

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- The Burden of Work and Coping Strategies of a Male Nurse Two Years After Graduation
 Tamami Kawashima, Mutsumi Kato 1
- Analysis by SCAT (Step for Coding and Theorization) of Families' Acceptance of Schizophrenic Family Members
 Tokuko Miyazaki, Noriko Hagi, Nobuyuki Onishi, Hitomi Koyano 13
- The Assistance of Nurses to Support The Decision-Making of Terminal Cancer Patients who Transfer to Home Palliative Care
 Kyoko Mori, Chie Furukawa 23

RESEARCH REPORT

- Considering of Student's Learning for Home Care Nursing Practicum
 Hina Ogino, Shigemi Haruna, Yasuko Toyoshima 35

BRIEF REPORTS

- Perception of the Severe Disturbance of Consciousness Patient's Family in the Subacute Phase
 Yumi Masuda, Keita Fujinoki 41
- The Report of Volunteer Activities of Nursing Students in Tohoku After the Great Eastern Japan Earthquake
 Naomi Kotera, Yukari Ogasawara, Katsuyuki Nakagami, Hitomi Koyano, Sayuri Minoda, Satomi Mizuno-Lewis 51
- Process to the Consciousness Recovery Experienced by Elderly Patients who Developed Postoperative Delirium
 Youko Miyoshi, Mizue Amano 61

四日市看護医療大学紀要

目次

〈原著〉

- 卒後2年目の男性看護師が感じる仕事の負担とその対処
 川島 珠実, 加藤 陸美 1
- 統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析
 宮崎 徳子, 萩 典子, 大西 信行, 児屋野仁美 13
- 在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助
 森 京子, 古川 智恵 23

〈研究報告〉

- 在宅看護学における学生の学びの検討
 —演習を通して—
 萩野 妃那, 春名 誠美, 豊島 泰子 35

〈資料〉

- 亜急性期における重度意識障害患者の家族の認識
 増田 由美, 藤ノ木啓太 41
- 東日本大震災被災地での看護学生のボランティア活動の報告
 小寺 直美, 小笠原ゆかり, 中神 克之, 児屋野仁美, 蓑田さゆり, 水野ルイス里美 51
- 術後せん妄を発症した高齢患者が体験した意識回復までのプロセス
 三好 陽子, 天野 瑞枝 61

〈原 著〉

卒後2年目の男性看護師が感じる仕事の負担とその対処

川島 珠実*, 加藤 睦美*

The Burden of Work and Coping Strategies of a Male Nurse Two Years After Graduation

Tamami Kawashima*, Mutsumi Kato*

Abstract

The purpose of this research is to clarify how male nurses, two years after graduation, cope with the burdens of their work. Semi-structured interviews were conducted with male nurses in Prefecture A in their third year after graduation of employment at hospitals with 400 or more beds. The results of the interviews were analyzed using the Qualitative Synthesis Method (KJ method). The results show that male nurses in their second year of employment felt “An increased burden: The burden of increased responsibility” to a greater degree than male nurses in their first year of employment. However, they acquired “Autonomous learning: An attitude to learn from unpredicted events” and “Establish my own position: Actively interact with new nurses, and maintain a harmonious relationship.” Therefore second-year male nurses were able to “Recovery through support from others: A reaffirmation of the support system for second-year nurses,” and “Self recovery: The relief of stress through my own methods,” and were able to continue their careers into their third years.

要 約

本研究の目的は、卒後2年目の男性看護師は、仕事の負担を具体的にどのように感じ、どのように対処して職業を継続しているのか、その実態を明らかにすることである。A県内の400床以上の病院の卒後3年目の男性看護師を対象に半構造化面接を行い、質的統合法(KJ法)にて分析を行った。結果、2年目男性看護師は、1年目より【増大した負担:追加された新しい業務による負荷】を仕事の負担と感じていた。しかし、【自律した学習:想定外の出来事から自発的に学ぶ姿勢】を身につけ、【自身のポジションを確立:新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】した。このような状況の2年目男性看護師は、【周りのサポートによるリカバリー:2年目看護師に対する支援体制を再認識】できたり、【自身によるリカバリー:自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】できたりすることで仕事の負担を対処でき、3年目看護師として職業を継続させていた。

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

Key Words: 2年目 (Two Years), 男性看護師 (Male Nurse), 仕事の負担 (The Burden of Work), 対処 (Coping)

I. はじめに

2003年度の看護職員の離職率は、常勤看護職員が11.6%であるのに対し、新人看護職員は9.3%であると発表された¹⁾。その理由として、看護基礎教育終了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップや現場の看護職員が新人看護職員に仕事のなかで教える時間がないなどが挙げられた²⁾。以降、新人看護職員の教育研修体制の整備に取り組む病院が増加し、更にこの研修制度は努力義務化された。2012年度には95.8%の病院が何らかの形で新人研修をしており³⁾、同年度の新人看護職員の離職率は7.9%となった⁴⁾。しかし、2010年度の病院看護実態調査において、通算経験3年目の看護職員の離職率は12.8%であり、同年度の新人看護職員の8.1%よりも上回った⁵⁾。更に、長期病気休暇の取得についても明らかにされ、そのうち3分の1がメンタルヘルスの不調が原因であり、20歳代が最も多かった⁶⁾。

卒後2年目看護師 (以下、2年目看護師と表記) は、技術や知識の不足感があるため、プリセプター制度の終了に不安を感じたり⁷⁾、新たな役割の受け持ち看護師⁸⁾ や勤務帯リーダー⁹⁾ に力量不足や自信のなさを感じているとの報告がある。又、心理的な仕事の質的負担及び身体的負担は高く¹⁰⁾、ストレス反応と離職希望との間に相関があり¹¹⁾、職業継続意思には自分の仕事の適正度が関連する¹²⁾ とも報告されている。以上のように、新人看護師へ手厚い教育研修や支援を実施しても、2年目看護師になると高いストレス状況に追い詰められ、長期休暇や離職につながると考えられる。

このような中、年々男性看護師数は増加し、一般病棟での活躍も増えている¹³⁾。しかし、男性看護師は、女性患者に敬遠されたり¹⁴⁾、ケアを拒否されたり^{15,16)} し、戸惑い¹⁷⁾ ややりにくさを感じている¹⁸⁾。更に、女性看護師との人間関係の構築の困難さ^{19,20)} や女性患者のケアを依頼することへの気兼ね¹⁶⁾ もあり、女性看護師より男性看護師の方

が職場環境によるストレスが高く、抑うつ感が強い²¹⁾ という報告もある。先述の離職率に男性看護師の割合は不明であるが、男性看護師のストレスが高いままであれば、離職につながると考えられる。

そこで、2年目男性看護師の仕事の負担には、どのようなものがあり、どのように対処して3年目看護師として継続しているのか疑問を持った。2年目看護師の育成について問題視している看護管理者も多く²²⁾、2年目看護師の仕事上の負担とその対処方法を明らかにすることでストレスの軽減につながる支援の示唆を得られると考えた。又、2年目看護師²³⁻²⁵⁾ や男性看護師²⁶⁾ に役割モデルの存在が重要であることが明らかになっている。2年目男性看護師が就業継続意思を固め、3年目以降へとキャリアを積むことは、次の若い看護師や男性看護師の役割モデルとなり、看護師全体の離職防止へつながるであろう。

II. 研究目的

2年目の男性看護師は、仕事の負担を具体的にどのように感じ、どのように対処して職業を継続しているのか、その実態を明らかにすることである。

III. 用語の定義

仕事の負担：看護師として仕事をする中で、身体的及び心理的において量的にも質的にも重荷を感じることをとする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、3年目の看護師の観点から、その人の過去の仕事経験を明らかにするため、質的帰納的研究デザインを用いた。

2. 研究参加者

本研究の研究参加者は、A県内の400床以上の

病院の3年目の男性看護師とした。「400床以上の病院」の「20歳代」でメンタルヘルス不調の常勤看護職員の占める割合が高く²⁷⁾ なるため、厳しい状況下で2年目看護師として看護師を継続し、対処できた可能性が高いと考え、400床以上の病院とした。又本研究では、卒後2年目、つまり就職後13~24か月間の「仕事の負担とその対処」をデータとして扱う。従って、研究参加者には2年目に仕事の負担を感じながらも、それを乗り越え、看護師を継続しており、更に「いま—ここ」の自分について語ってもらうのではなく、「あのとき—あそこ」の自己を語ってもらう²⁸⁾ 必要があるため、卒後3年目の男性看護師とした。

3. データ収集期間

平成26年11月~平成27年2月であった。

4. データ収集方法

半構造化面接により、インタビューガイドを基にデータ収集を行った。その内容は、2年目に経験した仕事で印象的な出来事は何か、その出来事をどのようにとらえ、どのように対処して仕事を継続してきたのか、その出来事に対処するために必要だと思った準備や支援はどのようなものか、について語ってもらった。尚、「男性看護師としての仕事の負担」があれば、研究参加者から語られると考えたため、性別を強調する質問はしなかった。

インタビューでは、3年目看護師に「2年目での仕事経験」を語ってもらうため、1回のインタビューでは想起できない可能性も考えられ、2回実施した。1回のインタビュー時間は60分以内とし、研究参加者が希望し、かつプライバシーが確保できる場所とした。2回目のインタビューは、1回目のインタビューより3~4週間後に設定し、実施した。

インタビュー内容は、研究参加者に説明し、同意書へ署名を得た上で、ICレコーダーに録音した。

5. 分析方法

本研究では、複数の研究参加者の経験や心情などを語った内容をデータとして扱い、そのデータから結果を抽出する必要がある。現場から取材したバラバラな断片情報（「個」の姿の集合）から、論理的な整合性を持った統一体として見事な全体像をあらわすことができる質的統合法（KJ法）²⁹⁾ を本研究の分析方法とした。その分析手順を以下に示す。

1) 個別分析

研究参加者一人ずつ、以下の手順で個別分析を行った。

(1) ラベルづくり

半構造化面接で得られたデータは、研究参加者が様々なことを想起しながらの語りであったため、「2年目の仕事経験」だけでなく、新人看護師や3年目看護師としての経験も含まれた。そこでICレコーダーに録音したデータから起こした逐語録を何度も熟読し、「2年目に経験した仕事の負担とその対応」に該当する内容のみを生データとして抽出した。そして、生データの意味内容が1つになるように区切って単位化し、1枚のラベルとして作成した。

(2) グループ編成

(1)で作成したラベルを順不同に広げ、全てのラベルを何度も読み返し、内容が似ているもの同士を2~3枚、多くて4~5枚ずつ集めてグループ化した。そのグループ化された数枚のラベルの内容をまとめ、1文で表す作業の表札づくりをした。このラベルを広げ、内容の似たものどうしをグループ化し、表札づくりの作業を繰り返す。最終的に5~6枚のラベルにした。

2) 総合分析

総合分析では、各々の個別分析の具体性を残し、かつ抽象度が高すぎないように、個別分析で得られた5~6枚の最終ラベルから2段階前のラベルを用いた。個別分析と同様、ラベルを順不同に広げ、ラベルに示された意味内容が似ているものを2~3枚ずつ集め、新たなラベルを作成した。この作業も個別分析と同様に最終的に5枚になるまで繰り返した。

3) 空間配置

総合分析の結果で最終的に残った5枚のラベル同士の関係を構造化した見取図を作成した。その手順は、最終ラベルを何度も読み返し、できる限り多くのものが関係する組み合わせを探し、できる限り短距離に関係が表示でき、できる限り関係は交差しない位置にラベルを配置した。配置が決定したら、ラベル同士の関係性を示す記号やどのような関係かを言い表せる言葉を添え、見取図を作成した。

更に、各ラベルの要点を端的に表現できるシンボルマークを命名した。このシンボルマークは、ラベル内容のキーワードやラベルが象徴している内容に注目し、抽象的になりすぎないように「事柄：エッセンス」の二重構造で表現した。

6. 信頼性と妥当性の確保

初回の面接で得られたデータより研究者が暫定的に解釈した内容と研究参加者の意図と一致しているかを2回目の面接時に確認した。

分析は、質的統合法(KJ法)の確立者である山浦の研修を受講した研究者2名で行った。更に、生データからのラベル作成においては、研究者2名で逐語録を確認しながら1つの意味を持つまとまりで単位化できているかを、グループ編成においては、類似性のあるラベルの集まりか、表札の表現に違和感がないかを確認し合った。さらに総合分析においても、内容が類似したラベルの集まりか、表札の表現に違和感はないかを確認し合った。最終的な空間配置についても同様にラベル同士の関係性やシンボルマークの命名について確認を行った。

以上のように、すべての分析過程において研究者間で密に確認を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、四日市看護医療大学倫理委員会の承認を受け、更に研究参加者の所属する施設の倫理委員会の承認を得た。

研究協力を得られた施設の看護部から、紹介された研究参加者に対して、以下の内容を文書と口

頭で説明を行い、同意を得た。説明内容は、本研究の目的及び方法、研究への参加は自由意志を尊重し、辞退はいつでも可能であること、辞退することで研究参加者に不利益が生じないこと、匿名性の確保とプライバシーの保護、データの厳重管理、インタビューの時間と場所は研究参加者の希望に沿い、業務に支障のないよう60分以内で終了すること、研究結果を公表することなどである。

V. 結果

1. 研究参加者の概要及び個別分析の結果の概要

研究参加者は、一般病棟の男性看護師3名、救命救急センターの男性看護師1名である。看護基礎教育課程は、4年制大学3名、看護専門学校1名である。

インタビューの所要時間は、1回目が52分～69分、2回目が29分～48分であり、総インタビュー時間は1人平均98分であった。

逐語録より作成したラベル数は、42～109枚であり、1人平均80枚であった。グループ編成は、1人当たり4～6回行い、最終ラベルは5～6枚で終了した。

2. 2年目男性看護師の仕事上の負担とその対処

個別分析の最終ラベルから2段階前に戻ったラベル53枚(一人当たり12～14枚)を使用して総合分析を行った。その分析の結果、最終ラベル及びシンボルマークは5つ抽出され、“2年目男性看護師の仕事の負担とその対処”の見取図は、図1のように示された。

以下、抽出されたシンボルマークについて結果を述べる。シンボルマークを【事柄：エッセンス】で、最終ラベルを『 』で、最終ラベル以前のラベルを「 」で示す。

1) シンボルマークの内容

(1) 【増大した負担：追加された新しい業務による負荷】

新人看護師であった1年間を経た2年目男性看護師は「交代勤務にも慣れ、それなりに体調を維持できた」と、2交代及び3交代の不規則な勤務を経験するうちに体調管理ができるようになった。

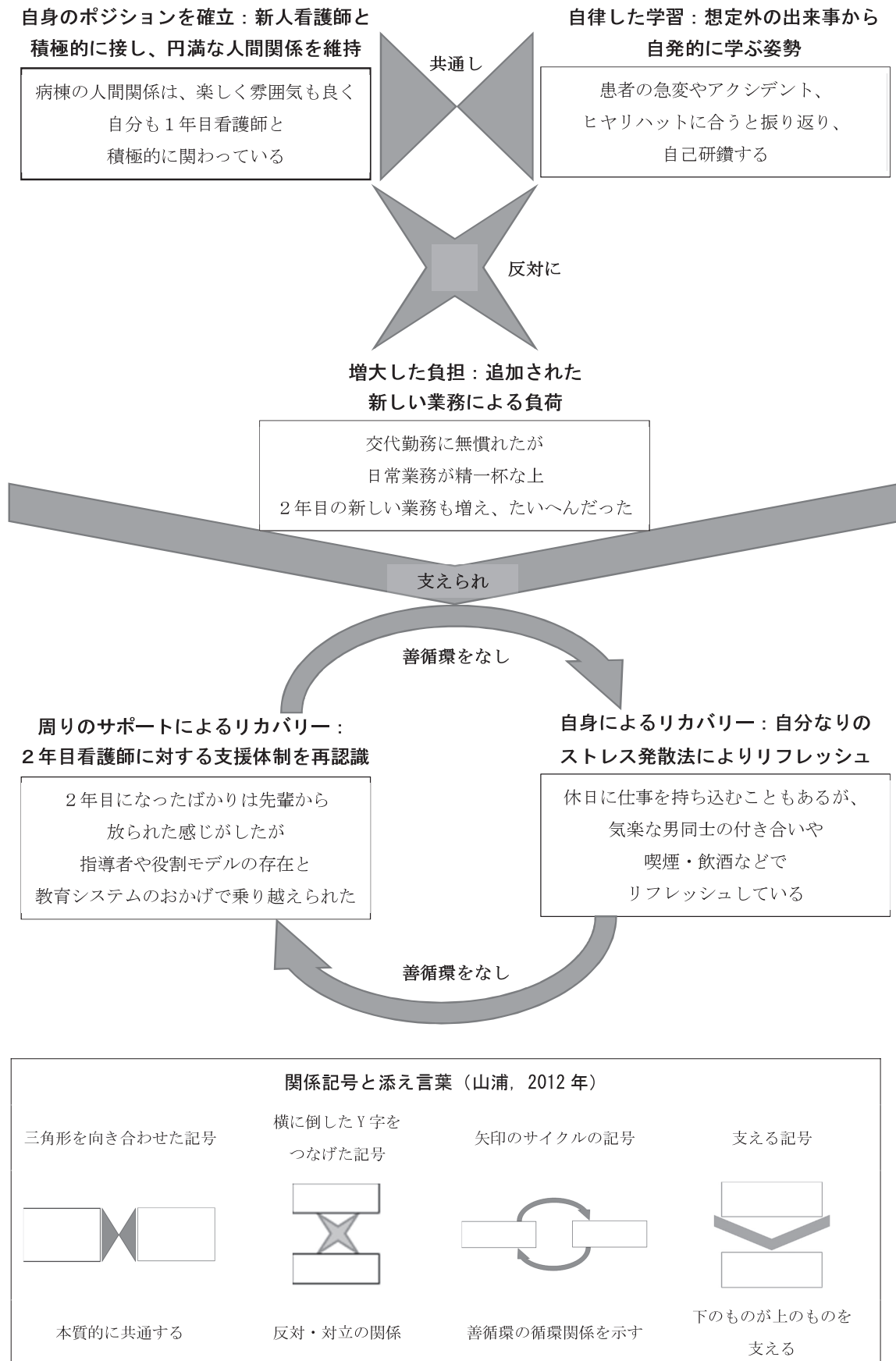


図1 2年目の男性看護師の仕事の負担とその対処の見取り図

た。しかし、まだまだ日常の仕事を遂行することも精一杯な状態だったが、それに加えて受け持ち看護師やリーダー業務、病棟の異動はなくても看護チームや病棟が再編成されるなど、自分にとって新しいことが始まり、『日常の業務をこなすことも精一杯なのに、2年目の新しい業務も増え、たいへんだ』といった仕事の負担を感じた。このように2年目になったことにより【追加された新しい業務による負荷】がかかったと感じており、1年目よりも【増大した負担】と感じた。

(2) 【自律した学習：想定外の出来事から自発的に学ぶ姿勢】

2年目になると、『患者の急変やアクシデント、ヒヤリハットに遭遇するとふり返り、自己研鑽する』。1年目の時と比べて病状が不安定な患者や重症度が高い患者を担当する機会が増える。そのため、担当する患者の急変やアクシデントに立ち会う機会も増え、何もできなかった自分をふり返り、次はもっと動ける自分になろうと学習の必要性に迫られ、自己研鑽した様子を語った。又、「あの時、こうやってしたら良かったんだと思うことがたくさんあった」と、自分の看護実践についてもふり返ってじっくりと再考する機会を多く得ていた。これらは、2年目男性看護師が【想定外の出来事から自発的に学ぶ姿勢】となり、【自律した学習】を始めた様子が語られた。

(3) 【自身のポジションを確立：新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】

2年目になった4月から、病棟には新たに新人看護師が加わり、2年目男性看護師には「後輩ができて、質問されたり、積極的に関わったりしている」と、2年目看護師として新人看護師と接した。又、病棟には彼らが1年目の時から一緒に仕事をしてきた先輩看護師や上司がおり、「病棟の人間関係は、楽しいと思える関わりや雰囲気が良いと思える」と人的環境の良さを感じていた。このように2年目男性看護師が1年目の時から築いてきた『病棟の人間関係は、楽しく雰囲気も良く、自分も新人看護師とも積極的に関わっている』とその人的環境を維持し、2年目看護師として新人看護師に働きかけた。以上のように、2年目看護師

として【新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】することで、2年目看護師である【自身のポジションを確立】した。

(4) 【自身によるリカバリー：自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】

先述したように2年目になり、日常業務の遂行すら精一杯な中、勤務時間以外に受け持ち患者の退院サマリー作成や自己研鑽のために自己学習をしたりと「休みの日に仕事を持ち込むこともあるため、ゆっくり過ごせたり遊びの計画があったりする休日まで頑張ろうと思う」ようになる。又、仕事もプライベートも男同士の方が気楽だと思いい、休日や勤務時間外はスポーツや飲酒など自分なりのリフレッシュ方法を見出し、「気楽な男同士の付き合いや喫煙、飲酒などでリフレッシュしている」。このように『休日に仕事を持ち込むこともあるが、気楽な男同士の付き合いや喫煙・飲酒などでリフレッシュしている』と、仕事の負担を感じつつも【自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】をしており、【自身によるリカバリー】によって、仕事を継続させていた。

(5) 【周りのサポートによるリカバリー：2年目看護師に対する支援体制を再認識】

2年目になると、先輩看護師は後輩の新人看護師の指導に携わっており、看護実践は独り立ちすることが多く、「2年目になったばかりは、先輩から放っておかれた感じがした」。しかし、2年目看護師担当の「指導者や役割モデルがいたり、教育システムのおかげで頑張れた」と振り返った。この頑張りの蓄積により「2年目を乗り越えることができたので、自信につながっている」と語った。このように『2年目になったばかりは、先輩看護師から放っておかれた感じがしたが、指導者や役割モデルがいたり、教育システムのおかげで乗り越えられた』と【2年目看護師に対する支援体制を再認識】することにより【周りのサポートによるリカバリー】のおかげで仕事を継続していた。

2) 見取図

2年目男性看護師は、受け持ち看護師やリーダー業務など【追加された新しい業務による負荷】

がかかり、それらを【増大した負担】であると感
じた。

このような負担を感じる反面、患者の急変やア
クシデントに遭遇しても【想定外の出来事から自
発的に学ぶ姿勢】を身につけ【自律した学習】を
進めた。又、2年目看護師として後輩の【新人看
護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】し、
2年目看護師としての【自身のポジションを確立】
した。この【自律した学習】と【自身のポジショ
ンを確立】は、共に自発的に行動を起こした様子
として共通しており、自分の意思ではなく、半ば
強制的な【増大した負担】とは対照的であった。

【増大した負担】を感じながらも、【自律した学
習】や【自身のポジションを確立】した2年目男
性看護師は、【自分なりのストレス発散法により
リフレッシュ】した【自身によるリカバリー】と
【2年目看護師に対する支援体制を再認識】した
【周りのサポートによるリカバリー】といった“自
分の力”と善循環となる“周囲の力”により支え
られていた。

VI. 考察

2年目男性看護師の仕事の負担とその対処とし
て【増大した負担：追加された新しい業務による
負荷】【自律した学習：想定外の出来事から自発的
に学ぶ姿勢】【自身のポジションを確立：新人看護
師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】【周り
のサポートによるリカバリー：2年目看護師に対
する支援体制を再認識】【自身によるリカバリー：
自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】
の5つのシンボルマークと、それらの関係性を構
造化することができた。以下、2年目男性看護師
の仕事の負担とその対処について考察し、2年目
男性看護師に対する支援を検討する。

1. 2年目男性看護師の仕事の負担

本研究の結果、“仕事の負担”として示された最
終ラベル及びシンボルマークは、『交代勤務には
慣れたが、日常の業務が精一杯な上、2年目の新
しい業務も増えたいへんだった』の【増大した負
担：追加された新しい業務による負荷】のみであっ

た。

夜勤や交代勤務は、若い看護師の過労死や医療
事故、体調不良の誘発、生活との両立困難³⁰⁾など
の問題が挙げられるが、看護師にとって免れ得な
いことである。2年目看護師の夜勤経験が6か月
未満の者より、6か月以上経験した者の方が、夜
勤前の不安が低い³¹⁾との報告がある。本研究の
研究参加者も「交代勤務は慣れた」と語ったこと
は、交代勤務による不規則な生活に順応できたと
考えられる。しかしそれ以上に、受け持ち看護師
やリーダー業務などの新しい役割を課せられたり、
看護チーム・体制が再編成したりする方が、
負担が重かったと推察する。2年目看護師は、受
け持ち看護師の役割を担うことに経験不足や力量
不足を感じ⁸⁾、病棟内の役割の拡大に不安がある
反面、先輩看護師は期待している⁷⁾。更に、周りか
ら見える2年目看護師の能力とそれに伴って増え
る仕事量に反して、実際の自分の能力の開きによ
る負担を感じて辞めたいと思っていたことも明ら
か³²⁾になっている。他にも、看護チームや看護体
制の再編成により、1年間かけて築いた職場の人
間関係を再構築しなければならない状況だけでな
く、患者層や日常業務の進め方が変更するなども
負担になったと考えられる。

以上より、2年目男性看護師は1年目看護師の
時に経験していない新しい“何か”を始める時に
不安や緊張、自信のなさなどを感じ、それを仕事
の負担と捉えていると考えられる。

2. 2年目男性看護師の仕事の負担への対処

【増大した負担】以外の4つのシンボルマーク
について、どのような対処であったかを見取り図
の関係性の構造化を踏まえ、自発的な行動として
共通したシンボルマークの【自律した学習】【自身
のポジションを確立】と、2つの“リカバリー—
回復—³³⁾”の【自身によるリカバリー】【周りのサ
ポートによるリカバリー】に分けて検討する。

1) 自発的な行動による対処

【自律した学習：想定外の出来事から自発的に
学ぶ姿勢】は、『患者の急変やアクシデント、ヒヤ
リハットに合うとふり返り、自己研鑽する』とい

う最終ラベルから導き出されたシンボルマークである。2年目看護師になると、1年目の時より重症度が高く、病状が不安定な患者を担当するため、急変やアクシデントに遭遇した場合、受け持ち看護師として看護をしなければならない。又、重症度・緊急度の高い患者に対する看護には、「何が起っており、どうすればよいのか」といった迅速な臨床判断が求められ、ヒヤリハットの可能性が高くなると考えられる。緊急・急変、重症患者の対応時には、自ら方策を考えて実施しても、経験しなければ予測不可能なことが多く、何が起こるかわからないという未知の不安が高い³¹⁾。又、2年目看護師が“辞めたいと思った時”には「ミスをする不安」がある³²⁾。本研究の参加者も想定外の出来事が起こるかもしれない、ミスをするかもしれないと不安を感じただろうが、遭遇した後、そのままにはしておかず、「もっと自分に出来たことはないのだろうか、次はもっとできるようになる」と省察し、不足知識の習得のため、自己研鑽した。2年目看護師の学習状況として「日常の看護の中で疑問に思ったことをメモしたり、調べたり、仕事の後にふり返る」という³⁴⁾結果と一致する。つまり2年目男性看護師は、想定外の出来事に遭遇した状況を「仕事の負担」ではなく、「学習の機会」としたと考えられる。

【自身のポジションを確立：新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】は、『病棟の人間関係は楽しく雰囲気も良く、自分も1年目看護師と積極的に関わっている』の最終ラベルから導き出された。このラベルから、2年目男性看護師が1年目の時から病棟の人間関係の良好さが推察できる。男性看護師が感じる女性看護師との人間関係の困難さはなく、慣れによって適応した^{19,26)}と考えられる。1999年に制定された男女共同参画社会基本法の制定により、学校教育においても男女平等教育が推進され、その取り組みの1つとして、男女別男子優先名簿から男女混合名簿へ転換された³⁵⁾。研究参加者の勤務先の所在地であるA県B市では、研究参加者が義務教育中の平成10年に7割の幼稚園、小中学校で導入された³⁶⁾。これにより、あらゆる学校教育の場面で男女混合

へと広がり、学級やクラブ、学校行事で男女の区別がなくなった³⁷⁾といわれる。このように義務教育から男女平等教育を受けている平成生まれの若い看護師は、性別にとらわれ過ぎず、男女が一緒に活動することが自然であったと考えられる。そして、看護学生の時も女性集団の中で少数派として3~4年間過ごしてきた。特に、臨地実習のような小グループに分かれる場合、往々にして自分だけが男性で、他は全員女性だったと考えられる。更に、看護師として就職してからも男性少数派の状況は変わらず、既にどのように立ち振る舞うかを心得ていたと考えられる。反対に臨床側の女性看護師も男性看護師が徐々に増えてきたことで、受け入れる状況が整ってきたと考えられる。2年目男性看護師が感じたのは、性別の隔たりではなく、新人看護師が就職したことで今までの自身のポジション—先輩がつきっきりで指導してくれた—が取って代わられたことであると考えられる。しかし、元々病棟の人間関係は良好であったため、その居心地の良さや円満さを維持しようと2年目看護師として何をすべきか考え、後輩へ積極的に関わろうとしたと考えられる。このように振る舞うことで、【自身のポジションを確立】したと考えられる。

これら【自律した学習】及び【自身のポジションを確立】の自発的な行動は、半強制的に課せられた【増大した負担】への対処行動であったと考えられる。

2) 2つのリカバリーによる対処

【自身によるリカバリー：自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】のシンボルマークは、『休日に仕事を持ち込むこともあるが、気楽な男同士の付き合いや喫煙、飲酒などでリフレッシュしている』という最終ラベルから導き出された。2年目男性看護師は、勤務時間外や休日に仕事の延長である受け持ち患者のサマリー作成や自己学習をしていたが、それはそれとして割り切っていたと考えられる。そして、プライベートな時間を自分なりの方法で楽しむことで、ストレス発散できたのだろう。又、仕事では、女性多数派の中での少数派の男性であるため、先述のように負担で

はないにしろ、男同士の方が気楽なのだろう。このように仕事とプライベートとをしっかりと区別したおかげで、リフレッシュが出来たのだと考えられる。看護職の喫煙について有意な関連が認められたものは、「男性」「夜間勤務有」「毎日飲酒」であり、20歳代の看護師の喫煙率は、男性の方が高い³⁸⁾。又、喫煙したくなるのは、「イライラするとき」「気分転換をしたいとき」「緊張を和らげたいとき」³⁹⁾であり、喫煙する看護師には喫煙がストレス解消になると思っている^{40,41)}との報告がある。飲酒については、ストレス状態で起こるいろいろな体の変化を和らげ、ストレス解消になると考えられている⁴²⁾。男性看護師のコーピングには、ドライブ、ジム、パチンコ、男同士の飲酒などがあり⁴³⁾、本研究の結果と類似しており、このような対処方法は男性的だといえる。以上のように、2年目男性看護師は、ストレスを発散する方法を自分なりに見つけ、リフレッシュできたおかげで仕事の負担を感じた状況からリカバリーできたと考えられる。

【周りのサポートによるリカバリー：2年目看護師に対する支援体制を再認識】は、『2年目になったばかりは、先輩看護師から放っておかれた感じがしたが、指導者や役割モデルがいたり、教育システムのおかげで乗りこえられた』という最終ラベルより導かれた。新人看護師の1年間、先輩看護師に手厚い指導を受けていた状況から、一変して先輩看護師や上司の注目の的は、後輩へ向けられる。こうした状況を「放っておかれた感じ」と受けたことは、プリセプター終了に不安であった⁷⁾と同じ結果であるといえる。しかし、研究参加者の所属する病院は、10数年前からクリニカルラダーやキャリアラダーを導入している。クリニカルラダーは、看護実践能力を客観的に評価し、その能力段階を意識しながら自己研鑽や人材育成を目指すことができるシステム⁴⁴⁾であり、研究参加者の所属する病院でも臨床能力段階に応じた教育システムがあり、病棟内で2年目看護師の指導役を担う先輩看護師からOJTを受けたり、系統だったOff-JTが実施されたりしている。この教育システムのおかげで「放っておかれた感じ」は

なくなり、逆に支援されていたことを再認識できたのだと考えられる。又、2年目男性看護師にとって役割モデルとなる先輩看護師の存在は、重要であったと考えられる。卒後2~3年目の看護師は、先輩看護師を臨床のモデルとして自己の中に位置づけ、自己教育力を高められ、行為のふり返りを通して自己洞察を深め、内発的動機づけに関係している²⁴⁾。先の【自律した学習：想定外の出来事から自発的に学ぶ姿勢】でも述べたように、2年目男性看護師は看護実践をふり返り、学ぶ姿勢を持ち合わせているのと同様、役割モデルから学び、手本や目標とすることで動機づけられることにつながったと考えられる。これらのような2年目看護師に対する教育システムや先輩看護師の支援を再認識できたことで、仕事の負担感からリカバリーできたと考えられる。

以上の【自身によるリカバリー】と【周りのサポートによるリカバリー】は、好ましい連鎖的な流れを生む善循環サイクルを作り出したと考えられた。更にこれら2つのリカバリーによる善循環は、2年目男性看護師の【増大した負担】だけでなく、仕事の負担に対処した【自身のポジションを確立】することと【自律した学習】をする自発的な行動を継続できるように支えており、仕事の負担に対処できたと考えられる。

3. 2年目男性看護師に対する支援

以上、2年目男性看護師の仕事の負担とその対処について考察した。これより、2年目男性看護師の支援について考えたい。

2年目男性看護師は、【増大した負担】を感じており、それを対処できたのは、【自身のポジションを確立】【自律した学習】【周りのサポートによるリカバリー】【自身によるリカバリー】であった。仕事の負担をうまく対処するには、2年目看護師と先輩看護師との人間関係の良さや、臨床実践能力に応じた教育システムが重要であるといえる。

まず、人間関係の良さについてであるが、そもそも【自身のポジションを確立】は、【新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】しようとする自分のポジションを得られたことにより対処で

きたと考えた。これは、元々病棟全体の人間関係が良好な状態を構築しており、性別で差別することなく、男女が協働している良い関係性が重要であると考えられる。【周りのサポートによるリカバリー】についても、2年目の指導担当の先輩看護師や役割モデルから、負担だと思った新しい業務や役割について指導や学びを得られたため、対処できた。先行研究でも2年目看護師は、先輩看護師からの支援を求めている^{23,25,34,45,46)}が、「先輩看護師との関係が希薄」「2年目指導担当は不要」³⁴⁾「ありがた迷惑」⁴⁴⁾という思いもある。更に、チームや看護体制の変更による人間関係の再構築に負担を感じたことも鑑みると、新人看護師の時のプリセプターもしくは実地指導者が継続して2年目看護師の指導役に当たれば、既に関係性が築かれた状況で2年目看護師を支援できると考えられる。

次に、臨床実践能力に応じた教育システムについて述べる。本研究の【2年目看護師に対する支援体制を再認識】により仕事の負担を対処できたことが明らかになった。これは、直接2年目看護師を指導・支援する先輩看護師を配置し、2年目看護師の看護実践能力に応じたOJTとOff-JTに成果があったと考えられる。しかし、2年目男性看護師は、『日常業務も精一杯な上、2年目の新しい業務も増え、たいへんだった』と仕事の負担を感じたことも考慮しなければならない。つまり、2年目男性看護師の実践能力以上のことを求めることは、負担となる可能性がある。更に2年目看護師は【自律した学習】ができ、先輩看護師の指導を「ありがた迷惑」⁴⁴⁾ととらえることもある。2年目看護師は、新人看護師より成長しており、新人看護師同様のきめ細やかな指導ではなく、2年目看護師のできることや自信のあることを活かしながら、新たなことに挑戦する意欲を維持することが重要だと考えられる。又、“2年目看護師”とひとくくりで考えるのではなく、個々のレディネスを把握し、それに応じたOJTを進めることが支援となり得るであろう。

VII. 結論

本研究の結果、卒後2年目の男性看護師は、1年目より【増大した負担：追加された新しい業務による負荷】を仕事の負担と感じていた。しかし、【自律した学習：想定外の出来事から自発的に学ぶ姿勢】を身につけ、【自身のポジションを確立：新人看護師と積極的に接し、円満な人間関係を維持】した。このような状況の2年目男性看護師は、【周りのサポートによるリカバリー：2年目看護師に対する支援体制を再認識】できたり、【自身によるリカバリー：自分なりのストレス発散法によりリフレッシュ】できたりすることで仕事の負担を対処でき、3年目看護師として職業を継続させていた。

2年目男性看護師への支援として、個々のレディネスを把握し、実践能力に応じたOJTとOff-JTを運用することが必要である。又、OJTの際には、元プリセプターや元実地指導者が2年目看護師の指導役として継続することで、良好な人間関係が成立した状態となるため、2年目男性看護師の負担となりにくいと考えられる。

本研究では、2年目男性看護師の仕事の負担とその対処に焦点を当てた。インタビューでは、性別を意識するような質問をしなかったため、本研究の結果の仕事の負担と“男性看護師であるが故の”仕事の負担の有無やその度合いの差を明確にできなかった。又、女性看護師の仕事の負担とその対処と、何がどのように違うのか比較検討する必要があると考えられ、今後の課題としたい。

謝辞

本研究にあたり、ご協力頂きました病院看護部の皆様及び研究参加者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は四日市看護医療大学地域研究機構産業看護研究センターの助成を受けて行いました。

文献

- 1) 日本看護協会政策企画室 (2005) : 2004年病院に

- おける看護職員需給状況調査, 11-12, 日本看護協会, 東京.
- 2) 日本看護協会中央ナースセンター (2005): 2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書, 19-20, 日本看護協会, 東京.
 - 3) 日本看護協会政策企画室 (2014): 2013年病院における看護職員需給状況調査, 11, 日本看護協会, 東京.
 - 4) 前掲3): p. 23.
 - 5) 日本看護協会政策企画室 (2012): 2011年病院看護実態調査, 34-38, 日本看護協会, 東京.
 - 6) 前掲5): p. 11.
 - 7) 福井早苗 (2013): 卒後2年目看護師と教育担当者の継続教育についての認識, 高知女子大学看護学会誌, 38(2), 129-128.
 - 8) 伊藤香代, 村手直子, 八神あいり, 他 (2012): A病院に勤務する2年目看護師が持つ受け持ち看護師の役割に対する思い, 日本看護学会論文集 看護総合42, 158-160.
 - 9) 横田ひろみ, 齋藤久美子 (2013): 臨床経験2・3年目看護師の勤務帯リーダーの自信につながる要因—6年目以上看護師との比較から—, 日本看護管理学会誌, 17(1), 15-27.
 - 10) 分島るり子, 井上範江, 村田尚恵, 他 (2012): 就職2年目看護師の職業性ストレスの実態と職業継続意思との関連性の検討, 医学と生物, 156(8), 500-508.
 - 11) 日下修一, 大関京子, 石川美知子, 他 (2010): 1・2年目看護師の離職希望とストレス反応, 日本看護学会論文集 看護管理, 41, 45-48.
 - 12) 分島るり子, 村田尚恵, 長家智子 (2014): 就職2年目看護師の看護の意義を感じた経験と職業継続意思及び職業ストレスの関連の検討, インターナショナル Nursing Care Research, 13(4), 151-160.
 - 13) 日本看護協会出版会: 平成26年看護関係統計資料集, 看護統計資料室, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/> (2015年9月22日閲覧)
 - 14) 北林司, 萩原英子, 鈴木珠水, 他 (2007): 臨床で男性看護師が経験する女性看護師との差異, 群馬パース大学紀要, 5, 653-658.
 - 15) 出口陸雄 (2009): 男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 59-65.
 - 16) 緒方昭子, 内柱明子, 土屋八千代 (2010): 新人男性看護師の経験—2年目新人男性看護師の語りから—, 南九州看護研究誌, 8(1), 33-39.
 - 17) 土居大綱, 大林真帆 (2010): 男性看護師の看護師集団への適応における困難と対処の特徴, 香川県看護学会誌, 1, 7-10.
 - 18) 木許実花, 福田里沙, 赤澤千春 (2011): 男性看護師が抱える悩みや問題の現状と職務キャリアの関係 (第1報) 女性多数の職場において男性看護師が抱える悩みや問題の現状について, 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 7, 75-80.
 - 19) 高橋良, 田中真琴, 仁和子 (2013): 一般病棟に勤める男性看護師が職場で感じる困難とその対処, 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 9, 41-51.
 - 20) 前川寿徳, 末村任, 栗田富佐江, 他 (2014): 男性看護師の声から考えた職場環境の支援策—職務上での悩みやストレスに対する面接を通して—, 日本看護学会論文集 看護管理, 44, 71-74.
 - 21) 吉田えり, 山田和子, 森岡郁春 (2014): 病院に勤務する男性看護師のSOC, ストレス反応, SOCとストレス反応との関連, 産業衛生学雑誌, 56(5), 152-161.
 - 22) 川野マキ, 重永康子 (2014): 卒後2年目看護師の育成の現状と課題—九州地方の一般病院に勤務する看護師長を対象としたアンケート調査を通して—, 日本看護学会論文集 看護管理, 44, 19-22.
 - 23) 小島千代香, 寺尾浩, 澤谷登志子, 他 (2006): 卒後2年目看護師が先輩看護師に望む教育的サポート, 日本看護学会論文集 看護管理, 37, 231-233.
 - 24) 谷脇文子 (2006): 卒後2~3年目看護師の臨床能力の発展に関する研究—卒後2年目と3年目看護師の臨床能力の向上・促進と経験の特質—, 高知女子大学紀要, 55, 39-50.
 - 25) 丸山訓子, 小出智子, 中野佳奈子, 他 (2015): 卒後2年目看護師への先輩看護師からの指導を考える—困った場面で受けた支援からの分析—, 日本看護学会論文集 看護教育, 45, 218-221.
 - 26) 松浦圭吾, 大林圭, 児島香織, 他 (2013): 一般病棟における男性看護師が感じる困難とその対処に関する研究, 日本看護学会論文集 看護総合, 43, 227-230.
 - 27) 前掲5): p. 61.
 - 28) 桜井厚 (2002): インタビューの社会学 ライフストーリーの聞き方, 210-215, せりか書房, 東京.
 - 29) 山浦晴男 (2012): 質的統合法入門 考え方と手順, 医学書院, 東京.
 - 30) 日本看護協会 (2013): 夜勤・交代制勤務に関するガイドライン, 2-3, メジカルフレンド社, 東京.
 - 31) 森真須美 (2007): 卒後1・2年目看護師の夜間業務に対する不安の実態 STAI調査を用いて, 日本看護学会論文集 看護教育, 38, 81-83.
 - 32) 廣田展子 (2014): 2年目看護師が辞めたいと思うとき 3年目看護師へのインタビューを通して, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教

- 育研究集録, 39, 185-192.
- 33) 新村出 (2008): 「リカバリー」, 広辞苑, 2939, 岩波書店, 東京.
- 34) 高橋ゆかり, 澤部佳代, 横畑千春, 他 (2009): 卒後2年目看護師の主体性を育むための一方法—「2年目担当制」における学習活動および支援ニーズの実態調査から—日本看護学会論文集 看護管理, 40, 171-173.
- 35) 花見楨子 (2011): 学校文化とジェンダー: 男女共同参画推進のために, 三重大学国際交流センター紀要, 6, 81-95.
- 36) B市議会会議録 (1998): A県B市市議会会議録 ホームページ, 平成10年9月定例会 (第3日) 本文, 教育長, (平成27年9月22日閲覧)
- 37) 川合真由美 (1997): すべては『私』からはじまる, 男女平等教育をすすめる会, どうしていつも男が先なの?—男女混合名簿の試み—, 19-21, 新評社, 東京.
- 38) 日本看護協会 (2014): 2013年看護職のタバコ実態調査報告書, 58, 日本看護協会, 東京.
- 39) 大重育美 (2010): 夜勤をする看護職の食習慣と生活習慣の実態調査, 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(2), 134-138.
- 40) 島井哲志, 山田富美雄 (2011): 日本における看護師と看護学生の喫煙行動とストレスについての検討—2000年から2010年の論文レビューから—禁煙科学, 5, 1-11.
- 41) 山野洋一, 寺田衣里, 山田富美雄 (2014): 看護師と喫煙行動とストレスとの関係, 禁煙科学, 8, 1-8.
- 42) 田中正敏 (2008): 飲酒とストレスの解消の関係は? 飲酒はストレス解消になりますか?, 肥満と糖尿病, 7(4), 527-829.
- 43) 前川寿徳, 末村仁, 栗田富佐江, 他 (2014): 男性看護師の声から考えた職場環境の支援策—職務での悩みやストレスに対する面接を通して—, 日本看護学会論文集 看護管理, 44, 71-74.
- 44) 山崎美恵子, 藤本幸三, 平井さよ子, 他 (2004): ジェネラリストのためのクリニカルラダーの開発, 平成15年度看護政策のための基盤整備推進事業報告書, 81-122.
- 45) 小川清子 (2004): 先輩看護師の関わりの場における2年目看護師の意識, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研修集録, 29, 154-161.
- 46) 稲垣伊津穂, 小久保操, 並松睦世 (2013): 卒後2・3年目看護師への課題学習から見たこと フォーカス・グループ・インタビューより, 日本看護学会論文集 看護管理, 43, 227-230.

〈原 著〉

統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Step for Coding and Theorization) による分析

Analysis by SCAT (Step for Coding and Theorization) of families' acceptance of
schizophrenic family members

宮崎 徳子*, 萩 典子*, 大西 信行*, 児屋野仁美*

Tokuko Miyazaki*, Noriko Hagi*, Nobuyuki Onishi*, Hitomi Koyano*

Abstract

The purpose of this study is to clarify the effective method for support of families. The families have members with of schizophrenia who lack understanding. Many people have prejudice and difficulty with schizophrenia patients, so that most family members fall into confusion about living conditions and fall into a critical phase. To analyze the process of accepting the family member who has schizophrenia disease, it will clarify about the confusion and problems.

To clarify this problem, we interviewed three families about the process of accepting the family member who has schizophrenia disease. We made use of 「Narrative Approach as research method」 and analyzed by SCAT (Steps for Coding and Theorization).

The result of analyzing SCAT of family narrative story we gained 5 core categories. 1. the confusion and the difficulties before and after the onset of illness, 2. the release in the early stages information in psychiatry medical treatment and the accepting family member with the clear signs of illness, 3. the change in recognition of the schizophrenia patient, 4. the promotion of recognition of schizophrenia patient accepting by the family members through participating in family meetings, 5. the growth and deepening in the accepting family member.

要 約

表題：統合失調症患者の家族の病気受容に関する SCAT (Steps for Coding and Theorization) による分析

この研究の目的は、統合失調症患者を家族成員に持つ家族の患者受容の過程を分析し、家族支援の効果的な方法を明確にすることである。統合失調症患者の発症における理解困難な状態や症状に対して困難な対応や家族内の関係も意志疎通困難となる。さらに精神障がい者に対する社会的偏見や困難に遭遇し、家族機能もまた危機的状态に陥り、患者の病気受容が困難となり、家族全体が混乱状態となり、家族崩壊に陥ることも少なくない。家族内の問題の様相と混乱を通して、家族の変容の過程を分析することにより、混乱している問題が明確となると思われる。

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

このため M 県の研究参加の承諾を得た精神障がい者をもつ家族 3 名に面接を実施し、家族の「語り」を SCAT を用いて分析し、患者への病気受容に至る過程を明らかにした。家族の「語り」から 1. 発病前後における混乱と葛藤, 2. 精神医療の初期情報開示と病気受容への初期顕在化, 3. 病気にたいする認識の変化, 4. 家族会への参加による患者受容の促進, 5. 患者受容の発展と深化の 5 コアカテゴリーが生成され、家族の病気受容過程が明確となった。

Key Words: 統合失調症患者 (schizophrenia patient), 家族 (family), 病気受容 (acceptance), SCAT (SCAT), 語り (Narrative Approach)

I. はじめに

統合失調症の研究と治療は医学の進歩とともに大きく発展したが、なお現在においても未解決な問題を数多く残している。さらに統合失調症の初期症状は、病気特有なものではない場合が多い。発病前と発病の明確なラインを引くことが難しく、周囲に気が付かれないことが多いと北山¹⁾が述べているように、親は特に子供を統合失調症であるのではないかと認めるよりは、よい評価をして病気を否定しやすく、このため受診行動に結びつかなく、受診までに数か月、場合によっては、数年が経過することも多い。

さらに統合失調症を、一部の医療関係者及び一般市民は治らない病気という誤った考えを持っており、クレペリンの 19 世紀末に病気の存在を解明して以来、社会的バイアスの歴史が作り上げられてきている²⁾。こうした中では、特に統合失調症患者の病気受容に至るには家族にとっては、長期間が必要であるといえる。

統合失調症患者を家族成員に持つ家族は、患者の発症における理解困難な状態や症状に対して、対応が困難で家族内の関係においても困難に陥る。また精神障がい者に対する社会的偏見や困難に家族は遭遇するため、家族機能が危機的状態に陥り、こうした状況の結果、家族の患者の病気受容が困難となり、家族全体が混乱状態となり、家族崩壊に陥ることも少なくない。山下が述べているように、患者及び家族の苦痛と苦労は、病気の経過の違いによって、大きく左右される²⁾。

このような状態に陥った家族が、統合失調症患者の病気受容に至った過程を明確にしていくこと

は、重要なことと考える。さらに看護師が家族の危機的状態に対しての対応技能を修得することは、家族の不必要な不安や混乱に陥る状況に対して早期に適切な支援をすることにつながる。そのことにより、家族機能の再構築能力修得への支援が強化されていくことになるともいえるだろう。

受容困難な家族についても、家族内の問題の相と混乱について分析することにより、混乱している問題が明確となり、家族支援の糸口がつかめられると思われる。

統合失調症患者家族の病気受容についての研究がみあたらず、家族の患者受容について家族支援方法が明確でなかったが、この研究を集積することにより、今後は理論化が可能となると考える。

II. 研究目的

統合失調症患者の家族の「語り」より、SCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いて分析し、統合失調症患者に対する家族の病気受容に至る過程を明らかにする。

III. 研究方法

(1) 研究デザイン

統合失調症患者を持つ家族の語りによる患者受容を明らかにするための質的記述的研究において SCAT (Steps for Coding and Theorization) (以後 SCAT とする) を用いての分析を行い、家族の患者受容の理論的体系化を図る。

(2) 研究対象

M 県の精神障がい者家族会会員で、統合失調症患者を家族に持つ会員 3 名。

家族会や学習会等の行事に積極的に参加している会員を家族会会長より推薦してもらい、研究参加を承諾した会員。

M 県の精神障がい者家族会は、NPO 法人地域精神保健福祉機構に参加している。

(3) 研究期間：平成 25 年 1 月より平成 26 年 4 月まで

(4) データ収集方法

- ① 家族会総会に参加し、研究の意義、方法、倫理的対応等について説明する。
- ② 研究参加を承諾した会員に対して面接により、IC レコーダーを用いて「語り」を聴取し、逐語録を作成し、メンバーズチェックを行う。

(5) データ分析方法

SCAT (Steps for Coding and Theorization) は、分析の困難さを克服するために開発された手法で、4 ステップよりなる。

家族の患者の生育より発病に至る過程と家族の心理的社会的変化を具体的に、またその時の家族の感情や出来事を掘り起こした「語り (ナラティブアプローチ)」より注目すべき語句 (1 ステップ) を逐語記述し、それを言いかえるためのデータ外の語句 (2 ステップ) と説明の語句 (3 ステップ) を生成し、構成概念を抽出 (4 ステップ) する。さらに構成概念を紡いでストーリーラインを記述する。ストーリーラインの記述からその中に含まれている理論を分析する。

- ① データの中の注目すべき語句を抽出する。
- ② その語句を言いかえるためのデータ外の語句を記述する。
- ③ その説明の語句をさらに記述し、コードを付して構成概念を紡いで、ストーリーラインを記述する。
- ④ ストーリーラインより、その中に含まれる理論を検討し理論記述とする。
- ⑤ 理論記述より患者受容のカテゴリーを抽出し、カテゴリーの関係性を統合して、コアカテゴ

リーを抽出する。

IV. 期待される結果

統合失調症患者を持つ家族の受容過程を明らかにすることにより、家族の病気受容過程を具体的に支援することが可能となる。また、家族として長年の関わりを振り返り、患者の持つ辛さへの理解を深め、家族全体の関係性の再構築を考える機会となることが期待できる。

V. 倫理的配慮

- ① 本研究の実施にあたり、四日市看護医療大学倫理委員会の承認を得た (承認番号 58)。
- ② 精神障がい者家族会集会開催時に参加し、研究の目的・意義・方法を文書及び口頭にて説明をし、研究参加を依頼する。予測されるリスクや利益等についても説明をする。
- ③ 守秘義務の範囲と限界についても説明をし、研究参加者の自発的参加を依頼し同意書を用いて同意を得る。
- ④ 研究参加者の推薦に当たっては、家族会会長に説明をし、協力を得る。
- ⑤ 研究参加者は家族会等の行事に積極参加している会員で、患者も状態安定し、統合失調症患者を受容状態にあると家族自身も認識していることが必要であることを説明する。
- ⑥ 「語り」によって気持ちが整理することができ、癒されることもあるが、気持ちが沈む場合もある。研究参加者が苦痛を感じた場合には途中で中止が可能であること、そのことによって不利益は生じないことや、途中で中止することの権利があることについて説明をする。
- ⑦ 研究参加者の許可を得て IC レコーダーに録音または記録をし、逐語録等の保管法、データの管理法について説明する。
- ⑧ 研究結果は関連専門学会及び専門誌に発表することを説明し、承諾を得る。

VI. 用語の説明および定義

(1) SCAT

比較的小さな質的データにも使用できる分析手法である。国立名古屋大学大谷尚教授によって考案されたものである。

(2) 統合失調症家族の受容

統合失調症という事実の受けとめ方の変更や事実に対する価値観の変更やその再構築をしていると考えられること。また受容していると表現していることや自己の内的世界に気づいている体験を持つこと。

(3) 家族

統合失調症患者との間で血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立している家族。

(4) ナラティブアプローチ⁶⁾

いまだ語られていない対象者のストーリーに注意を向けて具体性、個別性を要件として生きる意味世界を理解する方法である。

VII. 研究結果

1. 研究参加者

研究対象者は統合失調症のこどもを持つ70代の母親2名、父親1名であった。

2. ストーリーラインと理論記述（構成概念は下線部分）

(1) A氏ストーリーライン

娘の異常な変化を特別な能力を持っていると良い評価をし、娘の変化に対して肉親の気持ちや母親としての効果のない努力をした。しかし変化は好転せず、親としての辛さと焦りを持った。大学入学という環境の負担による精神的変化はますます強くなり、母親は子育ての失敗感と娘に対する自責の念を持ち、このことから母親の自尊心の低下となった。しかし精神疾患の初期症状に対する否定は、専門家への否定とさらに夫との感情の違いとなり、家族関係の喪失に至った。

娘は精神症状を持ちながらの大学への通学には負担があった。異常行動が起こったが、これに対する自己対処方法はできないまま大学生活を続けた。最初の受診と精神疾患への否定をし続け、特に母親としては精神疾患の否定をし、このため誰にも援助を求めず、孤立感に陥っていた。その中で強い症状が出たが、初期異常時の精神科医の対応不備と、専門家の支援の不足があった。娘は自分の辛さがわかり精神疾患を受け入れたため、受診において、総合病院ではなく、精神科病院を選択した。しかし、統合失調症に関する医師から家族への説明が難しく、家族は理解不足であった。精神疾患に対する情報の不足と夫婦間の理解の違いがあった。

しかし、転院先では統合失調症の治療方法に関する家族の選択が可能になることで、安心できる治療環境が提供され、母親は娘と一日一緒にいることを決定した。こうして統合失調症患者である娘の病気を家族として受容し始めることができた。

理論記述

- ① 初期における異常な変化を受け入れない
- ② 焦りと辛さの効果のない努力
- ③ 母親の子育ての失敗感と自責の念
- ④ 自尊心の低下
- ⑤ 精神疾患の否定
- ⑥ 初期の専門家支援のなさ
- ⑦ 家族関係の混乱
- ⑧ 精神疾患に対する家族の非受容
- ⑨ 専門家による適切な診断と安心
- ⑩ 専門家の家族への選択委譲

(2) B氏ストーリーライン

心身両側面の苦痛のある精神疾患の発症は、家族を対応困難な状況に陥れ、それに対しての何等の支援がなく、精神疾患に対する効果のない対策を家族のみで立案するしかなかった。

さらに精神医療のばらつきと対応の不統一により、家族は翻弄され、ますます苦痛に追い込まれる。医療の不備に伴う患者及び家族の不安と不満は、家族の孤立を招く結果となっていく。家族は

翻弄されながらも、10年余り、患者への愛ある支援をしていった。

その後、有効な支援の現実に遭遇した。受診した専門病院の医師の効果的な患者への対応に統合失調症を持つ家族に変化が起こり、やがてその効果は親の病気にたいする理解の変化となっていた。医療チーム支援体制の効果的影響は、家族への配慮を伴う対応となり、統合失調症を持つ家族の成長と発達の中で、やがて家族への変化をもたらすこととなった。

統合失調症を持つ家族成員の信頼感の形成は、親の精神疾患に対する病気の価値観の変化をもたらし、親の統合失調症を持つ家族成員の受容へと発展していった。それとともに、医師への信頼感の形成、行政への信頼感の形成となっていた。

こうした家族の受容への発展は、統合失調症を持つ家族成員への関係性の進化となり、家族の関係性形成の原動力となっていた。

家族はやがて傾聴のみでは関係性の進化は図れないと考え、病気の持つプラス面での肯定的表出を促進する重要性に気づくということに考えが到達した。そして相互信頼関係は、統合失調症を持つ患者の可能性への信頼となり、活動する場の創造への希望となり、安定した関係性形成へと発展していった。

理論記述

- ① 心身両面の苦痛のある精神疾患の発症
- ② 精神疾患に対する効果のない対策
- ③ 精神医療のばらつきと対応の不統一
- ④ 精神医療対策の不備に伴う患者及び家族の不安と不満
- ⑤ 専門病院の医師の効果的な精神疾患への対応
- ⑥ 病気に対する理解の変化
- ⑦ 医療チーム体制の効果的影響
- ⑧ 自立に対する信頼感の形成
- ⑨ 精神疾患に対する病気の価値観の変化
- ⑩ 医師への信頼感の形成、行政への信頼感の形成
- ⑪ 相互信頼関係の発展と親の統合失調症を持つ家族成員の受容
- ⑫ 家族の関係性形成の原動力

- ⑬ 病気の持つプラス面での肯定的表出
- ⑭ 統合失調症を持つ家族成員の可能性への信頼

(3) C氏ストーリーライン

息子は中学時代にいじめにあっていたが、親は息子の自尊心の低下に無関心であった。しかしいじめの問題は継続し、継続した自尊心の低下と劣等感の形成強化となっていた。高校へ進学し、やめたいと言っていたが、父親も母親も叱咤激励し、励ますことが親の愛情と考え、歪曲した息子への愛情と無関心が続いた。しかし息子から「自分は知らない子なのか」と言われ、かかわり方への気づきをし、工夫をした。

しかし、20歳頃統合失調症の症状が出て5年間入院をした。退院後も服薬及び対応に対する家族間の対立があったが、専門家からの指導等の支援がないままに、患者を社会の目から隠していこうとし、息子も親の思いを察し、家の中に引きこもっていた。しかし薬の効果により症状は治まっていた。

その後、通院により主治医の変更が何度かあった。家族は精神医療に関心を持ったが、精神医療への批判と不信が次第に強くなっていったと同時に息子への関心が高まってきた。

しかし、統合失調症の基本的対応の知識不足により、特に治療の知識不足から生じた両親の服薬の仕方の違いから症状が悪化し、暴力的となり母親を殴り、再入院となった。

息子の「自分は知らない子なのか、入院するために生まれてきたのか」という本人の思いを知り、統合失調症の基本的問題について主治医からの指導による発想の転換の必要性を認識した。

家族会への参加による患者支援の理解と社会的支援への知識の拡大や、精神障がい者に対する行政のしくみを習得をしていった。このことが親としての家族の発達を促進し、家族の変化をもたらす相互理解と対応の共有となり、妻の精神障がい者に対する認識の変化が起こり、効果的な心理的影響となった。

夫婦で統合失調症患者を含めての家族の在り方の再検討と生活づくりの工夫をした。息子の退院

後の夫婦としての態度の共有と理解は、息子へも影響を及ぼし、「僕を守ってくれてありがとう」という表現となった。生活づくりの工夫による効果的変化は、家族の精神疾患への理解と患者の受容の進歩を促した。

理論記述

- ① 自尊心の低下と無関心
- ② 歪曲した愛情と無関心
- ③ 症状発症における家族間の葛藤
- ④ 精神医療への批判と不信
- ⑤ 医師からの、統合失調症の基本的対応および効果的な治療による家族の変化の糸口
- ⑥ 家族会参加による精神疾患に対する共有できる知識習得、関係性構築のため技術の工夫、感情の癒し効果
- ⑦ 母親の精神障がい者に対する心理的变化
- ⑧ 家族間の在り方に対する再検討の効果
- ⑨ 夫婦の親密性と相互関係の進歩
- ⑩ 生活づくりの工夫
- ⑪ 子どもの自分に対する親からの承認された感覚
- ⑫ 精神疾患への理解と患者受容の進歩

3. SCAT より抽出された理論記述からカテゴリーの構築

3名より抽出された理論記述は、さらに次のようにサブカテゴリー、およびカテゴリーとして生成できた。

- ① 初期における統合失調症の子どもに対する初期防衛機制（無関心と否認）
 - ・異常な変化への親の無関心と否認
 - ・子どもの自尊心低下への否認
 - ・焦りと辛さの効果のない努力
 - ・症状発症における家族間（夫婦）の葛藤
 - ・母親の歪曲した愛情
- ② 精神医療に対する不信と批判と不満
 - ・初期の医療専門家に対する批判と不信
 - ・精神医療の不備と統一されない対応への不満
 - ・初期の精神医療専門家の支援への不信
- ③ 家族間の葛藤と混乱

- ・精神疾患に対する家族の非受容
- ・家族（夫婦）関係の親密性の低下と混乱
- ④ 精神医療の初期開示と病氣受容への歩み
 - ・専門家の納得のいく説明と診断
 - ・専門家の効果的な患者への対応
 - ・医師からの治療の効果的変化
 - ・専門家から治療方針の説明と家族へ治療場所選択の決定を委譲
- ⑤ 親の病気にたいする認識の変化
 - ・医師への信頼感の形成
 - ・行政の対応の信頼感形成
 - ・医師の家族への効果的な指導と親の病氣認識の変化
 - ・医療チームからのかかわり
 - ・家族参加による医師の柔軟性のある方針決定
- ⑥ 家族会への参加による親の変化
 - ・精神疾患に対する病氣の価値観の変化
 - ・病氣の持つプラス面への認識
 - ・共同学習による精神疾患への理解の深まり
 - ・家族間の相互信頼関係の原動力と進歩
- ⑥ 受容への発展と患者の持つ能力への信頼
 - ・子どもの自分に対する親からの承認された感覚
 - ・患者からの反応“僕を守ってくれてありがとう”

統合失調症患者の家族の病氣受容について、SCATにより分析し、理論記述より25のサブカテゴリーを抽出した。さらに25のサブカテゴリーより7つのカテゴリーを抽出した。7つのカテゴリーから、発病前後における混乱と葛藤、精神医療への初期情報開示と病氣受容への初期顕在化、病氣に対する認識の変化、家族会への参加、患者受容への発展の進化の5つのコアカテゴリーを生成した（表1）。

VIII. 考察

(1) 発病前後における混乱と葛藤

山下が述べているように、異常な症状である妄想や幻覚、感情と意欲の障害では、日常の短い会話は普通にできることから、思考障害には気が付かないことが多い⁷⁾。

表1 病氣受容の過程

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
発病前後における混乱と葛藤	初期における統合失調症の子供に対する初期防衛機制（無関心と否認）	異常な変化への親の無関心と否認 子どもの自尊心の低下への否認 焦りと辛さの効果のない努力 症状発症における家族間（夫婦）の葛藤 母親の歪曲した愛情
	家族間の葛藤と混乱	精神病に対する家族の非受容 家族（夫婦）関係の親密性の低下と混乱
病氣に対する適切な情報開示と治療への期待	精神医療に対する不信と批判と不満	初期の医療専門家に対する批判と不信 精神医療の不備と統一されない対応への不満 初期の精神医療の専門家の支援のなさへの不信
	精神医療の初期開示と病氣受容への歩み	専門家の納得のいく説明と診断 専門家の効果的な患者への対応 専門家から治療方針の説明と家族への治療場所の選択決定を委譲
病氣に対する認識の変化	病氣に対する認識の変化	医師・行政への信頼感の形成 医師の家族への効果的な指導と親の病氣認識の変化
		家族参加による医師の柔軟性のある方針決定 医療チームからのかかわり
家族会への参加	家族会への参加による親の変化	精神病に対する病氣の価値観の変化 病氣の持つプラス面への認識
		共同学習による精神病への理解の深まり 家族間の相互信頼関係の原動力と進歩
病氣受容への発展	受容への発展・患者の持つ能力への可能性への信頼	子どもの自分に対する親からの承認された感覚の認識 患者の持つ能力の可能性への信頼 統合失調症を持つ家族からの肯定的な反応

さらに感情・意欲・思考の障害によって周囲への対応能力が著しく弱まり、生活行動の乱れが目立つようになってくると、家族間においても、それに対する対応能力がないため、特に夫婦間の葛藤を引き起こすことになる。一方患者は周囲への無関心や接触を避ける傾向となり、ますます自分の世界に閉じこもり、自閉状態となっていく。

発病に伴う症状の発症は、家族を混乱と葛藤に巻き込み、効果のない努力をし、「否認」という防衛機制による対処方法を家族は取っていく。それは夫婦間の葛藤や母親の歪曲した愛情の行動、精神医療者への不信と批判、さらに不満という回避的行動や焦りと辛さによる効果のない努力を生み出し、家族（夫婦）関係の親密性の低下や混乱を引き起こし、問題解決への困難な状況の中での家族崩壊を惹起していくということとなっていく。

受診行動を起こしても医療者との関係性は成立

せず、患者も家族も初期防衛機制である否認という機制を取っており、精神医療に対する不信と不満はますます深化していくという無支援状態を取っていくと考えられた。

(2) 精神医療への初期情報開示と病氣受容への初期顕在化

発病初期における混乱や葛藤が数か月から数年かけての経過ののち、精神医療に対する卓越した医師による介入により変化が生じている。適切な説明と統合失調症を持つ患者への治療効果や安定を取り戻していく変化に家族の病氣受容への発端が顕在化していく。納得のいく病氣説明と治療における家族参加の働きかけと治療方針の家族選択への働きかけは、患者の受容の発端を顕在化させ始めたといえる。

医療者の患者や家族の心理的な状況の分析と共

感と傾聴の働きかけの効果的対応が家族の病気受容への初期顕在化に影響を持つともいえる。

医師より「絡まった糸をほぐす作業は、むずかしいし、時間と根気がかかります。」という説明から、家族に治療に向き合うことを決意させたといえるだろう。医療者の統合失調症患者への共感的理解と家族の持つ混乱と葛藤に巻き込まれない冷静な傾聴的姿勢が家族の混乱と葛藤を転換させる要因となる。

特にこうした状況は、家族の親密性に効果を及ぼし、夫婦間の“妻が変化をしていった”という夫の反応となり、患者受容への顕在化への現象として考えることができる。

(3) 病気に対する認識の変化

精神医療に対する家族の信頼と認識への変化は、医師を含んだ医療チームからのかかわりにより、さらに変化をしていく。医師への信頼感の形成、行政の対応に対しても初期の不信や批判から、信頼感と協力関係へと変化をしていったことが3事例ともうかがえる。特に医師の家族に対する共感的かかわりは、家族の患者受容に大きな効果をもたらし、家族の変化への糸口となっていく。さらにこのことに引き続いての医療チームによる総合的な働きかけは、家族関係に大きく影響を及ぼし、更なる変化を増幅的に起こし、統合失調症を持つ家族の防衛的姿勢で社会と対応してきた長期間の苦悩に対しては安心と安らぎをもたらしてくれたと考えられる。夫婦間の相互理解と患者への態度の共有は、患者に対しても影響し、“僕を守ってくれてありがとう”という子どもの自分に対する親からの承認された感覚をもたらしたと考える。

このことは、サリヴァンの精神医学は対人関係であるということに表現されているように、情動的困難は人間関係から発し、人間関係において起こることを強調し、人間の行動は、不安という邪魔さえ入らなければ協力と相互満足、相互安全保障という終極目標に向かって積極的に進むものである⁹⁾とされているように、家族の病気にたいする認識は、医療関係者の総合的な働きかけによる不安の蓄積から徐々に家族を開放し、変化を起

こしていったとも言えるだろう。

(4) 家族会への参加

家族の認識は、視野の拡大に伴い家族会での共同学習や、精神疾患に対する認識へ変化を与え、病気をマイナスとしてみる否定的思考から、肯定的思考へと変化をもたらした。こうした変化は、家族関係にも影響を持ち、特に夫婦関係の相互信頼の原動力としての働きをしていった。

今回の研究参加者は、アメリカで発展した家族自身のエンパワーメントを目的とした家族学習会(家族ピア教育プログラム)に参加し、精神障がい者家族のリカバリー機能の影響を受けていた。

蔭山⁵⁾の述べているように、初期段階の暗闇、つまり精神障害の初期症状に気づくが、効果的な対処ができなため、危機が訪れている状態といえる。さらに本人が精神疾患とわかると、家族は苦悩の段階に陥り、否定的感情となり、喪失・悲嘆のどん底に陥り、専門家やシステムへの不満を持ち、一方患者は不安定な病状の苦痛を味わう。このような状態から家族が初めて家族会や家族会が開催する家族学習会に参加し、効果的な対処と新たな人生、つまり患者受容という段階に進んでいくといえる。

このことはまた家族が精神障がい者をケアする過程のなかから、家族が味わった困難と苦悩の体験が、他の家族への共感的表出となり、家族ピア教育プログラムを通して他の家族を救う価値ある体験へと変化していくこととなったと考える。

(5) 患者受容への発展の進化

家族の変化は統合失調症患者の言動の変化となって、「僕を守ってくれてありがとう」と表現され、初期の「僕はいらぬ子なのか？僕は入院するために生まれてきたのではない」という発言から、著明な変化をしている。

こうした変化は、家族に更なる変容をもたらし、「自分たちの子どもではないか、いい思い出つくりをしてやろうよ、呼びかけも君付けでしょうよ、ほめてやろうよ。」と夫婦間の親密性の強化と統合失調症患者の家族の受容が一層の深化をして

いったといえよう。

先の病気に対する認識の変化で述べた様に、統合失調を持つ家族への病気受容に対する認識は、医療関係者の総合的な働きかけで不安の蓄積から徐々に家族を開放し、変化を起こしていくというサリバンの精神医学は対人関係であるという人間関係の過程ともいえる。

IX. 結論

3名の統合失調症患者家族の病気受容についてSCATを用いて分析し、統合失調症患者に対する家族の病気受容に至る過程を23の理論記述から7つのカテゴリーを抽出した。さらに7つのカテゴリーから5つのコアカテゴリーに生成できた。

1. 発病前後における混乱と葛藤
2. 精神医療の初期情報開示と病気受容への初期顕在化
3. 病気にたいする認識の変化
4. 家族会への参加による患者受容の促進
5. 患者受容への発展の進化

図1に示すように家族の混乱と葛藤のプロセスは変化をしていく。

発病前後における混乱と葛藤は、適切な情報開示と治療への期待という段階を経て病気にたいする認識の変化が起こる。この変化を促進させる要因は、家族会への参加が大きく影響している。

家族の統合失調症を持つ患者の病気受容への発展は、概念図のような過程を取ると考えることができた。(図1)

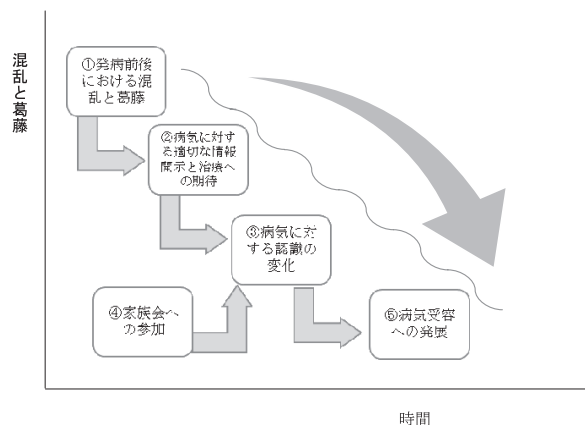


図1 病気受容に至る過程

X. 今後の課題と展望

統合失調症患者の家族については、医療チーム全体で、さらに行政も一体化して働きかけ、支援していくことにより、患者受容はさらに進化していくと考える。このことから医療チームの連携と協働を含んだ行政との協働による支援体制が発展していくことが重要な課題と思われる。

今回は、患者受容へ変容をしたと認識している3家族の分析をしてきたが、受容に至らない家族への支援や早期治療に伴う支援の在り方などの課題を含めてのさらなる研究が必要である。

謝辞

この研究に協力いただき、貴重な時間をいただきました研究参加者の皆様に心から深謝いたします。

文献

- 1) 北山大奈 (2012), さすらいの統合失調症対応・支援, プリメイド社.
- 2) 佐藤壹三監修 (2011), 精神看護学, メヂカルフレンド社.
- 3) 大谷尚 (2011), SCAT 明示的で手続きしやすく小規模データに適応可能な質的データ分析方法, 日本感性工学会論誌, 10(3), 155-160.
- 4) 大谷 尚 (2008): 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学), 154 (2), 27-44.
- 5) 大谷 尚 (2011): SCAT: Steps for Coding and Theorization 明示的で手続きしやすく小規模データに適応可能な質的データ分析方法, 日本感性工学会論誌, 10(3), 155-160.
- 6) 野口祐二 (2005) ナラティブの臨床社会学, 勁草書房, 東京.
- 7) 山下格 (2004), 精神医学ハンドブック (第5版), 日本評論社, 108.
- 8) 蔭山正子, 横山恵子他 (2014), 家族看護, 112(1), 148-152.
- 9) H. S. サリヴァン (1995) 中井久夫, 宮崎隆吉他訳: 精神医学は対人関係である, みすず書房, 東京.

〈原 著〉

在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助

森 京子*, 古川 智恵*

The Assistance of Nurses to Support The Decision-Making of Terminal Cancer Patients who Transfer to Home Palliative Care

Kyoko Mori*, Chie Furukawa*

Abstract

The aim of this study is to clarify the characteristics of nursing care in regard to the support of decision-making in patients with end-stage cancer in the transition to home palliative care. A participant-observer study and semi-structured interviews were conducted among 4 registered nurses, including a certified palliative care nurse and a discharge support nurse who was involved in the discharge of 2 patients. Krippendorff's qualitative content analysis was used to analyze the descriptive data. The following components were examined: "work to relieve symptoms of cancer progression," "provide information proactively," "support honest emotions," "determine the direction of future support," "become a voice for the patient and/or their family," "coordinate with all support teams," "prepare for worsening medical conditions." The results suggest that nurses should support patient's decision-making by considering the time that the patient has left to live, and by helping patients to achieve their hopes.

要 約

本研究の目的は、在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助を明らかにすることである。データ収集は、参加観察法および半構成的面接法を用いて行った。分析は、在宅緩和ケアへの移行を実現した患者2名に関わった緩和ケア認定看護師、退院支援部門の看護師長を含む看護師4名のデータを分析対象とし、Krippendorffの内容分析の手法により分析した。その結果、在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助は、【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】、【先を見越して情報提供する】、【ありのままの気持ちを支える】、【今後の支援の方向性を捉える】、【患者・家族の代弁者になる】、【院内外のチームを調整する】、【病状の悪化に備える】であった。看護師は、残された患者の時間を意識して意思決定を支え、実現できるように援助することが求められると示唆された。

Key Words: 在宅緩和ケア (home palliative care), 終末期がん患者 (terminal cancer patient), 意思決

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

定 (decision-making), 援助 (support)

I. 緒言

終末期がん患者の場合、積極的治療の中断は療養場所の変更を意味し、患者・家族は治療の中断、療養場所の変更という重要な事柄について同時に選択を迫られることになる¹⁾。終末期がん患者にとって意思決定を自分で行うことは、人生をどのように締めくくるかという生き方の問題につながる重要な意味を持っている²⁾。そのため、療養場所の選択における意思決定を援助するだけでなく、意思決定したことを実現できるように援助することが重要となる。しかし、終末期がん患者の意思決定においては、病状にまつわる全ての事実を患者に伝えることの困難さ³⁾、予後予測の困難さ⁴⁾、退院時期の見極めの困難さ⁵⁾、患者は家族への気遣いから本音を言い出せないこと⁶⁾、患者や家族および医療者の間での意見の不一致や病状の変化により自分の意思決定通りに過ごしにくくなること⁷⁾等の問題があり、必ずしも患者の意思が尊重されているわけではない。

これまで終末期がん患者の療養場所の意思決定に関する研究では、意思決定に影響を及ぼす要因⁸⁾、意思決定支援の内容⁹⁾、意思決定支援における課題¹⁰⁾について明らかにされている。また、終末期がん患者の在宅緩和ケアへの移行に関する研究では、移行を支援する看護師の困難さ¹¹⁾、移行支援における課題¹²⁾について報告されている。しかし、終末期がん患者が在宅緩和ケアを選択する際に看護師が意思決定をどのように支援し、意思決定した内容を実現するためにどのような援助を行っているのかについて検討した研究は見当たらない。

そこで本研究は、在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助の内容を明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

援助：Wiedenbach E.¹³⁾の考えに基づき、援助

は、思考も含めた看護師の行為とする。

チーム：厚生労働省チーム医療の推進に関する検討会¹⁴⁾の考えに基づき、院内外が多職種で構成され、互いに対等に連携して患者の治療やケアに携わる専門職集団とする。

III. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、A県にある地域がん診療連携拠点病院の看護師とした。具体的には、B病棟でがんの退院支援に関わった看護師である。

2. データ収集方法

データは、2009年3月～8月にかけて参加観察法および半構成的面接法により収集した。参加観察を組合せることで、看護師が在宅緩和ケアへの移行における意思決定にどのように関わっているのか、その実際を見ることで面接法だけでは得られない看護師の表情、言動とそれに対する相手の反応、周囲の状況を観察できると判断した。また、診療や看護の妨げにならないように十分に配慮しながら随時、研究参加者に行為の意図を尋ねることや参加観察で得たデータを基に面接を行うことにより詳細なデータを得られると判断した。研究者は、研究参加者が病棟から退院支援チームに依頼があった終末期がん患者の看護を行う際に同行し、共に看護を行いながら参加観察を実施し、その場あるいは事後にメモを取り、フィールドノートに記述した。

面接は、参加観察で得られたデータを補う目的で行い、患者の入院から在宅緩和ケアへの移行過程における患者や家族との面談、退院調整カンファレンスなど様々な局面での看護師の行為とその意図について尋ねた。面接は、院内の個室において研究参加者の都合のよい時間帯に1回60～90分程度行った。面接内容は、研究参加者の許可を得て録音し、逐語録として書き起した。

3. 分析方法

データ分析は、フィールドノーツの記述内容および面接内容の逐語録をデータとし、Krippendorff¹⁵⁾の内容分析の手法の基づき、以下の手順で行った。

1) 個別分析

①フィールドノーツ・逐語録を熟読し、在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助を研究参加者毎に抽出した。②意味内容を持つ記録単位に分割した。③意味内容を損なわないように内容を要約してコードを作成した。④類似性を元にコードをまとめ、表題を作成した。

2) 全体分析

①個別分析の結果得られた全研究参加者の表題を集め、全体分析における表題を作成した。②類似性を元に表題をまとめ、大表題を作成した。

この手法は、得られた質的データの文脈を重視しながら意味を解釈していく方法であり、そこに何があるのかを明らかにする方法として有用なことから、本研究の分析方法として適していると判断した。本研究における分析単位は、在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助とした。

4. 真実性の確保

真実性の確保のため、面接時は研究参加者が自由に語れるように配慮し、必要時、追加面接を行った。また、データを何度も繰り返し読みながら分析を行い、研究者間で一致率が80%になるまで繰り返し検討した。

5. 倫理的配慮

本研究は、三重県立看護大学研究倫理審査会で承認(通知書番号090201)を得た上で、研究協力施設の許可を得て実施した。研究協力者個々に文書と口頭で研究の趣旨、方法、研究参加の任意性と中断の自由、個人情報守秘等について説明し、署名により同意を得た。また、参加観察の場面に患者・家族が同席する場合は、予め研究参加者より紹介を受けた後、患者に文書と口頭で説明し、

承諾を得た。患者本人の意思決定が困難な時は家族より承諾を得た。その上で患者の体調に十分に配慮しながら参加観察を行った。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

B病棟に入院中の終末期がん患者2名の在宅緩和ケアの選択から移行までの支援に直接関わった看護師4名(緩和ケア認定看護師(以下、CNと記す)1名、退院調整部門の看護師長(以下、退院支援Nsと記す)1名を含む)のデータを分析対象とした。看護師4名の退院支援経験年数は7~20年であった。分析対象となったフィールドノーツの記述はA4判1枚1,200字で95頁、面接内容の録音に全員が同意し、逐語録は203,907字であった。また参加観察途中で体調が悪化した患者はいなかった。

2. 分析結果

分析の結果、個別分析では107の表題が得られ、全体分析で39の表題にまとまり、最終的に7の大表題に集約された(表1)。以下、得られた大表題ごとに実例を示し説明する。【 】は在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助を表す大表題、[]は全体分析における表題を示す。また「明朝斜体文字」は実例、省略部分は……で示し、()は研究者による補足を示す。

【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】は、最期の過ごし方について考える余裕を生み出したり、退院の時機を逃さないようにがんの進行に伴う諸症状を緩和することを表す。これには、[最期の時間の過ごし方を考える余裕を生み出すため症状緩和を図る]、[誤った内服により症状が悪化し、退院の時機を逃さないように、状態の変化に応じて薬剤を看護師管理に切り替える]が含まれた。

病棟看護師は、「(患者に)これからどうしたいって言っても考えるにも考えれやんよね、痛いわ辛いわで。……まずは緩和(ケアチーム)に入って貰ってえらいのってからじゃない」と最期

表1 在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助

大表題	全体分析における表題
がんの進行に伴う 症状の緩和に努める	最期の時間の過ごし方を考える余裕を生み出すため症状緩和を図る
	誤った内服により症状が悪化し、退院の時機を逃さないように、状態の変化に応じて薬剤を看護師管理に切り替える
先を見越して情報 提供する	在宅療養への不安を解くため、患者・家族が具体的イメージを描けるように説明する
	気持ちが揺れ動いてもありたい過ごし方が実現できるように選択肢の1つとして緩和ケア病棟を提案する
	患者・家族の選択の自由を保障するため、緩和ケア病棟の見学・家族受診の前に敢えて入院予約を勧めない
	最期まで療養場所を自由に選択できるように、緩和ケア病棟へ入院する時期の判断の仕方を伝える
	退院後の生活を思い描けるように専門用語を翻訳して患者のカンファレンス参加を助ける
	状態悪化時に対する介護者の不安を和らげるため、気持ちを受止めた上で在宅療養支援体制に関する利用可能な情報を提供する
	まずは早く家に帰りたい気持ちを受け止めた上で状態が悪化する可能性を考慮し、平日退院を提案する
	急な病状の変化に備えて早急に緩和ケア病棟の入院予約を終えるように勧める
	医療処置を要する終末期がん患者のショートステイ受入れ拒否を予測し、予めサマリーで患者の状態を伝える
	退院調整カンファレンスの場で即座に具体的な支援内容を提案できるように、予め在宅医・訪問看護師に情報提供する
病状の変化に応じて即座にケアプランの修正ができるように、今朝の患者の情報を得てカンファレンスで共有する	
ありのままの気持ち を支える	患者・家族の選択を尊重するため、お互いに折り合いをつけて決めたことを追求せずにそのまま受け止める
	意思決定した後も病状の変化に伴い揺れ動くことを気に掛けて患者の顔を見に足を運んで再度問い掛ける
	家に帰ってきて大丈夫と思えるように患者の気持ちを解く
	チーム内に患者の意向を浸透させるため、退院調整カンファレンスの場で患者が希望を言えるように備える
	患者が弱い部分を見せられる場所を護ることで気持ちの安定を図るため、敢えて踏み込まず病棟看護師に任せる
	今から家で見ていく家族の気持ちが落ち着くように、家族が本音を吐露する機会を設ける
	必要な医療処置を在宅で継続できるように家族の不安を解く
後から疑問が出てくることを予測し、漏れなく対応できるように患者・家族に相談の仕方を具体的に伝える	
今後の支援の方向 性を捉える	終末期がん患者は療養場所を移行できる時期が限られているため、依頼を受けただけ早くまずは患者の状態を把握する
	患者・家族にとってしんどい話になることを予測し、医師からの病状説明に同席し、患者の意向に沿った支援の方向性を掴む
	家族の受入れ体制を見極めるため、改めて家族の意向を確認する機会を設ける
	支援の方向性のずれを防ぐため、キーパーソンに今後の意向や医師からの説明内容を確認する
	親子が互いに悔いなく最期の時を過ごせるように療養場所移行に向けて話を詰める

患者・家族の代弁者になる	娘の真意を患者の心に響かせるため、親子でも言いにくいことを医療者が橋渡しして伝える
	最期の時をできるだけ夫と過ごせるように、娘との折り合いをつける
	たとえ在宅医にとって条件が悪いことであっても患者のありたい過ごし方を実現するため、最期は緩和ケア病棟へ行きたいと代弁する
院内外のチームを調整する	好機を逃さないように入院期間を見据えて随時、病棟・緩和ケアチーム・退院支援チームが相互に連携する
	必要時に主治医が直ぐに対応できるように任されていても、随時、主治医と情報共有しながら退院の準備を進める
	病状を読み、先を見越した調整ができるように退院調整カンファレンスのメンバーを揃える
	医療依存度が高い患者のケアを引継ぐため適任者を選んで調整する
	在宅で継続できるようにケアの方法をアレンジし、物品手配の細部まで話を詰める
病状の悪化に備える	時機を逸しないように、患者の限られた命の時間を常に意識してチームを方向づける
	在宅療養の行方を見越して経済的負担を考慮し、今ある資源を活用して療養環境を調える
	終末期がん患者は病状が変わりやすいため、僅かな病状の変化も捉えて先を見通して療養環境が整っているか確認する
	退院後、病状が更に悪化することを見越して介護審査に備える
	状態悪化時に直ぐに対応可能な体制を整えるため、在宅医に再打診する

の時間の過ごし方を考える余裕を生み出すために緩和ケアチームに依頼して症状緩和を図っていた。

【先を見越して情報提供する】は、病状や状況の変化によって気持ちが揺れ動いても最期まで自由に選択できるように患者・家族に情報を提供すること。また、ありたい過ごし方を実現するために在宅緩和ケアへの移行に関わる多職種に先を見通して情報を提供することを表す。これには、[気持ちが揺れ動いてもありたい過ごし方が実現できるように選択肢の1つとして緩和ケア病棟を提案する]、[退院調整カンファレンスの場で即座に具体的な支援内容を提案できるように、予め在宅医・訪問看護師に情報提供する]等が含まれた。

CNは、「肺がんやもんで息苦しさが出てきたらやっぱりなかなか家では看とんのは辛いんじゃないか、……緩和ケア病棟っていうのもひとつ、行くにしろ行かないにしろ頼んでおいてはどう(でしよう)か」と選択肢の1つとして緩和ケア病棟を提案していた。また、退院支援Nsは、「やっぱり(患者の)状態が分からないと(在宅の)先生に受入れを判断してもらるのが難しいんで、……

医師の情報だけだったら本当に病気のことしか書いてないので、医療処置の細かいこと、……どんなことを望んでいるのか……そういった診療情報提供書では書ききれないことを記載して、どんな支援が必要か考えて頂けるように事前に情報をお伝えして」と在宅医に情報提供していた。

【ありのままの気持ちを支える】は、積極的治療の中断と同時に療養場所の選択を余儀なくされる患者・家族の気持ちをそのまま受け止めること。また、意思決定後の患者・家族の不安や気持ちの揺らぎに寄り添い家に帰っても大丈夫と思えるように気持ちを支えることを表す。これには、[患者・家族の選択を尊重するため、お互いに折り合いをつけて決めたことを追求せずにそのまま受け止める]、[患者が弱い部分を見せられる場所を護ることで気持ちの安定を図るため、敢えて踏み込まず病棟看護師に任せる]、[今から家で見ていく家族の気持ちが落ち着くように、家族が本音を吐露する機会を設ける]等が含まれた。

CNは、「今から見ていく人の気持ちって大きくなって、その時、言わないのも一つやし言いたいと思ったら言うてくれるやろし。でもやっぱり

本音っていうか、本人の前では言えやんようなことを吐き出して、よし家で看るぞっていう気持ちになるそういう機会はいるかなって」と家族の気持ちを支えていた。

【今後の支援の方向性を捉える】は、常に命の限られた患者の時間を意識して患者がやりたい過ごし方が実現できるように適宜、意向を確認し、支援の方向性を捉えることを表す。これには、[終末期がん患者は療養場所を移行できる時期が限られているため、依頼を受けたらできるだけ早くまずは患者の状態を把握する]、[患者・家族にとってしんどい話になることを予測し、医師からの病状説明に同席し、患者の意向に沿った支援の方向性を掴む]、[支援の方向性のずれを防ぐため、キーパーソンに今後の意向や医師からの説明内容を確認する]、[親子が互いに悔いなく最期の時を過ごせるように療養場所移行に向けて話を詰める]等が含まれた。

病棟看護師は、「治療できないっていう話を聞いて、更にこれからどこで過ごす(か)という話なんで結構しんどい話やし……直にどこに行きたいって言える人ばっかじゃないけど、患者さんがどうしたいかっていうことってその場の雰囲気とかやっぱり同席してるから分かる部分がある。患者さんがどうしたいか今後の方針を知って、それに沿った援助ができるようにできるだけ(病状説明に)入った方がいいかなって」と医師から患者・家族へ病状を説明する際に同席し、支援の方向性を捉えていた。

【患者・家族の代弁者になる】は、患者・家族間や患者と在宅医との関係において、患者や家族の意向を本人に代わって伝えることを表す。これには、[娘の真意を患者の心に響かせるため、親子でも言いにくいことを医療者が橋渡しして伝える]、[最期の時をできるだけ夫と過ごせるように、娘との折り合いをつける]、[たとえ在宅医にとって条件が悪いことであっても患者のやりたい過ごし方を実現するため、最期は緩和ケア病棟へ行きたいと代弁する]が含まれた。

退院支援Nsは、「娘さんの方から、今まで自分らだけで生きてきて何もしてやれてないもんで家で

見てあげたいと言っても、(母は)うんって言わへんと思うから(母へ)言うといてという感じで、医療者が橋渡しをしてなかなか親子でも言いにくいことをカンファレンスの時に娘さんの代わりに(患者に)お伝えした」と折り合いが悪い親子の間に入って家族の意向を伝える事によって患者が真意に沿って選択できるように支えていた。

【院内外のチームを調整する】は、好機を逃さず療養場所を移行し、切れ目なく緩和ケアを受けてやりたい過ごし方を実現できるように、チームの要となって院内外の多職種と調整することを表す。これには、[好機を逃さないように入院期間を見据えて随時、病棟・緩和ケアチーム・退院支援チームが相互に連携する]、[在宅で継続できるようにケアの方法をアレンジし、物品手配の細部まで話を詰める]等が含まれた。

退院支援Nsは、「ケアをどういった形で継続していくのか方法とか物を変えるんかとか、物品を訪問看護で準備ができるのか、……物品がないとケアが継続してもらえないんで、なかなかサマリーや情報提供書では伝わらないんで退院調整カンファレンスの時にいつもきちっと確認するんです」と患者が家に帰ったその日から切れ目なく緩和ケアを受けることができるように在宅医や訪問看護師と調整していた。

【病状の悪化に備える】は、終末期がん患者は病状が変わり易いことを見越した上で、病状が悪化しても患者がやりたい過ごし方を実現できるように備えることを表す。これには、[在宅療養の行方を見越して経済的負担を考慮し、今ある資源を活用して療養環境を調える]、[状態悪化時に直ぐに対応可能な体制を整えるため、在宅医に再打診する]等が含まれた。

退院支援Nsは、「どうしてもならとC先生に引き受けていただいたんですけど、やっぱり何かあった時に直ぐに行こうと思うとちょっと(患者さんの家まで)距離があるし、緊急時(の体制)を考えるとどうなのかなと思って。(医療ソーシャル)ワーカーに連絡を取ってもらった近所の先生に本当に受入れが難しいのか、もう一回私からお願ひしてみたいです」と患者の家に近い在宅

医に再打診し、病状の悪化に備えていた。

V. 考察

3. 在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助 (図1)

在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助は、【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】、【ありのままの気持ちを支える】ことを基盤とし、患者・家族の気持ちの揺らぎに寄り添い、支えながら、患者・家族に【先を見越して情報提供する】、【患者・家族の代弁者になる】ことで患者の意思決定を支えていた。さらに意思決定したことを実現するために【今後の支援の方向性を捉える】、在宅緩和ケアへの移行に携わる院内外のチームに【先を見越して情報提供する】、【患者・家族の代弁者になる】、【院内外のチームを調整する】、【病状の悪化に備える】援助を行っていた。看護師は、終末期がん患者のありたい過ごし方を実現するために、常に患者の予後を意識しながらこれらの援助を行っていた。

【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】では、看護師は、[最期の時間の過ごし方を考える余裕を生み出すため症状緩和を図る] ことにより、積極的治療の中止と同時に療養場所の選択を余儀なくされる患者の意思決定を支えていた。がん患者にとって積極的治療の中止はがんの診断、再発の告知を受ける時以上の心理的衝撃を受ける¹⁶⁾。そのような心理状態の中で同時に最期の過ごし方を考え、意思決定しなければならない患者の負担は非常に大きいと思われる。また、身体的苦痛は思考力を奪い、意思決定の妨げとなる¹⁷⁾ ことから、がんの進行に伴う症状を緩和することは患者が熟慮した上で最期の過ごし方を意思決定するために重要な援助であると考えられる。また、看護師は、[誤った内服により症状が悪化し、退院の時機を逃さないように、状態の変化に応じて薬剤を看護師管理に切り替える] ことにより、意思決定したことを実現するために【がんの進行に伴う症状の

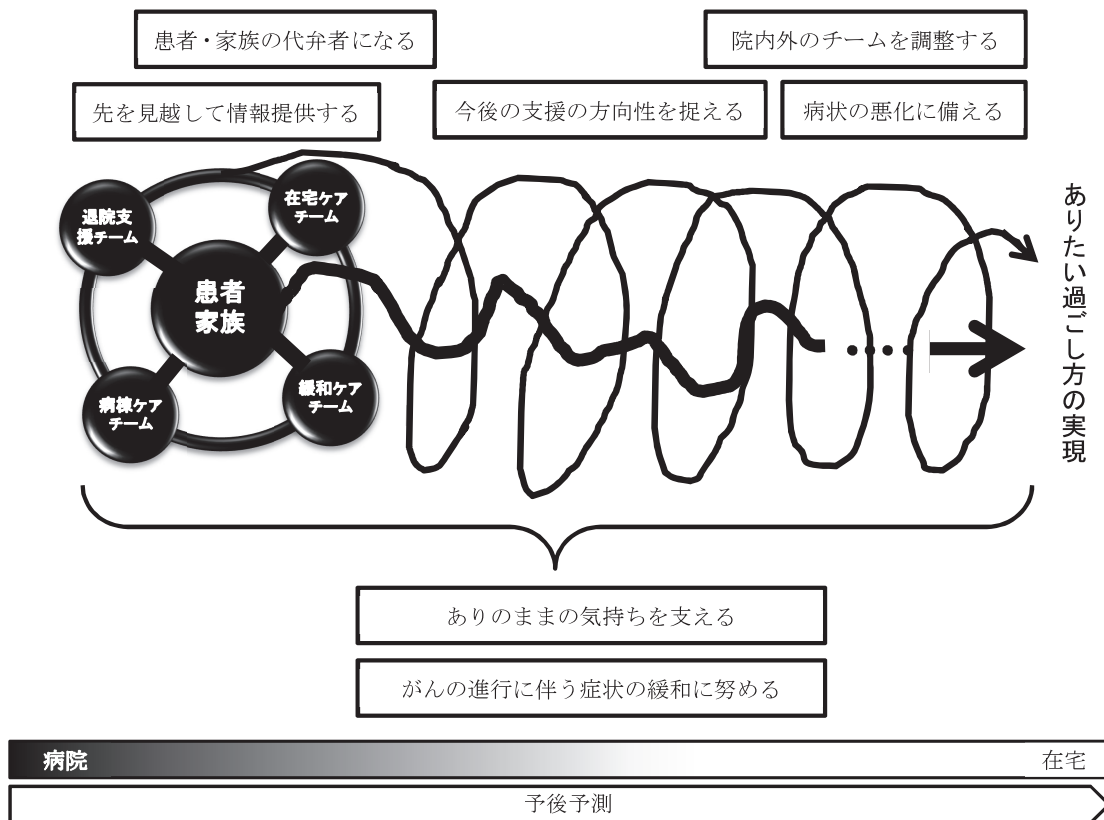


図1 在宅緩和ケアへ移行する終末期がん患者の意思決定を支える看護師の援助

緩和に努める】援助を行っていた。このことは、病状の変化により自分の意思決定通りに過ごしくくなる¹⁸⁾こと、症状コントロールに対する不安は療養場所の移行に影響を及ぼす¹⁹⁾ことから、

【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】ことは、意思決定したことを実現するために不可欠であることを示したといえよう。また、終末期がん患者にとって療養場所の選択は、最期の過ごし方をどう過ごすか生き方の問題につながる²⁰⁾ことであり、ありたい過ごし方を実現するために【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】ことは、患者の生き方を尊重する援助になると考えられた。以上のことから、本研究では改めて身体的苦痛に対する症状緩和の重要性が示された。しかし、終末期がんは全人的苦痛を抱えていることから、患者のありたい過ごし方を実現するには、身体的苦痛だけでなく、個々の患者の全人的苦痛を捉えた患者に寄り添う援助が求められると考える。

【先を見越して情報提供する】では、看護師は、単に療養場所を選択するための情報を提供するだけでなく、[気持ちが揺れ動いてもありたい過ごし方が実現できるように選択肢の1つとして緩和ケア病棟を提案する]ことで在宅へ療養場所を移行後も状況の変化に応じて自由に療養場所を選択できるように情報を提供していた。このような看護師の援助は、意思決定したことのやり直しを保証する²¹⁾援助であり、最期までありたい過ごし方を実現する上で重要な援助であると考えられた。また、看護師は多職種との協働において、[退院調整カンファレンスの場で即座に具体的な支援内容を提案できるように、予め在宅医・訪問看護師に情報提供する]援助を行っていた。このことは、病状が変わりやすく療養場所を移行できる時期が限られている終末期がん患者が在宅緩和ケアへの移行を実現するには、短期間に濃密な調整が求められ、院内外の多職種との連携において【先を見越して情報提供する】ことが不可欠であることを示していた。

【ありのままの気持ちを支える】では、看護師は、[患者・家族の選択を尊重するため、お互いに折り合いをつけて決めたことを追求せずにそのまま

受け止める]ことにより、積極的治療の中止と同時に療養場所の選択を余儀なくされる患者・家族を支えていた。さらに、終末期がん患者は病状が変わりやすく、病状の変化により気持ちが揺れ動く。そのため、一度家に帰ると意思決定した後に気持ちが揺れ動くことを当然のことと受け止め、

[患者が弱い部分を見せられる場所を護ることで気持ちの安定を図るため、取って踏み込まず病棟看護師に任せる]、[今から家で見ていく家族の気持ちが落ち着くように、家族が本音を吐露する機会を設ける]ことにより、意思決定後の気持ちの揺らぎに寄り添い【ありのままの気持ちを支える】援助を行っていた。櫻井ら²²⁾も報告しているように、終末期における意思決定は苦渋の選択の結果であることが少なくない。また、終末期がん患者が在宅療養を希望する際には、家族への気遣いや受け入れ体制の問題²³⁾などがあり、本当の意味で患者中心とは言い難い。本研究においても患者は病状の変化に対する不安や家族への気遣いから、在宅で過ごした後、最期は緩和ケア病棟へ行くことを希望していた。このことから、患者と家族は置かれている環境や家族間の関係性を含めた立場などからそう決めざるをえない状況に置かれる場合があり、なんとか折り合いを付けて苦渋の選択の末、最期の療養場所を選択していると推察される。そのため、終末期がん患者と家族が意思決定を行う際に留まらず、意思決定後の気持ちの揺らぎをただ単純に当然のことと受け止めるのではなく、患者・家族にとって必ずしも本音ではないかもしれないが、苦渋の選択をし、命の限られた貴重な時間の中で必死に折り合いを付けようとしている気持ちに寄り添うこと、できる限り本音を語れるよう継続的に【ありのままの気持ちを支える】ことは、終末期がん患者の全人的苦痛の緩和にもつながる重要な意味を持っていると考える。さらに、本当の意味での患者中心とはどうあるべきなのか、患者は何を望んでいるのか常に自己に問い掛けながら患者の意思決定を支えていくことは、患者の自律した気持ちを支え、患者が最期の時間を自分なりに納得した上で過ごすために不可欠であり、ありたい過ごし方を実現する上で

土台となる重要な援助であると考え、また、一般に医療者は終末期がん患者にとって最も望ましい療養場所は住み慣れた自宅であると考えられる傾向にあるが、本研究の患者のようにできる限り夫と一緒に過ごしたいという場合、療養場所は必ずしも在宅である必要はない。医療者の考えが無意識のうちに患者・家族に対し在宅への移行を押しつけることにならないよう、看護師は、どのように関われば良いのか省みながら終末期がん患者の意思決定を支えていく必要があると考える。

【今後の支援の方向性を捉える】では、看護師は、[終末期がん患者は療養場所を移行できる時期が限られているため、依頼を受けたらできるだけ早くまずは患者の状態を把握する]、[患者・家族にとってしんどい話になることを予測し、医師からの病状説明に同席し、患者の意向に沿った支援の方向性を掴む] 援助を行っていた。このことは、入院後早期からの退院支援の重要性²⁴⁾ を支持する結果であった。また、看護師が、[親子が互いに悔いなく最期の時を過ごせるように療養場所移行に向けて話を詰める]、[支援の方向性のずれを防ぐため、キーパーソンに今後の意向や医師からの説明内容を確認する] 援助を行っていた。このことは、家族の協力なしには終末期がん患者の在宅療養の実現は困難である²⁵⁾ ため、看護師が、医療チームの中心が患者・家族であることを常に意識しながら援助していたことを意味する。また、随時、チームの方向性を捉え直すことで支援の方向性のずれによって療養場所移行の時機を逃すことを防いでいたと考える。さらに、看護師が[親子が互いに悔いなく最期の時を過ごせるように療養場所移行に向けて話を詰める] 援助を行っていたことは、終末期の療養場所の選択・移行は、単に患者本人の生き方の問題に留まらず、遺る家族のその後の人生や死生観にも影響を及ぼす重要な意味を持っていることを示したといえよう。

【患者・家族の代弁者になる】では、看護師は、[娘の真意を患者の心に響かせるため、親子でも言いにくいことを医療者が橋渡しして伝える]、[最期の時をできるだけ夫と過ごせるように、娘との折り合いをつける] 援助を行っていた。がん

終末期はたとえ家族間であっても相手への気遣いから本音を言いづらいことから、看護師が代弁者となって相互の意向を伝えていたと考えられる。また、看護師は、[たとえ在宅医にとって条件が悪いことであっても患者のありたい過ごし方を実現するため、最期は緩和ケア病棟へ行きたいと代弁する] 援助を行っていた。以上のような看護師の援助は、患者・家族間において相互の意向を仲介する²⁶⁾、医療チーム間で患者の意向を代弁する²⁷⁾ ことであった。これは、ありたい過ごし方を実現するための患者の擁護者としての援助であった。

【院内外のチームを調整する】では、看護師は、[好機を逃さないよう入院期間を見据えて随時、病棟・緩和ケアチーム・退院支援チームが相互に連携する]、[在宅で継続できるようにケアの方法をアレンジし、物品手配の細部まで話を詰める] というように療養場所の選択・移行に関する多職種間の連携においてチームの要となって調整を行っていた。多職種との連携において病棟看護師にコーディネーターとしての役割が求められる²⁸⁾ 一方で、退院支援に関する病棟看護師の知識不足が指摘されている²⁹⁾。本研究では、患者のありたい過ごし方を実現するために病棟看護師、CN、退院支援Nsがそれぞれの立場の違いを活かして患者に関わることにより、互いに補い合いより広い視野で患者を捉えていた。看護師が、明確な意図を持ってチームの要となって多職種に働きかけることにより、患者のありたい過ごし方を実現するために【院内外のチームを調整する】ことができたと考えられる。このことは、八尋ら³⁰⁾ の患者が決定したことを何としても実現させるためにチームに働きかけるという価値観に基づく援助であった。

【病状の悪化に備える】では、看護師は、[在宅療養の行方を見越して経済的負担を考慮し、今ある資源を活用して療養環境を調える]、[状態悪化時に直ぐに対応可能な体制を整えるため、在宅医に再打診する] ことにより、今後の病状の変化を見越した上で、患者が最期までその人らしく過ごせるように援助していた。これまでも患者・家族が安心して在宅療養できるような体制づくり³¹⁾

が課題として指摘されているが、本研究の結果はこれらの課題を解決する看護師の援助の一例を具体的に示したものであるといえよう。

VI. 看護への示唆

がん対策基本法が施行されて以降、終末期がん患者の在宅療養支援体制の整備が進められているが未だ十分に整っているとは言い難い。また、患者・家族の受入れ体制が整っていないこともスムーズな療養場所の移行の妨げとなり、患者・家族は、追い出された、見捨てられたという思いを抱く。そのため、患者・家族が安心して在宅緩和ケアへ移行できるように、外出泊を上手く活用し、患者・家族と共に在宅緩和ケアへの移行に向けた準備を進めていく必要があると考える。

また、退院支援においては、病棟看護師がコーディネーターの役割を担うことが求められている一方で、知識不足・経験不足や他の業務に忙しい等の理由から十分に関わることができていない。そのため、現状としては、CN や退院支援 Ns が中心となって終末期がん患者の療養場所の選択・移行を支援していることが多い。よって、今後、病棟看護師に対する教育の充実を図ることにより、患者の真意に沿った療養場所の選択・移行の実現につながると考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は1施設の少数の看護師を対象としているため、結果の一般性は十分とはいえない。また、調査施設は都市からも離れているため地域差があること、がん対策基本法施行後、在宅緩和ケアの体制整備が進められており、調査時期と現在では受入れ体制が変化していると考えられる。そのため、本研究の結果を他の現場に援用するには限界がある。今後は、研究参加者を増やし詳細な記述を積み重ねていくと共に、多施設からデータを収集して分析し、看護実践モデルを開発していく必要があると考える。

VIII. 結論

本研究より、在宅緩和ケアへ移行する終末期が

ん患者の意思決定を支える看護師の援助として、【がんの進行に伴う症状の緩和に努める】、【先を見越して情報提供する】、【ありのままの気持ちを支える】、【今後の支援の方向性を捉える】、【患者・家族の代弁者になる】、【院内外のチームを調整する】、【病状の悪化に備える】の7つの援助が明らかになった。

謝辞

本研究にご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。また、分析過程・論文執筆にあたりご指導いただきました福原隆子先生に深謝致します。本研究は、文部科学省科学研究費補助金（若手研究（スタートアップ）課題研究番号 20890189）の助成を受けて行った研究の一部である。

文献

- 1) 三條真紀子, 広瀬寛子, 柳澤博, 他 (2008): 終末期がん患者の療養場所移行に関する家族の経験と医療者への家族支援ニーズ—終末期に一般病棟で療養したがん患者の遺族への質的調査を通じて—, がん看護, 13(5), 580-588.
- 2) 射場典子 (2000): 終末期における患者の意思決定, 緩和ケア, 63-70.
- 3) 小林督子, 川瀬洋子, 中村晶子, 他 (2003): 在宅・転院した患者の最後を迎える場所の意思確認—医師・看護師の係わり, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 14, 77-84.
- 4) 大坂巖 (2004): 緩和ケア病棟における緊急入院の検討, ホスピスと在宅ケア, 12(3), 209-214.
- 5) 早瀬仁美, 森下利子 (2008): 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知, 高知女子大学看護学会誌, 33(1), 39-47.
- 6) 吉田智美, 小島操子 (2006): 緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因, 大阪府立大学看護学部紀要, 12(1), 56-65.
- 7) 小島操子 (2002): 終末期医療における倫理的課題, Davis A. J. 監修, 看護倫理—理論・実践・研究, 165-176, 日本看護協会出版会, 東京.
- 8) 坂井桂子, 塚原千恵子, 岩城直子, 他 (2011): 進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因, 石川看護雑誌, 8, 41-50.
- 9) 小池瞬, 藤本桂子, 神田清子 (2015): がん治療における看護師の意思決定の内容, 群馬保健学紀要,

- 35, 61-70.
- 10) 森一恵, 杉本知子 (2012): 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題, 岩手県立大学看護学部紀要, 14, 21-32.
- 11) 加利川真理, 小河育恵 (2013): ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ, ヒューマンケア研究学会誌, 4 (2), 7-16.
- 12) 佐藤まゆみ, 広瀬由美子, 竹中敦子, 他 (2012): 終末期がん患者の在宅緩和ケア移行支援においてスタッフナースが必要とする知識とその獲得状況, 千葉県立保健医療大学紀要, 3(1), 45-51.
- 13) Wiedenbach E. (1969)/ 稲田八重子, 他訳 (1975): 増補改訂看護学翻訳論文集 1(3), 93-94, 現代社, 東京.
- 14) 厚生労働省 (2010年): チーム医療の推進に関する検討会報告書, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>, 2015. 12. 06
- 15) Krippendorff K. (1980)/ 三上俊二, 他訳 (1989): メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待, 21-183, 勁草書房, 東京.
- 16) 渡邊真理, 清水奈緒美, 編 (2015): がん看護実践ガイド がん患者へのシームレスな療養支援, 17, 医学書院, 東京.
- 17) 前掲 2)
- 18) 前掲 7)
- 19) 前掲 8)
- 20) 前掲 2)
- 21) 八尋陽子, 秋元典子 (2012): ターミナル期にあるがん患者の自己決定支援に関する看護師の価値観—経験を積んだ看護師に焦点を当てて—, 日本がん看護学会誌, 26(1), 41-49.
- 22) 櫻井智穂子, 眞嶋朋子 (2013): 終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断の“ゆれ”に関する研究, 文化看護学会誌, 5 (1), 20-27.
- 23) 前掲 11)
- 24) 富律子 (2008): がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応, 横浜看護学雑誌, 1(1), 66-75.
- 25) 宇都宮宏子 (2008): 病棟から始める退院支援・退院調整の進め方, 病棟から始める退院支援・退院調整の実践例, 10-37. 日本看護協会出版会, 東京.
- 26) Becker, P. H. (1986): Advocacy in Nursing: perils and possibilities. *Holistic Practice*, 1(1), 54-63.
- 27) Spellbring A. M. (1991): Nursing's role in health promotion, *Nursing Clinics of North America*, 26 (4), 805-814.
- 28) 前掲 16) 53.
- 29) 河野由美 (2014): 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因, 日本看護科学学会誌, 34, 123-130.
- 30) 前掲 21)
- 31) 厚生労働省 (2010): がん対策推進基本計中間報告書, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku04.pdf, 2015. 12. 06

〈研究報告〉

在宅看護学における学生の学びの検討

—演習を通して—

荻野 妃那*, 春名 誠美*, 豊島 泰子*

Considering of Student's Learning for Home Care Nursing Practicum

Hina Ogino*, Shigemi Haruna*, Yasuko Toyoshima*

要 約

本研究の目的は、在宅看護学演習時間の増加による在宅看護学演習における学生の学びを明らかにすることである。研究方法は、在宅看護学演習を終了した114名の学生が提出した「在宅看護学演習での学び」に関する授業課題（自由記載）の内容を分析対象とした。分析には、ベレルソンの内容分析の手法を用いた。分析の結果、学生の学びは次の8つのコアカテゴリーに分類された。学生は、1. 療養者・家族への支援の視点、2. 演習方法からの学び、3. 具体的な支援方法、4. 在宅看護の特性、5. 訪問看護師の役割、6. 社会資源について、7. 訪問看護師に必要な能力、8. 療養者のアセスメントを学んでいた。中でも療養者・家族への支援の視点が最も多かった。

Key Words: 在宅看護学演習 (home care nursing practicum), ロールプレイ (role playing), 教育方法 (education method)

I. はじめに

在宅看護論は、1996（平成8）年の第3次カリキュラム改正に伴い、基礎教育の専門分野に新設された¹⁾。2009（平成21）年度の改正では、在宅看護論は、地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し、在宅での看護実践の基礎を学ぶこと、終末期看護も含め、在宅での基礎的な技術を身につけ、他職種と協働する中で看護の役割を理解する内容を含むと示され、在宅看護論の教育時間数が増加した²⁾。

四日市看護医療大学（以下、本学と称する）では、「在宅看護学」を3年次の前学期に開講してお

り、2013（平成25）年度までは、演習を含む45時間（2単位）であったが、2014（平成26）年度以降は、60時間（2単位）で開講している。時間数の増加に伴い演習では、2コマ（3時間）を増加し、事例アセスメントやグループワークでの事例に対する支援方法の検討、ロールプレイを行い、学生が事例を通してより具体的に療養者の生活が想像でき、在宅での看護実践に近づいた支援が考えられるように配慮した。

豊島ら³⁾は、本学における旧カリキュラムでの在宅看護学演習における学生の学びを報告しているが、時間数が増加したのちの演習の学びはまだ分析されていない。

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

本研究の目的は、在宅療養者に多い疾患の事例を用い、療養者の自立支援の方法の検討を重視したこと、演習時間を増やしたことによる演習での学生の学びについて明らかにすることとした。学生の学びを明らかにすることは、学生が在宅看護の演習で何を得たかを把握でき、在宅看護学における教育内容の検討や再構築に寄与する。

Ⅱ. 研究方法

1. 在宅看護学演習の概要

「在宅看護学」での演習の4つの目的は、①事例を通して看護過程を展開し、必要な援助技術（清潔・食事・移動・排泄）について学ぶ、②療養者と家族の生活環境を把握し、日常生活における援助の工夫について学ぶ、③訪問看護場面のロールプレイにより、在宅療養者と家族の体験について学ぶ、④訪問看護師の役割を演じることで訪問看護師の支援内容について学ぶである。本演習で取り上げた事例は、在宅看護の対象者の疾患で多くを占める脳血管疾患¹⁾の片麻痺で60代の療養者とした。発達段階を捉え、自立支援の必要性を検討できる内容に工夫し、学生が在宅療養をイメージしやすく生活者の視点を考慮した支援を考えることを重視した。演習は在宅看護学の時間数30コマ(60時間)のうち、8コマ(12時間)(発表を含む)とし、事例のアセスメントから支援方法の検討とロールプレイを行った。ロールプレイでは、学生は、訪問看護師、療養者、家族の役割を演じた。発表では、学生は各グループの支援内容と方法、作成した資料の説明をした。演習終了後は、「在宅看護学演習での学び」と題した授業課題(自由記述)の提出を求めた。

2. データ収集方法

研究資料は、2015(平成27)年度前学期に「在宅看護学」を受講した本学3年生116名のうち研究への参加同意が得られた114名(回収率98.3%)の「在宅看護学演習での学び」と題した授業課題(自由記述)とした。学生の同意は、「在宅看護学」の授業終了時に学生に文書と口頭で研究の趣旨を十分に説明し、前述の授業課題を研究

の資料にすることについて、同意書の提出を求めた。なお、学びとは、「在宅看護学」の演習における理解や認知とした。

3. 分析方法

記録の分析方法は、Berelson, B.⁵⁾の内容分析の手法を参考にして、学生の学びに視点をあて、主語と述語からなる1文章を記録単位とし、意味不明なものについては除外した。分析対象とした記録単位を意味内容の類似性に従い分類し、カテゴリー名を付けた。Berelson, B.の内容分析では、共同研究者3名の一致率の算出が必要であるが、本研究では、分析過程において共同研究者3名で何度も繰り返し分析作業を行うとともに、地域看護専門家の意見を求めた。

4. 倫理的配慮

学生に在宅看護学の講義終了時に、研究の目的、方法、内容、結果の公表等について書面と口頭で説明した。また、研究への参加は自由意志によるもので、研究不参加によって成績評価等への不利益を被ることはないこと、研究参加に同意したのちでも、学生の意思によっていつでも研究参加をとりやめられること、個人の特長はしないことを十分に説明した。学生に説明したのちに同意書に署名し、回収箱に入れてもらった。データ処理は、個人名やグループ名を記号化または削除し、個人が特定されないように配慮した。

Ⅲ. 研究結果

1. 抽出されたデータ数

学生114名分の記述の意味不明の記述内容を除外した後の268記録単位を分析対象とした。分析の結果、学生の学びは8つのコアカテゴリーに分類され、61のカテゴリーから形成された。8つのコアカテゴリーは、【Ⅰ 療養者・家族への支援の視点】、【Ⅱ 演習方法からの学び】、【Ⅲ 具体的な支援方法】、【Ⅳ 在宅看護の特性】、【Ⅴ 訪問看護師の役割】、【Ⅵ 社会資源について】、【Ⅶ 訪問看護師に必要な能力】、【Ⅷ 療養者のアセスメント】である(表1)。以下に、コアカテゴリー

表1 在宅看護学の学生の学びの一覧

n=268

コアカテゴリー	カテゴリー	記録単位数 (%)
I 療養者・家族への支援の視点 67(25.0%)	1. 療養者の残存機能を活かし自立を促す	19(7.1)
	2. 個別性を考える	15(5.6)
	3. 療養者・家族の意思をくみ取る	12(4.5)
	4. 療養者や家族の負担を考慮する	11(4.1)
	5. 療養者・家族のニーズを充足する	6(2.2)
	6. 受傷前(入院前)の生活に近づける	4(1.5)
II 演習方法からの学び 53(19.7%)	7. 訪問時の礼儀とプライバシー保護	32(11.9)
	8. 実践することでわかった具体的支援方法	6(2.2)
	9. 食事への楽しみ	2(0.7)
	10. 他のグループの様々な工夫や支援の視点	2(0.7)
	11. 療養者の家事ができないもどかしい気持ち	1(0.4)
	12. 療養者と家族の反応を見極めながらの支援の大切さ	1(0.4)
	13. 家族の介助が自立の妨げにならないような家族指導の必要性	1(0.4)
	14. 家族指導の難しさ	1(0.4)
	15. 在宅のイメージがたった	1(0.4)
	16. 日常生活援助動作の工夫	1(0.4)
	17. アセスメントの相違点	1(0.4)
	18. リハビリにつながる家事参加	1(0.4)
	19. 発表で知る(療養者)対象者の経済的負担	1(0.4)
	20. 根拠を説明する大切さ	1(0.4)
21. 法律や制度について理解する必要性	1(0.4)	
III 具体的な支援方法 37(13.8%)	22. わかりやすい説明	11(4.1)
	23. 療養者や家族に適した支援方法	6(2.2)
	24. 療養者と家族と一緒に実施する	6(2.2)
	25. 療養者と家族の安全・安楽に配慮した支援	4(1.5)
	26. 療養者と家族にほどよい距離感を保つ	3(1.1)
	27. 療養者と家族の精神面へのサポート	3(1.1)
	28. 療養者のQOLとその人らしい生活	3(1.1)
	29. 支援後も思いや不安を表出できるような促し	1(0.4)
IV 在宅看護の特性 33(12.3%)	30. 自宅にある物を工夫した支援	18(6.7)
	31. 病院と在宅の視点の違い	6(2.2)
	32. 家族も看護の対象	2(0.7)
	33. 限られた時間内での支援が大切	1(0.4)
	34. 療養者と家族の節度ある関係性の構築	1(0.4)
	35. 次回の訪問に活かす	1(0.4)
	36. 支える支援の難しさ	1(0.4)
	37. 療養者・家族の生活リズムに合わせた看護計画の大切さ	1(0.4)
	38. 入院時から必要な家族指導	1(0.4)
39. 地域の特性を生かした看護の重要性	1(0.4)	
V 訪問看護師の役割 26(9.7%)	40. 療養者と家族を尊重した支援	7(2.6)
	41. 療養者と家族の目的目標に合った支援	4(1.5)
	42. 生活環境に基づいた支援	3(1.1)
	43. 経済的負担の軽減	2(0.7)
	44. 療養者と家族に寄り添った支援	2(0.7)
	45. 相談しやすい環境づくり	2(0.7)
	46. 入院前の生活に近づける支援	2(0.7)
	47. 安全・安心な療養生活の提供	1(0.4)
	48. 根拠のある支援	1(0.4)
	49. 家族を含めた支援	1(0.4)
	50. 社会資源を含めたアセスメント	1(0.4)
VI 社会資源について 24(9.0%)	51. 療養者に合った自助具を家族と共に工夫する	14(5.2)
	52. 家族の経済的負担を考えた自助具の工夫	4(1.5)
	53. 障害者には福祉用具が使いづらい	4(1.5)
	54. 家にあるものを工夫することは、本人の自信に繋がりがQOLを向上させる	2(0.7)
VII 訪問看護師に必要な能力 15(5.6%)	55. 正確な幅広い豊富な知識と技術	6(2.2)
	56. 看護を展開させる能力	4(1.5)
	57. コミュニケーションの力	2(0.7)
	58. 今後起こりうることを予測する	2(0.7)
	59. 臨機応変に対応できる能力	1(0.4)
VIII 療養者のアセスメント 13(4.9%)	60. 生活・住宅環境・年齢・強みを理解する	7(2.6)
	61. 療養者のアセスメントが必要な視点	6(2.2)
記録単位数総数		268(100)

とそれを形成するカテゴリーについて述べる。

コアカテゴリーは【 】, カテゴリーは「 」、〔 〕はカテゴリーを形成した記録単位数と記録単位 268 に対する割合を示す。

2. 学生の学びの内容

【I 療養者・家族への支援の視点】〔67 記録単位：25.0%〕

学生は、事例の発達段階、健康上の問題を踏まえ、「療養者の残存機能を活かし自立を促す」視点を最も多く学んでおり、次いで「個別性を考える」、「療養者・家族の意思をくみ取る」、「療養者や家族の負担を考慮する」、「療養者・家族のニーズを充足する」、「受傷前（入院前）の生活に近づける」の順に多かった。療養者の残存機能を活かし自立を促す支援が多かったのは、60代で片麻痺の事例であったために、学生は自立を促す視点を重要と捉えていた。

【II 演習方法からの学び】〔53 記録単位：19.7%〕

学生は、療養者、家族、訪問看護師の3者を演じることで、「訪問時の礼儀とプライバシー保護」が重要であることを最も多く学んでいた。次いで多かったのが、「実践することでわかった具体的な支援方法」であった。また「食事への楽しみ」、「他のグループの様々な工夫や支援の視点」について学んでいた。

【III 具体的な支援方法】〔37 記録単位：13.8%〕

学生は、ロールプレイを通して、具体的な支援方法として「わかりやすい説明」について最も多く学んでいた。次いで、「療養者や家族に適した支援方法」と「療養者と家族と一緒に実施する」が多かった。さらに「療養者と家族の安全・安楽に配慮した支援」、「療養者と家族にほどよい距離感を保つ」、「療養者と家族の精神面へのサポート」、「療養者のQOLとその人らしい生活」について学んでいた。

【IV 在宅看護の特性】〔33 記録単位：12.3%〕

学生は、在宅看護の特性として、「自宅にあるものを工夫した支援」を最も多く学んでおり、次いで「病院と在宅の視点の違い」が多かった。在宅

看護では「家族も看護の対象」であることや、「限られた時間内での支援が大切」であること「療養者と家族の節度ある関係性の構築」などの在宅看護の特性を学んでいた。

【V 訪問看護師の役割】〔26 記録単位：9.7%〕

学生は、ロールプレイを通して、訪問看護師の役割として「療養者と家族を尊重した支援」について最も多く学んでおり、次いで、「療養者と家族の目的目標に合った支援」、「生活環境に基づいた支援」の順に多かった。また「経済的負担の軽減」、「療養者と家族に寄り添った支援」、「相談しやすい環境づくり」ならびに「入院前の生活に近づける支援」などについて学んでいた。

【VI 社会資源について】〔24 記録単位：9.0%〕

学生は、社会資源について「療養者に合った自助具を家族と共に工夫する」ことを最も多く学んでいた。自助具の利用の際には、「家族の経済的負担を考えた自助具の工夫」が大切であると学んでいた。一方で、「障害者には福祉用具が使づらい」と気づき、「家にあるものを工夫することは、本人の自信に繋がりQOLを向上させる」と学んでいた。

【VII 訪問看護師に必要な能力】〔15 記録単位 5.6%〕

学生は、訪問看護師に必要な能力として「正確な幅広い豊富な知識と技術」が必要であると最も多く学んでいた。次いで、「看護を展開させる能力」、「コミュニケーションの力」の順に多かった。「今後起こりうることを予測する」能力と「臨機応変に対応できる能力」のような柔軟な対応の重要性も学んでいた。

【VIII 療養者のアセスメント】〔13 記録単位 4.9%〕

学生は、療養者のアセスメントについては、「生活・住宅環境・年齢・強みを理解する」ことについて最も多く学んでいた。次いで、「療養者のアセスメントが必要な視点」について学んでいた。

IV. 考察

学生に提示した事例からの学生の学びと、演習方法での学生の学びについて検討した。

4割の学生が、療養者・家族の支援の視点について学んでおり、特に療養者の残存機能を活かし自立を促す視点について最も多く学んでいた。このことは、事例を脳血管疾患の片麻痺のある60代の療養者としたことで、学生は、療養者の発達段階を踏まえ、療養者の残存機能を活かした自立支援が必要であると捉えることができたものと考えられた。

また、学生は、個別性を考え療養者・家族の意思をくみ取りながら、療養者や家族の負担を考慮するといったことを学んでいた。豊島ら³⁾による同様の調査では、学生は対象をイメージすることや在宅療養者・家族の思いに対する学びについては、理解を深められなかったことを報告している。しかし、本研究では前述のとおり、学生は「個別性を考える」、「療養者・家族の意思をくみ取る」、「療養者や家族の負担を考慮する」といった療養者と家族への配慮について学んでいた。このことは、発達段階を捉え自立支援を必要とする事例を用いたこと、演習の時間数の増加で十分なアセスメント、ディスカッション等を行うことができ、学生が在宅看護の支援方法についてより具体的なイメージを持って検討できたためであると考えられた。

次に、演習方法からの学びについては、学生は、特に訪問時の礼儀とプライバシー保護について最も多く学んでいた。次いで実践することで理解した具体的支援方法、食事への楽しみという視点や、わかりやすい説明と療養者や家族に適した支援方法を療養者と家族と一緒に実施するという具体的な工夫点について学んでいた。また、学生は、訪問看護師の役割として、療養者と家族を尊重し、療養者と家族の目的目標に合った支援の視点が大切であると学んでいた。

宇多ら⁶⁾は、学生を対象にしたロールプレイを用いた演習での学びの調査では、訪問看護師は療養者と家族の意向と自主性の尊重が大切であると報告している。加えて、療養者とその介護者との関係性の構築にはマナーを軽視してはならないという学びも報告している。このことは、ロールプレイのように疑似体験をすることで、一層療養者

と家族の思いの視点をイメージすることができ、訪問時のマナーや具体的な支援の工夫、訪問看護師の役割について学べたと考えられた。

さらに西崎ら⁷⁾は、ロールプレイすることでの学習効果として、対象がイメージできることや訪問看護師に求められる態度について学んだことを報告している。今回の演習においても学生はロールプレイによって、具体的に実践し、その内容について客観的に捉えることができ、在宅看護の特性、訪問看護師に必要な能力などの学びが引き出きだされており、本研究においても同様の結果が得られたと考えられた。

今回、学生は在宅療養者に多い疾患の事例を用い療養者の自立支援の方法の検討を重視したこと、演習時間数を増やしたことで、事例の全体像の把握や在宅での療養者と家族を尊重した個別性を考えた支援、具体的な支援の大切さなどをより一層学べる機会を得たものと考えられた。

今後、在宅看護学で学んだことが、実習においてどのように活かされているかを分析するとともに、在宅看護学における教育内容の検討に努めてゆくことが必要であろう。

V. 結論

在宅看護学の学びについて分析を行い、8つのコアカテゴリーを形成した。形成したコアカテゴリーの上位3つは【I 療養者・家族への支援の視点】、【II 演習方法からの学び】、【III 具体的な支援方法】であった。学生は、事例を通して療養者と家族の生活を把握し、日常生活における援助の工夫を学んでいた。さらに、ロールプレイでは支援方法、訪問看護師の役割や療養者、家族の気持ちについて学んでいた。

本研究実施にあたり研究参加にご協力をいただきました学生の皆様に感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省：保健師助産師看護師法及び指定規則の主な改正の概要
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/dl/s0329->

13b-2-3.pdf, 2015. 8. 1

- 2) 厚生労働省：保健師助産師看護師学校養成所指定規則等の改正について
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/91a994c21f4140594925736f000855b4/\\$FILE/20071009_1shiryu4_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/91a994c21f4140594925736f000855b4/$FILE/20071009_1shiryu4_1.pdf), 2015. 8. 1
- 3) 豊島泰子, 彌永和美, 中村喜美子 (2010)：在宅看護学における演習の評価, 四日市看護医療大学紀要, 3(1), 35-41.
- 4) 河原加代子 (2015)：系統看護学講座 統合分野 在宅看護論 (第4版), 22, 医学書院, 東京.
- 5) 舟島なをみ (2007)：質的研究への挑戦 (第2版), 40-79, 医学書院, 東京.
- 6) 宇多みどり, 成瀬和子 (2011)：在宅ケア論演習による学習効果—経時的状況設定における訪問看護疑似体験から—神戸市看護大学紀要, 15, 35-45.
- 7) 西崎未和, 菊池珠緒, 蓮井貴子 (2008)：在宅看護演習における授業方法とその学習成果に関する文献研究, 川崎市立看護短期大学紀要, 13(1), 11-16.

〈資料〉

亜急性期における重度意識障害患者の家族の認識

増田 由美*, 藤ノ木啓太**

Perception of the severe disturbance of consciousness patient's family in the subacute phase

Yumi Masuda*, Keita Fujinoki**

要 約

脳神経疾患で重度の意識障害を残したまま亜急性期を一般病棟で過ごす患者家族の認識を捉え看護の一助とするために、集中治療室から一般病棟へ移り2~3週間経過した Glasgow Coma Scale (以下 GCS) 8 以下の患者家族2名に、半構成面接を行い質的帰納的に分析した。結果は、①家族の立場からの認識、②置かれている環境からの認識、③患者の症状に対する認識の3つの視点でカテゴリー化し、「患者の代弁者として医療者と平等な立場で関わる」(Aさん)、「治療は医療者に任せ家族は見守り回復を信じて待つ」(Bさん)、との認識を見出した。患者が生命の危機を脱した安堵と、意識状態が改善する目途がたたない不安を抱える家族は、従来と異なる新たな家族役割を担おうとしており、それは一様ではなかった。

亜急性期における重度意識障害患者の家族に対して看護師は、新たな家族役割構築に向け家族の自己表現を促し、意向を尊重して、家族が呈するありのままを受け入れることが重要との示唆を得た。

Key Words: 脳神経疾患 (Neurology and neurosurgery disease), 亜急性期 (Subacute phase), 重度意識障害 (Severe disturbance of consciousness), 家族の認識 (Perception of family)

I. はじめに

脳神経疾患は突然に発症することが多く、生命を脅かす重篤な症状を伴う代表的な疾患である。平成26年では総死亡数の9.0%、死因順位は第4位¹⁾と近年減少傾向にあるが、意識障害を伴うことがしばしば見られ、患者は生命の危機を脱した亜急性期を救命センターから一般病棟に転床して意識の回復を待つ。患者家族にとって、命は救われたものの意識好転の目途が立たないまま病棟へ移ることは、安堵の中に意識障害の予後への不安

が伴うことが予測される。

これまで、ICU退室時に家族の準備状況や受け止め方によっては、転床は喜びではなく新たな困難につながるとの報告²⁾や、意識障害は患者・家族・看護師の関係構築を困難とし、患者を介さない家族との関係の築きにくさとなる報告³⁾がある。一方、頭部外傷患者の家族では日本古来の風潮が根強く残り、ニーズを表出する事に対して非常に消極的な態度を示す報告⁴⁾もある。しかし、このような急性期から一般病棟への移行期の体験をした家族が、その後どのような認識をもち、亜

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

**三重県立総合医療センター

**Mie Prefectural General Medical Center

急性期を送っていたかについての報告は少ない。

そこで重度意識障害の続く患者をもつ家族の認識を明らかにすることで、亜急性期における看護支援の手がかりを得ることを目的に、研究に取り組んだ。

Ⅱ. 用語の定義

亜急性期：患者が救命センターから一般病棟へ移動したおよそ2～3週間

家族：患者の重要他者で、同居または血縁関係のある亜急性期での主たる面会者

認識：家族が患者の状況を把握した上での心の動き

重度意識障害：GCS 8点以下が2週間以上続く状態

Ⅲ. 方法

1. 対象者

C病院救命センターに、脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）で入院し、重度意識障害を残したまま一般病棟に移動し亜急性期にある成人患者の家族で、研究の目的および方法の説明に対し研究参加の同意が得られた者とした。患者の状態が不安定である、早期に転院となる、あるいは家族の面会状況が研究の目的に達しないと判断したケースを除く入院中の患者家族2名であった。

2. 方法

1) 研究デザイン

重度意識障害を残す患者家族の認識をあるがままに捉えるため、質的帰納的研究を行った。

2) データ収集方法

30～50分の半構成面接にて、救命センターから

一般病棟に移るときどう思ったか、一般病棟に移った頃感じた不安や疑問など、その時にとった行動、患者の様子や情報をどのように得たかを尋ね、対象者の承諾を得て録音した。面接者は患者の入院する病棟の看護師も含まれたため、研究のためだけのデータ収集であることを十分に説明した。後から文章にしたものを、対象者に確認した。対象者の属性として、年齢・性別・患者年齢と関係・患者の疾患名と治療、集中治療室入室日数、一般病棟に移動してからの日数について対象者およびカルテから収集した（表1）。

3) 調査期間

2012年2月から2012年4月

4) 分析方法

録音した音声データより逐語録を作成し、まず看護専門領域の研究者2名で精読した。次に家族の心の動きに注目して対象者別に類似の意味内容を抽出、抽象度を上げてカテゴリー化した。分析の妥当性を高めるため、質的研究者のスーパーバイズを受けた。

3. 倫理的配慮

対象者には事前に文書と口頭で研究の目的と方法、参加は自由意思であること、研究途中での中止は可能で、そのことによる不利益は一切ないことを説明した。また個人が特定されないよう匿名を使用し、対象者の個人情報の保護と、意思決定ができない患者の個人情報を家族の代諾により得ることを説明した。これらの内容にすべて同意のもと、個室で面接を行った。データは鍵のかかる場所で保管し、研究終了とともに録音は消去した。対象者には専門学会および専門誌への発表の許可を得た。2012年現在、研究者が所属したC病院倫理委員会へ申請し、承認を得た（2012年2月20

表1 対象の属性

	年齢/性別	患者年齢・関係	患者の疾患/治療	ICU入室日数	一般病棟日数 ^(注1)
A氏	50代/女	80歳代・母親 既婚、母親とは同居しておりかつて父親の介護を協力して行った ^(注2)	SAH/手術	14日間	23日
B氏	60代/女	40歳代・息子 息子とは別居だが息子とその配偶者は疎遠 ^(注2)	脳出血/手術	10日間	17日

注1：一般病棟日数（=面接日） 注2：家族背景概要

日付).

以下カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを「」、データを《 》にて表記した。

IV. 結果

インタビュー内容をカテゴリー化した結果、2名の対象者はそれぞれに“家族の立場として”、“置かれている環境から”、“患者の症状に対して”の3つの視点からの認識をもっていた(表2, 3)。

1. Aさん(表2参照)

1) 家族の立場からの認識

(1) 【従来の関わりとの葛藤】

このカテゴリーは患者である母親が入院するま

表2 Aさんの認識

視点	【カテゴリー】	「サブカテゴリー」	《データ》
家族の立場からの認識	【従来の関わりとの葛藤】	「予期していた高齢への不安」	《80代という年齢から近いうちに何かあるかもしれない》
		「疾患に気付かなかったことへの反省」	《メニエールもあって、そのためかと思っていた》
	「何か違うという予感と対処行動」	《いつもと違う感じ、2つも病院へ連れて行った》	
	【代弁者としての家族】	「終日面会にきたい気持ち」	《かつて母は父が悪かった時は朝から夕まで面会にきていた》
		「目が届かない不安」	《患者本人が言葉を発することができない、24時間家族がいることもできない》
		「家族役割の増大」	《本当は家族がフォローするべきかも知れない》
		「情報は家族で共有したい思い」	《家族に情報を伝える、みんなで共有したい》
		「積極的な発言」	《こちらから訴えると先生方も応えてくれる》
		「評価を気にしない自分」	《自分がどう捉えられるかよりも、納得することで母の状態をちゃんと知る》
		「代弁は家族の役目」	《いくら優秀な医師でも顔を見ただけで状態が分かるわけではない、話せない患者に代わって先生や看護師に訴えていくのが私の役目》
	【平等な立場の医療者と家族】	「治療方針への参加」	《今の状態がだめでも知っておきたい、その悪い状態でどういう風にしてもらえればベストなのかを医療者と共に考えたい》
置かれている環境からの認識	【環境変化で生まれる戸惑い】	「救命センターでの安心感」	《何があってもすぐ来てもらえる》
		「長居できない救命センター」	《いつまでも救命センターにいるわけにもいかない》
	「部屋選択の迷い」	《意識があれば大部屋を希望した、個室だと誰も来てくれない時間がある》	
		「個室の閉塞感」	《大部屋と違い個室の閉塞感を感じた》
	【新しい環境を知る努力】	「主治医説明による安心」	《主治医は変わらず情報も引き継ぐ》
		「看護師から情報を得る努力」	《転棟して間もないため患者のことに慣れていない看護師もいるが聞けば調べてくれる》
	【医療者に対する信頼】	「情報を得ることへの満足」	《時間を問わず聞くが対応してくれる》
		「看護師への期待」	《家族がいない時は看護師が来てくれる、布団をかけてくれると思いたい》
患者の病状に対する認識	【病状への不安】	「転棟時の漠然とした不安」	《一般病棟に移ってきたばかりの頃はこれからどうなるのかと思った》
		「不安定な病状」	《まだ本当にどうなるか分からない状態だった》
		「見通しのつかない不安」	《普通にいけば今日明日で危篤になるようなことはないと思っていた》
		「自分で確認できない不安」	《家族はいない時のことを聞きたい》
		「完全には消えない不安」	《不安はゼロにはならない》
		「現実を受け入れられないジレンマ」	《自分の頭ではわかっている、受け入れなければならない現実を受け入れられない》
	【不安を払拭するための行動】	「自分から尋ねる病状」	《今朝の調子はどうだったか、血圧の値はどうか》
	「病状を聞いて得たい安心」	《心配だったので一度夜に病棟に電話させてもらった》	
	「不要な心配を排除する努力」	《家で悶々とするより自分から発した方がよい》	
【危機が遠のく実感】	「命は助かった状態との理解」	《安定はしてきているとの説明を受けた、本当に悪かったら救命センターから出てくることもない》	
	「転棟できる喜び」	《不安だけじゃなく嬉しい気持ちもあった》	
	「時間経過による気持ちのゆとり」	《病棟に移ってきてから少しずつゆとりができてきた》	

での言動を背景とした A さんの葛藤を表す 6 つのサブカテゴリーで構成された。

A さんは母親が《80 代という年齢から近いうちに何かあるかもしれない》という「予期していた高齢の不安」を日常から抱いていた。持病もあり、体調不良を訴えた母親に対し、《いつもと違う感じ、2 つも病院へ連れて行った》という「何か違うという予感と対処行動」をとったが、「疾患に気づけなかったことへの反省」は残り、かつて《母は父が悪かった時は朝から夕まで面会にきていた》ことから、自分も本来はそうすべきという「終日面会に来たい気持ち」にかられていた。しかし、仕事や家事がある現実では不可能であり、《患者本人が言葉を発することができない》ことに対し、《24 時間家族がいることもできない》という「目が届かない不安」を生む。また《言葉を発することも、ナースコールを押すこともできない》患者に対し、今までになかった新たなそして重大な「家族役割の増大」を感じていた。

(2) 【代弁者としての家族】

重度意識障害の患者に代わって医療者に状態を訴えていく家族の姿勢を示すカテゴリーで、4 つのサブカテゴリーを含んだ。

従来の関わりとの葛藤を抱えながらも患者や医療者からの「情報は家族で共有したい思い」もあり、家族間でわかり合い、《頭で考えるよりは言わせてもらった方がよい》との判断で、「積極的な発言」を繰り返していた。そして医療者側に《自分がどう捉えられるかって思うよりも、自分が納得することで母の状態をちゃんと知る》という、「評価を気にしない自分」を見出していった。《いくら優秀な医師でも顔を見ただけで普段の血圧や状態が分かるわけではない》、《話せない患者に代わって先生や看護師に訴えていくのが私の役目》との「代弁は家族の役目」という認識をもち実行していった。

(3) 【平等な立場の医療者と家族】

患者の代弁をすることで医療者と共に患者のことを考えるという立場を選んだ 1 つのサブカテゴリーで構成された。

《今の状態がだめでも知っておきたい》、《その

悪い状態でどういう風にしてもらえればベストなのかを医療者と共に考えたい》と、医療者と立場を平等にして「治療方針への参加」を望んでいた。

2) 置かれている環境からの認識

(1) 【環境変化で生まれる戸惑い】

急性期を乗り越え救命センターから一般病棟へ移ることによる環境の変化から生まれる戸惑いを表す 4 つのサブカテゴリーで構成された。

救命センターでは常に医療者の行き来があり、《何があってもすぐ来てもらえる》という「救命センターでの安心感」を得ていた。しかし、生命の危機を脱すると、《いつまでも救命センターにいるわけにもいかない》との「長居できない救命センター」との認識をもつ。しかし、いざ一般病棟での部屋選択となると、《個室だと誰も来てくれない時間がある》など、これまで考えることのなかった「部屋選択の迷い」を生じた。結局、患者の意識の回復がはかばかしくないため、個室を選択するが、「個室の閉塞感」を感じていた。

(2) 【新しい環境を知る努力】

環境変化による戸惑いを経て、一般病棟に自分から馴染もうとするカテゴリーで、2 つのサブカテゴリーで構成された。

一般病棟でも《主治医は変わらず情報も引き継ぐ》という「主治医説明による安心」を得て、A さんは病棟での疑問の解決や情報の収集を行った。救命センターと異なり看護師の数は少なく、《転棟して間もないため患者のことに慣れていない看護師もいる》との不安を感じながらも、「看護師から情報を得る努力」をすることで、自ら不安を払拭していった。

(3) 【医療者に対する信頼】

一般病棟での対応を受け入れる要素となる 2 つのサブカテゴリーで構成された。

患者の状態など《時間を問わず聞くが対応してくれる》医療者に、「情報を得ることへの満足」を感じ、また《(患者が自分で布団を剥いでしまうため) 家族がいない時は看護師が来てくれる、布団をかけてくれると思いたい》といった「看護師への期待」を抱いて一般病棟を協力が得られる環境と認識し、医療者への信頼につなげていった。

3) 患者の病状に対する認識

(1) 【病状への不安】

重度意識障害の残るまま亜急性期を迎え、患者の病状の明るい見通しが立たないことによる不安を表す6つのサブカテゴリーで構成された。

《一般病棟に移ってきたばかりの頃はこれからどうなるのか》といった、「転棟時の漠然とした不安」を抱いていた。意識は戻らず、《まだ本当にどうなるか分からない状態だった》との「不安定な病状」と、《普通でいけば今日明日で危篤になるようなことはないと聞いていた》ものの、高齢でもあり、「見通しのつかない不安」も抱いていた。また面会時以外の様子など、《家族はいない時のことを聞きたい》気持ちから「自分で確認できないことでの不安」を感じ、常時付き添っていない以上《不安はゼロにはならない》、「完全には消えない不安」であった。《自分の頭ではわかっている》ものの、《受け入れなければならない現実を受け入れられない》という、「現実を受け入れられないジレンマ」に悩んでいた。

(2) 【不安を払拭するための行動】

患者の病状への不安を解消するための自主的な行動を示す3つのサブカテゴリーで構成された。

命は助かったという安堵と今後の不安の間で、《今朝の調子はどうだったか、血圧の値はどうか》などの「自分から尋ねる症状」、《心配だったので一度夜に病棟に電話させてもらった》という、「病状を聞いて得たい安心」など、《家で悶々とするより自分から発した方がよい》という、「不要な心配を排除する努力」を行っていた。

(3) 【危機が遠のく実感】

不安は残るものの最悪の事態を免れたことを実感する3つのサブカテゴリーで構成された。

《医師から安定はしてきているとの説明を受けた》ことで、《本当に悪かったら救命センターから出てくることもない》との「命は助かった状態との理解」を示していた。それは、《不安だけじゃなく嬉しい気持ちもあった》

との「転棟できる喜び」ともなり、病棟に慣れて病状に安定の兆しが見えると、《病棟に移ってきてから少しずつゆとりができてきた》との「時

間経過による気持ちのゆとり」を得ていった。

2. Bさん(表3参照)

1) 家族の立場からの認識

(1) 【生活者としての家族】

入院から1か月が経っても意識回復の目途が立たない患者をもつ家族が、自分たちの生活を守りつつ患者を気遣う4つのサブカテゴリーで構成された。

長引く入院に、《費用の面もあり大部屋を希望した》という「入院費への懸念」は、家族の生活を圧迫する心配でもあった。生計維持のため《(病状を聞いても)その返事をもらうまで私たちが病院にいられるかどうかかわからない》との「長くは面会できない家族」であり、《毎日仕事が終わってから少しだけ患者の顔を見に来るのが日課》という「日課としての面会」との位置付けを行っていた。反面、《私たちがいない時はどうなっているのかなって思う》と、生活の維持に時間をとられることで「目が行き届かない事への不安」も感じていた。

(2) 【見守る立場の家族】

家族は医療の素人であり、気になる患者の状況以外は見守ることしかない、といった家族の姿勢を表す4つのサブカテゴリーで構成された。

《病気や治療、また医療の専門的なことはわからないが簡単に今の状態をわかればいい》との「素人である家族」という認識のもと、《何か心配があれば看護師に聞いていた》と、「不安は看護師に問う」方法をとっていた。《自分たちの見える範囲でどうなっているのか尋ねたりしていた》と、「詳細にこだわらない理解」は、医師からの説明を急ぐこともなく、《本人の意識が戻るのを待つこと以外にすることはない》といった「待つという姿勢」であった。

(3) 【医療者が主体】

従来より医療に関係が薄い背景に加え、患者の変化が乏しい現状では客体的な家族と考える7つのサブカテゴリーで構成された。

もともと《そんなに病院というものに関わりがない》背景から「看護師への関心の薄さ」があり、

表3 Bさんの認識

視点	【カテゴリー】	「サブカテゴリー」	《データ》
家族の立場からの認識	【生活者としての家族】	「入院費への懸念」	《費用の面もあり大部屋を希望した》
		「長くは面会できない家族」	《(病状を聞いても) その返事をもらうまで私たちが病院にいられるかどうかわからない》
		「日課としての面会」 「目が行き届かない事への不安」	《毎日仕事が終わってから少しだけ患者の顔を見に来るのが日課》 《私たちがいない時はどうなっているのかなって思う》
【見守る立場の家族】	「素人である家族」	《病気や治療、また医療の専門的なことはわからないが簡単に今の状態をわかればいい》	
	「不安は看護師に問う」 「詳細にこだわらない理解」 「待つという姿勢」	《何か心配があれば看護師に聞いていた》 《自分たちの見える範囲でどうなっているのか尋ねたりしていた》 《本人の意識が戻るのを待つこと以外にすることはない》	
	【医療者が主体】	「看護師への関心の薄さ」 「特に感じない看護師へのニード」 「質問が思いつかない状況」 「素人という自制心」 「看護師への遠慮」 「ケアの主体は看護師」 「特にない患者の代弁」	《そんなに病院というものに関わりがない》 《もっとこうしてほしいかというものも特にない》 《今はさしあたって何を尋ねたらいいかわからない状態》 《専門的なことでわからないし、下手なことは言いたくない》 《そこまで無理を言って頼むのも申し訳ない》 《看護師さんがよくやってくれるのであまり家族で何かしなければならぬという思いはなかった》 《喋れないことで家族が何かしてあげなければならぬ思いはあまりなかった》
【わからない状況への戸惑い】		「窮屈な救命センターでの面会制限」 「医療上の説明のない転棟」 「新しい環境への不安」 「一般病棟での情報の得にくさ」	《集中治療室だと面会に制限がある》 《先生からの説明はなかった》 《一般病棟へ移る不安はあった》 《向うからはよほどどのことがない限り言っておかないのかなと思う》
		【状況の把握と理解】	「説明で得られる安心」 「適切な大部屋」 「病棟体制への理解」 「医療者への理解」 「医療行為への理解」
	【医療者に対する信頼】		「訪室が多い看護師への感謝」 「親切な医療者の回答」 「手は尽くしてくれる医療者」
【意識回復への不安と焦り】			「今後への漠然とした不安」 「意識回復が遅いことへの焦り」 「回復の可能性を知りたい気持ち」 「明確な見通しを求める気持ち」
		【意識回復への期待】	「消えない不安」 「意識回復が最大の関心事」 「気長に待つことの必要性」
	【家族なりの推測】		「観察と情報からの推測」 「転棟許可理由の推測」 「周囲の状況からの推測」
【病状の安定と慣れ】		「安定してきている病状」 「変わらない姿への慣れ」	《以前は咳をしたくてもできない状態だったが、今はそんなに痰が絡んで苦しそうなわけでもない、やっぱり手術した最初の頃はなかなか落ち着かない気持ちだった》 《毎日眺めているのでそう変わり映えすることもなく、いつも同じ状態だなんて思って眺めていただけ》

看護師の言動、行為にあまり疑問や関心を抱かなかった。そのため、《もっとこうしてほしかったというものも特にない》という、「特に感じない看護師へのニード」であり、《今はさしあたって何を尋ねたらいいかわからない状態》との「質問が思いつかない状況」につながっていた。さらに、《専門的なことでわからないし、下手なことは言いたくない》という「素人という自制心」や、《そこまで無理を言って頼むのも申し訳ない》との「看護師への遠慮」を抱いていた。そして、意思疎通が難しい患者ながら、《看護師さんがよくやってくれるのであまり家族で何かしなければならぬという思いはなかった》との発言からは、「ケアの主体は看護師」であり、家族として「特にない患者の代弁」との考えであった。

2) 置かれている環境からの認識

(1) 【わからない状況への戸惑い】

救命センターから一般病棟へ移る状況の捉えにくさからの戸惑いを表す4つのサブカテゴリーで構成された。

入院が長くなると家族以外の面会希望も増える。《集中治療室だと面会に制限がある》ことに困り、「窮屈な救命センターでの面会制限」の対策として、一般病棟へ移るが、《先生からの説明はなかった》ことに、「医療上の説明のない転棟」と捉えていた。そのため、《一般病棟へ移る不安があった》と、「新しい環境への不安」をもち、さらに、《向うからはよっぽどのがない限り言ってこないのかなと思う》と転棟先からの説明や関わり不足の乏しさに、「一般病棟での情報の得にくさ」を感じていた。

(2) 【状況の把握と理解】

一般病棟へ移ったメリットや体制を知ることで状況がわかり理解が進む5つのサブカテゴリーで構成された。

救命センターから出たばかりの患者には重症個室が提供され、《同じ個室でも、看護師さんがすぐ見られるような特殊な部屋だと聞いた》と「説明で得られる安心」を得、《あんまり看護師さんから話すことがないのは、それだけ状態が安定してるって受け止めた》と考えるようになった。その後の

大部屋では、他の患者もいることで看護師の訪室が多く、《目が届きやすい、耳の刺激になる》メリットを見出し、「適切な大部屋」との認識をもった。また、《先生も外来や手術もあって忙しくそんなに病棟に居られないのも仕方ない》、《詳しい状況は看護師の口からは言えないかもしれない》との「病棟体制への理解」を示していった。そして、意識の回復がはかばかしくない現状に対して、《看護師にしても先生にしてもはっきりとした症例があるわけでないで、はっきりしたことは言えないとは思う》という「医療者への理解」がなされていった。現状に対して、《これがもう精一杯のことなんだと思うだけ》、《何かあれば先生からまた話があるだろう》といった受動的な「医療行為への理解」を示していた。

(3) 【医療者に対する信頼】

一般病棟に慣れ、医療者の行動を見ていく中で確立していく医療者への信頼で3つのサブカテゴリーで構成された。

《休みの日に面会に来ていると、まめに看護師さんが部屋に来てくれるのでありがたいなと思う》と「訪室が多い看護師への感謝」を語り、質問には《みなさん聞けば親切に答えてくださる》と「親切な医療者の回答」であると感じていた。そして、《みなさんやるべきことはやって下さっている》と、「手は尽くしてくれる医療者」との認識をもっていた。

3) 患者の病状に対する認識

(1) 意識回復への不安と焦り

遷延する意識障害の中で回復への不安と焦る気持ちが表出された5つのサブカテゴリーで構成された。

《意識の回復のないまま病棟に移ったばかりの頃はこれからどうなるんだろうという不安があった》との「今後への漠然とした不安」から、《意識がなかなか戻らないことに焦りはある》といった、「意識回復が遅いことへの焦り」が生まれ、《どのくらいの確立で意識が戻るのか親としては気になる》という「回復の可能性を知りたい気持ち」に具体化されていった。そして、《やっぱり漠然としているのではなくて、はっきりとした物があれ

ばいいと思う》といった、「明確な見通しを求める気持ち」をもつが、それは容易なことではないとの理解から、《意識が戻らず、不安が消えることはない》との「消えない不安」を抱いていた。

(2) 意識回復への期待

意識回復への不安と焦りの中でも希望をもつ2つのサブカテゴリーで構成された。

《意識が戻る、戻らないでは雲泥の差》《意識さえ戻ってくればもっと本格的にリハビリもできる》という、「意識回復が最大の関心事」であり、焦る気持ちや答えが欲しい気持ちと裏腹に《気長に待たねば仕方ないかなって気がする》との「気長に待つことの必要性」も認識していた。

(3) 【家族なりの推測】

積極的に医療者に質問をすることは少ないBさんが、病状に関してさまざまな角度から推測を行う3つのサブカテゴリーで構成された。

面会時に気づいた手の浮腫は、《だいぶ溜まってきたと聞いた頭の水の関係なのか》と、「観察と情報からの推測」をしていた。また、《救命センターが混んでくると一般病棟へ移されるのか》と思いつつも、《状態が安定してきて、そういう部屋へ変わっても差し支えないようになったんだろう》と、「転棟許可理由の推測」も行ってた。そして、医療者に何も言われないことを《それだけ安定していると受け止めていた》と語り、「周囲の状況からの推測」をも行うことで、病状に関して自分なりの推測を行っていた。

(4) 【病状の安定と慣れ】

危機的状況から脱したものの、とりあげて好転の兆しもない状況での2つのサブカテゴリーで構成された。

《以前は咳をしたくてもできない状態だったが、今はそんなに痰が絡んで苦しそうなわけでもない》という様子から、「安定してきている病状」との認識をもっていた。そして、《毎日眺めているのでそう変わり映えすることもない》、《いつも同じ状態だなんて思って眺めていただけ》との、「変わらない姿への慣れ」を感じていた。

V. 考察

1. Aさんの認識

Aさんは、かつて父親が入院した時につききりで世話をした母親の姿を規範としていたが、自分が真似ることは不可能であり、【従来の関わりとの葛藤】を入院当時から感じていた。一般病棟へ移動しても、患者は重度の意識障害が続き、病状への不安を抱えながら新たな環境にも戸惑いを覚えていた。ストレス対処のプロセスは人と環境との関係の移り変わりで、“出来事を変化させていこうとする人の努力の成果”でもたらされたり、“自分自身を変化させることで出来事の意味のとり方を変え、よりよい環境を導く”ことで起こると、ラザルスとフォルクマンは述べている⁵⁾。Aさんの患者の代弁者として情報を集め、積極的に介入することで、医療者と平等な立場に関わるといふ認識は、自分自身に変化を与え行動することで、見通しのつかない患者の状態を意味づけし、よりよい方向へ導こうとしたことと考える。またAさんの認識は医療への家族参加であり、家族と医療とが互いに相手を尊重・理解し、協力し合うパートナーシップの形成⁶⁾が期待できるともいえる。家族参加は“家族を看護の対象として位置づけ、家族ケアが十分に提供されるなかで可能となる”と野嶋ら⁶⁾がいうように、患者のケアの向上につながる認識を看護師はもち、家族と協力しあって患者の最善の利益を追求すること求められる。

患者に代わって、家族が判断し行動すべきというAさんの認識は、患者にとって理想的なケアを追求するという家族の新たな力を生み出していったといえる。

2. Bさんの認識

働き盛りの息子が脳出血で倒れ、救命センターで2週間余を過ごしていたBさんは、長引く入院が家族の生活に影響を落とすことを感じていたと思われる。医療への馴染みの薄さという理由から、家族は見守り、治療は医療者という認識の棲み分けをしており、一般病棟への移動に関する疑

問や不安は胸にしまって、状況の理解は主観的な推測に頼っていた。このようなBさんの規範の背景には“家族は自分たちのニーズを表出することに対して非常に消極的”⁷⁾という日本の風潮や、“おまかせ医療”という伝統的なパターンリズム⁸⁾の存在が考えられ、Aさんや田中⁹⁾の報告にある『代弁者』の立場とは異なっていた。そして、受けている医療を信頼に値すると捉え、患者の意識の回復に希望を捨てずに、ひたすら『待つ』という姿勢をとっていた。

一方、意識の回復が絶望的と宣告された家族が、回復を『待つ』体験は、元気な患者との生活は戻らないことを理解するプロセスであるとの報告¹⁰⁾がある。Bさんも、回復の可能性を告げられないまま1ヶ月以上待ち、次第に回復への期待より戻らないことへの不安を強めていったと思われる。それでも『待つ』ことを今後も続ける選択は、40歳代という若い患者に対する回復への期待であり、家族ができることは、回復への信念を捨てないこととの認識であったと考える。

治療は医療者、家族は見守り回復を信じて待つ、とのBさんの認識は、日本の文化を背景に医療に対して受け身でありながらも、患者の回復を待つという信念であったと考える。

3. 重度意識障害患者の家族の認識と看護支援

重度意識障害患者の家族は、患者が集中治療室から一般病棟へと移されていく過程で、新しい環境に戸惑いながらも馴染む努力を行い、新たな家族役割を担おうとしていた。それは患者の代弁者として、医療への参加を役割とするAさん、見守り『待つ』役割を選ぶBさんとそれぞれに選択は異なり、一様ではなかった。岡堂¹¹⁾は、家族システムを維持するには、“自分の行動の結果を絶えずチェックしながら行動の修正をする必要がある”と述べている。両氏とも、従来の規範や信念、生活、家族員の関係性、患者の状態、それに伴い変化する環境を考え合わせ、“結果を見てから次の行動を判断し選びとる”¹²⁾ことで、それぞれの新たな家族役割を見出していた。

急性期を脱し、一般病棟で家族が次第に感じる

慣れと安定感が出現する亜急性期では、今までの生活を家族が静かに振り返り、少しずつ現実を見つめるゆとりがみられた。“患者が入院した最初の段階では家族は情動中心のコーピングが多いが、情緒的に落ち着くと問題中心のコーピングも働くようになる”¹³⁾というように、改善しない意識障害の重みを正面から受け止めざるを得ない時期と考える。そのような家族に対し、患者と無言で面会時間を過ごすことがないよう声をかける、何気ない表情など家族の非言語的なサインを見逃さないなど、家族が自己表現できる機会を作る介入が重要と考える。家族が今後の生活を思い描こうとするこの時期に、家族の意向を引き出す関わりをもつことが、新たな家族役割を構築しようとする支援につながる。家族が呈するありのままを受け入れ、尊重することで、家族のエンパワーメントが高まり、円滑な回復期への移行にもつながることができると考える。

VI. 結論

亜急性期における重度意識障害患者の家族の認識について、以下の結論を得た。

1. 亜急性期における重度意識障害患者の家族は、従来の家族役割を変えざるを得ない状況を体験する。またそれは一様ではない。
2. 新たな家族役割の構築への看護支援として、家族の自己表現を促すと共に意向を尊重し、ありのままを受け入れることが重要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究においてはインタビュー例が2例と少ないが、対照的とも言える家族役割が見いだされた。そのため、他にも様々な家族役割が存在すると仮定できる。今後は更なる症例を調査し、一般化に向けて検討していきたい。

謝辞

本研究にご協力いただきました家族のみなさまと関係者のみなさま、および分析にあたっては三重県立看護大学教授浦野茂先生にご指導いただきましたことを感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働統計協会編 (2015) : 衛生の主要指標, 国民衛生の動向 2015/2016, 62(9), 65-68.
- 2) 古賀雄二, 井上智子 (2007) : 意識障害患者のICU退室により生じる家族の困難と看護支援に関する研究, 日本クリティカルケア学会誌, 3(2), 34-42.
- 3) 犬飼智子, 渡邊久美, 野村佳代 (2009) : 脳神経疾患患者の家族との「患者を介さない関係の築きにくさ」—急性期病棟の看護師への面接調査に基づく分析—, 日本看護研究学会, 32(5), 75-81.
- 4) 岩井智子, 石川ふみよ, 畠中敏江, 他 (2005) : 急性期における頭部外傷患者の家族のニーズ, 日本救急看護学会誌, 6(2), 23-29.
- 5) Richard S. Lazarus, Suzan Folkman (1984) / 本明寛, 春木豊, 織田正美訳 (1991) : ストレスの心理学 (初版), 145, 実務教育出版, 東京.
- 6) 青木紀子, 池添志乃, 瓜生浩子, 他 (2005) : 3章 家族との援助関係の形成, 野嶋佐由美, 中野綾美編著, 家族エンパワーメントをもたらす看護実践 (第1版), 47-52, へるす出版, 東京.
- 7) 前掲 4)
- 8) 前掲 6), 39-41.
- 9) 田中晶子 (2004) : 意識障害患者と家族のかかわりから救急医療チームの在り方を考える, Emergency nursing, 17(11), 65-71.
- 10) 樽松久美子, 黒田裕子 (2006) : 意識障害患者の家族が辿る心理社会的な体験の記述と看護支援—突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者の一事例に基づく探求—, 日本クリティカルケア看護学会誌, 2(2), 89-97.
- 11) 岡堂哲雄 (1987) : 病気と人間行動 (初版), 214-216, 中央法規出版, 東京.
- 12) 前掲 11).
- 13) 山勢博彰 (2010) : 2. 救急・重症患者家族の心理的特徴, 山勢博彰編著, 救急・重症患者と家族のための心のケア (第1版), 15, メディカ出版, 大阪.

〈資料〉

東日本大震災被災地での看護学生のボランティア活動の報告

小寺 直美*, 小笠原ゆかり*, 中神 克之*, 児屋野仁美*, 蓑田さゆり**, 水野ルイス里美***

The report of volunteer activities of nursing students in Tohoku after the great eastern Japan earthquake

Naomi Kotera*, Yukari Ogasawara*, Katsuyuki Nakagami*, Hitomi Koyano*, Sayuri Minoda**, Satomi Mizuno-Lewis***

要 約

2011年3月11日東北地方太平洋沖地震が発生し、東北地方は壊滅状態となった。我々は2012年3月より、宮城県東松島市を中心とした集会所においてこころのケアを目的とした交流イベント活動を始めた。主な活動内容は血圧測定・足湯・お茶会であった。また当初この活動は個人の意思での参加であり、大学としての取り組みをしておらず責任の所在が不明確であり、2012年9月に四日市看護医療大学学生サークル「災害支援の会」を発足した。活動を通して関係のできた宮城県と東海地区の教員・看護学生と協同してワークショップ「あつまれ！看護学生！！つなぐ東北×東海～今私たちにできること～」を開催し、この活動の意味と今後の活動についての課題を明らかにし、現在も活動を継続している。震災から4年が経過し集団移転が始まってきたが、多くの住民は不安を抱えている。これまでの活動を継続するとともに、過去の災害からの学びを生かし、今後30年以内に起こるといわれている南海トラフ巨大地震を想定した防災活動にも取り組みたい。

Key Words: 災害 (Disaster), ボランティア (Volunteer), 看護学生 (Nursing Student)

I. はじめに

2011年3月11日、マグニチュード9.0の東北地方太平洋沖地震（以下、東日本大震災）が発生し、この超巨大地震によって東北地方から関東北部の沿岸を大津波が襲い、東北地方は壊滅状態となった。死者・行方不明者は、1万8000人を超えている¹⁾。また、大津波が東京電力福島第一原子

力発電所を襲い、放射性物質が大気中に放出されたため、周辺市町村の住民は、長期にわたる避難生活を余儀なくされており、この深刻な事態が解消される見通しは立っていない²⁾。

災害は、災害の起きていない平常時から災害発生・復興までを災害サイクルとしてとらえ、災害サイクルの各期をフェーズと表現することがある³⁾。災害サイクルの各期を分類すると一般的に

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

**鈴鹿医療科学大学

**Suzuka University of Medical Science

***元四日市看護医療大学

***Former Yokkaichi Nursing and Medical Care University

は以下ようになる。「フェーズ0：超急性期～救出・救助期（発災後数時間）」では、災害現場周辺の人的資源による救援が行われる。「フェーズ1：超急性期～早期（発災後から72時間）」では、医療機関の傷病者の受け入れが始まり、被災地外からDMATなどの救援が到着する。「フェーズ2：急性期（発災72時間から7日）」では、災害の全貌が把握され、災害医療支援計画が立案される時期である。「フェーズ3：亜急性期（発災7日から1ヵ月）」では、ライフラインの復旧や、被災地外からのボランティアが派遣されるようになる。「フェーズ4：復旧復興期（発災1ヶ月～3年）」では、避難所が閉鎖され仮設住宅への移動が終えている。「フェーズ5：静穏期～災害準備期（発災3年以降）」では、新しい家の建築や町並みの復旧など生活再建が進み、次の災害への対策を構築していく時期である⁴⁾。このようなフェーズの変化とともに被災者や地域住民のボランティアニーズは刻々と変化していき、災害発生後における被災地外からのボランティアは各フェーズの特徴を包括的に把握したうえで活動をすることが重要である。

この報告書では、四日市看護医療大学学生サークル災害支援の会の発足から3年間の活動記録をまとめるとともに、今後予測される大規模災害に向けた活動について検討を加える。

II. 四日市看護医療大学学生サークル「災害支援の会」発足

四日市東日本大震災支援の会（以下、支援の会）は、四日市大学の教職員と学生が、発災直後より災害派遣について検討し、2011年4月1日に立ち上がった。そして、東日本大震災発生後の2011年5月から、宮城県東松島市において個人宅の片づけや生活道路の側溝泥かきを中心に、災害ボランティア活動を行ってきた⁵⁾。

東日本大震災から1年が経過した2012年では、フェーズ4である復旧復興期となり、宮城県の避難所は全て閉鎖され、自宅を失った多くの被災者は仮設住宅に入居するようになった。しかし入居に際して高齢者を優先したり、公平性なども考慮

したため、元のコミュニティは分断されることになった。仮設住宅における自治会組織などのコミュニティ形成が大きな課題となり、ボランティアへのニーズは災害発生時の泥かきや瓦礫処理といったことからこころのケアを中心とした支援へと変わってきた。

2012年3月に支援の会から、四日市看護医療大学の教員に、宮城県東松島市仮設住宅での交流イベントへの参加依頼があった。2012年3月第1回目の派遣は有志が集まり1年生4人と教員3人が参加した。これをきっかけに本格的な活動を始めた。この時点では東北被災地へのボランティア活動に個人の意思や有志で参加するという形であり、大学としての取り組みではなく、またクラブやサークルでの取り組みでもなく、責任の所在も不明確なままであった。そのため、2012年9月、四日市看護医療大学学生サークル「災害支援の会（以下、災害支援の会）」を発足し、被災地等へのボランティア活動を学外活動の位置づけにした。

III. 支援の会・災害支援の会の活動の概要

1. 2011年度（2012年3月）～2012年度の活動

東日本大震災に対し支援活動を最初に行ったのは、震災後の2012年3月23日から25日であった。東日本大震災から1年を経過したこの時期は復旧復興期へとフェーズが変化し復興に向けて動き出し、社会の関心も薄れていく時期である⁶⁾。

阪神・淡路大震災では仮設住宅への入居に際し、地震前のコミュニティが分断されてしまったために生じた仮設住宅での孤独死が社会問題となった。新潟県中越地震の時はその教訓を生かし集落ごとの仮設住宅入居が行われた。しかし、東日本大震災ではあまりにも被害が大きく、被災地の地形からまとまった用地を確保できず、入居は高齢者等が優先となり、もとの居住地から離れバラバラな状態で暮らさざるを得ない状況になった⁷⁾。

内閣府、被災者のこころのケア都道府県対応ガイドラインでは、災害時における「こころのケア」は、被災者に必要とされるケアの特性によって、3段階に分類される。「一般の被災者」レベルの方へのこころのケアでは、地域コミュニティの維

持回復・再構築が非常に効果的といわれている。復興期においては、被災者が自発的に集まり、ほっとできる居心地の良い居場所の提供（足湯や喫茶スペースなど）によって、できるだけ多くの被災者がお互いに繋がっているという実感を得られるようにするのがよいといわれている。その支援は、一般住民やボランティア、地域リーダーや社会福祉士などが行い、被災者が自然にコミュニティに参加しやすい状況を作り出すことが望ましい。「見守り必要」レベルでは、ケアを行わないと「疾患」レベルに移行する可能性が高い被災者や、悲嘆が強く引きこもり等の問題を抱えている被災者を対象とするため、保健師や臨床心理士、精神保健福祉士がその支援にあたる。「疾患」レベルでは、発災により医療ケアが必要と判断された被災者や発災前から精神疾患を持つ患者への処方・投薬等の精神科医療ケアが含まれるため、精神科医が含まれるところのケアチームや、被災地の精神科医療機関によるケアが想定される⁸⁾。

ボランティアの活動場所である東松島市においても仮設住宅で暮らす人々は元のコミュニティと異なる状況であったことから、仮設住宅では向かいの人や隣の人が誰だかよくわからず、話もできず、そのことで「閉じこもり」となり、阪神・淡路大震災同様に災害関連死や生活不活発病になる懸念があった。

そこで、我々が仮設住宅集会所で交流イベントを開催すれば、閉じこもりがちな住民が外にでるきっかけとなり、コミュニティの形成につながるのではないかと考えた。また、看護学生が安全にできることは何かを考えた。

被災後初めて行った交流イベントは、3月という東北の寒い時期であったので、仮設住宅集会所内で足湯と血圧測定を行うことにした。足湯ブースを3か所設置することで、足湯をしながら仮設住宅住民者間でコミュニケーションを図る場の提供になるのではないかと考えた。

足湯や血圧測定は1~2年生で修得する技術であったことから、参加する学生が安全に足湯を実施するために事前に学内で練習してから活動を行うことにした。血圧測定においては教員とともに

実施し、異常値や健康相談を受けた時の対応を行うことにした。

参加学生の費用を軽減するため体力的負担は大きくなるが、被災地での宿泊が不要になるように往復夜行の大型バスを利用した。すなわち活動前日の金曜日に大学を出発し、土曜日の早朝に東松島市に到着し交流促進イベントを開催して、その夜に現地を出発し日曜日の朝に大学へ帰着するというスケジュールであった(表1)。

1) 第1回派遣は、四日市大学、高田短期大学と高等学校3校の合同で行った。具体的には、現地到着後、東松島市の野蒜地区、大曲浜地区、石巻市門脇町をバス車内から、門脇小学校前では降車して激甚被災地の現状を視察した。その後、東松島市矢本運動公園集会所へ移動し、午前中は支援の会参加者(四日市大学・高田短期大学の学生、暁中学高等学校・桑名北高校・四日市四郷高校の生徒)と共に、約400世帯の仮設住宅を戸別訪問した。暁中学高等学校の生徒が事前にメッセージを書いた紙袋に、午後から企画していた交流イベントの案内状とメッセージ、水沢茶農業協同組合から協賛いただいた伊勢茶を同封し配布した。戸別訪問の途中からは現地の小学生ともコミュニケーションをとり、一緒に訪問した。

午後の交流イベントでは、仮設住宅集会所内で血圧測定と足湯のブースを設置し、教員と学生で活動を行った。足湯に必要なお湯は、四日市大学から持参したLPGガスでお湯を沸かし、40~42度に調節した。お湯の準備や使用後の足浴専用バケツの洗浄は、寒い屋外で四日市大学の学生や桑名北高校の生徒の協力により、看護の教員や学生は血圧測定や足湯に専従できた。また、集会所内には四日市市内の和菓子屋から協賛いただいた和菓子と四日市のお茶を飲みながら交流できる場所を設置し、足湯の待ち時間や足湯後に住民間の交流促進につなげることができていた。参加した学生も、被災時のことや、仮設住宅での暮らしについて話を聞かせていただいた。

仮設住宅入居者のイベントへの参加は100名程度であった。

表 1. 2011年度 (2012年3月)～2012年度の活動

第1回	日程：3月23日～3月25日 参加者：学生4名(1年生), 教員3名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション, 茶話会
第2回	日程：4月20日～4月22日 参加者：学生12名(1年生6名, 2年生1名, 3年生3名, 4年生2名), 教員3名 活動場所：宮城県東松島市鷹来の森仮設住宅集会所 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション(こにゅうどうくん), 茶話会
第3回	日程：6月1日～6月3日 参加者：学生22名(1年生8名, 2年生11名, 3年生3名), 教員2名 活動場所：宮城県東松島市赤井市民センター 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション, 茶話会
第4回	日程：8月27日～8月29日 参加者：学生24名(1年生5名, 2年生8名, 3年生4名, 4年生7名), 教員4名 活動場所：宮城県東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション, 茶話会
第5回	日程：12月14日～12月16日 参加者：学生8名(1年生2名, 2年生6名), 教員4名 活動場所：宮城県東松島市ひびき工業団地仮設住宅集会所 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション, 茶話会, クリスマスの飾りつけ, 集会所の大掃除
第6回	日程：3月22日～3月24日 参加者：学生7名(1年生1名, 2年生4名, 3年生2名), 教員3名 場所：宮城県東松島市グリーンタウン仮設住宅集会所 内容：血圧測定, 足湯, 子どもたちとのレクリエーション, 茶話会, ホスピタルクラウン, KUNI-KEN

学生・教員共に初めての参加であり、被災地の現状を知る機会となった。発災後1年経過していたが、瓦礫が撤去されていない地域が多いことや、仮設住宅居住者同士のコミュニケーションや交流が希薄であり、ひきこもりや身体の不調やこころの問題を打ち明けられないまま生活をしていることがわかった。参加した学生からは、「被災状況についてテレビのニュースを通して聞くより強く印象に残った」、「ボランティアに行く前はコミュニケーションが取れるか不安だったけど、足湯を通して被災体験を聞くことができた」といった言葉があった。そして、参加した学生からこの経験や活動を広めたいという意識が高まり、ボランティアから帰ってきた1週間後に学内で学生と教員を対象に活動報告会を開催した。

2) 第2回派遣の活動は、四日市市や四日市市社会福祉協議会(以下、社協)との合同の派遣とな

り、コラボレーション企画を行った。

第1回と同様に、現地到着後は激甚被災地を訪れ被災地の現状を視察した。午前中は、鷹来の森仮設住宅集会所において支援の会参加者(四日市市職員、社協職員、四日市大学学生)と共に、事前にメッセージを書いた紙袋に、午後から企画していた交流イベントの案内状とメッセージ、水沢茶農業協同組合から協賛いただいた伊勢茶を同封し配布した。午後の交流イベントでは、血圧測定と足湯のブースをつくり、教員と学生で活動を行った。

四日市市の企画として「こにゅうどうくん」の着ぐるみが参加しており、子どもたちの笑顔があふれた。また、社協の企画により、自分で作れる綿菓子コーナーや巨大ボーリングなど親子で遊べるブースを設置し、学生も一緒に活動した。仮設住宅入居者のイベントへの参加は80名程度であった。

お茶会中、ある男性は被災時の悲惨な光景や「助けて」という声を思い出して眠れないこともあるが誰にも言えないと語ってくれた。活動中の印象として女性は震災で経験したことや、悩みや不安など集会所で相談する機会があるが、男性は集まってストレスを発散させる機会が少ないと感じた。また、援助技術について授業を受けていない1年生が6名参加したが、自分でできることを考えながら活動していた。2~4年生は先輩として1年生への配慮やリーダーシップを発揮していた。1年生にとってその姿は信頼できる先輩として映っていたようである。学生たちはお互いに協力し合い、活動を通してそれぞれ成長しているのではないかと感じた。

3) 第3回派遣の活動は、赤井地区の交流会などの開催が難しい4か所の小規模な仮設住宅を対象に、赤井市民センターで開催した。大規模な仮設住宅では、集会所が建設されており、住民間での交流が促進されるお茶会やイベントなどが開催されるが、小規模な仮設住宅では集会所や談話室などもなく、交流をする場所がない状況であった。到着後に激甚被災地の現状を視察したあと、赤井市民センターへ移動した。午前中は4か所の小規模仮設住宅に分かれ、午後からのイベント案内状とメッセージ、お茶を同封した封筒を戸別訪問し配布した。午後の交流イベントでは、血圧測定と足湯のブースをつくり、教員と学生で活動を行った。仮設住宅入居者のイベントへの参加は50名程度であった。午前中の戸別訪問時に、午後からの交流イベントの案内を行ったが、赤井市民センターまでの移動手段がなかったり、仮設住宅周辺なら行きたいが市民センターまでは億劫という言葉が聞かれた。参加者は少なかったが、お茶会ではゆっくりと時間をかけて話をきくことができた。

第3回派遣は、災害支援の会の学生の参加希望が多く1~3年生22名が参加した。2年生は子どもへのイベントを企画から当日の実施まで学生主体で行うことができた。この頃から参加する学生が主体的にイベントの内容を考えるようになって

いった。茶話会や足湯を通して、「このテレビで報道されていない現実を伝えていって欲しい。」と言われ、語り継いでいくことも一つの支援になるのではないかと感じた。

4) 第4回派遣の活動は、1回目に訪問した矢本運動公園集会所で行われた。2回目ということもあり、住民の方からは「また来てくれたの」、「前は来られなかったけど、気持ちよかったという話を聞いたから来たのよ」といったような嬉しい言葉があり、震災後1年以上経過していても被災者へのこころのケアは必要であり、また、同じ仮設住宅に繰り返し訪問することでボランティアと住民との間に関係ができ、より意義のある活動となっていく。

この回でも、被災地に到着後は激甚被災地を訪問し、その後集会所へ移動した。前回訪問時より道路脇に積まれていた瓦礫や廃車の山が減ったり、舗装された道路が増えてきている印象であった。

午前中は、支援の会の参加者と共に午後からのイベント案内状とメッセージ、お茶を同封した封筒を戸別訪問し配布した。午後の交流イベントでは、血圧測定と足湯のブースをつくり、教員と学生で活動を行った。住民の参加者は100名程度あり、2度目の訪問ということもあって、前回には聞くことができなかった震災体験などを話していただいたりして、より信頼関係が深くなっていると感じた。

以降、災害支援の会で行った被災地での交流イベント活動は、「激甚被災地の視察」、「午後のイベント告知を兼ねた戸別訪問」、「血圧測定」、「足湯」は同様である。

5) 第5回派遣は、3校の高等学校と合同であった。この回は高校生が多く参加し、学校ごとに交流イベントが企画された。季節がら、暁中学高等学校の生徒はクリスマスカードの作製と配布、桑名北高校の生徒は集会所内のクリスマスの飾りつけ、メリノール女子学院高校の生徒は風船アートや合唱を行った。住民の参加者は、100名程度で

あった。今回は参加型の企画が多く、参加した生徒・学生と住民が一緒になってイベントを楽しむことができた。

6)第6回派遣も多くの高校生が参加した。また、支援の会の教員からの呼びかけで津軽三味線ユニット「KUNI-KEN」が、災害支援の会の教員からの呼びかけでホスピタルクラウン「はず」が参加し、集会所で演奏会やパフォーマンスが行われた。また、お茶会時には高校生がアクリルたわし作製の企画も行い、女性の住民には好評であった。住民の参加者は60名程度であり、一緒に手芸をすることで、住民間には世代を超えた会話がうまれていた。

2. 2013年度の活動

震災から2年が経過したこの時期は、被災地外からの救援者の多くは地元に戻り、新聞の一面やテレビのニュースなどからその災害のニュースが消えていく頃で、被災地は急に人々が少なくなり、被災住民は取り残されたような寂しい気持ちになると同時に復興に向けた長い戦いの始まりとも言われている⁹⁾。

また、被災住民の経済状況格差が顕著に現われ復興の格差がでてくる時期でもあり、仮設住宅から移転する者と残る者が混在しており、住民同士の関係に影響がでていた。

我々が前年度に活動した中でも、「ここにいる人(仮設住宅住民)には本音で話せない」、「外から来てくれた人にだから話せる」といったコミュニティ形成に影響を及ぼす言葉が聞かれるようになった。そのため、この年度はコミュニティ再形成促進のための交流イベントを中心に活動した。

我々の所属する四日市看護医療大学の所在地は、今後30年以内に南海トラフ巨大地震が発生する確率が高いと予測されている。また、先の東日本大震災で激甚災害被害を受けた東北地方の地形と類似し、海岸に多くの住宅や工場などを抱えていることから、東日本大震災同様甚大な被害に直面する可能性がある。活動をしている中で、災害支援の会でも防災への取り組みについてディス

カッションする機会が増え、活動を通じて交流ができた石巻赤十字病院看護師、石巻赤十字看護専門学校教員や、宮城大学教員、宮城県で被災地活動をしている看護学生と連携をとり、ワークショップを開催することができた(表2)。

1)第7回派遣では、四日市市内で活動するハワイアンバンドと宮城県で活動するフラダンスチームとのコラボイベントが行われた。フラダンスショーの最後には、住民と学生も参加し一緒に踊った。矢本運動公園仮設住宅の自治会長と良い関係が築けており、支援の会の本体から一部の学生と教員は集会所に寝袋を使って延泊した。翌日は延泊した学生・教員とハワイアンバンド・フラダンスチームで小規模仮設住宅3か所を訪問し交流会を開催した。住民の参加者は100名程度あり、集会所が人であふれた。

2)第8回派遣では、交流イベント以外に、宮城大学と石巻赤十字看護専門学校を訪問し、宮城県内で災害ボランティア活動をしている看護学生や教員との交流を行い、年度末に開催するワークショップ「あつまれ!看護学生!!つなぐ東北×東海~今私たちにできること~」の内容についてディスカッションを行った。そのため、車中2泊では日程に無理があったため、矢本運動公園仮設住宅の西集会所と東集会所で男女に分かれ、仮設住宅生活体験を兼ねて寝袋で延泊した。宿泊費を抑える目的でもあった。そして、夕食は仮設住宅住民の皆さんと一緒にバーベキューを開催し、準備した300人分がなくなるほどの参加者があった。翌朝は、炊き出し研修を兼ねてポリ袋でご飯を炊き、レトルトカレーの朝食をとった。

3)第9回派遣では、交流イベントの他に、これまで交流会を開催した4か所の仮設住宅集会所(矢本運動公園、ひびき工業団地、グリーントウン、根古)の大掃除を行った。参加した子どもには参加賞を準備し、住民参加型のイベントにした。

4)第10回派遣は、看護の学生と教員が運営し、

表2. 2013年度の活動

第7回	日程：5月10日～5月12日 参加者：学生17名（1年生4名，2年生7名，3年生6名），教員3名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所 内容：血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会，ハワイアンバンド&フラダンス
第8回	日程：8月20日～8月23日 参加者：学生4名（2年生2名，3年生2名），教員2名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所 内容：血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会，BBQ，茶話会 *石巻赤十字看護専門学校，宮城大学看護学部訪問
第9回	日程：12月20日～12月23日 参加者：学生10名（2年生2名，3年生8名），教員2名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所，ひびき工業団地仮設住宅集会所 内容：血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会，クリスマスの飾りつけ，集会所の大掃除
第10回	日程：3月20日～3月22日 参加者：四日市看護医療大学21名（1年生5名，2年生4名，3年生8名，4年生4名），三重大学学生4名，三重県立看護大学学生1名，椛山女学園大学学生1名，愛知県立総合看護専門学校学生2名），教員4名 場所：宮城県東松島市大曲市民センター 内容：ワークショップ「あつまれ！看護学生！！つなぐ東北×東海～今私たちにできること～」 血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会

交流イベントの他にワークショップ「あつまれ！看護学生！！つなぐ東北×東海～今私たちにできること～」を開催した。このワークショップには支援の会のメンバーだけでなく東海地区の看護学生にも参加を募り，四日市看護医療大学21名，三重大学4名，三重県立看護大学1名，椛山女学園大学1名，愛知県立総合看護専門学校2名の看護学生が参加した。午前中に東日本大震災で被災した経験をもとに，石巻赤十字看護専門学校教員から「震災直後から石巻赤十字病院に移動するまでの活動」，石巻赤十字病院看護師から「石巻赤十字病院での震災発生直後から2週間の活動」，東松島市地域包括支援センター所長から「震災後の福祉避難所での活動」，東松島市地域包括支援センター主任介護支援専門員から「震災後の介護予防教室での活動」について講話を聴かせていただき，午後からは学生間で「今，私たちにできること～災害について考える～」をテーマにディスカッションを行った。東北の参加学生からは，「南海トラフの時に役立ててほしい」，「自分たちの話を少しでも伝えることができた」などの意見があった。また，東海の参加学生からは「曖昧だった考

えをまとめる機会になった」，「講話やディスカッションを通して普段から心構えや準備が必要とわかった」，「現在行っている交流イベントに参加できない仮設住民をどう支援するか考えるきっかけになった」との意見があり，今後の災害支援の会の活動についての課題が明らかになった。

3. 2014年度の活動

宮城県東松島市の仮設住宅では，徐々に生活再建による退去が目立ち始め，とくに小さな子どもと働き手がいる世帯は早い段階で転居が始まった。これにより，仮設住宅は急激に高齢化が進み，ようやく形成されたコミュニティが崩壊の危機にあった¹⁰⁾。

宮城県 HP によると，プレハブ仮設入居者は，平成24年4月の最大入居者53,301人から徐々に減少し，平成26年4月には41,676人となっている。未だに多くの人々が仮設住宅に入居しているが，宮城県では復興住宅計画および建設が進んでおり3年以内には集団移転できる見通しが立っている。

震災から3年を経過しているこの時期は，被災

表3. 2014年度の活動

第11回	日程：5月23日～5月25日 参加者：学生15名（1年生5名，2年生5名，3年生2名，4年生3名），教員3名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園・グリーンタウン・根古・ひびき工業団地仮設住宅集会所 内容：血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会，KUNI-KEN
第12回	日程：9月3日～9月8日 参加者：学生6名（1年生3名，3年生3名） 場所：福島県葛尾村，東松島市矢本運動公園仮設住宅集会所 内容：福島県葛尾村視察，流しそうめん大会，三陸海岸の復興状況視察
第13回	日程：12月12日～12月14日 参加者：学生4名（2年生4名），教員2名 場所：宮城県東松島市矢本運動公園集会所 活動内容：血圧測定，足湯，子どもたちとのレクリエーション，茶話会，ゴスペル・イルミネーション点灯式

者が自らの生活再構築していく力を引きだせるような支援が必要となってくる。

また，この活動が恒例行事となり集団移転後のコミュニティ形成につながることを期待しつつ，仮設住宅入居者と協働で行うことを意識して活動を行った（表3）。

1) 第11回派遣は，赤い羽根共同募金から助成金をいただき看護の教員と学生で運営した。また，交流イベントだけでなく第6回派遣に同行した津軽三味線ユニット「KUNI-KEN」も参加し，4か所の仮設住宅集会所でコンサートを開催した。

2) 第12回派遣は，学生の夏期休暇を利用した長期滞在型の活動で，看護の教員は参加せず学生のみが参加した。大型バスを利用せずフェリーを使い，現地では支援の会教員が運転するレンタカーを使っての小規模な活動であった。何度も訪問している矢本運動公園仮設住宅の自治会の皆さんと，企画段階から協働し，竹を割って流しそうめん台を作るところから共同作業をして巨大流しそうめん大会を実施した。また，2011年の原発事故を受けて全村避難をしている福島県葛尾村三春出張所を訪問し，帰村準備をしている葛尾村が抱える問題についてのヒアリングを行った。さらに，三陸海岸を北上して被災地の現状を視察し，今後の災害支援の会の活動ニーズについてのヒアリングも行った。

3) 第13回派遣では，交流イベントの他，仮設住宅集会所の大掃除とクリスマスイルミネーションの飾りつけを行った。協働した現地のボランティア団体オアシスライフ・ケアのゴスペルライブがあり，一緒に歌ったりイルミネーションの点灯式を行った。夕方の寒い時間帯ではあったが，ぜんざいの炊き出しもあり，参加者は300名程度あった。

IV. 今後の活動課題

活動を始めて3年が経過した。活動のベースは，仮設住宅住民間のこころのケアを目的としたお茶会や足湯などの交流イベントである。活動当初は，教員主導でイベントの企画から準備や片づけを行っていたが，第3回の活動から活動経験をもつ学生が初めて参加する学生にアドバイスや配慮するなどボランティアの形が学生主体に変化していった。ボランティアに参加することで受け身ではなく「自分にもできること」を考えることができるようになり，主体性が身についたのではないかと考える。また参加した学生自身が体験したことを，新たに参加する学生や後輩に伝えることで災害支援の会の継続にもつながっている。しかし，東日本大震災から4年が経過し，テレビなどの報道も少なくなり，震災の記憶が薄れてきている。寺田寅彦は「災害は忘れた頃にやってくる」という有名な警句を残したが，最近では，忘れる間もなくいろいろな災害が起きている¹¹⁾。災害支援

の会でも、東日本大震災発災時に中学生だった学生が入学してくる時期であり、ボランティア派遣の呼びかけにも反応が薄くなってきている。

活動の中心となっている宮城県東松島市では、2014年春から集団移転が始まり、自立へのゴールが見え復興の兆しがみえている。集団移転がすすむと、新たなコミュニティ形成の課題も出てくるのが予測されるため、これまでと同様に活動を継続していく。また住民は、高齢者が多く活動中に聞かせていただく会話の中には、まだ現状を受けとめられず、2011年3月11日で立ち止まったままの方もみえる。そして、現地の人々から「忘れないでほしい」という言葉をよく耳にする。災害支援の会では、活動を通じて得た学びや被災地の現状に合わせた活動を継続していきたい。

これまでの活動の学びから、今後いつ起きるかわからない災害に備え、ひとりひとりが防災意識を高めていく必要がある。そのため学生サークル災害支援の会の学生と教員の中には、日本防災士機構の防災士を受講し認定試験を受けて、幅広く災害についての学習を深めている者もいる。今後は東日本大震災被災地への復興支援にとどまらず、自らの防災意識向上に向けた活動をし、大規模災害時の減災につなげたい。

IV. 文献

- 1) 内閣府：防災情報のページ，東日本大震災における都道府県別人的被害，<http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h23/bousai2011/html/hyo/hyo010.htm>，2015. 9. 24
- 2) 特定非営利活動法人日本防災士機構（2015）：第1講 近年の自然災害に学ぶ，防災士教本（第1版），10，特定非営利活動法人日本防災士機構，東京。
- 3) 酒井明子，菊池志津子，他（2014）：第Ⅲ章 災害時の被災者および援助者の心理，酒井明子，菊池志津子，他，災害看護（改訂第2版），25，南江堂，東京。
- 4) 酒井明子，菊池志津子，他（2014）：第Ⅲ章 災害時の被災者および援助者の心理，酒井明子，菊池志津子，他，災害看護（改訂第2版），26，南江堂，東京。
- 5) 鬼頭浩文，小寺直美，蓑田さゆり，他（2013）：四日市東日本大震災支援の会の活動記録—生活復興支援フェーズ—，四日市大学総合政策部論集，12（1・2合併号），99-124。
- 6) 酒井明子，菊池志津子，他（2014）：第Ⅲ章 災害時の被災者および援助者の心理，酒井明子，菊池志津子，他，災害看護（改訂第2版），87，南江堂，東京。
- 7) 酒井明子，菊池志津子，他（2014）：第Ⅲ章 災害時の被災者および援助者の心理，酒井明子，菊池志津子，他，災害看護（改訂第2版），116，南江堂，東京。
- 8) 内閣府：被災者のこころのケア都道府県別対応ガイドライン，<http://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagousei/pdf/kokoro.pdf#search='%E5%86%85%E9%96%A3%E5%BA%9C+%E3%81%93%E3%81%93%E3%82%8D%E3%81%A%E3%82%B1%E3%82%A2+%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C'>，2015. 9. 25
- 9) 酒井明子，菊池志津子，他（2014）：第Ⅲ章 災害時の被災者および援助者の心理，酒井明子，菊池志津子，他，災害看護（改訂第2版），101，南江堂，東京。
- 10) 鬼頭浩文，岡良浩，小寺直美，他（2015）：四日市東日本大震災支援の会；4年目の活動報告～高天性による災害支援と三重の地域防災～，四日市大学総合政策部論集，15（1号），1-27。
- 11) 特定非営利活動法人日本防災士機構（2015）：第2講 防災士の役割，防災士教本（第1版），24，特定非営利活動法人日本防災士機構，東京。

〈資料〉

術後せん妄を発症した高齢患者が体験した 意識回復までのプロセス

三好 陽子*, 天野 瑞枝**

Process to the Consciousness Recovery experienced by Elderly Patients who developed Postoperative Delirium

Youko Miyoshi*, Mizue Amano**

要 約

医療技術の高度化に伴い、高齢者の手術件数は増え、術後せん妄への支援が重要な課題となる。そこで、整形外科クリニックに通院し、術後せん妄発症歴のある高齢患者とその家族からどのように状況を把握し、せん妄状態からの回復に至ったのかを面接調査した。平均年齢73.9歳の7名の患者と家族から聴取した内容を質的帰納的に分析した結果、【脳内が濃霧状態】【無意識に反応する感情と欲求】【無意識に再現される習慣】【認識と行動の一致】【目覚めの感覚】の5つのカテゴリが導き出された。手術を受けた高齢患者は、術直後から【脳内が濃霧状態】に陥っており、せん妄症状が出現しても自覚できず、【無意識に反応する感情と欲求】の表出があった。しかし、【無意識に再現される習慣】が生活の中で復活してくると、【認識と行動の一致】が図られ、【目覚めの感覚】に至った。回復過程では家族の不安がせん妄症状を助長するため、家族支援の重要性が示唆された。

Key Words: 術後せん妄 (postoperative delirium), 高齢患者 (elderly patients), 意識回復 (consciousness recovery), 整形外科疾患 (orthopedic disease)

I. はじめに

近年、急速な高齢化に伴い、医療を受ける高齢者数も増加し続けており、現在、入院患者の約7割を高齢者が占めている¹⁾。さらに医療技術の高度化に伴い、低侵襲の手術の発展から高齢者の手術件数は増加傾向にある²⁾。高齢者が入院治療する際に注意しなければならない症状のひとつに、術後せん妄がある。

術後せん妄とは、手術後に生じる一過性の精神

症状のひとつで、一時的な意識障害を起こし、記憶障害など認知機能障害を生じる状態である^{3,4)}。高齢患者がせん妄を発症する確率は10~30%程度と報告されており、複数の疾患を抱え、身体予備能力の低い高齢者ほど発症率は高くなる^{5~7)}。特に、手術後は疼痛や環境の変化、安静度の制限などにより、せん妄の発症率が高い⁸⁾。

術後せん妄の誘発要因は、加齢、薬物、難聴や視力障害、睡眠障害、脱水、Hb値の低下、カテーテル挿入による体動制限、低血糖、全身麻酔下で

*四日市看護医療大学

*Yokkaichi Nursing and Medical Care University

**藤田保健衛生大学医療科学部看護学科

**Faculty of Nursing, School of Health Sciences, Fujita Health University

長時間手術、術後回復過程の遅延、術後合併症の増加など、ストレスフルな環境要因からの影響が強く、認知症との強い関連性も報告されている^{4~6,9,10)}。また、藤野ら¹¹⁾は手術部位別のせん妄発症率について、一般外科手術より、術後肢位の安静が必要となり体動制限が強いられる大腿骨頸部骨折手術の方が発症率が高いことを明らかにしている。しかし、術後せん妄の研究は、発症要因に関するものや実態調査などが多く、回復過程における患者の反応を分析したものが少ないため、どのような時期にどのように支援すればよいのか、具体的な支援方法は明らかになっていない。

以上により、せん妄の発症率が高い大腿骨頸部骨折の手術後にせん妄症状が出現した高齢患者が、どのようにして自分自身の状況を把握していくのか、その意識回復過程における体験を明らかにすることで、高齢患者がせん妄症状を悪化させないための手がかりを探りたいと考える。

II. 研究目的

大腿骨頸部骨折の手術後にせん妄症状を発症した高齢患者が自身の状況を把握できるまでの意識回復過程において、どのような体験をしているのかを明らかにし、そこからせん妄症状を悪化させないための看護の示唆を得る。

III. 用語の定義

術後せん妄：術後一過性に、軽度の意識混濁や部分健忘、注意障害などが起こる認知機能障害である^{5,6)}。

今回の研究では、綿貫ら⁶⁾の「話のつじつまが合わない」「ライン・チューブ類の自己抜去」「見当識障害」「幻視・幻覚」「妄想」「安静が守れない」など術後せん妄主要6症状に加えて、物事の整理や秩序がなくなり思考・感情が混乱する意味の「錯乱」を追加し、7症状のうち1つ以上の症状がみられた高齢患者を術後せん妄の発症者と定義した。「錯乱」追加の理由は、せん妄状態は錯乱の程度で評価する先行研究が多く、主要6症状の中に同義内容が含まれていないと判断し、付加した。

IV. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、手術後の当時の状況を冷静に振り返ってもらうために、現在、大腿骨頸部骨折の手術を行った病院を退院してA県にある整形外科クリニックに通院している手術後1年以内の高齢者で、術後せん妄の発症歴があり、研究参加への同意が得られた方とした。本人もしくは家族も高齢であることから、手術後1年以内と範囲を限定し、研究説明の際に、過去を語って頂くにあたり記憶の想起に支障がないことを確認したうえで選定した。また、研究協力者の家族にも本人が語る場面の状況を確認するため、研究対象とした。研究協力者の選定は、クリニックの院長および看護管理者に依頼を行い、紹介を受けた。面接回数は1人1回で、面接時間は平均46分間であり、全て家族とともに行った。面接場所は、受診後、プライバシーの守れる個室を確保して行った。

2. データ収集方法

研究協力者には、性、年齢、現在のADLと認知機能の程度を確認した。大腿骨頸部骨折術後期間、せん妄発症時期と持続期間、出現したせん妄症状、既往歴、主介護者等はカルテと患者・家族より収集した。

研究協力者には、術直後から自分自身の状況をどのように把握していったのかを語ってもらい、その場で付き添っていた家族にもその時の状況を確認した。データは、半構成的面接法を用いて収集し、面接内容は録音して、逐語録にまとめた。

3. 調査期間

平成21年7月から平成22年9月

4. 分析方法

逐語録から患者の意識回復までの体験と、体験を裏付ける家族からの証言を示す文脈を一つのコードとした。そこから、質的帰納的方法を用いて「高齢患者がどのような状況を経て、自分自身の状況を認識できるようになったのか」について

分析した。研究協力者すべてのコードから類似した内容ごとにまとめてサブカテゴリを生成した。さらに、サブカテゴリを類似比較し、抽象化を行い、カテゴリを生成し、カテゴリ間の関係を解釈的にまとめた。インタビューによるデータ収集中は、できるだけ研究者が研究協力者の話した内容とその時の状況を家族に確認しながら、インタビューを進めた。また、質的研究の経験をもつ研究者に助言を受け、分析の真实性・妥当性を図った。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究協力者を選定して頂いた整形外科クリニックの院長、研究協力者・家族に、研究者から研究の協力依頼を文書と口頭で行った。説明内容は、クリニックで選定して頂いた研究協力者に、研究の目的、方法を説明し、研究参加は自由意志であること、参加しない場合でも不利益は被らないこと、途中で参加を辞退することができること、プライバシーの遵守、個人情報の保護について説明を行った。また、研究結果は公表されるが、個人を特定できないようにすることの説明を行った。倫理的配慮に関する説明はすべて口頭及び書面にて行い、同意書の署名をもって研究参加の承諾を得た。

V. 結果

1. 術後せん妄を発症した高齢患者の概要(表1)

研究協力者の背景は、男性3名、女性4名の計7名で、平均年齢は73.9歳であった。患者と一緒にインタビューした家族は、配偶者(妻・夫)が5名、娘が2名であった。また、患者の既往歴は、高血圧5名、糖尿病3名、脳梗塞2名、関節リウマチ1名であった。せん妄発症日は手術後の夜間帯から術後1日目が最も多く、持続期間は3~5日間であった。せん妄の症状は、「話のつじつまが合わない」「見当識障害」「安静が守れない」が多かった。

面接当時の患者のADLは全員杖歩行が可能であり、認知機能の程度は全員会話が可能であった。

2. 術後せん妄を発症した高齢患者の意識回復過程における体験

高齢患者の手術直後から意識回復までの体験を分析した結果、921のコードから16のサブカテゴリが明らかとなり、そこから【脳内が濃霧状態】【無意識に反応する感情と欲求】【無意識に再現される習慣】【認識と行動の一致】【目覚めの感覚】の5つのカテゴリが導き出された。

文中の太字【 】はカテゴリ、『 』はサブカテゴリを表す。

【脳内が濃霧状態】

このカテゴリは、『霧がかかったような意識状態』『突発的に我に返る瞬間』『夢想体験』『ぼやけた身体感覚』から構成されていた。

これは、術直後から患者がせん妄状態に至っている間の意識不明瞭な状態を表すものであった。

患者は、「頭の中がもやもやして、はっきりと思えない」、「頭がぼーとしていた」、「誰かが自分に話しかけていたような気がするが、何を言っていたのかは覚えていない」など、頭の中が『霧がかかったような意識状態』であったと術直後を振り返っていた。また、患者は、「突然意識が戻ることがあって、気付いたら、夜中に1人だけナースステーションの中で、車椅子に座らされていた。何故何だろうと思ったら、また意識がなくなったの」「何故、今、自分は家にいるはずなのに、知らないところにいるのだろう。急いで帰らなきゃと思って、助けを呼んだ気がする」と、ある時、『突発的に我に返る瞬間』があったことを思い出していた。そばにいた家族は、患者が大声を出したり、「家に帰る」と言ってベッドから降りようとしていたことを語ったが、患者は覚えていなかった。家族から、患者が時間や場所、自分の状況が分からなくなって不穏状態に至った当時の様子を知らされた時、患者は「夢を見ているような感じだった」「夢と現実の区別がつかず、混乱していたような気がする」と自分自身が『夢想体験』の中にあり、実際に暴言や危険な行動をしていたことの現実的な感覚は欠如していたことを認識した。さらに、患者が自分の身体感覚を振り返

表1 術後せん妄を発症した高齢患者の概要

協力者	性別	年齢	主介護者	既往歴	手術後期間	せん妄発症時期	症状持続期間	せん妄症状の状況
A	男性	75	妻	脳梗塞 糖尿病	術後5カ月	術後1日目	4日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」 「ライン・チューブ類の自己抜去」 「幻視・幻覚」「錯乱」
B	男性	72	妻	高血圧	術後8カ月	術後当日(夜間)	3日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」
C	女性	74	夫	高血圧	術後6カ月	術後1日目	4日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」
D	男性	69	妻	高血圧	術後8カ月	術後当日(夜間)	3日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」
E	女性	81	夫	脳梗塞 糖尿病 高血圧	術後6カ月	術後1日目	5日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」 「ライン・チューブ類の自己抜去」 「幻視・幻覚」「錯乱」「妄想」
F	女性	71	娘	高血圧	術後6カ月	術後1日目	4日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」
G	女性	75	娘	糖尿病 関節リウマチ	術後5カ月	術後1日目	4日間	「話のつじつまが合わない」 「見当識障害」 「安静が守れない」 「幻視・幻覚」「錯乱」

る時、術直後は「体の感覚がはっきりしていなかったように思う」「体が全体的に重く、しびれていたような気がする」「血の通った感覚が感じられていなかったように思う」と『ぼやけた身体感覚』であったことを回顧した。

以上のように、『霧がかかったような意識状態』『突発的に我に返る瞬間』『夢想体験』『ぼやけた身体感覚』は、患者が手術直後からまだ意識が朦朧としている状況下での幻想的な体験であった。家族から当時の様子を聞いても自分自身のことであると確信がもてず、頭の中に霧がかかった状態で、はっきりとした手応えが感じられない【脳内が濃霧状態】であったことを示すものであった。

【無意識に反応する感情と欲求】

このカテゴリは、『肯定的な対応による快の感情表出』『否定的な対応による不快な感情表出』『抑えられない欲求』『別人のような感情表現』から構成されていた。

これは、せん妄状態の患者が周囲の対応により、無意識に感情的な反応を示したことを表すものであった。

患者は、せん妄状態にある時、看護師や家族の対応の如何によって、感情表現が左右される状況があった。「お母さん、会いに来たよ。面会時間までそばにいるからね」と、穏やかで親切な対応や本人の要望に応えるような対応には、素直に笑ったり、喜んだりする『肯定的な対応による快の感情表出』と、逆に、患者の気持ちよりも「周りに迷惑をかけるから静かにして」というような対応や患者の要望が叶えられない時に説得により納得させようとする時には、泣き叫んだり、大声で怒り出したり、不機嫌になったりするような『否定的な対応による不快な感情表出』を表すようになった。また、家族が当時の患者を振り返る中で「突然、“家に帰る”とか、“歩いて帰る”とか無理を言って、お医者さんや看護師さんから説明してもらっても納得せずに騒いで本当に大変だった

た」「言い出したら押さえられなくて、周りに迷惑をかけた」と、『抑えられない欲求』を示す患者に対して、家族の苦慮が非常に大きかったことを表していた。患者のせん妄症状を見た時、家族は「元々大人しい人なのに、わめいたり、叫んだり、人が変わったようだった」「無意識に叫んだりする今が正直な感情なんだろうか、いつもは隠していたんだろうか。どちらが本心なんだろうかと不安に思った」「もう元には戻らないんじゃないかと思った」と患者の『別人のような感情表現』に、家族の方も混乱していた。

以上のように、『肯定的な対応による快の感情表出』『否定的な対応による不快な感情表出』『抑えられない欲求』『別人のような感情表現』は、せん妄状態にある患者が【無意識に反応する感情と欲求】によって、そばにいる家族も不安やストレスを感じ、お互いが混乱している状況であった。そして、対応の重要性が問われる時期でもあることを示していた。

【無意識に再現される習慣】

このカテゴリは、『身体が覚えていた動作・手順』『衰えない技能』から構成されていた。

これは、せん妄状態にある中でも、自然に以前行っていたことができるという無意識に体が動く身体記憶を示すものであった。

患者が点滴を自己抜去し、衣服が濡れてしまつて交換をするときに「自分で袖を通そうとしたり、ボタンを掛けようとした。それだけを見た時、以前と何も変わっていないように感じた」「夜、暴れると聞いていたが、食事の時には自分で食べやすいように食器を並び替えたり、茶碗の米粒をきれいにさらえて食べていた。食べ物に粗末にしない母の性格が出ていた」と、家族は患者の回復の兆しを感じ取っていた。患者の『身体が覚えていた動作・手順』は、せん妄状態であっても、ふとした瞬間に現れ、今まで培ってきた経験や習慣はどのような状況でも衰えずに残っていることが示された。

また、家族が「夜暴れるから、昼間寝ないように以前好きだった音楽を聞かせたら“ピアノが弾

きたい」と言った。看護師さんに許可をもらって玩具のピアノを持って来たら、以前と同じように弾いていた。その時はとても穏やかだった」「おかしなことを言っている時に、化学記号を言っていることがあり、昔の仕事からの影響だと思い、化学の問題を言ってみたら、急にしっかりして答えた」など、高度な技能や知識の記憶は、『衰えない技能』として患者に快の刺激を与え、症状の安定をもたらしていた。

以上のように、『身体が覚えていた動作・手順』『衰えない技能』は、せん妄状態にあっても左右されない身体が覚えている【無意識に再現される習慣】の動作記憶であり、症状緩和と回復支援の動機に繋がるものであった。

【認識と行動の一致】

このカテゴリは、『一つの行動に自問自答を繰り返す』『援助行為から呼び起こされた意思』『周囲からの呼びかけにより気付く行動の意味』から構成されていた。

これは、患者が日々行われている生活行動の中で周囲とのやりとりによって、その意味を考えるようになり、徐々に認知機能が回復していく過程を示すものであった。

患者は術後2日目以降になると、持続の点滴や廃液チューブなども抜去され、徐々にベッド上での生活行動が拡大しつつあった。それに伴い、患者は「家族にごはんを食べさせてもらっている時に、何故、自分は食べさせてもらうようになったのかとふと疑問に思ってね。その時に何でだっけ？と考えるようになった」「寝ているとき、足が枕で固定されて思うように寝返りがうてないことから、何故、こんなことをされているのだろうと考えるようになった」「リハビリの先生が、私の足を挙げて運動してくれているのに気づいた時、“私は何故、こんなことをされているのだろう”と思うようになってね。そのうち“なんのためにしているんだろう”って考えるようになったの」等と、患者は日々の生活行動について『一つの行動に自問自答を繰り返す』状態にあった。そして、日々繰り返される食事や排泄などの援助を受けていく

うちに、「自分のペースで食べたい」「おしもの世話を他人にしてもらおうのは、やはり恥ずかしいし、申し訳ない、自分でトイレに行きたい」と思うようになり、「他人からされるより、自分の好きなように行いたい」という『援助行為から呼び起こされた意思』が芽生えるようになった。また、周囲から「今からご飯がくるよ」「あと数時間したら、リハビリがあるよ」などの呼びかけにより、患者は「何のためにするのか」と周囲に問いかけ、「良くなるためだよ」と答えられたことにより、自身が入院し、手術をしたことと、今までの行動の目的や意味が徐々に理解できるようになっていた。

『周囲からの呼びかけにより気付く行動の意味』は、患者が自分の状況を把握する動機に繋がった。

以上のように、『一つの行動に自問自答を繰り返す』『援助行為から呼び起こされた意思』『周囲からの呼びかけにより気付く行動の意味』は、患者が床上安静中、自身に行われている援助行為の意味を考えるようになったことから、「自分で行いたい」という行動の意思が生まれ、さらに周囲とのやりとりによって【認識と行動の一致】が図られ、状況把握に繋がるせん妄状態からの回復兆候を示すものであった。

【目覚めの感覚】

このカテゴリは、『自覚がないせん妄状態』『状況把握からの責務』『全身に血が通い始めた感覚』から構成されていた。

これは、患者が術後数日経過して徐々に自身の状況を把握できるようになったことを示していた。今まで頭の中に霧がかかっていた混沌とした状況から、ようやく霧が晴れたように目が覚め、自分がすべきことを認識するというせん妄状態からの回復であった。

患者は自身の状況を把握していく中で、周囲からせん妄症状があったことを指摘され、ようやく自身に起きていたことを認識できた。しかし、せん妄状態にあったことを「全く覚えていない」「自分が看護師さん達に囲まれて何かを言われていたような気はするが、自分が何かをしたという記憶はない」と、『自覚がないせん妄状態』にあったこ

とを知った。そして、家族から「大変だった」「周囲に迷惑をかけたと思う」と言われ、せん妄状態にあった自覚はないが、「心配をかけた家族のためにもリハビリを頑張って早く良くならなきゃと思った」と思うようになった。患者は、せん妄症状があったことにより、より一層、家族への思いを強め、家族のためにも早く良くなりたいと願う『状況把握からの責務』を感じていた。そして、患者は自分の状況とすべきことが明確になるにつれ、「もやとしたものが無くなって、ようやく全身に血が通った感じがした」「パワーを発揮できる感じがした」と『全身に血が通い始めた感覚』を実感した。

以上のように、『自覚がないせん妄状態』『状況把握からの責務』『全身に血が通い始めた感覚』は、患者がせん妄状態にあったことを知ることにより、自分を支えてくれた家族への思いを強め、自身のなすべきことを自覚し、今後の回復への糧となる【目覚めの感覚】を患者にもたらすものであった。

VI. 考察

1. 術後せん妄を発症した高齢患者の意識回復過程における体験

大腿骨頸部骨折術後の患者がせん妄症状を発症し、自分の状況を自覚できるまでの意識回復過程では、術直後より【脳内が濃霧状態】である患者が術後1日目から【無意識に反応する感情と欲求】が生じるようになり、周囲がどのように対応するかによって、症状の程度が左右されていた。しかし、せん妄状態にあっても長年培われた身体記憶は【無意識に再現される習慣】として術後2日目にかけて日々の生活上に見られ、自分らしさを取り戻す動機に繋がった。また、術後2日目以降では床上安静の中で他者から受ける援助行為から、行為の意味を考えるようになると【認識と行動の一致】が図られ、それが自身の状況理解に繋がり、術後3日目～5日目にかけて【目覚めの感覚】に至った。この患者の体験から術後日数の経過により意識回復に向かうプロセスが明らかとなった(図1)。

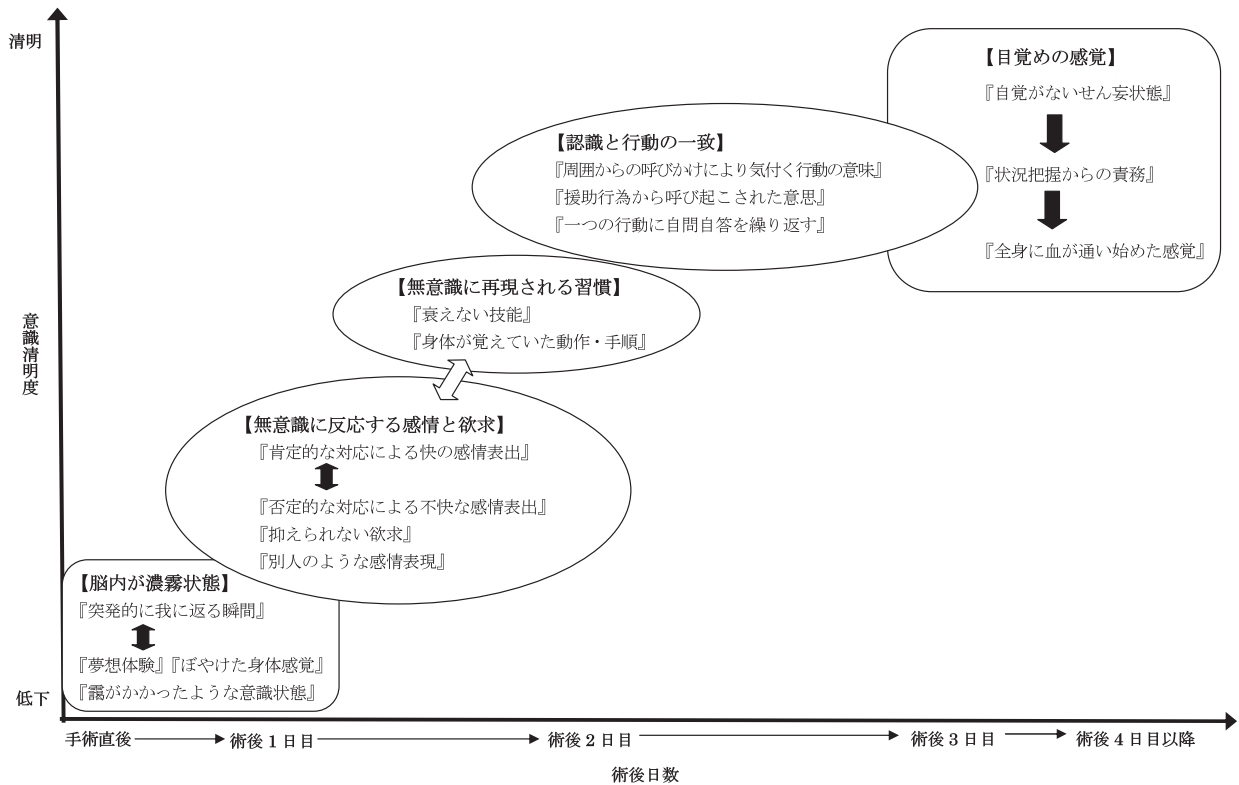


図1 高齢患者が体験する術後せん妄発症から意識回復までのプロセス

術後せん妄は、認知障害が急激に発症¹²⁾し、患者の言動や行動に変化が生じ、周囲にも大きな影響を与える。患者は術直後から意識が朦朧として、せん妄症状が出現していても【脳内が濃霧状態】であることから自覚がなく、患者は意図的に叫んだり、安静を守らなかったわけではないが、初めて見る家族は不安な衝動にかられ、患者の回復に疑念を感じていた。福田ら²⁾は、せん妄状態にある患者の家族の体験から、患者の異変を“ただならぬ様子”であると捉えた家族は、患者の今後の状況を予測することができず、回復への見通しがみえない不安を抱えていると報告している。また、せん妄状態にある患者の『抑えられない欲求』や『別人のような感情表現』は家族にさらなるストレスを生じさせた。

しかし、患者の要望を上手く対応すると、笑ったり喜んだりする反応がみられたことから、患者側にも手術後思うように動けないストレスなどから無意識に「何とかしてほしい」というサインを発していたのではないかと考える。また、患者の要望に対して説得や否定的な対応には、せん妄症

状を悪化させるような不快の感情表出がみられた。稲葉ら¹³⁾は、せん妄症状の興奮や錯乱に対しては、説明や制止は通じず、むしろ症状を助長すると述べている。患者の欲求や感情表現を表面的に捉えるのではなく、患者が何を訴えたいのか、何を求めているのかなど、患者の心の声に耳を傾ける姿勢が大切ではないかと考える。

また、患者の周囲にいる人々の対応によって、患者はせん妄症状が助長されたり、緩和されたりしていた。福田ら¹⁴⁾は、患者がせん妄を発症することで、いつもと異なる患者の状態に不安を抱き、その不安は患者へ反映され、せん妄の悪化へとつながると報告している。【無意識に反応する感情と欲求】の時期には、家族の感情も患者に反映されることを看護者は念頭に置き、家族の精神面も配慮する必要がある。

また、せん妄症状がみられる中でも、ふとした瞬間に、長年培った習慣や特技が現れることがあった。この【無意識に再現される習慣】を早期に発見することができれば、その機会をできるだけ多く提供することで、患者が自分自身の状況を

振り返られる動機になるのではないかと考える。そして、床上安静の中で看護者から受ける援助行為により、患者は羞恥心や自立心が生じるようになった。自分に必要な行為とその意味を考え、理解するようになる【認識と行動の一致】に達し、“何故それをするのか”“何のためにそれをするのか”“自分に何が起きたのか”と自分の置かれた状況を時系列に思い起こすようになった。それが患者の見当識を改善させ、せん妄状態からの回復に繋がったと推測される。患者にとって、せん妄状態は自覚がなく、家族にとっては多大な影響をもたらしたことから、患者は家族にこれ以上、心配をかけたくないと自ら発起して回復への意欲を向上させていた。回復に向けて心身ともに高揚していく中で、頭の中の霧がようやく晴れる【目覚めの感覚】に至ったのだと考えられた。

2. 看護の示唆

高齢者に多い疾患で、術後のせん妄発症率が高い大腿骨頸部骨折術後では、脱臼予防のための肢位の固定や、輸液・廃液チューブなどの挿入、下半身が麻酔により感覚が鈍麻して患者は体動制限をより一層強いられる感覚を持ちやすい。せん妄を発症させる要因が強く生じる中で、患者の【脳内が濃霧状態】であっても、できるだけ身体感覚が「血が通った状態」になり、認知的にも現実に戻れるように「今、どのような状態であるのか」を看護者は患者に積極的に話しかけ、身体に触れて安心感を抱いてもらうような援助が必要である。また、せん妄の発症時、患者の【無意識に反応する感情と欲求】の中には患者が抱えているストレスや不安が隠れている場合もあることから、患者のサインを見逃さないように看護者は注意しなければならない。そして、せん妄症状を目のあたりにした家族が患者の回復に不安を抱き、その不安が患者に反映されないように、家族の精神的変化にも目を向け、お互いの感情の不安定さが症状を助長させないように支援していく必要がある。Marik, E. Paul¹⁵⁾は、入院中にせん妄を発症した高齢患者は、加齢の他に、認知症の有無、家族関係、周囲の人間関係、環境の変化、薬物使

用等の多くの要因があり、その要因を如何にコントロールできるかで、せん妄を予防できることもあれば、反対に悪化させてしまうこともあると指摘している。看護者は、患者の潜在的なリスクを意識しながら、症状に合わせた対応をタイミングよく図ることが必要となる。また、早期にせん妄状態から回復できるようにするためには、予め、患者の趣味・嗜好などの特徴を把握し、日々の話題や声かけ等の援助に活かすことと、床上安静の中でも患者の様子を細やかに観察することで【無意識に再現される習慣】を導き出し、患者ができることを積極的に支援することも重要である。患者の現状と必要な治療や援助を繰り返し説明し、患者の意思を問いかけることにより、患者は自分にとって必要なものは何か、自分は何をすべきかと考えるようになる【認識と行動の一致】が図られ、状況理解に繋がる【目覚めの感覚】に至った。

入院患者のせん妄発症が滞在日数に及ぼす影響を調べた研究^{16,17)}では、入院中にせん妄を発症した患者は、一時的な症状に留まらず、長期に渡って遷延化することがあり、そのため自立が遅れ、入院期間の長期化に繋がるリスクがあると述べている。看護者は、高齢患者のせん妄をできるだけ悪化させないように、術前から患者の強みや特徴を把握し、どのような支援が安心感に繋がるのか等の手がかりを見い出しておくことが必要である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究によって、大腿骨頸部骨折の手術後、せん妄を発症した高齢患者と家族から意識回復過程における体験が明らかとなり、看護の示唆を得ることができた。しかし、退院後の面接であったため、症状出現時の状況が家族のみの確認となり、その時対応した医療者の確認ができなかった。また、せん妄症状の発症要因が回復に及ぼす影響についても不明確であった。今後は、調査の時期や研究協力者の選定、せん妄症状の発症要因と回復過程との関係性などの検討が課題である。

VIII. 結論

術後せん妄を発症した高齢患者7名とせん妄症状に遭遇した家族に対し、せん妄状態からの意識回復体験について面接調査を行った。その結果、せん妄状態からの意識回復過程には、【脳内が濃霧状態】【無意識に反応する感情と欲求】【無意識に再現される習慣】【認識と行動の一致】【目覚めの感覚】が明らかとなった。術後せん妄を発症した患者は意識が朦朧とし、自分の状況を自覚できずにいた。患者のせん妄症状は、理性によって抑えられない感情や欲求が表出され、それを見た家族も不安を抱くようになった。家族が抱く不安な感情や周囲の対応如何によりせん妄症状は左右されるため、この時期の患者と家族への対応の重要性が示唆された。また、せん妄症状があっても、長年培った習慣や知識、経験は身体記憶として残存しているため、その特徴を活かし、患者が今できることを増やしていくことが大切である。それにより、患者は今の状態でできることと、できないことを考えるようになり、状況の理解に繋がったことが考えられるため、術前から患者の特徴を把握し、術後の支援に早期から取り入れることの必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただいた患者様ならびにご家族の皆様、整形外科クリニックの皆様にご感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働統計協会 (2015) : 厚生 の 指 標 増 刊, 国 民 衛 生 の 動 向, 62(9), 90.
- 2) 福田和美, 中尾久子 (2015) : 術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験, *The Journal of Nursing Investigation*, 13(1), 20-28.
- 3) 赤澤千春, 稲本俊 (2005) : 術後せん妄の発症状況とその誘因, *ICUとCCU*, 29(6), 425-432.
- 4) 中村陽子 (2015) : 重病下での認知症高齢者のせん妄に関する病院看護師の意識, *福井大学医学部研究雑誌*, 15(1), 19-37.
- 5) 今村仁美, 松本美枝子, 光本薫他 (2009), 整形外科病棟の高齢患者における術後せん妄発症要因の検討, *神戸大学院保健紀要*, 25, 17-27.
- 6) 綿貫早美, 狩野太郎, 亀山絹代他 (2002) : 高齢手術患者の術後せん妄発症率と発症状況の分析に関する研究, *群馬保健学紀要*, 23, 109-116.
- 7) 山口留美, 小岡亜希子, 陶山啓子 (2008) : 術後せん妄の誘発因子に対する高齢患者の反応, *老年看護学*, 13(1), 13-22.
- 8) 太田喜久子 (2002) : せん妄に対するケアの必要性. 上垣淳, 太田喜久子, 堀川直史監修, *せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!*, 17-19, 照林社, 東京.
- 9) 長谷川真澄 (1999) : 急性期の内科治療を受ける高齢患者のせん妄の発症過程と発症因子の分析, *老年看護学*, 4(1), 36-46.
- 10) Tate, A. Judith, Sereika Susan, Divirgilio Dana et al (2013) : Symptom communication during critical illness, *Journal of Gerontological Nursing*, 39(8), 29-38.
- 11) 藤野涼子, 吉村みゆき他 (2004) : 高齢者の大腿骨骨折術後におけるせん妄発症状況と発症要因の検討, 第35回日本看護学会論文集, *老年看護*, 44-46.
- 12) 堀川直史 (2004) : せん妄が疑われる患者に対し, 診察と治療はどう進むか, 一瀬邦弘編, *せん妄すぐに見つけて! すぐに対応!*, 13-16, 照林社, 東京.
- 13) 稲葉央子, 石丸雄二, 田村義之ら (2006) : 高齢者せん妄における環境調整と事故防止, *老年精神医学雑誌*, 17(6), 644-652.
- 14) 福田和美, 上村美智留 (2008) : 高齢期呼吸器疾患患者のせん妄発症要因および回復時のトリガー要因と看護ケアの実態, *福岡県立大学看護学研究紀要*, 6(1), 26-34.
- 15) Marik, E. Paul (2006) : Management of the critically ill geriatric patient, *Critical Care Medicine*, 34(9), 176-181.
- 16) Balas, C. Michel, Happ, B. Beth, Yang, Wel et al (2009) : Outcomes associated with delirium in older patients in surgical ICUs, *Chest*, 135(1), 18-25.
- 17) Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J et al (2001) : The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay, *Intensive Care Med*, 27 (12), 892-900.

四日市看護医療大学紀要投稿規程

(趣 旨)

第1条 この規程は、四日市看護医療大学紀要の発行及び投稿に関し、必要な事項を定める。

(目 的)

第2条 四日市看護医療大学（以下「本学」という）における学術研究の促進を図るため、四日市看護医療大学紀要（英文名称：Journal of Yokkaichi Nursing and Medical Care University）（以下「紀要」という）を発行する。

(編 集)

第3条 紀要の編集は、四日市看護医療大学紀要委員会（以下「委員会」）が行う。

(投稿資格)

第4条 紀要に投稿できる者は、本学教員及び助手、大学院生、研究生並びにその共同執筆者とする。筆頭執筆者は本学教員及び助手、大学院生、研究生とする。ただし、委員会において特に認めた場合は、この限りでない。

(投稿論文等)

第5条 投稿の対象となる論文の種類は、次の各号に掲げるものとし、未発表のものとする。

- (1) 総説・論説：最近の国内外の研究・報告の知見等を総論的に記述したもの、もしくはそれに基づいて執筆者のオリジナルな見解を展開したもの
- (2) 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
- (3) 研究報告：内容的に原著に及ばないが、学術上価値のある新しい研究成果で、発表の価値が認められるもの
- (4) 資料：調査研究などで得られたデータを試論として報告したもの（活動報告等を含む）
- (5) 短報：学会において、口演発表を行った要旨

(倫理的配慮の明記)

第5条の2 人および動物が対象の研究で倫理的配慮が必要なものは、その旨本文中に明記されていなければならない。

(原稿の締切等)

第6条 紀要は、原則として年1回3月発行とし、投稿申し込みの締切は5月末、原稿の締切は9月末とする。

(論文の構成)

第7条 論文の構成は、原則として、①緒言（はじめに）、②方法、③結果、④考察、⑤結論（おわりに）、⑥文献とする。タイトルには、英文を併記する。論文には要約をつけ、原著論文には英文要約（abstract）もつける。キーワードは、日本語及び英語で3～5語とする。

(原稿枚数等)

第8条 第5条(1)～(4)の本文の枚数は、原則として、図表を含めてA4版用紙（20字×40行、2段組み、1,600字）10枚以内（16,000字以内）、英文の場合には、10,000語以内とする。和文要約は400字程度、英文要約は250語前後とする。第5条(5)の本文の枚数は、1枚以内とする。

(原稿の提出)

第9条 原稿は、要約と図表を含めた正本1部及び副本（査読用コピー）2部、表紙（様式2）並びに原稿を入れた電子媒体を庶務課に提出するものとする。提出原稿は完成原稿とし、著者校正は1回とす

る。校正段階における内容の修正は、認めない。

(審査等)

第10条 掲載論文の採否を決定するための審査は、査読者の意見を参考にして委員会が行う。査読者は、委員会がその都度依頼する。審査の結果、提出原稿の修正を求められたときには、執筆者は、委員会の指示に従って検討のうえ、速やかに修正原稿を提出し、委員会の審査を受けるものとする。

(経費負担)

第11条 トレース、カラー印刷等の特殊な印刷に要する経費は、執筆者負担とする。掲載論文等1編につき、別刷50部は無料とし、50部を超える別刷については、執筆者負担とする。

(掲載論文著作権の行使の委託)

第12条 執筆者は、掲載論文の著作権のうち複製権、公衆送信権及び翻訳権の行使を本学へ委託するものとする。ただし、執筆者による同権利の行使を妨げない。なお、掲載論文は電子ファイル化し、本学ホームページ上にて公開するものとする。

2 前項に定める翻訳権の行使の範囲は、著者抄録に限定するものとする。

(補 則)

第13条 本誌に掲載された論文の内容については、当該著作者が責任を負うものとする。

2 この規程に定めるもののほか、紀要の編集及び投稿に関し必要な事項は、委員会で定める。

附 則

この規程は、平成19年6月20日から施行する。

附 則

この規程は、平成20年7月16日から施行する。

附 則

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この規定は 平成27年4月1日から施行する。

四日市看護医療大学紀要投稿要領

1. 原稿は、原則としてワードプロセッサによる印字とし、英文要約（原著論文のみ）、和文要約はそれぞれ別の用紙に印刷する。
2. 本文の書式は、A4判用紙に横書き 20 字×40 行で 2 段組（1,600 字）とし、適切な行間をあげ、必ず用紙の中央下にページ数を記す。図表は白黒単色で印刷する。カラー・グレー印刷を希望する場合は、執筆者負担とする。
3. 原稿は日本語又は英語による記述とする。和文原稿の外国語はカタカナで、外国人名、日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原綴で書く。
4. 略語は、初出時に正式用語で書く。
5. 図表及び写真は原則として、A4判用紙 1 枚に 1 点とし、図 1、表 1、写真 1 等の番号を付ける。本文とは別に通しページを付け、用紙の中央下に記す。挿入希望の位置を本文右欄外に朱書する。図表の表題は、図ではその下部、表ではその上部に明示する。
6. 文献記載の様式
 - (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に 1), 2) のように番号で示し、本文の最後に、引用した番号順に整理して記載する。
 - (2) 著者名が 4 名を超える場合は、3 名まで記載し、○○他とする。

〔記載方法〕

雑誌掲載論文

著者名（発行年次）：論文名、雑誌名、巻（号）、頁. の順に記載する。

-例-

- 1) 丸山律子, 田中有紀, 秋本菜穂, 他(2009):リアリティショックに陥りやすい新人看護師の傾向とパーソナリティの関連, 産業精神看護, 16(3), 156-165.
- 2) Brooker, D. & Baheti, A. J. (2004). Treatment for person-centered care. Journal of Gerontology, 13(3), 215-222.

単行本

著者名（発行年次）：書名（版数）、引用箇所の始めのページ-終りのページ、発行所、発行地. の順に記載する。

-例-

- 3) 木下康仁 (1993) : 老年ケアの人間学 (第 1 版), 113-143, 医学書院, 東京.
- 4) Spradley, J. P. (1979). The ethnographic interview. USA: Wardsworth Group.

単行本の一部（例えば書籍中のある章）

著者名（発行年次）：章のタイトル、編集者名、書名（版数）、引用箇所の始めのページ-終りのページ、発行所、発行地. の順に記載する。

- 5) 長田久雄 (2007) : 第 1 章 高齢者の感覚と知覚, 井上勝也, 木村 周編著, 新版老年心理学 (第 13 版), 1-13, 朝倉書店, 東京.

翻訳書

原著者名（原書の発行年次）／訳者名（翻訳書の発行年次）：翻訳書の書名（版数）、頁、発行所、発行地. の順に記載する。

-例-

- 6) Denise, F. P., & Bernadette, P. H. (1987) / 近藤潤子監訳 (1994) : 看護研究 原理と方法 (第1版), 174-190, 医学書院, 東京.

電子文献

著者名: タイトル, アドレス, 閲覧した年月日. の順に記載する.

-例-

三重県: 三重県勢要覧 (平成 18 年刊) 人口・世帯の基本属性,

<http://www.pref.mie.jp/dataBOX/yoran/yoran05/yoran010.html>, 2007.5.21

7. 原著論文には英文要約 (Abstract) 及びその和文要約を付ける. 総説・論説, 研究報告, 資料の場合には和文要約を付ける. ただし, 英文原稿の場合, 英文要約のみを付ける.
8. 英文表題では, 前置詞, 冠詞, 接続詞以外の単語及び文頭の最初を大文字とする.
英文要約は, ダブルスペースで印字する.
9. 原稿には表紙 (様式 2) を付ける.
10. 論文が受理された後, 共同執筆者は, 掲載同意書 (様式 3) を提出する.

附 則

この要領は, 平成 19 年 6 月 20 日から施行する.

附 則

この要領は, 平成 20 年 7 月 16 日から施行する.

附 則

この要領は, 平成 22 年 4 月 1 日から施行する.

附 則

この要領は, 平成 23 年 4 月 1 日から施行する.

編集後記

本年度を振り返れば、年間を通して大組織によるコンプライアンスの欠如、国際的なテロの頻発と、それに関連したわが国の基本方針に関わる活発な議論と決定がなされた年ではなかったかと考えます。

さて、平成 27 年度四日市看護医療大学紀要第 9 巻第 1 号をここに上梓いたします。今号に掲載された論文はいずれも、執筆者が複数の査読委員からの貴重なコメントを踏まえ、修正と推敲を重ねてきたものです。ご多忙中、ご投稿いただいた執筆者の皆様、また、査読を快諾していただき、的確な指摘ご助言を賜りました査読委員の皆様方にお礼申し上げます。論文の質の向上のためには、執筆者、査読委員、紀要委員会三者の相互協力と緊張関係とが大切であり、そのための不断の努力が欠かせません。今後とも引き続き皆様のご指導ご協力をいただきますよう、お願い申し上げます。

(東川 薫)

紀要委員会

落 合 富美江 (委員長)
 伊 藤 薫 (五十音順)
 栗 原 喜代子
 東 川 薫
 藤 田 佳 子
 榎 本 美 絵 (編集事務担当)

査読委員 (五十音順)

伊 藤 薫	稲 佐 郁 恵	小笠原 ゆかり
落 合 富美江	草 川 好 子	久 米 龍 子
後 藤 由 紀	杉 崎 一 美	Daniel. T. Kirk
豊 島 泰 子	萩 典 子	畑 中 純 子
東 川 薫	福 原 隆 子	丸 山 康 人
宮 崎 徳 子	山 本 美佐子	

四日市看護医療大学紀要 第9巻, 第1号

2016年3月18日発行

編 集 四日市看護医療大学
 発 行

〒512-8045 四日市市萱生町 1200 電話 (059) 340-0700

印刷所 富士印刷株式会社

〒510-0056 四日市市南起町 4 番 1 号 電話 (059) 352-8181