

平成26年(2014年)10月 第11卷1号

ISSN 1349 - 8630

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing



順天堂大学医療看護学部
Juntendo University Faculty of Health Care and Nursing

目次

論説

- 新たな価値の創造—ライマン・フランク・ボーム『オズの魔法使い』
黛道子 … 1

原著

- 三重県と滋賀県における麻疹ワクチン接種率向上のための保健師活動の比較検討
川上雅美・工藤綾子・江原義郎・稲葉裕・岩渕和久 … 8
- 外来通院中の壮年期関節リウマチ患者における療養生活とQOL
—生物学的製剤療法との関連性の検討—
樋野恵子・青木きよ子・高谷真由美 … 17
- 中小規模病院の中途採用看護師が入職後に感じた困難と職場継続の要因
鈴木小百合 … 27

研究報告

- 咽頭摘出者のQOLに関する文献レビュー
岩永和代・小竹久実子・羽場香織・鈴鴨よしみ・甲斐一郎・高橋綾 … 35
- 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援
—がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点—
仁科聖子・湯浅美千代・工藤綾子 … 45
- 成人女性の骨密度と生活習慣の関連—A町骨粗鬆症検診データによる分析—
齋藤尚子・櫻井しのぶ … 59

研究ノート

- 神経難病患者の手記にみるスピリチュアルな苦悩
長瀬雅子 … 67

参加報告

- 「看護教育者のためのシミュレーションワークショップ—基本から実践まで—」参加報告
寺岡三左子・三宮有里・村中陽子 … 74

学内活動報告

- 第8回実習指導者研修会
臨地実習指導を通して指導者側が得るもの
青柳優子・樋口キエ子・小谷野康子・杉山智子・古屋千晶・工藤綾子
伊藤龍子・永野光子・原田静香・田中朋子・岡田隆夫 … 81

国際交流講演会報告

- 「タイ王国と日本における慢性疾患のケア」 …… 85

第10回医療看護研究会

- 講演
質的研究法・概説—エスノグラフィー的手法を中心にして
一橋大学大学院商学研究科 佐藤郁哉 … 87
- 研究発表要旨 …… 91

学位論文要旨

- 平成25年度順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻修士論文要旨 …… 111

- 投稿規定 …… 120
-

論 説

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.1-7 (2014)

新たな価値の創造 —ライマン・フランク・ボーム『オズの魔法使い』

Creating a New Concept of Values: Lyman Frank Baum, Wonderful Wizard of Oz

黛 道 子*
MAYUZUMI Michiko

要 旨

ライマン・フランク・ボームの『オズの魔法使い』は出版当初から人気を博し、今日に至るまで多くの子供たちに読み継がれている。この作品が書かれた当時は大資本が産業を牛耳り、時には政治を動かす力までも持ち、汚職や賄賂がはびこる「金びか時代」と呼ばれる時代だった。また、フロンティアの消滅とともに開拓期の夢はすでになく、人々は閉塞状態に置かれていた。ボームはオズの世界に富や力とは別の価値を描き出し、アメリカの童話として提示した。

キーワード：ライマン・フランク・バウム、オズ、ドロシー、金びか時代、カンザス

Key Words: Lyman Frank Baum, Oz, Dorothy, The Gilded Age, Kansas

I. 作者ライマン・フランク・ボーム

今日、多くのアメリカ人にとって『オズの魔法使い』はまるでずっと昔からあった童話のように感じられ、ライマン・フランク・ボームによる創作であることはほとんど思い出されない。作者について語られることが少ないのに比べ、物語の影響は非常に大きく、出版されるとたちまち人気を博し、資料によって差があるが、1年足らずの間に5~10万部が売られたと言われる (Rogers 88)。1900年の初版から100年以上の年月が過ぎたが、現在も各国語に翻訳され、絵本や児童書としてさまざまな形で出版され、演劇、ミュージカル、映画などとして繰り返し、上演され続けている。

当時の注目度も群を抜き、少なくとも202以上の書評が書かれ、否定的な2編を除き、そのほとんどが好意的であった (Loncraine 173)。批評家たちは現実的なアメリカの題材を使用したことに注目し、子どもばかりでなく大人にも魅力的な作品となったと論じた (Rogers

89)。『ニューヨーク・タイムズ』紙は「ドロシーとその仲間たちの冒険や危険は古いイギリスの童話を思い起こさせるが、ボームの物語にはユーモアと哲学が散りばめられ、案山子やペテン師的魔法使いのような新しい童話のモデルを作り出した」と評し、『キンダーガートン』誌は、ドロシーの仲間を現実的でありながら愛すべき存在として描き出したことを称賛し、「どのページにも楽しいユーモアとすばらしい哲学がある」と述べた (Rogers 89-90)。

装丁も当時の出版の常識を超えたものであった。深緑色の布張りの表紙に明るい赤のインクでタイトルが印刷され、テキストと一体化した挿し絵が豊富に入り、子どもたちを魅了した (Loncraine172)。実際、ウィリアム・デンスロー (William Denslow) の挿し絵の力は非常に大きく、『ダイアル』誌や『シカゴ・イブニング・ポスト』紙は、『オズ』の成功はボームよりもデンスローの挿し絵によるものだとしている (Rogers 90)。この出版の成功により、その後の児童書に挿し絵を入れることが一般的になったと言われ、その意味でも後世に大きな影響を及ぼした作品となった。

* 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University
(May.19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

『オズ』の好評により、ボームのもとには続編を求め声が多く寄せられ、特に子どもたちからの要請により、ボームはこれ以後、13冊の続編を書いている。幼少期に病弱だったボームは家で本を読み、想像の世界に浸って暮らしていた。当時の子ども用の本は教訓的な物語が多く、悪いことをする子どもはその報いを受けるといった設定が一般的であった。感じやすいボームは怖い物語を読んだり聞いたりすると、夜中にうなされることもたびたびであった。ボームは自らの体験から子どものための物語は恐怖とは無縁の楽しいものになりたいと願った。ボームは『オズ』を教訓から解き放ち、小さな少女が勇気を持って未知の世界に立ち向かう冒険の物語にしている。

ボームは裕福な家庭に育ち、ニューヨーク州のシラキュース郊外のバラが茂り、果樹に囲まれた「ローズ・ローン」と名づけられた美しい屋敷で子ども時代を送った。創作には早くから興味を持ち、父に買ってもらった印刷機で『ローズ・ローン家庭通信』(Rose Lawn Home Journal)という新聞を発行していた。ボームと家族はいろいろな本や雑誌から興味深い記事を抜き出して掲載したり、時には自分たちで文章を書いていた (Rogers 4)。創作と共に、ボームが終生、興味を持ち、夢中になったのは演劇であった。興行に失敗し、何度も破産寸前に陥りながら、性懲りもなくまた、挑戦した。『オズ』は演劇やミュージカルでかなりの成功を取めたが、別の作品では失敗し、ボームは厳しい財政状態を耐えなければならなかった (Riley 18-20, 23)。

ボームは『オズ』のシリーズ以外にもいくつかの本を書いたが、成功したものは少なく、今日、出版されているのは、研究者向けの復刻版を除けば、ほぼ『オズ』のシリーズに限られる。ボーム自身も『オズ』の物語を愛しており、ローズ・ローンに時折、近所の子どもたちを招いて、自ら話して聞かせたと言われる。

『オズ』の研究については、膨大な先行研究があり、政治経済的視点から論じたもの、文化を中心に論じたもの、神話として論じたもの、心理学的アプローチを用いたもの、演劇ないしは映画の視点から論じたもの、テクノロジーの進歩を論じたものなど、あらゆる分野から論じられていると言っても過言ではない。童話としてのアプローチも Jerry Griswold の “There’s No Place but Home: The Wizard of Oz” のようにエディプス・コンプレックスの物語と捉え、一種の母殺しの物語としたもの、Karla Walters の “Seeking Home: Secularizing Quest for the Celestial City in Little Women and

The Wonderful Wizard of Oz” のようにキリスト教の寓話という視点から論じたもの、Daniel T. Rodgers の “Socializing Middle-Class Children: Institutions, Fables, and Work Values in Nineteenth-Century America” のように社会史的な分析を行ったもの、Jack Zipes の “When Dreams Came True: Classical Fairy Tales and Their Tradition” のように口承の伝統 (oral tradition) から考察を行ったものなど多彩である。

本論では、児童書の古典となった『オズの魔法使い』をボームの生きた19世紀後半の時代の政治・社会的背景を踏まえ、新たな時代の童話として読み直していく。Michael Patrick Heam は “L. Frank Baum and the ‘Modernized Fairy Tale’” で、『オズ』は、かつての童話に登場した魔人や妖精などを廃し、道徳を教え込むという意図をもたない点で新しい童話であると論じている (Heam, 57-67) が、本論ではそこに19世紀後半の社会状況を投影し、『オズ』が新時代のアメリカの童話となったことを論じていく。そして、時代の変化により、それまでの価値観が崩れ、閉塞状態にあった時代に『オズの魔法使い』が新たな価値として提示したものを明らかにしたい。

Ⅱ. 「金びか時代」

ボームが育った19世紀後半は南北戦争以後、北部を中心に独占資本の形成が進み、鉄鋼王アンドルー・カーネギー (Andrew Carnegie)、鉄道王ウィリアム・K・ヴァンダービルト (William K. Vanderbilt)、石油王ジョン・D・ロックフェラー (John D. Rockefeller) などの大富豪が誕生した。これらの富豪は、一代で巨万の富を築く「アメリカン・ドリーム」の象徴ともなった。しかし、その裏では賄賂や汚職が横行し、政治は腐敗していった。大富豪たちは政治と結び、企業合同やトラストにより、産業や経済を牛耳るようになった。猿谷要著『アメリカ歴史の旅：イエスタデイ&トゥデイ』の次の記述にはこの時代の富豪の姿がよくとらえている。

この頃の実業界の百万長者たちを、人びとは中世の封建領主になぞらえて、「近代強奪貴族」とよんだ。中世に農奴たちが貢物を領主に献上したように、今では農夫や労働者や小さな小売商の店主などが、独占携帯を完成した新しい「強奪貴族」たちに低賃金とか、利子とかいう形をとって、貢物を払わなければならない、というわけである。……彼らは、いつでも自分のいうことをきく議員たちを、

十人くらいはポケットのなかに収めていたといわれている。(234)

ボームの父、ベンジャミンはペンシルヴァニア州に油田を持ち、不動産や株式への投資、銀行業など幅広く行った実業家(Rogers 3)で、その意味では「金びか時代」の流れに乗った百万長者のひとりだった。しかし、1870年代の終わりになるとロックフェラーが石油の流通への支配を強めていった。それに対抗して、ベンジャミンは独立した生産者のグループを作り、パイプラインを建設し、パイプラインの終点からタンク車に乗せて精製工場へ鉄道で輸送する計画を立てるが、ロックフェラーは鉄道会社や州政府を動かして、その計画を妨害した。そのためベンジャミンは一家の住まいであるローズ・ローンや所有していた牧場を手放さなければならなかった。ベンジャミンはその後、別の生産性の高い油田を発見し、ローズ・ローンは買い戻されたが、この間の浮き沈みはまさに当時の経済や社会の縮図とも言えるものだった。

当時の政治・経済への批判を『オズ』の作品中に読み取ろうとした批評家もあり、ランジット・S・ディーゲイはその編著書 *The Historian's Wizard of Oz* にその系譜をまとめている。政治・経済になぞらえて読んだもっとも初期の批評家は、当時、高校の教師をしいたヘンリー・リトルフィールドであった。リトルフィールドは自身の論文(“*Wizard of Oz: Parable on Populism*”)の中で、当時、中西部を中心に結成された人民党(Populist Party)運動の寓話として読み取っている。それによるとカカシは農民を、ブリキの木こりは都市の工場労働者を、臆病なライオンは民主党・人民党共同の大統領候補ウィリアム・ジェニングス・ブライアンを表わし、弱気のため黒人を排除しようとする党内勢力を押さえられず、選挙に敗れたとの解釈を加えている(Dighe 1-4)。

リトルフィールドが巧みに政治的なアレゴリーとして読みこなしたため、刺激を受けた多くの批評家が政治的な読みを試みた。経済史家ヒュー・ロッコフは当時の通貨制度を巡る論争を中心とする読みを試みた。1896年の大統領選挙では共和党は金本位制を、民主党は銀本位制を主張していた。ロッコフは東の悪い魔女はクリーブランド大統領を、西の悪い魔女はWilliam McKinleyを表すとし、共に金本位制を支持した政治家になぞらえた。選挙の結果、西部の農民たちが求めた銀本位制は実現しなかった。物語の中ではドロシーがた

どる黄色いレンガ道は金本位制を表わし、家に帰るのに力を発揮したのは銀の靴と解釈し(Dighe 3-4, 142)、農民の立場と銀色を関連づけている。

『オズ』の中でドロシーの一家は経済的苦境に見舞われるが、彼らの状況は「金びか時代」の中で富を蓄積した大富豪の陰で貧しさに苦しんだ多くの都市労働者及び西部や南部の農民と共通している。

前述したような政治的な読み方は当時の時代環境と合わせて読むと興味深い。しかし、リトルフィールド自身もボームがアレゴリーの要素を子どもたちの娯楽より優先させることはなかったと記載している(Littlefield 58)ように、政治的なアレゴリーとして読むことは、『オズ』の持つ豊かな想像力を政治的な読みで閉じ込め、物語の持つユーモラスな伸びやかさを損なうことになる。ボームの家は「金びか時代」の浮き沈みにさらされ、自身もこの時代を生きただけとして当時の政治状況に無関心ではなかったはずである。しかし、ボームは時代を批判するために『オズ』を書いたわけではなかった。ボームは『オズ』の冒頭に「わたしは、『オズの魔法使い』を、現代の子どもたちを、ひたすら喜ばすために書きました。ふしぎさと喜びを保ち、傷心と悪夢を除いた、現代の妖精物語であることを切望しております」(5)と記している。ボームは汚職や腐敗が横行し、大資本が社会を牛耳る現実を離れ、良心と素直な心によって困難を越えていく物語を作り出し、富や権力とは別の価値が支配する世界を描き出した。

Ⅲ. 夢の終焉

『オズ』の物語はカンザスの平原を出発点としている。主人公のドロシーは両親を亡くし、カンザス州で農業を営むおじ、おばの家で暮らしていた。ドロシーがその後、体験するオズの国でのできごとの意味を考える上でも、ドロシーのカンザスでの暮らしを考えてみたい。

ここでは『オズ』と同じくカンザス州を舞台としているローラ・インガルス・ワイルダー(Laura Ingalls Wilder 1867-1957)の『大草原の小さな家(*Little House on the Prairie*)』を例にとり、『オズ』との比較をしていく。『大草原』で扱われているのは1869~70年である。作者のワイルダーは当時2~3歳でカンザスでの生活の記憶はほとんどなく、後に家族や知人から話を聞き、物語を書きあげた。物語の中ではローラは5歳の少女として登場し、子どもの視点から当時の生活を語っている。

そこで語られるのは、困難に満ちた開拓の日々である。家を建て、井戸を掘り、荒野を農地に変えるところから始まり、旱魃、吹雪、いなごの大群、野火、疫病、先住民の脅威などに耐え、物資の不足を自らの工夫と努力で補わなくてはならなかった。困難に勇気をもって立ち向かい、子どもたちに楽しい遊びや手作りのおもちゃを与えてくれる両親は子どものローラにとって頼もしい存在だった。

厳しい生活ではあったが、大草原の上に広がる空を見上げて、ローラは「すべては自由で大きくすばらしかった」(Wilder 75)と感じた。また、父が建てた丸木小屋にはじめて入った日、「沈む夕陽の光が窓から差込み、家を金色の光で満たした」(Wilder 119)と、平和で満ち足りた思いを語っている。そこには困難はあっても新天地に希望をかけ、夢を描いた開拓民の姿を見ることができる。

一方、『オズ』では同じカンザスの平原はまったく違った様相を示す。「あたりを見まわしても、灰色の大草原が広がっているばかりです。どこもかしこも地平線までまったいらで、ながめをさえぎる木や家はひとつもありません」(12)という描写に始まり、干ばつで乾ききった土地は灰色でひび割れ、緑だった草も陽に焼かれ、どこもかしこも灰色の風景が広がる様子が語られる。灰色の風景は厳しい自然と生活に疲れた人の心を象徴している。昔は若く美しかったエムおばも太陽と風にその目の輝きを奪われ、頬や唇からは赤みが消え、灰色に変わってしまっている。ヘンリーおじも長いあご髭から足元まで灰色で、朝から晩まで身を粉にして働き、喜びもなく、ほとんど口も聞かない。二人とも笑うことがなく、ここでは『大草原』に描かれた希望や喜びはもはや失われている。

『大草原』の舞台となった1870年から『オズ』執筆までの20年ほどの間に何が起きたのだろうか。歴史を振り返り、1870年以降の西部の農業を考察してみたい。農業を脅かすもののひとつには自然災害がある。農民たちは吹雪やイナゴの害、あられ、熱風に加え、1880年代後半に大平原地帯を襲った厳しい干ばつと闘わなければならなかった。干ばつは西部大平原の農作物に壊滅的な被害を与え、何千人もの入植者が破産に追い込まれた。もうひとつは機械の進歩と耕作面積の拡大により農産物の供給量が増えたが、カナダ、アルゼンチン、オーストラリアでも同様の農地拡大が進行し、国際市場に大量の農産物が供給され、価格低下を招いた(米国大使館「米国の歴史の概要」)。相次ぐ自然災害と国際市

場の変化は農村の経済を急速に衰退させた。

また、農産物の輸送のために鉄道を利用せざるをえなかったが、鉄道は独占経営であったため、農民たちに法外な運賃を課した。さらに、東部の工業資本家には保護関税が認められていたため、工業生産品に高い代金を払わなければならなかった。農民は関税で守られた市場で買い、自由市場で売らなければならなかった(Huberman 202)。長期的な農村不況、生産者経費の高騰、鉄道・倉庫料金の独占的なつり上げ、通貨デフレを背景に農民の不満は高まった(ベットマン 83)。

カンザス州の政治活動家マリー・エリザベス・リース(Mary Elizabeth Lease)は当時の状況を次のように述べている。

ウォール街はアメリカをその手に握っています。アメリカはもはや、人民の、人民による、人民のための政府ではなく、ウォール街の、ウォール街による、ウォール街のための政府なのです。この国の多数の民衆は奴隷で、独占が主人なのです。西部と南部とはしばられ、工業の東部の前にはいつくばっています。(Huberman 202)

ドロシーのおじやおばが希望を失い、「灰色」の風景の中で疲れきってしまった背景には、前述したような時代の変化があった。新天地を求めようとしても1890年にフロンティアの消滅が宣言され、もはや開拓の夢は過去のものとなっていた。急速に工業化していくアメリカではその流れに乗れない人々は、どこへ向かっていくべきなのかわからず、戸惑いと模索の日々を送っていた。「灰色」の家はまさしく閉塞状況にあった当時の社会を象徴している。

Ⅳ. アメリカの童話

おとぎ話は一般に時間も場所も特定されることはなく、過去の遠くの世界の物語として語られる。登場人物は年齢不肖、国籍不明である。しかし『オズ』はカンザス州の平原を出発点とし、時代も読者と同時代である。主人公のドロシーは、年齢は与えていないものの犬と一日中遊ぶ無邪気な少女として描かれ、さらに挿し絵の影響もあり、せいぜい5～6歳程度と思われる(Loncraigne 182)。西部の開拓農家のありふれた少女で、特別美しいわけでもなく優れた才能があるわけでもない。ドロシーは竜巻に巻き込まれて未知の世界へと飛ばされていくが、竜巻はカンザスの平原ではよく起こ

る現象で、現実感のある設定である。『オズ』はアメリカの童話として確かな場を与えられている。

『オズ』には絶大な力を持つものも並外れた才能を持つものも登場しない。ドロシーは偉大な魔法使いオズに頼んでカンザスの家に帰らせてもらおうとオズのいるエメラルド・シティへと旅をする。その途上で、次々に同行する仲間に出会うが、それぞれ何か欠点を抱えている。トムロコシ畑に吊り下げられていたカカシは脳みそを持ちたいと切望し、森で出会ったブリキの木こりは心を持ちたいと願っていた。また、森の奥にいたライオンは臆病で、勇気を持つことに憧れていた。三者はオズに願いをかなえてもらうためにドロシーと共にエメラルド・シティに向かう。それぞれに欠点や弱みを抱えながら、互いに助け合い、さまざまな障害を越えて旅を続けるこの一行の姿はアメリカの民主主義の象徴とも言える。

『オズ』の世界には絶対者はなく、魔女やオズも例外ではない。東の国の悪い魔女は、ドロシーを竜巻に乗せて運んできた家の下敷きになって死んでしまい、西の国の悪い魔女は銀の靴を奪われたドロシーが怒り、思わず手にしたバケツの水をかけたところ、みるみるうちに溶けてしまい、両者とも意外なほど容易に始末されている。偉大な魔法使いとされていたオズも実は禿げてシワだらけの年取った小男で、さまざまな仕掛けで魔法を演出していたに過ぎないことが判明する。本来、強い力を持つはずの魔女や魔法使いを普通の人間のレベルにトーン・ダウンしている。偉大な魔法使いという幻影だったオズはにわかに現実感を増し、オマハ出身の気球乗りという実体のある人間へと変身する。魔法使いオズは人々の心理を巧みに利用し、さまざまな創造的な工夫をして作りあげた幻影で、人々を惑わせた。その意味でオズは偉大なクリエイターであったと言えるのではないだろうか。

オズにそれぞれの願いを叶えてもらったカカシやブリキの木こりや臆病なライオンは、実は最初から知恵や、やさしい心や勇気を持っていたことは明白である。たとえば、カカシはドロシーがお腹をすかせた時のために木の実を集めようと考え、ブリキの木こりはうっかり虫を踏み潰してしてしまったことを悲しんで、自分を錆びつかせるほど涙を流し、ライオンは行く手の深い溝を前にして勇気をふるって飛び越える決心をするなど、彼らにはすでに求めているものが備わっていることは多くの場面で示されている。彼らの問題は自分の力を自覚することができないことにあり、オズが

彼らに与えたのは自分への信頼であった。人の心を読むことが巧みなオズは、一連の儀式を通じて彼らが一番必要としたものを与えている。古代の強力な魔法使いとは違い、人に本来の力を呼び覚まさせるところにオズの魔法の本質があると言えるだろう。

主人公のドロシーは伝統的な童話の主人公のような美しさや特別の力を与えられてはいない。代わりに子どもらしい快活さと豊富な好奇心を持ち合わせている。また、勇気があり、思いもかけぬことがおきても逃げることなく立ち向かっていく。礼儀正しく親切でもある。ドロシーは美しさや力ではなく、その愛すべき性格で物語の中心的な存在となっているのである。また、ロジャーズも指摘しているように、伝統的な童話では女性の登場人物は恋人または父などの男性に支えられるのが通例であるが、ドロシーは独立しており、気持ちを強く持ち、努力を重ね、障害を超えて家への帰還を果たした。そればかりか彼女は3人の男性の登場人物を人間としての完成へと導き、オズにも宮殿に閉じこめるのをやめて、オマハでより健康的な暮らしをする方がよいと勧めてもいる (Rogers, 76-77)。女性が社会の中で着実に力をつけてきていた当時、ボームはドロシーを男性の助けを待つ弱い存在としてではなく知恵と勇気を持つ独立した存在として描いた。そういうドロシーであったからこそ、想像力にあふれたこの冒険物語が成立したのである。

18世紀の終わりに独立したアメリカは、文化的には長らくヨーロッパの影響下にあり、文学も当初はヨーロッパの作品がほとんどであった。児童書についても同様の状況で、少しずつアメリカを舞台とした作品も書かれはしたが、内容的にはヨーロッパ作品の枠組みをそのままアメリカに移したものが多かった。アメリカに根ざした初期の作品としては、1867年に出版されたホレイショ・アルジャーの『ボロ着のディック』(Alger, Horatio. *Ragged Dick*) を挙げることができる。この作品は、社会の底辺にいても努力と勇気があれば富と成功を手に入れることができるというアメリカン・ドリームを表した作品である。『オズ』が出版された1900年はアメリカン・ドリームはすでに実現のむずかしい時期に来ており、ドロシーがめざしたのも富や力ではなく、仲間の幸せや家族への愛であった。『オズ』は新しいアメリカの童話として時代の波を越えていく子どもたちに勇気と愛を与えたのであった。

V. 新たな価値の創造

『オズ』の物語は出版当初も人気を博したが、100年を経た現在も世界中で多くの本が出版され、映画や演劇やミュージカルとして繰り返し上演されている。このことは『オズ』の物語がけっして古びることなく人々に受け入れられてきたことにはかならない。人々はドロシーが竜巻に巻き込まれるように、物語の世界に巻き込まれ、ドロシーと共にオズの国を旅するのである。時代が変わり、社会環境が変わっても、オズの世界は変わらず、子どもたちはそこから勇気や友情を学び取って成長する。

ドロシーは竜巻に吹き飛ばされてマンチキンの国に降り立つが、そこで初めて魔女に会う。エムおばさんから魔女はずっと昔に死んだと聞かされていたので、そのことを聞くと、魔女は「文明国では、魔女は生き残ってはいないはず。魔法使いも、魔女も、魔術師さえも。けれどもオズの国は、世界のどの国からも切り離されているのでこれまで一度も文明国になったことはありません。だから、わたしどもの中にはまだ、魔女や魔法使いがいるのです。」(28)と述べる。科学技術が進歩し、政治や経済が変化しても、オズの国には魔女や魔法使いが生きる余地があり、冒険の場があることを意味する。

『オズ』が出版された1900年はフロイトの『夢判断』が出版された年でもあり、以後、ヨーロッパやアメリカではフロイトの影響が次第に大きくなっていった。ボームはドロシーのオズへ国の旅は夢ではなく、奇妙ではあってもリアルな体験であることを明確にしようとした。ボームはおとぎ話を夢とすると、この世界の向こうに別の世界があることを否定することになると考え、おとぎ話を夢にされることから救いたいと願った(Loncraine, 184)。フロンティアの消滅により、新たな土地がなくなり、経済は北部の資本家に支配されて閉塞状態にあった時代に、ボームは「オズ」という別の世界を作りあげた。そこは欠点を持ち、知恵や力が足りなくても、協力し助け合っていけば願いが叶う世界なのである。

ドロシーのカンザスの家では、おじもおばも家や周囲の畑も灰色であったが、オズの国ではすべてがカラフルで豊かな風景が広がっていた。作物や果樹が緑の畑や果樹園、あちこちに咲く花々、鳥は鳴き、小川が流れる美しい景色に、灰色の世界から来たドロシーは思わず見とれてしまう。その後、3人のマンチキンの男と魔女が挨拶にやって来るが、3人の男は帽子も衣服も

ブーツも青を身に着け、魔女はすべて白を身に着けている。その後も黄色のレンガ道やすべてが緑のエメラルド・シティなど色に関する描写は多い。オズの国にはカンザスが失ってしまった色が豊かに存在し、それぞれが本来の色を取り戻し、輝いているのである。

ドロシーはカカシにカンザスはどんな所かと聞かれて、カンザスでは何もかも灰色だと話すと、カカシは「あんたが、なぜこのきれいな国から、カンザスとかいう、からからに乾いた灰色の国へ帰りたいがるのか、おれにはさっぱりわからんな。」(52)と述べる。それに対してドロシーが返した答えは「自分の家がどんなにみじめで灰色でも生身のからだをもったわたしたち人間は、ほかのどんな国よりも、自分の家に住みたがるものなのよ。たとえ、ほかの国がどんなに美しいところでも、ほんとに我が家にまさるところはなしよ。」(52)というものであった。

壮大な夢や無から有を生み出すような変化は望むべくもないが、現実の世界が行き詰ったとき、『オズ』の想像の世界は人やものの本来の姿を思い出させ、何が本当かを考えさせる。富や力が価値をもつ現実を離れ、自分の家や周囲の人を大切にするというシンプルな生き方を提示しているようにも思える。『オズ』の物語は時代の変遷を越え、新たな価値を創造した。

引用文献

- Baum, L. Frank. *The Wonderful Wizard of Oz*. 1900. New York: Harper, 1987. Print. 『オズの魔法使い』 渡辺茂雄訳 福音館書店 1992.
- Dighe, Ranjit S., ed. *The Historian's Wizard of Oz: Reading L. Frank Baum's Classic as a Political and Monetary Allegory*. Westport, CT: Greenwood, 2002. Print.
- Heam, Micael Patrick. "L. Frank Baum and the 'modernized fairy tale'." *Children's Literature in Education*, 10, 2, (1979), pp.57-67.
- Huberman, Leo. *We, the People: the Drama of America*. 1970. New York: Monthly Review Press, 2002. Print. 『アメリカ人民の歴史』上下巻 小林良正・雪山慶正訳 岩波書店 1954.
- Littlefield, Henry M. "The Wizard of Oz: Parable on Populism." *American Quarterly*, 16, 1 (Spring, 1964), pp.47-58.
- Loncraine, Rebecca. *The Real Wizard of Oz: The Life and Times of L. Frank Baum*. New York: Penguin,

2009. Print.

Riley, Michael O. *Oz and Beyond the Fantasy World of L. Frank Baum*. Lawrence, KS: UP of Kansas, 1997. Print.

Rogers, Katharine M. Rogers. *L. Frank Baum: Creator of Oz — A Biography*. Cambridge, MA: Perseus, 2002. Print.

猿谷要 『アメリカ歴史の旅：イエスタデイ&トゥデイ』朝日選書325 朝日新聞社 2001.

オットー・L・ベットマン 『目で見ると金ぴか時代の民衆生活』山越邦夫他訳 草風館 1999.

米国大使館「米国の歴史の概要」第9章「不満と改革」
<<http://aboutusa.japan.usembassy.gov/j/jusaj-ushist9.html>> 2014.3.20.

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.8-16 (2014)

三重県と滋賀県における麻疹ワクチン接種率向上のための 保健師活動の比較検討

A Comparative Study of Work by Public Health Nurses to Improve Measles Immunization Rates in Mie and Shiga Prefectures

川上雅美¹⁾
KAWAKAMI, Masami

工藤綾子¹⁾
KUDOU Ayako

江原義郎²⁾
EHARA Yoshirou

稲葉裕³⁾
INABA Hiroshi

岩渕和久^{1,4)}
IWABUCHI Kazuhisa

要 旨

麻疹ワクチンの接種率向上に向けた取り組みについて、2008年度第1期麻疹ワクチン接種率が全国第1位の三重県と第46位の滋賀県の保健所および市町保健センターに勤務する保健師を対象に、質問票による調査を実施した。第1期麻疹ワクチン接種を勧める啓発活動の実施状況において、「母子健康手帳交付時」の実施率が三重県では48.4%、滋賀県では13.1%であり、有意差がみられた。また、「出生届の提出時」の実施率は三重県24.7%、滋賀県10.3%、「1歳6ヶ月児健診時」は97.4%、90.2%、「3歳児健診時」は77.1%、49.5%、「新生児訪問時」では、79.6%、64.5%、「転入者に接種の説明」は、95.5%、86.7%、であり、これらの時期において三重県の実施率が有意に高かった。三重県と滋賀県における乳幼児健診の実施方法は、三重県では4ヶ月児健診と10ヶ月児健診を医療機関へ委託しており、小児科医が麻疹ワクチンを含む予防接種に関する説明を保護者に行っていた。また、電子化された予防接種台帳を用いた1歳6ヶ月児と3歳6ヶ月児の時点での予防接種全般の接種率把握ができていた。一方、滋賀県では主に市町保健センターが乳幼児健診を実施しており、保健師が予防接種の説明を行っていた。以上のことから、保健師活動とともに医療機関が相互補完的に保護者に啓発活動を行うことが麻疹予防摂取率向上に重要であると考えられた。

キーワード：麻疹、予防接種、接種率、フォローアップ

Key Words: Measles, vaccination, immunization rate, follow-up

1. はじめに

WHOの2001年の統計では麻疹は5歳以下の子どもの死因の3大原因の一つであり¹⁾ WHOは、麻疹を天然痘、ポリオに次いで積極的に対策を取るべき感染症に位置づけ、日本を含めた西太平洋地域(WPRO: Western Pacific Regional Office)において2012年を麻疹排除(elimination)の目標年²⁾と設定していた。麻疹が排除された状態であると判断するWHO西太平洋地域の指標は、①輸入例を除き麻疹確定例が1年間に人口100万人当たり1例未満であること；②全数報告などの優れたサーベイランスが実施されていること；③2回の予

1) 順天堂大学大学院医療看護学研究科 感染看護学
Infection Control Nursing, Juntendo University Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 順天堂大学大学院医学研究科医学教育研究室
Department of Medical Education, Juntendo University Graduate School of Medicine

3) 順天堂大学 名誉教授
Juntendo University Emeritus Professor

4) 同医学研究科 環境医学研究所
Institute for Environmental and Gender-specific Medicine, Juntendo University Graduate School of Medicine

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

防接種率がそれぞれ95%以上であること；④輸入例に続く集団発生が小規模であること³⁾である。それを受けて2006年6月より日本においても本格的な麻疹排除対策が開始されたが、全数把握開始後の2012年末時点で、人口100万人当たり1.8例⁴⁾であり、WHOが定義する、西太平洋地域の麻疹の排除期である、「一年間の報告数が100万人当たり1未満（輸入症例を除く）」⁵⁾にはまだ及ばない状況である。このように、わが国の麻疹はWHOによる第一段階である麻疹患者の発生、死亡の減少を目指す制圧期を脱していない。

麻疹ワクチンは予防接種法による努力義務接種であり、予防接種をしない場合の罰則規定はない。麻疹ワクチン接種の定期接種の時期は1歳と小学校就学前の1年間である。したがって、対象者が予防接種を受けるか否かの判断は保護者が行うこととなる。そこで、麻疹の予防接種率を95%以上とし、維持し続けるためには保護者が子どもに麻疹ワクチンを受けさせようと決めるための啓発活動を保護者に対して全国レベルで行う必要がある。日本においては、これまでに様々な試みが行われている。先行研究によると、予防接種台帳を整備し未接種者に接種を促している地域は、接種率が高くなるといわれている⁶⁾。しかしながら、予防接種やその啓発活動は自治体の意識にかかっているとされており⁷⁾、何れが有効であるかのさらなる理解が求められている。

保健師は、保護者に直接接し、自治体や医療機関が行っている麻疹ワクチン接種率向上に向けた取り組みに関わりをもっている。そのため、保健師は保護者の麻疹ワクチン接種に対する行動や考えを理解し、啓発活動の有効性について把握している可能性がある。そこで、本研究では、2008年度の麻疹の全数把握調査において第1期麻疹ワクチン接種率が全国第1位の三重県（接種率98.5%）⁸⁾に着目し、麻疹の予防接種に対する保健師の見解を調査することで、なぜ麻疹ワクチン接種をする保護者が三重県で多くなっているのかを明らかにすることを目指した。その際、2008年度の接種率第46位（89.1%）⁸⁾である隣接県の滋賀県においても同様の調査を行い、両県における取り組みや考え方の相違を比較検討することとした。

対象と方法

2. 対象

三重県及び滋賀県の各施設に所属する保健師を対象とした。具体的には、三重県の9保健所、1政令市、28

市町、滋賀県の7保健所、1中核市、19市町に所属する保健師509名を対象とした。

自記式調査票は2010年7月に郵送にて配布し調査票の返送を以って、本研究への同意が得られたものとした。結果を分析し検証するために、2010年11月に三重県健康福祉部健康危機管理室及びこども家庭室・母子保健グループと滋賀県健康福祉部健康推進課及び地域保健推進担当にて県・市町・医師会の実施している乳幼児健診実施時期並びに麻疹ワクチン接種啓発活動内容を調べた。さらに、三重県医師会において、三重県における医療機関による麻疹ワクチン接種率向上への取り組みについて実地調査を行った。

3. 調査内容

第1期麻疹ワクチンの接種率を向上するための現状把握のために以下の14項目の質問を実施した。

第1期の麻疹ワクチンの接種を勧めるための行事や活動については、「母子健康手帳交付時での指導」、「出生届の提出時における指導」、「4ヶ月児健診時での指導」、「10ヶ月児健診時での指導」、「1歳6ヶ月児健診時での指導」、「3歳児健診時での指導」、「新生児訪問時での指導」、「かかりつけ医との連携」、「予防接種台帳の整備」、「第1期接種対象者への個別通知」、「第1期の接種率の定期的な把握」、「未接種者の把握」、「未接種者への個別通知」、「転入者に接種の説明」とした。

次に、麻疹の予防接種の必要性を保護者に説明する時期について、「母子健康手帳の交付時」、「母親学級で」、「両親学級で」、「出産後から1週間程度の間助産師・看護師から」、「出生届を出した時」、「4ヶ月児健診の時」、「10ヶ月児健診の時」、「1歳6ヶ月児健診の時」、「3歳児健診の時」とした。

麻疹ワクチンの接種率を上げるための必要な啓発活動については先行研究を参考とし、「市町村との連携」、「市民公開講座の実施」の計18項目を設定した^{9~24)}。

4. 統計解析

統計学的処理は、Statistical Analysis System (SASバージョン4.2, SAS Institute Inc, Cary, NA)を用いて、各質問事項における三重県と滋賀県の回答の比率に差があるか否かについて、 χ^2 検定、Fisherの正確検定（直接確率法）を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学医療看護学部倫理委員会にて

2010年4月22日に承認を得た。倫理的配慮として、個人を特定されないために、無記名による郵送法での返却により本研究に同意したと見なした。

6. 結果

三重県と滋賀県の全ての保健所・市町保健センターに調査依頼を行い、許可の得られた65施設に勤務する保健師全員を対象に自記式質問票を送付し回答を得た。三重県においては、305通発送し、返信数は203であり、調査用紙の有効回収率は66.2%であった。滋賀県においては、204通発送し、返信数は122であり、有効回答率は59.8%であった。

i. 現在行っている第1期の麻疹ワクチンの接種を勧めるための指導

第1期麻疹ワクチンの接種を勧めるための指導の実施状況(表1)では、「母子健康手帳交付時での指導」、「出生届の提出時における指導」、「1歳6ヶ月

表1. 第1期・麻疹ワクチンの接種を勧めるための指導の状況

		三重n (%)	滋賀n (%)	P 値
母子健康手帳 交付時	実施	74 (48.4)	14 (13.1)	<.0001***
	未実施	79 (51.6)	93 (86.9)	
出生届の提出時	実施	37 (24.7)	11 (10.3)	0.0035**
	未実施	113 (75.3)	96 (89.7)	
4ヶ月児健診時	実施	28 (19.4)	53 (49.1)	<.0001***
	未実施	116 (80.6)	55 (50.9)	
10ヶ月児健診時	実施	35 (24.3)	108 (96.4)	<.0001***
	未実施	109 (75.7)	4 (3.6)	
1歳6ヶ月児健診時	実施	152 (97.4)	101 (90.2)	0.0108*
	未実施	4 (2.6)	11 (9.8)	
3歳児健診時	実施	118 (77.1)	54 (49.5)	<.0001***
	未実施	35 (22.9)	55 (50.5)	
新生児訪問時	実施	121 (79.6)	69 (64.5)	0.0067**
	未実施	31 (20.4)	38 (35.5)	
かかりつけ医との 連携	実施	75 (50.7)	54 (52.4)	0.7848
	未実施	73 (49.3)	49 (47.6)	
予防接種台帳の 整備	実施	141 (91.0)	92 (86.0)	0.206
	未実施	14 (9.0)	15 (14.0)	
第1期・接種対象者 への個別通知	実施	45 (30.6)	27 (25.7)	0.3961
	未実施	102 (69.4)	78 (74.3)	
第1期の接種率の 定期的な把握	実施	131 (87.9)	88 (83.0)	0.268
	未実施	18 (12.1)	18 (17.0)	
未接種者の把握	実施	122 (81.3)	75 (71.4)	0.0633
	未実施	28 (18.7)	30 (28.6)	
未接種者への 個別通知	実施	68 (46.0)	41 (40.2)	0.3676
	未実施	80 (54.0)	61 (59.8)	
転入者に接種の 説明	実施	148 (95.5)	91 (86.7)	0.0105*
	未実施	7 (4.5)	14 (13.3)	

*P < 0.05 **P < 0.01 ***P < 0.001 (χ^2 検定)

児健診時での指導」、「3歳児健診時での指導」、「新生児訪問時での指導」、「転入者に接種の説明」については、三重県の方が滋賀県よりも「行っている」と答えた保健師の割合が有意に高かった。一方「4ヶ月児健診時での指導」と「10ヶ月児健診時での指導」は滋賀県の方が三重県よりも「行っている」と答えた保健師の割合が有意に高かった。

「かかりつけ医との連携」、「予防接種台帳の整備」、「第1期接種対象者への個別通知」、「第1期の接種率の定期的な把握」、「未接種者の把握」、「未接種者への個別通知」については、「行っている」と答えた人の割合は三重県と滋賀県で有意差が見られなかった。

表2. 保健師から見て麻疹の予防接種の必要性を保護者に説明する適切な時期

	三重n (%)	滋賀n (%)	P 値
①母子健康手帳の交付時			<.0001***
1. 良くない	46 (24.2)	49 (42.6)	
2. どちらでもない	62 (32.6)	47 (40.9)	
3. 良い	82 (43.2)	19 (16.5)	
②母親学級で			<.0001***
1. 良くない	25 (13.2)	37 (32.2)	
2. どちらでもない	62 (32.6)	43 (37.4)	
3. 良い	103 (54.2)	35 (30.4)	
③両親学級で			<.0001***
1. 良くない	22 (11.6)	36 (31.3)	
2. どちらでもない	61 (32.1)	36 (31.3)	
3. 良い	107 (56.3)	43 (37.4)	
④出産後から1週間程度の間 に助産師・看護師から			<.0001***
1. 良くない	36 (19.0)	42 (36.5)	
2. どちらでもない	65 (34.4)	46 (40.0)	
3. 良い	88 (46.6)	27 (23.5)	
⑤出生届を出した時			<.0001***
1. 良くない	27 (14.3)	36 (31.6)	
2. どちらでもない	65 (34.4)	49 (43.0)	
3. 良い	97 (51.3)	29 (25.4)	
⑥4ヶ月児健診の時			0.0601
1. 良くない	10 (5.3)	5 (4.3)	
2. どちらでもない	27 (14.2)	29 (25.0)	
3. 良い	153 (80.5)	82 (70.7)	
⑦10ヶ月児健診の時			0.7334
1. 良くない	1 (0.5)	0 (0.0)	
2. どちらでもない	3 (1.6)	2 (1.7)	
3. 良い	188 (97.9)	115 (98.3)	
⑧1歳6ヶ月児健診の時			0.4325
1. 良くない	4 (2.1)	1 (0.9)	
2. どちらでもない	7 (3.7)	2 (1.7)	
3. 良い	180 (94.2)	113 (97.4)	
⑨3歳児健診の時			0.0816
1. 良くない	21 (11.1)	18 (15.7)	
2. どちらでもない	24 (12.7)	23 (20.0)	
3. 良い	144 (76.2)	74 (64.4)	

ii. 保健師から見た麻疹の予防接種の必要性を保護者に説明する適切な時期

麻疹の予防接種の必要性を保護者に説明する時期として、「母子健康手帳の交付時」、「母親学級の時期」、「両親学級の時期」、「出産後から1週間程度の間に助産師・看護師から」、「出生届を提出した時期」が両県で3段階の回答の比率に有意差が見られた(表2)。一方、「4ヶ月児健診時」、「10ヶ月児健診時」、「1歳6ヶ月児健診時」、「3歳児健診時」の時期については、両県で3段階の回答の比率に有意差が見られなかった。

iii. 保健師が考える麻疹ワクチンの接種率を上げるために必要な取り組み

保健師から見た麻疹ワクチンの接種率を向上させるための取り組みとして、「母親・両親学級における集団指導」、「妊婦健診時に助産師から予防接種の指導」、「保健センターで休日の集団接種」、「市町村からの個別通知の義務化」、「テレビやラジオのCMで“麻疹のワクチン接種”の啓発活動」、「広域的(居住地以外)予防接種の実施」の項目において、両県で3段階の回答した人数の比率に有意差がみられた。特に、「広域的予防接種の実施」に関しては、回答した滋賀

表3. 麻疹ワクチンの接種率を上げるための取り組み

	三重n(%)	滋賀n(%)	P値		三重n(%)	滋賀n(%)	P値 (Fisher)
①かかりつけの医師や看護師・助産師と市町村との連携			0.0997	⑩保健師による家庭訪問の実施			0.2199
1. 必要でない	4(2.0)	2(1.7)		1. 必要でない	40(20.3)	33(27.1)	
2. どちらでもない	10(5.1)	14(11.6)		2. どちらでもない	79(40.1)	51(41.8)	
3. 必要	184(92.9)	105(86.8)		3. 必要	78(39.6)	38(31.2)	
②地域で予防接種に関する市民公開講座の実施			0.2059	⑪テレビやラジオのCMで「麻疹のワクチン接種」の啓発活動			(0.0417*)
1. 必要でない	24(12.2)	17(14.2)		1. 必要でない	4(2.0)	2(1.6)	
2. どちらでもない	67(34.2)	51(42.5)		2. どちらでもない	20(10.2)	24(19.7)	
3. 必要	105(53.6)	52(43.3)		3. 必要	173(87.8)	96(78.7)	
③予防接種に関する独自のポスターやパンフレットの作成			0.5022	⑫地域での医療機関の予防接種従事者(医師・保健師・看護師)を対象とした公開講座の実施			0.0823
1. 必要でない	9(4.6)	9(7.4)		1. 必要でない	8(4.1)	12(10.1)	
2. どちらでもない	43(21.8)	23(19.0)		2. どちらでもない	64(33.0)	32(26.9)	
3. 必要	145(73.6)	89(73.6)		3. 必要	122(62.9)	75(63.0)	
④1歳の誕生日にカレンダーに貼る麻疹シールの配布			0.1798	⑬転入時に麻疹に限らず予防接種についての指導			0.9075
1. 必要でない	30(15.3)	19(15.6)		1. 必要でない	1(0.5)	1(0.8)	
2. どちらでもない	71(36.2)	56(45.9)		2. どちらでもない	7(3.6)	5(4.1)	
3. 必要	95(48.5)	47(38.5)		3. 必要	189(95.9)	115(95.0)	
⑤母親・両親学級における集団指導			0.0005***	⑭広域的(居住地以外)予防接種の実施			0.0008***
1. 必要でない	18(9.1)	25(20.7)		1. 必要でない	12(6.2)	0(0)	
2. どちらでもない	61(30.8)	48(39.7)		2. どちらでもない	36(18.7)	11(9.1)	
3. 必要	119(60.1)	48(39.7)		3. 必要	145(75.1)	110(90.9)	
⑥妊婦健診時に助産師から予防接種の指導			0.0039**	⑮電話で個別にワクチン接種の勧奨			0.6567
1. 必要でない	29(14.7)	34(28.1)		1. 必要でない	43(22.1)	32(26.5)	
2. どちらでもない	83(41.9)	52(43.0)		2. どちらでもない	73(37.4)	44(36.4)	
3. 必要	86(43.4)	35(28.9)		3. 必要	79(40.5)	45(37.2)	
⑦麻疹ワクチンの完全無料化(任意予防接種も含む)			0.0903	⑯市町村で予防接種に関する相談窓口の設置			0.817
1. 必要でない	20(10.4)	17(14.2)		1. 必要でない	11(5.7)	9(7.5)	
2. どちらでもない	54(28.0)	21(17.5)		2. どちらでもない	46(24.0)	29(24.2)	
3. 必要	119(61.7)	82(68.3)		3. 必要	135(70.3)	82(68.3)	
⑧保健センターで休日の集団接種			0.0022**	⑰新聞や広報誌(県の便り、機関紙)による普及啓発			0.4683
1. 必要でない	94(48.0)	81(66.9)		1. 必要でない	6(3.1)	5(4.2)	
2. どちらでもない	74(37.8)	33(27.3)		2. どちらでもない	28(14.5)	12(10.0)	
3. 必要	28(14.3)	7(5.8)		3. 必要	159(82.4)	103(85.8)	
⑨市町村からの個別通知の義務化			0.0010**	⑱全国一律に予防接種を受ける「予防接種の日」の設置			0.1797
1. 必要でない	35(17.6)	43(35.3)		1. 必要でない	68(34.9)	42(34.7)	
2. どちらでもない	61(30.7)	35(28.7)		2. どちらでもない	79(40.5)	59(48.8)	
3. 必要	103(51.8)	44(36.1)		3. 必要	48(24.6)	20(16.5)	

県の保健師の90.9%が必要であると答えた(表3)。「かかりつけの医師や看護師・助産師と市町村との連携」、「地域で予防接種に関する市民公開講座の実施」、「予防接種に関する独自のポスターやパンフレットの作成」、「1歳の誕生日にカレンダーに貼る麻疹シールの配布」、「任意予防接種も含めた麻疹ワクチンの完全無料化」、「保健師による家庭訪問の実施」、「地域での医療機関の予防接種従事者を対象とした公開講座の実施」、「転入時に麻疹に限らず予防接種についての指導」、「電話で個別にワクチン接種の勧奨」、「市町村で予防接種に関する相談窓口の設置」、「新聞や広報誌による普及啓発」、「全国一律に予防接種を受ける“予防接種の日”の設置」については3段階の中で回答した人数の比率に有意差が見られなかった。

iv. 実際に行われた啓発活動の差違について

質問票の結果で有意差が認められた啓発活動について、三重県庁と滋賀県庁の麻疹ワクチン接種の啓発活動を担当している部署における調査時点での取り組み状況を聞き取り調査した結果を表4に示す。三重県においては、三重県庁での調査の結果、三重県医師会がワクチン接種の啓発活動を重点的に取り組んでいたことが明らかとなったので、三重県医師会の予防接種に関する啓発活動状況も調査した。その結果、三重県では医療機関が4ヶ月児健診・10ヶ月児健診を行い、予防接種全般の指導を小児科医が行っていた。また、3歳6ヶ月児健診は市町が行い、三重県医師会では、任意で5歳児健診を試みていた。さらに、三重県では小児科医と保健師が参加メンバーである乳幼児健診委員会を設けて、乳幼児健診に関する情報や意見交換を実施していた。4ヶ月児健診、10ヶ月児健診、1歳6ヶ月児健診、3歳6ヶ月児健診に来ない子(もれ者)に対して保健師が直接訪問するなどの個別対応をしていた。三重県ではもとも予防接種台帳から未接種者を拾い上げる作業を

手作業で行っていたが、調査時点では電子化されており、1歳6ヶ月児と3歳6ヶ月児の時点での予防接種全般の接種率を把握できていた。そして、2010年より、インフルエンザ、水痘、肺炎球菌などの任意予防接種の項目が書かれている用紙を三重県医師会が作成、小児科医から母親へ配布し、母子健康手帳に貼り付けていた。

7. 考 察

本研究を行う上で基準とした2008年における麻疹ワクチンの接種率は、全国平均で第1期(生後12ヶ月から24ヶ月児)は94.3%であり⁸⁾、WHOが麻疹排除のための目標とする95%以上の接種率には達していなかった。本研究では、麻疹ワクチン接種率が基準に達していた三重県と達していなかった滋賀県の保健師が行っている第1期の麻疹ワクチンの予防接種の取り組みと、保健師の考えを比較検討し、統計学的に有意に異なる多くの回答を得ることができた。三重県と滋賀県において最も異なった回答は、保護者に対する啓発活動の取り組み姿勢であった。三重県では、妊娠初期の母子健康手帳交付時から出産後退院して新生児訪問を受けるまでの一連の期間において保護者に対して継続的な予防接種に関する啓発活動をしている姿勢が認められた。その一方滋賀県では、母子保健法で定められている健診時における指導に重きを置いていた。秋田県が2003年に行った保護者を対象とした麻疹ワクチンに関する行動調査では、麻疹ワクチンに関する情報源が行政からの文書(OR=2.6, 95% CI: 1.4-4.9)と母子健康手帳(OR=1.7, 95% CI: 1.1-2.7)である場合には、保護者が麻疹ワクチン接種を子どもに受けさせる割合が高かった¹⁶⁾。また、八幡らが麻疹ワクチン未接種児の保護者9名を対象に行ったフォーカス・グループ・インタビューによる聞き取り調査では、麻疹ワクチン接種率向上への改善策として、「母子健康手帳に麻疹ワクチンの安全性について銘記する」などの知識面、「当該自治

表4. 三重県と滋賀県における麻疹ワクチンの接種啓発活動の取り組み状況

	三重県	滋賀県
4ヶ月健診	医療機関に委託 BCGやポリオも個別接種	大津市と草津市は医療機関に委託 それ以外は市町で実施
10ヶ月健診	医療機関に委託 定期予防接種を全て個別接種	市町で実施
1歳6ヶ月健診	市町で実施	市町で実施
独自の取り組み	任意予防接種を母子健康手帳に記載	新生児訪問で予防接種全般の説明

体以外でも接種ができる」「麻疹ワクチン接種の日時が決まっていると無理してでも接種させる」などの接種環境面、「保健師が健診などで麻疹ワクチンが未接種であることを伝えると受けなければいけないと思う」などの保健行政面などが挙げられている²⁵⁾。第1期の麻疹ワクチンの接種を勧める啓発活動において、三重県では母子健康手帳の交付時、母親・両親学級、出産のための入院から退院時、出生届時のいずれの時期においても啓発活動を実施することが適切であると評価する人が保健師の半数前後にのぼり、実際に行っている保健師も2～5割であった。一方で滋賀県においては、これらの時期における意義を捉えている回答は1～3割であり、実際に行っている保健師は1割であった。興味深いことに、4ヶ月および10ヶ月児健診時における保健師による指導は三重県が滋賀県よりも少なかった。質問票を実施した時点において三重県では、4ヶ月と10ヶ月児健診は医療機関が担当していたことから、保健師が健診時に保護者に接する機会は少ないと考えられた。その一方で、小児科医が4ヶ月児健診時に麻疹に限らず予防接種全般の意味と意義を個別に説明・指導をする活動が三重県医師会により推進されていた。さらに、三重県では調査時点において予防接種台帳が電子化されており、1歳6ヶ月児と3歳6ヶ月児の時点での予防接種全般の接種率を把握できていた。したがって、三重県では自治体による母子保健事業と医療機関による啓発活動が相互補完的に行われていると考えられた。一方で、滋賀県では多くの場合、健診を市町が担当していることから、保健師による保護者に対する予防接種に関する啓発活動を実施する機会があると考えられた。

三重県では1歳6ヶ月児健診時に麻疹ワクチン接種の啓発活動を行っている保健師が97.4%と極めて高く、滋賀県に比べて有意に高かった。麻疹の低年齢層での流行を減らすために2003年11月に麻疹の標準接種期間が「生後12ヶ月から24ヶ月」から「生後12ヶ月から15ヶ月」に変更²⁶⁾された。そのため、調査実施時点では、1歳6ヶ月児健診は第1期麻疹ワクチン未接種者に対する最初の把握と直接的な啓発活動の機会となる。したがって、1歳6ヶ月児健診時での指導は、未接種者の保護者に対する啓発活動としては有効な時期と考えられる。実際、実施率において三重県が滋賀県よりも有意に高かったが、滋賀県においても90.2%の保健師が、麻疹ワクチン接種の啓発活動を行っており、97.4%の保健師が行うと良い時期と捉えていた。

1歳6ヶ月児健診以降における啓発活動はすべて第1期麻疹ワクチン未接種者の保護者に対する接種勧奨の位置づけとなる。テレビやラジオのCMを活用した「麻疹のワクチン接種」の啓発活動については、滋賀県ではどちらでもないと回答した保健師が一定数いたため、回答の仕方により有意差が認められたが、必要であると回答した保健師は三重県では87.8%、滋賀県では78.7%と大多数を占めていた。三重県と滋賀県においては、殆どの保健師がメディアを通しての広報を行う必要があると考えていると思われる。

麻疹排除達成には、1歳以上のすべての年齢コホートで麻疹に対する予防接種率が95%以上になることが必要であり、厚生労働省では、毎年各都道府県における麻疹対策および予防接種の状況を調査している。三岐らは、全国市区町村を対象に、各市区町村の麻疹含有ワクチン接種率が95%以上達成されている自治体と達成されていない自治体の間で、接種率向上に向けた対策に関して差がみられないかどうかを2008年から2011年にかけて比較検討している²⁷⁾。その結果、接種率95%以上達成のために有効であったと考えられる項目は、接種率の速やかな把握、接種対象者への個別通知や未接種者への予防接種勧奨ハガキ等の郵送、学校に対するワクチン接種調査と接種率の速やかな把握、「集団の場」を用いた接種、別の市区町村における麻疹発生状況の速やかな把握の5項目であった。第1期・麻疹の予防接種率の向上に向けた今回の調査研究においても、3歳児健診時と県内への転入者に保健師が麻疹ワクチン接種の啓発活動を行う割合が三重県で有意に高かったことは、三重県においては、予防接種台帳の電子化が整備されていることから、県内への転入者の第1期麻疹ワクチン未接種者の把握を試みようとしている姿勢が伺えた。

本研究では、三重県と滋賀県における第1期麻疹ワクチンの接種率を向上させるための取り組みの違いについて保健師を対象とした調査票から明らかにすることが出来た。その違いと、両県の担当部署における活動の違いから、麻疹ワクチン接種の啓発活動において、自治体による母子保健事業と予防接種台帳の整備、医療機関による保護者への啓発活動が相互補完的に行われることが、接種率向上に重要であると推定された。しかしながら、今回の結果を実証するためには、全国規模での同様の調査を実施することが必要である。特に、転入者のワクチン接種の有無の把握など、接種率の速やかな把握が自治体によってどうなっているかを全国

規模で調査を行うことで、第1期のみならず、第2期以降の接種率向上に向けた有効な啓発活動に繋がると考えられた。

8. 結語

三重県と滋賀県における保健師の麻疹ワクチン接種の啓発活動の実施状況と考え方の違いから、第1期麻疹ワクチン接種の啓発活動として、妊娠初期から第1期麻疹ワクチン接種直前まで保護者に対する啓発活動を行うことと、対象時期を過ぎてもなお未実施者の保護者に対して、1歳6ヶ月児健診や3歳児健診時並びに県内への転入時に啓発活動を行うことが高い接種率につながる可能性が示唆された。また、保健師活動と共に、医療機関による保護者への啓発活動が相互補完的に行われることが接種率向上に重要であると考えられた。

謝辞

本研究を行うに当たり、ご協力頂いた三重県と滋賀県の保健師の方々、並びに両県の県職員や医療関係者の方々に心から感謝申し上げます。そして、三重県における母子保健活動の実態調査にご協力頂いた櫻井しのぶ博士（順天堂大学医療看護学研究科）に感謝申し上げます。

利益相反について

本研究にあたり利益相反はない。

参考文献

- 1) 松永貞一, 安藤進, 青井禮子, 他. 地域での新たな麻疹対策への取り組み—東京都葛飾区の場合—. 小児科 48: 289-297, 2007
- 2) 多屋馨子. 麻疹排除と麻疹風疹混合 (MR) ワクチン追加接種の取り組み. 公衆衛 73: 726-729, 2009
- 3) 岡部信彦. 最近の国内外における麻疹の疫学状況と麻疹排除の動き. 臨床と微生物 35: 3-9, 2008
- 4) World Health Organization. MEASLES - RUBELLA Bulletin. 7: 2, 2013
- 5) 国立感染症研究所感染症情報センター. 感染症週報 11 (4): 14-21, 2009
- 6) 中山哲夫. 「他領域からのトピックス」—わが国のワクチン行政の現状と問題点—. 日耳鼻 115: 605-611, 2012
- 7) 橋本剛太郎. 勧奨接種のワクチン—現行ワクチンの問題点と将来に向けてMR ワクチン接種率を上げるには. 臨床検査 54: 1317-1321, 2012
- 8) 国立感染症研究所感染症情報センター. 総合表: 都道府県別麻疹ワクチン接種率 2008年度最終評価 (2013, 4, 28): “接種対象群別結果一覧” <<http://idsc.nih.go.jp/disease/measles/pdf02/20090812-01.pdf>>
- 9) 田内佳子, 千屋誠造, 永安聖二, 他. はしかの予防接種がうけやすい環境づくりを目指して—保護者の主体的な接種行動への試み—. 高知衛研報 48: 33-41, 2002
- 10) 日本製薬団体連合会, 社団法人細菌製剤協会. ワクチン普及・啓発への提言・意見. 7月13日, 2007
- 11) 五味晴美. 麻疹への抜本的提言. 日医総研ワーキングペーパー, 8: 1-44, 2003
- 12) 石井淳. 秋田県内市町村における第2期麻しん風しんワクチン接種率向上にむけた取り組みについて. 感染症週報 10: 15-16, 2008
- 13) 大浜悦子. 予防接種における市区町村の役割. 小児科診療 12: 2251-2255, 2009
- 14) 富樫武弘, 館 睦子, 高瀬愛子, 他. 麻疹撲滅に向けての実践的研究—札幌市から麻疹ゼロへ: 第4報. 札幌医通信 231: 129-130, 2005
- 15) 寺田喜平, 藤野光喜, 難波弘志, 他. 入園・入学時における調査と接種証明書による麻疹・風疹対策. 小児科学, 112: 458-462, 2008
- 16) 石井淳. 秋田県における麻しんワクチン接種率向上のための検討—次に接種するワクチンの検索. IASR 32 (2): 46-47, 2011
- 17) 石井淳. 秋田県内市町村における第2期麻しん風しんワクチン接種率向上にむけた取り組みについて. 10 (25): 15-16, 2008
- 18) 砂川富正 (2013.4.28): “CMの効果から見た今後の麻しん地域運動の戦略. 厚生労働省第3回麻しん対策推進会議議事録. 平成21年2月” <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0220-3.html>>
- 19) 由上修三, 桑島茂夫, 松山達夫, 他. 前橋市における麻疹絶滅運動 (第1報)—運動の進め方とアンケート調査—小児保健研究 455-459, 1989
- 20) 田内佳子, 千屋誠造, 永安聖二, 他. はしかの予防接種がうけやすい環境づくりを目指して—保護者の主体的な接種行動への試み—. 高知衛研報 48: 33-41, 2002

- 21) 滝本法明, 岩間錬治, 中野 恵. 麻疹肺所への取り組み—秋田県—. IASR 31:41-42, 2010
- 22) 小畑真理子, 戸田ミワ子, 野呂小百合, 他. 大館市緊急麻疹予防接種の取り組み. 平成19年度秋田県麻疹流行制圧の記録. 2, 2009
- 23) 高松市健康福祉部保健センター. 平成19年度における麻疹風疹混合ワクチン(第2期)の定期予防接種の取り組みについて. IDWR 10(28):20-21, 2008
- 24) 厚生労働省/国立感染症研究所. 麻疹 2008年. IDWR 11 (4):14-21, 2009
- 25) 八幡 裕一郎, 田中 貴子. 麻疹ワクチン接種割合向上には? 日本健康教育学会誌 13 (Suppl):286-287, 2005
- 26) 雇用均等・児童家庭部局. 母子保健対策について. 厚生労働省 平成16年全国厚生労働関係部局長会議資料
- 27) 三崎貴子, 多屋馨子, 佐藤弘, 大石和徳. 全国市区町村における麻疹対策. IASR 34: 31-33, 2013

Original Article

Abstract

A Comparative Study of Work by Public Health Nurses to Improve Measles Immunization Rates in Mie and Shiga Prefectures

A questionnaire survey regarding the work on improving measles immunization rate was conducted with public health nurses working at public healthcare sites and municipal public healthcare centers in Mie (ranked No. 1 in FY2008), and Shiga (ranked 46th in FY2008), prefectures. Regarding the implementation status of educational activities aimed at encouraging the first phase of measles immunization, there was a significant difference in immunization rates between the prefectures, with rates at the time of receipt of Mother and Child Health Record of 48.4% in Mie and 13.1% in Shiga, respectively. The comparable rates for this educational activity at the time of submission of birth registration were 24.7% in Mie and 10.3% in Shiga. Corresponding rates at the time of the 18-month health checkup were 97.4% and 90.2%; the 3-year health checkup, 77.1% and 49.5%; and the scheduled neonatal nurse visit, 79.6% and 64.5%, respectively. Rates at the time of the explanation of immunization to those moving to the prefectures were 95.5% and 86.7%, respectively. The educational activity rates in Mie Prefecture at all the above times were significantly higher than those in Shiga Prefecture.

In Mie Prefecture, 4-month and 10-month health checkups are outsourced to medical institutions where pediatricians provide explanations on immunization, including that against measles, to parents and guardians. Moreover, with the digitization of immunization records, it is possible to keep track of the rates of all immunizations for children aged 18 months and 3.5 years. Meanwhile, in Shiga Prefecture, infant/child health checkups are mainly provided by municipal public health centers, where public health nurses provide explanations on immunizations. To improve measles immunization rates, it seems to be important that medical institutions engage in promotional activities in parent and guardian education that mutually complement related activities by public health nurses.

Key Words: Measles, vaccination, immunization rate, follow-up

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.17-26 (2014)

外来通院中の壮年期関節リウマチ患者における療養生活とQOL —生物学的製剤療法との関連性の検討—

Convalescence and the Quality of Life of Middle-Aged Outpatients with Rheumatoid Arthritis: Study of the Relationship with Biological Therapy

樋野 恵子¹⁾
HINO Keiko

青木 きよ子¹⁾
AOKI Kiyoko

高谷 真由美¹⁾
TAKAYA Mayumi

要 旨

本研究は、外来通院中の壮年期関節リウマチ患者における療養生活の実態とQOLの特徴を明らかにし、生物学的製剤療法との関連性を検討することを目的とした。首都圏の特定機能病院に通院中の関節リウマチ患者に、背景要因、療養上の困難、主観的QOL等に関する自記式質問紙調査を実施、40歳から64歳までの77名を分析対象とした。得られた結果は以下の通りであった。生物学的製剤使用群と非使用群とで有意差のあったものは、入院有無、医療・福祉サービス利用の有無、m-HAQ得点であった。また、職業、診断年数、入院回数に関しては、使用群と非使用群との間で回答のパターンが有意に異なっていた。使用群非使用群とも療養上困難であると高く認知していた項目は、病気進行や将来への不安であった。使用群は非使用群よりも主観的QOL得点が低かった。使用群の主観的QOLとの相関が強かった療養上の困難は、身体機能の低下がもたらす役割遂行困難とそれに伴う心理的負担感であった。以上のことから、看護者は患者が辿ってきた経過や心情を理解し、身体的困難の緩和や周囲への療養負担感の軽減に努め、患者にとって納得した選択ができるよう支援していくことが重要であると示唆された。

キーワード：関節リウマチ患者、壮年期、生物学的製剤療法、主観的QOL、看護

Key Words: patients with rheumatoid arthritis, middle-aged, biological therapy, subjective quality of life, nursing

I. はじめに

関節リウマチ(rheumatoid arthritis: RA)は関節滑膜を炎症の主座とする慢性の炎症性疾患である。関節炎が進行すると、軟骨・骨の破壊を介して関節機能の低下、日常生活動作(activity of daily living: ADL)の障害、生活の質(quality of life: QOL)の低下をもたらす。さらに、心血管系合併症、感染症等の罹患により、RA患者の生命予後は健常人と比較すると約10年短縮するといわれている¹⁾。しかし、2003年に日本において生物

学的製剤療法が導入され、RA患者の治療は飛躍的に変化した。従来、関節の疼痛・腫脹の除去等が主であったRAの治療目標は、骨・関節破壊を抑制することにより関節機能を保持することへと移行している²⁾。しかし、寛解を目指せるようになったにもかかわらず、生物学的製剤療法の適応であると診断され、主治医から勧められても治療を導入しない選択をしたり、経済的状况から導入に踏み切れなかったりする患者も存在する³⁾。

RA患者の看護に関しては、関節機能障害に関連したADLの研究や、長期療養に伴う心理状況の理解に向けての研究、最近では発症早期の患者に関する質的研

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

究⁴⁾⁵⁾など幅広く行われているが、治療法の進展に伴い看護に求められる役割の変化が予測される中、生物学的製剤療法を受ける患者の看護に焦点を当てた研究はまだ開始されたばかりで、その蓄積は未だ乏しい現状にある。本研究に関する基礎調査として、国内外の関連研究分析を通して、生物学的製剤療法を受けるRA患者における看護の方向性を検討した。その結果、欧米同様日本においてもRA患者治療のさらなる進展が見込まれ、それに伴い患者の療養生活も変化していく。そのため、患者自身が個々のニーズとライフスタイルに適応した治療方法を選択し、積極的に治療に参加できるように、看護者は新たな治療に関する正確な知識を持つこととともに、生活背景や心理状況など患者を理解することの必要性が示唆された⁶⁾。そこで、本研究はRAの好発年齢とも一致する壮年期RA患者を対象に、外来通院中における療養生活の実態とQOLの特徴を明らかにし、生物学的製剤療法との関連性を検討した。

Ⅱ. 研究の目的と方法

1. 研究目的

外来通院中の壮年期RA患者における療養生活の実態とQOLの特徴を明らかにし、生物学的製剤療法との関連性を検討する。

2. 調査対象および調査方法

- 1) 調査対象：2010年5月から9月に首都圏の特定機能病院1施設の外来を受診したRA患者のうち、外来診療後に研究の主旨を口頭と書面で説明し、研究協力を同意が得られた方である。
- 2) 調査方法：質問紙法により横断的調査を実施、郵送法にて回収した。

3. 調査内容

- 1) 背景要因：年齢、性別、職業、社会活動の有無と内容、罹病期間、症状の有無と内容、入院の有無と回数、合併症の有無、療養支援者の有無と内容、療養支援者の理解の程度(5件法)、生活行動支援の程度(5件法)、医療者の利用の有無と内容、医療・福祉サービス利用の有無と内容とした。
- 2) 日常生活動作の障害度(m-HAQ)⁷⁾：改訂スタンフォード健康調査質問票(modified Stanford Health Assessment Questionnaire)で、RA患者の身体機能障害の程度を簡便に評価できるため、日常診療でも活用されている。8項目からなり、「何の困難もな

い」から「できない」までの4件法で、得点が高いほど機能障害度が高いことを示す。

- 3) 療養上の困難：療養上の困難に関する質問項目は、関連文献を参考に共同研究者間で項目を検討し17項目を選出した。これらの項目がRA患者を反映しているか、質問内容が理解できるか否かを、研究協力が得られたRA患者5名に意見を求め、表面的妥当性を確認した。療養上の困難については「何の問題もない」から「非常に問題である」までの4件法で回答を求めた。
- 4) 難病用主観的QOL尺度⁸⁾：川南らが開発した難病患者に共通していると考えられる主観的QOLの評価法で9項目からなり、下位尺度【受容】3項目、【志気】6項目となる。【受容】とは、疾病や障害を持つ自分自身を肯定も否定もせず、不安なくありのままを認めること、【志気】とは、自分自身の存在価値をみだし生活に対する姿勢が前向きであることと、良好な対人関係(家族、親戚、友人)を持っていることであるとしている。はい、どちらともいえない、いいえの3段階での回答を求める。合計得点は0～18点、下位尺度【受容】は0点～6点、【志気】は0点～12点の範囲で、得点の高い方がQOLが高いことを示す。

4. 分析方法

対象者の背景要因、m-HAQ、療養上の困難、主観的QOLの実態を把握するため記述統計量を算出した。対象者を生物学的製剤使用群と非使用群の2群に分類し、背景要因との関連をみるためMann-WhitneyのU検定で有意差を分析した。療養上の困難の有無と主観的QOLとの関連をSpearman順位相関分析で検討した。有意水準は $p < 0.05$ とした。統計分析にはIBM SPSS Statistics Version 21を使用した。

5. 用語の定義

療養上の困難：RAを病む人々およびその家族が、療養生活をする上で問題と認知し、何らかの対処を必要とする事柄(青木2009、一部改編)⁹⁾。

QOL：健康や身体機能、心理およびスピリチュアル、社会および経済状態、家族に対する主観的満足感(青木2009)⁹⁾。主観的QOLが高いとは、疾患を持ちながら生活している現状を不安なく受容し、高い志気を持っている状態(川南2000)⁸⁾。

Ⅲ. 倫理的配慮

所属機関の倫理委員会の承認後、患者の診療機関の倫理委員会で承認を受けた。RA患者へは、診療終了後に研究者の立場、研究目的と方法、個人情報保護のための匿名性と守秘性、研究参加は自由意志に基づくものであり、研究協力の有無により受ける診療や看護において不利益は被らないこと、得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、研究成果を公表する場合があること、得られたデータは研究終了後にシュレッダーにかけて廃棄することを口頭と書面により説明し、研究への同意が得られた場合に調査用紙を配布した。回収は郵送法にて行った。

Ⅳ. 結果

1. 対象者の概要(表1)

質問紙配布者数は193名、回答者数は158名(回収率81.9%)であった。このうち、年齢による偏りをなくすため40歳から64歳までの患者を分析対象とした。対象者数は77名、平均年齢は 55.7 ± 6.3 歳、性別は男性14名(18.2%)、女性63名(81.8%)であった。職業で多かったのは主婦31名(40.3%)、パート14名(18.2%)、正規雇用12名(15.6%)の順であった。社会活動をしているのは50名(64.9%)で、友人との交流、趣味の会への参加、町内会・PTAへの参加の順で多かった。RAの罹病期間は10年以上が35名(45.5%)と最も多く、現在症状があるのは74名(96.1%)、その主なものは関節痛・腫脹63名、朝のこわばり46名、関節の変形44名であった。入院経験があるのは29名(37.7%)、入院回数で一番多かった回答は1回の13名であった。合併症はある者が13名(16.9%)、ない者が64名(83.1%)であった。療養支援者については65名(90.3%)がいると回答し、支援者数は1名が最も多く、支援者なしは7名みられた。主な支援者は、配偶者、娘、息子の順で多かった。療養支援者の理解の程度は、十分・かなり理解してくれる56名(78.9%)、どちらでもない・あまり・全く理解してくれないを合わせたものが15名(21.1%)となっていた。生活行動支援の程度は、十分・かなりしてくれるとの回答が49名(72.1%)、どちらでもない・あまり・全くしてくれないが19名(27.9%)であった。今回研究対象となった病院以外の医療者を活用しているのは5名(6.8%)であった。医療・福祉サービス利用の有無については、利用しているのが21名(28.4%)で、その内訳は、多い順から高額療養費制度、身体障害者手帳、医療費控除であった。m-HAQ得点は8点から23点までで、平均 $10.38 \pm$

3.42点、中央値9.00点であった。

2. 生物学的製剤使用群の特徴(表1)

生物学的製剤使用有無と患者背景との関連をみるため、対象者77名を生物学的製剤使用群(以下使用群;28名;平均年齢55.3歳)と生物学的製剤非使用群(以下非使用群;49名;平均年齢55.9歳)に分類し、Mann-WhitneyのU検定を行った。使用群と非使用群とで有意差のあったものは、入院有無($p < 0.01$)、医療・福祉サービス利用の有無($p < 0.01$)、m-HAQ得点($p < 0.01$)であった。また、職業、診断年数、入院回数に関する質問においては、使用群と非使用群との間で回答のパターンが有意に異なっていた。

3. 療養上の困難(表2)

療養上の困難17項目のうち、データ欠損の多かった「妊娠・出産」「性生活」の項目を除く15項目を分析対象とした。療養上の困難15項目のうち、平均値が高く困難と認知されていた項目は、使用群非使用群とも共通し、「病気進行への不安がある」「今後の生活への不安がある」「関節の痛み、腫れがある」「医療費の負担が大きい」「疲れやすい」であった。困難度が低いと認知されていた項目は、使用群では「定期的通院ができない」「自己の健康管理が大変である」「いらいらしやすい」、非使用群では「定期的通院ができない」「他人の目が気になる」「自己の健康管理が大変である」であった。

4. 主観的QOL(表3)

難病用主観的QOL尺度9項目の総得点の平均値は、全体で 11.92 ± 4.65 、使用群 10.96 ± 4.47 、非使用群 12.45 ± 4.71 であった。下位尺度【受容】の平均得点は、全体 4.17 ± 1.72 、使用群 3.86 ± 1.94 、非使用群 4.35 ± 1.58 、【志気】の平均得点は、全体 7.74 ± 3.58 、使用群 7.08 ± 3.43 、非使用群 8.11 ± 3.65 であった。

5. 療養上の困難の有無と主観的QOLとの関連(表4)

療養上の困難15項目の回答を「何の問題もない」「少し・かなり・非常に問題である」の2群に分類し、主観的QOL総得点との関連をみた。やや強い相関のあった項目は、使用群では「調理器具の扱い、洗濯物干しができない」「家事や業務への支障がある」「家族への介護負担に気兼ねがある」「家族や周囲からの援助が負い目である」、非使用群では「周囲の人に病気を理解してもらえない」であった。反対に、一番相関の弱かった項目は、

表1 対象者の背景

	総数		使用群		非使用群		検定結果※
	n	n (%) or Mean ± SD	n	n (%) or Mean ± SD	n	n (%) or Mean ± SD	
【基本属性】							
年齢	77	55.7 ± 6.3	28	55.3 ± 6.3	49	55.9 ± 6.4	n.s.
性別	77		28		49		n.s.
男性		14 (18.2)		4 (14.3)		10 (20.4)	
女性		63 (81.8)		24 (85.7)		39 (79.6)	
職業	77		28		49		*
主婦		31 (40.3)		11 (39.3)		20 (40.8)	
パート		14 (18.2)		4 (14.3)		10 (20.4)	
正規雇用		12 (15.6)		2 (7.1)		10 (20.4)	
自営業		10 (13.0)		4 (14.3)		6 (12.2)	
無職		7 (9.1)		4 (14.3)		3 (6.1)	
その他		3 (3.9)		3 (10.7)		0	
社会活動の有無	77		28		49		n.s.
している		50 (64.9)		18 (64.3)		32 (65.3)	
友人との交流		39		14		25	
趣味の会参加		17		7		10	
町内会・PTA		13		3		10	
ボランティア活動		6		2		4	
患者会入会・参加		2		2		0	
その他		3		1		2	
していない		27 (35.1)		10 (35.7)		17 (34.7)	
罹病期間	77		28		49		*
1年未満		3 (3.9)		0		3 (6.1)	
1～3年		9 (11.7)		1 (3.6)		8 (16.3)	
3～5年		13 (16.9)		5 (17.9)		8 (16.3)	
5～10年		17 (22.1)		5 (17.9)		12 (24.5)	
10年以上		35 (45.5)		17 (60.7)		18 (36.7)	
症状の有無	77		28		49		n.s.
ある		74 (96.1)		27 (96.4)		47 (95.9)	
関節痛・腫れ		63		23		40	
朝のこわばり		46		17		29	
関節の変形		44		20		24	
倦怠感		27		8		19	
貧血		13		7		6	
リウマチ結節		10		6		4	
血管炎		3		2		1	
間質性肺炎		2		1		1	
その他		4		2		2	
ない		3 (3.9)		1 (3.6)		2 (4.1)	
入院の有無	77		28		49		**
ある		29 (37.7)		18 (64.3)		11 (22.4)	
1回		13		5		8	
2回		5		3		2	
3回		4		4		0	
4回		4		3		1	
7回		1		1		0	
9回		1		1		0	
不明		1		1		0	
ない		48 (62.3)		10 (35.7)		38 (77.6)	
療養支援者の有無	72		26		46		n.s.
いる		65 (90.3)		25 (96.2)		40 (87.0)	
いない		7 (9.7)		1 (3.8)		6 (13.0)	
療養支援者の内容	70		25		45		
配偶者		53		21		32	
娘		28		9		19	
息子		23		6		17	
兄弟		12		3		9	
親		10		2		8	
嫁		2		0		2	
その他		3		1		2	
療養支援者の理解の程度	71		27		44		n.s.
十分理解してくれる		26 (36.6)		11 (40.7)		15 (34.1)	
かなり理解してくれる		30 (42.3)		12 (44.4)		18 (40.9)	
どちらともいえない		12 (16.9)		4 (14.8)		8 (18.2)	
あまり理解してくれない		1 (1.4)		0		1 (2.3)	
全く理解してくれない		2 (2.8)		0		2 (4.5)	
生活行動支援の程度	68		25		43		n.s.
十分してくれる		22 (32.4)		9 (36.0)		13 (30.2)	
かなりしてくれる		27 (39.7)		10 (40.0)		17 (39.5)	
どちらともいえない		13 (19.1)		5 (20.0)		8 (18.6)	
あまりしてくれない		3 (4.4)		1 (4.0)		2 (4.7)	
全くしてくれない		3 (4.4)		0		3 (7.0)	
対象病院以外の医療者利用	73		27		46		n.s.
利用している		5 (6.8)		2 (7.4)		3 (6.5)	
近医		3		1		2	
ホームヘルパー		1		1		0	
その他		1		0		1	
利用していない		68 (93.2)		25 (92.6)		43 (93.5)	
医療・福祉サービス利用	74		27		47		**
利用している		21 (28.4)		16 (59.3)		5 (10.6)	
高額療養費制度		9		8		1	
身体障害者手帳		9		9		0	
医療費控除		8		6		2	
障害年金		4		4		0	
特定疾患医療制度		3		1		2	
介護保険制度		1		1		0	
その他		1		1		0	
利用していない		53 (71.6)		11 (40.7)		42 (89.4)	
【m-HAQ】	74		26		48		**
総得点		10.38 ± 3.42		12.08 ± 4.52		9.46 ± 2.21	
中央値		9.00		10.00		8.00	

※生物学的製剤使用群と非使用群の Mann-Whitney U 検定の結果。* : p < 0.05 ** : p < 0.01 n.s. : not significant

表2 療養上の困難

	問題なし n (%)	少し問題 n (%)	かなり問題 n (%)	非常に問題 n (%)	score Mean ± SD	n
【使用群】						
病気進行への不安	4 (14.8)	7 (25.9)	10 (37.0)	6 (22.2)	2.67 ± 1.00	27
今後の生活への不安	4 (14.8)	6 (22.2)	12 (44.4)	5 (18.5)	2.67 ± 0.96	27
関節の痛み、腫れ	2 (7.4)	17 (63.0)	3 (11.1)	5 (18.5)	2.41 ± 0.89	27
医療費の負担	6 (23.1)	10 (38.5)	5 (19.2)	5 (19.2)	2.35 ± 1.06	26
疲れやすい	4 (14.8)	15 (55.6)	5 (18.5)	3 (11.1)	2.26 ± 0.86	27
衣類着脱、しゃがむ動作	9 (34.6)	8 (30.8)	4 (15.4)	5 (19.2)	2.19 ± 1.13	26
家事や業務への支障	9 (34.6)	7 (26.9)	7 (26.9)	3 (11.5)	2.15 ± 1.05	26
家族への介護負担の気兼ね	10 (37.0)	9 (33.3)	4 (14.8)	4 (14.8)	2.07 ± 1.07	27
調理器具の扱い、洗濯物干し	10 (40.0)	9 (36.0)	4 (16.0)	2 (8.0)	1.92 ± 0.95	25
家族や周囲からの援助が負い目	14 (51.9)	7 (25.9)	3 (11.1)	3 (11.1)	1.81 ± 1.04	27
周囲の人の病気理解	13 (48.1)	9 (33.3)	3 (11.1)	2 (7.4)	1.78 ± 0.93	27
他人の目が気になる	14 (51.9)	8 (29.6)	3 (11.1)	2 (7.4)	1.74 ± 0.94	27
いらいらしやすい	13 (48.1)	11 (40.7)	3 (11.1)	0	1.63 ± 0.69	27
自己の健康管理	17 (63.0)	7 (25.9)	2 (7.1)	1 (3.7)	1.52 ± 0.80	27
定期的通院	17 (63.0)	8 (29.6)	1 (3.7)	1 (3.7)	1.48 ± 0.75	27
Total score (Mean ± SD)	30.65 ± 14.12					
【非使用群】						
病気進行への不安	3 (6.3)	20 (41.7)	17 (35.4)	8 (16.7)	2.63 ± 0.84	48
今後の生活への不安	6 (12.5)	23 (47.9)	11 (22.9)	8 (16.7)	2.44 ± 0.92	48
関節の痛み、腫れ	5 (10.4)	30 (62.5)	11 (22.9)	2 (4.2)	2.21 ± 0.68	48
医療費の負担	17 (36.2)	21 (44.7)	4 (8.5)	5 (10.6)	1.94 ± 0.94	47
疲れやすい	13 (27.7)	25 (53.2)	8 (17.0)	1 (2.1)	1.94 ± 0.73	47
家事や業務への支障	21 (43.8)	25 (52.1)	2 (4.2)	0	1.60 ± 0.57	48
家族への介護負担の気兼ね	27 (60.0)	12 (26.7)	5 (11.1)	1 (2.2)	1.56 ± 0.79	45
周囲の人の病気理解	30 (62.5)	12 (25.0)	4 (8.3)	2 (4.2)	1.54 ± 0.82	48
調理器具の扱い、洗濯物干し	24 (50.0)	23 (47.9)	1 (2.1)	0	1.52 ± 0.55	48
いらいらしやすい	26 (54.2)	20 (41.7)	2 (4.2)	0	1.50 ± 0.58	48
衣類着脱、しゃがむ動作	27 (56.3)	19 (39.6)	1 (2.1)	1 (2.1)	1.50 ± 0.65	48
家族や周囲からの援助が負い目	31 (67.4)	9 (19.6)	5 (10.9)	1 (2.2)	1.48 ± 0.78	46
自己の健康管理	31 (68.9)	12 (26.7)	1 (2.2)	1 (2.2)	1.38 ± 0.65	45
他人の目が気になる	37 (77.1)	8 (16.7)	2 (4.2)	1 (2.1)	1.31 ± 0.66	48
定期的通院	40 (83.3)	6 (12.5)	2 (4.2)	0	1.21 ± 0.50	48
Total score (Mean ± SD)	25.76 ± 10.66					

表3 難病用主観的QOL尺度

	全体		使用群		非使用群	
	Mean ± SD	n	Mean ± SD	n	Mean ± SD	n
総得点	11.92 ± 4.65	73	10.96 ± 4.47	26	12.45 ± 4.71	47
受容	4.17 ± 1.72	77	3.86 ± 1.94	28	4.35 ± 1.58	49
志気	7.74 ± 3.58	73	7.08 ± 3.43	26	8.11 ± 3.65	47

表4 療養上の困難の有無と主観的QOLとの関連

療養上の困難の有無	主観的QOL 総得点		主観的QOL 【受容】		主観的QOL 【志気】		n	
	使用群	非使用群	使用群	非使用群	使用群	非使用群	使用群	非使用群
調理器具扱い、洗濯物干しができない	.612**	.331*	.712**	.348*	.394	.290	23	46
家事や業務への支障がある	.610**	.306*	.693**	.351*	.432*	.246	24	46
家族への介護負担に気兼ねがある	.610**	.465**	.514**	.314*	.548*	.441*	25	43
家族や周囲からの援助が負目である	.608**	.487**	.570**	.470**	.505*	.418*	25	44
衣類着脱、しゃがむ動作ができない	.581**	.394**	.354	.221	.445*	.390**	24	46
定期的通院ができない	.563**	.313	.413*	.295*	.463*	.289	25	46
周囲の人に病気を理解してもらえない	.561**	.689**	.517**	.605**	.412*	.596*	25	46
他人の目が気になる	.507**	.479**	.570**	.548**	.348	.406*	25	46
今後の生活への不安がある	.436*	.374*	.219	.355*	.413*	.298*	25	46
自己の健康管理が大変である	.419*	.279	.338	.314*	.292	.208	25	43
疲れやすい	.338	.309*	.493**	.296*	.252	.280	25	46
いらいらしやすい	.289	.484**	.253	.447**	.209	.405*	25	46
病気進行への不安がある	.260	.297*	.493**	.243	.181	.262	25	46
関節の痛み、腫れがある	.239	.257	.158	.114	.186	.296	25	46
医療費の負担が大きい	-.181	.325*	.000	.327*	-.269	.304*	24	45

数値はSpearman順位相関係数 (n以外)。* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

使用群「医療費の負担が大きい」、非使用群「関節の痛み、腫れがある」であった。

次に、療養上の困難の有無と主観的QOL下位尺度【受容】【志気】との関連をみた。【受容】について、やや強い相関のあった項目は、使用群では「調理器具の扱い、洗濯物干しができない」「家事や業務への支障がある」「他人の目が気になる」「家族や周囲からの援助が負目である」「周囲の人に病気を理解してもらえない」「家族への介護負担に気兼ねがある」、非使用群では「周囲の人に病気を理解してもらえない」「他人の目が気になる」であった。【志気】については、使用群では「家族への介護負担に気兼ねがある」「家族や周囲からの援助が負目である」、非使用群では「周囲の人に病気を理解してもらえない」であった。反対に、一番相関の弱かった項目は、【受容】については使用群「医療費の負担が大きい」非使用群「関節の痛み、腫れがある」、【志気】については使用群「病気進行への不安がある」、非使用群「自己の健康管理が大変である」であった。

V. 考察

1. 関節リウマチ患者の療養の実態

RAは30～50歳代の女性に好発し、全身の滑膜炎を主座とする慢性的な炎症性疾患である¹⁰⁾。本研究の対象者は男女比が2：9であり、女性が男性の2～5倍とされるわが国のRA患者の状況を反映していた¹¹⁾。対象者の多くは、配偶者や子どもの理解と支援を得なが

ら主婦としての役割を担っている状況であった。関節痛・腫脹、朝のこわばり、関節の変形などの症状を自覚している者は96%を占め、10年以上の罹病期間を持つ者が最も多かった。日常生活動作の障害度を表すm-HAQについては、本研究の対象者の得点は8～23点、中央値が9点であった。中崎らが50歳代女性のRA患者84名に実施した調査¹²⁾では、得点が0～17点、中央値が1点であったため、日常生活動作に関しても比較的障害度が高い集団であった。画期的な治療法が発見されていなかった状況において、長きにわたる療養生活の中で徐々に病状が進行していった患者像がうかがえた。

本研究の対象者において、使用群と非使用群とで有意差のあったものは、入院有無、医療・福祉サービス利用の有無、m-HAQ得点であった。また、職業、診断年数、入院回数に関しては、使用群と非使用群との間で回答のパターンが有意に異なっていた。生物学的製剤の導入により、骨破壊を生じさせず、進行させない治療が可能となり、発症早期での治療開始の重要性が言われている中、今回の調査では、生物学的製剤療法を受けているのは受けていない者よりも罹病期間10年以上の割合が高く、日常生活動作の障害度が高いといった患者であった。生物学的製剤療法に関する問題の1つに治療費が高額であることが挙げられるが¹³⁾、治療を受ける患者は、特に高額療養費制度や医療費控除などの医療・福祉サービスを活用しながら経済的負担の軽減に努め、治療を継続している実態があった。

2. 療養上の困難

対象者が療養生活を送る上で困難であると認知していた項目は、使用群、非使用群とも「病気進行への不安がある」「今後の生活への不安がある」であった。これは青木らが行った全身性エリテマトーデス患者162名を対象とした研究結果と一致していた⁹⁾。Straussは、慢性疾患は患者の生活にとってきわめて侵害的であると述べている。治療法の指示や行動上の制限に適応するために、患者はライフスタイルや活動など、生活そのものを構造的に大きく変化させなければならない。その結果、情緒的变化も生じるとしている¹⁴⁾。RA患者には抑うつ傾向があることが知られており、その要因は慢性的な疼痛や機能障害からくる精神的・社会的ストレスとされている¹⁵⁾。RA患者の療養生活に関しては、患者の身体的症状や日常生活上の困難の緩和と、それに伴う不安の軽減を図る支援が必要であると考えられる。

3. 壮年期RA患者における生物学的製剤療法とQOLとの関連

難病用主観的QOL尺度9項目の総得点の平均値は11.92であった。自己免疫疾患患者117名を対象とした川南らの研究⁸⁾では10.2、同じく自己免疫疾患患者204名を対象とした野川らの研究¹⁶⁾では11.06であったため、本研究の対象者は比較的主観的QOLが高いという結果となった。使用群と非使用群に関しては使用群の得点が低く、すなわち、使用群は非使用群よりも疾患を持ちながら生活している現状が受容できず、志気が低い状態といえた。生物学的製剤は2003年に日本に導入され普及してきた。リウマチ白書³⁾によると、生物学的製剤療法を受けている患者は2005年では対象者全体の4.5%であったが、2010年の調査では29.1%となっている。また、症状については寛解・改善したと感じている患者数が2005年と2010年との比較において約1.5倍の増加がみられ、RA治療の進展を示す結果となっている。しかしながら、すべての患者にとって生物学的製剤が有効であるとは限らない。実際に、「効かないので止めた(0.6%)」「副作用などのために止めた(2.8%)」「副作用などのために別の生物学的製剤に変えた(1.6%)」と回答した患者も存在する³⁾。今回の調査ではデータの欠如により詳細な検討が行えなかったが、使用群のQOLに関しては、生物学的製剤療法開始時期や反応性、副作用の有無等も影響要因となることが予測された。

本研究の対象者は生物学的製剤使用の有無にかかわらず、病気に対するまわりの人の偏見を感じることな

く[受容]、生きる目標を持っている[志気]が、急に具合が悪くならないかいつも心配しており[受容]、使用群では今の自分が好きではない[志気]、非使用群では将来に希望がない[志気]と主観的に捉えている様子がわかった。Straussは慢性疾患の特徴の1つとして、色々な意味で不確かであることを挙げている。予後がわからないことが多く、病状における危機が予測できないことが多いため、患者の生活において短期的にも長期的にも計画を立てることが非常に難しくなると述べている¹⁴⁾。慢性疾患特有の不確かさゆえ、疾患を持つ自分を受け入れ生きる目標を持ちながらも、常に病状悪化への不安を抱えて揺れている姿がうかがえる。看護師としては、必要な知識と技術を提供することで、患者が疾患を持ちながらの生活を自らマネジメントする力を身につけ、病気と折り合いをつけながら、その人らしい生活を送れるよう支援することが重要であると考えられる。

使用群のみ調理・洗濯を含めた家事や業務への困難感の有無、家族・周囲への介護負担感の有無が、主観的QOL得点との相関があるという結果が得られた。生物学的製剤療法を受けることにより、身体的苦痛や関節機能の改善がみられ、QOLが向上することが予測されたが、今回の調査では、使用群は身体機能の低下がもたらす役割遂行困難とそれに伴う心理的負担感により、QOLが低下しているという状況であった。青年期から成人期までの発達課題と慢性疾患との関係について、Lubkinらは「個人は自分のキャリアと新しい家族の形成を成し遂げる。また、社会的立場の変化を経験し、退職の準備を行う。慢性の状態の存在は、これらの目標達成や夢の実現を複雑にする。創造的活動がもたらば外部に向かうこの時期、人は慢性の状態に対応するために内部資源を最大限に活用する必要があるであろう」¹⁷⁾と述べている。病を持つがゆえ、意に反して家族内や社会における役割を遂行できない患者の思いを汲み、身体的困難の緩和や家族・周囲への療養負担感の軽減を図ることも、壮年期RA患者のQOLの維持・向上に必要であることが示唆された。

主観的QOL総得点と療養上の困難の有無とで一番相関の弱かった項目は、使用群は医療費の負担、非使用群は関節の痛み・腫れであった。この結果は、使用群の患者は既に高額療養費助成制度や医療費控除などの社会的保障を受けている者が多かったため、非使用群に関しては、病状が比較的軽度で身体的苦痛を持つ患者が少なかったためではないかと考える。また、非使

用群においてのみ、経済的負担感の有無と主観的QOLとの相関があるという結果が得られている。RAの骨破壊は徐々に進行すると考えられてきたが、近年発症後1～2年の間に急速に進行することが明らかとなり、2012年には米国リウマチ学会によりRA治療のリコメンデーションも根本的に改訂されている¹⁸⁾。看護者は、自覚症状の少ない発症早期のうちに、患者自身がライフスタイルに合わせた適切な治療を選択できるように、正しい情報の提供や経済的負担軽減のための支援をしていくことも重要であると思われる。

本研究での調査では、生物学的製剤使用群は非使用群と比較して罹病期間10年以上の割合が高く、その経過の中で多くの困難に向き合ってきた状況があった。しかしながら、常に病状進行への不安を抱えつつも、生きる目標を持っていた。看護者としては、現在に至るまでの苦悩や、乗り越えてきた困難、治療を受け入れることへの決意など、患者がどのような思いで生物学的製剤療法に取り組んでいるのかを理解することが大切であると考え。また、治療の適応でありながら様々な理由で生物学的製剤療法を受けていない患者が存在することも把握できた。RAとともにある患者が自ら望む生活を続けていくために、納得した選択ができるよう支援していくことが、看護者に求められる役割のひとつではないかと考える。

VI. 結論

外来通院中の壮年期RA患者を対象に、療養生活の実態と心理状況の特徴を調査し、生物学的製剤療法との関連性を検討した。本研究で明らかになったことは以下の通りである。

1. 使用群と非使用群とで有意差のあったものは、入院有無、医療・福祉サービス利用の有無、m-HAQ得点であった。また、職業、診断年数、入院回数に関しては、使用群と非使用群との間で回答のパターンが有意に異なっていた。
2. 使用群非使用群とも療養上困難であると高く認知されていた項目は、病状進行や将来への不安であった。
3. 使用群は非使用群よりも主観的QOL得点が低かった。
4. 使用群の主観的QOLとの相関が強かった療養上の困難は、身体機能の低下がもたらす役割遂行困難とそれに伴う心理的負担感であった。

VII. 研究の限界と今後の課題

生物学的製剤療法の導入によりRA患者のADL拡大やQOL向上が期待されているが、それ以上に患者は長い療養生活において病状進行の影響を受けており、日常生活においては困難を感じ、自己受容できていない現状があった。また、患者の罹病期間と生物学的製剤の開始時期や反応性・副作用が直接患者のQOLに影響することも予測される。しかしながら、今回の調査では生物学的製剤使用患者の投与期間や治療開始までの罹病期間、効果や副作用発症の有無等の治療中の経過の把握ができなかったため、詳細な検討が行えていない。さらに、対象が1施設であったこと、発症後10年以上経過した患者が多かったことから、結果に偏りが生じている可能性がある。今後は対象者と調査内容を再検討した上でデータ収集・分析を行い、研究の精度を高めていきたい。

謝辞

療養中にもかかわらず本研究に快くご協力くださいました患者の皆様、調査にご尽力くださいました病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は科学研究費助成事業(平成20～23年度基盤研究(C)自己免疫疾患患者のQOL向上をめざした看護支援プログラムの開発、研究代表者：青木きよ子)の補助を受けて実施した。

引用文献

- 1) 宮坂信之：早期からの積極的な治療がもたらしたアウトカムの変化，内科，103(4)，622-624，2009.
- 2) 田村直人：非ステロイド系抗炎症薬(NSEIDs)，内科，103(4)，649-653，2009.
- 3) リウマチ友の会：2010年リウマチ白書リウマチ患者の実態資料編，流，286付録，24，26-29，2012.
- 4) 草場知子：早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動，日本看護研究学会雑誌，33(1)，69-79，2010.
- 5) 枋原 知子，齊藤奈緒，多留ちえみ，他：関節リウマチ診断早期における患者の思い，日本慢性看護学会誌，7(2)，36-42，2013.
- 6) 樋野恵子：関節リウマチ看護に関する文献レビュー—生物学的製剤の導入に伴う看護の役割変更，医療看護研究，7(1)，87，2011.

- 7) Pincus T, et al: Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford health assessment questionnaire, *Arthritis Rheum*, 26, 1346-1353, 1983.
- 8) 川南勝彦, 藤田利治, 箕輪眞澄, 他: 難病患者に共通の主観的QOL尺度の開発, *日本公衆衛生雑誌*, 47(12), 990-1003, 2000.
- 9) 青木きよ子, 高谷真由美, 田邊雅美, 他: 外来通院中の全身性エリテマトーデス患者の認知する療養上の困難と関連要因, *医療看護研究*, 5(1), 30-39, 2009.
- 10) 田中良哉: 臨床医学の展望2013リウマチ膠原病・アレルギー学, *日本医事新報*, 4632, 22-27, 2013.
- 11) 日本リウマチ財団監修: 関節リウマチのトータルマネジメント, *医歯薬出版*, 15-19, 2011.
- 12) 中崎聡, 村山隆司, 加藤真一: 関節リウマチ患者のADLに影響を与える要因についての検討—mHAQを用いて, *総合リハ*, 36(8), 783-789, 2008.
- 13) 箕田清次: 臨床医学の展望2014 リウマチ膠原病・アレルギー学, *日本医事新報*, 4685, 26-31, 2014.
- 14) Strauss A L, Corbin J, Fagerhaugh S, et al: *Chronic illness and the quality of life* (second edition), 1984. 南裕子監訳, 慢性疾患を生きるケアとクオリティ・ライフの接点, *医学書院*, 1-20, 1987.
- 15) 久保井麻予, 安達圭一郎: 関節リウマチ患者における抑うつと身体症状の関連性, *応用障害心理学研究*, 11, 81-89, 2012.
- 16) 野川道子, 佐々木栄子: 自己免疫疾患患者の健康行動に対する自己効力感と主観的QOLとの関連, *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 9, 35-41, 2002.
- 17) Lubkin I M, Larsen P D: *Chronic illness impact and interventions* (fifth edition), 2002. 黒江ゆり子監訳, *クロニクイルネス 人と病いの新たなかかわり*, *医学書院*, 11, 2007.
- 18) 高崎芳成, 竹内勤, 田中良哉: リウマチ・膠原病の治療の現況と将来展望—分子標的治療薬を中心に—, *最新医学*, 69(2), 7-19, 2014.

Original Article

Abstract

Convalescence and the Quality of Life of Middle-Aged Outpatients with Rheumatoid Arthritis: Study of the Relationship with Biological Therapy

The objectives of this study were to elucidate the medical treatment experience and quality of life (QOL) of middle-aged patients with rheumatoid arthritis who were undergoing outpatient treatment and to investigate the correlation between these two issues and biological therapies. Patients with rheumatoid arthritis who were undergoing outpatient treatment at advanced treatment hospitals in the Tokyo Metropolitan Area were asked to fill out self-administered questionnaires regarding background factors, treatment-related difficulties, and subjective assessment of QOL. Data from 77 patients aged 40 to 64 years were analyzed. The results obtained were as follows. Significant differences were observed between the group that used biological therapies (usage group) and the group that did not (non-usage group) in the following categories: hospitalization, use of medical and welfare services, and modified Health Assessment Questionnaire score. Similarly, significant differences in questionnaire response patterns were observed between the usage and non-usage groups regarding occupation, number of years since diagnosis, and number of hospitalizations. The patients in both groups listed disease progression and anxiety about the future as treatment-related difficulties that they were highly aware of. The patients in the usage group had lower QOL subjective assessment scores than those in the non-usage group. Treatment-related difficulties that had a high degree of correlation to subjective assessment of QOL in the usage group were difficulties with role accomplishment caused by deterioration of bodily functions and the associated psychological burden. The results of this study will help nurses understand the feelings and experiences of patients and allow them to work toward alleviating physical difficulties and reducing patient concerns about the treatment-related burden on their surroundings. Moreover, the results suggest the importance of providing patients with support that allows them to make choices that have their full comprehension and acceptance.

Key words: patients with rheumatoid arthritis, middle-aged, biological therapy,
subjective quality of life, nursing

HINO Keiko, AOKI Kiyoko, TAKAYA Mayumi

原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.27-34 (2014)

中小規模病院の中途採用看護師が入職後に感じた困難と職場継続の要因

Difficulties Felt by Mid-Career Nurses and Factors of the Workplace Continuation in Small and Medium-Sized Hospitals

鈴木 小百合*
SUZUKI Sayuri

要 旨

中小規模病院の中途採用看護師が、入職後から現在に至るまでに困難に感じたことと職場継続の要因を明らかにし、中途採用看護師の職場定着に向けた支援策を検討することを目的に、11名の参加者に半構成的面接を実施し、質的帰納的に分析した。その結果、入職後から現在に至るまでに困難に感じたことには7つのカテゴリーが抽出された。職場継続の要因には8つのカテゴリーが抽出され、【仕事にやりがいを感じる】がその根底にあった。

中途採用看護師は、環境の違いへの戸惑いや現職場で実施する初めての技術に対する不安を感じており、現職場での初めての体験や未知なことに対しては丁寧な説明を期待していた。上司や同僚からの情緒的支援は職場継続の要因であり、師長は中途採用看護師のこれまでの経験と受け止めながら的確なアドバイスをする必要性が示唆された。中途採用看護師は、他施設での経験があるからこそ現職場での【看護方法に対する疑問】を抱いており、周囲にその疑問を表出できる環境が必要である。中途採用看護師同士で語れる場としてフォローアップ研修はその1つの方法であるが、効果的な研修のあり方については、今後さらに検討することが課題である。

キーワード： 中途採用看護師、中小規模病院、職場継続

Key Words : mid-career nurses, small and medium-sized hospital, workplace continuation

I. はじめに

看護師の確保・定着は、病院経営上のみならず、少子高齢社会の将来においても重要な課題である。日本看護協会の調査によると、常勤看護職員の離職率は12.4%、新卒看護職員の離職率は9.2%で、約9万人の常勤看護職員が1年間で離職し、約5.2万人以上が中途採用看護師で補充されている¹⁾。また、新卒と既卒を合わせた新規採用者の6人に1人が1年以内に離職しており、離職の問題は、新卒看護師だけでなく中途採用看護師にも当てはまる¹⁾。

新卒看護師の離職防止に関しては、2010年4月より

卒後臨床研修が努力義務化となり、各医療施設において教育や研修が熱心に取り組まれている。また、職場のサポート、看護実践能力、プリセプターシップなどをキーワードとした研究が数多くあり²⁾、新卒看護師の職場適応に向けた支援が明確になりつつある。一方、中途採用看護師の場合、経験や能力には個人差があり画一的な教育プランでは対応できない上³⁾、育児や介護、健康問題など多様なニーズがあることから、より個別性に配慮した支援が求められる。また、経験年数や年齢が高い場合が多く指導そのものが難しい、経験者であるため即戦力としての期待が大きく、受け入れ側の事情や要求が優先される⁴⁾といったことが受け入れを難しくし、職場定着を困難にしているとの指摘もある。

中途採用看護師に関する研究では、再就職初期段階

* 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

での困難克服に関するもの⁵⁾、中堅看護師の職務継続に関するもの⁶⁾はあるが、限られた対象者であり、中途採用看護師が必要とする支援に焦点をあてた研究は散見するのみである。また、中小規模病院では欠員補充で中途採用者を採用する形態が一般的であるが⁷⁾、中小規模病院における中途採用看護師への支援の実態や教育内容は明らかにされていない。ワークライフバランスが取りやすいという理由で小規模医療施設に転職する看護師もいる中⁸⁾、多様な背景を持つ中途採用看護師が、入職後どのようなことに困難を感じ、どのようにして職場に適應したのかその実態を明らかにすることは、施設・部署の管理者や教育担当者が取るべき役割の明確化と中途採用看護師の離職防止対策にもつながると考える。

Ⅱ. 目的

中小規模病院の中途採用看護師が、入職後から現在に至るまでに困難に感じたことと職場継続の要因を明らかにし、中途採用看護師の職場定着に向けた支援策を検討することを目的とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

中途採用看護師：看護師としての勤務経験があり、転職により他施設に就職、もしくは一旦離職後他施設に再就職した看護師

2. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究である。

3. 研究参加者の選定

研究参加者は、関東圏内にある病床数約200～300床の中小規模病院3施設において、臨床経験3年以上で入職後1年以上経過した、役職がなくスタッフとして勤務する中途採用看護師とした。参加者が所属する施設の看護部責任者に、対象者全員の推薦と、参加者に対し研究の協力依頼に関する文書と連絡先を記入する書類を入れた封筒の配布を依頼した。対象の3施設は、看護職員配置7：1が2施設、10：1が1施設であった。

4. データ収集方法

データ収集は、1回30分から1時間程度の半構成的面接法で実施し、面接は参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。インタビューは、対象者が希望する場所の個室で実施した。インタビューガイドは、入職後から現在に至るまでに困難に感じたこととその時の対処法、職場に慣れたと感じた時期とそのきっかけ、仕事を

続けていくうえで支えになっているもの、施設側に期待する支援で構成した。また、参加者の属性として年齢、基礎教育の種類、経験年数、他施設での経験、家族形態を聴取した。データ収集期間は平成24年8月から11月であった。

5. 分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、文脈がもつ意味を損なわないように整理しながらコード化した。コードは「入職後から現在に至るまでに困難に感じたこと」、「職場継続の要因」について内容ごとに分類し、意味内容の類似性に基づきコードを集めてサブカテゴリーとし、さらにカテゴリー化した。データ分析にあたっては、質的研究の経験を有する研究者からスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、A大学倫理委員会の承認を得て実施した。参加者の選定にあたっては、参加者が断りにくくなる状況を除くため、協力の意思確認は研究者へのメールまたは書類の返送とし、最終的な研究協力の意思は研究者が確認した。また、参加者が研究協力を断った場合でも、そのことを看護部責任者には伝えないこととした。研究への協力は本人の自由意思であり、研究参加の同意はいつでも撤回できること、研究目的以外にデータを使用しないこと、インタビューの中で、所属施設の関係者に対する否定的な発言があった場合でも、個人が特定できないよう匿名化し、対象者および関係者が不利益を被らないよう配慮することを、文書および口頭で説明し、同意書を交わした。

Ⅳ. 結果

1. 参加者の背景

参加者は3施設の看護師11名で、全員が女性、平均年齢32.4歳であった。現職場での経験年数は1年から5年、看護師経験年数は3年から13年であった。既婚者は7名、うち育児中の看護師は3名であった。転職回数は2回もしくは3回がほとんどであった。

以下、カテゴリーを【 】,サブカテゴリーを[],参加者の語りを「 」で記す。

2. 入職後から現在に至るまでに困難に感じたこと

入職後から現在に至るまでに困難に感じたことには、7つのカテゴリーが抽出された(表1)。**【不慣れた業務遂行上の戸惑い】****【看護方法に対する疑問】****【看護マニュアルの不備への気づき】**は、物品、設備、処置や記録の方法、マニュアルの内容など、前職場の環境と比較

表1 入職後から現在に至るまでに困難に感じたこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	代表的なコード
不慣れな業務遂行上の戸惑い	物品・設備が違うことへの戸惑い	11	処置、物品の位置など施設の設備について戸惑う
	新たな業務内容への戸惑い	9	今までやらなかったことを新しくやることに戸惑いがある
看護方法に対する疑問	看護方法に対する疑問	6	他の病院と比較して、このやり方でよいのかと思う
			疑問に感じながら流されている自分がいる
看護マニュアルの不備への気づき	看護マニュアルの不備への気づき	6	こういうときにどうしたらよいかの帰る場所がない
			前の病院には看護手順があったが今の病院にはない
「経験者」という見られ方が禍する	経験があると思われる	2	経験年数があるから、やったことがあると見られがちになる
	気軽に聞きにくい	2	周りが忙しそうだし、経験者が気軽に聞いてよいのかと思う
	「経験者」のため任せられる	3	たまにボンと置かれたこともあった
多様なスタッフとの関わりの難しさ	年配スタッフへの指示の仕方に迷う	2	年配のスタッフにどう声をかけたり、指示したらよいか迷う
	准看護師への指導法の模索	4	准看護師に嫌な思いをさせずにどう理解してもらうか、その加減がわからない
委員会業務による時間的・精神的負担	常勤看護師の不足による委員会業務の掛け持ち	2	スタッフが少ないので委員会を掛け持ちしなければならない
	委員会業務による残業	5	委員会は時間外だし、毎月の集計やパソコン入力は時間外になる
	苦手な委員会業務	2	勉強会を立案していくのは苦手
思い通りにいかない仕事と家庭の両立	定時に帰れない	5	帰りが遅いことで子どもがきつそうになることが辛く心配
	仕事と家庭の両立へのジレンマ	3	仕事もやりたいけど家庭ももうちょっとやりたいというジレンマ
	思うように時間が使えない	1	勉強しないといけないと思うが、家には子どもがいて思うようにできない

して生じた思いであった。【不慣れな業務遂行上の戸惑い】の「物品・設備が違うことへの戸惑い」は、使用する物品や配置場所、設備の違いに対して戸惑いを感じていた。[新たな業務内容への戸惑い]は、「点滴刺入は前の病院で看護師はほとんどやらなかった」などのように、今まで経験しなかった看護業務をすることへの戸惑いや、使用する物品が同じでも使用法が前職場と異なることでやりにくさを感じていた。また、戸惑いを感じつつも現職場で新たに経験することに対しては、【看護方法に対する疑問】を抱くこともあり、戸惑いや疑問といった複雑な思いを持ちながらも現職場の環境に慣れようと努力し業務を遂行していた。

【「経験者」という見られ方が禍する】は、[経験があると思われる][気軽に聞きにくい][「経験者」のため任せられる]から構成された。参加者は、「経験年数があることで経験したことがあると見られる」、「経験者が気軽に聞いていいか葛藤する」、「たまにボンと放っておかれたと感じる」などの経験をしていた。

【多様なスタッフとの関わりの難しさ】は、[年配スタッフへの指示の仕方に迷う][准看護師への指導法の模索]から構成され、年配スタッフや准看護師など、今まで接する機会の少なかったスタッフとの関わり方に悩む経験である。[年配スタッフへの指示の仕方に迷

う]では、参加者は「ここは年配の方もいるので…自分がリーダーだったりする時に声掛けとか指示の仕方がかどういふうに言ったらいいのか…」と述べていた。[准看護師への指導法の模索]は、ある程度日常の業務に慣れ、後輩指導を経験する中で生じた思いであり、看護師と同じ業務をこなしながらも、自分とは違う教育を受けてきた准看護師に対して、どのように指導すべきかを模索する経験である。参加者は「准看護師が自分たちと同じ業務をするのであれば、自分の学びを伝えていかななくてはいけないという思いがある。准看護師にどこまで勉強させればいいのか、指導で困る時がある」と述べていた。

【委員会業務による時間的・精神的負担】は、[常勤看護師の不足による委員会業務の掛け持ち][委員会業務による残業][苦手な委員会業務]から構成された。参加者は「スタッフが少ないので委員会を掛け持ちしなければならない」、「委員会は時間外だし、毎月の集計だったりとか、パソコン入力だったりとか…夜勤の時間を使ったり」などと述べ、委員会業務を担うことに負担を感じていた。

【思い通りにいかない仕事と家庭の両立】は、[定時に帰れない][仕事と家庭の両立へのジレンマ][思うように時間が使えない]から構成された。仕事と家庭の両立

を望みながらもうまくできないことに葛藤を抱く経験を指しており、参加者は「仕事もやりたいけど家庭ももうちょっとやりたい」、「帰りが遅くなって…子どもがきつそうになるのが辛い」と述べていた。

3. 職場継続の要因

職場継続の要因には、8つのカテゴリーが抽出された(表2)。**【その都度自分から聞く】**は、**【その都度聞く】** **【なるべく聞く】**から構成された。参加者は、入職当初1～2週間は専属の担当者とともに行動していたが、その後はある程度1人で業務を行っていた。分からないことがある場合は **【その都度聞く】** ようにし、間違いが起こらないよう自分から **【なるべく聞く】** ようにしていた。

【このやり方に自分を合わせる】の **【このやり方に合わせる】**は、前職場と比較して看護方法に疑問を抱きながらも、現職場のやり方に自分を合わせそのやり方に慣れようとする行動を指している。**【経験を重ねたことで受け止められる】**は、前職場でも同じような思いを抱いた経験から、「疑問」を抱いてもそれを受け入れられることを指している。転職経験3回目の参加者は、「2つ目の病院では何でだろうと疑問に感じたが、今は疑問に思ったことを質問できるし、ここの病院のやり方だと受け止められ悩まなくなった」と述べていた。

【状況を見ながら自分の考えややり方を表現する】は、**【自分の考えを表現する】** **【自分のやり方を表現する】**から構成された。参加者は現職場のやり方に自分を合わせつつも、周りを見ながら変えた方が良いと感じたことに対しては **【自分の考えを表現する】** ようにしていた。また、「納得できたことは病院のやり方でやり、納得できないことは自分のやり方でやることもある」とも述べ、臨機応変に **【自分のやり方を表現する】** ことも行っていた。

【思いを共有できる仲間が存在】は、参加者にとって前職場や看護師養成学校時代の同期、同じ病棟の中途採用看護師、同じ委員会のメンバーが仲間であり、困った時に思いを共有する存在であった。参加者からは、「変えた方が良いと思ったことを途中で話して、カンファレンスで提案して実際に変わったことがあった」という発言も聞かれ、仲間と境遇や経験を共有できることは仕事の励みにもなっていた。

【相談者の存在】は、**【困った時に頼れる上司の存在】** **【プリセプターシップ制度】**から構成された。参加者にとって定期的な面談が師長に相談するきっかけとなっており、仕事上で困ったことがある時には師長が1番の相談役となっていた。また、プリセプターシップ制度

表2 職場継続の要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	代表的なコード
その都度自分から聞く	その都度聞く	10	常に近くの人に聞いて、聞いてっていうのを繰り返していた
	なるべく聞く	4	周りの人になるべく聞いて間違いがないようにしている
このやり方に自分を合わせる	このやり方に合わせる	6	結局はこのやり方に合わせなくてはいけないところがある
	経験を重ねたことで受け止められる	6	そこの病院のやり方なんだと悩まなくなった
状況を見ながら自分の考えややり方を表現する	自分の考えを表現する	7	慣れていくと度胸が据わるので、少し言ったりする
	自分のやり方を表現する	5	変えられそうなところは自分なりにやってみたり、自分のやり方を小出しに出したり
思いを共有できる仲間が存在	思いを共有できる仲間が存在	13	前の病院の同期には困ったときすぐ話せるし、分かってもらえる
			同じ時期に中途がいたので、いろんな意見が聞けて話ができるのは良い
相談者の存在	困った時に頼れる上司の存在	9	師長からも事前にアドバイスを受け、いろいろ相談にはのってもらってはいた
	プリセプターシップ制度	10	プリセプターには気軽に聞けるし、何かあったら頼れる
個々の状況に配慮した勤務の調整	個々の状況に配慮した勤務の調整	5	土曜は家で過ごせるよう、夜勤は週末に組むようにしてもらおう
			日勤の時間内に終わる委員会をつけてもらう
理解し協力してくれる家族の存在	仕事を理解してくれる家族	2	家族は看護の仕事を理解してくれている
	仕事に協力してくれる家族	4	支えになってるものはやっぱり家族で、家族の協力なしではできない職
仕事にやりがいを感じる	やっぱり看護師の仕事が好き	6	復帰して看護が楽しいと改めて感じた
	経験が活かせる自己の成長につながる	6	今までの経験が活かしていると感じる
	自己の役割が発揮できる	3	子どもと接しているいろんな視野が広がり、それが看護の場面に生かせたりする

のある病院では、参加者はこの制度を肯定的に評価し、プリセプターを相談しやすい、頼れる、安心感を抱く存在と捉えていた。

【個々の状況に配慮した勤務の調整】は、師長が個々の家庭の事情に配慮し勤務を調整することを指しており、参加者は、「最初は夜勤が月4回だったが、子どもの精神的な影響もあるので3回にしてもらって…」と述べていた。

【理解し協力してくれる家族の存在】は、[仕事を理解してくれる家族][仕事に協力してくれる家族]から構成された。看護師の仕事に理解を示し、育児の協力をしてくれる家族は、参加者にとって大きな支えであり、参加者は家族がいるから仕事を続けられていると実感していた。

【仕事にやりがいを感じる】は、[やっぱり看護師の仕事が好き][経験が活かせる自己の成長につながる][自己の役割が発揮できる]から構成され、仕事を楽しい、好きだと実感でき、今までの経験が活かせる役割が発揮できるということに、やりがいを感じていた。[自己の役割が発揮できる]では、育児中の参加者が「家では母として病院に来れば別の役割があるのは、大変だけどいいと思う。子どもと接しているんな視野が広がり、それが看護の場面に活かしたりする」と述べており、仕事と育児の両立に葛藤を抱きながらも2つの役割を果たすことの意味を見出していた。

V. 考察

1. 入職後から現在に至るまでに困難に感じたことと職場継続の要因との関係(図1)

参加者は、前職場との相違点について【不慣れな業務遂行上の戸惑い】【看護方法に対する疑問】【看護マニュアルの不備への気づき】を感じながらも、【その都度自分から聞く】【ここのやり方に自分を合わせる】という行為をしつつも、【状況を見ながら自分の考えややり方を表現する】ことを行っていた。このように、中途採用看護師は自己の経験に基づき、よりよい看護方法を模索しながら自分らしさも失わず仕事をしている様相がうかがえる。【看護方法に対する疑問】に対しては、【思いを共有できる仲間】の存在【理解し協力してくれる家族の存在】である中途採用看護師同士で前職場での看護方法を話したり、現職場での疑問を共有したりすることで、疑問を感じるの自分だけではないと感じていた。

また、【多様なスタッフとの関わりの難しさ】【委員会業務による時間的・精神的負担】に対しては、師長に相談したり、同じ委員と思いを共有したりすることで、負担を感じながらも業務を遂行していた。

さらに、育児中の参加者は、【思い通りにいかない仕事と家庭の両立】を抱きながらも、【個々の状況に配慮した勤務の調整】や【理解し協力してくれる家族の存在】といった周囲の協力が得られることで、家族と過ごす時間も大切にしながら仕事と家庭を両立することが

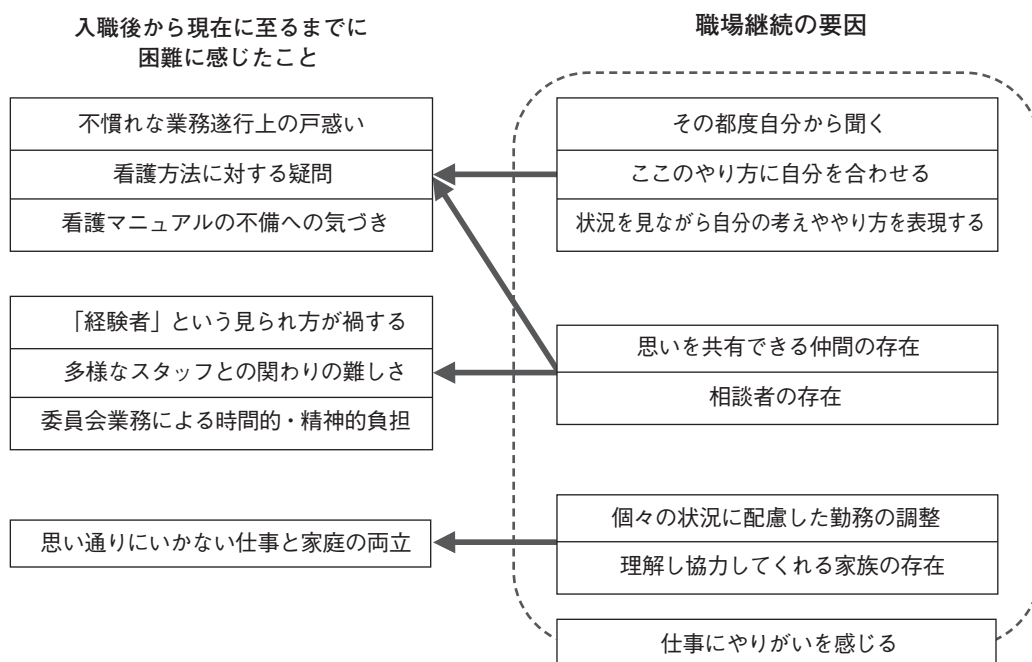


図1 入職後から現在に至るまでに困難に感じたことと職場継続の要因との関係

できていた。

本研究の参加者は、入職後から現在に至るまでに様々な困難や葛藤を感じながらも、現職場の環境に慣れようと努力し、仲間、相談者、家族に支えられながら職務を遂行していることが分かる。また、【仕事にやりがいを感じる】ことは職場継続の要因の1つであるが、職場継続全体の根底にあり、困難さの解決に寄与していると考えられる。それは、岩下ら⁹⁾による『看護師の職業継続要因は、職業生活だけではなく家庭生活や個人生活を含む生活全般のさまざまな立場や役割を通して培われてきたものであり、中核には看護が好きという思いが存在し、経験を重ねるなかでますますその思いが深まる傾向にある。』に通じるものである。

2. 中途採用看護師の職場定着に向けた看護管理上の示唆

本研究の参加者の多くは主に転職経験2～3回であり、前職場は現職場よりも規模の大きい病院であった。参加者は前職場との環境の相違に戸惑いを感じるだけでなく、【看護方法に対する疑問】を抱いていた。【看護方法に対する疑問】は、中途採用看護師が組織や病院機能、看護の質が異なる他病院で勤務を経験したからこそ浮かんでくるものであり、中途採用看護師の強みである。また、【看護方法に対する疑問】から発信した提案を受け入れてすぐに現場の看護方法に活かすことができるのは、規模の小さい中小規模病院の強みとも考えられる。従って、【看護方法に対する疑問】を表出することは、中途採用看護師、中小規模病院双方の強みを発揮すること、病棟のこれまでの看護方法の見直しと改善につながる契機になると言える。

一方、中途採用者のジレンマは、これまでの経験で蓄積された技術や知識、手順などが、現職場での方法と違っているときに、周囲に受け入れてもらえなかったことで生じ、提案をしても聞いてもらえないことはチームや組織に対する不満ともなる¹⁰⁾と言われる。このことから、中途採用看護師各々が【看護方法に対する疑問】を抱えたままにせず、その疑問や思いを表出できる場があることが、職場継続の要因につながると考える。中途採用者のフォローアップ研修は、同じ立場の仲間と共感を得る、自分だけではないと考えたり感じたりする¹¹⁾、安心感が得られたり励みになる¹²⁾といった効果があるとされる。本研究参加者のように、同じ時期に同じ年代の中途採用看護師がいたことで思いを表出できる場が病棟にあったが、自分と同じ立場の中途採用看護師が病棟内にいない場合には、院内の中途採用

看護師の集合研修をすることもその1案であろう。

参加者は、疑問を気軽に聞いていいか葛藤する、経験者のため放っておかれたと感じるなど、【「経験者」という見られ方が禍する】経験をしていた。これは、経験があるためにできると決めつけられ辛く感じる、わからないことに恥ずかしいと感じ聞くこともできない思いをされるといった、半田ら¹¹⁾の研究と同様の結果であった。また、職場での暗黙のルールや物品の名前の呼び方の違いについて、受け入れ側が何気なくやってきたことは、中途採用者にとっては違和感を感じることもある¹¹⁾と報告されている。受け入れ側は、中途採用看護師を即戦力として捉え、経験のある技術に対して説明や見学は不要と考えるのではなく、中途採用看護師それぞれが抱える思いや経験を考慮しながら、現職場での初めての体験や未知なことに対しては丁寧に説明していく必要がある。

また、【多様なスタッフとの関わり方の難しさ】の「年配スタッフへの指示の仕方に迷う」は、リーダーとして年配スタッフへの指示の仕方に迷う経験で、[准看護師への指導法の模索]は、自分とは教育経験の異なる准看護師への指導の仕方に迷う経験であった。大規模病院は中小規模病院に比較してスタッフの平均年齢が低く、年配のスタッフは少ないことが推測される。また、高度医療を行う施設や規模の大きい病院では准看護師を採用しない傾向がある¹³⁾ことから、中小規模病院では大規模病院と比較して准看護師の採用が多いと考えられる。結婚や出産を機に大規模病院から中小規模病院に転職する中途採用看護師も多い中、今まで接する機会の少なかった年齢層や自分とは異なる資格を持つ多様なスタッフとの関わり方に悩む経験は、中小規模病院の中途採用看護師が経験する困難の特徴であると推測する。そのためプリセプターや上司は、スタッフとの関係性に悩み業務の障害となっていないか、中途採用看護師の思いを聴き、的確なアドバイスをすることが必要であると考えられる。

本研究で対象とした3病院では、中途採用看護師同士が語れる場を設けた研修はなく、経験年数に応じたクリニカルリーダーの研修や自己が学習したい研修に参加できる仕組みとなっていた。しかし、中途採用看護師同士で語れる場を作ることは、中途採用看護師にとってプラスになるだけでなく、中途採用看護師の受け入れのあり方を検討することにもつながるため、病院側にとってもプラスになると考える。中途採用看護師を対象にどのような時期にどのような研修をすることが

より効果的であるかは、今後さらに検討することが課題である。

VI. 結論

1. 中途採用看護師が入職後から現在に至るまでに困難に感じたことには、【不慣れな業務遂行上の戸惑い】【看護方法に対する疑問】【看護マニュアルの不備への気づき】【「経験者」という見られ方が禍する】【多様なスタッフとの関わりの難しさ】【委員会業務による時間的・精神的負担】【思い通りにいかない仕事と家庭の両立】の7つのカテゴリーが抽出された。
2. 職場継続の要因には、【その都度自分から聞く】【このやり方に自分を合わせる】【状況を見ながら自分の考えややり方を表現する】【思いを共有できる仲間の存在】【相談者の存在】【個々の状況に配慮した勤務の調整】【理解し協力してくれる家族の存在】【仕事にやりがいを感じる】の8つのカテゴリーが抽出され、【仕事にやりがいを感じる】がその根底にあった。
3. 中途採用看護師は、環境の違いに対する戸惑いや現職場で実施する初めての技術に対する不安を感じており、現職場での初めての体験や未知なことに対しては丁寧に説明していく必要がある。
4. 上司や同僚からの情緒的支援は職場継続の要因であり、師長は中途採用看護師のこれまでの経験と思いを受け止めながら的確なアドバイスを必要とする必要がある。
5. 中途採用看護師は、他施設での経験があるからこそ現職場での【看護方法に対する疑問】を抱いており、周囲にその疑問を表出できる環境が必要である。

VII. 本研究の限界と課題

本研究の結果は、3施設11名と対象が限られていること、施設ごとに中途採用看護師への支援内容は異なることから、結果を一般化するには限界がある。また、対象3施設において看護職員配置が一致していなかったことは、研究結果に影響を与えたと推測される。本研究結果を踏まえ、今後は対象数および対象施設を拡大して量的な調査を実施し、中途採用看護師に対するより具体的な支援策を見出すこと、中途採用看護師を対象とした効果的な研修のあり方についてさらに検討することが、今後の課題である。

謝辞

本研究にあたり、ご協力頂きました研究参加施設の皆様に深く感謝いたします。本研究は日本学術振興会による科学研究費（課題番号：24792414）の助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 小川忍：中途採用看護師を取り巻く環境，看護展望，34（4），9-14，2009.
- 2) 市川和可子，佐藤るみ子，大藪七重：わが国における新卒看護師に関する文献の検討，福島県立医科大学看護学部紀要，5，31-39，2003.
- 3) 石渡祥子：ちょっとした工夫ですぐできる！中途採用看護師を迎えるコツ，看護学雑誌，73（3），5-11，2009.
- 4) 渋谷美香，北浦暁子：中途採用看護師をいかす！伸ばす！育てる！，医学書院，2-4，2010.
- 5) 後藤留美，向井加奈子，石田弘美，他：看護師の再就職者における困難乗り越え体験の構造，日本看護学会論文集 看護教育，38，138-140，2007.
- 6) 京田寿恵：中途採用の中堅看護師における職務継続に影響する要因について，看護教育研究集録，35，160-166，2010.
- 7) 田中史人：中堅規模以下の病院における看護師教育の実態と看護師OJTビジネスの可能性に関する考察－アンケート調査の結果分析を基盤として－，開発論集，82，43-82，2008.
- 8) 鈴木仁子：小規模医療施設に勤務している看護師は看護をどのように捉えているか，日本看護学会雑誌，33（3），302，2010.
- 9) 岩下真由美，高田昌代：子育てのライフステージにある看護師のキャリア継続に関連する要因，日本看護管理学会誌，16（1）：45-56，2012.
- 10) 宮城恵子：ライフステージとキャリアデザインを考慮した看護師確保への道を拓く中途採用者への支援，看護管理，18（2），94-99，2008.
- 11) 半田光代：中途採用された看護師の職場環境の認識に対する実態調査，看護教育研究集録，37，202-209，2012.
- 12) 田中千里：30～40歳代独身の中途採用看護師の職務継続意思を支える要因，看護教育研究集録，36，210-216，2011.
- 13) 大石杉乃，内藤雅子，根岸龍雄：看護従事者に地域差が生じた要因，民族衛生，67（5），206-218，2001.

Original Article

Abstract

Difficulties Felt by Mid-Career Nurses and Factors of the Workplace Continuation in Small and Medium-Sized Hospitals

This study aimed to clarify the workplace difficulties felt by mid-career nurses and the factors of the workplace continuation in small and medium-sized hospitals and to examine measures to promote their workplace retention. Semi-structured interviews were conducted with 11 participants, and the data were then qualitatively and inductively analyzed. As a result, seven categories were extracted from the difficulties felt by the participants from the start of their current employment to the present. Additionally, eight categories were extracted from factors of the workplace continuation, with the “feeling that one’s job is worthwhile” being their foundation.

The mid-career nurses felt confusion toward the different environment and anxiety about techniques they performed for the first time in their current workplace, and were expecting kind and detailed explanations regarding their new experiences in the current workplace and the things they did not yet know. As emotional support from superiors and colleagues is a factor in the workplace continuation, the findings suggested that chief nurses need to give accurate advice with attention to the thoughts and previous experiences of mid-career nurses. Precisely due to their experiences at other facilities, mid-career nurses usually have some questions about nursing methods in their current workplace, and need an environment where they can voice those questions to those around them. Follow-up training is considered to be one approach that provides a place where mid-career nurses can talk with one another, but effective approaches to training are an issue that will require further study.

Key words: mid-career nurses, small and medium-sized hospital, workplace continuation

SUZUKI Sayuri

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.35-44 (2014)

喉頭摘出者のQOLに関する文献レビュー

A Literature Review of the Quality of Life in Laryngectomized Patients

岩 永 和 代 ¹⁾ IWANAGA Kazuyo	小 竹 久 実 子 ²⁾ KOTAKE Kumiko	羽 場 香 織 ²⁾ HABA Kaori
鈴 嶋 よ し み ³⁾ SUZUKAMO Yoshimi	甲 斐 一 郎 ⁴⁾ KAI Ichiro	高 橋 綾 ⁵⁾ TAKAHASHI Aya

要 旨

目的：本研究は喉頭摘出者のQOLとQOLに関連する要因を明らかにし、看護の示唆を得ること、喉頭摘出者におけるQOL研究の課題を見出すことを目的とする。

方法：Pub Med、CINAHL、医学中央雑誌 Web ver. 5で喉頭切除およびQOLに関する文献を検索し、26文献（英文献25、和文献1）を分析対象とした。そして、QOLを構成する領域である主観的健康感、身体的領域、社会・心理的領域よりQOLを概観し、QOLとQOLに関連する要因について整理した。

結果：喉頭摘出者のQOLは、疼痛や呼吸困難、摂食機能の障害、会話機能の低下といった身体症状で低下し、活動や社会的な関わりの低下、うつ傾向といった社会・心理機能で低下することが示唆された。そして、コミュニケーション手段、年齢や雇用・経済状態、教育レベル、化学放射線療法併用治療といった個人背景が複合的にQOLに関連していることが示唆された。

結論：喉頭摘出で喪失した機能を補い、新たなコミュニケーション手段を獲得できるような援助が求められる。

キーワード：喉頭摘出者、クオリティーオブライフ (QOL)、レビュー

Key Words: Laryngectomized patients, Quality of Life (QOL), Review

I. はじめに

Quality of Life (以下QOLとする)は、全般的健康、身体機能、身体症状や薬物毒性による症状、情緒機能、

認知機能、役割機能、社会的機能、性機能、および実在的問題を含む多次元的概念¹⁾で、がん治療の標準要素となっている²⁾。日本における頭頸部がんの年間罹患数は約15,000例³⁾であるが、頭頸部は、口唇および口腔、鼻腔および副鼻腔、上咽頭、中咽頭、下咽頭、喉頭、唾液腺、甲状腺の部位の総称⁴⁾で、嗅覚、聴覚、平衡覚、視覚、咀嚼、構音、味覚、発声、嚥下、上気道および上部消化管として日常生活の重要な機能を司り、QOLは考慮すべき問題である⁵⁾。

頭頸部がんのなかで、進行喉頭がんや下咽頭がん患者の手術療法として、喉頭摘出術が行われる。がんの根治性からは優れた治療法であるが、患者は発声機能を喪失し、永久気管孔の造設による呼吸経路の変更、それに伴う咳や痰の増加、嚥下機能や容貌の変化といっ

1) 福岡大学医学部看護学科

School of Nursing, Faculty of Medicine, Fukuoka University

2) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health care and Nursing, Juntendo University

3) 東北大学大学院医学系研究科肢体不自由分野

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Tohoku University Graduate School of Medicine

4) 東京大学

The University of Tokyo

5) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科

Faculty of Health Sciences Department of Nursing, Saitama Prefectural University

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

た身体的問題を生じる⁶⁾。これらの身体的問題は、離職や減収といった社会経済上の問題⁷⁾を生じさせ、自宅へ引きこもり家族とも交流しない⁸⁾など、人間関係や社会的貢献の場の制限や喪失をきたし、家族にも影響を及ぼす。また、社会生活の途絶が心理的なトラウマとなり、高い頻度で精神障害をきたす⁹⁾ことが明らかになっている。このような身体的・心理的・社会的な問題は、喉頭摘出者にとって著しく生活の質を損なうこととなる。

頭頸部がん患者のQOLに関する論文数は増加傾向にある¹⁰⁾が、喉頭摘出者のQOLについて十分に知見が整理されてはいない。本研究は、喉頭摘出者のQOLとQOLに関連する要因を明らかにし、看護の示唆を得ること、喉頭摘出者におけるQOL研究の課題を見出すことを目的とする。

II. 方法

データベースは、Pub Med、CINAHL、医学中央雑誌 Web ver.5（以下医中誌）を用いた。Pub Medで「laryngectomy」をMeSH検索し、subheadingで adverse effects、classification、contraindications、economics、education、history、instrumentation、methods、mortality、nursing、psychology、rehabilitation、Standards、statistics and numerical data、trends、utilizationにチェックを入れ、search builderでAND「QOL」として検索した。CINAHLでは検索語を「laryngectomy」AND「QOL」、医中誌では検索語を「喉頭摘出術」AND「QOL」として検索した。いずれも2000年1月～2013年7月で、英語または日本語で公表された原著論文とした。結果、Pub Medでは47文献、CINAHLで8文献、医中誌では37文献が抽出された。これらの文献の重複を整理し、手術手技や治療成績のみが記載された文献を除外、信頼性・妥当性が検証された測定尺度を用いてQOLに関して論じた文献のみを選定し、26文献（英文献25、和文献1）を分析対象とした。そして、QOLを構成する領域である主観的健康感、身体的領域、社会・心理的領域よりQOLを概観し、QOLとQOLに関連する要因について整理した。

III. 結果

対象論文の概要を表1に示した。喉頭摘出者のQOL研究は、病院や喉頭摘出者団体登録者のデータベースより対象者を抽出した横断研究がほとんどであった。今回分析対象とした文献によって対象者数はさまざまで、喉頭摘出に至る原疾患、腫瘍進行度、術後経過年数、

合併症や喉頭摘出術以外の治療過程が異なっており、一部の文献では提示されていなかった。

1. 主観的健康感

全般的なQOLをどのように感じているかについて、80%の人は良いまたは非常に良いと回答し¹¹⁾、アメリカ国民標準と差は見られなかった¹²⁾。また、喉頭摘出者と喉頭温存者のQOLの比較では、喉頭摘出者が低下している¹³⁾、両者とも差がみられない^{14) 15) 16) 17)}、という異なる結果であった。

2. 身体的領域

1) 症状・機能

喉頭摘出者のQOLは、疼痛^{13) 18) 19)}、睡眠障害¹³⁾、食欲不振、倦怠感^{13) 19)}、便秘¹⁹⁾の症状で低下していた。また、呼吸困難や咳嗽^{13) 15)}の症状もQOLを低下させていた。一方で喉頭摘出後の疼痛^{15) 20) 21)}はなく、QOLに影響していないという結果もあった。

口腔内の問題として、口腔乾燥感、唾液粘稠性の高まり、歯牙の問題^{13) 19) 20)}がみられ、化学放射線療法を併用すると口腔乾燥感はより悪化¹⁵⁾し、QOLが低下していた。さらに咀嚼や嚥下障害^{11) 19)}、栄養サプリメントの使用、フィーディングチューブの留置²²⁾など摂食機能の問題、嗅覚・味覚といった感覚障害^{13) 15) 23)}を生じることでQOLが低下していた。喉頭摘出者のQOLは身体機能全般が低下し^{18) 24) 25)}、治療中に最も低くなった²⁵⁾。また喉頭摘出後に嚥下障害があるとよりQOLの身体機能全般が低下ししていた²⁶⁾。一方、喉頭温存者と比較して、咀嚼・嚥下機能のQOL低下はない^{13) 15) 20)}という報告もあった。

その他では、気管孔の問題があること²⁷⁾や、術後の身体症状の数がより多い²⁷⁾とQOLは低下していた。術後合併症の有無¹¹⁾はQOLに影響していなかった。

2) コミュニケーション

コミュニケーションの問題がQOLに影響していた^{11) 13) 16) 18) 20) 23) 28) 29)}。

喉頭摘出後のコミュニケーション手段は、ボイスプロテゼを挿入しシャント発声^{11) 13) 15) 16) 18) 20) 28)}、および食道発声、電気喉頭、シャント発声、ジェスチャー・筆談など複数手段が使用されていた^{12) 19) 22) 30) 31)}。QOLは、コミュニケーション手段としてシャント発声、笛式人工喉頭、食道発声、電気喉頭を使用している順に高い³²⁾、食道発声、シャント発声、電気喉頭の順に高い³¹⁾と、コミュニケーション手段がQOLに影響していた。しかし、喉頭摘出後のシャント発声者とシャント発声を使用しない人とで会話に関する

QOLに差はない¹²⁾という結果もあった。

喉頭摘出後に代用発声（シャント発声、食道発声、電気喉頭）を使用している人で、音声リハビリテーションを受けた人と受けなかった人を比較すると、受けた人のコミュニケーションに関するQOLが有意に高く²²⁾、リハビリテーション後は身体症状が改善されて、QOLを高めていた²²⁾。また、糖尿病や高血圧の持病のある人ほどコミュニケーション能力が低下し²³⁾、身体症状の悪化と音声障害とは正の相関を示しており^{19) 31)}、症状や機能のQOL低下が、コミュニケーション関連のQOLを低下させていた。さらにQOLは、声の状態が良くないと自覚し³³⁾、聞き手からも声質が悪いと評価された人³¹⁾がより低かった。

一方で、喉頭摘出者は喉頭温存者と比較して、コミュニケーションに問題を感じておらず、コミュニケーションはQOLに影響しない¹⁵⁾とする報告もあった。

3. 社会・心理的領域

活動¹¹⁾や、社会的な関わり^{13) 26) 28)}のQOLが低下していた。また、術後無職者は有職者と比較しよりQOLが低下していた³⁴⁾。

健康感や活力のQOLが低下し¹⁸⁾、うつ傾向²⁶⁾、容貌への不満足感^{11) 35)}が強くなっておりQOLが低下していた。さらに、喉頭摘出と併用して化学療法や放射線療法の実施者は不安の増強や気分が悪化することでQOLが低下した¹²⁾。一方で喉頭摘出者の心の健康は低下していない¹⁸⁾、容貌の変化の問題は、喉頭摘出者と喉頭温存者では差がない²⁰⁾といったようにQOLの低下はないという結果もあった。

4. QOLに関連する要因

喉頭摘出者間でQOLを比較すると、より年齢が高い・65歳以上である^{11) 12) 16) 35)}、術後経過年数が長い^{34) 35)}、教育レベルが高い²⁹⁾、喉頭摘出者サポートグループに所属している²⁹⁾、一次的プロステシス手術である¹⁶⁾対象者は、そうでない対象者と比較してQOLは高かった。逆に、腫瘍進行度が高い¹¹⁾、放射線療法・化学療法の併用^{12) 15) 16)}である対象者は、そうでない対象者と比較してQOLは低かった。

一方で、年齢^{29) 34)}や教育レベル³⁴⁾、手術形態¹¹⁾、腫瘍進行度¹⁶⁾によるQOLに差はみられないという結果もあった。また、性別¹¹⁾、婚姻の有無³⁴⁾、喫煙の有無³⁴⁾、術前術後の飲酒状況³⁴⁾、既往症の有無¹⁶⁾でQOLに差はみられなかった。

IV. 考察

1. 喉頭摘出者のQOLと看護への示唆

喉頭摘出者のQOLは、呼吸、摂食、嚥下、感覚に関する症状の出現があり低下していた。喉頭摘出術は、咽頭前壁の開放部を縫合閉鎖し、気道と食道を分離し食道を再建、気管孔が形成されるため、気管孔から直接空気が吸入される。そのため気道内分泌物が増加し、分泌物の喀出が困難になると呼吸困難をきたす。また、吸気・呼気は鼻腔を通過しないため、擤鼻できない、味覚・嗅覚が阻害されるなどの障害が生じる。さらに再建された食道機能の低下により、つかえ感や逆流による嚥下困難を生じる。従って、気管孔のケアを行い呼吸経路を確保すること、食形態の工夫や嚥下訓練プログラムの導入など、喪失した機能を補うための援助が必要である。さらに、味覚や嗅覚の障害は、健常者であれば無意識に察知できる腐敗物の味や悪臭、ガスの異臭を感知するといった危険察知能力の低下を招く。機能の直接的な障害だけでなく、日常生活上二次的に生じる困難さについても十分なインフォームドコンセントを行い、生活指導を行うことが必要である。

喉頭摘出後のコミュニケーション手段としては、欧米ではプロステシスを用いたシャント発声が主流で^{11) 13) 15) 16) 18) 20) 28) 31)}、アジア圏ではシャント発声の他に電気喉頭や食道発声が使用されていた^{22) 32)}。シャント発声は術後からすぐに発声できる代用音声であるが、定期的メンテナンスが必要であり、それに伴う医療費が必要となる。電気喉頭は術創の治療後に導入され使用は容易であるが、人工的な音声で、皮膚移植を伴う術後では、振動部を接触させる頸部皮膚の範囲が限定されるなどの制限を伴う。食道発声は器具を用いず発声できるが、空気の呑み込みや腹筋を使用した空気の吐き出しに伴う発声訓練が必要となり、それぞれメリットとデメリットがある。喉頭摘出後は、個人の生活背景や体調を考慮したコミュニケーション手段の再獲得過程を援助することの必要性が示唆された。また、シャント発声者のQOLは、他の代用音声使用者と比較して高いことが報告されている一方で、差がないという結果もあり、コミュニケーション手段とQOLとの関連についてはさらに分析が必要である。発声手段に関わらず、コミュニケーションの満足度を高めることで、社会的途絶やそれに伴ううつ傾向といった問題を改善し、QOLを高めることが予測される。

身体症状についてのQOL悪化は、二次的に社会・心理的領域のQOL低下を招く要因になると考える。疼痛

表1 論文概要

発表年	筆頭著者	対象			研究デザイン	
		対象者	対象者の選定	人数		国
2013	Eadie ³¹⁾	喉頭摘出者	サポートグループや医療者によってリクルートされた、喉頭摘出後1年以上経過している人	25	アメリカ	横断
2012	Eadie ³⁵⁾	喉頭摘出者	サポートグループと医療者によってリクルートされた、喉頭摘出後9ヶ月以上経過している人	67	アメリカ	横断
2011	Hamid ²⁵⁾	喉頭摘出者/ 喉頭温存者/ 放射線治療者/ 対照群	Ain Shams大学病院耳鼻咽喉科で喉頭がんの診断を受けた人、外来クリニックのがんでない外来者	80 (20/20/20/20)	エジプト	縦断
2011	Mallis ²³⁾	喉頭摘出者	ギリシャの大学病院で喉頭摘出術を受けた術後2年～10年の人	92	ギリシャ	横断
2011	Verghese ²²⁾	喉頭摘出者	Regionalがんセンターで1996.6～2005.12に手術を受けた人	113	インド	横断
2010	Chou ¹⁷⁾	咽頭喉頭摘出者/ 喉頭温存者	2002.11～2007.3に食道がん(扁平上皮がん)で喉頭摘出または化学放射線療法を受けた人	29 (15/14)	台湾	横断
2010	Sagar ²¹⁾	喉頭摘出者	2000.2～2007.7に大学メディカルセンターで喉頭摘出術を受けた人	20	オランダ	横断
2009	Law ³²⁾	喉頭摘出者	香港の新ボイススクラブ会員の無喉頭発声者で会話リハビリを受けた人	49	中国	横断
2009	Lundström ¹⁹⁾	喉頭摘出者	1998～2005にKarolinska大学病院で喉頭摘出術を受けた人	43	スウェーデン	横断
2009	Maclean ²⁶⁾	喉頭摘出者	オーストラリア喉頭摘出者協会メンバーリスト	197	オーストラリア	横断
2008	Boscolo ¹³⁾	喉頭摘出者/ 喉頭温存者	地域頭頸部がんセンター退院部門、Padua大学、Treviso病院で喉頭がんの治療を受けた人	67 (37/29)	イタリア	横断
2008	Trivedi ²⁰⁾	喉頭摘出者/ 喉頭温存者	2003.2～2006.12にAmerit Institute of Medical Science病院で治療を受けた進行喉頭がんの人	40 (29/11)	インド	横断
2007	Kazi ¹¹⁾	喉頭摘出者	Royal Marsden 病院 Speech and Languageセラピーデータベース	63	イギリス	横断
2007	折館 ³³⁾	喉頭摘出者/ 喉頭部分切除者/ 喉頭温存者	喉頭がんの根治治療を受け、北海道大学病院で経過観察中であり、無病生存している人	137 (27/18/92)	日本	横断
2007	Woodaed ¹⁶⁾	喉頭摘出者	1994.7～2005.8にLoyola 大学施設で喉頭摘出術を受けた人	143	アメリカ	横断

研究目的	QOL評価尺度	結果
喉頭摘出者のQOL、喉頭摘出後の会話の容認度および理解度とQOLの関連を明らかにする。	UW-QOL ^{*10} VHI ¹²	喉頭摘出後のQOLは身体面、情動面、声質で中程度であった。QOLと会話の理解度との関連は弱く、容認度とは中程度の関連があった。
喉頭摘出者のQOL、コーピング方法とその関連要因を関連を明らかにする。	UW-QOL ^{*10} VHI ¹²	喉頭摘出者のQOLは中程度で、喉頭摘出後の経過時間と相関が見られた。喉頭摘出者のストレスは身体能力の限界、容姿、ライフスタイルで、コーピングとしてストレスに距離を置くことが最も多く使われていた。
喉頭がん患者の3タイプの治療方法によるQOLの相違を明らかにする。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ³	3タイプの治療方法ともに、治療前より治療中、治療3ヶ月のQOLは有意に低下しており、6ヶ月で改善がみられた。喉頭摘出術は他の2つの治療方法と比較して、治療前、治療中、治療3ヶ月、6ヶ月のすべての時期で体重減少、疼痛、会話のQOLが有意に低く、身体機能が最も悪かった。
喉頭摘出者の術後経過年数とQOLとの関連を明らかにする。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{3*}	QOLの気分の変調、においの問題が低下していた。糖尿病や高血圧、前立腺の疾患で薬物療法を必要とする人はQOLのコミュニケーション能力に悪影響を及ぼしていた。術後経過年数によるQOLに差はなかった。
発声リハビリテーションありとなしとの間のQOLを比較する。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{3*}	声のリハビリテーションを受けた人は受けなかった人と比較してQOLは有意に高かった。
喉頭摘出者と喉頭温存者（化学放射線療法）のQOLを比較し、QOLの関連要因を明らかにする。	WHOQOL ^{*13}	喉頭摘出術前後で喉頭摘出者と喉頭温存者のQOLに差はみられなかった。喉頭摘出者の治療後のQOLでは、嚥下障害は有意に低下していた。
喉頭摘出者のQOLと関連要因を明らかにする。	UW-QOL ^{*10}	術後1年後に回答した7名のQOLは、疼痛はない、もしくは鎮痛剤でコントロールできる程度となった。結果、ほとんどが手術結果に満足していた。
無喉頭発声方法（食道発声、電気喉頭、空気発声、シャント発声）によるQOLを比較する。	CAPAL ^{*1}	4種類の無喉頭発声方法（ES/E L/PD/TE）で比較すると、TE、PDは中国人無喉頭発声者にとって受け入れがよく、TEは最もQOLが高かった。
QOLと音声障害との関連を明らかにする。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N ^{3*} VHI ^{12*}	QOLの声の状態の自覚は低下していた。VHIはEORTC QLQの会話の問題と関連していた。
喉頭摘出者の嚥下障害とQOLおよびDASS（不安・うつ・ストレススケール）との関連を明らかにする。	WHOQOL ^{13*} UW-QOL ^{*10}	喉頭摘出者はオーストラリアの標準QOLより低く、嚥下障害の有無はQOLに関連はないが、Well-beingに関連していた。
喉頭摘出後放射線療法者と喉頭温存・化学放射線療法のQOLを比較する。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{3*}	喉頭温存と喉頭摘出では生存率に差はなく、喉頭温存者は喉頭摘出者と比較して長期によりよいQOL得点を保っていた。これは主に身体、社会、役割機能が良く、社会参加、疼痛、呼吸、会話、感覚や睡眠障害の問題があまりないためである。
喉頭摘出者と喉頭温存者のQOLを比較する。	FACT-H&N ^{*5}	治療群で全体的なQOLスコアは差がなかった。個々のQOL構成要素の得点は両治療群で同様であった。化学療法治療群のQOLでは口腔の乾燥が最も悪く、全喉頭摘出治療群のQOLでは他者とのコミュニケーションが最も悪かった。
喉頭摘出者のQOLを明らかにする。	UW-QOL ^{*10}	総合的QOLについて、80%の患者は良いまたは非常に良いと回答した。QOLで最も重要な問題として会話、外観、活動をあげた。年齢と気管食道孔の閉鎖はQOLと関連していた。
喉頭がんの治療方法と音声QOLとの関連を明らかにする。	V-RQOL ^{*11} VHI ¹²	喉頭摘出者のV-RQOLは、喉頭温存、喉頭部分切除、喉頭摘出の順で高かった。VHIも喉頭温存、喉頭部分切除、喉頭摘出の順であった。音声障害とQOLは関連してい。
喉頭摘出者の生存率、機能、QOLを明らかにする。	Head&Neck Cancer Inventory	進行癌、再発腫瘍、リンパ節転移、2以上の併発症、心臓血管疾患は5年生存率に影響する。65歳以上であること、合併症が2つ未満、心臓血管系の疾患がない、前化学放射線療法なしの患者のほうが高いQOLを維持していた。

表1 論文概要 (続き)

発表年	筆頭著者	対象				研究デザイン
		対象者	対象者の選定	人数	国	
2006	Brink ³⁶⁾	喉頭摘出者/ 他の外科処置/ 頸部郭清者	1999. 5 ~ 2000. 9にErasmus大学メディカルセンターの2施設で頭頸部がんで治療した人	90 (27/42/21)	オランダ	縦断
2006	Paleri ²⁷⁾	喉頭摘出者	2つの三次医療センターのデータベースにある、喉頭摘出者で治療後1~5年経過しているシャント発声使用者	57	イギリス	横断
2006	Vilaseca ¹²⁾	喉頭摘出者	2003アトランタ患者協会ミーティング参加者	49	アメリカ	横断
2005	Coul ³⁰⁾	喉頭摘出者	1つの総合病院頭頸科と3つの専門病院頭頸科	80	オランダ	横断
2005	Eadie ²⁹⁾	喉頭摘出者	喉頭摘出者協会、大都市健康管理施設で参加者を募集、筆者より直接依頼	30	アメリカ	横断
2004	Hanna ¹⁵⁾	喉頭摘出者/ 喉頭温存者	アーカーソンがん研究センターに登録された喉頭がん患者で、喉頭全摘術または化学放射線療法で治療された人	42 (23/19)	アメリカ	横断
2004	Palmer ³⁴⁾	喉頭摘出者	国際喉頭摘出者協会のメーリングリスト	170	アメリカ	横断
2004	Terrell ²⁸⁾	頭頸部がん患者 (喉頭摘出者を含む)	三次医療がんクリニックとVA(退役軍人管理局)がんクリニックリスト	570 (61)	アメリカ	横断
2002	Birkhaug ¹⁴⁾	喉頭摘出者/ 頭頸部扁平上皮がん患者	ノルウェー喉頭摘出者協会のメーリングリスト	200 (104/96)	ノルウェー	横断
2001	Weinstein ¹⁸⁾	喉頭摘出者/ 喉頭部分切除者	記載なし	31 (16/15)	アメリカ	横断
2000	Weymuller ²⁴⁾	喉頭摘出者/ 喉頭部分切除者/ 喉頭温存者	1993~1995年にワシントン大学耳鼻咽喉科で喉頭摘出術を受けた人	122 (13/25/84)	アメリカ	横断

CAPAL^{*1}: The Communication Activity and Participation After Laryngectomy questionnaire

EORTC QLQ-C^{*2}: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30

EORTC QLQ-H&N^{*3}: The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-head and neck35

FACT-G^{*4}: The Functional Assessment of Cancer Therapy-General Version4

FACT-H&N^{*5}: The Functional Assessment of Cancer Therapy-Head and Neck Version4

H&N-QOL^{*6}: The University of Michigan Head and Neck Quality of Life questionnaire Version 4

PSS-HN^{*7}: the performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients

SF-12^{*8}: MOS Short Form-12-Item Health Survey, version 2

SF-36^{*9}: MOS Short-Form 36-Item Health Survey version 2

UW-QOL^{*10}: The University of Washington Quality of Life questionnaire Version4

VR-QOL^{*11}: Voice Related Quality of Life

VHI^{*12}: the Voice Handicap Index-10

WHOQOL^{*13}: A World Health Organization Questionnaire on Quality of life-Bref

研究目的	QOL評価尺度	結果
頭頸部がんの治療法によるQOLと、退院時、退院後6週間、退院後3カ月のQOLの相違を明らかにする。	patients' quality of life in 22 different dimension	喉頭摘出者は、他の外科処置やリンパ節郭清のみの患者と比較して、不安や会話、嚥下についてQOLが低下していた。喉頭摘出者は、退院時と退院後6週間、3カ月では、退院後6週間で最も不安が高まっていた。
喉頭摘出者の気管孔狭窄とQOLとの関連を明らかにする。	Michigan H&N-QOL ^{*6}	気管孔のサイズ15ミリをカットオフ値とし、それ以上であればQOLの会話が低下しており、気管孔スコアとQOLは関連があった。
喉頭摘出者のQOLと関連要因を明らかにする。	SF-12 ^{*8} UW-QOL ^{*10}	喉頭摘出者の全体的なQOLはアメリカ国民標準と比較し差がなかった。放射線療法の実施はQOLの会話や不安と関連し、年齢はQOLの容貌や不安と関連していた。
喉頭摘出者のQOLを明らかにする。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{*3}	シャント発声者は機能、症状ともによりよいQOLを維持していたが、騒音の中での発声に問題を感じていた。
喉頭摘出者のQOLと関連要因を明らかにする。	Michigan H&N-QOL ^{*6}	QOL知覚の高い人は、サポートグループにより高いレベルの発声コミュニケーション、教育、メンバーシップを受けており、これらの要素がリハビリテーション結果を高めていた。
喉頭摘出者と喉頭温存者のQOLと関連要因を明らかにし、比較する。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{*3}	喉頭摘出術+放射線療法と化学放射線療法を比較し、QOLに差はなかった。喉頭摘出では、QOLの味覚、嗅覚、疼、咳の問題があった。
喉頭摘出者のQOLと関連要因を明らかにする。	FACT-G ^{*4} FACT-H&N ^{*5}	喉頭摘出後の症状の数、雇用状況、コミュニケーション方法はQOLと関連し、性別、婚姻の有無、喫煙の有無、術前術後の飲酒状況は関連がなかった。
頭頸部がん患者のQOLとQOLの関連要因を明らかにする。	SF-36 ^{*9} Michigan H&N-QOL ^{*6}	頭頸部がん患者のQOLについて、喉頭摘出者は温存者と比較して、社会機能と会話の問題で有意に低下していた。
喉頭摘出者QOLを先行研究による頭頸部扁平上皮がん患者と比較し、関連要因を明らかにする。	EORTC QLQ-C30 ^{*2} EORTC QLQ-H&N35 ^{*3}	喉頭摘出者と先行研究の頭頸部がん患者のQOLを比較し、喉頭摘出者は呼吸困難、下痢、経済、感覚、歯牙の問題についてQOLが低下していたが、全般的なQOLに差はなかった。QOLと性別、年齢、術後経過年数、教育レベルとの関連はないが、うつ傾向が強いとQOLは低下した。
喉頭摘出者と喉頭部分切除者の特異的QOL、包括的QOLを国民標準値と比較する。	SF-36 ^{*9} Michigan H&N-QOL ^{*6} VR-QOL ^{*11}	喉頭摘出者と喉頭部分切除者のQOLを比較し、喉頭摘出者では全般的にQOLが低下していた。喉頭摘出者と喉頭部分切除者のQOLを国民標準値と比較すると喉頭摘出者が最も低かった。
喉頭温存+放射線療法または化学療法と喉頭摘出と頸部郭清術の3グループのQOLを比較する。	UW-QOL ^{*10}	喉頭摘出術2年後生存者は術前のQOLと差がなく、手術療法では機能についてのQOLが悪化し、放射線療法では疼痛についてのQOLがより悪化していた。治療法により全体的QOLの差はみられなかった。

や睡眠障害、食欲不振や倦怠感などの身体の不調は、健康感や活力を低下させ、コミュニケーション機能、摂食に関する機能低下は社会的活動を縮小させる。それらは失職や収入減少につながり、心理機能の低下やうつ状態を招く。喉頭摘出者の心理的な問題について、精神健康ケア専門家の介入の必要性が述べられており^{9) 37)}、心の健康を保つためには喉頭摘出者自身が喉頭摘出という障害を自覚し、肯定的に受け入れていくというような関わりが重要であると考えられる。小竹⁸⁾は、障害受容のためには、心理的適応を促進するソーシャルサポートの必要性があると述べている。どの時期にどのようなサポートが必要であるのか検討が必要である。

放射線療法・化学療法の併用がQOLに影響していた^{12) 15) 16)}。治療は、腫瘍部位や腫瘍進行度との関連があり、一面的な要素から断定できないが、放射線や化学療法によりさらなる身体症状の出現がQOLを低下させていると考える。

高年齢であるほどQOLが高い^{1) 12) 16)}という結果であったが、高齢者の発達過程として社会参加は縮小していく時期であり、社会的途絶感が相対的に減少していることが予測される。最近では、高齢者の頭頸部がん症例は増加しているが、高齢者のQOLは家族や社会のサポートに依存するところが多く⁵⁾、介護する家族への援助や患者会などのインフォーマルサポート導入といった看護介入が必要である。

2. 喉頭摘出者QOL研究についての課題

喉頭摘出者のQOL評価には、包括的な評価尺度と疾患特異的な評価尺度が使用されていた。包括的な評価尺度は疾患に関わらずQOL評価が可能であり、疾患特異的な尺度として使用されたEORTC QLQ-C、FACT-Gは世界的にがんQOL研究に使用されているものである。また併用して使用されたEORTC QOL-H&NやFACT-H&Nは、頭頸部がん特異面が追加され、がんの部位や種類、治療法別に追加尺度が備わっており、臨床に有用な情報を得ることができる。このように身体的・心理的・社会的側面より測定できる評価尺度を用いて分析していくことが重要である。

今回分析対象とした文献では、喉頭摘出者のQOLについて異なる結果が示されているものがあつた。これは、対象者の背景がさまざまである横断研究であったことが関連していると考えられる。喉頭摘出者のQOLと看護について、さらなる示唆を得るためには、横断的研究に加え、どの時期にどのようにQOLが変化しているのかを縦断的に分析することが必要である。

また、質問紙を用いたQOL測定と同様に、さまざまな背景の喉頭摘出者の生活状況や思いよりQOLを分析するといった、質的アプローチも必要である。これらの積み重ねにより、喉頭摘出者の看護のあり方について検討していく必要がある。

V. 結論

喉頭摘出者のQOLに関連した26文献を分析したところ、喉頭摘出者のQOLは、疼痛や呼吸困難、摂食機能の障害、会話機能の低下といった身体症状で低下し、活動や社会的な関わり低下、うつ傾向といった社会・心理機能で低下することが示唆された。そして、コミュニケーション手段、年齢や雇用・経済状態、教育レベル、化学放射線療法併用治療といった個人背景が複合的にQOLに関連していることが示唆された。喪失した機能を補い、新たなコミュニケーション手段を獲得できるような援助が必要である。

【文献】

- 1) Peter M F., Devid M.: Quality of Life Assessment, Analysis and Interpretation, 2000, 福原俊一, 数間恵子, QOL評価学測定, 解析, 解釈のすべて, 第1版, 2-4, 中山書店, 2005.
- 2) Toth G, Sakaguchi T, Mikami Y., et al.: A pilot study of the translation, cultural adaptation and validation of the EORTC head and neck cancer quality of life questionnaire module (QLQ-H&N35) for use in Japan, *Auris・Nasus・Larynx*, 32 (2), 175-183, 2005.
- 3) Matsuda A., Matsuda T., Shibata A., et al: Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2007: A Study of 21 Population-based Cancer Registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project, *Jpn Clin Oncol*, 43 (3), 328-336, 2013.
- 4) 日本頭頸部癌学会編集: 頭頸部癌取り扱い規約, 第5版, 32-55, 金原出版, 東京, 2012.
- 5) 今野昭義, 寺田修久, 沼田勉他: 頭頸部外科の立場からみたQOL, *癌の臨床*, 44 (11), 1417-1427, 1998.
- 6) Armstrong E., Isman K., Dooley P., et al.: An investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy, *Head&Neck*, 23 (1), 16-24, 2001.

- 7) 小竹久実子, 佐藤みつ子: 喉頭摘出者のコミュニケーション方法間の関係, 日本看護研究学会誌, 28 (1), 109-113, 2005.
- 8) 小竹久実子, 鈴嶋よしみ, 甲斐一郎他: 喉頭摘出者のフォーメサルサポートの重要性 - 喉頭摘出者患者会会員の場合, 日本看護科学学会誌, 26 (4), 46-54, 2006.
- 9) Bussian C., Wollbrück D., Danker H., et al.: Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 267 (2), 261-266, 2010.
- 10) Rogers SN., Ahad SA., Murphy AP.: A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000-2005, *Oral Oncol*, 43 (9), 843-868, 2007.
- 11) Kazi R., De Cordova J., Kanagalingam J., et al.: Quality of life following total laryngectomy: assessment using the UW-QOL scale., *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 69 (2): 100-106, 2007.
- 12) Vilaseca I., Chen AY., Backscheider AG.: Long-term quality of life after total laryngectomy, *Head Neck*, 28 (4), 313-320, 2006.
- 13) Boscolo-Rizzo P., Maronato F., Marchiori C., et al.: Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation, *Laryngoscope*, 118 (2), 300-306, 2008.
- 14) Birkhaug EJ., Aarstad HJ., Aarstad AK., et al.: Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomies, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 259 (4), 197-204, 2002.
- 15) Hanna E., Sherman A., Cash D., et al.: Quality of life for patients following total laryngectomy vs chemoradiation for laryngeal preservation, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 130 (7), 875-879, 2004.
- 16) Woodard TD., Oplatek A., Petruzzelli GJ.: Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 133 (6), 526-532, 2007.
- 17) Chou SH., Li HP., Lee JY., et al.: Radical resection or chemoradiotherapy for cervical esophageal cancer?, *World Journal of Surgery*, 34 (8), 1832-1839, 2010.
- 18) Weinstein GS., El-Sawy MM., Ruiz C., et al.: Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results in improved quality of life when compared with total laryngectomy., *Laryngoscope*, 111 (2), 191-199, 2001.
- 19) Lundström E., Hammarberg B., Munck-Wikland E.: Voice handicap and health-related quality of life in laryngectomees: assessments with the use of VHI and EORTC questionnaires, *Folia Phoniatr Logop*, 61 (2), 83-92, 2009.
- 20) Trivedi NP., Swaminathan DK., Thankappan K., et al.: Comparison of quality of life in advanced laryngeal cancer patients after concurrent chemoradiotherapy vs total laryngectomy, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 139 (5), 702-707, 2008.
- 21) Sagar B., Marres HA., Hartman EH.: Hypopharyngeal reconstruction with an anterolateral thigh flap after laryngopharyngeal resection: results of a retrospective study on 20 patients, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 63 (6), 970-975, 2010.
- 22) Varghese BT., Mathew A., Sebastian P., et al.: Comparison of quality of life between voice rehabilitated and nonrehabilitated laryngectomies in a developing world community, *Acta Otolaryngologica*, 131 (3): 310-315, 2011.
- 23) Mallis A., Goumas PD., Mastronikolis NS., et al.: Factors influencing quality of life after total laryngectomy: a study of 92 patients, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 15 (8), 937-942, 2011.
- 24) Weymuller EA Jr., Yueh B., Deleyiannis FW., et al.: Quality of life in head and neck cancer, *Laryngoscope*, 110 (3 Pt 3), 4-7, 2000.
- 25) Hamid OA., El Fiky LM., Medani MM., et al.: Laryngeal cancer in Egypt: quality of life measurement with different treatment modalities, *Head&Neck*, 33 (8), 1162-1169, 2011.

- 26) Maclean J., Cotton S., Perry A.: Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being, *Dysphagia*, 24 (3) , 314-321, 2009.
- 27) Paleri V., Wight RG., Owen S., et al.: Defining the stenotic post-laryngectomy tracheostoma and its impact on the quality of life in laryngectomees: development and validation of a stoma function questionnaire, *Clin Otolaryngol*, 31 (5) , 418-424, 2006.
- 28) Terrell JE., Ronis DL., Fowler KE., et al.: Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 130 (4) , 401-408, 2004.
- 29) Eadie TL., Doyle PC.: Quality of life in male tracheoesophageal (TE) speakers, *J Rehabil Res Dev*, 42 (1) , 115-124, 2005.
- 30) Coul BM., Ackerstaff AH., As CJ.: Quality of life assessment in laryngectomized individuals: do we need additions to standard questionnaires in specific clinical research projects?. *Clin Otolaryngol*, 30 (2) , 169-175, 2005.
- 31) Eadie TL., Day AM., Sawin DE., et al.: Auditory-Perceptual Speech Outcomes and Quality of Life after Total Laryngectomy, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 148 (1) , 82-88, 2013.
- 32) Law IK., Ma EP., Yiu EM.: Speech intelligibility, acceptability, and communication-related quality of life in Chinese alaryngeal speakers, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 135 (7) , 704-711, 2009.
- 33) 折館伸彦, 古田康, 本間明宏他: 喉頭癌治療後の音声に関するQOLの検討, *頭頸部癌*, 33 (4) , 465-469, 2007.
- 34) Palmer AD., Graham MS.: The relationship between communication and quality of life in alaryngeal speakers, *Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 28 (1) , 6-24, 2004.
- 35) Eadie TL., Bowker BC.: Coping and Quality of Life after Total Laryngectomy, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 146 (6) , 959-965, 2012.
- 36) Brink JL., Boer MF., Pruyn JF., et al.: Quality of life during the first 3 months following discharge after surgery for head and neck cancer: prospective evaluation, *J Otolaryngol*, 35 (6) , 395-403, 2006.
- 37) Zeine L., Larson M.: Pre-and post-operative counseling for laryngectomees and their spouses: an update, *J. Commun. Disord*, 32, 51-71, 1999.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.45-58 (2014)**独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援
—がん高齢者と非がん高齢者の共通点および相違点—****End-of-Life Support by Home-Care Nurses for Elderly Patients Living Alone
—Similarities and Differences for Elderly Cancer and Non-Cancer Patients—**仁 科 聖 子¹⁾
NISHINA Kiyoko湯 浅 美 千 代¹⁾
YUASA Michiyo工 藤 綾 子¹⁾
KUDOU Ayako**要 旨**

本研究は、独居高齢者が在宅で最期を迎えることを可能にするための訪問看護師の支援を明らかにした。がん高齢者と非がん高齢者の支援の共通性と相違を示すために、在宅独居高齢者が死亡する直前か死亡までに看取りを経験した訪問看護師に研究協力を依頼し、半構造化面接により質的に分析した。研究協力者（14名）から語られた事例は、がん支援群11名、非がん支援群3名であった。独居の非がん高齢者が在宅で最期を迎えるための支援では、高齢者の意思に沿って《高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント》を行い、高齢者の《在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援》と《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》、《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》を行っていた。がん高齢者においても非がん高齢者と類似したコアカテゴリがみられた。非がん支援群の特徴は、《高齢者の意思・性格に合わせた生活習慣による生活の質を維持するためのケアマネジメント》の【経済面にも配慮したケアマネジメント】、《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》であった。訪問看護師は、予期しにくい非がん高齢者の死をケアチームの連携によって、高齢者の意思に沿った在宅での死が迎えられるよう調整していた。がん支援群では、《がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携》《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》《看護チームでのアプローチによる対応力向上》ががん支援群のみで示されていた。がん高齢者は、病状の変化が顕著であるため、高齢者の状況に合わせた他職種の連携が不可欠であった。独居高齢者の支援では、非がん支援群、がん支援群に共通して、家族を含めたヘルパーとの連携・協働、看護チームによるチームアプローチが、独居高齢者の終末期を支援するために訪問看護師に求められる機能と考えられる。

索引用語：独居高齢者、終末期、在宅死、訪問看護師**Key Words**：elderly living alone, end-of-life care, dying at home, home-care nurse**I. はじめに**

高齢化が進むにつれ、亡くなる場所としての病院や施設の不足が懸念されており¹⁾、国は在宅療養支援診

療所との連携による在宅末期医療総合診療や、訪問看護ステーションにおける訪問看護ターミナルケア加算を算定するなど、高齢者の終末期を支える支援体制を整えようとしている。

しかし、現実には高齢化や核家族化が進む中で、高齢者夫婦世帯や高齢者の単身世帯が急増している。また、

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

高齢者を介護する家族の介護力が低下したことや、医療体制が整っていない現状などにより、在宅死を希望していたとしても在宅で最期を迎えられる高齢者は12.4%と少ない現状²⁾がある。さらに、独居高齢者の場合は、介護者が常に傍にいないため、望む時に介護が受けられるわけではなく、また、終末期に必要な医療的なサポートも病院のように受けられない。そのため、高齢者が在宅死を希望しても、家族がいる高齢者以上に様々な条件が整っていなければその希望は実現しにくい。在宅での終末期を支える条件としては、介護職による支援体制と共に、訪問看護師の行う医療的な視点での判断と支援が欠かせない³⁾。同時に、独居高齢者の場合はさらなる特別な支援が求められるだろう。

2000年以降の在宅高齢者の終末期ケアに関する研究では、家族のいる高齢者を看取った訪問看護師の支援に関する研究^{4)~9)}がみられる。しかし、独居高齢者に関しては、事例報告^{10)~14)}やインタビュー調査^{15),16)}で、ほとんどががんの高齢者の支援であり、その詳細が明らかにされているとはいえない。近年は、がん以外の疾患による在宅高齢者の終末期についても関心が高まっている^{17)~19)}が、独居高齢者の終末期に関する研究ではなく、独居高齢者に焦点を当てたものは海外の報告^{20),21)}が散見されているのみである。今後、増加することが見込まれる独居高齢者の終末期を支える訪問看護師の支援を明らかにする上で、がん患者と比較してがん以外の疾患を持つ独居高齢者に対する訪問看護師の支援の特徴について検討する必要がある。

II. 研究目的

本研究の目的は、がんに罹患した独居高齢者（以下がん高齢者）とがん以外の疾患に罹患した独居高齢者（以下非がん高齢者）への訪問看護師の支援の比較から、独居高齢者が在宅で最期を迎えることを可能にするための訪問看護師の支援を明らかにすることである。

III. 方法

1. 研究協力者

訪問看護師で、訪問看護経験2年以上で、独居高齢者の終末期に関わり、死亡するまでの事例を経験した者とした。計8ヶ所の訪問看護ステーション関係者より紹介を受けて研究協力を依頼した。

2. データ収集期間

2006年8月から2011年2月。

3. データ収集方法

データ収集は半構造化面接とし、研究協力者が経験した独居高齢者の事例（以下、看取った高齢者）、1事例について、在宅で最期を迎えるために行った援助内容について語ってもらった。インタビューでは、研究協力者の属性（性別、年齢、訪問看護経験年数など）、独居高齢者の属性（性別、年齢、疾患、家族状況、要介護度、訪問看護期間など）を聞き取った。さらに、インタビューガイドを用いて、先行研究や予備調査により重要な支援と考えられた内容である①在宅死の意思をどのように確認したか、②ケアチームの意思統一をどのように行ったか、③夜間、緊急時の対応はどのように行ったか、について聞き取った。

インタビューの時間は70分程度とし、研究協力者の所属する訪問看護ステーションの1室において実施した。インタビューは許可を得て録音し、逐語録にした。

4. データ分析方法

逐語録は、発言や意図が正しく表現されているか研究協力者に確認を依頼した。研究協力者は、がん高齢者の事例を語った者（がん支援群）と非がん高齢者の事例を語った者（非がん支援群）に分けて、研究協力者ごとのデータから、独居高齢者が望む在宅で最期を迎えることを可能にするために、訪問看護師が意図的に実践した内容が表現されている箇所を取り出した。さらに、がん支援群と非がん支援群ごとに研究協力者のデータを比較しつつ、類似した内容をまとめ、カテゴリ化を進めた。分析は、共同研究者間で合意が得られるまで検討し、信用性・確証性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学医療看護学部の研究等倫理委員会の承認を受けた後から実施した。研究協力者が所属する施設長及び研究協力者に口頭と文書で依頼し、研究協力者自身の了承を得て、同意書に署名をしてもらった後、面接を実施した。インタビューの中に含まれる患者、家族の個人情報は、匿名化し個人を特定できないようにした。

V. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者は14名で、全員女性、年齢は32歳から56歳（平均41.6歳）であった。臨床看護経験は4年から22年で平均12.1年、訪問看護経験は2年から16年で平均8.4年であった。語られた事例は、がん支援群11名、非がん

支援群3名であった。

2. 語られた事例の概要

看取った高齢者の年齢は65歳から94歳で平均79.5歳、主たる病名は14名中11名が、がん高齢者（大腸がん5名、肺がん3名、子宮がん1名、舌がん1名、胆嚢がん1名）、非がん高齢者が3名（肺気腫2名、腹部大動脈瘤1名）であった。家族状況は、配偶者と死別後に独居となった者は9名、独身が5名であり、子供がいる者8名、その他の親族がいる者が3名（姪・甥、妹・義弟、弟）、血縁者がいない者が3名であった。訪問看護期間は、がん高齢者が1.5年、非がん高齢者が3.9年であった。転帰は、在宅死12名、緩和ケア病棟で死亡1名、病院で死亡確認1名であった。

3. 非がん支援群による「独居高齢者が在宅で最期を迎えるための支援」

非がん支援群3名から語られた内容は、33コードであり、31サブカテゴリ、15カテゴリから4つのコアカテゴリに分類された（表1）。以下、コアカテゴリごとに説明する。尚、コアカテゴリは《 》、カテゴリは【 】, サブカテゴリ〈 〉は、コードは[]で示す。

1) A《高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント》

《高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント》は、【在宅生活継続の意思に沿う援助】【高齢者の性格と意思に沿った支援の実現】【高齢者の健康と生活を継続する支援とケアチームでの連携】【経済面にも配慮したケアマネジメント】から構成されていた。非がん高齢者の支援では、在宅での生活を継続したいという高齢者の意思に沿い、【高齢者の性格と意思に沿った支援】を実施していた。訪問看護師は、「高齢者の頑固さを受け入れ、高齢者の意思に沿って援助する」[高齢者のペースに合わせられる寛容なヘルパーを人選する]工夫をしていた。【経済面にも配慮したケアマネジメント】は「高齢者の状態と経済状態に合わせサービスをやりくりする」など、在宅での生活が叶えられるようなケアマネジメントを行っていた。

2) B《在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援》

《在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援》では、【死や急変への不安を緩和する対応】【最期を迎える場への意思の揺らぎに沿う支援】から構成され、在宅での死を迎えるにあたって揺れる気持ちに沿い、さまざまな不安を緩和する支援があげられ

た。訪問看護師は、高齢者が【死や急変への不安を緩和する対応】をするために、「24時間対応導入により高齢者の期待を知り不安に対して電話で対応する」という対応で安心をもたらすための支援を行っていた。また、【最期を迎える場への意思の揺らぎに沿う支援】では、「在宅での看取りを決めつけず一緒に揺れながら（療養の場について）考える」という支援をしていた。

3) C《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》

《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》では、【在宅死の意思に沿う支援】【在宅死の意思実現のための往診医の調整】【在宅死の意思実現に向けた家族を含めたケアチームでの合意形成】【在宅死の意思実現のための家族を含めたケアチームでの緊急時の対応方法の明確化】で構成され、困難な独居高齢者の在宅死の実現にあたっては、その意思に沿い、家族を含めたケアチームとして確実に実施できるアプローチがあげられた。【在宅死の意思に沿う支援】では、「高齢者の在宅死の意思を受け入れる」、【在宅死の意思実現のための往診医の調整】では、「高齢者の希望実現のため医師への橋渡しをする」という支援をしていた。【在宅死の意思実現に向けた家族を含めたケアチームでの合意形成】では、家族を含めたケアチームでの合意形成のために「家族に高齢者が独りで亡くなる意思を伝え、家族の意向を確認し合意を得る」、[ケアマネジャー・ヘルパーに独りの時に亡くなる高齢者の意向を伝え合意を得る]。特に、【在宅死の意思実現のための家族を含めたケアチームでの緊急時の対応方法の明確化】では、ケアチーム内の連絡方法を徹底するために繰り返し確認を行い、「緊急時に救急車を呼ばないですむように連絡手順を明確にする」、[看取り時に家族の意思が揺らがないよう家族には家において医師による死亡確認を待つよう伝える]などの支援を行っていた。

4) D《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》

《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》では、【検死にならない方法に関するケアチームでの合意形成】【独りで死なせないためのケアと調整】【高齢者と家族との関係への支援】【家族の不安緩和のための対応とケアチームでの調整】【自分とは異なる家族の思いの受容】から構成され、在宅死を迎えるにあたって家族の思いを慮った支援が多く

表1 非がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
在宅で過ごしたい高齢者の意思に沿って援助する	在宅生活継続の意思に沿う援助	在宅生活継続の意思に沿う援助	A. 高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント
医療者の考えではなく高齢者の判断に沿う	高齢者の判断に沿う支援	高齢者の性格と意思に沿った支援の実現	
高齢者の頑固さを受け入れ、高齢者の意思に沿って援助する	高齢者の性格に合わせ意思に沿う援助		
高齢者の自己主張や指示に合わせて従って援助する	高齢者のペースにあわせるケアマネジメント	高齢者の健康と生活を継続する支援とケアチームでの連携	
高齢者のペースに合わせられる寛容なヘルパーを選べる			
高齢者が銭湯での入浴を継続できるよう援助する	高齢者の生活習慣を継続する援助	高齢者の健康と生活を継続する支援とケアチームでの連携	
高齢者の自立を損なわない支援のためヘルパー・ケアマネジャーと連絡ノートや電話で連絡を取り合う	高齢者の健康と生活習慣を継続する支援実現のためのケアチームとの密な連絡		
家族を含めケアチームが連絡ノートを使い食事の摂取方法などについて連絡する	高齢者の健康と生活習慣を継続する支援実現のための家族を含めたケアチームとの密な連絡	経済面にも配慮したケアマネジメント	
高齢者の厳しい経済状況を慮って夜間の見守りを家族と協力して行う	経済面にも配慮し家族を巻き込んだケアマネジメント		
高齢者の状態と経済状態に合わせてサービスをやりくりする	経済面にも配慮したケアマネジメント	死や急変への不安を緩和する対応	
癌が破裂する恐怖を抱えている高齢者の不安に対し安心感を与える	急変の不安に対する安心をもたらし対応		
24時間対応導入により高齢者の期待を知り不安に対して電話で対応する	不安を察知し即座の対応		
在宅での看取りを決めつけず一緒に揺れながら(療養の場について)考える	最期を迎える場への意思の揺らぎに沿う支援		
どこで最期を迎えるか迷って当然と考え高齢者を支える	最期を迎える場への意思の揺らぎに沿う支援	最期を迎える場への意思の揺らぎに沿う支援	B. 在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援
高齢者の在宅死の意思を受け入れる	在宅死の意思に沿う支援	在宅死の意思に沿う支援	
高齢者の希望実現のため医師への橋渡しする	在宅死の意思実現のための医師への仲介	在宅死の意思実現のための往診医の調整	C. 在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化
独居の看取りを了解している医師に往診を依頼する	在宅死の意思実現のための往診医の選択		
家族に高齢者が独りで亡くなる意思を伝え、家族の意向を確認し合意を得る	在宅死の意思に沿った家族との合意形成	在宅死の意思実現に向けた家族を含めたケアチームでの合意形成	
在宅死を希望する高齢者のために往診医の変更について家族に合意を得る	在宅死の意思実現に向けた支援方法に関する家族との合意形成	在宅死の意思実現のための家族を含めたケアチームでの緊急時の対応方法の明確化	
ケアマネジャー・ヘルパーに独りの時に亡くなる高齢者の意向を伝え合意を得る	在宅死の意思に沿ったケアチームとの合意形成		
高齢者の意向に沿って在宅死が可能になるようケアチームの連絡方法の確認を繰り返す	在宅死の意思実現に向けたケアチーム内の連絡方法の徹底	在宅死の意思実現のための家族を含めたケアチームでの緊急時の対応方法の明確化	
緊急時の救急車を呼ばないですむように連絡手順を明確にする	在宅死の意思実現に向けた緊急時対応方法の明確化		
看取り時に家族の意思が揺らがないよう家族には家にいて医師による死亡確認を待つよう伝える	在宅死実現のための緊急時の家族の対応方法の明確化	在宅死の意思実現のための家族を含めたケアチームでの緊急時の対応方法の明確化	
深く話をできない家族への緊急対応の意思確認に時間をかける	緊急時の対処方法に関する家族との時間をかけた合意形成		
検死にならないように連絡方法について繰り返しヘルパーに伝える	急死・変死での検死にならないためのケアチーム内の連絡方法の明確化	検死にならない方法に関するケアチームでの合意形成	
家族に独りの時に亡くなっていることについて(往診医に)了解を得る	急死・変死での検死にならないための往診医との合意形成		
夜間独りになるのにヘルパーを断った高齢者へ(看護師の訪問により)柔軟に対処する	高齢者の希望に沿いつつ独りで死なせないための柔軟な訪問	独りで死なせないためのケアと調整	
(独りで死ぬことのないよう)家族に代わって交替で側に見守る	独りで死なせないよう家族の代わりに傍らで見守る	高齢者と家族との関係への支援	
ヘルパーを断る頑固な高齢者に看護師が家族の思いを代弁をする	高齢者の性格に合わせた家族の思いの代弁		
長く生きてと願う家族の気分を明るい話題で気を紛らわす	死に対する家族の不安を会話で紛らわす	家族の不安緩和のための対応とケアチームでの調整	
高齢者の急変時に(家族が)不安とストレスを感じないよう看護チームで対応方法を明確にする	家族の不安軽減のための看護チーム内での対応方法の明確化	自分とは異なる家族の思いの受容	
高齢者を慕う家族と看護師との思いのズレを受け入れる	自分とは異なる家族の思いの受容		
看護師と家族の思いのズレへの煩悶を乗り越える	自分とは異なる家族の思いの受容	自分とは異なる家族の思いの受容	

あげられた。高齢者の在宅死を実現するためには、予測できない死が訪れた時に【検死にならない方法に関するケアチームでの合意形成】として、[検死にならないように連絡方法について繰り返しヘルパーに伝える]、[家族に独りの時に亡くなっていることについて（往診医に）了解を得る]、[(独りで死ぬことのないよう) 家族に代わって交替で側にいて見守る] など【独りで死なせないためのケアと調整】を同時に行い、〈死に対する家族の不安を会話で紛らわす〉な

ど、家族の不安緩和のための対応を行っていた。また、訪問看護師は【自分とは異なる家族の思いの受容】をしてケアを行っていた。

4. がん支援群による「独居高齢者が在宅で最期を迎えるための支援」
 がん支援群11名から語られた内容は、169コードであり、161サブカテゴリ、32カテゴリ、8 コアカテゴリに分類された(表2)。以下、コアカテゴリごとに記述する。

表2 がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
高齢者の意思が揺らぐことを受け止め一緒に考える	在宅死への意思の揺らぎの受容と相談	在宅死への意思の揺らぎに沿う支援	
在宅か病院か揺れ動きながら、高齢者が意思決定できるよう高齢者に（今後予測される浮腫、排便困難などの症状について）説明する			
高齢者の揺れる気持ちを支えることができるチームで話し合いをする	高齢者の在宅死への意思の揺らぎをチームでの支援するための話し合い		
高齢者が（サービス利用の）自己決定できるような関係を作る	サービス利用を自己決定できる関係づくり	自己決定のための信頼関係構築と情報提供	
在宅にいる長所と短所を伝え高齢者が安心できる場を選択できるよう支援する	死ぬ場所を自己決定できるための情報提供		
高齢者への率直な予後の説明する	予後に関する率直な説明	高齢者の日々のケアの継続と柔軟な対応による信頼関係の獲得・維持	
高齢者の要望への制度外の柔軟な対応により信頼を獲得する	ニーズを満たすための柔軟な対応による信頼関係の獲得		
高齢者との表面的な長い関わりを経て信用を獲得する	表面的でも長い関わりによる信用の獲得		
会話やマッサージによる長い関わりから関係性を深める	ケアを通じた長い関わりによる信頼関係の獲得		
いざという時のため高齢者とのつかず離れずの関係を保つ	必要時にすぐ介入できる関係づくり		
高齢者と適度な距離感を保ちながら側にいて安心な環境を作る	適度な距離感による安心できる関係づくり		
限られた時間の中で残された時間を見極めて高齢者・家族の思いに沿った援助を行う	残された時間を予測した高齢者と家族の思いに沿った援助	質の高い在宅生活継続のための支援	a. 在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援
遠慮なく生活できる自宅で高齢者が過ごせるよう援助する	質の高い在宅生活継続のための援助		
高齢者の生活・嗜好に合わせた支援を行う	高齢者の生活と嗜好に合わせた支援		
高齢者の状態と嗜好や食事制限に合わせヘルパーに助言する	高齢者の状態とケア方法に関するヘルパーへの助言		
高齢者の体調に負荷となる嗜好を妥協して受け入れる	身体の状態維持よりも嗜好優先を妥協して承認		
高齢者が大切にしてきたものの形見分けに付き合う	形見分けへの同席	高齢者の死の準備の支援	
いつでも不安なときには可能な限り対応することを約束する	不安なときは対応する約束	家族と高齢者の不安の解消・緩和	
複数の看護師が必ず対応するという約束をする	複数の看護師により確実に対応する約束		
急変時に訪問看護師が対応することを約束する	急変時に訪問看護師が対応する約束		
ケアチームで高齢者の意思を支えることを家族に伝える	意思の実現に向けたケアチームでの支援を家族に伝達		
高齢者の意思を支えることを保障し家族の納得を得る	在宅死の意思を実現する約束による家族の承認獲得		
病院と切れることに不安をもつ高齢者には病院との関係を継続する	高齢者の安心のため病院との関係継続		
複数の看護師の対応により家族の安心を取り付ける	家族の安心にむけた複数の看護師による対応		
状態の変化で夜間呼ばれ対処する	状態の変化の連絡には夜でも対応		
高齢者の在宅での寂しさを察知して訪問する	寂しさを察知し即座に訪問		
寂しい時にいつでも応じる姿勢をとる	寂しいときに応じる姿勢		
独りが不安な高齢者の迷いやわがままに付き合う	不安なときに付き合う姿勢		
高齢者の間違いによりかかった緊急電話をきっかけに相談に乗る	不安を察知し即座の対応		

表2 がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援（続き）

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
ケアマネジャーと兼務することでサービス調整がスムーズにできる	ケアマネジャーとの兼務によるスムーズなサービス調整	ケアマネジャーとの兼務によるスムーズなサービス調整	b. 高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネジャーとの連携によるサービス調整
ケアマネジャーと看護師との二重役割をとることで在宅での生活を継続するために柔軟にサービスを調整する	ケアマネジャーと看護師との二重役割による柔軟なマネジメントの実現		
医療者としての意見をケアマネジャーに伝える	医療者としての意見をケアマネジャーに伝達	身体の状態をふまえたケアマネジャーとの連携	
高齢者の状態理解が十分できないケアマネジャーに代わってサービスを調整する	身体の状態を理解できる訪問看護師によるケアマネジメントの代行		
ケア体制の調整役としてのケアマネジャーにアプローチする	ケア体制の調整に向けたケアマネジャーへのアプローチ		
ケアマネジャーと連絡を取り合う	ケアマネジャーとの密な連絡		
高齢者の状態に合わせサービスを調整をする	高齢者の状態に合わせたサービスの調整		
高齢者のニーズに合わせて訪問看護サービスを調整する	ニーズに合わせた訪問看護サービスの調整	状態やニーズに合わせたサービスの連携と調整	
高齢者の性格・意思に沿ってサービスの調整を行う	高齢者の性格にあわせ意思に沿ったサービス調整		
高齢者の状態の変化を察知し早めにサービスの調整を行う	状態変化を察知した早めのサービス調整		
高齢者の（日常生活の希望）に沿ってサービス提供者を選択する	高齢者のニーズに沿ったサービス提供者の選択		
（医療に限らず）高齢者に関わるサービスを巻き込む	高齢者に関わる福祉サービスの導入		
臨時訪問をきっかけに他のサービスについて他職種と（ケア体制の変更）調整する	状態の変化に応じたケア体制の変更		
連絡ノートを使いチーム間の連携をはかる	連絡ノートを用いたチーム間の連携		
他職種の専門性を活かしてサービスの連携をとる	多職種の専門性を活かしたサービスの連携		
高齢者の経済的な負担に配慮しサービス訪問を行う	経済的にも配慮した柔軟な訪問		
高齢者の経済面を考慮して関わる	経済面にも配慮した対応		
高齢者の経費負担に配慮し24時間対応提案をとどまる	経済面に配慮したケア体制強化の保留		
高齢者の経済的な不安を解消するためにサービスの情報提供する	経済的な不安解消に向けたサービス情報の提供		
家族の生活を変えずに高齢者を支援する方法を検討する	高齢者の支援方法と家族の生活維持両立の検討		
家族と訪問看護師でケアの役割分担をする	家族と訪問看護師によるケアの分担	苦痛緩和に向けたケア	
高齢者の薬効のない苦痛にはただ寄り添う	苦痛緩和ができなくても傍にいる対応		
高齢者の苦痛を軽減する働きかける	苦痛緩和のケア		
薬物を服用しない高齢者が取り入れる鍼治療への疑問と進言に迷いながら服薬を進める	高齢者の意思尊重と葛藤しながらの必要と考える治療継続に向けた支援		
苦痛を与えないために最小限の治療をするよう医師に相談する	苦痛を与えない最小限の治療のための医師との調整		
症状を伝えられない高齢者の痛みを把握し医師に症状を伝える	高齢者自身で伝えられない痛みを把握し医師に伝達		苦痛緩和に向けた他職種との連携
ヘルパーに生活・内服管理の協力を得る	症状コントロールのためのヘルパーへの協力依頼		
症状に合わせヘルパー食事を工夫してもらう			
自己管理ができず疼痛コントロールが困難となった高齢者にヘルパーの協力を得る			
内服の自己管理ができず痛みが強くなる高齢者自身が服薬管理ができるよう援助する			
症状緩和が困難な状況から医師とホスピス受診について相談する	症状緩和のため緩和ケア受診に関して医師と相談		症状に対応するための入院による緩和ケア導入の検討と準備
頻繁な転倒をきっかけに緩和ケア医療施設の申し込みをする	症状出現に伴う緩和ケア医療施設への申し込み		
安全策として緩和ケア医療施設に申し込み高齢者が場の選択ができる環境を整える	最期の場の選択・検討のための緩和ケアへの申し込み		
痛末期の高齢者を受け入れてくれる場所について思案する	最期の場の検討		
症状緩和のためのホスピス受診に向けた本人への告知可否を家族に確認する	緩和ケア導入に先立ち告知の可否に関する家族への確認		
		c. がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携	

表2 がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援（続き）

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
高齢者に関心を持ち価値観を認める	高齢者への関心とその価値観を承認	高齢者への関心とその価値観の承認	
高齢者の価値観を認め寄り添う	価値観の承認		
高齢者が独りで亡くなっていくことを尊重し家族と共に受け入れる	高齢者が独りで死ぬことへの尊重と家族との受容	在宅死の意思の尊重	
末期と告知されて在宅での死を覚悟した高齢者の意思に沿う	在宅死の決意の尊重		
自分なりのペースで過ごせる在宅での生活を選択した高齢者の意思に沿う	在宅死選択の意思の尊重		
高齢者の在宅死への強い希望に沿いたい	在宅死の意思に沿いたいという看護師の思い		
高齢者との長い関わりによる愛着と憎めなさにより在宅の看取りをかなえたい	長い関わりの中で芽生えた、高齢者の在宅死の意向に沿いたいという看護師の思い		
援助者側の判断より高齢者の在宅死の意思を尊重する	援助者の判断以上の高齢者の意思尊重		
訪問看護師の意見を押し付けず高齢者・家族の療養の場の選択を尊重する	自身の意見を外した高齢者と家族の選択の尊重		
高齢者の在宅死の希望を叶えるために治療・処置を医師と協力して行う	在宅死の実現のための医師との協力による治療処置継続	高齢者の意思に沿った治療の実現	
高齢者の価値観に沿った治療的制限をしない	高齢者の価値観に沿った治療の継続		
治療に関する高齢者の意思を受け止め意思に沿う	高齢者の治療に関する意思の承認と実現に向けた支援		
受診介助の中で医師に対して高齢者の言いにくい意思を代弁する	医師に対する高齢者の思いの代弁	高齢者の在宅死の意思実現のための家族を含むケアチームでの意思統一	d. 高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備（続く）
24時間対応の電話の誤解に対して高齢者に謝罪し、医師と連絡をとり内服の調整をする	高齢者の誤解に対し、謝罪とニーズに沿った支援の実現のための医師への連絡		
ケアチームで高齢者の意思を支える	意思実現のためのケアチームによる支援		
高齢者の意思を支えるという思いでチームが関わる	意思実現のためのチームによる対応		
看護師のチーム内で安らかな最期について話し合い高齢者の援助につなげる	看護チームでの看取りに関する意思統一		
高齢者の在宅死への希望を看護チームが引き受ける	在宅死の意向に沿う看護チームの姿勢		
看護チーム全員が高齢者のその人らしい最期としての在宅死を認める	在宅死をその人らしい死とすることの看護チームによる承認		
家族と緊急時の対応を明確にする	緊急時の対応に関する家族との合意形成		
他職種の見解の不一致を克服する	職種間での合意形成		
ケアチームが一致団結する	ケアチームでの団結		
看護師が医師に働きかけ疎遠だった家族に高齢者の在宅死の意思を伝える	在宅死の意思を医師から家族に伝えるようにするアプローチ	高齢者の在宅死の受容促進に向けた家族・キーパーソンへの支援	
家族に高齢者から自身の在宅での意思を伝える機会を作る	在宅死の意思を本人から家族に伝える機会の設定		
死亡後のトラブルを考えキーパーソンの友人を通して家族の連絡・調整する	在宅死の後のトラブル予防のための家族への連絡調整の工夫		
家族に在宅での死の意思を伝え理解を得る	在宅死の意思に関する家族への伝達と承認		
キーパーソンに高齢者の在宅死の意思を伝達する	在宅死の意思に関するキーパーソンへの伝達		
高齢者の在宅死の意思を生活保護担当者に伝える	高齢者の意思を生活保護担当者に伝達		
家族へ覚悟をしてもらうため高齢者の状態悪化を伝達し（在宅死の承認を）確認する	状態悪化の伝達による家族の死の受容促進と在宅死の承認確認		
家族が高齢者の在宅での死の覚悟のために医師の支援を得る	家族の在宅死への覚悟に向け医師の支援を得るための医師へのアプローチ	在宅死実現のための環境・ケア・医療体制の整備（続く）	
高齢者の在宅死の意思に沿って在宅の環境を整える	高齢者の在宅死の意思に沿った在宅環境調整		
告知をきっかけに死を覚悟し在宅での環境を整える	在宅死の決意実現のための在宅環境調整		
療養が長期化して先が見えない状況でケアスタッフが限界を超えても訪問する	在宅死実現のための訪問（看護）継続のための調整		
ヘルパーと連携をとりながら看取りの体制を整える	ヘルパーとの連携による看取りの体制づくり		
最期の時に多くのヘルパーの協力を得る	多くのヘルパーの協力による看取りの体制づくり		

表2 がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援（続き）

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
ヘルパーの訪問を早め看取りができるよう調整する	ヘルパーの訪問間隔の調整による看取りの体制作り	在宅死実現のための環境・ケア・医療体制の整備	d. 高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備
最期を迎える直前で在宅での看取りに理解のある往診医を導入する	在宅死実現のための看取り直前での看取りに理解のある往診医への変更		
高齢者の看取りを理解している往診医を導入し自然なかたちで看取りが可能になる	自然な看取りを可能にするための看取りに理解のある往診医の導入		
高齢者の意思を尊重して関われる医師に変更する	高齢者の意思を尊重した対応ができる医師への変更		
最期の時に備え早めに医師と調整をする	看取りに備えた医師との調整		
症状の変化に対して医師と連絡・相談する	症状の変化に対して医師と連絡・調整		
高齢者の在宅で最期を迎える決心がずれないようにサポートする	在宅死の決意維持のための支援	在宅死の決意維持のための支援	e. 高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援
テレビなど死の話題のタイミングから少しずつ高齢者の在宅死の意思を知る	在宅死の意思について死に関連する話題からの段階的な把握	在宅死の意思に関する高齢者の意思の把握と確認	
家族の死の経験の語りから高齢者の在宅死の希望を聞き取る	在宅死の意思について死に関連する話題からの把握		
高齢者に独りで亡くなることについて確認する	独りで死ぬことを受容についての確認		
高齢者の状況に合わせ独りで亡くなることを繰り返し確認する	独りで死ぬことを受容について状況に応じた繰り返しの確認		
ADLの変化に合わせ高齢者の意思を確認する	在宅死の意思に関するADLの変化に応じた確認		
高齢者の排泄の自立が困難になったことをきっかけに在宅での意思を医師と共に確認する	医師と共に在宅死の意思に関するADLの変化に応じた確認		
病状が変化した時に繰り返し高齢者に在宅での意思を確認する	在宅死の意思に関する病状の変化に応じた繰り返しの確認		
身体的な変化をきっかけに高齢者の意思を確認する	在宅死の意思に関する身体面の変化をきっかけにした確認		
高齢者への意思確認の無理強いを控え症状出現に合わせて在宅死の意思を確認する	在宅死の意思に関する症状出現に応じた確認		
再度家で亡くなることを（家族に）確認する	在宅死の承認に関する家族への繰り返しの確認		
家族のためにホスピスや医師と連絡する	家族が後悔しない看取りのための医療機関との連絡	家族が後悔しない看取りのための医療機関との連絡	
在宅で過ごしたい高齢者を認めつつ、その後の症状出現に備えて家族のためホスピスや医師と連絡する	在宅生活継続の意思を認めつつ症状出現に備え、家族が後悔しないための医療機関との調整	家族が後悔しないための高齢者と家族の思いをつなぐ支援	
高齢者からの急なホスピス入院の希望に迷いながら家族の後悔を考え連絡を取る	家族が後悔しないために高齢者の意思変更について連絡	本人と残される家族の思い残しがないよう家族と会う機会を作る	
本人と残される家族の思い残しがないよう家族と会う機会を作る	本人と家族の思い残しをなくすための家族と会う機会の設定	状態悪化の把握と看取り時期の予測	
高齢者との会話やマッサージを通して状態悪化を把握する	ケアを通した状態悪化の見極め		
高齢者の状態を見極める	状態の見極め		
高齢者の状態の変化を予測する	状態変化の予測		
最期を迎えることを予測する	看取りの時期の予測		
早めに最期の時を予測する	看取りの時期の早めの予測		
先は長くないと予測する	生きる期間が短いことの予測		
短期間に亡くなることを予測する	臨死期の看取りの頃合いを判断する	高齢者と家族が納得できるための説明	
臨死期の看取りの頃合いを判断する	看取りの時期の判断		
高齢者が納得する説明が必要になった時、医師に説明を依頼する	高齢者が納得する説明のための医師への説明依頼	家族が臨終の場に立ち会うための連絡調整	
病状悪化をきっかけに家族の安心感のために病状説明を医師に依頼する	症状悪化をきっかけとした家族の安心のための医師への説明依頼		
症状出現をきっかけに段階を追って高齢者・家族に説明をして納得を得る	症状出現をきっかけとした高齢者・家族が納得できる段階的な説明		
臨死期の家族立会いの時期を判断をする	看取りへの家族立会いを実現するための時期の判断	臨終に間に合うように亡くなる前に家族と連絡をする	
臨終に間に合うように亡くなる前に家族と連絡をする	臨終に間に合うよう家族に連絡		

f. 高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最期のための支援（続く）

表2 がん高齢者の最期を迎えるための訪問看護師の支援（続き）

コード	サブカテゴリ	カテゴリ	コアカテゴリ
家族と最期の時を一緒に過ごせるよう援助する	最期のときを家族と過ごせるための調整	高齢者と関係者が満足できる看取りの場づくり	f. 高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残さない納得できる最期のための支援
看取りの時に高齢者が会いたい人々を優先し後方で控えめに見守る	高齢者のニーズを察知した看取りの場での人の配置		
在宅での最期を迎える環境として高齢者とヘルパーとの既存の人間関係を優先する	よい看取りの場を創るために高い関係性をもつケア提供者を配置する		
死亡確認の方法を多職種に詳細に確認する	死亡確認の方法に関するケアチームでの確認	家族の思い残しを軽減する死後のケア	
家族が悔いを残さないようエンゼルケアを家族と行う	家族の思い残しをなくすために家族と共に行う死後のケア		
穏やかな高齢者の死から孫に生の意味を伝える	高齢者の死を生に意味づけ後世に伝える支援	ヘルパーと家族の不安軽減のための相談・教育・調整	g. ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介
夜間緊急時にはヘルパーへの複数の対応策を指示して乗り切る	在宅生活継続のため、夜間緊急時はヘルパーへの複数の対応策の指示		
ヘルパーに夜間の対応について伝達する	夜間の対応についてヘルパーに伝達		
ヘルパーに（高齢者の状態を）事前に説明をする	高齢者の状態に関するヘルパーへの説明		
先が長くないことをヘルパーに助言をする	死期に関するヘルパーへの説明		
事前に最期を迎える時が来ることをヘルパーに伝える	死期に関するヘルパーへの情報提供		
亡くなるプロセスをサービス提供者にも理解してもらう	死のプロセスについてのサービス提供者への教育		
家族とヘルパーのストレスを視野に入れる	家族とヘルパーのストレスの認知		
ヘルパーのストレスを連携によって解消する	ヘルパーのストレス緩和のための連携		
ヘルパーが教育・経験がないことによる不安や恐怖を押し量り援助する	未経験の死に対する不安に対するヘルパーへの支援		
ヘルパーの不安を軽減するため電話の相談にのる	ヘルパーの不安軽減のための電話相談		
ヘルパーの不安を軽減するために血圧の変化など電話での相談にのる			
ヘルパーの不安軽減のために高齢者の状態変化と対処方法を伝える	ヘルパーの不安軽減のための高齢者の状態変化と対処方法の伝達		
高齢者の状態変化へのヘルパーの不安に対して情報提供する	状態変化に対する不安緩和に向けたヘルパーへの情報提供		
死亡時にあわてないようにヘルパーに対応を教え不安を解消する	死亡時のヘルパーの不安緩和に向けた対応方法の指導		
制度上のメリットを利用しヘルパーと同行訪問をしてヘルパーの不安軽減に対し支援をする	ヘルパーの不安軽減に向けた同行訪問		
看護師から医師に病状説明を依頼することによりケアチームと家族の気持ちが落ち着く	家族を含めたケアチームの不安緩和に向けた医師による病状説明の依頼		
24時間対応の（連絡方法）を調整する	24時間対応の連絡方法の調整	ヘルパーと医師との橋渡し	
家族からの評価が得られないヘルパーの存在の意味を認める	ヘルパーの活動に対する評価の表現		
ヘルパーからの情報を医師に伝え橋渡しをする	ヘルパーからの情報を医師に伝達		
医学的な説明ができる訪問看護師がヘルパーの代弁をする	ヘルパーからの情報を医師に代弁		
ヘルパーと医師との橋渡しをする	ヘルパーと医師との橋渡し	看護チームでのアプローチによる対応力向上	h. 看護チームでのアプローチによる対応力向上
看護チーム全員が情報を共有する	看護チーム全員での情報共有		
看護チーム全員が対処できるようにする	看護チーム全員の対応力向上		
訪問看護師のチーム全員が高齢者の状態を把握し誰でも対応できるようにする	看護チーム全員での情報共有による対応力向上		
看護チームの分担の中で経験知を活かす	看護チームでの経験知の活用		
カンファレンスを行い今後予測される状態を共有する	カンファレンスによる今後の予測の共有		
看護チームでバックアップして緊急時に対応する	緊急時の対応のための看護チームによるバックアップ		
看護チームの協力で（スタッフの）精神的負担を軽減する	看護チームによるスタッフの精神的負担軽減		
訪問看護師同士が支え合い不安を解消する	訪問看護師の不安解消に向けた看護チーム内の連携		
看護チームとして関わる	看護チームとしての関わり		

1) a 《在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援》

《在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援》では、【在宅死への意思の揺らぎに沿う支援】【自己決定のための信頼関係構築と情報提供】【高齢者の日々のケアの継続と柔軟な対応による信頼関係の獲得・維持】【質の高い在宅生活継続のための支援】【高齢者の死の準備の支援】【家族と高齢者の不安の解消・緩和】から構成された。在宅死の決断後も様々な不安やその意思の揺らぎがみられた。その思いに沿い、自己決定できるような支援と安心をもたらす支援、さらには生活の質向上に向けた支援が行われていた。高齢者の【在宅死への意思の揺らぎに沿う支援】としては、高齢者自身が「在宅か病院か揺れ動きながら、高齢者が意思決定できるよう高齢者に（今後予測される浮腫、排便困難などの症状について）説明する」という揺らぎに沿う支援を行っていた。【自己決定のための信頼関係構築と情報提供】では、「高齢者が（サービス利用の）自己決定できるような関係を作る」、[在宅にいる長所と短所を伝え高齢者が安心できる場を選択できるよう支援する]。また、高齢者の【質の高い在宅生活継続のための支援】においては、「高齢者の状態と嗜好や食事制限に合わせヘルパーに助言する」。さらに、高齢者の残された時間に配慮して【高齢者の死の準備の支援】のために、「高齢者が大切にしてきたものの形見分けに付き合う」支援をしていた。家族に対しては、「いつでも不安なときには可能な限り対応することを約束する」などにより【家族と高齢者の不安の解消・緩和】に努めていた。

2) b 《高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネジャーとの連携によるサービス調整》

《高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネジャーとの連携によるサービス調整》では、【ケアマネジャーとの連携によるサービス調整】では、【ケアマネジャーとの兼務によるスムーズなサービス調整】【身体の状態をふまえたケアマネジャーとの連携】【状態やニーズに合わせたサービスの連携と調整】【家族の生活の維持をふまえた支援方法の検討】から構成されていた。がん高齢者は闘病生活の中で状態やニーズが変わることから、必要とされるケアも変わっていた。それらの状況に柔軟に対応するための連携と調整内容があげられた。訪問看護師は、【ケアマネジャーとの兼務によるスムーズなサービス調整】と【身体の状態を踏まえたケアマネジャーとの連携】と

して、「[高齢者の状態理解が十分できないケアマネジャーに代わってサービスを調整する]、【状態やニーズに合わせたサービスの連携と調整】では、「(医療に限らず) 高齢者に関わる福祉サービスを巻き込む」など、高齢者の身体の状態をふまえ、高齢者の生活の質が維持されるように福祉サービスの調整を行っていた。家族に対しても【家族の生活の維持をふまえた支援方法の検討】として「家族と訪問看護師でケアの役割分担をする」ことにより、家族の生活の維持について配慮していた。

3) c 《がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携》

《がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携》では、【苦痛緩和に向けたケア】【苦痛緩和に向けた他職種との連携】【症状に対応するための入院による緩和ケア導入の検討と準備】から構成され、がん特有の痛みや苦痛にいかに対応するか、訪問看護師のケアに加え、ヘルパーへの協力依頼や医師との調整があげられた。さらに、今後、苦痛や症状が出現することを予測して、緩和ケア導入も視野にいれた支援があげられた。がん特有の疼痛などの苦痛出現に対して訪問看護師は、【苦痛緩和に向けた他職種との連携】として、高齢者の苦痛緩和のために〈高齢者自身で伝えられない痛みを把握し医師に伝達〉し、〈症状コントロールのためのヘルパーへの協力依頼〉などにより、チームアプローチを行っていた。また、今後、症状が出現することを予測して、緩和ケアに受診や緩和ケア医療施設への申し込みを家族に働きかけていた。

4) d 《高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備》

《高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備》では、【高齢者への関心とその価値観の承認】【在宅死の意思の尊重】【高齢者の意思に沿った治療の実現】【高齢者の在宅死の意思実現のための家族を含むケアチームでの意思統一】【高齢者の在宅死の受容促進に向けた家族・キーパーソンへの支援】【在宅死実現のための環境・ケア・医療体制の整備】【在宅死の決意維持のための支援】から構成され、高齢者が在宅死の意思をいかに実現していくか、1人の訪問看護師による支援だけでなく、ケアチームでの支援も含めてあげられた。がん高齢者が在宅で最期を迎えるために訪問看護師は、高齢者の意思をチームで実現する体制をとるために、【高齢者

への関心とその価値観の承認】をし、【在宅死の意思の尊重】をしていた。訪問看護師は「高齢者が独りで亡くなっていくことを尊重し家族と共に受け入れる」支援を行っていた。【高齢者の意思に沿った治療の実現】のためには、「治療に関する高齢者の意思を受け止め意思に沿う」支援をしていた。また、高齢者がその人らしい最期を迎えられるよう家族を含むヘルパー、看護チームなどのケアチームの意思統一を行っていた。【高齢者の在宅死の受容促進に向けた家族・キーパーソンへの支援】では、「家族へ覚悟してもらうため高齢者の状態悪化を伝達し（在宅死の承認を）確認する」という関わりを持っていた。さらに、「ヘルパーとの連携による看取りの体制づくり」をして、高齢者が望む在宅死が実現できるように訪問看護師は、「ヘルパーの訪問を早め看取りができるよう調整する」、高齢者の「症状の変化に対して医師と連絡・相談する」など、ケアチーム間の連携を図っていた。

5) e 《高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援》

《高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援》では、【在宅死の意思に関する高齢者の意思の把握と確認】【在宅死の承認に関する家族への繰り返しの確認】【家族が後悔しない看取りのための医療機関との連絡】【家族が後悔しないための高齢者と家族の思いをつなぐ支援】から構成されていた。訪問看護師は、高齢者の【在宅死の意思に関する高齢者の意思の把握と確認】として「高齢者の状況に合わせ独りで亡くなることを繰り返し確認する」という援助に加え、高齢者の【在宅死の承認に関する家族への繰り返しの確認】を行っていた。また、【家族が後悔しないための高齢者と家族の思いをつなぐ支援】では、「本人と残される家族の思い残しがないよう家族と会う機会を作る」などの支援を行っていた。

6) f 《高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最期のための支援》

《高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最期のための支援》では、【状態悪化の把握と看取り時期の予測】【高齢者と家族が納得できるための説明】【家族が臨終の場に立ち会うための連絡調整】【高齢者と関係者が満足のできる看取りの場づくり】【家族の思い残しを軽減する死後のケア】から構成され、よい看取りの場をつくるためのさまざまな支援と看取り後の支援があげられた。訪問看護師

は、高齢者の【状態悪化の把握と看取り時期の予測】として「早めに最期の時を予測する」などにより高齢者の状態を見極めていた。【高齢者と家族が納得できるための説明】では、「高齢者が納得する説明が必要になった時、医師に説明を依頼する」、【家族が臨終の場に立ち会うための連絡調整】として、臨死期の判断をし、家族に連絡していた。【高齢者と関係者が満足のできる看取りの場づくり】として「よい看取りの場を創るために、高い関係性をもつケア提供者を配置する」、【家族の思い残しを軽減する死後のケア】では、「家族が悔いを残さないようエンゼルケアを家族と行う」など、高齢者と関係する人々に関わっていた。

7) g 《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》

《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》では、【ヘルパーと家族の不安軽減のための相談・教育・調整】【ヘルパーと医師との橋渡し】から構成されていた。訪問看護師は、【ヘルパーと家族の不安軽減のための相談・教育・調整】として、高齢者が「先が長くないことをヘルパーに助言する」など、在宅での死の経験がないヘルパーの不安や恐怖を押し量り、高齢者の血圧の変化、状態変化と対処方法などについて電話で相談にのるなどにより、ヘルパーとの連絡・協働により高齢者の在宅死がかなえられるよう働きかけていた。【ヘルパーと医師との橋渡し】では、「医学的な説明ができる訪問看護師がヘルパーの代弁をする」などの支援を行っていた。

8) h 《看護チームでのアプローチによる対応力向上》

【看護チームでのアプローチによる対応力向上】のみで構成され、看護チームでのアプローチの多様な方法があげられた。

がん高齢者の意思に沿った支援を行うために訪問看護師は、「訪問看護師のチーム全員が高齢者の状態を把握し誰でも対応できるようにする」、【カンファレンスを行い今後予測される状態を共有する】などにより、看護師がチームとしての対応力を高めるための方法をとっていた。さらに、「看護チームによるスタッフの精神的負担軽減」を図り、看護チームとして訪問看護師自身の不安を解消していた。

VI. 考察

1. がん高齢者と非がん高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援の共通性
独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師

の支援について、がん支援群と非がん支援群に分けて分析した結果、がん支援群はより多くのコードと具体的な支援が示された。その一方で、コアカテゴリの形成において、非がん支援群との共通性がみられている。すなわち、非がん支援群の《高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント》という支援は、がん支援群の《在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援》《高齢者と家族の状況に合わせた柔軟なケアマネジャーとの連携によるサービス調整》と共通している。このことは、高齢者の生活の質が維持向上できるように、高齢者が培ってきた生活習慣や性格に沿って支援が行われており、日本老年医学会の終末期医療に関する立場表明²²⁾による高齢者の意思を尊重した関わりが実践されていると言える。訪問看護師は、高齢者個々の死生観、価値観などに配慮した支援により高齢者との信頼関係を維持し、高齢者が在宅で最期を迎え得られるよう考えて行動していると考えられる。

また、非がん支援群の支援内容である《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》は、がん支援群の《高齢者の価値観・意思を尊重するためのチーム体制内の意思統一とケア体制の整備》《高齢者と家族が後悔しない看取りのための関係者の意思疎通を促進する支援》と共通している。両者において在宅死実現に向けて訪問看護師は、関係者の意思疎通がうまくいかないことで、高齢者や家族の意に添わない看取りになる可能性を危惧し、訪問看護師自身が意識的にチームアプローチのもとに実践しているものと考えられる。

さらに、非がん支援群の《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》という支援が挙げられている。がん支援群においても《高齢者の臨終の場で家族と高齢者が思い残しのない納得できる最期のための支援》が行われており、両者とも臨死期の高齢者と家族が思い残しのないよう支援を行っている。つまり、独居高齢者の臨死期において、高齢者と家族が悔いを残さないためにケアチームが、高齢者の意思を実現させたいという共通の目標を持って支援が行われていることが考えられる。先行文献においても、終末期ケアの質を高める条件には、「高齢者の尊厳と自己決定を尊重し、全般的に生活の質が向上するような工夫をし、死にゆく過程の全般的な状況が安心で安らかであること」²³⁾とされている。本研究においても訪問看護師は、高齢者の意思に沿った支援を第一義として、独居高齢

者の在宅での看取りを可能にするには、鎌田ら^{24, 25)}が示しているようにチームアプローチが必要と認識し、調整や協働を行うことの重要性を意識し、支援していると考えられる。

がん高齢者の支援では、《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》と《在宅死への揺らぎの受容と質の高い在宅生活を維持するための支援》、非がん高齢者においても《在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援》を行っている。高齢者の疾患に関わらず共通する要素としては、死を前にした高齢者だけでなく家族やケアに関わるチーム全員が死に対する不安を感じているため、終末期においては不安と向き合う体制づくりが求められる。ケア提供者自らが死生観を持って、高齢者や家族の死に向き合い、不安を受け入れられることが求められる。

2. がん高齢者と非がん高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の支援の相違点

非がん支援群の《高齢者の意思・性格に合わせた生活習慣による生活の質を維持するためのケアマネジメント》として、【経済面にも配慮したケアマネジメント】が行われている。非がん支援群は、看取りの時期が予測しにくいいため、ターミナルケア加算などの医療保険を利用した支援が受けにくく、終末期医療体制が十分とは言えない状況²⁶⁾がある。介護保険の枠内では高齢者の意思を尊重した支援がしにくい現状があり、訪問看護師は経済的な側面にも配慮してサービスを調整していると考えられる。

また、非がん支援群では、《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》が特徴的であり、非がん高齢者が予期しにくい死を、ケアチームが高齢者の意思に沿って在宅での死が迎えられよう調整している。つまり、非がん支援群においては、生の延長線での予期せぬ高齢者の最期をチームの協働でカバーし、チーム内で検死や孤独死にならないよう家族を含めたケアチーム間で調整することが、在宅死を可能にする重要な要素の一つととらえられている。

一方、がん支援群では、《がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携》が特徴的なコアカテゴリである。訪問看護師は、がんによる苦痛や症状が現れることを予測し、医師やヘルパーの協力を得て緩和するということが訪問看護師の中に意識づけられている。また、《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》もがん支援群のみのコアカテゴリである。訪問看護師の支援においては、他の職種との

協働ががん支援群の苦痛や意思の揺らぎに対応する力を高めていると考えられる。

加えて、《看護チームでのアプローチによる対応力向上》についても、がん支援群のみでみられるコアカテゴリである。がんの高齢者は、非がん高齢者に比べて病状の変化が顕著であり、訪問看護師自身が迷い、不安を感じる事が考えられる。往診医による訪問が少ない在宅においては、訪問看護師によって高齢者の症状を判断することが多いため、少ない人数ゆえに看護師間の連携によって、課題と向き合い、対応しあう必要性が意識され、看護チームでのアプローチの強化の必要性が語られたと考えられる。今後は、多くの訪問看護ステーションで在宅独居高齢者の終末期を支援していくことを想定すると、訪問看護ステーション間や関連施設間における看護職同士の相互協力が求められる。

今回の調査では、非がん支援群の支援では、《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》と類似するコアカテゴリは示されなかった。しかし、《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》の中で、ヘルパーと連携して緊急時対応方法の明確化を図り、独りで亡くなることのないよう合意形成を行っていく必要性が示唆された。今後、独居高齢者が増加すると予測される中で、職種間の連携強化が課題ともいえる。

以上、非がん支援群とがん支援群を比較した結果、いくつかの相違点がみられたが、家族を含めたヘルパーとの連携・協働、看護チームによるチームアプローチは、先行研究²⁷⁾においても同様の結果が示されており、非がん支援群、がん支援群を含めて、独居高齢者の終末期を支援するために訪問看護師に求められる機能と考えられる。

VII. 結論

1. 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための支援について非がん高齢者では、高齢者の意思に沿って《高齢者の意思・性格に合わせた生活の質を維持するためのケアマネジメント》を行い、高齢者の《在宅死の決断に伴う不安と揺らぎを緩和する支援》と《在宅死の意思実現に向けてケアチームでの合意形成・緊急時の対応方法の明確化》、《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》を行っていた。がん高齢者においても非がん高齢者と類似したコアカテゴリがみられた。

2. 独居高齢者が在宅で最期を迎えるための支援の相違する点として、非がん支援群では、《高齢者の意思・性格に合わせた生活習慣による生活の質を維持するためのケアマネジメント》として【経済面にも配慮したケアマネジメント】を行い、《検死や独りで死なせないための高齢者と家族への支援・調整》の実施が特徴的であった。予期しにくい非がん高齢者の死をケアチームの連携によって、高齢者の意思に沿った在宅での死が迎えられるよう調整していた。がん支援群では、《がんに伴う苦痛や症状緩和を優先するケアと他職種との連携》《ヘルパーと家族の不安軽減のための連携・協働と医師との仲介》《看護チームでのアプローチによる対応力向上》ががん支援群のみで示されていた。がん高齢者は、非がん高齢者に比べて病状の変化が顕著であるため、高齢者の状況に合わせた他職種の連携が不可欠であった。

VIII. 本研究の限界

本研究の結果は、訪問看護に携わる訪問看護師14名という限られた対象であり、がん以外の疾患については対象が3名と少ないため、独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助を代表するものとは言えない。さらに、本研究の結果をもとに研究を進め、今後、全国レベルの調査が必要と考えている。

IX. おわりに

本研究では、訪問看護師の援助内容について非がん高齢者とがん高齢者に分け、その共通性と疾患による違いに焦点を当てて分析をした。今回の調査では、独居高齢者の在宅での看取りの可能性、看取り実現のために、訪問看護師の支援内容を明らかにすることができた。今後は、さらに対象数を増やし、独居高齢者が在宅で最期を迎えるための意思に沿った支援のあり様を検討していきたいと考えている。

謝辞

本研究は、平成18年度から平成22年度の順天堂大学医療看護学部共同研究費を使用して実施した。なお、日本在宅看護学会第1回学術集会において発表した。本研究を実施するにあたり、インタビューに協力してくださった訪問看護ステーションの訪問看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 山崎史郎：これからの医療と介護のかかわりをどうする, 老人ケア研究, 2-8, 2013.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計, 2009.
- 3) 西浦郁絵, 能川ケイ, 服部素子, 他：在宅ターミナルケアに関する研究 在宅ターミナルケアの諸相における看護判断と実践, 神戸市看護大学短期大学部紀要, 24, 17-25, 2005.
- 4) 園田芳美, 石垣和子：明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルケアにおける意思決定に関する訪問看護支援, 老年看護学13 (2), 72-79, 2009.
- 5) 久松美佐子, 丹羽さよ子：終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因, 日本看護科学学会誌, 31 (1), 58-67, 2011.
- 6) 小野若菜子, 麻原きよみ：在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観, 日本看護科学学会誌, 27 (2), 34-42, 2007.
- 7) 繁澤弘子, 安藤詳子, 前川厚子：高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験, 日本看護医療学会雑誌, 8 (1), 31-39, 2006.
- 8) 田川由香, 新井香奈子：在宅高齢者の臨死期における家族看取り支援, 日本看護学会論文集, 地域看護, 42, 131-134, 2012.
- 9) 福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討, 日本看護科学学会誌, 27 (3), 48-56, 2007.
- 10) 今藤誠俊, 佐藤恭子, 安藤孝他：在宅単身ターミナルケアを行った3例, がんと化学療法, 36 (1), 26-27, 2009.
- 11) 山森みどり, 稲恒子：ターミナル期患者の在宅療養に向けた支援の実際, 在宅療養を選択した3事例を通して, 日本看護学会, 地域看護, 34, 9-11, 2003.
- 12) 伊藤美緒子, 小林友美, 大金ひろみ, 他：自宅で最期を迎えたい, 在宅ホスピス緩和ケアでひとり暮らしの18名のがん患者を看取って, 訪問看護と介護, 12 (8), 660-672, 2007.
- 13) 阿部智子：ターミナルケア, 独居の看取り, 事例を通して, Geriatric Medicine, 46 (6), 2008.
- 14) 財団法人日本訪問看護振興財団, 角田直枝：訪問看護のための事例と解説から学ぶ在宅終末期ケア, 中央法規, 106-121, 2008.
- 15) 仁科聖子, 湯浅美千代, 小川妙子：独居高齢者が在宅で最期を迎えるための訪問看護師の援助, 医療看護研究, 4 (1), 50-56, 2008.
- 16) Aoun S, Kristjanson LJ, Oldham L et al. : A qualitative investigation of the palliative care needs of terminally ill people who live alone, Collegian, 15 (1), 3-9, 2008.
- 17) 全国訪問看護事業協会：高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書, 2008.
- 18) 若林和枝, 湯沢八江：在宅がん患者と非がん患者の看取り時に行われた訪問看護の提供実態, 死亡7日前より死亡日まで提供された訪問看護時間および回数からの一考察, 日本在宅ケア学会誌, 15 (1), 62-69, 2011.
- 19) 佐藤泉, 山本則子, 竹森志穂, 他：終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問看護頻度の違い, がんとがん以外の事例の比較, 日本看護科学学会誌, 31 (1), 68-76, 2011.
- 20) Aoun S, Kristjanson LJ, Currow D, et al. : Terminally-ill people living alone without a caregiver: an Australian national scoping study of palliative care needs., Palliat Medicine, 21 (1), 29-34, 2007.
- 21) Rolls L, Seymour JE, Froggatt KA, et al. : Older people living alone at the end of life in the U.K.: research and policy challenges. Palliative Medicine, 25 (6), 650-657, 2011.
- 22) 日本老年医学会：「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, 日本老年医学会雑誌, 49 (4), 381-384, 2012.
- 23) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 他：高齢者の終末期ケア, ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール, 中央法規, 38-43, 2010.
- 24) 鎌田ケイ子：ケアの時代に向けて, 超高齢社会の看護の役割, 老人ケア研究, 41, 6-7, 2014.
- 25) 松井 妙子, 鳥海 直海, 西川 勝：訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業所従事者が、在宅高齢者終末期支援を行う上で経験する葛藤とその対処 チーム活動に関するグループインタビューの現象学的分析から, 香川大学看護学雑誌, 17 (1), 11-24, 2013.
- 26) 伊藤道哉, 濃沼信夫：終末期における医療供給体制の課題, 保健医療科学, 55 (3), 225-229, 2006.
- 27) 前掲書 25), 16-17.

研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.59-66 (2014)成人女性の骨密度と生活習慣の関連
—A町骨粗鬆症検診データによる分析—Correlations between Life Style and Bone Mineral Density in Adult Women
— An Analysis of Osteoporosis Examination Data from One Community —齋藤尚子*
SAITO Naoko櫻井しのぶ*
SAKURAI Shinobu

要旨

骨粗鬆症予防に効果的な保健指導を行う基礎資料を得るために、A町の骨粗鬆症検診データを用いて骨密度と生活習慣の関連を明らかにした。閉経による影響を考慮して、対象者を59歳以下群と60歳以上群に分けて分析した。

協力が得られた59歳以下群53名、60歳以上群135名を分析した。骨密度には59歳以下群では基本特性の「本人の転倒・骨折経験」、生活習慣の「過度なダイエット経験」、「20歳までの1週間あたり運動日数」が関連していた。60歳以上群では基本特性の「年齢」、「体重」、「BMI」、「閉経期間」、「既往歴」、「本人の転倒・骨折経験」が関連しており、生活習慣との関連はなかった。

骨密度に関連する要因は年齢により異なり、年齢に応じた対応が必要である。59歳以下群は閉経の影響が少ない年代であるが、生活習慣により骨密度に影響があったため、年齢や閉経の有無に関わらず検診受診を勧奨することや成人期前からの予防も必要である。60歳以上群では骨密度には生活習慣ではなく年齢や閉経期間が関連しており、検診受診を勧奨することにより異常を早期に発見し、確実に治療へつなげることが重要である。

索引用語：骨密度、生活習慣、成人女性

Key Words：bone mineral density, life style, adult women

I. 緒言

高齢化の進行により要支援・要介護認定者が増加している。介護が必要になった原因の23%は関節疾患や骨折・転倒といった運動器障害が占め¹⁾、日本整形外科学会では運動器障害による要介護の状態や要介護リスクの高い状態を「ロコモティブシンドローム」とし、介護予防に向けた啓発を行っている²⁾。骨粗鬆症はロコモティブシンドロームの主因の1つである。40歳以上の女性における骨粗鬆症の有病率は19.2%とされ³⁾、骨

粗鬆症予防はロコモティブシンドロームの予防となり、高齢期のQOLを維持する上で重要である。

骨粗鬆症予防の取り組みとしては、市町村において一般住民を対象に骨粗鬆症検診が実施されている。骨粗鬆症検診は健康増進法に位置づけられ、40歳から70歳までの5歳刻みの節目年齢にある女性を対象に実施されており、平成23年度の実施率は61.1%であった⁴⁾。骨粗鬆症検診は多くの市町村で実施されており、骨粗鬆症のスクリーニングのみならず、予防に向けた保健活動ができる場としても貴重である。しかし、その現状に関する資料は少なく、効果的なアプローチを実施することは難しい。

* 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

骨密度と生活習慣との関連については研究が行われているが、その対象者は男子高校生⁵⁾、女子大学生^{6) 7)}、中高年女性^{8) ~11)} など様々である。対象年齢が異なることやデータが少ないことにより、骨密度に影響する生活習慣については一貫した結果が得られていない。また、検診対象者に該当する中高年女性を対象としたものは実施された時期が近年ではなく、その間に栄養状態や生活環境は変化していると考えられ、現状とは異なる可能性もある。

そこで本研究では、骨粗鬆症予防に効果的な検診・保健指導を実施する上での基礎資料を得るために、A町の骨粗鬆症検診データを用いて20歳以上の成人女性の骨密度と生活習慣の関連を明らかにすることを目的とした。なお、現状の枠にとらわれず今後の効果的な検診・保健指導のあり方を検討するために、健康増進法で規定されている40歳以上に限定せず、それ以外の年齢層も含めて幅広く現状を検討することとした。

II. 方法

1. 調査対象

A町の骨粗鬆症検診受診者225名を調査対象とした。骨粗鬆症検診は法的には40～70歳の女性が対象であるが、A町では20歳以上の女性を対象に希望制で行われている。

A町は人口約2万人、都心から50km圏内にあり、豊かな自然と温暖な気候に恵まれている。都心へのアクセスが便利であることから、昭和50年代に大規模な住宅開発が行われ、人口が急激に増加した。平成22年の高齢化率は21.5%であり、全国値と比較しても大差はない。しかし、大規模な住宅開発が行われた背景により、急激な高齢化の進行が予測されている。

2. 調査方法

骨粗鬆症検診での骨密度測定値および受診票の記載内容を分析した。受診票は会場で各自が記入したものを保健師が問診で確認し、終了後に回収した。対象者には受診票のデータを研究に使用することの可否を確認し、承諾が得られたものを分析対象とした。

3. 調査項目

骨密度は超音波骨密度計CM-100(QUS法)を用いて踵の骨密度を測定した。基本特性・生活習慣は、検診時の受診票に記載されたデータを用いた。質問項目を以下に示す。

1) 基本特性

年齢、身長、体重、BMI、出産経験の有無、既往歴の有無、身体症状の有無、つまづくことの有無、転倒・骨折経験の有無(本人・親族)、月経の有無、閉経期間

2) 生活習慣

① 食事：食品摂取状況(現在における8種の食品摂取状況を「ほぼ食べない」「月に数回程度」「週に1・2回程度」「2・3日に1回程度」「ほぼ毎日食べる」の5件法で尋ね、合計点数を得点とした。得点は40点満点であり、点数が高いほど摂取頻度が高いことを表す。本来は順序尺度であるが、本研究では等間隔と仮定して得点化した。)、過度なダイエット経験(食事を2/3以下に減らす)の有無

② 運動：運動習慣の有無(現在・20歳までの状況)、運動習慣ありと回答した者には1週間あたり運動日数と実施年数を確認

③ その他：飲酒頻度、喫煙経験の有無

4. 調査期間

平成24年12月に実施した。

5. 分析方法

はじめに単純集計を実施し分布を確認した。その後、各項目と骨密度の関連を明らかにするために、2つの連続変数の関連は相関分析(Pearsonの相関係数算出)、2群間の連続変数の比較はt検定を実施した。本研究の目的は、生活習慣と骨密度の関連を見ることにあるが、骨密度に関連する要因を明らかにするために、基本特性についても分析した。

なお、骨密度は閉経後のエストロゲン減少により、日本人では閉経後10年間、すなわち60歳で20～27.5%減少するため若年成人平均値の80%以下となり、原発性骨粗鬆症の診断基準から骨量減少となる¹²⁾。このため、中高年女性を対象に行われた先行研究⁹⁾では年齢で「59歳以下」と「60歳以上」に分けて分析しており、本研究も同様の2群に分類して分析した。分析には統計ソフトSPSS Statistics 21を使用し、有意水準は5%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、A町より研究者に検診データ集計支援の依頼があり実施に至った。対象者にはA町職員より研究目的、方法、研究協力の任意性、個人情報保護、研究成果の公表、A町と研究者との関係等について文書と口頭で説明し、同意書に署名を得た。

検診の受診票を用いるため調査は無記名ではないが、分析時にはID化し匿名性を確保した。また、データ入力にはA町職員が行い、研究者へは既にID化された状態でデータの提供を受けた。研究協力同意後の辞退は、対象者よりA町に連絡し、A町より研究者に該当IDを伝えてもらうこととした。

54.4±6.5kg、平均BMIは22.1±2.5、平均閉経期間は2.6±4.1年、平均骨密度は1538.8±27.8m/secであった。60歳以上群の平均年齢は67.4±5.1歳、平均体重は51.9±7.3kg、平均BMIは22.3±2.9、平均閉経期間16.5±6.9年、平均骨密度は1515.7±25.0m/secであった。

Ⅲ. 結果

研究協力の同意が得られた188名を分析した(協力率83.6%)。協力者全体の平均年齢は62.2±10.5歳であり、59歳以下群53名(28.2%)、60歳以上群135名(71.8%)であった。以下、59歳以下群と60歳以上群の2群に分けて分析した結果を述べる。

2. 生活習慣(表2)

1) 食事

食事得点の平均は、59歳以下群29.6±4.0点、60歳以上群31.0±4.6点であった。摂取頻度が高い順にみると、59歳以下群では、緑黄色野菜(4.3±0.7)、乳製品(4.1±1.0)、大豆製品(4.1±0.9)、牛乳(3.9±1.4)、肉類(3.8±0.8)、その他の魚(3.4±0.7)、海藻類(3.2±0.9)、小魚(2.8±1.0)であった。60歳以上群では、緑黄色野菜(4.5±0.7)、大豆製品(4.3±0.8)、乳製品(4.2±1.0)、その他の魚(3.7±0.8)、海藻類

1. 基本特性(表1)

59歳以下群の平均年齢は48.8±8.8歳、平均体重は

表1 対象者の基本特性

		全体	59歳以下	60歳以上
		n=188	n=53	n=135
		n (%) or M±SD	n (%) or M±SD	n (%) or M±SD
年齢(歳)	M±SD	62.2±10.5	48.8±8.8	67.4±5.1
身長(cm)	M±SD	153.8±5.7	157.0±5.1	152.5±5.4
体重(kg)	M±SD	52.6±7.2	54.4±6.5	51.9±7.3
BMI	M±SD	22.3±2.8	22.1±2.5	22.3±2.9
	やせ(18.5未満)	13(6.9)	2(3.8)	11(8.1)
	普通(18.5以上25未満)	151(80.3)	44(83.0)	107(79.3)
	肥満(25以上)	24(12.8)	7(13.2)	17(12.6)
骨密度(m/sec)	M±SD	1522.2±27.8	1538.8±27.8	1515.7±25.0
出産経験	あり	177(94.1)	47(88.7)	130(96.3)
	なし	11(5.9)	6(11.3)	5(3.7)
既往歴	あり	120(63.8)	23(43.4)	97(71.9)
	なし	68(36.2)	30(56.6)	38(28.1)
身体症状の有無	あり	119(63.3)	42(79.2)	77(57.0)
	なし	69(36.7)	11(20.8)	58(43.0)
つまづくことの有無	多い	5(2.7)	0(0)	5(3.7)
	ときどきある	91(48.4)	25(47.2)	66(48.9)
	ない	92(48.9)	28(52.8)	64(47.4)
本人の転倒・骨折経験	あり	29(15.5)	8(15.1)	21(15.6)
	なし	158(84.5)	45(84.9)	113(83.7)
		(無回答=1)		(無回答=1)
親族の転倒・骨折経験	あり	40(21.3)	14(26.4)	26(19.3)
	なし	148(78.7)	39(73.6)	109(80.7)
月経の有無	あり	28(14.9)	28(52.8)	0(0)
	なし	160(85.1)	25(47.2)	135(100)
閉経期間(年)	M±SD	12.6±8.9	2.6±4.1	16.5±6.9
		(閉経していない=0)		

(3.7 ± 1.1)、牛乳(3.6 ± 1.6)、小魚(3.5 ± 1.1)、肉類(3.5 ± 0.9)であった。過度なダイエット経験がある者は、59歳以下群24.5%、60歳以上群14.1%であった。

2) 運動

現在運動習慣がある者は、59歳以下群30.2%、60歳以上群59.7%であった。運動習慣がある者の1週間あたり運動日数の平均は、59歳以下群 3.7 ± 2.4 日、60歳以上群 3.8 ± 2.2 日であり、実施年数の平均は、59歳以下群 5.6 ± 6.3 年、60歳以上群 8.2 ± 7.9 年であった。

20歳までに運動習慣があった者は、59歳以下群26.4%、60歳以上群10.4%であった。運動習慣があった者の1週間あたり運動日数の平均は、59歳以下群

3.9 ± 1.9 日、60歳以上群 4.2 ± 2.2 日であり、実施年数の平均は、59歳以下群 5.4 ± 2.7 年、60歳以上群 4.6 ± 1.7 年であった。

3) その他

「飲酒頻度」は飲まない者が過半数を超え、59歳以下群79.2%、60歳以上群77.0%であった。「喫煙経験」もなしの者が59歳以下群90.6%、60歳以上群93.3%と大半を占めた。

3. 各項目と骨密度の関連

基本特性と骨密度の相関分析を表3、t検定の結果を表4に示した。また、生活習慣と骨密度の相関分析を表5、t検定の結果を表6に示した。

表2 対象者の生活習慣

		全体	59歳以下	60歳以上
		n=188	n=53	n=135
		n (%) or M ± SD	n (%) or M ± SD	n (%) or M ± SD
【食事】				
食事得点 (40点満点)	M ± SD	30.6 ± 4.5	29.6 ± 4.0	31.0 ± 4.6
緑黄色野菜	M ± SD	4.4 ± 0.7	4.3 ± 0.7	4.5 ± 0.7
大豆製品	M ± SD	4.3 ± 0.8	4.1 ± 0.9	4.3 ± 0.8
牛乳	M ± SD	3.7 ± 1.5	3.9 ± 1.4	3.6 ± 1.6
乳製品	M ± SD	4.2 ± 1.0	4.1 ± 1.0	4.2 ± 1.0
小魚	M ± SD	3.3 ± 1.1	2.8 ± 1.0	3.5 ± 1.1
海藻類	M ± SD	3.6 ± 1.0	3.2 ± 0.9	3.7 ± 1.1
その他の魚	M ± SD	3.6 ± 0.8	3.4 ± 0.7	3.7 ± 0.8
肉類	M ± SD	3.6 ± 0.9	3.8 ± 0.8	3.5 ± 0.9
過度なダイエット経験	あり	32 (17.0)	13 (24.5)	19 (14.1)
	なし	156 (83.0)	40 (75.5)	116 (85.9)
【運動】				
現在の運動習慣	あり	96 (51.3)	16 (30.2)	80 (59.7)
	なし	91 (48.7)	37 (69.8)	54 (40.3)
		(無回答=1)		(無回答=1)
1週間あたり運動日数	M ± SD	3.8 ± 2.2 (n=95)	3.7 ± 2.4 (n=15)	3.8 ± 2.2 (n=80)
実施年数	M ± SD	7.8 ± 7.7 (n=87)	5.6 ± 6.3 (n=14)	8.2 ± 7.9 (n=73)
20歳までの運動習慣	あり	28 (15.0)	14 (26.4)	14 (10.4)
	なし	159 (85.0)	39 (73.6)	120 (89.6)
		(無回答=1)		(無回答=1)
1週間あたり運動日数	M ± SD	4.1 ± 2.0 (n=28)	3.9 ± 1.9 (n=14)	4.2 ± 2.2 (n=14)
実施年数	M ± SD	5.0 ± 2.3 (n=26)	5.4 ± 2.7 (n=14)	4.6 ± 1.7 (n=12)
【その他】				
飲酒頻度	飲む (月数回以上)	42 (22.3)	11 (20.8)	31 (23.0)
	飲まない	15 (7.7)	42 (79.2)	104 (77.0)
喫煙経験	あり	14 (7.5)	5 (9.4)	9 (6.7)
	なし	174 (92.6)	48 (90.6)	126 (93.3)

表3 基本特性と骨密度の関連 (相関分析)

	59歳以下		60歳以上	
	相関係数	p値	相関係数	p値
年齢	-0.126	0.369	-0.307	<0.001
身長	-0.054	0.703	0.019	0.823
体重	-0.192	0.167	0.214	0.013
BMI	-0.162	0.246	0.214	0.013
閉経期間	-0.263	0.205	-0.207	0.016

表4 基本特性と骨密度の関連 (t検定)

		59歳以下			60歳以上		
		n	骨密度 (m/sec)	p値	n	骨密度 (m/sec)	p値
既往歴	あり	23	1538.9±25.0	0.971	97	1518.6±25.0	0.030
	なし	30	1538.6±30.3		38	1508.3±23.8	
身体症状	あり	42	1537.1±27.9	0.402	77	1518.0±24.8	0.231
	なし	11	1545.1±27.9		58	1512.7±25.1	
つまずくことの有無	多い	0	-	-	5	1500.0±23.0	0.316
	ときどき・ない	25	1540.1±29.5		66	1512.0±21.8	
本人の転倒・骨折経験	あり	8	1518.8±7.8	0.026	21	1514.2±24.3	<0.001
	なし	45	1542.3±28.6		113	1516.0±25.3	
親族の転倒・骨折経験	あり	14	1537.0±28.7	0.786	26	1515.4±24.2	0.947
	なし	39	1539.4±29.4		109	1515.8±25.3	
月経	あり	28	1541.9±33.0	0.379	0	-	-
	なし	25	1535.2±20.8		135	1515.7±25.0	

表5 生活習慣と骨密度の関連 (相関分析)

	59歳以下		60歳以上	
	相関係数	p値	相関係数	p値
【食事】				
食事得点 (40点満点)	0.074	0.598	-0.125	0.148
【運動】				
現在の1週間あたり運動日数	-0.017	0.951	0.111	0.327
現在までの実施年数	0.454	0.103	0.002	0.989
20歳までの1週間あたり運動日数	0.546	0.043	0.038	0.896
20歳までの実施年数	0.182	0.534	0.281	0.376

表6 生活習慣と骨密度の関連 (t検定)

		59歳以下			60歳以上		
		n	骨密度 (m/sec)	p値	n	骨密度 (m/sec)	p値
【食事】							
過度なダイエット経験	あり	13	1521.2±22.1	0.008	19	1515.5±25.9	0.971
	なし	40	1544.5±27.4		116	1515.8±25.0	
【運動】							
現在の運動習慣	あり	16	1532.1±23.7	0.258	80	1515.1±25.6	0.770
	なし	37	1541.6±29.3		54	1516.4±24.7	
20歳までの運動習慣	あり	14	1530.2±27.3	0.183	14	1512.9±20.6	0.711
	なし	39	1541.8±27.7		120	1515.5±24.9	
【その他】							
飲酒頻度	飲む	11	1539.1±27.8	0.965	31	1521.2±22.2	0.163
	飲まない	42	1538.7±28.2		104	1514.1±25.6	
喫煙経験	あり	5	1551.2±17.0	0.298	9	1522.6±19.0	0.398
	なし	48	1537.5±28.5		126	1515.2±25.4	

1) 59歳以下群

基本特性では、「本人の転倒・骨折経験」が有りの者 ($p=0.026$) の骨密度が有意に低かった。生活習慣では、「過度なダイエット経験」でありの者 ($p=0.008$) の骨密度が有意に低く、「20歳までの1週間あたり運動日数」と骨密度には中程度の正の相関があった ($r=0.546, p=0.043$)。

2) 60歳以上群

基本特性の「年齢」には弱い負の相関 ($r=-0.307, p<0.001$)、「体重」には弱い正の相関 ($r=0.214, p=0.013$)、「BMI」には弱い正の相関 ($r=0.214, p=0.013$)、「閉経期間」には弱い負の相関 ($r=-0.207, p=0.016$) があった。「既往歴」はありの者の骨密度が有意に高く ($p=0.03$)、「本人の転倒・骨折経験」はありの者の骨密度が有意に低かった ($p<0.001$)。対象者の生活習慣はいずれも関連がなかった。

IV. 考察

1. 対象者の基本特性・生活習慣

A町の骨密度検診は20歳以上の女性を対象としているが、対象者の年齢は60歳以上群が7割以上を占め、59歳以下群の平均年齢も48.8歳であった。骨密度検診に関する統計はないが、市町村が実施するがん検診でも子宮がん検診と乳がん検診を除く全ての検診で20歳代・30歳代の受診率は1桁台と低い状況にあり¹⁾、若年層の受診者が少ないことは共通した課題である。

対象者の特徴を明らかにするために、全国値が算出されている項目は各群の平均年齢に該当する値を基準として比較した。BMIは59歳以下群、60歳以上群ともに普通の判定が全国値より約10%高かった¹³⁾。生活習慣も、喫煙習慣がない者は本研究では9割以上であるが全国値は5割弱、飲酒習慣がない者も本研究では8割弱であるのに対し全国値は40%台であった¹³⁾。運動習慣がある者も全国値より約20%高い¹³⁾。また、骨密度も基準値では45～49歳は $1578 \pm 28 \text{ m/sec}$ 、65～69歳は $1487 \pm 20 \text{ m/sec}$ であり1標準偏差低下すると骨折リスクは約1.6～約2倍とされているが¹⁴⁾、本研究の結果は基準値を上回る。これらより、対象者は健康的な生活習慣をもっていると言える。

2. 各項目と骨密度の関連

1) 59歳以下群

骨密度と関連があった基本特性は「本人の転倒・骨折経験」のみであった。骨折経験と骨密度に関連があることは先行研究¹⁵⁾と一致している。年齢等で

関連がなかったのは、この群では月経がある者や閉経期間が短い者が多数を占めていたためと考えられ、この群は骨粗鬆症のリスクが低い集団と言える。

しかし、生活習慣では「過度なダイエット経験」や「20歳までの1週間あたり運動日数」が骨密度と関連しており、リスクが低い年代であっても、生活習慣によっては骨密度に悪影響があると言える。骨量は思春期に高まり、約20歳で最大値に達し、閉経前より低下する³⁾。このため、若い時期に過度なダイエットを実施した者は骨量の最大値が低い状態にある。本研究ではダイエットを実施した時期を尋ねておらず不明であるため、今後は実施時期も含めた検討が必要である。運動習慣は、18歳以前に時間をかけて強度の高い垂直荷重系の運動を行うことが最も効果的であり³⁾、本研究では運動の種類を尋ねていないが、20歳までの1週間あたり運動日数が多い者は骨密度が高く、先行研究を支持する結果であった。

2) 60歳以上群

骨密度と関連があった基本特性は、「年齢」、「体重」、「BMI」、「既往歴」、「本人の転倒・骨折経験」、「閉経期間」であった。「年齢」、「閉経期間」は年齢を重ね閉経を迎えたことによるエストロゲン減少の結果といえ、先行研究と同様であった^{8) 11)}。「体重」、「BMI」は日本人対象の研究が少ないが、体重やBMIが低いものは骨密度が低いという報告が多い³⁾。日本人の中老年女性を対象に行われた調査では、閉経後女性のみ体重や体格と骨密度に正の相関があった結果¹¹⁾もあるが、体重やBMIと関連がないもの⁸⁾や体重のみ関連があったもの⁹⁾等、一致していない。

既往歴は、ありと回答した者の方が骨密度は高かった。これは本研究では既往歴にあげる疾患を限定しておらず、糖尿病や腎臓病等の骨粗鬆症の原因となる疾患・治療³⁾以外の者も含まれていたためと考えられる。また、疾患があることで生活習慣に気を配り、それにより骨密度にプラスの影響を与えた可能性も考えられる。

一方、生活習慣の項目は骨密度と関連がなかった。先行研究でも食事や栄養摂取の改善により骨密度が上昇した報告は少なく^{3) 8) 9)}、食事に関しては先行研究と同様の結果であった。しかし、運動や喫煙、飲酒は先行研究では骨密度との関連が見られていた^{3) 16)}。本研究で関連がなかった理由には、大半の者が飲酒や喫煙をしていないことや、仕事等の運動以外に体を動かす時間がなかった可能性も考えられる。

3. 成人女性の生活習慣と骨密度の関連

成人女性の骨密度に関連する要因は年齢によって異なるため、年齢に合わせたアプローチが必要と考える。

閉経による影響が少ない59歳以下群はリスクが低い年代であるにも関わらず、生活習慣によっては骨密度が低い。このため、年齢や閉経の有無に関わらず検診受診を勧奨することが大切である。若年層の受診率は低いため、若年層が受診しやすい体制の工夫や検診受診の必要性を理解できる周知が必要である。また、20歳までの運動日数等の過去の生活習慣が骨密度に影響していたため、検診対象者へのアプローチのみならず学校保健や産業保健と連携した若年期からのアプローチも有効と考える。

一方、60歳以上群の骨密度には生活習慣ではなく、基本特性の年齢や閉経期間が関連していた。60歳以上群では、基本特性の影響が大きいため生活習慣の影響に差がなくなると考えられる。骨粗鬆症は自覚症状がないことや生活習慣に気を付けていても年齢や閉経期間により発症リスクが高まることを伝え、今後も継続して検診を受診するよう勧奨し、早期発見・早期治療することが重要である。また、生活習慣に関わらず年齢を重ねることにより骨密度は低下するため、検診の場において転倒による骨折を防ぐ転倒予防策を啓発することも効果的である。

4. 本研究の限界と展望

本研究の対象は一地域であり、また希望制の検診であるため健康意識が高い集団であると推測でき、結果の一般化には限界がある。また、検診データを利用したため、質問項目はあらかじめ設定されたものが多く、対象者の年齢も高い。しかし、本研究においても59歳以下群では運動日数や過度なダイエット経験といった生活習慣と関連があったため、今後は運動の種類や強度、仕事内容など生活の多くを占める日中の状況について項目を設定するとともに、60歳以下の対象者を増やして分析する必要がある。

今回は標本数の関係から年齢等の基本特性による影響をコントロールした分析ができなかった。今後は標本数を増やし、多変量解析により骨密度に関連する生活習慣を明らかにすることも必要である。また、食品摂取状況の測定は信頼性・妥当性が検討されていないため、標準化された尺度を用いての分析が必要である。

V. 結論

A町骨粗鬆症検診のデータを用いて、59歳以下群と60歳以上群別に骨密度と生活習慣の関連を検討した。成人女性の骨密度に関連する要因は年齢ごとに異なり、59歳以下群では基本特性の「本人の転倒・骨折経験」、「過度なダイエット経験」、「20歳までの1週間あたり運動日数」が関連していた。60歳以上群では基本特性の「年齢」、「体重」、「BMI」、「閉経期間」、「既往歴」、「本人の転倒・骨折経験」が関連していたが、生活習慣とは関連がなかった。

閉経の影響が少ない59歳以下群においても、生活習慣により骨密度に影響があったため、年齢や閉経の有無に関わらず検診受診を勧奨することや成人期前からの予防に向けたアプローチが必要である。60歳以上群では生活習慣ではなく年齢や閉経期間が関連しており、検診受診を勧奨することで異常を早期に発見し、確実に治療へとつなげる必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力を頂きましたA町の住民の皆様と職員の皆様に心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省 (2011年7月12日) : 平成22年国民生活基礎調査の概況<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>>
- 2) 日本整形外科学会 (2013年) : ロコモティブシンドロームパンフレット<http://www.joa.or.jp/jp/public/locomo/locomo_pamphlet_2014.pdf>
- 3) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 : 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版, ライフサイエンス出版, 東京, 2011.
- 4) 厚生労働省 (2013年2月20日) : 平成23年度地域保健・健康増進事業報告の概況<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/11/dl/gaiyo.pdf>>
- 5) 羅平 : 男子高校生の骨密度と運動習慣との関係—運動経歴、運動有能感の視点から—, 広島大学大学院教育学研究科紀要, 55, 325-331, 2006.
- 6) 堀尾拓之, 内山温子, 川原明日香ほか : 若年女性の骨密度と体組成と生活状況との関連について, 園田学園女子大学論文集, 41, 155-176, 2007.
- 7) 孫大鵬, 安藤大輔, 佐藤美理ほか : 男子小中学生の踵骨の定量的超音波指標と体格・生活習慣因子の関連, 山梨医科学誌, 28 (1), 39-47, 2013.

- 8) Fisher Anita, 小西恵美子, 真弓尚也ほか：長野県女性の骨粗しょう症予防とヘルスプロモーションに関する研究：1. 健康状況とライフスタイル, 長野県看護大学紀要, 6, 27-34, 2004.
- 9) 木内千晶, 石川みち子, 吉田千鶴子ほか：中高年女性の生活習慣と骨密度の関係, 岩手県立大学看護学部紀要, 8, 51-60, 2006.
- 10) 仲立貴, 中嶋大渡, 呉泰雄ほか：中高年女性の生活習慣が骨代謝に及ぼす影響, 日本生理人類学会誌, 9 (3), 85-92, 2004.
- 11) Tatsuno Ichiro, Terano Takashi, Nakamura Mitsugu, et al. : Lifestyle and osteoporosis in middle-aged and elderly women: Chiba bone survey, Endocrine Journal, 60 (5) , 643-650, 2013.
- 12) 太田博明：更年期の他科疾患 (2) 骨粗鬆症, 日本産科婦人科学会雑誌, 52 (2), 234-238, 2000.
- 13) 厚生労働省 (2014年3月)：平成24年国民健康・栄養調査報告 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h24-houkoku.pdf>>
- 14) 荻野浩：QUSの基準値, Osteoporosis Japan, 13 (1) , 31-35, 2005.
- 15) 木村博承：超音波測定法による「骨密度検診」の有用性と生活習慣との関連, 岡山医学会雑誌, 112 (9) , 169-182, 2000.
- 16) 薩田清明, 高橋修和, 深沢幸恵ほか：山梨県早川町地域住民の骨密度に関する研究, 東京家政学院大学紀要, 43, 27-36, 2003.

研究ノート

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.67-73 (2014)

神経難病患者の手記にみるスピリチュアルな苦悩

Research on the Spiritual Distress Written in the Notes from
Patients with Intractable Neurological Diseases長瀬 雅子*
NAGASE Masako

要旨

筋萎縮性側索硬化症やパーキンソン病のような神経難病は医学的な治癒が困難で、患者は重度の障害のために自立した生活が困難になり、生命の危機にたびたび直面する。そのため、神経難病患者もまた、がん患者と同様にスピリチュアルな苦悩を抱えていると考えられる。本稿では、神経難病患者がどのようなスピリチュアルな苦悩を抱えたのかを、彼らの手記を使って明らかにする。分析対象としたのは7人の手記で、病の転換期におけるそれぞれの経験を取り出した。彼らは、診断を受けたときだけでなく、症状の進行時期に繰り返しスピリチュアルな苦悩を経験していた。これらの苦悩は、【人生の意味への苦悩】【将来への予期的な恐怖】【孤立感】に分類された。また、彼らの苦悩への対処は、【生き方の見直し】【希望】【人との繋がり】に分類された。

索引用語：神経難病患者、スピリチュアルな苦悩、手記分析、病の受容

Key Words: patients with intractable neurological diseases, spiritual distress, notes analysis, acceptance of disease

I. はじめに

進行性の神経難病を抱えて生きる人々は、様々な身体的機能障害によって徐々に自立した日常生活を営むことが困難になる。また、嚥下障害によって経口摂取ができなくなり、胃瘻管理を余儀なくされたり、生命を維持させるために、高度な医療機器に依存しなければならなくなったりすることもある。そのため、やりたいことができなくなった心残りや無念さ、症状の煩わしさ、生活障害による苦痛、自分で自分のことができない苦痛、周囲の人々への抵抗感を感じるという¹⁾。しかし、このような患者が、自らの存在意義や人生の意味、人との繋がりなどのスピリチュアルな苦悩をどのように抱え、どのようにケアされているのかを明らかにした論文は少ない²⁾。

「スピリチュアル」という概念が日本の医療や看護で取り上げられるようになったのは、ホスピス・緩和ケアの場で、1970年代後半に英国で研修を受けたホスピス医らによって紹介された。しかし、スピリチュアルに関連した研究論文数が増え始めるのは1999年以降のこと³⁾。「スピリチュアル」という概念が医学や看護学にとっての学術的意義のある研究課題と認められるようになるまで20年近くかかっている。また、単に学術的意義があると認められというよりは、1997年から1998年にかけて、世界保健機関 (WHO) の憲章前文にある「健康の定義」に「スピリチュアル」の語を追加するか否かについて議論されたことが、少なからず影響したのではないかと考えられる。つまり、「スピリチュアル」という概念は、研究者よりも臨床家にとって重要な概念であったと言える³⁾。

一方で、欧米における研究には、がん患者のみならず、慢性疾患をもつ人々を対象にしているものがある

* 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University
(May. 19, 2014 原稿受付) (July. 30, 2014 原稿受領)

が⁴⁾、我が国では慢性疾患をもつ人々を対象としたものは少ない²⁾。その理由として、神経難病患者の生活を支えるという、即時的で現実的なケアを求められることが多く、それがもっとも重要な課題であるとされていることが考えられる。また、意思決定場面での倫理性の問題にも取り組まなければならない、患者が抱えるスピリチュアルな苦悩に取り組むことが重要であると認識されてこなかったことも、理由ではないかと考える。さらに、神経難病の場合、症状が進行するとコミュニケーションが困難になることが多いため、時間をかけて患者の苦悩に向き合うことの困難さがあるのではないかと考える。しかしながら、医療社会学者のFox, R.⁵⁾が指摘したように、病や事故、痛みや苦悩、人間の知識や生命の有限性といった事柄で先鋭化するような人間の生をめぐる「意味の問題」に対する医療者の向き合い方を問うことは、医療における専門職の責務であろう。

そこで本稿では、神経難病患者のスピリチュアルな苦悩とはなにか、またその苦悩に対していかに対処しているのかを明らかにするために、公刊された手記を分析する。

Ⅱ. 方法

1. 「スピリチュアル」の定義

スピリチュアルは、社会・文化的小および歴史的に規定される可変的概念である。欧米における研究では、スピリチュアリティを、自己を超えた偉大なものとのかわりをあらわす、ものの見方や行動に関する領域であり⁶⁾、人間の生き方や存在意義にかかわる領域であるとする。また、宗教 (religious) と互換的意味で使用されている⁷⁾。一方、我が国では、患者の生きる意味や目的の探求といった意味合いが強く、宗教性を含めることがほとんどない^{2) 8) 9)}。自分の存在や自分の人生の意味、それを問うものをスピリチュアルな苦悩と定義している²⁾。また、心理学領域では、人間に本来的に備わった生の意味や目的を求める無意識的欲求やその自覚であり、その自覚の中には宗教意識や死を超える希望を含み、個人性を超えた (トランスパーソナルな) 特徴を持つ意識であると定義する研究者もいる¹⁰⁾。

世界標準的スピリチュアルの定義を概念的に確立させるため、WHOは1998年からQOLのSpirituality, Religiousness, and Personal Belief調査票 (WHOQOL-SRPB) を使った国際的調査研究を行い^{11) 12)}、スピリチュアルの概念が次の8つの下位項目で構成されてい

ることを明らかにした¹³⁾。すなわち、絶対的存在との連帯感 (Connectedness to a spiritual being or force)、人生の意味 (Meaning of life)、畏怖の念 (Awe)、統合性と一体感 (Wholeness & integration)、内的な強さ (Spiritual strength)、心の平穏・安寧・和 (Inner peace/ serenity/harmony)、希望と楽観主義 (Hope & optimism)、信仰 (Faith) である。

本稿では、これらの定義を参考に、「スピリチュアル」を、神仏や先祖などの絶対的な存在との繋がりやそれへの畏怖の念、自らの存在や人生の意味への希求、心の平穏や他者に対する愛他性、希望、信念や信仰と定義する。

2. 分析対象

筋委縮性側索硬化症 (ALS)、脊髄小脳変性症 (SCD)、パーキンソン病 (PD) などのような難治性神経変性疾患 (いわゆる神経難病) をもつ患者による手記で、診断後や症状進行時の苦悩について書かれてあるものとした。対象となる手記の選定には、国立国会図書館の文献情報データベースを使用し、神経難病をもつ人々の体験記あるいは手記あるいは闘病記を抽出した。これらのうち、入手困難なものと病名が不確かなものを除外した結果、表1に示した7つの手記を分析対象とすることとした。

3. 分析方法

本稿では、手記をナラティブデータとして扱い、解釈学的に分析する。まず、それぞれの手記を読み、スピリチュアルな苦悩やそれへの対処に関する記述を中心に、簡潔なバイオグラフィーを作成する。次に、個々の場面における苦悩とそれへの対処を抽出する。すべての手記を個別に分析した後、苦悩とそれへの対処をそれぞれ類似性に基づいてカテゴリー化し、各々のカテゴリーを表わす見出しをつける。

4. 手記分析の方法論的妥当性

手記や会議録のようなドキュメントは、ある社会的現実を理解するためには有益な資料であるが、当然ながら研究者の意図に沿うようにまとめたものではない。したがって、ドキュメントを分析対象とするときには、それを誰が、何のために作成し、誰がどのような文脈でそれを使うのかを考慮しなければならない¹⁴⁾。ドキュメントが研究者の依頼によって書かれたものか、そうでないものかを区別する必要がある。前者は調査

表1 本研究で分析対象とした手記

著者	書名	出版社 発行年	疾患 発症時期／診断時期
田中大介	大航海途中—神経難病SCDと向き合って	文芸社 2009	脊髄小脳変性症 19歳頃／20歳
笹川 彰	虹が見えるまで	文芸社 2011	筋萎縮性側索硬化症 39歳／39歳
北谷好美	歌を詠む日々 (『生きる力—神経難病ALS患者たちからのメッセージ』)	岩波書店 2006	筋萎縮性側索硬化症 33歳／35歳
岸 徹	生きる力 (『生きる力—神経難病ALS患者たちからのメッセージ』)	岩波書店 2006	筋萎縮性側索硬化症 60歳／60歳
秋吉真美	あしたへの歌—パーキンソン病を友に前向きに生きる	長崎出版 2008	パーキンソン病 35歳頃／37歳
杉浦啓太	僕の神経細胞—パーキンソン病歴20年の元毎日新聞記者 の手記	三和書籍 2009	パーキンソン病 37歳頃／39歳
ごとう和	びんくのハート—パーキンソン病と明るく向き合う実録 体験記	秋田書店 2009	パーキンソン病 49歳頃／53歳

の目的に沿って作成されるが、後者は純粹に作成者側の意図で作成される「非圧迫型」¹⁴⁾のデータである。これもインタビューや観察によるデータの質と異なる点である。

手記は、その著者の生活史をある限られた視角から明らかにしているものである。しかし、手記に記されている主観的・独断的な世界は、患者の生活の過程や病の軌跡として記述されており、それらは他者との相互作用を通して協働的に構成されたものである¹⁵⁾。したがって、手記は単に主観的であるというよりは、間主観的に他者と共有している世界であり、そこには、病という現実を患者が他者との相互作用において認識し、意味づけした内容が記述されていると言える。

手記を分析対象とすることは、患者の現実的な心情や対処が描き出すことであると考え。ただし、上述したように、手記がある限られた視角から生活史を明らかにしたものであるため、患者が認識していない現象については明示的にはならない。このような欠点はあるものの、本稿の目的は、患者が感じている苦悩を患者の側から明らかにすることであり、それは手記分析でも可能であると考え。

5. 倫理的配慮

本稿では、公刊された書籍を分析対象とするため、秘匿性確保の対象とはならない。ただし、分析によって著者の心情を損なうことのないよう、質的データの分析経験がある複数の研究者と分析の妥当性を確認した。

Ⅲ. 結果—手記に記されたスピリチュアルな苦悩とそれへの対処

分析の結果、手記からは、スピリチュアルな苦悩として30のコードと、それへの対処として31のコードが抽出され、それぞれ3つのカテゴリーに分類された。以下、手記からの引用のうち短いものを「」、長いものを斜字で示す。また、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉で示す。

1. スピリチュアルな苦悩(表2)

1) 【人生の意味への苦悩】

田中大介氏は、20歳でSCDと診断された。「それまで順風満帆だった僕の人生に突如としてSCD難病がやってきた」ことで、「大幅に人生設計が狂った」という。北谷好美氏もまた、「治らない病気だと知った時が一番つらかった」「今まで順風満帆に生きてきた人生が、足元から覆された感じ」と言っている。笹川彰氏は、40歳代を目前にALSを発症し、それまでの人生が「順風満帆の人生」で、ALSとともにそうした人生に「幕を下ろした」という。病によって、診断前の人生と診断後の人生が途絶し、笹川氏の40歳代、50歳代は「空白の時代」となったのである。このような〈未来が閉ざされた感覚〉を、ほとんどの著者が経験している。

また、北谷氏がALSと診断されたのは35歳の時で、当時は夫との二人暮らしだった。「なにもできない自分が生きていいのだろうか」と、主婦としての役割を果たせなくなることに対する〈自らの存在意義の揺らぎ〉を感じていた。この苦悩は、他に2人の手記からも

表2 神経難病を抱える人々の手記にみられるスピリチュアルな苦悩

カテゴリー	サブカテゴリー
【人生の意味への苦悩】	〈未来が閉ざされた感覚〉 〈自らの存在意義のゆらぎ〉 〈夢や希望が奪われていく感覚〉 〈苦しみの意味の探究〉
【将来への予期的な恐怖】	〈死への恐怖〉 〈不確かな未来への恐怖〉 〈神経難病であることに直面することのつらさ〉 〈将来の機能喪失への恐怖〉
【孤立感】	〈孤立感〉

抽出された。

神経難病はほとんどが進行性の疾患で、徐々に身体的な機能障害が増えていく。

田中氏は、歩きづらいつとを感じるようになって受診し、SCDの診断を受けた。大学卒業後の1年は杖歩行ができたため会社通勤をしていたものの、2年目になると転倒することが多くなり、その年の夏から車いす生活となったため、仕事を在宅業務へと切り替えたという。この症状の進行や生活の変化については、それほど大きな衝撃として書かれていない。しかし、趣味のカラオケで得意の歌を歌おうとしたところ、発声できないという新たな障害に直面したときには、「この病気は僕の夢ばかりでなく、趣味までも奪ってしまうのか!」と、布団をかぶり、「声の出ない声」で絶叫したという。その後、電動車いすで旅することを楽しんでいったものの、目の焦点が合いにくくなり、首がすわらなくなったことから、旅することを一時的に中止しなくてはならなくなったときには、次のように感じたと言っている。

「運命が僕に死ねと言っている!」悲痛にも似た
思いが胸のなかを去来して離れない。三日三晩、布
団の中で嗚咽を漏らして大粒の涙に浸った。

病を受け容れ、できることを愉しもうとしていても、病の進行とともに希望が打ち砕かれたのである。岸徹氏もまた、ALSの発症とともに「私の夢は完全に消滅」したと書いている。こうした苦悩は〈夢や希望が奪われていく感覚〉で、ほとんどの手記から抽出された。

北谷氏はさらに、「なぜ、私がこんな病気になったんだろう。どうして私が…」と憤りを感じている。これは〈苦しみの意味の探究〉である。ごとう和氏もまた、「まじめで一生懸命ながんばりや」である自らの性格と疾患が関連しているのかもしれないと解釈するなど、ほとんどの著者が〈苦しみの意味の探究〉を経験

していた。

2) 【将来への予期的な恐怖】

岸氏は、60歳でALSと診断された。最初は病を受け容れられず、人や物にあたって荒れた日々を送ったという。「近い将来、死に値するようになる状態になる」ため、人工呼吸器を装着して寝たきりになるか、人工呼吸器を装着せずに死を迎えるかを選択しなければならず、〈死への恐怖〉と〈不確かな未来への恐怖〉を感じていたという。〈死への恐怖〉につ

いての記述は、他に北谷氏と笹川氏の手記にみられた。

また、杉浦啓太氏は、39歳でPDと診断された。「それまではあたりまえにできていたことができなくなる」ことから、「知らぬ間に深い水のクレバスに落ちて脱出できなくなってしまったようなもの」と感じている。また、「これからどうなるのか」という不安からPDについての情報を集め、それを書き留めようとするだけで体調が悪くなったという。また、ごとう氏はPDと診断され(53歳)、病院から帰る途中、「人も…街も…自分からは遠く、診察前とは違う世界に見えた」という。病を抱えて、これからどうやって自分の人生を歩んでいけばいいのかという思いで、地に足がつかない感覚だった。岸氏もごとう氏も、告知後のショックの時期であり、〈不確かな未来への恐怖〉がみられている。このような〈不確かな未来への恐怖〉は、ほとんどの手記で告知後に記述されており、秋吉氏や田中氏、笹川氏の手記では症状進行時にも記述がみられた。

また、ごとう氏は、症状の進行とは関係なく、「いざ自分自身と向き合うと、いつも気分が悪くなるのだった」と、PDを抱える自分自身と向き合うことの難しさを記している。〈神経難病であることに直面することのつらさ〉であり、病や障害の受け容れに繋がる苦悩でもある。この苦悩も、他のすべての手記に記述されていた。

病の進行は、単に身体機能の低下というだけではなく、ごとう氏を心理的に脅かすものでもあった。寝返りがうてないことやめまいといった症状が続いたとき、彼女は「ずーっとこのまんまなんだろうか…、いや…、病気が進んだら…もっと大変なことになる…!?」という〈将来の機能喪失への恐怖〉を感じていた。こうした〈将来の機能喪失への恐怖〉は、他に笹川氏、秋吉氏の手記にもみられた。

3) 【孤立感】

北谷氏は、病を受け容れることができず、長い間親しい人々に病のことを隠して生活していたという。そのために、ALSのために疲れやすく、日中寝てしまうことがあったのだが、周囲には「なまけ病」と言われ、一人で病と向き合わなければならなかった。また、病状が進行し、発音が不明瞭になると、それだけで「世間の目は冷たくなる」ため、人前で話すことが怖くなったという。

ごとう氏もまた、散歩中に歩き方がおかしいと思われているのではないかと、同情や憐みの目で見られているのではないかと、他人の視線を気にするようになると、親しい友人からの心配や励ましに苛立つようになったという。「いらないからっ！心配なんていらないから！！私は元気だから！！お願いっ！！ほうっておいて…」と、外出したがるなど抑うつ的な状態に陥った。「他人と違う自分」を受け容れられず、他者からの声かけに苛立ち、強い【孤立感】を感じていた。

こうした【孤立感】に関する明確な記述は、他に田中氏、秋吉氏の手記にみられた。

2. スピリチュアルな苦悩への対処 (表3)

1) 【生き方の見直し】

笹川氏が気管切開に直面した時には、苦悩し、狼狽し、安楽死を考えたというが、それでも生き続けている「いま」の心情を次のように表現している。

ALS発病から17年経った今でも、病は進行しているという、いまいましさになんともやり切れぬ気持ちである。私の肉体は、「死に体」だが、意識は活発に活動したいし、闘う意思を發し続けたいのである。こうしてALS患者は行動する、なのである。生きる屍には、ならないぞ、と。

笹川氏にとって、ALSと診断されてからの自分はそれまでの自分と同じではないし、「本来の自分」ではないのだろう。それでも、身体は動かなくても〈精神的社会的な活動が可能〉と思うようになっている。

表3 スピリチュアルな苦悩への対処

カテゴリー	サブカテゴリー
【生き方の見直し】	〈精神的社会的な活動が可能〉 〈生きる意味の発見〉 〈自らの生き方の再考〉
【希望】	〈肯定的に現実を認識する〉 〈新しい医療技術に期待する〉
【人との繋がり】	〈人とのかかわりをもつ〉

また、北谷氏は、36歳で妊娠し、母になることを覚悟したことで、病を受け容れられたという。母として生き抜くということは、人工呼吸器装着の理由にもなった。つまり、妊娠、出産、子育てという〈生きる意味の発見〉があった。

岸氏は、人工呼吸器装着に関する意思決定において、ALS患者が直面する呼吸困難、すなわち「死」への恐怖はあるが、「人工呼吸器を装着して自由を失い、24時間の介護を受けるような人生には耐えられない」と結論づけた。これは、岸氏が自らの「生き様」を選択した結果であるという。これは、〈自らの生き方の再考〉である。自分はどうのように生を全うしたいのか、どのように生きたいのかを考えることで、〈死への恐怖〉に対処したのだろう。

2) 【希望】

手記の著者らが明るく前向きに生きようとするのを支えていたのは、「まだできることがある」という〈肯定的に現実を認識する〉や、「治るかもしれない」という〈新しい医療技術に期待する〉というものだった。

たとえば、ごとう氏は漫画家であるが、まだ利き手が使えるため、仕事を続けることができることで、前向きに明るく生きようとしていた。これは、〈肯定的に現実を認識する〉である。

また、笹川氏は発病から18年経過しているものの、いまでも「いずれまた、帆を上げる日が来るとは信じてはいないが、希望を捨ててはいない」という。北谷氏も、「いつか画期的な新薬が開発されるかもしれない」という。これらは〈新しい医療技術に期待する〉というものである。

3) 【人との繋がり】

社会とのかかわりを避けることによって生じた【孤立感】から脱するきっかけとなったのは、〈人とのかかわりをもつ〉である。

37歳でPD病と診断された秋吉氏もまた、動作が緩慢であることや表情が乏しくなっても、周囲の人に自らの病を告げようとはしなかった。彼女が病を受け容れるまでにはかなりの時間を要したが、その間、同級生や音楽を通して人とかかわり続けている。家族や友人たちの優しさを感じることで、徐々に障害と向き合いながら、コンサートの開催に挑戦できるようになっていった。

Ⅳ. 考察—神経難病患者にみられるスピリチュアルな強さ

手記を執筆するという行為は、日記療法や回顧療法などのように、心の中にある葛藤や未解決の出来事に対処し、新たにオルタナティブストーリーを見出すきっかけになっているのではないかと考える。このことは、本稿で取り上げた手記の執筆者が、スピリチュアルな苦悩を抱えながらも病と向き合い、苦悩に対処することができていることと同時に、すべての神経難病患者が苦悩に対処できているとは限らないことを意味している。神経難病患者がスピリチュアルな苦悩を抱え、それに対処しながら生きていく様子を明らかにするために、手記は重要で入手が容易な手がかりである。

人類学者のロバート・マーフィーは、脊髄腫瘍による進行性の身体障害を抱えた自身の身体とそれを取りまく社会との関係についてフィールドワークし、障害を抱えて生きることについて次のように述べている¹⁶⁾。

麻痺は「他者からの、自分の身体からの、そしてさらに自己からの疎外であった。それは死のメタファーであり、生についての注釈（コメンタリー）であった。身体障害は確かに意味をもっている。あくまで人間によって与えられた意味ではあるが。しかしその意味は一般的で、特定の病気を超え、特定の文化を超えて、社会生活の全体を包み込むほど広いものだ。身体障害は我々に、それ以上譲ることのできないぎりぎりの人間性について考えさせる。(277)

本稿で取り上げた手記の執筆者たちは、神経難病であることを告知された時、それまでの人生とそれ以降の人生がまったく異なるものであると受けとめ、時間的断絶を感じていた。これは、一時的な混乱というよりも継続的な感覚で、【人生の意味への苦悩】として現われている。また、症状の進行は、いずれ自分の生活を維持するためには人の手を借りなければならぬことや、生命維持装置に依存しなければならぬことなどを予期させる。そのため、【将来への予期的な恐怖】が生じる。さらに、歩き方がおかしいことや、言葉が不明瞭であることを友人や知人に知られたくない、あるいはそういう状態の自分を受け容れられないなどの理由から社会的孤立に至り、【孤立感】が生じる。

これらのスピリチュアルな苦悩に対して、手記の著者たちは【生き方の見直し】【希望】

【人との繋がり】を見出していた。マーフィー¹⁶⁾によれば、障害を抱えて生きることに意味に対する答えは、文化相対的なものであり、恣意的である。つまり、本稿における3つの対処は、彼らを取りまく社会（家族、友人、サークル、仕事など）において構築されたものであると言える。確かに、執筆者たちは、繰り返し経験する苦悩に対処する力をもっていたが、彼らを支えていたものの中に宗教や信仰という意味でのスピリチュアリティは記されていない。どちらかといえば、生というプロセスを生きるための姿勢や、他者との関係性の中で見出される意味や価値である。スピリチュアルな苦悩は、その人にとって転機となるような重要な出来事やストレス、苦しみや困難から生じてくると言われている¹⁷⁾。神経難病患者のスピリチュアルな苦悩もまた、難病であるということ、障害が進み日常生活に影響することなどから、スピリチュアルな苦悩を経験している。その苦悩に対して、いかなる意味を付与し、いかに対処するかは文化相対的なものであり、その個が属する社会によって恣意的に決定づけられているのではないかと考えられる。

本稿では、神経難病患者がどのようなスピリチュアルな苦悩を抱えているのかを明らかにしてきた。そうした苦悩は、病や障害と折り合いをつけることで解消されるが、病の進行とともにたびたび現れるものでもある。つまり、患者は繰り返しスピリチュアルな苦悩に直面しなければならない。しかし、手記の執筆者たちには、そうした苦悩への対処を見出し、生というプロセスを生きる強さがあった。このことは、図1のように示すことができると考えた。

このような苦悩に対して、医療者はどのようにかわっているのだろうか。つまり、神経難病患者へのスピリチュアルケアが、どのように営まれているのだろうか

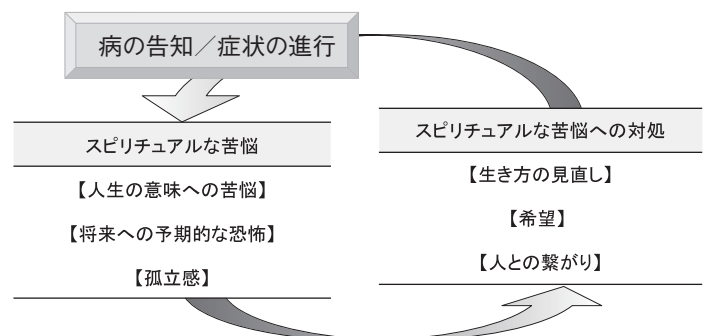


図1 くり返し見られるスピリチュアルな苦悩とそれへの対処

か。また、医師、看護師、理学療法士、栄養士、その他患者のケアにかかわる職種がどのように協働し、患者の生を支えているのだろうか。今後は、本稿で明らかにした神経難病患者のスピリチュアルな苦悩をもとに、これらの疑問に答えていきたい。

文献

- 1) 牛久保美津子：神経難病とともに生きる長期療養者の病体験—苦悩に対する緩和的ケア，日本看護科学会誌，25 (4)，70-79，2005.
- 2) 長瀬雅子：慢性看護におけるスピリチュアリティに関する研究の動向，日本慢性看護学会誌，5 (1)，113，2011.
- 3) 長瀬雅子：医療・看護におけるスピリチュアリティに関する議論の動向—医学中央雑誌に収録されているspirituality関連記事の分析，龍谷大学社会学部紀要，(14)，50-65，2006.
- 4) 石井八恵子・片岡智子：文献からみるスピリチュアリティへの関心の高まり，ホスピスケアと在宅ケア，11 (3)，288-297，2003.
- 5) Fox, R.C., 2002, "Exploring the Moral and Spiritual Dimensions," Swazey, J., Glicksman, A., Messikomer, C.M. eds., *Society & Medicine: Essays in Honor of Renee C. Fox*. Transaction Pub, 257-271.
- 6) Reed, P.G.: Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults, *Research in Nursing and Health*, 10, 335-344, 1987.
- 7) 鶴若麻理・岡安大仁：スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向，生命倫理，11 (1)，91-96，2001.
- 8) 今村由香・河正子・萱間真美ほか：終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討，ターミナルケア，12 (5)，425-434，2002.
- 9) 葛西賢太：「スピリチュアリティ」を使う人々—普及の試みと標準化の試みをめぐって，湯浅泰雄編『スピリチュアリティの現在—宗教・倫理・心理の観点』人文書院，123-159，2003.
- 10) 安藤治・結城麻奈・佐々木清志：心理療法と霊性—その定義をめぐって，*トランスパーソナル心理学／精神医学*，2，1-9，2001.
- 11) 藤井美和・李政元・田崎美弥子ほか：日本人のスピリチュアリティを表すもの：WHOQOLのスピリチュアリティ予備調査から，日本社会精神医学会雑誌，14 (1)，3-17，2005.
- 12) 田崎美弥子，健康の定義におけるスピリチュアリティ，*医学のあゆみ*，216 (2)，149-151，2006.
- 13) WHOQOL SRPB Group: A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497, 2006.
- 14) Flick, U.: *Qualitative Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg, 2007. (=2011, 小田博志監訳, 新版質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論, 316-320, 春秋社)
- 15) 栗岡幹英：薬害被害者の意味世界，『役割行為の社会学』世界思想社，34-80，1993.
- 16) Murphy, R. F.: *The Body Silent*. Henry Holt & Company, 1987. (=2000, 辻信一訳, ボディ・サイレント—病いと障害の人類学, 277, 新宿書房)
- 17) 星美和子：中範囲理論開発に向けた概念分析② スピリチュアリティ，*看護研究*，43 (2)，123-137，2010.

参加報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.74-77 (2014)

「看護教育者のためのシミュレーションワークショップ ―基本から実践まで―」参加報告

寺岡三左子¹⁾
TERAOKA Misako

三宮有里¹⁾
SANNOMIYA Yuri

村中陽子²⁾
MURANAKA Yoko

I. はじめに

米国ハワイ大学医学部・看護学部において、「看護教育者のためのシミュレーションワークショップ―基本から実践まで―」¹⁾ (2014年2月24～27日)が開催された。医療におけるシミュレーション基盤型教育 (Simulation based education) は、様々な手法を用いて臨床の現場環境を再現し、医療に関するトレーニングを行うことを目的とした教育の一手法である。

ワークショップの最初の2日間は、Sim Tiki Simulation Center (John A Burns School of Medicine University of Hawaii) において、シミュレーション基盤型教育の概要に関する講義を受け、続いてシミュレーションシナリオデザインについてグループワーク、プレゼンテーションを行った。後半の2日間は、University of Hawaii Translational Health Science Simulation Center (THSSC) にて、看護学部のシミュレーションラボを見学し、どのように活用しているかについて、説明を受けた。また、看護学部のカリキュラムにシミュレーションをどのように組み込み、教育実践をしているのかについて、ディスカッションを行いながら学習した。

本稿では、シミュレーション基盤型教育の特徴、教育者の役割およびシミュレーションシナリオデザインの実践を中心にワークショップ参加の成果を報告する。

II. ワorkshop内容および成果

1. 医療におけるシミュレーション基盤型教育の特徴 1) 医療者教育のパラダイムシフト

-
- 1) 順天堂大学医療看護学部
Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University
(May. 19, 2014 原稿受付) (June. 11, 2014 原稿受領)
- 2) 順天堂大学大学院医療看護学研究科
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University

これまでの医療者教育では、学習者が根拠となる知識を得て経験する、あるいは、他者のサポートを受けて、技術を実施することを学習内容としてきた。しかし、「教育パラダイム」から「学習パラダイム」へのシフトのように、医療者教育でもパラダイムの転換が起こっており、専門的な知識・技術・態度を統合して学習する必要性が生じ、コンピテンシーの形成を目指す教育へと変化していることが示された。

日本の看護基礎教育においては、卒業時点で一定の看護実践力を備えることが求められているという現状がある。一方、倫理的、法的な側面から、学生が臨地実習で経験できる看護技術の範囲や機会は限られ、今後経験の機会は減少することが予想される。そうした状況の中で看護実践コンピテンシーを形成するためには、焦点化した学習到達目標を設定し、実際的な臨床の状況を再現するといった教育方法の検討は、重要な課題であることを考えさせられた。

2) 活用可能な多様な学習ツールの存在

近年、体験学習を促進するために必要な機能を備えたマネキン人形や周辺機器、システムが開発され、臨床現場に近いリアルな場面設定が可能となった。こうした高機能のシミュレーションツール開発による学習環境の整備により、複数の技術や臨床判断能力を獲得するための複合的な学習を効果的に行うことが期待できるようになった。

一方、高機能のマネキン人形や機器類の使用において危惧されていたのは、これらの使用が目的化されてしまうことであった。例えば、皮下注射や筋肉注射に適した部位を理解するための解剖学的な学習には、シンプルなモデルを使用する方が学習者はイメージしやすく、効果的である。このように、高機能のマネキン人形

1) レールダグメディカルジャパン株式会社主催のワークショップである。

をはじめ、教科書、eラーニング教材などは、学習目標を達成させるためのツールであって、それらを使用することが目的ではない。教育者は、常に学習目標を意識し、目標を達成するために最適な学習ツールを選択する必要があることが強調された。

2. シミュレーション基盤型教育における教育者の役割

学習において中心となるのは、教育者ではなく、学習者である (Learner-Centered)。この考え方にに基づき、教育者は、従来の「教える」スタイルから、学習者をガイドし、支援するスタイルへと役割をシフトさせることの必要性が強調された。

学習者にとって必要なのは、高度な専門家ではなく、ファシリテーターもしくはコーチである。教育者は、ファシリテーターとして、学習目標を学習者とともに共有し、学習者に対して適切な質問を投げかけ、学習者が自身の力で目標を到達できるようにガイドする役割を担う。目標を到達するまでの学習活動の中には、学習成果の評価が含まれ、それは、タイムリーに学習者に還元される。

3. シミュレーションシナリオデザインの実践

シミュレーション基盤型教育は、シミュレータを用いた単なる技術の模倣訓練ではなく、シナリオを活用して行う。シミュレーション基盤型教育におけるシナリオとは、物語のような脚本とは異なり、効果的なシミュレーション学習をねらって教育者が設計する体系化した学習計画のことである¹⁾。具体的には、図1のステップに基づいてデザインされる一連の学習計画を指す。

シミュレーションシナリオは、導入 (Introduction)、シミュレーション (Simulation)、ディブリーフィング (Debriefing) の3つで構成されている。シナリオデザインのプロセスを、図1のステップにしたがって説明する。

1) シミュレーション内容と学習評価ツールの設定

Step1～2では、シミュレーションで何を行うのか、トピックとそのゴール設定を行う。併せて、どのような学習者をターゲットにしているかを明確にする。例えば、新卒看護師か中堅看護師か、中堅看護師であれば臨床経験年数はどのくらいか、また、学生であれば、どの学年を対象とするか、具体的に設定する方が望ましい。学習到達目標はゴールとは異なり、明確で測定可能なものを設定する。これは、Step5の評価ツールの決定とも関連する。

Step3では、シミュレーション内容を設定する。設定にあたっては、シミュレーション時間、患者設定 (年齢、患者の名前、病歴など) の詳細を決定する。

Step4では、シミュレーション内容を踏まえ、必要なシミュレータ、機器、人材を決定する。高機能マネキン人形を使用する場合には、シミュレーション内容と同様の患者設定となるようにコンピュータのプログラミングを行う。また、物理的な点だけでなく、シミュレーション環境が安全であるかの視点も重要である。この安全には、学習者の身体的な安全の保障のほか、学習者が過度な緊張状態に陥ったり、シミュレーションを行うことが苦痛になったりしないように配慮することも含まれていた。

Step5では、学習到達目標の評価ツールを決定する。評価ツールには、チェックリスト、リッカート尺度、レイティングスケールなどがある。実施できたか、できなかったのかを問うチェックリストは、学習者のパフォーマンスを測定する一般的なツールであり、評価しやすいツールとされている。レイティングスケールは、統合的な実践場面の評価に使用され、信頼性はあるが、チェックリストと比較すると使用が難しく、評価者が限定される。評価項目の設定

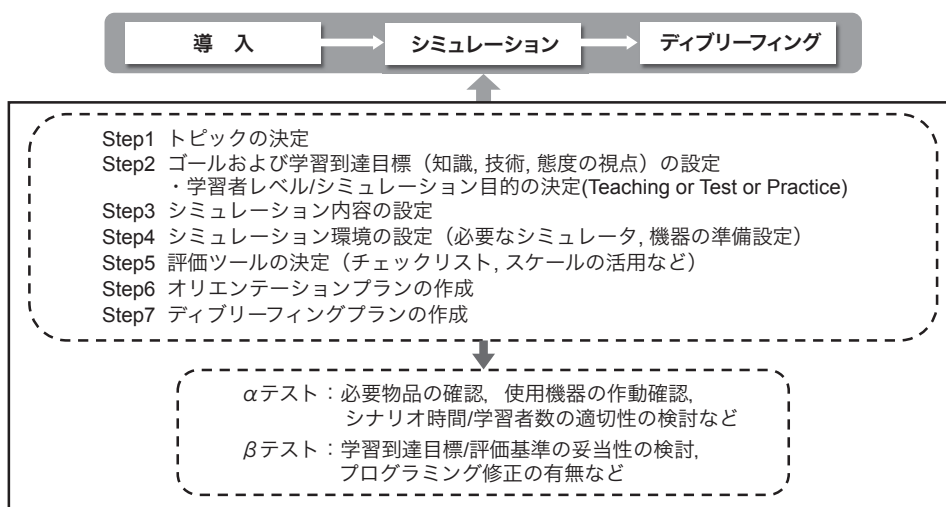


図1. シミュレーションの構成とシナリオデザインのステップ

にあたっては、内容を精選し、可能な限り10項目以内であることが望ましいとされていた。

これらのプロセスをみると、学習到達目標の設定が重要な柱となっていることが分かる。したがって、学習者のレディネスの理解と学習ニーズのアセスメントを前提とし、トピックについて最も重要な学習内容は何か、獲得すべき能力は何かを十分検討する必要がある。また、教育者の設定した学習到達目標に到達するための方法として、シミュレーションの活用が適切であるか否かについても、吟味が必要と考える。

2) 導入とディブリーフィングプランの作成

Step6では、学習者に対するオリエンテーションプランを作成する。このオリエンテーションは、シミュレーション内容や、使用するシミュレータ、機器に関する基本的な知識を提供する。具体的には、トピック、学習到達目標、TeachingなのかTestなのか、患者設定、使用物品、シミュレータの使用法とその限界、シミュレーション時間などを告知する。このオリエンテーションは、シミュレーションの導入部分にあたる。

オリエンテーションの目的は、学習者に学習到達目標を意識してもらうことである。学習者がシミュレータを初めて見る場合、とくにそれが高機能である場合には、その機能に注意が向いてしまい、学習者の意識が学習とは関係ないところに向いてしまうことがあるため、そうならないよう学習到達目標を確認するための時間が必要となる。もう一つの目的は、学習者が安全に学習できる環境を提供するためである。学習者は、シミュレータや周辺機器に圧倒され、過度に緊張することがある。シミュレーションでは失敗しても良いこと

を告げ、安心して実施できるよう環境を整える。オリエンテーションは、学習者と対面して直接実施する方法、Webで実施する方法があり、対面して直接実施する場合には、教育者やシミュレーションに関わる技術者が実施する。その際、オリエンテーション実施者は、学習者が過度の緊張に陥らないために、自らの態度が威圧的にならないよう留意する必要がある。

Step7では、シミュレーション後の振り返りとしてディブリーフィングプランを作成する。シミュレーション基盤型教育においては、学習者が自分の実践を振り返り、自ら気づき、次の学習につながる事が重要である。したがって必ずディブリーフィングの時間を設ける。ディブリーフィングの時間は、シミュレーション時間の約3倍以上の時間をかけることが望ましいとされた。到達目標と関連して、ディブリーフィングポイントを決めておき、関連する資料はあらかじめ準備しておく。

3) シミュレーションの実施とディブリーフィング

作成したシミュレーションシナリオは、その内容の妥当性の検討 (α テスト、 β テスト)を経て、修正された後に活用される。シミュレーションは、あらかじめ設定した時間を遵守し、学習が実施途中でも設定時間に達した時点でシミュレーションを終了する。シミュレーションの様子は、参加者が別室で観察することが可能である。筆者らが訪問した両施設とも、シミュレーションルームに隣接したディブリーフィングルームがあり、モニターを通してシミュレーションの様子を観察することが可能であった。

筆者らは、1グループ5～6名に分かれ、図1のス



テップにしたがってシミュレーションシナリオを作成し、グループワークの成果として、シミュレーションおよびディブリーフィングのプレゼンテーションを行った。

シミュレーション実施後は、Step7で作成したプランに基づき、別室でディブリーフィングを行う。ディブリーフィングは、シミュレーションを実施した学習者だけに実施するのではなく、別室で観察していた参加者も交えて行う。教育者は、進行役であり、学習者や参加者の発言を促すとともに、一部の参加者のみが発言することのないように配慮する。教育者が一方的に講義を行う時間ではないことは言うまでもない。

ディブリーフィングの冒頭で教育者は、シミュレーションを実施した学習者に対し、シミュレーション実施の感想や自己評価について尋ねる。これは、学習者による自己評価を促すとともに、評価者と学習者との間に評価のギャップがないかを確認するために行う。また、シミュレーションにより興奮状態にある学習者をクールダウンさせるためでもある。ディブリーフィングは、振り返りとフィードバックの重要な時間であるが、録画したシミュレーション内容の視聴のみにとどまったり、学習到達目標と関係ない雑談に大半の時間を費やすことになったりしないように、ディブリーフィングポイントを意識して進めていく必要がある。進行にあたっては、構造化されたディブリーフィング技法であるGAS MethodやPlus-Delta、GREAT Debriefingなどを活用する。ワークショップでは、表1に示すGAS Methodを用いてディブリーフィングを行った。GAS Methodは、Gather、Analyze、Summarizeの3段階で進めるが、各段階の目標や行動が明確になっており、活用しやすいモデルであった。

IV. おわりに

今回のワークショップでは、シミュレーションシナ

リオデザインの実践を経験し、シミュレーション基盤型教育における学習とは何か、評価とは何かを具体的に学ぶことができた。中でも、綿密に計算された学習計画、構造化された技法に基づいたディブリーフィング（振り返り）について理解を深めることができた。シミュレーション基盤型教育が、知識や技術の定着に効果的とされる主体的な学習方法の1つであることを考えると、日本の看護学教育が社会から要請されている、実践力を備えた看護職の育成という点で、有効な学習方法であるといえるのではないだろうか。

2000年以降、医療分野では、シミュレーションに関する研究数が増加しており、Simulation in Healthcareなどのジャーナルが発行され、研究活動が活発化している。今回のワークショップでも、医学教育の学習成果として、Mastery Learningにおけるシミュレーションを活用した教育が、従来の医学教育よりも効果的であることを示唆する研究成果が紹介された。さらに、今後、シミュレーション基盤型教育の評価は、学習者アウトカムからシステムアウトカム、さらに、患者アウトカムへとシフトすることが期待されていることが示された。

阿部らは、従来のように教師や指導者が手技をデモンストレーションで示し、それを再現できるまで繰り返すような方法では、主体的な思考に基づいた学習や技術の定着は困難であると述べている²⁾。看護基礎教育において、主体的な学習者を育成するためには、シミュレーション基盤型教育をとり入れた授業設計を提案・実践し、評価する必要があると考える。

引用文献

- 1) 阿部幸恵編著：看護のためのシミュレーション教育，医学書院，86，2013.
- 2) 前掲書 1)，11

表1. GAS Method

段階	目標	行動	時間配分
Gather (情報収集)	学習者がシミュレーション中に何を考え、なぜその行動をしたのかを積極的に聞き出す	・何が起きて、何をしたかを語るよう促す ・一人ひとりから偏りなく発言を引き出す	25%
Analyze (分析)	学習者がとった行動を分析するよう学習者を促す	・シミュレーション内容を正確に振り返るよう促す ・適切だったこと、適切ではなかったことを自由に発言させる ・気づきを通じて方向転換へ誘導する	50%
Summarize (まとめ)	シミュレーションで何を学んだか、確認を促す	・指導の要点が網羅されていることを確認する	25%

学内活動報告

 学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.81-84 (2014)

第8回 実習指導者研修会 臨地実習指導を通して指導者側が得るもの

青柳優子¹⁾

AOYAGI Yuko

杉山智子¹⁾

SUGIYAMA Tomoko

伊藤龍子¹⁾

ITO Ryuko

樋口キエ子²⁾

HIGUCHI Kieko

古屋千晶¹⁾

HURUYA Chiaki

永野光子¹⁾

NAGANO Mitsuko

田中朋子¹⁾

TANAKA Tomoko

小谷野康子¹⁾

KOYANO Yasuko

工藤綾子¹⁾

KUDO Ayako

原田静香¹⁾

HARADA Shizuka

岡田隆夫³⁾

OKADA Takao

I. はじめに

本学では学部生に関わる臨地実習指導者を対象として平成18年度から年1回の実習指導者研修会（以下研修会）を開催している。実習委員会の担当者数名が中心となって企画運営をし、全学的に協力を得て実施している。研修会の目的は「実習指導者と教員が連携をとりながら学生の実習目的達成の役割を担えるよう、実習指導に必要とされる指導内容と方法について共通認識をすること」としている。

平成25年度のテーマは、「臨地実習指導を通して指導者側が得るもの」とし、指導者側の実習指導に関する意識に注目をした。臨床実習は学生の学習であると同時に、指導者側にとっては役割経験の機会でもある。実習指導の意味を各立場から改めて考え共有することで、より良い臨地実習指導を目指すことを目的とした。

研修会は平成25年10月に開催した。参加者は149名（臨床指導者97名、教員52名）であった。本研修会をふり返し、成果と課題について報告する。

II. 臨地実習指導者研修会の概要

1. プログラム

研修会のプログラムを表1に示す。展開方法は午前中に講義を聞き、午後はグループワークを行い、最後に全体でまとめを行う流れとした。事前にテーマに関連した資料を5部配布した^{1)~5)}。

2. 講義内容

講義の目標は、新カリキュラムのねらい、実習の位置づけや目標、方法を把握すること（講義1）と、指導者側として実習指導に携わる意味についての示唆を得ること（講義2・3、実践報告）とした。

講義1は、実習委員長による「新カリキュラムにおける実習の位置づけ、目標、方法」であった。平成24年度入学生より新カリキュラムを運用しており、平成26年度より分野別実習が開始となる。看護基礎教育における実習の意義や重要性について文献を用いながら解説した上で、主体的な学習態度を育成し看護実践能力の向上を目指した本学の新カリキュラムの構成が説明された。また、実習指導者の役割および共育の姿勢を示すことで、本研修会の導入となった。

講義2は、順天堂大学医学部附属越谷病院の看護部長による「臨地実習指導を通して指導者側が得るもの」であった。実習場における学生の思考や態度、それに対する指導者の立場や対応の仕方について例をあげながら説明された。効果的な指導においては学生と指導者

1) 順天堂大学医療看護学部

Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

2) 前順天堂大学医療看護学部

Former Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University

3) 順天堂大学保健看護学部

Faculty of Health Sciences and Nursing, Juntendo University

表1 平成25年度臨地実習指導者研修会プログラム

時 間	内 容
10:15～10:25	オリエンテーション
10:25～10:50	講義1 新カリキュラムにおける実習の位置づけ、目標、方法 実習委員長（医療看護学部）
10:50～11:20	講義2 実習指導を通しての指導者側の成長 看護部長（順天堂越谷病院）
11:20～11:50	講義3 精神看護と学生教育の類似性 —教員の立ち位置と気付き— 精神看護学准教授（医療看護学部）
11:50～12:20	実践報告 私が実習指導から得ているもの 臨床指導者（順天堂医院） 所長（訪問看護ステーション）
	昼 食
13:20～14:50	グループワーク
	休 憩
15:00～15:30	全体会
15:30～16:00	閉会

の相互作用がプラスに働き、双方に効果をもたらすことが明快に示された。また、実習環境の現状の説明から、実習受け入れ側として実習環境を整えることの意味とその課題が投げかけられた。

講義3は、本学精神看護学准教授による「精神看護と学生教育の類似性—教員の立ち位置と気付き—」であった。実習において指導者側が抱く悩みや思いは、精神看護における看護者との類似性があることから、その対応方法のヒントについて理論を用いて説明された。リーダーシップの類型、状況対応理論、コーチング理論などから、学生（患者）を中心とした指導者の姿勢の重要性について強調された。

次に実践報告として、臨床実習指導者2名より「私が実習指導から得ているもの」について発表があった。順天堂医院の臨床指導者からは、成人急性期の実習指導の実際を通しての思い、心がけたこと、得たものが率直に発表され、指導者としての成長を実感した思いが伝わる内容であった。また、現在は評価基準がないため実習指導者の指導に対する評価が難しいが、フィードバックを得て評価することは指導の質の向上につながると課題提起があった。訪問看護ステーションの所長からは、実習の進め方、実習受け入れにおいて心がけていることや施設のメリットとなっていることが発表された。実習指導から得るものは、新しい発見であり、常に訪問看護について振り返り学習できること、学生の成長を見る楽しさなどであった。また、実習指導に関することは、質の高い看護を継続していくための責務で

あるという心強い言葉で締めくくられた。

3. グループワーク

グループワークの目標は、各自の様々な実習指導経験を振り返り、指導者が経験を通して得ているものについて考え、実習指導の意味を捉え直して、今後の指導に繋がる示唆を得ることである。参加者には事前課題として①実習指導の経験についての印象や考え、②実習指導から得ていると考えること、の記載を求め資料とした。グループ編成は、所属施設や臨床経験年数を混合した9～10名ずつとした。

実習指導経験の期間や程度は様々であったが、現状の思いを共有することができていた。悩みをもちながらも学生との関わりを前向きにとらえていること、指導者自身の看護観の形成や再確認に繋がっていることが多くのグループで話し合われた。その他の共通する内容として、指導者と教員との連携を図ること、病棟全体で学生の実習に取り組むような環境の整備が重要であることが確認された。またグループワークの中でも、臨床指導者が行った指導に対する評価の必要性について話題に上っていた。学生からの評価だけでなく教員からのフィードバックを求める声もあった。

4. 全体会

グループワーク終了後に参加者全員が集まり全体会を行った。全体会ではグループ発表は行わず、参加者同士の自由な意見交換とした。指導者からは、スタッフを巻き込んだ実習指導の環境づくりや指導者が自信をもつための方法について発表された。その他にも活発に気づきや感想が出され、最後に病院教育課長や講義担当者に意見をいただき、有意義な討議ができた。全体で研修会の内容を振り返り、共有する時間となった。

Ⅲ. 参加者による研修会評価

1. 参加者の内訳

研修会終了時に参加者を対象としたアンケートを実施した。アンケート回答者は123名であった（回収率82.6%）。参加者の所属と職位を表に示す（表2、表3）。参加回数は「初めて」が最も多いが、次に多いのは「3回目以上」であった（図1）。

表2 参加者の所属施設 n=123

所属	人数	パーセント
病院A	34	28.0
病院B	25	20.0
病院C	12	10.0
病院D	6	5.0
病院E	2	1.0
訪問看護ステーション	5	4.0
本学部	39	32.0

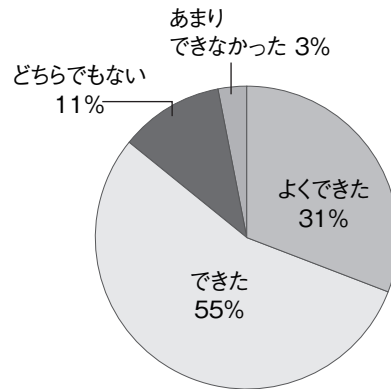


図2 グループワークに積極的に参加できたか

表3 参加者の職位 n=123

職位	人数	パーセント
臨床教授～講師	1	0.8
臨床指導者	67	54.5
師長	4	3.3
教員	37	30.1
その他	12	9.8

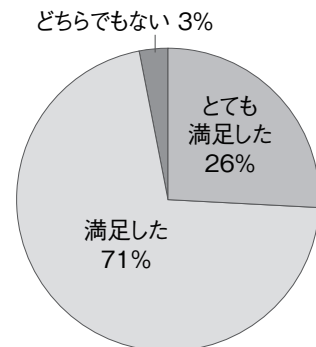


図3 研修会の内容に満足したか

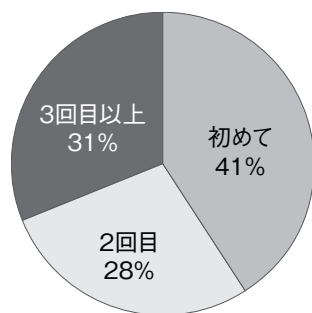


図1 研修会の参加回数

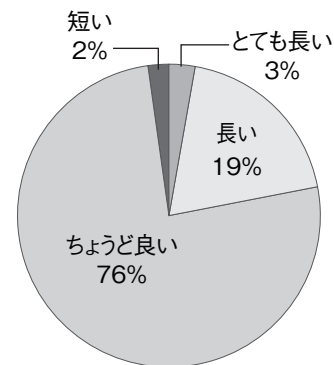


図4 研修会の時間について

2. 講義について

実習委員長、看護部長、教員の講義と臨床指導者の実践報告は、いずれも「よく理解できた」「理解できた」という回答が90～100%を占めており、参加者が理解しやすい内容であった。

3. グループワークについて

ほとんどの参加者がグループワークでの共有ができたと回答していた(97%)。また、積極的参加も86%が「よくできた」「できた」と回答していた(図2)。

4. 研修会の内容・運営について

内容について「とても満足した」の回答が26%、「満足した」が71%であった(図3)。今後の実習指導に「とても役立つ」「役立つ」を合わせた回答が98%であった。研修会の時間は、「ちょうどよい」の回答が76%、「長い」が19%であった(図4)。来年度開催時期は、89%が「このままでよい」と回答していた(図5)。

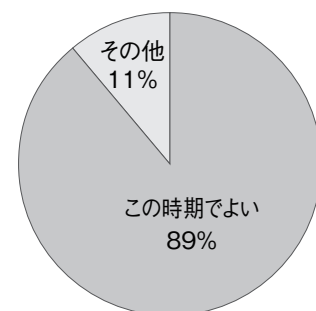


図5 研修会の開催時期について

5. 来年度以降のテーマ希望

希望する研修会のテーマとして「指導者への評価」「学生評価」「最近の学生の動向」「学生の理解を深める方法」などがあつた。

6. その他(自由回答)

「様々な立場での意見が聞けて参考になった」という回答が最も多かつた。訪問看護ステーションの指導者からは「病院・地域の交流会ができたり連携が図れるとよい」という意見があつた。「(グループに)実習指導経験者が少なく、話し合いが難しかつた」という回答もあつた。

IV. 全体評価と今後の課題

企画運営は、ほぼ計画通りに進めることができた。

研修テーマとして指導者側の意識を取り上げたことで、各自が実習指導経験について振り返り改めて実習指導の意義を確認することができた。実習指導は指導者側の成長に繋がる機会であることを全体で共有し、主催者側の意図に即した効果が得られたと考えられ、臨地実習指導者研修会の目的は達成できたと考える。

研修会において指導に対する評価方法が明確でないことが問題提起された。先行研究には、臨床実習指導者が指導方法への自信の無さを抱えていることを報告したもの⁶⁾があり、評価やサポートが求められていることがわかる。行った指導を評価することにより指導能力を高め、指導者の自信やモチベーションの維持向上につながると考えられる。今後は各施設での指導への評価の経緯を把握するとともに、実現可能で有用な実習指導評価方法を検討することが課題となつた。

また、新カリキュラムを運用する中から浮上する課題や指導者の意見から、必要性に応じたテーマを取り上げながら意義ある研修を継続していきたい。

講義を担当して下さつた皆様、およびご協力いただいた各病院看護部の方々に感謝申し上げます。

文献

- 1) 石橋みゆき, 辻邦章, 西尾和幸:平成23年保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正に伴う看護系大学における新カリキュラムの概要, 看護教育, 53 (5), 398-403, 2012.
- 2) 高橋悦子, 松本千恵子, 池田光子:臨地実習指導者が実習指導を通して抱く思い, 日本看護学会論文集 看護教育, 40, 158-160, 2009.
- 3) 山田聡子, 太田勝正:臨地実習指導者の現状と課題, 看護教育, 54 (7), 600-604, 2013.
- 4) 山田聡子, 太田勝正:看護教育専門家から臨地実習指導者への役割期待 実習受け入れ準備と学生指導における役割, 看護教育, 54 (8), 756-760, 2013.
- 5) 山田聡子, 太田勝正:看護教育専門家から臨地実習指導者への役割期待 病棟スタッフ・看護教員との連携における役割, 看護教育, 54 (9), 854-857, 2013.
- 6) 福井美貴, 末安民生, 野末聖香:精神看護学における臨床実習指導者の抱える困難—大学教育に焦点を当てて—, 日本精神保健看護学会誌, 14 (1), 88-97, 2005.

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.85-86 (2014)

国際交流講演会報告

順天堂大学大学院医療看護研究科・医療看護学部国際交流委員会開催 第8回大学院医療看護研究科国際交流セミナー March 18th, 2014

「タイ王国と日本における慢性疾患のケア」

“Chronic Diseases and Care in the Kingdom of Thailand and Japan”

櫻 井 しのぶ*

2014年3月18日において、タイ王国のチャンタブリにあるプラクラオ看護大学・Prapokklao Nurisng Collegeの教員29名が順天堂大学浦安キャンパスに来校され、学内視察と両大学共同のもとで国際交流セミナーを開催しましたので、簡単ではありますが、その様子を報告します。

プラクラオ看護大学はタイ王国の厚生省管轄の看護大学として、1965年に設立されました。この大学では、教員の半数が1年に一度は海外で研修をする制度があ

り、それを利用しての来日でした。当日は、ちょうど、卒業前の臨床看護の技術研修があり、教員の皆さんは非常に興味を持って見学をされ、また、演習していた学生達に話かけたり、写真を撮ったりと多くの交流をされておられました。その後、多くの先生方や院生の方の参加を得て、国際交流セミナーを開催しました。

最初にタイ側から、看護学部の学科長である、kanjana roynak氏から当校の紹介とカリキュラムが示されました。タイ王国は看護の基礎教育は全て4年生



* 順天堂大学医療看護学部

の学士課程であります。履修に必要な単位は144単位と非常に多く、特に実習が80単位であり、非常に実践重視であることがわかります。その背景としてタイ王国の看護師は助産師も兼ねていますので、必然的に実習時間が多くなると思われます。又、プラクラオ看護大学は特に慢性疾患の看護に力を入れているとのことで、Pornruedee Nitirat博士からの肥満症の患者に対して行われた2日間の集中保健指導プログラムを含む看護の介入研究についての発表がなされました。

順天堂大学からは研究科長の青木きよ子教授から、わが校の紹介と我国の慢性疾患看護専門看護師の教育

について、副学部長の植木純教授からは、呼吸不全の患者に関する、ICTを利用した介入研究などのプレゼンテーションがされました。その後、慢性疾患看護専門看護師の養成のための方策などについて活発な討議がされ、タイ王国でも急速な経済成長のもと食生活の欧米化と運動不足により、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病が大きな問題となり、日本と共通した健康問題であることが共通理解されました。

順天堂大学はタイ王国と縁が深く、プラクラオ看護大学とも、これを機に今後も研究などの交流が望まれています。



学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.87-90 (2014)

第10回 医療看護研究会

講演：質的研究法・概説 —エスノグラフィー的手法を中心にして

佐藤 郁 哉*

1. 質的・量的研究とは？

質的研究が一種のブームとなって久しい。かつて社会科学における研究法ないし調査法に関しては、量的研究がいわば「保守本流」の位置づけを占めていたと言える。これに対して現在では、いわゆる質的方法と呼ばれる手法を用いた研究の成果が次々に発表されるようになってきている。また、書店などでも、20年ほど前までは考えられなかったほど多くの質的方法・技法に関する書籍を見かけることができる。しかし、実際に質的（定性的）ないし量的（定量的）研究なるものが何を意味し、また相互にどのような関係にあるのかという点については、必ずしも明らかになっているわけではない。この問題について理解する上では、一方では、定性・定量の区分をめぐる3つの次元（技法・データ・文体）の相互関係を念頭に置き、他方では、どのような研究にも必然的に含まれる問題構造化の作業が持つ本質的な性格について把握しておく必要がある。

定性・定量の区分に関して最もなじみ深いのは技法レベルでの区別であろう。つまり、フィールドワーク、インタビュー、文書資料の分析等を「定性的技法」としてとらえる一方で、サーベイ、既存統計資料の分析、計量的行動観察等を「定量的技法」として見る区分である。定性・定量の2つめの区分はデータの種類に関わるものである。数値を中心としたデータを「定量的データ」ないし「量的データ」とし、他方でそれ以外のデータを「定性的（質的）データ」とするような区分である。さらに、論文や報告書の文体をもって定性的研究と定量的研究の別を判断するケースもある。一方の定性的

研究の場合は、時にエッセイや小説を思わせるような記述が見られるのに対して、定量的研究の場合は、数式やグラフあるいは表が頻繁に出てきていかにも「科学論文」の体裁をとっていることが多いとするものである。

以上の3つの区分は一見きわめて明快であるようにも思える。事実、典型的な定性的研究とされるものは、定性的技法を用いて定性的データを収集し、その報告にあたっては、日常言語に近い言葉による記述と分析をしているものである。一方、典型的な定量的研究とされるものは、定量的技法を用いて主として数値データを収集し、その報告にあたっては、主にグラフや数値表あるいは数式などで表現している場合が多い。

しかしながら、実際の社会科学系の論文や報告書を見ると、かならずしも、これらの最大公約数的な定義にはおさまりきれない研究が少なくないことに気がつく。しかも、それらの中には、すぐれた研究として高い評価を得ているものが数多く含まれている。

これに関連して、社会科学の方法論に関するすぐれた著作が多い米国の社会学者Andrew Abbottは、最近次のように述べている。

色々な研究法をすっきりカテゴリー分けできるような基本的な方法など存在しない。また、複数の研究法を整然と並べられるような単純な基準も存在しない。

こうしてみると、実際に研究あるいは調査を進めていく際には、自分がおこなっている作業が定性・定量のいずれであるかというような問題に頭を悩ますより

* 一橋大学大学院商学研究科

は、むしろ、みずからのリサーチ・クエスチョンにとってどのような技法とデータが最適であるのか、そしてまたどのような読者に向けてどのような文体で研究のアイデアや知見を届けようとしているのかという点に焦点をしばったほうが賢明であろう。

2. エスノグラフィー・フィールドワークとは？

先に述べたように、フィールドワークは、質的研究法(技法)の代表例として挙げられる場合が多い。もっとも、この言葉は多用されることによってその意味内容が非常に曖昧なものになってしまっている。実際、いわゆる「座学」に對置される、初等・中等教育における「調べ学習」などと大差の無いものになっている例さえ珍しくない。同様の点は、本来現場への参加が中核的な意味内容となっていたはずのエスノグラフィーという言葉についても指摘できる。調査法としてのエスノグラフィーの本質を理解するためには、現場での体験と直接的な観察という作業が持つ意味および意義について明確に認識しておかなければならない。

「フィールドワーク」の最も一般的な意味内容は野外研究というものであり、対義語としては屋内でおこなわれる研究活動、たとえば、デスクワーク、ライブラリーワーク、ラボラトリーワークが考えられる。また、野外研究としてのフィールドワークには、大きく分けて自然科学系のフィールドワークと人文社会科学系のものがある。いわゆるエスノグラフィーは、その人文社会科学系のフィールドワークの中でも、現地に密着しておこなう現場観察やインフォーマル・インタビューを指して言う場合が多い。もっとも、今日では、このような意味内容は、エスノグラフィーという言葉が一種のキャッチフレーズないしバズワードとなることによって拡散してしまっている。その典型としては、近年一部の広告代理店などが一種のコンサルティング業務としておこなっていた「ビジネス・エスノグラフィー」が挙げられる。

研究技法としてのエスノグラフィーの本来の強みを生かしていくためには、これらバズワード化したエスノグラフィーとは明確に区別される、以下のような、いわゆる参与観察的フィールドワークについてもう一度考え直していく必要があるだろう。

調べようとする出来事が起きるまさにその現場(フィールド)に身を置き、そこに住む人々と出来事の体験を共有し、現場に流れる時間のリズムやテン

ポに身を添わせる事を通して、調査地の社会と文化をまるごと理解し、またそこに住む人々を理解しようとする作業(ワーク)とその方法

このような参与観察法の本質的な性格について理解していく上では、「シカゴ学派」なども呼ばれた、多くのすぐれたフィールドワーカーを育て上げた、シカゴ大学教授Robert Parkが授業中に学生たちに対して語ったとされる、次のような発言が持つ意味をかみしめてみる必要があるだろう。

もう一つどうしても必要なものがあるんだ。自分の目で見ることだよ。一流ホテルに出掛けて行ってラウンジに腰掛けてみなさい。安宿のあがり口に腰をおろしてみなさい。ゴールドコーストの長椅子やスラムのベッドに腰をおろしてみなさい。オーケストラホールやスター・アンド・ガーター劇場の座席に座ってごらんみなさい。要するに、諸君、街に出て行って諸君のズボンの尻を「実際の」そして「本当の」調査で汚してみなさい。

3. 質的データ分析と質的研究の表現論

(1) 質的データの特性

「民族誌」という訳語が当てられることもあるエスノグラフィーは、現場で見聞きするための技法であるとともに、その実体験にもとづく生の情報をデータとして分析し、科学的な報告書としてまとめていくための方法ないし一種の作法でもある。エスノグラフィー法の場合に特に問題になるのは、「いかにして「質的データ」などと呼ばれる非定型的な文字情報や非言語的な情報を調査データとして構造化し、また、それを元にしてどれだけ説得力のある物語を展開していけるか」という点である。それに加えて、「対象者の意味世界、研究者の個人的な意味世界、研究者コミュニティの意味世界という3つの世界をいかにして結びつけていくことができるか」という点も非常に重要なポイントとなる。

質的データと呼ばれる資料には、日記や日誌、当事者の語りを記録した録音記録、その録音記録を文字に「起こした」資料、新聞・雑誌の記事あるいは伝記等の既に刊行されている二次的資料、フィールドノーツや観察記録、あるいはビデオ映像や楽曲など実に種々雑多なものが含まれている。

一見何の共通項もないようにみえるこれだけ多様な資料には、2つの共通点がある。1つめ目の共通点は、

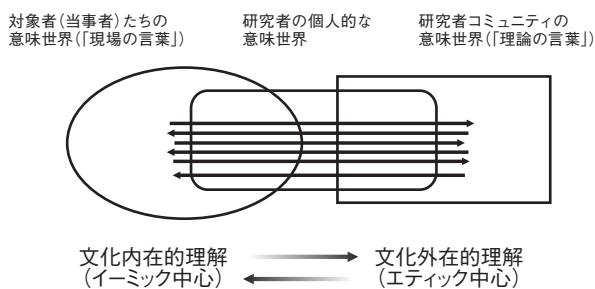
それらの資料に含まれているさまざまな情報のうちの最も本質的な部分が数値で表現されていない、という点である。2つ目は、その資料に含まれる最も本質的な情報というのが、わたしたちが現実社会の生活から読み取り、感じとっている豊かな意味の世界に関わるものであるということである。事実、質的データと量的データとをくらべてみた時に明らかになるのは、質的データは、調査や研究をおこなっている中でわれわれがしばしば会うことになる、人びとの行為や語りに含まれている意味の世界を再現したり、それについてより深いレベルで理解したりしていく上できわめて重要な資料になっている、ということである。

(2) 3つの意味世界と分厚い記述

もっとも、その一方では、そのような資料を研究や調査のためのデータとして処理しようとする、独特の難しさに直面することが少なくない。その困難の多くは、文字テキストそれ自体に含まれ、またその周辺に存在するさまざまな意味での文脈というものをどのような形でデータ分析の手順のなかで取り込んでいくか、という問題に帰着される。意味の文脈を的確に読みとっていくためには、研究対象となる人びとのあいだおよび研究者コミュニティにおいてそれぞれ形成されている2つの意味世界を、研究者個人の意味世界を介して橋渡ししていく必要がある。それによって、文化内在的な意味世界と文化外在的な意味世界のあいだにおける「文化の翻訳」が成し遂げられ、また結果としていわゆる「分厚い記述」が達成されるのだと言える。

このあたりの事情を図解したのが、以下の図である。

「分厚い記述」



(3) 7つのタイプの薄い記述

分厚い記述を1つの規範として想定した場合、それとは対極にある「薄い記述」を考えることもできる。以下にあげるのは、質的データを用いたさまざまな研究成果として発表されてきた文献に見られる薄い記述

を7つのタイプとして類型化してみたものである。

- ①読書感想文型——主観的な印象や感想を中心とする、私的エッセイに近い報告書や論文
- ②ご都合主義的引用型——自分の主張にとって都合のよい証言の断片を恣意的に引用した記述が中心のもの
- ③キーワード偏重型——何らかのキーワード的な用語ないし概念を中心にした平板な記述の報告書や論文
- ④要因関連図型——複数の要因間の関係を示すモデルらしきものが提示されているのだが、その確実な根拠となる資料やデータがほとんど示されていないもの
- ⑤ディテール偏重型——ディテールに関する記述は豊富だが、全体を貫く明確なストーリーが欠如している報告書や論文
- ⑥引用過多型——「生」の資料に近いものを十分な解説を加えずに延々と引用したもの
- ⑦自己主張型——著者の体験談や主観的体験が前面に出過ぎており、肝心の研究対象の姿が見えてこない報告書や論文

ここでは便宜的に「○○型」という呼び方をしているが、実際には、1つのレポートの中いくつかの問題点が混在している場合も少なくない。たとえば、自分の主張にとって都合のよい証言だけを長々と引用するというのは、よく見られるパターンの1つであるが、これなどは2番目と5番目のタイプの混合型であるとも言える。

そのようなケースはあるものの、上にあげた7つのタイプの薄い記述のそれぞれについてさらに詳しく見ていくと、大別して次の2つのパターンに分けられることが分かる。

- ・ 根拠となる質的データの種類や質あるいはその総量に問題があると思われるもの
- ・ データの質や量についてはあまり問題ないが、報告書や論文の構成ないし文章表現に問題があるもの

上に挙げた7つのタイプの内、データ自体に問題があるものとしては、①から④までが、文章表現に問題があるものとしては、⑤から⑦までの3つがあげられる。

4. 分厚い記述を目指して

トライアングレーションや混合研究法をめぐる議論を一つの契機として、近年では、定性と定量の区分に

関して、以前のような不毛な対立は徐々に解消されつつあるようにも見える。また、かつての「質対量」というような二項対立的な視点を越えて、いわゆる「質的研究」と呼ばれる研究をおこなう人々のあいだで、「質的研究の質」を改めて問い直そうという機運も生じている。

そのような動向を念頭に置いて考えた場合に、1つの手がかりとなると思われるのが、定量的なデータを処理する際の事例-変数マトリクス(case variable matrix)に匹敵するデータマトリクスを質的データについても「事例-コードマトリクス」として想定していく、という発想である。詳細については、拙著『質的データ分析法』で解説してあるが、このようなマトリクスを想定することによって、個々の事例について深く分析していくことと、複数の事例を通してより一般的なパターンや傾向について俯瞰してみることは、より分厚い記述を目指す上で有効であるように思える。

それはまた、質的研究が陥りがちであると言われる「木を見て森を見ず」という傾向と、量的研究が陥りがちだとされる「森を見て木を見ず」という傾向が持つ欠陥とを相補っていくこともである。両者の利点をともに生かした「木を見て森を見る」というような、いわば「いいこと取り」のような研究が容易にできると考えるのはいかにも楽観的に過ぎるだろう。質的データを中心にして研究を進めようとする人々は、エスノグラフィーないし生活史研究など、いわゆる質的研究の名作とされる文献や先行研究を参考にしながら、そのような研究においては、分厚い記述そしてまた、「木を見て森を見る」視点がいかに生かされていくかという点に考えてみることで、有益な示唆を与えてくれるに違いない。

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究14
P.91-107 (2014)

第10回 医療看護研究会発表要旨

発表者の所属：

- *1 医療看護学部
- *2 順天堂医院
- *3 浦安病院
- *4 練馬病院
- *5 順天堂東京高等高齢者医療センター
- *6 越谷病院

発表要旨

テーマ：呼吸器疾患領域における患者会とのコラボレーションと今後の課題

発表者：○植木 純^{*1}、福地義之助

学会などの学術組織には、患者のQOLの維持・向上や疾患の進行予防、生命予後の改善を目的に、患者ニーズの現況を明らかにして、医療環境や福祉の充実に向けた社会への働きかけを患者会と両輪で行う役割がある。呼吸器疾患領域では、2004年に日本呼吸器学会と全国の患者会により、日本呼吸器疾患患者団体連合会(J-PORD)が誕生した。過去10年間の日本呼吸器学会が行ったコラボレーションとして、(1)全国調査を医療施設、J-PORDに所属する患者を対象に行い厚生労働省調査研究班等の協力のもとに2005年、2010年に在宅呼吸ケア白書を出版、患者ニーズに関する要望やヘルスケア・プロフェッショナルがとるべきアクションを明らかにした、(2)呼吸リハビリテーションやセルフマネジメント教育の啓発に取り組み、呼吸器に関連する関連学会、協会が共同で実践的な臨床ガイドラインの出版、改訂を2003年、2007年、2012年に行った。また、呼吸リハビリテーションと6分間歩行試験の診療報酬が2006年と2012年に新設された、(3)一般市民の呼吸器疾患の認知度向上を目的に肺の日を制定、また、禁煙キャンペーンを展開した、(4)慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟(国会議員)を設立、(5)身体障害者や介護保険認定の適正化に関する臨床試験の実施、(6)自然災害対策を含む安全で安心な呼吸ケア体制づくり等がある。コラボレーションの実際や社会への介入のアウトカム、今後の課題について報告する。

テーマ：スフィンゴシンーリン酸によるヒト表皮ケラチノサイトの遺伝子発現応答への影響について

発表者：○岩淵 和久^{*1}、須賀 康

セラミドは皮膚における主要な細胞間脂質成分であり、皮膚の保湿能やバリア機能に重要な役割を果たしている。アトピー性皮膚炎患者の皮膚角層ではセラミド含量の減少が乾燥皮膚ならびに角層のバリア機能異常の原因の一つとして考えられている。これまでに、アトピー性皮膚炎患者ではセラミダーゼ活性が高く、セラミダーゼ産生菌が健常人に比べて高頻度に検出されることが報告されている(Biochem J 362: 619-26, 2002)。しかしながら、セラミドが代謝されて産生されるセラミド代謝産物によるケラチノサイトの免疫応答機構を解析した研究はない。昨年度我々は、三次元培養ヒトケラチノサイトを用いて検討を行い、アトピー性皮膚炎患者から分離した緑膿菌由来セラミダーゼのレコンビナント産物(緑膿菌セラミダーゼ)によって角層セラミドから産生されたスフィンゴシンがけらちのさいとでスフィンゴシンーリン酸(S1P)となり、S1Pによってケラチノサイトが炎症性サイトカインであるTNF α を産生することを明らかにした。そこで本研究では、S1Pによる三次元培養ケラチノサイトの遺伝子発現応答に及ぼす影響を解析した。その結果、ケラチノサイトはS1P受容体を介してNF κ Bを介さずにTNF α を産生し、TNF α 受容体を介してオートクラインが起こり、NF κ Bを介した炎症性ケモカインやかゆみ誘発物質であるEndothelin 1を産生することが分かった。

テーマ：日本の医療思想史と予防接種史

発表者：○渡部 幹夫*¹、吉武久美子、樋野 恵子、
鈴木 昱仁

漢方と蘭方が並立した江戸期の医療史は興味深い。明治維新後の医学をドイツに学び、国の近代化に併走した医学には疑問も持つ。第二次大戦後、米国医学への転換があったが、その史的議論は少ない。予防接種史を研究すると、現在の日本のワクチンギャップは、終戦後に予防接種法による仕組みをつくったことが現在の問題を起こしているように考えられる。「日本のワクチン」(1977)で、伝染病予防調査会長の中村敬三は『元来生物学的製剤のなかでは、ジフテリア血清や破傷風血清のような治療血清を除いては、戦前はほとんどのワクチンが野放しの状態に置かれており、…これらの製剤は無害であったかもしれないが、確たる有効性の証明もなかった』としている。抗生剤のない時代には血清療法が唯一の治療であった疾病も多いし、ワクチンによる予防が試みられた疾病が多かった。宮川米次による「各種治療血清と其の臨床的応用」(1950)は戦前の講演要旨を掲載したもののだが、戦後期においても、現場の医家への教科書的記載と考える。『蛋白質療法治療の目的に血清を注射する場合の適量は?』の質問に、『血液の型が同じであれば輸血が一番宜しい。血液型が同じでない場合、凝固を防いだ全血を筋肉内にさす。これこそリンゲルや食塩水よりも、余程意義のあるものだと思います』としている。このような医療を戦後期においても成書としてなしている日本の医療思想は史的に再評価される必要があると考える。

テーマ：レビー小体型認知症患者の経口摂取継続への介入

研究者：○牛草 聡子*⁵

【はじめに】今回、栄養摂取方法の検討を行う目的で入院したレビー小体型認知症（以下DLB）患者の摂食・嚥下の看護介入を行った。DLB患者は薬剤感受性が高く、パーキンソン症状により他の認知症に比べ早期から嚥下障害が出現しやすく、経口摂取を断念せざる負えないことがある。今症例は、DLB特有の症状に対して多角的に介入し、患者・家族が望む「口から食べる」という希望を少しでも叶えることで、QOLの維持につながったため報告する。

【症例】80歳代男性 誤嚥性肺炎発症以降、嚥下機能低下があり、栄養摂取方法の検討目的で入院となる。

【介入】直接訓練は、ゼリーを使用して1日3回実施し

た。覚醒状態に（ON-OFF症状）変動があり、その調整のために内服の确实投与を行い、栄養補給の目的で経管栄養を開始し、経管栄養と経口摂取を併用で行うことにした。さらに、日常生活の状態を観察し、訓練を有効に行うため、覚醒状態が良い昼の時間1回に直接訓練を変更した。その結果、短時間で全量摂取出来るようになり、ゼリーから嚥下食に変更した。嚥下食は1/3量を7割程度摂取出来た。一日栄養摂取量としては不足ではあるが、「楽しみ」としての経口摂取は継続できる状態となった。

【結果および考察】認知症患者は認知機能の低下により、嚥下リハビリは困難であることが多い。しかし、症状や日常生活を観察し、本人の意欲、個別の生活リズム・環境調整により、QOLの維持のための経口摂取を継続することができた。

テーマ：救命救急センターに就職した新卒看護師の勤務継続意欲に関連する思い—就職後8カ月目、9カ月目のインタビューを通して—

発表者：○佐藤 和子*³、石井 麻美、竹中 渚、
斉藤伊都子

救急領域は急性増悪を含む発症間もない患者または病状が不安定な患者を対象としているため、看護においても急性期病状の変化に対応できる知識や情報収集・アセスメント能力、緊急時・急変時に対処する能力が特に要求される。この現状から、救命救急センター（以下、救命センター）の新卒看護師には、職場適応上の特徴的な課題があると考えられる。

本研究では、救命センターに入職した新卒看護師の勤務継続意欲に関連する思いを明らかにし、新卒看護師への支援策を検討することを目的とした。調査方法としては、就職後8～9カ月目の新卒看護師3名に対して、仕事への思いなどをインタビュー調査し、データを逐語録化した。その後、勤務継続意欲を低下させる恐れがある思いを述べている文脈を抽出し、更にコード化、カテゴリー化を行った。結果、11のサブカテゴリーと4つのカテゴリーが抽出された。4つのカテゴリーは「知識・技術が追いつかない」、「やりがいが感じられない」、「人間関係構築の難しさ」、「相談相手の喪失」であった。

新卒看護師が意欲を持って働き続けるには、看護ケアが実感できるような関わりや、フィードバックなどの評価が必要である。また、急性期領域での知識・技術不足の不安を取り除くために、実践を取り入れたオリ

エンターションの実施や適切な指導・助言も必要であり、全スタッフが新卒看護師を教育するという同じ意識を持ち、サポートすることが重要である。

テーマ：長期入院患者への退院支援～精神看護専門看護師としてのチームへのアプローチ～

研究者：○宮本 晶^{*6}

【背景】精神科の特徴の一つとして、他科に比べて入院期間が長く、いわゆる社会的入院も多いことが指摘されている。精神疾患患者の入院長期化には、患者の病状や地域での受け入れ、家族背景など、様々な理由が挙げられ、退院促進に向けては、医師や精神保健福祉士に任せきりにせず、看護師独自の働きかけが重要である。

【目的】長期入院患者への退院促進に向けて、精神看護専門看護師として病棟看護チームへの働きかけを行い、チーム全体で退院促進に取り組む態勢を作っていく。

【結果】精神看護専門看護師として、以下の働きかけを行った。①看護チーム内に退院促進係を作り役割分担を行った、②入院期間1年以上の患者を毎月リストアップしスタッフが意識化しやすいようにした、③入院1年以上の長期入院患者のカンファレンスを定期的に行い、情報共有を行った、④家族と主治医の話し合いに看護師も同席し、情報の共有・提供の促進を図った、⑤病棟医長カンファレンスを企画・実施した。以上の働きかけによって、1年以上の長期入院患者7名（うち1名は死亡退院）の退院が決まった。

【考察】看護師が主体的に家族や医師への働きかけを行ったことで、退院につながった患者が多数いたことがチーム全体の自信を高め、退院促進へのモチベーション向上につながった。しかし、退院促進への関心は職種、個人によって大きな差がある。社会的入院患者を減らすために、これからも働きかけを行っていく必要がある。

テーマ：看護学生の自己調整学習方略と援助要請行動・教師の支援行動との関連性の検討

研究者：○村中 陽子^{*1}、寺岡 三左子、鈴木 小百合、三宮 有里、齋藤 雪絵

筆者らは、「学習者自身が動機づけや学習スキルを高めることによって、自らの学習を積極的かつ前向きにコントロールしていく学習活動」といわれる自己調整学習能力の向上は学士力の向上に密接に関連すると考え、平成22年度以降、さまざまな側面からそれを測って

きた。今回は、自己調整学習方略（MSLQ）と援助要請行動、教師の支援行動との関連性を検討することを目的とした。協力の得られた3看護系大学の全学年を対象に無記名自記式質問紙法にて調査を行った。回答者数263のうち有効回答数は242（92%）であり、1年生66名、2年生57名、3年生40名、4年生75名、不明4名であった。

そこで、1・2年生を低学年群、3・4年生を高学年群としてMSLQ得点に差があるかをみると、低学年群の方が高かった（ $p<.01$ ）。MSLQと学生の援助要請行動との関連では、MSLQの下位尺度である内発的価値・自己効力感・認知方略・自己統制と自律的援助要請との間に弱い正の相関が、テスト不安と自律的援助要請との間に弱い負の相関がみられた。また、MSLQ得点の合計点上位25%を高得点群、下位25%を低得点群とし、教師の支援行動に対する満足度に差があるかを検討した結果、「考え方を説明してくれた」の項目に満足したと回答した学生の割合は、高得点群の方が多かった（ $p<.05$ ）。さらに、「講義内容の～がわからなかった」（ $p<.001$ ）、「試験でどこができていなかったか」（ $p<.05$ ）という質問内容では、高得点群の方が多かった。

テーマ：がん患者に積極的治療の中止を伝えるプロセスにおいて医師が看護師に期待する支援

研究者：○岡本 明美^{*1}、一瀬 直子、中野真理子

【目的】がん患者とその家族に積極的治療の中止を伝えるプロセスにおいて、医師が看護師に期待する支援の内容を明らかにする。「期待する支援」とは、実現を待ち望む活動だけでなく、すでに行っている活動も含む。【方法】対象：大学病院に勤務し「緩和ケア研修会」に参加した経験がある医師で、研究への参加に同意した者。データ収集：がん患者とその家族に積極的治療の中止を伝える前・伝える時・伝えた後において、看護師に期待する支援の内容について30分程度の半構造化面接を実施。分析：質的帰納的方法。大学と所属施設の倫理委員会の承認後に実施。

【結果】対象者は5名で全員男性、平均年齢39.2歳、医師としての経験平均年数14.2年、がん診療の経験平均年数は10.8年。分析の結果、医師が看護師に期待する支援の内容は、伝える前は<告知時期や方法などについて意見交換をし、今後の方向性を共有したい>、<ケアの中で掴んだ患者の本音や家族関係などについて教えてほしい>など3つ、伝える時は<告知後の患者や家族のメンタルケアができる看護師に同席して欲しい>、<告

知の場に柔らかい雰囲気を作ってほしい>など3つ、伝えた後は<告知後の患者と家族が前向きになれるようメンタルケアをしてほしい>など3つに集約された。

【考察】結果より医師は、看護師に患者と家族の精神面を支える役割、医師が把握しきれない細かな情報を提供する役割などを期待していると考えられた。

テーマ：外来通院中の乳がん患者を対象とする国内看護研究の現状と課題

研究者：○宮津 珠恵*¹

〈研究背景〉乳がんで通院治療を受ける患者は、年代的に家庭や仕事で重要な役割を持つことが多く、患者は治療の副作用の自己管理のほかに、病気の進行や再発に関する不安や家庭内での役割に関する問題、医療費や就労などの経済的問題に直面する。そのため、外来通院中の乳がん患者の身体的な問題や心理社会的問題に対応する援助が必要とされている。外来通院中の乳がん患者が自らの問題や生活に主体的に取り組むことを援助する研究を今後発展させるために、先行研究の現状を把握する必要がある。本研究は、外来通院中の乳がん患者を対象とした国内看護研究の現状を明らかにし、外来での乳がん患者への看護の課題や今後の研究の方向性を検討することを目的とする。

〈研究方法〉

1. 医学中央雑誌データベースを使用し、過去10年間に発表された「乳がん」「看護」「外来」をキーワードに条件式（原著論文and会議録除く）にて検索を行う。
2. 検索された論文題目を研究対象とし、①対象文献の発表年、研究対象施設、研究対象の病期、研究対象の治療について単純集計を行う。また、②対象文献を熟読し研究結果を整理し、今後の課題を検討する。

〈結果〉医中誌にてキーワード検索に該当した125件（平成24年12月1日検索）のうち、乳がん患者を対象とした文献84件を抄録から抽出し、入手可能な文献のうち外来通院中の乳がん患者を研究対象とした39件を本研究の対象とした。

テーマ：がん検診受診率向上の取り組みに関する文献検討

研究者：○齋藤 尚子*¹

【目的】悪性新生物は死因の約3割を占め、その予防としてがん検診が行われているが、わが国の受診率は先進諸国と比較して低い。がん対策推進基本計画では、受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）とす

ることが目標とされ、受診率向上に向けた取り組みが求められている。各自治体では受診率向上に向けた取り組みが行われているが、これらについて整理されていない。そこで、本研究では受診率向上の取り組みの実態および効果を明らかにした。

【方法】2009年～2013年に発行された文献を対象とした。医学中央雑誌web版を用いて、「がん検診」「受診率向上」のキーワードによる文献検索と保健師向け雑誌を閲覧した。タイトルや要旨、本文より自治体で実施されているがん検診であり、受診率向上に向けた取り組みが記載されているものを対象とした。

【結果・考察】原著論文5件、活動報告6件であった。受診率向上が求められているものの論文数は少ない。有効性の検証についても実施しているものは少なく、受診率の比較に留まるものである等、不十分であった。複数の取り組みを行っており、評価指標も統一されていないため、受診率向上につながる要因の特定は困難であるが、広報での周知等の不特定多数へのアプローチでの効果は少なく、個別の通知や受診勧奨、受診券や検査キットの送付、特典の付与等が効果的であった。

テーマ：がん相談・支援センターにおけるがん看護専門看護師の相談支援の現状と課題

研究者：○中野真理子*²、一瀬 直子

【目的】がん相談・支援センターにおける、がん看護専門看護師（以下OCNS）の相談支援内容を分析し、今後の課題を明らかにする。

【方法】平成25年4月から平成25年12月までにがん相談窓口でOCNS 2名が直接面談で対応したがん相談を、国立がんセンターがん対策情報センターが作成した相談記入シートに基づいて集計・分析した。

【倫理的配慮】個人が特定されないような状態で集計・分析した。

【結果】相談総件数は、265件だった。相談者は、患者117名・家族63名・患者と家族79名・知人5名であった。患者の受診状況は、自施設入院中69名・自施設通院中172名・他施設入院中11名・他施設通院中14名であった。治療状況は、診断なし7名・治療前7名・治療中167名・治療後68名・経過観察中5名であった。がんの原発部位は、16部位にわたっていた。相談内容は1回の相談で複数の相談項目があり、主な相談内容は、症状・副作用・後遺症への対応137件、ホスピス・緩和ケア122件、在宅医療99件、がん治療93件、不安・精神的苦痛88件であった。また、相談件数の内自施設他部門との調整を51件、

他施設との調整を16件で行っていた。

【考察】OCNSは、がんの治療中からがん治療継続や変更、療養の場の選択などに関する意思決定支援を行っていると考えられる。また、意思決定支援の際は、がん治療における幅広くかつ最新の知識が求められている。相談者の多くは外来通院中であるため、各外来との連携が課題である。

テーマ：相談業務における継続的支援の意義～外来乳がん患者の持つ不安への関わり～

研究者：○森岡美由紀*4、佐藤 有沙、伊代野佐知子、花澤喜三郎、児島 邦明、藤澤 稔、北畠 俊顕

【目的】当院におけるがん相談利用患者の35%は外来通院中の乳がん患者であり、継続的にがん相談を利用している傾向がある。本研究では不安を主訴に2回以上がん相談を利用した乳がん患者の不安の内容を明らかにする。

【方法】対象：不安を主訴に2回以上がん相談を利用している外来乳がん患者15名。

分類方法：相談記録を基に対象患者から語られた言葉を、山口ら（2004）の実態調査報告書の15項目に沿って抽出した。不安内容を示す1項目を「不安項目」、それ以外の項目は「その他の項目」とした。

【結果】患者毎の「不安項目」は、15名中11名は、初回面談より2回目に低下していた。「不安項目」の内容は、初回は「将来に対する漠然とした不安」が多かった。病期分類すると、初回はⅡ期、Ⅲ・Ⅳ期ともにほぼ同数の件数であったが、2回目にはⅡ期0件、Ⅲ・Ⅳ期は半数に減少した。また、不安は、治療方法の変化や身体症状の悪化、家族関係などの出来事で増える傾向があった。その他の項目は2回目に増加していた。

【考察】初回面談時の「漠然とした不安」が多いのは、治療前の患者はイメージを持ちにくい事、治療中は治療効果に対する不安などが募ることで出現すると思われる。相談員の介入によって問題が整理され、その他の項目へ変化、不安が解消しやすくなっていると考えられる。

【結語】乳がん患者の不安内容を明らかにした。相談業務により乳がんⅡ期の患者の「将来に対する漠然とした不安」が解消された。

テーマ：キャリアトランジションにある看護職へのメンタリングに関する研究

研究者：○三宮 有里*1

【背景・目的】看護職はより専門職として発展していく過程において、自らキャリアを選択し、自分自身の方向性について認識するキャリアトランジションを経験する。キャリア発達支援の一概念として、メンタリングが挙げられ、キャリアトランジションにある看護職へのメンタリングのあり方を検討する必要があると考えた。そこで本研究は、看護職へのメンタリングの内容を整理し、今後の研究の方向性について示唆を得ることを目的とした。

【方法】医学中央雑誌のデータベースを活用し、看護職へのメンタリングに関する論文を収集した。論文検索年は、2003年から2013年に設定し、キーワードは、「メンタリング」「メンター」「キャリア発達」を用いた。また、発表形式は原著論文に限定した。収集した論文を、プロテジェ、メンター、メンタリングやソーシャルサポートの内容について分類整理した。

【結果・考察】プロテジェとして、新人の看護職から看護管理者まで幅広く、主に病院勤務の中堅看護師が報告されていた。メンタリングの内容では、情緒的サポートや心理的な承認・受容、キャリアへの直接的な支援について報告されたが、その具体的な内容を述べているものが少なかった。また、文献のほとんどが横断研究であった。今後はキャリアトランジションの過程における効果的なメンタリング内容を具体的にすること、またメンタリングの効果を縦断的に把握することが必要であると考えた。

テーマ：看護師の患者に向けた認知に関する文献レビュー

研究者：○阿部 美香*1

【背景・目的】看護師は、患者への影響を考えた時、自身の感情や行動をコントロールしなければならないことがある。認知理論では、人の感情や行動には現象の捉え方、即ち認知が反映しており、認知の中でも自動思考は、自分で意識して修正することが可能であるとされている。そこで本研究では、看護師の患者に向けた認知とその認知に影響を与える要因、それらの関係性を先行研究から抽出し、看護師が自身の感情や行動をコントロールするために自分で認知を修正できるような介入についての示唆を得ることを目的とした。

【方法】データベースは医中誌web、Cinii、Pub Med、

CINAHLであり、検索年は2003年から2013年、言語制限は日本語と英語とした。キーワードは「自動思考」「認知」「看護師」を中心とし、検索した論文の中から、本研究趣旨である看護師の患者に向けた認知に関連するものを入手した。

【結果・考察】対象となった論文は8件であり、その内訳は、概念分析1件、認知や感情の状況を質的に分析した研究3件、認知と行動及び影響要因の相関を分析した研究2件、尺度開発1件、介入研究1件であった。認知は、幻覚・妄想のある患者、精神障害者、認知症患者、終末期患者などに向けたものが扱われており、認知に影響を与える要因として看護師の性別、役職、勤務経験年数などが挙げられていた。認知への介入により患者に向けた感情の変化を示唆するものもあった。今後、研究の蓄積が必要と考えられた。

テーマ：急性期病院の神経難病ケアにおける看護師の専心と葛藤

研究者：○長瀬 雅子*¹、高谷真由美、桑江久美子、
二方 恵美、坂本 亜弓、青木きよ子

【目的】神経難病患者は、症状の進行と共に徐々に自立した生活ができなくなる可能性がある。本研究では、神経難病患者へのケアにおいて看護師がどのような専心と葛藤を経験しているのかを明らかにする。

【方法】研究協力者は、急性期病院の神経内科病棟に勤務し、看護師歴6年目以上、当該病棟勤務歴3年以上の看護師10人である。データは神経難病患者への日々のケアにおける思いに関する語りとし、継続比較分析を行なって内容を分類した。

【結果】研究協力者である看護師は、まず疾患が進行することで必然的に生じる患者の苦悩について語った。彼らの多くは神経内科病棟を希望して就職した。しかし、患者の苦悩に直面し、また日常生活における基本的な援助を提供するなかで、ケアに必要な時間やマンパワーに関する葛藤や看護と介護の違いは何かと悩むようになった。そして、専心への葛藤が生じたこと、その葛藤を抱えながら専心してきたこと、専心を維持するために組織内を調整したことについて語り、葛藤から専心へと向かう看護師自身の内的変化について語った。その内的変化は、専門職としての誇りとともに語られた。

【結論】ほとんどの研究協力者は神経内科病棟で勤務することを希望していた。自らの仕事への葛藤を乗り越えるには数年を要し、彼らの語りから、葛藤を乗り越え

る原動力になったのが自らの実践への誇りを取り戻すことであったと推察された。

テーマ：新人看護師が関わった事故の変化～ブリーフィング・デブリーフィング導入前後の比較～

研究者：○岡部 芳昭*⁴

I. はじめに 医療の高度化・複雑化が進み、チームワークの重要性は増している。看護師は主にチームで活動しているが、ITを介した顔が見えないコミュニケーションが主流となり、コミュニケーション能力とチームワークの向上は課題である。良好なチームワークに基づいたコミュニケーション能力を習得する為に、Team STEPPSのブリーフィング・デブリーフィングを導入した結果、特に新人看護師の事故要因の変化と件数の減少が見られた為、報告する。

II. 対象と方法 対象 ブリーフィング・デブリーフィングを導入した8病棟で勤務している経験年数1年未満の看護師 調査期間 導入前：平成24年10月1日～平成24年12月31日

導入後：平成25年10月1日～平成25年12月31日

方法 導入前後における事故件数、要因数をインシデントレポーティングシステムより抽出。

III. 結果 確認・観察などを要因とする事故が減少し、左記要因が占める割合も78.6%から65.8%

に減少した。事故件数は導入前が84件であったのが導入後は30件に減少した。

IV. 考察 新人看護師は否定的な評価を回避する為、質問が出来ないなどの特徴がある。そのような特徴を持つ新人看護師に対して、ブリーフィング・デブリーフィングが知識・技術などの不確実な要素を引き出す場になった事が事故要因の変化や件数の減少につながった。

V. 結論 経験年数1年未満の看護師に対してブリーフィング・デブリーフィングを用いたコミュニケーションは効果的である。

テーマ：当院のJ-STAT CALLの現状と課題

研究者：○鈴木さゆり*²、今井恵美子、畑田 勇貴、
高橋 友子、小澤 直子

平成23年4月から平成25年9月までの当院J-STAT CALLの現状把握と、J-STAT CALLに主体的に対応する救急看護師の役割について検討した。J-STAT CALLは院内で発生する救急事態に対し、迅速に最善の救命処置を行える体制を確立する目的で平成15年度に、院内救急コールシステムとして発足した。発足時は

J-STAT CALL TEAMが存在していたが、現在はJ-STAT CALL時に、対応可能な医師・看護師が現場に急行し、必要な救命処置の対応に携わっている。救急PCセンター看護師はJ-STAT CALL時には現場での現状の把握と、患者の状態を現場の医師と判断し、適切な処置と、処置のための治療場所を調整している。平成23年度よりJ-STAT CALL件数は、平成23年度51件、平成24年91件と1.7倍に増加している。J-STAT CALL発生時間は日勤帯が110件と最も多く、12時から13時の時間帯が27件で全体の16%を占めている。発見時の患者状態は意識消失・意識レベル低下、心肺停止、外傷と多種多様になってきているため看護師のスキルアップも必要となる。そこで、いかなる時もスムーズに対応できるよう部署内での学習会開催、救急カートを小児用・成人用に整備し、トラウマバックの軽量化を図った。J-STAT CALL件数は病棟・外来ともに急変患者は時間を選ばず発生している。発生状況の分析や対応の評価の実施を行い、今後医療者だけでなくすべての職種が同じスキルを持って初期対応するための技術修得が必要であると考えられる。

テーマ：成人難聴者の人工内耳装用後の体験 – 装用者の手記の分析から –

研究者：○羽場 香織*1

【目的】成人人工内耳装用者の人工内耳（以下CI）装用後の「聞こえ」にまつわる体験を明らかにし、CI装用後の生活を見越した支援の検討に関する基礎的資料を得る。

【方法】本邦の出版社から発行された成人CI装用者の手記（和書）を分析対象として、装用者のCIや聴覚障害に対する思い・考え、CIを装用した生活に慣れるための具体的な取組みに着目して装用後の「聞こえ」にまつわる体験について質的帰納的に分析した。

【結果】分析対象の書籍は2冊で、手記の著者2名（男性1名、女性1名）は、いずれも成人期の耳疾患の罹患が原因で中途失聴し、CI適応になった者だった。成人CI装用者の体験は、〈聴力回復の可能性を押し量り期待が揺れ動く〉〈音が聞こえて喜ぶ〉〈予想とは違う聞こえの状態に戸惑いつつも対処しようとする〉〈さまざまな状況にコミュニケーションが左右される〉〈「健聴者ではない自分」との対峙を再び迫られる〉〈失聴前に思い描いてきた生き方や人付き合いを諦める〉〈今の自分だからこそできることに注目する〉〈聞こえの状態に合わせて生活の仕方を工夫する〉〈不慣れな聞こえでのリ

ハビリ通院が継続できるか不安を抱く〉〈自分を取り巻く人からのサポートに感謝する〉の10のカテゴリーに整理された。成人CI装用者は、年単位で自分なりに工夫を凝らし、新しい「聞こえ」のもとで生活の再構築を図る試み続ける一方、社会参加を控えている現状が示唆された。

テーマ：近代看護の定着過程に関する史的考察

研究者：○樋野 恵子*1

本研究は日本の医療史の中に近代看護の源流を探ることを目的とする。江戸後期に出版された日本古来の看護法をまとめた最初の書『病家須知』（1832年）と、明治期最初に出版された翻訳看護書『看病心得草』（1874年）との比較を行い、近代看護の定着過程におけるこれらの看護書の意義を検討したので報告する。江戸後期『病家須知』の特徴としては以下の通りであった。町医（漢方医）による執筆であった。読者対象は一家の主人であり、実際に看病にあたる使用人への読み聞かせによるものも想定していた。内容は江戸後期の文化に基づきアレンジされた、漢方医学や在宅医療から生じた日本的看護法であった。従来の自己のためだけではなく、他者への援助のための養生法、看護法として記述されていた。明治初期『看病心得草』の特徴としては以下の通りであった。原著は1850年代のアメリカのベストセラーである解剖生理衛生学書の一部であった。蘭方医による翻訳、校閲であった。医療の成功には医術、良薬と合わせて適切な看護が不可欠であるとしていた。読者対象である婦女子に向け、女性の教養としての看護法を教授することを刊行目的としていた。西洋式の具体的な看護手順と留意点を、一部日本文化に合わせて簡潔に記述していた。方法は現在にも通じる点があるが、この時点では科学的根拠の提示はなかった。

漢方医による往診が行われていた江戸後期には、既に医療者・有識者の中には看護領域の重要性への気付きがあった。そのような背景が、明治の大転換期に輸入された近代的な西洋式看護のスムーズな受容と定着、発展に繋がったと考える。また、2書籍とも平易な表現かつ実践的な内容であり、看護に必要な知識を普及させることで日本の医療全体の質の向上を図り、国民生活の利益に結び付けたいという、時代は違えども医療者や有識者の共通する思いがあることがわかった。

テーマ：看護系大学における英語教育—英語教員から見た現状と課題

研究者：○黛 道子*¹、宮津多美子、Philip Hinder、
山下 巖、志田 京子、杉田 雅子、
岡田 隆夫

これまでの看護英語教育の経験を踏まえ、使いやすく実践的な看護英語のテキストを作成することを目的として検討を重ねてきたが、その過程でテキストが使用される看護系大学の英語教育のあり方を考える必要が生じた。テキスト製作のメンバー間の検討だけではかぎりがあるので、範囲を広げ、幅広く看護系大学の英語教育担当者を対象に調査を行うことにした。

調査は次の各項目についてアンケートを行った。

1. 現在、実施中の英語授業科目の種類と内容
2. 現在のプログラムについて
コマ数、クラス・サイズ、問題点、看護英語教育に必要な英語のレベル、授業時の使用言語、試験回数、使用メディアなど
3. これまでに成果を感じた授業内容の紹介

以上の調査から見えてきた看護系大学の英語教育の実情と英語教員の感じる問題点を提示する。

合わせて、本学の看護英語教育の今年度の学生の学習状況を発表する。

テーマ：シカゴ・コロンビア万博における人種とジェンダー

研究者：○宮津多美子*¹、黛 道子、新宅 美樹

1893年、アメリカシカゴでコロンプスのアメリカ大陸発見400年を記念した万博が開催された。パビリオン建設が間に合わず、翌年に開催されたこのシカゴ・コロンビア万博は6か月の期間中2,750万人もの来場者を迎え、19世紀にアメリカが主催した万博の中で最大の成功を収めた。万博には日本を含む19か国が参加した。食品、エネルギー、娯楽、産業、文化など様々な分野で人々の価値観を大きく変える展示物や製品、習慣を生み、その後のアメリカの進む道を決定づけた。古代ギリシア・ローマ風の新古典主義様式で統一された白亜の建物にちなみ、「白い万博」と呼ばれ、来場者はその美しさに圧倒されたという。しかしながら、この万博は一方でアメリカが抱える様々な問題点を明らかにした万博でもあった。最大の問題は「白い万博」が主にアングロサクソン系の白人によって企画・運営された点である。我々の研究では万博から「排除」された文化的・人種的マイノリティーの女性に焦点を当てて、彼女らが「白い万

博」にどのように関わったのかを探った。シカゴ・コロンビア万博に関してはジェンダーや民族的な視点から論じた研究はあるものの、それぞれ単独の研究であり、人種やエスニシティを網羅した研究はほとんどない。我々はアフリカ系アメリカ人（黒人）、ユダヤ人、ネイティブアメリカンといったマイノリティーの女性たちの万博との関わりを概観し、当時、これらの女性たちがどのような声をあげ、万博がその後、彼女たちにどのような影響を与えたのか検証した。

テーマ：支援教材を用いた排便障害児家族への退院指導—退院指導の時期に焦点を当てて—

研究者：○西田みゆき*¹、込山 洋美、東山 峰子、
松本恵莉奈、宮腰 綾子、横山 友美

【目的】排便障害児の家族への支援教材を用いた退院指導における時期の選択を分析する。

【研究方法】対象：小児外科病棟に勤務する看護師6名。データ収集方法：術後のヒルシュスプルング病（以下H病）あるいは鎖肛の子どもの家族に対して、退院支援教材（6冊のガイドブック、排便日誌、ブリストルスケール）を用いて退院指導を行い、その後、半構成的面接を行った。面接結果を逐語録に起こしてデータとした。そのデータから、支援教材を用いた退院指導の時期に関する部分について分析を行った。内容については、内容分析により分析を行った。

【結果】「退院時期の把握の不十分さ」などと退院の目的について医師との連携がうまく言っていないことが語られた。1冊のガイドブックの説明に時間を要するため1日1冊が限界であり、「計画的に行うとことの必要性」も上がった。また、術後、経口が始まると早いので、その頃から計画的にするといいいのではないかと「退院指導のスケジュールの明確化」を望むという建設的な意見もあった。

【考察】H病、鎖肛の治療は、病態が様々であるために個別性が強く画一した看護は行われてこなかった。しかし、近年、比較的治療法が安定してきているため、看護におけるプロトコルを作成し、治療や成長発達に合わせたケアが行われるようにしていくことが急務である。

テーマ：小児病棟に入院している18トリソミーの子どもに対する状態悪化時の看護

研究者：○塚越さや香*⁴、上野 麻衣

I. 研究の動機と背景 18トリソミーの子どもは、死産、仮死を出生時に乗り越えても、経過とともに前触れなく痙攣や無呼吸が出現し、何度も状態悪化に陥ることが多い(鉦田, 2013)。しかし、NICUは慢性的に不足しており(相墨, 2013)、短期入院・急性期の子どもを主なケアの対象としている小児病棟でも予後不良である18トリソミーの子どもを受け入れなければならない現状にあり、看護師達は戸惑いを感じている。経験年数が豊富な看護師の中には、いつ起こるかわからない状態悪化の兆候を見逃さず、迅速な対応や処置を行う看護師が存在する。しかし、状態悪化時の具体的な状態や、その状況に対する判断や対応・処置、それらの根拠は教科書や文献に明記されていない。そこで、そのような看護師の18トリソミーの子どもへの看護を具体的に記述し明らかにすることを本研究の目的とし、今回はその途中経過を報告する。

II. 研究方法 1. 研究デザイン：質的記述的研究。2. 研究参加者：小児病棟での経験年数5年以上で18トリソミーの子どもへの看護経験のある看護師5名程度。3. データ収集方法：半構成面接によるインタビュー。**III. 倫理的配慮**：本研究は病院倫理委員会の倫理審査を受けた上で研究活動を開始する。

IV. 文献 1) 相墨生恵：現在のNICUの課題, 小児看護, 36 (12), 1570-1575, 2013. 2) 鉦田晃子他：在宅での子どもの看取りケア, ネオネイタルケア, 26 (10), 1041-1045, 2013.

テーマ：在宅自己注射による成長ホルモン治療を受ける子どもと家族に関する文献検討

研究者：○込山 洋美*¹、春名 英典、東山 峰子、早田 典子、田中 恭子

【研究目的】 低身長を呈する成長障害の治療のために、在宅自己注射による成長ホルモン治療を行う子どもと家族に関する国内文献から研究の動向を明らかにする。

【研究方法】 医中誌Web (Ver. 5) を用いて2003年～2013年の過去10年間、「成長ホルモン」、「成長ホルモン治療」、「低身長症」、「自己注射」、「小児」、「看護」、「小児看護」をキーワードとして文献検討を行った。

【結果】 検索の結果、16件の研究文献が抽出された。研究対象者別にみると、子どものみ2件、親子6件、保護

者及び母親7件、医療者1件であり、子どもの保護者を対象とした研究が中心であった。研究方法としては量的研究が多く、低身長児の自己概念の特徴や低身長児の親の育児不安傾向、親子関係の特徴が明らかにされていた。在宅自己注射を行っている子どもと家族を対象に、自己注射の実施者や実施状況、痛みの有無、負担感の有無や満足感の程度、注射継続への思い、親子の意識の比較など、自作の質問紙による実態調査が11件行われていた。

【考察】 在宅自己注射による成長ホルモン治療を受ける子どもと家族の現状に関しては概ね明らかになっているが、子ども自身の体験や取り組み、どのような援助を望んでいるかなどは明らかにされていなかった。また、成長ホルモン治療を受ける子どもと家族への看護実践に関する研究も少なく、今後の課題と示唆された。

テーマ：小児看護学における看護技術演習が臨地実習に及ぼす影響

研究者：○古屋 千晶*¹、西田みゆき、川口 千鶴

【目的】 実習直前の看護技術演習が臨地実習での活用に及ぼす影響を明らかにする。

【方法】 平成25年度3学年108名を対象に、演習開始前・終了後と実習終了後に質問紙調査を行った。質問紙は、小児看護実習に必要な技術として行っている演習項目、計20項目を『習得できていると思う』から『習得できていない』の4～1段階であり、3期における習得の認識を学生が自己評価した。分析は、SPSS Ver. 20を用いて集計を行い3期の習得の認識を確認した。

【倫理的配慮】 順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】 演習開始前103名(回収率95%)、演習終了後と実習終了後が107名(回収率99%)であった。20項目の平均値は演習開始前2.53、演習終了後3.41、実習終了後3.91であった。各時期の項目毎の平均値の最大/最小およびその項目は、演習開始前は3.04(体温測定)/1.95(バギーの取り扱い)、演習終了後は3.58(ベッド柵の取り扱い)/3.12(身体計測時の説明)、実習終了後は3.91(バイタルサイン測定時の必要物品準備)/3.11(腹囲測定)であった。

【考察】 演習開始前より演習終了後の平均値が高く、学生自身演習することで自信を持つことができたと推察される。また、演習終了後と実習終了後の平均値の差は、受け持ちの子どもに状況に影響されるのではないかと考える。

テーマ：胎児心拍波形分類level 3での急速遂娩を行い
良好な経過を得た胎児母体間輸血症候群の1例

研究者：○竹上亜紗子*²、廣田 則子、山本 祐華、
牧野真太郎、竹田 省、板倉 敦夫

胎児母体間輸血症候群（以下FMT）は10,000分婉に2例という非常に稀な症例であり、子宮内胎児死亡や新生児低酸素性虚血性脳症などの原因となりうる。今回の症例は、胎児心拍数波形分類においてLEVEL 3であり、助産師の対応は医師への報告・連続監視または医師の立ち合いを要請、急速遂娩の準備という対応が推奨されている分類であった。外来より胎児心拍モニタリング異常の連絡を受け、入院時より胎児心拍の連続モニタリングを行った。胎児心拍が除脈の最下点に至るまで30秒以上要する点や、羊水過少を指摘されていたことなどを考慮し、産科医師と連携し迅速な急速遂娩、小児科医師・NICUスタッフと連携し新生児蘇生の実施というLEVEL 4の対応を行うことにより、出生前にFMTの病態を予測することが困難であったが、良好な経過を得た1例であった。

FMTに特異的な胎児心拍モニタリング波形がなく、胎児心拍波形分類LEVEL 3であっても、本疾患のような重篤な新生児予後を招き得る症例もあるため、より多く胎児心拍モニタリングを観察する機会のある助産師が、他の異常所見や、胎児心拍モニターの波形を注意深く観察し、迅速な急速遂娩を行える準備のもと経過を観察する必要性を再確認した。さらに、産科医師、小児科医師、NICUスタッフとの連携・迅速な対応によりその予後を改善しうる可能性が示唆された。

テーマ：分娩期ケアにおける不妊関連情報の活用に関する研究

研究者：○青柳 優子*¹、高島えり子

【目的】不妊治療を経験した女性は、妊娠後にも固有でありながら特有のニーズをもつことが知られている。本研究は不妊治療を経験した女性の分娩期に焦点を当て、ニーズに応じたケアを行うための基盤となる不妊関連情報の抽出を目的とする。

【方法】医学中央雑誌WEB版ver. 5を用いて「不妊治療」「生殖医療」「妊娠」「分娩」をキーワードとし1982～2014年の原著論文を検索した。不妊治療後の女性の妊娠・分娩・産褥の体験やニーズに関する論文68件を選択した。研究内容から不妊治療後の分娩に関連する情報を検討した。

【結果・考察】研究方法は実態調査研究、事例研究、評価

研究の順で多かった。研究対象は不妊治療後の妊産褥婦としたものが最も多いが、一般不妊治療と生殖医療技術等、治療の区別の有無は一定ではなかった。研究内容は不妊治療後女性の妊娠期から産褥期における心理や意識に関するものが53件と最も多く、そのうち分娩期に触れた研究は6件であった。研究結果より、不妊治療後女性の分娩体験が十分明らかになっているとはいえないが、妊娠継続および胎児の予後への不安や母性意識の形成状況が分娩体験に影響することが推察された。長期に亘る不妊治療や生殖医療技術利用の経験、高年妊娠やサポート不足は、妊娠中の不安や母性意識の形成との関連が報告されていることから、分娩時ケアにおいても有用な情報と考えられた。

テーマ：看護基礎教育課程における卒業前教育に関する研究の動向—看護技術教育に焦点をあてて—

研究者：○永野 光子*¹、小元まき子、青柳 優子、
古屋 千晶

本研究の目的は、看護基礎教育課程が卒業前に行う看護技術教育に関する研究の動向を明らかにし、卒業前の学生の技術習得に向けた教育への示唆を得ることである。対象は看護基礎教育課程が卒業前に行う看護技術の習得や向上を目的とした授業やトレーニングに関する研究論文である。医学中央雑誌Web版Ver. 5を用い、1982年～2013年に発表された文献を対象とし、キーワードを「卒業前教育」「看護技術」「卒業前トレーニング」「卒業前演習」に設定し検索した。分析は先行研究分析¹⁾を用いた。

対象文献は59件であった。発表年は2003年から2013年にわたり、卒業前に行われた看護技術教育を受講した学生や就職後の新人看護師を研究対象としていた。データ収集方法は、質問紙法、技術評価表やチェックリスト、OSCE、行動観察、インタビューであった。結果は、卒業前の看護技術教育を受講した学生が、これまでに学習した知識・技術を確認できたり、技術教育前よりも実施できると回答した技術の割合が増加したり、技術の実施に自信を得たりしていることを明らかにした。また、学生は、技術習得度の向上に伴い、就職に対する不安が軽減したり就職前に確認すべき課題を確認できたりしていた。以上は、看護基礎教育課程における卒業前の看護技術教育が、学生から看護師への役割移行を支援する効果を持つことを示唆した。

[文献] 1) 舟島なをみ：看護教育学研究、発見・創造・証明の過程、第2版、医学書院、94-146、2010。

テーマ：臨地実習における看護学生のメタ認知が促進するプロセス

研究者：○齋藤(塚本) 雪絵*¹、村中 陽子

【目的】臨地実習において看護学生のメタ認知が指導者のどのような介入によって促進するのか、そのプロセスを明らかにすることである。研究者は、「臨地実習における看護学生のメタ認知が促進するプロセス」というテーマで修士論文を作成した。しかし、対象者が9名であったことから理論的飽和化に至っていない可能性を否定できない。そこで本研究は、理論的飽和化に至るまでインタビューを実施し、結果の信頼性と妥当性を確実にすることを目的とした。

【方法】看護系大学に在籍している4年生で本人より研究への同意が得られた5名を対象とした。半構造的面接法でデータを収集し、M-GTAを用いて継続的比較分析を行った。

【結果・考察】分析の結果、17の生成していた概念に25のバリエーションが追加された。さらに、1つの新しい概念<看護師の技を模倣してみる>が生成された。看護学生は、自分の方法で上手くいかないとき、看護師の行動や技を観察し模倣してやってみるといった行動をとっていた。この概念は、既存の<看護師の行動を意味づける>という概念に新たなバリエーションが追加され意味類似性を検討した結果、生成されたものである。本研究の結果、1つ1つの概念の完成度と概念相互の関係、カテゴリーの関係性の検討から、理論的飽和化に至ったと考えられる。

テーマ：周手術期実習中に行う学内演習の効果—臨床指導者参画の意義—

研究者：○榎子 嘉美*¹、池田 恵、水谷 郷美、
田中 朋子、宮津 珠恵、岡本 明美、
戸島 郁子、山本 育子

【目的】成人看護実習Iにおいて実習2日目に行う学内演習では、臨地実習における急性期実習に必要な技術の活用化を図っており、25年度は1月より実習で学生を担当する臨床指導者が参加し、指導に加わるようになった。本研究は演習への臨床指導者の参画による実習指導法への影響を明らかにし、臨床指導者が参画する意義について示唆を得ることを目的とする。

【方法】学生への調査として、臨地実習自己効力感尺度を使用し、1月の実習前、演習後、実習後に質問紙調査を行い、得られたデータに対して記述統計を行った。演習に参加した臨床指導者への調査として、半構

造化面接を行い、得られたデータは質的帰納的に分析した。

【結果・考察】学生24年度23名、25年度12名と、臨床指導者2名に同意を得て調査を行った結果、臨床指導者は学内演習の参加により、自己の役割を認識し、学生に対する認識を良い方向に変化することとなった。これらは翌日からの臨地実習において、演習内容を想起させ、実践と結びついた指導や、指導体制への好影響につなげることとなった。また、学生は、昨年度と比べ、演習後・実習後に「対象者の理解・援助（演習後1.7%、実習後0.5%上昇）」「指導者との関係性維持（演習後1.5%、実習後1.4%上昇）」に対し自信を持つことができおり、臨床指導者と学生が演習を通して相互理解が深まり、実習に好影響をもたらしたと考える。

テーマ：協働的パートナーシップを活用した看護介入の効果に関する研究の動向

研究者：○桑江久美子*¹、森本 麻美、下西 麻美、
青木きよ子

【目的】患者は病いと共に生きていく中で、偏見や軋轢、社会への負い目などのストレスを抱えている。そのため、看護師は、患者が感じている困難を理解し、患者が望む生活や達成したいと考えていることを支援するために、患者と共に歩む関わりが重要である。本研究では、患者と看護師の協働的パートナーシップに基づいた看護介入の効果に関する研究の動向を検討することを目的とした。

【方法】医学中央雑誌Web版で「パートナーシップ」「協働的パートナーシップ」「看護」をキーワードとし、過去10年間（2003年～2013年）に掲載された論文を対象とし、国内における協働的パートナーシップを活用した看護介入の効果に関する研究の動向を検討した。

【結果・考察】協働的パートナーシップを活用した看護介入の効果に関する国内の論文5件が抽出された。対象患者の疾患は、がん、造血器腫瘍、神経難病であった。パートナーシップに基づいた看護介入により、患者は、思い描いていた回復過程と現実の違い、自らの思いを整理し、今後の方向性を見出していくこと、一緒に考えることが自分自身の納得に繋がること等、「受容」に関して大きな効果があった。また、お互いの思いや感じたことを率直に伝えることで、正直な気持ちでコミュニケーションがとれるようになったことにも繋がっていた。今後、慢性疾患患者にも、病いの受容や意思決定、納得した医療・看護を受けられるように協働的パート

ナーシップを活用した看護介入を行っていく必要があることが示唆された。

テーマ：慢性心不全患者のセルフケア指導におけるタブレット型PCを用いた教材の効果

研究者：○高谷真由美*¹、桑子 嘉美、北村 幸恵、
阿久澤優香、樋野 恵子、中里 祐二

目的：大学病院の内科系病棟で慢性心不全患者用に作成したパンフレット教材を基にタブレット型PC用教材を作成し、セルフケア指導の効果を患者側と看護師側の両方から検証することを目的とする。

方法：1) 慢性心不全患者に対するタブレット型PCを用いた指導用教材を作成する。2) 慢性心疾患患者に対する教材を用いたセルフケア指導を実施し、患者に対する短期的効果を検証する。①慢性心不全患者で、セルフケア指導が必要な40歳代～70歳代の患者を年代別・性別をマッチングさせた上で各10名ずつ2群に分け、パンフレット型教材とタブレット型教材による指導を行なう。②退院直前と退院後初回外来受診時にセルフケア項目の理解度に関するテストを行い、効果を比較する。3) 患者指導を実施した病棟看護師を対象に指導教材の使いやすさ、指導に要する時間、指導前に不安に感じる事項、患者の反応等についてインタビューを行なう。

結果：1) 共同研究者および循環器専門医でPC用教材の内容と指導項目、方法を検討した。問題に答える形式で、重要な項目が印象に残るように構成し、水分摂取量などの違いに合わせて、部分的に入れ替えて使用できるように作成した。2)、3) は現在データ収集中である。

考察：パンフレット教材使用経験のある看護師からは、指導内容への不安は軽減したが、時間が不足しているという意見が多く、使いやすい教材の要素を更に検討する必要がある。

テーマ：緩和ケア患者に対する高度実践看護師の共感プロセス

研究者：○上野 恭子*¹、阿部 美香、山口 聖子、
熊谷たまき、小竹久実子

【目的】緩和ケア患者との間で卓越したコミュニケーションを展開し効果的な看護を提供していると考えられる高度実践看護師の、患者との共感現象に焦点を当て、認知や技術の特徴を構成している要因を特定し、要因間の関係性やプロセスを明らかにする。

【方法】対象者は有意抽出法で選定し、半構造化面接を行い、患者と関わる際の認知や技術について語ってもらった。分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。

【倫理的配慮】平成25年順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の承認を得た。

【結果・考察】対象者は専門看護師4名、認定看護師7名の11名であり、全員女性であった。緩和ケア従事年数は平均12年であった。看護師は患者と関わる時、《その人の生き様を知る》ことから始め、《知ることで深まる関心》を実感した。その過程で、根底には《二人の心的距離をみることが出来る自分》があり、患者の内的体験に触れるとき自己の気持ちを融合または分離させることを意識的に調節していた。同時に、自分の価値観を抑えて患者の思いに伴走するように関わり、《あなたの生き様を完結するために黒子に徹する》関係を継続していた。しかしこの状態は看護師に葛藤をもたらしており、《苦悩をわかってくれる仲間》により支えられていた。帰結に《あなたから返ってくる私への信頼》を感じることもあった。高度実践看護師の共感は、このプロセスの繰り返しにより形成されていた。

テーマ：緩和ケア病棟で使用する自施設評価票の信頼性・妥当性検証研究

研究者：○大園 康文*¹、樋口キエ子

I 緒言：緩和ケア病棟を設置する医療機関の数は増え、さらなる緩和ケアの普及を求める社会的な要請はあるものの、緩和ケア領域の普及とその質の確保に向けて臨床評価指標の設定と継続的な質改善支援に関する実際の取り組みは、まだ十分な成果を上げる段階には至っていない。

II 目的：そこで本研究では、緩和ケア病棟に勤務する医師・看護師・薬剤師・MSW・カウンセラーなどが自施設の評価を行うことで、現状の課題の明確化および継続的な質改善の仕組みの示唆を得ることができると考え、自施設評価票の作成および信頼性・妥当性の検証を目的として実施した。本評価票はスタッフ自身の評価ではなく、勤務する緩和ケア病棟のケア体制について評価することで客観的に見つけ直し、改善点を見出すきっかけになることを狙いとしている。

III 結果・考察：ホスピス緩和ケアの質の評価尺度 (Care Evaluation Scale: CES) を参考に、緩和ケアの有識者によるデルファイ法により自施設評価票の原案を作成した。次に、緩和ケア病棟に勤務する医師・看護師長ら

55名を対象に、評価票の内容・構成・設問の妥当性について自由記載による調査を行った。これにより内容的妥当性を得たと考える。今後は日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する施設のうち、本研究に協力の同意を得られた施設を対象に自施設評価票に回答頂き、そのデータを用いて自施設評価票の信頼性を検証することを予定している。

テーマ：退院前合同カンファレンスに関する患者家族の受容のプロセス—在宅療養での看取りを経験する家族を対象として—

研究者：○原田 静香*¹、宮本千恵美、中山 久子

【研究の背景】患者家族のより円滑な地域移行を進めるために、診療・介護報酬改定においては、退院時の支援として退院前合同カンファレンス（以下、合同カンファレンス）の開催と、地域連携について評価が行われている。合同カンファレンスの開催は、多職種による地域連携の推進と、患者家族の不安軽減、地域の支援力・家族の介護力を高め、患者家族と在宅医療を担う医療職間の連携づくりが本来の目的である。しかし医療者主導で行われているのが現状であり、患者家族は受け身となる傾向にある。合同カンファレンスに関する先行研究では、患者家族の視点に基づく有効性の検証がなされておらず、標準化がされていない。本研究は、最終的に在宅での看取りを可能とする合同カンファレンスの実践モデルの開発を目的としている。本年度の調査においては、合同カンファレンスによる退院調整が、在宅での看取りを準備している患者の家族の理解や思いに、どのように作用しているのかを明らかにする。

【研究方法】合同カンファレンスを行って退院した患者家族7例であり、在宅での看取りを検討している者を対象とした。半構成的面接調査法を実施し、分析はGrounded Theory Approach法を用いた。

【結果・考察】合同カンファレンスは今後を次の医師へ託す場と捉え、在宅療養の支援体制を確認することで安心感を得ていた。具体的な生活のイメージが立たずに物足りなさも感じていた。

テーマ：日本の一般病院と精神科病院の看護師が受ける職場暴力と外傷後ストレス障害に関する調査研究

研究者：○熊谷たまき*¹、上野 恭子、藤村 一美

【目的】本研究は看護師が受ける職場暴力と、暴力に

よって生じる精神被害の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国の医療機関（一般病院と精神科病院）から無作為抽出（全国病院要覧から抽出率5%）により調査依頼機関を選定し、うち承諾が得られた22施設において、入院病棟に勤務する看護師を対象に自記式調査票を用いて調査を行った。調査対象960名中702名から回答を得た（回収率73.1%）。暴力は、最近1年間に患者と家族から受けた身体的・言語的・性的暴力の頻度とストレス強度を尋ねた。精神被害はWess. D. S (2004)が開発したIES-R (Impact of Event Scale-Revised)を用いて、心的外傷性ストレス症状を測定した。本研究は慶應義塾大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】回答者の平均年齢は36.6±9.9歳で、勤務年数は10年以上が半数以上を占めた。最近1年間に患者と家族から受けた暴力は、回答者の67%が言語的暴力を受けたとし、身体的暴力は52%、性的暴力は41%の割合であった。受けた暴力の中で恐怖や強いストレスを残した被害があると回答したものは213名(31%)であり、内74名(11%)がPTSDの状態にあった。

【考察】看護師が受けた暴力被害は決して少なくなく、暴力を受けた看護師が精神的影響を深く受けていることが明らかになった。医療現場における暴力的行為への対策として、暴力を受けたものへの組織による支援体制の整備が強く求められる。なお、本報告はInternational Council of Nurses 25th Quadrennial Congress, 2013.にて発表した。

テーマ：事業所のメンタルヘルス対策の実施状況と効果に関する研究

研究者：○飯島佐知子*¹、大西 麻未、北村 文彦

本研究の目的は、事業所のメンタルヘルス対策の費用便益分析および実施状況と効果の関連の検討することである。対象は全国の6000事業所に2011年12月から2012年2月に調査依頼書および調査票を郵送し、調査協力の得られた96事業所とした。調査項目は、メンタルヘルス対策について40項目の実施の有無を質問した。労務費、材料費、外部委託費、経費を質問し、事業所の直接費用を算出した。予防実施者数、休業者数と休業日数を質問した。便益のうち、復職者と休業者の出勤によって節約できた休業補償金は（平均月収/年間勤務日数）×休業補償給付の割合×出勤日数×休業者。復職者数で計算した。休業していないメンタル不調者の出勤

による便益は受診や就業制限のある職員数×1日あたり所得×(勤務日数-受診日数)×生産力係数で計算し、純便益およびreturn on investment: ROIを計算した。有効回答の得られた85社を分析の対象とした。予防対策の項目の平均実施割合は22.3%で、対策の1人あたり費用は、4,095円、便益は35,326円であった。純便益は31,231円でROIは7.63であった。休業者率が高いと、休業前対策実施割合が有意に高かった。メンタル不調者率は、メンタル労務時間合が長いほど高く、人間関係が良好で、休業中対策実施職員割合が高いほど有意に低かった。純便益は休業中対策実施職員割合が高いと有意に低かった。

テーマ：弁証法的行動療法主要4スキルの有効性—衝動性に問題のある1事例への2年間の介入評価—

研究者：○小谷野康子*¹、森 真喜子、稲野 真理

【研究目的】精神科デイナイトケアにおける弁証法的行動療法スキルトレーニングの質的効果分析を本研究の目的とする。介入による感情変容を効果と捉え、そのプロセスを明らかにした。

【研究方法】当該プログラムは、週に1回、90分、オープン形式のグループで行なわれ、Mckayらによる方法論を用いて実施した。2年間にわたって当該プログラムに参加していた衝動性コントロールに問題を抱えた1事例を対象に参加後の変化を中心にインタビューを実施してグラウンデッド。セオリー。アプローチを用いて分析した。また介入1年目からの変化も検討した。

【結果】太字は介入2年目で追加されたカテゴリーを示す。抽出された143のラベルから、【理論を咀嚼した上で実践に結びつける作業】という1カテゴリーと、〈過去の体験に伴う辛さ〉〈産婦人科主治医の紹介による通院開始〉〈プログラムへの継続参加〉〈意識化による行動の意味づけの変化〉〈苦悩耐性スキルに基づく感情コントロール〉〈効果を実感したスキル〉〈具体的な実践方法の紹介への期待〉〈将来の目標に向けて起こした行動〉〈自分自身にとって重要なキーワードの発見〉〈他者の役に立つ行動〉〈他者の意見や反応を受け取ることによる回復の体験〉の11のサブカテゴリーが生成された。

【考察】介入1年目で生活を変化させる十分な効果が得られていたが、2年目でも効果は維持され、患者は他者のために自発的に力を貸す行動や感情に振り回されない独自の方法を獲得し、回復の実感を得ることができていた。

テーマ：自然免疫細胞におけるスフィンゴ糖脂質を介した病原微生物の認識機構について

研究者：○中山 仁志*¹、栗原 秀剛

結核菌などの病原性抗酸菌は、好中球やマクロファージ等の自然免疫細胞に取り込まれた後も、殺菌を回避し細胞内で生き残ってしまう。一方で、非病原性抗酸菌では、このような回避機構は認められない。これまでに、結核菌がスフィンゴ糖脂質などで構成されるマイクロドメインと呼ばれる情報伝達ユニットを介した貪食経路を攪乱することが報告されている。また、このような機構へ、病原性抗酸菌特有の細胞壁成分であるリポアラビノマンナン (LAM) が関与していることが報告されている。本研究では、どのようなLAM構造がLacCerを介した食胞成熟を阻害するのかについて焦点を絞り、解析を行った。

ヒト好中球へ抗酸菌由来LAMをコートしたビーズを貪食させた後、食胞を分離し、抗LacCer抗体による免疫沈降を行ったところ、非病原性由来のPILAMをコートしたビーズを含む食胞ではSrc family kinase Hckが共沈されリン酸化されるのに対し、病原性由来のManLAMのものでは共沈されなかった。また、超解像顕微鏡による観察結果から、ManLAMをコートしたビーズへは殺菌酵素を豊富に含むリソソームの融合が減少していることがわかった。以上の結果から、好中球の食胞膜では、ManLAMのマンノースキャップ構造が、LacCerの膜マイクロドメインとHckの会合に影響を与え、リソソームの融合抑制を引き起こすと考えられた。

テーマ：抗6-ニトロトリプトファン抗体を用いた血漿中の疾患特異的マーカーの探索

研究者：○山倉 文幸*¹、飯泉 恭一、川崎 広明、
富永 光俊、高森 建二

我々はアトピー性皮膚炎 (AD) の患部皮膚組織において、トリプトファンのニトロ化修飾産物である6-ニトロトリプトファン (6-NO₂Trp) がタンパク質中に生じることを見出している。この6-NO₂TrpはADの発症に伴って生成亢進が認められることから、皮疹やかゆみなどの程度を反映して生成量に変化する可能性があり、病態の評価としての利用が期待できる。しかしながら、患部皮膚の採取は患者の身体的負担が大きいことから、より負担の少ない血漿を用いた病態評価方法の構築が望まれる。そこで本研究では、ADの病態を反映する6-NO₂Trp含有タンパク質を血漿中から見出し、病態評価

マーカーを確立することを目的とした。まず、ADモデル動物の血漿中のタンパク質に対して、抗6-NO₂Trp抗体を用いたプロテオーム解析を行った。その結果、ADの発症とともに顕著に6-NO₂Trp生成が亢進する4種のタンパク質を見出した。次いでヒトAD患者血漿に対して同様の解析を行ったところ、ADモデル動物でも6-NO₂Trp生成が確認された、フィブリノーゲン γ 鎖とIgG軽鎖の2種のタンパク質中に6-NO₂Trpの生成が亢進していることが明らかになった。現在、フィブリノーゲン γ 鎖中およびIgG κ 鎖中の6-NO₂Trp生成量と、ADの各種病態との相関を解析しているところである。

テーマ：鼻腔および便中のメチシリン耐性コアグラ
ゼ陰性ブドウ球菌の検出と相同性の比較検討

研究者：○横山 久美*¹、池田 恵、工藤 綾子、
伊藤 輝代

【目的】コアグラゼ陰性ブドウ球菌（CNS）の一種である表皮ブドウ球菌は薬剤耐性を獲得しやすく、病院感染ではメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）のみならずMRCNSにも注目する必要がある。マウスの実験では消化管を経由したMRSAの糞便移行が報告されているが、MRSAと便を関連づけた感染対策は明示されていない。そこで、今回は鼻腔および便からMRCNSの検出を試みるとともに、遺伝子学的な相同性を比較検討した。

【方法】検体はボランティア29名から提供を受けた。鼻腔の検体は液体培地での増菌、便は培地への直接塗抹およびセフォキシチン（CFX）含有液体培地での増菌後、各々ブドウ球菌用選択培地に塗抹し発育を確認した。CFX含有培地上に発育したコロニーは検鏡によりグラム陽性球菌であることを確認し、DNA抽出の後、PCR法にてStaphylococcal cassette chromosome mec（SCCmec）をタイピングした。

【結果および考察】鼻腔検体からmecAが確認された者は29名中22名75.9%であり、うち3名は便からも確認された。この3名中2名では鼻腔と便のMRCNSのSCCmecが同じタイプを示しており、鼻腔に存在するMRCNSが糞便に移行した可能性が考えられた。なお、ブドウ球菌属は糞便中の優性菌種ではないため、今後は便からのMRCNSの検出力を高める培養方法等について検討を行う。

テーマ：内部障害を有する高齢入院患者の廃用症候群
予防の為の介入基準と看護方法の開発

研究者：○島田 広美*¹、工藤 綾子、湯浅美千代、
杉山 智子、横山 久美、仁科 聖子、
川上 和美

【目的】内部障害を有する高齢入院患者の廃用症候群予防の為の介入基準と看護方法を開発する。今年度は先行研究で得られた高齢者専門病院の看護師が患者の活動性回復に向けて実践している看護¹⁾をもとに、介入基準と看護方法の試案を作成した。

【方法】①廃用症候群予防についての内容が含まれているリハビリテーション、高齢者看護のテキストおよび雑誌の特集記事から、廃用症候群の種類、予防方法、留意点を取り出し整理する。②研究¹⁾で得られた看護を分析の視点として、①の内容を整理し、内部障害を有する高齢入院患者の廃用症候群予防の為の介入基準と看護方法の試案を作成する。

【結果】内部障害を有する高齢入院患者の廃用症候群予防のための介入基準として、導入、開始（再開）、中止、活動度をあげない判断基準が整理できた。看護方法として、活動を妨げるような処置を取り除くことや栄養状態などの内部環境を整えることなどが追加としてあげられた。

【考察】廃用症候群の個別の症状に対する予防方法は周知のものであるが、これらの予防方法を対象の状態によって、複数の目的をもたせ、普段の日常生活援助の中に組み込むことで、高齢者の全体的な活動性回復に向けた、より効果的で実践的な看護を提供できると考えられた。今後は、一般病院への適用を検討し、修正していく予定である。

1) 島田広美ほか：内部障害を有する高齢入院患者の活動性回復に向けた看護、日本老年看護学会第17回学術集会抄録集、250、2012.

テーマ：慢性呼吸不全・COPD患者の意思決定支援に
関する研究

研究者：○田中 朋子*¹、富永 滋、植木 純、
伊藤 弘明

【目的】COPDをはじめとする呼吸器疾患患者は、日常生活の質を最大限に保てるよう疾患の重症化を予防することが重要である。本研究では、COPDをはじめとする慢性呼吸不全の自己管理（治療法の選択を含む）の意思決定に影響する要因を調査した。

【方法】調査対象病院呼吸器内科において、呼吸器疾患

で受診している患者で、本研究の趣旨を説明し、同意を得られた患者に半構成的面接調査を行なった。分析の方法は、要約的内容分析法に基づき分析した。

【結果・考察】本研究の趣旨を説明し、同意を得られた7名に半構成的面接調査を行なった。

「在宅酸素」については導入（導入入院予定）している4名以外は、その存在や後に自分が実施するかもしれない可能性について認識していなかった。「在宅人工呼吸療法」については、在宅酸素を実施している1名のみが医師より説明を受けていた。影響する要因は、「医師を信頼しおまかせしている」、「成り行き任せ」、「危機感」、「療養を支える家族の存在」、「家族の病気と死」、「年齢」、「職業（僧侶）」、「宗教の有無」、「QOLが改善される」、「収入。医療費」、「職業の有無」、「ソーシャルサポートの有無」があった。

今後の治療法や、自分の病気の行く末を知りたいと希望する患者はいるが、情報を得難い現状があることがわかった。今後、意思決定を支援するため継続的な調査の必要があると考える。

テーマ：ゴリムマブを投与するリウマチ患者の不安の変化と看護介入の効果—不安軽減を目的とした看護介入を行って—

研究者：○井上 真弓*³、三橋奈津子、岡部みどり、
本郷 美穂、関川 巖

目的：外来受診しているリウマチ患者を対象に不安軽減を目的とした看護介入を行う。看護介入により、どのような不安がどのように変化したのかを明らかにし、今後の外来看護に活かしたい。

方法：ゴリムマブを投与する患者に不安軽減を目的とした看護介入を行い、フェイススケールを用いて治療に関連した不安の変化を評価してもらった。その際、一連の介入内容をプロセスレコードに残し、不安が表現されていると思われる部分を要約した。そして、要約された内容を時期ごとに並べて看護介入が効果的であったか評価した。看護介入が患者の不安に対しどのように効果があったのか明らかにする。

結果・考察：対象は外来受診患者3名であり、女性3名、平均74歳だった。薬に対する期待と副作用。病気に対する予後の不安がどの事例にも共通してあげられた。薬の効果があり疼痛が緩和されたケースでは、不安スケールも共に改善した。また、疼痛が変わらず薬効があまりなかったケースでは、不安スケールはあまり改善がみられなかった。今回の研究を通して患者から「看護

師と関わる事で疑問をすぐに解決できる」「安心感が得られる」という発言が聞かれた。看護師が関わることで患者自身が思いを表出できたことは不安スケールの改善に繋がったと考えられる。今後は、どの患者にも不安があるということを念頭におき、不安を表出できる環境を整えていくことが大切であると考ええる。

テーマ：修正版在宅療養移行時アセスメントシート使用後の訪問看護師の評価

研究者：○樋口キエ子*¹、大園 康文、三好 智美

I 目的：修正版在宅療養移行時アセスメントシート（以下シート）使用後の訪問看護師の評価を把握する。シート：継続看護の円滑化に向けたツール。

II 研究方法：1) 調査協力者は退院時にシートを使用した患者を訪問した7施設の訪問看護師16名。

2) 期間：平成25年5月上旬～10月上旬 3) データ収集。分析方法：訪問看護師各2～3名1組のグループ面接。面接内容はテープ録音、逐語録にし、定義に該当する文脈をデータとし質的分析をした。

倫理的配慮：研究代表者所属の倫理審査会の審査を受けた。

III 結果：シート使用後の評価は、I. シートの体裁【使いやすい、項目が一目で分かる】、II. 訪問看護に繋がる項目の設定【本人/家族の意向】【医療処置管理の程度】【家族介護力の把握】【退院時準備の円滑化】【初回訪問導入に役立つ項目】【継続課題欄を通じた関係性の深まり】等8つが整理された。

IV 考察：本シートの目的は「退院前の状況把握と継続看護の充実」である。I. シートの体裁①項目が一目で分かる、レ線型式の記入がよい、より多忙な現場での活用可能性がある。II. 訪問看護に繋がる【継続課題欄を通じた関係性の深まり】は“患者を手渡す、引き受ける”看護職間連携への有用性が示唆された。課題は、シートをタイムリーに継続先へ繋ぐシステムや方法の工夫である。

テーマ：退院1年後の喉頭摘出者の生活の実態と課題—インタビュー調査から—

研究者：○小竹久実子*¹、羽場 香織、岩永 和代

【目的】退院1年後の喉頭摘出者の生活の実態と課題を明らかにして、看護援助への基礎資料とする。

【方法】対象は、術前から退院1年後まで調査に協力が得られた喉頭摘出者で、面接に同意が得られた患者4名、家族1名の計5名である。半構成的面接法で行い、

「退院後の生活実態」について語ってもらった。分析は、質的帰納的に行った。

【倫理的配慮】各病院倫理委員会、大学倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】平均年齢 64 ± 1.8 歳、男：女3：1、家族構成2人暮らし3名、5人以上暮らし1名、職業有無2：2であった。語りの内容のテーマが、「健康状態」、「喉頭摘出後の生活に対する思い」「専門職に望む支援」であった。「健康状態」には、〈食事摂取の障害〉〈コミュニケーションの障害〉など8つの、喉頭摘出後の生活に対する思いには、〈がんとつきあいがエンドレスな状況に対する怒り〉〈思うように食べられない辛さ〉など15の、専門職に望む支援には、〈定期的な面接をしてほしい〉、〈経済的サポート体制を事前に教えてほしい〉など8つのカテゴリーが含まれた。

【考察】退院1年後に至っても、がんに対する不安や恐怖、食事など生活に対する問題が生じていた。喉頭摘出者へのサポートとして、専門職への感謝という点から専門家からの面接を定期的にもつこと、情報提供、不安を受け止めてくれる、はげましの言葉をかけることが看護介入として有効でないかと考える。

テーマ：発達障害児の運動プログラム参加に対する保護者の視点から見た意義 第2報

研究者：○中山 久子*¹、原田 静香、櫻井しのぶ

【研究背景】平成17年に施行された発達障害者支援法では、発達障害が疑われる子どもたちの支援を早期から地域で行うこと、及びライフステージ全体にわたって連続した支援の必要性が謳われている。支援プログラムには発達障害児の心身の健全な発達促進や集団生活適応に必要な「社会性獲得」支援のために、粗大運動を取り入れることが必要と言われている。

【目的】発達障害児の「運動が苦手な子の教室」(粗大運動プログラム)へ参加する事による生活面、他者との関係における変化、及び保護者の教室に対する認識を明らかにし、発達障害児の教室参加の意義を検討する。

【方法】対象：調査協力の同意が得られた「運動が苦手な子の教室」に通う発達障害児の保護者4名。調査方法：半構成的面接法によるデータ収集。調査内容：基本属性(性別、児の性別、年齢)、教室参加による児の生活の変化、他者との関係の変化、保護者自身の教室に対する認識等。本研究は順天堂大学医学部研究等倫理審査委員会の承認を得た。

【結果&考察】「運動が苦手な子の教室」に参加してい

る子どもたちは「からだを動かすことが好き」になり、「順番が待てる」などの対人行動を中心とした社会的スキル発達の効果が認められた。健常児の保護者に比べ、孤立しがちな発達障害児の保護者にとり、教室が親同士の情報交換や気持ちを共有する場となり、保護者の継続的な心の安定につながる効果もあることが確認された。

テーマ：地域組織活動を行う住民の保健師に対する要望

研究者：○櫻井しのぶ*¹、齋藤 尚子、中西 唯公

研究の背景：人口減少や少子高齢化が進行する中で、人間関係の希薄化に伴い住民自治機能の低下が見られ、人々の健康生活に影響が及ぼされている。この問題を解決する手段の一つとして、地域組織活動があるが、最近ではソーシャルキャピタル醸成の一環として厚労省も法律改正を機により一層の推進を試みている。しかし、地域組織活動を活発化するには行政との関わりが必須であり、その在り方には課題がある。

研究目的：本研究では地域組織活動グループの住民らが、行政側とのパイプ役である保健師をどのような役割と考えて何を必要としているのかについて明らかにすることにて、組織活動に対する保健師の支援の方法を検討する。

研究方法：地域組織で活動している住民8名を対象に、地域組織活動における保健師や行政の関わり方や支援の内容、住民の要望や保健師に期待する役割についてインタビュー調査により聞き取り、質的帰納的方法により分析し、その要素を抽出した。対象地域：人口約4万人を有する三重県三重郡菰野町。

結果：「現在行っている組織活動を様々な形での紹介」、「継続させるための取り組みを全体で認識させる」、「保健師自体がもっと興味、関心を示す」、「つながりを継続」などが抽出され、経済的や物理的な支援や関わりは望んでいないが、保健師の職務の特徴を活かし、活動を地域住民へ拡大するツールとしての役割を望んでいた。

平成25年度 順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻

修士論文要旨

消化器開腹術を受けた後期高齢者の初回歩行の可否決定とその後の看護

氏 名 安藤香也子
研究指導教員 湯浅美千代

目的：本研究の目的は、消化器開腹術を受けた後期高齢者の初回歩行の可否決定とその後の看護を明らかにすることである。

方法：消化器外科病棟にて経験年数が3年以上の看護師7名を対象に半構造化面接を行った。分析の焦点は初回歩行可否決定に関わる思考と行動とした。初回歩行時の看護の流れをあらかじめ想定し、①初回歩行成功に向けた準備段階、②初回歩行可否決定場面、③初回歩行を行うと判断した後、④初回歩行しないと判断した後の4つに区分し、それぞれの思考と行動について質的帰納的に分析を行った。

結果・考察：①【初回歩行は1病日目から行う方針を持つ】という思考から【初回歩行の計画を立てる】ことや【初回歩行できるように患者の準備をする】行動をとり、【他の看護師との調整をする】ことで初回歩行をすすめ、後期高齢者では特に【初回歩行への意欲を高める】看護が重要であった。②【初回歩行を行う上での方針を参照する】思考を持ち、【術前からの情報を確認する】だけでなく、直接【患者に状態を確認する】、【初回歩行を中断せず行えるか確認する】など、細心の注意を払って初回歩行可否の決定をしていた。③【患者の初回歩行に対する意欲を継続させる】ことや【初回歩行中の事故を予防する】ために【初回歩行前に疼痛を緩和する】、【初回歩行しやすいようにドレーンを整理する】という行動をとり、【初回歩行を中断しても再度試す】ことや【スタッフに協力を依頼する】ことで成功に導いていた。④歩行できない【原因を解決する】ことをし、その後も【できる範囲で離床する】ことや【リハビリを導入する】、【次の看護師に引き継ぐ】という行動をとり、次の初回歩行を成功させるための看護を続けていた。

結論：消化器開腹術を受けた後期高齢者の看護では、慎重な可否決定の判断と患者の精神面へのアプローチ、チームでのアプローチが重要であると示唆された。

病院で働く看護師の配置転換と組織的支援についての研究

—組織と看護師双方への調査を通して—

氏 名 五十嵐文子
研究指導教員 飯島佐知子

【目的】本研究では、複数の病院の看護部門人事担当者及び看護師を対象に、配置転換に対する調査を行うことで、双方の視点から配置転換の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】250床以上の一般病床を有する一般病院1,120施設より、看護部長から研究協力の承認が得られた施設において、看護部門人事担当者を対象とした看護組織の実態調査、および看護師個人を対象とした自己記入式質問紙調査を実施した。看護部門人事担当者と看護師個人双方に対し、配置転換の実施方法や配置転換者への支援および評価の実施状況を尋ねた。また、看護師個人の調査データから、配置転換後の組織からの支援や評価、配置転換後の仕事の受け止めとの関連を分析した。

【結果・考察】組織調査は、47組織（回収率4.2%）から回答が得られた。7割の組織が定期的に配置転換を実施しており、最も多い目的はジェネラリストとしての成長と欠員補充であった。配置転換者への支援を実施している組織は8割で、配置転換後評価の評価を実施している組織は4割であった。看護師個人の調査は、983名（回収率43.9%）から回答が得られた。そのうち、平成25年4月に配置転換を経験した看護師の7割は、スキルアップを目的としていた。配置転換後の支援を、「いつも」または「しばしば」受けていると回答したのは2割であり、6割は評価されて

いないと回答していた。配置転換経験者の仕事に対する肯定的な受け止めには、支援と評価の実施が関連していた。
【結論】本研究により、配置転換した看護師が配置転換を肯定的に受け止めるためには、支援と評価が重要であることが明らかになった。しかし、支援や評価の実際に関しては、看護組織と個人の受け止めの違いが認められたため、双方ともに共有できる評価・支援方法の構築が必要であることが示唆された。

2 型糖尿病患者が初回教育入院の効果を認知するプロセス —M-GTAを用いた患者インタビューの分析—

氏 名 上野 美紀
 研究指導教員 青木きよ子

【目的】本研究の目的は、糖尿病の教育目的で入院した2型糖尿病患者が、初回教育入院の効果を認知していくプロセスを明らかにし、自己管理の継続につながる患者教育への示唆を得ることである。

【方法】対象は、2型糖尿病患者で初回の糖尿病教育入院後、6カ月以内に外来受診した際、本研究に対して協力の同意を得られた10名であった。データ収集には、半構成的面接法によるインタビュー調査を1人1回実施し、M-GTAを用いて分析した。

【結果】分析の結果、7個のカテゴリーと4個のサブカテゴリー、24個の概念が生成された。2型糖尿病患者が初回教育入院の効果を認知するプロセスとは、**【普段と違う環境】**で糖尿病治療を「実践させられる」ことにより短期間で**【目に見える効果】**を実感し、**【同病者からの刺激】**、**【医療従事者からの提案と賞賛】**、**【周囲の協力】**を受けながら**【意識改革】**や**【糖尿病と付き合っていくための行動の変化】**が促進されるプロセスであった。行動が継続されると再び**【目に見える効果】**を実感し、最終的に教育入院の価値を見出していた。

【考察】本研究で明らかになったプロセスの特徴は、患者が教育入院という短い期間で、糖尿病治療に対する意識や行動が素早く変化していくということであった。患者は、日常のストレスから解放された**【普段と違う環境】**で、食事・運動療法を「実践させられる」という身体を通じた学習によって、糖尿病であることを認識し、望ましい行動を自分の身体に自然と取り込み、退院後の自己管理につなげることができていた。また、**【目に見える効果】**の実感は、望ましい行動をとる意味の自覚や患者の成功体験につながり、糖尿病治療に対する意識や行動の変化を促進させていた。看護師は、これらのプロセスがスムーズに促進できるように関わり、患者が自己管理を継続できるように、教育入院の貴重な機会を最大限活用することが必要である。

高次脳機能障害者の家族が抱く介護肯定感を促進させる要因

氏 名 加藤かほり
 研究指導教員 青木きよ子

I. 目的

本研究は、高次脳機能障害者の家族が介護をする過程において抱く介護肯定感を促進させる要因を明らかにし、今後の看護援助の示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

首都圏に在住する高次脳機能障害者を介護する家族320名に岡林の対処方略、櫻井の介護肯定感を用いた質問紙調査を実施した。回収数は106部で、そのうち94部を分析対象とした。分析は、Mann-WhitneyのU検定、Spearmanの順位相関分析を行なった後、対処行動と5つの下位尺度、介護肯定感と3つの下位尺度を従属変数にした重回帰

分析を行った。

Ⅲ. 結果

本研究の対象が介護する高次脳機能障害者は、脳血管障害と外傷性脳損傷を主な原因疾患とし、男性が8割であった。対象である家族介護者は、女性が9割を占め、続柄から息子を介護する母親と夫を介護する妻の二つの関係に分けられた。

介護肯定感を従属変数にした重回帰分析の結果、介護肯定感を促進させる要因として関連があったのは介護者の多様な対処行動 ($\beta = .521, p < .01$)、良好な家族機能 ($\beta = .237, p < .05$)、介護者の良好な健康状態 ($\beta = .191, p < .05$)であった。その他の介護者の特性は、介護者が親であることが関連していた。

Ⅳ. 考察

高次脳機能障害者の家族が介護肯定感を促進させる要因は、介護者が多様な対処行動をとれること、家族機能が良いこと、介護者の健康状態が良いことであった。

看護者は、家族が高次脳機能障害による生活障害を理解することができるような機会の提供や多様な対処行動を選択し実施するための教育的支援、医療から福祉への連携を円滑に行うことが重要である。また、主介護者に対する支援だけでなく、家族全体に対する支援を行う必要性が示唆された。

MRSAサーベイランスの実践とフィードバックにおける感染管理 担当看護師の役割と困難さに関する実態調査

氏 名 後藤 佑介
研究指導教員 岩淵 和久

【目的】保険医療機関において実施が義務化されているMRSAサーベイランスを対象として、各施設で感染管理を担当している看護師が、MRSAサーベイランスの実施、データ分析、結果のフィードバックにおいてどのような役割を果たしているかと、それら一連の過程においてどのような困難さを感じているかを明らかにする。

【方法】2012年12月の時点で厚生労働省院内感染対策サーベイランス (JANIS: Japan Nosocomial Infection surveillance) に登録されている1,049施設の感染管理担当看護師 (各施設1名) を対象に、無記名式自記式調査を実施した。

【結果・考察】有効回答数348施設の感染担当看護師の65%はMRSA検出数が増加した時の対応に困難を感じており、40%はフィードバックに困難を感じていた。2つの困難には共通点があり、MRSA検出増加の原因を特定するのに十分なサーベイランスを実施していない場合により困難を感じる傾向があった。MRSAの検出件数が増加すると、院内感染の拡大を防ぐため、サーベイランスを実施しMRSAの検出増加の原因を検証する。しかしながら、日常的に行う基本的なサーベイランスを十分に実施していないと、原因の検証が出来ず、感染対策の実施、MRSAサーベイランス結果のフィードバックが困難になると考えられた。

【結論】MRSAサーベイランスの実践は、MRSAの発生動向調査が主な内容であり、MRSAサーベイランスの結果のフィードバックは、検出数や発生率の報告が主であった。MRSAについての発生分布や原因に関するデータを継続的・組織的に収集し、統合・分析の取り組みが不足すると、MRSA検出数が増加した時の対応の困難さやサーベイランスの結果のフィードバックに困難さを感じると考えられた。

精神科看護師の面識がない相談者への初回電話相談における介入プロセス

氏 名 佐々木竹美
研究指導教員 上野 恭子

【目的】精神科病院において、面識がない相談者からの初回の電話相談に対応する看護師は相談者との人間関係をどのように構築して、相談者の問題に介入しようとしているのか、すなわち、看護師の電話相談における介入プロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】首都圏にある精神科病院3ヶ所に勤務する看護師9名に、面識がない相談者からの電話相談の介入について半構成的面接法にてデータを収集し、M-GTAを用いて分析した。

【結果・考察】分析の結果、13個の概念が抽出され4つのカテゴリーが生成された。看護師は、面識がない相談者と関係性を築き、相談内容に対応するプロセスは、相談者のニーズの充足や問題解決へのかかわり合いを通し、看護師と相談者が相互理解を深めながら、相談者の意思決定を支えるプロセスであった。

看護師は、面識がない相談者からの電話相談に介入する際、【電話相談に対する私なりの信念】を根底に相談に臨み、受話器から聞こえてくる<全ての音からあなたをイメージ>していた。看護師は相談者と【安心と信用を深めていく関係性】と【充足・解決に向けた介入判断】を常に行ったり来たり影響し合いながら双方の関係性を深化させていった。看護師は、最終的に<あなたが考え意思決定する>ことができるように介入をしていた。また、看護師は【電話相談を終了する判断】ができると相談を終了させていた。

【結論】看護師は、相談者の電話相談において、<あなたが考え意思決定する>ことを重視してかかわっていた。また、相談者と看護師の関係性を構築するには、看護師が意図的な介入を行い、適切なタイミングでコミュニケーション技法を活用していた。初回の電話相談においても相談者と看護師の関係性が構築されていることが明らかになった。

看護学生の自己調整学習と教授方略ならびに学習習慣との関連に関する研究

氏 名 菅原 啓太
研究指導教員 村中 陽子

【目的】本研究の目的は、看護系大学における学生の自己調整学習と教授方略ならびに学習習慣との関連を検討することである。

【方法】予備調査と本調査により自己調整学習を測定する項目を選定し、8校の看護系大学1年生2年生を対象に質問紙調査を実施した。312名を分析の対象とし、自己調整学習の測定項目の妥当性・信頼性を検証した。学習習慣と学習時間・自己調整学習得点の差をMann-WhitneyのU検定で検討した。さらに、教授方略と自己調整学習の動機づけ・学習方略・メタ認知得点を検討した。

【結果・考察】計画的に勉強をおこなうもの、授業の復習を行うものは自己調整学習得点が高く、学習習慣の確立は自己調整学習の能力を高めることにつながると考えられた。

講義形態の授業に副教授形態を組み合わせることで勉強するようになった学生が存在し、彼らの動機づけ・学習方略・メタ認知も高かった。このことから講義形態の授業に副教授形態を組み合わせることにより、勉強するようになる可能性が示唆された。しかし、どの副教授形態を組み合わせても勉強するようになってない学生も存在し、彼らの動機づけ・学習方略・メタ認知は極めて低かった。そのため、従来の教授方略では学習効果を期待できず、このような学生の主体的な学習を促す教授方略の検討を行っていく必要があることが示唆された。

【結論】1) 日頃の勉強や試験勉強を計画的に行う学生、授業の予習や復習を行う学生の自己調整学習得点が高かった。2) 講義形態の授業で勉強できるようになったと答えた学生のほとんどが演習、そして実習形態の授業でも勉

強するようになっていたと自覚していた。3) 講義形態の授業に副教授形態を組み合わせることにより、勉強するようになる可能性が示唆された。4) どのような教授方略を用いても主体的な学習行動を期待できない学生が存在していることが示唆された。

医療的ケアを必要とする子どもの家族へ在宅移行支援を行う看護師の困難

氏 名 菅原 淳
研究指導教員 川口 千鶴

【目的】医療的ケアを必要とする子どもの家族へ在宅移行支援を行う際の看護師の困難を明らかにする。

【方法】退院後も医療的ケアが必要な子どもの受け持ち看護師となり、家族へ在宅移行支援の経験がある看護師9名を対象に半構造化面接を行った。家族へ在宅移行支援を行った際に感じた困難を尋ね、その内容を質的記述的に分析した。

【結果・考察】医療的ケアを必要とする子どもの家族へ在宅移行支援を行う看護師の困難は【退院支援に対する医師の意見と家族に寄り添う看護師の意見の相違による葛藤】【在宅療養に躊躇する親に対し意思決定支援を行う看護師の揺らぎ】【家族形態が脆弱な状況にある家族を支え導く看護師の重荷】【退院支援の知識や経験が乏しく手探りで行動しなければならない戸惑い】【看護師間の退院支援に対する意識のずれによる連携の弱さ】の5つカテゴリーが抽出された。

看護師は在宅移行支援の際に、子どもと家族が家庭で安心した生活を営むことを重視しており、この意思が揺らぐことが困難に影響を及ぼしていると考えられた。この揺らぎは子どもと家族に寄り添い、最善の生活とは何かを模索しているための“揺らぎ”であると考えられる。この“揺らぎ”に対して、揺らぎながらも自信をもち、子どもと家族が安心した生活を送れるような支援を提供できるよう、ジェネラリストやスペシャリストによるサポートの強化や病棟内の退院支援システム構築、さらに看護師自身が揺らぎの対処ができるよう周囲の看護師や多職種に対して発信する能力を高めていくことが重要であるという示唆を得た。

【結論】在宅移行支援の際の看護師の困難として5つのカテゴリーが抽出された。在宅移行支援の際の困難は、看護師の在宅移行支援に対する“揺らぎ”が影響していると考えられた。この看護師の揺らぎに対して支援する必要があると示唆を得た。

ショートステイにおける転倒とADL低下に対する予防ケアの実施状況と関連要因

氏 名 関 由香里
研究指導教員 湯浅美千代

【目的】本研究の目的は、介護老人保健施設併設型、特別養護老人ホーム併設型のショートステイにおいて、転倒予防ケアとADL低下予防ケアの実施状況を把握し、予防ケアの実施に関連する要因を明らかにすることである。

【方法】関東圏内にある介護老人保健施設併設型、特別養護老人ホーム併設型のショートステイに関わる看護職・介護職（以下、老健看護職・老健介護職、特養看護職・特養介護職とする）を対象とし、承諾の得られた1施設につき各職種2部ずつ（老健は計120部、特養は計172部）を送付し、転倒予防ケアとADL低下予防ケアに関する質問紙調査を実施した。転倒予防ケアとADL低下予防ケアの各項目について専門職としての経験、知識、個人的経験、看護職と介護職の連携、職場でのケアに対する認識との関連を χ^2 検定、Fisherの正確確率法を用いて分析した。

【結果】老健看護職51名（有効回答率85%）、老健介護職50名（有効回答率83.3%）、特養看護職57名（有効回答率

66.3%)、特養介護職63名(有効回答率73.2%)を分析対象とした。転倒予防ケアの各項目について高実施の割合は、施設、職種に関わらず類似の傾向が示され、8割以上のものが高実施であったのは車イス移乗時の確認(フットレスト、ストッパーの確認)とベッドの確認(柵、ストッパー)、情報収集であった。ADL低下予防ケアでは、各項目の高実施の割合は転倒予防ケアより低い傾向があり、老健看護職と特養看護職とは実施状況に異なる傾向がみられた。

転倒予防ケア、ADL低下予防ケアの実施に両方に関連するのは「介護職への指導・助言」、「看護職からの助言による介助」であった。

【考察】結果より、看護職と介護職の連携が予防ケアの実施に関連することが示唆された。ショートステイにおいて、ADL低下予防ケアより、転倒予防ケアが実施される傾向があり、両方の予防ケアを推進するには看護職、介護職の職種間の連携を強化することが有効であると考えられた。

急性期病院における無作為化比較試験による転倒予防のための患者教育の評価

氏 名 高橋真紀子
研究指導教員 飯島佐知子

【目的】近年、医療安全活動に患者自身が参加することが効果的であるとされているが、患者が事故防止に参加するには、安全に関する教育が必要と考えられる。しかし、転倒予防においては、患者教育について無作為比較試験で評価されたものはなく、その効果は十分に明らかになっていない。本研究は、入院患者を対象とした転倒予防教育を実施し、その教育効果を転倒予防の知識、転倒予防に対する認識と予防行動の実施によって評価することを目的とした。

【方法】A病院4病棟の入院患者45名を無作為に介入群、対照群の2群に割り付けた。介入群には、研究者が作成したパンフレットを用いて転倒予防のための教育を行い、終了後にパンフレットを手渡した。介入前、介入直後、介入1週間後の3時点で、介入群と対照群の間の転倒予防の知識、医療安全への参加意識、転倒予防に対する認識、転倒予防行動を比較した。

【結果・考察】転倒予防の知識の正答割合は、介入前は2群の間に差はなく、介入直後には介入群の方が対照群に比べ12項目中4項目、介入1週間後には3項目で有意に高かった。また、介入群では、介入前に比べ介入直後の正答割合は11項目で向上し、4項目で有意に高かった。介入1週間後も介入前に比べると12項目全ての正答割合は向上した。対照群では、入院時、入院オリエンテーション直後、1週間後の3時点で、正答割合に有意な変化は認められず、教育が有効であったことが示唆された。しかし、介入群の介入1週間後の正答割合、介入直後と比べると低下しており、今後は知識を維持するための教材の使用法の検討が必要と考えられる。患者の医療安全への参加意識、転倒予防に対する認識、転倒予防行動は介入群と対照群で有意差はなかったが、介入群、対照群ともに介入前から高い傾向を示した。

【結論】入院直後の転倒予防教育は、患者が転倒予防について正しい知識を得るために効果があることが示唆された。

COPD患者を対象としたiPadによるセルフマネジメント教育プログラムの開発

氏 名 滝澤真季子
研究指導教員 植木 純

【目的】本研究の目的は、擬人化されたiPadがCOPD患者を対象に自宅でセルフマネジメント教育を継続して行うアプリケーションソフトを開発することである。さらに、パイロット試験で開発したアプリケーションソフトのフィジビリティを検討することである。

【方法】iPadを音声、イラスト、動画等を用いて擬人化し、使用する患者がiPadにタッチしながらコミュニケーションをとるインタラクティブなセルフマネジメント教育用のアプリケーションソフトを開発する。開発後のパイロット試験では6週間介入を行い、アドヒアランスや使用感、息切れ、運動耐容能、LINQスコア、健康関連QOLに及ぼす影響を評価する。

【結果・考察】看護師のイラストをナビゲーターとし、①症状チェック、②ストレッチングの動画、③セルフマネジメント・息切れを軽減させるための学習（全11章、40コンテンツ）、④体操の時間・歩数の入力自動展開するアプリケーションソフトを開発した。また、必要に応じて学習できるように呼吸法・体操動画編と知識編のライブラリーを作成した。7例のCOPD患者（年齢 72.1 ± 5.8 歳）を対象に行ったパイロット試験では、アプリケーションソフトへのアドヒアランスは良好で、全員が操作は簡単と回答した。患者における情報の必要度やセルフマネジメントを主とした日常の行動パターンを評価するLINQスコアが有意に改善した（ $n=6$ ）。また、息切れの軽減（ $n=5$ ）、健康関連QOLの改善（ $n=5$ ）を認めた。1名は肺炎による増悪をきたしたが、増悪時の対応に改善を認めた。

【結論】iPadがインタラクティブにセルフマネジメント教育を展開するアプリケーションソフトを開発、パイロット試験で有用性が示唆された。今後、無作為試験で有用性の検証を行うとともに、様々な臨床の場で活用できるようにスタイルの異なるアプリケーションソフトを開発する予定である。

慢性閉塞性肺疾患患者の栄養管理に関するセルフケアニーズと関連要因の分析

氏 名 田村 美紀
研究指導教員 青木きよ子

【目的】COPD患者の栄養管理についてのセルフケアニーズと影響する要因を明らかにし、適切な栄養管理ができるような看護介入への示唆を得る。

【方法】関東近郊の1医療施設の呼吸器内科外科外来に通院するCOPD患者129名を対象とし、基本属性、身体的要因、環境要因、栄養管理に対するこれまでの経験、自己効力感、栄養管理に対する考え方について質問紙調査を行った。

【結果】対象者は平均年齢74.4歳（SD=8.2歳）の高齢で男性が多い集団であった。また、家族と同居している者が9割近くを占め、食事の支援者がいることから、平均BMI値 21.7 Kg/m^2 （SD= 3.2 Kg/m^2 ）と比較的安定していた。栄養管理のセルフケアニーズにおいて平均値が高かった項目は、「自分の適性体重」、「食事中に息苦しさを感じた時の対処方法」であり、「宅配サービスの利用」についてのセルフケアニーズが低かった。重回帰分析を行った結果【年齢75歳以下】、【栄養管理に対する家族の支援がある】、【自己効力感が高い】、【栄養管理は重要であると考えている】ことが栄養管理のセルフケアニーズに影響していた。

【考察】療養生活を送る際に必要な栄養管理についての情報提供を行い、患者に動機づけすることはCOPD患者のQOLの維持・向上を目指した継続支援になるといえる。また、「宅配サービスの利用」についての有用性を周知すること、家族を含めた関わりと療養生活を支援するシステムの構築が必要であると示唆された。

地域における30代女性の健康状態と健康課題の検討

氏 名 中澤 智美
研究指導教員 櫻井しのぶ

【目的】本研究の目的は、地域で生活する30代の女性の健康状態を明らかにし、ストレス、自己効力感、ソーシャルサポート、生活習慣とその健康状態との関連を検討することである。

【方法】A町の30代健診を受診した30代女性211名を対象に質問紙調査を実施し、身体的健康状態（BMI、腹囲、血圧、血液データ）と精神的健康状態（GHQ12）の概要を調査した。また、ストレス、自己効力感、ソーシャルサポート、生活習慣と身体的・精神的健康との関連について χ^2 検定、Fisherの直接確立法を用いて検討した。

【結果・考察】30代女性の健康状態として、血液データにおいてHbA1cで8.1%、クレアチニンで18.0%の割合で異常値の者が認められた。その一方で、痩せ（BMI18.5未満）が26.5%の割合で認められた。また、精神的健康に問題を有する可能性のある者は31.8%の割合で認められた。身体的健康に影響を及ぼしていた要因は、子どもの有無、食習慣、飲酒の習慣、自己効力感、子育て・子どもの教育に関するストレスであった。精神的健康に影響を及ぼしていた要因は、婚姻状況、自己効力感、ソーシャルサポート、やりたいことができない・金銭面に関するストレス、運動習慣、睡眠による休息であった。

【結論】30代女性において、生活習慣病につながる血液データの異常の出現が認められた。自己効力感やソーシャルサポートを高めていくことは、30代女性の健康の達成と維持において重要と考えられ、地域では情報提供・仲間づくりの場などを提供するとともに、家族背景などの個々人の背景に応じた支援を行う必要が考えられた。

初期CKD患者のセルフケア行動の必要性の認識を規定する要因

氏 名 安田 裕江
研究指導教員 青木きよ子

【目的】初期CKD患者におけるセルフケア行動の必要性の認識を規定する要因について明らかにし、CKD患者が早期からセルフケア行動の必要性を認識し行動へと繋げるための看護支援について検討する。

【方法】首都圏大学病院の腎・高血圧内科通院中の初期CKD患者に無記名自記式質問紙調査を行った。セルフケア行動の必要性の認識には個人要因、環境要因、CKDの主観的評価、セルフケア行動の主観的評価が関連すると仮定し調査項目を選定した。

【結果】回収した質問紙のうち有効回答119名（75.8%）を分析対象とした。対象者は男性83名、女性36名、平均年齢は57.2歳（SD=14.0歳）であった。対象者のほとんどが同居しており、そのうち家族を扶養している者は58名（49.2%）いた。職に就いている者は63名（53.4%）であった。医療従事者から108名（92.3%）、マスメディアから92名（78.6%）の対象者が情報を得ていた。平均罹患期間は11.4年（SD=9.4年）で、診断後も腎障害が悪化せず経過していた。セルフケア行動12項目のうち9項目において過半数以上の者が行動を実行しており、「セルフケア行動の必要性の認識」総得点は60点中51.81点（SD=7.10点）であった。セルフケア行動の必要性の認識とセルフケア行動の実行は正の相関関係にあり、セルフケア行動の必要性の認識には「年齢」、ソーシャルサポートの中の「疾患に対する行動的サポート」総得点、セルフケア行動の主観的評価の中の「有効性の認識」総得点に関連していた。

【考察】看護師は患者の社会的な地位や役割を考慮し患者がセルフケア行動を実行する時間や余裕をつくれるよう支援すること、そしてソーシャルサポートの中でもCKDの治療に対する行動的サポートを充実させること、最後にセルフケア行動が有効であるということを患者が認識できるよう支援することが必要である。

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

投稿規定

I. 投稿資格

投稿者は、本学部の教員及び編集委員会が認めた者。

II. 原稿の種類

原稿の種類は、総説・原著・研究報告・実践報告・その他であり、内容は次の通りである。

総説：特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、幅広く考察したもの。

論説：特定のテーマに関する自説、展望、提言を論述したもの。

原著：論理的かつ明確な構想に基づき得られた研究結果をもとに、新しい知見が論理的に示され、独創性があり、学術的な意義が明らかであるもの。

研究報告：内容的に原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、発表する価値が認められるもの。

実践報告：教育活動、医療看護実践の報告などで教育・医療看護実践の向上・発展に寄与し、発表の価値が認められるもの。

資料：有用な調査データや文献等に検討を加えたもので発表の価値があると認められるもの。

その他：学会参加報告等、編集委員会が認めたもの。

III. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

IV. 執筆要領 (和文)

1. 原稿の書式

原稿のサイズはA4版とし、40字×40行で印字する。

原稿提出の際は、オリジナル原稿およびコピー3部(表紙に論文題目のみ記載)を提出する。査読後の最終原稿には原稿を入力した電子媒体を添付する。

2. 原稿の長さ

投稿原稿の1編は、本文、図・表、文献を含めて下記

の字数以内とする。超過した場合は、所要経費を著者負担とする。

・総説	16,000字(10枚)
・論説	16,000字(10枚)
・原著	16,000字(10枚)
・研究報告	11,200字(7枚)
・実践報告	11,200字(7枚)
・資料	11,200字(7枚)
・その他	11,200字(7枚)

3. 原稿の構成

1) 表紙

論文題目、著者名、所属を和文・英文でつけ、希望する論文の種類、連絡先を記入する。

2) 要旨とキーワード

論文には、和文要旨(500字以内)と5個以内のキーワード(和文・英文)をつける。原著の場合は、英文要旨(300語以内)もつける。

3) 本文

(1) 1桁の数字は全角入力、2桁以上の数字は半角入力、欧文の大文字・小文字は半角入力とする。

(2) 各章の見出し番号は、I、1、1)、(1)、①の順とする。

(3) 単位は、m、cm、mm、g、mg、l、ml等とする。

(4) 略語は慣用のものとする。一般的でない略語を用いる場合は、論文の初出のところで正式用語とともに提示する。

4) 図・表の作成

図・表はそのまま製版するので、ワープロ製図した原図(コピーは不可)とする。写真は鮮明な紙焼き(手札型以上)に限る。裏面に、標題・著者名を明記する。

図・表は本文とは別に1枚ずつ白紙に貼付して添付し、本文中に挿入する位置を指定する。印字例にて各自レイアウトし、原稿制限枚数内に納める。

5) 文献

文献は主要なもののみ限定し、印刷されたもの、入手可能なものが望ましい。

引用文献は、原則として、引用順に番号を付けて配列し、引用箇所には肩付数字1) 2) 3)・・・を記入する。ただし、論文の種類によっては、MLA (Modern Language Association) に従った引用方式も構わない。

参考文献を入れる場合は、著者名のアルファベット順に末尾にまとめる。著者名は3名まで記載する。

欧文雑誌名の省略はIndex Medicusの省略名に準拠し、和雑誌名は省略しない。

<引用文献の記載例>

- ① 雑誌 - 著者名: 論文名、雑誌名、巻 (号)、頁 - 頁、西暦年。

例) 原田静香、荒賀直子、山口忍、他: 地域看護学専攻における在宅ケア実習の評価 - 実習対象者の調査から、順天堂医療短期大学紀要、15、36-44、2004.

- ② 単行書 - 著者名: 書籍名 版、発行所、発行地 (東京の場合省略可)、頁 - 頁、西暦年。

- ③ 翻訳書 - 原著者名: 原書名、原書発行年、翻訳者名、翻訳書名 版、頁 - 頁、翻訳書の発行所、翻訳書発行年。

- ④ ウェブページやPDFファイルからの引用はそのページのリファレンスとしての要件 (URLが変化しない、誰でも閲覧可能など) を十分検討したうえで次のように行う。

- ウェブページからの引用 - 著者名 (年.月.日): タイトル<URL (Uniform Resource Locator)>。
例) 大谷和利 (2001.4.9): “一度に1人ずつの革命: 再び「なぜMacが好きだと言わないのか?」” <http://www.zdnet.co.jp/macwire/0104/09/c_hangeworld.html>

- PDFファイル等の電子出版物 - 基本的に冊子体の雑誌の引用スタイルに準じて表記し、URLを明記する。

例) 太田勝正 (1999): 看護情報学におけるミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究, 1 (1): 6-10 <[http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1 \(1\) /1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1 (1) /1_1_4.pdf)>

V. 執筆要領 (英文)

1. 英文による投稿は、参考文献、注、図、表も含め、原著8,000語、研究報告5,600語、実践報告5,600語、総説8,000語、その他8,000語を越えないものとする。
2. 投稿はAPA (American Psychological Association), AMA (American Medical Association), MLA (Modern Language Association)のいずれかに従って書かれていることを原則とする。
3. すべての投稿はA4用紙に上下左右に2.5センチ以上の余白を取り、半角80字×40行に設定し、Times New Romanを使用する。
4. 表紙をつけ、英語および日本語のキーワード (5つ以内)、タイトル、氏名、所属を記入すること。原著については英文300語、日本語500字の要約をつける。

1. **Original Articles** must not be more than 8,000 words in length, including references, notes, tables, and figures. **Research Reports** submissions should be not more than 5,600 words in length. **Practical Report** submissions should be not more than 5,600 words in length.. **Review Articles** should be not more than 8,000 words, and **Others** should be not more than 8,000 words.
2. Papers should be written following the publication manuals of APA (American Psychological Association), AMA (American Medical Association) or MLA (Modern Language Association) .
3. All submissions must be typed on A4 or 8.5"x11" paper. Leave margin of at least 1 inch at the top, bottom, right, and left of every page. Set the lines as 80 strokes × 40 lines. The font should be 12 point-sized Times New Roman.
4. The first page of the file should be a cover sheet that includes 5 or less keywords (English and Japanese), the title, author's name (s) along with affiliation (s). The author's name and identifying references should appear only on the cover sheet. Original Article should be attached with an abstract (no more than 300 words in English and 500ji in Japanese) .

Ⅵ. 論文の採否

投稿原稿は査読を行い、編集委員会が原稿の採否、掲載順序を決定する。

Ⅶ. 校正

著者校正は初校のみとし、この際大幅な加筆修正は認めない。

Ⅷ. 著者が負担すべき費用

掲載料は無料とする。

別刷りは30部まで無料とし、それを超える部数は著者負担とする。その他、印刷上特別な費用（カラー写真等）を必要とした場合は著者負担とする。

Ⅸ. 著作権

本誌に掲載された論文の著作権は、順天堂医療看護研究会に帰属し、本会が電子化の権利を有する。

X. 原稿提出先

〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1

順天堂大学医療看護学部内

医療看護研究 編集委員会

TEL 047-355-3111

FAX 047-350-0654

この規定は、平成15年7月15日より発効する。

平成20年7月1日 一部改正

平成21年6月4日 一部改正

平成22年6月2日 一部改正

平成24年7月11日 一部改正

Journal of Health Care and Nursing

ISSN 1349-8630 Iryō Kango Kenkyū 11 (1) , 1 ~ 123 (2014)

October 2014

Volume 11 No.1

Contents

Editorial

- Creating a New Concept of Values: Lyman Frank Baum, Wonderful Wizard of Oz
MAYUZUMI Michiko 1

Original Articles

- A Comparative Study of Work by Public Health Nurses to Improve Measles Immunization Rates in Mie and Shiga Prefectures
KAWAKAMI, Masami, KUDOU Ayako, INABA Hiroshi, IWABUCHI Kazuhisa 8
- Convalescence and the Quality of Life of Middle-Aged Outpatients with Rheumatoid Arthritis: Study of the Relationship with Biological Therapy
HINO Keiko, AOKI Kiyoko, TAKAYA Mayumi 17
- Difficulties Felt by Mid-Career Nurses and Factors of the Workplace Continuation in Small and Medium-Sized Hospitals
SUZUKI Sayuri 27

Research Reports

- A Literature Review of the Quality of Life in Laryngectomized Patients
IWANAGA Kazuyo, KOTAKE Kumiko, HABA Kaori,
SUZUKAMO Yoshimi, KAI Ichiro, TAKAHASHI Aya..... 35
- End-of-Life Support by Home-Care Nurses for Elderly Patients Living Alone
—Similarities and Differences for Elderly Cancer and Non-Cancer Patients—
NISHINA Kiyoko, YUASA Michiyo, KUDOU Ayako..... 45
- Correlations between Life Style and Bone Mineral Density in Adult Women
—An Analysis of Osteoporosis Examination Data from One Community—
SAITO Naoko, SAKURAI Shinobu..... 59

Research Note

- Research on the Spiritual Distress Written in the Notes from Patients with Intractable Neurological Diseases
NAGASE Masako..... 67

Participant Report

- Participant Report on “The Simulation Workshop for Nursing Educators: From the Basics to Implementation”
TERAOKA Misako, SANNOMIYA Yuri, MURANAKA Yoko..... 74

Activity Reports of the School of Health Care and Nursing

Eighth Training Session for Clinical Training Supervisors

- What Supervisors Gain from Overseeing Clinical Training
AOYAGI Yuko, HIGUCHI Kieko, KOYANO Yasuko, SUGIYAMA Tomoko,
HURUYA Chiaki, KUDO Ayako, ITO Ryuko, NAGANO Mitsuko,
HARADA Shizuka, TANAKA Tomoko, OKADA Takao..... 81

Reports of Lectures at International Exchange Programs

- “Chronic Diseases and Care in the Kingdom of Thailand and Japan” 85

Report of the 10th Research Conference on Health Care and Nursing

- Lecture
Qualitative Research Methods: An Overview with a Focus on Ethnographic Techniques
Graduate School of Commerce and Management, Hitotsubashi University SATO Ikuya..... 87
- Summaries of Research Presentation..... 91

Outlines of Master's Degree Theses

- Outlines of Nursing Specialty Master's Degree Theses at the Juntendo University Graduate School of Health Care and Nursing in the 2013 Academic Year..... 111

- Instructions for Contributors..... 120

Juntendo University Faculty of Health Care and Nursing

2-5-1 Takasu, Urayasu, Chiba
279-0023, Japan