるものを選び出して切り抜き、台紙の上で構成し、思うような構成ができたところで糊付けをすることとした。看護学生は、自身の内面と外面を示すカラージュを各1枚作成した。作成に集中できるように、学生間の距離を十分に確保し実施した。基本的対人態度測定インベントリーは30項目の質問で構成される。集計の結果、g/p値が1.5よりも高ければ対人関係において人格の良い面が生かされやすく、1.5よりも低ければ対人関係において人格が否定的に働きやすいことを示す。

得られたデータの分析は、カラージュの分析と質問紙の集計結果の評価を老年看護学の研究者2名で行い妥当性の確保に努めた。

倫理的配慮として、学生に対して個人情報の保護と評価に影響しないことを説明し、同意を得た上で実施した。その際に、研究への参加は自由意思であり、参加の拒否や中断は可能であることを説明し、提出をもって同意とした。同大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

### 【結果】

研究に同意が得られた協力者は19名(67.0%、男性2名、女性17名)であった。g/p値の平均値は $1.57 \pm 0.68$ であった。g/p値が1.5以上の学生は8名(女性8名)、1.5未満の学生は11名(男性2名、女性9名)であった。内面を表すカラージュに、緑環境や青空等の自然風景の写真を選択した学生の割合は、g/p値が高値の学生では8名中4名(50.0%)であり、g/p値低値の学生では11名中2名(18.2%)であった。また、人物の写真を選択した学生の割合は、g/p値が高値の学生では8名中3名(37.5%)であり、g/p値が低値の学生では11名中6名(54.5%)であった。

### 【考察】

カラージュ療法は内面を表出できる方法の一つであることから、学生の内面を窺い知ることができた。基本的対人態度測定インベントリーの値とカラージュ療法とを比較したところ、明らかな差異は認められなかったが、今後、継続的に実施し、対象者数を増やして比較・分析を行う必要があると考えられる。

一方、臨地実習等で患者との関係性の構築に困難を感じる学生も見受けられるため、今後、学生の学修過程を見ながら、支援していく必要性が示唆された。教育的配慮の一助として役立つ可能性も考えられる。

(23) 以下の通り訂正いたします。

## P248 共同発表者追加・修正

誤

### 231) 有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動

○齋藤英夫<sup>1</sup>，旗持知恵子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>大阪府立大学大学院，<sup>2</sup>大阪府立大学

#### 【研究目的】

有料老人ホームで生活をする慢性病を有する高齢者の健康行動を社会的・文化的文脈の観点から明らかにする。

#### 【研究方法】

**研究デザイン**：エスノグラフィーを参考とした質的記述的研究。**情報提供者**：有料老人ホームに入居し，慢性病を有する高齢者で認知症の診断を受けていない者4名と施設職員10名。**調査方法**：有料老人ホーム1施設にて①施設におけるレクリエーションや日常生活の参加観察。②情報提供者に半構成的面接。③情報提供者のカルテの閲覧や施設職員からの聞き取り。**分析方法**：面接内容の逐語録と参加観察によるフィールドノートよりSpradley (1979)が示す意味関係を手掛かりとし，健康行動に関する言葉や文節を抽出し，コード化した。その融合，再編成を繰り返し，“種類”，“規準”，“目的”の3つの観点で分類，コード化，カテゴリー化した。情報提供者別にその関係性を明らかにし，構造化した。**倫理的配慮**：大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を受け，実施した（申請番号27-05）。

#### 【結果】

情報提供者の健康行動の種類は，健康増進行動である【施設内外の環境を活用し，運動として歩くことを心がける】【身体に負担をかけないよう生活行動を調整する】など6カテゴリー，疾病管理行動である【疾病の防止と増悪予防の方策をとる】【自身の症状の管理をする】など4カテゴリーが見出された。健康行動の規準は他者との関係に関わる【他者のアドバイス】など3カテゴリー，自分の生活や価値に関わる【過去の経験】【生活のスケジュール】など4カテゴリー，自分の心身の状態に関わる【対処すべき心身の状態にあるという認識】の1カテゴリーが見出された。健康行動の目的は，「他人に迷惑をかけずに自分のことは自分でしたい」など個別的な目的が見出された。健康行動は施設の場の特性の影響を受け，健康行動の目的が動機づけとなって促進されており，他者との関係，自分の生活や価値，自分の心身の状態などの規準により実践されている構造が明らかになった。

#### 【考察】

施設に入居する高齢者は地域高齢者と同様に多くの健康増進行動を実践しており，慢性病に関わる疾病管理行動に関しても施設や家族の支援を活用しながら自分の心身の能力に合わせて積極的に行っていた。健康行動の目的は各々の施設入居の経緯とも関連し，その動機づけは日本の高齢者特有の役割意識，規範として特徴づけられる文化的な特性に基づいていた。施設においては様々な生活上の決定を自ら行っているため，健康行動においても多様な規準に基づき，入居者自身が自ら選択し，決定していた。看護師は施設入居の経緯を知り，健康行動の目的や規準を当事者に確認することや必要な情報を提供し，共に考え，健康行動の内容や方法を自ら決定できるよう支援する必要がある。

正

### 231) 有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動

○齋藤英夫<sup>1</sup>，旗持知恵子<sup>2</sup>，藪下八重<sup>2</sup>

<sup>1</sup>大阪府立大学大学院，<sup>2</sup>大阪府立大学大学院看護学研究科

#### 【研究目的】

有料老人ホームで生活をする慢性病を有する高齢者の健康行動を社会的・文化的文脈の観点から明らかにする。

#### 【研究方法】

**研究デザイン**：エスノグラフィーを参考とした質的記述的研究。**情報提供者**：有料老人ホームに入居し，慢性病を有する高齢者で認知症の診断を受けていない者4名と施設職員10名。**調査方法**：有料老人ホーム1施設にて①施設におけるレクリエーションや日常生活の参加観察。②情報提供者に半構成的面接。③情報提供者のカルテの閲覧や施設職員からの聞き取り。**分析方法**：面接内容の逐語録と参加観察によるフィールドノートよりSpradley (1979)が示す意味関係を手掛かりとし，健康行動に関する言葉や文節を抽出し，コード化した。その融合，再編成を繰り返し，“種類”，“規準”，“目的”の3つの観点で分類，コード化，カテゴリー化した。情報提供者別にその関係性を明らかにし，構造化した。**倫理的配慮**：大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を受け，実施した（申請番号27-05）。

#### 【結果】

情報提供者の健康行動の種類は，健康増進行動である【施設内外の環境を活用し，運動として歩くことを心がける】【身体に負担をかけないよう生活行動を調整する】など6カテゴリー，疾病管理行動である【疾病の防止と増悪予防の方策をとる】【自身の症状の管理をする】など4カテゴリーが見出された。健康行動の規準は他者との関係に関わる【他者のアドバイス】など3カテゴリー，自分の生活や価値に関わる【過去の経験】【生活のスケジュール】など4カテゴリー，自分の心身の状態に関わる【対処すべき心身の状態にあるという認識】の1カテゴリーが見出された。健康行動の目的は，「他人に迷惑をかけずに自分のことは自分でしたい」など個別的な目的が見出された。健康行動は施設の場の特性の影響を受け，健康行動の目的が動機づけとなって促進されており，他者との関係，自分の生活や価値，自分の心身の状態などの規準により実践されている構造が明らかになった。

#### 【考察】

施設に入居する高齢者は地域高齢者と同様に多くの健康増進行動を実践しており，慢性病に関わる疾病管理行動に関しても施設や家族の支援を活用しながら自分の心身の能力に合わせて積極的に行っていた。健康行動の目的は各々の施設入居の経緯とも関連し，その動機づけは日本の高齢者特有の役割意識，規範として特徴づけられる文化的な特性に基づいていた。施設においては様々な生活上の決定を自ら行っているため，健康行動においても多様な規準に基づき，入居者自身が自ら選択し，決定していた。看護師は施設入居の経緯を知り，健康行動の目的や規準を当事者に確認することや必要な情報を提供し，共に考え，健康行動の内容や方法を自ら決定できるよう支援する必要がある。

(24) 以下の通り訂正いたします。

## P284 共同発表者削除

誤

290) 初期治療過程に在る成人期乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況

○若崎淳子<sup>1</sup>，谷口敏代<sup>2</sup>，掛屋純子<sup>1</sup>，掛橋千賀子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>鳥根県立大学，<sup>2</sup>岡山県立大学

### 【目的】

乳がん個別化治療の進展に伴い，病理検査結果に基づく乳房手術後の術後治療（adjuvant therapy）では患者は医師より術後薬物治療に関する複数の選択肢を示され，抗がん剤治療内容の選択や抗がん剤治療を受けるか否かの意思決定を迫られる。そこで今回，患者の語りを通して，初期治療過程に在る乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況を明らかにすることを目的とした。

### 【方法】

質的記述研究デザイン。研究参加者：初期治療過程に在る乳がん患者。データ収集：術後治療の選択から開始迄の外來受診時に参加者個別に各1回半構成的面接を実施した（2015年10月～2016年2月）。面接内容は承諾を得てテープ録音し逐語録を作成した。データ分析：一文脈一意味を分析単位として個別分析後，全参加者にて表現，意味内容の類似性・相違性によりカテゴリー化した。専門家間審議にて真実性の確保に努めた。倫理的配慮：A大学及びB病院研究倫理委員会の審査を受け，承認を得て実施した。

### 【結果】

参加者は5名で，平均年齢は48.6歳。全員，有職で子ども有り。実施術式は乳房切除術1名・乳房温存術4名，腋窩リンパ節郭清術1名・センチネルリンパ節生検術4名であった。面接時間は平均41.0分。心理的状況として，「（医師に抗がん剤は）どちらでもいい，生存率はそう変わらないと言われてどうしたらいいか迷っている」と自分にとっての「抗がん剤治療の必要性の判断困難」や，既に仕事に復帰しており「脱毛が気になる。これさえ解決できれば少しでも治る確率が高くなるなら抗がん剤を受けたい」と「脱毛問題の克服に依る治療の希望」が表出された。また，上司の理解や職場の協力支援に関する「職務継続への懸念」や「母子家庭だから働かなくてはいけない。手術と違って何回も治療が続けられるか」と「生活と継続治療両立の心配」，「息子が受験でこの時期に自分のことで子どもに心配をかけたくない」と治療期間中の「子どもを案じる母親意識」が示された。「手術の前と気持ちがちが全然違う。吹っ切れた。手術が終わってやっと絶対治すと心に決めた」と治療目的の理解に基づく「初期治療の受け止めと治療への意欲」の6カテゴリーが抽出された。

### 【考察】

術後抗がん剤治療選択時の初発乳がん患者は，がん患者としての体験が浅い中で予後を左右する治療内容を決める意思決定場面に直面し，治療選択を自身で判断するにも不十分な情報量や理解の中，困難や懸念，希望という複雑な心理的状況に在る。また，成人期の公私に亘る役割に起因する周囲への実働的・心理的影響を心配しながらも自分のありようを描き，初期治療目的の正しい理解に基づく治療への意欲を有する。そこで，看護者は患者の治療選択における情動的・情緒的な援助要請の内容を適切に把握し，がんの生物学的状態により推奨される標準治療と共に患者の価値観や社会経済的背景を理解した上で患者のニーズに対応し，肯定的未来思考で意思決定できるよう速やかな支援が必要と示唆された。

本研究はJSPS科研費25463453の助成を受けたものである。

正

290) 初期治療過程に在る成人期乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況

○若崎淳子<sup>1</sup>，谷口敏代<sup>2</sup>，掛橋千賀子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>鳥根県立大学，<sup>2</sup>岡山県立大学

### 【目的】

乳がん個別化治療の進展に伴い，病理検査結果に基づく乳房手術後の術後治療（adjuvant therapy）では患者は医師より術後薬物治療に関する複数の選択肢を示され，抗がん剤治療内容の選択や抗がん剤治療を受けるか否かの意思決定を迫られる。そこで今回，患者の語りを通して，初期治療過程に在る乳がん患者の病理検査結果に基づく術後抗がん剤治療選択時の心理的状況を明らかにすることを目的とした。

### 【方法】

質的記述研究デザイン。研究参加者：初期治療過程に在る乳がん患者。データ収集：術後治療の選択から開始迄の外來受診時に参加者個別に各1回半構成的面接を実施した（2015年10月～2016年2月）。面接内容は承諾を得てテープ録音し逐語録を作成した。データ分析：一文脈一意味を分析単位として個別分析後，全参加者にて表現，意味内容の類似性・相違性によりカテゴリー化した。専門家間審議にて真実性の確保に努めた。倫理的配慮：A大学及びB病院研究倫理委員会の審査を受け，承認を得て実施した。

### 【結果】

参加者は5名で，平均年齢は48.6歳。全員，有職で子ども有り。実施術式は乳房切除術1名・乳房温存術4名，腋窩リンパ節郭清術1名・センチネルリンパ節生検術4名であった。面接時間は平均41.0分。心理的状況として，「（医師に抗がん剤は）どちらでもいい，生存率はそう変わらないと言われてどうしたらいいか迷っている」と自分にとっての「抗がん剤治療の必要性の判断困難」や，既に仕事に復帰しており「脱毛が気になる。これさえ解決できれば少しでも治る確率が高くなるなら抗がん剤を受けたい」と「脱毛問題の克服に依る治療の希望」が表出された。また，上司の理解や職場の協力支援に関する「職務継続への懸念」や「母子家庭だから働かなくてはいけない。手術と違って何回も治療が続けられるか」と「生活と継続治療両立の心配」，「息子が受験でこの時期に自分のことで子どもに心配をかけたくない」と治療期間中の「子どもを案じる母親意識」が示された。「手術の前と気持ちがちが全然違う。吹っ切れた。手術が終わってやっと絶対治すと心に決めた」と治療目的の理解に基づく「初期治療の受け止めと治療への意欲」の6カテゴリーが抽出された。

### 【考察】

術後抗がん剤治療選択時の初発乳がん患者は，がん患者としての体験が浅い中で予後を左右する治療内容を決める意思決定場面に直面し，治療選択を自身で判断するにも不十分な情報量や理解の中，困難や懸念，希望という複雑な心理的状況に在る。また，成人期の公私に亘る役割に起因する周囲への実働的・心理的影響を心配しながらも自分のありようを描き，初期治療目的の正しい理解に基づく治療への意欲を有する。そこで，看護者は患者の治療選択における情動的・情緒的な援助要請の内容を適切に把握し，がんの生物学的状態により推奨される標準治療と共に患者の価値観や社会経済的背景を理解した上で患者のニーズに対応し，肯定的未来思考で意思決定できるよう速やかな支援が必要と示唆された。

本研究はJSPS科研費25463453の助成を受けたものである。

(25) 以下の通り訂正いたします。

## P292 共同発表者追加

誤

### 304) 単独小規模訪問看護ステーションの早期経営安定化を目指す経営戦略に関する研究

○京谷和哉<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>株式会社絆

#### 【目的】

訪問看護アクションプラン2025をはじめ、在宅生活を支える訪問看護の重要性が強調され、訪問看護ステーションの設置数が増加している。反面、余儀なく休止や廃止する施設もあり、特に単独小規模訪問看護ステーション(単独型)の継続が困難な現状にある。訪問看護ステーション開設早期から利用者の確保が容易ではなく、事業収入が見込めないことや運転資金に人件費を多く費やすことが要因になっている。そこで、本研究では単独小規模訪問看護ステーションが早期に経営を安定させる経営戦略としてサービス付き高齢者向け住宅の事務所にテナントとして入居し、入居者に訪問看護を提供することが利用者や事業収入の早期確保に効果的であるか実績を基に明らかにする。

#### 【研究方法】

調査対象は201X年9月から11月(3か月間)のA県B市に新規開設したサービス付き高齢者向け住宅にテナント入居した訪問看護ステーション(1施設)の実績である。サービス付き高齢者向け住宅の訪問看護の利用者数、訪問件数および1か月の訪問平均単価、事業収入をデータとして、3か月間のデータを集計し分析した。調査期間は2016年2月から同年3月までとした。本研究は研究者が所属する倫理審査会で承認を得た。

#### 【結果】

訪問看護の利用者数は9月5件、10月9件、11月11件、訪問件数は9月61件、10月99件、11月150件を示し、1か月の訪問平均単価は9月6,524円、10月6,935円、11月7,936円、事業収入では9月397,940円、10月686,580円、11月1,190,380円であった。2008年3月の社団法人全国訪問看護事業協会による訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書によると常勤換算3人未満では51.6%、延訪問回数200回未満では61.1%の赤字が示された。

#### 【考察】

開設から3か月間のデータと他ステーションの公開情報の収集が不十分なため比較できていないことは否めないが、単独小規模ステーションほど赤字になりやすい傾向にある。早期に事業収入を増加させることが赤字からの脱却となり経営安定に寄与できると考える。人材育成や確保の観点からは看護師の安定確保といった課題は残している。早期に経営を安定させる経営戦略としてサービス付き高齢者向け住宅の事務所にテナントとして入居し、入居者に訪問看護を提供することが効果的であると示唆される。

#### 【参考文献】

日本訪問看護財団：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，2012。

正

### 304) 単独小規模訪問看護ステーションの早期経営安定化を目指す経営戦略に関する研究

○京谷和哉<sup>1</sup>，一ノ山隆司<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>株式会社絆，<sup>2</sup>金城大学

#### 【目的】

訪問看護アクションプラン2025をはじめ、在宅生活を支える訪問看護の重要性が強調され、訪問看護ステーションの設置数が増加している。反面、余儀なく休止や廃止する施設もあり、特に単独小規模訪問看護ステーション(単独型)の継続が困難な現状にある。訪問看護ステーション開設早期から利用者の確保が容易ではなく、事業収入が見込めないことや運転資金に人件費を多く費やすことが要因になっている。そこで、本研究では単独小規模訪問看護ステーションが早期に経営を安定させる経営戦略としてサービス付き高齢者向け住宅の事務所にテナントとして入居し、入居者に訪問看護を提供することが利用者や事業収入の早期確保に効果的であるか実績を基に明らかにする。

#### 【研究方法】

調査対象は201X年9月から11月(3か月間)のA県B市に新規開設したサービス付き高齢者向け住宅にテナント入居した訪問看護ステーション(1施設)の実績である。サービス付き高齢者向け住宅の訪問看護の利用者数、訪問件数および1か月の訪問平均単価、事業収入をデータとして、3か月間のデータを集計し分析した。調査期間は2016年2月から同年3月までとした。本研究は研究者が所属する倫理審査会で承認を得た。

#### 【結果】

訪問看護の利用者数は9月5件、10月9件、11月11件、訪問件数は9月61件、10月99件、11月150件を示し、1か月の訪問平均単価は9月6,524円、10月6,935円、11月7,936円、事業収入では9月397,940円、10月686,580円、11月1,190,380円であった。2008年3月の社団法人全国訪問看護事業協会による訪問看護ステーション経営概況緊急調査報告書によると常勤換算3人未満では51.6%、延訪問回数200回未満では61.1%の赤字が示された。

#### 【考察】

開設から3か月間のデータと他ステーションの公開情報の収集が不十分なため比較できていないことは否めないが、単独小規模ステーションほど赤字になりやすい傾向にある。早期に事業収入を増加させることが赤字からの脱却となり経営安定に寄与できると考える。人材育成や確保の観点からは看護師の安定確保といった課題は残している。早期に経営を安定させる経営戦略としてサービス付き高齢者向け住宅の事務所にテナントとして入居し、入居者に訪問看護を提供することが効果的であると示唆される。

#### 【参考文献】

日本訪問看護財団：訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル，日本看護協会出版会，2012。

(26) 以下の通り訂正いたします。

## P297 発表者所属修正・共同発表者追加

誤

313) 救急外来の看護師が行う生命の危機に直面した患者と家族に対するケア インタビューを通してー

○大城麻由<sup>1</sup>

<sup>1</sup>名桜大学

### 【目的】

救急外来における、生命の危機に陥った患者と家族に対するケアの現状と課題を明らかにすることである。

### 【研究方法】

対象者：危機的状況に直面した患者と家族に対するケアを行ったことがあり、救急外来勤務経験が5年以上の看護師5名。調査期間：平成27年8月から9月。研究方法：インタビュー内容を全て逐語録に起こし、質的帰納的に分析した。倫理的配慮：研究協力者に研究の趣旨や方法を口頭および文書を用いて説明し、書面で同意を得た。名桜大学人間健康学部看護学科倫理審査後の承認を得た。

### 【結果】

対象者は女性看護師5名、救急外来平均勤務年数9年、看護師経験年数は19.5年であった。分析の結果から、275の具体例を抽出し、82のコード、32のサブカテゴリー、17のカテゴリー、6つのカテゴリーに整理した。カテゴリーは、【患者や家族のための環境を整える】(78具体例, 20コード, 7サブカテゴリー, 4カテゴリー)【家族へ情報を提供し理解を促す支援】(25具体例, 8コード, 4サブカテゴリー, 2カテゴリー)【家族との関係性の構築】(116具体例, 36コード, 11サブカテゴリー, 4カテゴリー)【救急外来における家族ケアを行う看護師自身の経験とモチベーション】(33具体例, 10コード, 5サブカテゴリー, 4カテゴリー)【救急外来における家族ケアの現状と課題】(20具体例, 7コード, 4サブカテゴリー, 2カテゴリー)【家族ケアを追究し続けること】(4具体例, 1コード, 1サブカテゴリー, 1カテゴリー)であった。

### 【結論】

看護師は家族が落ち着いて説明を受けるために必要な場所の提供、家族と医師を繋げる仲介の役割を担う必要がある。看護師が患者に関する情報提供を家族へわかりやすい言葉で説明することは、不安や緊張の軽減に繋がると考えられる。また、看取りの際には、患者と家族が対面できる場所や時間を提供するなど、家族を取り囲むさまざまな環境を整えることが重要である。救急外来は、家族との信頼関係を築くのは時間が短く難しい現状であるが、看護師の対応や態度が、家族の満足度にも繋がると考えられる。看護師の経験とモチベーションについては、スタッフ間の意見交換や共有を行うことによって、自身の家族ケアについて振り返り、今後について前向きにイメージすることに繋がりが、バーンアウトの予防になると考えられる。救急外来は、救命処置や治療が優先される場面が多いが、看護師は家族と関わる時間を重視しており、家族ケアを対応できる人材の配置やその役割を担う看護師の配置を望んでいた。家族ケアには決められた方法はなく、患者の状態や家族の状況によって対応が異なることから、救急外来の看護師は、患者と家族への対応について、模索、追究し続けていく必要がある。

正

313) 救急外来の看護師が行う生命の危機に直面した患者と家族に対するケア インタビューを通してー

○大城麻由<sup>1</sup>、西田涼子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属病院、<sup>2</sup>名桜大学

### 【目的】

救急外来における、生命の危機に陥った患者と家族に対するケアの現状と課題を明らかにすることである。

### 【研究方法】

対象者：危機的状況に直面した患者と家族に対するケアを行ったことがあり、救急外来勤務経験が5年以上の看護師5名。調査期間：平成27年8月から9月。研究方法：インタビュー内容を全て逐語録に起こし、質的帰納的に分析した。倫理的配慮：研究協力者に研究の趣旨や方法を口頭および文書を用いて説明し、書面で同意を得た。名桜大学人間健康学部看護学科倫理審査後の承認を得た。

### 【結果】

対象者は女性看護師5名、救急外来平均勤務年数9年、看護師経験年数は19.5年であった。分析の結果から、275の具体例を抽出し、82のコード、32のサブカテゴリー、17のカテゴリー、6つのカテゴリーに整理した。カテゴリーは、【患者や家族のための環境を整える】(78具体例, 20コード, 7サブカテゴリー, 4カテゴリー)【家族へ情報を提供し理解を促す支援】(25具体例, 8コード, 4サブカテゴリー, 2カテゴリー)【家族との関係性の構築】(116具体例, 36コード, 11サブカテゴリー, 4カテゴリー)【救急外来における家族ケアを行う看護師自身の経験とモチベーション】(33具体例, 10コード, 5サブカテゴリー, 4カテゴリー)【救急外来における家族ケアの現状と課題】(20具体例, 7コード, 4サブカテゴリー, 2カテゴリー)【家族ケアを追究し続けること】(4具体例, 1コード, 1サブカテゴリー, 1カテゴリー)であった。

### 【結論】

看護師は家族が落ち着いて説明を受けるために必要な場所の提供、家族と医師を繋げる仲介の役割を担う必要がある。看護師が患者に関する情報提供を家族へわかりやすい言葉で説明することは、不安や緊張の軽減に繋がると考えられる。また、看取りの際には、患者と家族が対面できる場所や時間を提供するなど、家族を取り囲むさまざまな環境を整えることが重要である。救急外来は、家族との信頼関係を築くのは時間が短く難しい現状であるが、看護師の対応や態度が、家族の満足度にも繋がると考えられる。看護師の経験とモチベーションについては、スタッフ間の意見交換や共有を行うことによって、自身の家族ケアについて振り返り、今後について前向きにイメージすることに繋がりが、バーンアウトの予防になると考えられる。救急外来は、救命処置や治療が優先される場面が多いが、看護師は家族と関わる時間を重視しており、家族ケアを対応できる人材の配置やその役割を担う看護師の配置を望んでいた。家族ケアには決められた方法はなく、患者の状態や家族の状況によって対応が異なることから、救急外来の看護師は、患者と家族への対応について、模索、追究し続けていく必要がある。

(27) 以下の通り訂正いたします。

## P312 共同発表者追加

誤

### 339) 老年期乳がん患者の体験談による看護学生の学び

○上西洋子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>森ノ宮医療大学

#### 【目的】

老年期乳がん患者の体験談の聴講を通し看護学生の学びの内容を明らかにする。

#### 【方法】

対象：看護学科1年生，方法：①後期講義科目『患者学』の授業のうち1コマで，老年期乳がん患者3名に体験談を約20分語ってもらった。②学生は体験談を記録用紙に記載した。分析：学生の記録物を内容分析した。告知から治療期間中と乗り越えてきた期間に区分しまとまった意味が読み取れる文節ごとに区切り，簡潔な表現に要約したものを分析単位とした。類似する分析単位を集めてカテゴリー化を行った。老年看護の研究者2名で分類を行い妥当性の確保に努めた。倫理的配慮：A病院のがん患者会代表に研究協力と同意を得て，3名の老年期乳がん患者の紹介を受けた。老年期乳がん患者に研究参加の自由と，研究途中の辞退も可能で不利益を被らない，個人情報保護と保管の厳守，研究終了後のデータ破棄，体験談の発表に要する時間，得られたデータは学会等で公表することについて，口頭で説明をして同意を得た。学生には同様に説明と，記録物は無記名で提出は学生の自由意思であり，成績評価には影響しないことや研究の承諾を得た上で所定の場所に提出することを説明して記録物の提出で同意を得た。本研究は大学の研究倫理委員会の承認を得た。

#### 【結果】

研究協力が得られた学生は83名(94%)であった。以下の文章でカテゴリーは「」で示す。告知から治療期間中での学びは，4個のカテゴリーが抽出できた。「告知の受け止め方は個人差がある」では，ショックを受けたり死をイメージしたり実感がわからない等であった。「抗がん剤の副作用の辛い思いを知る」では，副作用は身体の苦痛だけでなく，不安で心の痛みも感じた等であった。「治療を受ける患者の理解が深まる」では，気持ちを強く持たないとくじけてしまう等であった。「疾患や治療について理解が深まる」では，体験の話から副作用の内容が実感できた等であった。

乗り越えてきた期間の学びでは4個のカテゴリーが抽出できた。「支えてくれる人がいる」では，家族の存在のありがたさや，看護師の存在で気持ちが楽になったり，励ましの言葉で頑張ろうと思った等であった。「わかちあう友人がいる」では，患者同士の話し合いで楽になったり，同疾患の人と疾患や治療，医療費など相談できる等であった。「疾患を持ちながら生きる」については，再発の恐怖と闘いながら生きていることの内容であった。「同疾患の友人と闘う」では患者会の人と闘うことで生きる勇気がもてる等の内容であった。

#### 【考察】

体験談から，学生は疾患を持ちながら生きる患者がイメージしやすく，疾患・治療の意味や生活の影響を知ることができたと考えられる。また，看護師の存在の大きさや，看護師を目指す意識も深まったと考えられた。本研究は，患者会に所属している患者の体験談に限定したことから，患者同士のピアサポートの影響があると考えられる。

正

### 339) 老年期乳がん患者の体験談による看護学生の学び

○上西洋子<sup>1</sup>，松川泰子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>森ノ宮医療大学，<sup>2</sup>元森ノ宮医療大学

#### 【目的】

老年期乳がん患者の体験談の聴講を通し看護学生の学びの内容を明らかにする。

#### 【方法】

対象：看護学科1年生，方法：①後期講義科目『患者学』の授業のうち1コマで，老年期乳がん患者3名に体験談を約20分語ってもらった。②学生は体験談を記録用紙に記載した。分析：学生の記録物を内容分析した。告知から治療期間中と乗り越えてきた期間に区分しまとまった意味が読み取れる文節ごとに区切り，簡潔な表現に要約したものを分析単位とした。類似する分析単位を集めてカテゴリー化を行った。老年看護の研究者2名で分類を行い妥当性の確保に努めた。倫理的配慮：A病院のがん患者会代表に研究協力と同意を得て，3名の老年期乳がん患者の紹介を受けた。老年期乳がん患者に研究参加の自由と，研究途中の辞退も可能で不利益を被らない，個人情報保護と保管の厳守，研究終了後のデータ破棄，体験談の発表に要する時間，得られたデータは学会等で公表することについて，口頭で説明をして同意を得た。学生には同様に説明と，記録物は無記名で提出は学生の自由意思であり，成績評価には影響しないことや研究の承諾を得た上で所定の場所に提出することを説明して記録物の提出で同意を得た。本研究は大学の研究倫理委員会の承認を得た。

#### 【結果】

研究協力が得られた学生は83名(94%)であった。以下の文章でカテゴリーは「」で示す。告知から治療期間中での学びは，4個のカテゴリーが抽出できた。「告知の受け止め方は個人差がある」では，ショックを受けたり死をイメージしたり実感がわからない等であった。「抗がん剤の副作用の辛い思いを知る」では，副作用は身体の苦痛だけでなく，不安で心の痛みも感じた等であった。「治療を受ける患者の理解が深まる」では，気持ちを強く持たないとくじけてしまう等であった。「疾患や治療について理解が深まる」では，体験の話から副作用の内容が実感できた等であった。

乗り越えてきた期間の学びでは4個のカテゴリーが抽出できた。「支えてくれる人がいる」では，家族の存在のありがたさや，看護師の存在で気持ちが楽になったり，励ましの言葉で頑張ろうと思った等であった。「わかちあう友人がいる」では，患者同士の話し合いで楽になったり，同疾患の人と疾患や治療，医療費など相談できる等であった。「疾患を持ちながら生きる」については，再発の恐怖と闘いながら生きていることの内容であった。「同疾患の友人と闘う」では患者会の人と闘うことで生きる勇気がもてる等の内容であった。

#### 【考察】

体験談から，学生は疾患を持ちながら生きる患者がイメージしやすく，疾患・治療の意味や生活の影響を知ることができたと考えられる。また，看護師の存在の大きさや，看護師を目指す意識も深まったと考えられた。本研究は，患者会に所属している患者の体験談に限定したことから，患者同士のピアサポートの影響があると考えられる。

# 目 次

## —原 著—

- 特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を支えるチームケアの要因  
—多職種チームの構成員およびチームプロセスの検討— ..... 1  
金城大学社会福祉学部 田 中 克 恵  
金沢大学医薬保健研究域保健学系 加 藤 真由美
- 「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討 ..... 15  
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 新 井 恵津子  
同志社女子大学看護学部看護学科 當 目 雅 代
- 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の感情体験  
— 共感疲労の視点から — ..... 29  
鶴が丘ガーデンホスピタル 柴 田 真 紀
- 人工股関節患者が選ぶ生活の重要な領域と満足度の変化 ..... 43  
九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野 藤 田 君 支  
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 牧 本 清 子

## —研究報告—

- 在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種のターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度  
— 医師、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーのアンケート結果より — ..... 51  
群馬大学大学院保健学研究科 近 藤 由 香  
前 茨城キリスト教大学大学院看護学研究科 久保川 真由美
- 教育に携わる看護師が「成長が遅れている」ととらえた看護師の特徴と行われている教育・支援 ..... 65  
天理医療大学医療学部看護学科 小 川 朋 子  
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 林 智 子  
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 井 村 香 積
- 周手術期実習中における看護学生のストレス反応と情動知能の関連 ..... 75  
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 服 部 由 佳  
金沢医科大学看護学部 小 幡 光 子  
三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 磯 和 勅 子

## —資料・その他—

- クロイツフェルト・ヤコブ病患者の家族が経験した困難 ..... 85  
浅香山病院 金 崎 美奈子  
藍野大学 齋 野 貴 史  
大阪府立大学 堀 井 理 司

# CONTENTS

## Original Papers

Interprofessional Team Factors Associated with Better End-of-Life Care in Specialist Nursing Homes: A Study of Interprofessional Team Members and Team Process .....	1
Faculty of Social Welfare, Kinjo University : Katsue Tanaka Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Mayumi Kato	
Development of a Lymphedema Self-Management Skill Scale and Investigation of its Reliability and Validity .....	15
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences : Etsuko Arai Department of Nursing, Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Masayo Toume	
Nurses' Emotional Experience of Attending to Patient Narratives on Psychiatric Ward: From the Perspective of Compassion Fatigue .....	29
Tsurugaoka Garden Hospital : Maki Shibata	
Important Life Domains and Satisfaction Levels in Total Hip Arthroplasty Patients .....	43
Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyushu University : Kimie Fujita Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine : Kiyoko Makimoto	
Research Reports	
Attitudes Toward Care of the Dying and Frequency of Spiritual Care in 4 Professions Involved in Home Care of Elderly Adults with Terminal Non-cancer Disease .....	51
Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Yuka Kondo Formerly Graduate School of Nursing, Ibaraki Christian University : Mayumi Kubokawa	
Characteristics, Training, and Support of Nurses Identified as having "Slow Progress" during Professional Development .....	65
Faculty of Nursing, Department of Health Care, Tenri Health Care University : Tomoko Ogawa Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University : Tomoko Hayashi Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University : Kazumi Imura	
The Relationship between Stress Response and Emotional Intelligence in Nursing Students Participating in Perioperative Care Training .....	75
Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University : Yuka Hattori School of Nursing, Kanazawa Medical University : Mitsuko Obata Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University : Tokiko Isowa	

Preliminary Session

Difficulties Encountered by Family Members of Patients with Creutzfeldt-Jakob Disease ..... 85

Asakayama General Hospital : Minako Kanesaki

Aino University : Takashi Saino

Osaka Prefecture University : Satoshi Horii

# 特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を 支えるチームケアの要因

— 多職種チームの構成員およびチームプロセスの検討 —

Interprofessional Team Factors Associated with Better End-of-Life Care in Specialist Nursing Homes:  
A Study of Interprofessional Team Members and Team Process

田中克恵<sup>1)</sup> 加藤真由美<sup>2)</sup>  
Katsue Tanaka Mayumi Kato

キーワード：終末期ケア，多職種チームケア，特別養護老人ホーム  
Key Words：end-of-life care, interprofessional team care, nursing home

## 緒 言

わが国の人口における高齢者比率の増加，それに伴う医療費の膨張が続く中，在院日数の短縮，特別養護老人ホーム（以下「特養」とする）における看取り加算の設定および介護職員等による医療的ケアの実施，特養の入所対象が要介護3以上になったことなどからわかるように，特養における終末期ケアのニーズが高まっている。実際に，特養を含む老人ホームで死を迎えた人が1995年は14,256人（死亡場所別にみた死亡百分率：1.5%）であったが，2014年には73,338人（5.8%）と増加している（厚生労働省，2015）。そして，住み慣れた生活の場で最期を迎えたいと願う入所者を支えるためには，特養における終末期ケアを避けることはむずかしい。

終末期にある入所者に実施した医療的処置として，80%以上の特養において褥瘡の処置や点滴，経管栄養などを実施したと報告（岩本，2009）があるように，高齢者の終末期には医療職のかかわりが必要不可欠となる。それに加えて，家族の意向の確認や連絡・説明の機会が増えるなど，終末期ケアのニーズの広がりから介護職員のみでケアを担うことは困難な状態であり，多職種がチームとなり連携・協働してかかわること（坂下・西田，2012；鈴木・流石，2012）や，質の高い終末期ケアの提供が求められている。しかし，関係者との連携困難（加瀬田・山田・岩本，2005；小林，2012），チーム内での意見交換不足でケアの工夫のタイミングを逃す（小楠・荻原，2007）などの報告があるように，多職種が集まればよいケアができるとは限らない（野中，2007，p.26）。

保健医療福祉領域における効果的な多職種チームの要因

に関する先行研究では，対人援助サービスにおける多職種チームの構造と機能および関連する要因の統合モデル（菊池，2000）や，Integrated（Health Care）Team Effectiveness Model（ITEM）（Lemieux-Charles & McGuire，2006）などが報告されており，特養の多職種チームにとって示唆に富むものである。しかし，これらのモデルは効果的なチームを多面的かつ包括的にとらえたフレームワークであり，終末期ケアの場面でこれを指標として活用するためには，さらに特養の特性に合わせたモデルの構築が必要となる。

また，特養の終末期ケアにおけるチームや多職種連携に関する先行研究を概観すると，終末期ケアに関するマニュアルやガイドライン，終末期ケア実施の関連要因（金・鈴木・高木，2009；島田・堀内・鶴若・高橋，2013），看取り介護加算とチームケアの関連の可能性（田中，2011），ミューチュアル・アクションリサーチを用いた実践研究（小山，2011），事例研究（三菱総合研究所，2008a）などの報告があった。これらの報告は，特養の終末期ケアを実施するうえで大いに参考になる。しかし，本研究の目的である，終末期ケアの質の向上に資するチームケアの要因を明らかにしたものは，残念ながら見当たらなかった。

以上のことから，よりよいケアを実践したいと願う特養職員の指標となるようなチームケアに関する要因を明らかにすることが急務であると考えた。そこで本研究では，「よりよい終末期ケア・支援ができた（以下「よりよいケア」とする）」をアウトカムに設定し，その比較対象として「よりケア・支援がうまく行かなかったと思われ心残りがある（以下「心残りケア」とする）」を設定し，チームケアに関する要因を検討することにした。なお，鷹野（2008）がチームケアを「入所者の必要（ニーズ）を充足

1) 金城大学社会福祉学部 Faculty of Social Welfare, Kinjo University

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

するために機能すべく集合する、複数の医療と福祉の専門職を成員とする専門家チームによって行われるケアサービスのシステムと機能」(p.15)と定義しているように、チームケアの概念は広く、それに関する要因を一度に明らかにすることは困難である。そのため本研究では、多職種チームの構成員とチームプロセスを中心に検討した。

## I. 研究目的

本研究では、職員の判断「よりよいケア」に影響する多職種チームの構成員およびチームプロセスに関する要因を明らかにし、特養における終末期ケアの質の向上に資するチームケアモデルの示唆を得ることを目的とした。

## II. 本研究における特養の終末期ケアを支えるチームケアの概念枠組みと用語の定義

ケアの質を評価する際に、ストラクチャー、プロセス、アウトカムという3つの主なアプローチが存在する(Donabedian, 1988)が、この視点は在宅医療や高齢者の終末期ケアの質の評価などでも活用されている。そして、ケアの質の評価においてストラクチャーがプロセスに、プロセスがアウトカムに影響を及ぼすとある(Donabedian, 1988)。そこで本研究では、よりよい終末期ケア・支援ができたとする職員の判断をアウトカム(成果)の一つと設定し、先行研究から特養の終末期ケアの質の向上に資する

と考えられるチームケアに関する項目を抽出した。そして特養入所者の終末期を支えるチームケアの項目として、ストラクチャー(終末期ケアに関する施設の体制、多職種チームの構成員)およびプロセス(チームプロセス)の枠組みを用いて整理した(図1)。

### 1. 特養における終末期ケア

特養における終末期ケアを「日常生活の延長に死期が近づき、人生の最期の場面を迎えようとしている特養入所者とその家族に対し、心身だけでなくその人のおかれた状況や環境、その人の思想や宗教をも含めて、多角的に多職種協働で取り組む支援(『看取り』も含む)」と定義した。

### 2. チームケア

先述した鷹野の定義(2008, p.15)を踏まえ、本研究ではチームケアを「施設内外の職種を越えた多職種が利用者情報を共有し、連携・協働してケアサービスを提供するためのシステムと機能」と定義した。

### 3. 終末期ケアに関する施設の体制

これまで、特養は高齢者福祉において生活の場として位置づけられてきた。そのため、特養で終末期ケアを実施するためには、施設の体制を整える必要がある。実際に介護保険制度の看取り介護加算算定要件として、常勤看護師の配置や医療職との24時間連絡体制、看取りに関する指針、入所者またはその家族に説明・同意を得る、看取りに関す

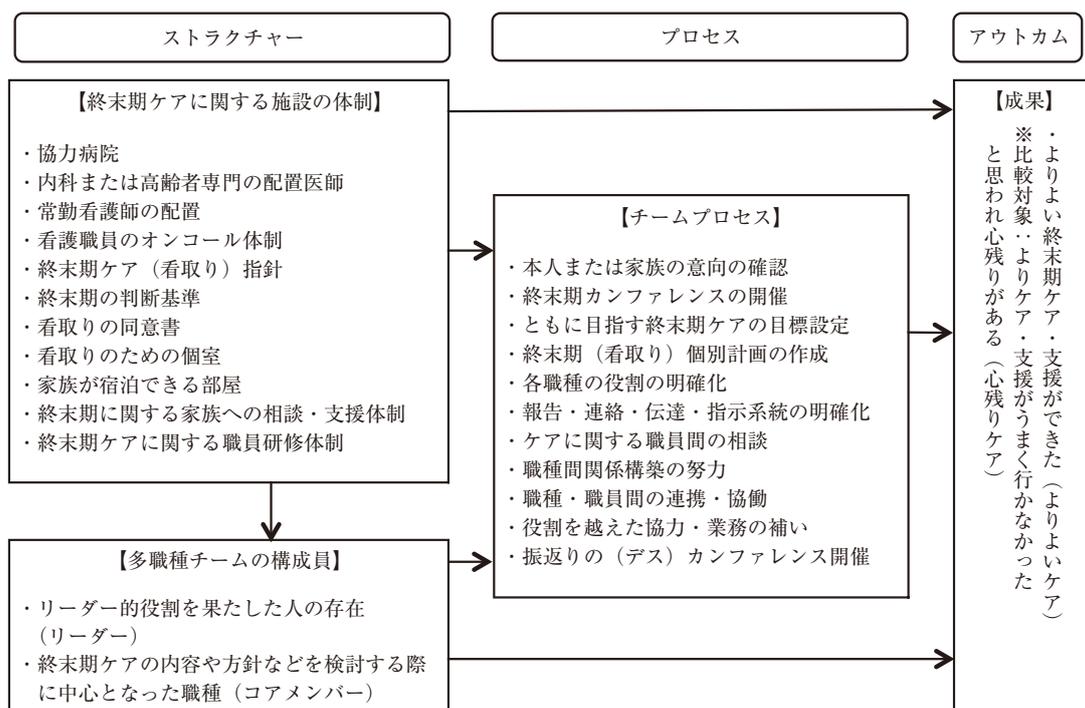


図1 概念枠組み：特別養護老人ホーム入所者の終末期を支えるチームケア

る職員研修、看取りの際の個室または静養室の利用、入所者の介護にかかわる計画作成、入所者の状態または家族の求めに応じた説明と同意などが定められている。しかし、これだけでは不十分であり、看取りの同意を書面で得ることや家族が宿泊できる部屋の確保（三菱総合研究所、2007a, pp.12-22；三菱総合研究所、2007b, pp.176-177；田中、2011）など、算定要件以上のことが必要である。そこで特養の終末期ケアに関する施設の体制として、図1にある11項目を設定した。

#### 4. 特養入所者の終末期にかかわる多職種チームの構成員

福祉現場の課題に多職種チームで取り組むために、まずはリーダーシップを発揮する人の存在が必要である（三谷・黒田、2011；Øvretveit, 1993/1999, p.164；鷹野、2008, p.21）。そして、終末期にある利用者のニーズを充足するために必要となる職種構成が多職種チームの鍵を握ると考える（鷹野、2008, p.17）。そこで、本研究において「リーダー的役割を果たした人（以下「リーダー」とする）」「終末期ケアの内容や方針などを検討する際に中心となった職種（以下「コアメンバー」とする）」の2項目を、特養の終末期ケアにおける多職種チームの構成員とした。なお、職種は老人福祉法で定める特養の人員配置基準にある職種を基本とした。

#### 5. 特養入所者の終末期にかかわる多職種によるチームプロセス

課題に取り組むためのチームのプロセスは、タスクワーク、チームワーク、ネットワークを含み、課題達成やチームを運営するうえで施設内外のメンバーや資源を結びつけて調整・統合する行動プログラムである（菊池、2000, p.20）。そこで本研究では、終末期ケアというタスクにおいて多職種に共通する行動プロセス、および多職種がチームとして機能するためのプロセスを、特養の終末期における多職種チームのチームプロセスとした。なお、終末期ケアおよび保健医療福祉領域におけるチームに関する先行研究より、これらの項目を検討した。まず、チームとして機能するための項目として、目的とゴールの明確化と共有、役割の明確化と役割期待などがあった（三菱総合研究所、2008b, pp.154-163；根岸、2000）。また、コミュニケーション、協力もその一つであり（Lemieux-Charles & McGuire, 2006）、相談をもちかけることでコミュニケーションが始まるとある（古川、2004, p.101）。それ以外にも他職種のメンバーから信頼を得る努力、情報伝達・指示系統と責任の明確化（三沢・佐相・山口、2009；三菱総合研究所、2008b, p.156）などが報告されていた。次に、終末期ケアに関する項目を検討した。これには、終末期の医

療などについて本人または家族の意向の確認、多職種によるケアカンファレンスの開催、看取り個別計画の作成、職種の役割の明確化、看護職員による介護職員の不安に対処するなどがあげられていた（三菱総合研究所、2008a, p.124；三菱総合研究所、2011, p.5）。そして夜間の痰の吸引を介護職員が担うなど、本来の役割を越えた協力・業務の補いが必要になる。また、がん看護においてデスカンファレンスが看護師の困難感を軽減するとある（丸山ら、2012）が、福祉現場でもケア終結後の振り返りのカンファレンスが推奨されている（シルバー総合研究所、2007, p.54）。なお、本研究ではこれを入所者が死亡した後に行うカンファレンスにとらえ、振り返りの（デス）カンファレンスとした。

以上のことから、本研究においてチームプロセスとして図1にある11項目を設定した。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 調査対象

調査対象は、2013年1～2月に介護サービス情報公表システムに掲載されていた全国老人福祉施設のうち、主な介護報酬の加算「看取り介護を実施」として公表されていた3,108施設。

#### 2. データ収集の方法

2013年2月～4月に、無記名の自記式質問紙を郵送法にて配布・回収した。調査票の記載は調査内容をよく把握している者とし、回答者の職種を限定せず、その選定を施設長に一任し、調査票を1か月以内に返送するように依頼した。

#### 3. 調査内容

調査内容は、施設の基本情報・体制、終末期ケアおよびチームケアに関するものとした。なお、これらの内容をよく把握している者として、回答者を1人に限定することが困難な施設があると判断し、調査用紙は施設票、終末期ケア・チームケア票に分けて回答を依頼した。

##### (1) 施設票：施設の基本情報・体制

基本情報は、施設の形態、入所定員、終末期ケアに関する施設の体制とし、2012年12月末日の状況をもとに記載を依頼した。

##### (2) 終末期ケア・チームケア票：「よりよいケア」「心残りケア」に関する内容

2011年4月～2012年12月末日の期間中に実施した終末期ケアのなかで、「よりよいケア」および「心残りケア」を1事例ずつ選定し、選定した事例（以下「選定事例」とする）の入所者情報、およびかかわった多職種チームの構成

員およびチームプロセスに関する項目とした。入所者情報として、事例対象者の年齢、終末期ケアの実施期間、終末期に有していた傷病、終末期に実施した処置を設定した。多職種チームの構成員とチームプロセスの項目は、図1のとおりである。これらの項目は、4または5段階測定によるリッカート法、または2件法を用いた。コアメンバーは、特養の指定基準にある職種から該当するものを複数回答とした。

#### 4. 分析対象と方法

分析対象は、施設票と終末期ケア・チームケア票の両方が返送された施設の選定事例とし、全体の単純集計を行った。次に、「よりよいケア」群と「心残りケア」群の差について、*t*検定または $\chi^2$ 検定を用いて検討した。なお分析にあたって、次のとおりダミー変数を設定した。調査項目のうち、2件法の「した(いた, あり)」を「1」, 「しなかった(いなかった, なし)」を「0」とした。4または5段階測定において度数0のセルがあったため、「常に明確にした(常にできた)」「おおむね明確にした(おおむねできた)」を「した(できた): 1」, 「ほとんど明確にしなかった(あまりできなかった)」「全く明確にしなかった(全くできなかった)」を「しなかった(できなかった): 0」とした。事例対象者が有していた傷病および実施した処置、コアメンバーは、選定事例ごとに選択された項目を「1」, 選択されなかった項目を「0」とした。なお、5段階測定において「わからない」を選択肢の1つに設定したが、これは質問内容に対する判断に迷う場合や状況が把握できていない場合に選択されたと推測できた。そのため順序を測定する選択肢として適切でなかったと判断し、これを欠損値として扱った。5段階測定の項目は「ケアに関する職員間の相談」である。さらに、「よりよいケア」の関連要因を検討するために、「よりよいケア: 1」「心残りケア: 0」を従属変数とし、2群間の比較において有意水準10%以下の項目を独立変数として投入し、多重ロジスティック回帰分析(変数増加法: 尤度比)を行った。なお、多重共線性の作用を除くため、事前に項目間に著しい相関関係がないか、カテゴリ化した変数はSpearman、間隔尺度はPearsonの相関係数を用いて確認した。最後に、多職種チームの構成員のうち、リーダーの有無とチームプロセスの関連について $\chi^2$ 検定を行った。

これらの統計処理には統計ソフト『SPSS Statistics Base System ver. 22』を使用し、有意水準を5%未満とした。また、以上の $\chi^2$ 検定において1セルでも期待度数が5未満の場合、Fisherの直接法を用いた。なお、本研究における統計分析に際し、統計学の専門家の助言・指導を受けて実施した。

#### 5. 倫理的配慮

対象者には、調査の趣旨・方法、任意性・匿名性、学会で発表することなどを説明した文章を調査票とともに郵送し、調査票の返送をもって同意を得たものとした。なお、本研究は金城大学研究倫理委員会の承認(2012年度第1号)を得て実施した。

## IV. 結果

回収できた調査票は483施設(回収率15.5%)、このうち施設票および終末期ケア・チームケア票ともに返送があり、回答に著しい欠損がなかったのは431施設であった。調査票に「よりよいケア」のみ記載があった施設は203施設、「心残りケア」のみ記載があった施設は0施設、両事例の記載があった施設は228施設であった。この結果、431施設における「よりよいケア」431事例、「心残りケア」228事例の計659事例を分析対象とした。

#### 1. 回答者の基本属性

施設票の回答者の性別は、男性187人(43.4%)、女性243人(56.4%)、無回答1人(0.2%)であった。

終末期ケア・チームケア票の回答者の性別は、男性132人(30.6%)、女性296人(68.7%)、無回答3人(0.7%)であった。この回答者の職種は、施設長29人(6.7%)、介護支援専門員81人(18.8%)、生活相談員116人(26.9%)、看護職員141人(32.7%)、介護職員52人(12.1%)、その他1人(0.2%)、無回答11人(2.6%)であり、職種の通算経験年数は、平均14.4±10.4年であった。

#### 2. 施設の情報

##### (1) 基本情報

施設の形態は、従来型が240施設(55.7%)、完全ユニット型が111施設(25.8%)、一部ユニット型が77施設(17.9%)、その他3施設(0.7%)であった。入所定員は、平均73.3±25.1人であった。

##### (2) 終末期ケアに関する施設の体制

終末期ケアに関する施設の体制のうち、90%以上整えられていたものは協力病院、常勤看護師の配置、看護職員のオンコール体制、終末期ケア(看取り)指針、看取りの同意書、看取りのための個室、終末期に関する家族への相談・支援体制であった。最も体制が整えられていなかったのは142施設(32.9%)の家族が宿泊できる部屋が「ない」であり、次いで内科または高齢者専門の配置医師が「いない」105施設(24.4%)、終末期の判断基準が「ない」と終末期ケアに関する職員研修体制が「ない」が92施設(21.3%)であった(表1)。このうち、内科または高齢者

専門の配置医師が「いた（あり）」と回答があった326施設（75.6%）中、医師の夜間の対応と休日の対応状況は、「状況に応じて可」「電話指示のみ」「その他」を合わせると90%以上であった（表1、表2）。

職種のすべてが「心残りケア」群よりも「よりよいケア」群のほうに多かった。看護職員は100%近く、介護職員は90%であった。

### 3. 事例対象者の基本属性

#### (1) 事例対象者の年齢と終末期ケアの実施期間

事例対象者の平均年齢は90.1±7.5歳、「よりよいケア」群は91.2±7.1歳、「心残りケア」群は87.9±8.0歳であり、「よりよいケア」群のほうが、有意に平均年齢が高かった（ $p < .001$ ）。終末期ケアの実施期間は平均2.6±2.2か月、「よりよいケア」群は平均2.7±2.2か月、「心残りケア」群は平均2.4±2.2か月であった。

#### (2) 終末期に有していた傷病と実施した処置

終末期に有していた傷病について、両事例群に差はみられなかった（表3）。終末期に実施した処置で有意差があったものは浣腸と経鼻経管栄養であり、どちらも「心残りケア」群に多かった（表3）。

### 4. 多職種チームの構成員

リーダー的役割を果たした人が「いた」と回答したのは555事例であった（表4）。そして「よりよいケア」群に多かった。コアメンバーでは、施設長、配置医師、介護支援専門員、管理栄養士・栄養士に有意差があり、それらの

### 5. 多職種によるチームプロセス

チームプロセスのうち、振り返りの（デス）カンファレンス開催を除くすべての項目において有意差がみられ、いずれの項目も「よりよいケア」群のほうが「した（できた）」と回答した（表5）。

### 6. 「よりよいケア」に影響する要因

単変量解析の結果、有意水準が10%以下だった事例対象者の年齢、浣腸、経鼻経管栄養、導尿、リーダー、本人または家族の意向の確認、終末期カンファレンスの開催、ともに目指す終末期ケアの目標設定、終末期（看取り）個別計画の作成、各職種の役割の明確化、報告・連絡・伝達・指示系統の明確化、ケアに関する職員間の相談、職種間関係構築の努力、職種・職員の連携・協働、役割を越えた協力・業務の補い、コアメンバーとして施設長、配置医師、介護職員、介護支援専門員、管理栄養士・栄養士の20項目を独立変数、「よりよいケア：1」「心残りケア：0」を従属変数として多重ロジスティック回帰分析（変数増加法：尤度比）を行った。その結果、事例対象者の年齢のオッズ比は1.1〔95%信頼区間（95% confidence interval：95%

表1 終末期ケアに関する施設の体制

(N=431)

	あり		なし		無回答	
	n	%	n	%	n	%
協力病院	423	98.2	6	1.4	2	0.5
内科または高齢者専門の配置医師	326	75.6	105	24.4	0	0.0
常勤看護師の配置	408	94.7	23	5.3	0	0.0
看護職員のオンコール体制	417	96.8	8	1.9	6	1.4
終末期ケア（看取り）指針	410	95.1	18	4.2	3	0.7
終末期の判断基準	319	74.0	92	21.3	20	4.6
看取りの同意書	416	96.5	12	2.8	3	0.7
看取りのための個室	413	95.8	17	3.9	1	0.2
家族が宿泊できる部屋	286	66.4	142	32.9	3	0.7
終末期に関する家族への相談・支援体制	395	91.6	31	7.2	5	1.2
終末期ケアに関する職員研修体制	331	76.8	92	21.3	8	1.9

[注] 2012年12月末日の状況

表2 内科または高齢者専門の配置医師による夜間・休日の対応

(n=326)

	状況に応じて可能		電話指示のみ		対応不可		その他		無回答	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
夜間の対応	223	68.4	66	20.2	24	7.4	10	3.1	3	0.9
休日の対応	226	69.3	71	21.8	13	4.0	9	2.8	7	2.1

[注] 内科または高齢者専門の配置医師が「いた（あり）」と回答のあった326施設の対応

表3 終末期に有していた傷病と実施した処置

有していた傷病, 実施した処置	全体 (N=659)		よりよいケア (n=431)		心残りケア (n=228)		p値* <sup>3</sup>	
	n	%	n	%	n	%		
有していた傷病* <sup>1</sup>								
脳血管疾患	あり	210	32.6	137	32.2	73	33.5	.734
	なし	434	67.4	289	67.8	145	66.5	
心疾患	あり	200	31.1	128	30.0	72	33.0	.439
	なし	444	68.9	298	70.0	146	67.0	
高血圧症	あり	121	18.8	78	18.3	43	19.7	.664
	なし	523	81.2	348	81.7	175	80.3	
がん	あり	100	15.5	69	16.2	31	14.2	.512
	なし	544	84.5	357	83.8	187	85.8	
慢性呼吸不全	あり	63	9.8	41	9.6	22	10.1	.850
	なし	581	90.2	385	90.4	196	89.9	
糖尿病	あり	55	8.5	38	8.9	17	7.8	.630
	なし	589	91.5	388	91.1	201	92.2	
腎不全	あり	55	8.5	35	8.2	20	9.2	.681
	なし	589	91.5	391	91.8	198	90.8	
骨折	あり	32	5.0	17	4.0	15	6.9	.110
	なし	612	95.0	409	96.0	203	93.1	
その他	あり	224	34.8	145	34.0	79	36.2	.579
	なし	420	65.2	281	66.0	139	63.8	
実施した処置* <sup>2</sup>								
点滴	あり	363	56.5	248	57.7	115	54.2	.410
	なし	279	43.5	182	42.3	97	45.8	
喀痰吸引	あり	318	49.5	211	49.1	107	50.5	.738
	なし	324	50.5	219	50.9	105	49.5	
酸素吸入	あり	241	37.5	165	38.4	76	35.8	.535
	なし	401	62.5	265	61.6	136	64.2	
排便	あり	157	24.5	100	23.3	57	26.9	.314
	なし	485	75.5	330	76.7	155	73.1	
褥瘡の処置	あり	123	19.2	79	18.4	44	20.8	.471
	なし	519	80.8	351	81.6	168	79.2	
浣腸	あり	97	15.1	54	12.6	43	20.3	.010
	なし	545	84.9	376	87.4	169	79.7	
疼痛管理	あり	81	12.6	57	13.3	24	11.3	.487
	なし	561	87.4	373	86.7	188	88.7	
経管栄養 (胃瘻)	あり	53	8.3	32	7.4	21	9.9	.286
	なし	589	91.7	398	92.6	191	90.1	
膀胱留置カテーテル	あり	47	7.3	35	8.1	12	5.7	.257
	なし	595	92.7	395	91.9	200	94.3	
モニター測定	あり	35	5.5	25	5.8	10	4.7	.565
	なし	607	94.5	405	94.2	202	95.3	
経鼻経管栄養	あり	22	3.4	9	2.1	13	6.1	.008
	なし	620	96.6	421	97.9	199	93.9	
導尿	あり	17	2.6	15	3.5	2	0.9	.059
	なし	625	97.4	415	96.5	210	99.1	
インスリン注射	あり	11	1.7	8	1.9	3	1.4	.481
	なし	631	98.3	422	98.1	209	98.6	
中心静脈栄養	あり	10	1.6	8	1.9	2	.9	.305
	なし	632	98.4	422	98.1	210	99.1	
その他	あり	35	5.5	24	5.6	11	5.2	.837
	なし	607	94.5	406	94.4	201	94.8	

[注] 欠損値：\*<sup>1</sup>：15, \*<sup>2</sup>：17.

\*<sup>3</sup>： $\chi^2$ 検定。または期待度数が5未満の場合、Fisherの直接法。  
度数が10未満のものは「その他」に含めた。

表4 終末期ケアにおける多職種チームの構成員

		全体 (N=659)		よりよいケア (n=431)		心残りケア (n=228)		p値* <sup>3</sup>
		n	%	n	%	n	%	
リーダー的役割を果たした人* <sup>1</sup>	いた	555	84.7	381	89.0	174	76.7	.000
	いなかった	100	15.3	47	11.0	53	23.3	
コアメンバー* <sup>2</sup>								
施設長	あり	181	27.8	134	31.5	47	20.9	.040
	なし	470	72.2	292	68.5	178	79.1	
配置医師	あり	358	55.0	258	60.6	100	44.4	.000
	なし	293	45.0	168	39.4	125	55.6	
その他の医師	あり	38	5.8	23	5.4	15	6.7	.512
	なし	613	94.2	403	94.6	210	93.3	
看護職員（施設内）	あり	628	96.5	412	96.7	216	96.0	.639
	なし	23	3.5	14	3.3	9	4.0	
介護職員	あり	586	90.0	390	91.5	196	87.1	.072
	なし	65	10.0	36	8.5	29	12.9	
機能訓練指導員	あり	128	19.7	86	20.2	42	18.7	.642
	なし	523	80.3	340	79.8	183	81.3	
生活相談員	あり	473	72.7	316	74.2	157	69.8	.231
	なし	178	25.8	110	25.8	68	30.2	
介護支援専門員	あり	515	79.1	348	81.7	167	74.2	.026
	なし	136	20.9	78	18.3	58	25.8	
管理栄養士・栄養士	あり	332	51.0	232	54.5	100	44.4	.015
	なし	319	49.0	194	45.5	125	55.6	
調理師	あり	10	1.5	7	1.6	3	1.3	.760
	なし	641	98.5	419	98.4	222	98.7	
事務職員	あり	15	2.3	8	1.9	7	3.1	.319
	なし	636	97.7	418	98.1	218	96.9	
看護職員（施設外）	あり	6	0.9	4	0.9	2	0.9	.949
	なし	645	99.1	422	99.1	223	99.1	
その他	あり	27	4.1	19	4.5	8	3.6	.582
	なし	624	95.9	407	95.5	217	96.4	

[注] 欠損値：\*<sup>1</sup>：4，\*<sup>2</sup>：8。

\*<sup>3</sup>： $\chi^2$ 検定，または期待度数が5未満の場合，Fisherの直接法。

CI)：1 -1.1,  $p < .001$ ], コアメンバー：配置医師のオッズ比は1.7 (95% CI：1.1-2.8,  $p < .05$ ), 終末期（看取り）個別計画作成のオッズ比は3.1 (95% CI：1.5-6.5,  $p < .01$ ), 職種・職員間の連携・協働のオッズ比は26.1 (95% CI：10.0-68.4,  $p < .001$ ) であり（表6），以上の4項目が「よりよいケア」のプラスの要因として検出された。一方，マイナスの要因として検出されたのは実施した処置：浣腸であり，そのオッズ比は0.5 (95% CI：0.3-0.8,  $p < .01$ ) であった（表6）。

#### 7. リーダーの存在とチームプロセスの関連

リーダーが「いた」群と「いなかった」群のチームプロセスの差を検討したところ，すべての項目に有意差がみられ，そのすべてにおいてリーダーが「いた」群のほうが「いなかった」群より多かった（表7）。

## V. 考 察

### 1. 特養の終末期ケア体制

終末期ケアに関する施設の体制は，内科または高齢者専門の配置医師，終末期の判断基準，家族が宿泊できる部屋，終末期ケアに関する職員研修体制を除き，おおむね整えられていることがわかった。この結果は，先行研究（三菱総合研究所，2007b；全国老人福祉施設協議会，2015）の報告よりも多いが，すでに「看取りを実施」と公開されている特養を対象として調査したために，より体制整備が進んでいたと推測する。ここでは，終末期ケアを実施するうえで課題になると考えられる上記の4つの項目のうち，内科または高齢者専門の配置医師を除いた3つの項目について考察する。なお，医師に関する考察は，「『よりよいケア』と多職種チームの構成員」において述べる。

表5 終末期ケアにおけるチームプロセス

		全体 (N=659)		よりよいケア (n=431)		心残りケア (n=228)		p値*12
		n	%	n	%	n	%	
本人または家族の意向の確認*1	した	637	98.2	420	99.1	217	96.4	.023
	しなかった	12	1.8	4	0.9	8	3.6	
終末期カンファレンスの開催*2	した	559	86.7	382	90.7	177	79.0	.000
	しなかった	86	13.3	39	9.3	47	21.0	
ともに目指す終末期ケアの目標設定*3	した	452	70.3	317	75.1	135	61.1	.000
	しなかった	191	29.7	105	24.9	86	38.9	
終末期（看取り）個別計画の作成*4	した	575	87.9	399	93.2	176	77.9	.000
	しなかった	79	12.1	29	6.8	50	22.1	
各職種の役割の明確化*5	した	596	91.7	405	94.8	191	85.7	.000
	しなかった	54	8.3	22	5.2	32	14.3	
報告・連絡・伝達・指示系統の明確化*6	した	615	95.5	413	98.1	202	90.6	.000
	しなかった	29	4.5	8	1.9	21	9.4	
ケアに関する職員間の相談*7	できた	561	91.1	399	97.1	162	79.0	.000
	できなかった	55	8.9	12	2.9	43	21.0	
職種間関係構築の努力*8	した	390	67.1	268	71.8	122	58.7	.001
	しなかった	191	32.9	105	28.2	86	41.3	
職種・職員間の連携・協働*9	できた	562	87.4	415	98.1	147	66.8	.000
	できなかった	81	12.6	8	1.9	73	33.2	
役割を越えた協力・業務の補い*10	した	579	89.6	390	91.5	189	85.9	.026
	しなかった	67	10.4	36	8.5	31	14.1	
振り返りの（デス）カンファレンス開催*11	した	381	58.9	246	58.0	135	60.5	.536
	しなかった	266	41.1	178	42.0	88	39.5	

[注] 欠損値：\*1：10, \*2：14, \*3：16, \*4：5, \*5：9, \*6：15, \*7：43, \*8：78, \*9：16, \*10：13, \*11：12.  
\*12： $\chi^2$ 検定, または期待度数が5未満の場合, Fisherの直接法。

表6 「よりよいケア」に影響する要因

	偏回帰係数	有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
				下限	上限
事例対象者の年齢	0.066	.000	1.068	1.036	1.101
実施した処置：浣腸	-0.808	.006	0.446	0.251	0.793
コアメンバー：配置医師	0.560	.015	1.751	1.115	2.751
終末期（看取り）個別計画の作成	1.133	.003	3.104	1.477	6.521
職種・職員間の連携・協働	3.262	.000	26.112	9.963	68.434
定数	-9.297	.000	0.000		

[注] 「よりよいケア：1」「心残りケア：0」を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析。  
モデル $\chi^2$ 検定： $p < .001$ , 判別の中率：79.2%, ホスマー・レメショウの検定結果： $p = .179$ 。  
実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ を超える外れ値なし。

約20%の施設は終末期の判断基準がなかった。このことは、死期が近いことに気づくことが遅れ、家族にとって予期せぬ死となる可能性がある。終末期は体重減少やバイタルサインの変化、全身状態の観察を通じて予見できることが多いと考えられる（三菱総合研究所, 2007a, p.6）。身体的な内容を主とした終末期の判断基準を設けることにより、これまで終末期ケアの経験が少ない介護職員も日常生活支援を通して身体的変調に気づき、看護職員に報告・相談するなど、職員が連携をはかることで、早期に本人と家

族に状態の説明や今後の方針の相談などが可能となる。それにより家族が死を受け入れる準備ができる。約30%の施設は家族が宿泊できる部屋が整っていなかった。宿泊できる部屋があれば、遠方から来る家族や、看取りの立ち会いを希望する家族が身体を休めることができ、最期の時とともに過ごすことが可能となり、家族からの支えが入所者の不安の軽減や心の支えになると考えられる。約20%の施設は終末期ケアに関する職員研修体制が整っていなかった。特養では人員不足のため研修時間を確保することがむずか

表7 リーダー的役割を果たした人の存在とチームプロセスの関連

リーダー的役割を果たした人		いた (n=555)		いなかった (n=100)		p値*12
		n	%	n	%	
チームプロセス						
本人または家族の意向の確認*1	した	543	98.7	92	94.8	.023
	しなかった	7	1.3	5	5.2	
終末期カンファレンスの開催*2	した	493	89.5	67	70.5	.000
	していない	58	10.5	28	29.5	
共に目指す終末期ケアの目標設定*3	した	410	75.0	39	41.9	.000
	しなかった	137	25.0	54	58.1	
終末期(看取り)個別計画の作成*4	した	505	91.5	68	68.0	.000
	しなかった	47	8.5	32	32.0	
各職種の役割の明確化*5	した	520	94.5	73	75.3	.000
	しなかった	30	5.5	24	24.7	
報告・連絡・伝達・指示システムの明確化*6	した	531	97.1	81	86.2	.000
	しなかった	16	2.9	13	13.8	
ケアに関する職員間の相談*7	した	496	93.6	63	75.9	.000
	しなかった	34	6.4	20	24.1	
職種間関係構築の努力*8	した	352	72.1	37	41.1	.000
	しなかった	136	27.9	53	58.9	
職種・職員間の連携・協働*9	した	496	90.7	64	68.8	.000
	しなかった	51	9.3	29	31.2	
役割を越えた協力・業務の補い*10	した	504	92.0	72	75.8	.000
	しなかった	44	8.0	23	24.2	
振り返りの(デス)カンファレンス開催*11	した	335	60.9	43	45.7	.006
	しなかった	215	39.1	51	54.3	

[注] 欠損値：\*1：8, \*2：9, \*3：15, \*4：3, \*5：8, \*6：14, \*7：42, \*8：77, \*9：15, \*10：12, \*11：11。  
\*12： $\chi^2$ 検定, または期待度数が5未満の場合, Fisherの直接法。

しい(全国老人福祉施設協議会, 2015, p.22)とある。介護職員や生活相談員などの福祉職は、その教育内容から終末期ケアに関する知識に乏しいといえ、研修などにより知識を補う必要がある。そのため、職員研修体制を整えることで職員が研修に参加することができ、参加することで終末期ケアに関する知識が深まり、よりよい終末期ケアの実施が可能となろう。

## 2. 終末期ケアに影響する入所者の要因

終末期にある入所者の心身状況や家族関係などの背景はさまざまであるが、いかなる場合でも個々のニーズに応じたよりよい終末期ケアの提供が求められる。今回、「よりよいケア」群において事例対象者の平均年齢が高く、「心残りケア」群に浣腸と経鼻経管栄養が多く実施されていた。

医療経済研究機構の報告によると、特養入所者の平均年齢として86歳以上88歳未満と回答した施設が38.7%と最も多かった(2011, p.12)とある。本研究における「心残りケア」群の平均年齢は87.9±8.0歳と、ほぼこれと同じである。一方、「よりよいケア」群は91.5±6.6歳とこれより高い傾向にある。このことから、入所者の年齢が高いほ

ど「寿命をまっとうできた」と職員が受け止めた可能性がある。また、わが国では年齢が高いほど老衰による死亡者の割合が多い(厚生労働省, 2015)が、選定事例の入所者は年齢的に老衰の可能性はある。老衰で終末期を迎えている身体は消化・吸収・代謝・排泄機能が著しく低下するため、このような状態での栄養剤の投与はかえって身体機能に負担となる。そのため、自然に沿って対応したほうが本人にとって楽に最期を過ごせるといわれている(石飛, 2013, p.89)。特養の看取り介護において、入所者の身体状況に応じた食事や好みの食事の提供などが推奨されている(全国老人福祉施設協議会, 2015)が、このようなケアを提供したことで穏やかな死を迎えられたと推測する。

経管栄養法は、入所者の嚥下機能や摂食機能の低下に伴う誤嚥性肺炎の予防や栄養補給などの目的で導入されるが、栄養剤の注入中に入所者の姿勢が崩れて腹圧がかかることや、栄養剤の注入速度が速すぎることなどにより、胃の内容物が逆流して誤嚥を招くおそれがある。経鼻経管栄養法は栄養チューブの先端が抜けやすいことから、胃瘻に比べて誤嚥のリスクが高い。また、経鼻経管栄養法ではチューブ挿入による咽頭不快を生じる。この不快感が強い

人や認知症などにより挿入の必要性を理解できずに頻回にチューブを自己抜去する場合、危険を回避するためにミトン型の手袋を使用した身体拘束を行う施設がある（全国抑制廃止研究会，2015）。やむを得ず身体拘束をした場合でも、職員は「入所者の尊厳が保たれていない」「身体拘束の代替法を選択できなかった」などと感じ、よいケアができなかったという思いを抱いた可能性がある。

また、浣腸が「心残りケア」群に多く、「よりよいケア」のオッズ比が0.4であったことから、浣腸が高齢者の苦痛を強めるケアと判断されていたことが示唆された。浣腸は便秘症状に対して実施されたと推測できる。浣腸後に排便があれば便秘による苦痛は軽減されるが、浣腸は羞恥心やチューブ挿入による苦痛、排出の過程で生じる腹痛を伴うため、処置による苦痛が大きい。また、高齢者の終末期には活動性の低下や腸蠕動運動能力の低下などにより便秘になりやすい。そのため、日ごろから便秘予防を目的とした水分摂取や食事内容の工夫、運動や腹部マッサージなどのケアが必要となるが、ケアによる排便のコントロールがむずかしく、浣腸をせざるを得ない状態になった可能性がある。

### 3. 特養のよりよい終末期ケアと多職種チームの構成員およびチームプロセス

#### (1) 「よりよいケア」と多職種チームの構成員

本研究において「よりよいケア」とリーダー的役割を果たした人との関連が認められ、さらにリーダーとすべてのチームプロセスの項目に関連が認められた。仕事でよい成果を生み出すためには、良好なチームワークが必要であり、そのためにリーダーによるチームマネジメントが必要である（古川，2004，pp.18-20）。特養に関する研究において、リーダーシップはチームワークを促進し、さらにチームワークがサービスの自己評価に影響を及ぼすと報告されている（呉，2013）ように、「よりよいケア」のチームプロセスを機能させるには、リーダー的役割を果たす人の存在が必要となる。一方で、リーダーがいなかった事例が100件あった。同じ施設で実施された終末期ケアであっても、終末期の期間が短い場合や構成されたメンバーの違いなどにより、リーダーが明確でなかった場合や、リーダーとしての役割を發揮できなかった場合があったと推測される。また、「よりよいケア」群の11%においてリーダーがいなかったと回答しているが、これは、明確なリーダーがいなくても、かかわる職種や職員個々が模索しながら物事を進めていく自己組織化とよばれる状況にあった可能性がある。しかし、自己組織化するようなチームを設計し、現実のチーム運営に活用することは困難である（インタービジョンコンソーシアム，2007，pp.62-64）ことから、多様な施設においてこの状態を期待することはむずか

しい。そのため、リーダーを明確にし、リーダーがその役割を果たすほうが、よりよい終末期ケアの実施への近道といえよう。

さらに、チームによる効果を期待するために、目的に応じた適切なメンバーを選ぶことが求められる（インタービジョンコンソーシアム，2007，p.153；鷹野，2008，p.17）。今回、看護職員、介護職員、介護支援専門員、生活相談員の4つの職種が選定事例のうちの70%以上においてコアメンバーとして選択されていた。とくに、終末期にある入所者の生活を継続するために、看護職員と介護職員のかかわりは不可欠である。介護支援専門員は終末期（看取り）個別計画の作成やカンファレンスを開催して各職種の意見の集約・計画の修正を担う存在、そして生活相談員は本人や家族の終末期ケアに関する意向の確認や調整を担う存在である。そのため、これら4つの職種は特養で終末期ケアを実施するために欠かせない職種である。

また、「よりよいケア」の影響要因の一つとして配置医師が検出されたことから、多職種チームのコアメンバーとして配置医師が必要であることが明らかとなった。特養の配置医師は入所者の健康管理、緊急時の対応や家族へのインフォームドコンセントの対応、診療および治療、死亡確認などにかかわる（三菱総合研究所，2013，p.29）が、終末期にある入所者の状態・状況を踏まえて受診や治療などの必要性を判断できれば、入所者は必要なときに必要な治療を受け、苦痛を軽減し、ひいては施設内で最期を迎えたいと願う本人や家族の意向をかなえることが可能になる。このように医師は終末期ケアに大きな影響を与える存在であり、その役割は大きい。本研究において、内科または高齢者専門の配置医師がいた施設のうち90%以上の施設で夜間および休日に対応可能であったものの、25%の施設は配置医師がいなかった。そのうえ、医師がコアメンバーとして選択されたのは、選定事例のうちの約半数であった。これは、配置医師のほとんどが嘱託医であること、特養において手厚い医療を実施しても診療報酬として算定できるものが限られていること、医師の負担が重くなることなどが影響している（石飛，2013，pp.102-108）と推測する。医師がチームのコアメンバーとして参加することが望ましいが、それがむずかしい場合は、嘱託医への連絡や調整を行い、連携することが望まれる。

#### (2) 「よりよいケア」とチームプロセス

今回のチームプロセスの結果において、振り返りの（デス）カンファレンスの開催を除く10項目が「心残りケア」群よりも「よりよいケア」群に多く実施されていたことから、「よりよいケア」のチームプロセスには、これらの要件が必要であると明らかになった。

特養における終末期ケアは、まず医師から終末期である

との判断を受け、本人および家族の意向が確認される。実際に、本人に終末期の意向を確認している施設はわずかであり（小林・松島・野口・松下・平澤，2008）、本人の希望がわからずケアや看取りに困難と感ずることが多い（みずほ情報総研，2014，p.44）とある。これは、入所者の認知機能や意識レベルが低下していたため、あるいは職員が終末期にある本人に対して死を話題にすることを躊躇したために、意向が確認できなかったと推測する。このような状況を回避するためには、入所時や元気なときに、看取りの場所や医療を含めたケア方針に関する意向を確認しておくことが望まれる。それでも本人に確認することが困難な場合は、家族の意向が尊重される。また、家族は入所者の心の支えになると推察されるが、家族の居住地が遠方のために面会が困難な場合や、家族と入所者が疎遠になっていることもある。そのため、チームとして家族のかかわりを強化する働きかけが必要だと考えられる。

統一された切れめのないケアを提供するために、かかわる職種の代表が集まってカンファレンスを開き、利用者の終末期のニーズに対する個別計画を検討・作成する。カンファレンスで目指すべき目標が設定され、各職種の役割と具体的なケア内容が明確となる。ここで注意すべきは、目標設定である。組織の成果は、組織の目標があって初めてコントロールできる（インタービジョンコンソーシアム，2007，p.34）とあるように、よりよい終末期ケアという成果を得るためにはチームの目標設定が欠かせない。しかし、ともに目指す終末期ケアの目標を設定していたのは選定事例のうちの70%、「よりよいケア」群でも75%であった。終末期にかかわるチームの目標は、特別なものではない。鷹野（2008）が「可能な限り多くの種類のケア提供者が一堂に会して、異なる視点をもちよってカンファレンスを行い、利用者の生活に配慮した高次の目標を共有化することで、まさに創造的ケアサービスを供給することが可能となる」と述べている（p.21）ように、個別計画における目標をチームの目標ととらえることができる。

かかわる職員が目標や利用者の情報を共有し、検討された役割やケア内容について共通認識をもち実施するために、報告・連絡・伝達・指示系統を明確にすること、および相談や意見交換などのコミュニケーションが必要となる（古川，2004；インタービジョンコンソーシアム，2007）。コミュニケーションには時間や手間がかかるが、職種間の関係を構築するためにはその努力が欠かせない。そしてこれらのプロセスを通して職種・職員間の連携・協働が行われたと推測する。さらに、選定事例の半数で喀痰吸引が実施されていたことや、夜間は看護職員のオンコール体制をとっていた施設がほとんどであったことから、看護職員が診療の補助業務として痰の吸引を行うことはもちろんのこ

と、介護職員も一定の条件下で痰の吸引を実施していたと考えられる。また、入所者が終末期であることを、医師だけでなく看護職員や生活相談員なども家族に説明していたとある（三菱総合研究所，2007b）ように、本来の職種の役割を越えた協力や業務の補いが生じていた。

一方、「よりよいケア」と関連が認められなかった振り返りの（デス）カンファレンスは対象者が死亡した後に開催されるものであり、選定事例のケアに活かすことは時間的経過から不可能である。そのため、本研究において関係性が認められなかったと推測する。しかしながら、デスカンファレンスは職種間の相互理解やその後の連携の促進などにより影響を与えると示唆されている（和泉ら，2012）ことから、その取り組みが望まれる。

#### 4. 特養の終末期ケアにおける多職種チームのアプローチモデル

チームは、取り組む課題に合わせて最も適切なアプローチモデルを用いることが望ましい（菊池，2000）とあるが、特養の終末期ケアに取り組むための多職種チームによるアプローチモデルはいまのところ明らかになっていない。

菊池（1999）によると、チームアプローチモデルには、チームのなかで与えられた専門職としての役割を果たすことに重点をおいたマルチディシプリナリー・モデル、各専門職が協働・連携してチームのなかで果たすべき役割を分担した機能方法であるインターディシプリナリー・モデル、そして、各専門職がチームのなかで果たすべき役割を意図的・計画的に専門分野を越えて横断的に共有した機能方法であるトランスディシプリナリー・モデルの3つがある（p.287）。今回、チームプロセスの項目として「役割を越えた協力・業務の補い」を設定した。その結果、選定事例の約90%において「した」と回答されていた。これは、「職種・職員間の連携・協働」が「できた」より多かった。このことは、多職種チームがトランスディシプリナリー・モデルであった可能性を示している。癌による死期の予測に比べ、高齢者の死期の予測は一般的にむずかしく、終末期が長期間になることがあり、職員にかかる負担や緊張は大きい。それでも、喀痰吸引などの医療的ケアのように、法を遵守しつつ専門職の役割を一部解放し、意図的・計画的に協働することで、特養の限られた職種・人員・体制のなかでも、終末期にある入所者を支えていくことができると考えられる。

#### 5. 「よりよいケア」の影響要因とチームケアモデルへの示唆

本研究において、多重ロジスティック回帰分析により、「よりよいケア」の影響要因として事例対象者の年齢、コ

アメンバーとしての配置医師、終末期（看取り）個別計画作成、職種・職員間の連携・協働が確認され、さらにマイナス要因として実施した処置の「浣腸」が確認された。このうち、事例対象者の年齢と実施した処置の浣腸は、個人要因にかかわるものである。そのため、終末期にある入所者全員に適用できるというものではない。一方で、終末期（看取り）個別計画作成は入所者のニーズに応じたケアを提供するために作成されるものであり、終末期ケアという課題を達成するためのタスクワークの要と考えられる。また、職種・職種間の連携・協働は、多職種チームの専門単位を互いに結びつけるチームワークによって得られる成果である。そして、コアメンバーの配置医師は、医療に制約がある特養において、終末期にある高齢者の疾病や加齢による全身機能の変化や低下に応じた医療を担うチームの構成員である。これらの3項目は、特養の終末期にある入所者がいかなる状況や状態であっても適用できることから、特養のよりよい終末期ケアを実施するための必須要件となる。

そして、看取りを実施している特養では終末期ケアに関する施設の体制がおおむね整えられていたこと、リーダーがチームプロセスに関連し、さらにリーダーとチームプロセスの10項目が「よりよいケア」と関連していたことから、図1の概念枠組みを基軸としたチームケアモデル構築の可能性がみえてきた。しかし、先述したように、家族のかかわりを強化するための項目や、嘱託医と連携するための項目など、チームプロセスの項目について検討が必要である。また、今回、項目間の影響について明らかにできたのは図1のうちの一部であり、信頼性・妥当性の高いモデルとして提示するためには、さらなる検証を要する。

## 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の回収率が15.5%と低い結果となったが、これは調査票が2部に分かれていたことや、施設で実施した終末期ケアの事例を選定して回答するものであったために手間がかかったこと、調査項目が複雑であったこと、調査時期が年度末になったこと、調査票の返送を促す案内を送付しなかったことなどが影響したと考えられる。また、調査項目に欠損値が多かった。とくに調査項目の「職種間関係構築の努力」では、努力「した」「しなかった」の2件法としたため、その判断に迷い回答できなかった可能性がある。このようなことが推察されるなか、終末期ケアに関心の高い施設が回答したと思われ、外的妥当性に影響してい

る可能性が否めず、本研究の限界である。

しかしながら、本研究は看取りの実績がある特養を対象とした全国調査であること、そして入所者の終末期にかかわるチームケアを組織的にとらえ、その現状を明らかにすることを試みたこと、および「心残りケア」を比較対象とした特養におけるよりよい終末期ケア・支援にかかわる多職種チームの構成員およびチームプロセスの要因を探索した国内初の研究である。そして何より、職種・職員間の連携・協働や終末期（看取り）個別計画の作成、コアメンバーとして配置医師が加わることが、よりよい終末期ケア・支援とする判断に影響を与えると、その関係を示したことは成果といえよう。

今後はさらにチームケアの項目およびその関係性の検討を重ね、特養の終末期ケアの質の向上に資するチームケアモデルを試作し、実証することが課題となる。そして本研究では「よりよいケア」「心残りケア」をアウトカムの指標として用いたが、より信頼性・妥当性の高いモデルを構築するために、特養の終末期ケアの質が判断できる評価尺度を用いた検討が必要だと考えている。

## VI. 結 論

本研究において、特養の終末期ケアにかかわる職員の判断「よりよいケア」の影響要因として、5項目が検出された。そのうちの事例対象者の年齢、コアメンバーとして配置医師、終末期（看取り）個別計画の作成、職種・職員間の連携・協働の4項目がプラスの要因であり、実施した処置：浣腸はマイナスの要因であった。とくに、終末期（看取り）個別計画を作成し、職種・職員間の連携・協働をほかり、コアメンバーとして配置医師が参加することで、よりよい終末期ケアとなる可能性が高くなる。今後は、特養の終末期ケアの質の向上に資するチームケアモデルの構築のために、多職種チームの構成員およびチームプロセスの項目、項目間の関係性の検討と実証が必要である。

## 謝 辞

本研究の実施にご協力いただきました特養の皆さま、そして、分析に際しご助言を賜りました金沢大学の城戸照彦教授に深く感謝いたします。なお本研究は、平成24年度から26年度の科学研究費補助金基盤研究（C）課題番号24616018の助成を受けて実施した研究成果の一部である。

## 要 旨

目的：特別養護老人ホームの終末期ケアにおける「よりよいケア」に影響する多職種チームの構成員およびチームプロセスの要因を明らかにする。

**方法:** 全国の看取りを実施している特別養護老人ホームを対象に、「よりよいケア」および「心残りケア」1事例ずつにおけるチームケアに関する無記名自記式質問紙調査を行い、「よりよいケア」の影響要因の分析に多重ロジスティック回帰分析を用いた。

**結果:** 看取りに取り組む特別養護老人ホームの終末期ケアにおける「よりよいケア」の影響要因として5項目あった。プラスの要因は事例対象者の年齢、コアメンバーとして配置医師、終末期（看取り）個別計画の作成、職種・職員間の連携・協働の4項目であり、マイナスの要因は実施した処置の浣腸であった。

**結論:** とくに職種・職員間の連携・協働および終末期（看取り）個別計画の作成に取り組み、コアメンバーとして配置医師が参加することで、よりよい終末期ケアになる可能性が示唆された。

## Abstract

**Objective:** To clarify the factors associated with “better end-of-life care” in specialist nursing homes, based on staff composition and care processes in interprofessional teams.

**Methods:** Participants throughout Japan completed an anonymous, self-administered questionnaire about specialist nursing homes providing end-of-life care. The questionnaire was designed to identify factors associated with “better” and “regrettable” end-of-life care, as influenced by the team care. Data were analyzed using multiple logistic regression analysis.

**Results:** Five factors identified to be associated with better end-of-life care were as follows: 1) age of the resident, 2) involvement of physicians as core members, 3) development of individual plan for end-of-life care, and 4) cooperation and collaboration among interprofessional teams and staff, 5) treatment performed (enema).

**Conclusion:** The findings of the present study suggest that end-of-life care can be improved by greater interprofessional staff cooperation and collaboration, the development of individualized end-of-life care plans, and the involvement of physicians as core members of the team.

## 文 献

- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can it Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- 古川久敬 (2004). チームマネジメント. 東京: 日本経済新聞出版社.
- インタービジョンコンソーシアム (2006). [入門] チーム・ビルディング: 1 + 1 が 2 以上になる最強組織の作り方. 東京: PHP研究所.
- 医療経済研究機構 (2011). 特別養護老人ホームにおける待機者(優先入所申込者)の実態に関する調査研究:『特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究』報告書. p12, 東京: 医療経済研究機構.
- 石飛幸三 (2013). 「平穏死」のすすめ—口から食べられなくなったらどうしますか. 東京: 講談社.
- 岩本テルヨ (2009). 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアに関する研究—医療的処置の実態からの検討—. 死の臨床, 32(1), 88-95.
- 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎, 難波幸井, 柏倉 貢, 富樫清, 渋谷美恵, 鈴木 聡 (2012). 地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験に関する探索的研究. *Palliative Care Research*, 7(2), 354-362.
- 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ (2005). 特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職者の悩み: 全国調査における自由記述の分析. 南九州看護研究誌, 3(1), 11-21.
- 菊池和則 (1999). 多職種チームの3つのモデル: チーム研究のための基本的概念整理. 社会福祉学, 39(2), 273-290.
- 菊池和則 (2000). 多職種チームの構造と機能: 多職種チーム研究の基本的枠組み. 社会福祉学, 41(1), 13-25.
- 金 貞任, 鈴木隆雄, 高木安雄 (2009). 特別養護老人ホームの要介護高齢者の看取りケアの実施に関する施設長の判断とその規定要因. 老年社会科学, 31(3), 331-341.
- 小林未果, 松島英介, 野口 海, 松下年子, 平澤秀人 (2008). 特別養護老人ホームにおける尊厳ある死に関する研究—その現状と課題について—. 日本社会精神医学会雑誌, 16(3), 255-262.
- 小林尚司 (2012). 介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 65-75.
- 厚生労働省 (2015). 平成26年人口動態調査. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001028897>
- 小山千加代 (2011). 特別養護老人ホームで「より良い看取り」を実施するための取り組み: 研究者と実践者との協働によるミューチュアル・アクションリサーチ. 老年看護学, 16(1), 38-47.
- Lemieux-Charles, L. and McGuire, L.W. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*, 63(3), 263-300.
- 丸山綾子, 井畑さやか, 北村恵美, 長崎友紀恵, 一之瀬ゆり, 宮下幸恵, 中西美佐穂 (2012). がん看護における看護師の困難感の変化: デスカンファレンス前後のアンケート調査から. 信州大学医学部附属病院看護研究集録, 40(1), 10-13.
- 三沢 良, 佐相邦英, 山口裕幸 (2009). 看護師チームのチームワーク測定尺度の作成. 社会心理学研究, 24(3), 219-232.
- 三谷伸次郎, 黒田研二 (2011). 特別養護老人ホームにおける介護リーダーの行動と職員のモラルとの関連について. 社会問題研究, 60(139), 105-117.
- 三菱総合研究所 (2007a). 平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分): 特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン. 「特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書」別冊. 東京: 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ.
- 三菱総合研究所 (2007b). 平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分): 特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書. 東京: 三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ.
- 三菱総合研究所 (2008a). 平成19年度厚生労働省老人保健事業推

- 進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）：特別養護老人ホームにおける重度化・看取り対応に関する研究報告書．東京：三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ．
- 三菱総合研究所（2008b）．平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）：特別養護老人ホームにおける多職種協働体制の在り方に関する調査研究報告書．東京：三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ．
- 三菱総合研究所（2011）．平成22年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）特別養護老人ホーム利用者の看取り介護の在り方に関する調査研究事業：特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック．東京：三菱総合研究所人間・生活研究本部．
- 三菱総合研究所（2013）．平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）：介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業報告書．東京：三菱総合研究所人間・生活研究本部．
- 根岸茂登美（2000）．高齢社会における保健医療福祉専門職の連携：Inter-Professional Workに焦点をあてて．東海大学健康科学部紀要，5，89-99．
- みずほ情報総研（2014）．平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業：長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業報告書．44，東京：みずほ情報総研．
- 野中 猛（2007）．図説 ケアチーム．東京：中央法規出版．
- 小楠範子，萩原久美子（2007）．特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方—終末ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて．老年社会科学，29(3)，345-354．
- 呉 世雄（2013）．介護施設における組織管理要因が職員の職務満足およびサービスの自己評価に及ぼす影響．社会福祉学，53(4)，109-122．
- Øvretveit, J. (1993) / 三友雅夫，茶谷 滋 訳 (1999)．ケアマネジャー必携コミュニティケアの戦略：学際的チームとケアマネジメント．164，東京：恒星社厚生閣．
- 坂下恵美子，西田佳世（2012）．特別養護老人ホームで積極的に看取りに取り組む看護師の意識の構造．ホスピスと在宅ケア，20(3)，268-274．
- 島田千穂，堀内ふき，鶴若麻理，高橋龍太郎（2013）．特別養護老人ホームにおける看取りケア実施状況と関連要因．老年社会科学，34(4)，500-509．
- シルバー総合研究所 編（2007）．看取りケアと重度化対応マニュアル：特養・グループホーム編．名古屋：日総研出版．
- 鈴木 亨，流石ゆり子（2012）．終末期にある高齢者がその人らしい最期を迎えるために必要なケア：介護老人福祉施設熟練スタッフへのインタビューより．ホスピスと在宅ケア，20(3)，275-285．
- 鷹野和美（2008）．チームケア論：医療と福祉の統合サービスをめざして．東京：ばる出版．
- 田中克恵（2011）．特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究：看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス．社会福祉学研究，6，11-19．
- 全国老人福祉施設協議会（2015）．平成26年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）事業：特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業報告書．東京：全国老人福祉施設協議会．
- 全国抑制廃止研究会（2015）．厚生労働省平成26年度老人保健健康増進等事業：介護保険関連施設等の身体拘束廃止の追跡調査及び身体拘束廃止の取組や意識等に関する調査研究事業報告書．八王子：全国抑制廃止研究会．

〔平成27年8月2日受付〕  
〔平成28年2月23日採用決定〕

## 「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度」の 開発と信頼性・妥当性の検討

Development of a Lymphedema Self-Management Skill Scale and  
Investigation of its Reliability and Validity

新井 恵津子<sup>1)</sup>      當目 雅代<sup>2)</sup>  
Etsuko Arai          Masayo Toume

キーワード：リンパ浮腫患者，自己管理スキル，尺度開発，外来看護  
Key Words：lymphedema patient, self-management skill, assessment tool development, outpatient nursing

### 序 論

わが国において原発性リンパ浮腫患者は約5,000人（笹嶋・齋藤・中西・橋本，2010），がん手術のリンパ節郭清後や放射線治療後などの続発性リンパ浮腫患者は約12万人（佐藤，2010）と推定される。リンパ浮腫は一度発症すると完治はむずかしく，一生治療を続けなければならない慢性疾患である（Lymphoedema Framework, 2006）。緩慢に進行する疾患であるが，重症化するとリンパ漏，象皮症などの皮膚の合併症を伴うようになる。さらに，リンパ浮腫患者が蜂窩織炎などの合併症を併発すると，炎症をきっかけに急激に重症化し，日常生活に支障をきたす可能性がある。

日常生活に支障をきたしたリンパ浮腫患者の quality of life (QOL) の研究において，仲村・神里（2010）は重症化した患者ほどQOLが低下していると報告しており，重症化を予防する必要がある。リンパ浮腫を重症化させないためには，早期からの適切な診断・治療とコントロールが必要（小川，2014）であり，過剰な運動や過労・疲労は悪化の要因になる（小川，2013）。また，蜂窩織炎などの合併症は重症化の要因となることが考えられ積極的に患者自らが自己管理する必要があると考える。

リンパ浮腫患者の自己管理スキルとは，リンパ浮腫に関する独自の知識・技術を用い，積極的にリンパ浮腫をコントロールしていこうとするスキルと考える。さらに，高橋・中村・木下・増居（2000）の報告では，自己管理スキルの豊富な者は，日常生活のなかでそれなりの負担になる課題も自己管理の手法を駆使することにより，こなすことができたとしている。つまり，リンパ浮腫患者の自己管理スキルは重症化予防ための有効な手段であると考えられる。

慢性疾患患者の自己管理に着目した研究報告では，自己管理行動と自己効力感の関連を検討した調査研究（直成・泉野・澤田・高間，2002；渋谷ら，2005）や，患者教育という視点で介入がはかられた研究（越後ら，2011；浅場，2010；宇佐美ら，2009）があった。井沢（2006）が作成したリンパ浮腫患者支援プログラムを使用した介入研究（井沢・野木・高岡，2007）では，手技の確認に加え，複合的理学療法が適切なものであるかの専門家の判断と継続的なフォローアップの必要性を述べており，患者だけではリンパ浮腫の自己管理が困難であることが示された。そこで，リンパ浮腫をコントロールするための患者の自己管理の適切さ（ふさわしさ）の程度を確認し，継続的なフォローアップの指標となる簡便な評価ツールが必要であると考えた。

慢性疾患患者の自己管理を評価できるツールとして，高血圧症患者の自己管理度測定尺度（坪田，上野，高間，2005），血液透析患者の自己管理尺度（高岸，2008），心理的尺度である糖尿病患者のSelf-Management Scale（Wallston, Rothman, & Cherrington, 2007），HIV患者のSelf-Management Scale（Wallston, Osborn, Wagner, Hilker, 2011），自己管理スキル尺度（高橋ら，2000）が開発されている。しかし，それら尺度はリンパ浮腫患者の自己管理スキルの程度を評価する項目内容ではなかった。

そこで，本研究ではリンパ浮腫患者の自己管理スキルの程度を評価する尺度を開発し活用することで，患者の自己管理の適切性を判断できると考えた。また，外来におけるリンパ浮腫患者の自己管理スキルの評価により，看護師からの効果的なフォローアップが可能となる。患者は看護師からタイムリーな知識・技術を得ることで，自己管理スキルを高めることができる。つまり，リンパ浮腫患者が重症

1) 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences  
2) 同志社女子大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts

化リスクを軽減するための有効な看護ケア提供につながる  
と考える。

## I. 研究目的

本研究の目的は、リンパ浮腫患者を対象とした「リンパ浮腫患者用自己管理スキル (lymphedema self-management skill) 尺度」(以下、LESMS尺度とする)を開発し、信頼性・妥当性を検討することである。

## II. 用語の定義

### 1. リンパ浮腫患者

リンパ浮腫患者とは、医師から原発性もしくは続発性リンパ浮腫と診断を受けた患者と定義する。

### 2. 自己管理(セルフマネジメント)スキル

自己管理(セルフマネジメント)スキルとは、文献検討による測定概念明確化の過程から「リンパ浮腫に関する独自の知識・技術を用い、積極的にリンパ浮腫をコントロールしていこうとするスキル」と定義する。

## III. LESMS尺度の項目作成

### 1. 測定概念の明確化と項目作成

測定概念の明確化の過程において、《技術(スキル)》は自己管理ためのスキルであり、具体的行動を起こすものとして測定可能であると考えた。そこで、本研究の測定対象概念を「リンパ浮腫患者の自己管理スキル」とした。『医中誌Web(Ver.4)』において、「看護」と「原著論文」の分野で、「リンパ浮腫」をキーワードとし、2001年から2011年までの文献検索を行い、26文献を入手した。また、リンパ浮腫ケアに関連する書籍の9文献を入手した。これら35文献よりリンパ浮腫患者の「自己管理(セルフマネジメント)スキル」に関して記述された文章を抜粋し、さらに意味内容の類似するものを集約し、464コードを精選した。コードを精選する際は、測定対象概念の内容妥当性を確保するために、がん専門看護師、乳がん認定看護師、尺度開発の経験のある看護学の専門家2名を含めた専門家会議を開催し検討した。専門家会議において、類似した意味内容のコードを統合した結果、むくみ軽減のためマッサージや圧迫療法などを用いたスキルの〈治療の遵守〉、合併症の早期発見のためのスキルの〈合併症の早期発見〉、悪化予防のために生活習慣化されたスキルの〈悪化の予防〉、リンパ浮腫をもちながら日常生活を送るための他者援助を活用したスキルの〈他者サポートの活用〉の4つの構成要

素に大別することができた。これらの構成要素から36項目の質問項目を作成し、質問紙LESMS尺度原案とした。

### 2. 質問項目の尺度化

尺度タイプとして、自己管理スキルの程度を問うため、回答者がその文章で説明されている意味に対し、どの程度、該当するのかを示し、各項目の強さと方向性によって得点化し、総得点を算出するリッカート尺度(Polit & Beck, 2004/2010, p.382)が適していると考えた。「できている5点」「どちらかといえばできている4点」「どちらともいえない3点」「どちらかといえばできていない2点」「できていない1点」の5件法を採用した。

### 3. 質問項目の内容妥当性の検討

質問項目の内容妥当性を確保するために専門家会議において、①作成された質問項目がリンパ浮腫患者の自己管理スキルを確実に反映しているか、②36項目の質問内容でリンパ浮腫患者の自己管理スキルが網羅できているか、③尺度は臨床活用の妥当性があるか、④患者が回答しやすい表現になっているか、⑤答えにくい質問項目がないかを検討した。LESMS尺度原案は構成要素が4つである。各下位尺度(構成要素)に5項目以上、できれば7,8項目は必要(小塩・西口, 2007, p.50)とされることから、LESMS尺度原案の質問項目数36項目は妥当であると判断した。

### 4. プレテストの結果と専門家会議によるLESMS尺度原案の修正

#### a. プレテストの対象者の内訳

プレテストの対象者は、A医院の医師とリンパ浮腫セラピストから紹介された患者から、参加への同意が得られた患者11名とした。LESMS尺度原案を測定用具とし自記式質問紙調査を実施した。プレテストの対象者の内訳は、女性11名、続発性リンパ浮腫患者であった。浮腫出現部位は上肢7名、下肢4名であった。プレテストの実施において、LESMS尺度原案36項目の回答時間が15分を超える対象者はいなかった。

#### b. プレテストデータの分析結果

LESMS尺度原案がリンパ浮腫患者の自己管理スキルの個人差を測定できる尺度になっているかどうか、プレテストの結果をもとに『PASW Statistics ver. 20』を用い、記述統計量を算出した。平均値および標準偏差から、36項目のうち天井効果19項目、床効果2項目が生じた。対象者から回答のしづらさを指摘された2項目と、回答のしづらさが予測される質問項目に関し、対象者が質問項目を読んでリンパ浮腫に対する自己管理スキルと認識でき、対象者自身

がスキルを活用するような表現へと文言を修正した。修正した質問項目の語句と構文を、再度尺度開発の経験のある看護学の専門家2名、リンパ浮腫治療専門クリニックのリンパ浮腫セラピスト1名とで検討し、対象者が回答しやすい表現になっていることを確認した。

さらに、21項目の天井効果や床効果が生じた原因として、質問項目の表現内容の不十分さから対象者が回答をしづらかったこと以外に、ばらつきが測定できるような評定段階数でなかったことが考えられた。そこで、リンパ浮腫患者個々の自己管理スキルを評価できるように尺度の回答評定段階数を5件法から7件法へと変更した。そして、質問項目の文言と評定段階数を修正した質問紙LESMS尺度試作版を作成した。

#### IV. 研究方法

LESMS尺度試作版36項目の信頼性と妥当性を検討するために、質問紙調査を実施した。

##### 1. 対象およびデータ収集期間

A医院は国内でも数少ないリンパ浮腫の複合的治療を専門に行う医療機関として、外来・入院治療を保険診療として行っている施設である。また、リンパ浮腫患者会Bは原発性・続発性リンパ浮腫患者約750名が所属する全国規模の患者会であり、リンパ浮腫やリンパ浮腫治療に関する講演や啓蒙活動、セルフケア用品の紹介、リンパ浮腫患者の相談などを行っている患者会である。

LESMS尺度試作版の調査対象者は、リンパ浮腫と医師から診断を受け、自分で対処行動をとっている療養中のリンパ浮腫患者で、認知能力に問題のない20歳以上の患者とした。これらの条件を満たす患者を調査対象者として、A医院の医師とリンパ浮腫セラピストからは教育入院終了後のリンパ浮腫外来患者と、リンパ浮腫患者会B担当者からはリンパ浮腫のセルフケア講習会を受けた患者が選出された。

LESMS尺度試作版の対象者数は、本研究の目的がLESMS尺度の開発であるため、因子分析可能な対象者数が必要となる。因子分析を行う際は、抽出する因子数の3～4倍以上の質問項目を用意し、質問項目数の5～10倍程度の人数の回答が必要である(松尾・中村, 2002, p.35)。そこで、LESMS尺度試作版では因子分析可能な200名の目標対象者を設定し、A医院は100名、患者会Bは250名の対象者選出を依頼し調査を開始した。

##### 2. データ収集方法

データ収集期間は平成24年8月中旬から平成24年10月下

旬であった。LESMS尺度試作版を測定用具とし、自記式質問紙調査を実施した。A医院では研究協力への同意が得られたリンパ浮腫患者に質問紙を配布、記入してもらい、その場で回収した。リンパ浮腫患者会Bは、対象者へ研究に関する説明書と質問紙を同封したものを患者会から郵送してもらい、同封された説明書への同意が得られたリンパ浮腫患者に対し、質問紙の返送を依頼した。

##### 3. 質問紙の構成

質問紙はLESMS尺度試作版、尺度の基準関連妥当性の検討のための高橋ら(2000)の自己管理スキル尺度(以後、Self-Management Skill尺度:SMS尺度)、坂野・東條(1986)の一般性セルフ・エフィカシー尺度(以後、General Self-Efficacy Scale:GSES)と患者の属性から構成した。

SMS尺度(高橋ら, 2000)は健康教育に応用するために開発された一般的な認知的自己管理スキルを測定する尺度である。自己が望む行動を実現するうえで有効であり、さまざまな行動場面で活用可能なスキルである。SMS尺度は〈問題解決的に取り組むスキル〉〈否定的思考をコントロールするスキル〉〈即座の満足を先延ばしするスキル〉という3つの下位尺度で構成されている(高橋・竹鼻・佐見, 2004)。自己管理スキルの豊富な者は、日常生活のなかでそれなりの負担になる課題も自己管理の手法を駆使することにより、こなすことができるとされており、LESMS尺度試作版とSMS尺度には正の相関関係が認められると予想した。

GSES(坂野・東條, 1986)は個人がいかに多くの努力を払おうとするか、あるいは嫌悪的な状況にいかにか長く耐えることができるかを決定する要因である、一般性セルフ・エフィカシーの程度を測定するための質問紙である。GSESは〈行動の積極性〉〈失敗に対する不安〉〈能力の社会的位置づけ〉という3つの概念で構成されている。セルフ・エフィカシーはBandura(1977)によって提唱された概念で、行動の先行要因の主要な要素となっている。リンパ浮腫患者はリンパ浮腫の発症を契機に日常生活習慣の行動変容をしなければならないため、セルフ・エフィカシーはリンパ浮腫患者の自己管理スキルの影響概念であると考えた。嶋田(2002)によると、一般性セルフ・エフィカシーが十分に高い人の場合には、ストレスフルな状況に遭遇しても身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決行動をとることができることとされることから、GSESとLESMS尺度試作版には正の相関関係が認められると予想した。

文献検討をもとに、リンパ浮腫患者の自己管理スキルに影響することが予測される属性要因として年齢、性別、職

業、リンパ浮腫発症の原因、手術経験者にはリンパ節郭清の有無、むくみのある部位、リンパ浮腫外来受診頻度、リンパ浮腫治療頻度を仮定し、質問項目とした。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、香川大学医学部倫理委員会の規定に基づき承認を得た（承認番号：平成24-46）。対象者には、本研究の目的、研究方法、プライバシーや個人情報厳守することとそのための方法、研究の開始前・開始後にかかわらず研究の同意をいつでも撤回でき、撤回しても不利益を受けないことを説明し、質問紙の回答をもって同意とした。質問紙は無記名とし、連結不可能匿名化でデータ処理した。

A医院の患者は説明書と口頭で説明し、同意が得られた対象者に配布した。リンパ浮腫患者会Bの患者は説明書と質問紙を郵送し、同意が得られた患者から質問紙への回答を返送してもらった。

#### 5. 分析方法

LESMS尺度試作版の調査で収集したデータを分析するために、『PASW Statistics ver. 20』『SPSS Amos ver. 23』を用い統計的分析を実施した。

##### a. 記述統計量

LESMS尺度試作版の得点分布を確認するために、天井効果と床効果のみられた質問項目を確認した。天井効果、床効果のあった項目は個人差を測定する尺度として意味をなさないため（鎌原・宮下・木野木・中澤, 1998, p.71）、該当項目の削除を検討した。

##### b. 因子分析

LESMS尺度試作版の因子構造の確認と、構成概念を検討するために、主因子法・プロマックス回転を用いた探索的因子分析を実施した。因子数を決定する基準には、①研究者の仮説で決める、②固有値が1以上の因子数を採用する、③累積寄与率がある程度の値を超えるところで判断する（50%など）、④解釈可能性を検討して決める（小塩, 2011, p.140）などがある。本研究では、文献検討から自己管理スキルの構成要素とその後の統計的な指標を参考に、研究者の解釈に合うように因子数を決定するという方法を採用した。

さらに、項目の共通性と因子負荷量を用い削除基準を検討した。共通性は共通因子にどの程度寄与しているかを表わす指標である（松尾・中村, 2002, p.21）。共通性の低い項目は独自因子で構成されていることを意味するため、独自因子で構成された項目は、本研究の測定対象概念を調査する質問項目として妥当でないと判断した。また、因子負荷とは、因子の観測変数に対する影響の強さを示すもの（松尾・中村, 2002, p.174）である。因子負荷量の低い項

目は観測変数に関連の少ない因子と考えられるため、本尺度の質問項目として妥当でないと判断した。

次に、探索的因子分析により検出されたリンパ浮腫患者の自己管理スキルの因子構造の適合性を確認するため、『SPSS Amos ver. 23』を用いて検証的因子分析（高次因子分析モデル）を実施した。適合度指標としてカイ2乗適合度検定（ $\chi^2$ , 自由度,  $p$ 値）、GFI（goodness of fit index）、AGFI（adjusted goodness of fit index：自由度修正済み適合度指標）、GFI $\geq$ AGFI、CFI（comparative fit index：比較適合度指標）、RMSEA（root mean squares error of approximation：残差平方平均平方根）を基準（朝野・鈴木・小島, pp.118-122）に検討した。

##### c. 信頼性分析

測定尺度が信頼できるか否かは、反復測定しても、また誰が測定しても同じ結果が得られることである（小田, 2007, p.210）。しかし、本研究の対象者はリンパ浮腫患者であり、その症状は緩やかではあるが変化を伴うため、同一対象者に2回の質問紙調査をすることは負担となると考えた。そこで、実際に繰り返し調査やテストをすることなしに、測定尺度の信頼性を検討することができるCronbach's  $\alpha$ 係数を算出した。 $\alpha$ 係数は内部一貫性あるいは内的整合性による信頼性ともいわれる。測定値に関して、尺度を構成する項目間および各項目との間に一貫性（整合性）があることを示す。

また、一貫性を測定する手段として項目・尺度間相関（I-T相関）の算出がある。I-T相関は尺度の1因子性を確認するための有効な方法で、本研究におけるリンパ浮腫患者の自己管理スキルという高次概念、自己管理スキルの構成要素という各因子性を確認するための妥当な分析方法であると考えた。尺度得点（全体得点）の高い対象者は、それぞれの項目でも高い平均を示すため、尺度得点と各項目との相関が高いことが期待できる。I-T相関の基準として.3未満の場合（Polit & Beck, 2004/2010, p.436）、尺度の信頼性を低下させる項目であると判断し、削除を検討した。

##### d. 妥当性分析

妥当性とは測定値の正しさを指す概念である。本研究において、内容妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性を検討した。内容妥当性は専門家会議において検討をした。構成概念妥当性は探索的因子分析、検証的因子分析を用い因子構造を検討した。基準関連妥当性は外部との相関が高ければ有用な尺度である（村上, 2006, p.53）と判断できるため、因子分析で得られたLESMS尺度と外部基準となるSMS尺度、GSESとのPearsonの積率相関係数を算出し、基準関連妥当性を検討した。

## V. 結 果

表 1 対象者の概要

(N=284)

## 1. 対象者の概要

本研究の対象者への条件を満たし、LESMS尺度試作版の研究参加への同意と回答が得られた対象者の合計は312名であった。A医院で研究参加への同意が得られたのは134名、そのうち質問紙を回収することができたのは126名、回収率は94.0%であった。患者会Bでは、246名を対象者に質問紙を送付してもらった。そのうち研究参加に同意し、質問紙を回収できたのは186名、回収率は75.6%であった。全総数の回収率は80.8%であった。その結果、LESMS尺度試作版に欠損値がなかったのは284名であり、因子分析に必要なサンプル数を十分満たすことができた。さらにLESMS尺度試作版、SMS尺度、GSESに欠損値がなかった対象者は273名であった。LESMS尺度試作版に欠損値のなかった対象者284名の平均年齢は60.4±12.5歳であった。対象者の概要を表1に示す。

## 2. LESMS尺度試作版の記述統計量

LESMS尺度試作版36項目の記述統計量から天井・床効果を算出した(表2)。床効果のみられた項目はなく、天井効果のみられた13項目は内容を確認し削除した。

## 3. LESMS尺度試作版の因子構造

天井効果のみられた13項目を削除した残りの23項目を用いて、主因子法・プロマックス回転による探索的因子分析を実施した。いずれの項目も、共通性.3、因子負荷量.35未満の項目を削除基準とし、さらに各因子に対して高い因子負荷量を示していることを基準に検討した。その結果、共通性・因子負荷量の低い6項目、どの因子にも属さない独自因子の1項目を削除し、4因子16項目が残った。さらに、因子間の相関を検討した結果、 $r = .207 \sim .538$ と正の相関が得られた。LESMS尺度試作版の探索的因子分析の結果得られた4因子16項目をLESMS尺度とした。表3に因子構造の結果を示す。

LESMS尺度の第I因子は、「肩回してからマッサージする」「おなかで息をしてからマッサージする」「むくみを流す道順(排液ルート)に沿って、マッサージする」「皮膚を大きく動かしてマッサージする」「毎日、マッサージをする」の5項目で、リンパ浮腫患者自身のリンパドレナージ(マッサージ)に関する内容で構成されたことから『セルフマッサージ』と命名した。第II因子は、「体調がいつもと違うと感じたときは、専門家にすぐ相談する」「むくんだところが痛むようなことがあれば、すぐ受診する」「悩んだときは信頼できる人からアドバイスをもらう」「自分の体調にあった水分補給をする」の4項目で、日常生活

	人数	(%)
性別		
女性	275	(96.8)
男性	9	(3.2)
職業		
専業主婦	129	(45.4)
無職	50	(17.6)
会社員	30	(10.6)
自営業	16	(5.6)
公務員	11	(3.9)
農業漁業	4	(1.4)
その他	44	(15.5)
リンパ浮腫の発症原因(複数回答)		
原因不明	29	(8.7)
妊娠・出産	3	(0.9)
乳がんの手術	57	(17.0)
婦人科系疾患の手術	178	(53.1)
泌尿器科系疾患の手術	5	(1.5)
その他の手術	10	(3.0)
放射線治療	46	(13.7)
その他	7	(2.1)
リンパ節郭清の廓清有無		
郭清した	218	(76.8)
郭清していない	12	(4.2)
不明	18	(6.3)
手術していない	36	(12.7)
リンパ浮腫外来受診頻度		
1週間から2週間に1回程度	14	(4.9)
3週間から1か月に1回程度	32	(11.3)
2か月から半年に1回程度	85	(29.9)
それ以上の間隔で	39	(13.7)
定期的な外来受診はしていない	109	(38.4)
無回答	5	(1.8)
リンパ浮腫治療頻度		
1週間から2週間に1回程度	19	(6.7)
3週間から1か月に1回程度	22	(7.7)
2か月から半年に1回程度	86	(30.3)
それ以上の間隔で	28	(9.9)
定期的な外来受診はしていない	123	(43.3)
無回答	6	(2.1)

における体調に合わせた行動で構成されたことから『体調の維持』と命名した。第III因子は、「入浴などで、肌を温め過ぎない」「使用する洗剤や化粧品類は、肌に低刺激のものを選ぶ」「むくんだところの肌が赤くなって、体が熱っぽいときは、横になって休む」「毎日、むくんだところにクリームなどで保湿をする」の4項目で、日常生活における悪化を予防するための行動で構成されたことから『悪化の予防』と命名した。第IV因子は、「肌を指で押して、むくみの程度を確認する」「肌をつまんで、むくみ

表2 「LESMS尺度」試作版の記述統計量

構成要素	質問項目	平均値	標準偏差	天井効果 (< 7)	床効果 (> 1)
治療の遵守	1. 肩回ししてからマッサージする	4.86	2.03	6.89	2.83
	2. おなかで息をしてからマッサージする	4.68	2.07	6.75	2.61
	3. むくみを流す道順(排液ルート)に沿って、マッサージする	4.83	1.79	6.62	3.04
	4. 皮膚を大きく動かしてマッサージする	4.59	1.73	6.32	2.86
	5. 毎日、マッサージをする	4.19	1.99	6.18	2.20
	6. 毎日、日中は自分のむくみに合った包帯やスリーブかストッキングをつける	6.12	1.45	7.57	4.67
	7. 包帯やスリーブ、ストッキングをつけたときは、締めすぎているか確認をする	5.76	1.37	7.13	4.39
	8. 毎日軽い運動をする	4.71	1.77	6.48	2.94
	9. 運動をするときは、包帯やスリーブ、ストッキングをつけることを忘れない	5.80	1.81	7.61	3.99
合併症の早期発見	10. 1か月に一度は、自分でむくんだところの太さを測る	3.05	2.05	5.10	1.00
	11. むくみの変化に気づく	5.72	1.11	6.83	4.61
	12. 蜂窩織炎(炎症)になれば、気づくことができる	5.86	1.48	7.34	4.38
	13. 毎日、自分の肌に触れて小さなむくみの広がりも見逃さない	5.14	1.47	6.61	3.67
	14. 肌をつまんで、むくみの範囲を確認する	4.40	1.79	6.19	2.61
	15. 肌を指で押して、むくみの程度を確認する	4.88	1.62	6.50	3.26
	16. むくんだところの肌が赤くなって、体が熱っぽいときは、横になって休む	5.13	1.66	6.79	3.47
悪化の予防	17. 長袖、長ズボンを着用して日焼けを避ける	5.45	1.66	7.11	3.79
	18. 入浴などで、肌を温め過ぎない	5.47	1.43	6.90	4.04
	19. 使用する洗剤や化粧品類は、肌に低刺激のものを選ぶ	5.16	1.63	6.79	3.53
	20. むくみやすいところに指圧、針やお灸はしない	6.57	1.07	7.64	5.50
	21. むくんでいるところの毛ぞりはしない	6.24	1.47	7.71	4.77
	22. 爪は、白い部分を少し残すように切る	5.94	1.42	7.36	4.52
	23. 毎日、むくんだところにクリームなどで保湿をする	4.80	2.04	6.84	2.76
	24. 毎日、入浴したり、シャワーを浴びる	6.68	0.76	7.44	5.92
	25. 下着や靴下は、ゆったりしたものを選ぶ	6.18	1.10	7.28	5.08
	26. 疲れたときはしていることをやめて、休憩する	5.50	1.52	7.02	3.98
	27. 靴下を履いたり、手袋をつけたりして、むくんだ肌を保護する	5.85	1.42	7.27	4.43
	28. むくみのために肥満にならない	4.74	1.69	6.43	3.05
	29. むくんだところが痛むようなことがあれば、すぐ受診する	5.03	1.86	6.89	3.17
	30. 自分の体調にあった水分補給をする	5.60	1.25	6.85	4.35
他者サポートの活用	31. 悩んだときは信頼できる人からアドバイスをもらう	5.29	1.54	6.83	3.75
	32. 患者会などで同じ病気の仲間をつくる	3.61	2.09	5.70	1.52
	33. 職場や家族などまわりの人から協力を得る	4.93	1.67	6.60	3.26
	34. 体調がいつもと違うと感じたときは、専門家にすぐ相談する	4.96	1.85	6.81	3.11
	35. 定期的に専門家の診察、治療を続ける	5.07	2.20	7.27	2.87
	36. 講習会や専門家から正確な情報を得る	4.88	1.78	6.66	3.10

の範囲を確認する」「毎日、自分の肌に触れて小さなむくみの広がりも見逃さない」の3項目で、むくみの範囲や程度を確認する内容で構成されていることから『むくみの観察』と命名した。

#### 4. 信頼性の検討

LESMS尺度の信頼性を検討するためにCronbach's  $\alpha$  係数を算出した。尺度全体の $\alpha$ 係数は.858であり、『セルフマッサージ』の $\alpha$ 係数は.891、『体調の維持』の $\alpha$ 係数は.785、『悪化の予防』の $\alpha$ 係数は.678、『むくみの観察』の $\alpha$ 係数は.806という値が得られた。また、当該項目を

削除したCronbach's  $\alpha$  係数は.890~.583であった。また、I-T相関を算出したところ.487~.636と、十分な値が得られた(表4)。

#### 5. 妥当性の検討

##### a. LESMS尺度の構成概念妥当性

構成概念妥当性を検討するために、探索的因子分析によって導き出された『セルフマッサージ』『体調の維持』『むくみの観察』『悪化の予防』という4因子が、自己管理スキルというより高次の因子から影響を受けることを仮定し、検証的因子分析(高次因子分析モデル)を行った。その結果、

表3 「LESMS尺度」試作版 探索的因子分析結果（主因子法・プロマックス回転後の因子パターン）

	I	II	III	IV	共通性
第I因子：セルフマッサージ					
3. むくみを流す道順（排液ルート）に沿って、マッサージする	.892	.025	-.124	.033	.754
4. 皮膚を大きく動かしてマッサージする	.872	.067	-.123	.043	.740
1. 肩回ししてからマッサージする	.805	-.088	.128	-.106	.659
2. おなかで息をしてからマッサージする	.755	-.086	.124	-.045	.600
5. 毎日、マッサージをする	.657	.081	-.003	.069	.496
第II因子：体調の維持					
34. 体調がいつもと違うと感じたときは、専門家にすぐ相談する	-.042	.900	-.095	-.024	.703
29. むくんだところが痛むようなことがあれば、すぐ受診する	.009	.690	.088	-.053	.511
31. 悩んだときは信頼できる人からアドバイスをもらう	.025	.641	.028	-.025	.422
30. 自分の体調にあった水分補給をする	.007	.471	.104	.145	.391
第III因子：悪化の予防					
18. 入浴などで、肌を温め過ぎない	-.014	-.124	.714	.005	.432
19. 使用する洗剤や化粧品類は、肌に低刺激のものを選ぶ	-.033	.096	.625	-.053	.410
16. むくんだところの肌が赤くなって、体が熱っぽいときは、横になって休む	-.033	.068	.536	.001	.318
23. 毎日、むくんだところにクリームなどで保湿をする	.109	.138	.440	.022	.343
第IV因子：むくみの観察					
15. 肌を指で押して、むくみの程度を確認する	-.045	-.001	-.087	.954	.812
14. 肌をつまんで、むくみの範囲を確認する	.034	-.033	.061	.818	.719
13. 毎日、自分の肌に触れて小さなむくみの広がりも見逃さない	.026	.020	.322	.376	.402
累積寄与率（%）					54.437%
因子間相関行列					
	I	II	III	IV	
I	-	.207	.358	.303	
II		-	.514	.497	
III			-	.538	
IV				-	

表4 「LESMS尺度」の信頼性分析

	Cronbach's $\alpha$ 係数	当該項目が除外された場合の $\alpha$ 係数	I-T相関
LESMS尺度	.858	.846~.853	.487~.636
セルフマッサージ	.891	.856~.890	.772~.868
体調の維持	.785	.672~.769	.692~.860
悪化の予防	.678	.583~.638	.680~.752
むくみの観察	.806	.642~.860	.757~.903

高次因子への有意な正のパスを示す。 $\chi^2=312.331$ ,  $df=100$ ,  $p<.0001$ ,  $GFI=.881$ ,  $AGFI=.839$ ,  $GFI \geq AGFI$ ,  $CFI=.894$ ,  $RMSEA=.087$ とまずまずの適合度がみられた（図1）。

#### b. LESMS尺度の基準関連妥当性

LESMS尺度の基準関連妥当性を検討するために、LESMS尺度、SMS尺度、GSESのすべての回答に欠損値のない273名を対象に、Pearsonの積率相関係数を算出した。

##### (1) LESMS尺度の全体得点と、下位尺度得点の平均値の算出

LESMS尺度16項目の全体得点は $4.63 \pm 0.93$ 、各下位尺度得点は『セルフマッサージ』 $3.94 \pm 1.37$ 、『体調の維持』

$4.26 \pm 1.00$ 、『悪化の予防』は $4.21 \pm 0.96$ 、『むくみの観察』 $3.72 \pm 1.09$ であった（表5）。

##### (2) SMS尺度の全体得点と下位尺度得点の平均値の算出

SMS尺度10項目の尺度全体得点は $2.66 \pm 0.39$ 、各下位尺度得点は〈問題解決的に取り組むスキル〉は $2.54 \pm 0.43$ 、〈否定的思考をコントロールするスキル〉は $1.86 \pm 0.52$ 、〈即座の満足を先延ばしするスキル〉は $2.09 \pm 0.61$ であった（表6）。

##### (3) GSESの全体得点と下位尺度得点の平均値の算出

GSES16項目の尺度全体得点は $0.53 \pm 0.24$ 、各下位尺度得点の〈行動の積極性〉は $0.48 \pm 0.29$ 、〈失敗に対する不

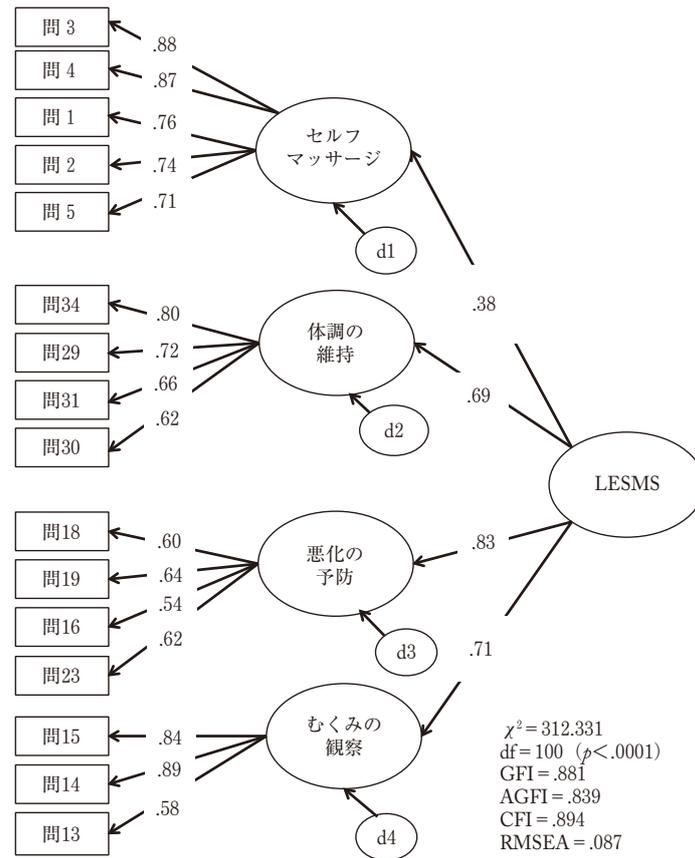


図1 LESMS尺度の検証的因子分析（高次因子分析モデル）

表5 「LESMS尺度」記述統計量

(n = 273)

	平均 ± 標準偏差	最小値	最大値
LESMS尺度全体	4.63 ± 0.93	1	7
セルフマッサージ	3.96 ± 1.37	1	7
体調の維持	4.26 ± 1.00	1	7
悪化の予防	4.21 ± 0.96	1	7
むくみの観察	3.72 ± 1.09	1	7

表6 「SMS尺度」記述統計量

(n = 273)

	平均 ± 標準偏差	最小値	最大値
SMS尺度全体	2.66 ± 0.39	1	4
問題解決的に取り組むスキル	2.54 ± 0.43	1	4
否定的思考をコントロールするスキル	1.86 ± 0.52	1	4
即座の満足を先延ばしするスキル	2.09 ± 0.61	1	4

安)は $0.59 \pm 0.25$ , 〈能力の社会的位置づけ〉は $0.32 \pm 0.26$ であった(表7)。

(4) LESMS尺度とSMS・GSES尺度との関連

LESMS尺度全体とSMS尺度全体には $r = .260$ の相関を確認した。LESMS尺度全体, LESMS尺度各下位尺度とSMS尺度〈問題解決的に取り組むスキル〉には $r = .140 \sim .258$ , LEMSE尺度全体, LESMS尺度『セルフ

マッサージ』『悪化の予防』『むくみの観察』とSMS尺度〈即座の満足を先延ばしにするスキル〉には $r = .121 \sim .163$ の正の相関を確認した。LESMS尺度『悪化の予防』とGSES全体, 下位尺度〈行動の積極性〉には $r = .130 \sim .146$ , LESMS尺度『体調の維持』とGSES〈能力の社会的位置づけ〉には $r = .132$ の正の相関を確認した(表8)。

表7 「GSES」記述統計量

(n=273)

	平均 ± 標準偏差	最小値	最大値
GSES全体	0.53 ± 0.24	0	1
行動の積極性	0.48 ± 0.29	0	1
失敗に対する不安	0.59 ± 0.25	0	1
能力の社会的位置づけ	0.32 ± 0.26	0	1

表8 LESMS尺度とSMS尺度・GSESとの関連

	SMS尺度			
	尺度全体	問題解決的 取り組むスキル	否定的思考をコント ロールするスキル	即座の満足を 先延ばしするスキル
LESMS尺度全体	.260**	.258**	.035	.163**
セルフマッサージ	.196**	.206**	.053	.121**
体調の維持	.158**	.162**	-.001	.036
悪化の予防	.147*	.140*	-.047	.121*
むくみの観察	.199**	.225**	.021	.130*
			** : $p < .01$	* : $p < .05$
	GSES			
	尺度全体	行動の積極性	失敗に対する不安	能力の社会的位置づけ
LESMS尺度全体	.076	.073	.046	.075
セルフマッサージ	-.003	-.039	.012	.067
体調の維持	.080	.074	-.014	.132*
悪化の予防	.130*	.146*	.075	.056
むくみの観察	.017	.062	.019	-.041
			** : $p < .01$	* : $p < .05$

[注] 数値はいずれも Pearson の積率相関係数

## VI. 考 察

### 1. 対象者の属性

本研究の対象者がリンパ浮腫患者を代表するか、妥当性を検討した。

LESMS尺度試作版の対象者284名について、リンパ浮腫患者の疫学的調査を実施したA学園附属マッサージ治療室（以後、A学園）来室患者1,304例（2006年5月～2010年4月）（小川・佐藤, 2010, p.155）と、松井ら（2007）のリンパ浮腫専門病院を受診した患者3,887名（1982年～2004年）の調査結果をもとに比較する。本研究対象者の男女割合は女性96.8%、男性3.2%、A学園では女性95.8%、男性4.2%であり、ほぼ同様の男女比であった。

本研究対象者のリンパ浮腫発症原因をリンパ浮腫の分類（小川・佐藤, 2010, p.12）を参考に分類すると、続発性リンパ浮腫は「乳がんの手術」「婦人科系疾患の手術」「泌尿器科系疾患の手術」「その他の手術」「放射線療法」「その他：薬物治療、交通事故などが原因」90.4%、原発性リンパ浮腫は「原因不明」「妊娠・出産」9.6%であった。A学園では続発性リンパ浮腫は96.2%、原発性リンパ浮腫は3.8%であった。続発性リンパ浮腫と原発性リンパ浮腫の割合は、A学園とほぼ同様の比率であった。本研究対象

者は、LESMS尺度を開発し信頼性・妥当性を検討するうえで、おおむね妥当な集団であったと判断できる。また、LESMS尺度試作版の調査対象者は、教育入院終了後のリンパ浮腫外来患者とリンパ浮腫のセルフケア講習会を受けた患者が選出されたことから、リンパ浮腫ケアの教育を受けた患者の代表性は確保できたと考える。

### 2. LESMS尺度の因子構造

探索的因子分析を行った結果、16項目4因子の因子構造が得られた。『セルフマッサージ』『体調の維持』『悪化の予防』『むくみの観察』の因子間相関では、相関係数が.207～.538であった。次に、その4因子構造に「リンパ浮腫患者の自己管理スキル（LESMS）」という高次概念を設定し、2次因子構造で検証的因子分析（高次因子分析モデル）を行った。その結果、 $\chi^2$ は棄却されず、他の適合度指標のあてはまりの検討においてGFIとAGFIは.9を下まわったものの「GFI ≥ AGFI」であった。本研究のような項目数（観測変数）が30以上のものは自由度が大きくなり、GFIは.9を下まわっていてもモデルを捨てる必要はない（豊田, 1998, p.174）。また、CFIも.9を下まわったが、その範囲が0.0から1.0の範囲に収まるよう定義されており（豊田, 1998, p.175）、1.00に近いほどよいモデルと判断で

き、RMSEAは.05以下であればあてはまりがよく、.1以上であればあてはまりが悪い（豊田, 1998, p.177）とされている。したがって、適合度指標により本モデルは良好なモデルと判断でき、LESMS尺度の因子構造は妥当であると考えられる。

因子分析の結果より、LESMS尺度は構造的に安定した2次元的な尺度であった。また、すべての項目が一定以上の因子負荷量をもつことから、因子的にも妥当性の高い尺度であると考えられる。

### 3. LESMS尺度の信頼性

本研究ではCronbach's  $\alpha$  係数を用い、信頼性を確認した。一般に $\alpha$ 係数が.7以上であれば、信頼性の高い尺度とみなされる（小田, 2007, p.212）。本研究においても、基準値を.7以上とした。LESMS尺度全体の $\alpha$ 係数は.858であった。各下位尺度のCronbach's  $\alpha$ 係数は.678～.891を示し、内的一貫性は確認された。また、信頼性を高めるために、各項目が削除されると明らかに上昇する場合は、その項目を含めるかどうか慎重に検討する必要がある（小塩, 2012, p.46）。そこで、各項目が削除された場合の $\alpha$ 係数を算出した結果、大きな上昇はみられず信頼性が確認された。

さらに、一貫性を測定するためにI-T相関を算出したところ、LESMS尺度のI-T相関の範囲は.487～.636と基準値.3以上を示し、内的一貫性を確保したと考える。

### 4. LESMS尺度の妥当性

#### a. 内容妥当性

尺度の内容妥当性は、質問項目作成過程で作成した質問項目が測定する構成概念の項目に適切な標本をどの程度備えているかにかかわる（Polit & Beck, 2004/2010, p.437）ことを意味する。LESMS尺度試作版の質問項目作成段階において、リンパ浮腫に関する文献から自己管理（セルフマネジメント）スキルを抽出し、尺度開発の経験のある看護学の専門家2名、がん専門看護師、乳がん認定看護師、リンパ浮腫治療専門クリニックのリンパ浮腫セラピストとともに評価し、適切な内容妥当性を確認した。

#### b. 基準関連妥当性

本研究での“自己管理スキル”の概念とSMS尺度、GSESの概念との関連性を検討した。

SMS尺度とは、自己が望む行動を実現するうえで有効であり、またいろいろな行動場面で活用可能な一般性の高い認知スキルのことをいう（高橋ら, 2000）。LESMS尺度の“自己管理スキル”の概念とSMS尺度の概念は、個人の自己管理能力を測定していると考え、SMS尺度得点が高ければLESMS尺度の自己管理スキル得点も高いと予

測し、同様の概念を測定していると考えていた。しかし、LESMS尺度とSMS尺度との相関分析の結果は〈問題解決的に取り組むスキル〉〈即座の満足を先延ばしするスキル〉と弱い正の相関であった。SMS尺度の自己管理の構成要素（高橋ら, 2004）は〈問題解決的に取り組むスキル〉〈否定的思考をコントロールするスキル〉〈即座の満足を先延ばしするスキル〉である。LESMS尺度は浮腫の増悪の徴候に対処できる状況特異的かつ重緊急的な状況でのリンパ浮腫患者の自己管理スキルの概念である。そのため、SMS尺度の“思考の操作により、自分自身を励ますような情緒的スキル”の〈否定的思考をコントロールするスキル〉とは違う概念であった。しかし、“戦略的発想により行動の遂行を容易にさせるスキル”の〈問題解決的に取り組むスキル〉と“即座に満足することをできるだけ先延ばしにするスキル”の〈即座の満足を先延ばしするスキル〉という、自分を励まし、満足を先延ばしする概念と弱い正の相関があった。LESMS尺度で測定する概念は、浮腫の増悪の徴候に対し、目の前の満足よりも優先的かつ戦略的に取り組むことより行動遂行（対処）を容易にさせるという問題解決志向であるため、正の相関があったと推測する。

GSESは坂野・東條（1986）により個人の一般的に認知されたセルフ・エフィカシーの強さを査定するために開発されたものである。一般的セルフ・エフィカシーの高さとは、個人がさまざまな場面において、自己の行動遂行可能性についてどのような見通しをもって行動を生起させているかの目安になる。LESMS尺度はリンパ浮腫患者の一般的セルフ・エフィカシーの概念を測定していると予測していた。しかし、GSESとLESMS尺度との相関関係は確認できなかった。一般的セルフ・エフィカシーとは自己管理行動の達成の見通しを測る概念であると考えられる。LESMS尺度は主観的に知覚された行動遂行を測定している。LESMS尺度は嶋田（2002, p.52）が主張する“過去に行った自己の失敗経験にこだわって、失敗に対する不安が高まり、暗い気持ちになる傾向”の〈失敗に対する不安〉を測る概念を含んでいなかった。つまり、自己効力感のような予期的な心理を測定してはなかった。しかし、LESMS尺度『悪化の予防』はGSES全体、“行動に費やす努力（積極性）が増大する傾向”の〈行動の積極性〉に弱い正の相関があった。LESMS尺度『体調の維持』は“社会的な場面において自己の行動遂行を高く評価する傾向”の〈能力の社会的な位置づけ〉の不安をもつことなく行動遂行できるという結果を見通す概念を含んでおり、弱い正の相関があった。LESMS尺度は一般的なセルフエフィカシーの構成概念の一部と関連性があったと推測する。

以上のことから、LESMS尺度は問題解決的にリンパ浮腫が悪化しないための行動を積極的にとることができる

いう、リンパ浮腫悪化へのリスク回避という概念を含んでいることが予測される。

LESMS尺度はSMS尺度とGSESと同じような概念を測定するものではなかったため、2つの概念による基準関連妥当性を確認することはできなかった。慢性疾患患者の自己管理とセルフ・エフィカシーとの関連は先行研究にて確認されているため、一般的セルフ・エフィカシーの関連概念とLESMS尺度との相関を追究する必要がある。また、LESMS尺度の基準関連妥当性を検討するためには、「問題解決」「リスク回避」の概念を測定する信頼性・妥当性が確保された尺度の使用が必要であると考えられる。

### c. 構成概念妥当性

文献検討による《技術：スキル》の試作版構成要素（以後、試作版構成要素とする）は〈治療の遵守〉〈合併症の早期発見〉〈悪化の予防〉〈他者サポートの活用〉であった。今回の尺度開発過程で抽出されたLESMS尺度構成因子（以後、LESMS尺度構成因子）は『セルフマッサージ』『体調の維持』『悪化の予防』『むくみの観察』であった。

試作版構成要素とLESMS尺度構成因子を検討する。LESMS尺度構成因子『セルフマッサージ』は試作版構成要素〈治療の遵守〉で構成されている。〈治療の遵守〉はセルフマッサージと圧迫療法に関する内容であったが、圧迫療法に関する質問項目は、記述統計量から天井効果により多くの人の回答が偏ってしまったため尺度項目として不適切と考える。セルフマッサージに関する質問項目と他のLESMS尺度構成因子との相関はやや弱いものの正の相関を示しており、リンパ浮腫患者のセルフケアを維持する自己管理スキルとして重要であると考えられ、LESMS尺度構成因子『セルフマッサージ』とした。

LESMS尺度構成因子『体調の維持』は試作版構成要素〈他者サポートの活用〉〈悪化の予防〉で構成されている。〈他者サポートの活用〉はリンパ浮腫をもちながら日常生活を送るための他者援助を活用したスキルで、リンパ浮腫患者は日常的に他者から何らかの援助を活用していると仮定していた。しかし、LESMS尺度構成因子『体調の維持』は〈他者サポートの活用〉のリンパ浮腫の増悪の徴候を感じたときや悩んだときだけ他者に援助を求める質問項目と、〈悪化の予防〉の体調を維持し変化を感じたときに対処する質問項目が残り、統合された。つまり、LESMS尺度構成因子『体調の維持』は体調維持を目指した行動や、体調に変化を感じたときのセルフケアを維持する自己管理スキルとしてとらえることができ、リンパ浮腫患者の自己管理スキルには他者サポートの活用が含まれると考える。

LESMS尺度構成因子『悪化の予防』は試作版構成要素〈悪化の予防〉〈合併症の早期発見〉で構成されている。〈悪化の予防〉は生活習慣化された悪化予防のスキルから

構成され、浮腫の増悪や合併症予防のため、日常生活習慣として取り入れている行為であると仮定していた。しかし、LESMS尺度構成因子『悪化の予防』は浮腫の増悪や合併症を回避するための意識的な行為であった。LESMS尺度構成因子『悪化の予防』の項目には、〈悪化の予防〉の項目だけでなく、〈合併症の早期発見〉の項目が含まれていた。つまり、対象者は〈合併症の早期発見〉をすることが〈悪化の予防〉につながるととらえ、これらの項目がLESMS尺度構成因子の『悪化の予防』に統合されたと考えられる。

LESMS尺度構成因子『むくみの観察』は、試作版構成要素〈合併症の早期発見〉で構成されている。〈合併症の早期発見〉は浮腫の範囲や程度を確認する内容で、リンパ浮腫の増悪や合併症の早期発見のための予防行動を示し、浮腫の変化を観察する行為も含んでいる。つまり、対象者は自己管理スキルのなかで浮腫に関する観察を他の概念と切り離してとらえおり、これらの項目がLESMS尺度構成因子『むくみの観察』になったと考える。

構成概念妥当性を検討するために、探索的因子分析と検証的因子分析により因子構造の検証をした。LESMS尺度は探索的因子分析により、『セルフマッサージ』『体調の維持』『悪化の予防』『むくみの観察』という4因子16項目の因子構造から構成された。「リンパ浮腫患者の自己管理スキル」という高次因子を設定し検証的因子分析をした結果、妥当な適合度の2次の高次因子構造が確認され、構成概念妥当性が確認された。

以上の妥当性の検討から、『セルフマッサージ』『体調の維持』『悪化の予防』『むくみの観察』の4因子に基づいた自己管理スキルの概念定義を「リンパ浮腫の増悪の徴候を感じるときに行う予防のための適切なスキル」とする。

## 5. 看護実践への示唆

リンパ浮腫患者の自己管理の必要性は井沢ら（2007）、増島・佐藤（2008）らにより報告されている。しかし、リンパ浮腫患者がどの程度、自己管理ができているのかを測定するための信頼性・妥当性が確保された尺度がないことから、個人を測る適正なデータとして数値化されることはむずかしい。そこで、LESMS尺度を活用することによって、リンパ浮腫の合併症の併発や悪化へのリスク回避のための自己管理スキルの数値化が可能となる。数値化することによって、看護者は明確になった患者のリスク回避自己管理スキルの程度と患者のリンパ浮腫の状態を統合して評価することができ、継続的に患者をサポートできると考える。

また、LESMS尺度は16項目の平易で簡便な尺度であるため、対象者が外来の待ち時間に回答でき、患者自身がリンパ浮腫に対する自己管理スキルの程度を理解することが

できる。つまり、患者は看護者などの専門家から主体的に知識・技術を得ることが可能になる。看護者は、患者の自己管理不足に対するタイムリーな教育的援助が可能となり、効果的な外来看護ケアにつながると考える。

## VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究のLESMS尺度の開発におけるLESMS尺度試作版の対象者すべてが、リンパ浮腫の教育を受けた患者であった。リンパ浮腫に関する教育を受けていない患者に対しては、LESMS尺度の汎用可能性について確証が得られていない。リンパ浮腫ケアに関する教育を受けていない患者の自己管理スキルについても検討する必要がある。

基準関連妥当性についてSMS尺度とGSESとの相関が低く、再検証する必要がある。

さらに、リンパ浮腫の症状の重篤さや合併症の状況などの関連性の検討、リンパ浮腫の病期の影響とLESMS尺度

得点を検討の必要がある。

## VIII. 結 論

1. LESMS尺度は『自己管理スキル』を高次因子とする2次の因子構造であった。4因子は『セルフマッサージ』『体調の維持』『悪化の予防』『むくみの観察』であった。
2. LESMS尺度は、尺度全体と各下位尺度において内的一貫性が認められた。
3. LESMS尺度は、SMS尺度の下位尺度である〈問題解決的に取り組むスキル〉と弱い正の相関であった。
4. LESMS尺度は、妥当な適合度が得られ、内容妥当性と構成概念妥当性が確認された。
5. 精度の高いLESMS尺度を開発するために、継続して信頼性・妥当性を検証する必要がある。

## 要 旨

**目的：**本研究は、リンパ浮腫と診断された患者の「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度（LESMS尺度）」の開発と、信頼性と妥当性の検討を目的とする。

**方法：**LESMS尺度の質問項目は、2001年～2011年のリンパ浮腫患者の看護に関する原著論文と書籍より抽出した。そして、内容妥当性が確認された36項目の「LESMS尺度試作版」を用い、質問紙調査を実施した。対象者は研究の同意を得た284名であった。

**結果：**探索的因子分析と検証的因子分析の結果、LESMS尺度は『リンパ浮腫の自己管理スキル』を高次因子とした16項目4因子構造モデルで、妥当な適合度が確認された。また、LESMS尺度のCronbach's  $\alpha$  係数は.858で、内的一貫性が確認された。さらに、LESMS尺度の妥当性を確認した。

**結論：**LESMS尺度の信頼性と妥当性は確認され、外来のリンパ浮腫患者の自己管理スキル評価尺度として活用できる。

## Abstract

**Objective:** The present study aimed to develop a Lymphedema Self-Management Skill scale (LESMS scale) for patients diagnosed with lymphedema, and to investigate the scale's reliability and validity.

**Methods:** The question items on the LESMS scale were extracted from original articles and books on nursing of lymphedema patients published between 2001 and 2011. A questionnaire survey was conducted using a 36-item trial version of the LESMS scale for which content validity had been confirmed. The subjects were 284 lymphedema patients who provided informed consent to participate in the study.

**Results:** Exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis revealed a 16-item, 4-factor structured model with "lymphedema self-management skill" as the higher order factor. The scale also had a valid goodness-of-fit level. Cronbach's  $\alpha$  of the LESMS scale was .858, indicating internal consistency. The LESMS scale was thus confirmed to be valid.

**Conclusion:** The LESMS scale has confirmed reliability and validity and can be used to assess the self-management skills of lymphedema outpatients.

## 文 献

浅場美沙子, 川崎市立川崎病院看護部看護教育委員会 (2010). 行動変容を促すための看護援助: 患者の生活背景を考えた指導

とは. 川崎市立川崎病院看護部事例研究集録, 12, 39-42.  
朝野熙彦, 鈴木督久, 小島隆矢 (2005). 入門: 共分散構造分析の実際. 118-122, 東京: 講談社.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Review*, 84(2), 191-215.
- 越後香奈子, 土屋佳代, 三光楼佳奈, 尾崎さくら, 阿部さくら, 門清美 (2011). 内シャント造設患者の自己効力感向上への取り組み: 自己管理指導を通して. 市立釧路総合病院医学雑誌, 23(1), 59-63.
- 井沢知子 (2006). 乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラムの開発. 日本看護学会誌, 26(3), 22-31.
- 井沢知子, 野木幸子, 高岡智子 (2007). がん術後のリンパ浮腫に対するリンパ浮腫セルフケア支援プログラムの効果. 日本がん看護学会誌, 21(2), 57-61.
- 鎌原雅彦, 宮下一博, 大野木裕明, 中澤 潤 (1998). 心理学マニュアル: 質問紙法. 71, 京都: 北大路書房.
- Lymphoedema Framework (2006). International Consensus: Best Practice for the Management of Lymphoedema. London: Medical Education Partnership. [http://www.woundsinternational.com/media/issues/210/files/content\\_175.pdf](http://www.woundsinternational.com/media/issues/210/files/content_175.pdf) (検索日2014年 8月20日).
- 増島麻里子, 佐藤禮子 (2008). 乳がん術後にリンパ浮腫を発現した患者のリンパ浮腫に対する捉え方と対処行動. 千葉看護学会誌, 14(1), 17-25.
- 松井典子, 真田弘美, 廣田彰男, 竹村亜希子, 伊藤鮎美, 谷口陽子, 栢岡晴代, 川北智子, 森野朋巳, 江村香織, 岩瀬恵美, 堀真理子 (2007). リンパ浮腫専門医院を受診したリンパ浮腫患者の疫学調査 (第1報). 脈管学, 47(Suppl), S140.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2002). 誰も教えてくれなかった因子分析—数式が絶対に出てこない因子分析入門—. 21, 35, 52-55, 174. 京都: 北大路書房.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方. 53, 京都: 北大路書房.
- 仲村周子, 神里みどり (2010). リンパ浮腫を伴った乳がん患者の日常生活困難感とその対処法および自己との折り合い. 沖縄県立看護大学紀要, 11, 1-13.
- 小田利勝 (2007). ウルトラ・ビギナーのためのSPSSによる統計解析入門. 210, 212, 大阪: プレアデス出版.
- 小川佳宏 (2013). リンパ浮腫の治療と予後: 概論. *Angiology Frontier*, 12(2), 107-113.
- 小川佳宏 (2014). リンパ浮腫. 日本フットケア学会雑誌. 12(3), 103-109.
- 小川佳宏, 佐藤佳代子 (2010). リンパ浮腫の治療とケア. 佐藤佳代子 (編): リンパ浮腫の治療とケア (第2版). 12, 155, 東京: 医学書院.
- 小塩真司, 西口利文 (2007). 質問紙調査の手順. 50, 心理学基礎演習 vol. 2, 京都: ナカニシヤ出版.
- 小塩真司 (2011). SPSSとAmosによる心理・調査データ解析: 因子分析・共分散分析まで (第2版). 140, 東京: 東京書籍.
- 小塩真司 (2012). 研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理・調査データ解析 (第2版). 46. 東京: 東京図書.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004) / 近藤潤子 監訳 (2010). 看護研究: 原理と方法 (第2版). 382, 436, 437. 東京: 医学書院.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- 笹嶋唯博, 齋藤幸裕, 中西秀樹, 橋本一郎 (2010). 原発性リンパ浮腫の患者動向と診療の実態把握のための研究. 2, 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業平成21年度総括・分担研究報告書.
- 佐藤佳代子 (2010). リンパ浮腫治療の現在: 慢性化・重症化の予防にどう取り組むか. 週刊医学会新聞, 第2908号. [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02908\\_01](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02908_01) (検索日2012年 8月20日).
- 渋谷直美, 渡辺紀久代, 大箭明子, 安中 愛, 平原智子, 中村悦子 (2005). 慢性疾患患者のセルフケアに向けた内服自己管理: 内服自己管理能力と自己効力感との関連. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 36, 339-341.
- 嶋田洋徳 (2002). セルフ・エフィカシーの評価. 坂野雄二, 前田基成 (編著): セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 52, 京都: 北大路書房.
- 直成洋子, 泉野 潔, 澤田愛子, 高間静子 (2002). 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因. 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 21-31.
- 高岸弘美 (2008). 血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とそれらの関連性に関する研究: セルフ・エフィカシー, ソーシャル・サポート, 食行動に焦点をあてて. 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 13-26.
- 高橋浩之, 中村正和, 木下朋子, 増居志津子 (2000). 自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 47(11), 907-914.
- 高橋浩之, 竹鼻ゆかり, 佐見由紀子 (2004). 年齢段階による自己管理スキルの差に関する検討. 日本健康教育学会誌, 12(2), 80-87.
- 豊田秀樹 (1998). 共分散分析 [入門編]: 構造方程式モデリング. 173-177, 東京: 朝倉書店.
- 坪田恵子, 上野栄一, 高間静子 (2005). 高血圧患者の日常生活における自己管理測定尺度の作成. 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 73-80.
- 宇佐美しおり, 岡谷恵子, 山崎喜比古, 湯川慶子, 樺島啓吉, 馬場香織 (2009). 気分障害・不安障害患者へのセルフ・マネジメントプログラム (CDSMP) の適用に関する研究. 看護研究, 42(5), 371-381.
- Wallston, K.A., Rothman, R.T., and Cherrington, A. (2007). Psychometric properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS). *J Behav Med*, 30(5), 395-401.
- Wallston, K.A., Osborn, C.Y., Wagner, L.J., and Hilker, K.A. (2011). The Perceived Medical Condition Self-Management Scale applied to persons with HIV/AIDS. *J Health Psychol*, 16(1), 109-115.

〔平成27年 1月13日受 付〕  
〔平成28年 5月 2日採用決定〕



## 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の感情体験

### — 共感疲労の視点から —

Nurses' Emotional Experience of Attending to Patient Narratives on Psychiatric Ward:  
From the Perspective of Compassion Fatigue

柴 田 真 紀  
Maki Shibata

キーワード：語り，看護師，共感疲労，精神科看護  
Key Words：narrative, nurse, compassion fatigue, psychiatric nursing

#### はじめに

現在、日本の精神科医療においては「入院医療中心から地域生活中心へ」という方針のもと入院の短期化が進んでいる。だが、在院期間1年以上の入院患者数は大きく変化しておらず、長期入院患者の問題は課題として残ったままである。2014年には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の一部改正とともに「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（厚生労働省，2014）が公表され、入院医療の質の向上がうたわれた。看護においても、長期入院の慢性統合失調症患者に対する退院に向けたケアとしての傾聴の意義（玉里，2013）についての研究や、患者の語りを聴くという看護師のかかわりが患者自身や看護師との関係に変化をもたらす契機となるという報告（柴田，2015）など、精神科看護における語りの意義が注目されつつある。

これまで「語り（ナラティブ）」に関する研究には、ナラティブ・セラピー（小森・野口・野村，1999；White & Denborough, 1998/2000），現象学的アプローチ（Thomas & Pollio, 2002/2006），医療人類学（Kleinman, 1988/1996）などがあり、その理論的背景も多様である。このように語りが目される背景には、1970年半ばに社会諸科学が実証主義的立場からより解釈的な方向へ移っていったことがあげられている（Bruner, 1986/1998）。現在ではEBM（evidence based medicine）に対してNBM（narrative based medicine）という言葉も現れ、EBMの疫学的な価値偏重に対して、語りの意味が問い直されている。

では、看護ではどうだろうか。日本の看護基礎教育では、患者の語りを傾聴することは看護師の基本的な態度あるいは任務として教えられてきた。実際に、患者が自分の思いや希望を語ることで回復のきっかけを得ることができ

たという報告は多数ある（牧野・浦川，2013；長田・長谷川，2013）。しかし、最近の精神科病棟をフィールドとした研究では、患者の語りの多様性や多義性（松澤，2005）のほか、看護師が患者の物語に織り込まれた痛みや悲しみを追体験すること（白柿，2010；大柄，2006），看護師に悲しみ、怒り、さらには無力感、罪悪感などの苦痛な感情を生み出すこと（柴田，2015）など、患者の語りを聴くことに伴う痛みについても報告されている。

一方、海外ではトラウマを負った人をケアする際に生じる看護師の二次的な傷つきについては、「共感疲労」として1990年代から論じられてきており、いまもさまざまな研究がなされている（Joinson, 1992；Barkin, 2014）。精神科看護領域での研究は少ないものの（Beck, 2011），量的研究による報告（Jacobowitz, Moran, Best, & Mensah, 2015；Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis, & Katostaras, 2015）からは、共感疲労のリスクおよびその徴候に気づくことへの示唆が得られている。

日本では、『感情労働としての看護』（Smith, 1992/2000）や『感情と看護』（武井，2001）が出版されて以来、看護師の感情体験に対する関心が高まっている。これまで救急医療、脊髄損傷患者への看護に関するものなど、さまざまな領域で研究されており（渡邊・上野・片岡，2014；加藤・渡辺・堀内，2011；奥田，2006），看護師の感情体験とともにその領域の特徴が記述されている。精神科病棟に焦点をあてた研究では、暴力を受けた看護師の感情体験（草野・影山・吉野・澤田，2007）や否定的感情を抱いた患者への看護師の体験（浮舟・田嶋，2014）などがあった。共感疲労に関する研究は、かかわるのがつらいと感じた患者とのかかわりについて看護師にインタビューし、共感疲労につながる状況を調査したもの（磯松・伊藤・山本・山口，2015）があったが、海外同様、精神科看護に関

する論文は少なく、「患者の語りを聴く」看護師の体験の構造に焦点をあて、共感疲労に言及している研究論文は見出せなかった。

本研究では、複数の精神科治療施設に勤務する看護師へインタビューを行い、患者の語りを聴く看護師に共通する感情体験、なかでも「共感疲労」のありようについて明らかにし、看護において積極的に患者の語りを聴くかかわりを発展させるためには何が必要かを考察することにした。

## I. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、半構成的インタビューを用いた質的記述的研究である。

### 2. 用語の定義

本研究でいう「語り」とは、やまだ(2007)のいう「語り手と聞き手の相互行為として行われる」ものであり、「種々の複雑な文脈のなかで、相互行為として共同生成される」ものである。ただし看護においては、看護師と患者との相互行為は言葉のやりとりだけではなく、むしろ態度、行動、表情、身体などを介して非言語的に行われることも多い。そこで本研究では、こうした非言語的な相互交流も語りと同様なものとして扱うことにした。

「共感疲労」とは、傷ついたクライアントを援助する職業に従事する者の精神的疲労のことをいう(Figley, 1999/2003)。二次的外傷性ストレスともいい、トラウマを受けた人あるいは苦しんでいる人を支える、支えようとすることにより生じる情緒的疲弊状態である。

### 3. 研究参加者

研究参加者(以下、参加者とする)は、施設が偏らないようにできるだけ多くの職場から研究参加者を募るため、臨床看護師を対象とした事例検討会および精神科看護に関するスキルアップ研修会で、主催者および参加者の同意を得たうえで、精神科臨床経験2年以上を条件として募集した。その結果、7施設に所属する8名の看護師から研究参加の同意を得た。全員が20代後半から30代で、病棟では中堅の看護師であった。その概要は表1に示した。

### 4. インタビュー方法

インタビューを行った期間は2010年8月～2011年10月で、1回あたり35～93分(平均74分)、1人あたり1回(3名)ないし2回(5名)行った。

インタビューでは、通常どのくらいの時間患者の語りを聴いているか、印象深いエピソード、患者の語りをどの程度同僚と共有しているかなどについて質問したが、できるだけ参加者に自由に語ってもらうようにした。また、アクティブ・インタビュー(Holstein & Gubrium, 1995/2004)の方法にならない、研究者はただ受け身に研究参加者の語りを聞くのではなく、自ら解釈や感想を返すなどして解釈の妥当性を確認しつつ、インタビューを行った。また、インタビュー内容の分析を行い、疑問な点については2回目のインタビューを行って、参加者の体験をより深く理解するよう努めた。

### 5. 分析方法

インタビューは同意を得てICレコーダに録音し、逐語録を作成した。それを繰り返し読み、それぞれの参加者の語りの全体性を把握した後、参加者が語った患者との語り

表1 参加者の属性

名前 (仮名)	性別	年齢	経験年数 (うち精神科)	インタビュー時間 (1回目/2回目)	所属施設の特徴
伊藤Ns	女性	30代	13年(3年)	75分/76分	総合病院 精神科急性期病棟
森Ns	女性	30代	8年(8年)	75分	精神科病院 急性期病棟
横井Ns	女性	30代	10年(10年)	75分	大学病院 精神科急性期病棟
堺Ns	女性	30代	9年(9年)	93分/85分	精神科病院 慢性期病棟
秦野Ns	女性	20代	7年(6年)	89分/69分	精神科病院 慢性期病棟
向井Ns	男性	30代	7年(7年)	73分/35分	精神科病院 急性期病棟
宇野Ns	女性	30代	11年(10年)	80分/64分	精神科病院 急性期病棟
高尾Ns	女性	30代	9年(8年)	74分	精神科病院 急性期病棟

にまつわるエピソードを抽出して、かかわりの文脈を再構成した。次に、それぞれのエピソードについて、感情体験および共感疲労に注目して何が起きたかをコーディングし、それぞれの類似性や違いをみながらカテゴリー化を行った。データの分析は、精神保健看護学の専門家によるスーパービジョンのもと、データ収集と並行して実施した。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、研究者が在籍していた大学院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加は自由意思によるものとし、研究の主旨を口頭および文書で説明し同意を得た。また、インタビューは参加者の感情に配慮して行った。論文では個人が特定できないよう氏名はすべて仮名とし、具体的内容は文脈に影響を及ぼさない程度に加工を施して、参加者や患者のプライバシーの保護に努めた。

## II. 結 果

8名の参加者へのインタビューでは、患者の語りに関するさまざまなエピソード(表2)とともに看護師の感情体験が豊かに語られた。その内容は、大きく【患者の語りを聴くことにまつわる看護師の感情体験】と【患者との語りをめぐるスタッフの人間関係と病棟文化】の2つのカテゴリーに分けられた。前者には《患者の語りを聴けない状況と、聴けないことに対する罪悪感》《患者の語りを聴くことへの心理的抵抗》《患者の語りを聴くことで生じる怖れと不安》《語りをもたらず患者の変化と看護師のやりがい》の4つのサブカテゴリーが、後者には《看護師同士が患者の語りにつまむ体験を共有することの困難さ》と《傾聴をめぐる教育と臨床のギャップ》の2つのサブカテゴリーがある(表3)。以下、その結果を詳述する。なお、「」内の言葉は参加者の表現をそのまま引用したものである。また、参加者の名前後に看護師の略称としてNsを付記した。

### 1. 患者の語りを聴くことにまつわる看護師の感情体験

#### (1) 患者の語りを聴けない状況と、聴けないことに対する罪悪感

ほとんどの参加者が、患者と語る時間をもてないでいると申し訳なさそうに語り始めた。その理由としてまずあげられたのは、多忙さであった。入退院の書類づくりや病棟の鍵の開け閉めに追われていること、身体的処置が多いことなどがあげられた。

その後、徐々に患者の語りにつまむ感情体験が語られるようになったが、ここでも際立っていたのは患者に対す

る申し訳なさ、罪悪感であった。

大学病院の精神科急性期病棟に勤める横井Ns(30代女性)は、病棟では入院直後の身体合併症をもつ患者を新人や後輩が安全にケアできているかに目を配ることに追われており、日勤でリーダー業務がつくと患者さんのもとへはなかなか行けないと語った。彼女はその状況を「怒鳴りたくなるような忙しさ」と表現した。それでも、横井Nsは何とかして患者の語りを聴きたいと考えていたが、病院経営にかかわる「在院日数の短縮化」ということが常に頭にあり、患者がそれを察して話せなくなっているのではと懸念していた。そして、自分が実習指導をしている学生が患者の話を聴いている姿や、そこから学んでいく様子を見るにつけ、自分は「頭のなかに純粹にその人だけをおいて聴くことは、もうできなくなっちゃっているんじゃないか」と残念そうに語った。

やはり身体合併症の患者の多い総合病院の精神科急性期病棟に勤める伊藤Ns(30代女性)も、忙しさの合間をぬって何とか時間をつくろうとしていたが、十分に語りを聴けていないという不全感があった。伊藤Nsは、患者が転院していくときに「ありがとう」とハンドソープとビニール手袋をくれた事例について一とお話しすると「感極まって」と涙し、さらに次のように語った。

「こんなに喜んでもらえるほどのことはしていない。(中略)罪悪感みたいな、ありますよね。こんなこと(書道などのかかわり)で喜んでくれるんだったら、もっとかかわったらもっと喜んでくれるんだろうなっていうところとかもあるし。いろんな思いは混在しますよね」

そして、いまの病棟では身体合併症のケアも患者の語りを聴くという精神科ならではのケアも、どちらも中途半端だと感じていた。さらに、看護師として「精神科にいる意味がみえない」とまで語った。

#### (2) 患者の語りを聴くことへの心理的抵抗

看護師が患者と語り合えていないという背景には、時間の問題だけでなく、患者に接近することへの心理的な抵抗も存在した。伊藤Nsは次のように語った。

「今日はこの人と話すぞって思って臨まないと話せないことのほうが多いです。うつでゆっくりと話を聞いてあげたいなっていう患者さんのところには、だんだん足が伸びなくなってる」

その語りからは、患者のうつ的な話にじっくり付き合うことに特別なエネルギーが必要なことと、それを避けてしまうことへの申し訳なさを感じられた。

急性期病棟に勤める宇野Ns(30代女性)は、自宅で妻に暴力を振るい、保護室に入院となった、攻撃的な50代の男性患者とのかかわりについて語った。

宇野Nsはもともと怒りっぽい患者が苦手で、他の看護

表2 インタビュー参加者が語った事例の概要

伊藤Ns	<p>〈書道を通してつながった患者〉</p> <p>統合失調症、50代半ばの女性患者。興奮が激しいため隔離室を使用していたが、状態が不安定で一般病室に出たり隔離に入ったりしていた。ECT（電気痙攣療法）を行ったが、よい状態は1か月半ぐらしか続かず、ECTを3回施行した。</p> <p>その間、看護師は疲弊し、とくに受け持ち看護師は、治療がうまくいかないこと、患者に感情をぶつけられること、自分の感情をうまく発散できないことなどが重なり、20 kg近くやせてしまった様子だった。</p> <p>伊藤Nsは、その患者が隔離室から開放されている時間に、共通の趣味である書道を行った。そのことがきっかけで、患者は他の患者や看護師と交流をもつようになっていった。また、書道をしている間は不安にならないで過ごせたり、自分が生き生きと働いていたころを思い出すことができるようだった。</p> <p>その患者が転院することになり、伊藤Nsはお礼を言われた。「お世話になったね」「ありがとう」と言い、「私お金もないし、何もいんだけど」と、使っていたハンドソープとビニール手袋を箱から半分分けて「みんなで使って」と伊藤Nsにくれた。</p>
横井Ns	<p>〈本音を語らない患者〉</p> <p>目が見えないという主訴の非定型精神科の男性患者。妻は統合失調症で他院に入院中。息子は遠隔地に住み、娘は嫁いで近隣に住んでいた。娘は好意的で、一緒に住むよう勧めていた。お正月に5泊ぐらい外泊でき、退院の方向で考えていたが、次第に外泊も滞ってしまった。病院の中では、何不自由ないような生活をされているが、外泊すると段差などいろいろ気になってしまうようだった。</p> <p>患者は大学病院であることを理解し、いつまでも入院してられないことはわかっているようだったが、自分から語ることはなかった。実習に来た看護学生には、「お見合いはやめたほうがいいよ」など、いろいろ人生について話してくれていた。</p> <p>横井Nsは、患者が看護師の状況をいろいろと察しているだろうと感じていた。そして、自分の頭のなかに先入観や、病院の都合としての「退院」という意識があり、それが患者に伝わり、患者の語りを妨げているのではないかと考えていた。そんな自分を意識しながら、テレビを観ている患者さんの横で、黙って一緒にテレビを観ながら患者を見守ることもあった。</p>
堺Ns	<p>〈疎通はとれないが人なつこい患者〉</p> <p>統合失調症で、何度も入退院を繰り返していた30代の女性の患者。衝動性があり、疎通性や理解もよいときと悪いときがあるうえ、服を脱ぐなど性的な問題行動があり、保護室を使用することもあった。不潔なところもあり、自分の汚した生理用品をポケットに入れっ放しにしているため、ケアが必要だった。</p> <p>しかし、減裂で疎通がとれにくいわりには、たまに猫のように人なつこい瞬間があった。相手の気持ちは感じとらないが、自分の気持ちを一方的に向けてかかわってくる瞬間があり、看護師たちが嫌になれないような患者だった。</p> <p>患者は転院することになったが、本人は理解しているのかどうかもわからない様子だった。出発の朝、着替えをさせて駐車場まで送っていくと、いつもは自分のことしか言わない患者が最後に「ありがとう」と口パクみたいな感じで言ってきた。</p>
秦野Ns	<p>〈手紙を渡し続ける患者〉</p> <p>統合失調症70代後半の女性。10年以上入院しており、ずっと自閉的で誰とも全く話さず一歩も病棟から出ない患者だった。2年前に処方を変えたら話すようになり、外出にも自ら出るようになった。図書館が好きで、一人で外出するまでになった。</p> <p>耳が遠くて、かなり大きい声で話さないと伝わらないため筆談にしたところ、文通が始まった。手紙をやりとりするなかで、どんどん妄想が出てきた。それは恋愛妄想が主体で、その妄想は病棟内の若い男性患者に向けられることもあった。</p> <p>手紙はかなりの長文で、細かい字でびっしり書いてあり、来る手紙はすべて秦野Nsに渡された。秦野Nsは積極的に手紙を書き続ける患者に圧倒され、抱えきれなくなったが、周囲の看護師は「いいやりとりをしている」とみていたようであった。</p> <p>秦野Nsは、話題を変えるように、グループホームに見学などに連れて行ったり、気分が変わるようにした。</p> <p>甥の面会がきっかけとなり、妄想は収まっていった。</p>
向井Ns	<p>〈攻撃性を向ける患者〉</p> <p>統合失調症、40代半ばの男性患者。措置入院で保護室に入室していた。薬物療法により状態は落ち着き、一般病床に出たが、向井Nsとフレンドリーに話した次の夜勤帯、状態が悪くなり、また保護室に入室することになった。</p> <p>向井Nsや主治医に対して攻撃性を向けるようになり、妄想を膨らませ、独語や怒声をあげていた。ECTを施行し、状態は落ち着いたが、疾病教育や服薬指導はせず、病状を刺激しないように退院時まで個室を使用した。</p>
宇野Ns	<p>〈面倒くさい患者〉</p> <p>60代の男性患者で、身体的な不定愁訴を主訴とし、妻に暴力を振るったことから、入院当初は保護室に入室していた。神経質などところがあり、細かい訴えが多く怒りっぽかった。この患者に関して、他の看護師からは「かかわり注意」「女性はなめられるから注意」と言われており、宇野Nsは当初、面倒くさい患者と受け止めていた。しかし、実際に患者とかかわり、患者の要求や訴えの一つひとつに対応していくうちに、患者との信頼関係ができていき、患者と話すことは大事だと感じるようになった。</p>
高尾Ns	<p>〈病気を受け入れるようになった患者〉</p> <p>アルコール依存症で、C型肝炎の50代半ばの男性患者。一般科で肝硬変の告知を受けていたが、錯乱状態になって入院した。一度は開放病棟に入院したが、自傷行為が激しくなり、急性期病棟の保護室に入室することになった。</p> <p>患者は、両親が離婚していて姉に育ててもらったらしい。4人兄弟だったが、兄は一人行方不明で、もう一人はすでに亡くなっており、姉ががんを患ってしまった。姉の病気を知り、自分でどうにかしなければならなかったが、自分自身でも問題を抱えきれない状態だったようである。</p> <p>病気を受け入れに対して葛藤があり、そのような患者に高尾Nsはきついことも言ったが、やりとりをしていくうちに信頼関係ができていった。その後、患者は、身体疾患を抱えた他の患者の相談相手にもなったという。</p>
森Ns	<p>森Nsは事例はあげずに、語りにまつわる病棟での出来事とそれに伴う自らの感情体験について語った。</p>

表3 カテゴリー、サブカテゴリーとインタビュー内容

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビュー内容 (一部抜粋)
患者の語りを聴くことにまつわる看護師の感情体験	患者の語りを聴けない状況と、聴けないことに対する罪悪感	<p>横井Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リーダー業務だとほとんどベッドサイドには(行けない)。患者さんに話すというよりは、全体を把握する。スタッフの力量とか、両方をみていかないといけない。</li> <li>・安全優位で、転倒転落とかみていくので。毎日本当に、夜勤はコールが鳴りっぱなしで。こっちも何か、怒鳴りたくなるような。でも、待てない患者さんのことを思うと怒鳴れないよな、みたいところで。</li> <li>・中途半端な感じですよ。精神も見て、傷とか(合併症も見る)。精神科看護、その人の語りたいてところをっていうところを十分できていない、合併症も見なきゃいけない。</li> <li>・私自身が結構、どうしたら帰れるかみたいところを、そういう思いで患者さんの前に行こうとしているから。(中略)患者さんを話せなくさせちゃっているのかな、みたいな気もします。</li> <li>・学生さんの学びを通して純粋に反省する。頭のなかに純粋にその人だけをおいて聴くってことは、もうできなくなっちゃっているんじゃないか。</li> </ul> <p>伊藤Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今日はこの人と話すぞって臨まないと、話せないことのほうが多いです。</li> <li>・患者さんに対して申し訳ない。(中略)じっくりかかわれるわけでもないし、何かもう、(患者が)かわいそうだよって。精神専門でやってきた人たちは、モチベーション下げる一つの原因になっていると思う。(中略)身体から精神科に来て、ゆっくり話を聴いてあげられることは素晴らしいことぐらいに思ってきたのに。精神科看護の何が正しいかっていうのが私もよくわからない。(中略)中途半端。身体合併症をやっているとはいえ、極められるほどのものでもないし、精神がすごいわかるわけでもない。じっくりかかわれるとかいうわけでもない。この先の自分のビジョンがみえない。(自分が)ここにいる意味って何だろうって。</li> <li>・こんなに喜んでもらえるほどのことはしていない。(中略)罪悪感みたいな、ありますよね。こんなこと(書道などのかかわり)で喜んでくれるんだったら、もっとかかわったらもっと喜んでくれるんだらうなっていうところとかもあるし。いろんな思いは混在しますよね。</li> </ul> <p>秦野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(自分が)中堅になっていて、夜勤組むのも新人さんとか、教育的な感じとか。余裕もって時間つくりたいなあって思っているけど、教えなきゃいけないなかったり、そういう葛藤もあって。患者さんに向き合うより、職員に向いている感じ。患者さんに向き合えてないなって。</li> </ul> <p>向井Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1年間で350件ぐらいの入院。入院が来ちゃったらなかなか患者さんのほうのケアにいけない。カルテづくりだとか、書類づくりだとか。実際にどれくらいかかわれているのかっていうと、あまり時間がとれていないっていうのが現状。(中略)自閉的な人とか、とくにスルーされやすい。(中略)これでいいのかなって。</li> </ul> <p>森Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・話、できなかったっていうイメージがして。(中略)話をしているけど、業務の流れってありますよね。外出証の手続、面会者の確認。細々としたことが多くて。身体的ケアとか。</li> </ul>
	患者の語りを聴くことへの心理的抵抗	<p>伊藤Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今日はこの人と話すぞって臨まないと、話せないことのほうが多いです。うつでゆっくり話をきいてあげたいなっていう患者さんのところには、だんだん足が伸びなくなって。</li> <li>・語れる人はいいんですけど、甘えが出てきてしまう人っていうのもやっぱりあるので、どの辺までゆっくり聴いてあげればいいのかっていう限度とかも、自分のなかでちょっと考えたりする。</li> </ul> <p>宇野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・男の患者さんの怒りっぽい人って、苦手意識があったりするんです。そういう人は男性に任せちゃったりする傾向があったので。ただ、チームに私しかいない状況でかかわること。それで、細々、いろいろと苦情的なことを言われたりだとか。でも、不安なんだろうなっていうのがどっかに、私のなかにあったから、話を聞きながらちょっと我慢していた部分はある。(中略)そのうち、だんだん信頼関係ができていくのがわかったんですよ。(中略)苦手意識が強かったぶん、よかったな、話を聴くのが大事だと改めて感じた事例だった。</li> <li>・(それまでは怒りを表す患者に対して)カチンときたりだとか、自分のコントロールもちょっとむずかしくなるときがあって(話を聴くことを)避けてきたことが多かったから。今回は向き合えるようになったことがよかったと思って。</li> <li>・(患者とのかかわりを振り返ることが)癖になっちゃって。(つらくなって)放棄する時があります。本当に何も考えたくない時期。後は人に任せるよ、みたいなきもあつたし。(中略)疲れますね。頭が本当に疲れます。</li> </ul>

表3 カテゴリー、サブカテゴリーとインタビュー内容(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビュー内容(一部抜粋)
患者の語りを聴くことにまつわる看護師の感情体験	患者の語りを聴くことで生じる怖れと不安	<p>秦野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・私は、その文通をしたことがよかったんだろうかって。変な刺激を与えてしまって、引き出すだけ引き出した結果、結局私、どうしたらいいんだかわからなくなっちゃって。(中略)そのときの感じが、何かつらかったなって、いま思いました。(中略)受け止めきれない時期がありましたね。(中略)(まわりは)いいやりとりしているね、みたいなの。</li> <li>・退院したいっていうのはずっと言っていたんで、そっちに話をもっていこうと思って。私は退院に関する話しかしないようにしたんです。それも何か可哀なことをしたと思って。(中略)感情は置き去りっていうか、蓋をしただけの話なんですよ。</li> </ul> <p>向井Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・結構訴えてきて、その都度対応していたんですけども(中略)フレンドリーに話をしていたんですね。どんな音楽が好きか、いままでつきあってきた人ってどんな人だったんですか、なんて話をしていたんですけど、それが刺激だったみたいで、「俺の過去の話をいろいろ聞いてきやがって」って。どんどん一気に崩れてしまって。僕とか、一部の人の悪口みたいなのをどんどん膨らまして、悪いほうに悪いほうに。観察廊下っていうのがあるんですけど、向かってきて、「てめえ、この野郎」。やっちゃったなとかって思いながら。</li> <li>・(カンファレンスで)かかわればかかわるほど、この人って悪い方向にいきそうだなって話はしていて。この人の場合は、あんまりかかわらないで、振り返りをさせないでいこうって話に。(中略)疾病教育みたいなのも何も、服薬指導とかもしていないので、不安っていうところありながら、不完全燃焼のまま。</li> </ul>
	語りもたらす患者の変化と看護師のやりがい	<p>高尾Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復もしていくし、答えてくれるっていうか、反応があるっていうところでは、それが自分としてのやりがいだったり、楽しさだったりっていうところで、やっていけるのかなと思って。</li> </ul> <p>宇野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・こっちの思いもちゃんと伝えて、そっちの思いも聴いてっていう、人間対人間っていうんですかね? お互いの思いを聴きあってやったことがよかったのかなと思ったり。(中略)いままで怒りっぽい人とか、感情的になるっていうのは何か不安があるんだろうなって、なんとなくわかってはいたけど(中略)逃げちゃいけないっていうのを学んだ。</li> </ul>
患者の語りをめぐるスタッフの人間関係と病棟文化	看護師同士が患者の語りにまつわる体験を共有することの困難さ	<p>伊藤Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(申し送りでは)ほとんど話ができない状態で、後はカルテを読んでくださいっていうんですけど、カルテ、そんなに書いてられないし、細かいところっていうのはやっぱり伝えきれないから。</li> <li>・大きい病院になってくると、病院機能評価に則ったような、たとえばハビリのPTさんOTさんたちを交えたカンファレンスを(中略)時間としてそれに割かなければいけないというのがあって。</li> <li>・(スタッフ同士で患者に関する)雑談程度の話を、ちょっとできる場合もあるんですけど、本当に忙しいと、全然できないですね。</li> <li>・看護に次に活かしてくれるだろうっていう先輩がいるときは、これは話そうとか。(中略)でも、申し送り短くとか言ってくる先輩がいるときには、なるべくもう、あんまりしゃべりたくないからっていう印象のときはありますね。</li> <li>・いまも、1か月休んだ後、復帰したばかりの子というのがいて、やっぱりその子がいるカンファレンスなんかはやっぱり、口を閉ざしますよね。個人的な感情の部分っていうのは、やっぱり話したいけど、スタッフにそういう子がいると話せないとか。(中略)仕事をしているなかで不満があったりとか、マイナスなこと、ネガティブなことって、やっぱり言いたくなったりもするんですけど。</li> <li>・看護計画のなかに収まらないことっていうか、別に問題立てるまでもない、でも、これってスタッフのなかで共有しておきたい情報じゃないっていうところを、自分は書きたい。でも、書いてもあまり重要視してもらえない。(中略)みんなの意見を、たぶん自分もいかせてはいないんですけど。</li> </ul> <p>秦野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(患者とのかかわりで残った自分の感情について)じっくり振り返らず、ずーっときた感じがしますね。(中略)ショートカンファレンスみたいなのはありますけど、結構事務的な報告ばかりになっちゃって。(中略)そういう場をつくっても、みんなそういう話(看護師の感情について)をすることになれていないところもあるから。あんまり共有できない。</li> <li>・申し送りの時間が、だいたい10分ぐらいにしてくださいって言われるんですけど。そうすると結構限られていて。あつという間に終わっちゃうんですよ。</li> </ul>

表3 カテゴリー、サブカテゴリーとインタビュー内容(つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビュー内容(一部抜粋)
患者の語りをめぐるスタッフの人間関係と病棟文化	看護師同士が患者の語りにまつわる体験を共有することの困難さ	<p>堺Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(転院していく患者とのかかわりの後) もっと何かできたんじゃないかとか、自分は諦めたんじゃないかとか、それは一番心に残っていますね。(中略) 嬉しい部分、通じたかもしれないという嬉しさもあったので。(中略) 転院までしないで、うちでもうちょっとできたことがあったんじゃないかっていう気持ちは、伝えるに難しいです。一度決めたことを覆すようなことは、自分の感情表現としてはそこは抑えちゃうと思います。</li> <li>・カンファレンスみたいな、オフィシャルな、そういう場であればあるほど、自分の感情は言わないようにして。すごく、恐怖感があるかな。自分が解釈したことをその場にもっていくことは。</li> </ul> <p>横井Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分がかんがえている感じをうまく言葉にできない。もう、そういうものなんだって、自分のなかで、勝手に決着させてしまっているのか。</li> <li>・スタッフ間で、ああこのスタッフだったらちょっと話せそうかなっていうのがあれば、そこを話して、お互い共有させて、ちょっと小さな輪だけでも。(中略)(患者が)こそっと言う大事な一言を、キャッチしてきたスタッフとかがかんがえてきたものを、共有したりみたいなどころとかはしますけど。</li> </ul> <p>森Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・誰か一人でも(スタッフ同士で)共感できる人がいればよかったんですけど、何かあると、大卒さんは違うわね、みたいな、そういうのがあったんですよね。だから余計、そういうの(看護師の感情)は活かせなかったなって。</li> <li>・記録はかろうじてできたけれど、話すほうがむずかしかった。</li> </ul>
	傾聴をめぐる教育と臨床のギャップ	<p>伊藤Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分が感じたことを書くと、それは巻き込まれているということになるんですよね。(中略) なんか、すべてを、相手をはねのける最良の言葉として(巻き込まれが)使われているっていうか。</li> <li>・(申し送りで)つらい印象の話をだらだらと話すと、あなたは巻き込まれているんでしょっていわれたこととかもあって。(中略) 結局、自分の看護の質として、あんまりレベル高くないっていうか。</li> </ul> <p>秦野Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜勤は、事故のリスクを減らすために、あんまりしゃべるなみたいな感じでいわれている。</li> </ul> <p>森Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・暗黙のルールみたいなのがあって、夜間帯では話を聴かない、みたいな。</li> <li>・新人であればあるほど、じっくり話を聴いていると、巻き込まれているみたいにとらえ方をされてしまう。ジレンマみたいな。(中略) 若い人(患者)の話を聴いてしまうと巻き込まれるみたいな、何か、そういう目で見られている感じが。</li> <li>・客観的なものは受け入れられるけど、主観が入ったり、ましてやその気持ちだとか、あなたが何を感じたのかって、そこ、聴いてないよっていうような感じの。</li> <li>・大卒は私しかなくて。感情をどういうふうにしてケアするとか、反映させるとか、やってはみたんだけど、何か、引いてみられている感覚っていうか、うまく伝えられない。</li> <li>・つらかったですね。だから、外来にいった(異動を希望した)のかなって思いますけど。</li> </ul> <p>堺Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・傾聴に関しては、新人のとき、ものすごいギャップを受けたのを覚えているんですけど。現場では、教科書どおりの傾聴とはちょっと違うぞって思いました。</li> <li>・傾聴の仕方は、ずれてきたときの切り方とか、あまりに幻聴に巻き込まれるときの、ここはもうやめていいんだっていう判断とか、そういうのが新人のときと比べれば適確。まわりの人も放っておいてくれる。</li> <li>・新人のときと違ういまは、患者さんと接するとき、みんなもこのぐらい判断するだろうっていうラインを暗黙でわかっていて、(中略)悩まずに判断できる。(中略)感情表出しなくても暗黙で動ける。(中略)自動思考っていうのかな。考えなくても、もうそうなっちゃってる。</li> <li>・最近悩んでいます。悪いことをした患者さんに対して、ものすごく怒りを感じる。(中略)自分はどういう役割を、どう対応すれば、まわりがよくて、自分もいいのかなっていうのを知りたい。知りたいですね。すごく怒りたいときがあります。</li> <li>・(素朴な自分の感情について)そういうのに気づく、思い返す瞬間があるといいですね。</li> </ul> <p>横井Ns</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・理想と現実。乖離しているっていうのは、教科書ではこうだけど、実際は、みたいなところはすごくあると思います。</li> </ul>

師からその患者が「神経質で怒りっぽく、細々と苦情を言う」と聞かされて、「面倒くさい患者」と思い、当初はできればかかわりたくないと思っていたという。しかし、ある日その患者に対応せざるを得なくなった。案の定、細々とした訴えが多かったが、話を聴くうちに宇野Nsはそこに患者の不安を感じとった。そして、患者が身体に不安を抱えて病院めぐりをしていた最中に入院になってしまったことを知り、医師に診察を依頼することにした。数日間にわたってやりとりを重ねるうちに信頼関係ができていき、自分なりのかかわり方がわかると当初の陰性感情は消えていったという。彼女は「苦手意識が強かったぶん、よかったな、話を聞くのって大事だなと改めて感じた」と語り、次のように振り返った。

「(それまで怒りを表す患者に対して) カチンときたりだとか、自分のコントロールもちょっとむずかしくなるときがあって、(話を聴くことを) 避けてきたことが多かったから。今回は向き合えるようになったことがよかったなと思って」

そう語る一方で、宇野Nsは患者の気持ちを押し量り、同時に自分の気持ちをコントロールしながらかわるのは「頭が本当に疲れる」ことで、同僚の力を借りてときどき休息をとらなければ続けられるものではないとも話した。

### (3) 患者の語りを聴くことで生じる怖れと不安

慢性期病棟に勤める秦野Ns(20代女性)は、聴力障害をもつ70代後半の女性患者について語った。その患者は10年以上入院しており、妄想もあってずっと自閉的だったが、処方変更したところから変化がみえ始めていた。受持ち看護師の秦野Nsは患者と会話代わりに筆談を始め、手紙のやりとりが始まった。すると患者はほとんど毎日、数枚の便箋に細かい字でびっしりと恋愛妄想に関する内容を書いて持ってきた。秦野Nsは手紙のやりとりが妄想を刺激していないかと不安だったが、周囲の看護師は「よいやりとりをしている」と評価していた。徐々に秦野Nsと患者の関係は閉じられたものとなり、執拗な妄想に満ちた手紙を書き続ける患者の行動に、秦野Nsは疲労と恐怖を感じるようになり、「受け止めきれない時期があった」と言う。そこで、秦野Nsは患者の妄想のなかに退院したいという希望があることに着目し、退院支援へと話題をもっていくようにした。それはそれで結果的にはよかったとは思いつものの、そのことで「患者の感情に蓋をただけかもしれない」という申し訳ない思いが心の底に残っていた。

急性期病棟に勤務する向井Ns(30代男性)は、40代後半の男性患者を受け持って体験した葛藤について語った。その患者は措置入院で保護室に入室したが、しばらくして状態が落ち着き一般病床に移った。受け持ちだった向井Nsは、ある夜勤のときにその患者と話をした。そのとき、患者は「フレンドリー」で、話したのは「どんな音楽

が好きか、いままでにつきあった人はどんな人だったか」など、「雑談のような話題」だった。しかし、次の晩、患者は急に状態が悪化し、保護室に戻るようになった。その後、妄想が活発になった患者から一方的に怒りを向けられるようになった向井Nsは、自身も怒りと恐怖を感じる一方で、自分と軽々しく話したことが刺激になったのかもしれないと責任を感じ、不安になった。

その後、患者の状態は落ち着いたが、向井Nsだけでなく他の病棟スタッフもその患者へのかかわりに慎重になった。向井Nsはこのままではいけないと思い、カンファレンスを開いたが、医師も看護師も患者へのかかわりには消極的で、刺激となるようなかかわりは避けるという方針が決まり、退院まで個室を使うようになった。向井Nsは、受け持ち看護師として服薬指導や疾病教育など、もっとやるべきことがあるのではないかと悩んだが、一方で状態が悪化することを恐れる気持ちもあり、カンファレンスで決定した方針に従ったものの、もやもやした気持ちが残ったという。

### (4) 語りもたらす患者の変化と看護師のやりがい

患者との語りが看護師自身にもたらすプラスの面について語った看護師もいた。急性期病棟に主任として勤務する高尾Ns(30代女性)は、患者は受け持たず、スタッフがかわりに苦慮するケースに積極的にかわっていた。彼女が語ったのは、アルコール依存から肝硬変を起し、精神錯乱状態で入院した後、自傷行為が激しいために保護室を使用していた男性患者の事例だった。

その患者はなかなか病気を受け入れられなかったが、高尾Nsがかかわるうちに、両親が離婚して姉に育ててもらったこと、その姉もがんにかかってしまったことなどを語るようになった。そして、次第に病気を受け入れていき、他の身体疾患を抱える患者と語り合うまでになった。高尾Nsは、患者と語り合うことでいろいろな変化がみられることについて、「反応があるっていうところでは、それが自分としてのやりがい、楽しさだったりってところで、やっつけている」と語った。

## 2. 患者との語りをめぐるスタッフの人間関係と病棟文化

### (1) 看護師同士が患者の語りにまつわる体験を共有することの困難さ

看護師は患者との語りのなかでさまざまな感情体験をしていたが、そのことを同僚の看護師と共有することがほとんどできていないことが明らかになった。

しばしば語られたのは、看護師が体験を語る場に制約があることだった。伊藤Nsは、申し送りが短縮化されたうえに、病院機能評価によって決められたカンファレンスばかりに時間が割かれ、それさえ開催されない日もあって、

看護師が患者とのかかわりについてじっくり語れる時間はなかなか確保できないと語った。時間外にも語る場はないようだった。

秦野Nsも、聴覚障害をもつ患者と手紙を通してかかわるなかで不安が募っていったにもかかわらず、「カンファレンスは事務的な報告ばかり」で、「申し送りも時間が限られている」ために、相談できる状況になかったと語った。

同僚に話しにくかったのは、時間的な制約のせいばかりではなかった。慢性期病棟に勤める堺Ns(30代女性)は、30代の女性患者のことを語った。その患者は疎通性が悪く、衝動性と性的逸脱行動のため、男女混合病棟しかないこの病院では適応外として転院させることになった。転院の日、いつもは何も言わない患者が「ありがとう」と言ったのを聞いた堺Nsは、いままでのケアが通じたのかもしれないと、その嬉しさについて語ると同時に「もっと何かできたんじゃないかとか、自分は諦めたんじゃないかとか。それは、一番心に残っています」と後悔の念も語った。しかし、そのときの気持ちを同僚には伝えられなかった。正直に話す転院を決めた病棟への批判になってしまうようで、怖かったからだ。堺Nsは「公式の場であればあるほど、自分の感情を表現することに恐怖感がある」と語った。

一方、横井Nsは「自分がつかんでいる感じをうまく言葉にできない」と語った。自分の体験している複雑な感情の機微を表現する言葉が見つからないというのである。しかも、「自分が感じたことを正直に表現しても大丈夫なスタッフと、そうではないスタッフがいる」と横井Nsは話した。そこには同僚との関係が微妙な影を落としていた。

同じく伊藤Nsも、申し送りの内容は申し送る相手によって変わると言い、語るときは特定の人を選んでいると語った。さらに、伊藤Nsは自分がそうしているせいか、同僚についても「どこが本当でどこが嘘の部分なのか、信じられるようで信じられない」と言い、人間関係がぎくしゃくして「疲れやすくなった」と語った。しかし、「悩みを言っても病気っぽく思われたりする」のではと思い、語れないとも話した。

そこには、精神的にまいって実際に「病気っぽく」なっている同僚が職場にいるという事情もあった。不満をそのまま吐き出したいと思っても、傷ついたスタッフへの気づかいが足かせになり、もう一方で自分も精神的に病んでいると思われるのではないかと不安があって話せないというのである。

看護記録にもいろいろと書きたいことはあっても、それをありのままに書くことはためらわれるという。伊藤Nsは「別に問題立てるまでもない、でも、これってスタッフのなかで共有しておきたい情報じゃない? っていうとこ

ろを書いても、あんまり重要視してもらえない……」と語り、「みんなの意見を、多分、自分も活かしてはいるんですけど」と付け加えた。自分が重要だと思える情報が、果たしてほかの人にも同じように受け止めてもらえるかどうか確信がもてず、率直に伝えられないでいた。その結果、自分の努力が理解されず、病棟全体としてのケアにも生かされないという空しさを感じていた。

## (2) 傾聴をめぐる教育と臨床のギャップ

参加者たちは、学生時代には患者との関係構築と傾聴の重要性を教えられており、患者と語り合うことが大事だと思っていたが、病棟ではむしろ語りを抑制しようとする傾向があると感じていた。たとえば、伊藤Nsの勤務する病棟では、患者とのかかわりについて語ると「巻き込まれている」「看護のレベルが低い」とネガティブに評価されると語った。また、秦野Nsの病棟には「夜勤帯には患者と話さない」というルールがあった。このルールは森Ns(30代女性)の勤務する精神科病院の急性期病棟にもあり、基礎教育では看護師の感情を取り扱うことが重要だと教育されてきたが、病棟では主観的な体験について語ることは期待されていないように感じるという。そして、森Nsは自ら希望して病棟を異動したが、同僚と体験を共有できないことが一因だと語った。

一方、堺Nsも新人のときに、教科書で学んでいたものと現場との間に「ものすごいギャップを受けた」というものの、新人のころと比べていまは「患者さんと語るときに悩むことはなくなった」といい、次のように語った。

「傾聴の仕方は、ずれたときの切り方とか、あまりに幻聴に巻き込まれるときの、ここはもうやめていいんだっていう判断とか、そういうのが新人のときと比べれば適確(になった)。(だから)まわりの人も放っておいてくれる」

堺Nsは、新人のときには一挙手一投足を先輩にみられているようで自由に動けなかったが、周囲の看護師の反応を見ているうちに、周囲に受け入れられるコミュニケーション・スキルを自然と身につけていったと語った。しかし、あまり考えずに看護師として振る舞えるようになったいまの自分の状態を、堺Nsは「自動思考」と表現した。そこには、あまり思い悩むことがなくなったことを100パーセント肯定しているわけではないような響きがあった。また、「周囲に受け入れられる」行動の基準は病棟によって違うので、同じ病院内でも異動するたびに戸惑い、悩むのだとも語った。

そうした体験を経て中堅となった堺Nsだったが、自分の感情をコントロールすることと、周囲に合わせてふるまうことの調整がむずかしいと感じていた。

「悪いことをした患者さんに対して、ものすごく怒りを感じる。自分はどういう役割を、どういう対応をすれば、周り

が良くて、自分もいいのかなっていうのを知りたい。知りたいですね。すごく怒りたいときがあります」

堺Nsは、患者に怒りを感じても、そうした感情について同僚と語り合う機会がないために、自分が周囲からどうふるまうことが期待されているかがわからず、怒りを吐き出すこともできないまま、フラストレーションを感じていたのだ。

インタビューが進むなかで、堺Nsは患者の思いをそのまま受け止めていた新人のころの素朴な感性を思い出し、「そういうのに気づく、思い返す瞬間があるといいですね」としみじみと語った。

### Ⅲ. 考 察

インタビューでは、まず患者の語りをなかなか聴けないという現状が語られ、そのことに対する不全感と罪悪感が語られた。

ここでは、看護師が患者の語りを聴けないでいること背景にある看護師の心理的状況と、そこに表れた共感疲労について考察し、次に、患者の語りにまつわる病棟文化や病棟の人間関係などの社会的状況を検証し、最後に、患者の語りを聴くことの看護師にとっての意義と留意点について考察する。

#### 1. 患者の語りを聴く看護師の共感疲労と回避の対処パターン

患者とのかかわりは看護師を感情的に揺さぶり、目には見えない疲れを引き起こす。伊藤Nsは、うつ患者に対して距離をとりたいと感じていたが、その裏には患者に巻き込まれてしまうことをおそれ、いとう気持ちがあった。患者の語りに耳を傾けようとすると、看護師は患者との間の心理的距離が近くなり、患者の耐えがたい苦痛や不安にさらされることになる。同時に、患者の過去と結びついた過剰な依存や攻撃など、愛憎の入り雑じった転移感情を否応なく向けられる可能性が高まる。それがまた看護師のなかに苦痛な感情を引き起こす。これこそが、共感疲労なのである。

伊藤Nsや堺Nsは患者から「ありがとう」と感謝されたときにすら、嬉しさと同時あるいはその後に「罪悪感」を抱いていた。共感疲労は、共感を職務の一部とする人々にとって避けて通れない職業的ストレスであり、とくに二者間で相手のことで心を砕くときの自然ななりゆきである(Figley, 1999/2003)。

宇野Nsは訴えが多く、いつ怒り出すかわからない患者を、「面倒くさい」患者と表現した。それは、患者の怒りに自分は対応しきれないのではないかというおそれと無力

感、そして苛立ち、さらにそう感じる自分に対する恥の感覚といった、いくつもの感情の波に圧倒されそうになりながら、患者の顔色をうかがいつつ、看護師として常に沈着冷静に職務遂行しなければならないと思うがゆえの「面倒くささ」であった。

実際には宇野Nsも、患者の細かい要求に耳を貸しているうちに患者の抱える不安に気づき、対応するうちに患者との信頼関係ができていき、達成感をもつことができた。けれども、患者をケアしつつ自分の感情を管理する仕事には独特の疲れがあり、宇野Nsが同僚の力を借りて休息をとらなければならないと語るほど、「頭が本当に疲れる」仕事なのであった。

また、向井Nsが語ったように、勤務者の少ない夜勤時には看護師と患者の間に独特な親密さが生まれることがある。彼は夜、親しく会話した後に患者の状態が悪化したとき、自分と話をしたせいではないかと責任を感じた。共感疲労は二次的外傷性ストレスともいわれるように、PTSD同様、非合理的な罪の意識をもつのが特徴である。さらに向井Nsは、その患者から攻撃性を向けられ、怒りと恐怖を体験したが、結局「患者の状態が悪いせい」と理由づけて自らを納得させ、あえて患者とそれ以上話し合うことはしなかった。回避という対処パターンをとったのである。

同様に、秦野Nsは妄想的な手紙を執拗に書いてくる患者に恐怖と疲労を感じていた。聴覚障害をもつ患者に何とかしてあげたいという思いからの行動が、かえって仇となってしまったのである。これも共感疲労の一形態である。しかも、その追いつめられた状況を同僚にはまったく理解してもらえなかった。そこで仕方なく、退院の方向へ話を向けたのだが、それは客観的には病棟の退院促進という方針とも一致する合理的判断ではあった。だが、秦野Nsの心の底には「患者の感情に蓋をすただけかもしれない」と、回避してしまったことへの罪悪感が澱のように溜まっていた。

このように、看護師のなかに恐怖や罪悪感、無力感などが生じるとき、共感疲労への防衛として、患者に接近することを回避しようとする傾向が生まれる。Figley (1995)はこの傾向自体を共感疲労の症状の一つとしてあげている。その結果、患者を退院させたり、隔離したりしてしまうと、たとえそれが客観的には患者のためになることであっても、あたかも自分が患者を見捨ててしまったかのような、あるいは患者に復讐してしまったような、罪悪感が湧いてくる。同時に看護師として失敗したようにも感じられ、他人には言えなくなってしまうのである。

患者との接近を回避しようとする代わりに、堺Nsが「自動思考」とよんでいたような、感情をできるだけ抑えて淡々と業務をこなすステレオタイプな看護師役割を演じ

ることも、同じく共感疲労から身を守る一つの方法といえる。しかし、回避も「自動思考」もそれ自体、共感疲労の一つのかたちなのであり、これにより一時的に疲れは回避されたようにみえても、常にこれでいいのだろうかという自分に対する疑問や不安がつきまとうのである。

## 2. 看護における「語ること」「聴くこと」をめぐる二重基準と病棟文化

看護教育のなかでは「傾聴」や「共感的理解」が重視されているが、その一方で病棟には「夜間は患者の話を聴かない」というような語りを制約するさまざまなルールがあることが今回、明らかになった。患者と熱心にかかわると「巻き込まれ」や「陽性転移」と批判されたり、「看護のレベルが低い、未熟だ」とマイナスに評価されるということもあった。その際、理由としてあげられていたのは、かかわるとかえって患者に有害な刺激になるということであった。とくに急性期では、できるだけ親密なかかわりを避けようとする傾向がみられた。そして、向井Nsが夜間、話し込んだ後に患者の状態が悪化したことを、自分の責任のように感じ、その後のかかわりを躊躇してしまうようになったとき、それではいけないと思った向井Nsはカンファレンスを開いたが、スタッフ全体としても患者と語り合うことはおろか、接触することさえも「刺激」として回避する方針が選択されてしまい、向井Nsには不全感と申し訳なさが残った。

荻野(2001)は、病棟文化の構成要素の一つとして、病棟内で行動したり人間関係を形成したりする際に指標となる公式・非公式に認められたルールをあげている。病棟文化は、看護師が患者とのかかわりから生じる不安に対する看護師の組織的防衛として生み出される(Menzies-Lyth, 1988; 武井, 2001)。つまり、患者の語りを抑制する公式・非公式の病棟のルールは、患者の語りを聴くことで生じる看護師の不安を病棟全体として防衛しようとする病棟文化の一部とみることができる。

もちろん、こうしたルールは明文化されているわけではない。しかし堺Nsが、とくに新人のころはまわりの目が気になって自由に動けなかったが、いまでは考えなくても動けると語ったように、看護師は患者の話をどこまで聴いてよいのか、どこで切り上げるべきなのかを周囲の看護師の様子や反応を見て学んでいくのである。そして、長年キャリアを積むうちに、その暗黙のルールは内在化され「自動思考」となる。すると、悩むことは少なくなり、「自由」になったように感じられるようになるが、それは逆に、暗黙のルールに縛られていることに気づけなくなっているだけであり、リフレクションが行われなくなっているということでもある。インタビューのなかで、堺Nsが新

人のころの素朴な感性を思い出し、「そういうのに気づく、思い返す瞬間があるといいですね」としみじみと語ったように、決して自動思考は看護師に満足をもたらしているわけではないのである。

## 3. 看護師同士の語りを阻害する病棟組織における人間関係のむずかしさ

インタビューでは、看護師たちは職務を果たすことで情緒的に揺さぶられながら、そのことについて同僚に話せないでいることも明らかになった。その理由は、一つには横井Nsが語ったように、看護師たちが内的に体験している感情があまりに複雑で、「自分がかんている感じをうまく言葉にできない」ためである。それをさらにむずかしくしているのが、業務の忙しさからカンファレンスをもつ時間がとれないこと、記録や申し送りの簡潔化の傾向など、さまざまな組織運営上の制約という問題であった。

さらに、上述した患者とかかわり合うことを避けようとする組織文化もあった。そのため参加者たちは、患者とのかかわりで体験したことや感じたことを話したいと思っても、わかってくれそうな相手にだけ話そうにしたり、その場にいる同僚が話しても安全な人かどうかを見きわめたいうで内容を変えて話したりしていた。その結果、伊藤Nsが語ったように、同僚についても「どこが本当で、どこが嘘の部分なのか、信じられるようで信じられない」と疑心暗鬼になり、八方ふさがりの状況で孤立感を深めると同時に、「人間関係がぎくしゃくして、疲れやすく」なっていたのである。

Figley(1995)は、こうしたチーム内の人間関係の悪化や孤立感も共感疲労の症状として挙げているが、Catherall(1999/2003)はそれを、二次的トラウマ(共感疲労)に伴うグループダイナミクスの問題として解釈している。すなわち、セラピストが仕事上で二次的トラウマを負い、共感疲労の状態になったとき、その原因はその人個人にあるという見方がグループ内で強まる。そうして個人を切り捨てることによって、他のグループメンバーはトラウマの脅威とは無縁であるという幻想を維持しようとするというのである。また、患者とのかかわりが必然的にもたらす苦痛な感情を語らないことによって、患者から傷つけられることはないという幻想に全員がしがみつこうとする。しかし、それによってグループ内での疎外感や、理解してもらえないという感じが強まり、スタッフ同士の不信感という代償を払うことになる。まさにスタッフの人間関係の悪化はそれ自体、患者とのかかわりがもたらす代償だったのである。このように、看護師が自らの傷つき体験を語るためには、場のありようが問われることは精神科以外でも報告されている(尾高ら, 2011)。

#### 4. 患者の語りを聴くことの看護師にとっての意義と留意点

患者が語ることで回復のきっかけを得ることができることが数々の研究から実証されている（牧野・浦川，2013；長田・長谷川，2013）。だが，患者の語りを聴くことが看護師にとっても重要であることは，高尾Nsの語った事例からも明らかである。彼女は，病気を受け入れられずにいた患者に直面化を促すなかで，患者が病気を受け入れていき，彼女も患者から信頼されるようになった体験から，患者から反応があることが「自分のやりがいがいたり，楽しさだったり」と述べ，それで看護師を続けていけると語った。このように，患者との相互交流を通して確かなつながりを感じることができれば，看護師も自己肯定感や効力感を取り戻すことができるのである。つまり，看護師自身も共感疲労からの回復のために，患者の語りを必要としているのである。

ただし，そこには患者の語りが看護師のために利用される危険性をも孕んでいることは指摘しておかなければならない。たとえば，看護師自身の誰かから認められたい，必要とされたいというニーズが優先されるならば，患者からそうしたポジティブな語りをあえて引き出そうとするようなかわりを生み出してしまうかねないからである。Williams & Sommer（1999/2003）は患者の治療にあたる時，あらかじめセラピスト自身の問題に向き合うことが必要であると述べているが，看護の場合も，真に患者のために患者の語りを聴くには，自分の内面を振り返って検証することが重要となる。

そのためにも病棟でスタッフ同士が日ごろから感じてい

ることを語り合い，率直にフィードバックをしあうこと，スタッフの感情や行動に影響を及ぼしている組織や集団のなかの暗黙のルールについても検討しあい，仕事上生じるスタッフ同士の不信感に向き合い，何とか対処していくことが必要である。それには，組織としてのリフレクションの機会が必要であり，日本でも看護の質向上のためにコンサルテーションやスーパービジョンといったシステムを設けることが早急に望まれるところである。

#### おわりに

今回，複数の看護師が精神科でありながら患者の話をじっくり聴けないでいること，そのために患者に十分にかかわれていないと感じ，患者の状況をわかっていながら救うことができないと感じて，共感疲労の状態になっていることが明らかとなった。しかも，多くの参加者がそのことを同僚に話すことができずに，離職への思いを語る参加者もいた。

しかし，今回インタビューで語るうちに，多くの参加者が自身の深い感情に気づき，涙したり，過去の自分を見直したりするようになった。患者との語りにまつわる看護師の感情体験を語り，それに影響を及ぼす病棟の暗黙のルールにも光を当てていくことが，患者の治療にも看護師のメンタルヘルスにも重要であることが，はからずもこのインタビューを通して実証されたかたちとなった。今後，こうした語り合う機会を組み込んでいくことで，より健康な病院組織をつくりだしていく必要がある。

### 要 旨

**【目的】** 複数の精神科治療施設に勤務する看護師への半構成的インタビューを通して，精神科臨床において患者の語りを聴く看護師の感情体験なかでも共感疲労のありようについて明らかにし，看護師が患者の語りを聴くかわりをより積極的に展開するには何が必要かについて考察する。

**【方法】** 異なる精神科病院に勤務する8名の看護師に半構成的インタビューを行い，質的記述的に分析した。

**【結果及び考察】** 患者の傷つき体験にまつわる語りに耳を傾けようとする看護師は，罪悪感，不安，恐怖，怒り，疲労感などの苦痛な感情を体験し，共感疲労が生じていた。さらに，語りを抑制しようとする病棟文化が，その出来事を同僚に語ることを妨げていた。看護師の感情体験を安心して語り合える病棟文化を醸成することが，患者との語りを促進するだけでなく，看護師のメンタルヘルスにも重要である。

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study is to shed light on nurses' emotional responses, in particular the state of their compassion fatigue, while attending to the narratives of psychiatric inpatients in a clinical setting, and to discuss how to actively enhance nurses' involvement in listening to patients' narratives.

**Methods:** Semi-structured interviews were performed with eight nurses who work at different psychiatric hospitals. The interviews were then qualitatively and descriptively analyzed.

**Results and discussion:** When listening to patients' accounts of traumatic experiences, the nurses experienced painful emotions such as guilt, anxiety, fear, anger, and exhaustion, leading to compassion fatigue. Ward culture, which discourages

sharing of such narratives, prevented the nurses from unburdening themselves about these occurrences to their coworkers. Fostering a culture in wards which would enable nurses to talk openly about their emotional experiences without anxiety is important, not only to further the narratives of patients, but also to protect the nurses' mental health.

## 文 献

- Barkin, L. (2014). Nurses and Compassion Fatigue. Gift From Within PTSD Resources for Survivors and Caregivers. <http://www.gift-from-within.org/html/Nurses-and-Compassion-Fatigue.html> (検索日2016年2月16日)
- Beck, C.T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(1), 1-10.
- Bruner, J. (1986) / 田中一彦 訳 (1998). 可能世界の心理. 東京: みすず書房.
- Catherall, D.R. (1999) / 小西聖子・金田ユリ子 訳 (2003). 二次的外傷性ストレスの対処. Stamm, B.H. (編): 二次的外傷性ストレス: 臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 76-87, 東京: 誠信書房.
- Figley, C.R. (1995). Example of Compassion Fatigue/Burnout Syndrome: Areas of Personal and Professional Function. <http://www.giftfromwithin.org/pdf/ExampleCF.pdf> (検索日2016年2月17日)
- Figley, C.R. (1999) / 小西聖子・金田ユリ子 訳 (2003). 共感疲労. Stamm, B.H. (編): 二次的外傷性ストレス: 臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 3-28, 東京: 誠信書房.
- Holstein, J.A. and Gubrium, J.F. (1995) / 山田富秋, 兼子 一, 倉石一郎, 矢原隆行 訳 (2004). アクティブ・インタビュー: 相互行為としての社会調査. 東京: せりか書房.
- 磯松尚美, 伊藤 文, 山本浩之, 山口達也 (2015). 精神科看護師の共感疲労体験の分析. 第45回 (平成26年度) 日本看護学会論文集: 精神看護, 207-210.
- Jacobowitz, W., Moran, C., Best, C., and Mensah, L. (2015). Post-Traumatic Stress, Trauma-Informed Care, and Compassion Fatigue in Psychiatric Hospital Staff: A Correlational Study. *Issues Ment Health Nurs*, 36(11), 890-899.
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-120.
- 加藤隆子, 渡辺尚子, 堀内ふき (2011). 脊髄損傷患者の看護に関わる看護師の感情体験. 日本看護学会誌, 31(2), 60-68.
- Kleinman, A. (1988) / 江口重幸, 五木田 紳, 上野豪志 訳 (1996). 病いの語り: 慢性の病いをめぐる臨床人類学. 東京: 誠信書房.
- 厚生労働省 (2014). 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針. 平成26年厚生労働省告示第65号 (2014年3月7日). [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/kaisei\\_seisin/dl/kokuji\\_anbun\\_h26\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf) (検索日2015年8月7日)
- 小森康永, 野口裕二, 野村直樹 (1999). ナラティブ・セラピーの世界へ. 小森康永・野口裕二・野村直樹 (編): ナラティブ・セラピーの世界. 3-13, 東京: 日本評論社.
- 草野知美, 影山セツ子, 吉野淳一, 澤田いずみ (2007). 精神科入院患者から暴力行為を受けた看護師の体験: 感情と感情に影響を与える要因. 日本看護学会誌, 27(3), 12-20.
- 牧野英之, 浦川加代子 (2013). ある医療観察法入院患者の体験の語りとその解釈: 臨床看護師による現象学的アプローチ. 三重看護学誌, 15(1), 9-18.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., and Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(5), 333-338.
- 松澤和正 (2005). 語りはなぜ可能なのか: 精神科看護の事例から. 日本保健医療行動科学会年報, 20, 26-37.
- Menzies-Lyth, I. (1988). *Containing Anxiety in Institutions; Selected Essays. Vol. 1*. London: Free Association Books.
- 尾高大輔, 川名るり, 山内朋子, 江本リナ, 平山恵子, 草柳浩子, 松本紗織, 筒井真優美 (2011). 子どもや家族の言動による傷つき体験を看護師が語ることに対するアクションリサーチ. 日本小児看護学会誌, 20(2), 49-56.
- 荻野 雅 (2001). 我が国の精神科病棟の文化に関する記述的研究: 3つの精神科病棟の参与観察を通して. 日本精神保健看護学会誌, 10(1), 50-62.
- 大柄昭子 (2006). 精神科急性期病棟の患者の語り. 日本精神保健看護学会誌, 15(1), 50-57.
- 奥田清子 (2006). インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験. 日本赤十字看護大学紀要, 20, 43-53.
- 長田恭子, 長谷川雅美 (2013). 自殺企図後のうつ病者の企図前後における感情および状況の分析: ナラティブ・アプローチによる語りから. 日本精神保健看護学会誌, 22(1), 1-11.
- 柴田真紀 (2015). 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験: 病棟における参加観察から. 日本精神保健看護学会誌, 24(1), 23-32.
- 白柿 綾 (2010). その背景にあるもの: 患者の「語り」と町のエスノグラフィー. 精神科看護, 37(10), 12-17.
- Smith, P. (1992) / 武井麻子・前田泰樹 監訳 (2000). 感情労働としての看護. 東京: ゆみる出版.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護: 人とかかわりを職業とすることの意味. 220-249, 東京: 医学書院.
- 玉里久美 (2013). 慢性統合失調症患者がとらえた看護師による傾聴の意義とその様相. 日本精神保健看護学会誌, 22(2), 58-67.
- Thomas, S.P. and Pollio, H.R. (2002) / 川原由佳里 監修, 松本 淳 訳 (2006). 患者の声を聞く. 東京: エルゼビア・ジャパン.
- 浮舟裕介, 田嶋長子 (2014). 否定的感情を抱いた患者への精神科看護師の体験. 日本精神保健看護学会誌, 23(2), 31-40.
- 渡邊多恵, 上野和美, 片岡 健 (2014). 救急医療における患者の生死に関わる看護師の感情体験. 日本職業・災害医学会誌, 62(1), 17-22.
- White, C., and Denborough, D. (1998) / 小森康永 訳 (2000). ナラティブ・セラピーの実践. 東京: 金剛出版.
- Williams, M.B. and Sommer, J.F. (1999) / 小西聖子, 金田ユリ子 訳 (2003). セルフケアと傷つきやすいセラピスト. Stamm, B.H. (編): 二次的外傷性ストレス: 臨床家, 研究者, 教育者のためのセルフケアの問題. 220-235, 東京: 誠信書房.
- やまだようこ (2007). ナラティブ研究. やまだようこ (編): 質的心理学の方法—語りをきく. 54-71, 東京: 新曜社.

[平成27年11月27日受 付]  
[平成28年5月6日採用決定]



## 人工股関節患者が選ぶ生活の重要な領域と満足度の変化

Important Life Domains and Satisfaction Levels in Total Hip Arthroplasty Patients

藤田 君 支<sup>1)</sup> 牧 本 清 子<sup>2)</sup>  
Kimie Fujita Kiyoko Makimoto

キーワード：人工股関節，満足度，QOL，関節炎  
Key Words：total hip arthroplasty, satisfaction, QOL, arthritis

### はじめに

人工股関節全置換術 (total hip arthroplasty: THA) では、痛みや身体機能の改善は術後3～6か月で現れるが (Towheed & Hochberg, 1996)、医療者の評価と患者のとらえるQOLは必ずしも一致しない (Wright, Rudicel, & Feinstein, 1994) ため、医療の受け手である患者側からみたQOL評価が重要である。

THA患者の患者立脚型アウトカム指標として、36-Item Short Form Health Survey (SF-36) やThe Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (以下WOMAC)、The Oxford hip score (以下OHS) など健康関連QOL尺度により術後の改善が多数報告されている (Nilsson, Petersson, Roos, & Lohmander, 2003; Fujita, Makimoto, Higo, Shigematsu, & Hotokebuchi, 2009; Jones & Pohar, 2012)。しかし、健康関連QOLは薬剤効果や医療介入の評価を目的に発展してきた (Fayers & Machin, 2000; 福原・数間, 2005) ため、健康に直接的な影響を受ける内容に偏重している。

Gill & Feinstein (1994) はQOL尺度を用いた75論文について文献レビューを行い、QOLの定義が明確になされていたのは15%のみで、包括的なQOLと健康関連QOLを区別して評価した文献がなかったことを指摘している。また、Bowling (1995) は2,000人の一般成人が選んだ生活の重要な領域において、5番目までの重要な領域に健康を選んだのは半数程度であったことや既存の健康関連QOL尺度項目との相違を示している。

健康関連QOL尺度の多くは研究者が設定した項目に患者が回答する定量的評価で、患者が本来QOLとして何を重要視するかは軽視されている。また、QOLは個人の価値の変化を反映して、動的な性質をもつことが指摘されている (田村, 2002)。この問題を解決する方法

として、個人の価値観に基づく尺度 (the schedule for the evaluation of individual quality of life: SEIQOL) (O'Boyle, McGee, Hickey, O'Malley, & Joyce, 1992) が開発された。SEIQOLは、時間の経過や病態の進行などにより個人の価値観が変化しても対応できる尺度として使用され (Joyce, Hickey, McGee, & O'Boyle, 2003)、回転ディスクを用いた実用的なSEIQOL-DW (direct weighting) も開発されている。Wettergren, Kettis-Lindblad, Sprangers, & Ring (2009) は、SEIQOL-DWについての39文献をシステマティックレビューし、難病やがんなどさまざまな疾患をもつ対象で個人の価値観を反映したQOL評価値や選択領域の多様性を報告している。これらの方法は対象が重視するQOLを的確にとらえられる一方で、面接調査であるため多数の対象の評価や郵送による調査には適さない。

THAは待機的手術で、手術の決断や時期には病状とともに患者の希望が尊重されるため、患者の手術への期待は個人差が大きい。Mancuso, Jout, Salvati, & Sculco (2009) はTHAの術前対象者の手術への期待は、痛みや身体機能だけでなく心理面の改善や社会活動への参加などがあり、有職者や若い人は術後満足度が高い傾向を明らかにした。対象者の属性が術後満足度に関連することが示唆されたが、この調査は術後4年に行われ、ADL指導など看護支援が重要な術後間もない時期の状況は明らかにされておらず、回復過程での対象者の意向を加味したQOLの検討が必要と考える。

本研究の目的は、THA患者が重視するQOLを把握するために、個人が選んだ生活の重要な領域とその満足度について、術前、術後6週と術後6か月の変化と性・年齢による特徴を明らかにする。さらに、選ばれた領域に基づいた満足度と関節疾患特異的な尺度との関連を明らかにする。

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

2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine

## I. 研究方法

### 1. 対象者

調査対象者は、A県内の大学医学部附属病院の整形外科で、2003年7月～2005年8月までにTHAを受ける予定登録者のうち、研究参加に同意し、以下の基準を満たす者とした。対象者の選択基準は、①初回のTHA予定である、②自記式質問紙の内容を理解して自分で回答できる人、③術前に在宅で生活している人とした。除外基準は、術後6か月以内に反対側のTHAを受けた人を除いた。対象者を集めた病院では術式や後療法、退院指導はクリティカルパスで標準化されていた。

### 2. データ収集方法

対象者には調査の主旨と目的を文書で説明し、術前に参加協力を依頼した。調査には自記式質問紙を使用した。術前調査票は手術前2日に配布、留め置き法で回収した。術後調査は術後6週と6か月に郵送で行った。なお、THAは待機的手術であり、手術予定登録からTHAを受けるまでに1年ほどの時間を要する対象者がいた。そのため、縦断調査期間は2003年7月から2007年8月であった。原疾患や術後合併症等の疾患や手術については、診療録から情報を得た。

### 3. 調査項目

#### a. 患者が選択する重要な生活領域

THAを受けた20名を対象に手術前後の生活体験を明らかにした先行研究において、術後期間にかかわらず、患者は歩容や仕事、家事など自分の役割を果たすことが重要なことが示された (Fujita, Makimoto, & Hotokebuchi, 2006)。また、先行研究 (Hickey, et al., 1999; Fujita, et al., 2006) を参考に、THA患者の生活の質の重要な領域について、整形外科専門医1名と共同研究者とともに検討し、家族や仕事、歩容などを含む9つの領域を選出した。さらに、他の選択領域を探索するため、患者が自由に記載できる領域枠 (複数回答可) を設けた。対象者は9領域の選択項目と自由記載を含めたなかから、優先度順に5つの重要な領域を回答してもらった。

#### b. 重要な生活領域の満足度

対象者が選択した5領域について、満足度を「全く満足してない」0点～「非常に満足した」10点の6段階のリッカートスケールで回答を得て、得点が高いほど高い満足を示すよう得点化した。その後、選択された5領域の満足度得点を加算して、50点を最高値とする重要な生活領域の満足度総点を算出した。

#### c. 関節疾患特異的QOL (身体面)

関節疾患特異的なQOL (身体面) の評価にはBellamy, Buchanan, Goldsmith, Campbell, & Stitt, (1988) によって開発されたWOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC) を使用した。WOMACは、骨・関節疾患に特異的な尺度として患者自身が身体的な健康状態を評価するもので、広く活用されている (Jones & Pohar, 2012)。「痛み」(5項目)、「こわばり」(2項目)、「身体機能」(17項目)の3下位尺度からなる全24項目で、回答形式は日常生活での痛みや困難の程度について5段階のリッカートスケールで回答を得る。得点は素点では、「痛み」が最大値20点、「こわばり」8点、「身体機能」68点で、尺度得点が高いほど痛みや困難の程度が強いことを示す。本研究では、筆者らが2002年～2003年にかけての調査で信頼性・妥当性を明らかにした日本版を用いた (藤田・牧本, 2007)。

#### d. 関節疾患特異的QOL (心理面)

関節疾患特異的なQOL (心理面) の評価には、Meenan, Mason, Anderson, Guccione, & Kazis (1992) が開発したAIMS (Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS) 2の下位尺度である「気分」5項目を使用した。回答形式は各問いについて「いつも」から「全くない」で回答し、得点が高いほど抑うつ気分が強いことを示す。日本語版尺度の信頼性と妥当性は、佐藤ら (1995) によって確認されている。

#### e. 属性に関する項目

属性に関する項目として、年齢・性別・就業の有無・同居家族については質問紙で尋ね、原疾患・術後合併症・合併疾患・術式については診療録より情報収集した。

## 4. 分析方法

患者自身が選んだ重要な5つの領域については手術前、術後6週と術後6か月でそれぞれの領域の度数を算出して割合を比較した。重要な5領域の満足度とWOMACおよびAIMS 2については、手術前と術後2回の平均値について、paired-*t*検定で比較し、相互の単相関をSpearman相関係数で示した。さらに性と年齢2群 (65歳以上群と未満群) 別で重要な領域と満足度総点を得点の正規性の確認を行った後、paired-*t*検定あるいはWilcoxon符号付順位検定で比較した。

## 5. 倫理的配慮

対象者には術前調査の前に研究の目的と方法、回答は自由意志であること、研究参加の有無が診療には影響しないことを文書で説明し、研究への参加同意が得られた場合に調査票を配布した。調査に関する問い合わせについては研究代表者が対応した。術後調査については、術前と同様の

説明を文書で説明し、同意を得られた場合に郵便での返送を依頼した。なお、本調査計画時には、調査施設において研究のための倫理審査会が義務づけられていなかったが、院内の患者を対象とする研究規定に則して、整形外科医療責任者である教授および看護部長の研究計画承諾を得て、対象者への調査依頼を実施し、対象者への倫理的な配慮を十分に行った。なお、調査開始後の2005年に研究者所属施設の倫理審査会に術後調査の研究計画を申請し、承認を受けた。

## II. 結 果

### 1. 対象者の属性

研究対象者の基準を満たし、術前の調査に同意したのは557名であった。術前調査の重要な生活領域の回答に欠損があった12名を除いた545名に術後2回の調査を行った。術後調査票の未回収92名、重要な生活領域の項目に記載がなかった16名、術後6か月以内に反対側のTHAを受けた3名を除外し、全3回の調査に有効な回答があった434名を分析対象者とした(図1)。有効回答率は77.9%で分析対象者の概要は平均年齢が60.6歳で65歳未満が64.7%と多く、女性が85.5%だった。独居は11.5%で65歳以上の人の方が65歳未満の人より多かった( $p < .05$ )。有職者は27.2%で、65歳未満の男性では有職者の割合が高かった( $p < .001$ ) (表1)。

### 2. 患者が選択する重要な生活領域と満足度の手術前後の変化

術前に患者が選択した生活の重要な領域は、「自分の健康」が92.4%と最も多く、次いで「歩容」67.5%、「ADLの自立」65.0%、「家族との交流」64.5%、「社交」58.5%の順であった。術後6週では、「家事」の割合が63.4%に増加し、「社交」が53.2%に減った。術後6か月では術前に比べ「歩容」が60.6%に減り、「家族との交流」「社交」が増えた(図2)。選択9領域以外の自由記載項目には術

前が2名、術後6週では7名と少数の回答で、内容は旅行や運転などさまざまだった。なお、自由記載の領域枠は複数回答可としていたが、複数の領域を記載した人はいなかった。

術前の各領域の満足度の平均点の範囲は2.5から6.4点で、最低は「歩容」で最高は「家族」であった。重要な項目の回答割合が最も多かった「自分の健康」は4.1点とあまり満足してなかった。術後6週ではすべての項目で術前に比べて満足度が高くなった。平均点の範囲は5.6から7.8点で、「歩容」の満足度得点は術前より3点以上改善したが、他の項目に比べ低かった。術後6か月ではさらに満足度が高くなり、すべての項目で6点以上を示した(図3)。

重要な生活領域の満足度総点の変化を図4に示した。術前術後だけでなく、術後6週と術後6か月においても有意な改善を認めた(図4)。

表1 対象者の基本属性

N = 434			
項目	カテゴリー	人数	%
平均年齢 (標準偏差, 範囲)	平均 60.5 (10.1, 33-88)	歳	
性別	男性	63	14.5
	女性	371	85.5
家族	家族と同居	384	88.5
	独居	50	11.5
就業	有り	118	27.2
	無し	316	72.8
原疾患	変形性股関節症	397	91.4
	大腿骨頭壊死	9	2.1
	関節リウマチ	9	2.1
	その他	19	4.4
手術	片側THA	338	77.9
	両側THA	96	22.1
術後合併症	脱臼	6	1.4
	感染	1	0.2

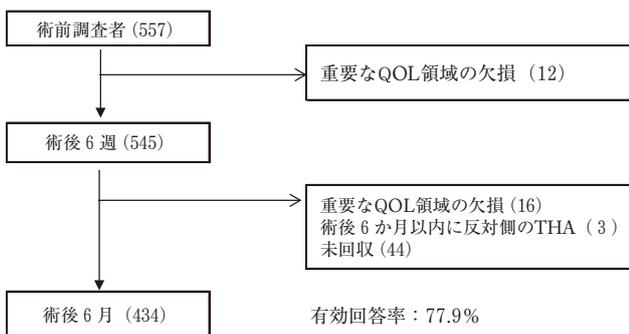


図1 対象者のフロー

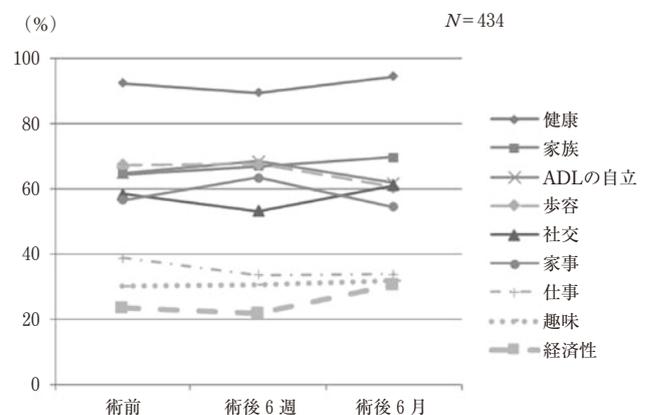


図2 重要な5領域の選択割合の変化 (全体)

[注] 縦軸は選択した患者数の割合を示す。

人工股関節患者が選ぶ生活の重要な領域と満足度の変化

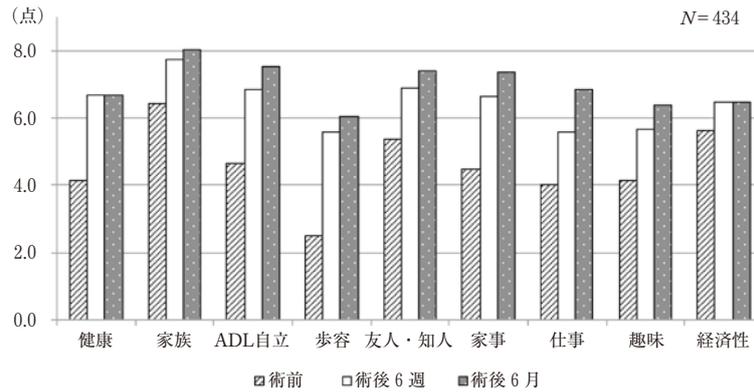


図3 重要な5領域の満足度の平均値の変化(全体)

[注] 満足度の範囲は0-10点, 得点が高いほど満足度が高いことを示す。

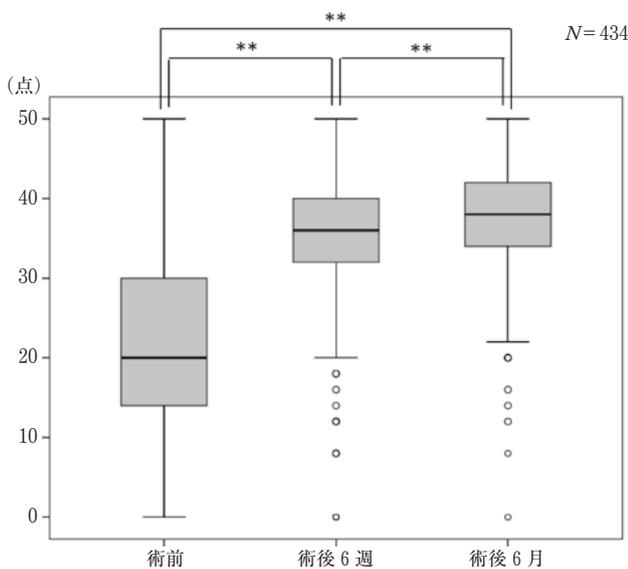


図4 重要な5領域の満足度の変化

[注] 術前術後の比較にはpaired-t検定, \*\* $p < .01$

3. 関節炎特異的なQOL

WOMACの痛み, こわばり, 身体機能の3下位尺度とAIMS 2の気分尺度の平均値については, いずれも術前に比べ, 術後6週, 術後6か月と術後期間が経つほど平均値は有意に改善した ( $p < .001$ )。とくに, WOMACの痛み

が術後6週で低下が大きく, 短期間で改善が著明であった(表2)。

4. 重要な生活領域と関節炎特異的なQOLとの単相関について

重要な生活領域満足度総点とWOMACの痛み, こわばり, 身体機能, AIMS 2の気分との単相関をみた結果, 低~中程度の相関を認め, ( $r = -.224 \sim -.590, p < .01$ ), 重要な生活領域満足度総点が高いことは抑うつ気分や身体機能に困難が少ないことと有意に関連していた(表3)。

5. 性・年齢別の重要な生活領域と満足度総点の変化

性別, 年齢別に重要な生活領域の変化をみると, 手術後とも「自分の健康」が最も多かったが, 術後は女性に比べ男性のほうがやや多かった。次いで, 65歳未満の男性は「仕事」が術前77.5%, 術後は80%と選択した人が多かったが, 65歳未満の女性では手術前後とも「仕事」の割合は低く, 「家族」「歩容」「家事」を選んだ人が多かった。とくに「家事」は術後6週では「自分の健康」に次いで多く, 女性にとって重要なことが示された一方で, 男性は年齢にかかわらず最も少なかった。また, 65歳以上の高齢群では男女とも術後に「ADLの自立」が「自分の健康」の次に多く, 高齢男性が「仕事」を選んだ割合は術前術後と

表2 関節疾患特異的QOLの術前, 術後6週, 術後6月の変化

	術前		術後6週		術後6月	
	平均値	(±SD)	平均値	(±SD)	平均値	(±SD)
WOMAC 痛み	7.9	(4.1)	2.0	(2.2)	1.5	(2.0)
WOMAC こわばり	2.8	(1.8)	1.9	(1.2)	1.4	(1.3)
WOMAC 身体機能	30.1	(13.8)	14.9	(9.1)	11.0	(8.4)
AIMS 2 気分	21.6	(9.5)	11.5	(8.4)	9.6	(8.5)

注1: WOMAC = Western Ontario Macmaster University scales; AIMS = Arthritis Impact Measurement Scale

注2: WOMAC 痛み (0-20), WOMAC こわばり (0-8), WOMAC 身体機能 (0-68), AIMS 2 気分 (0-50)

注3: 術前と術後1か月, 術前と術後6か月の全ての変数間のpaired-t検定は有意差を示した ( $p < .001$ )。

表3 重要な領域の満足度とWOMAC, AIMS 2の相関関係

N=434

		術前				術後6週				術後6月			
		WOMAC 痛み	WOMAC こわばり	WOMAC 身体機能	AIMS 2 気分	WOMAC 痛み	WOMAC こわばり	WOMAC 身体機能	AIMS 2 気分	WOMAC 痛み	WOMAC こわばり	WOMAC 身体機能	AIMS 2 気分
術前	満足度	-.311**	-.224**	-.350**	-.422**	-.137**	-.104*	-.191**	-.084	-.105*	-.059	-.171**	-.132**
術後6週	満足度	-.135**	-.047	-.084	-.213**	-.305**	-.238**	-.401**	-.556**	-.251**	-.202**	-.348**	-.438**
術後6月	満足度	-.095*	-.070	-.085	-.287**	-.284**	-.249**	-.390**	-.502**	-.325**	-.283**	-.481**	-.590**

Spearman 相関係数 \*\* $p < .01$  \* $p < .05$

も約40%にとどまった(図5~図8)。

性別, 年齢別にみた重要な生活領域の満足度総点は, 65歳未満の女性は術前が20.9と4群中最も満足度総点が低

かったが, 術後6か月では38.1と男性と同程度に高くなり, 変化率が大きかった。術前は4群とも得点のばらつきが大きいが, 術後は小さくなり, 男性2群は術後6週と術後6か月では有意差を示さなかった(図9)。

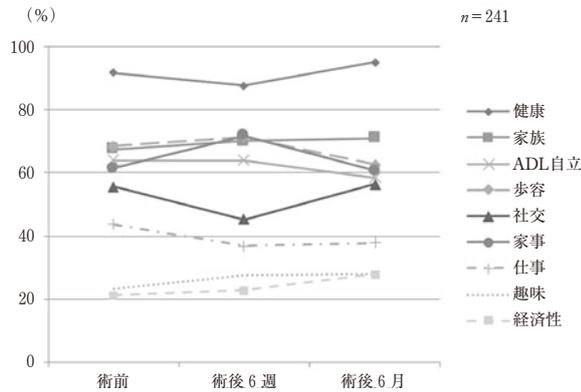


図5 65歳未満, 女性の重要な5領域

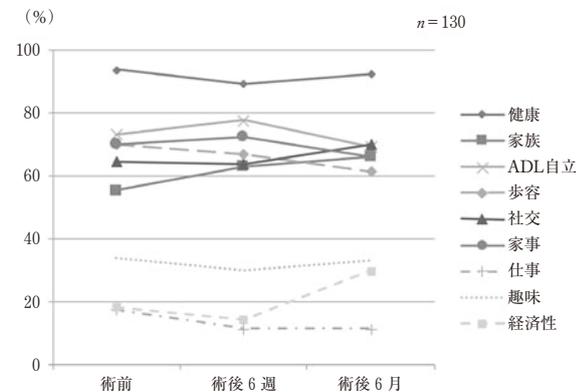


図6 65歳以上, 女性の重要な5領域

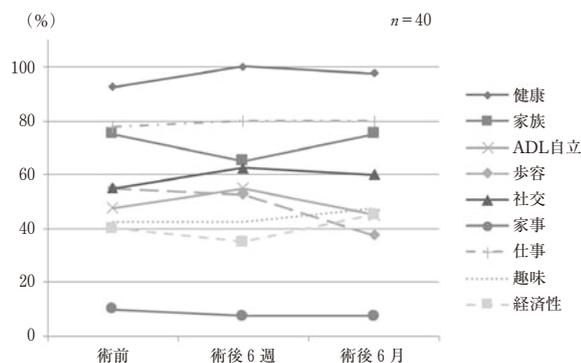


図7 65歳未満, 男性の重要な5領域

III. 考 察  
本研究の結果, THA患者が選択した重要な生活領域は, 手術前後を通じ「自分の健康」が最も多く, 他の領域については, 術前は「歩容」, 女性は「家事」, 男性は「仕事」, 高齢者は「ADLの自立」を選択した人が多く, 評価時期

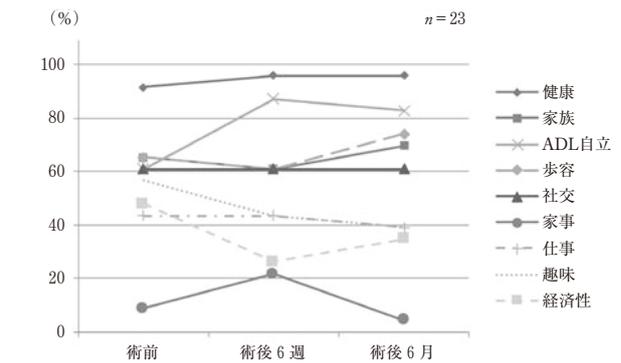


図8 65歳以上, 男性の重要な5領域

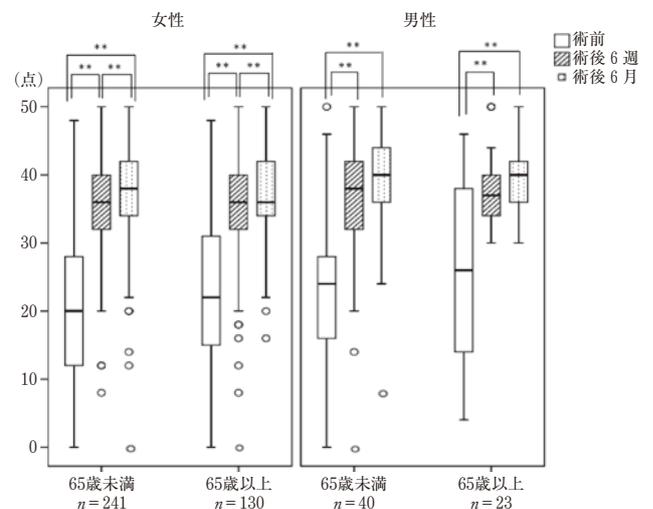


図9 性・年齢別にみた重要な5領域の満足度の変化

[注] Wilcoxon符号付順位検定, \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

や属性による特徴が明らかになった。また、関節疾患に特異的な2つのQOL尺度と重要な領域満足度総点はいずれも術後に改善を示し、相互に有意な関連を示したが、高い相関は認めなかった。本研究によりTHA患者が選んだ生活領域の特徴や変化が明らかになったため、個人が重視する生活領域を適時にとらえ、対象や手術前後の時期に応じた支援の検討が必要と考える。

THA患者が、最も重視するのは手術前後を通して「自分の健康」が9割と高く、QOLにおける身体的側面の重要性が示された。一方で、大きな手術前や術後間もない時期であっても、「自分の健康」を5つ以内の重要な領域に選ばなかった人が10%程度いたことは興味深かった。O'Boyle, et al. (1992) の半構造化面接による20名の人工股関節患者を対象とした研究では、キューとよばれる重要な5領域と重みをかけてSEIQOLが算出されたが、対象者の50%だけが「自分の健康」を選んでおり本研究よりさらに少なかった。方法論が異なるため割合の単純な比較はできないが、本調査ではあらかじめ重要な領域を9つあげ、さらに自由記載枠を含んだ選択肢から選んでもらったため、対象者は選ぶのが容易であったものと思われる。SEIQOLにおいても、自由な選択に迷う人には参考リストが提示されており、選択肢の提示は患者の選ぶ負担を軽減できるものと思われる。

術前と術後2時点での重要な領域の変化については、術前と術後6週では「歩容」や「ADLの自立」の割合が高く、股関節障害の影響と思われたが、術後6か月では「社交」が高くなっており、術後に痛みや歩行障害が改善し、友人や知人との付き合いが重視されたものと考えられる。手術前後で患者が重きをおく生活領域が変わり、価値づけが変化したことがうかがえるが、Lieberman, Thomas, Finerman, & Dorey (2003) は患者の60%がTHAを受ける理由が術後に変化したことを報告している。

満足度に関しては、どの領域も術前に比べ術後の満足が高かったが、とくに「歩容」は改善率が高かった。THA患者の質的な先行研究 (Fujita, et al., 2006) において、術前は跛行により長年歩容が悪いことが劣等感になり、患者の心理的な負担となっていた。女性のTHA患者の歩容に影響する要因として、疼痛や脚長差とともに自尊感情があったことも明らかにされており (松本・泉・平松・正源寺, 2014)、患者にとって「歩容」は「自分の健康」に次いで重要な生活領域であり、その満足度の改善は影響が大きいと思われる。また、重要な生活領域の満足度総点と関節疾患特異的な尺度とは有意な関連は認めが低～中程度にとどまっており、THA患者の重要な生活領域の満足度は、股関節障害による身体機能レベルや抑うつ気分以外の影響も受けることが示唆された。

患者が選んだ領域についての優先度では、性別や年齢による特徴が示された。壮年男性は手術前後を通じて「仕事」を重視する割合が高かったのは、有職者が多く、家族の扶養や収入を得る仕事の責任を感じているものと思われる。一方、女性は家事ができることを重要ととらえおり、いずれも領域は異なるが成人として家庭や社会で自己の期待される役割を担うという意向を反映するものと思われる。先行研究 (Fujita, et al., 2006) と同様であった。また、高齢者では男女とも「ADLの自立」を選んだ割合が多かったのは、65歳以上の独居者が多かったことや、術後に股関節障害が回復しても年齢が高いほど移動能や歩行能力が低く (安田ら, 2009)、老化に向き合いながら自立した日常生活を送ることを望んでいることが推察された。これらの患者属性による特徴を把握することは、患者のニーズに応じた患者教育内容の焦点化に役立つと思われる。

看護実践への示唆として、術前と術後短期に患者が選択した重要な生活領域は「歩容」や「ADLの自立」が多いため、苦痛の緩和をはかりながら、術後の身体機能の回復に即したセルフケア支援や歩行援助が必要と考える。また、女性は「家事」、男性は「仕事」を重視した人が多かったため、人工股関節の合併症予防を行いながら、患者が求める家事や仕事役割がとれるような日常生活動作の工夫について情報提供を行うことが重要と示唆された。

#### IV. 研究の限界と今後の課題

本研究はTHA患者が選択する重要な生活領域の選択について、あらかじめ選択肢を用意したことで回答者の負担が少ない反面、自由な選択の幅を狭めた可能性があったことである。本調査では多数例の調査を可能にするため簡便な方法をとったが、選択肢に回答が左右された可能性は否定できない。また、先行研究を参考に選択肢の選定と5領域で満足度総点を算出したが、方法の妥当性が十分とはいえない。

本研究の対象者数は多いが、一施設のみの参加者を集めており、原疾患に性別の偏りがあるため、男性患者の比率が少なかった。また、調査開始から終了までに時間を要し、術前データは最新とはいいがたく、結果の一般化には限界があると思われる。

#### V. 結 論

THA患者が選択する重要な生活領域は、術前は「自分の健康」「歩容」が多かったが、術後は「家事」「社交」が増え、手術前後の変化が示された。性・年齢別では、女性は「家事」、男性は「仕事」、高齢者は「ADLの自立」を

選択した人が多く、属性による特徴が明らかになった。また、各領域の満足度については、術前に比べ術後に改善し、関節疾患に特異的な2つのQOL尺度とも低～中程度

の関連があった。THA患者が重視する生活領域の属性による特徴や時期による変化を把握することは、患者のニーズに応じた患者教育に有用なことが示唆された。

## 要 旨

**目的：**本研究は人工股関節全置換術患者が選ぶ生活の重要な領域とその満足度について、術前と術後6週・6か月の変化と性・年齢による特徴を明らかにし、関節疾患尺度との関連を調査する。

**方法：**手術予定者に自記式質問紙で重要な5領域とその満足度、関節疾患尺度(WOMAC, AIMS 2)を手術前後で調査した。分析方法は重要な領域と満足度を時期・属性別に比較し、尺度の関連は単相関を行った。

**結果：**3回の調査に回答した434名を分析対象とした(有効回答率77.9%)。重要な領域は、術前は「自分の健康」「歩容」が多かったが、術後は「家事」「社交」が増え、属性別では、女性は「家事」、男性は「仕事」、高齢者は「ADLの自立」が多かった。各領域の満足度は術後に改善し、関節疾患尺度とも有意な関連を示した。

**結論：**患者が重視する領域の特徴や時期による変化が示され、個人のニーズに応じた看護支援への示唆が得られた。

## Abstract

The purpose of this study was to investigate what total hip arthroplasty patients consider important domains of life and to monitor changes in these priorities and their associated satisfaction levels. A secondary purpose was to examine other arthritis scales and satisfaction scores. Data were collected preoperatively and at 6 weeks and 6 months postoperatively. Patients were asked to select the five most important domains of their lives, to report their satisfaction levels in these domains, and to complete two arthritis scales (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and Arthritis Impact Measurement Scale 2). Completed questionnaire data were collected from 434 patients at all three time points (valid response rate: 77.9%). The most important domains of life were Personal health, Locomotion/limp, Independence in activities of daily living, Family, and Relationships. A majority of females selected Housework as an important life domain; a majority of males selected Work. Patients  $\geq 65$  years were more likely to select Independence in activities of daily living. Satisfaction scores improved between pre-operative and 6 months post-operative assessments. Age and gender were associated with choice of important life domains. To assess the important domains of life of total hip arthroplasty patients, nurses must consider the patient's perspective.

## 文 献

- Bellamy, N., Buchanan, W.W., Goldsmith, C.H., Campbell, J., and Stitt, L.W. (1988). Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol*, 15(12), 1833-1840.
- Bowling, A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*, 41(10), 1447-1462.
- Fayers, P.M. and Machin, D. (2000) / 福原俊一, 数間恵子 訳 (2005). QOL評価学: 測定, 解析, 解釈のすべて. 2-4, 東京: 中山書店.
- Fujita, K., Makimoto, K., and Hotokebuchi, T. (2006). Qualitative study of osteoarthritis patients' experience before and after total hip arthroplasty in Japan. *Nurs Health Sci*, 8(2), 81-87.
- 藤田君支, 牧本清子 (2007). 人工股関節患者における日本語版 Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) の信頼性と妥当性の検討. *日本看護科学会誌*, 27(2), 53-60.
- Fujita, K., Makimoto, K., Higo, T., Shigematsu, M., and Hotokebuchi, T. (2009). Changes in the WOMAC, EuroQol and Japanese lifestyle measurements among patients undergoing total hip arthroplasty. *Osteoarthritis Cartilage*, 17(7), 848-855.
- Gill, T.M., and Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272(8), 619-626.
- Hickey, A.M., Bury, G., O'Boyle, C.A., Bradley, F., O'Kelly, F.D., and Shannon, W. (1996). A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *BMJ*, 313(7048), 29-33.
- Jones, C.A. and Pohar, S. (2012). Health-related quality of life after total joint arthroplasty: a scoping review. *Clin Geriatr Med*, 28(3), 395-429.
- Joyce, C.R., Hickey, A., McGee, H.M., and O'Boyle, C.A. (2003). A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: the SEIQoL. *Qual Life Res*, 12(3), 275-280.
- Lieberman, J.R., Thomas, B.J., Finerman, G.A., and Dorey, F. (2003). Patients' reasons for undergoing total hip arthroplasty can change over time. *J Arthroplasty*, 18(1), 63-68.
- Mancuso, C.A., Jout, J., Salvati, E.A., and Sculco, T.P. (2009). Fulfillment of patients' expectations for total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*, 91(9), 2073-2078.
- 松本智里, 泉キヨ子, 平松知子, 正源寺美穂 (2014). 女性人工股関節全置換術患者が主観的に評価する歩容とその影響要因. *日本看護科学会誌*, 34(1), 19-26.
- Meenan, R.F., Mason, J.H., Anderson, J.J., Guccione, A.A., and Kazis, L.E. (1992). AIMS 2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum*, 35(1), 1-10.

- Nilsdotter, A.K., Petersson, I.F., Roos, E.M., and Lohmander, L.S. (2003). Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study. *Ann Rheum Dis*, 62(10), 923-930.
- O'Boyle, C.A., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K., and Joyce, C.R. (1992). Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet*, 339(8801), 1088-1091.
- 佐藤 元, 荒記俊一, 橋本 明, 近藤啓文, 石原義恕, 秋月正史, 忽那龍雄, 椎野泰明, 星 恵子, 鳥飼勝隆, 坪井声示, 西林保朗, 藤森十郎, 諸井泰興 (1995). AIMS 2日本語版の作成と慢性関節リウマチ患者における信頼性および妥当性の検討. *リウマチ*, 35(3), 566-574.
- 田村 誠 (2002). 保健医療における「個人の価値観にもとづく QOL尺度」の可能性と課題. *社会政策研究*, 3, 29-46.
- Towheed, T.E. and Hochberg, M.C. (1996). Health-related quality of life after total hip replacement. *Semin Arthritis Rheum*, 26(1), 483-491.
- Wettergren, L., Kettis-Lindblad, A., Sprangers, M., and Ring, L. (2009). The use, feasibility and psychometric properties of an individualised quality-of-life instrument: a systematic review of the SEIQoL-DW. *Qual Life Res*, 18(6), 737-746.
- Wright, J.G., Rudicel, S., and Feinstein, A.R. (1994). Ask patients what they want. Evaluation of individual complaints before total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br*, 76(2), 229-234.
- 安田加代子, 藤丸温子, 安部美紀, 圓裕美子, 塚本真純, 野村美佳, 道下可奈子, 藤田君支, 古賀明美 (2009). 人工股関節全置換術を受けた患者の満足度とその関連要因. *整形外科看護*, 14(4), 408-414.

[平成28年1月22日受 付]  
[平成28年5月7日採用決定]

## 在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる 4 専門職種の ターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度

— 医師，訪問看護師，ケアマネジャー，ホームヘルパーのアンケート結果より —

Attitudes Toward Care of the Dying and Frequency of Spiritual Care in 4 Professions Involved in  
Home Care of Elderly Adults with Terminal Non-cancer Disease

近藤 由香<sup>1)</sup> 久保川 真由美<sup>2)</sup>  
Yuka Kondo Mayumi Kubokawa

キーワード：在宅療養，終末期非がん高齢者，ターミナルケア態度，スピリチュアルケア

Key Words：home care, elderly adults with terminal non-cancer disease, attitudes toward care of the dying, spiritual care

### はじめに

日本は超高齢・多死社会を迎えており，75歳以上の高齢者の総人口に占める割合は，2060年には26.9%になるといわれている（内閣府，2015）。高齢者が，人生の最期まで自分らしく生活するために，地域の包括的な支援・サービス提供体制—地域包括ケアシステムの構築が推進されている（高橋，2015）。しかし，住み慣れた自宅での死を望む高齢者が多い一方，実際は病院等で死亡する高齢者が多く，わが国の在宅死の割合は，2013年では12.9%と極めて低い（厚生労働省，2015）。

高齢者の終末期は，先行研究からさまざまなパターンに類型化されている（Bomba，2005；島内，2008，p.12）が，慢性疾患・認知症・老衰などの非がんとは異なり，死に至る軌跡に大きな違いがあるとされている（西山，2015，p.31）。非がんは，予後予測が不明瞭という特徴があり（西山，2015，p.31），その平均在宅日数は，がん事例の4倍以上であるため，本人や介護者の苦痛や負担が大きい（島内・小野・内田，2008，p.104）といわれている。また，がんとは異なり，ケアにも大きな違いがあり（島内・小野・内田，2008，p.106），非がん高齢者は，「終末期ケアを受けていない」という指摘もされている（Au, Udriș, Fihn, McDonnell, & Curtis, 2006）。

終末期の対象者は，生の無意味，無価値，無目的，孤独など，自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛であるスピリチュアルペインを抱える（村田，2012，p.1）といわれているが，人生の最終章を生きる高齢者も，死への恐怖（Tsai, Wu, Chiu, Hu, & Chen, 2005）や生老病死という人生の危機的状況に対峙し，スピリチュアリティへの関心が高

まっている存在である（竹田，2010，p.515）。このように，超高齢社会であるわが国の急務の課題として，終末期非がん高齢者が，人生の最期まで自分らしく生活するために，スピリチュアルケアや在宅における終末期ケアを推進していくことが必要であると考えられる。

高齢者への在宅ケアでは，医療・保健・福祉のチームケアが不可欠である（久保川・山田，2000；高橋，2015，p.28）。在宅ケアにおいては，医師，看護師，ケアマネジャー，ホームヘルパーが主に終末期のケアに携わっている（高橋・佐藤，2012）が，よりよい終末期ケアを実践していくうえで，各専門職のケアに臨む態度は重要であると考えられる。したがって，在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種のターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度を明らかにすることは，終末期非がん高齢者にかかわる専門職のケアの質の向上につながっていくと考えられる。

終末期がん患者にかかわる看護師や医師のターミナルケア態度に関する先行研究（Frommelt，2003；Frommelt，1991；十時，1999；中井ら，2006；中西・志自岐・勝野・習田，2012；大町ほか，2009；横尾・吉原・松島・大町，2010）は，いくつか報告されている。しかし，看護師や医師以外の他職種種のターミナルケア態度に関する研究は，ほとんどみられていない。また，高齢者のスピリチュアルケアに関する研究も，スピリチュアリティ概念構造の検討（竹田・太湯，2006）やスピリチュアリティ健康尺度の開発（竹田ら，2007），また入院高齢者（小楠，2004）および終末期の高齢がん患者（小楠・萩原・狩浦，2007；Tsai, et al., 2005）など，健康高齢者やがん高齢者などの研究は行われているが，非がん高齢者のスピリチュアルケアを明らかにした研究はほとんどみられていない。

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

2) 前茨城キリスト教大学大学院看護学研究科 Formerly Graduate School of Nursing, Ibaraki Christian University

本研究の目的は、在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種ターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度を明らかにすることである。これらを明らかにすることによって、終末期の非がん高齢者が、残された人生をその人らしく過ごすことができるケアを創出することに寄与できると考える。

## I. 用語の操作的定義

### 1. 終末期非がん高齢者

高齢者の終末期は、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」(日本老年医学会, 2012)とされている。本研究では、医師が終末期と判断し、主要疾患ががん以外である高齢者を、終末期非がん高齢者という。

### 2. ターミナルケア態度

態度とは、事物に処するかまえ・考え方・行動傾向である(新村, 1998, p.1610)。本研究では、在宅ケアにかかわる在宅療養支援診療所医師・訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパーの終末期ケアに関する態度であり、中井ら(2006)が翻訳し作成したFrommelt attitudes toward care of the dying scale (FATCOD, Form B)(以下、FATCOD-B-Jとする)をもって、ターミナルケア態度とする。

### 3. スピリチュアルケア

トータルペインを構成する要素であるスピリチュアリティは、現在では、身体的・精神的、社会的苦痛と並列的に並ぶ概念ではなく、身体的・精神的・社会的苦痛すべてを包括し基盤となる性質のものであると考えられており(青木, 2004; 比嘉, 2006)、終末期にある対象者を把握するための重要な要素とされている。本研究におけるスピリチュアリティとは、日本人高齢者のスピリチュアリティを「自己」「他者や環境」「超越的なもの」の3層からなる重層的構造であるとした竹田・太湯(2006)のものとする。そして、そのスピリチュアルケアは、「自己の存在や生きる意味の探求といったスピリチュアリティを支えることによって、対象者が拠り所を見だし、人間らしく、その人らしく生きることを支援すること」(竹田・太湯, 2006, p.62)とする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

実態調査研究。

### 2. 研究期間

2012年9月～2013年3月。

### 3. 研究対象者と調査方法

在宅死の割合は、都市部・郡部で差異があり、多い都県・少ない都県(厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室, 2014)がみられる。本研究では、都市部・群部で在宅死が多い都県・少ない都県の2都県を調査した。2都県の在宅療養支援診療所医師(以下、医師とする)、訪問看護師(以下、訪看とする)、ケアマネジャー(以下、ケアマネとする)、ホームヘルパー(以下、ヘルパーとする)が、それぞれ勤務する在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅介護支援事業所、訪問介護事業所は、全数4,744事業所(在宅療養支援診療所1,354、訪問看護ステーション421、在宅介護支援事業所1,516、訪問介護事業所1,453)であった。訪問看護ステーション以外は、それぞれ500事業所を無作為抽出した(訪問看護ステーションは、2都県の全数が421事業所であったため全数を対象とした)。

在宅療養支援診療所500事業所、在宅介護支援事業所500事業所、訪問介護事業所500事業所、訪問看護ステーション421事業所の合計1,921事業所に質問紙を郵送した。各専門職の対象数を揃えるため、事業所1か所につき、1名の専門職の回答を依頼した。質問紙は自記式質問紙であった。研究目的と趣旨、匿名性の保持、任意性、公表予定等を記載した文書と質問紙を事業所に郵送し、事業主より対象者に文書と質問紙を配布してもらった。返送をもって研究参加に同意したものとした。

### 4. 調査内容

#### (1) 基本的属性

基本的属性の質問項目は、性別、年齢、所属機関が1か月でかかっている事例数、在宅ケアの経験年数、これまでに経験した在宅ケアでかかわった終末期の事例数、終末期研修の有無(終末期全般)などについてであった。

#### (2) ターミナルケア態度尺度

ターミナルケア態度尺度であるFATCOD-B-Jを使用した。この尺度は、米国のFrommelt(1991)が開発した家族以外のケア提供者のターミナルケア態度を測定する死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度であり、中井ら(2006)が、日本語版(FATCOD-B-J)を作成し、その内的整合性・再現性の信頼性を確認したものである。FATCOD-B-Jは、3つの下位尺度である因子Ⅰ〈死にゆく患者へのケアの前向きさ〉16項目、因子Ⅱ〈患者・家族を中心とするケアの認識〉13項目、因子Ⅲ〈死の考え方〉1項目の全部で30項目の質問紙で構成されている。「全く

そうは思わない」から「非常にそう思う」までの5件法のリッカートスケールであり、「全くそうは思わない」から「非常にそう思う」の5つをそれぞれ1点から5点として計算する。得点範囲は、下位尺度の因子Ⅰ〈死にゆく患者へのケアの前向きさ：以下、因子Ⅰとする〉が16～80点、因子Ⅱ〈患者・家族を中心とするケアの認識：以下、因子Ⅱとする〉が13～65点、因子Ⅲ〈死の考え方：以下、因子Ⅲとする〉が1～5点で、ターミナルケア態度総得点は30～150点であり、ターミナルケア態度が積極的になるほど得点が高くなるように配点されている。なお、通常は下位尺度の因子Ⅲは使用しないことが望ましいとされている(宮下, 2005) ことより、今回の調査においては、下位尺度の因子Ⅰ、因子Ⅱ、総得点を算出した。質問紙は、著作者の承諾を文書で得てから使用した。

### (3) スピリチュアルケア実施頻度

竹田(2010)は、スピリチュアルケアの実践内容について、「症状のコントロール/生理的ニーズの充足をはかる」「関心を向ける」「コミュニケーションをはかる」「寄り添う/ともにいる」「希望を与える」「価値・信念を支える/その人らしさを尊重し支える」「死の受容・人生の統合に向けて支援する」「人と人の関係を保てる/環境を整える」「自然とのふれあい・気分転換等、より生きる喜びを支援する」「ケアの道具として自分自身を使う」「相手を大切に日々のケアを行う」の11要素を文献検討より抽出している。本研究では、竹田(2010)が抽出した11項目を、スピリチュアルケア実施頻度の項目とした。竹田(2010, p.520)は、スピリチュアルの特定の苦悩に対する個別的なケアは、看護職のかかわりのみでは不十分である場合があり、他職種で実践することの必要性を指摘している。以上より、本研究で作成した質問紙は、訪看と医師、ケアマネ、ヘルパーの専門職を対象とした。

質問は、「全く実施していない」から「すべてに実施していた」までの5件法で行い、得点化した。質問紙は、著作者の承諾を文書で得てから使用した。調査の施行前、在宅看護領域の教育を専門とする看護教員2名にプレテストを行い、妥当性を検討した。

## 5. 分析方法

基本的属性については単純集計を行った。基本的属性とFATCO-B-Jとの間は、*t*検定または一元配置分散分析を行った。基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度との間は、Mann-Whitneyの*U*検定またはKruskal-Wallis検定を行った。*t*検定に関しては、等分散性を仮定できない場合は、Welchの検定を行った。一元配置分散分析は、等分散性を仮定でき、有意差がある場合、Bonferroniの方法による多重比較を行った。等分散性を仮定できない場合

は、Kruskal-Wallis検定を行った。FATCOD-B-Jおよびスピリチュアルケア実施頻度との間では、Spearmanの順位相関係数の検定を行った。分析は統計ソフト『IBM SPSS Statistics ver. 21』を用いた。有意基準は $p < .05$ とした。

## 6. 倫理的配慮

研究目的と趣旨、匿名性の保持、任意性、公表予定等を記載した文書と質問紙を事業所に郵送し、事業主より対象者に文書と質問紙を配布してもらった。質問紙の返送をもって研究参加に同意したものとした。質問紙は無記名とし、データはコード化し、プライバシーの保護を確保した。本研究は、茨城キリスト教大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号12-17)。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の概要(表1)

419事業所からの回答があり、回収率は21.8%であった。そのうちすべての質問項目に回答をした295名(295事業所)を分析の対象とした。有効回答率は15.5%であった。対象者は、医師54名、訪看104名、ケアマネ85名、ヘルパー52名であった。対象の性別は、医師は男性が51名(94.4%)であったが、訪看、ケアマネ、ヘルパーはほとんどが女性であった。年齢は職種全体では、41～50歳が129名(43.7%)で最も多かった。在宅ケアの経験年数は、医師と訪看の半数以上が10年以上を経験していた。また、在宅ケアでかかわった終末期の経験事例数は、医師と訪看の7割以上が21事例以上であった。終末期研修の参加は、訪看が8割以上と最も多くみられた。ケアマネとヘルパーは、医師や訪看に比べて、在宅ケアの経験年数や終末期の経験事例数が少なかったが、終末期研修は、半数以上が参加していた。対象者のリビングウィルを把握しているかについては、すべてを把握しているが、医師は14.8%、訪看は9.6%、ケアマネは5.9%、ヘルパーは3.8%であり、職種全体は8.5%と低い傾向であった。

### 2. 基本的属性とターミナルケア態度(表1)

基本的属性とターミナルケア態度との関連について、表1に示した。対象者の基本的属性とFATCOD-B-Jとの関連においては、対象者の性別および年齢とFATCOD-B-J得点に有意差はみられなかった。在宅ケアの経験年数は、4職種全体において、因子ⅠとFATCOD-B-J合計点では、10年未満と10年以上との間に有意差がみられた( $p < .05$ )。終末期の経験事例数は、訪看とケアマネでは、因子Ⅰ( $p < .05$ )において、4職種全体では、因子Ⅰ( $p < .001$ )と因子Ⅱ( $p < .01$ )、FATCOD-B-J合計点( $p < .001$ )において20事

表1 基本的属性とFATCOD-B-J

(n = 295, Mean ± SD)

対象者の属性	人数 (%)	FATCOD-B-J				
		因子Ⅰ 死にゆく患者への ケアの前向きさ	因子Ⅱ 患者・家族を中心 とするケアの認識	FATCOD-B-J 合計点		
性別	医師 (n=54)	男	51 (94.4)	62.5±6.7	51.8±4.9	118.3±10.5
		女	3 (5.6)	62.3±4.9	52.0±1.0	118.0±5.6
	訪看 (n=104)	男	5 (4.8)	62.4±6.3	51.0±3.4	117.4±9.6
		女	99 (95.2)	66.2±6.0	51.3±4.8	121.3±9.5
	ケアマネジャー (n=85)	男	18 (21.2)	58.8±4.8	48.6±5.2	110.9±8.0
		女	67 (78.8)	59.7±6.1	48.1±5.1	111.5±9.0
	ホームヘルパー (n=52)	男	15 (28.8)	58.3±5.4	48.3±3.5	110.3±7.6
		女	37 (71.2)	59.4±5.3	46.8±4.2	109.9±7.2
4職種全体 (n=295)	男	89 (30.2)	61.0±6.3	50.5±4.9	115.4±10.1	
	女	206 (69.8)	62.8±6.7	49.4±5.1	116.0±10.3	
年齢	医師 (n=54)	20~30歳	0 (0.0)			
		31~40歳	3 (5.6)	61.7±5.5	54.7±2.1	120.0±7.9
		41~50歳	18 (33.3)	64.4±5.2	53.0±4.0	121.7±8.4
		51~60歳	22 (40.7)	62.2±7.7	50.2±5.7	116.2±12.2
		61歳以上	11 (20.4)	60.1±6.1	52.4±3.8	116.5±9.2
	訪看 (n=104)	20~30歳	0 (0.0)			
		31~40歳	19 (18.3)	66.5±7.5	51.7±4.9	122.0±11.7
		41~50歳	56 (53.8)	65.8±5.5	51.5±4.3	121.2±8.3
		51~60歳	26 (25.0)	65.7±6.3	50.4±5.6	120.1±10.9
		61歳以上	3 (2.9)	68.7±2.3	50.7±3.8	123.3±5.5
	ケアマネジャー (n=85)	20~30歳	1 (1.2)	63.0±0.0	43.0±0.0	109.0±0.0
		31~40歳	22 (25.9)	58.5±4.8	47.7±5.5	109.9±7.4
		41~50歳	37 (43.5)	59.4±5.7	47.6±5.0	110.6±8.5
		51~60歳	15 (17.6)	59.5±7.9	49.3±5.0	112.3±11.7
		61歳以上	10 (11.8)	61.9±5.0	50.1±4.9	115.9±7.6
	ホームヘルパー (n=52)	20~30歳	2 (3.8)	55.0±1.4	47.0±1.4	106.0±2.8
		31~40歳	12 (23.1)	59.1±4.6	47.7±4.3	110.8±6.9
		41~50歳	18 (34.6)	58.2±5.3	46.7±4.0	108.3±6.8
		51~60歳	16 (30.8)	60.1±6.3	46.6±3.6	110.3±7.9
		61歳以上	4 (7.7)	61.0±4.4	51.0±5.0	116.0±8.0
4職種全体 (n=295)	20~30歳	3 (1.0)	57.7±4.7	45.7±2.5	107.0±2.6	
	31~40歳	56 (19.0)	61.5±6.7	49.5±5.3	114.8±10.5	
	41~50歳	129 (43.7)	62.7±6.3	49.9±5.0	116.4±9.9	
	51~60歳	79 (26.8)	62.4±7.3	49.4±5.3	115.5±11.4	
	61歳以上	28 (9.5)	61.8±5.6	51.2±4.3	116.9±8.1	
所属機関が 1か月でか かわってい る事例数	医師 (n=54)	10未満	21 (38.9)	60.6±6.9	51.2±5.9	116.0±12.0
		10~30未満	10 (18.5)	63.7±7.2	51.9±4.3	119.5±11.1
		30~50未満	6 (11.1)	63.5±6.7	50.5±4.2	118.2±9.9
		50~100未満	6 (11.1)	63.0±7.1	51.2±2.5	118.0±8.4
		100以上	11 (20.4)	64.1±4.8	54.0±4.0	121.8±7.3
	訪看 (n=104)	10未満	13 (12.5)	67.1±5.3	50.3±3.2	121.3±6.5
		10~30未満	5 (4.8)	63.4±3.3	49.2±2.9	116.2±5.3
		30~50未満	19 (18.3)	64.5±6.0	51.4±5.8	119.8±10.2
		50~100未満	42 (40.4)	65.6±6.5	51.0±5.0	120.4±10.6
		100以上	25 (24.0)	67.8±5.7	52.6±4.2	124.4±8.8
	ケアマネジャー (n=85)	10未満	7 (8.2)	57.7±5.6	49.3±5.9	110.4±3.4
		10~30未満	10 (11.8)	60.8±6.7	49.4±5.3	114.1±10.3
		30~50未満	13 (15.3)	60.7±8.8	47.2±6.5	111.6±14.7
		50~100未満	32 (37.6)	59.1±4.7	47.5±4.5	110.2±6.8
		100以上	23 (27.1)	59.5±5.1	48.8±5.0	111.8±7.7
	ホームヘルパー (n=52)	10未満 : a	11 (21.2)	57.1±3.9	48.4±2.5	109.5±5.1
10~30未満 : b		9 (17.3)	63.0±6.4	50.6±4.1	117.0±8.3	
30~50未満 : c		7 (13.5)	57.4±2.9	44.6±3.5	105.7±3.8	
50~100未満 : d		15 (28.8)	59.3±5.5	46.8±3.8	110.1±7.4	
	100以上 : e	10 (19.2)	58.5±5.5	45.5±4.1	107.3±6.4	
4職種全体 (n=295)	10未満	52 (17.6)	61.1±6.8	50.1±4.8	115.2±9.6	
	10~30未満	34 (11.5)	62.6±6.3	50.4±4.4	116.8±9.4	
	30~50未満	45 (15.3)	62.2±7.0	49.0±6.0	115.0±11.9	
	50~100未満	95 (32.2)	62.2±6.5	49.1±4.9	115.0±10.1	
	100以上	69 (23.4)	63.1±6.6	50.5±5.2	117.3±10.3	

[注] t検定または一元配置分散分析, 多重比較はBonferroni法による. #1: Kruskal-Wallis検定. \* : p < .05.  
FATCOD-B-J: Frommelt attitudes toward care of the dying scale.

表1 基本的属性とFATCOD-B-J(つづき)

(n=295, Mean ± SD)

対象者の属性	人数 (%)	FATCOD-B-J							
		因子Ⅰ 死にゆく患者への ケアの前向きさ	因子Ⅱ 患者・家族を中心 とするケアの認識	FATCOD-B-J 合計点					
在宅ケアの 経験年数	医師 (n=54)	10年未満	15 (27.8)	61.8±6.7	ns	51.4±3.6	ns	117.3± 9.4	ns
		10年以上	39 (72.2)	62.7±6.5	ns	50.2±5.2	ns	118.2±11.5	ns
	訪問 (n=104)	10年未満	50 (48.1)	65.2±6.1	ns	50.9±4.6	ns	120.0± 9.4	ns
		10年以上	54 (51.9)	66.7±5.9	ns	51.6±4.9	ns	122.2± 9.6	ns
	ケアマネジャー (n=85)	10年未満	54 (63.5)	59.1±5.7	ns	48.5±4.7	ns	111.1± 8.8	ns
		10年以上	31 (36.5)	60.3±6.1	ns	47.6±5.7	ns	111.7± 9.0	ns
ホームヘルパー (n=52)	10年未満	32 (61.5)	58.8±5.3	ns	47.6±3.9	ns	110.1± 7.0	ns	
	10年以上	20 (38.5)	59.6±5.4	ns	46.7±4.3	ns	109.9± 7.8	ns	
4職種全体 (n=295)	10年未満	151 (51.2)	61.3±6.4	*	49.4±4.6	ns	114.5± 9.7	*	
	10年以上	144 (48.8)	63.3±6.7	*	50.2±5.5	#2	117.3± 10.7	*	
在宅ケアで かかわった 終末期の経 験事例数	医師 (n=54)	1~20事例	16 (29.6)	61.8±7.3	ns	52.3±4.8	ns	118.2±11.5	ns
		21事例以上	38 (70.4)	62.8±6.3	ns	51.6±4.8	ns	118.3± 9.9	ns
	訪問 (n=104)	1~20事例	30 (28.8)	63.9±6.2	*	51.2±4.7	ns	118.9± 9.7	ns
		21事例以上	74 (71.2)	66.8±5.8	*	51.3±4.8	ns	122.0± 9.4	ns
	ケアマネジャー (n=85)	1~20事例	68 (80.0)	58.9±5.9	*	48.1±4.5	ns	110.6± 8.2	ns
		21事例以上	17 (20.0)	62.2±4.9	*	48.4±7.1	#2	114.4±10.5	ns
ホームヘルパー (n=52)	1~20事例	41 (78.8)	58.9±5.1	ns	47.1±4.0	ns	109.8± 6.9	ns	
	21事例以上	11 (21.2)	59.8±6.2	ns	47.8±4.2	ns	111.0± 8.9	ns	
4職種全体 (n=295)	1~20事例	155 (52.5)	60.1±6.2	***	48.9±4.8	**	112.8± 9.3	***	
	21事例以上	140 (47.5)	64.6±6.3	***	50.8±5.2	**	119.2±10.2	***	
終末期研修 の有無	医師 (n=54)	有	29 (53.7)	64.9±5.7	**	53.3±4.3	*	122.1± 8.9	**
		無	25 (46.3)	59.7±6.4	**	50.1±4.8	*	113.8±10.2	**
	訪問 (n=104)	有	84 (80.8)	66.7±5.7	**	51.6±4.7	ns	122.2± 9.2	*
		無	20 (19.2)	62.9±6.4	**	50.0±4.9	ns	116.8± 9.8	*
	ケアマネジャー (n=85)	有	53 (62.4)	60.1±5.3	ns	48.4±5.4	ns	112.1± 8.1	ns
		無	32 (37.6)	58.6±6.6	ns	47.8±4.7	ns	110.1± 9.9	ns
ホームヘルパー (n=52)	有	27 (51.9)	59.8±5.1	ns	47.2±4.0	ns	110.7± 7.3	ns	
	無	25 (48.1)	58.3±5.5	ns	47.2±4.1	ns	109.3± 7.3	ns	
4職種全体 (n=295)	有	193 (65.4)	63.7±6.3	***	50.4±5.1	*	117.8±10.0	***	
	無	102 (34.6)	59.6±6.4	***	48.6±4.7	*	112.1± 9.7	***	
対象者のリ ビングウィ ルの把握	医師 (n=54)	すべて把握している：a	8 (14.8)	63.4±7.6		53.0±4.3		120.4±10.7	
		している・していない：b★	41 (75.9)	62.7±6.5	ns	51.5±5.0	ns	118.1±10.6	ns
		把握していない：c	5 (9.3)	59.6±5.0		52.8±4.7		116.8± 8.4	
	訪問 (n=104)	すべて把握している：a	10 (9.6)	67.8±8.2		50.5±4.8		122.3±12.5	
		している・していない：b★	84 (80.8)	66.3±5.7	ns	51.4±4.7	ns	121.5± 9.4	ns
		把握していない：c	10 (9.6)	61.5±4.7		51.2±5.2		116.5± 6.9	
ケアマネジャー (n=85)	すべて把握している：a	5 (5.9)	57.4±6.1		51.6±3.5		112.8± 9.1		
	している・していない：b★	65 (76.5)	59.8±5.7	ns	47.5±4.9	ns	111.0± 8.2	ns	
	把握していない：c	15 (17.6)	59.1±6.6		49.8±5.7		112.1±11.5		
ホームヘルパー (n=52)	すべて把握している：a	2 (3.8)	57.4±6.1		51.6±3.5		108.5±13.4	ns	
	している・していない：b★	34 (65.4)	59.8±5.7	ns	47.5±4.9	ns	111.1± 7.0	ns	
	把握していない：c	16 (30.8)	59.1±6.6		49.8±5.7		108.0± 7.2		
4職種全体 (n=295)	すべて把握している：a	25 (8.5)	63.4±8.4		51.4±4.3		118.7±11.6	ac*	
	している・していない：b★	224 (75.9)	62.7±6.4	bc*	49.8±5.0	ns	116.3±10.1	bc*	
	把握していない：c	46 (15.6)	59.7±5.8		48.8±5.4		112.1± 9.3		
スピリチュ アリティの 言葉を知っ ている	医師 (n=54)	知っている	31 (57.4)	64.5±6.4	*	52.4±5.1	ns	120.8±10.6	*
		知らない	23 (42.6)	59.7±5.7		51.1±4.3		114.9± 9.0	
	訪問 (n=104)	知っている	79 (76.0)	67.0±5.7	**	51.5±4.7	ns	122.4± 9.4	*
		知らない	25 (24.0)	62.7±5.8		50.5±4.8		117.2± 9.1	
	ケアマネジャー (n=85)	知っている	42 (49.4)	60.5±6.4	ns	48.8±5.9	ns	112.9± 9.8	ns
		知らない	43 (50.6)	58.7±5.2	ns	47.5±4.2	ns	109.8± 7.5	#2
ホームヘルパー (n=52)	知っている	26 (50.0)	60.4±5.9	ns	48.4±3.8	*	112.6± 7.5	*	
	知らない	26 (50.0)	57.7±4.3	#2	46.1±3.9		107.4± 6.1		
4職種全体 (n=295)	知っている	178 (60.3)	64.1±6.7	***	50.6±5.2	**	118.4±10.4	***	
	知らない	117 (39.7)	59.5±5.5	#2	48.5±4.7		111.8± 8.6	#2	
職種	医師：a	54 (18.3)	62.5±6.5	ac*	51.8±4.8	ac***	118.3±10.3	ac***	
	訪問看護師：b	104 (35.3)	66.0±6.0	ad*	51.3±4.7	ad***	121.1± 9.5	ad***	
	ケアマネジャー：c	85 (28.8)	59.5±5.8	ba**	48.2±5.1	bc***	111.3± 8.8	bc***	
	ホームヘルパー：d	52 (17.6)	59.1±5.3	bc***	47.2±4.0	bd***	110.0± 7.3	bd***	

[注] t検定または一元配置分散分析，多重比較はBonferroni法による．#2：Welchの検定．\*：p<.05，\*\*：p<.01，\*\*\*：p<.001．FATCOD-B-J：Frommelt attitudes toward care of the dying scale．★：把握していることもしていないこともある．

例以下と21事例以上との間に有意差がみられた。終末期研修の有無を比較した結果では、医師は因子I ( $p < .01$ )と因子II ( $p < .05$ )およびFATCOD-B-J合計点 ( $p < .01$ )、また、訪看は因子I ( $p < .01$ )とFATCOD-B-J合計点 ( $p < .05$ )において有意差がみられた。しかし、ケアマネとヘルパーにおいて有意差はみられなかった。4職種全体では、因子IとFATCOD-B-J合計点 ( $p < .001$ )、因子II ( $p < .05$ )において有意差がみられた。対象者のリビングウィルの把握とFATCOD-B-J合計点については、4職種全体では、“すべて把握している”と“把握していない” ( $p < .05$ )、“把握していることもしていないこともある”と“把握していない” ( $p < .05$ )において有意差がみられた。スピリチュアリティの言葉を知っているにおいては、医師と訪看では因子IとFATCOD-B-J合計点に、また、ヘルパーには因子IIとFATCOD-B-J合計点に有意差がみられた。4職種全体では、因子IとFATCOD-B-J合計点 ( $p < .001$ )、因子II ( $p < .01$ )において有意差がみられた。

4職種全体をみると、FATCOD-B-J合計点は、訪看が121.1±9.5点で最も高く、次いで医師が118.3±10.3点であった。FATCOD-B-J合計点において職種間を多重比較した結果、医師とケアマネ ( $p < .001$ )、医師とヘルパー ( $p < .001$ )、訪看とケアマネ ( $p < .001$ )、訪看とヘルパー ( $p < .001$ )の得点との間に有意差がみられた。因子Iと因子IIにおいても職種間で有意差がみられた。

### 3. 基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度 (表2)

対象の基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度との関連においては、対象者の年齢で、ヘルパーの〈希望を与える〉 ( $p < .05$ )、〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉 ( $p < .05$ )の項目において、41~50歳と61歳以上との間に有意差がみられたが、他はみられなかった。所属機関が1か月でかかわっている事例数では、医師の〈価値・信念を支える／その人らしさを尊重し支える〉 ( $p < .05$ )、〈人と人の関係を保てる／環境を整える〉 ( $p < .05$ )の項目において10未満と100以上との間で、また、訪看の〈希望を与える〉 ( $p < .05$ )、〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉 ( $p < .05$ )の項目において、30~50未満と100以上で有意差がみられた。

在宅ケアの経験年数では、訪看の〈寄り添う〉 ( $p < .05$ )と〈人と人の関係を保てる／環境を整える〉 ( $p < .05$ )、ケアマネの〈人と人の関係を保てる／環境を整える〉 ( $p < .05$ )で10年未満と10年以上との間で有意差がみられた。4職種全体においては、〈価値・信念を支える／その人らしさを尊重し支える〉 ( $p < .05$ )、〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉 ( $p < .001$ )、〈人と人の関係を保てる／環境を整える〉 ( $p < .01$ )の項目において、10年未満と10年以上

との間に有意差がみられた。一方、ヘルパーも、〈ケアの道具として自分自身を使う〉 ( $p < .05$ )の項目において10年未満と10年以上との間で有意差がみられたが、他の職種と異なり10年未満の得点が10年以上よりも高かった。

在宅ケアでかかわった終末期の事例経験数は、訪看の〈寄り添う〉 ( $p < .05$ )、〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉 ( $p < .05$ )、〈自然とのふれあい・気分転換等より生きる喜びを支援する〉 ( $p < .05$ )、医師の〈人と人の関係を保てる／環境を整える〉 ( $p < .05$ )において1~20事例と21事例以上との間で有意差がみられた。4職種全体では、〈希望を与える〉以外の項目すべてにおいて、20事例以下と21事例以上との間に有意差がみられた。終末期研修の有無では、医師と訪看では5項目に有意差がみられたが、ヘルパーでは有意差はみられなかった。4職種全体では、すべての項目において有意差がみられた。

対象者のリビングウィルの把握とスピリチュアルケア実施頻度の関連については、訪看では、5項目に有意差がみられた。4職種全体では、ほとんどの項目で“すべて把握している”と“把握していることもしていないこともある”は、“把握していない”の間に有意差がみられた。スピリチュアリティの言葉を知っているについては、訪看で6項目、ヘルパーで4項目に有意差がみられたが、ケアマネには有意差はみられなかった。4職種全体では、すべての項目で有意差がみられた。

職種間で比較すると、〈症状のコントロール／生理的ニーズの充足をはかる〉〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉では、医師と訪看の得点は、ケアマネとヘルパーより高く有意差もみられた。スピリチュアルケア実施頻度は、11項目中7項目において、訪看の得点が他の職種より高い傾向であった。全体的に訪看の得点は、医師、ケアマネ、ヘルパーより高い傾向であり、とくに〈コミュニケーションをはかる〉〈寄り添う／ともにいる〉では、医師 ( $p < .01$ )、ケアマネ ( $p < .001$ )、ヘルパー ( $p < .05$ )の3職種との間で有意差がみられた。

一方、〈相手を大切に日々のケアを行う〉においては、訪看とヘルパーの得点が医師・ケアマネより高く、訪看と医師 ( $p < .001$ )、訪看とケアマネ ( $p < .001$ )、ヘルパーと医師 ( $p < .01$ )、ヘルパーとケアマネ ( $p < .01$ )との間に有意差がみられた。〈希望を与える〉〈価値・信念を支える／その人らしさを尊重し支える〉〈自然とのふれあい・気分転換より生きる喜びを支援する〉の項目は、職種間で有意差はみられなかった。

### 4. ターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度 (表3)

4職種全体においては、FATCOD-B-Jの因子I、因子II

表2 基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度

対象者の属性	人 (%)	症状のコントロール/生理的ニーズの充足をはかる	関心を向ける	コミュニケーションをはかる	寄り添う/ともにいる	希望を与える	スピリチュアルケア実施頻度		自然とのふれあい、気分転換等、より生きる喜びを支援する	ケアの道具として日々を使う	相手の道具として日々を使う
							価値・信念を支える/その人らしさを尊重し支える	死の受容・人生の統合に向けて支える			
医師 (n=54)	51 (94.4)	4.3±0.7 ns	3.9±0.9 ns	4.3±0.8 ns	3.7±1.0 ns	3.4±0.9 *	3.3±0.8 ns	3.7±0.9 ns	3.4±1.0 ns	3.2±1.0 ns	3.8±0.9 ns
看護師 (n=104)	3 (5.6)	4.7±0.6 ns	4.7±0.6 ns	4.7±0.6 ns	4.3±0.6 ns	4.7±0.6 ns	4.7±0.6 ns	4.3±0.6 ns	4.3±0.6 ns	3.3±0.6 ns	4.7±0.6 ns
介護士 (n=104)	5 (4.8)	4.2±0.4 ns	4.4±0.5 ns	4.4±0.5 ns	4.4±0.5 ns	3.4±0.9 ns	4.1±0.5 ns	3.6±0.5 ns	3.8±0.4 ns	3.6±1.0 ns	4.6±0.5 ns
ケアマネジャー (n=85)	99 (95.2)	4.3±0.7 ns	4.3±0.8 ns	4.6±0.6 ns	4.2±0.8 ns	3.4±0.9 ns	4.1±0.5 ns	3.7±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.7±1.1 ns	4.6±0.5 ns
ホームヘルパー (n=52)	18 (21.2)	3.6±1.1 ns	3.6±1.0 ns	4.2±0.5 ns	3.3±0.8 ns	3.1±1.0 ns	3.9±0.9 ns	3.3±0.8 ns	3.0±0.9 ns	3.2±1.0 ns	3.9±0.6 ns
4職種全体 (n=295)	67 (28.8)	3.4±0.9 ns	3.7±0.9 ns	4.1±0.5 ns	3.6±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.7±1.0 ns	3.5±0.9 ns	3.1±0.8 ns	3.9±0.9 ns	3.8±0.9 ns
	15 (28.8)	3.5±1.1 ns	3.7±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.5±1.2 ns	3.1±0.8 ns	3.9±0.9 ns	3.1±0.6 ns	3.6±0.6 ns	3.8±0.7 ns	4.0±0.5 ns
	37 (71.2)	4.2±1.1 ns	3.7±0.9 ns	4.4±0.6 ns	3.9±1.0 ns	3.1±0.8 ns	3.9±0.9 ns	3.5±1.2 ns	3.8±0.8 ns	3.3±0.9 ns	4.5±0.6 ns
	89 (30.2)	4.0±0.9 ns	3.8±0.9 ns	4.3±0.7 ns	3.6±1.0 ns	3.3±0.9 ns	4.0±0.7 ns	3.5±1.0 ns	3.6±0.9 ns	3.4±1.0 ns	3.9±0.8 ns
	206 (69.8)	3.8±1.0 ns	4.0±0.9 ns	4.4±0.7 ns	4.0±0.9 ns	3.3±0.9 ns	3.7±1.1 ns	3.9±0.8 ns	3.3±0.9 ns	3.4±1.0 ns	4.3±0.8 ns
	0 (0.0)										
	3 (5.6)	4.3±0.6 ns	3.7±0.6 ns	4.0±1.0 ns	3.3±1.2 ns	2.3±1.2 ns	3.0±1.0 ns	2.7±1.2 ns	3.7±0.6 ns	3.0±1.0 ns	3.3±1.2 ns
	18 (33.3)	4.4±0.6 ns	4.0±1.1 ns	4.5±0.6 ns	4.1±0.7 ns	3.6±0.8 ns	4.1±0.8 ns	4.1±0.7 ns	3.9±0.9 ns	3.7±1.0 ns	4.1±0.7 ns
	22 (40.7)	4.2±0.8 ns	4.2±0.7 ns	4.3±0.9 ns	3.8±1.1 ns	3.5±1.1 ns	4.0±0.9 ns	3.8±0.9 ns	3.7±1.1 ns	3.4±1.1 ns	3.7±1.0 ns
	11 (20.4)	4.2±0.8 ns	3.5±0.5 ns	4.1±0.5 ns	3.1±0.9 ns	3.2±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.7±0.6 ns	3.8±0.6 ns	2.9±1.0 ns	3.7±0.6 ns
	0 (0.0)										
	19 (18.3)	4.3±0.6 ns	4.3±0.8 ns	4.7±0.5 ns	4.3±0.7 ns	3.4±0.8 ns	4.3±0.7 ns	4.1±0.7 ns	4.1±0.8 ns	3.6±1.0 ns	4.6±0.6 ns
	56 (53.8)	4.3±0.7 ns	4.3±0.8 ns	4.5±0.6 ns	4.2±0.8 ns	3.4±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.6±1.0 ns	4.1±0.7 ns	3.8±1.1 ns	4.6±0.6 ns
	26 (25.0)	4.3±0.7 ns	4.2±0.9 ns	4.6±0.6 ns	4.3±0.7 ns	3.3±0.9 ns	4.2±0.7 ns	3.7±0.8 ns	4.1±0.8 ns	3.6±0.8 ns	4.6±0.5 ns
	3 (2.9)	5.0±0.0	4.7±0.6 ns	5.0±0.0	4.3±0.6 ns	4.0±0.0	4.7±0.6 ns	4.9±0.6 ns	4.3±0.6 ns	3.3±1.2 ns	5.0±0.0
	1 (1.2)	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0
	22 (25.9)	3.7±1.0 ns	3.9±0.7 ns	4.2±0.5 ns	3.4±0.8 ns	3.1±0.8 ns	3.8±0.5 ns	3.2±0.8 ns	3.3±0.8 ns	3.0±0.8 ns	3.7±0.7 ns
	37 (43.5)	3.4±1.1 ns	3.7±1.0 ns	4.0±1.0 ns	3.5±1.1 ns	3.1±1.0 ns	3.6±1.1 ns	2.9±1.0 ns	3.5±0.9 ns	3.0±0.9 ns	3.8±0.9 ns
	15 (17.6)	3.1±0.8 ns	3.5±0.9 ns	4.3±0.7 ns	3.7±1.0 ns	3.2±1.0 ns	3.9±1.0 ns	2.8±0.9 ns	3.5±0.7 ns	3.1±0.8 ns	3.9±0.8 ns
	10 (11.8)	3.7±0.5 ns	3.7±0.7 ns	4.0±0.5 ns	3.7±0.5 ns	3.7±0.7 ns	4.1±0.7 ns	3.7±0.7 ns	3.8±0.6 ns	3.4±1.1 ns	4.1±0.6 ns
	2 (3.8)	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±1.4 ns	3.0±0.0	4.0±0.0	3.5±0.7 ns	4.0±0.0	3.5±0.7 ns	5.0±0.0
	12 (23.1)	2.8±1.2 ns	4.1±0.8 ns	4.3±0.8 ns	3.6±1.2 ns	3.2±1.0 ns	3.9±0.7 ns	2.8±0.7 ns	3.4±1.0 ns	3.3±0.8 ns	4.3±0.8 ns
	18 (34.6)	3.2±1.0 ns	3.4±1.0 ns	4.3±0.8 ns	3.6±1.0 ns	2.7±0.7 ns	3.8±0.8 ns	2.6±1.1 ns	3.8±1.0 ns	3.2±0.9 ns	4.2±0.6 ns
	16 (30.8)	3.2±1.1 ns	3.6±0.9 ns	4.2±0.5 ns	3.9±1.0 ns	3.3±0.4 ns	3.9±1.1 ns	3.6±0.6 ns	3.9±1.1 ns	3.4±0.8 ns	4.5±0.5 ns
	4 (7.7)	4.5±0.6 ns	4.0±0.8 ns	4.5±0.6 ns	4.5±0.6 ns	4.3±1.0 ns	4.3±0.5 ns	4.2±0.5 ns	4.3±0.5 ns	4.0±0.8 ns	4.3±0.5 ns
	3 (1.0)	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±1.0 ns	3.3±0.6 ns	4.0±0.0	3.7±0.6 ns	3.7±0.6 ns	4.3±0.6 ns	4.7±0.6 ns
	56 (19.0)	3.7±1.1 ns	4.1±0.7 ns	4.4±0.6 ns	3.7±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.9±0.7 ns	3.4±0.9 ns	3.6±0.9 ns	3.4±1.0 ns	4.1±0.8 ns
	129 (43.7)	3.9±1.0 ns	3.9±1.0 ns	4.3±0.8 ns	3.9±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.9±0.9 ns	3.3±1.1 ns	3.8±0.9 ns	3.3±1.0 ns	4.3±0.8 ns
	79 (26.8)	3.8±1.0 ns	4.0±0.9 ns	4.4±0.7 ns	4.0±1.0 ns	3.4±0.9 ns	4.0±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.8±0.9 ns	3.4±0.9 ns	4.2±0.8 ns
	28 (9.5)	4.1±0.7 ns	3.8±0.7 ns	4.2±0.6 ns	3.6±0.9 ns	3.6±0.8 ns	4.1±0.7 ns	3.9±0.7 ns	4.0±0.6 ns	3.5±0.8 ns	4.0±0.8 ns
	21 (98.9)	4.2±0.6 ns	3.7±0.7 ns	4.1±0.8 ns	3.4±0.9 ns	3.1±0.9 ns	3.6±0.9 ns	3.4±0.9 ns	3.3±1.0 ns	3.0±1.0 ns	3.7±1.0 ns
	10 (18.5)	4.1±0.7 ns	3.6±1.1 ns	4.2±0.6 ns	3.5±1.3 ns	3.1±1.0 ns	3.9±1.0 ns	3.7±0.9 ns	4.0±1.7 ns	3.4±1.3 ns	3.8±0.8 ns
	6 (11.1)	4.0±0.9 ns	4.2±1.0 ns	4.2±1.0 ns	3.8±0.8 ns	3.8±1.0 ns	4.0±0.6 ns	3.7±1.0 ns	3.7±1.0 ns	4.0±0.9 ns	3.8±0.8 ns
	6 (11.1)	4.2±0.8 ns	4.2±0.8 ns	4.3±0.8 ns	4.0±0.9 ns	3.5±0.8 ns	4.0±0.6 ns	3.8±0.8 ns	4.0±0.6 ns	3.5±1.0 ns	3.8±0.8 ns
	11 (20.4)	4.8±0.4 ns	4.5±0.5 ns	4.7±0.5 ns	4.3±1.0 ns	4.1±0.8 ns	4.6±0.5 ns	4.2±0.6 ns	4.1±0.7 ns	3.7±0.8 ns	4.2±0.9 ns
	13 (12.5)	4.5±0.5 ns	4.6±0.5 ns	4.8±0.4 ns	4.4±0.8 ns	3.5±0.8 ns	4.3±0.9 ns	3.8±1.2 ns	4.2±0.9 ns	3.8±0.8 ns	4.5±0.7 ns
	5 (4.8)	4.2±0.8 ns	4.2±0.8 ns	5.0±0.0 ns	4.4±0.5 ns	3.6±0.5 ns	4.2±0.8 ns	4.2±0.8 ns	4.2±0.8 ns	3.4±0.9 ns	4.6±0.5 ns
	19 (18.3)	4.1±0.8 ns	4.0±1.0 ns	4.5±0.6 ns	4.0±0.9 ns	2.8±0.5 ns	3.8±0.7 ns	3.2±0.8 ns	3.9±0.7 ns	3.0±0.9 ns	4.4±0.6 ns
	42 (40.4)	4.3±0.6 ns	4.2±0.8 ns	4.5±0.7 ns	4.1±0.7 ns	3.4±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.7±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.4±1.1 ns	4.6±0.5 ns
	25 (24.0)	4.5±0.7 ns	4.4±0.9 ns	4.7±0.5 ns	4.6±0.7 ns	3.7±0.9 ns	4.4±0.7 ns	4.2±0.7 ns	4.3±0.7 ns	3.8±0.9 ns	4.8±0.4 ns
	7 (8.2)	3.6±0.5 ns	4.3±0.5 ns	4.4±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.3±0.8 ns	3.9±0.9 ns	3.0±0.8 ns	3.6±0.5 ns	3.7±0.8 ns	4.3±0.8 ns
	10 (11.8)	3.7±1.2 ns	3.9±0.9 ns	3.9±1.3 ns	3.6±1.2 ns	3.0±0.8 ns	3.3±0.9 ns	3.0±0.8 ns	3.6±0.5 ns	3.7±0.8 ns	4.2±0.4 ns
	33 (15.3)	3.1±1.3 ns	3.2±1.1 ns	4.0±0.8 ns	3.4±1.0 ns	3.2±0.7 ns	3.8±0.9 ns	3.2±0.9 ns	3.5±1.2 ns	3.1±1.1 ns	3.6±1.2 ns
	32 (37.6)	3.5±1.0 ns	3.7±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.4±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.7±0.8 ns	3.0±1.0 ns	3.4±0.9 ns	2.7±0.9 ns	3.8±0.8 ns
	23 (27.1)	3.5±0.9 ns	3.7±0.9 ns	4.3±0.6 ns	3.7±0.9 ns	3.2±1.2 ns	3.8±0.9 ns	3.0±0.8 ns	3.5±0.7 ns	3.1±0.8 ns	3.9±0.8 ns
	11 (21.2)	3.5±1.1 ns	3.5±0.9 ns	4.3±0.6 ns	3.8±1.0 ns	3.3±0.9 ns	3.9±0.5 ns	2.9±0.9 ns	3.9±0.7 ns	3.8±0.8 ns	4.5±0.5 ns
	9 (17.3)	3.7±1.2 ns	4.3±0.7 ns	4.3±0.7 ns	4.3±0.7 ns	3.3±1.0 ns	4.1±0.6 ns	3.3±0.9 ns	3.9±0.7 ns	3.7±0.5 ns	4.2±0.4 ns
	7 (13.5)	3.0±0.8 ns	3.7±1.0 ns	4.3±0.5 ns	3.4±0.8 ns	3.0±0.6 ns	4.1±0.4 ns	3.9±0.6 ns	3.4±0.5 ns	2.9±0.9 ns	4.1±0.7 ns
	15 (28.8)	3.0±1.4 ns	3.7±1.1 ns	4.3±0.8 ns	3.5±1.3 ns	3.1±0.8 ns	3.6±1.1 ns	3.3±1.2 ns	3.2±1.0 ns	3.7±0.8 ns	4.5±0.6 ns
	10 (19.2)	3.3±0.8 ns	3.6±0.8 ns	4.3±0.7 ns	4.0±1.1 ns	2.8±0.6 ns	4.0±0.9 ns	2.7±0.9 ns	3.9±0.6 ns	3.0±0.8 ns	4.2±0.8 ns
	52 (17.6)	4.0±0.8 ns	4.0±0.8 ns	4.4±0.7 ns	3.8±0.9 ns	3.3±0.8 ns	3.9±0.8 ns	3.3±1.0 ns	3.7±0.9 ns	3.4±0.9 ns	4.2±0.9 ns
	34 (11.5)	3.9±0.9 ns	3.9±0.9 ns	4.4±0.9 ns	3.9±1.1 ns	3.2±0.9 ns	4.0±0.9 ns	4.0±0.9 ns	3.7±0.9 ns	3.5±0.9 ns	4.0±0.9 ns
	45 (15.3)	3.6±1.1 ns	3.7±1.0 ns	4.3±0.7 ns	3.7±0.9 ns	3.1±0.7 ns	3.9±0.7 ns	3.2±0.9 ns	3.7±0.8 ns	3.2±0.9 ns	4.1±0.7 ns
	95 (32.2)	3.8±1.0 ns	4.0±0.9 ns	4.3±0.7 ns	3.8±1.0 ns	3.3±0.9 ns	3.8±1.0 ns	3.4±1.0 ns	3.7±0.9 ns	3.4±1.0 ns	4.2±0.8 ns
	69 (23.4)	4.0±0.9 ns	4.1±0.9 ns	4.5±0.6 ns	4.1±0.9 ns	3.5±1.0 ns	4.2±0.8 ns	3.6±1.0 ns	4.0±0.8 ns	3.5±0.9 ns	4.3±0.8 ns

[注] Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定。\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

表2 基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度(つづき)

対象者の属性	人 (%)	症状のコントロール/生理的ニーズの充足をはかる	関心を向ける	コミュニケーションをはかる	寄り添う/ともにいる	希望を与える	スピリチュアルケア実施頻度		自然とのふれあいをいっしょに経験し、気分転換等により生きる喜びを支援する	ケアの道具として自分自身を使う	相手を大切に日々のケアを行う
							価値・信念を支える/その人らしさを尊重し支える	人と人の関係を築く/一人で悩まずに周囲を巻き込む			
在宅ケアの経験年数	医師 (n=54)	15 (27.8)	3.9±0.8 ns	4.3±0.7 ns	3.9±0.8 ns	3.5±0.7 ns	3.6±1.0 ns	3.5±0.8 ns	3.3±1.1 ns	3.0±0.9 ns	3.7±1.0 ns
	10年未満	39 (72.2)	4.2±0.7 ns	4.3±0.8 ns	3.7±1.1 ns	3.4±1.0 ns	3.8±0.9 ns	3.8±0.9 ns	3.5±0.9 ns	3.2±1.1 ns	3.9±0.8 ns
	10年以上	50 (48.1)	4.2±0.6 ns	4.3±0.6 ns	4.1±0.7 ns	3.5±0.7 ns	3.5±0.8 ns	3.9±0.8 ns	3.5±0.8 ns	3.3±1.0 ns	4.5±0.6 ns
	10年未満	54 (51.9)	4.4±0.7 ns	4.7±0.5 ns	4.4±0.8 ns	3.4±1.0 ns	4.2±0.7 ns	4.2±0.7 ns	3.5±1.0 ns	3.8±1.0 ns	4.7±0.5 ns
	10年以上	54 (65.5)	3.5±0.9 ns	4.1±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.2±1.0 ns	3.7±0.9 ns	3.3±0.9 ns	3.0±0.9 ns	3.1±0.9 ns	3.8±0.9 ns
	10年未満	31 (36.5)	3.4±1.1 ns	4.1±0.6 ns	3.6±1.0 ns	3.1±0.8 ns	3.3±1.0 ns	3.8±0.7 ns	3.2±0.7 ns	2.9±0.9 ns	3.9±0.6 ns
	10年以上	32 (61.5)	3.4±1.2 ns	4.3±0.7 ns	3.8±1.2 ns	3.0±0.9 ns	3.8±0.8 ns	3.7±0.9 ns	3.5±0.8 ns	3.7±0.9 ns	4.3±0.7 ns
	10年未満	20 (38.5)	3.1±1.1 ns	4.3±0.6 ns	3.8±0.9 ns	3.3±0.6 ns	4.1±0.8 ns	3.7±0.7 ns	3.2±1.1 ns	3.1±0.8 ns	4.3±0.6 ns
	10年以上	151 (51.2)	3.8±0.9 ns	4.3±0.8 ns	3.8±1.0 ns	3.3±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.6±0.9 ns	3.3±0.9 ns	3.4±1.0 ns	4.1±0.8 ns
	4職種全体 (n=295)	144 (48.8)	3.9±1.0 ns	4.4±0.7 ns	3.9±1.0 ns	3.3±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.6±0.9 ns	3.4±1.0 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.7 ns
在宅ケアでかわった終末期の経験事例数	医師 (n=54)	16 (29.6)	4.1±0.6 ns	4.1±0.9 ns	3.4±1.0 ns	3.3±1.1 ns	3.3±1.1 ns	3.5±1.0 ns	3.3±1.1 ns	2.9±1.1 ns	3.8±1.1 ns
	1~20事例以上	38 (70.4)	4.3±0.7 ns	4.0±0.9 ns	3.8±1.0 ns	3.5±0.9 ns	4.1±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.8±0.8 ns	3.6±0.9 ns	3.9±0.8 ns
	1~20事例	30 (28.8)	4.2±0.6 ns	4.6±0.6 ns	4.0±0.7 ns	3.4±0.6 ns	3.9±0.7 ns	3.8±0.9 ns	3.2±1.0 ns	3.5±0.9 ns	4.5±0.6 ns
	21事例以上	74 (71.2)	4.4±0.7 ns	4.9±0.6 ns	4.4±0.7 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.8 ns	4.2±0.7 ns	3.6±0.9 ns	3.7±1.0 ns	4.7±0.5 ns
	1~20事例	68 (80.0)	3.4±1.0 ns	3.7±0.8 ns	3.6±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.8±0.9 ns	3.5±0.8 ns	3.1±0.9 ns	3.0±0.9 ns	3.8±0.8 ns
	21事例以上	17 (20.0)	3.6±1.1 ns	4.2±1.0 ns	3.2±1.0 ns	3.2±1.0 ns	3.8±1.0 ns	3.5±0.9 ns	3.0±1.1 ns	2.9±0.9 ns	3.8±1.0 ns
	1~20事例	41 (38.8)	3.2±1.2 ns	4.3±0.7 ns	3.8±1.1 ns	3.1±0.8 ns	3.8±0.9 ns	3.7±0.8 ns	3.0±1.1 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.6 ns
	21事例以上	11 (91.2)	3.6±0.8 ns	4.3±0.6 ns	3.8±0.9 ns	3.0±0.8 ns	4.2±0.6 ns	3.7±1.0 ns	3.3±0.6 ns	3.6±0.7 ns	4.5±0.5 ns
	1~20事例	155 (52.5)	3.6±1.0 ns	4.3±0.8 ns	3.7±1.0 ns	3.2±0.9 ns	4.1±0.8 ns	3.6±0.9 ns	3.1±1.0 ns	3.2±0.9 ns	4.1±0.8 ns
	4職種全体 (n=295)	140 (47.5)	4.2±0.8 ns	4.5±0.7 ns	4.0±0.9 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.5±0.9 ns	3.6±1.0 ns	4.3±0.8 ns
終末期研修の有無	医師 (n=54)	29 (53.7)	4.6±0.5 ns	4.3±0.6 ns	4.0±0.8 ns	3.7±0.8 ns	4.1±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.6±0.8 ns	3.5±0.8 ns	4.0±0.7 ns
	有	25 (46.3)	4.0±0.7 ns	4.5±0.6 ns	4.1±0.9 ns	3.4±1.0 ns	3.8±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.8±0.9 ns	3.2±1.0 ns	3.7±1.0 ns
	無	84 (80.8)	4.4±0.6 ns	4.6±0.6 ns	4.4±0.7 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.7 ns	4.2±0.7 ns	3.6±0.9 ns	3.8±1.0 ns	4.7±0.5 ns
	有	20 (19.2)	4.0±0.8 ns	4.0±1.0 ns	3.7±0.7 ns	3.3±0.8 ns	3.0±1.0 ns	3.7±0.9 ns	3.1±0.9 ns	3.4±1.0 ns	4.4±0.7 ns
	無	53 (62.4)	3.6±0.9 ns	3.8±0.8 ns	3.7±0.9 ns	3.3±0.9 ns	3.2±1.0 ns	3.6±0.8 ns	3.2±0.9 ns	3.2±0.9 ns	3.9±0.8 ns
	有	32 (37.6)	3.2±1.1 ns	3.6±1.0 ns	3.3±1.0 ns	3.0±0.9 ns	2.9±0.9 ns	3.7±0.8 ns	2.8±0.8 ns	2.8±1.0 ns	3.7±0.9 ns
	無	27 (51.9)	3.3±1.1 ns	3.8±0.8 ns	4.0±0.9 ns	3.0±0.7 ns	4.0±0.6 ns	3.7±0.8 ns	3.2±0.7 ns	3.5±0.8 ns	4.4±0.5 ns
	有	25 (48.1)	3.2±1.2 ns	3.7±1.0 ns	3.6±1.2 ns	3.3±0.9 ns	3.6±1.0 ns	3.7±0.9 ns	3.0±1.2 ns	3.0±1.0 ns	4.2±0.7 ns
	無	193 (65.4)	4.1±0.9 ns	4.1±0.8 ns	4.1±0.9 ns	3.4±0.9 ns	4.1±0.8 ns	3.9±0.8 ns	3.5±0.9 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.7 ns
	4職種全体 (n=295)	102 (34.6)	3.5±1.1 ns	4.2±0.8 ns	3.7±1.0 ns	3.1±0.9 ns	3.7±0.9 ns	3.5±0.9 ns	3.2±1.0 ns	3.1±0.9 ns	4.0±0.9 ns
対象者のリビエングワイルの把握	医師 (n=54)	8 (14.8)	4.4±0.7 ns	4.5±0.5 ns	3.9±1.2 ns	4.0±0.9 ns	4.3±0.7 ns	4.0±0.5 ns	3.9±0.5 ns	3.8±0.7 ns	3.9±0.6 ns
	把握している・していない: a	41 (75.9)	4.3±0.7 ns	4.3±0.7 ns	4.0±0.7 ns	3.6±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.8±1.0 ns	3.5±1.1 ns	3.1±1.0 ns	3.9±0.9 ns
	把握していない: c	5 (9.3)	4.2±0.8 ns	3.9±1.1 ns	3.8±1.1 ns	2.6±1.5 ns	3.4±1.1 ns	3.6±1.1 ns	3.2±0.8 ns	2.8±1.3 ns	3.4±1.1 ns
	把握していない: b	10 (18.6)	4.5±0.7 ns	4.6±0.5 ns	4.3±0.8 ns	4.2±0.9 ns	4.5±0.7 ns	4.4±0.7 ns	4.3±0.7 ns	4.0±0.9 ns	4.6±0.5 ns
	把握している・していない: a	84 (80.8)	4.3±0.6 ns	4.3±0.8 ns	4.6±0.6 ns	4.3±0.7 ns	4.3±0.7 ns	4.2±0.7 ns	4.1±0.7 ns	3.8±0.8 ns	4.7±0.5 ns
	把握していない: c	10 (9.6)	3.9±0.6 ns	3.7±1.1 ns	4.5±0.5 ns	3.6±0.7 ns	3.1±0.6 ns	3.4±0.8 ns	4.1±0.7 ns	3.8±1.0 ns	4.4±0.7 ns
	把握していない: b	5 (5.9)	4.0±1.0 ns	4.0±1.0 ns	4.2±0.8 ns	3.8±0.8 ns	4.0±0.7 ns	4.1±0.8 ns	3.4±0.5 ns	3.4±0.9 ns	4.0±1.0 ns
	把握している・していない: a	65 (76.5)	3.6±0.9 ns	3.7±0.8 ns	3.6±0.9 ns	3.1±0.9 ns	3.7±0.8 ns	3.5±0.8 ns	3.1±0.8 ns	3.1±0.9 ns	3.9±0.7 ns
	把握していない: c	15 (17.6)	2.9±1.2 ns	3.5±1.1 ns	3.9±1.1 ns	3.1±1.1 ns	2.6±1.0 ns	3.2±0.9 ns	2.7±1.1 ns	2.9±1.0 ns	3.5±1.1 ns
	4職種全体 (n=295)	2 (3.8)	4.0±1.4 ns	2.5±0.7 ns	5.0±0.0 ns	5.0±0.0 ns	3.5±2.1 ns	4.5±0.7 ns	3.5±0.7 ns	4.0±1.0 ns	4.5±0.7 ns
スピリチュアルケアを知っている	医師 (n=54)	34 (63.4)	3.5±1.0 ns	3.9±0.9 ns	3.9±0.9 ns	3.1±0.8 ns	4.0±0.7 ns	3.9±0.8 ns	3.4±0.7 ns	3.5±0.9 ns	4.4±0.6 ns
	知っている・していない: a	16 (30.0)	2.7±1.1 ns	3.6±1.0 ns	3.4±1.3 ns	3.1±0.8 ns	3.6±1.1 ns	3.2±0.8 ns	3.3±1.0 ns	3.3±1.0 ns	4.3±0.7 ns
	把握していない: c	25 (8.5)	4.3±0.8 ns	4.0±1.1 ns	4.2±0.9 ns	3.8±1.0 ns	4.4±0.7 ns	4.2±0.6 ns	4.2±0.6 ns	3.8±0.7 ns	4.3±0.7 ns
	把握していない: b	224 (75.9)	4.0±0.9 ns	4.0±0.8 ns	4.4±0.7 ns	3.3±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.8±0.8 ns	3.8±0.8 ns	3.8±1.0 ns	4.2±0.8 ns
	知っている・していない: a	46 (51.6)	3.2±1.2 ns	3.5±1.0 ns	3.3±1.2 ns	3.0±0.9 ns	2.8±1.0 ns	3.3±0.8 ns	2.9±1.0 ns	3.9±1.1 ns	4.0±1.0 ns
	把握していない: c	31 (57.4)	4.3±0.7 ns	4.1±0.8 ns	4.4±0.7 ns	3.5±1.0 ns	4.1±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.6±0.8 ns	3.4±1.1 ns	3.9±0.8 ns
	把握していない: b	23 (42.6)	4.2±0.7 ns	3.7±0.8 ns	3.5±1.0 ns	3.3±1.0 ns	3.8±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.2±1.2 ns	2.8±0.9 ns	3.8±1.0 ns
	知っている	79 (76.0)	4.4±0.6 ns	4.3±0.8 ns	4.4±0.7 ns	4.4±0.7 ns	4.3±0.7 ns	4.2±0.7 ns	3.6±0.9 ns	3.7±1.0 ns	4.7±0.5 ns
	知らない	25 (24.0)	4.0±0.7 ns	4.0±0.8 ns	4.4±0.6 ns	3.9±0.7 ns	3.4±0.6 ns	3.7±0.8 ns	3.4±1.0 ns	3.4±0.9 ns	4.3±0.5 ns
	4職種全体 (n=295)	42 (49.4)	3.5±0.9 ns	3.8±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.2±0.9 ns	3.6±0.9 ns	3.5±0.8 ns	3.1±0.9 ns	3.1±0.9 ns	4.0±0.8 ns
ホームヘルパー	医師 (n=54)	42 (49.4)	3.5±0.9 ns	3.8±0.8 ns	4.0±0.8 ns	3.2±0.9 ns	3.6±0.9 ns	3.5±0.8 ns	3.1±0.9 ns	3.1±0.9 ns	4.0±0.8 ns
	知っている・していない: a	26 (50.0)	2.8±1.2 ns	4.0±0.7 ns	4.3±0.5 ns	3.2±0.7 ns	4.1±0.6 ns	3.3±0.8 ns	3.9±0.7 ns	3.7±0.8 ns	4.5±0.5 ns
	把握していない: c	26 (50.0)	2.8±1.2 ns	4.0±0.7 ns	4.3±0.5 ns	3.2±0.7 ns	4.1±0.6 ns	3.3±0.8 ns	3.9±0.7 ns	3.7±0.8 ns	4.5±0.5 ns
	把握していない: b	178 (60.3)	4.1±0.8 ns	4.1±0.8 ns	4.5±0.7 ns	4.1±0.9 ns	4.3±0.9 ns	3.9±0.8 ns	3.5±0.9 ns	3.5±1.0 ns	4.4±0.7 ns
	知っている・していない: a	117 (39.7)	3.6±1.1 ns	3.7±0.9 ns	3.5±1.0 ns	3.1±0.9 ns	3.7±0.9 ns	3.5±0.9 ns	3.2±1.1 ns	3.1±0.9 ns	3.9±0.9 ns
	医師: a	54 (100.0)	4.3±0.7 ns	3.9±0.9 ns	4.2±0.7 ns	3.4±1.0 ns	4.3±0.9 ns	4.0±0.9 ns	3.7±0.9 ns	3.8±1.0 ns	3.8±0.9 ns
	訪問看護師: b	104 (35.3)	4.3±0.7 ns	4.3±0.8 ns	4.6±0.6 ns	4.3±0.8 ns	4.4±0.6 ns	4.3±0.8 ns	4.1±0.8 ns	3.7±0.9 ns	4.6±0.5 ns
	ケアマネジャー: c	85 (28.8)	3.5±1.0 ns	3.7±0.9 ns	4.1±0.8 ns	3.5±1.0 ns	3.2±0.9 ns	3.8±0.9 ns	3.1±0.9 ns	3.0±0.9 ns	3.8±0.8 ns
	ホームヘルパー: d	52 (17.6)	3.3±1.1 ns	3.7±0.9 ns	4.3±0.7 ns	3.8±1.1 ns	3.1±0.8 ns	3.7±0.9 ns	3.0±1.0 ns	3.7±0.9 ns	4.3±0.6 ns
	4職種全体 (n=295)	144 (48.8)	3.9±1.0 ns	4.0±0.9 ns	4.3±0.7 ns	3.7±0.9 ns	4.0±0.8 ns	3.7±0.9 ns	3.4±0.8 ns	3.5±0.9 ns	4.3±0.6 ns

[注] Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定。多重比較はBonferroni法による。★: p<.05。\*\*\*: p<.001。

表3 FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度との関連

(n=295)

スピリチュアルケア実施頻度	FATCOD-B-J														
	因子I 死にゆく患者へのケアの向き				因子II 患者・家族を中心とするケアの認識				FATCOD-B-J 合計点						
	医師	訪看	ケアマネ	ヘルパー	全体	医師	訪看	ケアマネ	ヘルパー	全体	医師	訪看	ケアマネ	ヘルパー	全体
症状のコントロール/生理的ニーズの充足をはかる	医師	.25				.43**					.41**				
	訪看		.48***				.29**					.44***			
	ケアマネ			.07				.14					.10		
	ヘルパー				.24				.22					.34*	
	全体					.41***				.38***					.47***
関心を向ける	医師	.36**				.28*					.37**				
	訪看		.50***				.31**					.45***			
	ケアマネ			.10				.30**					.18		
	ヘルパー				.47**				.10					.43**	
	全体					.42***				.33***					.43***
コミュニケーションをはかる	医師	.37**				.22					.35**				
	訪看		.41***				.33**					.43***			
	ケアマネ			.18				.24*					.24*		
	ヘルパー				.36**				.03					.28	
	全体					.41***				.30***					.41***
寄り添う/ともにいる	医師	.37**				.16					.34*				
	訪看		.56***				.41***					.57***			
	ケアマネ			.13				.20					.17		
	ヘルパー				.40**				.24					.47***	
	全体					.45***				.31***					.45***
希望を与える	医師	.26				.18					.26				
	訪看		.20*				.03					.14			
	ケアマネ			-.23				.06					-.01		
	ヘルパー				.14				.16					.20	
	全体					.18**				.14*					.19**
価値・信念を支える/その人らしさを尊重し支える	医師	.41**				.31*					.42**				
	訪看		.61***				.43***					.60***			
	ケアマネ			.16				.16					.20		
	ヘルパー				.29*				.12					.29*	
	全体					.42***				.30***					.42***
死の受容・人生の統合に向けて支援する	医師	.38**				.33*					.41**				
	訪看		.48***				.25*					.41***			
	ケアマネ			.18				.03					.13		
	ヘルパー				.27				.27					.37**	
	全体					.42***				.29***					.42***
人と人の関係を保てる/環境を整える	医師	.48***				.41**					.52***				
	訪看		.55***				.32**					.50***			
	ケアマネ			.13				.02					.10		
	ヘルパー				.10				.20					.18	
	全体					.41***				.30***					.41***
自然とのふれあい・気分転換等、より生きる喜びを支援する	医師	.30*				.22					.32*				
	訪看		.29**				.13					.23*			
	ケアマネ			.30**				.10					.22		
	ヘルパー				-.16				.33*					.18	
	全体					.27***				.20***					.26***
ケアの道具として自分自身を使う	医師	.35**				.21					.33*				
	訪看		.35***				.19					.31**			
	ケアマネ			.28*				.10					.22		
	ヘルパー				.19				.30*					.34*	
	全体					.34***				.20***					.32***
相手を大切に日々のケアを行う	医師	.50***				.32*					.49***				
	訪看		.50***				.39***					.53***			
	ケアマネ			.36**				.28**					.39***		
	ヘルパー				.19				.01					.20	
	全体					.47***				.27***					.45***

[注] Spearmanの相関係数 \* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001.

FATCOD-B-J : Frommelt attitudes toward care of the dying scale.

およびFATCOD-B-J合計点とスピリチュアルケア実施頻度のすべての項目において、全体的に高い関連がみられた。しかし、職種別にみると、訪看と医師では、FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度に関連した項目数が多くみられたが、ケアマネとヘルパーでは、関連した項目数が少ない傾向であった。各職種において、FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度の〈希望を与える〉の項目との間では有意差はほとんどみられなかった。

#### IV. 考 察

##### 1. 専門職種の基本的属性とターミナルケア態度

今回、対象の年齢、性別は、FATCOD-B-Jの得点に差がみられなかった。これは、訪看のFATCOD-B-Jの得点は、年齢、性別とは関係がないという先行研究と同様の結果であった(横尾ら, 2010)。FATCOD-B-Jの得点を職種別にみると、訪看は、FATCOD-B-J合計点と因子Iが最も高い傾向であった。また、今回の訪看のFATCOD-B-J合計の121.1±9.5点は、先行研究の115.0±9.0点(横尾ら, 2010)、115.9±15.2点(中井ら, 2006)より高い値であった。訪看や病院勤務の看護師は、看取りの症例数が多いとFATCOD-B-Jの得点が高くなる(大町ら, 2009; 横尾ら, 2010)といわれているが、今回、対象であった訪看は、在宅ケアの経験年数が10年以上が5割以上で、また在宅ケアでかかわった終末期の事例経験数で21事例以上が7割以上と高い傾向であったことより、FATCOD-B-J得点が高い傾向であったと考える。また、今回、4職種全体では、在宅ケアの経験年数が10年以上と終末期の経験事例数が21事例以上は、因子IやFATCOD-B-J合計得点で有意差があり、在宅ケアの経験年数や在宅ケアでかかわった終末期の経験事例数が多いほどFATCOD-B-Jの得点が高い傾向がみられた。今回の結果より、先行研究(大町ら, 2009; 横尾ら, 2010)と同様に、終末期の臨床経験を積むことは、FATCOD-B-Jの得点に影響することが示唆された。

一方、医師も訪看に次いでFATCOD-B-Jの得点が高い傾向があった。看護基礎教育や医学教育では、看護学や医学の専門的な知識・技術の他に、職業に必要な倫理観や責任感、人権の尊重や全人的医療に対する姿勢などを学習する(厚生労働省, 2007a, 2009)。しかし、福祉職の基礎教育では、人間の生物学的な生や死に対して、看護学や医学ほど多くの学習を積んでいないと考える。今回、訪看と医師の得点がケアマネやヘルパーより全体的に高く、得点差が生じたのは、基礎教育の違いが大きく影響していることが考えられる。在宅医療は、専門的な知識・技術や独自の判断能力とともに、他職種との連携や療養者および家族の意向を尊重できる姿勢や能力が求められる分野である。そ

の分野において、医師と訪看は、終末期にある療養者の観察や治療および生活の支援を行うだけでなく、療養者の生死にかかわり看取りを行う職種である。療養者や家族にとって最良の医療やケアを行う強い信念や姿勢や態度が求められることが推察されることより、今回、訪看と医師の得点がケアマネやヘルパーより高い得点であったと考える。

4職種全体において、終末期研修の有無はFATCOD-B-J合計点、因子I、因子IIで有意差がみられた。しかし、職種別にみると、医師と訪看のみに有意差がみられていた。このことより、医学や看護学の基礎教育を受けている医師や訪看は、終末期の研修によって自身のターミナルケア態度をより高めることができる可能性が示唆された。

スピリチュアリティの言葉を知っているかについても、4職種全体において、FATCOD-B-J合計点、因子I、因子IIで有意差がみられた。職種別では、医師と訪看、ヘルパーに有意差がみられていた。スピリチュアリティの言葉を知っていることと終末期の研修の関連について、今回の調査では明らかにしていないが、スピリチュアリティの言葉など知っている者が、FATCOD-B-Jの得点が高い傾向にあることより、訪看以外の職種も終末期研修などを受講することによって、自身のターミナルケア態度を高められる可能性があると考えられる。

終末期の治療に関する意思表示である事前指示書=リビングウィルは、死にゆく人の看護を行う際、大変重要なものであり、先進諸外国では法制化されている(厚生労働省, 2007b)。わが国では、法制化はされていないが、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」等で終末期患者の意思を尊重する重要性が求められている(厚生労働省, 2007b)。しかし、対象の4専門職種は、リビングウィルの把握が全体的に低値であった。このことより、在宅の終末期医療の現場では、本人の死に対する希望を確かめることなく終末期のケアが行われている可能性があることが推測され、そこからは、本人が望む死に方や死への援助ができない可能性もあると考えられる。したがって、各専門職が、本人の意思を確認できる体制を充実させていく必要があると考える。

##### 2. 専門職種の基本的属性とスピリチュアルケア実施頻度

スピリチュアルケア実施頻度では、4職種のうち訪看の得点が11項目中7項目において最も高い傾向であった。とくに〈コミュニケーションをはかる〉〈寄り添う／ともにいる〉の項目において、訪看の得点は、すべての職種との間に有意差がみられた。竹田(2010, p.516)は、「スピリチュアルケアの援助プロセスは、対象者との瞬間の関係性のなかで展開される」とし、専門職は「スピリチュアルケ

アの前提である〈症状のコントロール／生理的ニーズの充足をはかる〉〈関心を向ける〉をふまえて、〈コミュニケーションをはかる〉〈寄り添う／ともにいる〉を実践することによって、対象者がスピリチュアリティに向き合うことを支援している」(2010, p.516)と述べている。訪看のスピリチュアルケア実施頻度が高得点であったのは、本研究では、竹田(2010)が高齢者看護の観点から導き出したスピリチュアルケアの項目よりスピリチュアルケア実施頻度の質問紙を作成したこと、また、訪看の終末期の経験事例数や看取りの経験が豊富であったことが要因であると考えられる。さらに、訪看は、〈症状のコントロール／生理的ニーズの充足をはかる〉〈関心を向ける〉なども高得点であったことより、スピリチュアルケアの前提であるケアの土台が確固とされ、他のスピリチュアルケアの実践につながっていたと考える。

医師の得点は、〈症状のコントロール／生理的ニーズの充足をはかる〉と〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉では、ケアマネやヘルパーよりも高い傾向であった。これは、前述したように、他の職種との教育差や看取りの経験が影響していると考えられる。

〈寄り添う／ともにいる〉〈相手を大切に日々のケアを行う〉の項目においては、ヘルパーの得点が訪看に次いで高かった。竹田(2010, p.519)は、「対象の自律を保証しつつ、日常生活を整えることは重要なスピリチュアルケアであり、かけがえのない大切なひとりの人として丁寧にかかわる」ことの重要性を述べている。訪看とヘルパーは、在宅ケアでは、終末期非がん高齢者の療養生活支援を直接担うことを役割とする職種であると考えられる。今回、訪看とヘルパーが〈寄り添う／ともにいる〉〈相手を大切に日々のケアを行う〉の得点が高い傾向であったのは、訪看とヘルパーは、「スピリチュアルケアを実践していくうえで大切なケアの要素である一人の人間として素直に患者に向き合うという、死に対して解決策をもたない者同士が横に立つ、同じ目線に立とうとする姿勢」(草島・河・坂井・森田, 2014, pp.49-50)をもち、ケアを実践できていたためであると推測される。

スピリチュアルケア実施頻度は終末期の研修の有無において、4職種全体と医師と訪看で有意差がみられた。この結果より、終末期の研修の受講はスピリチュアルケア実施頻度を高める要因であることが示唆された。しかし、ヘルパーは、訪看に次いで、スピリチュアリティの言葉を知っている者にスピリチュアルケア実施頻度が多くみられ、また、〈寄り添う／ともにいる〉〈相手を大切に日々のケアを行う〉の項目が高い傾向であった。人はスピリチュアルな存在であり、危機的状況において、生命の根源、存在の根源をなしているものへの信念・心のよりどころが揺らぎ、

安定を求めて苦悩し(新藤, 2012b, p.101)、死にゆく患者は不安、恐怖、怒りなどの感情を表出しやすい(新藤, 2012a, pp.43-44)。このような苦悩を抱え、死に近づいている人をケアするためには、相手を受け入れる柔軟性や肯定的思考力、誠実さを身につけ、感性を磨くことが不可欠である(花出, 2012, p.38)。

このことより、スピリチュアルケアの実践には、終末期の研修の受講だけではなく、スピリチュアリティに関心をもつことや相手に寄り添うこと、相手を大切に日々のケアを行うなどの態度・姿勢も影響していると考えられる。

4職種において、〈希望を与える〉〈価値・信念を支える／その人らしさを尊重し支える〉〈自然とのふれあい・気分転換等より生きる喜びを支援する〉は有意差がみられなかったが、この結果からも、スピリチュアルケア実施頻度を高めるためには、自身の人間としての感性を磨くなどの必要性があると考えられる。

今回、ケアマネは、スピリチュアルケア実施頻度が他職種より低値であった。サービス調整を主な役割とし直接ケアに関与しない職種であることがその要因とみられるが、終末期高齢者のマネジメントという重要な役割を担っており、知見を深める必要がある。

4職種において、〈希望を与える〉〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉の得点が低い傾向であった。「一人ひとりが抱える死の不安の内容、死への取り組み方はさまざまであり」(草島ら, 2014, p.54)、「高齢者へのスピリチュアルケアは、高齢者自身が人生の統合という発達課題に向き合うことを側面から支えることである」といわれている(竹田, 2010, p.518)。非がん高齢者の事例では、「家族の介護疲れや繰り返す病状の変化で、スピリチュアルニーズ支援を認識させてない恐れがある」(片倉・中谷, 2008)といわれており、終末期非がん高齢者の研究は家族介護等に注目されがちである。介護負担軽減のみならず、非がん高齢者本人が、その人らしく生き、人生を統合する〈希望を与える〉〈死の受容・人生の統合に向けて支援する〉のケア実践を、専門職が意識的に強化していくことが重要であると考えられる。

### 3. 在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる専門職のターミナルケア態度とスピリチュアルケア

今回、4職種全体では、FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度との間で、すべて関連性がみられた。このことより、終末期の患者に対して、丁寧で真摯な態度や姿勢をもつ人は、スピリチュアルケアを実施する頻度が高いことが推測される。職種別では、FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度が関連した項目は、訪看が最も多く、次いで医師が多かったが、ケアマネやヘルパーは少な

い傾向であった。スピリチュアルケアの実践には、看護師の人間観、人生観、死生観、看護観、価値観などが影響するとされている(花出, 2012, p.38) ことより、スピリチュアルケアの実施には、ターミナルケア態度の他にさまざまな要因が影響していると考えられる。看護師のターミナルケア態度に関連する要因として、看護組織のチーム力や組織力があげられている(中西ら, 2012) ことより、訪問看護や医師は、ケアマネやヘルパーとの連携やチーム力を強化することによって、ケアマネやヘルパーのFATCOD-B-Jやスピリチュアルケア実施頻度を高める可能性があると考えられる。

#### 4. 在宅療養中の終末期非がん高齢者のケアの向上にむけて

今回の結果では、在宅非がん高齢者の終末期ケアにおいて訪問看護の得点が高値の傾向であったが、このことより、訪問看護の役割・責任が大きいことが明らかとなった。

訪問看護ステーションを対象にした調査によると、高齢者の在宅死亡割合が高い要因として、1つの施設のみでなく他機関が連携すること、また、主治医が在宅医療に積極的であることが重要であるといわれている(叶谷, 2012)。また、在宅療養の訪問看護の調査によると、ケアマネの訪問頻度が高かった事例は、訪問看護とのかわりや連携が強かったことが報告されている(中西, 2008)。訪問看護は医師とともに、事例に応じた終末期や臨死期の状況判断やケア内容を他職種に適切に伝えたり、多職種をサポートするなど連携していくことが重要な役割であると考えられる。

終末期のそれぞれの非がん高齢者が最期までその人らしく生き、生きていてよかったと思えるケアを創出するための重要な役割を、それぞれの専門職は担っていると考える。多職種が連携し、チームとして機能し、ケアの充実をはかっていく必要性が示唆された。

## V. 結 論

在宅で非がん終末期の高齢者ケアを実施している2都県の在宅療養支援診療所医師、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーの4専門職に対して、アンケート調査を実

施した結果、以下のことが明らかとなった。

1. ターミナルケア態度(FATCOD-B-J)の合計点は、訪問看護師が最も高かった。FATCOD-B-Jの因子〈死にゆく患者へのケアの前向きさ〉において、訪問看護師は、他の職種との間に有意差がみられた[医師( $p < .01$ ), ケアマネジャー( $p < .001$ ), ホームヘルパー( $p < .001$ )]。
2. スピリチュアルケア実施頻度の11項目中7項目において、訪問看護師の得点は、医師、ケアマネジャー、ホームヘルパーより高く、とくに「コミュニケーションをはかる」「寄り添う／ともにいる」では、医師( $p < .01$ ), ケアマネジャー( $p < .001$ ), ホームヘルパー( $p < .05$ )の3職種との間で有意差がみられた。
3. スピリチュアルケア実施頻度の項目のうち、「希望を与える」「死の受容・人生の統合に向けて支援する」の得点は、4専門職で低い傾向であった。
4. FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度の関連は、4職種全体ではすべての項目にみられた。職種別では、FATCOD-B-Jとスピリチュアルケア実施頻度の関連は訪問看護師が最も多く、次いで医師に多くみられた。
5. 本研究より、終末期非がん高齢者ケアにおける訪問看護師の役割や責任は大きいこと、多職種が連携し、非がん高齢者終末期ケアの充実をはかっていく必要性が示唆された。

## VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、2都県のデータをまとめたものであり、研究の一般化には限界がある。対象数を増やした調査を実施することが今後の課題である。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究の一部は、日本看護研究学会第39回学術集会にて発表した。なお、本研究は、茨城キリスト教大学研究助成を受けて行われた。

## 要 旨

研究の目的は、在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種のターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度を明らかにすることである。在宅で非がん終末期の高齢者ケアを実施している2都県の在宅療養支援診療所医師、訪問看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーの4専門職に対してアンケート調査を実施した。295名の分析結果、訪問看護師は、ターミナルケア態度(FATCOD-B-J)が高得点であり、因子I「ケアの前向きさ」において他の職種間との間に有意差がみられた[医師( $p < .01$ ), ケアマネジャー( $p < .001$ ), ホームヘルパー( $p < .001$ )]。スピリチュアルケア実施頻度でも半数以上の項目で訪問看護師の得点が高かった。「希望を

与える」「死の受容・人生の統合」は、全職種で低値であった。終末期非がん高齢者ケアにおける訪問看護師の役割は大きいこと、非がん高齢者終末期ケアの充実の必要性が示唆された。

## Abstract

The purpose of the present study was to clarify attitudes toward care of the dying and the frequency of spiritual care among 4 professions involved in home care of elderly adults with terminal non-cancer disease. In 2 prefectures of Japan, we conducted a questionnaire survey with medical doctors, visiting nurses, care managers, and home helpers working for in-home treatment support clinics, where home care services are offered to elderly adults with terminal non-cancer disease. The analysis of survey data obtained from 295 participants revealed that visiting nurses had a higher score in FATCOD-B-J than did other professions. Moreover, visiting nurses had a significantly higher score [medical doctors ( $p < .01$ ), care manager ( $p < .001$ ), helpers ( $p < .001$ )] on factor I (“positive attitudes toward care”) of the FATCOD-B-J. With regard to the frequency of spiritual care, visiting nurses had a higher score on more than half of the relevant questionnaire items. For all professions, scores on “giving hope” and “accepting death/integrating life” were low. The results suggest that visiting nurses play an important role in the care of elderly adults with terminal non-cancer disease, and that the standards of terminal care for the elderly need to be raised.

## 文 献

- 青木信雄 (2004). 高齢者を対象とした“たましいのケア”のわく組み. *ホスピスと在宅ケア*, 12(1), 29-32.
- Au, D.H., Udriș, E.M., Fihn, S.D., McDonell, M.B., and Curtis, J.R. (2006). Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med*, 166(3), 326-331.
- Bomba, P.A. (2005). Enabling the transition to hospice through effective palliative care. *Case Manager*, 16(1), 48-53.
- Frommelt, K.H. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care*, 8(5), 37-43.
- Frommelt, K.H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: An educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*, 20(1), 13-22.
- 花出正美 (2012). 死に直面した人の理解. 平山正実 (編): 新体系 看護学全書〈別巻〉生と死の看護論. 38, 東京: メヂカルフレンド社.
- 比嘉勇人 (2006). スピリチュアリティの評価法. *医学のあゆみ*, 216(2), 163-167.
- 叶谷由佳 (2012). 在宅高齢者の看取りにおける家族支援の重要性. *公衆衛生*, 76(7), 523-527.
- 片倉直子, 中谷久恵 (2008). 在宅エンド・オブ・ライフケアにおける精神的ケア—精神的ケアとデスマネジメント. 島内 節, 葉袋淳子, エンド・オブ・ライフケア研究会 (編): 在宅エンド・オブ・ライフケア〈終末期ケア〉利用者のアウトカムと専門職の実践力を高めるケアプログラムの応用. 87-103, 東京: イニシア.
- 厚生労働省 (2007a). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (検索日2015年3月1日)
- 厚生労働省 (2007b). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (検索日2015年3月1日)
- 厚生労働省 (2009). 臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について: 医学教育カリキュラム検討会意見のとりまとめ. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/\\_icsFiles/afldfile/2009/05/01/1263119\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/038/toushin/_icsFiles/afldfile/2009/05/01/1263119_1.pdf) (検索日2015年3月1日)
- 厚生労働省 (2015). 中央社会保険医療協議会 総会 (第305回) 資料: 在宅医療 (その3). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000099999.pdf> (検索日2015年12月8日)
- 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 (2014). 在宅医療の近年の動向. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf) (検索日2015年3月1日)
- 久保川真由美, 山田多寿子 (2000). 高齢者へのチームケアを成功させるポイント 80. 2, 日本医療企画.
- 草島悦子, 河 正子, 坂井さゆり, 森田達也 (2014). 終末期がん患者の死の不安と希望をめぐる苦悩に対するケア: 緩和ケアに従事する多職種のスピリチュアルケア経験に関するインタビュー調査. *臨床死生学*, 18・19(1), 46-57.
- 宮下光令 (2005). FATCOD-FromB-J (Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版) のページ. <http://plaza.umin.ac.jp/fatcod/> (検索日2016年3月9日)
- 村田久行 (2012). スピリチュアルペインの概念. 田村恵子, 河正子, 森田達也 (編): 看護に活かすスピリチュアルケアの手引き. 1-5, 東京: 青梅社.
- 内閣府 (2015). 平成27年版高齢社会白書 (全体版) (PDF形式). [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html) (検索日2015年12月22日)
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河 正子 (2006). Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで—. *がん看護*, 11(6), 723-729.
- 中西美千代, 志自岐康子, 勝野とわ子, 習田明裕 (2012): ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. *日本看護科学学会誌*, 32(1), 40-49.
- 中西三春 (2008). 介護・福祉現場における看取りの現状と課題—「在宅高齢者等のターミナルケア期における介護, 看護のあり方に関する研究」の調査結果より—. *月刊福祉*, 91(3), 26-29.
- 日本老年医学会 (2012). 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> (検索日2015年12月8日)
- 西山みどり (2015). 高齢者の病と“死”への軌跡—現実と理想? 看護, 67(4), 31.

- 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 山下友紀, 磯部佳苗, 山口知香 (2009). 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. 保健学研究, 21(2), 43-50.
- 小楠範子 (2004). 語りにみる入院高齢者のスピリチュアルニーズ. 日本看護科学会誌, 24(2), 71-79.
- 小楠範子, 萩原久美子, 狩浦美恵子 (2007). 終末期に施設から病院への転院を余儀なくされた高齢者のスピリチュアルベイン. ホスピスと在宅ケア, 15(3), 216-224.
- 島内 節, 小野恵子, 内田陽子 (2008). 在宅エンド・オブ・ライフにおける基本的ニーズとケアの特徴. 島内 節, 葉袋淳子, エンド・オブ・ライフケア研究会 (編): 在宅エンド・オブ・ライフケア〈終末期ケア〉利用者のアウトカムと専門職の実践力を高めるケアプログラムの応用. 104, 106, 東京: イニシア.
- 島内 節 (2008). ケアの質を保証するプログラム. 島内 節, 葉袋淳子, エンド・オブ・ライフケア研究会 (編): 在宅エンド・オブ・ライフケア〈終末期ケア〉利用者のアウトカムと専門職の実践力を高めるケアプログラムの応用. 12, 東京: イニシア.
- 新藤悦子 (2012a). 死に直面した人が抱える痛み. 平山正実 (編): 新体系 看護学全書〈別巻〉生と死の看護論. 43-44, 東京: メヂカルフレンド社.
- 新藤悦子 (2012b). 緩和ケアの方法. 平山正実 (編): 新体系 看護学全書〈別巻〉生と死の看護論. 101, 東京: メヂカルフレンド社.
- 新村 出 編 (1998). 広辞苑第五版. 1610, 東京: 岩波書店.
- 高橋都子 (2015). 地域包括ケアシステムの基本的な考え方. 看護, 67(8), 24-29.
- 高橋美岐子, 佐藤沙織 (2012). 在宅ターミナルケアにおける看護・介護連携体制づくりに関する研究〜人口減少を伴う高齢地域の実態把握〜報告書. (検索日2015年3月1日)
- 竹田恵子 (2010). 高齢者看護の観点からみたスピリチュアルケア. 老年社会科学, 31(4), 515-521.
- 竹田恵子, 太湯好子, 桐野匡史, 雲かおり, 金 貞淑, 中嶋和夫 (2007). 高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発—妥当性と信頼性の検証—. 日本保健科学学会誌, 10(2), 63-72.
- 竹田恵子, 太湯好子 (2006). 日本人高齢者のスピリチュアルティ概念構造の検討. 川崎医療福祉学会誌, 16(1), 53-66.
- 十時のぞみ (1999). 大学病院医師の死生観とターミナル・ケアにおける行動や意識との関連. 死の臨床, 22(1), 65-70.
- Tsai, J.S., Wu, C.H., Chiu, T.Y., Hu, W.Y., and Chen, C.Y. (2005). Fear of death and good death among the young and elderly with terminal cancers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, 29(4), 344-351.
- 横尾誠一, 吉原麻由美, 松島由美, 大町いづみ (2010). 訪問看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析—一般病院看護師との比較—. 保健学研究, 22(2), 37-43.

〔平成27年12月25日受 付〕  
〔平成28年5月2日採用決定〕

## 教育に携わる看護師が「成長が遅れている」ととらえた 看護師の特徴と行われている教育・支援

Characteristics, Training, and Support of Nurses Identified as having  
“Slow Progress” during Professional Development

小川 朋子<sup>1)</sup> 林 智子<sup>2)</sup> 井村 香積<sup>2)</sup>  
Tomoko Ogawa Tomoko Hayashi Kazumi Imura

キーワード：教育，成長，看護師，質的研究

Key Words：education, progress, nurse, qualitative research

### 序 論

医療現場で働く看護師に対する継続教育の多くは所属する施設で行われており、看護師としての成長を支えている。そして看護師としての成長を評価するにはその指標として、看護実践能力や看護技術の習得度が用いられることが多い。看護実践能力と看護師の経験年数との関連を調べた研究では、経験年数を経ることによって看護実践能力が高まることが明らかになっている（藤原ら，2005；原田・山本・斉藤・大岡，2001）。また、基礎看護技術に関しても経験年数とともに習得度が上がり、3年目ではほぼ習得できていることが報告されている（伴・宮崎，2006）。これらの先行研究から、多くの看護師が継続教育を受け、経験年数を重ねるなかで、看護師として成長していることがうかがえる。

だが、すべての看護師が順調に成長を遂げているといえるのだろうか。前述の研究結果は、経験年数を積んだ看護師のなかにも、実践能力や看護技術が身につけていない者がいることも示唆している。たとえば実践能力や看護技術に対して指導者評価を行った研究では、「できない」と評価を受けた3年目看護師が1割未満ではあるが存在している（伴・宮崎，2006；齊田・阿蘇品，2010）。また、11か月目の新人看護師の看護技術到達度を調査した研究でも、調査対象23名の中に1名だけ、到達度が極端に低い者が存在していたことが報告されている（荒木・吉田・八木・伊勢，2010）。このように先行研究の結果をみると、すべての看護師が順調に成長できている訳ではなく、成長が遅れている看護師が存在していることが推測される。

しかしながら、成長が遅れている看護師に関する研究はほとんど見当たらず、看護雑誌の特集などで取り上げられ

ているものがわずかに存在しただけであった。そのなかには、業務の覚えなどが周囲に比べ遅れている新人看護師が「自分は落ちこぼれなのか」と悩んでおり、看護師長も指導に苦慮している事例を紹介しているものがあつた（沢，2007）。またコーチングの特集では、「経験年数の割に仕事ができない」「やる気がない」と評価されていた4年目看護師が、異動先の病棟で行われた取り組みによって、少しずつ成長していった様子が紹介されている（坂井，2006）。これらは、「成長が遅れている」と感じ悩んでいる看護師や、その指導に苦慮している指導者がいることを示している一方で、教育方法によっては成長を促すことができるケースがあることも示している。このことは、成長が遅れている看護師に対して継続した教育が行われる必要性を示唆している。

成長が遅れている看護師に適切な教育や支援が行われなければ、その看護師は知識や技術が未熟なまま患者にケアを提供することになる。患者は看護師から直接的なケアを受けており、知識・技術の未熟な看護師のケアにより患者が医療事故に遭遇する可能性は高まる（日本看護協会，2007，p.8）。そのため、成長が遅れている看護師に対して適切な教育が行われることは、医療安全の確保という点でも重要である。

齊（2012）は、伸び悩む2～3年目看護師が伸びるか挫折するかは、先輩看護師のかかわり方で決まると述べている。また先述の特集では、主任看護師のコーチングを活用したさまざまな取り組みにより、成長が遅れていた4年目看護師が成長していったことが示されている（坂井，2006）。このように看護師の成長には、指導にかかわる看護師の教育・支援のあり方が影響を及ぼすことが示されている。しかし、成長が遅れている看護師に関して研究論文

1) 天理医療大学医療学部看護学科 Faculty of Nursing, Department of Health Care, Tenri Health Care University

2) 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University

として発表されているものではなく、実際の教育で活用できるだけの知見が蓄積されているとはいえない。そのため成長が遅れている看護師と、その看護師に対して行われている教育や支援の現状を分析し、よりよい教育・支援を開発することが必要である。

## I. 研究目的

本研究は、これまで教育に携わってきた看護師が「成長が遅れている」ととらえた看護師の特徴と、行われている教育・支援を明らかにすることによって、「成長が遅れている」ととらえられた看護師の理解を深め、必要な教育・支援についての示唆を得ることを目的とする。

## II. 用語の定義

本研究では「成長が遅れている看護師」を、所属の臨床場面で看護実践を一人前に実践できるレベルを目指す段階において「標準的な看護師よりも著しく成長が遅れている」と研究参加者がとらえた看護師、と定義した。何をもち「遅れがみられる」と考えるかは、それぞれの臨床によって異なると考えたため、研究参加者の判断に委ねた。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

「成長が遅れている看護師」に対する継続教育に関する知識はほとんど得られていないため、本研究は探索的記述型デザインを選択した。

### 2. 研究参加者

本研究における研究参加者は、東海地方・関西地方の200床以上の医療施設へ研究協力依頼を行い、了承を得られた3施設に勤務する、教育担当師長1名、病棟師長3名、副師長4名、副主任2名の計10名の看護師であり、いずれの看護師も豊富な看護師経験と教育経験を有していた。また「成長が遅れている」と感じる看護師の教育に取り組んだ経験をもつことも条件としており、参加者たちはこれまでに4～10例を経験していた。

### 3. データ収集の方法

平成26年7月～9月をデータ収集期間とし、研究参加者に対して、インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを個人面接法で行った。インタビューでは、これまで「成長が遅れている」と感じた看護師のなかで、とくに印象に残っている1名について、「どういった特徴から、

その看護師の成長が遅れていると感じたのか」「その看護師に行った教育や支援」について語ってもらった。インタビューは1人1回実施し、参加者の同意を得た上で録音した。インタビュー時間は平均55分であった。

## 4. データ分析方法

看護師としての成長が遅れていることについては、ほとんどのことが明らかになっていないため、自然主義的探求を行う質的記述的研究法の方法論に基づいて分析を行った。

まず面接内容から逐語録を作成し、そのなかから、周囲の看護師と比べてとくに目立つことや特有なことが語られた部分を、「成長が遅れている看護師」の特徴データとして抽出し、「成長が遅れている看護師」に対して行われた教育や支援について語られた部分を、行われた教育・支援のデータとして抽出した。分析は、谷津(2010, pp.98-145)が紹介している分析ステップに沿って行い、抽出したデータ一つひとつに、データに忠実なコードをつけた。次に「成長が遅れている看護師」の特徴、行われた教育・支援ごとにコードを整理し、統合して、それらのコードに共通して見出される意味を表すサブカテゴリー名、カテゴリー名、コアカテゴリー名をつけていった。コードやカテゴリーに名前をつける際は、言葉がもつ意味を崩さないように注意深く要約していった。

また、各特徴に対してどの教育・支援が行われていたのかという関係性を明らかにするために、逐語録に戻り、各教育・支援コードが、どの特徴コードに対応して語られていたのかを抽出し、その結果から、コードレベルの関係図を作成した。その関係図の各コードを集約された先のコアカテゴリーに置き換え、コアカテゴリーの関係図を作成した。

## 5. 分析結果の厳密性の検討

分析結果の厳密性を検討するために、逐語録からのデータ抽出、コード作成、カテゴリー化の全過程において、看護学研究の経験のある2名の研究者からのスーパーバイズを受け、研究者がデータに忠実に分析を行っているか、カテゴリー化は妥当かなどの確認を受けた。また、研究参加者の中で協力の同意が得られた5名にメンバーチェックングを行ってもらった。5名に分析結果であるコアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーのすべてと、サブカテゴリーを構成する主要なコードを1例ずつ示した一覧表を提示し、「この分析結果は、あなたの経験や、あなたのまわりの人の経験を加味して考えたときに、納得できますか?」と質問した。その結果、全員から「納得できる」という回答を得た。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、三重大学医学部臨床研究倫理委員会の承認（No. 1429）を得て実施した。研究参加依頼時やインタビュー実施時に、研究目的や研究方法、研究参加における自由意思と同意の示し方、個人情報保護の方法、研究参加による不利益そして研究結果の公表について文面と口頭により説明を行った。また、「成長が遅れている看護師」が特定されないように、インタビュー中は「成長が遅れている看護師」の名前や性別は伏せてもらうよう、協力を求めた。

## IV. 結 果

成長の遅れに気づいた時期は、9例が就職後2～6か月以内で、1例が8～9か月ごろであり、その時期の「成長が遅れている看護師」の特徴が語られた。教育・支援は主に就職後1～2年間に行われたものであり、1例のみ就職後3年間の教育・支援の語りであった。

### 1. 教育に携わる看護師がとらえる「成長が遅れている看護師」の特徴

「成長が遅れている看護師」の特徴として抽出されたコードを、意味内容の類似性に基づき分類した結果、【A. 学習の積み上げが困難】【B. 看護実践に必要なスキルの不足】【C. 安全性の欠如】【D. 患者・職員との関係形成困難】【E. 精神的脆弱さ】【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】の6つのコアカテゴリーと、24のカテゴリー、76のサブカテゴリーに分類できた。表1に、抽出された一部のコードとすべてのサブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーを示す。以下では、各コアカテゴリーの意味内容と、そのコアカテゴリーを構成するカテゴリーについての説明を行う。なお、【 】はコアカテゴリー、《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリーを示す。

【A. 学習の積み上げが困難】は、すべての参加者から抽出された唯一のコアカテゴリーであり、経験や学習によって新しい知識・技能・認知様式などを習得することや、それらを習得するための活動を積み上げることの困難さを示している。このコアカテゴリーは、何度繰り返しても習得することができず、同じことを繰り返してしまうことを示す《a. 習得が困難》や、自己評価が適切に行えないことを示す《b. 不適切な自己の状況把握》、そして学習態度の不適切さがみられることを示す《c. 不適切な学習態度》などのカテゴリーから構成される。

【B. 看護実践に必要なスキルの不足】は、看護を実践するうえで必要となる技術や能力が不足していることを示している。このコアカテゴリーは、同時に2つ以上の事象に対応することを苦手とし、1つのことだけに集中してし

まうことを示す《e. 多重課題への対応困難》や、環境整備や血圧測定などの実践頻度の高い看護技術であっても正しい方法・手順で実施できないことを示す《f. 不確実な看護技術》、患者に異常が発生している場面や看護を必要とする場面に遭遇してもそのことに気づけないことを示す《j. 看護の視点での気づき不足》などから構成される。

【C. 安全性の欠如】は、安全性の保たれた看護を確実に提供することができないことを示している。このコアカテゴリーは《o. 安全な看護提供が困難》と《p. 報告連絡相談が苦手》、《q. 確実に仕事を行うことが困難》から構成される。

【D. 患者・職員との関係形成困難】は、患者や職員と良好な人間関係を形成することや、チームで働くことがむずかしいことを示している。このコアカテゴリーは《r. 職員との良好な関係形成困難》と《s. 患者との良好な関係形成困難》、《t. チームで働くことが苦手》から構成される。

【E. 精神的脆弱さ】は、頻繁に仕事を休むなど精神的な不安定さが仕事にも支障をきたしていることを示しており、《u. 精神的弱さ》という1つのカテゴリーから構成される。

【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】は、看護職員として望まれる態度や行動がみられないことを示している。このコアカテゴリーは、社会人として望まれる態度や行動がとれないことを示す《v. 社会人としての自覚の不足》と、患者を想う気持ちや、「こういった看護がしたい」という姿勢がみえない仕事の様子を示す《w. 看護観の欠如》、そして思いやりのある丁寧な仕事ができないことを示す《x. 粗雑な仕事》から構成される。

### 2. 「成長が遅れている看護師」に対して行われている教育・支援

「成長が遅れている看護師」に対して行われている教育・支援に関しては、【①実践での指導】【②学習支援】【③対象理解と対象に合わせた指導】【④社会性の促進】【⑤主体性の促進】【⑥安全性の確保】【⑦環境の改善・調整】の7つのコアカテゴリー、20のカテゴリー、80のサブカテゴリーに分類できた（表2）。

【①実践での指導】は、実践的な臨床という場のなかで指導を行うことを示している。このコアカテゴリーは、《1. 具体的な方法の提示》と《2. 実践・指導の反復》、《4. 先輩看護師との実践》などから構成される。

【②学習支援】は、「成長が遅れている看護師」が学習に取り組むように支援することを示している。このコアカテゴリーは「成長が遅れている看護師」に学習を促すことを示す《5. 学習を促す》と、「成長が遅れている看護師」

表1 「成長が遅れている看護師」の特徴カテゴリー

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード1例
A 学習の積み上げが困難	a. 習得が困難	学んだことがリセットされる	以前できていたことができないというのを繰り返す
		同じことを注意される	同じことを毎日指摘されている
	b. 不適切な自己の状況把握	失敗を繰り返す	同じような失敗を何度もする
		習得に時間がかかる	不器用なのでバルーン挿入が1人でできるまでに、かなり回数を要していた
	c. 不適切な学習態度	できないという自覚の欠如	自分ができていないということが理解できない
		自己評価が高い	自己チェックはほとんど「できる」と、よい評価をつけてくる
		課題をやってこない	勉強してくるように言ったことを、勉強してこない
		提出が遅れる	課題の提出が遅れがちになる
		課題に時間がかかる	指導したことをやるのも凄い時間がかかった
		課題への取り組みが不十分	提出してきた内容が、コピペのようなものである
d. 低い自己教育力	自己学習が進まない	自主的に勉強する姿勢がみられない	
	指導されたことを聞き入れない	先輩に何かを指摘されると必ず「でも」と言う	
	学ぼうとする姿勢がみられない	ケアの視点を教えてあげても、勉強しようという姿勢がみられない	
	周囲の目を気にする	(自分だけがベアでまわっていることが)患者にばれることが恥ずかしいためにベアを嫌がる	
B 看護実践に必要なスキルの不足	e. 多重課題への対応困難	嘘をついていると思われる発言がある	課題を出していないのに、「出しました」と言う
		勉強の仕方がわからない	課題を与えられないと、自分でどう勉強していいかわからない
	f. 不確実な看護技術	目標や課題に対する具体策を考えられない	自分はどこがいけないから課題をこうしようといったことを自分で考えていくのがむずかしかった
		複数のことを同時に進めることができない	同時並行で複数のことをこなしていくことが、むずかしかった
	g. 知識・理解不足	1つのことに集中してしまう	いまやらないといけないうことだけにしか焦点がいかない
		看護技術が正しく提供できない	マンシュートをゆるゆるで巻いている
	h. 情報収集が苦手	正しい手順でできない	やるべき工程を飛ばして看護技術をしてしまう
		準備ができない	器材の準備不足をよくしていた
	i. 知識-思考-看護をつなげることが困難	清潔操作ができない	床に落ちた点滴ルートを、また接続しようとする
		知識不足	患者に起こりうる合併症が言えない
j. 看護の視点での気づき不足	申し送りされていることが理解できない	申し送りの内容がなかなか理解できない	
	情報収集のポイントがわからない	情報はたくさんとっているが、大切な点が抜けている	
k. 状況判断困難	情報が整理できない	情報はたくさんとっているが、整理されていない	
	紙面上の知識と臨床が結びつきにくい	紙面上と実際の臨床が結びつかない	
l. 仕事の流れに乗ることが苦手	看護につなげられない	患者の話聞いてもそこから看護にあまり結びついていない	
	異常に気づけないときがある	異常を早期に気づけるとときと気づけないときがある	
m. 言語能力が低い	気づきが足りない	尿管にたくさん尿が入っていても、それに気づかない	
	優先度の判断ができない	どっちが大切といった優先順位の判断ができない	
n. コミュニケーション能力の不足	患者の状態の判断ができない	患者の血圧が200あっても「大丈夫、大丈夫」という感じている	
	予測できない	患者の状態が悪くなったときに、次どうなっていくかという予測が立てられない	
o. 安全な看護提供が困難	人よりも時間がかかる	ベースが遅いため、他の人の倍くらい時間がかかる	
	いろいろなことに対応するために仕事が遅れていく	声をかけられると、そちらに介入して行って、どんどん遅くなっていく	
p. 報告連絡相談が苦手	文章を書くことができない	文章表現ができない	
	言いたいことが人に伝わりにくい	患者に、言いたいことがきちんと伝わらない	
q. 確実に仕事をすることが困難	言われたことを理解するのがむずかしい	指導者の言っていることが、うまく伝わらない	
	コミュニケーションが苦手	患者とのコミュニケーションはあまり上手ではない	
r. 職員との良好な関係形成困難	患者のところで何も言えずに帰ってきてしまう	ナースコールを取って行ったが、何も言わずにただ立っているだけだった	
	安全対策のチェックが抜ける	Wチェックを忘れて薬を渡そうとする	
s. 患者からの苦情が多い	感染予防ができない	風邪をひいたときにマスクをしたりといったこともできない	
	インシデントを繰り返す	「何かを忘れた」という小さいインシデントがたくさんあった	
t. チームで働くことが苦手	報告連絡相談ができない	患者の状態が悪くなったときに相談がうまくできない	
	報告連絡相談が遅れる	患者の異常の報告が遅くなる	
u. 精神的弱さ	業務のやり忘れが多い	時間処置などを忘れてしまう	
	頼まれたことを忘れる	患者から頼まれたことを忘れてしまう	
v. 社会人としての自覚の不足	メモをとれない	メモをとることがなかなかできない	
	メモを活用できない	書いたメモがどこに行ったかわからなくなる	
w. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足	周囲の職員になじめない	3年目になるころまでは周囲から浮いていた	
	聞きやすい人ばかりに聞き、苦手な人は避ける	自分の選んだスタッフがいないければ、他のスタッフには聞かない	
x. 粗雑な仕事	周囲に思いや考えを話せない	同期が心配して声をかけても、何も悩みを相談しない	
	感情を表出ししない	患者やスタッフとの関係で、喜怒哀楽が出ない	
y. 整理整頓ができない	誰も自分を認めてくれないと感じる	技術の実施許可がおりないことに対し「誰も自分のことを認めてくれない」という気持ちに陥る	
	患者から苦情を言われる	やっていることが乱暴なために、患者からの苦情が多い	
z. 後輩への指導が苦手	患者を怒らせてしまう	やっていることが乱暴なために、患者から直接怒られる	
	業務中どこにいるかわからなくなる	業務中どこへ行ったかわからなくなる	
aa. 心が折れて休む	職員間で協力することが苦手	チームで協力することが凄く不得手だった	
	心が読めない	心が読めなくてスタッフが忙いときに声をかけてしまう	
ab. メンタル面が不安定	後輩への指導が苦手	指導側に立つと、あまり何も言わない	
	心が折れて休む	怒られた、モチベーションが上がらない等の理由で休む	
ac. だれる・さぼる	メンタル面が不安定	泣いてばかりのことがある	
	だれる・さぼる	若いスタッフとの仕事だとだれる	
ad. 体調管理ができない	体調管理ができない	よく熱を出したり、咳をしていた	
	遅刻する	遅刻が多い	
ae. 接遇ができていない	遅刻が多い	遅刻が多い	
	感情が表情や態度に出過ぎる	患者さんの話を聞いたりする際、友だち感覚になってしまう	
af. 仕事と私情が分けられない	腹立たしいことがあると物にあたったり、露骨に人の前に嫌な顔を出す		
	仕事への配慮ができない	プライベートと仕事切り替えられない	
ag. 仕事をこなすだけになっている	清拭のときにタオルを掛けたりといった配慮もなしに、いきなり全部脱がす		
	仕事をこなすだけになっている	仕事をこなしているだけのように感じる	
ah. ベッドサイドに行くと患者に何かをする	身のまわりのケアは他職種に任せたま	ベッドサイドに行くと患者に何かをするに関しては、ほぼ介護福祉士に任せ	
	仕事に雑	オムツ交換などを1人でやると、雑	
ai. 片づけができない	片づけができない	処置の後の物を片づけておらず、絶対に残っている	
	整理整頓ができない	検温をまわるときのコートがいつもグチャグチャ	

表2 「成長が遅れている看護師」に対して行われている教育・支援カテゴリ

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード1例
① 実践での指導	1. 具体的な方法の提示	メモをとるよう促す	指摘されたことをメモにとりなさいと指導していた
		情報をまとめさせる	患者個々のページがある情報収集ノートを作成してもらい、情報を整理してもらった
		スケジュール表をつくらせる	何時に何をやるかわかるようにタイムスケジュール表を作成してもらった
		基本的な作業からさせる	書かせるときは、SOAPのSとOに分けていく作業から行う
② 学習支援	2. 実践・指導の反復	手本を示して指導する	副師長が「こういうふうに行うか？」等と繰り返し言っていた
		どのようによすべきかを指導する	「医療者としてマスクをしない」とわざわざ言っていた
		何度も実施させる	繰り返し作業を行った
③ 対象理解と対象に合わせた指導	3. 制限せずに実践させる	何度か指導する	うまくできなかったことは、もう一度見て、どこがいけなかったのかを指導する
		できるだけ実践させる	ベアナースにして2人で患者をみるようにして、どんなことでも実施させる
④ 社会的な促進	4. 先輩看護師との実践	先輩看護師と一緒に動いてもらう	ベアナースにして2人で患者をみるようにした
		先輩の姿を見て学んでもらう	パートナーシップで動くことで相手のやり方や、どういうふうによすればうまく通じるかを見てもらう
⑤ 主体性の促進	5. 学習を促す	勉強法を勉強させる	教育スタッフが一緒に、勉強の仕方を勉強していた
		勉強するよう促す	「自分で気づいて勉強しないといけない」と言っている
⑥ 安全性の確保	6. 学習を支援する	関連図を書かせる	患者の関連図を書いてくるように言っていた
		書く習慣をつけさせる	気になったことなどをノートに書く習慣をつけさせる
⑦ 環境の改善・調整	7. 現状の把握	病棟で勉強させる	仕事が終わってから病棟で学習ノートを書きなさいということもした
		研修に誘う	がん看護の院内研修に誘ってみる
⑧ 働きやすい環境をつくる	8. 強みの把握	人に教える場面をつくる	2年目になったときに、得意な看護技術を新人に教える機会をつくった
		指導者が一緒に勉強する	教育スタッフが一緒に本を開いていた
⑨ 多様な職員への介入	9. 個人に合わせた指導	焦点を絞ることで課題の量を減らす	課題は莫大な量にならないように、焦点を絞るようにしていた
		できること・できないことを見極める	できることとできないことを見分けるようにした
⑩ 他部署への異動	10. 社会人としての自覚を促す	知識の確認を行う	適宜小テストを実施する
		仕事の様子を確認したうえで指導する	指導者は仕事の様子を見に行っていた
⑪ 働きやすい環境をつくる	11. 主体性を促す	本人がどう考えたのかを確認する	自分ができると評価したのは、どういった部分なのかを確認していた
		本人に事実を確認する	なるべく頭ごなしには叱らず、状況を確認していた
⑫ 働きやすい環境をつくる	12. 改善の必要性の自覚を促す	生活面の状況を確認する	食事が摂れているか、眠れているかの確認を行う
		職員との関係性を確認する	食事がスタッフと一緒に食べられているかどうかにも気を使う
⑬ 働きやすい環境をつくる	13. 勤務体制の配慮	よいところを見つける	周囲のスタッフから1か月間でよかったことを言ってもらった
		本人にとってわかりやすい指導法で行う	本人がわかりやすいと言った指導方法を取り入れた
⑭ 働きやすい環境をつくる	14. 担当患者の調整	本人用の資料をつくる	本人のために、気をつけるポイントなどをまとめたものを渡す
		教育ベースを本人に合わせる	個人の成長に合わせて病棟の教育カリキュラムを変えて教育している
⑮ 働きやすい環境をつくる	15. 確実な業務の確保	状況に合わせて段階的に目標を設定する	「1か月後には患者が変わっても観察ポイント、時間処置が抜けずに行える」という目標を立てた
		目標達成のための具体策を立てる	目標に対する具体策を提示した
⑯ 働きやすい環境をつくる	16. かかわる看護師の調整	他の看護師と比べない	「あの子はできていた」といったことはあまり言わないようにしていた
		指導を受ける際の態度を指導する	先輩から指摘されたり、何かを教えてもらったときには、基本的にはまず「はい」と言うように話した
⑰ 働きやすい環境をつくる	17. 働きやすい環境をつくる	社会人としての基本を学ばせる	「公私混同はダメ」と注意していた
		自主的な学習に任せる	課題を与えず、自分でやろうと勉強する姿勢を待ってみることにした
⑱ 働きやすい環境をつくる	18. 周囲が変わる	教育計画を本人にも把握してもらう	次に目指す事柄を示し、そのためにいま何を説明するのかを説明する
		課題などを一緒に考える	期限を決めて勉強することを本人と指導者2人で決める
⑳ 働きやすい環境をつくる	19. 多様な職員への介入	役割をもってもらう	係のリーダーなどの役割をもたせる
		改善点を自分で考えさせる	1日を振り返った際の改善点の原因と対策は、本人が考えるように促す
㉑ 働きやすい環境をつくる	20. 他部署への異動	出勤時間を約束させる	情報収集に必要な時間を踏まえて何時に来るか決めてもらい、それを約束させていた
		振り返りを行う	勤務終了後に1日の振り返りを指導者とする
㉒ 働きやすい環境をつくる	21. 働きやすい環境をつくる	できていないところを認識してもらう	どこが足りない、どこが違うということを本人にわかってもらえるようにしていた
		なぜダメなのかを指導する	ただ駄目だけではなく、「次に使う人が困る」というふうには言っていた
㉓ 働きやすい環境をつくる	22. 働きやすい環境をつくる	認識の誤りに気づかせる	「監視されている」と言ってくることにに対して) 見てもらえるのはありがたいことなんだと伝えた
		日勤のみの勤務にする	日勤のみの勤務にしている
㉔ 働きやすい環境をつくる	23. 働きやすい環境をつくる	夜勤に入れるのを遅らせる	夜勤に入るのはだいぶ遅らせた
		夜勤回数を減らす	夜勤回数をぐっと減らした
㉕ 働きやすい環境をつくる	24. 働きやすい環境をつくる	周囲の看護師のフォローが得にくい勤務には入れない	同期が夜勤のときは遅番に入れていない
		フォローする看護師をつける	1年以上経ったいまもプリセプターやフォローをずっとつけている
㉖ 働きやすい環境をつくる	25. 働きやすい環境をつくる	重症患者を担当させない	日勤業務でも重症患者をみせていない
		プライマリーをもたせせない	就職後1年以上経ってもプライマリーをもたせていない
㉗ 働きやすい環境をつくる	26. 働きやすい環境をつくる	担当患者を少なくする	患者数をぐっと減らした
		忘れていたときなどは声をかける	みんな気にして「何々やってないよね」と言っていた
㉘ 働きやすい環境をつくる	27. 働きやすい環境をつくる	きちんとできているかの確認を行う	本当にしてきたかの確認を行う
		確認したうえで実施させる	できるという安全の確保をしてから1人で実施させる
㉙ 働きやすい環境をつくる	28. 働きやすい環境をつくる	実施できないことはさせない	安全性がなかったため技術にOKを出さなかった
		同じ勤務に入れる看護師を選ぶ	何かあっても、待つてくれるようなスタッフを必ず一緒に夜勤に入れる
㉚ 働きやすい環境をつくる	29. 働きやすい環境をつくる	指導に適した看護師にかかわってもらう	指導するスタッフを師長が「この人なら任せられるかな」という人にした
		指導者を変える	環境を変えるために指導メンバーをガラッと変えた
㉛ 働きやすい環境をつくる	30. 働きやすい環境をつくる	かかわりがうまくできそうな患者を担当させる	しばらくの間、向こうからしゃべってくれる患者や失語症の患者を受け持たせていた
		本人のこを受け入れる	言葉足らずといったところを周囲が受け入れていった
㉜ 働きやすい環境をつくる	31. 働きやすい環境をつくる	本人の思いを聞く	1人でつらい思いをしないように、様子をみながら思っていることを聞き出す
		コミュニケーションをはかろうと働きかける	数人のスタッフが食事等に連れ出していった
㉝ 働きやすい環境をつくる	32. 働きやすい環境をつくる	精神面への配慮を行う	メンタル面をサポートするサポーターや実地指導者が気にかけており、面談する機会を設けている
		周囲は見守る	急がせて事故があってもダメなので、見守っている
㉞ 働きやすい環境をつくる	33. 働きやすい環境をつくる	味方であることを前面に出す	責めたりせず、自分たちは味方なんだという気持ちをもっと前面に出す
		苦手なことは周囲がフォローする	指導することが苦手なため、その部分は誰かがフォローしていた
㉟ 働きやすい環境をつくる	34. 働きやすい環境をつくる	できたとき・頑張ったときはほめる	遅刻せずに来たときにはちゃんとほめる
		現場のやり方を変えた	個人で行っていたことを、全てWチェックにした
㊱ 働きやすい環境をつくる	35. 働きやすい環境をつくる	100点ではなく現在の点数から1点ずつ上げることを目指す	「100点を目指さず、現状から1点でも上げていくことを計画していく」という講義内容を採用した
		「できることが当たり前」という考え方をやる	できない子はいるということ、みんなでも少しずつ認識していき、どうかかわっていくかを考えた
㊲ 働きやすい環境をつくる	36. 働きやすい環境をつくる	師長面談を行う	師長面談を多く行っていた
		病棟外の職員も介入する	看護部全体でアドバイスやサポートをしてもらった
㊳ 働きやすい環境をつくる	37. 働きやすい環境をつくる	対策をみんなで考える	教育チームで時間をかけて話し合う
		医師にも協力を得る	医師に直接注意をしないようお願いをする
㊴ 働きやすい環境をつくる	38. 働きやすい環境をつくる	まわりの職員へ指導してほしい点を伝える	いまどのあたりを頑張っているかを他のスタッフに伝える
		職員みんなで教育に取り組む	指導看護師が怒った後に、他のスタッフがなぜ怒られたかわかるかを確認する
㊵ 働きやすい環境をつくる	39. 働きやすい環境をつくる	落ち着いた部署へ異動させる	遅い成長のなかでも、何とかその子なりに成長していけるように、落ち着いた病棟へ異動させた

が少しでも学習に取り組めるような工夫を行うことを示す《6. 学習を支援する》から構成される。

【③対象理解と対象に合わせた指導】は、「成長が遅れている看護師」の仕事の様子やおかれている状況などを把握したうえで、個別性を重視した指導を行うことを示している。このコアカテゴリーは、《7. 現状の把握》と《8. 強みの把握》、そして《9. 個人に合わせた指導》から構成される。

【④社会性の促進】は、社会人として不適切な態度を指摘し、あるべき姿を指導することを示しており、カテゴリー《10. 社会人としての自覚を促す》から構成される。

【⑤主体性の促進】は、周囲から強制されるのではなく、仕事や学習に主体的に取り組むよう促すことを示している。このコアカテゴリーは、仕事や学習に自ら取り組むよう促すことを示す《11. 主体性を促す》と、自分には改善すべき点があること、そしてそれがどのようなものかを自覚するよう促すことを示す《12. 改善の必要性の自覚を促す》から構成される。

【⑥安全性の確保】は、患者の安全を守るために「成長が遅れている看護師」の仕事を制限することや、確実に業務できるようにフォローすることを示している。このコアカテゴリーは、患者の安全を守るために夜間勤務等に入ることを制限することを示す《13. 勤務体制の配慮》と、患者の安全を守るために「成長が遅れている看護師」が担当する患者を調整することを示す《14. 担当患者の調整》、「成長が遅れている看護師」が確実に業務を行えるように

周囲のスタッフがフォローし、できないことは実施を制限することを示す《15. 確実な業務の確保》から構成される。

【⑦環境の改善・調整】は、指導に適した環境や、「成長が遅れている看護師」が働きやすい環境になるように改善や調整を行うことを示している。このコアカテゴリーは、「成長が遅れている看護師」をサポートできるスタッフが同じ勤務や指導に入れるよう調整することを示す《16. かかわる看護師の調整》や、「成長が遅れている看護師」が働きやすい環境になるよう働きかけることを示す《17. 働きやすい環境をつくる》、従来のやり方を変更することやまわりの職員がこれまでの考え方をを変えることを示す《18. 周囲が変わる》、などから構成される。

### 3. 「成長が遅れている看護師」の特徴と行われている教育・支援の関係性

本研究において、「成長が遅れている看護師」の各特徴に対して、どの教育・支援が行われていたのかを示す関係図を図1に示す。【A. 学習の積み上げが困難】という特徴に対しては唯一、すべての教育・支援が行われていた。また【⑦環境の改善・調整】という支援は唯一、すべての特徴に対して行われていた。

## V. 考 察

### 1. 「成長が遅れている看護師」の特徴

「成長が遅れている看護師」の特徴として抽出された6

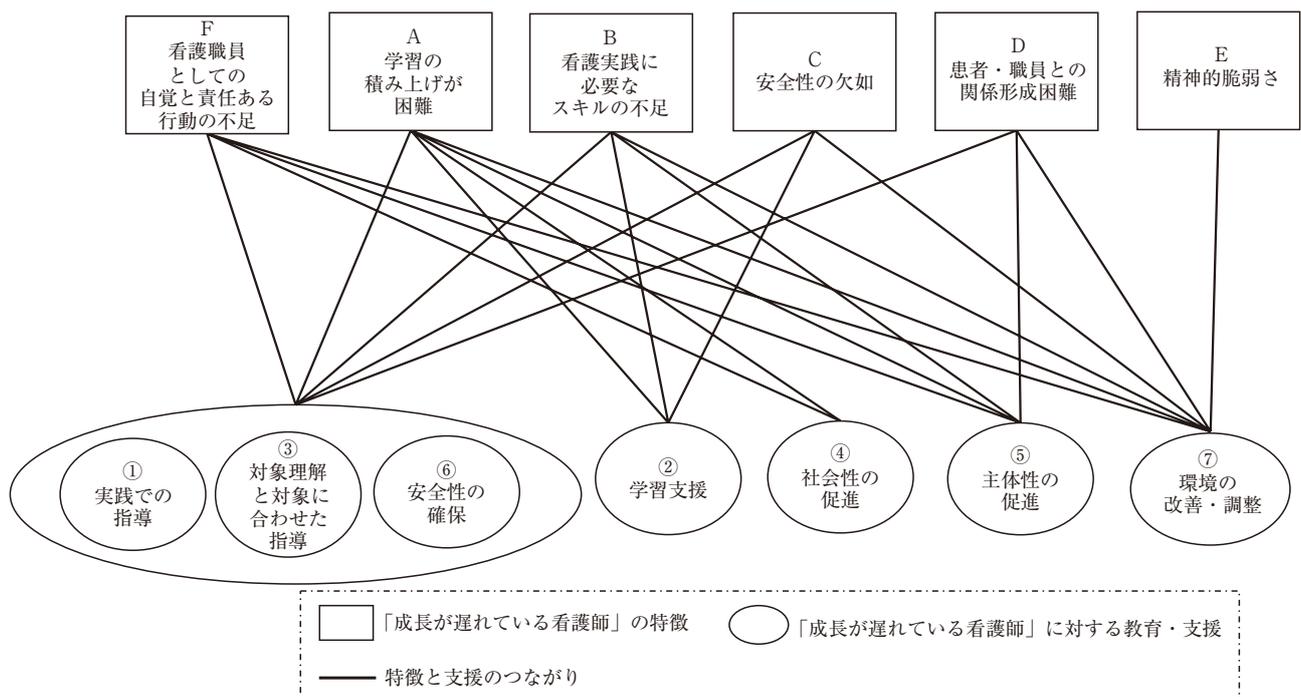


図1 「成長が遅れている看護師」の特徴と行われている教育・支援の関係

つのコアカテゴリーのなかで、【A. 学習の積み上げが困難】は、すべての参加者から抽出され、すべての教育・支援が行われていた唯一のコアカテゴリーである。そのためこの特徴は、「成長が遅れている看護師」にみられやすい特徴であることや、多くの指導看護師が教育・支援によって解決することを求めている特徴であることが推測される。また興味深いことに、他の5つの「成長が遅れている看護師」の特徴は、先輩看護師がとらえる新人看護師の問題（中川・明石，2004；仲前ら，2007）と類似しているのに対し、【A. 学習の積み上げが困難】に類似したものは、新人看護師の問題では抽出されていない。このことから【A. 学習の積み上げが困難】は、「成長が遅れている看護師」を象徴する特徴であると考えた。

【B. 看護実践に必要なスキルの不足】として、環境整備や血圧測定などがあげられていたが、これらの技術は、就職の時点で7割近くの看護師がすでに習得しており、就職の3か月後には習得率が9割を超える技術である（國井，2003）。本研究結果により、通常であれば早期に習得が可能なスキルでさえも「成長が遅れている看護師」は身につけていないことが明らかとなった。こういったスキルでさえも習得できないことについては、先述した【A. 学習の積み上げが困難】という特徴があり、経験や学習によって新しい知識・技能などを習得することがむずかしいことが一因となっていると推測する。

【C. 安全性の欠如】は、安全性の保たれた看護を確実に提供することができないことを示す。病棟師長が夜勤導入を判断するうえで「安全な看護技術が提供できるか否か」を最も優先している（高平ら，2008）ことからわかるように、臨床では安全な看護が提供できるか否かが重要視されている。それは、安全を第一に考えた看護実践を行うことが看護職者の責務（日本看護協会，2013，p.18）だからである。そのため、たとえ看護技術や業務が一とおりできたとしても、そこに安全性が伴わなければ「成長が遅れている」ととらえられると推測する。

【D. 患者・職員との関係形成困難】は、患者や職員と良好な人間関係を形成することがむずかしいことを示している。看護技術は患者と看護師、相互の関係性を基盤としているため、実践では患者との人間関係の構築が前提となる（茂野，2015，pp.3-4）。つまり、患者と良好な人間関係を形成できないということは、看護そのものが成立しないことを意味する。そのため、患者との関係形成が困難な看護師が「成長が遅れている」ととらえられることは当然の結果といえるのではないだろうか。一方、職員間のコミュニケーションの不良は医療事故の根本原因に大きく影響することから（石川，2011）、臨床では、患者だけでなく職員との人間関係についても重要視していることが推測

される。そのため、職員と良好な人間関係が形成できないことも「成長の遅れ」ととらえられるのではないだろうか。

【E. 精神的脆弱さ】は、精神的な問題により頻繁に仕事を休むといった特徴を示している。先行研究では、新人看護師は緊張や不安、恐怖心を抱き、心身の疲労を感じながら業務についていることが明らかとなっている（矢野・出原・青芝，2010）。しかし、そのようななかにあっても多くの看護師はそのストレスを乗り越え、一人前となっている。そのために、それをうまく乗り越えられずに頻繁に仕事を休んでしまうことも、臨床においては「成長の遅れ」ととらえられるのではないかと考える。

【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】は、看護職員として望まれる態度や行動がみられないことを示す。先行研究でも教育担当者は、専門職に期待される行動がとれないことを「新卒看護師の問題」として重視していたことから（中川・明石，2004）、臨床ではこういった特徴も問題視されやすく、「成長の遅れ」ととらえられると考える。

## 2. 「成長が遅れている看護師」に対する教育・支援

指導看護師は【①実践での指導】として、《1. 具体的な方法の提示》や《2. 実践・指導の反復》などを行っていた。このように具体的な手本を示し反復訓練を行うことは、何かを学習する際の方法として推奨されている（柴田・遠山，2003）。しかし柴田・遠山は、学習が反復練習に留まる限り、学習した内容を実践場面における局面の違いに合わせて的確に即応することはできないとし、本当に「できる」と評価されるようになるためには、具体的な「場」に身をおくことと、その「場」において自己と環境との相互作用のなかからの確かな情報をキャッチしてくるという経験を積むことが必要と述べている（2003）。「成長が遅れている看護師」が、実践頻度の高いスキルでさえも指導看護師から「できる」と評価されないということは、たとえ実践の反復を臨床という「場」で行ってはいても、その際に自己と環境との相互作用のなかからの確かな情報をキャッチするということができていないことを示していると推測できる。では、看護における「自己と環境との相互作用」とは、何を意味するのであろうか。目黒は、看護師の知恵や技の多くは、臨床の場において、目の前の患者とのかかわりにおいて培われ、看護師の身体に獲得されていく「臨床の知」という性格をもっていると述べている（2009，p.55）。このことから、看護における「自己と環境との相互作用」とは、目の前の患者とのかかわりにおいて生まれる「看護師と患者との相互作用」であると考えられる。そのため、【A. 学習の積み上げが困難】などの特徴があ

る「成長が遅れている看護師」に対しては、臨床の「場」で実践を重ねる際に、患者とのかかわりから得られるさまざまな情報に気づかせるサポートが必要と考える。

また、指導看護師は【⑥安全性の確保】として、夜間勤務等に入ることを制限する《13. 勤務体制の配慮》や、「成長が遅れている看護師」ができない看護業務を制限する《15. 確実な業務の確保》などを行っていた。看護職は対象者が安心できるように、安全を第一に考えた看護実践を行う責務がある（日本看護協会，2006，p.6）ため、できないことを制限することは、安全面だけを考えると適切な対処であると考えられる。しかし先述したように、スキル習得のためには実践的な「場」に身をおくことや、患者とのかかわりから学ばせることが重要である。夜勤での勤務や重症患者を担当する際には、日勤だけの勤務や、軽症患者だけを担当しては身につかない「臨床知」も必要となってくるはずである。本研究では、指導看護師が《4. 先輩看護師との実践》や《16. かかわる看護師の調整》などを行うことで、「成長が遅れている看護師」を夜勤や重症患者の担当につかせているケースもあった。「成長が遅れている看護師」には、そういった方法で患者の安全を守りつつ、夜勤という「場」への参加や重症患者とのかかわりを促すことが望ましいと考える。

指導看護師は【②学習支援】として、単に《5. 学習を促す》だけでなく、「成長が遅れている看護師」が少しでも学習に取り組めるような工夫を行い《6. 学習を支援する》ことも行っていた。こういった工夫によって【A. 学習の積み上げが困難】な看護師も、その場は学習に取り組むことができると考える。しかしそういった方法では、その場限りの学習になりやすく、看護職に求められる自立した学習（舟島，2007，p.1）には結びつかないのではないだろうか。自己学習の動機づけとして稲垣は、物事が新しくわかる楽しさや、自分が前よりも進歩している感じが重要になると述べている（1980，p.37）。【A. 学習の積み上げが困難】な看護師に対する【②学習支援】では、学習した直後にその学習が活かせるような患者を受け持たせるといった工夫を行うことで、学習したことが実践に結びつく楽しさや、学習したことによって自分が成長していることを感じられるようにすることが必要ではないかと考える。

指導看護師は【③対象理解と対象に合わせた指導】も行っており、《7. 現状の把握》や《8. 強みの把握》をすることによって、《9. 個人に合わせた指導》を行おうと努めていた。周囲に比べて成長が遅れてしまった看護師に対して、こういった介入が行われることは非常に重要である。しかし《7. 現状の把握》が、〈できること・できないことを見極める〉や〈知識の確認を行う〉といったこ

とだけに留まっていたら、十分な対象理解にはつながらないのではないかと考える。以前から学習遅延者について関心をもたれていた学校教育の分野では、学習遅延者のつまずきの原因を探り、教え方を工夫することの重要性が述べられている（泉，2012）。「成長が遅れている看護師」に対しても、何ができないのかを見極めるだけでなく、なぜそれができないのかというつまずきの原因を発見し、教え方を工夫することではじめて《9. 個人に合わせた指導》が効果的に行われると考える。

指導看護師は、社会人として不適切な態度を指摘し、あるべき姿を指導する【④社会性の促進】や、改善すべき点を自覚させ、仕事や学習に主体的に取り組むよう促す【⑤主体性の促進】という支援を、【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】や【A. 学習の積み上げが困難】という特徴に対して行っていた。これらの特徴は、看護職員として望まれる態度や行動がみられないことや、学習態度の不適切さがみられることを示しているため、指導看護師はどうしても不適切なところや改善すべき点を指摘するような指導を行いやすいと推測する。しかし「成長が遅れている看護師」には、《b. 不適切な自己の状況把握》という特徴があるため、単にできていないところを指摘しただけでは、なかなか自分のこととして受け止められない可能性が高い。また、さまざまなことに気づくことがむずかしいことを示す《j. 看護の視点での気づき不足》という特徴もみられるため、指導看護師が指摘している場面を、本人は把握できていないといった状況が起きることも十分考えられる。そのため「成長が遅れている看護師」に対して、不適切なところやできていないところを指摘するだけでは、改善の必要性の自覚を促し、社会性や主体性を促進させることはむずかしいのではないかと考える。

一方【⑦環境の改善・調整】という支援は、「成長が遅れている看護師」自身に改善の必要性を自覚させる効果が期待できるのではないかと考える。Knowlesは、暖かく支持的で安心できる雰囲気は、学習者が自己の課題達成において受け入れがたい情報をも客観的に見られることを支持するとしている（1980/2002，pp.43-49）。《17. 働きやすい環境をつくる》ために、〈味方であることを前面に出す〉〈周囲は見守る〉といった働きかけを行うことは、「成長が遅れている看護師」が自己の課題と向き合うことを支持する雰囲気づくりにもつながると考える。他にも、《17. 働きやすい環境をつくる》ために〈コミュニケーションをはかろうと働きかける〉といったかかわりは、【D. 患者・職員との関係形成困難】という特徴がある「成長が遅れている看護師」に、周囲の職員との関係形成を促す効果が期待できると考える。さらにそういったかかわりは、何でも相談しやすい雰囲気をつくるのが期待できるため、《p.

報告連絡相談が苦手》などから構成される【C. 安全性の欠如】や、【E. 精神的脆弱さ】という特徴に対する効果も期待できると考える。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究結果は、「成長が遅れている」ととらえられた看護師の特徴や、行われている教育・支援についての概括的理解の貢献につながると考える。しかし、各特徴についての理解は十分とはいえず、どのような教育・支援が効果的なのかといったことについても推測に留まっている。また本研究では、教育に携わる看護師からの視点でしか「成長の遅れ」をとらえられていない。今後は、「自分は成長が遅れている」と感じている看護師へのインタビューや参加観察などを行うことによって、成長が遅れている看護師に関する理解を深めていく必要があると考える。

## 結 論

教育に携わる看護師が「成長が遅れている」ととらえた看護師の特徴と、行われている教育・支援についての質的分析結果から、以下の結論を得た。

教育に携わる看護師は【A. 学習の積み上げが困難】

【B. 看護実践に必要なスキルの不足】【C. 安全性の欠如】【D. 患者・職員との関係形成困難】【E. 精神的脆弱さ】【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】がみられることを、「成長の遅れ」ととらえていることが明らかとなった。これらの特徴に対し教育に携わる看護師は、【①実践での指導】【②学習支援】【③対象理解と対象に合わせた指導】【④社会性の促進】【⑤主体性の促進】を「成長が遅れている看護師」本人に対して行うとともに、【⑥安全性の確保】【⑦環境の改善・調整】という支援で、勤務体制や職場の従来やり方、自分たちの考え方などを変える取り組みも行っていた。特徴のなかでも【A. 学習の積み上げが困難】は、「成長が遅れている看護師」の象徴的な特徴と考えられ、【①実践での指導】において、患者とのかかわりから得られるさまざまな情報に気づかせるサポートが行われることや、【②学習支援】において学習したことが実践に結びつく楽しさや、学習したことによって自分が成長していることを感じられるような工夫が行われることの必要性が示唆された。

## 謝 辞

お忙しいなか、面接調査にご協力いただきました看護師の皆さま、病院関係の皆さまに心より感謝申し上げます。

## 要 旨

本研究は、指導看護師が「成長が遅れている」ととらえた看護師の特徴と、行われている教育・支援を明らかにすることを目的として、指導看護師10名に対して半構造化インタビューを行った。その結果から、教育に携わる看護師は【A. 学習の積み上げが困難】【B. 看護実践に必要なスキルの不足】【C. 安全性の欠如】【D. 患者・職員との関係形成困難】【E. 精神的脆弱さ】【F. 看護職員としての自覚と責任ある行動の不足】がみられることを、「成長の遅れ」ととらえていることが明らかとなった。これらの特徴に対し指導看護師は、【①実践での指導】【②学習支援】【③対象理解と対象に合わせた指導】【④社会性の促進】【⑤主体性の促進】を「成長が遅れている看護師」本人に対して行うとともに、【⑥安全性の確保】【⑦環境の改善・調整】という支援で、勤務体制や職場の従来やり方、自分たちの考え方などを変える取り組みも行っていた。

## Abstract

This study aimed to identify the characteristics of “slow progress” nurses as perceived by nurses engaged in education and to clarify the provided education and support. Semi-structured interviews were conducted on 10 nurses engaged in education. The interviews showed that “A: difficulty in integrating what they had learned”, “B: insufficient skills necessary to practice nursing”, “C: lack of safety”, “D: difficulty forming relationships with patients and staff”, “E: mental weakness”, and “F: lack of awareness and responsible conduct as part of the nursing staff” were perceived by nurses responsible for education as being associated with “slow progress”. To address these characteristics, the nurses responsible for education provided the “slow progress” nurses with “(1) practical guidance”, “(2) learning support”, “(3) understanding of the object and guidance suited to the object”, “(4) promotion of sociability”, and “(5) promotion of independence”. In addition, they changed their work shift, conventional working methods, and their way of thinking by providing support in terms of “(6) ensuring safety” and “(7) environmental improvement and adjustment”.

## 文 献

- 荒木厚子, 吉田知美, 八木美波, 伊勢 泉 (2010). 離職率 0 下での自己評価による新人の看護技術到達度調査—1年～2年目への教育課題. 日本看護学会論文集 (看護教育), 41, 14-17.
- 伴 佳子, 宮崎和子 (2006). 卒後 2・3 年目看護師の基礎看護技術修得状況及び病床数による比較. 日本看護学会論文集 (看護教育), 37, 141-143.
- 藤原智恵子, 中野智津子, 能川ケイ, 西浦郁絵, 丸山浩枝, 服部素子, 小西真千子, 井上由紀子 (2005). 神戸市看護大学短期大学部卒業生の動向 (II) —第 2 報 看護職としての成長—. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 24, 101-118.
- 舟島なをみ (2007). 看護師とそのキャリア・ディベロップメント. 舟島なをみ (編): 院内教育プログラムの立案・実施・評価—「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム」の活用. 1, 東京: 医学書院.
- 原田房枝, 山本要子, 斉藤利江子, 大岡郁江 (2001). 経験年数別の看護実践能力の評価. 日本看護学会論文集 (看護管理), 32, 324-326.
- 稲垣佳世子 (1980). 自己学習における動機づけ. 波多野誼余夫 (編): 自己学習能力を育てる—学校の新しい役割. 37, 東京: 東京大学出版会.
- 石川雅彦 (2011). チームで取り組む医療安全: “Briefing” と “Debriefing” の効果的活用. 看護管理, 21(8), 733-737.
- 泉恵美子 (2012). スローラーナーのつまずきの原因を探る. 英語教育, 61(4), 10-13.
- Knowles, M.S. (1980) / 堀 薫夫, 三輪建二 訳 (2002). 成人教育の現代的実践—ベグゴジーからアンドラゴジーへ. 43-49, 東京: 鳳書房.
- 國井治子 (2003). 新卒看護師の「看護基本技術に関する調査」に関する中間報告. 看護, 55(3), 22-25.
- 目黒 悟 (2009). 学生が看護を学ぶとはどのようなことなのか. 屋宜譜美子, 目黒 悟 (編): 教える人としての私を育てる—看護教員と臨地実習指導者. 55, 東京: 医学書院.
- 中川雅子, 明石恵子 (2004). 新卒看護師に対する教育の実態と課題: 「看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究」より教育担当者の課題を中心に. 看護, 56(3), 40-44.
- 仲前美由紀, 道重文子, 梶谷佳子, 片山由加里, 相羽利昭, 岡崎美智子 (2007). 臨床看護師が新卒看護師の指導で抱えている問題. 日本看護学会論文集 (看護教育), 38, 353-355.
- 日本看護協会 (2006). 看護業務基準 (2006年度改定版). 6, 日本看護協会.
- 日本看護協会 (2007). 看護師臨床研修必須化推進検討委員会報告. 8, 日本看護協会. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/rinshou-18.pdf>
- 日本看護協会 (2013). 医療安全推進のための標準テキスト. 18, 日本看護協会. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/text.pdf>
- 齋二美子 (2012). 卒後 2～3 年目看護師: 伸び悩む職員のフォローと育て方. 主任&中堅+こころサポート, 21(5), 9-13.
- 齊田菜穂子, 阿蘇品スミ子 (2010). 新卒看護師の看護実践能力評価における 2 年間の変化. 九州看護福祉大学紀要, 12(1), 143-151.
- 坂井慶子 (2006). 4 つの事例から学ぶ: コーチングを効果的に活用するために. 看護, 58(2), 46-57.
- 沢 丞 (2007). 病棟トータルヘルスプロモーション 10 「私, おちこばれなんですね」. *Nursing BUSINESS*, 1(10), 64-66.
- 柴田庄一, 遠山仁美 (2003). 技能の習得過程と身体知の獲得—主体的関与の意義と「わざ言語」の機能. 言語文化論集, 24(2), 77-93. <http://ir.nul.nagoya-u.ac.jp/jspui/bitstream/2237/7994/1/shibata.pdf>
- 茂野香おる (2015). 看護技術を学ぶにあたって. 茂野香おる (代): 系統看護学講座専門分野 I 基礎看護学 [2] 基礎看護技術 I. 3-4, 東京: 医学書院.
- 高平明美, 水野裕子, 三島知晶, 阿部貴子, 山谷禎子, 松村佳絵, 田辺久美子 (2008). 新人看護師の夜勤導入における看護師長の判断基準. 日本看護学会論文集 (看護管理), 39, 78-80.
- 矢野いづみ, 出原陽子, 青芝映美 (2010). 新人看護師の職場適応ができた要因: 入職後の体験を振り返ったインタビューの中から. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 6, 135-138.
- 谷津裕子 (2010). Start Up 質的看護研究. 98-145, 東京: 学研メディカル秀潤社.

〔平成27年7月1日受 付〕  
〔平成28年5月23日採用決定〕

## 周手術期実習中における看護学生の ストレス反応と情動知能の関連

The Relationship between Stress Response and Emotional Intelligence in  
Nursing Students Participating in Perioperative Care Training

服部 由佳<sup>1)</sup>      小幡 光子<sup>2)</sup>      磯和 勅子<sup>1)</sup>  
Yuka Hattori      Mitsuko Obata      Tokiko Isowa

キーワード：ストレス反応，周手術期看護，情動知能，臨地実習

Key Words：stress response, perioperative care, emotional intelligence, practical training

### 緒 言

看護学生（以下、学生）にとって臨地実習は、既習の知識や技術を統合するための重要な学習の場であり、教育課程の多くを占める。そのなかで学生は、さまざまな疾患や治療過程にある患者を受け持ち、対象との人間関係を構築しつつ、個別的な看護の実践・展開方法を習得していく。一方、実際の患者を対象とした看護過程の展開や技術の提供、慣れない患者・指導者とのコミュニケーションは、学生の精神的緊張や身体的疲労を強め（今留・小竹，2009；加島・樋口，2005；奥村・青山・廣瀬・中西・二渡，2001），とくに周手術期実習では、術後の生体侵襲の理解のむずかしさや看護展開が速いことによる患者把握の困難さ、難易度の高い看護技術の提供、術後看護に対する自信の欠如、実習環境などにより、いっそう高いストレス状態となる（沖野ら，2001；雄西・佐藤・井上，1992）。

このような状態で学生は、「不安」「抑うつ」などの心理・情動反応を示し（今留・小竹，2009），身体反応としても、臨地実習中の自律神経応答の変動、頭痛や悪心等の不定愁訴が有意に多くなることが明らかにされている（高島・村井・樋之津・林，2005；高島・大江・五木田・渡部，2010）。つまり、臨地実習は、貴重な学習の場であると同時に、強いストレス環境への適応力を養う場でもある。そのため、教員は、学生のストレス反応にいち早く気づき、その原因を低減あるいはコントロールするとともに、臨地実習というストレスフルな環境に適応できるよう支援・指導する必要がある。

ストレスへの適応過程においてLazarus & Folkman(1984/1991, pp.306-313)は、一連のストレス過程を①価値観や信念などといった個人要因と個人にとって圧力となりえる

状況要因、②評価や対処といった媒介過程、③情動的・生理的な短期的変化、④身体的変化やモラルなど長期的な変化という4つの枠組みから説明している。そのうえで個人要因は、状況要因と相互に関連し合い評価と対処行動を導くための個人の資質であり、ストレス反応の程度を規定する重要な要因であるとしている。つまり、ストレスフルな環境であっても個人の資源が豊かであれば、その状況を解決できる対処行動をとることができ環境適応できるのである。このように、さまざまな状況において生じる複雑な問題に対処し、適応する個人の能力を表すものとして情動知能という概念がある。Mayer & Salovey (1997)は情動知能を、情動を正確に知覚し、評価し、表現する能力、思考を促進するように気持ちを利用し生成できる能力、情動を理解し情動的知識を利用する能力、情動的・知的成長を促進するために情動を制御する能力であると定義し、これらの能力を高め維持することが、心身の健康および安定的で建設的な対人関係の構築を促進させ、さまざまな環境への適応につながるとしている。

周手術期実習中の学生はストレスフルな状態を示していると報告されており（守田・伊東・神田・牧野，2001；沖野・山口・岸・那須・長澤，2005），ストレスフルな状態は学習効果を低下させ、長期的な身体症状の不調にもつながる。そのため、適応能力への関連が明らかとなっている情動知能が周手術期実習中の学生のストレス反応にどう影響しているかを明らかにすることで、ストレスフルな実習環境への適応に向けた具体的な支援、指導方法の示唆を得ることができると考えた。これまでに臨地実習中の学生の情動知能と不安の関連は検証されているが、研究対象が少なく一部の看護援助場面に焦点が絞られている（二宮・野本，2009）。さらに、これまでの研究において、周手術期

1) 三重大学大学院医学系研究科看護学専攻 Course of Nursing Science, Graduate School of Medicine, Mie University

2) 金沢医科大学看護学部 School of Nursing, Kanazawa Medical University

全般における複数のストレスラーによるストレスフルな状態と情動知能の関連を示した研究はない。そこで本研究では、周手術期実習中の学生のストレスラーとストレス反応の程度、情動知能がストレス反応にどう関連しているかを明らかにすることを研究目的とする。

## I. 本研究における用語の定義と概念枠組み

### 1. 用語の定義

**ストレスラー**：学生が周手術期実習中に経験する出来事による刺激のことで、不安、抑うつ、無気力、困惑などの感情を生み出す可能性のある刺激。

**ストレス反応**：ストレスラーによって生じた短期的な情動反応のことで、不安、抑うつ、無気力、困惑などの感情。

**情動知能**：周手術期実習中に生じる感情を知覚、評価し、それらを自己や他者に対して、また状況に即して利用できる能力のことで、周手術期実習中に生じるさまざまな問題への適応能力とする。情動知能は認知的評価に影響する個人の要因である。

### 2. 概念枠組み

本研究の概念枠組みはLazarus & Folkman (1984/1991)の心理的ストレス理論をもとに構成した(図1)。Lazarus & Folkmanは、ストレスを人間と環境の間の関係であると定義した。人はストレスラーに遭遇すると個人要因および状況要因の影響を受けながら認知的評価を行い、対処行動をとり、その結果としてある妥協点に達したときの感情としてストレス反応がみられる。個人要因とは、情動的变化や対処行動の選択の前提となる個人の資源のことであり、状況要因とは予測性・不確実性のことで、個人にとって圧力となりえる状況のことである。本研究では、個人要因を情動知能、年齢、実習経験とし、状況要因を受け持ち患者の状態、受け持ち患者の手術経過別時期とする。そして、本研究の仮説と

して、これらの要因はストレス反応に影響を与え、ストレスフルな環境へ適応するための能力である情動知能が高い学生はストレス反応が低く、逆に情動知能が低い学生はストレス反応が高くなると仮定する。

## II. 研究方法

### 1. 対象および調査期間

A県内すべての3年課程看護専門学校のうち、調査協力の得られた6校の3年生で成人看護学実習において周手術期患者を受け持っている学生205名を対象とした。調査期間は2011年4月～11月であった。

### 2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙および返信用封筒は配付することの同意が得られた学生に対し配付していただくよう各施設の担当教員に依頼した。回答時期は、3週間の実習期間の中間点である実習2週目にするよう説明し回答を得た。返信は学生本人が封入し返送する郵送法で行った。

### 3. 調査内容

#### (1) 基本属性および個人・状況要因

年齢、性別、実習経験、情動知能、受け持ち患者の手術経過別時期、疾患名、術式、受け持ち患者の状態を測定した。

実習経験は実習時期を回答してもらった。年間の実習期間を2分割し、前半時期で回答した群を実習経験前半、後半時期で回答した群を実習経験後半とした。実習経験前半は実習経験が少ない、実習経験後半は経験が多いことを示す。

受け持ち患者の状態は、「循環・呼吸状態の不安定」「意識障害、不穏・興奮状態」「複数のチューブ類、呼吸器・輸液ポンプなどの医療機器の使用」「多くの日常生活動作

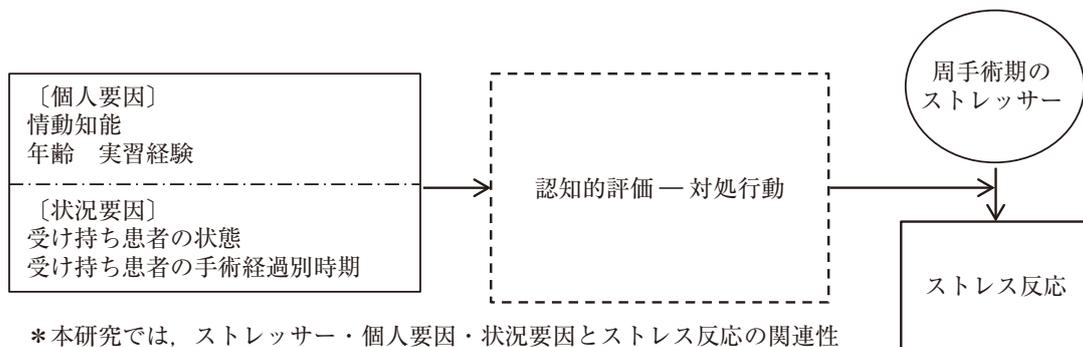


図1 周手術期実習中の学生のストレス過程

の介助」の有無が測定できる4項目を作成した。この4項目は、受け持つ周手術期の患者の状態が学生にとって予測困難で不確実な状況であるかを測定し、個人にとって圧力となり得る状況要因が把握できると判断した (Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.82-90)。4項目は「はい (1点)」「いいえ (0点)」で評価し得点化した。1点以上 (1~4点) と0点の2群に別け、1点以上は予測困難・不確実性あり、0点は予測困難・不確実性なしを示す。尺度の内容妥当性については、項目作成時に周手術期看護の臨床経験および看護基礎教育経験のある専門家から意見をj得て十分に妥当性の検討を行ったこと、プレテストにおいて学生が回答した各項目と受け持ち患者の状態が合致しているか否かについて、5名の学生との一致をもって項目が妥当であると判断した。

情動知能は、内山・島井・宇津木・大竹 (2007) によって開発された情動知能尺度 (emotional intelligence scale : EQS) を使用した。EQSは社会人を想定し作成されたものであるが、項目内容の解説に工夫をすることで学生に実施することが可能である。よって本研究では、EQSの質問項目の「仕事」という語句を「臨地実習」に、「会議」を「カンファレンス」に変更し、学生が質問紙の内容を理解しやすいよう一部修正 (3か所) した。EQSは3領域 (自己対応、対人対応、状況対応) から構成されており、領域ごとに3対応因子、さらに対応因子ごとに2または3の下位因子が設定され、65の質問項目となっている。「全くあてはまらない」「少しあてはまる」「あてはまる」「よくあてはまる」「非常によくあてはまる」の5件法で評価し0~4点を配点した。採点はまず下位因子ごとに質問項目の合計得点を算出し、次に算出した下位因子得点を合計し各対応因子得点を算出する。そして最後に、対応因子得点を合計し各領域得点を算出し各概念特性の能力の高さを判定する。得点が高いほど、各概念特性が示す情動知能が高いことを表す (表1)。自己対応領域は自己の感情過程についての能力、対人対応領域は他者の感情に関する認知やその感情に共感して人間関係を適切に維持する能力、状況対応領域は自己と他者を含む集団を取り巻く状況の変化に耐え、自己対応領域と対人対応領域の各種能力や技量を状況に応じて適切に使い分ける統制力と定義されている (内山ら, 2007, pp.12-23)。EQSは一定の妥当性と信頼性が示されている。

(2) ストレッサー

ストレッサーは、先行文献を参考に実習に関連する項目として「看護実践能力」「実習指導者・教員との関係」「患者・家族との関係」「グループ学生との関係」「実習体制」「評価」に関するもの合計10項目の質問紙を作成した (沖野ら, 2001; 雄西ら, 1992; 加島・樋口, 2005)。各項目

表1 EQSの構成概念と得点

領域	対応因子	下位因子
自己対応 (0~84)	自己洞察 (0~24)	感情察知
		自己効力
	自己動機づけ (0~24)	粘り 熱意
対人対応 (0~84)	自己コントロール (0~36)	自己決定 自制心 目標追求
		共感性 (0~24)
	愛他心 (0~24)	配慮 自発的援助
状況対応 (0~84)	対人コントロール (0~36)	人材活用力 人づきあい 協力
		状況洞察 (0~36)
	リーダーシップ (0~24)	集団指導 危機管理
	状況コントロール (0~24)	転機性 適応性

[注] すべての下位因子の得点は0~12である。

は「全くあてはまらない」「少しあてはまる」「よくあてはまる」「非常にあてはまる」の4件法で評価し0~3点を配点した。Lazarus & Folkman (1984/1991, pp.14-24) はストレッサーについて、日常に頻繁に経験する些細な出来事 (daily hassles) の積み重ねが心身の健康状態をよりよく反映すると述べており、同様に実習中の複数のストレッサーも積み重ねることで心身の健康状態を反映し、予測指標として適していると考え、10項目の合計点をストレッサー得点とした。得点が高いほどストレッサーが強く認知されていることを示す。

(3) ストレス反応

本研究では、ストレス反応をストレッサーによって生じた短期的な情動反応であり、不安、抑うつ、無気力、困惑などの感情と定義している。また、短期的情動変化としてのストレス反応には不安があり (Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.183-185)、実際に臨地実習中の学生のストレス反応として高い不安感を示していることが明らかとなっている (今留・小竹, 2009; 沖野ら, 2001)。そこで、ストレス感やストレス反応として生じやすい感情を測定する項目が含まれる新版STAI (State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ: 以下、STAIとする) を用いストレス反応を測定した。STAIは、肥田野・福原・岩脇・曾我・Spielberger (2000) が開発したもので、状態不安尺度の質問項目のみを使用した。項目ごとに「全くあてはまらない」「いくぶ

んあてはまる」「かなりよくあてはまる」「非常によくあてはまる」の4件法で評価した。合計得点が高いほど不安を強く感じていることを示し、状態不安得点は心理的ストレスに応じて上昇する。STAIは標準化されており、十分な信頼性と妥当性をもつ尺度である。

また、特定の感覚や感情の強度を評価することが可能であるVAS (visual analog scale) を用い、主観的ストレス感を測定した。0がストレスを全く感じていない状態、100が非常にストレスを感じている状態とし、現在のストレスを線上に表す。研究協力者が記入した点までの長さを評価し得点化した。

#### 4. 分析方法

##### (1) 尺度の妥当性と信頼性の検討

EQSは社会人を対象に作成されているが、本研究では学生に使用し質問項目の語句をわかりやすいよう変更したため、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を領域ごとに行い、因子構造を確認した。その結果、オリジナルモデルの領域に設定されたすべての対応因子の一致性はみられなかった。しかし、Cronbachの $\alpha$ 係数は、3領域では.88～.92、9対応因子では.76～.88の範囲内であり内的整合性は確認できたこと、本研究で行った探索的因子分析により求められた対応因子の因子構造よりオリジナルモデルの因子構造の内容的妥当性が高いと判断したことから、本研究においてはオリジナルモデルを使用してその後の分析を行うことにした。なお、EQSは近い将来社会に出ることが予測される学生に実施可能であり、EQSの大学生への適用に関する妥当性の報告(大野木, 2005)もある。

ストレスサー得点は合成変数としているためCronbachの $\alpha$ 係数を算出し内的整合性を確認した。その結果、Cronbachの $\alpha$ 係数は.80であり信頼性は確認できた。

##### (2) 各要因とストレス反応との関連

ストレス反応との関連において、性別、実習経験、受け持ち患者の状態との関連は対応のない $t$ 検定を、受け持ち患者の経過別時期との関連は対応のない一元配置分散分析を、ストレスサー得点、年齢、EQSとの関連はPearsonの積率相関分析を行った。

##### (3) 情動知能と実習経験との関連

情動知能は先天的な要素が少なく、教育や学習を通して改善、習得される(Mayer & Salovey, 1997)。よって、実習経験による情動知能の変化を確認するために、実習経験前半と実習経験後半におけるEQSについて対応のない $t$ 検定を行った。

##### (4) 情動知能のストレス反応への影響

EQS、ストレスサー得点、性別、年齢、実習経験、受け

持ち患者の状態、受け持ち患者の手術経過別時期を説明変数、STAIを従属変数とした重回帰分析をステップワイズ法で行った。EQSは領域と対応因子に分けて分析を行った。

統計処理には、統計解析プログラムパッケージ『SPSS for Windows Ver. 20.0 J』を用いた。有意水準は $p < .05$ とした。

#### 5. 倫理的配慮

本研究は臨地実習中の学生に調査を依頼するため、研究協力者の所属する学校長、成人看護学担当教員に研究協力依頼を文書と口頭説明で行った。そして、同意の得られた学校の研究参加の意思がある学生に文書と口頭での説明を以下の内容で行った。まず、研究の趣旨、内容、調査所要時間などを説明した。その際、自由意思に基づく参加であり、途中の中止も可能であること、参加の拒否または中止による不利益を被らないこと、調査結果は成績には一切関係のないことを説明した。また、質問紙は無記名とし、データは番号整理しプライバシー保護に努め、統計学的に処理し本研究以外の目的で使用されることはないこと、研究終了後はデータを速やかに破棄することを説明した。学生の自由意思に基づく参加を保証するために、研究の同意は質問紙の返信があったうえで同意とすることを説明し、参加する場合は学生本人が質問紙を封入し郵送してもらうこととした。なお、本研究は研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得た。

### Ⅲ. 研究結果

回収数158名(回収率77%)のうち、分析対象者は121名(有効回答率77%)である。なお、ストレス反応に性差が認められなかったため、男子学生も含め分析対象とした。

#### 1. 対象者の概要

対象者の平均年齢は24.0 (SD = 5.6) 歳、女性103名、男性18名であった。ストレスサー得点(総得点30点)の平均得点は14.2 (SD = 4.9) 点で、得点が高い順に「記録物の多さ」「朝が早くつらい実習」「教員の評価」であり、最も低い項目は「グループ内でのコミュニケーション」であった。ストレス反応のVASの平均点は67.0 (SD = 24.8) 点であり、STAIの平均点は57.0 (SD = 11.7) 点であった(表2)。EQSの領域得点の平均は、対人対応45.3 (SD = 13.0) 点、自己対応40.5 (SD = 12.1) 点、状況対応30.5 (SD = 13.2) 点の順に高かった。各対応因子は合計得点が異なるため得点率を算出し、その得点率は共感性、愛他心、自己動機づけの順に高く、最も低かったのは、リーダーシップ、次いで、状況コントロール、対人コントロール、状況洞察の順であった(表3)。

表2 ストレッサーとストレス反応の得点

(n=121)

項目	Mean ± SD
ストレッサー	
周手術期看護の実践への自信のなさ	1.6 ± 0.8
情報収集	1.4 ± 0.8
看護過程の展開	1.6 ± 0.8
看護技術の実施	1.3 ± 0.8
患者とのコミュニケーション	0.7 ± 0.7
指導者や教員とのコミュニケーション	0.7 ± 0.7
グループ内でのコミュニケーション	0.5 ± 0.7
記録物の多さ	2.4 ± 0.9
朝が早くつらい実習	2.2 ± 1.0
教員の評価	1.8 ± 1.0
ストレッサー得点	14.2 ± 4.9
ストレス反応	
VAS	67.0 ± 24.8
STAI	57.0 ± 11.7

2. ストレッサー得点, 個人要因, 状況要因とストレス反応の関連

実習経験前半と実習経験後半の学生のストレス反応を比較した結果, VAS ( $t = 2.240, p < .05$ ), STAI ( $t = 2.653, p < .01$ ) で実習経験前半の学生のストレス反応が高かった。一方, 性別, 受け持ち患者の状態, 受け持ち患者の手術経過別時期について VAS, STAI を比較した結果, ともに統計学的有意差は認めなかった (表4)。

年齢, ストレッサー得点, EQS の領域と VAS, STAI の相関を検討した結果, ストレッサー得点と VAS, STAI に正の相関, EQS の領域の自己対応, 状況対応と STAI に負の相関が認められた。また, EQS の対応因子と VAS, STAI の相関においては対人対応領域の対人コントロール, 状況対応領域の状況洞察, リーダーシップ, 状況コントロールと STAI に負の相関を認めた (表5)。

表3 EQS 領域および対応因子の平均得点と対応因子の得点率

(n=121)

領域	Mean ± SD	対応因子	
		Mean ± SD	得点率 (%)
自己対応 40.5 ± 12.1		自己洞察	11.2 ± 4.8 46.5
		自己動機づけ	13.2 ± 4.5 55.0
		自己コントロール	16.2 ± 5.7 44.9
対人対応 45.3 ± 13.0		共感性	15.8 ± 4.8 66.0
		愛他心	14.8 ± 4.8 61.7
		対人コントロール	14.6 ± 5.6 40.6
状況対応 30.5 ± 13.2		状況洞察	15.5 ± 5.7 43.0
		リーダーシップ	6.5 ± 4.3 27.1
		状況コントロール	8.5 ± 4.4 35.3

表4 性別, 実習経験, 受け持ち患者の状態, 手術経過別時期とストレス反応の平均値の比較

(n=121)

	性別	n	VAS		STAI	
			Mean ± SD		Mean ± SD	
性別	女性	103	67.3 ± 23.7	ns	56.8 ± 11.5	ns
	男性	18	65.7 ± 31.5		57.8 ± 13.2	
実習経験	前半	69	71.4 ± 22.7	*	59.4 ± 10.7	**
	後半	52	61.3 ± 26.6		53.8 ± 12.3	
受け持ち患者の状態	予測困難・不確実性あり	54	65.2 ± 26.2		55.6 ± 12.7	
	予測困難・不確実性なし	67	68.5 ± 23.8	ns	58.1 ± 10.8	ns
受け持ち患者の手術経過別時期	術前	10	61.0 ± 29.1		53.8 ± 13.0	
	術後3日まで	70	67.1 ± 24.0	ns	57.3 ± 11.9	ns
	術後4日以降	41	68.3 ± 25.6		57.2 ± 11.3	

[注] \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$ , ns: not statistically significant.

性別, 実習経験, 受け持ち患者の状態とストレス反応の比較は対応のない  $t$  検定。

受け持ち患者の手術経過別時期とストレス反応の比較は対応のない一元配置分散分析。

表5 年齢, ストレッサー得点, EQSとVAS, STAIの相関分析 (n=121)

	VAS	STAI
年齢	-.058	-.138
ストレッサー得点	.464 **	.724 **
EQSの領域と対応因子		
「自己対応」		
自己洞察	.022	-.180 *
自己動機づけ	.008	-.157
自己コントロール	.009	-.110
「対人対応」		
共感性	.032	-.163
愛他心	.101	.006
対人コントロール	.110	.062
「状況対応」		
状況洞察	-.022	-.189 *
リーダーシップ	-.093	-.401 **
状況コントロール	-.101	-.345 **
	.015	-.298 **
	-.161	-.459 **

[注] \*\*:  $p < .01$ , \* :  $p < .05$ , ピアソンの積率相関分析.  
「」はEQSの領域を示す.

### 3. 情動知能と実習経験との関連

実習経験前半と実習経験後半の学生のEQS（領域, 対応因子）を比較した結果, 統計的有意差は認めなかった（表6）。

表6 EQSの領域, 対応因子と実習経験の平均値の比較 (n=121)

		実習経験		
		実習前半 n=69 Mean ± SD	実習後半 n=52 Mean ± SD	
EQS 領域	自己対応	40.3 ± 12.4	40.9 ± 11.8	ns
	対人対応	46.0 ± 13.5	44.3 ± 12.3	ns
	状況対応	29.9 ± 12.5	31.2 ± 14.1	ns
EQS 対応因子	自己洞察	11.2 ± 4.9	11.1 ± 4.8	ns
	自己動機づけ	13.1 ± 4.8	13.4 ± 4.2	ns
	自己コントロール	16.0 ± 5.8	16.4 ± 5.4	ns
	共感性	15.8 ± 4.9	15.9 ± 4.6	ns
	愛他心	15.4 ± 4.9	14.1 ± 4.6	ns
	対人コントロール	14.8 ± 5.7	14.3 ± 5.3	ns
	状況洞察	15.2 ± 5.5	15.8 ± 6.1	ns
	リーダーシップ	6.5 ± 4.3	6.5 ± 4.3	ns
	状況コントロール	8.2 ± 4.1	8.8 ± 4.9	ns

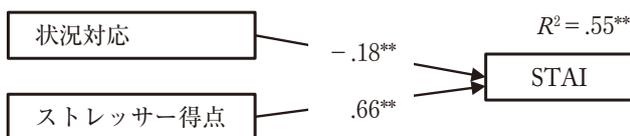
### 4. 情動知能のストレス反応への影響

EQSの領域を説明変数, ストレス反応を従属変数として重回帰分析を行った結果, ストレス反応に対して有意に関連していたのはEQSの状況対応領域 ( $\beta = -.179, p < .01$ ), ストレッサー得点 ( $\beta = .664, p < .01$ )であった（図2）。次に, EQSの対応因子を説明変数とした場合では, ストレス反応に有意に関連していたのはEQSの対応因子である状況コントロール ( $\beta = -.217, p < .01$ ), ストレッサー得点 ( $\beta = .642, p < .01$ )であった（図3）。両分析結果の調整済み決定係数は.55以上であった。

## IV. 考 察

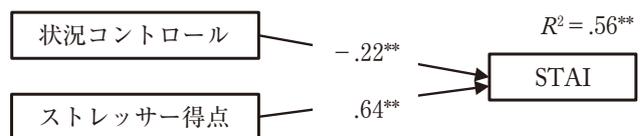
### 1. ストレッサー, ストレス反応の程度

周手術期実習中のストレッサーとして頻度が高かったものは「記録物の多さ」「朝が早くつらい実習」「教員の評価」「周手術期看護の実践への自信のなさ」であった。奥村・青山・廣瀬・中西・二渡（2002）は, 周手術期実習中の頻度が高かったストレッサーを「自分の無力さ・未熟さを痛感した」「記録が多い」「早起きがつらい」と報告し, 沖野ら（2001）は, 「学生の知識の不十分さ」「教育サイドの評価」を報告しており, 今回の結果と類似していた。周



\*\* :  $p < .01$ ,  $R^2$  : 決定係数

図2 説明変数をEQSの領域とした重回帰分析（標準偏回帰係数）



\*\* :  $p < .01$ ,  $R^2$  : 決定係数

図3 説明変数をEQSの対応因子とした重回帰分析（標準偏回帰係数）

手術期実習は状態の変化が激しい患者の看護を展開するため、周手術期の患者に不慣れな学生は高度に緊張し、自分の考えた看護に自信をもつことができないため実践ができず、結果、無力さを感じたり、教員の評価を気にしていると考えられた。さらに、変化に応じた看護実践を考えるために日々の実習記録が多くなることで、睡眠時間を削って学習時間を確保することになり、他の実習よりも朝が辛い実習となってストレスが高まっていると考えられた。

実際、学生のストレス反応はSTAIの平均値 $57.0 \pm 11.7$ 点であり、ストレスの判定基準（肥田野ら、2009、p.25）の高不安となり、本研究の対象は高ストレス状態であった。過去の周手術期実習中の学生を対象とした研究においてもSTAIは高得点であり（守田ら、2001；沖野ら、2005）、周手術期実習において学生は高ストレス状態になる可能性が高いことが示された。

学生は、実習においてさまざまな問題に直面し実習記録が停滞、中断したり計画推進が困難となることで不安は高まる（杉森・舟島、2014）。また、実習記録の多さだけでなく記録を書く力の不足や書き方の理解困難によって実習記録への困難感を感じるため（福田ら、2011）、周手術期実習中の学生への支援として、記録物の量の適正化をはかるとともに、実習記録の停滞や中断、書き方の理解困難が起きていないかを実習の進行とともに確認し、個別的能力に応じた実習記録の課題を与えていく必要がある。

今回、実習経験の長さがストレス反応に影響し、受け持ち患者の状態や手術経過別時期がストレス反応に影響していなかったことは、不確実性や不可能な予測性といった状況要因よりも、経験知という個人要因のほうがストレス反応の低減に影響する可能性を示唆したものである。ストレスへの効果的な対処行動は自己効力感と関連するため（毛利・眞鍋、2008）、経験知を活かしながら周手術期実習での看護体験が自信につながる体験となるよう実習内容の調整や指導をしていく必要がある。さらに、周手術期における学生は高いストレス状態であるため早期に支援を行い、教員評価が刺激となってストレスフルな状態になりうることも念頭におき支援していく必要がある。

## 2. 情動知能のストレス反応への影響

重回帰分析の結果、個人要因である情動知能の状況対応と状況コントロールはストレス反応を低減させており、ストレス得点はストレス反応を増強させていた。その他の個人要因や状況要因とストレス反応との関連性は認められなかった。

学生は、周手術期実習中さまざまなストレス要因によりストレス反応が強められている状況のなかでも、情動知能の状況対応および状況コントロールがストレス反応を低減

させている可能性が示唆された。一方、個人要因である実習経験は、実習中のストレス反応に影響する可能性が示めされたが、周手術期実習における強力なストレス要因のもとでは、ストレス反応を低減するに至らない可能性が示唆された。

状況のコントロールに関して、Lazarus & Folkman (1984/1991, pp.164-173) は、状況を適切にとらえその状況をコントロールしているという感覚をもつことで精神的安定を保つことが可能になると述べている。つまり、周手術期実習はその他の実習に比べてストレス要因による負荷が高く、心身のストレス反応が強くなりやすい。このような状況下では、単に実習経験の長さがストレス反応を低減できるのではなく、状況に対応する能力のなかでも、状況をコントロールし適応してゆく力がストレス反応の低減に有効に寄与する可能性が示唆された。よって、状況を適切な認識に基づいて臨機応変に対処できる能力である状況コントロール（内山ら、2007, pp.20-21）の能力を維持、向上させていく支援が重要である。そのためには学生の個別性に合わせた受け持ち患者を選択して、日々変化する患者の現象や看護実践の理解の促進をはかり状況の適切な認識を支援し、学生が患者と相互行為を展開しつつ、医療者との円滑なかかわりによって看護実践でき、状況の対処が適切にできるよう支援していく必要がある（杉森・舟島、2014, pp.278-288）。一方、重回帰分析の結果、EQS領域の状況対応以外の2領域はストレス反応に影響していなかったにもかかわらず、自己対応および対人対応の得点は状況対応得点よりも高かった。これは、周手術期実習中のストレスフルな環境においては、状況対応能力はストレス反応低減の可能性はあるが、周手術期実習では、複雑で変化の速い患者の状態に対し、速いテンポでの看護展開が求められることによって（奥村ら、2001；沖野ら、2005）、落ち着いて状況を判断し臨機応変に対処するといった状況コントロール能力が十分発揮できず、その代替として評価者である教員や臨地実習指導者、あるいは、戸惑う自分自身に対応し能力を発揮していた可能性を示唆していると考えられる。

周手術期実習中の学生の状況コントロールの得点率は低く、コントロールの欠如や喪失は恐怖や不安、抑うつ等の発生源になるため（Steptoe & Appels, 1989/1995）、教員は、学生が備えている状況コントロールを基盤とした状況対応能力をストレスフルな周手術期実習中にうまく発揮できるよう支援しなくてはならない。そして、学生が教員の評価に学生自身の行動に影響を受けたり、無力感といった感情を認知するだけでなく、実習の目標達成にむけ自分の行動を維持し、学習支援を受けるための積極的な対人行動がとれるといった側面の自己対応、対人対応能力が発揮できる

よう支援し、不安などのストレス反応を制御する能力が向上できるよう支援していく必要がある。さらに学生の情動知能を効果的に活用するために、看護を学ぶなかで感じる機会、学生自身の考え・感情を表現する機会をもてるようかかわり、意味づけしていく必要がある（金子・中島・澤田・市川・吉川，2010）。今回、情動知能は実習経験の長さに影響を受けていなかった。よって、周手術期実習履修時点での学生個人の情動知能の習得状況を把握し、その能力に応じた個別の支援を行うことが情動能力の維持、向上には有効だと考える。

また、人はストレスラーによりいつもストレスフルになるのではなく、個人要因と状況要因からの影響をストレス対処にむけた原動力にすることができる（Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp.164-173）。周手術期実習中という強いストレスラーの影響下においても、情動知能の効果的な発揮によりストレスを適切に対処しその経験により自己成長させていくことも可能だと考える。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究ではストレス反応への情動知能の影響について、調査時期を限定し、手術経過別時期や患者の状態といった受け持ち患者からの影響の統制をはかり、明らかにすることができた。しかし、実習中におけるストレス反応はさまざまな個人要因や環境要因の影響を受けるため、今後、さらにストレス反応への交絡要因を統制することが検討課題である。また、一時点における複数対象の調査であったため、今後は同一対象におけるEQSやストレス反応を縦断的に調査し因果関係を明らかにしていくことが課題である。

今回、性別とSTAIの関連はみられなかった。STAIの集団基準において男子大学生の不安は女子学生よりも高い結

果が得られているため（肥田野ら，2009, pp.25-26）、今後は男子学生のデータを増やし検証していくことが課題である。

最後に、本研究におけるEQSの構造とオリジナルモデルとの一致がみられなかったことは、尺度の設定に課題があったといえる。実習中の看護学生は社会人に比べ異なった質の社会経験をしていると考えられるため、EQSの項目間の関連が異なる可能性もある。よって、看護学生のEQSの構造を明確にしていくことが今後の課題である。

## 結 論

今回の研究では、周手術期実習中の学生のストレスラーとストレス反応の程度、情動知能のストレス反応への影響を明らかにした。その結果、学生がストレスラーとして高い頻度で認知していたものは「記録物の多さ」「朝が早くつらい実習」「教員の評価」であった。そして、周手術期実習中の学生は高いストレス状態であり、実習中さまざまなストレスラーによりストレス反応が強められている状況のなかでも、情動知能の状況対応および状況コントロールがストレス反応を低減させる可能性が示唆された。したがって教員は、学生のストレスラーとなり得る刺激の適正化をはかるとともに、周手術期実習中での状況への対応能力が効果的に発揮できるよう支援し、ストレス反応を軽減させていく必要がある。

## 謝 辞

本研究にご協力くださいました看護学生の皆さま、質問紙配付等にご協力をいただきました教員の皆さまに心より感謝いたしますとともに厚くお礼申し上げます。

本研究は三重大学大学院医学系研究科修士論文の一部に加筆修正したものである。

## 要 旨

周手術期実習中の学生のストレスラー、ストレス反応の程度、情動知能のストレス反応への影響を明らかにすることを目的とし、周手術期患者を受け持っている学生205名に自記式質問紙調査を実施した。ストレス反応はVAS、STAI、情動知能はEQSで測定した。情動知能のストレス反応への影響はSTAIを従属変数、EQS、個人要因、状況要因を説明変数とした重回帰分析で解析した。結果、高い頻度で認知していたストレスラーは「記録物の多さ」「朝が早くつらい実習」「教員の評価」でSTAIの平均得点は高かった。情動知能のストレス反応への影響として、実習中種々のストレスラーによりストレス反応が強められているなかでも状況対応および状況コントロールがストレス反応を低減させる可能性が示唆された。

## Abstract

With the aim of clarifying the effects on student stressors, stress response level, and emotional intelligence stress response during perioperative practical training, a self-administered questionnaire survey was administered to 205 students caring for

perioperative patients. Stress response was measured with a visual analogue scale and state-trait anxiety inventory (STAI), and emotional intelligence was measured with the Japanese Emotional Intelligence Scale (EQS). To examine the effects on emotional intelligence stress response, a multiple regression analysis was conducted with STAI as the dependent variable and EQS, individual factors, and situational factors as explanatory variables. The results showed that stressors recognized with a high frequency were a “large number of records”, “tough training early in the morning”, and “evaluations by teachers”, and the mean STAI score was high. With regard to the effects on the emotional intelligence stress response, situational coping and situational control were shown to be effective in reducing the stress response even when the stress response was intensified by various stressors during practical training.

## 文 献

- 福田峰子, 安藤好江, 田中和奈, 伊藤紀枝, 梅田奈歩, 粥川早苗 (2011). 老年看護学実習における学生の困難状況と対処行動—第一報 実習初期における困難状況の実態—. 生命健康科学研究所紀要, 8, 91-105.
- 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我洋子, Spielberg, C.D. (2000). 新版STAIマニュアル. 4-29, 東京: 実務教育出版.
- 今留 忍, 小竹久美子 (2009). 看護学生のストレスと心理的ストレス反応の特徴: 保健学科・臨床検査技術学科学生との比較. 日本看護学教育学会誌, 19(2), 1-10.
- 金子直美, 中島正世, 澤田和美, 市川茂子, 吉川奈緒美 (2010). 看護学生の情動知能の状況 (第1報). 日本看護学会論文集 (看護教育), 41, 217-220.
- 加島亜由美, 樋口マキエ (2005). 臨地実習における看護学生のストレスとその対処法. 九州看護福祉大学紀要, 7(1), 5-13.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984) / 本明 寛 (1991). ストレスの心理学: 認知的評価と対処の研究. 東京: 実務教育出版.
- Mayer, J.D. and Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In Salovey, P. and Sluyter, J. (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. 3-31, New York: Harper Collins.
- 守田稲子, 伊東志乃, 神田郁子, 牧野典子 (2001). 急性期実習における学生の不安の実態調査: STAIによる実習前・手術前・実習後における不安要因について. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 15, 125-134.
- 毛利貴子, 眞鍋えみ子 (2008). 臨地実習中の看護学生におけるストレスコーピングと臨地実習自己効力感との関連. 京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 65-70.
- 二宮寿美, 野本ひさ (2009). 看護学生が臨地実習中に示す心理的・生理的ストレス反応と対人対応能力 (EQS) との関連. 日本看護学教育学会誌, 19(2), 11-21.
- 沖野良枝, 岸 友里, 池本静香, 地石孝子, 清水房枝, 皆川美代子 (2001). 周手術期実習における学生のストレス評価の分析 (第2報) 周手術期経過に対応したストレス, 不安評価の時系列的变化. 日本精神保健社会学会年報, 7, 36-44.
- 沖野良枝, 山口曜子, 岸 友里, 那須光章, 長澤晋吾 (2005). 周手術期実習中の看護援助における学生のストレス認知と生理的反応との関連: 唾液中クロモグラニンA (CgA), コルチゾールによる検討. 人間看護学研究, 2, 79-87.
- 奥村亮子, 青山みどり, 廣瀬規代美, 中西陽子, 二渡玉江 (2001). 成人看護学実習における学生のストレスと自己効力感との関連性の検討. 日本看護学会論文集 (看護教育), 32, 203-205.
- 奥村亮子, 青山みどり, 廣瀬規代美, 中西陽子, 二渡玉江 (2002). 成人看護学実習における学生のストレス・コーピングの縦断的検討. 群馬県立医療短期大学紀要, 9, 49-56.
- 雄西智恵美, 佐藤禮子, 井上智子 (1992). 臨床実習における学生のストレスと学習効果. 日本看護学教育学会誌, 2(2), 50-51.
- 大野木裕明 (2005). EQS (情動知能指数) とFFPQ (5因子性格検査) 間の相関的研究. 福井大学教育地域科学部紀要Ⅳ (教育科学), 61, 17-26.
- Stephens, A. and Appels, A.D. (1989) / 津田 彰 訳 (1995). ストレス, 健康とパーソナル・コントロール. 179-187, 東京: 二瓶社.
- 杉森みどり, 舟島なをみ (2014). 看護教育学 (第5版増補版). 254-282, 東京: 医学書院.
- 高島尚美, 村井文江, 樋之津淳子, 林 啓子 (2005). 臨地実習における看護学生の自律神経機能の変動 (その3): 愁訴との関連. 日本看護研究学会雑誌, 28(3), 174.
- 高島尚美, 大江真琴, 五木田和枝, 渡部節子 (2010). 成人看護学臨地実習における看護学生のストレスの縦断的变化: 心理的ストレス指標と生理的ストレス指標から. 日本看護研究学会雑誌, 33(4), 115-121.
- 内山喜久雄, 島井哲志, 宇津木成介, 大竹恵子 (2007). EQS マニュアル (第1版). 2-49, 東京: 実務教育出版.

〔平成27年12月9日受付〕  
〔平成28年6月12日採用決定〕



## クロイツフェルト・ヤコブ病患者の家族が経験した困難

Difficulties Encountered by Family Members of Patients with Creutzfeldt-Jakob Disease

金 崎 美奈子<sup>1)</sup> 齋 野 貴 史<sup>2)</sup> 堀 井 理 司<sup>3)</sup>  
Minako Kanesaki Takashi Saino Satoshi Horii

キーワード：クロイツフェルト・ヤコブ病, 看護, 家族, 困難, 倫理

Key Words : Creutzfeldt-Jakob disease, nursing, family, difficulties, ethics

### 序 文

「プリオン病の一種であるクロイツフェルト・ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jakob Disease : CJD) は, 特定疾患治療研究事業対象疾患に指定されており, 感染因子プリオンによる人獣共通感染症で, 進行性で致死的な神経変性疾患の一群である」と「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究」班は述べている (2014, pp.3-6)。進行にはその原因により差があるものの, いずれも現在の医療では根本的治療法はない疾患である。急速に進行するその典型的な神経精神症候 (認知症, ミオクロームス, 無動性無言など) は, 家族を危機的状態に陥らせている (篠田・川上・桜井, 2003)。みるみる変わりゆく状態を受容するだけでも困難を極めることは容易に想像できるが, それ以外にも CJD 患者とその家族は, そのまれな病気のために多くの困難を経験していると考えられる。BSE 問題で多少認知度は上がったと考えられるが, やはり珍しい感染性疾患には変わりなく, 転院先を探すのに苦労したと聞く。また, 当院に入院した CJD 患者の家族は, 親族以外には病気を伝えず “こんな状態になってしまって, 人には見せられない” と, 友人の面会を断っている場面もあった。特殊な感染症であるために経験するつらい思いがあると考えられる。かつては, 情報が少なく, 感染の不安から個室隔離など過剰な感染対策を行っていた施設もあったが (松本・北山・鎌田, 2002, p.655; 三島・上妻・今村, 2002, pp.661-663; 渡辺・岩瀬・乾, 2002, pp.643-644), 現在では, 一般的診療のような非侵襲的医療行為, 看護や介護などの日常的な接触, MRI のような非侵襲的検査では CJD 感染の危険性がなく, 隔離は不要であり, 一般病棟で看護ケアを行うことができる (岸田・鈴木・黒岩, 2008)。そのため, 湯浅が述べるように「CJD 医療において, 感染

対策は重要な問題ではあるが, それ以外にも看護技術とケア技術の向上, 患者や家族への病名告知のあり方, 尊厳医療, 家族の心理サポート, 病床確保, 在宅医療など医療環境の整備が求められている」(2002, pp.637-638) と考える。湯浅が指摘する問題を示唆する文献は, 看護研究 (石内・三浦・大村, 2002; 樺澤・吉野・湯浅, 2002; 松本ら, 2002; 三島ら, 2002; 渡辺ら, 2002) で感染対策に焦点を当てて論じた事例や, カウンセリングの視点からの報告 (田村, 2007; 田村, 2010) に留まり, CJD 患者の家族への看護に焦点を当てた研究は極めて少なく, CJD 患者の家族が経験した困難の実態は明らかにされていない。

そこで, CJD 患者の家族が経験した困難を明らかにし, 今後の CJD 患者および家族への支援につなげたいと考える。

### I. 方 法

#### 1. 研究デザイン

質的記述的研究。

#### 2. 調査対象

CJD で亡くなった患者を看病し, 看取った経験のある家族 4 名。ただし, 心身状態を考慮して, 死別後 6 か月以上経ており, かつ, 記憶の想起に支障をきたさない, 死別後の経過時間ができるだけ短い者を選定した。

#### 3. 用語の定義

- ①困難：CJD 病患者に関係した出来事により, 悩みやつらさ, 苦労など, 心身に生じた負担。
- ②CJD 患者の家族：CJD で亡くなった患者を看病し, 看取った経験のあるキーパーソン。

1) 浅香山病院 Asakayama General Hospital

2) 藍野大学 Aino University

3) 大阪府立大学 Osaka Prefecture University

#### 4. 調査期間

2014年9月26日～2014年10月17日。

#### 5. 調査方法

- ①調査対象病院の倫理委員会および院長の承認を得た後、研究協力依頼文書を調査対象者へ発送した。
- ②調査対象者が研究協力依頼文書を確認された時期に、調査対象者の心情を十分配慮しながら、電話にて研究協力の承諾を確認し、面接実施日・場所の調整を行った。
- ③面接当日、改めて研究について説明を行い、同意が得られた場合、同意書に署名してもらった。
- ④面接は調査内容にそった「インタビューガイド」に基づいて実施し、調査対象者に承諾を得たうえでICレコーダへ録音した。調査対象者の負担を考慮して面接は30分間程度で終了するように配慮した。

#### 6. 調査内容

CJD患者の家族が経験した困難を明らかにするために「インタビューガイド」を作成した。具体的な項目は以下のとおりである。調査対象者背景はカルテより情報収集し、補足が必要な箇所は面接時に確認した。

##### a. 調査対象者背景

患者の年齢、性別、病名（分類）、発症から確定診断までの期間、発症から死亡するまでの期間、調査対象者と患者の間柄。

##### b. インタビューガイドの内容

- ①家族がCJDと診断されるまでにどのくらいかかりましたか。
- ②診断が確定するまでの間、大変だったことはありますか。それはどのようなことですか。
- ③家族がCJDと告知をされて、どう思いましたか。
- ④まわり（身内、友人、知人など）の反応（言動や対応）はどうでしたか。
- ⑤家族がCJDとわかって、あなたの生活はどのように変わりましたか。大変だったことはどのようなことですか。
- ⑥CJDの症状や変化はどのような経過でしたか。
- ⑦その経過のなかで、つらかったことはどのようなことですか。
- ⑧大事な家族をCJDという特殊な病気で亡くしたことによって生じた悩みやつらさ、苦勞などがあれば教えてください。

#### 7. 分析方法

- ①作成された調査対象者ごとの逐語録から、CJD患者の家族が経験した困難の内容を1つのみ含む文章をコードとした。また、コードは質問に対する回答全体の文脈から

吟味し、文脈や語られた表現を損ねないように分割し、不要な記述は削除した。また、意味内容が通じるように前後の文脈から推測できる言葉を補い、敬語表現は修正し、文末の表現を整えて一文とした。

- ②CJD患者の家族が経験した困難を表す全コードから、同一表現、表現は異なるが意味が同一であるものを集約してサブカテゴリーとした。
- ③CJD患者の家族が経験した困難として導き出されたサブカテゴリーから、意味内容の類似性に従って集約しカテゴリーを抽出した。
- ④分析の全過程において、質的研究に熟練した教員を含む著者ら計3名でコード、サブカテゴリー、カテゴリーの精練を行った。

#### 8. 倫理的配慮

本研究は、CJDで亡くなった患者を看病し、看取った経験のある死別後6か月以上経過している家族を対象とした面接法による調査を行った。面接内容は、調査対象者の内面やプライバシーに深くかかわり調査対象者の負担が大きいことが予測された。よって、以下の点の倫理的配慮をもとに研究を行った。なお、本研究は、日本看護協会の“看護研究における倫理指針（2004）”に準拠し、調査対象病院の倫理委員会の承認を得た。

##### a. 研究参加の依頼に関する配慮

- ①調査対象者候補を選定するために、調査対象病院の倫理委員会の承認を得たうえで、CJD患者のカルテから調査対象者の連絡先を取得した。
- ②研究参加を依頼する調査対象者には、「研究への説明・同意書」の文章を用いて、研究意義・目的・方法（調査対象者背景として必要な情報をカルテから収集することについてを含む）・倫理的配慮などについて説明し、「研究への参加・同意書」への署名をもって研究参加の同意を得た。
- ③研究への参加は自由意思に基づくものであり、参加を断った場合にも何ら不利益を被ることはないことを説明した。また、いったん研究の参加に同意した場合でも、面接途中で参加を拒否することも可能であることを説明した。

##### b. 面接実施に関する配慮

- ①面接の日程、時間は事前に調査対象者と調整のうえ、日常生活に支障をきたすことのないように配慮した。また、面接時間は30分間程度とした。
- ②面接場所は、調査対象者と相談し、決定した。調査対象者すべてが調査対象病院で行うことを希望したため、事前に看護管理者に依頼して個室を確保し、調査対象者のプライバシーが守られるようにした。

- ③面接中は調査対象者が緊張しないよう配慮し、調査対象者が話す内容は肯定も否定もせず聞くようにした。また、ICレコーダが調査対象者の視野に直接入ることでストレスにならないように工夫した。
- ④面接中に答えたくない質問がある場合は、無理に答えなくてもよいことを伝えた。また、答えたくないような態度や素振りを示した場合は、それ以上聞きださないようにした。
- ⑤面接中、調査対象者が面接を継続することに負担を感じていると判断される場合には、調査対象者にその旨を確認し、調査対象者の意向に沿うようにする予定であったが、そのようなことは起こらなかった。
- ⑥面接中、調査対象者が沈黙した場合には、沈黙を遮らないようにし、沈黙の継続が研究参加の拒否のサインと判断される場合には、その旨を調査対象者に確認し、調査対象者の意向に沿うようにする予定であったが、そのようなことは起こらなかった。
- ⑦面接中に調査対象者から質問があった場合には、質問を反復したうえで、面接に影響を及ぼすと考えられるものについては、面接後に返答するようにした。また研究者の見解を求められた場合、立場上、研究者の考えを述べることができないことを丁寧に伝え、了承を得た。
- c. 個人および施設情報に関する配慮**
- ①個人特性に関する質問は調査対象者の許可を得て行った。内容は、研究目的の達成に必要な最小限の項目とした。なお、論文中において、氏名、生年月日、住所等、調査対象者を特定できるような情報は扱わないようにした。
- ②収集したデータは、本研究の目的に使用し、匿名性を保持するために、個人および施設名が特定されないように配慮し、データを厳重に管理することを説明した。
- ③匿名化は、面接順に対象番号をつけ、逐語録への記載の段階から対象番号のみで扱った。
- ④個人特性および面接内容が記録された録音データおよび逐語録（認証付きUSBフラッシュメモリを使用）を厳重に保管した。なお、収集データは、研究のすべての過程が終了した時点で処分することを説明した。
- ⑤データの保存に使用するノートパソコンは、院内LAN

- に接続しないもので、使用者認証による管理を行った。
- ⑥収集したデータは、他の調査対象者から得たデータとあわせて分析され、公表においては個人および施設が特定されることはないことを説明した。
- ⑦調査対象者から自身の情報開示の申し出があった場合は、個人の情報を開示すること、使用してほしくないデータがあるという旨の申し出があった場合には情報を削除できることを説明した。
- ⑧氏名の記載された研究への参加同意書は、データとは別に施錠できる場所に保管、研究終了後に処分することを説明した。
- ⑨研究結果は、要旨にて調査対象者に報告することを説明した。

## II. 結果

### 1. CJD患者と家族の背景

患者の性別はすべて女性であり、平均年齢は73.5歳であった。発症から確定診断を受けるまでの期間は約1か月から約1年5か月であった。また、発症から死亡までの期間は約9か月から約1年10か月であった。調査対象者4名は、患者の夫にあたる者が2名（70～80歳代）、患者の娘にあたる者が2名（50歳代）であり、死別後の経過時間は約9か月から約3年8か月であった（表1）。

#### a. CJD患者の家族が経験した困難

調査対象者の回答から、CJD患者の家族が経験した困難として計123のコードが抽出され、表2に示すように43のサブカテゴリーと13カテゴリーが抽出された。

以下に、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、コードは「 」で示す。（ ）は文脈から推測できる言葉を補った内容である。

#### (1) 【CJDの診断に至るまでの混沌により生じた否定的な思い】

このカテゴリーは、CJDという診断に至るまでの混沌とした状態により家族が感じる困難を表していた。「脳梗塞と診断を受けたが、状態が悪化していくことに戸惑いを感じた」など7コードからなる〈状況と反する診断や治療に対する戸惑い〉、「症状もないのに風邪だと診断され、信じ

表1 CJD患者と家族の背景

	患者の年齢	患者の性別	CJD分類	発症から確定診断を受けるまでの期間	発症から死亡までの期間	患者との間柄	対象者の年齢	死別後の経過時間
A	70歳代	女	孤発性	約3か月	約9か月	夫	80歳代	約9か月
B	80歳代	女	孤発性	約6か月	約9か月	次女	50歳代	約2年2か月
C	60歳代	女	孤発性	約1年5か月	約1年10か月	夫	70歳代	約1年3か月
D	70歳代	女	孤発性	約1か月	約1年8か月	長女	50歳代	約3年8か月

表2 CJD患者の家族が経験した困難

(コード総数：123)

カテゴリー (13)	サブカテゴリー (43)
①CJDの診断に至るまでの混沌により生じた否定的な思い	状況と反する診断や治療に対する戸惑い
	症状と一致しない診断に対する不信感
	CJDを疑うことなくつけられた診断が誤りだったことに対する不満
	CJDと早く診断してもらえなかったことで生じた後悔
②病状の進行を止められないことで生じる苦痛	CJDが治療方法のない病気と告知されたことに対する動揺
	面会者に急速に進行する不治の病であると伝えなければならないつらさ
③病状の進行を止められないことで生じる諦め	CJDが治療方法のない病気ということへの諦め
	CJDの進行によって意思疎通困難になった患者に対する諦め
	転院する際に起きる可能性のある急変に対する覚悟
④CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑	医師に生かされているという思い
	CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑
⑤CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ	CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ
⑥CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服	CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服
⑦CJD確定前後に生じる病院探しの大変さ	CJDと確定診断を得るために、専門医や研究機関を探す大変さ
	CJD確定後、転院先の病院が見つからず、探し続けた大変さ
	医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による困惑
	医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による苦勞
	医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を勧められたことに対する困惑
	医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を勧められたことに対する嫌悪感
	医療者へ感染させるのではないかとという心配
	感染症として過度な対策をとることに対する疎外感
⑧感染源の伝播のおそれをもたらす苦悩	CJD患者の病歴や海外渡航歴の確認のむずかしさ
	CJDが感染症に分類されることへの疑問
	感染症だと伝えることで生じる事態への不安
	CJDが血液感染すると説明されたことによる不安
	遺伝性CJDを否定する医療者からの説明の不足で生じた不安
⑨医療者のCJDに対する理解不十分によって生じる不安	CJDに疎い医療者に対する不安
	症状に対する医療者側との認識の違いから生じる不満
⑩CJD患者に対する医療者の対応への不服	CJD患者への治療や対応への怒り
	CJD患者に対する医療者の対応への不満
	医師に病状の見解を聞き入れてもらえないつらさ
	医師がCJD患者を回診しないことへの不満
	見当違いな治療に対する不信感
⑪病状の変化を受け止めるつらさ	症状に早く気づけなかったことを思い続けるつらさ
	急激な病状の進行に対する戸惑い
	CJDの症状を目の当たりにしたときに生じるつらさ
	治療を目の当たりにしたときに生じるつらさ
⑫理解を得るための説明しがたい病気によって生じる苦痛	CJDの症状に対する治療の選択において生じるつらさ
	病名を伝えていない面会者に対する申し訳なさ
	CJDという病気に対する理解を得ることへの諦め
⑬時間的猶予が与えられない新たな役割の負担	CJDという病気に対する理解が得られないつらさ
	急に訪れる意思疎通困難な状態により、役割移譲ができずに生じる日常生活を送るうえでの不都合
	CJD患者が生存する限られた期間で行う患者の身辺整理の大変さ

られない気持ちを抱いた」など2コードからなる〈症状と一致しない診断に対する不信感〉、「うつ病と診断されて腹が立った」など6コードからなる〈CJDを疑うことなく

つけられた診断が誤りだったことに対する不満〉、「もっと早くにヤコブ病だとわかっていたら、機能回復のためと無理にデイサービスに行かせることもなかったと後悔した」な

ど7コードからなる〈CJDと早く診断してもらえなかったことで生じた後悔〉の4サブカテゴリーから抽出された。

(2) 【病状の進行を止められないことで生じる苦痛】

このカテゴリーは、CJDは病状の進行を止められない病気だと知らされることが家族が感じる困難を表していた。「元気だったので、治療法がない病気だと言われて信じられなかった」など2コードからなる〈CJDが治療方法のない病気と告知されたことに対する動揺〉、「この病気は治らない病気だと面会者に伝えなければならず、つらかった」など2コードからなる〈面会者に急速に進行する不治の病であると伝えなければならぬつらさ〉の2サブカテゴリーから抽出された。

(3) 【病状の進行を止められないことで生じる諦め】

このカテゴリーは、CJDは病状の進行を止められない病気だと受け止めた家族の困難を表していた。「治療法がない病気だと告知されたときは、諦めの状態だった」など2コードからなる〈CJDが治療方法のない病気ということへの諦め〉、「耳が聴こえない、話ができない、目が見えない状態に諦めの気持ちをもった」など4コードからなる〈CJDの進行によって意思疎通困難になった患者に対する諦め〉、「転院する前に、葬式の準備を行った」など2コードからなる〈転院する際に起きる可能性のある急変に対する覚悟〉、「医師に生かしてもらっていると思った」という1コードからなる〈医師に生かされているという思い〉の4サブカテゴリーから抽出された。

(4) 【CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑】

このカテゴリーは、CJDと確定診断がついたことで、治療法がないために、退院を迫られる家族が感じる困難を表していた。「治療法がないうえ、いつまで生き続けるかわからないという理由で退院を迫られて困った」など3コードからなる〈CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑〉の1サブカテゴリーから抽出された。

(5) 【CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ】

このカテゴリーは、CJD確定後、さまざまな理由で入院を断られ続けた家族が感じる困難を表していた。「転院先を探すなかで、治療法がないという理由で断られてつらかった」など5コードからなる〈CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ〉の1サブカテゴリーから抽出された。

(6) 【CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服】

このカテゴリーは、CJD確定後に、転院先候補として紹介された病院に対して家族が感じる困難を表していた。「転院先候補の施設に見学に行った際に、死後の処置について説明されたことが嫌だった」など4コードからなる〈CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服〉の1サブカテゴリーから抽出された。

(7) 【CJD確定前後に生じる病院探しの大変さ】

このカテゴリーは、CJDの確定診断を得るための病院探し、およびCJD確定後の転院先探しにおいて家族が生じる困難を表していた。「セカンドオピニオンが聞ける病院や研究施設を探すことが大変だった」など4コードからなる〈CJDと確定診断を得るために、専門医や研究機関を探す大変さ〉、「CJD患者は受け入れられないと、探す病院すべてに断られて困った」など7コードからなる〈CJD確定後、転院先の病院が見つからず、探し続けた大変さ〉の2サブカテゴリーから抽出された。

(8) 【感染源の伝播のおそれをもたらす苦悩】

このカテゴリーは、CJDが異常プリオン蛋白による特殊な感染症であり、株によって感染性が異なるという複雑性のために経験する家族の困難を表していた。「痙攣発作が激しくなると、二次感染が怖いので、病院より医療行為をしたくないと伝えられて困った」など2コードからなる〈医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による困惑〉、「点滴をしてもらえないため、家族が水分を飲ませるのに必死にならなければならぬ大変だった」という1コードからなる〈医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による苦労〉、「二次感染が怖いので、医療行為ができる病院を探してほしいと言われて困った」など2コードからなる〈医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を勧められたことに対する困惑〉、「看護師へ血液感染したら困るので、長期入院はむずかしいと言われて嫌な思いをした」など2コードからなる〈医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を勧められたことに対する嫌悪感〉、「看護師など治療する人に感染させる可能性があるのではないかと心配だった」という1コードからなる〈医療者へ感染させるのではないかと心配〉、「感染症というだけで完全防備され、疎外感を感じた」など5コードからなる〈感染症として過度な対策をとることに対する疎外感〉、「患者の兄弟は高齢であり、亡くなったり、病気のために病歴や海外渡航歴などを確認できず、困った」など2コードからなる〈CJD患者の病歴や海外渡航歴の確認のむずかしさ〉、「CJDが感染症に分類されることがおかしいと思った」という1コードからなる〈CJDが感染症に分類されることへの疑問〉、「感染する病気だと広まって、うつったかもしれないと変にパニック状態になると嫌だと思った」など3コードからなる〈感染症だと伝えることで生じる事態への不安〉、「血液感染だけだと思って接していたが、どこまでどんなふううつるか気にはなった」など3コードからなる〈CJDが血液感染すると説明されたことによる不安〉の10サブカテゴリーから抽出された。

(9) 【医療者のCJDに対する理解不十分によって生じる不安】

このカテゴリーは、CJDを十分理解していない医療者の対応を通して家族が感じる困難を表していた。「娘や孫に遺伝するプリオン病かどうかという不安がある」という1コードからなる〈遺伝性CJDを否定する医療者からの説明不足で生じた不安〉、「病院側がCJDを診ることが初めてだったため、右往左往しているのを見て不安だった」など2コードからなる〈CJDに疎い医療者に対する不安〉の2サブカテゴリーから抽出された。

(10) 【CJD患者に対する医療者の対応への不服】

このカテゴリーは、CJD患者に対する医療者の対応において家族が感じる困難を表していた。「手が震えたり、激しく胸を打つ症状を暴れていると言われ、心外だった」など3コードからなる〈症状に対する医療者側との認識の違いから生じる不満〉、「最後は気がふれた人のような扱いをされ腹が立った」など6コードからなる〈CJD患者への治療や対応への怒り〉、「医療機関のプリオン病患者に対する拒絶反応に悩まされた」など3コードからなる〈CJD患者に対する医療者の対応への不満〉、「脳の機能障害ではないかと医師にずっと言い続けてきたが、聞き入れてもらえず、つらかった」など2コードからなる〈医師に病状の見解を聞き入れてもらえないつらさ〉、「医師があまり来ないため、諦めてときおり家族から医師に状態を聞きに行った」など2コードからなる〈医師がCJD患者を回診しないことへの不満〉、「初めは見当違いな治療をされて、不信感をもった」という1コードからなる〈見当違いな治療に対する不信感〉の6サブカテゴリーから抽出された。

(11) 【病状の変化を受け止めるつらさ】

このカテゴリーは、CJD患者を傍らで看病する家族が感じる困難を表していた。「患者は体の異変に気づきながらも、家族に伝えづらかったのではないかと考えた」という1コードからなる〈症状に早く気づけなかったことを思い続けるつらさ〉、「入院してから1日1日が早く、あっという間にわからなくなった」など5コードからなる〈急激な病状の進行に対する戸惑い〉、「進行が速くて、話せなくなるのがつらかった」など4コードからなる〈CJDの症状を目の当たりにしたときに生じるつらさ〉、「吸引時、嫌がっていたのがつらかった」という1コードからなる〈治療を目の当たりにしたときに生じるつらさ〉、「痙攣が起きて拘束しないとイケないと医師より説明され、かわいそうだった」など2コードからなる〈CJDの症状に対する治療の選択において生じるつらさ〉の5サブカテゴリーから抽出された。

(12) 【理解を得るための説明しがたい病気によって生じる苦痛】

このカテゴリーは、CJDという病気を説明する際に、家族が感じる困難を表していた。「病名を伝えていない面会者が、患者を見て落胆する姿を気の毒だと思った」という1コードからなる〈病名を伝えていない面会者に対する申し訳なさ〉、「病気のことを他の家族に伝えてもよくなるわけではないので、伝えるのは無駄だと思った」という1コードからなる〈CJDという病気に対する理解を得ることへの諦め〉、「病気のことを誰にも理解されないとつらかった」という1コードからなる〈CJDという病気に対する理解が得られないつらさ〉の3サブカテゴリーから抽出された。

(13) 【時間的猶予が与えられない新たな役割の負担】

このカテゴリーは、患者がCJDを発症したために、患者の担っていた役割を家族が代役することで生じる困難を表していた。「急に話すことができなくなってしまったので、患者がいままでしてきたことを聞くことができなくて困った」など6コードからなる〈急に訪れる意思疎通困難な状態により、役割移譲ができずに生じる日常生活を送るうえでの不都合〉、「限られた日数のなかで、患者の家や店の後片づけが大変だった」という1コードからなる〈CJD患者が生存する限られた期間で行う患者の身辺整理の大変さ〉の2サブカテゴリーから抽出された。

### Ⅲ. 考 察

「プリオン病の一種であるクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)は、約100万人に1人という発症率である」と「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究」班は述べている(2014, p. 3)。本研究においては、確定診断を得るまでに、約1か月から約1年10か月という時間を【CJDの診断に至るまでの混沌により生じた否定的な思い】に苛まれ、〈状況と反する診断や治療に対する戸惑い〉〈症状と一致しない診断に対する不信感〉をもちながら看病を続けていた。このようなまれな疾患を、すぐにCJDと疑うことができ、異常プリオン蛋白の検査を行ったとしても、結果を得られるまでに約1か月以上要すことや、急性進行性認知症を判断するにも、一定の観察期間が必要なため、確定診断には時間を要したものと考えられる。しかし、CJD患者の家族のなかには、確定診断がつくことで〈CJDを疑うことなくつけられた診断が誤りだったことに対する不満〉や、〈CJDと早く診断してもらえなかったことで生じた後悔〉を抱えていることが明らかとなった。これは、CJD診断のむずかしさや検査に要する時間なども含めたインフォームド・コンセントが不十分であったことが

考えられる。一方、CJDと確定診断がつき、医師からは治療法がないと宣告されると、家族は〈CJDが治療方法のない病気と告知されたことに対する動揺〉を覚え、〈面会者に急速に進行する不治の病であると伝えなければならないつらさ〉を持ち合わせるといふ【病状の進行を止められないことで生じる苦痛】を経験していたと考えられる。これらの結果は、田村（2010, p.217）の研究成果と同様であった。

こうした診断経過を経た後には、〈CJDが治療方法のない病気ということへの諦め〉や、症状として〈CJDの進行によって意思疎通困難になった患者に対する諦め〉、治療法がないなかで〈医師に生かされているという思い〉を抱くことはあり得ることと考えられる。ただ、〈転院する際に起きる可能性のある急変に対する覚悟〉をせざるを得ない場面では、病院施設側の都合で転院を勧めていることから、家族の心情への配慮が必要である。【病状の進行を止められないことで生じる諦め】をもってはいても、診断確定とともに転院を勧められるということは、それまで医療者と築き上げてきた関係性が崩れやすく、より家族を危機状態に陥らせる可能性がある。さらに、病院施設側の都合で【CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑】させたにもかかわらず、転院を受け入れる側からは、満床やCJDという病気などを理由に転院を断られ続けたため、【CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ】までも経験させている。現状の医療制度の問題に加え、いまだに、転院先候補の病院の理解や確保が不十分であるということが、CJD患者の入院を受け入れられがたい状況にさせており、家族には【CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服】を感じさせてしまったと考えられる。そのため、継続的な医療や看護の保障ができるよう尽力する必要がある。以上のことから、〈CJDと確定診断を得るために、専門医や研究機関を探す大変さ〉だけでなく、〈CJD確定後、転院先の病院が見つからず、探し続けた大変さ〉という【CJD確定前後に生じる病院探しの大変さ】を、家族は経験していたことが明らかとなった。このような結果が背景となり、田村（2010）の研究で述べられている「診断をした病院でできれば最期まで入院させてほしいが、無理であればその後も情報を共有するなど力になってほしい」「CJD患者家族が受け入れ病院を増やしてほしいという要望」（p.217）へとつながったと考えられる。

また、家族は【感染源の伝播の恐れがもたらす苦悩】を抱えていた。そのなかには〈医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による困惑〉〈医療者への血液感染のリスクを理由とした治療拒否による苦労〉〈医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を勧められたことに対する困惑〉〈医療者への血液感染のリスクを理由に、転院を

勧められたことに対する嫌悪感〉を経験するという事態が生じていた。本研究のすべての調査対象者は、血液に感染性を有しないとされている孤発性CJDであるが、感染の有無にかかわらず、医療者が感染リスクを理由に補液などの治療さえも拒否するといったことはあってはならないことである。また、十数年前は、個室隔離や過剰な防護具の使用実態などが確認されているが（松本ら、2002, p.655；三島ら、2002, pp.661-663；渡辺ら、2002, pp.643-644）、本研究のなかでも、過剰な感染対策が行われていることが示唆された。このような医療者側の対応が、家族に〈医療者へ感染させるのではないかという心配〉を無駄に抱かせる要因になったと考える。CJD患者の家族からは、「病院全体が病気に対しての理解を深め、過剰な感染予防などで家族の身体的・精神的負担を増やさないで取り組んでほしいという声がある」（p.217）。実際に家族は、〈感染症として過度な対策をとることに対する疎外感〉を感じていることから、適切な情報収集と一層の職員教育に尽力することが望まれる。そのためには、CJDに関するマニュアルやガイドラインが名称を変えて何度か改訂を重ねていることを周知し、医療者はそれに対応していくことが求められている。

CJDは、発症から診断がつくまでの間に、意思疎通困難になることも少なくないため〈CJD患者の病歴や海外渡航歴の確認のむずかしさ〉が生じると考えられる。また、本人から情報提供が得られたケースを含め、想起できる範囲で情報提供をしてもらおうが、本研究の調査対象者はすべて孤発性CJDであり、原因が特定できていない。そのため、感染症に対する偏見が古くから少なからず存在している（成田、2010；山路・田口・櫻井、2009）ことを踏まえれば、原因が定かではないのに、感染症だと認めたくないという気持ちもあるのではないかと考える。そして、微生物にも含まれないプリオン蛋白による〈CJDが感染症に分類されることへの疑問〉を家族がもつことも理解できる。また、CJDの発症年齢世代の人々に病気のことを伝えるとなれば〈感染症だと伝えることで生じる事態への不安〉を抱くのは容易に想像ができる。面会者が患者にどう接するのか、誤解や偏見を受けるのではないかと家族は第三者に伝える困難を感じている。そのため、第三者に伝える際には、家族の心情に配慮した、より慎重な対応が強えられることから、田村（2007, pp.1450-1452；2010, pp.215-216）が述べるように、日ごろからの家族とのコミュニケーションの促進は必要だと考える。そして、インフォームド・コンセントにおいては、まれな疾患であり、マニュアルやガイドラインが名称を変えて不定期に改訂されるため、最新で正確な情報提供に加え、納得できる説明が求められている。医療者が適切な情報を取捨選択し

なかったことで、本研究では、孤発性CJD患者の家族が〈CJDが血液感染すると説明されたことによる不安〉を無駄に抱いてしまったことや、〈遺伝性CJDを否定する医療者からの説明の不足で生じた不安〉を抱えていた。混乱している〈CJDに疎い医療者に対する不安〉を感じるのは当然のことであり、【医療者のCJDに対する理解不十分によって生じる不安】は医療者の努力でなくさなければならぬ。「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究」班（2014）によると、「遺伝性CJDのなかには、家族内に発症者はほとんどなく、孤発性CJDとして発症するものがある」（p.18）とし、CJDの分類は非常に複雑である。しかし、CJDはその分類によって、感染経路や臓器などの感染性、遺伝性などが異なってくることから、CJD分類については、医療者の正確な理解と家族への納得のいく説明が求められている。納得のいく説明や治療がされないと、〈症状に対する医療者側との認識の違いから生じる不満〉や〈CJD患者への治療や対応への怒り〉を感じ、必要な対策でさえCJD患者を敬遠しているにとらえられて〈CJD患者に対する医療者の対応への不満〉を生じさせることにもつながる。本研究では、〈医師に病状の見解を聞き入れてもらえないつらさ〉〈医師がCJD患者を回診しないことへの不満〉〈見当違いな治療に対する不信感〉といった医師に対する個別の思いが強く現われていた。田村は、「患者家族の状況に対する心理適応が追いついていない状態で、医療者や周囲の人々に対するさまざまな不満が生じると、怒りやいら立ちの反応がより強く現われやすい」（2010, p.216）と述べている。CJDの急速な進行は、【CJD患者に対する医療者の対応への不服】が生じやすい状態であるとも考えられ、慎重で丁寧な対応が求められている。たとえ、適正な医療行為だったとしても、医療者側が家族の心理状態への理解と配慮を怠ることで、不当な扱いを受けたと感じさせる可能性を秘めていることを認識しておかなければならない。また、当然のことではあるが、CJDという理由による人権侵害はあってはならないことである。

患者に対する困難として明らかになったことは、〈症状に早く気づけなかったことを思い続けるつらさ〉を抱えながら、CJDの特徴であるあまりに早い病状の進行に、家族はついていけなくなり、〈急激な病状の進行に対する戸惑い〉を感じていたことである。本研究では、CJDの生存期間は約9か月から約1年10か月と非常に短かった。この間、急速に変わり果てていく患者の〈CJDの症状を目の当たりにしたときに生じるつらさ〉〈治療を目の当たりにしたときに生じるつらさ〉〈CJDの症状に対する治療の選択において生じるつらさ〉を抱えながら、【病状の変化を受け止めるつらさ】に耐えていたことがうかがえる。ま

た、家族は〈病名を伝えていない面会者に対する申し訳なさ〉を感じていた。CJDという説明しがたく、理解の得がたい病気を隠し通そうとする思いが、「序文」で述べた『親族以外には病気を伝えず“こんな状態になってしまって、人には見せられない”と、友人の面会を断っている場面』の真相なのではないかと考えられる。まれな病気で、感染性があり、余命も限られているということが〈CJDという病気に対する理解を得ることへの諦め〉をさせ、一方では〈CJDという病気に対する理解が得られないつらさ〉を抱えるといった悪循環を生じさせていた。【理解を得るための説明しがたい病気によって生じる苦痛】の大きさがうかがえる。こうした状況は、CJD患者の家族、とくにいちばん近くで患者を見守り、さまざまな選択をしていると考えられるキーパーソンが主に担っていることが想定される。そこで、こうした苦痛を抱えていることを理解し、患者のケアに最善を尽くしながらも、家族の健康に常に配慮し、田村（2010）の述べる「CJD患者家族の心理的適応」（pp.213-214）を支えられるような関係づくりをしていく必要があると考えられる。また、とくに家事全般を担っていた妻がCJD患者となる場合には、〈急に訪れる意思疎通困難な状態により、役割移譲ができずに生じる日常生活を送るうえでの不都合〉が生じていた。「患者が経済的な支えになっていた場合は、経済的な困難に直面することもある」と田村も述べている（2010, p.216）。さらに、CJDにおいては、確定診断から死亡までの時間は限られたものとなるため、〈CJD患者が生存する限られた期間で行う患者の身辺整理の大変さ〉を経験し、【時間的猶予が与えられない新たな役割の負担】を感じていたと考えられる。こうした状況が生じることを想定した対応ができるよう、鈴木・渡辺（2006）の述べる「初期の段階で家族成員の健康状況や発達段階、介護者の就業状況を把握し、介護と家庭生活の工夫がどのようになされているのか確認して、問題を抱えている場合には具体的な提案を行っていくことが必要」（p.285）であると考えられる。

本研究によって、CJD患者の家族の療養生活を支えていくためには、心理支援はもちろんのこと、継続的な医療や看護、家族看護の視点からの援助の重要性も明らかとなった。またCJD家族が経験する困難の一部は、医療者の知識不足や不安などから生じた不適切な感染対策、納得のいかないインフォームド・コンセント、不当な扱いを受けたと感じる人権問題など、医療水準が維持できていないことに起因していた。医療者としての基本姿勢を問われることになった今回の結果は重く受け止めねばならず、早急に改善が必要であると考えられる。

#### IV. 結 論

本研究より、クロイツフェルト・ヤコブ病患者の家族が経験した困難は、【CJDの診断に至るまでの混沌により生じた否定的な思い】【病状の進行を止められないことで生じる苦痛】【病状の進行を止められないことで生じる諦め】【CJD確定後に退院を迫られることで生じる困惑】【CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ】【CJD確定後に紹介される転院先候補に対する不服】【CJD確定前後に生じる病院探しの大変さ】【感染源の伝播のおそれがもたらす苦悩】【医療者のCJDに対する理解不十分によって生じる不安】【CJD患者に対する医療者の対応への不服】【病状の変化を受け止めるつらさ】【理解を得るための説明がたい病気によって生じる苦痛】【時間的猶予が与えられない新たな役割の負担】の13カテゴリーが抽出された。CJD患者の家族が経験する困難の一部は、医療者の知識不足や不安などから生じた不適切な感染対策、納得のいかないインフォームド・コンセント、不当な扱いを受けたと感じる

人権問題など、医療水準が維持できていないことに起因していた。

#### V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象者は、心身状態を考慮して、死別後6か月以上経ており、かつ記憶の想起に支障をきたさない、死別後の経過時間ができるだけ短い者を選定した。しかし、まれな病気という性質上、死別後の経過時間にばらつきが生じ、経過時間の長い者では、現状との誤差が生じる可能性がある。また、4名という限られたデータであり、CJD患者の家族の特徴として一般化するのには困難である。

今後の課題として、研究においては、信頼性の確保にあたり症例数を増やしていくことであり、臨床現場においては、適切な情報収集による納得できる説明の重要性や、適切な感染対策の周知徹底、人権への配慮に向けた継続的教育を行い、心理支援に加え、継続的な医療や看護、家族看護を実践に生かしていくことだと考える。

#### 要 旨

**【目的】** クロイツフェルト・ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jakob Disease : CJD) 患者の家族が経験した困難を明らかにした。

**【方法】** CJD患者を看取った経験のある家族を対象に半構成的面接を行い、面接内容はICレコーダで録音した。意味内容の類似性に従ってカテゴリー化した。調査対象病院の倫理委員会の承認を得て、対象者の権利擁護に努めた。

**【結果】** CJD患者の家族が経験した困難として【CJDの診断に至るまでの混沌により生じた否定的な思い】【CJD確定後に生じる転院を拒まれるつらさ】【感染源の伝播のおそれがもたらす苦悩】など13カテゴリーが抽出された。

**【考察】** CJD家族が経験する困難の一部は、医療者の知識不足や不安などから生じた不適切な感染対策、納得のいかないインフォームド・コンセント、不当な扱いを受けたと感じる人権問題など、医療水準が維持できていないことに起因していた。

#### Abstract

**[Objective]** This study aimed to clarify the difficulties encountered by family members of patients with Creutzfeldt-Jakob disease (CJD).

**[Methods]** Semi-structured interviews were conducted for the family members of patients who died of CJD, and their responses were categorized by including similar responses in a single category on the basis of the meaning. The interview was recorded by using an IC-recorder. This study was approved by the ethics committees of the participating hospitals, to protect the rights of the subjects.

**[Results]** We extracted 13 categories of difficulties encountered by family members of patients with CJD, including “a negative feeling created by confusion and uncertainty in the period preceded the time of diagnosis with CJD”, “emotional distress caused when a request for hospital admission was declined by other hospitals after a definitive diagnosis of CJD”, and “mental agony due to the fear of becoming a source of infection”.

**[Discussion]** Some difficulties faced by family members of patients with CJD were attributed to the failure to maintain medical standards, such as using inappropriate infection control measures owing to lack of knowledge or anxiety among medical staff, obtaining forced informed consent, and violating patients’ fundamental human rights during treatment.

文 献

- 石内智子, 三浦淳美, 大村素子, 廣瀬正江 (2002). クロイツフェルト・ヤコブ病患者の看護. 医療, 56(11), 658-660.
- 樺澤美穂, 吉野 英, 湯浅龍彦 (2002). クロイツフェルト・ヤコブ病患者の在宅看護の実際と問題点. 医療, 56(11), 668-670.
- 岸田日帯, 鈴木ゆめ, 黒岩義之 (2008). 非侵襲的医療行為, 看護及びケア. 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究」班 (編). プリオン病感染予防ガイドライン (2008年度版). p.7. [http://prion.umin.jp/guideline/cjd\\_2008all.pdf](http://prion.umin.jp/guideline/cjd_2008all.pdf)
- 松本貞江, 北山ひろみ, 鎌田 皇 (2002). クロイツフェルト・ヤコブ病患者 3 症例の経験—感染防止対策と看護の変遷を振り返る—. 医療, 56(11), 654-657.
- 三島潤子, 上妻美由紀, 今村重洋 (2002). 看護面からみたクロイツフェルト・ヤコブ病の長期入院の管理とケア: 国立療養所再春荘病院 4 例の検討. 医療, 56(11), 661-663.
- 成田 稔 (2010). 癩, ハンセン病をめぐる偏見と差別. 国立ハンセン病資料館研究紀要, 1, 1-10.
- 「プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究」班 (2014). プリオン病診療ガイドライン2014. [http://prion.umin.jp/guideline/guideline\\_2014.pdf](http://prion.umin.jp/guideline/guideline_2014.pdf)
- 篠田耕造, 川上智子, 桜井美奈子 (2003). クロイツフェルト・ヤコブ病の夫を持つ妻への看護援助を通して—フィンクスの危機モデルをもとに—. *BRAIN NURSING*, 19(2), 197-202.
- 鈴木和子, 渡辺裕子 (2006). 家族看護学—理論と実践 (第3版). 284-295, 東京: 日本看護協会出版会.
- 田村智英子 (2007). 患者・家族などへのカウンセリング. 日本臨牀, 65(8), 1447-1453.
- 田村智英子 (2010). 患者・家族に対する心理社会的支援. プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究班 (編), プリオン病と遅発性ウイルス感染症. 213-219, 東京: 金原出版.
- 渡辺八重子, 岩瀬ヒデ子, 乾 俊夫 (2002). クロイツフェルト・ヤコブ病患者の看護問題と対策. 医療, 56(11), 642-645.
- 山路由実子, 田口 修, 櫻井しのぶ (2009). 結核患者の発症時の心理に関する研究—病気に対する認識と発症時の思いについて. 三重県立看護大紀要, 13(13), 7-18.
- 湯浅龍彦 (2002). これからのクロイツフェルト・ヤコブ病の看護とケア—. 医療, 56(11), 637-638.

〔平成27年11月26日受 付〕  
〔平成28年 4月24日採用決定〕

一般社団法人  
**日本 看護  
 研究 学会**  
**会報**

第 103 号

(平成28年12月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第43回学術集会開催のご挨拶……………	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第3回理事会 議事録 ……	3
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度会員総会 議事録 ……	7

## 第43回学術集会開催のご挨拶

(社) 日本看護研究学会 第43回学術集会

会 長 山 口 桂 子

(日本福祉大学 看護学部)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、(社)日本看護研究学会第43回学術集会を2017年8月29日(火)～30日(水)の2日間にわたり、東海市芸術劇場と日本福祉大学東海キャンパスにおいて開催させていただきます。

本学術集会では、メインテーマを「-原点回帰- 求められる看護研究の成果と教育への還元」とし、これまでの看護学研究成果がもたらした確かな知識の積み重ねを振り返りつつも、今まさに看護の力が問われる社会状況にあって、これからの看護学研究成果には何が求められ、いかに次世代教育を通して社会に貢献していけるのかを探っていきたくと考えております。

当日のプログラムがほぼ確定いたしましたので、簡単にご紹介をさせていただきます。

まず、特別講演として、内田樹先生(神戸女学院大学名誉教授)の「生きる力を高めるために」、さらには、本学会名誉会員 田島桂子先生の特別教育講演「看護学教育に還元できる研究成果-背景に求められるもの」、また、秋元典子先生(岡山大学 教授)、宇佐美しおり先生(熊本大学 教授)の教育講演、牧本清子先生(大阪大学 教授)の研究方法セミナーなど、本学会を代表する先生方のご講演を予定しております。

シンポジウムでは、看護学研究成果に焦点をあて、看護実践や看護教育を通してどのように社会へ提言していくかを探る一方、本学会が発足当初からキーワードとして掲げてきた“学際性”の視点から、看護実践を支えるエビデンスとなる知識を提供してくれる学問分野との連携について再考してまいります。

また、愛知県での初めての開催を記念して、徳川美術館学芸部 部長 四辻秀紀先生による“徳川家”

ゆかりの特別記念講演も企画しております。

その他にも、市民の皆様にご参加いただける市民フォーラム「江戸・明治時代から息づくモノづくり・健康づくり ～愛知の食文化と健康～」や、看護職を目指す高校生を対象とした、ナーシング・サイエンスカフェなど、さまざまな参加者の方々にも興味を持っていただけるような企画を準備いたしました。

すでに演題登録も始まり、本番も迫ってまいりましたが、会員の皆様には、他の研究者の研究や知見に触れるだけでなく、この1年間の研究の成果を積極的にご発表いただき、次につながる研鑽の場にしていただきたいと思っております。

参加者の皆様にとって、有意義な2日間となりますように、万全の準備を重ねてまいりたいと思っております。お一人でも多くの皆さまの御参加を、心よりお待ちしております。

敬白

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第3回理事会 議事録

日 時：平成28年8月19日（金） 16：10～18：00

会 場：つくば国際会議場 405A

出 席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，岩本幹子，石井範子，荒木田美香子，法橋尚宏，中西純子，前田ひとみ，山口桂子，塩飽仁，吉沢豊予子，神田清子，安藤詳子，佐藤政枝（以上，理事15名），松田たみ子（監事1名）

欠 席：青山ヒフミ，村嶋幸代，良村貞子，吉田澄恵，任和子，山勢博彰，宇佐美しおり（以上，理事7名），渡邊順子（監事1名）

陪 席：海老根潤，竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 川口孝泰

書 記：佐藤政枝

### 配布資料：

1. 会員動向報告
  2. 編集委員会資料（2016年8月19日）
  3. 平成28年度大規模災害支援事業実施要領
  4. 平成28年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会壇上席次表
  5. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）
  6. 平成28年度第2回理事会議事録（案），新・旧理事会議事録（案）
  7. 一般社団法人日本看護研究学会平成28年度定時社員総会議事録
- 番号なし 平成28年度一般社団法人日本看護研究学会会員総会議事事項

### 川口孝泰理事長挨拶

川口理事長より，一般社団法人日本看護研究学会定款第22条に基づき，過半数15名の理事の出席によって本理事会が成立することが確認され，議事が開始となった。

### 1. 報告事項

#### 1) 会員数の動向（資料1）

総務担当・本田副理事長より，資料に基づき，会員数の動向および会費納入状況について報告があった。会員総数は6,435名（2016年8月18日現在），2016年度の新入会員数は358名，入会待機数は80名，退会者数は15名で，4月1日時点よりも総数は増員していることが報告された。また，1977年4月（141名）から2016年4月（6,259名）まで過去40年間の会員数の動向が一覧表により報告された。

#### 2) 委員会報告

##### (1) 編集委員会（資料2）

委員長・法橋理事より，資料に基づき，掲載論文は既に39巻5号まで決定済みであるが，39巻3号（学術集会号）を除く，39巻1号，39巻2号，39巻4号が制作中であり，39巻1号は2ヶ月以内

に、39巻2号は3ヶ月以内にそれぞれ発行予定であること、会員への発行遅延の周知については、学会ホームページにてお詫びの文書を掲載している旨が報告された。2016年の論文投稿数は60本（8月15日現在）で、昨年度よりも減少傾向であるとの報告があった。

#### (2) 奨学会委員会

委員長・石井理事より、平成28年度の奨学会研究助成は、4名の応募者からの選考の結果、西田千夏氏「発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・洞察体験の構造」に授与されることが決定し、明日の会員総会後に授与式が行われること、奨学金額は50万円であることが報告された。また、平成26年度および平成27年度の奨学会研究については、2演題共に成果発表が明日行われるとの報告があった。平成29年度の研究助成については、9月26日から12月16日の期間で、学会ホームページでも会告とともに募集要項を開示して周知されることが報告された。

#### (3) 学会賞・奨励賞委員会

委員長・荒木田理事より、奨励賞の受賞候補となっている2編の論文のうち、1編の共著者1名が2015年度末で依願退会、もう1編の共著者2名が2年間（2014年度・2015年度）の会費未納による資格喪失、となっており、本日の常任理事会で審議した結果、依願退会者については筆頭著者と共に表彰対象とすること、会費未納者については過去2年間の会費を再請求し、支払いが確認された後に、表彰対象として改めて確定することで合意されたとの報告があった。

今後の手順の見直しとして、受賞候補となった論文の全著者について、審査年度の会費の納入状況を確認することが報告された。さらに、学会賞と奨励賞の区別が曖昧であり、それぞれの位置づけについて再検討することが今年度の課題として報告された。

#### (4) 将来構想検討委員会

委員長・川口理事長より、本日、第1回委員会を開催し、未だ決定事項はないが学会の将来に関する多くの重要な課題を確認したこと、さらに、今後は各委員会でも本学会が向かうべき新たな目標・方向性を議論していただき、それぞれの意見を得ていきたいので、常任理事の皆様にはご協力いただきたいとの報告があった。

#### (5) 研究倫理委員会

委員長・青山理事に代行して川口理事長より、倫理審査の依頼が1件あったが、依頼人の所属機関が審査委員会を有しており、対象外であったことが報告された。さらに、会員が所属する医療機関の倫理委員長（病院長）より、看護研究のガイドラインについての問い合わせがあり、一般的な倫理指針をもとに実施している旨を返答したとの報告があった。

#### (6) 国際活動推進委員会

委員長・前田理事より、昨年度から継続的に取り組んでいる国際活動推進事業として、第42回学術集会2日目に国際活動推進委員会企画の特別交流集会「質的研究のシステマティックレビューの国際的動向（今野理恵氏）」を開催することが報告された。イヤーブックについては、2016年度の投稿はゼロである旨が報告された。

#### (7) 大規模災害支援事業委員会（資料3）

委員長・中西理事より、理事によるメール審議での承認を経て、8月5日付で学会HP上にて支援事業の案内と寄附の依頼に関する周知を開始したことが報告された。寄附については、先行する書面での周知により1ヶ月程度で52万円が集まっており、昨年度寄附（繰越分）59.5万円、今年度

予算300万円とあわせ総額411万5千円であることが報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

担当・塩飽理事より、学会ホームページの更新内容として、平成27年度の貸借対照表内訳表および正味財産増減計算書内訳表の公告、新理事長の挨拶文と写真の掲載、大規模災害支援事業ページの更新とバナーおよびリンクの設置を行った旨が報告された。

(9) 看保連ワーキング

委員長の山口理事より、過去3年間の実績を踏まえ、前年度までの委員の泊会員、叶谷会員と共に継続的に進めており、第42回学術集会2日目に学会特別企画「診療報酬を獲得できるエビデンスを積み重ねる－重症心身障害児の在宅生活を支える訪問看護事業－」を企画し、これまでの研究成果を報告する予定であることが報告された。

また、泊会員が取り組んでいる診療報酬を獲得できるエビデンスをつくる研究「障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業」に対し、看保連から約50万円の研究助成が得られることになった旨の報告があった。

3) 関連会議

① 日本看護系学会協議会

担当・宮腰副理事長より、6月29日（水）に第28回社員総会に参加し、主な議題として災害看護支援事業に関する規程が示され、決定事項として、既に本学会理事にはメール配信済みであることが報告された。また、平成29年度に役員選挙が予定されており、その話し合いがなされたこと、日本医療研究開発機構（AMED）の関根小乃枝氏より研究助成への応募に関する依頼があった旨が報告された。

② 看護系学会等社会保険連合

担当・山口理事より、9月15日（木）開催の「第1回診療報酬のあり方検討委員会・介護報酬のあり方検討委員会合同会議」では、平成30年度の診療報酬・介護報酬改定に向けた要望書の検討があり、泊会員が出席予定であることが報告された。9月29日（木）開催の第6回情報交換会にて、迫井正深氏（厚生労働省）による講演「医療と介護をつなぐ看護への期待」が予定されており、学会ホームページ等を活用して広く周知する予定であることが報告された。

③ 日本学術会議

担当・川口理事長より、去る7月23日（土）に看護学分会主催の公開シンポジウム「ケアサイエンスとは何か、その必要性を議論する」が開催された旨の報告があった。また、「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」が各分野で検討されており、看護学分会でも「看護学教育課程編成上の参照基準内容」を検討し、報告書を作成中であること、さらに、新たな取り組みとして「地方創生に関わる看護の役割」の検討を始めており、日本学術会議では、上記3つを柱に役割分担を決めて進めていることが報告された。

4) 第42回学術集会について

第42回学術集会長・川口理事長より、今年度は主要な2つの看護系学会（日本看護学教育学会、日本看護管理学会）の学術集会と重複しており、現状として参加者数を少なく見積もらざるを得ない状況であることが報告された。今後の学術集会のあり方を再考する時期がきており、本学会の特色や他学会との差別化・役割分担等についても検討が必要であることが共有された。

## 5) 第43回学術集会について (チラシ)

第43回学術集会長・山口理事より、チラシをもとに、次年度の学術集会が、8月29日(火)、30日(水)の平日に、愛知県東海市(東海市芸術劇場、日本福祉大学東海キャンパス)で開催されるとの報告があった。本学術集会における一番のメッセージは、学術集会のテーマ「原点回帰」であり、日本看護研究学会の発足の経緯や目的、今後の学会のありようを見直す機会としたいと説明された。

## 6) 会員総会について (会員総会議事事項, 資料4)

第42回学術集会長・川口理事長より、定款(第7章 社員総会 第29条(会員総会) 3.)上、社員総会の議長は、学術集会長(川口理事長)が務めることになっており、本総会の報告事項、審議事項の提案は、本田副理事長に委ねられることが報告された。

会員総会の出席予定者が99名、委任状提出者が1,803名と、定足数を満たしており、議事開催が成立する予定であること、他会場のスケジュール等を考慮し、総会の開始時間を10分遅らせて12時10分とすることが報告された。議事の進行および分担が確認され、書記は、杉浦評議員、東評議員の2名に依頼し承諾を得ていることが報告された。

## 2. 審議事項

## 1) 研究倫理委員会委員の追加について

委員長・青山理事に代行して川口理事長より、現行3名の委員に1名を追加することが提案され、新たな委員として勝山貴美子先生(横浜市立大学)が承認された。

## 2) ホームページの英文化について

委員長・前田理事より、学会ホームページについて、「理事長挨拶」「概要・沿革」の2ページ(400字×9.5枚:見積額102,600円)の英文化が提案され、異議なく承認された。概要、理事長挨拶については、英文化の前に再度の原稿(日本語文)の見直しを行うこと、ホームページの構成についても担当の塩飽理事を含めて今後検討されることが決定された。

## 3) 大規模災害支援事業について (資料3)

委員長・中西理事より、資料に基づき、平成28年度大規模災害支援事業実施要領について、支援対象の範囲の拡大を視野に入れた内容の検討が提案された。平成27年度の変更点としては、看護学生に加え、本学会員(看護学研究者)が新たな対象とされたが、結果として研究者からの申請はゼロであった旨が報告された。今回の審議では、被災内容を「自宅の損壊や収入が途絶えた場合」から、「研究機器の破損」等にまで拡大することが中心に議論され、結論として、実施要領は変更せず、今後の応募状況について様子を見ること、また、継続審議とすることが決定された。

大規模災害支援事業の考え方として、直近の災害のみならず、将来的に発生するであろう災害への支援も考慮し、広い視野での方針を決定すること、さらには、看護系学会協議会との差別化や本学会の役割についても明確にすることの必要性が確認された。

## 4) その他

## ① 入会申込理事会承認 (資料5:回収資料)

資料をもとに、入会申込者の一覧が確認され、承認された。

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度会員総会 議事録

日 時：平成28年8月20日（土） 12：00～13：00

会 場：つくば国際会議場 2階大ホール（第1会場）

### 理事長挨拶

会員総会をはじめに当たり、今期から理事長となった川口孝泰理事長より挨拶が行われた。

また、定款（第7章 第29条（会員総会）3項）において、会員総会の議長は、その年度の学術集会長が当たるとなっているため、定款の規定を優先し、会員総会の議長として役割を務めること。議事進行として、報告事項等、内務に関しては、理事長に代わり、副理事長本田彰子先生が進める旨の説明がなされた。

議 長：定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）3.議長は学術集会長が当たる。第42回学術集会長は、川口孝泰。

### 書記の任命

引き続き、評議員から2名の書記の推薦・任命が行われた。

東サトエ 評議員

杉浦太一 評議員

### 総会成立の確認

定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）4.会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。に基づき、会員総会成立の確認がなされた。

会員総数 6,435名（8/18現在）

欠席委任状 1,803名（8/18現在）

当日出席者 65名

出席者と欠席委任状の総数は1,868名で、会員の10分の1以上の出席（欠席委任状含む）があった。

### 議事事項

#### 報告事項

#### 1. 会員数の動向について

本田彰子副理事長より、平成28年8月18日現在、一般会員6,256名、評議員165名、名誉会員14名で、総数6,435名であること、平成28年度会費納入率：79.04%であるとの報告があった。

#### 2. 平成27年度事業報告

本田彰子副理事長より、資料2頁に基づき事業報告があった。

### 3. 平成27年度決算報告

#### 1) 会計報告

岩本幹子会計担当理事より、資料3～26頁について会計報告があった。支払助成金は地方会の役員選挙の補助費として、前年度の予算額より多く決算がなされていること。また、学術集会事業繰出金が予算を大きく上回り、2,523,698円の支出となっているのは、第41回の学術集会の赤字補填のために、予算よりも多く支出されたことによるとの説明があった。

#### 2) 監査報告

松田たみ子監事より、資料27頁について監査報告があった。監査意見として、会費収入については、納入率が向上するとともに、過年度の未納会費の回収も進んでおり、学会会費の収支状況は良好であり、学会資産（一般会計の黒字額、一般正味財産期末残高）について、本学会の将来構想として有効活用の検討を期待する旨が報告された。

資料28頁にある税理士の金子和寛氏による会計調査報告書が渡邊順子監事の代読にて報告された。

### 4. 第4回評議員・役員選挙（平成27年）について

本田彰子副理事長より、平成27年11月に投票期間を設け開票を12月初旬に行なった結果、75～76頁に掲載した73名の新評議員が選出されたとの報告がなされた。

また、1月に役員の選挙を行い、資料72頁に新役員（理事・監事）を掲載しているとの報告があった。

### 5. 規程等の改正について

本田彰子副理事長より、資料49頁の学会賞、奨励賞規定について、第5条（受賞の資格）の詳細について改訂がなされたこと、雑誌投稿規定について、資料64頁の12.著作権の項において、引用・転載の手続きの詳細について改定を行なったことの報告があった。

### 6. 平成28年度事業計画について

本田彰子副理事長より、資料29頁について事業計画の報告があった。

### 7. 平成28年度予算について

岩本幹子会計担当理事より、予算報告があった。事業活動支出では、会議費・運営費の支出が平成27年度の決算に比較して減っているが、これはジャーナルの電子化の初期投資が完了したことによるとの説明があった。

### 8. 奨学会研究助成について（平成28年度）

奨学会委員会委員長 石井範子理事より、平成28年度奨学研究候補者として、西田千夏氏が選考された。研究課題「発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・洞察体験の構造」であり、奨学金額は50万円と報告された。

## 9. 学会賞・奨励賞選考について（平成27年度）

学会賞・奨励賞委員会委員長欠席のため、委員の石井範子理事より報告があった。

1) 平成27年度学会賞について：該当者なし

2) 平成27年度奨励賞について：山田隆子氏 熊谷理恵氏、日比野友子氏の3名が選考された。

## 10. 第42回学術集会について

川口孝泰学術集会会長より、予定通り順調に進んでいるとの報告があった。

## 11. 第43回学術集会について

本田彰子副理事長より、以下の報告があった。

1) 第43回学術集会は、日本福祉大学の山口桂子先生が愛知県で開催する。

2) 第44回学術集会は、熊本大学の前田ひとみ先生が熊本県で開催の予定である。

## 12. その他

## ・日本学術会議について

川口孝泰理事長より、日本学術会議のミッションと事業について報告があった。

## ・日本看護系学会協議会の活動について

宮腰由紀子副理事長より、平成28年度の社員総会について報告があった。

## ・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について

宮腰由紀子副理事長より、「重症心身障がい児の在宅支援を支える訪問看護事業」について看保連から助成を受け、継続しているとの報告があった。

## ・地方会の活動について

本田彰子副理事長より、地方会活動については、地方会会則に則り、所属の地方会において、地方会選挙が行われ、学術集会等も活発に行なわれている。各地方会では会員に案内や報告がなされている通りであるとの報告があった。

**審議事項**

## 1. 第45回（平成31年度）学術集会会長について

本田彰子副理事長より、第45回（平成31年度）学術集会会長について、理事会で推薦された大阪医科大学の泊裕子氏が報告され、審議の結果、学術集会会長として承認された。

## 2. 名誉会員の承認

本田彰子副理事長より、定款に則り（定款 第3章 第6条 3）による）理事会により名誉会員として推薦され、社員総会の議を経て推薦された帝京科学大学の泉キヨ子氏が報告され、審議の結果、名誉会員として承認された。

## 3. その他

特になし

以上で会員総会を終了した。

会員総会終了後に以下の事項が行われた。

・ 名誉会員の証授与

川口孝泰理事長より、本学会に対する多大なる貢献を顕彰し、帝京科学大学の泉キヨ子氏に名誉会員の証が授与された。

・ 平成28年度奨学会奨学金授与

川口孝泰理事長より、西田千夏氏に奨学金目録が授与された。

・ 平成27年度奨励賞表彰

川口孝泰理事長より、奨励賞の表彰がされた。

熊谷理恵氏

山田隆子氏 (欠席のため郵送)

日比野友子氏 (欠席のため郵送)

・ 第43回(平成29年度)学術集会会長挨拶

山口桂子氏(日本福祉大学)より、第43回(平成29年度)学術集会について、平成29年8月29日・30日に愛知県東海市で開催することの説明がされた。



会長からの  
メッセージ

## 国際データ週間 (IDW・デンバー)

日本学会連合会長 大西 隆

9月の初めに、国際データ週間 (International Data Week) の一連の会議が“Open Data”をテーマに、1週間以上にわたってデンバー (アメリカ) で開催され、私も参加しました。この会議は、データ関係の国際組織である、CODATA (ICSUのCommittee on Data for Science and Technology)、WDS (同じくICSUのWorld Data System)、そしてRDA (Research Data Alliance) の3団体が、特に、高速インターネットや自動化された検索・分析手法によって大量データを対象とした研究が急速に発達する中で、「ビッグデータからオープンデータへ」という興味深いタイトルで、共同で開催したイベントです。共同といっても、3団体は総会やシンポジウム等、それぞれ独自の催しを持ちながら、共同できるところを共同したのです。共同という点では、中間の1日に、国際データフォーラムという、まさに共同のイベントが開かれました。私は、全体の開会式での挨拶とともに、このフォーラムでの発表を依頼され参加したのです。

もちろん科学データの分野でも日本の研究者は多く、今回の会合にも、元CODATA会長の岩田修一先生 (事業構想大学院大学教授、東京大学名誉教授) や、現CODATA副会長の五條堀孝先生 (国立遺伝学研究所特任教授) をはじめ、相当数の方々が出席していました。日本学会連合会長として私が出席したのは、日本学会連合が3団体の一つである、WDSの国際プログラムオフィス (IPO) を招致し、日本政府の支援を得て、2012年以来、情報通信研究機構 (NICT) 内に設けているからでもあります。

オープンデータは比較的新しい用語です。研究

論文を原則無料で読者に提供することで、論文購読に係る格差 (研究費が不足して論文が読めずに研究の発展に取り残されることによる格差) を防ぐという議論から起こったオープンアクセスやオープンジャーナルといった考えがある程度普及した段階で、そうした研究に使われた科学的データを公開することで、論文の検証に使うことはもちろん、さらにデータを利用して、別な研究へと発展させることを推進しようという考えから生まれた用語です。これらを合わせてオープンサイエンスと呼ぶこともあるようです。

しかし、論文の場合には、著者もできるだけ多数の研究者に読んで欲しいし、読者もできるだけ多数の論文を手にしたということ、両者の思いが一致するのですが、データの場合には、保有者は占有して研究に使いたいと思ったり、皆が使えるようにするためには標準化の手間をかける必要があるといった問題もあります。

また、データの形で公開し、それが研究論文の作成に使われた場合、データ作成者の業績は評価されにくいという問題も現状では存在します。

一方で、ビッグデータと人工知能を組み合わせ、大量のデータを短時間で分析することによって得られる新たな知識の魅力に世界が注目しているので、多様で大量のデータの流通や利用を的確に行う技術や制度を開発して、オープンサイエンス時代の国際競争に後れを取らないようにしようという動きも各国で活発になっています。今回のイベントは、まさにそうした新たな動きの最前線を探るために意味があったといえるでしょう。オープンデータをめぐって、我が国での議論と実践を前に進めることが期待されます。

## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年10月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆202030は可能か

##### —「女性活躍推進法」の実効性を問う

日時 平成28年10月22日(土) 13時00分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「パネルディスカッション」古澤ゆり/行田邦子/  
麓 幸子/四方由美/宮浦千里/河野銀子/  
上野千鶴子/大沢真理

#### ◆歴史総合をめぐって

日時 平成28年10月22日(土) 13時30分～17時30分  
場所 駒澤大学駒沢キャンパス1-204教場  
次第 「暗記中心の歴史教育からの脱却」油井大三郎  
「『歴史総合』の課題をドイツから考える」  
近藤孝弘  
「『歴史総合』のカリキュラム案」西村嘉高

#### ◆専門・認定薬剤師制度の現状と課題

平成28年10月26日(水) 13時00分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「薬学教育の視点から見た生涯教育の課題」  
佐々木昌弘  
「『患者のための薬局ビジョン』から導かれる薬  
剤師の将来像について」森 和彦  
「専門医制度改革と日本専門医機構の設立」  
池田康夫  
「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタ  
ンダードと生涯学習支援システム」山本信夫  
「日本病院薬剤師会の生涯研修と専門・認定薬  
剤師制度について」木平健治  
「日本医療薬学会の専門・認定薬剤師制度と今  
後の展望」佐々木 均  
「薬剤師研修センターの各種認定制度と今後  
の展望」豊島 聡

### 「薬剤師認定制度認証機構の事業と今後の展望」

吉田武美

#### ◆惑星科学の長期展望と将来の探査計画

日時 平成28年10月29日(土) 10時00分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「惑星科学の到達点と長期展望」永原裕子  
「日本の惑星探査ミッションの動向と狙い・将  
来構想・課題」藤本正樹  
「世界の惑星探査の動向における日本の立ち位  
置と戦略」常田佐久  
「MMXのサイエンス・惑星科学における位置  
づけ」倉本 圭  
「MMX計画の内容と進捗状況」今村 剛

#### ◆フューチャー・ソシオロジー：

##### 理論の未来、実証の未来、政策の未来

日時 平成28年10月29日(土) 13時30分～17時00分  
場所 学習院大学目白キャンパス中央教育棟303号室  
次第 「フューチャー・デザイン」西條辰義  
「人工知能と人工社会から未来へ」倉橋節也  
「人と世界をつなぐ：ネットワーク社会の50  
年後の姿」塚本 鋭  
「地域にとって『未来』とは何か」若林幹夫  
「学力格差：今日の公教育の課題とその解決に  
向けて」志水宏吉  
「未来のかぞくと社会」渡邊秀樹  
「多様な未来像からフューチャー・ソシオロ  
ジーへ」今田高俊

#### ◆地域学のこれまでとこれから

日時 平成28年11月3日(木・祝)  
13時00分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「社会実装としての地域学(仮)」岩瀬公一  
「地域学のあり方について(仮)」岡田知弘  
「岐阜大学地域科学部における教育・研究・地  
域連携の20年(仮)」富樫幸一  
「地域学のフレームワークについて(仮)」  
宮町良広

「地域協働学について(仮)」上田健作  
「東日本大震災復興と地域学(仮)」小山良太  
「地域学について(仮)」曾我 亨  
「地域関係学部調査から見えてきたことと期待されること(仮)」三浦健太郎

#### ◆サイエンスアゴラ2016

##### 高校理科教育のありかたについて

日時 平成28年11月5日(土) 14時00分～15時30分  
場所 日本科学未来館  
次第 「高校現場における理科教育の現状と課題(仮)」宮嶋 敏  
「大学初年次における科学力と高大接続(仮)」真貝寿明  
「現代社会を生き抜くために必要な科学(仮)」青野由利  
「文科系にとっての科学の意味(仮)」戸田山和久

#### ◆サイエンスアゴラ2016

##### 人獣共通感染症へのチャレンジ

日時 平成28年11月5日(土) 10時30分～12時00分  
場所 日本科学未来館  
次第 「エマージング感染症との闘い」甲斐知恵子  
「新しい公衆衛生のかたち」小田光康  
「未来を予測する感染症研究」水谷哲也

#### ◆サイエンスアゴラ2016

##### 災害とレジリエンス—平成28年熊本地震災害の教訓

日時 平成28年11月6日(日) 10時30分～12時00分  
場所 日本科学未来館  
次第 「『予測力』の観点から見た平成28年熊本地震：地震動」平田 直  
「予防力の観点から見た平成28年熊本地震：社会基盤」本田利器  
「予防力の観点から見た平成28年熊本地震：宅地住宅被害」五十田 博  
「『対応力』の観点から見た平成28年熊本地震：応急対策」西村博則  
「『対応力』の観点から見た平成28年熊本地震：

生活再建」林 春男  
「防災減災・災害復興に関わる学術連携の重要性」米田雅子

#### ◆乳児を科学的に観る：発達保育実践政策学の展開

日時 平成28年11月6日(日) 13時00分～17時30分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「睡眠の科学」櫻井武  
「ヒトの初期発達における睡眠」多賀徹太郎  
「親のワーク・ライフ・バランスと健康」島津明人  
「保育者の感情労働とワーク・ライフ・バランス」高橋真由美  
「保育現場の労働環境と保育者の負担感」高橋 翠

#### ◆自然を活かして防災する—つなげる取り組み

日時 平成28年11月6日(日) 13時00分～16時20分  
場所 福井県国際交流会館  
次第 「福井県九頭竜川水系の自然再生と防災減災(仮)」中村圭吾／田中謙次  
「九州地方の自然再生と防災減災(仮)」林 博徳／巖島 怜  
「氾濫解析による水田の洪水調整サービス評価(仮)」武藤裕則  
「三方五湖流域の自然を活かした防災減災に向けて(仮)」吉田丈人／北川淳子

#### ◆越境大気汚染と酸性雨—現場から将来予測まで

日時 平成28年11月8日(火) 13時00分～17時40分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「観測とモデルの連携による東アジア越境大気汚染の総合的研究」永島達也  
「埼玉県における光化学オキシダントによる植物被害」三輪 誠  
「神奈川県におけるブナ林衰退の原因究明への取り組み」武田麻由子  
「酸性雨による溪流河川の水質変化」井上隆信  
「高分解能質量イメージング装置によるエアロゾルの個別粒子分析から判ること」坂本哲夫

「植物環境応答のセンシングと空間情報解析」  
大政謙次

◆気候変動に打ち克つ育種戦略

平成28年11月11日(金) 13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「気候変動の現状と将来予測」木本昌秀

「気候変動が国内の農林水産業に及ぼす影響」

酒井英光

「気候変動への適応のためのイネ育種」安東郁男

「気候変動への適応のためのムギ類育種」

辻本 壽

「気候変動と乳牛育種」萩谷功一

「途上国における乾燥耐性品種の開発」浦尾 剛

◆女性参政権 70 周年

ジェンダーの視点から選挙制度を問う

日時 平成28年11月12日(土) 13時00分～16時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ジェンダーの視点から選挙制度を考える」

三浦まり

「国際的視野からみた公職選挙法」

ケネス・マッケルウェイン

「地方自治と選挙におけるポジティブ・アクション」片山善博

「選挙におけるポジティブ・アクション」

糠塚康江

「コメント」小林良彰／辻村みよ子

◆科学者は災害軽減と持続的社会的形成に役立っているか？

日時 平成28年11月13日(日) 13時00分～17時15分

場所 日本学術会議講堂

次第 「『研究、研究者、研究成果』と『社会を動かす説得力』」和田 章

「水とグローバルリスク」沖 大幹

「土壌劣化を防ぎ、持続的食料生産を可能にする」

宮崎 毅

「気象・気候災害」松本 淳

「地質地盤情報」佃 栄吉

「火山災害」中田節也

「熊本地震が提起した阪神淡路大震災後の地震防災の問題点」鈴木康弘

「海域で起きる地震と内陸で起きる地震による災害」平田 直

「災害・地球環境問題と社会」寶 馨

「フューチャー・アース」安成哲三

◆裁判員の判断を左右するもの

第一回

日時 平成28年11月13日(日) 13時30分～17時00分

場所 北海道大学

第二回

日時 平成28年12月11日(日) 13時30分～17時00分

場所 慶應義塾大学

次第 「裁判イメージ・裁判規範の認知が判断をどう変えるの」唐沢かおり

「裁判員の情報処理スタイルが目撃証言の信用性判断に及ぼす影響」名畑康之

「裁判員の事実認定に影響を及ぼす要因とそのメカニズム」松尾加代

「裁判官の影響」綿村英一郎

◆気候変動下の気象災害の動向と農業災害リスクマネジメント

日時 平成28年11月15日(火) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「気象災害マネジメントにおける気候変動予測の重要性」山形俊男

「気候変動下における気象改善の方向性(仮)」

真木太一

「近年の農業気象災害の特徴と自然災害の動向」

山本晴彦

「熊本地震や強風・大雪による被害からみた農業施設のリスク管理」森山英樹

「農研機構メッシュ農業気象データとその活用」

大野宏之

「気候変動適応に向けた全球規模での作物のモデルとデータの利用」飯泉仁之直



会長からの  
メッセージ

## 原子力発電の将来に関する審議

日本学術会議会長 大西 隆

10月の総会が終わり、第23期の活動も残り1年間を切ったこととなります。委員会や分科会では、いよいよ提言や報告の取りまとめが本格化します。今期も、種々、社会的関心の高いテーマに関する審議が行われており、日本学術会議がどのような見解を示すのが注目されているといえます。その一つが、原子力発電の将来についてです。

第22期に、原子力の利用に関する二つの分科会を擁する委員会として、「原子力利用の将来像についての検討委員会」を発足させました。そのうち、医療や研究用等、発電以外の利用を対象とした「原子力学の将来検討分科会」については、第22期中に提言をまとめて公表しました。原発に比べてずっと小規模とはいえ、放射性物質を扱うので安全性に細心の注意を払い、周辺住民を含めた関係者の理解の下で利用を進めようという主旨でした。もちろん、医療用利用等、研究成果のもたらす効用が大きいことが理解を深めることにつながります。

一方で、原発のあり方を対象とした「原子力発電の将来検討分科会」は、第22期に精力的に審議を重ねたものの、取りまとめは今期に持ち越されました。

東京電力福島原発の事故以来、多数の国民が原発の安全性について強い疑念を抱いていることは、今年行われた、原発を争点とした新潟や鹿児島知事選挙でも、原発稼働に否定的だったり、慎重な候補者が当選していることによって知ることができます。

日本学術会議では、これまで、原発から出る高レベル放射性廃棄物の処理処分に関して、超長期の安全性を確保する方法が現状では存在しないことから、当面、暫定保管を行い、保管場所を固定

しないことで受け入れへの住民合意を得ていくこと、保管方法が確定しない段階では廃棄物の総量を増やことには慎重であることなどを提言しました。

また、原発に代わるエネルギー供給に関しては、福島事故以来、ほとんどの原発が稼働停止のまま電力需要を賄ってきた実績を重視するべきでしょう。国内外で、再生可能エネルギーの供給量が増加していることも報告されています。将来における原発抜きエネルギー供給体制について、コスト問題、CO<sub>2</sub>排出量問題の面からも現実味のある状況が生まれつつあるといえます。

加えて、自然災害からの安全性、原発施設の複雑な構造を管理することの困難性、さらに事故が起こった際の周辺居住者と広域への深刻な影響を十分に考慮したエネルギー供給方法を選択することが求められています。実際、福島では、事故からの復興が未だ見通せない厳しい現実にあります。事故現場には大量の放射性物質が放置されている上、広域に拡散した放射性物質の影響は除去されていません。このため、帰還困難区域が継続している上、避難指示が解除された地域でも、若い世代を中心に、帰還を選択できない人々が多数出ています。平常時よりはるかに高い放射線量から子どもたちや自身を守ろうという考えがその背景にあります。

日本学術会議は、重大な原子力発電所事故に見舞われた国の科学アカデミーとして、原子力発電の将来について、何を、どう考えていけばいいのかに責任のある見解を出すことが求められています。来年の早い時期にかけて集中した審議を行い、役割を果たしたいと考えています。

## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年11月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆科学者は災害軽減と持続的社会の形成に役立っているか？

日時 平成28年11月13日(日) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「『研究、研究者、研究成果』と『社会を動かす説得力』」和田章

「水とグローバルリスク」沖大幹

「土壌劣化を防ぎ、持続的食料生産を可能にする」宮崎毅

「気象災害・気候災害」松本淳

「地質地盤情報の共有化による安全で豊かな地域環境の創造」佃栄吉

「火山災害」中田節也

「海域で起きる地震と内陸で起きる地震による災害」平田直

「災害・地球環境問題と社会」寶馨

「フューチャー・アースにおける災害問題への取り組み」安成哲三

#### ◆裁判員の判断を左右するもの

##### 第一回

日時 平成28年11月13日(日) 13時30分～17時00分

場所 北海道大学

##### 第二回

日時 平成28年12月11日(日) 13時30分～17時00分

場所 慶應義塾大学

次第 「裁判イメージ・裁判規範の認知が判断をどう変えるのか」唐沢かおり

「裁判員の情報処理スタイルが目撃証言の信用性判断に及ぼす影響」名畑康之

「裁判員の事実認定に影響を及ぼす要因とそのメカニズム」松尾加代

「裁判官の影響」綿村英一郎

#### ◆気候変動下の気象災害の動向と農業災害リスクマネジメント

日時 平成28年11月15日(火) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「気象災害マネジメントにおける気候変動予測の重要性」山形俊男

「気候変動下における気象改善の方向性」

真木太一

「近年の農業気象災害の特徴と自然災害の動向」

山本晴彦

「熊本地震や強風・大雪による被害からみた農業施設のリスク管理」森山英樹

「農研機構メッシュ農業気象データとその活用」

大野宏之

「気候変動適応に向けた全球規模での作物のモデルとデータの利用」飯泉仁之直

#### ◆成熟社会における持続可能な水産業のあり方とその中長期戦略

日時 平成28年11月18日(火) 10時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「持続可能な地球社会の実現に向けて」江守正多

「日本の水産業の特徴と変遷」八木信行

「日本周辺海域の海洋生態系に及ぼす温暖化の影響」木村伸吾

「漁業管理のあり方」山川卓

「これからの養殖」升間主計

「成熟社会における地方の人口減少・高齢化の現状と問題点」中嶋康博

「水産流通・加工・市場と地域振興」婁小波

「日本の置かれた状況に見合った人材育成」

牧野光琢

#### ◆イノベーションプラットフォームとしてのバイオマテリアル

日時 平成28年11月22日(火) 9時30分～12時00分

場所 福岡国際会議場

次第 「臨床家からみた先端医療(再生治療)におけるバイオマテリアルの重要性と期待」磯貝典孝

「バイオマテリアルの再定義とイノベーション」

応用の可能性」田畑泰彦  
「AMEDが推進するバイオマテリアル関連の  
研究開発について」阪本 剛  
「医療機器の製品化に対するバイオマテリアル  
の貢献」妙中義之

#### ◆〈いのち〉はいかに語りうるか？

—生命科学・生命倫理における人文知の意義

日時 平成28年11月26日(土) 13時30分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「『遺伝子』概念・『細胞』概念のゆらぎと拡散」  
齋藤 光  
「『いのち』はいかに理解されてきたのか」  
小松美彦  
「『いのち』の始まりをめぐる生命倫理」島菌 進  
「『いのち』の終わりをめぐる生命倫理」安藤泰至

#### ◆環境知能の時間軸

—人工知能とIoTの過去・現在・未来

日時 平成28年11月29日(火) 13時30分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「人工知能研究における日本の役割」中島秀之  
「ニューラルネットワーク情報処理の発展と展望」  
麻生英樹  
「マルチエージェントシステムによる社会の理  
解と変革」石田 亨  
「IoT:データの利用とサービスの創造」村井 純

#### ◆第2回防災学術連携シンポジウム

「激甚化する台風・豪雨災害とその対策」

日時 平成28年12月1日(木) 10時00分～18時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 セッション①「国土利用と台風・豪雨災害」  
セッション②「台風・豪雨災害への備え」  
セッション③「台風・豪雨災害時の避難・救助・  
復興」

#### ◆日本学術会議中部地区会議主催

「生命・環境・ものづくり—基礎科学からの発信」

日時 平成28年12月2日(金) 13時00分～16時10分

場所 岐阜大学講堂  
次第 「(未定)」大西 隆  
「植物の酸性土壌耐性機構」小山博之  
「アルケンの立体化学を制御する」安藤香織

#### ◆データ・アーカイブの開発とデータ・エビデンス による社会科学的研究

日時 平成28年12月2日(金) 13時00分～18時00分  
場所 慶應義塾大学三田キャンパス北館1階ホール  
次第 「多言語検索型社会データ・アーカイブの開発」  
小林良彰  
「憲法の比較分析」ケネス・モリ・マッケルウェイン  
「中央から地方への財政移転と犯罪率の関係」  
原田勝孝・ダニエル・スミス  
「地方政府の政権存続」築山宏樹  
「市民社会における政党」サンジュン・キム  
「選挙費用」チーアフン・ツァイ  
「日本の地方選挙」ヒジノ・ケン・ビクター・レオナード

#### ◆生態系サービスと農業生産

日時 平成28年12月3日(土) 13時00分～17時30分  
場所 東京大学農学部2号館化学第一教室  
次第 「生物多様性は生態系サービスとどうかかわっているか」中静透/松本宏  
「日本の農村・農業・農法にみる雑草植生との付  
き合い方」嶺田拓也/奥語靖洋  
「生態系サービスと水稻栽培」佐藤智/後藤千枝  
「イネ有機育苗培土における微生物叢のロバストネ  
スと苗病害抑制現象」高橋英樹/吉田重信  
「プラントアクチベーターによる病害防除の現状と生  
態系への影響」梅村賢司/米山弘一  
「ストリゴラクトン生合成調節によるアーバスキュラー  
菌根共生制御の可能性」秋山康紀/浅見忠男

#### ◆持続可能な社会の実現に向けた草の根活動の振興 —YIGU (国際地球理解年) の試み

日時 平成28年12月3日(土) 13時00分～17時00分  
場所 日本学術会議講堂  
次第 「地域理解・地域振興とYIGU日本の活動」  
岡橋秀典

「地理空間情報科学とIYGU」小口 高  
 「科学地理オリンピックとIYGU」井田仁康  
 「シンボル種オオサンショウウオの草の根型保全活動と地域・自治体・大学の協働」清水則雄  
 「草の根の地理空間情報活用コミュニティの活動」古橋大地  
 「地球理解年とESD・持続可能な開発のための教育実践」小金澤孝昭  
 「臨床環境学の挑戦」高野雅夫  
 「フューチャー・アースとIYGU」春日文子

◆高等学校地理総合（仮称）必履修化による地図/GIS 技能育成、国際理解、防災・減災教育、地域づくり・環境教育への大きな社会的期待と課題

—地理教育への社会的期待に応え、現場の地理歴史科教員を支援するために日本学術会議は何ができるか  
 日時 平成28年12月4日(日) 13時30分～18時00分  
 場所 日本学術会議講堂  
 次第 「国土地理院における地理教育支援活動と人材育成」越智繁雄

◆キャピテーションに関するシンポジウム（第18回）

日時 平成28年12月8日(木) 13時00分～18時00分  
 平成28年12月9日(金) 9時00分～16時00分  
 場所 九州大学医学部 百年講堂  
 次第 「材料面から見たキャピテーションエロージョンの研究の進展(仮)」服部修次/加藤千幸

◆知の受容と創造—思想間の葛藤と対話をめぐって

日時 平成28年12月10日(土) 13時30分～17時00分  
 場所 日本学術会議講堂  
 次第 「“思想間の対話”とは何か、それはなぜ必要か」藤田正勝  
 「イスラームから日本的宗教を問う」小田淑子  
 「日本と韓国の哲学的対話の可能性」小倉紀蔵  
 「近代民主主義の基盤としての霊性と異端」田辺明生

◆18歳・19歳有権者は選択する 後編・彼らはいかに選択したか

日時 平成28年12月10日(土) 14時00分～17時00分  
 場所 明治大学駿河台キャンパス・リバティホール  
 次第 「参院選にみる若年有権者の投票行動」小林良彰  
 「大学生の政治意識アンケート結果報告」名取良太  
 「主権者教育に関連した高等学校での取り組み」高橋朝子  
 「東京都の取り組みについて」田宮抄子

◆科学者・技術者と軍事研究—科学・技術と研究者倫理にかかわる諸問題の科学的検討

日時 平成28年12月11日(日) 13時00分～17時00分  
 場所 明治大学駿河台キャンパス・グローバルフロント1階  
 次第 「近年の日本学術会議での検討状況とその論点について」小森田秋夫  
 「第二次世界大戦後の日本学術会議と軍事研究問題」小沼通二  
 「軍事研究の中の科学者」常石敬一  
 「日本の軍縮の包括的ビジョン構築の必要性」吉岡 斉  
 「安全保障問題と軍産複合体」西川純子  
 「軍事と科学」池内 了

◆LGBTIの権利保障—雇用と労働

日時 平成28年12月11日(日) 13時00分～17時30分  
 場所 日本学術会議講堂  
 次第 「LGBTIの権利保障と労働法」名古屋道功  
 「性的指向・性自認に関する問題と労働法政策の課題」内藤 忍  
 「LGBTが働きやすい職場づくりへ向けた企業の取り組み」村木真紀  
 「LGBTが職場で直面している困難の法的解決に向けて」永野 靖  
 「企業の先進的取り組み」柳沢正和

# 日本学術会議の動き



会長からの  
メッセージ

## 研究社会における競争と安定

日本学術会議会長 大西 隆

年末のこの時期、霞が関・永田町では、次年度予算の政府案を固めるための作業が大詰めを迎える。学術関係では国立大学等の運営費交付金や研究経費をめぐって、ここ数年、政治はもとより、文科省、内閣府、経産省、財務省等の攻防が続いてきた。大きな論点は、科学技術関係費について、第5期科学技術基本計画に明記されている5年間で26兆円という政府投資目標を達成して、科学技術の成果の活用を通じて経済と社会の発展を促すことに本気で取り組むのか否かである。26兆円には、大学や国の研究機関等、科学技術の振興に関わる機関の運営費交付金等が含まれるから、学術界にとっても最重要テーマである。特に今年度は、当初予算で3.5兆円と期待を大きく下回る水準に留まったから、来年度への期待は切実なものがある。

こうした、枠組みの議論の下で、国立大学では、基盤的経費と競争的経費とのバランスをどうするのかも重要な論点となっている。

私もその一つの学長を務める国立大学では、2004年の法人化以降、2016年度までに、運営費交付金が1,470億円減額された。運営費交付金は、教職員の人件費、光熱費、教育や研究のための基礎的経費に充てられる根幹的な資金である。毎年のように1%程度ずつ減額された結果、このような事態になったのであるが、不思議なことに、政府には、こうして減額していくことで、国立大学を一体どうしようとしているのかという将来像がない。つまり、減額の結果、学生負担経費を収入の中心とする私立大学に移行するのか、それとも減額を続けて、つぶれるところが出るのを待った上で、大学数を減らして、運営費交付金を少数の大学に手厚く配分するのかなどの展望がない。

このため、国立大学の方では、経費の削減など、全体にスリム化、効率化を図る契機として一定の運営費交付金削減を受け入れてきたが、もう限界に来たので、これ以上、漸減が続くことは許されないという主張を行うに至った。

一方で、大規模な国立大学等では、運営費交付金の減額にもかかわらず、国からの種々の資金提供を合計すると収入総額は必ずしも減少しているわけではない。それは、種々の競争的資金が増えているからである。競争的資金には、科研費など研究者個人やグループが獲得して、大学にも間接費をもたらすものから、大学そのものが応募して、事業を行うものまで多種ある。これらを獲得した結果として、ポスドクや大学院生が雇用され、研究力が強まることになる。

しかし、問題は、こうした競争的資金は、競争的であるがゆえに期限付きで、継続するとは限らないことである。雇用された若手を中心とする研究者も安定したポストに就いたとはいえない。私は、若手の場合には、助教、講師、准教授へとポストが上がり、その過程で研究者としての資質が試されるので、競争的環境は必要と考えているのであるが、安定したポストが先細ったり、着任できるのがあまり先になれば、希望が縮み、やる気が失せる。その意味で、もうこの辺で、基盤的経費の減額をストップさせないと、弊害ばかりが目立つようになる恐れがあると、大規模校を含めて、多くの国立大学が指摘する段階に入っている。

したがって、今年度以降の科学技術予算は、総額の増額とともに、国立大学等の運営費交付金の増額にも注目する必要がある。

## Information Plaza 情報プラザ

### 学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年12月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

#### ◆サービス学の参照基準

日時 平成28年12月11日(日) 13時00分～16時40分

場所 筑波大学東京キャンパス文京校舎1F 134 教室

次第 「文部科学省講演」土生木茂雄

「サービス学参照基準制定の経緯とその概要」

西尾チツル

「コーディネータによる全体趣旨説明」

山本昭二

「参照基準(案)に対する企業からの意見」

高重吉邦

「参照基準(案)に対するサービス学関係学会からの意見」原 辰徳

「参照基準(案)に対する経営学関係学会からの意見」南 知恵子

「参照基準(案)に対する大学教育現場からの意見」

小坂満隆

#### ◆科学者・技術者と軍事研究—科学・技術と研究者倫理にかかわる諸問題の科学的検討

日時 平成28年12月11日(日) 13時00分～17時00分

場所 明治大学駿河台キャンパス・グローバルフロント1階

次第 「近年の日本学術会議での検討状況とその論点について」小森田秋夫

「第二次世界大戦後の日本学術会議と軍事研究問題」小沼通二

「軍事研究の中の科学者」常石敬一

「日本の軍縮の包括的ビジョン構築の必要性」

吉岡 斉

「安全保障問題と軍産複合体」西川純子

「軍事と科学」池内了

#### ◆LGBTIの権利保障—雇用と労働

日時 平成28年12月11日(日) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「LGBTIの権利保障と労働法」名古屋功

「性的指向・性自認に関する問題と労働法政策の課題」内藤 忍

「LGBTが働きやすい職場づくりへ向けた企業の取り組み」村木真紀

「LGBTIの雇用と労働」木村愛子

「LGBTが職場で直面している困難の法的解決に向けて」永野 靖

「企業の先進的取り組み」柳沢正和

「LGBT若者の就活支援」薬師実芳

#### ◆大学を通じた地方創生

—山形の「知・技術・ひと」の融合による産業イノベーション

日時 平成28年12月13日(火) 13時00分～16時30分

場所 山形大学小白川キャンパス基盤教育2号館211教室

次第 「オープン化時代の大学の役割と科学研究の進路」大西 隆

「有機材料システムの活用による産学官連携のイノベーション」城戸淳二

「地域特産果樹の収穫後管理と品質」村山秀樹

「地域社会×国立大学×女性活躍＝山形の豊かな未来」河野銀子

#### ◆高レベル放射性廃棄物の処分をテーマとした

Web上の討論型世論調査

日時 平成28年12月17日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「核のごみ処分を巡って」今田高俊

「討論型世論調査を巡って」坂野達郎

「国民的合意形成は可能か？」

遠藤 薫／青柳みどり／今田高俊／坂野達郎／

柴田徳思／寿楽浩太／玉野和志／長谷川公一

#### ◆3つのポリシー策定と分野別の参照基準

日時 平成28年12月17日(土) 13時00分～17時00分

場所 早稲田大学小野記念講堂

次第 「分野別の参照基準と3つのポリシーの策定」

北原和夫

「言語・文学分野の参照基準について」

塩川徹也

「電気電子工学分野の参照基準について」

保立和夫

「大学教育の質保証をめぐる近年の動向」

早田幸政

「分野別の参照基準と学習成果」松下佳代

「抗体創薬におけるインシリコ技術活用」

白井宏樹

「ビッグデータがもたらす創薬のパラダイムシフト」山崎一人

「iOrgansテクノロジーによる生体ビッグデータ構築とその活用による疾患の予測診断・先制治療・創薬」佐藤匠徳

◆東洋学・アジア研究の新たな振興をめざして

PART IV

日時 平成28年12月17日(土) 13時30分～17時00分

場所 東京大学法文2号館1番大教室

次第 「作品誌の観点と大徳寺伝来五百羅漢図」

井手誠之輔

「古文字資料の発見と伝統学術」平勢隆郎

「アフガニスタン写本と仏教文献研究」松田和信

「第23期日本学会会議・アジア研究・対アジア関係に関する分科会『提言：新たな情報化時代の人文的アジア研究に向けて』の骨子と背景」久保亨

◆高等学校、新科目「公共」にむけての文化人類学からの提案

日時 平成28年12月18日(日) 13時00分～18時00分

場所 日本学会会議講堂

次第 「新科目『公共』と文化人類学」亀井伸孝

「多文化状況の公共社会でもとめられること」

鏡味治也

「映像民族誌による「異文化」の呈示」高倉浩樹

◆ITと創薬の融合

日時 平成29年1月13日(金) 13時00分～17時10分

場所 日本学会会議講堂

次第 「創薬基盤としての分子動力学シミュレーション技術」藤谷秀章

「スパコン・ビッグデータ時代の創薬」奥野恭史

「創薬の初期研究におけるデータベース構築とモデリング」水口賢司

「インフォマティクスとシミュレーションを融合したインシリコ創薬」本間光貴

◆日本学会会議九州・沖縄地区会議主催「琉球列島—その自然の豊かさ」

日時 平成29年1月16日(月) 15時00分～17時00分

場所 沖縄県那覇市内

次第 「島の甲殻類を中心とした海洋生物の研究について」成瀬貫

「世界自然遺産候補地の琉球列島の植物」

横田昌嗣

◆資源循環型社会を構築するための技術とその社会実装への取り組み

日時 平成29年1月17日(火) 13時00分～17時30分

場所 日本学会会議講堂

次第 「植物機能を利用した都市圏の環境保全と物質循環再生(仮)」北宅善昭

「炭素循環社会に向けての炭素資源変換・再生技術の課題(仮)」林潤一郎

「農林水産業における資源循環システムの社会実装への取り組み(仮)」小西充洋

「リサイクリングシステムの構築とその社会実装(仮)」張田真

「循環型社会構築への鉄鋼業の役割とその評価(仮)」小野透

「循環型社会構築へのセメント業の役割(仮)」徳植桂治

◆農・食・健に関する国際フォーラム

— Global Forum on Food, Agriculture and Quality of Life —

日時 平成29年3月21日(火) 10時00分～17時30分

場所 静岡県沼津市ふじのくに千本松フォーラム

# 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「投稿原稿執筆および利益相反開示\*\*」を要求することがある。

### 2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

## 3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

\* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

\*\* 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

#### ■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。  
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

#### ■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

#### ■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

#### ■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)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。

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

#### ■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿(こま切れ投稿)は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

#### ■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

## ■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

## 5. 投稿手続きおよび採否

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

## 6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

## 7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

## 8. 原稿の受付

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

## 9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

## 10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

## 11. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

## 12. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

## 13. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

### 付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。

# 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, 6<sup>th</sup> ed.』(2010)／『APA論文作成マニュアル第2版』[2011, 医学書院]に準拠する。

## 1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。  
なお、図表については以下の点に留意されたい。  
Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること  
JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態提出すること  
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

## 2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。  
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の $n$ や確率の $p$ などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 $r$ やCronbach's  $\alpha$ では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

### 3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均 (標準偏差)	信頼区間	数	平均 (標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05 (.08)	[.02, .11]	18	.14 (.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05 (.07)	[.02, .10]	12	.17 (.15)	[.08, .28]
高度	16	.11 (.10)	[.07, .17]	14	.28 (.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

### 5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

### 6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

## 著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内\*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

## 7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

### ■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は、……は……である、と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

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

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

## ■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

### ① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

### ② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪: 研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

### ③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年) / 訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005) / 中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京: 医学書院.

### ④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学 II (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. http://www.xxxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から、自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果、希望する種別では不採用となったり、採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル, およびキーワード（5語以内, 医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること）, 本文枚数, 図枚数（用紙1枚につき1つ）, 表枚数（用紙1枚につき1つ）, 写真点数（用紙1枚につき1点で, 図としてタイトルをつける）, 著者氏名（著者全員の会員番号, 氏名〔日本語, その下にローマ字〕, 所属・部署〔日本語, その下に英文〕, 連絡先住所（連絡者氏名, 住所, 電話番号, ファクシミリ番号, E-mailアドレス）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる（原著論文, 研究報告のみ）。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。

2) 和文抄録は400字以内とする。

#### 10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する(2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

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

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

#### 11. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

#### 付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。

(注)

1. 論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦），の順に掲載した。

2. 著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3. 事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

# 1. 論文目録

## 第 39 巻

### [ 原著 ]

- 大村光代, 山下香枝子: 特別養護老人ホームでの看取りの看護実践能力尺度の開発 — 信頼性および妥当性の検証 —, *Development of a Nursing Competence for End-of-life Care Scale in Nursing Homes*, 39(1), 1-7, 2016.
- 上田伊佐子, 雄西智恵美: がんサバイバーの心理的適応尺度の開発 — 信頼性・妥当性の検討 —, *Development of the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors: Study of its Reliability and Validity*, 39(1), 9-17, 2016.
- 小檜山敦子, 鈴木英子, 高山裕子: 産褥 1 か月の貧血改善を妨げる影響要因, *Factors Working against Alleviation by the 30th Day Postpartum*, 39(1), 19-31, 2016.
- 小田沙矢香, 川島和代: 急性期一般病棟における看護師の認知症高齢者への共感に関連する要因, *Factors Associated with Empathy toward Elderly Adults with Dementia in Nurses Working on Acute General Wards*, 39(1), 33-42, 2016.
- 浅田優也, 稲垣美智子, 多崎恵子: 男性 2 型糖尿病患者の血糖コントロールにつながる運動実施構造モデルの作成, *Physical Exercise Structure Model for Blood Glucose Control in Male Type II Diabetes Patients*, 39(2), 1-11, 2016.
- 廣田美里, 松葉祥一, 橋本健志: うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験 — 解釈学的アプローチによる —, *Wives' Lived Experiences of Living with a Depressed Spouse: A Phenomenological Hermeneutic Approach*, 39(2), 13-23, 2016.
- 武富由美子, 田淵康子, 藤田君支: がん患者遺族の心的外傷後成長の特徴とストレスコーピング・ソーシャルサポートとの関連, *Characteristics of the Post-Traumatic Growth from the Bereavement among Survivors of Deceased Cancer Patients and Relations to Stress Coping and Social Support*, 39(2), 25-33, 2016.
- 玉川優芽, 福間美紀, 長田京子: 無作為比較試験による笑いマッサージのストレスに対する生理的・心理的効果, *The Physiological and Psychological Effects of Laugh Massage Therapy by Randomized Controlled Trials*, 39(2), 35-42, 2016.
- 堀田涼子, 市村久美子: 成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ, *The Meaning of Self in Adult Professionals with Spinal Cord Injuries*, 39(4), 43-53, 2016.
- 鈴木みわの, 豊嶋三枝子: 一般病棟でセデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師の思い, *Feelings of Nurses Who Cared for Terminal Cancer Patients under Palliative Sedation in General Wards*, 39(4), 55-64, 2016.
- 坂本貴子, 田淵康子, 熊谷有記: First-Line Nurse Manager Competency Inventory の日本語版開発, *Development of a Japanese Version of First-Line Nurse Manager Competency Inventory*, 39(4), 65-73, 2016.
- 濱田真由美: 授乳支援を行う助産師の経験, *Experiences of Midwives who Support Breastfeeding Mothers*, 39(4), 75-87, 2016.

田中克恵, 加藤真由美: 特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を支えるチームケアの要因 — 多職種チームの構成員およびチームプロセスの検討 —, *Interprofessional Team Factors Associated with Better End-of-Life Care in Specialist Nursing Homes: A Study of Interprofessional Team Members and Team Process*, 39(5), 1-14, 2016.

新井恵津子, 當目雅代: 「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討, *Development of a Lymphedema Self-Management Skill Scale and Investigation of its Reliability and Validity*, 39(5), 15-27, 2016.

柴田真紀: 精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の感情体験 — 共感疲労の視点から —, *Nurses' Emotional Experience of Attending to Patient Narratives on Psychiatric Ward: From the Perspective of Compassion Fatigue*, 39(5), 29-41, 2016.

藤田君支, 牧本清子: 人工股関節患者が選ぶ生活の重要な領域と満足度の変化, *Important Life Domains and Satisfaction Levels in Total Hip Arthroplasty Patients*, 39(5), 43-50, 2016.

#### [ 研究報告 ]

山田紀代美, 西田公昭: 地域在住高齢者における聞こえの自己評価と純音聴力閾値の左右差および語音了解閾値との関係, *Self-perceived Hearing Problems of Frail Elderly People and their Relation to Hearing Threshold Level and Speech Recognition Threshold*, 39(1), 43-51, 2016.

吉良いずみ: 成人女性における便秘薬内服の有無による便秘症状とQOLの比較, *Comparison of Women's Constipation Severity and Quality of Life by Laxative Use*, 39(1), 53-59, 2016.

坂梨左織, 田島康子, 青木芳恵, 宗正みゆき, 吉川千鶴子, 原田広枝: 学士課程における血圧測定に関する教育プログラム開発に向けた看護基礎教育上の課題, *The Themes of Basic Nursing Education Aiming for the Development of Educational Programs on Blood Pressure Measurement in Undergraduate Education*, 39(1), 61-70, 2016.

山口大輔, 浅川和美: 大学附属病院における新人看護師の看護実践能力と他者支援との関連, *Relationship between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and Support from Other Staff at University Hospitals*, 39(2), 43-52, 2016.

川口寛介, 竹内登美子, 新鞍真理子, 青木頼子, 牧野真弓: 根治的前立腺全摘除術後の患者が排尿障害の改善を実感するまでの経験, *Experiences of Post-radical Prostatectomy Patients up to the Point at which they Perceive Improvement of Dysuria*, 39(2), 53-62, 2016.

大釜信政: 看護師の裁量権拡大に対する高齢者施設入居者の家族が抱く認識, *Awareness of Elderly Care Home Residents' Families with Regard to Expansion of Nurses' Medical Roles*, 39(2), 63-72, 2016.

辻村弘美, 小泉美佐子: 施設で過ごす認知症高齢者への「改訂版おだやかスケール (18項目版DEOS)」の適用, *Application of the Revision of the ODAYAKA (Well-being) Scale for Dementia Elderly Peoples Using Caring Facilities*, 39(4), 89-96, 2016.

林 浩靖, 竹内登美子, 新鞍真理子, 青木頼子, 牧野真弓: 軽度と高度認知機能低下のある若年認知症者の就労継続に関する体験と思考 — 再就職後の就労場面に焦点を当てて —, *Experiences and Thoughts Regarding Work Continuation of Individuals with Early-onset Dementia and Mild or Severe Cognitive Decline: Focus on the Work Setting Following Re-employment*, 39(4), 97-104, 2016.

近藤由香, 久保川真由美: 在宅療養中の終末期非がん高齢者にかかわる4専門職種ターミナルケア態度とスピリチュアルケア実施頻度 — 医師, 訪問看護師, ケアマネジャー, ホームヘルパーのアンケート結果より —, *Attitudes Toward Care of the Dying and Frequency of Spiritual Care in 4 Professions Involved in Home Care of Elderly Adults with Terminal Non-cancer Disease*, 39(5), 51-64, 2016.

小川朋子, 林 智子, 井村香積: 教育に携わる看護師が「成長が遅れている」ととらえた看護師の特徴と行われている教育・支援, *Characteristics, Training, and Support of Nurses Identified as having “Slow Progress” during Professional Development*, 39(5), 65-74, 2016.

服部由佳, 小幡光子, 磯和勅子: 周手術期実習中における看護学生のストレス反応と情動知能の関連, *The Relationship between Stress Response and Emotional Intelligence in Nursing Students Participating in Perioperative Care Training*, 39(5), 75-83, 2016.

#### [ 総説 ]

今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝: 納得の概念分析 — 国内文献レビュー —, *Nattoku: A Concept Analysis*, 39(2), 73-85, 2016.

中川早紀子, 高瀬美由紀: 日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題, *Problem of Nurses in Remote Places*, 39(4), 105-113, 2016.

#### [ 資料・その他 ]

高比良祥子, 吉田恵理子, 片穂野邦子, 松本幸子, 山田貴子: 看護学生が抱く手術直後患者の観察における困難感と対処, *Concerns of and Coping by Nursing Students during Observation of Immediate Postoperative Patients*, 39(4), 115-124, 2016.

金崎美奈子, 齋野貴史, 堀井理司: クロイツフェルト・ヤコブ病患者の家族が経験した困難, *Difficulties Encountered by Family Members of Patients with Creutzfeldt-Jakob Disease*, 39(5), 85-94, 2016.

## 2. 著者索引

### あ

青木 芳恵 39(1) 61  
青木 頼子 39(2) 53, 39(4) 97  
浅川 和美 39(2) 43  
浅田 優也 39(2) 1  
新井 恵津子 39(5) 15

### い

磯和 勅子 39(5) 75  
市村 久美子 39(4) 43  
稲垣 美智子 39(2) 1  
今井 芳枝 39(2) 73  
井村 香積 39(5) 65

### う

上田 伊佐子 39(1) 9

### お

大釜 信政 39(2) 63  
大村 光代 39(1) 1  
小川 朋子 39(5) 65  
長田 京子 39(2) 35  
小田 沙矢香 39(1) 33  
雄西 智恵美 39(1) 9, 39(2) 73  
小幡 光子 39(5) 75

### か

片穂野 邦子 39(4) 115  
加藤 真由美 39(5) 1  
金崎 美奈子 39(5) 85  
川口 寛介 39(2) 53  
川島 和代 39(1) 33

### き

吉良 いずみ 39(1) 53

### く

久保川 真由美 39(5) 51  
熊谷 有記 39(4) 65

### こ

小泉 美佐子 39(4) 89  
小檜山 敦子 39(1) 19  
近藤 由香 39(5) 51

### さ

齋野 貴史 39(5) 85  
坂梨 左織 39(1) 61  
坂本 貴子 39(4) 65

### し

柴田 真紀 39(5) 29

### す

鈴木 英子 39(1) 19  
鈴木 みわの 39(4) 55

### た

高瀬 美由紀 39(4) 105  
高比良 祥子 39(4) 115  
高山 裕子 39(1) 19  
竹内 登美子 39(2) 53, 39(4) 97  
武富 由美子 39(2) 25  
多崎 恵子 39(2) 1  
田島 康子 39(1) 61  
田中 克恵 39(5) 1  
田渕 康子 39(2) 25, 39(4) 65  
玉川 優芽 39(2) 35

### つ

辻村 弘美 39(4) 89

### と

當目 雅代 39(5) 15  
豊嶋 三枝子 39(4) 55

### な

中川 早紀子 39(4) 105

### に

新鞍 真理子 39(2) 53, 39(4) 97  
西田 公昭 39(1) 43

### は

橋本 健志 39(2) 13  
服部 由佳 39(5) 75  
濱田 真由美 39(4) 75  
林 智子 39(5) 65  
林 浩靖 39(4) 97  
原田 広枝 39(1) 61  
板東 孝枝 39(2) 73

### ひ

廣田 美里 39(2) 13

### ふ

福岡 美紀 39(2) 35  
藤田 君支 39(2) 25, 39(5) 43

### ほ

堀田 涼子 39(4) 43  
堀井 理司 39(5) 85

### ま

牧野 真弓 39(2) 53, 39(4) 97  
牧本 清子 39(5) 43  
松葉 祥一 39(2) 13  
松本 幸子 39(4) 115

### む

宗正 みゆき 39(1) 61

### や

山口 大輔 39(2) 43  
山下 香枝子 39(1) 1  
山田 紀代美 39(1) 43  
山田 貴子 39(4) 115

### よ

吉川 千鶴子 39(1) 61  
吉田 恵理子 39(4) 115

### 3. 事 項 索 引

<b>い</b>		<b>く</b>	
意味づけ	39(4) 43	クロイツフェルト・ヤコブ病	39(5) 85
医療政策	39(2) 63	<b>け</b>	
因子分析	39(4) 89	経験	39(4) 75
<b>う</b>		血圧測定	39(1) 61
うつ病	39(2) 13	欠食	39(1) 19
運動	39(2) 1	血糖	39(2) 1
<b>お</b>		<b>こ</b>	
思い	39(4) 97	構造モデル	39(2) 1
<b>か</b>		高齢者	39(4) 89
解釈学的アプローチ	39(2) 13	高齢者施設	39(2) 63
概念分析	39(2) 73	語音了解閾値	39(1) 43
外来看護	39(5) 15	根治的前立腺全摘除術	39(2) 53
家族	39(2) 63, 39(5) 85	困難	39(5) 85
語り	39(5) 29	困難感	39(4) 115
がん患者	39(1) 9, 39(4) 55	<b>さ</b>	
がん患者遺族	39(2) 25	在宅療養	39(5) 51
看護	39(5) 85	左右差	39(1) 43
看護学生	39(4) 115	<b>し</b>	
看護基礎教育	39(1) 61	自己管理スキル	39(5) 15
看護師	39(1) 33, 39(2) 63	自己管理能力	39(1) 19
	39(4) 55, 39(4) 105	質的研究	39(5) 65
	39(5) 29, 39(5) 65	尺度	39(1) 1
看護師長	39(4) 65	尺度開発	39(5) 15
看護実践	39(4) 105	若年認知症	39(4) 97
看護実践能力	39(1) 1, 39(2) 43	周手術期看護	39(5) 75
看護師定着	39(4) 65	終末期	39(4) 55
観察	39(4) 115	終末期ケア	39(5) 1
関節炎	39(5) 43	終末期非がん高齢者	39(5) 51
<b>き</b>		就労	39(4) 97
聞こえの自己評価	39(1) 43	術後患者	39(4) 115
QOL	39(1) 53, 39(5) 43	授乳支援	39(4) 75
急性期一般病棟	39(1) 33	純音聴力閾値	39(1) 43
教育	39(5) 65	情動知能	39(5) 75
共感	39(1) 33	職業	39(4) 43
共感疲労	39(5) 29	褥婦	39(1) 19
虚弱高齢者	39(1) 43	助産師	39(4) 75
		人工股関節	39(5) 43

新人看護師	39(1) 61, 39(2) 43	に	
心的外傷後成長	39(2) 25	認知症	39(4) 89
心理学	39(2) 35	認知症高齢者	39(1) 33
心理的適応	39(1) 9		
診療	39(2) 63	の	
		能力	39(4) 65
<b>す</b>		は	
ストレスコーピング	39(2) 25	排尿障害	39(2) 53
ストレス反応	39(5) 75		
スピリチュアルケア	39(5) 51	ひ	
<b>せ</b>		評価尺度	39(1) 9
生活の質	39(4) 89	表情筋マッサージ	39(2) 35
成人	39(4) 43	貧血	39(1) 19
精神科看護	39(5) 29		
成長	39(5) 65	へ	
生理学	39(2) 35	へき地医療	39(4) 105
脊髄損傷	39(4) 43	便秘薬	39(1) 53
前立腺がん	39(2) 53	便秘症状	39(1) 53
<b>そ</b>		ほ	
ソーシャルサポート	39(2) 25	母乳育児	39(4) 75
<b>た</b>		ま	
ターミナルケア態度	39(5) 51	満足度	39(5) 43
体験	39(2) 13, 39(4) 97	み	
対処	39(4) 115	看取り	39(1) 1
他者支援	39(2) 43	ら	
多職種チームケア	39(5) 1	ランダム化比較試験	39(2) 35
男性	39(2) 1	り	
<b>ち</b>		臨地実習	39(5) 75
地域医療連携	39(4) 105	リンパ浮腫患者	39(5) 15
地域看護	39(4) 105	倫理	39(5) 85
<b>つ</b>		わ	
妻	39(2) 13	笑い	39(2) 35
<b>と</b>			
糖尿病	39(2) 1		
特別養護老人ホーム	39(1) 1, 39(5) 1		
<b>な</b>			
納得	39(2) 73		

<b>A</b>					
acute general wards	39(1)	33	employment	39(4)	97
adult	39(4)	43	end-of-life care	39(1)	1, 39(5) 1
anemia	39(1)	19	ethics	39(5)	85
Arthritis	39(5)	43	exercise	39(2)	1
assessment tool development	39(5)	15	experience	39(4)	75
attitudes toward care of the dying	39(5)	51	experiences	39(4)	97
<b>B</b>			<b>F</b>		
basic nursing education	39(1)	61	facial muscle of massage	39(2)	35
blood glucose	39(2)	1	factor analysis	39(4)	89
blood pressure measurement	39(1)	61	family	39(2)	63, 39(5) 85
breastfeeding	39(4)	75	First-line Nurse Manager	39(4)	65
<b>C</b>			frail elderly people	39(1)	43
cancer patient	39(4)	55	<b>H</b>		
cancer survivors	39(1)	9	health care policy	39(2)	63
clinical nursing competence	39(2)	43	hearing threshold level (HTL)	39(1)	43
community nursing	39(4)	105	home care	39(5)	51
compassion fatigue	39(5)	29	<b>I</b>		
Competency	39(4)	65	infant feeding support	39(4)	75
concept analysis	39(2)	73	interprofessional team care	39(5)	1
concerns	39(4)	115	<b>L</b>		
constipation	39(1)	53	laugh	39(2)	35
coping	39(4)	115	laxative	39(1)	53
Creutzfeldt-Jakob disease	39(5)	85	lived experience	39(2)	13
<b>D</b>			local medical cooperation	39(4)	105
dementia	39(4)	89	lymphedema patient	39(5)	15
depression	39(2)	13	<b>M</b>		
diabetes	39(2)	1	male	39(2)	1
different hearing abilities of both ears	39(1)	43	meaning	39(4)	43
difficulties	39(5)	85	medical care in a remote place	39(4)	105
dysuria	39(2)	53	midwife	39(4)	75
<b>E</b>			<b>N</b>		
early-onset dementia	39(4)	97	narrative	39(5)	29
education	39(5)	65	Nattoku	39(2)	73
elderly adults with dementia	39(1)	33	newly graduated nurses	39(2)	43
elderly adults with terminal non-cancer disease	39(5)	51	novice nurse	39(1)	61
elderly care facility	39(2)	63	nurse	39(1)	33, 39(2) 63
elderly person	39(4)	89		39(4)	55, 39(4) 105
emotional intelligence	39(5)	75		39(5)	29, 39(5) 65
empathy	39(1)	33			

Nurse retention	39(4)	65
nursing	39(5)	85
nursing competence	39(1)	1
nursing home	39(1)	1, 39(5) 1
nursing practice	39(4)	105
nursing students	39(4)	115

## O

observation	39(4)	115
outpatient nursing	39(5)	15

## P

perioperative care	39(5)	75
phenomenological hermeneutic approach	39(2)	13
physiological	39(2)	35
postoperative patients	39(4)	115
postpartum	39(1)	19
posttraumatic growth	39(2)	25
practical training	39(5)	75
practice	39(2)	63
profession	39(4)	43
progress	39(5)	65
prostate cancer	39(2)	53
psychiatric nursing	39(5)	29
psychological	39(2)	35
psychological adaptation	39(1)	9

## Q

QOL	39(1)	53, 39(5) 43
qualitative research	39(5)	65
quality of life	39(4)	89

## R

radical prostatectomy	39(2)	53
randomized controlled trial	39(2)	35

## S

Satisfaction	39(5)	43
scale	39(1)	1
scales	39(1)	9
self-management skill	39(5)	15
self-management skills	39(1)	19
self-perceived hearing problem	39(1)	43
skipping meals	39(1)	19
social support	39(2)	25
speech recognition threshold (SRT)	39(1)	43
spinal cord injury	39(4)	43
spiritual care	39(5)	51
stress coping	39(2)	25
stress response	39(5)	75
structural model	39(2)	1
support from staff of the ward	39(2)	43
survivors of deceased cancer patients	39(2)	25

## T

terminal	39(4)	55
thought	39(4)	97
Total hip arthroplasty	39(5)	43

## W

wife	39(2)	13
------	-------	----

# 事務局便り

## 1. 平成28年度会費納入のお願い

平成28年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

### 年会費納入口座

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

## 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

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

## 3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

## 4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。

### 〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F  
株ガリレオ学会業務情報化センター内  
TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852  
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp  
開所曜日: (平日)月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

## 日本看護研究学会雑誌

### 第39巻 5号

会員無料配布

平成28年12月20日 印刷

平成28年12月20日 発行

### 編集委員長

法橋 尚宏 (理事)	神戸大学大学院保健学研究科
秋山 智 (会員)	広島国際大学看護学部
荒木 孝治 (会員)	大阪医科大学看護学部
市江 和子 (会員)	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部
猪下 光 (会員)	岡山大学大学院保健学研究科
上野 栄一 (会員)	福井大学医学部看護学科
内田 宏美 (会員)	島根大学医学部看護学科
川西千恵美 (会員)	国立看護大学校看護学部
河原 宣子 (会員)	京都橘大学看護学部
木立るり子 (会員)	弘前大学大学院保健学研究科
小西美和子 (会員)	兵庫県立大学看護学部
定方美恵子 (会員)	新潟大学大学院保健学研究科
高島 尚美 (会員)	関東学院大学看護学部
竹田 恵子 (理事)	川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
中西 純子 (理事)	愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科
吉田 澄恵 (理事)	千葉大学大学院看護学研究科
若村 智子 (会員)	京都大学大学院医学研究科

### 発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨1-24-1  
第2ユニオンビル4階  
株式会社ガリレオ  
学会業務情報化センター内  
☎ 03-3944-8236 (直通)  
FAX 03-5981-9852  
ホームページアドレス  
<http://www.jsnr.jp>  
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者  
印刷所

川口孝泰

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学芸業務情報化センター内  
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかかか○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、( )内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかか○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認のち、お知らせいたします。

( 切り取り線より切ってお出しく下さい )

## 入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	専門区分		看護学・医学・その他 ( )	
氏名	生 年 月 日		性 別	男 ・ 女
所 属	TEL	FAX		
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかか○)		〒	
E - m a i l	TEL	FAX		
自 宅 住 居 者 氏 名	評 議 員 推 薦 者 氏 名		会 員 番 号	
推 薦 者 所 属	推 薦 者 所 属		会 員 番 号	
事 務 局	理事会承認年月日		年度入会会員番号	
記 入 欄	受 付 番 号		年 度 入 会 会 員 番 号	
	受 付 日		巻 号 ~	
	通 知 番 号		送 付 日	

地 区 割	都 道 府 県 名
1 北 海 道	北海道
2 東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

# 変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 03-5981-9852)  
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

変更する項目にご記入ください。

## 自宅住所の変更

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

## 勤務先の変更

所属名: \_\_\_\_\_

所属住所

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名の変更 \_\_\_\_\_

## 地区の変更

### 地区割

地区名	都道府県名	地区名	都道府県名
1 北海道	北海道	5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7 中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について: 勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 ( ) 自宅 ( )

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について: 一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

