

会長講演

第13回看護実践学会学術集会

思いを紡ぎ、『今』と向き合う

野村 仁美

JCHO金沢病院 看護部長

日時 令和元年9月8日(日) 場所 金沢医科大学病院 北辰講堂

はじめに

皆さま、おはようございます。本日は、第13回看護実践学会学術集会にご参加いただき、誠にありがとうございます。心より感謝申し上げます。また、この会場を提供してくださいました金沢医科大学病院さまにも、大変なご苦勞をおかけしましたが、無事開催できましたことを心より感謝申し上げます。そして、このような集会長という大任を任せていただきました稲垣理事長、そして理事の皆さまに深く感謝申し上げます。運営委員一同、この1年間思いを込めて企画を練ってまいりました。今日はようやくそれが形になる日です。皆さまにとって実り多き1日になればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本学会のテーマ

本学会のメインテーマは、「思いを叶える看護のチ・カ・ラ」です。私たち運営委員が頭を突き合わせ、思いを叶える上でキーワードとなるチ・カ・ラに「知性(ちせい)」「感性(かんせい)」「信頼(しんらい)」の一字一文字を託しました。思いを叶える対象はもちろん患者さんであり、家族であり、そして患者さんの思いを叶えたいという私たち自身でもあります。専門職として患者さんのどう生きるかに向き合っていきたいと考えています。

そして私が今回会長講演のテーマとさせていただいたのは「思いを紡ぎ、『今』と向き合う」です。この中で最も伝えたいことは「今」と「紡ぐ」です。私は「今しかないを見逃さない」ことが、看

護のプロにとって重要であると考えていて、どうしてもこだわった言葉です。当院の看護部では、毎年新人看護職員を対象にナラティブ発表会を行っています。その時に、「看取り時に感じた寂しさを通して、普段の何気ない患者さんとの関りは、かけがえのないもので、当たり前のことではないと感じた」と話す新人看護職員がいました。「かけがえのない」というのは、本当にその通りだと思います。そういう真っすぐな思いは、これからも持ち続けてほしいし、このまま育ってほしいとつくづく思いました。

そして「紡ぐ」です。だからといって、今私たちがやりたいこと、やったほうがいいと思うことをやるのは独りよがりです。紡ぐという言葉は、辞典等を調べると、綿や繭から繊維を引き出し、撚り合わせて糸にすることとなっています。患者さん、家族、そして看護師、多職種が糸のように思いを撚り合わせ、強い一本の糸になれたらいいなと常々考えています。

ちなみに当院の糖尿病患者会は「紡ぎの会」と言います。これは管理栄養士の提案によるもので、その意味をしっかりと吟味し、その意味を理解したときに、これしかないと思いました。今も紡ぎの会は、精力的に活動してくれています。

看護師とは

そして、ここで皆さまに問いかけたいのは、「看護師とは」ということです。保助看法の5条で「傷病者もしくはよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」と謳われて

います。昨今は、特定行為をメインに診療の補助にスポットライトが当たりがちですが、私は療養上の世話に看護の醍醐味を感じています。看護師は、自身の判断で療養上の世話を実施できる療養支援の専門家なのです。

先日、新潟県で「第23回日本看護管理学会学術集会」がありました。そのインフォメーションエクステンジ46「ケア時代の管理とは」で発表されていた内容を引用させていただきます。サブテーマは「人間性と効率性の対立を乗り越えるための方法論の探求」です。人間性と効率性の対立というところにすごく興味がわき、参加させていただきました。そこで「看護することとは」について「人が元来持っているセルフケアの力が発揮できるよう気遣い、そして世話をする」と定義されていました。その中に、看護モデルとして昆布が用いられていました。ワカメではなくて昆布です。昆布は根っこが岩にがっつきと付いています。その部分が看護の意識であり、意識の中には専門的意識・当事者意識・ケア意識、そして愛着が含まれます。昆布自体は看護の行為であり、流れに応じた柔軟で創造的・自律的・自発的の行為といったものが含まれます。ぶれない看護の意識、柔軟性のある看護の行為、このモデルにはすごく共感できましたし、心を動かされました。

私は、先ほどのご紹介にもありましたが、修士で看護管理学分野を学び、清潔援助をメインに研究に取り組みました。そのきっかけは、看護師が安易に清潔援助を介護職種に委譲しているのではないか、ケアがルーチン化され個別に合っていないのではないかという声を耳にしたことにあります。そんな中、私がインタビューした方のうち、お一人は慢性期病院の方で、「急性期の患者さんの場合、『良くなったら、お風呂に入ろうね』と言いますが、回復が見込めない患者さんの場合、今を逃したら一生お風呂に入れないんです。」という思いのもと、リスクを抱えながらも卓越した技術のもとで患者さんの楽しみを支えておいでました。また、お風呂好きの患者さんの死期を見極め、「〇〇さん、今日でお風呂最後かもしれん」と援助者間で共有し、疲労などに考慮しつつ、日々の入浴介助とは異なる癒しの時間を作り上げている看護師さんに出会いました。患者さんに対して、この人のこのケアだけは譲れないという患者さんへの思い入れであったり、援助方法への思い入れといったものが感じられ、とても感銘を受けました。

忘れられない清潔援助の事例

そこで私も、清潔援助にまつわる忘れられない事例をお伝えしたいと思います。若かりし頃なので、昭和の終わりか平成の初めくらいの古き良き時代の話です。Aさん、70代の男性、神経難病で気管切開が施され人工呼吸器を装着された方でした。奥様が毎日面会に来られ、一心同体のようなご夫婦でした。Aさんと看護師の間を取り持ってくれるのが奥様で、Aさんの気持ちを推し量って対応してくださる感じでした。若くて経験不足だった私は、反対にお二人に力をいただいていたのではないかと思います。でも、それに対して自分は何を返しているのだろうか。曜日ごとに割り振られたルーチンワークの清潔ケア、Aさんの目に映るのは変わらない風景の繰り返しであることが気になっていました。自分に何かできることはないかと考えていたある日のこと、「Aさん、お風呂に入れたらいいね。」の一言が口をついて出ました。奥様も「入れたらうれしいね。ね、お父さん。」という話になり、シンキングタイムが始まりました。「家に子供用のプールあるし、持ってきてよいか。」という奥様、「そうですね。」と答える私。あり得ない話ですよ。長期にわたって臥床状態の神経難病の方です。子供用プールで対応できるわけがありません。そこで、Aさんを囲んで、奥様と一緒に作戦の練り直しです。もちろんこれらのことについては上司の許可を得て、「Aさんにご満足いただけたらいいね。」という話の中で進めました。そしてAさんを置いてきぼりにすることなく、ベッドサイドで奥様と一緒に色々な方法について考えました。一番避けなければならないことはAさんに不利益が生じることです。ああでもない、こうでもないと共有した時間は、かけがえのないものでした。

Aさんはずっと清拭だったので、お湯の感触を味わってほしい、そしてこのケアが奥様にとって心に残るものであってほしいと思ったときに、ベッドサイドで行える床上でのシャワー浴がベストではないかと考えました。床上となると、気管切開をされているので、お湯がその部分に流れないようにガードの仕方、ギャッジアップの程度、そして寝具としてどれだけのものが必要になるかといった打ち合わせ。また、お湯を一番吸うのはマットレスパッドなので、それを収めるには特大のバケツが必要になる、それがお湯を吸うとどれくらいの重さになるのか、それを引き抜いた時のバケツの位置等についてシミュレーションを行いました。

た。その結果、Aさんは何ら不利益を生じることなく清潔援助を終えることができました。奥様も喜ばれ、ケア中は病室に笑い声が響き、とても印象的な場面として私の心に残っています。

それができたのは、古き良き時代だったからでしょうか？いえ、時は流れても先ほどの昆布モデルではありませんが、看護の意識は変わらないと思います。つい最近の話ですが、看護管理セミナーの案内で、「社会構造の大きな変化に伴い、医療安全重視、診療報酬偏重のために、様々な記録等に時間を取られ、看護師がベッドサイドに行く時間が減っている。看護師自身のモチベーションも低下し、看護の危機を迎えている」という見出しを目にしました。大きなお世話だと思う反面、自分の中に否めない部分もありました。時に、患者さんも看護師自身もがんじがらめになっているのではないかと感じることもあります。自由に、やりたい看護、それはもちろん患者さん本位の話ですが、それをできるようにするのが管理者の使命だと思っています。

まとめ

看護は「びん詰め」であれ。若い頃、そう上司に教えられました。びんは中身が見えます。看護をしたことが看護になっていたかどうか、看護の中身が見えるようにしなさいと言われたことを今でも忘れません。例えば、何年か前の話ですが、「寄り添う」という言葉が流行し、ケーススタディや事例研究等によく使われた時がありました。だけどプロセスレコードを見ると、これは物理的に患者さんの横にいただけ？と思う内容のものもありました。言葉が独り歩きするのではなく、患者さんに寄り添うということはどういうことなのかを突き詰めて考えてほしいと本人に返した記憶があります。

本学術集会ではテーマである「思いを叶える看護のチ・カ・ラ」、「知性（ちせい）」「感性（かんせい）」「信頼（しんらい）」を踏まえ、求められる看護の姿について意見交換していきたいと思います。皆さま、どうぞよろしくお願いいたします。

特 別 講 演

第13回看護実践学会学術集会

患者の幸福を実現する三つの力 ～立ち止まり物語る臨床倫理のススメ～

金城 隆展

琉球大学医学部附属病院 臨床倫理士

日時 令和元年9月8日(日) 場所 金沢医科大学病院

はじめに

野村先生の思いを受け取りました。これを皆さんの力にするように、今日は頑張りたいと思いますので、どうぞ、よろしくお願いします。

まず、皆さんにお話ししておきたいことがあります。私は実は、医療介護職者ではなく、一介の哲学者、倫理学者にすぎないのです。これは何を意味しているかといいますと、私は実践者ではなく、理論家ということになるわけです。この理論家である私の話に皆さんが耳を傾けてくださるということは、本当になかなかないこと、有り難いこと、感謝すべきことだと思っています。なので、私にできることは、真摯に、誠実に、まじめに一生懸命、皆さんにお話しさせていただくだけだと思っていますので、今日は、どうぞ、よろしくお願いします。

まず、自己紹介です。名前を見ていただくと分かる通り、沖縄出身で、その中でも、哲学の中の生命倫理、臨床倫理を専門としています。今日は、特に、ナラティヴエシックス、日本語に直しますと物語の倫理ですが、物語を専門性に導入したらどういうことが言えるのかということを研究しています。今日は、このナラティヴエシックスを皆さんにご紹介したいと思っています。

現在は、琉球大学医学部附属病院におきまして、医療倫理の教育と、ちょっと耳慣れないですが、倫理コンサルテーション、これは臨床の現場で倫理的な問題が生じたときに、倫理的な助言を提供したり、相談を受けたりする仕事をさせていただいています。

倫理の定義

では早速、皆さんと一緒に倫理について考えていきたいと思います。皆さん、倫理という言葉聞いて、どういう印象を持たれるのでしょうか。「難しそうだな」「よく分からないな」「とっつきにくいな」「正直苦手だな」と思う方が結構多いのではないのでしょうか。さらに、倫理的になるとは、どういうことを意味し、そして、倫理的な人になるということは、どういう人になるということの意味するのでしょうか。もしかすると、倫理的な人になるということは、ナイチンゲールやガンジーの様な人たちのようになるということなのかもしれないですね。あるいは、倫理的な人になるということは、もしかすると、ゴレンジャーの様な正義の味方になるということかもしれないですね。私の故郷である沖縄で戦隊もの、正義の味方ものといえば、やはり、ご当地戦隊の先駆けである、マブヤーが有名です。皆さん、戦隊もの・正義の味方ものには「正義の味方と悪の組織」という非常に分かりやすい対立構造がありますよね。こういうのを哲学では、二項対立と言います。物事を黒か白か、男か女か、正義か悪かみたいな感じで、簡単に二つに分けて、分かりやすく理解する方法です。実は数年前にインターネットで、この「正義の味方と悪の組織の違いとは」という非常に面白い対比の表が出回りました。これがとても面白いので皆さんに紹介したいと思います。

まず正義の味方は、自分自身の具体的な目標がない。悪の組織は、大きな夢、野望を抱いている。正義の味方は、相手の夢を阻止するのが生きがい。

悪の組織は、目標達成のため、研究・開発を怠らない。正義の味方は、常に何かが起こってから行動。悪の組織は、日々努力を重ね、夢に向かって手を尽くしている。正義の味方は、受け身の姿勢。悪の組織は、失敗してもへこたれない。正義の味方は、単独・少人数で行動。悪の組織は、組織で行動。正義の味方は、いつも怒っている。悪の組織は、よく笑うんですね。こうやって見ると、どちらがいいのか、よく分からなくなってしまいますね。要は、物事というのは、どういう視点から、どういう言葉を使って描写するかによって、その見方が変わってくる一つの例だと思うのですが、皆さん、もうお気づきになりましたよね。実は私たち医療介護職者は、悪の組織の側だったということになるわけです。私たちは、まず、組織で行動します。世界征服という野望を抱いてはいませんが、患者さんの幸福という大きな夢を抱いて頑張っている。私たちは、目標達成のために、決して、研究を怠りませんよね。そして、日々努力を重ね、夢に向かって手を尽くしている。だからこそ、今日は皆さん、この場にいらっしゃるのだと思います。そして、私たちは決して失敗してもへこたれませんよね。

そういう意味で、私が皆さんにお願いしたいのは、よき悪の組織になっていただきたいと思うわけです。皆さん、ここで善と悪が一緒になっています。これは二項対立の考え方という、絶対あり得ないのです。でも、ここが大事なのです。私たちは、この善と悪のちょうど真ん中で揺らぎながら、悩みながら考えていく。これが臨床倫理なのだということを、今日は皆さんにお伝えしたいと思います。

倫理と選択

ということで、また倫理の話に戻りますが、倫理を考えるとときにいろいろな切り口があると思うのですが、今日は、こういう切り口でいきたいと思います。英語で失礼します。Ethics is all about ○○. 倫理とは、詰まるところ、○○である。ここに倫理を一言で表す言葉を入れていただきたい。いろいろな言葉が入ると思うのですが、今日は、この言葉について皆さんと考えていきたいと思っています。

Ethics is all about choices. 倫理とは、詰まるところ選択である。倫理というのは、皆さんが何かを選ぶことに関することなのだ。私たちは、選んでいるという意識があって初めて倫理的になる

ことができる。選んでいるという意識がなければ、私たちは倫理的にすらなれないのだということを今日は、皆さんにお伝えしたいと思っています。

ということで、この選択について考えていきたいと思います。

私が小さかったころ、アイドルグループという人多くて2人のピンクレディー、あるいは3人のキャンディーズでした。ところが現代では、こんなに増えてしまいました。みなさんご承知の通りAKB48は48人いるわけですが、人数が増えると何が起きるか。選択肢が増えるのです。AKB48というのは総選挙がありますが、全員に投票することはできない。誰かを選ばなければいけない訳です。誰かを選ばなければいけないということになると、そこに生じるのが迷いということになりますが、この迷いに関して、非常に面白いコマーシャルをホンダが作っていますので、これを皆さんに見ていただきたいと思います。

ビデオ

買い物の楽しさとは何だろう？

迷うこと

あ！特別なフィットが4台も！

力入っているなあ

まよっちゃいますね

(ホンダ フィット10周年特別仕様車

2011年10月)

このコマーシャルの非常に面白いところは、通常、迷うことは少々ネガティブな感じに捉われがちですが、このコマーシャルでは、買い物の楽しみは何かと問うた上で、躊躇することなく、それは迷うことだと、迷うことはいいことなの言いきっている点、これが非常に面白いところです。何で、そのように言えるのかと言うと、これには説明がありまして、これは多すぎても少なくとも駄目なのですが、適度な選択肢がある方が、私たちの購買欲が上がるということが心理学的に明らかになっているわけです。選択肢があるということで、何かを買いたいという思いが出てくる。それはひいては、選べるということで、物事に能動的に向き合いたい、あるいは、生きたいという力

を与えてくれるもの、それが選択肢なのではないかと私は考えています。

そして、この選択肢がある、選べるという自由が私たちにとって本当に大事なことなのだという事を学べる動画として、懐かしいですが、島田紳助さんのあるエピソードを皆さんに見ていただきます。皆さん、これは必見です。皆さんのお孫さんやお子さんが、「何で勉強しなきゃいけないんだ」と言われたときには、ぜひこのように答えていただきたいと思います。

ビデオ

うちの真ん中のチビがね、よう勉強ばっかりする子だったんですよ。

俺勉強せえへんから、子供の時からおかんに勉強せえと言われて「勉強して何になんねん！」ってずっと俺500回くらい言うてきていたんですよ。

真ん中の子は勉強ばかりしている。高2の夏に「おまえ何しとんや、勉強ばかりしやがって。勉強ばかりして何になるんねん？」と子供の頃からの疑問を俺がぶつけた。

ほんだら娘が「え・・・何になるって。えー何やろう。あ！おとう、人生の選択肢が増えんねん」

おれそんな時、マジで涙出て。何で気付かへんかったんやろう...

中高校生観てるか、勉強せえよ 選択肢や！

(2010年4月12日 日本テレビ)

人生が変わる1分間の深イイ話

名曲にまつわる2時間SP)

オチで終わるところが紳助さんらしいですが、でも、彼が言っていることは、とても大事なことで私は思うのです。なぜなら、選ぶこと、選べる自由にこそ、その人らしさ、私たちらしさ、私たちの尊厳が表れるからなのです。

例えば先ほどの紳助さんの例を挙げるならば、京大の法学部を出て、そしていろいろな仕事に就くことができる。でも、その中でマッサージを選んだというその選択にこそ、その人らしさが表れるということになるわけです。これを私たちの人

生、あるいは医療に当てはめるならばどういうことが言えるかなのですが、私たちは年を取ると、あるいは病気になると、どうしても選択肢が減っていく、できることが減っていくわけです。選択肢が減るということはどういうことを意味しているかということ、それは自分らしさを表現する機会をどんどん失っていつている、私たちの尊厳が減っていく経験、それが実は年を取ること、あるいは病気になることだと私は考えています。

では、私たち医療、介護は何を目指すべきか。もちろん、治療やリハビリを介してできなくなっていたことを再びできるようにしてあげるということ、これはとても素晴らしいことです。もちろん、そのために皆さん頑張っていただきたい。でも、やはり年を取ったり、病気になっていくと、生物医学的な、物理的な選択の枠というのが狭まっていかざるを得ないところがあるわけです。であるならば、私たちは何をすべきか。私たちは、その狭まっていく選択の枠の中で、その人が自分らしさを表現できるような、選択肢がないだろうかということのを頭を絞って考える。あるいは、その選択できる環境を整えていつてあげる。そういうことが患者さんの尊厳を守る医療ではないかと私は考えているわけです。そしてひいては、患者さんが亡くなるその瞬間まで、生きることを選ぶ、選べるような支援を提供する医療、看護、ケアをぜひ皆さんにしていいただきたいと心の底から願っています。

そして、この選べる自由、選択の自由というのは、私たちの憲法でしっかりと保障されているわけです。「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する」と、はっきりと明記されているのです。しかしながら、この選べる自由というのが、私たちにとってあまりにも当たり前すぎて、なかなか、その有り難みを実感できないのが、私たちの現状ではないかと思うわけです。

ヴィクトール・フランクルという、アウシュヴィッツ収容所の経験を赤裸々に綴った、『夜と霧』という非常に有名な本を書いた精神科医の先生がいらっしゃいます。彼がこの本の中で、私たち人間一人一人が持つ究極の選択の自由があると言っています。それに関する短い動画を皆さんに見ていただきます。

動画

誰にも奪えない人間の“最後の自由”

フランクはいかに絶望的な状況の中にあっても人間性を喪わなかった人がいたことを指摘しています。強制収容所を経験した人は誰でも、バラックの中をこちらでは優しい言葉、あちらでは最後のパンの一片を与えて通って行く人間の姿を知っている。とても人間とは思えないような仕打ちをする人がいる一方で、どんな状況の中でも他人に手を差し伸べるやさしさを喪わない人がいました。フランクは確信しました。与えられた事態に対してどういう態度を取るかは、誰にも奪えない人間の最後の自由である。

(100分de名著

ヴィクトール・フランク 夜と霧)

このフランクの「人間の最後の自由」という考え方は、私たちの生活の隅々まで応用することができます。例えば皆さん、今、この場に座っていらっしゃいますよね。かなり自由を拘束されている状況です。でも、こういう状況の中にあっても、この私の講義に対して、どういう姿勢で向き合うか。これは誰も皆さんから奪い取ることでできない究極の選択の自由なのですよということを、フランクは言っているわけです。

この考え方を医療に、私たちの人生に当てはめるなら、どういうことが言えるかということです。私たちは、科学や医学の発展によって長く生きることができるようになりました。その長い人生のどこかで大なり小なり、さまざまな病気を引き受けなければならない宿命を背負うようになったのだと思います。そういう意味で、私たちは病気にならないことを選ぶことはできない、誰でも病気になるという時代になったのです。選ぶことができないと、そこに倫理は生じないのです。倫理というのは、選択肢があってはじめて、どちらを選ぶべきかという問いを立てることからできます。では、ここに倫理が生じないのであれば、どこに倫理が生じるかです。病気にならないことを選ぶことはできない。しかし、その病気にどう向き合うかを私たちは選ぶことができます。ここに倫理が生じることになるわけです。

琉球大学病院の小児科に百名先生という先生がいらっしゃいます。彼は、かつて、「病気になったのが悲劇ではない。病気にのまれてしまうことが悲劇なのだ」とおっしゃいました。病気になったということは、もしかすると不運なことかもしれ

ない。それは分らないです。でも、少なくとも、それは悲劇ではない。真の悲劇というのは、私たちは病気に対してどう向き合うかという自由があるにもかかわらず、その自由を忘れるくらい、病気に支配されてしまい、病気の陰に隠れて、自分らしく選ぶことができない、自分らしく生きることができないような状況こそが真の意味での悲劇なのではないか。そのように百名先生はおっしゃっているわけです。私も、本当にそのとおりだと思います。

「人生とは、選択の連続である」とは、よく言われることです。言うまでもなく、私たちは毎日選択して生きているわけです。皆さん、今日朝起きてからこの場に来られるまで、実は大なり小なり、さまざまな選択をしてきているはずなのです。ところが、幸か不幸か、私たちは、その一つ一つの選択をそれほど意識することなくやり過ごすことができているのです。やり過ごすことができているということは、倫理的になるという機会を実は失っているということになるわけです。

アルベール・カミュというフランスの有名な小説家は、このように言っています。「人生とは、あなたの全ての選択の総和である」。皆さんがこれまでしてきた小さな選択、大きな選択の積み重ねが今の皆さんをつくっている。そして、これから皆さんがしていく小さな選択、大きな選択の積み重ねが未来の皆さんをつくっていく。そのようにカミュは言っているわけです。

沖縄のラジオ局で、哲學家、哲学するシンガーソングライター紀々さんという方が、朝の番組で哲学の話をされています。その中で彼女がかつて、しわを使って哲学をされたのです。これは非常に興味深いので、皆さんに紹介したいと思います。彼女は、このように言うのです。「私たちは、しわができないことを選ぶことはできない」。これは残念ですが、生物医学上、誰でも年を取ると、しわを持たざるを得ないわけです。選ぶことができないわけですから、そこに倫理は生じないということになる。では、どこに倫理が生じるのか。彼女は、このように続けるのです。私たちは、しわができないことを選ぶことはできない。しかし、皆さんがもし毎日周りの人々に、厳しく、つらく当たることを選ぶならば、その選択の積み重ねの結果として、私たちは将来、眉間のしわを持つことになるかもしれない。あるいは、皆さんがもし毎日、周りの人々に優しく、親切にほがらかに接することを選ぶなら、その選択の積み重ねの結果

として、私たちは将来、笑いじわを持つことになるかもしれない。しわができないことを選ぶことはできない。しかし、日々どの様に生きるかを選ぶことで、どちらのしわを持つかを私たちは選ぶことができるのです。これが選択の積み重ねの結果としての倫理ということになるわけです。

もちろん、全ての選択が倫理的だというわけではありません。ハーゲンダッツのバニラとチョコレート、どちらを買うべきか。ハーゲンダッツは高いですから、なかなか両方買えないです。これは結構私にとってはジレンマなのです。でもよく考えてみると、これは倫理的なジレンマではないですね。これは単なる私の嗜好・好みの問題なのです。ところが、ほんの少し状況が変わって、例えば私に家族がいるとします。私はバニラを食べたい。でも、私の家族はチョコレートを食べたい。でも、1個しか買うことができない。どちらを買うべきか。これは他者が関与していますから、もしかすると倫理的な状況かもしれません。皆さんにお伝えしたいことは、倫理というと、何か原則に当てはめるとか、ルールを守るとか、ガイドラインに従うとか、そういうことを思い浮かべるかもしれません。でも、それだけではないのです。ほんのちょっと状況が変わっただけで、ある状況が倫理的な状況になったりするのです。なので、大切なのは、毎日の忙しい臨床の現場の中で、状況を観察することです。この状況は倫理的な状況なのだろうかということをしかりと認知して、そして、しっかりと考える。そういう力がとても大事になってくるのだということを、ぜひ覚えていただきたいと思います。

他にも、倫理的選択ではないものと呼ばれているものがあります。例えば、そうしろと言われたから選ぶ選択（服従による選択）。「ずっとこうしてやってきたんです」と言って選ぶ選択（慣習による選択）。みんながそうしているからといって選ぶ選択（模倣による選択）。「何となく、こっち」と選ぶ選択（惰性による選択）。そして、医療従事者がやりがちなのが、できるからやる（可能性による選択）。これらは倫理的選択ではない。なぜなら、選択肢を前にして、どちらを選ぶべきかということをしかりと熟考しないまま、考えないまま選んでいるからです。

ぜひ皆さん、臨床の現場で大切にしていきたい気持ち、感情があります。それがこれらです。「何かおかしいぞ」「もやもや感」「これって、どうなの？」「腑に落ちないな」、こういう気持ちが

生じたときは、そこに何らかの倫理的な問題が潜んでいる可能性が非常に高いですので、ぜひそこで立ち止まって状況をしっかりと見極めて、そして、自分の頭で考えて、そして必要に応じて、他の人に相談していただきたいと思います。

沖縄県立中央病院に私が尊敬する、倫理に造詣が深い、本村和久先生という先生がいらっしゃいます。彼が倫理とは、このようなものだとおっしゃっています。「倫理と聞くと、品行方正とか、清く正しくとかいうイメージがあるかもしれませんが。何か正しいと思われることをきちんと行うことが倫理ではなく、現実の出来事をどう行えばいいのかを振り返りつつ、次の行動を模索するのが倫理的な態度と考えます。」皆さん、倫理という言葉を開くと、どうしても結果を想定しますよね。正しいことをするとか、正しい人になるとか。それも、もちろん大事です。でも、それ以上に大事なものは、私たちの選択に向き合う姿勢なのです。私たちがいかに選択に対して真摯に、誠実に、はじめに、一生懸命向き合えるか。そこが問われているのだと、本村先生はおっしゃっています。

数年前、『神様のカルテ』という素晴らしい映画がありました。嵐の櫻井君、素晴らしい俳優さんですが、彼が映画の中で、栗原一止（くりはらいちと）先生という内科の先生を演じています。この映画の中で、これぞ臨床倫理という場面が二つあります。この二つの場面を皆さんに紹介したいと思います。

まず一つ目の場面、これは栗原一止夫妻が住んでいるところに同居している、学士殿と呼ばれている彼、私と同じように哲学を勉強していて、有名な大学院に入ろうと頑張っているのですが、なかなか入ることができない。そんな中で、田舎の方で、お父さんが倒れて、お母さんがやってきて、「おまえ、そろそろ、いい加減に帰ってきなさい」と言われて、志半ばで田舎に帰る、その日の朝、栗原一止夫妻が彼を見送るシーンです。

ビデオ

学士殿：「子供の時間を卒業して、社会に出るよドクトル。僕らの中で夢の先に立てたのは君だけだ。頑張ってください。」

一止：「ちがう。確かに医者になった。けど、何を頑張ればいい？ 毎日働いても、手からどんどんこぼれおちていく。すくっても、考えないようにしても、命がこぼれ落ちていく。こんなはずじゃなかった

のに。毎日迷っているよ。これでいいのか、自分のなりたかった医者とはこうだったのかと。」

（映画「神様のカルテ」より）

皆さん、いかがでしょうか。自分のなりたかった看護師像に近づいているのでしょうか。それとも、遠ざかっているのでしょうか。自分自身の専門職としての在り方を探求し、問い続けて、悩み続ける姿勢。私は、これこそが倫理的な態度ではないかと考えているわけです。

もう一つ見ていただきたいシーンがあります。これは栗原一止先生の終末期の患者さんが、彼に彼の名前を尋ねるシーンです。

ビデオ

患者：「名前、書いて。先生の名前。」

一止：「名前…」

患者：「一に止まる。つなげると“正しい”って字になるわ」「一…止…」「生きてると、前へ前へと気持ちが急いてしまうけど、本当に大切なことは一番最初の所にあるのかもしれない…ね？」

（映画「神様のカルテ」より）

立ち止まって悩み続ける倫理

彼女が言っていることは、本当に示唆的ですよね。私たちも同じだと思います。さまざまな知識や技術がどんどん出てきて、どんどんできることが増えていって、選択肢が広がって、そして私たちは文字どおり、背中を押されるように、せかされるように、毎日忙しく臨床の現場の中で働いている。でも、そういう忙しい毎日の中で、もしかすると一番大事なことは、一番最初のところにあるかもしれない。では、私たちにとっての一番最初のところは、どこでしょうか。私は三つあると思います。一つは、先ほどの動画で見ていただいたとおり、一番最初の、なぜ自分は看護師になろうと思ったのか、その気持ちです。私たちは折に触れて、一番最初の気持ちに立ち返る必要があると思います。二つ目の一番最初のところ、それは私たちの専門職とは何か。私たちがなぜ臨床にいないといけないのか。私たちの存在の意義は何かということを、私たちは折に触れて原点に立ち

返る必要がある。そして3番目、これが一番大事だと思います。私たちは通常の忙しい臨床の現場の中で、どうしても選択の結果である、治療やケアに目が行きがちです。でも、実は、その選択をした患者さんがいる訳です。私たちは、事あるごとに、患者さんのもとに帰る。それを絶対忘れてはいけないのです。さてもうみなさんお気づきだと思いますが、彼の名前が倫理的に非常に重要な意義を持っていたわけですから。私たちが臨床の現場でもやもやしたときに、第一に、まず立ち止まるということ。それは倫理的には正しいことなのだ、かなったことなのだということを暗示していたわけですから。そして、立ち止まるということが、倫理的に正しいことであるのなら、私を含め、皆さま方は専門家ですが、実は、その専門家になるということが、非倫理的になることかもしれないという、非常に驚くべき結論が導き出されるかもしれないのです。

これはどういうことかといいますと、私たちは専門分野的に、今の状況で何をなすべきかということが実は分かっているわけです。ところが、現代の高度に発展した医療の中では、専門的には、こういう状況のときにはこうすべきだ。でも、患者さんのことを考えたら、患者さんの思いを考えたら、患者さんの幸福を考えたら、本当にそれはすべきことなのだろうかという、立ち止まらなければいけない状況が生じるようになってきたわけです。ところが、私たちは専門分野的に何をなすべきかを既に知ってしまっているがゆえに、本来、倫理的に立ち止まらなければいけないところで、逆説的な意味で立ち止まることがなかなかできないタイプの人間になるということ。それが専門家になるということなのかもしれないと私は考えるようになりました。ですから、なぜ皆さんに、専門職倫理が必要なのか。それはもちろん、正しいことをするため、正しい人になるためでもあるのですが、それ以上に大事なものは、しっかりと立ち止まるべきときに立ち止まるためにこそ、専門職倫理が必要なのではないかと私は考えるようになったわけです。

皆さん、「ありがとう」の反意語というのをご存じですか。これもネットで結構評判になったのですが、実際に「ありがとう」の反意語が広辞苑に載っているわけではないのです。よく考えると、「これはありがとうの反意語だな」と分かる、とんちのような言葉があります。これは漢字に直すと分かりやすいです。「ありがとう」というのは、

「有難い」と書きます。有難い＝なかなかないから感謝するわけです。ということは、ありがたいの反意語は、「なかなかない」の反意語である「よくある」つまり「当たり前」となる訳です。では、当たり前になると、人間どうすることが起こるかということですが、ロシアの文豪家ドストエフスキーがこのように言っています。「人間は、どんなことにもすぐに慣れる動物である」と。私は、ちょうど10年前の2009年に本村先生が勤めている沖縄県立中央病院で初めて講演をさせていただきました。一番最初の講演のときは、前の日は寝られなかったです。「頭が真っ白になったら、どうしよう。これを言ったら、あれを言ったら、あれを言って、あれを言ったら、こう言って」と、そういうことがぐるぐる頭で回って、なかなか寝れなかったことを覚えています。ところが、一昨年、日本看護協会の総会・交流集会があったのです。そこで私は話をさせていただいたのですが、2900人入った大きな大会でお話をさせていただいたのです。その前の日、多分、5秒ぐらいで寝ました。慣れてしまうのですね。人間、どんなことにも慣れてしまうのです。そして慣れてしまうと、感謝の気持ちがなくなって、相手をぞんざいに扱ってしまうわけです。例えば、皆さん、おうちに帰って、誰かがご飯を作ってくれますとします。もしかすると、皆さんがご飯を作る側だと思うのですが。これは本当に有り難いことです。私は一人で住んでいますから、家に帰っても何も出てきません。ご飯が出てくるというのは、本当に有り難いこと、なかなかないこと、感謝すべきことなのです。ところが、ご飯が出てくることに慣れてしまうと、感謝の気持ちがなくなってしまって、それを作ってくれている相手を知らず知らずのうちにぞんざいに扱ってしまうことになりかねません。

今日は一番最初に、この理論家である私の話を聞いてくださるということ、これは本当になかなかないこと、有り難いこと、感謝すべきことだと皆さんにお伝えしましたね。あれはもちろん、そういう気持ちをお伝えする意味もあったのですが、実はもう一つ意味があったのです。それは私自身に言い聞かせていたのです。私は年間100回ほど講演するのですが、100回やると慣れてしまうのです。慣れてしまうと、講演することが当たり前になってしまって、感謝の気持ちがうすれてしまい、知らず知らずのうちに、聞いてくださっている皆さんをぞんざいに扱ってしまうかもしれない。それを防ぐためには一回一回の講演のたび

ごとに、私は自分自身に、「これは当たり前のことではないんだ。これは本当に感謝すべきことなのだ」と言いきかせる。そうすることによって、皆さんをぞんざいに扱わずに済むようになるのです。そして同じことが実は臨床にも言えるのではないかと思ったのです。もちろん、皆さん、業務としては慣れないといけません。しかし、姿勢として、向き合い方として、心の持ちようとして、患者さんに触れさせていただけるということに慣れないでいてほしいと思います。考えてみてください。一般の生活で、他人を勝手に触ったら犯罪になります。電車の中で触ったら、痴漢になりますよね。他の方の身体に触れさせていただけるということは、医療や介護という特別な領域において、ある条件をクリアしたときにのみ、特別に許される、なかなかないこと、有り難いこと、感謝すべきことなのです。

では、どういう条件を満たすと、それが許されるのか、皆さん分かりますか。皆さん、医療することが当たり前になっていませんか。医療は、決して当たり前のことではないのです。なぜなら医療というのは、本来侵襲的なのです。害をもたらす可能性があるのです。だから本来は、してはいけないことなのです。では、なぜそれが許されるのか。一つの条件があるのです。それは、その侵襲的な行為によってもたらされる害よりも、それによってもたらされる益の方が格段に上回っている場合においてのみ、私たちは医療行為をすることが許される。だから、皆さん医療行為をするときは、常にその選択をしているはずなのです。ところが、その選択をしていることを意識しないで、その害と益の比較衡量もしないで、いつの間にか私たちはそれに慣れてしまって、そして、その相手である患者さんをぞんざいに扱ってしまっているかもしれない。ぜひ皆さん、これは気を付けていただきたいと思います。

あとは、ぜひ皆さん、患者さんの秘密、患者さんの情報に触れることに慣れないでいてほしいと思います。患者さんの情報というのは、私たちが一般の生活をする上では、決して知り得ることのない、彼らが情報を提供してくれてはじめて私たちは医療をすることができる、そういう有り難い、なかなかない、感謝して扱うべき情報なのです。ところが、悲しいかな情報が常に目の前にあると、それに慣れてしまうのです。慣れてしまうと感謝の気持ちがなくなって、知らず知らずのうちに、その情報、そしてその情報の背後にいらっしゃる

患者さんを私たちはぞんざいに扱っているかもしれない。ぜひ皆さん、気を付けていただきたいと思います。

最後に、ぜひ皆さん、思考停止することに慣れないでいてほしいと思います。臨床の現場は忙しくて、考えることすらできない。考えないことに慣れてしまいがちですが、そこでぜひ踏ん張っていただいて、悩みながら考え続けてほしいと思います。なぜなら、宮崎の方に、臨床倫理のパイオニアの先生である、板井孝一郎先生がこのようにおっしゃっているからなのです。皆さん、通常、何かを勉強するとき、すっきりさせたいために、答えをもらうために勉強しますよね。通常はそうなのですが、板井先生は、倫理だけは違うのだよとおっしゃるのです。悩まないための倫理ではなく、悩むために倫理を学ぶのですよ。答えを得るために倫理を学ぶのではなく、答えがない問を立てるために、私たちは倫理を学ぶのですよと。だから「悩んでいることに自信を持ちましょう」と、板井先生は私たちを励ましてくださっています。もしかすると、皆さんの中には、臨床の現場で倫理の問題について悩むことは、あまりよくないことなのではないか、恥ずかしいことなのではないかと思っている方がいらっしゃるかもしれませんが、絶対にそうではありません。臨床の現場で倫理的な問題というのは、悩まざるを得ない問題なのです。2000年以上前の医師も、高度に発展した現代の医療の医師でも、この情報を患者さんに本当に伝えるべきだろうかと悩むわけです。私たちがよかれと思って提供した医療を患者さんが拒否する。さあ、どうすべきか。悩むわけです。もちろん、医療倫理の様相は変わってきました。2000年以上前は、透析とか人工呼吸器はなかったので、それをさしひかえる／中止するという倫理問題はなかったのですが、でも本質的な善と悪の間のグレーゾーンというのは、昔も今もあまり変わっていないのです。だからこそ、倫理の問題は悩まざるを得ない問題であり、むしろ臨床の現場で皆さんが悩んでいるということは、皆さんが倫理的であるということの印なのです。だから、悩んでいることに自信を持っていただきたい。そのように私たち倫理学者は伝えたいと思っているのです。

これは手塚治虫先生の『ブラック・ジャック』のワンシーンですが、私の倫理のイメージは、実はこういうイメージなのです。倫理とは、ためらう、考え続ける、立ち止まって悩む姿勢なのだということを今日は皆さんに覚えて帰っていただき

たいと思います。ただ、立ち止まって悩むということは、正直、本当に面倒くさいことです。この面倒くさいことを皆さんにお願いしなければいけない私も本当に心苦しいのですが、でも、この面倒くさいことの中に、大事なことがあるのだということを学べる動画として、ジブリの宮崎駿さんがNHKの『プロフェッショナル』に取り上げられたときの、ワンシーンを皆さんに見ていただきたいと思います。

ビデオ

ナレーション：

「作業量は以前の5分の1に減ったという。衰えを感じない日はない。だが自らにむち打って、机にかじりつく。口をついて出る言葉はいつも同じだった。」

「面倒くさいなあ」「まことに面倒くさいよね」「あー面倒くさい」「面倒くせえぞ」「面倒くさいって自分の気持ちとの闘いなんだよ」「何が面倒くさいって究極に面倒くさいよね」「面倒くさかったらやめれば?」「うるせえな」ってそういうことになる」

大事なものは、たいてい面倒くさい

「世の中の大事なことってたいてい面倒くさいんだよ」「面倒くさくないとこで生きてると面倒くさいのはうらやましいと思うんです」

(プロフェッショナル 仕事の流儀 特別編
宮崎駿 70歳の挑戦)

正直、立ち止まって悩み続ける倫理というのは、本当に面倒くさいですよ。いや、倫理だけではなく皆さんの臨床実践のいろいろなこと、面倒くさいことばかりではないですか？でも、その面倒くさいことの中に大事なことがある。いや、むしろ、それは大事なことからこそ面倒くさいのだと、私たちが面倒くさいことに意味を見出すことによって、もしかすると、私たちは明日から違う気持ちで、その面倒くさいことに向き合うことができるかもしれない。でも残念ですけど、こういう話をしても、皆さん、明日から臨床現場に帰って、面倒くさかったことが、突然、魔法のように面倒くさくないことになっているなどという

ことは絶対ないのです。面倒くさいことは面倒くさいままなのです。でも、ここでフランクルの究極の選択の自由を思い出してほしいのです。私たちは面倒くさいことに向き合う自由があるのです。私たちは、その面倒くさいことの中に大事なことがあるのだと、そこに意味を見出すことによって、面倒くさいこと自体は変わらなくても、その面倒くさいことに向き合う私たちが変わることによって、もしかすると私たちは明日から、その面倒くさいことに、ほんの少し違う気持ちで、また新たな気持ちで、新たな力を得て、そして向き合うことができるのではないか。ぜひ皆さん、そういう自由を行使していただきたい、使っていただきたい、選択していただきたい。そのように私は願っています。

自分の人生を良く生きる

2000年以上前の哲学者にソクラテスがいます。彼はunexamined life is not worth living「吟味されない人生は生きるに値しない」と言っています。これは決して、皆さんの人生を吟味しなければ、それは生きるに値しないよと言っているわけではないのです。皆さんをはじめ、患者さんやそのご家族の人生一つ一つが本当にかげがえのない、二度とやり直しの利かない、本当に大切で大事な人生なのです。その大切な人生を、ソクラテスは皆さんに、ただ生きてほしくない、良く生きてほしいと言うのです。では皆さん、自分の人生を良く生きるとは、どういうことでしょうか。それは、お金持ちになるということですか、有名になるということですか、名声を得るということですか。そうかもしれないですね。人の幸福というのは、その人によって変わるのです。でも、ここで私の講演の一番最初の部分を思い出していただきたい。私たちの人生というのは、小さな選択、大きな選択の積み重ねの結果なのです。その選択の積み重ねの結果としての人生を良く生きるということは、すなわち、その構成要素である、小さな選択、大きな選択を大切に、いつくしんで、意識して、そして、そこで立ち止まって、しっかりと考えて、そして、それらをよく選んでいく。よく選んでいくということを積み重ねていくことによって、いつか将来、私たちが今のお仕事を辞めるとき、あるいは、将来、この世にさよならを言わなければいけないとき、「自分の仕事はこれで良かった。自分の人生、本当にこれで良かった」と心の底から物語ることができるような、そうい

う良い人生を皆さんに歩んでいただきたい。私の心の底からの願いは、皆さんにそういう良い人生を歩んでいただきたい。そして、それと同様に、皆さんがこれから向き合っていく患者さんにも、良い人生の最終章を持っていただきたい。本当にそのように願わざるを得ません。そういう意味では、ぜひこれから皆さんと一緒に、立ち止まって、よく選んでいくということ、…倫理について、一緒に考えていきませんかということを今日は皆さんにお伝えしたかったわけです。

ここまでは広い意味の倫理を考えてきました。ここからは狭い意味の倫理、…すなわち、皆さんが実際に臨床の現場で使う臨床倫理について考えていきたいと思います。

臨床倫理

臨床倫理には、やり方があります。今日は三つ覚えて帰っていただきます。一つ目は「手順を踏む」ということです。二つ目は「参照する」ということです。三つ目は「対話、協議する」ということです。手順を踏むということに関しては、五つのステップを踏んでいただきたいと、いつもお願いしています。

まず、1) もやもや感、腑に落ちない感を大切にします。立ち止まるのです。そして次に、2) 情報を集めて、整理し、評価していく。事例を作っていく。物語を紡いでいくわけです。3) その紡いだ事例、物語の中で、どういう倫理的問題があるのかということ認識、分析していく。そして、4) 臨床倫理というのは、非常に現実的な学問ですので、この時点で、取り得る選択肢は何なのかということ推定し、その結果、及びそれに伴う益と害をしっかりと推定した上で、それらを比較考量していくわけです。患者さんにとって害が一番最小で、益が最大の選択肢は何なのかということを考えていく。5) 最終的には、患者さん、ご家族、医療従事者でよく話し合いをしながら共同で意思を決定していくことになります。ただ、臨床倫理で出てくる選択肢というのは、実は、どれもあまりよくないことが多いですね。一つだけいいのがあれば、速攻それに決まってしまう。どれもあまりよくないからこそ、それはどちらかという、すり合わせとか落としどころという形を取ることが結構多いということです。この五つのステップは、ぜひきちんと踏んでいただきたいと思っています。

次に、「参照する」は、ちょっと飛ばしまして

後でやりまして、3番目の「対話、協議する」ということを見ていきましょう。対話、協議する上で、ぜひ皆さんに覚えておいていただきたいことがあります。先ほど私は皆さんに、悩むことに自信を持ってほしいと言いました。でも、これは決して、自分の判断に自信を持ってもいいということではないのです。皆さん、自分の判断に自信を持ってはいけません。なぜなら、私たちの判断というのは、私たちの個別の道德に基づいていることが多いからなのです。これは決して、皆さんの道德が悪いと言っているわけではなく、皆さんが不道德だと言っているわけではないのです。ただ、私たちの個別の道德というのは、どうしても環境、文化、個人によって結構変わってくるわけです。だから、自分の道德、自分の判断を信頼しすぎはいけません。信頼しすぎると非常に危険です。だから私が先ほどから何回も言っているように、他の人に相談することがとても大事になります。

あと、もう一つ覚えておいていただきたいこととして「独断・独善に陥らない」があります。先ほど、ぜひ踏みとどまって悩んでほしいとお願いしました。でも、皆さん、一人で悩んではいけません。一人で悩むと、この独断・独善に陥りやすくなってしまうのです。再び板井先生に登場していただきます。彼はこのように言っています。「善意が独り歩きしたとき、それは独善になる」と。どんなに私たちがよかれと思っても、それを一人で決定してしまつては、それは独善になります。この独断・独善を防ぐための大原則が、「一人で決めない」「一度で決めない」「みんなで決める、手順を踏んで決めていく」。ぜひ皆さん、これをしっかりと守っていただきたいと思います。

最後に、「参照する」を見ていきます。参照する場合は、私たちの個別の判断、個別の選択を四つのレベル毎に、下から順にはしごを上るように、私たちの判断を照らし合わせていく、チェックしていくことが大事です。私たちが通常、何をなすべきかを考えるときに、無意識のうちに必ず参照するのが、この個別の道德のレベルです。過去の経験、過去の物語、過去の事例に照らし合わせながら、似たケースは似た仕方に対応するという基本的なルールの下で、実は私たちは多くの場合、判断を下しているわけです。ところが先ほどから何回も申しているとおり、個別の道德を信頼しすぎるのは危険です。なので、ここで止まらないで、ぜひ次のレベルを参照してください。それが規則、綱領、ガイドラインのレベルです。厚労省は何と

言っているのか、学会は何と言っているのか、倫理綱領は何と言っているのか、法律は何と言っているのか。私たちの判断をそれらに照らし合わせて、しっかりと見定めていくことがとても大事です。このレベルで、意見の不一致が解消しない場合は、さらに次のレベルを参照してください。これが倫理原則、倫理理論のレベルです。一番有名なものが、医療倫理の4原則です。近年50年の間に台頭してきた、「患者さんの意思を尊重しなさい」と命じる自律性尊重の原則。皆さま方医療従事者が2000年以上前からずっと守ってきた、患者さんに良いことをなし、何よりも害を与えてはいけなと命ずる善行の原則、そして人々を公平に扱い、医療資源を公平に分配しなさいと命じる正義原則、この四つの原則を私たちの頭の片隅に常に置いて、私たちのよかれを吟味することがとても大事になってきます。このレベルで、まだ意見の不一致が解消しない場合は、最終的には価値の源泉を参照してください。これは私たちが住んでいる社会の通念、いわゆる公序良俗という考え方、あるいは文化的な価値、宗教的な価値。そしてここに法律がありますが、この法律の源泉であるところの憲法などが入ることになるわけです。

皆さん、エホバの証人の輸血拒否問題がありますよね。あれは医療倫理の試金石、1番解決することが難しいタイプの倫理問題とされています。それはなぜかという、実は、この最上位のレベルで価値の衝突が起きているからです。私たち医療は、現世の生物医学的な命を守ることに最大の価値を置きます。これに対して、エホバの証人の方々は、この現世の生物学的な命よりも、来世の霊的な命に重きを置くわけです。だから、彼らは全ての医療は受け入れるのですが、輸血だけはしてくれなと云うわけです。現世の命と来世の命、どちらが大事かという究極のレベルで、価値が衝突している。これ以上、参照するレベルがないのです。だからこそ、この衝突が起きると、あの問題はなかなか解決することが難しいことになるわけです。

ガイドラインと倫理

今日は、この中で特に皆さんに紹介したいのが、厚労省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」です。このガイドラインは実は2018年3月に改訂されましたが、その大枠的な内容としては、患者さんと意思疎通が取れる場合は、患者さんとよく話し合いながら決

めなさいよと。患者さんと思疎通が取れない場合は、家族が患者さんの意思を推定できる場合は、それに従いなさいと言っているのです。皆さん、気を付けてください。ここで家族の意向でやっていいですよとは一言も書いていません。もし家族が患者さんの意思を推定できない場合は、ご家族と医療従事者が本人さんの最善を十分考えた上で決めなさいよと。ここでも家族の意向で決めていいとは一言も言っていない。あとは、意見不一致があったり、話し合っても埒が明かない場合は、複数の専門家からなる委員会を設置して助言をもらいなさいと。これがこのガイドラインの大枠的な内容です。こういうガイドラインが改訂されたり、新しいガイドラインが出てくると、実は、私たち倫理学者は一抹の不安を感じるのです。皆さんがガイドライン一辺倒になってしまうのではないかと心配をするわけです。

では、どのようにガイドラインに向き合えばいいのかを学べる動画として、池上彰さんのみじかい動画を見ていただきたいと思います。最初の部分で憲法9条の改定の話が出ますが、そこはスルーしてください。私は何も意図はありませんので、後半を聞いてください。

ビデオ

陣内：「池上さんはどう考えてはるんですか？」

池上：「それは皆さんに考えて頂くために、これまでの色んな材料を…」

陣内：「でも池上さんが一番正しいと僕は思っているんですね。多分全国の人もそう思っていると思うんですよ。」

池上：「それが一番危険なんです。つまり自分で考えないで「池上がなんていうんだろう」「それに従おう」というのが民主主義では一番いけないこと。つまり1人1人が考えて決めなければいけない。私はそのための材料を提要している。私も自分の考えはあるんですけど、それを言ってしまったら、ああそうだそうだってみんなが思考停止になるといけないということなんです。」

(池上彰緊急スペシャル

せまる北朝鮮の脅威！どう守る日本

2017年4月28日 フジテレビ)

民主主義で一番危険なのは思考停止。実は倫理

も同じなのです。ガイドラインがこう言っているから、法律がこう言っているから、上司がこう言っているから、専門家、倫理学者がこう言っているから、それに従っておけばいいということで、私たちの思考を停止してしまうことが実は最も危険であり非論理的であるということを覚えていただきたいと思います。皆さん、意外に思うかもしれませんが、「患者さんの意向に従っておけばいい」とか、「患者の事前指示に従っておけばいい」も実は思考停止の最たる例なのだと今から説明します。

2000年以上前のギリシャのアリストテレスという哲学者が中庸という概念を提唱しています。これはどういうことかという、過大と過少の両極端を選ぶことはよくないことで、むしろ、正しい中間（中庸）を選ぶことがいいことだとアリストテレスは言っている訳です。この中庸の概念をアリストテレスは勇気という概念で説明しています。勇気というのは、ただそこにあるからいいものではないとアリストテレスは言うのです。勇気というのは、ありすぎても、なさすぎても駄目なのだと。勇気がありすぎると、これは向こう見ず、無謀になってしまいます。勇気がなさすぎると、今度は臆病になってしまうわけです。勇気というものが良いものであるためには、それはありすぎても、なさすぎても駄目で、それが正しい中間にあって適度な程度であってはじめて、勇気というのは正しいものになる、良いものになる。これがアリストテレスの中庸の概念です。実はこれと全く同じことが医療にも言えます。

私たちが目指すべき正しい医療というのは、私たちの専門性が強すぎても弱すぎても駄目なのです。私たちの専門性が強すぎると、どうしても善行原則に偏りがちになります。よかれというものを提供したいのです。その結果、パターンナリズムとか、お任せ医療になりやすい。逆に、私たちの責務である患者さんの最善を考えることを放棄して、専門性が弱くなってしまって、「患者さんがそういうふうと言っているんだ」と、「あ、DNARが出ているんだ。OK、じゃあ、何もしいよね」みたいな感じになってしまうと、これも実は思考停止の最たる例になる。私たちが正しい医療を実践するためには、私たちの専門性が強すぎても弱すぎても駄目なのです。善行原則と自律性尊重、どちらも大事なのです。患者さんの意向を尊重してしまうと、それはまさに自己責任という名の丸投げになってしまいます。私たちが思考

停止をせずに済むためには、両方大事だということを認識した上で、どこが中間なのだろうか。私たちの専門性と患者さんの思い、その両方が共存できるような、ちょうど中間はどこなのだろうかということを常に考え続けることによってのみ、私たちは思考停止せずに、正しい医療を目指すことができるのではないかと私はいつも考えています。ぜひ皆さん、これも忘れないようにしていただきたいと思います。

倫理というのは中間にあるのです。すなわち、私たちが目指すべき最善の選択は専門家の中やガイドラインの中にあるわけでもなく、患者さんの中にあるわけでもないのです。最善の選択は皆さんと患者さんご家族の間で中に紡ぐ物語、皆で話し合うプロセスの中にあるのだということを忘れないで下さい。

法律と専門職倫理

ここに法律がありますので、法律を考えていきましょう。皆さん、法律と専門職倫理の違いは分かりますか。これは似ているのですが、ちょっと違うのです。社会の秩序を守るという意味では、両者は全く同じです。何も違いはありません。では、どこが違うかというと、法律は、国家的制裁、罰があるけれども倫理にはない、ただそれだけの違いです。でも、その違いがあるがゆえに、法律は、罰があるから、どうしても外からの規制という形を取りやすい。それに対して倫理は、罰はないけれども、「これ、やるべきじゃないよね」ということで、内からの働きかけという形を取りやすいわけです。

あとは法律というのは最低限の倫理、専門職倫理は最大限の倫理と言われています。これを説明します。最低限の倫理としての法律、これは要は線引きなのです。線を引いて、ここから先は違法ですよということを示すわけです。その法律のエピソードとして一つ紹介したいのが、中京大学に元判事で、現在、生命倫理の研究をされている稲葉先生がいらっしゃいます。彼は元判事ですから、法律の専門家なので、病院の中で、「先生、これ法的にどうなのでしょう」とよく質問されるらしいのです。そういうときに稲葉先生は一切、法律の質問に答えないそうです。その代わり、彼はこのように答えるのです。「法律を守っておけば、自分たちを守ることができるかもしれない。しかし、患者さんは幸せにならないですよ。患者さんの幸せを考えてあげてくださいね」と全部返すそ

うです。なぜ法律を守っておけば自分たちは守られるけれど、患者さんは幸せにならないのでしょうか。これは法律の特性を考えればすぐに分かります。法律というのは、話し合っても埒が明かないときに、どちらが正しいかを決める・沙汰を下すための最低限の条件なのです。だから裁判を見れば分かりますよね。勝つ側と負ける側がいるという二項対立の考え方なのです。だから、なかなかWin-Winになれない。だから、一応、法律を守っておけば、専門家としてやるべきこと、教科書の中に書いてあることを守っておけば、自分たちは守られるけれど、決して、その向う側にいる患者さんは幸せにならない、これが最低限の倫理の特徴なのです。私たちの最低限の専門性を発揮するだけでは、法律を守っただけでは、患者さんは幸せになれないということなのです。

では、私たちが目指すべき専門職倫理は何でしょうか。皆さん、誤解しないでくださいね。法律を守らなくていいと言っているわけではないです。法律は最低限の倫理なので守らなければいけない。しかしながら、その法律を守ることに満足しないで、自分たちを守ることに満足しないで、さらにその最低限の倫理に上積みされるもの、それが専門職倫理なのです。すなわち、患者さんの幸福を目指して、どれだけ私たちが工夫できるか、頭を絞って考えることができるか。狭まっていく枠の中で、患者さんが自分らしさを出せるような選択は何なのか。それを一生懸命考えていく、ここに私たちの存在の意義があるのです。これが私たちの専門職倫理であり、私たちの腕の見せどころ、看護の腕の見せどころだと私は思っているのです。

そしてこの最大限の倫理の特徴の答えは教科書に載っていないのです。最低限の倫理は全部載っていますが、最大限の倫理の答えは載っていないのです。なぜですか。患者さんの幸福というのは、一人一人違うからです。だからこそ、それぞれの事例の中で、ケースの中で、私たちが頭を絞って考えていかなければいけない。ここが最低限の倫理と最大限の倫理の違いということになるわけですよ。

これに拘束・抑制に当てはめるとこういうことが言えるのです。患者さんの安全と称して、患者さんを縛っておけば、自分たちを守ることができるかもしれない、あるいは、患者さんを守ることができるかもしれない。でも、縛られた患者さんは決して幸せにならないです。なぜですか。基本的人権の侵害をされているからです。誰も縛られ

て、幸せだと思う人たちはいないです。いるかもしれないですが、でも、ほとんどいないのです。では、私たちは何を指すか。それは患者さんの幸福を目指して、患者さんを縛ることなく、患者さんの安全を守れるように、思考停止することなく、頭を絞って考え続けることです。そういう例をこれから事例として紹介しますので楽しみにしてください。

患者さんの幸福を実現させるための備えるべき力

では、患者さんの幸福を実現させるために私たちが備えるべき力は何か。私は三つあると思います。それが、患者さんを中心に考える努力、物語の共同著作能力（物語を共に紡ぐ能力）、そして多職種による協力（連携）です。

まず一つ目の患者さんを中心に考える努力を見ていきたいと思います。私は北アメリカの方で倫理を勉強して、日本に帰ってきて日本の臨床現場に入って、驚いたことが一つありました。それは日本の臨床現場では、本当に患者さんがよく置き去りにされるということです。なぜこんなことが起こるのか。私は、そのような理由の一つに、キーパーソンがあるのではないかと考えたのです。日本の医療従事者はキーパーソンという言葉が大好きです。「キーパーソンは誰ですか」「キーパーソンに聞きましたか」「キーパーソンに連絡取れましたか」「キーパーソンに許可を取りましたか」、キーパーソンという言葉が臨床の現場で行ったり来たりしているわけです。そのような日本の医療従事者のキーパーソン重視の傾向を総称して、私は、これを「キーパーソン病」と名づけました。このキーパーソン病の特徴は何かというと、それが無意識なのです。先ほどの「有り難う」と同じです。私たちは知らず知らずのうちに患者さん本人を置き去りにしているわけです。ここで私が置き去りという言葉を使っていますが、これはどういう意味かということ、要は、「本人さんはどう思っているのだろう」「本人さんは、かつてどう言っていたのだろうか」「本人さんだったら、どう言うだろうか」という具合に、本人さんを中心になかなか立ち止まれないということを総称して、私は、これを置き去りという言葉を使っています。ところが皆さんはこのようにおっしゃるかもしれません。「いや、先生、認知症の患者さんが増えて、高齢者の方が増えて、本人さんと意思疎通が取れなくなったのですよ。あとは患者さんのご家族の

意向で進めなければいけないのです。先生、これは仕方がないことなのですよ」と皆さん、おっしゃるかもしれません。でも、これは全く、仕方がないことではありません。皆さん、考えてみてください。医療やケアというのは誰の体にするのですか。家族ですか。私たち医療介護職者ですか。違いますよね。患者さんの体にするのですよ。だからこそ、本人さんの意向が大事だというこの大原則は、本人さんと意思疎通が取れなくなった後も変わらないのです。すなわち、私たちは、たとえ意思疎通が取れなくなった後も、患者さん本人の意思を推定する努力をする義務があるのです。

例えば「親父は何をしてほしいと思っているのだろうか」と、ご家族は考えることができるかもしれない。私たち医療介護職者も、「お父さまが今ここで意識を取り戻して、口を開けるとしたら何を望まれると思いますか」と促すことができるかもしれない。大事なのは、今まで無意識のうちに蚊帳の外に置いていた本人さんに意識して帰ってきてもらって、あたかもそこに本人さんがいるかのように、本人さんを中心に、本人さんの最善、本人さんの思いを中心に、私たちが会話をするのだ、対話をするのだという覚悟です、向き合い方です、姿勢です。それが求められているということです。

沖縄県立中央病院に高山先生という感染症の先生がいらっしゃいます。彼のエピソードを皆さんに紹介したいと思います。沖縄でも高齢者の認知症の患者さんが増えて、そして家族もいない、友人もいない、知人もいない、そういう人が食べられなくなってしまった。さあ、この人に胃瘻をするか、悩むわけです。本人さんがどう思うのかという情報すら全くない状況の中で、皆さんだったら、どうされますか。先ほどの厚労省のガイドラインに照らし合わせるならば、家族はいませんか、あとは医療従事者が肅々と医学的適応に応じて決めていくことになるのですが、高山先生は、そこで思考停止をしないのです。ガイドラインがそう言うからといって、すぐにそれをしないのです。彼はあることをするのです。何をしますか。彼は、そういうときは、行政の人をお願いして、その方の若いころの写真を持ってきてもらうそうです。その写真を胃瘻をするかしないかの話し合いの輪の真ん中に置いて、その写真を見ながら話し合いをするのです。

皆さん、ここで質問です。写真を見て、その人の意思を推定することができますか。「この人は

胃壊しそうな顔だな」などと言えますか。言えないですね。残念ですけど、写真を見るだけでは、本人さんの意思を推定することはできないのです。でも、私たちはそれをしなければいけないのです。なぜなら、私たちは本人さんの意思を推定する努力をする義務があるのです。それはできる、できないという、結果の問題ではないのです。向き合う姿勢が大事なのです。もちろん、写真を置かなくてもいいのです。私たちが本人さんを中心に話し合いをできるかどうかが問われているのです。なので、写真を見て、本人さんの意思を推定できないと同じように、やはり100%の推定は不可能なのです。逆に、推定できたと思った瞬間、分かったと思った瞬間が一番危ないかもしれません。大事なのは、バランスなのです。私たちは一方では、本人さんの意向を推定する努力を一生懸命する。でも、それと同時に、私たちの専門職として何をなすべきか、この人にとっての幸せは何かということを考えて続けることをやめない。その二つを天秤にかけながら、そして包括的に全体を見ながら、みんなでよく話し合いをして、一度で決めずに、プロセスを踏みながら、みんなで決めていく。これが臨床倫理的には正しい決め方なのだとすることを、ぜひ皆さんに理解していただきたいと思います。

ここで、皆さんにお伝えしたいのは、家族の意向はどうなのかということです。家族の意向が駄目だと言っているわけではないのです。家族の意向も大事です。私が言っているのは、本人さんの意向なしの家族の意向というのは、あり得ないということなのです。本人さんの意向があつての家族の意向があるならば、その間で悩めばいいのです。ただ、本人さんの意向を忘れてはいけません。それはぜひ覚えていただきたいと思います。

多職種による協力

次は、物語の共同著作は飛ばして、多職種による協力（連携）を見ていきましょう。最近連携という言葉をよく耳にしますが、広辞苑ではこのように定義されています。要は、連携というのは、同じ目的を持って、互いに連絡を取り合いながら、そして、協力して物事を行うことです。この三つがあつて初めて連携と言えるわけです。この中で一番大事なのが、同じ目的を持つことなのです。どのようにして私たちが同じ目的を持てるのか。これを学ぶ上で非常に参考になるのが、「もし高校野球部の女子マネージャーがドラッカーの『マ

ネジメント』を読んだら」という本です。数年前にはやりましたよね。これは前田敦子さんの主演で映画化されています。この映画のある一部分を皆さんに見ていただいて、ヒントを学んでいただきたいと思います。

ビデオ

みなみ：「ねえ 質問があるんだけど。野球部の定義って何？」

夕紀：「え？」

みなみ：「『あらゆる組織において共通のものの見方、理解、方向づけ、努力を実現するには、「われわれの事業は何か。何であるべきか」を不可欠である。』つまり野球部が一生懸命練習するようになるには、野球部はどういう組織で何をすべきか決めなきゃならないってこと。』

夕紀：「今のってそういう意味なの？」

みなみ：「うん、夕紀にきけば分かるかもって」

夕紀：「そんなの野球をするためじゃないの？」

みなみ：「だよ〜」「ん〜 でもドラッカーはそうじゃないと言っているんだ。「わかりきった答えが正しいことはほとんどない」って。」

（映画「もし高校野球の女子マネージャーがドラッカーの『マネジメント』を読んだら」より）

皆さん、分かりましたか。彼女のこの部分が大事だったのです。ドラッカーによると、私たちが同じ目的を持って連携し合うためには、私たちの組織が何なのか。看護とは何なのか、何であるべきかということを、まずは定義しないとイケないわけです。では、医療・看護は何なのかということです。これは皆さん、野球部の定義は何か。「野球することじゃないの？」と言ったように、それは「医療・看護を提供することじゃないの？」と皆さんは思うかもしれませんが、でも、ドラッカーは、「分かり切った答えは正しいことはほとんどない」と言うのです。「医療の定義は医療を提供すること」は正しくないよとドラッカーは言っているわけです。

ちょっと話を端折って大変申し訳ないのですが、では医療・看護の本来の目的は何なのかというと、やはり、それは患者さんの幸福ということになるのであり、医療・看護というのは、実は目的でな

く、その患者さんの幸福を達成する手段にすぎないということになるわけです。ところが、これを見誤られると、私たちは連携どころか、逆に患者さんの幸福を妨げかねないということの例として、皆さんに「10分どん兵衛」を紹介したいと思います。皆さん10分どん兵衛というのを聞いたことがありますか。これもネットで非常に話題になったのですが、普通、どん兵衛って、5分ですよ。ところが、マキタスポーツさんというお笑い芸人さんが、「いや、どん兵衛は、10分置いた方がおいしい」と言い出したのです。で、ユーチューバーさんとかいろいろな芸人さんが、それを続々と試して、「本当にこれはおいしい」と話題になりまして、ついには、マキタスポーツさんと日清のどん兵衛担当者さんが緊急対談を行って、この10分どん兵衛を担当者が本当に食して、「これは本当においしい」と認めて、日清食品は正式におわび状を出したのです。これを皆さんに紹介します。

「日清食品は10分どん兵衛のことを知りませんでした。5分でお客様においしさを届けるということに縛られすぎていて、世の中の多様性を見抜けていなかったことを深く反省しております。重ね重ねおわびするとともに、マキタスポーツさんに感謝申し上げます。おかげさまで売れています。ありがとうございます」。ここで紹介したのは決して、10分どん兵衛を紹介したいからではないのです。私は、医療も同じことが言えるのではないかと思ったからです。皆さん、何で日清食品は、10分どん兵衛に気づくことができなかったのでしょうか。これは日清食品がどういう会社か、その特徴を考えれば、すぐに分かることです。日清食品は、カップラーメンの会社ですよ。ではカップラーメンの会社にとっての目指すべき、消費者さんの益、目標は何でしょうか。それは「速さ、スピード」だったわけです。皆さん、誤解しないでください。この速さ、スピードが悪いと言っているわけではないのです。これは本当に素晴らしいことです。でも、消費者にできるだけ早くおいしさを届けたいという彼らの思いが先行しすぎて、それに偏りすぎてしまって、逆に彼らの視野を狭くしてしまって、まさか、どん兵衛を10分置いた方がおいしくなるとは、消費者のためになるとは、日清食品の職員の誰も思い浮かなかったと思います。同じことが医療にも言えるのではないかと私たちは思ったのです。医療では、患者さんにできるかぎりの最善の治療を届けたいという、専門家としての思いがあります。皆さん、誤解し

ないでください。これが悪いと言っているわけではない。これは本当に素晴らしいことです。ぜひこのために頑張ってください。でも、この思いに縛られすぎてしまうと、私たちの本来の目的であるはずの患者さんの幸福を達成する手段であるはずの医療・看護、これが忙しい臨床の現場で、知らず知らずのうちに、手段であったはずの医療をすることが目的になってしまって、患者さんの幸福不在の医療をしていないか、自己満足になっていないかということを私たちは常々立ち止まって、しっかりと考えるということが大事なのだということを私たちは、この10分どん兵衛から学ぶことができるのではないかと思ったわけです。

共同著作能力

では最後に、この物語の共同著作能力、共に紡ぐ能力について、皆さんと見ていきたいと思います。

マッキンタイアという哲学者は、「私たちは物語る動物である」と言っています。この物語る動物には四つの意味があると言われています。一つ目は、誰でも物語れるという事実。私たちは大学に行かなくても、参考書を読まなくても、あたかも生まれたときから物語る能力が備わっているかのように、誰でも物語ることができる。これは非常に驚くべき事実だと思います。そして、私たちは、物語ることで人生や経験を意味づけている、私たちが居酒屋で自分の話をしたり、皆さんのお友達が失恋の話をしたりするのは、決して、起きた出来事をただ物語っているだけではないのです。その経験を整理し、理解し、そして、それを意味づけたいと思って、私たちは物語っているということです。今日は話す時間がないのですが、これが患者さんにとっては非常に大事なことになるわけです。病いの意味を見出したい。そういう思いで、患者さんは私たちの前で物語を語るのです。さらに私たちは物語ることで、自己アイデンティティを形成している。学生さんは、「本当の自分探しの旅に出ます」と言う人がいます。そういうときに、「いや、本当の自分なんて、どこにもないよ」「あなたという存在は、今、あなたが誰かに語るあなたの物語、それがあなた自身なのです」と私はお伝えしています。そうすると、皆さん、すぐ分かると思いますが、物語というのは語る相手によって変わっていきますよね。私たちの自己という存在、自分という存在は、実はそのように相手によって変わっていく。そういう、移ろ

いゆく、本当に不安定な、危うい存在なのです。だから、先ほど事前指示が出てきましたが、「本人さんがこう言っているのだから」とか、「本人さんがこういう意思を見せているから」ということで、そこで「これは決まったことだ」と思うことが実はおかしいことなのです。患者さんの思いも常に変わっていく、揺れていく、そういう存在なのです。患者さんのそういう揺れていくような自己、自分というものを許容できるような医療、看護をぜひ皆さんに実践していただきたいと思います。

4番目が、私は一番大事だと思っているのですが、私たちは自分の物語のみならず、他者の物語も一緒に紡いでいるのです。これを共同著作、そして、その能力を「共同著作能力」と私は呼んでいるのです。これを見ていきます。

先ほどの専門職倫理の図に当てはめるならば、実は2種類の物語能力があると私は考えています。一つは、最低限の倫理に基づく患者さんを幸福にしにくい物語能力。これは実は診断なのです。もう一つが、患者さんの幸せを目指す、最大限の倫理に基づく物語能力。これが共同著作能力なのです。この二つを今から説明します。

まず、患者さんを幸福にしにくい物語能力としての診断です。決して、診断が悪いと言っているわけではありません。最低限の倫理を実践するためには、患者さんを治療するためには、やはり最低限、診断をしなければいけないのです。診断というのはどういうものかということ、患者さんのユニークな、実に豊かな物語を、私たちの結構薄い、平べったい、抽象的な医学的物語、いわゆる疾患モデルに変換する、翻訳、書き換え作業なのです。患者さんが語る物語の中から、私たちが診断を下すために必要な情報だけを間引いて、残りをそぎ落としてしまう。そういうプロセスが診断の変換、翻訳、還元プロセスということになります。ここで、診断の問題は何かということ、それが一方通行だということです。循環がないのです。一方的に患者さんの物語を自分たちの物語に置き換えた上で、置き換えた物語に基づいて、私たちは治療、ケア計画を立てるわけです。一方通行ですから、患者さんのユニークな考え方とか物語に対して、この治療計画が配慮できていないことが多いのです。だから、治る場合は、患者さんは、どんなに自分の物語が奪い取られても、抽象化されても文句を言わないのです。ところが、治らなかった場合（慢性の病の場合）この治療ケア計画というの

は、患者さんのユニークな価値観とか物語を反映していませんので、結果的に患者さんが幸福になりづらい最低限の倫理ということになるわけです。では、患者さんを幸福にする物語能力は何か。それが、この共同著作能力です。無論、共同著作能力でも、いったんは翻訳するのです。でも、翻訳した後に、その自分たちの物語に満足しないで、自分たちの文化をのりこえて、そして、患者さんの物語の中に入る。そして、丁度中間で、この二つの物語が両立するような、一つの物語が紡げないだろうかということ、一生懸命、思考停止することなく考える。そして、中間で紡いだ物語に基づいて、治療やケア実践を考えていくことによって、これが両方の物語を配慮していますから、Win-Winの関係になる。それが患者さんを幸福にできる物語能力だと思っています。

この患者さんを幸福にできる物語能力の例としてある事例を紹介したいと思います。これは先ほど登場して頂いた、沖縄県立中央病院の高山先生の「終わらない戦争」という事例です。この事例を通して私が皆さんにお伝えしたいのは、患者さんの幸福を実現させるためには、患者さんの物語が必要なのだということです。

主人公は、おじいです。多発転移のある前立腺がんの終末期の患者さんです。ご本人とご家族の希望もあって、なるべく在宅で診ていたのですが、今回、カテーテルの閉塞を伴う尿路感染のため、仕方なく、いったん入院していただいたのですが、入院すると人が変わったようになってしまったのです。日中は穏やかなのですが、夕暮れから翌朝にかけては暴言が繰り返されることになってしまったのです。おばあいわく、「最近のおじいは、政治家みたいだよ。大声を上げたり、とにかく偉そうにしている。その上、約束は守らないし、言うことはこころ変わるさ。こんな人じゃなかったのにね」と言うわけです。そうすると主治医の高山先生は、このようにおっしゃるのです。「いえいえ、これは、せんもうと言って、病気で表れる一つなのです。ご本人の性格は関係ありません。精神科の先生とも相談しながら、お薬の調整していますけれど、なるべく早く帰るのが一番の治療かもしれませんね」と。皆さん、気が付きませんか？これが翻訳なのです。診断なのです。患者さんの物語を私たちの物語に置き換えるわけです。もちろん、これは治療をする上で必要で、大事なのです。

通常の患者さん・ご家族だと、ここで「ああ、

そうですか」と言って引き下がるのです。ところが、おばあは、ここで引き下がらなかった。おもむろに、「ほら、あそこ、恩納岳が見えるでしょう」と、ある山を指さしながら、彼らの物語を語り始めたのです。

これが実際に沖縄県立中部病院から見える恩納岳ですが、この山は、皆さん、ご承知のとおり、第二次世界大戦中は日本軍が立てこもって、激しいゲリラ戦が繰り広げられ、多くの人が亡くなった、悲運の山として知られています。現在は、キャンプハンセンの中にありまして、私たち沖縄の人も入ることができない。ヘリが墜落したり、砲撃や銃撃の訓練が今でも行われており、高山先生の言葉を借りるならば、恩納岳では、戦争が今でも終わることなく続いている、そういう山を指さしながら、おばあは次の物語を語り始めたのです。

「あそこで、おじいは、戦争したんだよ。少年兵として、あの山を駆け回っていたんだ。だから、あの山が見える場所にいると、どうしても戦争のことを思い出してしまうんだね。先生、おじいは戦争しているんだよ」と物語ったわけなのです。そこで高山先生はカルテを早速見直してみました。すると確かに、「今だ、突撃。ひるむな」の号令とか、ワゴンをごろごろ言わせながら検温に行くと、「戦車が来たぞ。隠れろ」という言葉が実際にカルテの中に記録されていたわけです。ある日、ついに、おじいは行動に出てしまうのです。点滴の管を引き抜き、点滴台を槍のように構えて、看護師さんに突撃してしまったのです。こうなると、残念ながら、一般的に抑制をさせていただかなければなりません。次の日の朝、高山先生が様子を見に行くと、おばあはこのように言うわけです。「(本人さん) 捕まって、捕虜になってしまったと思っているみたい。だから、本人は諦めていますよ」(笑)。本人は捕虜として縛られていると思っていますようです。枕元にまだ食べていないご飯があったので、「ご飯を食べて、早く良くなって、家に帰りましょうね」と高山先生が声をかけると、同じく縛られている同室者を指さして、「私はいいいので、そこの二人に分けてあげてください」と、おじいは言ったというのです。皆さん、これ分かりますか。認知症になった後、その人の本質というのは残るのですよね。恐らく、彼は今、収容所の中にいると思っていますから、収容所の中で、少ない食物を彼らは互いに分け与えながら生きていたのだと思います。認知症になったあとも、せんもう状態にあってもそれが出てくるわけなので

す。私が今心配しているのは、将来、私が認知症になった後、ところ構わず人を捕まえて、いきなり「倫理は選択である!」と説教し始めるのではないか。すごく心配しているのです。でも、そういうときは、ぜひ皆さん、このように物語ってあげてください。「この人はね、昔、哲学の話をする人だったんだよ。だから、こういうふうね、ボケた後も人を捕まえて、話をするんだ」。そのように物語ってくださることによって、私自身は全く変わらなくても、その周りにいる人たちが変わってくれることによって、私が問題でなくなるのです。皆さん、これがナラティブ・アプローチなのです。相手ではなく、自分が変わっていく。相手の物語を介して私たちが変わっていくアプローチ、それがナラティブ・アプローチであり、患者さんの幸福を最も実現する可能性が高いアプローチということになるわけです。

この事例には実は後日談がありまして、この山が見える東病棟から恩納岳が見えない西病棟へ移った途端に、問題のある行動が一切見られなくなったのです。皆さん、すごくないですか。縛ることなく、患者さんの安全を守ることができるのです。この物語から学べることは、私たちが患者さんの幸福を達成するためには患者さんの物語が必要なのです。患者さんの物語の文脈の中で、患者さんの幸福を目指して、頭を絞って、治療ケアを工夫することで、私たちは患者さんを縛らなくて済むということです。

今回の症例のポイントは、なぜ夕暮れから明け方にかけて、せんもうの行動が起きたのかでした。これを私たちの平べったい、医療の物語の文脈に照らし合わせて出てくるのはせいぜい昼夜逆転ぐらいなのです。「あの人、昼間起きていないから、では、昼間起こしましょう」という話になるわけです。でも、今回の事例は、多分、昼間一生懸命起こしても、必ず夜になると、せんもうは出てきたと思います。だから解決しないのです。ところが、患者さんの物語の文脈に、この「夕暮れから明け方」という情報を照らし合わせることによって、違う見方が出てくるのです。なぜ夕暮れから明け方なのか。当時、ゲリラ戦というのは昼間やっていたのです。夜間やっていたのです。だから、夜間やっていたからこそ、夜間になるとそういうせんもうの状況が出てくるのではないか。であるならば、山が見えない病棟に移ればこれはなくなるのではないかという、患者さんの物語に即した、患者さんのユニークな背景に即した、患者

さんの幸福を実現できる独創的な選択肢が見えてくるのです。これが、なぜ私たちが患者さんの物語が必要かということの理由になるわけです。ぜひ、これは皆さん、覚えておいてください。

あとは医療者の物語と患者さんの物語の間に悩むことが大事です。あと、答えというのは、先ほども言いましたが、倫理学者や法律や教科書の中にはなく、一緒に紡いだ事例の中にあるのです。病棟を移るという答えは、決して、教科書の中にはのっていません。それは皆さんと患者さん、ご家族が共に物語を紡ぐことによってのみ見えてくる答えということになるわけです。最後に皆さん、患者さんの物語を贈り物と考えて、いつくしんでいただきたいと思います。その物語の背後に、患者さんの人生、思い、患者さんそのものがあるということです。物語こそが私たちの希望であり、拠りどころであり、最後の砦なのです。

最後に、私の物語、ナラティブに対するいろいろな思いを込めたスライドを竹内まりやさんの「いのちの歌」に乗せて皆さんに見ていただいて、今日の講演を終わりたいと思います。

ビデオ

ナラティブとは何か？

ナラティブは決して「患者さんの話を聴くことって大事だね」とか「患者さんの物語、感動したね」という話ではありません

ナラティブとは、もはや大きな物語に寄り頼むことが出来ない時代に生きている私たちが、絶え間ない対話と物語の循環を介して、みんなで協働して意味を共に創り出す覚悟をすることです

ナラティブとは、専門家である私たちが患者やクライアントの物語を奪い取りがちであることを深く認め、自分の属する文化を批判的に再吟味しつつ、相手を変えるのではなく、相手に向き合う自分の態度を変えることをいとわずに、専門家としての本分を果たしつつ謙虚に他者に向き合い続ける覚悟をすることです

ナラティブとは、患者やクライアントが自分自身で病いや問題の意味を作りだしていくことができる存在であると信じ、彼らが語る物語が彼らにとって本当に必要であり、その物語を彼らが生きていることを信じ、その物語の中に留まりながら

物語を共に紡いでいく覚悟をすることです

ナラティブとは、他者が本当に困難な状況に置かれているとき、私たちにはその人の物語を聴くことしか出来ることがないと深くみとめつつ、しかし、物語こそが他者からの最高の贈り物であり、物語こそが私たちが良い時期や悪い時期を乗り越えるために互いに助け合うことができる唯一の方法であると心の底から信じることなのです

ナラティブの専門家になってはいけません

ナラティブを学んで満足してはいけません

ナラティブを学んだ後、自分の専門・自分の職場に戻って患者さんのものがたりに実際に向き合うことがなによりも大切なのです

土足で相手の物語に入ってはいけません

忘れないでください私たちは相手に招かれなければいけません

招かれてはじめて私たちは、相手の物語の証人になる特権を得るのです

患者さんを解ったと思わないでください

患者さんを解ったと思った瞬間、あなたは落とし穴にはまっています

私たちは決して他者を解り得ない存在なのです…

私たちにできること、それは患者さんの意思と最善の益の終わり無き探求なのです

最後に…困難な問題に直面し、答えが分からず途方にくれ、答えを探し求めることがあるかもしれませんが、答えは決して今日の研修会の中にあるのでもなければ、哲学や倫理の本の中にあるわけでもないのです

忘れないでください

答えはあなたが向き合う人と、あなたが一緒に紡ぐものがたりの中にあるのです

この いのちに、このものがたりに、ありがとう…

皆さん、ご清聴ありがとうございました。頑張
ってください。ありがとうございました（拍手）。

原 著

総合病院における入院患者同士の交流の実態

Current Status of Interactions between Inpatients in General Hospitals

宮崎 史帆¹⁾, 鈴木 健太²⁾, 西田 安見²⁾
堀口 智美³⁾, 稲垣 美智子³⁾, 多崎 恵子³⁾

Shiho Miyazaki¹⁾, Kenta Suzuki²⁾, Yasumi Nishida²⁾,
Tomomi Horiguchi³⁾, Michiko Inagaki³⁾, Keiko Tasaki³⁾

¹⁾ 信州大学医学部附属病院, ²⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻,

³⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Shinshu University Hospital,

²⁾ School of Health Sciences, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

³⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

入院患者, 入院環境, 交流, ピアサポート

Key words

inpatients, hospital environment, interaction, peer support

要 旨

本研究の目的は、総合病院の入院患者を対象に、自記式質問紙を用いて疾患を問わない入院患者同士の交流の実態を明らかにすることである。502名中376名から回答を得（回収率74.9%）、そのうち有効回答数は357名（有効回答率94.9%）であった。

交流の実感がある者は30.2%であり、交流した実感がある者の中で80.5%が交流して良かったと評価したことから、入院患者同士の交流によって患者が良い効果を得られることが明らかになった。交流の実感と交流による影響では、交流の実感あり群で、正の影響全15項目において中間値の3点以上を上回り有意差がみられた。交流の実感は、女性、大部屋、入院日数15日以上、また交流の自己評価における良否は、女性、入院日数15日以上で有意に高い結果であった。交流が良かったとの評価に関連していたのは、精神的支え「他の患者の言葉や態度に励まされた」、気分転換「他の患者と関わる中で楽しいと感じた」、離床時間の増加「他の患者さんと関わることで日中起きている時間が増えたことがある」、存在価値の実感「自

連絡先 (Corresponding author) : 堀口 智美

金沢大学医薬保健研究域保健学系

〒920-0942 石川県金沢市小立野5丁目11番80号

分は何もできないと感じたことがある」であった。

以上より、入院期間が短縮化されている総合病院の入院患者同士が、交流を実感できる働きかけ方を看護師が検討していく必要性が示された。

Abstract

This study aims to clarify the current status of interactions between inpatients regardless of their diseases by using self-administered questionnaires answered by general hospital inpatients. We received responses from 376 respondents out of 502 (response rate: 74.9%), and the number of effective responses was 357 (effective response rate: 94.9%).

The ratio of the respondents who experienced interactions with other inpatients was 30.2%, and 80.5% of the respondents who experienced these interactions answered that they were glad they could interact, revealing favorable results from those patient-patient interactions. Regarding the relationship between interaction experiences and their effects, in the group consisting of respondents with interactions, all 15 positive effect item scores were 3 (medium value) or higher, a significant difference. Significantly higher results were obtained regarding interaction experiences from female respondents, respondents who shared patient rooms, and respondents hospitalized for 15 days or longer, and regarding positive self-evaluations of the interactions from female respondents and respondents hospitalized for 15 days or longer. The positive evaluations of the interactions related to the following: mental support (encouragement from other patients' words and attitudes), mental refreshment (finding interactions with other patients enjoyable), increased out-of-bed time (staying up longer during the day because of interactions with other patients), and feelings of a life worth living (having felt unable to do anything).

These results suggest that nurses need to consider/discuss how to encourage inpatients at general hospitals, where hospitalization is becoming shorter, to have patient-patient interactions, which enable them to feel connected to one another.

はじめに

患者にとって入院することは、心理的なストレスとなり健康の回復を遅らせる場合もある¹⁾。特に総合病院では、入院は病状の悪化や疾患の診断、検査や治療など、患者は心身共に影響を受け様々な課題を抱えると考えられる。高畑²⁾は、「病気になって様々な課題を抱えた人は心理的に孤立する。この孤立感を支えるには専門職の支援よりも、生活者で同じ辛い痛みの経験をした仲間の役割がある。」と述べている。これはピアサポートと呼ばれる。ピアサポートとは、ピア (peer) という当事者仲間がサポート (support) するという、当事者仲間による支援・援助のことである³⁾。小野ら⁴⁾のオストメイトを対象とした調査で、「ピアからのサポートを受けているの方がより抑うつが軽減され、現状満足感、存在価値、意欲を感じていたことが明らかとなり、病者の精神的健康によい影響を与えていることが実証された」と報告されている。その他にも当事者同士の関わりが

双方の心身に良い影響を与えることが明らかになっており⁵⁻⁷⁾、同病者同士のサポートは重要であるといえる。

入院中の患者同士の関わりについて、宍ら⁸⁾は患者が交流や気分転換を求めて病室から出る傾向があるという結果から、患者同士の交流の場を設けるよう意識的に看護師が関わっていく必要性を述べている。さらに、入院患者が他患者との関わりを好ましく評価しているとの報告⁹⁾や、都留¹⁰⁾は入院患者として生活している中で形に表れない仲間意識のようなものを同室の患者から感じることがあると述べており、同病者ではない入院患者同士においてもサポートのようなものが存在することがうかがえる。臨床の場において、患者同士が食堂やデイルーム、また病院で開催されている催し物、教室などに参加し、話をしたり、または行動を共にしたりといった相互の関わりである交流をしながら入院生活を送っている様子を目にする。それは、患者の生活リズムが整うことや、療

養の意欲へ繋がっているようであり、入院患者同士の交流は患者の健康回復に影響を与えていると考えられた。つまり、様々な課題を抱えると考えられる総合病院に入院している患者にとって、入院という同じ体験をしている者同士の関わりである交流は重要であると考えられる。

近年、入院期間が短縮されてきており、不安を抱えての転院や退院となっているとの報告がある¹¹⁾。特に総合病院は急性期の患者が入院しており、入院短縮により患者が抱える課題は多いが、入院患者同士が交流することもまた難しいことが推察される。加えて、総合病院に入院している患者同士の交流の実態は明らかではなく、看護として総合病院に入院している患者同士の交流をどのように支援していけばよいかも示されていない。

以上より、本研究の目的は、総合病院に入院している患者同士の交流の実態を明らかにすることである。このことにより、総合病院に入院している患者同士の交流への看護支援の示唆が得られると考える。

用語の定義

交流：他の患者と話をする、または行動を共にするなど、1つでも患者が交流だと感じたもの

研究方法

1. 研究デザインと概念枠組み

研究デザインは、実態調査研究、関係探索研究とした。交流の実態として、交流の実感、交流の自己評価、交流による影響、交流の内容を設定し、交流の実態と関連因子（基本属性、環境状況）の関係を探索する概念枠組みを想定した。

2. 研究対象者

A県内の総合病院一般病床（精神科、小児科、産婦人科の病棟、集中治療部を除く）に入院している18歳以上の患者で、調査期間中に退院が決定した患者（入院生活を体験していると考えられるため）とし、質問紙の内容を読んで理解でき、回答することができる者とした。また対象施設は、100床以上の公的総合病院29施設より、無作為に8施設をサンプリングした。8施設は100床から800床の地域の中核病院であった。

3. 調査期間

調査期間は、2017年9月から11月であった。

4. 調査内容

調査内容は、基本属性、環境状況、交流の実態とし、以下の項目を調査した。

1) 基本属性：性別、年齢の2項目とした。

2) 環境状況：入院中の行動範囲、病室のタイプ、入院日数の3項目とした。

3) 交流の実態

(1) 交流の実感：実感の有無で回答を得た。

(2) 交流の自己評価：交流して良かったと思うかを、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらともいえない」「ややそう思う」「とてもそう思う」の5段階リッカート法を用いて回答を得た。

(3) 交流による影響：先行研究におけるピアサポートの効果⁴⁻⁷⁾を参考に、同病者ではない患者同士でも得られると考えられる7カテゴリー24項目からなる質問項目を作成した。カテゴリーは、①孤独感の軽減、②気分転換、③精神的支え、④存在価値の実感、⑤情報の獲得、⑥治療に対する意欲の向上を抽出し、また独自に⑦離床時間の増加を加えた。質問項目は交流による正の影響を問う15項目および負の影響を問う9項目とした。それぞれ「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらともいえない」「ややそう思う」「とてもそう思う」の5段階リッカート法を用いて回答を得た。

(4) 交流の内容

次の7つの内容について回答を得た。

① 交流した内容（多肢選択複数回答）：挨拶をする、話をする、一緒に散歩をする、一緒に食事をする、一緒に過ごす時間を持つ、病院での催し物に参加する

② 話をした内容（「全く話さない」から「よく話す」の5段階リッカート法）：病気について、家族・仕事・趣味などプライベートなこと、入院生活について、世間話、その他

③ 出会った場所（多肢選択複数回答）：病院での催し、食堂、病室、廊下、デイルーム、その他

④ 交流するようになった理由（多肢選択複数回答）：同じ病気だった、年齢が近かった、家族・医療者にお願いされた、何気ないことから、気さくな人がいた、その他

⑤ 交流しなくなかった理由（多肢選択複数回答）：人と関わるのが好きではないから、必要性を感じなかったから、体調が優れなかったから、すぐ退院するから、特になし、その他

⑥ 交流できなかった理由（多肢選択複数回答）：

個室だったから、人見知りだから、体調が優れなかったから、同年代の人が居なくて話しづかったから、話しかけづかったから、イベントがなかったから、特になし、その他

- ⑦ 医療者に求めること(多肢選択複数回答):
病院内での催しをして欲しい、仲を取り持
って欲しい、無理に交流を勧めないで欲しい、特になし、その他

5. データ収集方法

看護責任者に研究の説明をし同意を得、調査依頼に応じた病棟にて、対象となる全ての患者に調査用紙の配布を依頼した。調査用紙の配布は、看護師が行い、回収箱への投函にて質問紙を回収した。回収箱への投函が難しい患者には、封のできる封筒を渡し、調査用紙を封筒へ入れてもらい、その後看護師が回収した。なお、調査用紙の配布・回収に関して、研究者より配布の許可があった病棟においては、研究者が行った。また、調査用紙には研究の目的と方法、参加の自由、個人情報保護等についての説明文を添えた。

6. データ分析方法

基本属性、環境状況、交流の実態は記述統計、交流の実態と基本属性及び環境状況との関係は χ^2 検定を行った。交流の実感の有無と交流による影響の関連についてはMann-Whitney-U検定を、交流の自己評価に関与する交流の影響を特定するためには、カテゴリカル回帰分析を行った。なお、交流による影響の回答は、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらともいえない」「ややそう思う」「とてもそう思う」であり、それぞれ1～5点とした。また、交流の自己評価は5段階リッカート法を用いて回答を得、「とてもそう思う」「ややそう思う」を良かった群、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「どちらともいえない」を良くなかった群の2群として記述統計および分析を行った。

統計処理にはSPSS statistics 24.0を使用し、有意水準は5%とした。

7. 倫理的配慮

研究への参加は本人の自由意思に基づくものであり、参加しない場合でも診療および看護とは無関係であり不利益を受けないこと、質問紙は無記名であり個人が特定されないこと、調査で得られたデータは本研究以外では使用しないこと、アンケートの回収箱への投函をもって、研究の同意が得られたものとするを書面にて説明した。な

お、回収箱への投函が難しい患者には封のできる封筒を渡し、調査用紙を研究者以外が見ることができないよう配慮した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の手承を得て実施した(承認番号: 776-1)。

結 果

1. 質問紙の回収状況

502名に質問紙を配布し、376名から回答を得た(回収率 74.9%)。うち有効回答数は357名(有効回答率 94.9%)であった。

2. 対象者の基本属性(表1)

男性210名(58.8%)、女性147名(41.2%)から回答を得た。全体の平均年齢は 65.2 ± 14.2 歳であった。入院中の行動範囲は、病棟内までが220名(61.6%)、平均入院日数は 21.4 ± 29.5 日(中央値13.0)、14日以内の者は206名(57.7%)であった。

3. 交流および交流による影響の実態

1) 交流の実感

交流の実感がある者は108名(30.2%)、実感がない者は213名(59.7%)であった。

2) 交流の自己評価

交流して良かったと評価した者は99名(27.7%)、良くなかったと評価した者は102名(28.6%)、不明156名(43.7%)であった。

交流の実感の有無による自己評価の結果は、次の通りであった。交流の実感がある者108名のうち交流の自己評価に回答している82名中、交流して良かったと回答した者は66名(80.5%)であり、交流の実感がない者231名のうち交流の自己評価に回答している121名中、交流して良かったと回

表1 対象者の基本属性

n=357

項目	カテゴリー	n(%)
性別	男性	210(58.8)
	女性	147(41.2)
年齢	18～30歳	11(3.1)
	31～64歳	116(32.5)
	65歳以上	230(64.4)
行動範囲	ベッド上	86(24.1)
	室内	41(11.5)
	病棟内	93(26.0)
部屋タイプ	病院内	137(38.4)
	個室	82(23.0)
入院日数	大部屋	275(77.0)
	14日以内	206(57.7)
	15日以上	151(42.3)

答した者は26名（21.5%）であった。

3）交流の内容

（1）交流した内容（多肢選択複数回答）

「挨拶をする」251名（70.3%）、「話をする」194名（54.3%）の順に多かった。話の内容は「病気について」158名（44.2%）、「世間話」139名（39.0%）、「入院生活について」118名（33.0%）の順に多かった。

（2）交流した人数と出会った場所（多肢選択複数回答）

交流した人数の平均は 2.4 ± 3.2 名であった。交

流の相手と出会った場所は「病室」が最も多く165名（46.2%）であった。交流するようになった理由では「何気ないことから」が最も多く105名（29.4%）であった。

（3）交流したくなかった理由（多肢選択複数回答）

「必要性を感じないから」77名（21.6%）、「すぐ退院するから」59名（16.5%）の順に多かった。

（4）交流できなかった理由（多肢選択複数回答）

「個室だったから」62名（17.4%）、「話しかけづらかったから」55名（15.4%）、「体調が優れな

表2 交流の実感と交流による影響の関係

n=321

項目	全体	交流の実感		p値
		あり (n=108)	なし (n=213)	
孤独感の軽減				
1* 自分の悩みや苦しみを分かってもらえたと感じた	2.7 ± 1.3	3.6 ± 1.0	2.2 ± 1.1	< 0.001
2* 自分だけではないと思えたことがある	3.3 ± 1.3	4.1 ± 1.0	3.0 ± 1.2	< 0.001
3 他人には理解してもらえないと思ったことがある	2.5 ± 1.1	2.5 ± 1.1	2.4 ± 1.1	0.751
気分転換				
4* 他の患者さんに関わる中で楽しいと感じたことがある	3.0 ± 1.2	4.0 ± 0.9	2.5 ± 1.0	< 0.001
5 他の患者さんとの関わりをわずらわしいと感じたことがある	2.5 ± 1.1	2.1 ± 0.9	2.5 ± 1.0	0.002
6* 思いを発散できたと感じたことがある	2.6 ± 1.1	3.2 ± 1.0	2.3 ± 1.0	< 0.001
精神的支え				
7 他の患者さんの言葉や態度に傷ついたことがある	1.9 ± 1.0	1.9 ± 0.9	1.8 ± 0.9	0.582
8* 他の患者さんの言葉や態度に励まされたことがある	2.9 ± 1.2	3.6 ± 0.9	2.4 ± 1.0	< 0.001
9* 入院生活の中で困ったときに助けてもらえたことがある	2.6 ± 1.2	3.2 ± 1.1	2.3 ± 1.1	< 0.001
10 他の患者さんとの関わりで不安が強まったことがある	2.0 ± 1.0	1.9 ± 0.9	1.9 ± 0.9	0.629
存在価値の実感				
11* 他の患者さんの役に立ったと感じたことがある	2.5 ± 1.1	3.2 ± 1.0	2.2 ± 1.0	< 0.001
12 自分は何もできないと感じたことがある	2.6 ± 1.1	2.5 ± 0.9	2.6 ± 1.2	0.624
13* 他の患者さんの役に立ちたいと感じたことがある	3.0 ± 1.1	3.5 ± 0.9	2.7 ± 1.1	< 0.001
情報の獲得				
14 他の患者さんから得た情報によって困ったことや混乱したことがある	1.9 ± 0.9	2.0 ± 0.9	1.8 ± 0.9	0.372
15* 他の患者さんから得た情報が役に立ったことがある	2.7 ± 1.2	3.4 ± 1.1	2.4 ± 1.1	< 0.001
16* 他の患者さんの経験から学んだことがある	2.8 ± 1.2	3.5 ± 1.0	2.5 ± 1.1	< 0.001
治療に対する意欲の向上				
17* 他の患者さんの姿を見て自分も頑張ろうと思ったことがある	3.4 ± 1.2	4.1 ± 0.9	3.1 ± 1.2	< 0.001
18 他の患者さんの病状の変化を見て気になったことや不安になったことがある	2.7 ± 1.2	2.9 ± 1.1	2.5 ± 1.2	0.035
19* 他の患者さんとの関わりを通して自分の病気に向き合えたことがある	3.0 ± 1.2	3.6 ± 1.1	2.6 ± 1.1	< 0.001
20* 他の患者さんの病状の変化を見て期待を持つことができたことがある	2.9 ± 1.2	3.5 ± 1.1	2.6 ± 1.0	< 0.001
離床時間の増加				
21* 他の患者さんに関わることで日中起きている時間が増えたことがある	2.6 ± 1.2	3.2 ± 1.1	2.3 ± 1.0	< 0.001
22* 他の患者さんに関わることで充実感があると感じたことがある	2.7 ± 1.1	3.5 ± 0.9	2.3 ± 0.9	< 0.001
23 他の患者さんに関わることで疲れを感じたことがある	2.4 ± 1.1	2.3 ± 1.0	2.4 ± 1.0	0.324
24 他の患者さんに関わることで、休みたいときに休めないなどペースを乱されたと感じたことがある	2.3 ± 1.1	2.1 ± 1.0	2.3 ± 1.1	0.073

Mann-Whitney-U 検定

* 交流による正の影響、平均値±標準偏差

かったから」41名（11.5%）の順に多かった。

(5) 医療者に求めること（多肢選択複数回答）
「無理に交流を勧めないでほしい」33名（9.2%）、
「病院内での催しをしてほしい」25名（7.0%）の順に多かった。

4) 交流による影響の実態

交流による影響の24項目中、回答点数の中央値である3点を超えたのは、「自分だけではないと思えたことがある」「他の患者さんと関わる中で楽しいと感じたことがある」「他の患者さんの役に立ちたいと感じたことがある」「他の患者さんの姿を見て自分も頑張ろうと思ったことがある」「他の患者さんとの関わりを通して自分の病気に向き合えたことがある」の5項目であった。

4. 関連探索

1) 交流の実感と交流による影響の関係（表2）

交流の実感あり群と実感なし群と交流による影響24項目とでMann-Whitney-U検定を行った。実感あり群では、正の影響全15項目で3点を上回り、負の影響全9項目で3点を下回った。実感の有無で比較すると、正の影響全15項目は、実感あり群で有意に平均点が高かった。一方、負の影響9項目では、2項目で有意差が見られ、項目18「他の患者さんの病状の変化を見て気になったことや不安になったことがある」では実感あり群が、項目5「他の患者さんとの関わりをわずらわしいと感じたことがある」では実感なし群が、有意に平均点が高かった。

表3 交流の実感と基本属性及び環境状況との関係

n=321

項目	カテゴリー	全体	交流の実感		p 値
			あり n=108 (%)	なし n=213 (%)	
性別	男性	189	50 (46.3)	139 (65.3)	0.001
	女性	132	58 (53.7)	74 (34.7)	
年齢	18～30歳	11	3 (2.8)	8 (3.8)	0.088
	31～64歳	111	29 (26.9)	82 (38.5)	
	65歳以上	199	76 (70.4)	123 (57.7)	
行動範囲	ベッド上	77	16 (14.8)	61 (28.6)	0.057
	室内	37	14 (13.0)	23 (10.8)	
	病棟内	79	30 (27.8)	49 (23.0)	
	病院内	128	48 (44.4)	80 (37.6)	
部屋タイプ	個室	71	6 (5.6)	65 (30.5)	< 0.001
	大部屋	250	102 (94.4)	148 (69.5)	
入院日数	14日以内	188	51 (47.2)	137 (64.3)	0.003
	15日以上	133	57 (52.8)	76 (35.7)	

χ^2 検定, 平均値±標準偏差

表4 交流の自己評価と基本属性及び環境状況との関係

n=201

項目	カテゴリー	全体	交流の自己評価		p 値
			良かった n=99 (%)	良くなかった n=102 (%)	
性別	男性	119	45 (45.5)	74 (72.5)	< 0.001
	女性	82	54 (54.5)	28 (27.5)	
年齢	18～30歳	6	4 (4.0)	2 (2.0)	0.682
	31～64歳	71	35 (35.4)	36 (35.3)	
	65歳以上	124	60 (60.6)	64 (62.7)	
行動範囲	ベッド上	49	17 (17.2)	32 (31.4)	0.129
	室内	21	12 (12.1)	9 (8.8)	
	病棟内	51	28 (28.3)	23 (22.5)	
	病院内	80	42 (42.4)	38 (37.3)	
部屋タイプ	個室	27	10 (10.1)	17 (16.7)	0.172
	大部屋	174	89 (89.9)	85 (83.3)	
入院日数	14日以内	110	46 (46.5)	64 (62.7)	0.020
	15日以上	91	53 (53.5)	38 (37.3)	

χ^2 検定, 平均値±標準偏差

2) 交流の実感と基本属性及び環境状況との関係 (表3)

交流の実感の有無と基本属性・環境状況のそれぞれの欠損データを除いたもので、 χ^2 検定を行った。性別では男性より女性 ($p=0.001$)、部屋タイプでは個室より大部屋 ($p<0.001$)、入院日数では14日以下より15日以上 ($p=0.003$) で、交流の実感あり群が有意に多かった。一方で、年齢及び行動範囲には有意差は見られなかった。

3) 交流の自己評価と基本属性及び環境状況との関係 (表4)

交流の自己評価の良かった群、良くなかった群と基本属性・環境状況のそれぞれの欠損データを除いたもので、 χ^2 検定を行った。性別では男性より女性 ($p<0.001$)、入院日数では14日以下より15日以上 ($p=0.020$) で交流の自己評価が良かった群が有意に多かった。年齢、行動範囲、部屋タイプでは有意差は見られなかった。

4) 交流の自己評価と交流による影響の関係 (表5)

交流して良かったと評価した人が、交流による影響とどのような関係があるのかについてカテゴ

表5 交流の自己評価の良否を従属変数にしたカテゴリカル回帰分析

n=201

項目	標準化係数		F 値	p 値
	β	標準誤差		
孤独感の軽減				
1* 自分の悩みや苦しみを分かってもらえたと感じた	0.214	0.181	1.398	0.239
2* 自分だけではないと思えたことがある	-0.045	0.179	0.063	0.939
3 他人には理解してもらえないと思ったことがある	-0.076	0.141	0.285	0.594
気分転換				
4* 他の患者さんに関わる中で楽しいと感じたことがある	0.345	0.137	6.304	< 0.001
5 他の患者さんとの関わりをわずらわしいと感じたことがある	-0.090	0.164	0.298	0.586
6* 思いを発散できたと感じたことがある	-0.298	0.261	1.304	0.255
精神的支え				
7 他の患者さんの言葉や態度に傷ついたことがある	-0.270	0.155	3.028	0.051
8* 他の患者さんの言葉や態度に励まされたことがある	0.355	0.183	3.783	0.012
9* 入院生活の中で困ったときに助けてもらったことがある	0.158	0.187	0.712	0.492
10 他の患者さんとの関わりで不安が強まったことがある	-0.099	0.183	0.292	0.590
存在価値の実感				
11* 他の患者さんの役に立ったと感じたことがある	0.021	0.188	0.012	0.912
12 自分は何もできないと感じたことがある	0.211	0.105	4.026	0.009
13* 他の患者さんの役に立ちたいと感じたことがある	-0.122	0.176	0.480	0.620
情報の獲得				
14 他の患者さんから得た情報によって困ったことや混乱したことがある	0.074	0.206	0.012	0.720
15* 他の患者さんから得た情報が役に立っったことがある	-0.172	0.175	4.026	0.384
16* 他の患者さんの経験から学んだことがある	0.174	0.180	0.480	0.335
治療に対する意欲の向上				
17* 他の患者さんの姿を見て自分も頑張ろうと思ったことがある	-0.169	0.182	0.863	0.354
18 他の患者さんの病状の変化を見て気になったことや不安になったことがある	0.181	0.204	0.785	0.458
19* 他の患者さんとの関わりを通して自分の病気に向き合えたことがある	-0.280	0.214	1.720	0.182
20* 他の患者さんの病状の変化を見て期待を持つことができたことがある	0.241	0.205	1.379	0.251
離床時間の増加				
21* 他の患者さんに関わることで日中起きている時間が増えたことがある	0.293	0.135	4.708	0.004
22* 他の患者さんに関わることで充実感があると感じたことがある	-0.214	0.204	1.101	0.350
23 他の患者さんに関わることで疲れを感じたことがある	0.086	0.200	0.184	0.832
24 他の患者さんに関わることで、休みたいときに休めないなどペースを乱されたと感じたことがある	-0.132	0.201	0.432	0.512

調整済み $R^2=0.454$, F値=4.933, $p<0.001$

*交流による正の影響

リカル回帰分析を行った。その結果、調整済み $R^2 = 0.454$ ($p < 0.001$) であり、各項目では、「他の患者さんの言葉や態度に励まされたことがある」 ($\beta = 0.355, p = 0.012$)、「他の患者さんに関わる中で楽しいと感じたことがある」 ($\beta = 0.345, p < 0.001$)、「他の患者さんに関わることで日中起きている時間が増えたことがある」 ($\beta = 0.293, p = 0.004$)、「自分は何もできないと感じたことがある」 ($\beta = 0.211, p = 0.009$) の順に関連が高かった。

考 察

1. 交流の実態について

本研究で得られたデータの属性は、半数以上が短期の入院であること、高齢者が多かったことから、厚生労働省の調査¹²⁾と類似した傾向を示しており、近年の総合病院の入院患者の状況を反映した対象集団であったと考えられる。

交流の実感がある者は30.2%であり、患者同士の交流が行われていない現状が明らかになった。交流しなくなかった理由は「すぐ退院するから」、「必要性を感じないから」の順に多かった。交流できなかった理由としては、「個室だったから」、「話しかけづらかったから」、「体調が優れなかったから」が多かった。石田ら¹³⁾は多床室において患者が間仕切りカーテンを閉める理由として、「他者に関わるのが面倒」、「周りに気を使いたくない」といったプライバシーの保持や、「体調が悪いから」という身体的な理由を挙げていることを報告している。このことから、交流したくても患者のプライバシーの保持への考え方や身体的要因が患者の交流に影響を与えていたと考えられた。また、近年の入院日数の短縮化¹²⁾により、以前と比較すると、症状が軽快してすぐに退院せざるを得ない状況もあり、患者は自分の療養に精一杯で、交流する機会を持つことができていない可能性がある。しかし、交流の実感あり群の中で交流して良かったと評価した者は8割以上であった。つまり、交流の実感があった者は交流を良かったと評価することが多いという本研究結果は、総合病院において患者同士の交流ができれば良かったと評価される可能性があることを示していると考えられた。また、交流の内容から、患者同士が病室で出会うこと、挨拶や世間話などの何気ないことも交流ととらえていることが明らかになった。これらのことより、看護師が第一にできることとして、患者同士が挨拶をし合う環境を意図的に作っていくことが挙げられる。

交流の実感あり群と特性との関係では、短期入院患者より長期入院患者の方が、男性より女性の方が、個室より大部屋の方が、交流の実感がある者が多いことが明らかになった。荒木ら¹⁴⁾は、入院日数で患者の状況を分類し、「入院日数5日以内が入院して一番うつ傾向に陥る時期」、「6日～10日が入院してどうにか落ち着く時期」、「11～24日がどうにか落ち着き慣れてくる時期」としている。本研究の入院日数14日未満より15日以上 of 患者の方が、交流の実感のある者が多いという結果と照らし合わせると、入院期間が長い方が交流する余裕が生まれると考えられる。しかし、入院期間短縮化により不安を抱えての転院や退院となっている現状では、交流する余裕のない入院早期から、患者同士の交流についての視点を持ち、これまでとは異なる新たな手立てを打つ必要がある。また、大部屋の方が交流の実感がある者が多いという結果は、渡邊ら⁹⁾の「患者は、多床室について他患者とのかかわりがあることを好ましく評価していた」という報告に類似しているといえた。これまで、個室は孤独感を感じやすい環境であり、身体的要因のみでなく、性格傾向を十分に配慮して孤独感の軽減に向けたケアを行っていく必要があると報告されている¹⁵⁾。本研究結果からも、個室の患者の中には孤独感を持ち、他の患者との交流を望んでいたとしても、療養環境により交流できない者もいるのではないかと推察できた。以上より、看護師は性別、部屋のタイプ、患者の心理状況も含めて総合的に判断し、患者同士の交流について看護として支援していく必要があると考えられた。

2. 交流による影響について

1) 交流の良否に関係する項目について

総合病院に入院している患者同士の交流の影響において正の影響と負の影響の存在が明らかになった。以下に、正の影響と負の影響についてそれぞれ考察する。

正の影響全15項目において、回答点数の中間値である3点を超え、交流の実感あり群の平均点が実感なし群を有意に上回っていた。つまり、入院という同じ境遇にある患者同士の交流において、交流によって患者が良い効果を得られていることが明らかとなり、交流することで有益な経験を得られていると考えられた。負の影響9項目では、「他の患者さんの病状を見て気になったことや不安になったことがある」という1つの項目において、交流の実感あり群の平均点が中間値である3

点を越えなかった。しかし、実感あり群が実感なし群より有意に高かった。齋藤の報告¹⁶⁾に、「がん化学療法を受ける患者は、同病者の状態悪化や亡くなる過程を通して揺らいだり弱ったりする気持ちや他病者とは共有できない思いという逆境的経験をしていた。この経験は、がん化学療法を受けるがん患者同士が同室になることでベネフィット・ファインディングにより肯定的側面を見出し、『心が安定し前向きになる』といった肯定的影響へと変化させた。」とある。他の患者の悪化による気持ちのゆらぎを見て気になることは避けられないかもしれないが、上述の項目が実感あり群で有意に高かったことを考えると、正の影響に転化する可能性を持つ項目であると推察された。一方で、医療者に対して「無理に交流を勧めないで欲しい」(9.2%)という意見もみられたことから、看護師は患者同士の交流において負の影響を考えながら、患者自らが選択できるような患者同士の交流のきっかけ作りをしていく必要がある。加えて、同室のみならず、入院患者同士の交流に関心をもって看護をしていく必要がある。そのような看護が、患者に交流を通じた有益な体験をもたらし、ひいては退院後の療養生活において患者の健康回復に繋がると考える。

2) 交流の良否に影響する項目について

交流による影響24項目の中で、交流の自己評価と有意な関連があった項目は4項目あった。4項目の中で影響の強い項目は、精神的支え「他の患者さんの言葉や態度に励まされたことがある」、気分転換「他の患者さんに関わる中で楽しいと感じたことがある」というピアサポートの効果の項目であった。これらから、総合病院に入院してる患者同士においても他の患者から励ましを得ることや、楽しく交流することが、患者にとって交流して良かったと感じる要因であることが示された。次に、離床時間の増加「他の患者さんに関わることで日中起きている時間が増えたことがある」という項目において有意な関連があった。この項目は独自に加えた項目であり、交流の影響として有意差をもって確認されたことから、総合病院における入院患者同士の交流の効果と解釈することができた。また、存在価値の実感「自分は何もできないと感じたことがある」の項目で有意な関連があった。この項目がなぜ交流の良否に影響を与えるのかについては、今回の結果からは考察することは難しく、今後検討していく必要があるといえる。

研究の限界

総合病院にて退院が決定した患者が対象であったため、退院が決定していない、つまり今後の見通しのたっていない患者への適応には限界がある。

結 論

交流の実感がある者は30.2%であり、交流した実感がある者の中で80.5%が交流して良かったと評価していること、入院患者同士が交流を行うことで良い効果が得られることが明らかになった。交流の実感と交流による影響では、交流の実感あり群で、正の影響全15項目において中間値の3点以上を上回り有意差がみられた。交流の実感は、女性、大部屋、入院日数15日以上、また交流の自己評価における良否は、女性、入院日数15日以上で有意に高い結果であった。交流が良かったとの評価に関連していたのは、精神的支え「他の患者の言葉や態度に励まされた」、気分転換「他の患者と関わる中で楽しいと感じた」、離床時間の増加「他の患者さんに関わることで日中起きている時間が増えたことがある」、存在価値の実感「自分は何もできないと感じたことがある」であった。

以上より、入院期間が短縮化されている総合病院の入院患者同士が、交流を実感できる働きかけ方を看護師が検討していく必要性が示された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり快く調査にご協力いただきました患者様をはじめ8施設の病院長様、看護部長様、病棟看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 川口孝泰, 阪口禎男, 田尻后子, 他: 入院患者のストレス要因に関する検討, 日本看護研究学会雑誌, 17(2), 21-29, 1994
- 2) 高畑隆: 患者会とピアサポート活動, 埼玉県立大学紀要, 14, 121-128, 2012
- 3) 山谷佳子, 小野寺敦志, 亀口憲治: がん治療後、日常生活に戻っていくがん体験者の心理とピアサポートの意義, 国際医療福祉大学学会誌, 21(1), 54-65, 2016
- 4) 小野美穂, 高山智子, 草野恵美子, 他: 病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連

- ーオストメイトを対象に，日本看護科学会誌，27(4)，23-32，2007
- 5) 川口寛介，竹内登美子，新鞍真理子，他：根治的前立腺全摘除術後の患者が排尿障害の改善を実感するまでの経験，日本看護研究学会雑誌，39(2)，53-62，2016
- 6) 茂木英美子，岡美智代：慢性閉塞性肺疾患患者の他者との関わりについてのメタデータ分析，群馬保健学紀要，35，43-51，2014
- 7) 安藤太郎：セルフヘルプにおける“同じ”経験と“違う”経験，年報社会学論集，2003(16)，212-224，2003
- 8) 宍喰雷，谷口元：病院の療養環境と入院患者の生活展開一個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究一，日本建築学会計画系論文集，70(594)，7-15，2005
- 9) 渡邊生恵，杉山敏子：一般病床患者と看護師による療養環境評価の特性，日本看護研究学会雑誌，35(5)，117-128，2012
- 10) 都留春夫：Ⅱ病者をめぐる環境と人々(1版)，病者のこころの動き，医学書院，東京，52，1975
- 11) 畠山義子，登坂有子，浦野理香：在院日数短縮化のストーリーリハビリテーションへの影響ー98施設の実態調査からー，日本ストーリーリハビリテーション学会誌，20(1)，45-50，2004
- 12) 独立行政法人統計センター：厚生労働省 平成26年患者調査の概況，[オンライン，www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/03.pdf]，11.20.2017
- 13) 石田芳子，石川千鶴子，阿部テル子：多床室における患者の間仕切りカーテン使用に対する認識と使用状況，日本看護研究学会雑誌，34(2)，151-161，2011
- 14) 荒木真壽美，米澤弘恵，石津みゑ子，他：入院患者の不安と環境認知との関連，日本看護医療学会雑誌，7(1)，57-66，2005
- 15) 牧野美也子，田中千夏，松田美里，他：個室入院患者の孤独感とその関連因子の検討，看護総合科学研究会誌，10(1)，15-29，2007
- 16) 齋藤里恵：がん化学療法を受ける患者が入院中に同室の同病者から受ける影響，日本看護学会論文集，45，34-37，2015

原 著

就労している 2 型糖尿病患者が捉える 家族支援と食事自己効力感の関係

The relationship between family support and dietary self-efficacy
perceived by working type 2 diabetes patients

北川 麻衣¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾, 堀口 智美²⁾

Mai Kitagawa¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾, Tomomi Horiguchi²⁾

¹⁾ 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

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

キーワード

2 型糖尿病, 食事療法, 就労, 家族支援, 食事自己効力感

Key words

type 2 diabetes, diet therapy, work, family support, Diabetes Mellitus Dietary Self Efficacy Scale

要 旨

本研究は、就労している 2 型糖尿病患者の自己の食事療法に対する家族からの支援の捉え方、及びそれらと食事自己効力感との関連を明らかにした。対象は同居している家族のいる就労している 2 型糖尿病患者とし、家族からの支援の捉え方は、家族支援の有無、精神的・行動的サポートなどを問う自記式質問紙、食事自己効力感は食事自己管理に対する自己効力感尺度 (DMDSES) を用いて調査を行った。その結果、100 名を分析対象とした。家族支援を受けていると捉えている者は 61 名 (61.0%) であり、サポート項目では、精神的サポート項目においてサポートを受けていると捉えている者が 60% を超えている項目が 9 項目中 4 項目、行動的サポートでは 12 項目中 5 項目であった。一方行動的サポート項目では、30% 以下の割合の項目が 3 項目あった。また、自己効力感 (75 点満点) の平均点は、 43.3 ± 14.5 点であった。自己効力感の高低群とサポートの有無を χ^2 検定した結果、精神的サポート 3 項目、行動的サポート 6 項目で有意差が認められた。

連絡先 (Corresponding author) : 稲垣 美智子

金沢大学医薬保健研究域保健学系

〒920-0942 石川県金沢市小立野 5 丁目 11 番 80 号

Abstract

This study clarified how working type 2 diabetes perceive support from their families in relation to their own dietary therapy, and the relation between this perception and dietary self-efficacy. Working people with type 2 diabetes, living with their family member(s), were surveyed regarding their perceptions of support from their family, using a self-administered questionnaire featuring questions regarding the presence or absence of family support and about the details of mental and behavioral support. They were also surveyed regarding their dietary self-efficacy using the Diabetes Mellitus Dietary Self Efficacy Scale (DMDSES). We analyzed 100 patients, of whom 61 patients (61.0%) perceived that they received family support. With reference to the support details, 4 out of 9 items regarding mental support and 5 out of 12 items regarding behavioral support showed over 60% of the valid responses indicating that the respondent perceived that they received relevant support. On the other hand, there were 3 items regarding behavioral support for which no more than 30% of the respondents perceived support. With regard to dietary self-efficacy, the average score was 43.3 ± 14.5 points, out of a maximum of 75 points. Based on a chi-square test comparing the presence or absence of family support in the low- and high-level groups for dietary self-efficacy, a significant difference was observed with respect to 3 mental support items and 6 behavioral support items.

はじめに

糖尿病の治療は、その進行防止と合併症予防のため、生活習慣を含めた生涯にわたる自己管理行動の継続が重要とされており、その中で基本となる食事療法は血糖コントロールを良好に保つには必要不可欠である。しかし、食事の自己管理行動は心理的などの内的要因、環境などの外的要因、行動の結果得ることのできた血糖コントロールの良否などの結果要因の3要因が複雑に絡み合い、相互に影響しているため、日常的に継続していくことは容易なことではないとの報告もある¹⁾。それに対し、内的要因の1つである自己効力感の重要性が言われている。既存研究では、糖尿病患者の食事療法の実施は、自己効力感が影響していることは報告されており、糖尿病患者への支援を検討していくうえで自己効力感を高めることに着目し検討されたものも多い²⁻⁴⁾。また、東海林ら⁵⁾は、食事療法は家族の食生活と密接に関連しており、食事療法を継続していく上で家族支援の重要性を報告している。また家族の支援方法として、金ら⁶⁾は、慢性疾患患者の持つ特異性から、情緒的な安定の欲求を満たす精神的サポートと具体的な態度や行動として表される行動的サポートの必要性を述べている。さらに、家族支援を受けている患者の方が患者の食事自己効力感が高く、糖尿病のコントロールも良好であるという報告²⁾もある。

その一方で、就労者は社会的役割により就労上

の人付き合いや外出が多いこと、食事を摂る時間が不規則になりがちなどの理由から食事療法を継続していくのは、より困難との報告⁷⁾もある。特に、就労している成人以降の患者においては、就労可能な能力があるがゆえに、生活習慣の確立や療養行動の自立が可能であると考えられて、患者も家族も、家族からの支援を受けることは困難あるいは必要がないと捉えていることも推察される。このことが、医療者及び家族に、どのように患者への支援をしたらよいかを分からなくさせているのではないかと考えた。しかし、就労している患者が家族からの支援を、患者自身がどのように受け止めているかについて報告されたものはない。

そこで、本研究では、就労している糖尿病患者の食事療法の捉え方、家族支援における捉え方及び食事自己管理に対する自己効力感との関係について明らかにすることを目的とした。このことが明らかとなれば、就労している2型糖尿病患者の食事療法に家族支援の捉え方を取り入れた方法の示唆を得ることが可能であると考えられた。

研究目的

本研究は、就労している糖尿病患者の食事に対する家族支援の捉え方の実態、及び捉え方と食事自己管理に対する自己効力感の関係を明らかにすることを目的とした。

用語の操作上の定義

1. 就労

雇用関係の形態を持ち、職業についていること

2. 家族

患者と同居している人

3. 家族支援

患者が捉えている家族から受けていると感じている支援のこと

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 対象者

対象者は、研究協力の得られたA県内にある6つの病院（病床数248-838床）において、調査期間中に外来受診しており、医師または看護師より紹介を受け、協力の同意が得られた2型糖尿病患者に研究依頼をした。選定基準は、同居している家族がいること、就労していること、質問紙に回答が可能であることとした。除外基準は、重度な合併症による特別な食事療法が必要であることとした。

3. データ収集期間

2015年8月-10月であった。

4. 調査方法

自記式質問紙法を用いた。

5. データ収集方法

質問紙は、診察前あるいは診察後に対象者に配布し、その場で記入を依頼、即時回収した。即時回収が困難な場合は、郵送での返送を依頼した。

6. 調査内容

質問項目は、対象特性、対象の糖尿病治療及び食事療法に係る実態3種類、家族支援の捉え方を問う2種類、食事に対する自己効力感を測定する尺度とした。食事自己効力感以外は、自作の質問内容を作成した。自作の質問項目は、2型糖尿病患者の家族支援や食事自己管理、就労に関わる文献⁴⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁻¹²⁾、厚生労働省¹³⁾が推奨する糖尿病の食事行動を参考に、糖尿病看護を専門とする教育研究者3名を含む研究者間で十分に討議し完成させた。その結果、質問紙は以下の構成となった。

1) 対象特性

(1) 基本属性

性別、年齢、従業上の地位

(2) 糖尿病関連特性

糖尿病合併症及び糖尿病以外の疾病の有無、治療法、HbA1c (NGSP)、罹病期間

2) 対象の食事療法に係る実態及び就労が食事療法に与える影響の捉え方の実態を問う項目

(1) 食事療法に係る実態

① 食事準備者

食事準備者、家族の糖尿病教育の有無

② 食事自己管理行動の評価

自分に適したカロリー摂取の有無、1日3回の規則的な食摂取の有無、バランスのとれた食摂取の有無

③ 糖尿病治療及び食事療法への姿勢

糖尿病治療への姿勢3項目、食事療法への姿勢3項目

(2) 就労が食事療法に与える影響の捉え方を問う項目

以下の7項目とし、回答は「有」、「無」の選択肢とした。

① 仕事によって食事の時間が不規則になることがある

② 職場で意思に反して間食をとらなければならない場面がある

③ 糖尿病について職場の理解がある

④ 糖尿病の治療より仕事を優先することがある

⑤ 仕事上であなたが置かれている立場が食事療法に悪い影響がある

⑥ 仕事上であなたが置かれている立場が食事療法に良い影響がある

⑦ 仕事上のストレスで食事量や内容が乱れることがある

(3) 食事療法で家族支援を受けていると捉えているかの有無とその理由

理由は、自由記載にて求めた。

3) 家族支援を受けているかの捉え方を問う項目

食事療法で家族支援を受けていると捉えている内容とし、先行研究から、下記の精神的サポート9項目、行動的サポート12項目を作成した。各項目について「当てはまる」か「当てはまらない」かの選択をする質問紙とした。

(1) 精神的サポート

① 食事療法を守っていく大変さを分かっている

② 食事療法の頑張りを認めてくれる

③ 食事療法の重要性を理解してくれる

④ 食事に関して悩みや不安を聞いてくれる

⑤ 食事療法を続けていくためにどうすればよいか一緒に考えてくれる

- ⑥ 外食するときは気を付けるよう言ってくれる
- ⑦ 仕事上の外食などの人付き合いを理解してくれる
- ⑧ 仕事と食事療法の両立の大変さを理解してくれる
- ⑨ 食事療法継続のために仕事仲間に糖尿病だと伝えるように勧めてくれる
- (2) 行動的サポート
 - ① 自分と同じ内容の食事を摂ってくれる
 - ② 自分と同じ時間帯に食事を食べるようにしてくれる
 - ③ 嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる
 - ④ カロリーを計算して食事を作ってくれる
 - ⑤ 食品交換表を用いて食事を作ってくれる
 - ⑥ あなたの栄養バランスを考えて食品を選んでもくれる
 - ⑦ 食事を身体（症状）にあった量だけ取り分けてくれる
 - ⑧ 控えた方がよい食べ物や飲み物であなたを誘惑しないようにする
 - ⑨ 一緒に外食に行くときは症状に合わせたものを選んでくれる
 - ⑩ 仕事の時間に合わせて食事を用意してくれる
 - ⑪ 仕事の際に外食をしなくてもいいように栄養バランスを考えた弁当を作ってくれる
 - ⑫ 仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた補食を持たせてくれる

4) 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感（以下、食事自己効力感とする）を測定する尺度

安酸¹⁴⁾の糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度（Diabetes Mellitus Dietary Self Efficacy Scale：以下、DMSSESとする）を用いた。この尺度は全15項目で構成され、信頼性・妥当性共に検証されており、6件法で回答を求める。「全く自信がない～とても自信がある」の各項目0～5点で採点し、合計点は0～75点の範囲を持つ。得点が高いほど食事自己効力感が高いことを示す。また、開発者に紙面にて使用許可を得た。

7. データ分析方法

1) 実態は、実数と割合を示す記述統計を用いた。自由記載については、記載のあった対象者の全回答を研究者間で討論し、キーワードを抽出後、その内容を性質で分類した。

2) 食事自己効力感と家族支援の捉え方の関係

については、食事療法で家族支援を受けているかの捉え方と食事自己効力感の関連について検討を行った。家族支援を受けているかの捉え方の各項目の「当てはまる」「当てはまらない」とDMSSESの平均値（ 43.3 ± 14.5 点）を基準に高低の2群として、Pearsonの χ^2 検定を行った。有意水準はすべて5%未満とし、統計解析にはSPSS Statistics 22.0を用いた。

8. 倫理的配慮

本研究実施にあたり、対象施設の施設長及び関係部署、関係責任者の承諾を得た。研究対象者に無記名の調査であること、研究協力は自由意思であること、データは施錠された保管庫にて厳重に管理し、研究終了後は破棄することなどを説明し、回答をもって同意を得たこととした。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号:HS27-1-1）。

結 果

調査を依頼し、協力の得られた2型糖尿病患者は、243名であった。その中で、選定基準と適合したのは、137名であった。除外基準に適合した者はいなかった。したがって、137名を本研究の対象者とした。137名のうち、127名より回答を得た（回収率92.7%）。食事療法で家族支援を受けていると捉えているかの有無に回答していない者と精神的・行動的サポートに1つも回答していない者27名を除外した100名（有効回答率78.7%）を分析対象とした。

1. 対象特性（表1）

1) 基本属性

性別は男性が84名（84.0%）、年齢は50～60歳未満32名（32.0%）、60～70歳未満31名（31.0%）と多かった。また、従業上の地位は、雇用者76名（76.0%）、自営業主23名（23.0%）であった。

2) 糖尿病関連特性

罹病期間は平均 8.6 ± 7.7 年であった。

2. 対象の食事療法に係る実態及び就労が食事療法に与える影響の捉え方の実態

1) 食事療法に係る実態（表2）

(1) 食事準備者

食事準備者は、同居者が74名（74.0%）と多かった。家族の糖尿病教育が有りの者は65名（65.0%）であった。

(2) 食事自己管理行動の評価

食事自己管理行動について問う3項目において、「有」と回答した人は約6～7割であった。

表1 対象特性

n=100

区分		n (%)
1) 基本属性		
性別	男	84 (84.0)
	女	16 (16.0)
年齢 (歳)	30-40未満	7 (7.0)
	40-50未満	15 (15.0)
	50-60未満	32 (32.0)
	60-70未満	31 (31.0)
	70以上	15 (15.0)
従業上の地位	雇用者	76 (76.0)
	自営業主	23 (23.0)
	その他	1 (1.0)
2) 糖尿病関連特性		
糖尿病合併症 (複数回答)	三大合併症	13
	その他	16
	なし	69
糖尿病以外の疾病	あり	46 (46.0)
	なし	52 (52.0)
	無回答	2 (2.0)
薬物療法※	あり	75 (75.0)
	なし	25 (25.0)
HbA1c	6.9%以下	46 (46.0)
	7.0-7.9%	33 (33.0)
	8.0%以上	11 (11.0)
	分からない及び無回答	10 (10.0)

※薬物療法：経口血糖降下薬、インスリン、リラゲルチドを含む

表2 食事療法に係る実態

n=100

項目	n (%)	
1) 食事準備者	自分	20 (20.0)
	同居者	74 (74.0)
	無回答	6 (6.0)
	家族の糖尿病教育の有無	
	有	65 (65.0)
	無	32 (32.0)
2) 食事自己管理行動の評価	有	無
	① 自分に適したカロリーを摂取の有無	60 (60.0) 40 (40.0)
	② 1日3回の規則的な食事摂取の有無	75 (75.0) 25 (25.0)
	③ バランスのとれた食事摂取の有無	67 (67.0) 33 (33.0)
3) 糖尿病治療及び食事療法への姿勢	有	無
	(1) 糖尿病治療への姿勢	
	① 今の糖尿病治療に積極的な取り組みの有無	87 (87.0) 13 (13.0)
	② 血糖コントロールができていると思うかの有無	80 (80.0) 20 (20.0)
	③ あなたは糖尿病と上手く付き合えているかの有無	89 (89.0) 10 (10.0)
	(2) 食事療法への姿勢	
	① 糖尿病治療において食事療法は必要であるかの有無	95 (95.0) 5 (5.0)
	② 血糖値が改善したときに、食事療法を続けていきたいかの有無	93 (93.0) 7 (7.0)
	③ 血糖値が悪化したときに、食事を改善しようと思うかの有無	94 (94.0) 6 (6.0)

(3) 糖尿病治療及び食事療法への姿勢

糖尿病治療及び食事療法への姿勢について問う項目において、「有」と回答した者は約8－9割であった。

2) 就労が食事療法に与えている影響の捉え方の実態(表3)

最も「有」の割合が多かった項目は、「糖尿病について職場での理解の有無」で66名(66.0%)、少なかった項目は「仕事上であなたが置かれている立場が食事療法に良い影響の有無」で32名(32.0%)であった。

3) 食事療法で家族支援を受けていると捉えているかの有無とその理由(表4)

家族支援を受けていると捉えている者は61名(61.0%)であり、受けていないと捉えている者は39名(39.0%)であった。また、60名(60.0%)から理由に関する自由記載に回答を得た。その理由は、それぞれ7つに分類された。受けていると答えた者の理由として、「食事を作る際にバランスを考慮してくれる」「食事の際に声かけをしてくれる」、受けていない者の理由として、「糖尿病を理解していない」「自分のことは自分でやっている」などが挙げられた。

3. 家族支援を受けているかの捉え方を問う項目(表5)

1) 精神的サポート

精神的サポートの項目において、当てはまるは「食事療法の重要性を分かっている」が75名(75.0%)、「食事療法を守っていく大変さを分かっている」、「仕事上の外食の付き合いを理解してくれる」が71名(71.0%)、「仕事と食事療法の両立の大変さを理解してくれる」67名(67.0%)と順に高かった。一方、その他の精神的サポート5項目は、当てはまるが50%程度であった。

2) 行動的サポート

行動サポートの項目において、当てはまるの割合は「嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる」が72名(72.0%)、「自分と同じ内容の食事を摂ってくれる」が70名(70.0%)、「仕事の時間に合わせて食事を準備してくれる」が69名(69.0%)と順に高かった。一方、「食品交換表を用いて食事を作ってくれる」、「仕事の際に外食をしなくてもいいように栄養バランスを考えた弁当を作ってくれる」、「仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた補食を持たせてくれる」の3項目では、30%以下と低かった。

4. 食事自己効力感

DMDSESの総合得点は、平均 43.3 ± 14.5 点であった。

5. 食事療法で家族支援を受けているかの捉え

表3 就労が食事療法に与えている影響の捉え方の実態

項目	n=100 n (%)		
	有	無	無回答
① 仕事によって食事の時間が不規則になることの有無	63(63.0)	36(36.0)	1(1.0)
② 職場で意思に反して間食をとらなければならない場面の有無	38(38.0)	61(61.0)	1(1.0)
③ 糖尿病について職場の理解の有無	66(66.0)	32(32.0)	2(2.0)
④ 糖尿病の治療より仕事を優先することの有無	53(53.0)	45(45.0)	2(2.0)
⑤ 仕事上であなたが置かれている立場が食事療法に悪い影響することの有無	39(39.0)	60(60.0)	1(1.0)
⑥ 仕事上であなたが置かれている立場が食事療法に良い影響することの有無	32(32.0)	66(66.0)	2(2.0)
⑦ 仕事上のストレスで食事量や内容が乱れることの有無	53(53.0)	46(46.0)	1(1.0)

表4 食事療法で家族支援を受けていると捉えている理由・捉えていない理由

n=100 n (%)	
受けていると捉えている理由	受けていないと捉えている理由
・食事を作る際にバランスを考慮してくれる。 ・食事の際に声かけをしてくれる。 ・食事を作る際に量を考慮してくれる。 ・糖尿病を理解してくれる。 ・弁当を作ってくれる。 ・体調を気にかけてくれる。 ・誘惑となるものを置かない。	・糖尿病を理解していない。 ・自分のことは自分でやっている。 ・食事内容が糖尿病である自分に合ったものとはいえない。 ・家族自身が食事に気を付ける必要があり、特別支援を受けているとはいえない。 ・自分が食事の準備をしている。 ・家族との生活リズムのずれ違い。 ・心配してくれない。

方及び食事療法の実態と食事自己効力感の関連

1) 食事療法で家族支援を受けているかの捉え方と家族支援を受けていると捉えているかの有無の関連

食事療法で家族支援を受けているかの捉え方を問う項目と家族支援を受けていると捉えているかの有無との関連において有意差が認められた。

2) 食事自己管理行動の評価と食事自己効力感の関連 (表6)

食事自己管理行動において全3項目で食事自己

効力感が高い群で「有」が多く有意差が認められた。

3) 家族支援を受けているかの捉え方と食事自己効力感の関連 (表7)

精神的サポートの項目においては9項目中、「食事に関して悩みや不安を聞いてくれる」、「食事療法継続のために仕事仲間に糖尿病だと伝えるように勧めてくれる」の2項目、行動的サポートの項目においては12項目中、「自分と同じ時間帯に食事を食べるようにしてくれる」、「カロリーを計算

表5 食事療法で家族支援を受けているかの捉え方

n=100 n (%)

項目	当てはまる	当てはまらない	無回答
精神的サポート			
① 食事療法を守っていく大変さを分かっている。	71(71.0)	28(28.0)	1(1.0)
② 食事療法の頑張りを認めてくれる。	56(56.0)	42(42.0)	2(2.0)
③ 食事療法の重要性を理解してくれる。	75(75.0)	24(24.0)	1(1.0)
④ 食事に関して悩みや不安を聞いてくれる。	51(51.0)	46(46.0)	3(3.0)
⑤ 食事療法を続けていくためにどうすればよい一緒に考えてくれる。	52(52.0)	46(46.0)	2(2.0)
⑥ 外食するときは気を付けるようにしてくれる。	55(55.0)	43(43.0)	2(2.0)
⑦ 仕事上の外食などの人付き合いを理解してくれる。	71(71.0)	22(22.0)	7(7.0)
⑧ 仕事と食事療法の両立の大変さを理解してくれる。	67(67.0)	28(28.0)	5(5.0)
⑨ 食事療法継続のために仕事仲間に糖尿病だと伝えるように勧めてくれる。	42(42.0)	53(53.0)	5(5.0)
行動的サポート			
① 自分と同じ内容の食事を摂ってくれる。	70(70.0)	29(29.0)	1(1.0)
② 自分と同じ時間帯に食事を食べるようにしてくれる。	67(67.0)	32(32.0)	1(1.0)
③ 嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる。	72(72.0)	27(27.0)	1(1.0)
④ カロリーを計算して食事を作ってくれる。	45(45.0)	54(54.0)	1(1.0)
⑤ 食品交換表を用いて食事を作ってくれる。	26(26.0)	73(73.0)	1(1.0)
⑥ あなたの栄養バランスを考えて食品を選んでもくれる。	59(59.0)	39(39.0)	2(2.0)
⑦ 食事を身体(症状)にあった量だけ取り分けてくれる。	50(50.0)	49(49.0)	1(1.0)
⑧ 控えた方がよい食べ物や飲み物であなたを誘惑しないようにする。	65(65.0)	34(34.0)	1(1.0)
⑨ 一緒に外食に行くときは症状に合わせたものを選んでくれる。	41(41.0)	58(58.0)	1(1.0)
⑩ 仕事の時間に合わせて食事を用意してくれる。	69(69.0)	24(24.0)	7(7.0)
⑪ 仕事の際に外食をしなくてもいいように栄養バランスを考えた弁当を作ってくれる。	30(30.0)	63(63.0)	7(7.0)
⑫ 仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた捕食を持たせてくれる。	25(25.0)	66(66.0)	9(9.0)

表6 食事自己管理行動の評価と食事自己効力感との関連

項目		自己効力感が高い群 (n=45)	自己効力感が低い群 (n=55)	p 値
① 自分に適したカロリーを摂取の有無	有	35	25	0.001*
	無	10	30	
② 1日3回の規則的な食事摂取の有無	有	40	35	0.004*
	無	5	20	
③ バランスのとれた食事摂取の有無	有	38	29	0.001*
	無	7	26	

χ^2 検定 *p<0.05

表7 家族支援を受けているかの捉え方と食事自己効力感の関連

項目		総数 (n=100)	自己効力感が 高い群 (n=45)	自己効力感が 低い群 (n=55)	p 値
精神的 サポート	① 食事療法を守っていく大変さを分かっている。	99	当てはまる 36 当てはまらない 9	35 19	0.095
	② 食事療法の頑張りを認めてくれる。	98	当てはまる 29 当てはまらない 15	27 27	0.113
	③ 食事療法の重要性を理解してくれる。	99	当てはまる 34 当てはまらない 11	41 13	0.966
	④ 食事に関して悩みや不安を聞いてくれる。	97	当てはまる 29 当てはまらない 15	22 31	0.017*
	⑤ 食事療法を続けていくためにどうすればよいか一緒に考えてくれる。	98	当てはまる 28 当てはまらない 16	24 30	0.058
	⑥ 外食するときは気を付けるよう言ってくれる。	98	当てはまる 28 当てはまらない 16	27 27	0.176
	⑦ 仕事上の外食などの人付き合いを理解してくれる。	93	当てはまる 36 当てはまらない 7	35 15	0.121
	⑧ 仕事と食事療法の両立の大変さを理解してくれる。	95	当てはまる 34 当てはまらない 9	33 19	0.097
	⑨ 食事療法継続のために仕事仲間に糖尿病だと伝えるように勧めてくれる。	95	当てはまる 24 当てはまらない 19	18 34	0.038*
行動的 サポート	① 自分と同じ内容の食事を摂ってくれる。	99	当てはまる 35 当てはまらない 10	35 19	0.158
	② 自分と同じ時間帯に食事を食べるようにしてくれる。	99	当てはまる 37 当てはまらない 8	30 24	0.005*
	③ 嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる。	99	当てはまる 35 当てはまらない 10	37 17	0.303
	④ カロリーを計算して食事を作ってくれる。	99	当てはまる 26 当てはまらない 19	19 35	0.025*
	⑤ 食品交換表を用いて食事を作ってくれる。	99	当てはまる 19 当てはまらない 26	7 47	0.001*
	⑥ あなたの栄養バランスを考えて食品を選んでくれる。	98	当てはまる 29 当てはまらない 16	30 23	0.429
	⑦ 食事を身体（症状）にあった量だけ取り分けてくれる。	99	当てはまる 30 当てはまらない 15	20 34	0.003*
	⑧ 控えた方がよい食べ物や飲み物であなたを誘惑しないようにする。	99	当てはまる 34 当てはまらない 11	31 23	0.058
	⑨ 一緒に外食に行くときは症状に合わせたものを選んでくれる。	99	当てはまる 26 当てはまらない 19	15 39	0.003*
	⑩ 仕事の時間に合わせて食事を用意してくれる。	93	当てはまる 33 当てはまらない 8	36 16	0.218
	⑪ 仕事の際に外食をしなくてもいいように栄養バランスを考えた弁当を作ってくれる。	93	当てはまる 15 当てはまらない 26	15 37	0.428
	⑫ 仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた補食を持たせてくれる。	91	当てはまる 15 当てはまらない 24	10 42	0.042*

χ^2 検定

*p<0.05

して食事を作ってくれる」、「食品交換表を用いて食事を作ってくれる」、「食事を身体（症状）にあった量だけ取り分けてくれる」、「一緒に外食に行くときは症状に合わせたものを選んでくれる」、「仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた補食を持たせてくれる」の6項目で、食事自己効力感が高い群の方が低い群と比較して当てはまると回答した者が多く有意差が認められた。

考 察

1. 就労者の食事療法に関する家族支援の実態
精神的サポートの中で当てはまるの割合が高かった「食事療法の重要性を理解してくれる」「仕事上の外食の付き合いを理解してくれる」の内容から推察すると、対象者の多くは家族が食事療法の大切さや就労による困難さを理解してくれていると感じていることが明らかとなった。村上ら¹⁵⁾は、家族の理解を得られないなど周囲からの孤立を感じることは自己管理を阻害すると述べており、家族支援において、家族が患者に理解を示す関わりが食事自己管理をするために重要であると考えられ、特に食事療法の重要性や働いていることを踏まえた関わり的重要性が示唆された。

行動的サポートの中で当てはまるの割合が最も高かったのは「嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる」で、家族が治療のための食事管理を心がけるだけでなく、患者の好みも考慮することで患者が食事療法をしながら食事を楽しめるように工夫がなされているものであった。次いで、割合が高かったのは、「自分と同じ内容の食事を摂ってくれる」、「仕事の時間に合わせて食事を作ってくれる」であり、この2項目は、就労によって生活リズムの異なる患者に対して家族が患者の食事に気を配る姿勢が目に見えて分かるものであり、患者も家族の配慮を認識出来るのではないかと推察された。またこれらのサポートは、患者が糖尿病でなくとも食事準備者が、患者は糖尿病と診断される前から、配慮しているため、生活を大きく変化させる必要がなく、高値を示した可能性があると考えられる。

一方で、当てはまるの割合が低い項目には、「食品交換表を用いて食事を作ってくれる」、「カロリーを計算して食事を作ってくれる」が挙げられた。これらは糖尿病の治療特有のものであり、普段の日常生活に加えて手間や労力を要するため実行や継続が難しいと考えられる。

また、家族支援を受けていると感じると答えた

者の割合は約6割であった。受けていると感じている理由には、病気を理解した上で、家族が食事内容や食事量を考慮して作ってくれることや指摘してくれること、体調を気遣ってくれるなどがあり、これらのことから患者が、日常的にサポートを受けていることが支援を感じることに繋がるとうかがえた。感じていない理由からは、食事療法は自分でしているという意識をもっていることや、糖尿病の食事療法には適さない食事内容になること、家族が糖尿病自体を理解してくれていないことが家族支援を受けていないと感じる要因となると考えられた。

2. 就労と食事自己管理行動について

本研究では、約8-9割の者が糖尿病治療及び食事療法の重要性を理解して積極的に治療に取り組んでいると感じているとの結果が得られた。しかし、それと比較し、食事自己管理行動を実施している者の割合は約6割と低い結果となった。清水ら⁷⁾は、就労している2型糖尿病患者は、家族を養う働き盛りの者であり、仕事優先の生活をしていることが考えられると述べており、本研究でも「仕事によって食事の時間が不規則になることの有無」、「仕事上のストレスで食事量や内容が乱れることがあるかの有無」の2項目に「有」と回答した者が過半数を占めるという結果が得られたことから対象者の多くは、仕事優先の生活をしていることが示唆された。このことから、就労によって食事自己管理行動が不適切になることがあり、糖尿病治療及び食事自己管理への姿勢と食事自己管理行動の実施に差がみられたと考えられた。

3. 食事自己効力感を高める家族支援について

本研究のDMDSESの総合得点は、平均 43.3 ± 14.5 点であり、教育入院をした糖尿病患者を対象とした報告¹⁶⁾での得点と比較し、低い値であった。また、女性就労者を対象とした報告¹⁷⁾と比較すると高い結果となった。このことは、DMDSESに、就労状況や性別が関係する可能性を示唆すると考える。本研究では、食事自己効力感の高い群の方が低い群より食事自己管理行動を行っていたという結果であった。これは、松田ら⁸⁾の結果と一致し、食事自己管理行動を促すうえで食事自己効力感を高めることが必要であると考えられる。食事療法で患者が家族支援を受けていると捉えている内容では、精神的サポートの方が家族から支援を受けていると捉えている者の割合が全体的に高い傾向であった。一方で、食事自己効力感と関係では、行動的サポートが精神的サポートよりも多く項目

で関連していた。金ら⁶⁾は、ソーシャルサポートにおける精神的・行動的サポートは、健康行動に対する自己効力感に影響を与えており、特に疾患に対する行動的サポートがより大きな影響を及ぼしていると報告していることは、本研究の結果を支持していると考ええる。しかし、本研究では糖尿病特有の行動的サポートの項目の中で、食事自己効力感との関連において有意であった「カロリーを計算して食事を作ってくれる」、「食品交換表を用いて食事を作ってくれる」、「食事を身体（症状）にあった量だけ取り分けてくれる」、「一緒に外食に行くときは症状に合わせたものを選んでくれる」、「仕事の際に低血糖にならないように症状に合わせた補食を持たせてくれる」は、実際にこれらのサポートを家族から支援されていると感じている者が50%以下と少ない結果が得られた。そのため、就労している糖尿病患者の自己管理を支援するには、このような行動的サポートを家族が実施できるように、医療者は、家族サポートの現状を把握し、評価すること、定期的な知識の提供等を行い、患者やその家族を援助していき患者の食事自己管理を支援していく必要性が考えられた。

研究の限界

本研究の対象の属性は就労している2型糖尿病患者の一般の分布とほぼ同じであり¹⁸⁾、集団を代表する標本と言えるが、統計的結論を出すには十分な人数とは言えない。また、本研究は勤務時間、職位等の就労状況を調査しておらず、そして罹病期間・合併症は分析の対象としていない。そのため、今後は対象者数を増やし背景を踏まえた分析が必要であると考ええる。

結 論

就労している2型糖尿病患者が食事療法で家族支援を受けていると捉えている者の割合は、約6割であった。また、就労が食事療法に与えている影響の捉え方において「糖尿病について職場での理解の有無」で「当てはまる」を選択する割合が最も高かった。食事療法で家族支援を受けていると捉えている内容では、精神的サポートの項目において、「食事療法的重要性をわかっている」で「当てはまる」を選択した割合が最も高く、ほとんどの項目で半数以上が選択していた。行動的サポートの項目において、「嗜好や症状を考えて食事を作ってくれる」で「当てはまる」を選択した割合が最も高かった。

食事療法で家族支援を受けていると捉えている内容と食事自己効力感の関連において、精神的サポートの2項目、行動的サポートの6項目に有意差が見られた。医療者は、就労している2型糖尿病患者の食事自己管理を支援するうえで、家族サポートの現状を就労していることを踏まえて把握し、評価する重要性が確認された。そして、家族サポートの内容により患者の食事自己管理に及ぼす影響が異なり、特に就労している糖尿病患者の食事自己効力感に対する支援として、行動的サポートを受けていると捉えられる関わりの必要性が示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり快く調査にご協力いただきました患者様をはじめ6病院の院長・看護部長様、外来スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 石井均：糖尿病医療学入門　こころと行動のガイドブック，医学書院，26-32，東京，2011
- 2) 鈴木千絵子：2型糖尿病患者の血糖コントロールに及ぼす家族支援と自己効力感について－患者の性別に焦点を当てて－，ヒューマンケア研究学会誌，5(1)，41-46，2013
- 3) 藤田君支，松岡緑，西田真寿美：成人糖尿病患者の食事管理に影響する要因と自己効力感，日本糖尿病教育・看護学会誌，4(1)，14-22，2000
- 4) 西尾育子：成人期2型糖尿病患者のセルフケアの促進因子に関する研究，日本糖尿病教育・看護学会誌，21(1)，19-27，2017
- 5) 東海林渉，安保英勇：食事療法に対する糖尿病患者とその家族の取り組みパターンの分類に関する予備的検討－糖尿病患者本人への調査から－，東北大学大学院教育学研究科研究年報，60(2)，243-256，2012
- 6) 金外淑，嶋田洋徳，坂野雄二：慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果，心身医学，38(5)，317-323，1998
- 7) 清水理恵，金子史代：就業している熟年期2型糖尿病患者のセルフケア能力と学習支援の関

- 係, 新潟青陵大学紀要, 8, 107-115, 2008
- 8) 松田悦子, 安酸史子, 山崎絆, 他: 2型糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感と結果予期, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 5(2), 99-111, 2001
- 9) 東海林渉, 大野美千代, 安保英勇: 糖尿病患者用サポート環境尺度の開発, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 59(1), 293-317, 2010
- 10) 矢田和誉, 横田恵子, 高間静子: 糖尿病患者のソーシャルサポート測定尺度作成の試み, 富山医科薬科大学看護学会誌, 5(1), 97-104, 2003
- 11) 安田加代子, 松岡緑, 藤田君支, 他: 糖尿病の自己管理における対人関係の困難性 困難な気持ちから肯定的な気持ちへと変化した対処行動, 日本看護科学会誌, 25(2), 28-36, 2005
- 12) 安酸史子, 川田智恵子: 食事自己管理の自己効力に関する糖尿病患者の認知と専門家の判断の比較, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(2), 96-103, 1998
- 13) 厚生労働省: 実践的指導実施者研修教材 IV 健康教育, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info03k-05.pdf>], 7.14.2015
- 14) 安酸史子: 糖尿病患者の食事自己管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究, 東京大学大学院医学研究科博士論文, 1997
- 15) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子: 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38, 2009
- 16) 住吉和子, 安酸史子, 山崎絆, 他: 糖尿病患者の食事の実行度と自己効力, 治療満足度の縦断的研究, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(1), 23-31, 2000
- 17) 桑木由美子, 簗持知恵子: 2型糖尿病に罹患した女性就労者の食事自己管理行動とその影響要因の関連, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 117-123, 2012
- 18) 労働者健康福祉機構: 平成25年「治療と就労の両立・職場復帰支援(糖尿病)の研究・開発, 普及」研究報告書, [オンライン, <http://www.research.johas.go.jp/booklet/pdf/2nd/12-2.pdf>], 7.5.2018

原 著

2 型糖尿病患者のセルフケア行動 自己評価質問票の作成

Development of the self-assessment questionnaire for
self-care behavior of adults with Type 2 Diabetes

浅田 優也, 稲垣 美智子, 多崎 恵子, 堀口 智美

Yuya Asada, Michiko Inagaki, Keiko Tasaki, Tomomi Horiguchi

金沢大学医薬保健研究域保健学系

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

キーワード

2 型糖尿病, セルフケア, 自己評価, 質問票

Key words

type 2 diabetes, self-care, self-assessment, questionnaire

要 旨

【目的】本研究の目的は、自身のもっている知識を基に思考・判断した上で、実施したセルフケア行動について問うことのできる『2 型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』を作成し、その活用可能性を検証することである。

【方法】質的に抽出された原案を基に質問票の精選を行った。2 型糖尿病患者190名を対象に無記名自記式調査を実施し、本質問票の活用可能性の検証を行った。統計分析にはI-T相関分析およびSpearmanの順位相関係数を用いた。

【結果】I-T相関係数について、基準とされる0.3を下回る項目はみられなかった。本研究にて作成した質問票と現在のHbA1cおよび半年間の平均のHbA1cとの間に負の相関関係がみられた ($r=-0.159$, -0.138)。最終的に7 領域7 項目から成る質問票が導き出された。

【結論】『2 型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』における活用可能性を示すことができた。

連絡先 (Corresponding author) : 稲垣 美智子
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野 5 丁目11番80号

Abstract

Objective : The purposes of this study were to develop “the self-assessment questionnaire for self-care behavior of adults with type 2 diabetes” that asks questions about self-care on own knowledge-based thinking and judgment, and the associated behavior, and to verify the possibility of using.

Methods : The questionnaire was selected carefully based on drafts that were qualitatively extracted. 190 patients with type 2 diabetes completed an anonymous self-report questionnaire and we examined the possible use of this questionnaire. I-T correlation analysis and Spearman's rank correlation coefficient were used in statistical analysis.

Results : There were no items below the standard value of 0.3 for the I-T correlation coefficient. A negative correlation was found between the questionnaire developed in the study and the current HbA1c and the average HbA1c from half a year ago to the survey date ($r = -0.159, -0.138$). Finally, the questionnaire consisted of seven areas from which seven items were derived.

Conclusion : In the self-assessment questionnaire for self-care behavior of adults with type 2 diabetes, we certified the possibility of using.

はじめに

2型糖尿病患者は、食事・運動・薬物療法を3本柱として療養生活を営んでいる。加えて、フットケアや口腔ケアなどの感染予防行動も重要となる。患者にとっては、薬物療法以外は日常生活そのものが治療や併発症の予防行動となる。そのため、患者は自分が置かれた環境を含む生活全体を調整し、セルフケア行動を実施することが必要であり、それを支援することの重要性が糖尿病診療ガイドラインにも示されている¹⁾。その一方で、セルフケア行動を継続することの困難さについての報告も様々みられる²⁾³⁾。糖尿病看護の分野では、このような困難を患者が乗り越えるための方法を探求し、重症化予防を目的としたセルフケア行動の獲得を目指した2型糖尿病患者への教育的介入がなされてきた。そして、介入の評価にはHbA1cや行動変容ステージ、自己効力感などの変化が用いられてきた⁴⁾⁵⁾。しかし、これらは介入による最終結果としての評価であり、その結果を導いたであろうセルフケア行動そのものの変化は把握できない。

患者が血糖コントロールのためにとるべき行動をとっているか否かを評価するために、作成された尺度としてはJ-SDSCA⁶⁾やセルフケア実践度測定尺度⁷⁾などがある。これらの尺度は、食事療法や運動療法、薬物療法などの療養行動の遵守度に主眼が置かれているものである。しかし、2型糖尿病患者のセルフケア行動とは、療養行動の遵守というより、それらの行動を普段の生活の中に取り入れていく上で行う方法の工夫、選択などの行為を患者が主体となって決定していく、つま

りセルフマネジメントの要素も含んだものであると考える。また、私たちは療養指導を行う中で、セルフマネジメント、つまり療養行動を遵守し、その効果を自身で評価し、実行可能な行動を獲得していくための工夫をしている姿に出会ってきた。米国糖尿病教育者協会（以下：AADE）は、糖尿病患者のセルフマネジメントに着眼した7つのセルフケア行動⁸⁾の項目を提唱している。7つのセルフケア行動とは、体を動かす習慣、健康的な食習慣、セルフモニタリング、薬物療法、問題解決（高血糖、低血糖、シックデイの対処）、ストレスへの対処（コーピング）、合併症やリスクの軽減（禁煙やフットケア、定期的な眼科受診など）である。この項目は世界各国のガイドライン作成に使用されるなど糖尿病ケアの基本となっており、2型糖尿病患者のセルフケアにおいて重要な内容であると考えられる。

本研究は、AADEが提唱した7つのセルフケア行動の項目に着目し、血糖コントロールに関連するセルフケア行動について、自身のもっている知識を基に思考・判断した上で実施した行動を患者が自己評価できる『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の活用可能性を検証することを目的とした。

研究方法

本研究は、1.『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の原案作成、2.『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の項目の一貫性・整合性の確認、血糖コントロール指標との関連の確認という手順を踏み、実施した。

以下、手順に沿って詳細の説明を行っていく。

1. 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の原案作成

1) 原案項目の抽出

原案作成のための第一段階として、私達が作成した「生活について知るための質問項目：行動をアセスメントするための項目」⁹⁾から10項目の抽出を行った。これらの項目はAADEの示した7つのセルフケア行動⁸⁾の内容を網羅しているものであり、この項目を原案項目の基にすることで、AADEの提唱した重要とされるセルフケア行動に着目した内容の質問項目を見出せると考えた。また、これらの項目は、私達が糖尿病教育入院プログラムのアウトカムに活用していたものであり、食事療法や運動療法など糖尿病患者にとって望ましい療養行動として考えられた7領域26項目から成る項目より精選されたものである。項目の精選は、51名の2型糖尿病患者を対象に教育入院時と介入後である1年以上経過した時の26項目の得点およびHbA1cの変化を調査した結果より、有効であると考えられた項目を抽出する方法で行った。これらの項目は、血糖コントロールを“優”“良”“可”“不可”で分類した4群間の、質問項目毎の平均点の差異を確認することで抽出を行った。以上の手順を踏み、本研究では原案作成のための第一段階として、表1に示した7領域10項目を抽出した。

2) 質問票原案の作成

次に、抽出された7領域10項目の質問項目について表現内容および質問項目としての適切性の検

討を行った。本質問票には、2型糖尿病患者のセルフケア行動において必須事項であると考ええるAADEの提唱した7つのセルフケア行動の要素が含まれている。よって本研究では、2型糖尿病患者はこれらの行動について各々程度の違いはあれど、何らかの知識をもっており、その知識を基に思考・判断した上で行動を決めていると仮定している。表現内容については、この要素を含んでいるかという視点を基に、糖尿病看護の実践経験のある看護師4名で検討した。適切性については、前述した原案項目の抽出で実施した51名を対象としたHbA1cの調査結果を基に、各項目が血糖コントロールに影響を及ぼしたと評価できるかという視点で検討した。

検討を行った結果、「定期的に受診する」、「日常生活による血糖の変動を測定・記録し、振り返りに役立てる」、「低血糖が頻発する時や、高血糖が改善しない時は、医師に相談する」、「自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行する」、「体調にあわせて運動量を工夫し、雨天時にも運動する」の5項目について、除外もしくは表現の修正、統合を行う必要性が考えられた。下記に検討した内容の詳細を示す。

除外が必要だった項目は、「定期的に受診する」の項目であった。この項目は、血糖コントロールの良否に関わらず、どの群も得点の高い傾向にあり、分布に偏りのあることが推測された。この理由として、糖尿病患者の治療中断率は約13%との報告があり¹⁰⁾、通院治療を行っている糖尿病患者の受診率は血糖コントロールの良否に関わらず

表1 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』原案 10項目

- | |
|---------------------------------|
| 1. 運動療法 |
| ・自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行する |
| ・体調にあわせて運動量を工夫し、雨天時にも運動する |
| 2. 食事療法 |
| ・ほぼ満足して食事をする |
| 3. 自己血糖測定 |
| ・日常生活による血糖の変動を測定・記録し、振り返りに役立てる |
| 4. 体重測定 |
| ・体重の増減について1か月を目途に評価し、対策を立てる |
| 5. 注射あるいは服薬 |
| ・低血糖が頻発する時や、高血糖が改善しない時は、医師に相談する |
| 6. シックデイと対処 |
| ・シックデイ時には、それに応じた対処をとる |
| 7. 受診 |
| ・定期的に受診する |
| ・受診結果を家族と共有する |
| ・受診時に医療者に相談して問題解決を図る |

低くないことが関係していると考えられた。そのため、定期受診の有無のみを問う形ではセルフケア行動の良否を判断することは難しいと考え、質問項目から除外した。

次に、分布に偏りがあり除外が必要と考えたが、本質問票の項目として重要であると考え、そのまま、あるいは表現を変更し、残すことにした項目は、「日常生活による血糖の変動を測定・記録し、振り返りに役立てる」と「低血糖が頻発する時や、高血糖が改善しない時は、医師に相談する」の項目であった。「日常生活による血糖の変動を測定・記録し、振り返りに役立てる」は、血糖コントロール“優”の群のみ得点が低かった。この理由として、血糖コントロールが良好である患者は血糖値の変動が少なく、測定や記録をしてまでその変動を振り返る必要性がないため、結果として血糖コントロールの不良な群よりも点数が低くなったことが考えられた。しかし、糖尿病患者の約4～5人に1人がインスリンなどの注射薬を使用している実態¹¹⁾が報告されていることより、血糖コントロールの良否に関わらず、血糖の振り返りを行うことはセルフケア行動として必要な項目であると考え、質問項目として残すこととした。また、治療法によっては、受診時の血糖値のみ記録している患者もいることを鑑み、日々の血糖値および受診時の血糖値の双方について問うことのできる内容に修正した。そして、「低血糖が頻発する時や、高血糖が改善しない時は、医師に相談する」の項目もコントロール“優”の群のみ得点が低かった。

血糖コントロールが良好であれば高血糖・低血糖の頻度が少ないため、相談する機会が少ないために得点が低くなったことが考えられた。よって、低血糖・高血糖のみに相談の理由を絞らない形にし、「受診時に医療者に相談して問題解決を図る」の項目に統合することができないのではないかと考えた。加えて、相談する対象には看護師が含まれることも考慮し、「何か問題のある時（低血糖の頻発や高血糖の持続など）は、受診時に医師や看護師に相談し、問題解決を図る」という内容を問うことのできる質問項目として残すこととした。

最後に、分布に偏りがあり除外が必要と考えたが、セルフケア行動として重要であると考え、項目を1つに踏襲して残すことにした項目は、「自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行する」、「体調にあわせて運動量を工夫し、雨天時にも運動する」の2項目であった。これらの項目は、血糖コントロール状態に関わらず、どの群も得点の低い傾向にあった。運動療法については先行研究によりその実施率は50%ほどであることが示されており¹²⁾、その遂行が難しいために全体的に得点が低い傾向になったことが考えられた。しかし、運動療法は糖尿病治療の3本柱の1つであり、セルフケア行動において重要な項目のため残す必要があると考え、質問項目として残すこととした。表現内容について、一方の表現は実施に影響する要因を体調と天候に限定しているものであったが、体調・天候以外にも様々な要因を鑑みて自身に合った運動の内容や量を考えることが重

表2 表面妥当性を経た『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』

質問項目	当てはまらない	あまり当てはまらない	どちらでもない	やや当てはまる	当てはまる
1. 運動療法：自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行している	1	2	3	4	5
2. 食事療法：ほぼ満足して食事を行っている	1	2	3	4	5
3. 自己血糖測定：毎日の血糖もしくは受診時の血糖を記録し、振り返りに役立てている	1	2	3	4	5
4. 体重測定：体重の増減について1ヵ月を目途に評価し、対策を立てている	1	2	3	4	5
5. 注射あるいは服薬：何か問題のある時（低血糖の頻発や高血糖の持続など）は、受診時に医師や看護師に相談し、問題解決を図っている	1	2	3	4	5
6. シックデイと対処：体調の悪い時（熱が出る、食事がとれない、下痢になるなど）には、症状に応じた対処をとっている	1	2	3	4	5
7. 受診：受診結果を家族と共有している	1	2	3	4	5

要であると考え、「自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行している」の項目に踏襲する形とした。全ての項目について、現在も行っているかどうかを問われていることが分かるよう、語尾を「～している」という問い方に統一した。

以上の手順を踏んで、計7領域7項目が原案の最終項目となった。回答は、「1：当てはまらない」から「5：当てはまる」の5件法とし、最も当てはまると考える数字を選択する形とした。得点は7点から35点であり、点数が高いほどセルフケア行動の自己評価が高いと判定する質問票とした。以上の手順を踏み、表2に示す『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の原案が作成された。

2) 調査期間

平成26年7月から平成27年3月に調査を行った。

3) 研究対象および調査施設

(1) 対象基準、除外基準

研究対象者は40歳から75歳までの糖尿病患者で、外来通院および糖尿病治療を継続している人とした。対象年齢については、40代より2型糖尿病の発症者が増え始めることと、75歳以上は後期高齢者と区分されており、セルフケアにおける個人差が大きくなる可能性を鑑みて、この年代に設定した。除外基準は、高度な合併症として、糖尿病性網膜症福田分類B以上、糖尿病性腎症Ⅲ期以上の合併症やその他の心血管系、運動器系の疾患を有する人とした。これらの合併症がある場合、糖尿病以外の管理によるセルフケアも必要と考えられたため、本研究の対象から除外した。

(2) 調査施設およびデータ収集方法

代謝内科の外来を設けている県内の病床数200床以上の施設にて、外来担当医師もしくは外来看護師に対象の基準および除外基準を説明し、基準を満たす対象の紹介を受けた。紹介を受けた対象に研究の趣旨および倫理的な配慮について説明し、同意を得られた後に調査用紙を手渡し、研究への参加とした。基本属性、血糖コントロール指標におけるデータ収集について診療録の閲覧を行うことも含めて説明し、同意の取得を行った。調査用紙への回答は無記名自記式で行っていただき、回答終了後にその場で調査用紙の回収を行った。その場での回答が難しい場合には返信用封筒を渡し、返送の依頼を行った。回答内容および診療録から得たデータと回答者の連結を防ぐために、IDと回答者名は別の用紙に記載し、各用紙は鍵のかかる別々の場所に保管した。

4) 調査項目

(1) 基本属性

性別、年齢、糖尿病歴については、対象者より情報の収集を行った。治療情報（実施している治療法、服薬の内容）、合併症およびその他の疾患については、診療録より情報の収集を行った。

(2) 血糖コントロール指標

血糖コントロール指標として調査実施から遡って半年分の血糖値およびHbA1cについて診療録より情報の収集を行った。

(3) 2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票

原案作成までの手順を踏み、内容を精選した7項目を用いた。回答は、直近1、2か月ほどの生活を思い返してもらい、最も当てはまると思う数値を選択してもらう形で行ってもらった。

5) データ分析方法

データ分析はExcel 2016およびSPSS Statistics 25.0を使用し、本質問票の活用可能性について確認するために、下記の内容の分析を行った。

(1) 本質問票における項目間の一貫性・整合性の確認

原案7項目についてI-T相関係数の確認を行った。I-T相関係数とは、個々の項目の得点と項目全体の得点の相関を分析し、項目の一貫性・整合性を確認することで信頼性を示すものである。0.3以上の相関があることを基準とした。

(2) 本質問票の得点と血糖コントロール指標との関連の確認

糖尿病の臨床学的指標となる血糖値及びHbA1cとの相関分析を行った。分析にはSpearmanの順位相関係数を用い、有意水準は0.05未満とした。血糖コントロールの指標には、短期的なコントロール状況を示すものとして現在の血糖値およびHbA1c（調査日から最も近い日に測定した値）を、中期的な血糖コントロール状況を示すものとして半年間の血糖値およびHbA1cから算出した平均値を用いて、統計分析を行った。

6) 倫理的配慮

(1) 説明と同意

下記の内容について依頼文書および口頭にて対象者に説明を行い、同意を得た上で調査を行った。

- ① 研究の趣旨・方法について
- ② 研究への不参加により、今後の治療に影響はないことについて
- ③ 匿名性でのデータの扱いについて
- ④ 個人情報の厳守について

⑤ 研究以外にデータを用いないことについて

⑥ 研究終了後のデータの破棄について

(2) 倫理的保証

本研究は、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受け行った。(承認番号：527-1)

結 果

1. 対象について

調査は計4施設で行い、調査対象者は190名であった。男性が多く、年代は60代、HbA1cは7.0以上8.0未満、罹病期間は10年未満、治療法は内服とインスリンを併用している者が多かった。概要を表3に示す。

2. 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』質問項目のI-T相関係数

I-T相関係数について基準となる0.3を下回る項目はなかった(表4)。

3. 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の得点と血糖値・HbA1cとの相関

表3 対象の基本属性

N=190

項目	項目の分類内容	n
性別	男性	137
	女性	53
年代	40代	8
	50代	53
	60代	81
	70代	48
HbA1c	7.0未満	72
	7.0以上8.0未満	80
	8.0以上	38
受療期間	10年未満	86
	10年以上20年未満	49
	20年以上	51
	不明	4
治療法	内服薬のみ使用	23
	インスリンのみ使用	6
	内服・インスリン併用	84
	食事・運動療法のみ	77

表4 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』 質問項目のI-T相関係数

項目名	I-T 相関係数 (r)
自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行している	0.636
ほぼ満足して食事を行っている	0.301
毎日の血糖もしくは受診時の血糖を記録し、振り返りに役立てている	0.669
体重の増減について1ヵ月を目途に評価し、対策を立てている	0.696
何か問題のある時(低血糖の頻発や高血糖の持続など)は、受診時に医師や看護師に相談し、問題解決を図っている	0.681
体調の悪い時(熱が出る、食事がとれない、下痢になるなど)には、症状に応じた対処をとっている	0.567
受診結果を家族と共有している	0.533

表5 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の得点と血糖値・HbA1cとの相関

セルフケア行動 自己評価得点	血糖値 (現在)	血糖値 (平均)	HbA1c (現在)	HbA1c (平均)
セルフケア行動 自己評価得点	-.106	-.041	-.159*	-.138*
血糖値(現在)		.842**	.490**	.448**
血糖値(平均)			.516**	.504**
HbA1c(現在)				.936**
HbA1c(平均)				

* 有意水準.05で有意な相関関係あり ** 有意水準.01で有意な相関関係あり

セルフケア行動自己評価得点と現在および平均血糖値の間には負の相関関係がみられたが有意な関係ではなかった ($r=-.106$ 、 $-.041$)。一方、現在および平均HbA1cの間にはどちらにも有意な負の相関関係 ($r=-.159$ 、 $-.138$) がみられた (表5)。

考 察

1. 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の活用可能性について

I-T相関係数とは内容の一貫性の確認を行えるものであり、測定用具を作成する上で測定誤差となりうる項目抽出の偏りを査定する方法として用いられているものであるといわれている¹³⁾。本研究にて作成した質問票の質問項目において、I-T相関係数が0.3を下回る項目はみられなかった。このことより、作成された項目は糖尿病患者のセルフケア行動の自己評価を捉えるための項目として、整合性のとれている、一貫された内容であると考ええる。

そして血糖コントロール指標との関連において、本研究にて作成した質問票の得点と糖尿病の臨床学的指標の1つであるHbA1cとの間に、弱い傾向ではあるが有意な負の相関関係があることを明らかにすることもできた。このことより、因果関係までは本研究では示すことはできないが、本質問票の総合得点と血糖コントロールとの間には、望ましい関連のある可能性を示すことができたと考ええる。加えて、半年間のHbA1cの平均値との間にも同様の相関関係を見出すことができたことから、中期的な血糖コントロールを鑑みた場合であっても望ましい関連のある可能性を示すことができたことも重要な知見であると考ええる。

また、これまで開発された尺度においてHbA1cと負の相関関係を見出せたものは少なく、関係を見出せた尺度としてIDSCA¹⁴⁾が挙げられるが、本研究で作成した質問票よりも質問数は多い。7項目という少ない項目数であっても、HbA1cとの間に有意な負の相関関係を見出せたことも重要な知見であると考ええる。

さらに、先行研究において血糖コントロールが安定している患者は、これまでに得た情報や自身の体験から自分なりの目安をもつことや、HbA1cや身体症状から自身の療養行動を振り返ることができていることが示されている¹⁵⁾。本研究に用いた質問項目は血糖モニタリングや自身の運動量の目安の設定などに関する項目が含まれており、先行研究と合致する内容が含まれていると考ええる。

以上のことより、本質問票の項目は血糖コントロールに関係する可能性と、実際の療養行動としても望ましいと考えられる内容を反映している項目であることが示され、療養指導を行う際にセルフケア行動を確認するための1つの指標としての本質問票の活用可能性を示すことができたと考ええる。

2. 『2型糖尿病患者のセルフケア行動自己評価質問票』の特徴について

慢性疾患におけるセルフマネジメントにおいて患者は、疾患に関する知識・技術を身につけ、その上で様々な問題に自身で対処し、治療を生活に取り入れていけるようになることが重要であることが示されている¹⁶⁾。つまり、糖尿病患者は得た知識や技術をどのように活用すべきか自身で考え、それを生活の中で実施し、効果を評価し、自身の生活に合った術を見出すことが求められていると言える。そのため、看護師は患者がどのような思考をもち、苦慮し、工夫して生活しているのかを理解することが求められると考える。これまで、セルフケア行動を確認するための尺度として作成されたものはあるものの、望ましいとされるセルフケア行動をどの程度行っているかは詳細に分かるが、自己対処や工夫への意識を問う内容は含まれていないものや⁶⁾⁷⁾、そのような内容が含まれていたとしても項目数が50項目以上と多いもの¹⁴⁾であった。

本研究に用いた質問項目は、自身のもっている知識を基に思考・判断した上で実施した行動に対する自己の評価について問うことのできる項目である。例えば、「自分に適した運動の内容や量を理解し、それを実行している」の項目では、患者が自分に適した運動の内容を知り、その運動が実行可能であるかの判断が必要であること、そして、その思考に基づいた判断によって、行おうと決めた運動を実行しているかについての評価を問うことができる。このように、セルフケアについて思考と行動の両側面を統合して聞くことができるという点で本質問票は新規性があると考ええる。さらに、項目数が7項目と少ないため、現在のセルフケア行動について端的に確認することもできると考える。以上のことより、療養指導の場にてセルフケア行動を確認するための1つの指標として、本質問票は新規性のあるものであると考ええる。

3. 本研究の限界

本研究では、作成した質問票の得点と血糖値およびHbA1cとの関連のみの確認に留まっている。

今後は、セルフケア行動を問うことのできる別の尺度、もしくは自己効力感を測定することのできる尺度など関連すると考えられる既存の尺度との相関関係を明らかにし、質問票としての妥当性を示していく必要があると考える。

ま と め

2型糖尿病患者がセルフケア行動を自己評価するための項目として、セルフマネジメントにおいて重要と考えられる思考・判断と行動の両側面を統合して聞くことができる新規性の高い質問項目を作成することができた。さらに、7項目と項目数が少なく、糖尿病の臨床学的指標の一つであるHbA1cとの相関についても確認することができたことより、その活用可能性を示すことができた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、御時間を割き貴重なデータを提供していただいた参加者の皆様、調査に御協力くださいました病院関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 日本糖尿病学会：糖尿病の療養指導・患者教育，日本糖尿病学会編，科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013，南江堂，295－299，東京，2013
- 2) 小黒あかね，中村綾子，高瀬佳緒里，他：2型糖尿病患者が自己管理を継続するための指導の検討，日本看護学会論文集（慢性期看護），46，50－53，2016
- 3) 石井千有季，山田和子，森岡郁晴：教育入院後に再入院した2型糖尿病患者の特徴と再入院に至る要因，日本看護研究学会雑誌，35(4)，25－35，2012
- 4) 高見知世子，森山美知子，中野真寿美，他：セルフマネジメントスキルの獲得を目的とした2型糖尿病疾病管理プログラムの開発過程と試行の効果，日本看護科学会誌，28(3)，59－68，2008
- 5) 大塚歩，西山陽子，星山弘子，他：患者目標を組み込んだ糖尿病教育入院パスの評価，日本クリニカルパス学会誌，15(1)，21－25，2013
- 6) 大徳真珠子，本田育美，奥宮暁子，他：セルフケア行動評価尺度SDSCA（The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure）の日本人糖尿病患者における妥当性および信頼性の検討，糖尿病，49(1)，1－9，2006
- 7) 高間静子，横田恵子，新谷恵子，他：糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度の作成，富山医科薬科大学看護学会誌，4(1)，61－67，2001
- 8) 荒木栄一，植木浩二郎：患者教育のエビデンス，大橋健，ヴィジュアル 糖尿病臨床のすべて 糖尿病予防と治療のエビデンス，中山書店，208－210，東京，2012
- 9) 稲垣美智子，多崎恵子，村角直子，他：糖尿病自己管理のアウトカム指標（Ⅱ）－ナショナルスタンダードに向けた日本での取り組み－糖尿病教育アウトカム指標開発のプロセス，看護研究，37(7)，37－46，2004
- 10) 厚生労働省：糖尿病に関する医療サービス，[オンライン，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5a.html>] 平成19年国民健康・栄養調査結果の概要，11.26.2018
- 11) 糖尿病データマネジメント研究会：2型糖尿病の治療法の変化 [オンライン，<http://jddm.jp/data/index-2017.html>]，基礎集計資料（2017年度），4.26.2019
- 12) 荒川聡美，渡邊智之，曾根博仁，他：糖尿病診療における食事療法・運動療法の現状－糖尿病患者の全国調査集計成績－，糖尿病，58(4)，265－278，2015
- 13) D.F.ポーリット，C.T.ベック：データの質と評価，近藤潤子監訳，看護研究 原理と方法 第2版，医学書院，430－436，東京，2010
- 14) 清水安子，内海香子，麻生佳愛，他：糖尿病セルフケア能力測定ツール（修正版）の信頼性・妥当性の検討，日本糖尿病教育・看護学会誌，15(2)，118－127，2011
- 15) 古川佳子，辻あさみ，鈴木幸子：血糖コントロールが安定している2型糖尿病患者の自己管理に影響した体験，日本医学看護学教育学会誌，22，49－55，2013
- 16) 鈴木久美，野澤明子，森一恵：慢性疾患を有する人に対する看護の役割，鈴木久美，成人看護学 慢性期看護 改訂版第2版，南江堂，29，東京，2015

研究報告

非肥満の睡眠時無呼吸症候群（SAS）患者における 持続気道陽圧（CPAP）療法の導入から 継続に至るプロセス

The process of continuous positive airway pressure (CPAP) therapy from
introduction to continuation in patients with non-obese sleep
apnea syndrome (SAS)

加藤 千夏¹⁾, 稲垣 美智子²⁾, 多崎 恵子²⁾

Chinatsu Kato¹⁾, Michiko Inagaki²⁾, Keiko Tasaki²⁾

¹⁾ 公立小松大学保健医療学部看護学科, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Komatsu University

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

キーワード

睡眠時無呼吸症候群, 持続気道陽圧（CPAP）療法, 非肥満, アドヒアランス

Key words

sleep apnea syndrome, continuous positive airway pressure (CPAP) therapy, non-obese, adherence

要 旨

持続気道陽圧（CPAP）療法を行っている非肥満の睡眠時無呼吸症候群（SAS）患者12名に、CPAPの導入から継続に至るプロセスを明らかにする目的で、半構成的面接を実施し、質的帰納的に分析を行った。

その結果、《自分にはCPAPしかないという選択》をコアカテゴリーとし、【まさかという驚き】【意識できないがゆえの不気味さ】【思い当たる節の存在】【CPAPの効果を実感】【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】【見えないゴールゆえに揺らぐ心】【CPAPなしでは保障されない命と安心】【治療法の発展への希望】【CPAPをきっかけとした健康増進行動】のカテゴリーが見出された。

非肥満のSAS患者は、医療者からの指導や援助といった外発的動機づけによってCPAPを継続し、やがて、CPAPを継続することの自分にとっての意味づけを行っていた。そのため、外発的動機づけから内発的動機づけへの移行を促進する支援の必要性が示唆された。

連絡先：加藤 千夏

公立小松大学保健医療学部看護学科

〒923-0961 石川県小松市向本折町へ14番地 1

はじめに

睡眠時無呼吸症候群（Sleep Apnea Syndrome：以下、SAS）は、居眠りによる重大事故という社会的問題を契機に着目されるようになったが、医学的には、循環器疾患や高血圧、脳血管障害の発症や進展に大きな影響を与える疾患として注目されており、日本循環器学会および日本高血圧学会においては、睡眠時無呼吸を含めた睡眠呼吸障害の診断と治療の指針となるガイドライン^{1) 2)}を作成するに至っている。

SAS治療の第一選択は、持続気道陽圧（Continuous Positive Airway Pressure：以下、CPAP）療法であり、対症療法ではあるが、現時点では最良の治療手段である³⁾。しかし、患者にとっては、毎晩、マスクを装着して就寝しなければならず、その煩わしさや不快感からCPAPの使用に抵抗を示す患者も少なくない。実際、CPAPの継続率は60～80%ぐらいといわれており、治療の継続（アドヒアランス）の難しさが大きな問題となっている⁴⁾。

日本では1998年に保険適応となって以降、CPAP機器の改良は著しく、自動化や軽量・小型化され携帯にも便利となり、鼻マスクなどのインターフェイスも日々改良されている⁵⁾。一方で、赤柴⁶⁾はCPAPのアドヒアランスを高めるためには、機器の改良だけでなく、きめ細かな患者対策が必要であることを指摘している。そこで、古川⁷⁾は、SAS患者の心理とCPAP療養行動に着目し、特にCPAP導入時の患者心理は、表面的には疾患を楽観視しているように見えるが、その根底では患者自身も気がつかない不安を抱えていることを明らかにした。そして、CPAP療養行動が難航する要因は疾患の楽観視であると捉え、CPAP導入早期から疾患・症状に対する知識提供と動機づけへの看護支援や教育の必要性を唱えている。

教育方法の一つとして欧米においては、CPAP療法のアドヒアランスを高めるために動機づけ面接法を用いる⁸⁾などの心理的側面からの介入方法が注目されているが、日本でのSAS患者への認知行動療法などの教育を導入している医療機関は少ないのが現状である⁹⁾。SAS患者の心理的側面の研究は、日本においては、まだ歴史が浅く、明らかになっていないことが多いと言える。

そのような背景にある臨床の場において看護師は、CPAP療法の継続への働きかけに、体重の減量を勧めている。それは、肥満に関連する多くの因子がSAS発症に関与していることに加え、患者

に先の見通しを示しながらCPAP療法の継続へのモチベーションを保ってもらうことが目的である。実際に患者は「いつまでCPAPを続けなければならないのか」「一生続けなければならないのか」と尋ねてくることが多い。そのような患者に対し、看護師は「痩せればCPAPを卒業できる」と答えている。

しかし、欧米のSAS患者の9割以上が著明な肥満を伴っているのに対し、日本人のSAS患者における肥満症の割合は7割くらいといわれており、約3割は肥満ではないことがわかってきた¹⁰⁾。欧米と日本のSAS患者のこの違いは、日本人特有の小顎、下顎後退といった顎顔面形態の特徴からくるものであり、肥満でなくても、わずかな体重増加で容易にSASになりやすいためであるといわれている^{11) 12)}。また、形態学的異常以外にも、加齢や飲酒による上気道筋肉群の弛緩といった機能的異常¹³⁾、閉経¹⁴⁾といった要因も関与していることが指摘されており、肥満だけがSASの原因ではないということが周知されるようになってきている。

このことは日本におけるSAS患者の約3割にあたる非肥満のSAS患者には、痩せればCPAPを卒業できるという先の見通しを示すことができないということを意味していると考えられる。しかし非肥満のSAS患者へのケアに特化した報告はほとんどない。先行研究において前述した古川⁷⁾は、CPAP療法導入時の患者心理を調査するために面接を行い、KJ法にて分析を行っているが、非肥満には着眼していない。また、前述した欧米での動機づけ面接法⁸⁾においても肥満度には触れていない。日本においても海外においてもCPAP療法のアドヒアランスに関する研究の対象者の平均Body Mass Index（以下、BMI）は25kg/m²以上であり、非肥満に特化した研究は見当たらない。

そこで本研究は、日本における非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続できるよう支援するための看護の方向性を見出すために、CPAP療法を継続できている非肥満のSAS患者の導入から継続に至るプロセスを質的に明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究では、「CPAP療法を継続する」ということを、「1年以上CPAP療法を継続し、CPAP専門外来に定期通院している」と定義する。CPAP療法の継続期間を1年以上とした理由は、1年以

上継続すると中止率は低くなる¹⁵⁾という報告があるためである。

2. 研究デザイン

本研究では、非肥満のSAS患者のCPAP療法導入から継続に至るプロセスを明らかにするために半構成的面接手法を用いた質的記述的研究を実施した。

3. 研究参加者

A病院のCPAP外来に通院中で、CPAP導入時のBMIが25kg/m²未満であり、CPAP療法を1年以上継続しているSAS患者を対象とした。

4. データ収集方法

面接は2012年4月から9月までの間に、病院内に確保したスペースにて実施し、質問について自由に語る形式で行った。面接内容は参加者に承諾を得て、ICレコーダーで録音した。面接は、インタビューガイドに沿って行い、「CPAP療法が必要であると言われたきっかけは何でしたか、そのとき、どのように感じましたか」「現在、CPAP療法にどのように取り組んでいますか」「取り組み方は、最初の頃と比べてどのように変化しましたか」「何のためにCPAP療法を行っているとお考えですか」の質問を基本とし、その他は自由に語ってもらった。グラウンデッド・セオリー・アプローチでは、データ収集と分析を同時に進めていくため、インタビューガイドの内容は面接ごとに見直しを行った。

データ分析の参考情報にするため、参加者に同意を得て、年齢、身長、体重、BMI、血圧、既往歴、家族構成、職業の有無、CPAP療法に関する経過、自覚症状、合併症の有無、血液データをカルテより収集した。

5. データ分析方法

分析には、「人間はものごとが自分に対して持つ意味にのっとって、そのものごとに対して行為し、個人が自分の出会ったものごとに対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によってあつかわれたり、修正されたりする」ということを前提に、行為者の観点から現象を明らかにするH. G. ブルーマーのシンボリック相互作用論を理論基盤とするグラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) を用いた。本研究では、非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するプロセスという限定された範囲での理論生成を指向していること、患者と医療者、家族との間で社会的相互作用が生じている現象であることからGTAが適していると判断した。

面接によって得られた録音データはすべて逐語

録に起こした。そして1例ずつ丹念に何度も読み込みながら、参加者が語るCPAP療法の受け止め方と、継続していくプロセスについてコード化し、文脈における言葉の意味の解釈を通してカテゴリー化した。データ収集を継続しながら分析を重ね、抽出したカテゴリーを類似と差異の視点で比較し、カテゴリーの精選、カテゴリーの命名に努めながら全体的な関係性や位置づけを検討し、図式化した。分析は新たなカテゴリーが生成されなくなり各カテゴリーとその関係や位置づけで説明できるまで続けた。

6. 真実性の確保

分析を行うにあたり、質的帰納的研究の実施経験が豊富なスーパーバイザーから定期的な指導を受け、随時逐語録にもどりながら修正を行った。また、結果に関しては、SAS患者の看護に携わる看護師3名に提示し、非肥満のSAS患者に対して説明可能か、また理解できるものであるかを確認した。

7. 倫理的配慮

研究参加者には、本研究の主旨を説明し、研究の参加は自由意思に基づくこと、途中で中断することができること、研究への参加の有無が参加者の不利益にならないことを保証すること、知り得た情報に対し守秘義務を厳守し、論文等を発表する場合は匿名化を図ること、個人情報や研究資料はすべて研究者が施錠した環境のもとで厳重に保管することを書面で説明し、文書による同意を得た。本研究はB大学医学倫理審査委員会の承認(承認番号366) およびA病院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

結 果

1. 対象者の概要 (表1 参照)

対象者は12名であり、男性9名、女性3名、平均年齢は68.2±8.7歳であり、CPAP導入時の平均年齢は64.4±8.7歳であった。CPAPの使用歴は平均3.9±2.0年であり、CPAP導入時のBMIは平均23.3±1.0kg/m²であった。高血圧の既往のある患者が7名、狭心症の既往のある患者が3名、糖尿病の既往のある患者が2名であった。

2. 非肥満のSAS患者におけるCPAP療法の導入から継続に至るプロセスの構造 (図1 参照)

文中では、コアカテゴリー名を《 》、カテゴリー名を【 】、サブカテゴリー名を< >で示す。その構造は、【まさかという驚き】によって始まっていた。そして、<CPAPをゆずらない医師

の指導>によって<CPAP以外の治療法がない現実>を知り、患者自身で《自分にはCPAPしかないという選択》を行っていた。このときに【意識できないがゆえの不気味さ】と【思い当たる節の存在】が、《自分にはCPAPしかないという選択》を強化していた。実際にCPAPを始めることによって【CPAPの効果を実感】し、《自分にはCPAPしかないという選択》をより強化していた。さらに【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】、対処することもまた、《自分にはCPAPしかないという選択》を強化していた。それと並行

して、【見えないゴールゆえに揺らぐ心】が現れていた。それは、CPAPは対症療法にすぎず、また、非肥満のSAS患者においては、痩せればCPAPを卒業できるなどの先の見通しを示す言葉がけがなされないためである。

この《自分にはCPAPしかないという選択》と【見えないゴールゆえに揺らぐ心】の両者は拮抗した概念であった。しかし、【CPAPの効果を実感】し、【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】、《自分にはCPAPしかないという選択》がより強化されることによって継続が維持されて

表1 研究参加者の属性

n=12

	人数 (名)	平均値± 標準偏差	範囲
性別			
男性	9		
女性	3		
年齢 (歳)		68.2 ± 8.7	56 - 80
CPAP 導入時 BMI (kg/m ²)		23.3 ± 1.0	21.2 - 24.6
CPAP 歴 (年)		3.9 ± 2.0	1 - 6.6
CPAP 導入時年齢 (歳)		64.4 ± 8.7	50 - 79
既往歴			
高血圧			
有	7		
無	5		
狭心症			
有	3		
無	9		
糖尿病			
有	2		
無	10		

CPAP: continuous positive airway pressure

BMI: body mass index

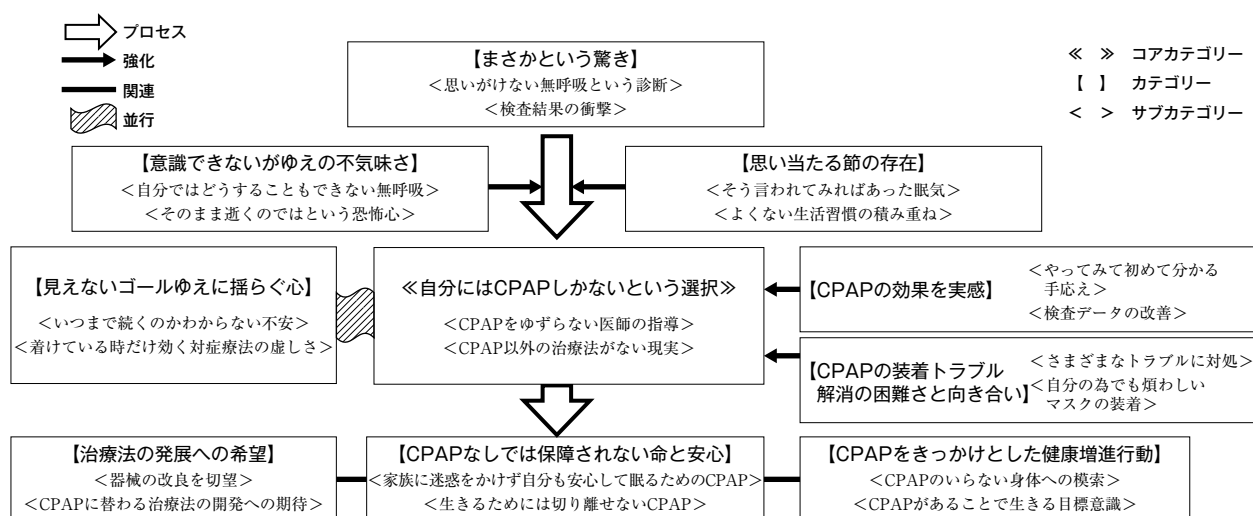


図1 非肥満のSAS患者におけるCPAP療法の導入から継続に至るプロセスの構造図

いた。そしてCPAPを継続することによって【CPAPなしでは保障されない命と安心】という自分にとっての意味づけを行っていた。それはCPAPそのものを受け入れるというより、自分のためにも家族のためにも必要なものであるため、【CPAPなしでは保障されない命と安心】を中心に【治療法の発展への希望】と【CPAPをきっかけとした健康増進行動】が、相互に関連し、CPAPを継続させていくプロセスであった。

3. コアカテゴリーと各カテゴリーの定義およびサブカテゴリーの説明

文中では、コアカテゴリーを《 》、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >で示し、研究参加者の語りを「 」で示した。研究参加者の語りは紙面の都合上、特徴的なセンテンスのみ抜粋した。

1) コアカテゴリー《自分にはCPAPしかないという選択》

CPAP療法に替わる他の治療法がないため、選択肢がCPAP療法に限られていることや、医師の強い勧めがあることでCPAPを継続することに覚悟を決めざるを得ない状況に置かれていることを示している。このコアカテゴリーは、「先生に毎回いつまでCPAPをすればよいのか聞くのですが、先生は無呼吸が積み重なると脳梗塞になるからCPAPをなさいの繰り返しで」や「狭心症をもっているから脳梗塞になる確率が高いから、絶対CPAPをやめるなって言われる」を表す<CPAPをゆずらない医師の指導>と、「無呼吸の治療っていうのは、薬も何もなくて、CPAPだけですから」や「薬も何もない病気で、手術するより仕方ないって言われたけど、手術できる先生もいないし、手術なんて絶対したくないから」を表す<CPAP以外の治療法がない現実>の2つのサブカテゴリーから構成された。

本研究において、非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するためには《自分にはCPAPしかないという選択》をし続けることが必須条件である。そして、拮抗する概念である【見えないゴールゆえに揺らぐ心】よりも、《自分にはCPAPしかないという選択》が強化されることで継続が可能である。もし、《自分にはCPAPしかないという選択》が強化されずに、【見えないゴールゆえに揺らぐ心】が大きくなった場合は継続が困難であると考えられる。したがって、《自分にはCPAPしかないという選択》が、CPAP療法を継続するプロセスの中核であるといえる。

2) カテゴリー【まさかという驚き】

自覚症状が全くない状況で診断を受けるという予想外の状況に驚く、あるいは、自覚症状があっても、まさかそこまで重症だったとは思わなかったというように、想定外の状況、具体的検査値に驚くことである。このカテゴリーは、「私にすれば、そんなことは絶対ないと思って検査をしてみたら、なんだ、重症じゃないかと言われて」というように<思いがけない無呼吸という診断>と、「1分50秒も止まっていると言われてびっくり。1分50秒っていうのが頭に引っかかって、すごく気になって忘れられない」というように<検査結果の衝撃>の2つのサブカテゴリーから構成された。

3) カテゴリー【見えないゴールゆえに揺らぐ心】

CPAPは対症療法であるため、効果の持続性もなければ、治癒することもない。さらに、非肥満のSAS患者は、肥満が原因ではないため、「減量すればCPAPを卒業できる」という言葉がけもなされず、医師から明確な期限が与えられないため不安に思うことを表している。このカテゴリーは、「私は、いつまでCPAPをしないといけないのか、死ぬまでCPAPですかって、先生にいつも言うのです」や、「ちょっと、自分でも、もういいのではないかなという思いもあります」「死ぬまでずっとしないといけないのかと思うと虚しくなった」「いつまでという期限が見えてこないのが不安です。ある程度のしきりというかがほしいです」というように<いつまで続くのかわからない不安>と、「普通だったら、治療すればいくらか大丈夫でしょ、でもCPAPはとった瞬間に無呼吸が始まるでしょ」や「本当の切った傷は、治った状態を見れば、先生、もういいでしょって言えるけど、内のことだからわからない」というように<着けている時だけ効く対症療法の虚しさ>の2つのサブカテゴリーから構成された。

4) カテゴリー【意識できないがゆえの不気味さ】

自分では意識することも、コントロールすることもできない睡眠中の無呼吸を不気味に思うことである。普段無意識に行われている呼吸という生理現象は命にも直結しているため、余計不気味さを増強させている。このカテゴリーは、「無呼吸って言われても全然わからない、寝ているから意識してない」「無呼吸と言われても、息苦しいということもなかったから、わからない」「呼吸しないで我慢しているというのは考えられない。自

分は絶対に無呼吸ではないと思っていたが、そうしたら、全く無意識だと言われた」という＜自分ではどうすることもできない無呼吸＞と、「CPAPを着けないと、やっぱり命ほしいから」や、「1分50秒も息が止まっているって言われたことが気になって忘れられない。私、泳ぎ得意ではないから、1分50秒も息を止めていられない。死ぬわ～という感じ」「息が止まったら、血が固まりやすくなるって言われて、私の親が心筋梗塞だったから余計に心配」のように、睡眠中の無呼吸は、意識することができないため、そのまま呼吸が止まってしまうのではないかという恐怖心を表す＜そのまま逝くのではという恐怖心＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

5) カテゴリー【思い当たる節の存在】

今まで問題として意識したこともなかった日常の出来事が、医師からの診断や説明によって、実は無呼吸と関連していたのだと分かる。さらに、取り返しがつかないほどに、長年積み重ねてきた生活習慣が今の自分に影響していることに気づくことである。このカテゴリーは、「今、考えると、眠くなることが往々にしてありました」のように＜そう言われてみればあった眠気＞と、「毎晩お酒を飲みますから」や「太った原因はアルコールと肉とつまみだね」のように＜よくない生活習慣の積み重ね＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

6) カテゴリー【CPAPの効果を実感】

倦怠感や眠気の消失といった主観的手応えや、検査データの改善など客観的にも良い手応えを感じることである。このカテゴリーは、「次の日から、あら、違うって思いました。倦怠感がないと思いました。こういうことだったのかと自分で気づきました。これまで熟睡感がなかったのかもしれない」というように＜やってみて初めて分かる手応え＞と、「血圧も下がりましたし、1か月に1回診察を受けて先生に眠れていますねと言われると安心します」という＜検査データの改善＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

7) カテゴリー【CPAPの装着トラブル解消の困難さ向き合い】

CPAPを継続するということは、自分のためとわかっていても難しく、CPAP装着動作の煩わしさは完全に解消されることはない。しかし、医師らに相談しながら対処法を見出し、自問自答しながらも解決に向けて努力をしていることである。

このカテゴリーは、「はじめ、マスクが合わな

くて、合わないのだったら合うまで探せというので探しました」や「喉がカラカラで、声枯れが今、一番苦痛。だから今日、圧を変えてもらおうと」、「朝起きると、やっぱりマスクの跡がつくので。今はマスクの素材が良くなったから、昔よりましだけど」「冬になると結露がつくから、なるべく結露がつかないように工夫をしている」というように＜さまざまなトラブルに対処＞と、「トイレのたびに外して付けないといけなから大変です。これがなかったら休めるのになあって思うこともあるけど、自分のためだから」や「まあ、CPAPのおかげで助かっているのだと思うけど、とにかく煩わしい」のように＜自分の為でも煩わしいマスクの装着＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

8) カテゴリー【CPAPなしでは保障されない命と安心】

CPAP療法さえしていれば無呼吸にならなくて済み、家族に心配をかけることもない。家族も安心して眠ることができてこそ、自分も安心して眠ることができることであり、またCPAP療法は、自分が生きるために、なくてはならない存在になっていることを表す。このカテゴリーは、「うちのものは、少々やかましくても着けてくれたほうが、ま、楽に寝ているという感じだろう」や「これさえ着けていれば息が止まらないからいいかな」というように＜家族に迷惑をかけず自分も安心して眠るためのCPAP＞と、「これだけが頼り」や「命を少しでも生き永えさせてくれる道具なのかな」というように＜生きるためには切り離せないCPAP＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

9) カテゴリー【治療法の発展への希望】

CPAP療法の必要性は認識し、CPAP療法の継続の意志がありながらも、心の片隅にはCPAPの器械の改良、CPAP療法に替わる根治治療を望むことである。このカテゴリーは、「もっと簡単なものにならないかな」や「もっと小さくなればいいのだけど」のように＜器械の改良への切望＞と、「呼吸の筋肉を鍛える方法とか何か再生する方法があってもいいと思う。」というように＜CPAPに替わる治療法の開発への期待＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

10) カテゴリー【CPAPをきっかけとした健康増進行動】

CPAP療法の必要性を認識し、CPAP療法の継続の意志があるからこそ、新たな健康習慣を取り入れ、前向きに健康増進行動を行い自分にとって

の意義を見出すことを表す。このカテゴリーは、「若いころはもっと痩せていたから無呼吸がなかった。若いころの体重に落として、CPAPを使わなくても眠れる身体になりたい」や「若いころはもっと細かったけど今は身体も重い。だから歩いたりしている」というようにBMIでは肥満ではないが、若いころの体重を目標とする＜CPAPのいない身体への模索＞と、「ほかの病気が出てこなければいいなと思って」や「孫が高校に入るくらいまでは生きていたいな」というように＜CPAPがあることで生きる目標意識＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

考 察

本研究の結果、非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するプロセスを明らかにすることができた。その結果を踏まえ、1. 非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するプロセスの特徴について、2. 非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続することへの看護支援について、3. 本研究の限界と課題についての3点について考察する。

1. 非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するプロセスの特徴について

1) 【まさかという驚き】が示す特徴

非肥満のSAS患者を疫学的に調査した先行研究において¹⁶⁾は、非肥満のSAS患者の特徴として、自覚症状の乏しさを指摘している。本研究においても、【まさかという驚き】が示すように、ほとんどの患者は眠気といった自覚症状が乏しく、家族や循環器科の医師からSASの専門外来の受診を勧められており、自覚症状が乏しいが故にSASと診断をされたことに衝撃を受けていた。一方、野中ら¹⁷⁾や倉本ら¹⁸⁾は、CPAP療法を継続できるか否かは自覚症状の強さに関わっているとし、自覚症状が大きいほど継続率が高いとしている。そのため、自覚症状に乏しいという特徴がある非肥満のSAS患者は、CPAPの継続率が低いことが予想された。しかし、本研究結果から、CPAPを継続できている非肥満のSAS患者は、当初は自覚症状が乏しくても、＜そう言われてみればあった眠気＞というように、後から振り返れば何らかの自覚症状を持っていたことが明らかになった。また、CPAPをすることで、＜やってみて初めて分かる手応え＞が示すように、CPAPを使用するまでは眠気を自覚していなかったが、CPAPをすることで初めて、それまでの睡眠の質が悪かったことに気づいた。これは、SASが慢性の経過をたどり徐々

に重症化するためであり、眠気を加齢や仕事による慢性疲労症状と誤認してしまっていることと、日本においてSASは肥満者の病気という間違った認識が根強く、SASによる眠気として認識していないためと考えられる。

2) 【見えないゴールゆえに揺らぐ心】が示す特徴

【見えないゴールゆえに揺らぐ心】が示すように、CPAP療法は＜着けている時だけ効く対症療法の虚しさ＞と、＜いつまで続くのかわからない不安＞を引き起こす。このゴールが見えないという感覚は、慢性疾患の特徴でもあり、先が見えないことはそれだけで患者に大きな心理的な負担を強いるものであるといわれている¹⁹⁾。肥満者の場合は、CPAP療法と共に体重管理の指導がなされ、体重の減量をおこなえば問題が解決されるという選択肢が示されるのに対し、非肥満のSAS患者におけるSASの原因は多様であり、肥満が原因というわけではない。そのため、非肥満者には体重管理の指導がなされず、先の見通しが示されない。そういった心理的な負担が、非肥満者特有の特徴であると考えられる。

3) 【CPAPなしでは保障されない命と安心】が示す特徴

動機づけについて、Edward LD.²⁰⁾は、内発的動機づけと外発的動機づけの2種類があるとし、よい問題解決や成果を生み出すためには、内発的に動機づけられる必要があり、内発的に動機づけられるためには、自分が有能であり、自律的であると自分自身で認識している必要があると述べている。CPAPを継続するプロセスにおいて、非肥満のSAS患者は、最初は、＜CPAPをゆずらない医師の指導＞という外発的な動機づけによって＜自分にはCPAPしかないという選択＞を行っていた。しかし、【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】ながら、さまざまなトラブルに対処し、【CPAPの効果を実感】することで、有能感が生じ、＜家族に迷惑をかけず自分も安心して眠るためのCPAP＞や、＜生きるためには切り離せないCPAP＞が示すようにCPAPを継続するという行為の根拠を自分なりに意味づけすることで、【CPAPなしでは保障されない命と安心】という内発的な動機づけに移行することでCPAPを継続していると考えられる。

2. 非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続することへの看護支援について

1) 【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向

き合い】への看護支援

CPAP療法の中断の理由としては、「マスクの違和感」「器械の騒音、結露、臭いなどの不快感」など器械本体やマスクに関連するものや、「改善感がない」「器械の設定圧による呼吸苦」などの治療効果に関するもの、「口渇」「鼻閉」などの耳鼻科的疾患、「指導時間が少ない」という医療者側の問題、「面倒である、忘れる」という患者側の問題、「毎月の受診代」といった経済的問題、「高齢者」という年齢の問題が挙げられている²¹⁻²⁴⁾。このようなCPAP療法の阻害要因に可能な限りの介入を行うことが重要であり、各施設において多職種でさまざまな取り組みがなされている²⁵⁾。本研究においても、マスクの違和感があれば、合うマスクを探したり、結露がつかない工夫を考えたり、医師に器械の設定圧の変更を申し出たりと、患者はくさまざまなトラブルに対処>していた。

Edward LD.²⁰⁾は、内発的動機づけは人の自律性を支えるような対人的な文脈において促進され、人は自分自身の目標を設定し、自ら自己評価の基準を定め、自己の成長をチェックし、目標を達成するだろうと述べている。つまり、看護師は患者がくさまざまなトラブルに対処>出来るように対処方法を教えるだけでなく、く自分の為でも煩わしいマスクの装着>をしている患者に共感し、【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】続けることができるよう看護師が患者の自律性を尊重することが必要であると考えられる。

2) 【治療法の発展への希望】への看護支援

看護師は、肥満のSAS患者に「痩せたらCPAPを卒業できるかもしれませんよ。」と言うことで、体重の減量への支援や励ましを行うことができる。しかし、非肥満のSAS患者の場合は肥満が原因ではないため、ゴールが見えないという大きな心理的負担に加え、看護師からも支援を受けることができず、希望を持てない状況に置かれているのではないかという危惧が本研究の動機であった。しかし、非肥満のSAS患者は【CPAPなしでは保障されない命と安心】ということ認識し、CPAPは自分には切り離せない存在であると自覚しながら、【治療法の発展への希望】を抱き、【CPAPをきっかけとした健康増進行動】を行っていたことが本研究で明らかになった。三枝ら²⁶⁾は、将来、咽頭表面張力改善や睡眠下電気刺激など発想を転換した治療法がCPAP離脱希望患者に福音を与えるのかもしれないと報告している。また、北村ら²⁷⁾は、上気道の形態異常に着目し、閉塞部位診断や

外科的治療のガイドラインの必要性を唱えており、2018年には医薬品医療機器総合機構から植込み型舌下神経刺激療法装置が医療機器としての承認が得られ、CPAPの代替治療として現在、注目されている²⁸⁾。肥満のSAS患者が減量すればCPAPを卒業できるかもしれないと希望を持つことと同じように、非肥満のSAS患者においても、希望は必要であり、そのため【治療法の発展への希望】を話題にしたり、【CPAPをきっかけとした健康増進行動】について評価したりと、プラスの面を支持した看護支援が可能であると思われた。医療者は、くCPAP以外の治療法がない現実>からゴールを見出せず、悲観的に捉えがちである。しかし、非肥満のSAS患者も希望を持っているということが本研究でも明らかとなったことで、あらためて人間には何か希望が必要であるということを認識し、ケアに活用することができると考えられる。

3. 本研究の限界と課題

本研究では、非肥満者の顎顔面形態の詳細な違いや年齢、家族形態、既往歴や重症度の違いを比較検討していないことと、対象者は一病院の患者であり、病院の風土や院内教育等の影響を受けて偏りが生じている可能性があることが限界である。また、肥満患者との詳細な比較をしていないため、非肥満患者だけに特有な概念名であるかまでは検証していない。今後はさらにフィールドを広げ、より詳細に対象者を区分し、継続的な調査を重ね、データの妥当性を検証する必要がある。

結 論

非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するプロセスは、自覚症状が乏しいが故に、【まさかという驚き】によって始まり、く自分にはCPAPしかないという選択>を行っていた。非肥満のSAS患者の場合、痩せればCPAPを卒業できるというゴールが医師から示されないため、【見えないゴールゆえに揺らぐ心】が生じていた。CPAPを継続するためには、揺らぐ心を抑える必要があり、それは、【意識できないがゆえの不気味さ】や【思い当たる節の存在】への気づき、【CPAPの効果を実感】、【CPAPの装着トラブル解消の困難さと向き合い】、対処することで抑えられていた。やがて、【CPAPなしでは保障されない命と安心】というように、自分にとってのCPAPを継続することの意味づけを行っていた。それは【治療法の発展への希望】と【CPAPをきっかけとした健康増進行動】が相互に関連し合っていた。

そのため、非肥満のSAS患者がCPAP療法を継続するためには、医療者からの指導やトラブル解消のための援助といった外発的動機づけだけでなく、CPAPを継続することの自分にとっての意味づけ、内発的動機づけへの移行を促進する支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました参加者の皆様に深謝いたします。本研究は金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文に一部加筆・修正を加えたものであり、本研究の一部を第33回日本看護科学学会学術集会において口頭発表した。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 百村伸一, 赤柴恒人, 麻野井英次, 他: 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009年度合同研究班報告) 【ダイジェスト版】循環器領域における睡眠呼吸障害の診断・治療に関するガイドライン
- 2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会: 高血圧治療ガイドライン2009, ライフサイエンス出版, 東京, 2009
- 3) 櫻井滋: 睡眠呼吸障害と治療 CPAP (continuous positive airway pressure), 睡眠呼吸障害の克服—内科医が知っておきたい病態・症状・関連疾患, *medicina*, 48(6), 1024-1030, 2011
- 4) 山口泰弘: 呼吸器の病気を知る 睡眠時無呼吸症候群, 長瀬隆英からだの科学 呼吸器の病気のすべて, 日本評論社, 268, 126-130, 東京, 2011
- 5) 植松昭仁, 赤星俊樹, 伊藝孔明, 他: 「睡眠障害をめぐって」SDBの保存的治療—Nasal CPAP—, 日大医学雑誌, 69(1), 29-32, 2010
- 6) 赤柴恒人: CPAP治療と治療アドヒアランス (adherence) 向上の工夫, 最新医学, 最新医学社, 64(1), 42-49, 大阪, 2009
- 7) 古川ゆみ香, 小林慎也, 三浦翼, 他: 睡眠時無呼吸症候群患者の心理とCPAP療養行動に影響を及ぼす要因, 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ, 40, 168-170, 2010
- 8) Olsen S, Smith SS, Oei TP, et al: Motivational interviewing (MINT) improves continuous positive airway pressure (CPAP) acceptance and adherence: a randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 151-163, 2012
- 9) 宗澤岳史: 睡眠時無呼吸症候群への認知行動療法, 中島恵子, リハビリテーションの効果をあげる認知行動療法Monthly Book Medical Rehabilitation, 全日本病院出版, 138, 71-76, 東京, 2011
- 10) 巽浩一郎: 睡眠呼吸障害と関連疾患 睡眠呼吸障害とメタボリックシンドローム, 睡眠呼吸障害の克服—内科医が知っておきたい病態・症状・関連疾患, *medicina*, 48(6), 986-989, 2011
- 11) 佐藤誠: 睡眠時無呼吸症候群の病態 (解説/特集), 睡眠時無呼吸症候群, *Medical Technology*, 医歯薬出版, 33(5), 450-457, 東京, 2005
- 12) 吉田和也: 口腔内装置治療の有効性と限界および顎矯正手術の展開, 最新医学, 最新医学社, 64(1), 76-88, 大阪, 2009
- 13) 堀田佐知子, 若村智子, 谷口充孝, 他: 睡眠時無呼吸症候群患者の睡眠に関連した生活習慣の調査, 兵庫県立大学看護学部紀要, 13, 27-38, 2006
- 14) 坂本菊男, 菊池淳, 高根陽子, 他: 女性の閉塞性睡眠時無呼吸症候群の臨床的検討, 耳鼻咽喉科臨床, 99(2), 133-137, 2006
- 15) 岡田達夫, 高良史司, 大村恵子, 他: わたしの得意技 CPAPのコンプライアンスを高めるコツ, ねむりと医療, 2(2), 85-87, 2009
- 16) 山城義広, 八木朝子, 千葉伸太郎: 重症閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸症候群における肥満群と非肥満群の検討, 日本呼吸器学会誌, 44(増刊), 308, 2006
- 17) 野中大史, 俵原敬, 浮海洋史, 他: 閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者におけるnasal CPAP治療からの脱落因子の検討と、治療継続による血圧に及ぼす効果, 浜松赤十字病院医学雑誌, 10(1), 7-10, 2010
- 18) 倉本衣美, 大西尚, 西馬照明, 他: 閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法の継続率に関わる因子の検討, 日本胸部臨床, 73(11), 1376-1382, 2014
- 19) 土田恭史: 糖尿病患者における「病気との折り合い」の検討, 目白大学心理学研究, 2, 25-33, 2006

- 20) Edward LD, Richard F : 有能感をもって世界とかかわる, 桜井茂男監訳, 人を伸ばす力ー内発と自律のすすめ (初版), 新曜社, 77-99, 東京, 1999
- 21) 駒井郁子, 西川貴子, 川崎伸造, 他 : nCPAP療法継続への取り組み 看護援助見直し後の継続状況を調査・検討して, 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ, 34号, 344-346, 2004
- 22) 川原誠司, 赤星俊樹, 赤柴恒人 : SASにおける医療連携とCPAP療法の問題点 長期CPAP症例における問題点の検討, 日本呼吸器学会雑誌, 45 (増刊), 30, 2007
- 23) 手塚大介, 鈴木淳一, 原口剛, 他 : Continuous positive airway pressureを導入した連続61例における脱落例の臨床的背景, 適応医学, 14 (2), 68-73, 2011
- 24) 小野啓資, 仁瓶善朗, 谷口泰之, 他 : 睡眠時無呼吸症候群患者のCPAP使用期間に影響を与える因子の検討, 日本医事新報, 4710, 39-46, 2014
- 25) 藤本由貴, 西木一哲, 野尻正史, 他 : 成人の睡眠時無呼吸症候群 (SAS) に対する持続気道陽圧療法のアドヒアランス向上の工夫 (解説), 金沢医科大学雑誌, 40 (2-3), 139-144, 2015
- 26) 三枝華子, 曾根あずさ, 鈴木雅明 : OSAS内科的治療-Post CPAP療法なのか? CPAP離脱は可能か? 一, 睡眠医療, 4 (3), 377-384, 2010
- 27) 北村拓朗, 鈴木秀明 : 成人OSAにおいてCPAPは本当に第一選択なのか? : Cons. CPAPは成人治療の第一選択ではない, 口腔・咽頭科, 31 (1), 27-31, 2018
- 28) 山内基雄 : CPAPの代替治療 新規治療としての植込み型舌下神経刺激療法, 医学のあゆみ, 268 (8), 655-658, 2019

実践報告

わが病院看護自慢

「継続した看護・介護で地域全体をケアする取り組み」 開催報告

大西 真奈美

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院

日時：2018年8月10日(金)9：20～12：00

会場：石川県能美市 社会福祉法人 陽翠水 共生型福祉施設 G-Hills 共有ホール

参加者：20名(発表者、担当者5名含む)

テーマを「継続した看護・介護で地域全体をケアする取り組み」とし、ほうじゅグループである社会福祉法人が運営する共生型施設での開催とした。この共生型施設は2018年4月にオープンした施設で8つの事業が展開されている。保育事業(病児保育も含む)、放課後児童クラブ、児童発達支援事業、通所介護、訪問介護、高齢者支援センター、カフェ、配食サービスである。多世代を対象としており、法人理念である「人と社会を健康に」を目指していることも含め、今回のテーマを考えた時、会場として最適と考えた。

開催は2部構成とし、第1部では、ほうじゅグループ代表である仲井培雄理事長から「地域包括ケアシステム推進に向けたほうじゅグループの挑戦」というテーマでお話をいただいた。内容としては国、県、能美市の現状から共生社会の重要性について、そのような中で看護職に求められていることなどがあった。続いて、G-Hillsの下崎哲也統括管理者から、施設のコンセプトや各事業の説明を受けた後、施設内見学を実施した。

第2部は、「病院から地域につなぐ取り組み」として事例紹介を行った。イントロダクションと



連絡先：大西 真奈美

医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院

〒923-1226 石川県能美市緑が丘11丁目71番地



して芳珠記念病院の東栄美子看護局次長から、生活支援型医療を担う看護師育成のための院内教育について報告があり、管理者の訪問看護実習や卒業3年目の在宅実習などの実践報告があった。その後事例報告に移り、芳珠記念病院の山下由美子病棟師長からは「入院中から訪問看護師と共に在宅支援を行った事例」。同じく河合純子退院支援看護師からは「家族、本人の急な退院希望を受けて退院後に訪問看護につないだ事例」と、訪問看護も含めた地域の資源を活用し在宅へつないだ2例の報告があった。

1 事例目は医療療養病棟からの退院事例で、自宅での生活を考え、入院中から訪問看護師の介入が有効であったことがわかるものであった。2 例目は家族が急な退院を決定したが、それまでの思いを引き出すことができていたかの振り返りや、



家族の思いは揺れ動くものであり、表明した際にいかに迅速に準備ができるかをチームが共有することが大切であることが理解できた。

芳珠記念病院は2012年にも、わが病院看護自慢を担当している。その時のテーマが「多職種協働」で、主に院内多職種協働に向けてのプロジェクト活動を発表した。今回は多職種協働を「院内多職種協働から地域内多職種連携」へ拡大した活動と事例報告とした。貴重な機会をいただいたことで取り組みを振り返る良い機会となった。

今回参加された方々の所属は、県内医療機関のほかには看護学校、企業などがあった。「ハード面だけでなく、本来の共生社会について考える機会となった」という参加者の意見もあり、各施設の取り組みを現場で見聞きできることは、連携強化の第一歩になると感じた。

第13回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「病みの軌跡に応じた意思決定支援」

コーディネーター 平松 知子（金沢医科大学看護学部 老年看護学教授）

第13回看護実践学会学術集会のテーマは「思いを叶える看護のチ・カ・ラ ～知性・感性・信頼～」であり、コンセプトは意思決定支援です。これを受けて、シンポジウムのテーマを「病みの軌跡に応じた意思決定支援」とし、事例を通して意思決定支援における看護職者の役割について考えるために企画をいたしました。

シンポジウムでは、病みの軌跡の3つのパターンを代表する疾患として、がん、心不全、認知症、さらに、いずれの場合にも関係する家族に注目し、それぞれの専門家をシンポジストとしてお迎えしました。

長田千香氏（公立松任石川中央病院 緩和ケア認定看護師）には、「患者・家族の希望を支えるケア」と題して、終末期がん患者と家族の外出希望を実現した事例を通して、緩和ケアチーム及び緩和ケア認定看護師の役割、コミュニケーションと医学的知識の重要性についてご発表いただきました。

牧美晴氏（心臓血管センター金沢循環器病院 慢性心不全看護認定看護師）には、「心不全患者への意思決定支援～アドバンス・ケア・プランニングの視点から～」と題して、予後予測の判断が困難とされる末期心不全患者のACPにおいて、看護職者が医療者間の意思調整を行った事例を通

して、本人・家族と多職種による共同作業の過程と看護の役割についてご発表いただきました。

森垣こずえ氏（金沢医科大学病院看護師長、老人看護専門看護師）には、「急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援のあり方を考える」と題して、最後まで配偶者と過ごしたいという希望が叶わなかった認知症をもつ高齢がん患者の事例を「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に沿って振り返り、急性期病院において認知症高齢者が「本人の希望に沿い、最後までその人らしい生活を続けていく」ための看護の役割についてご発表いただきました。

柳原清子氏（金沢大学医薬保健研究域准教授）には、「家族の意思決定支援：「家族システム思考」と「物語的理解」を使つての実践」と題して、他のシンポジストの事例を踏まえて、医療現場における意思決定（合意形成）の構造と支援について、家族システム内調整、医療者間調整、医療者－家族間合意過程の3つの側面からご発表いただきました。

会場との十分な意見交換には至りませんでしたが、個々の病みの軌跡を生きる患者の意思決定を支援する看護実践について、参加者それぞれが考える時間になったのではないかと思います。

患者・家族の希望を支えるケア

長田 千香（公立松任石川中央病院 緩和ケア認定看護師）

緩和ケアとは生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチです。

がん患者さんは病の進行に伴いADLが低下し、それに伴いQOLも低下していきます。私は緩和ケアチームの専任看護師として、QOLが低下した中

にあっても、患者さん・ご家族の希望を支えることを大切にしています。そのために必要なことは、①患者さんやご家族の話をよく聴き思いを引き出す（コミュニケーション）、②病状を理解し、症状コントロールができる知識や技術だと思います。しかしこれには専門性の高い知識と技術が必要であり、看護師だけでなく、緩和ケアチームのように多職種で患者さん・ご家族を支えていくことが大切だと思います。

心不全患者への意思決定支援 ～アドバンス・ケア・プランニングの視点から～

牧 美晴（心臓血管センター金沢循環器病院 慢性心不全看護認定看護師）

心不全は症状が出現した（ステージC）後、適切な治療を行うことで長期にわたり寛解し、その後徐々に進行する時期を経て、最終的に不応性心不全といわれる状態（ステージD）に至ります。急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）では、心不全患者への緩和ケアの必要性が明記され、2018年度診療報酬改定では末期心不全患者が緩和ケア診療加算の対象となりました。しかし、循環器疾患、特に心不全は進行性の病期をたどり予後不良の病態である一方で、最期に至るまで寛解する可能性の残る病態でもあり治療の限界点が不明確です。今回が最期かも知れないと思った患者が、利尿剤や強心薬の投与で元のように退院していくといったように、予後予測や終末期（治療の差し控え）の判断が困難なことが多いです。また、このような経過が次も助かるのではないかという期待に繋がり、どのように生きたいか医療者や家族と共有しないまま最期を迎えることがまれではありません。このような心不全の病みの軌跡が心不全患者への緩和ケアの障壁となっています。

このような障壁を超えるために、大切な考え方がAdvance Care Planning（ACP）です。ACPは将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養に関する意向、代理意思決定などについて患

者や家族とあらかじめ話し合うプロセスと定義されます。ACPにより、終末期における患者・家族の満足度上昇、患者の死後の家族の抑うつ軽減などが示されています。さらに、本人と家族を含めて事前に話し合っておくことで、その先に起こりえる全ての事態を想定し備えることは困難であっても、話し合いのプロセスのなかで人生において大切にしていることを共有することは、病状が進行した際の意思決定に活かされます。このACPでの看護師の役割は、患者と家族のコミュニケーションを促進することだと考えています。心不全の病みの軌跡をともに歩む看護師は、いわば患者・家族の伴走者です。また、心不全患者の緩和ケアやACPでは、職種間で考え方の多様性や相違があるため互いがどのような思考回路で行動しているかを言語化して、チームで共有していくことも重要です。対話を繰り返しながら、患者の希望や意思を確認し、医療者と患者・家族が情報を共有することで初めて真の合意形成がなされ意思決定支援に繋がるのではないのでしょうか。

当院では、2017年より心不全チームを立ち上げ活動しています。課題もありますが、地域ともよりよいチーム医療の在り方を探っていきたいと考えています。

急性期病院における認知症高齢者の意思決定支援の在り方を考える

森垣こずえ（金沢医科大学病院 看護師長 老人看護専門看護師）

私は認知症ケアチームの一員として院内の看護師とともに認知症高齢者のケアに携わっています。認知症の方が入院されると病棟に出向きアセスメントとケアと一緒に検討するのですが、治療の選択や療養の場の選択などに関して、認知症高齢者の意思決定支援の困難さを実感していました。長いエンドオブライフを歩んできた高齢者にとって死は身近であり、人生を振り返りこれからの終末期をどのように過ごしたいか考えてきた方も多いと考えます。しかし高齢者が急性期病院へ入院した時には差し迫った心身の状態や認知機能の低下が始まっており本人の意思決定が困難な状況が多く、特に認知症高齢者においては、身体の不調や欲求を適切に伝えられず、医療者も認知症高齢者と対話する方法が未熟であることより本人よりも家族に重要な決定を委ね本人の想いが置き去りにされる傾向にあることも否めません。

これらの現状をうけて2018年6月厚生労働省より「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（以下ガイドライン）」が発表されました。このガイドラインは認知症の人でも意思決定能力があることを前提としています。そして家族も本人の意思決定支援者であり、家族自身も支援をうける対象と位置づけています。意

思決定支援とはプロセスとしての支援であり、その内容は意思形成支援、意思表示支援を中心に意思実現支援を含んでいます。

今回、「最期までグループホームで妻と一緒に過ごしたい」という希望がありながらその意思に添えなかったKさんの事例について、家族、グループホーム職員、そして院内のスタッフからお話を伺いその情報を統合し、ガイドラインのプロセスにそって振り返りを行いました。支援者全員Kさんの意思形成は確認していたのですが、意思表示支援と意思実現支援については地域を含めた多職種で取り組んでいくために必要であるいくつかの視点が明確となりました。今回の振り返りは今後の認知症高齢者の意思決定支援に活かしていこうと考えます。

認知症高齢者が急性期病院に入院された時からが私達、病院看護師の関わりが始まります。まずは本人の意思を本人、家族、支援者、過去のACPより確認する必要があります。そして支援するものの姿勢はどうか、意思決定支援のプロセスを踏んでいるか、支援者全員でガイドラインと照らし合わせながら取り組んでいくことが重要であると考えます。

家族の意思決定支援：患者・家族の「物語的理解」と「システム思考」を使つての実践

柳原 清子（金沢大学医薬保健研究域保健学系 准教授）

本シンポジウムタイトルの「病みの軌跡に応じた意思決定」の文言に込められたのは、患者・家族の生活、時間そして人生をまるごとつかみ取った支援を考える、ということだと思います。

医療現場の家族の意思決定支援の考え方は、《キーパーソンの意向を確かめ情報提供し、同意を得ていく》方法ですが、家族看護学的には《家族（システム）の文脈理解から家族の総意（合意）をつくり、医療システムとの文脈とすり合わせをしながら、合意に向けて折り合いをつけていくプロセ

ス》となります。

この2つの違いは、次の視点が入っていることによります。①家族をシステムとして‘ひとまとまり’としてらえる、したがって②＜患者と家族＞ではなく＜患者を含む家族＞のとらえです。さらに③意思決定のプロセス性、④患者を含む家族の文脈（物語的）理解、⑤家族システムと医療システム間の調整、です。以下にポイントを絞って説明します。

1. 家族の意思決定支援とは何をする事？

家族の意思決定支援とは、まず、起きている状況を俯瞰し、家族（システム）と医療（システム）の文脈を把握した上で、両者の合意形成をはかることです。

2. 意思決定と自己決定のちがいは？

自己決定（Self-Determination）は、その個人の理解力・判断力を前提条件として、自己の決定に対する「主体性」「責任性」「自律性」を含む概念です。一方意思決定（Decision making）とは、方針を決めること、つまり先の見通しを立て決断していくことであり、人間の応答、選択に対する力量や意思起動への動機づけの要素が入っているものです。

3. 家族の文脈（物語的）理解とは何か、なぜ必要なのか

家族とは複数のメンバーから構成され、その一人ひとりは、「状況認識」「自己認識」「関係認識」を持っています。それらに家族のもつ文化（歴史、絆、レジリエンス）を加味して、家族の文脈をつかむことが家族調整の第一歩です。文脈をつかむとは、物語的理解とも言い換えられ、それは意味の一貫性を与え、リアリティをもった家族理解につながります。

4. 家族システムと医療システム間の調整法：合意形成

退院調整場面や倫理的問題での意思決定場面では、家族（システム）と同様に、医療（システム）内での調整が必要になります。こうした医療の文脈と家族の文脈を擦り合わせて、合意をつくっていく過程を、医療現場での意思決定支援と言います。

示説第1群の座長をつとめて

森本ゆかり（公立羽咋病院 看護師長）

示説第1群看護教育・看護管理に関する5題の座長をさせていただきました。

第1席は、ジグソー学習法による基礎看護技術の教育についての実践報告でした。アクティブラーニングの手法であるジグソー法を導入し、能動的な学習の効果が得られたという内容でした。学生同士が教えあうことにより、より学びを深めることができた報告でした。臨床でも新人教育などに導入してみたいと思いました。

第2席は、ブレンディッドラーニングを用いた学修効果についての検証でした。複数の手法を組み合わせ、それぞれの手法のメリットを最大限活かす学習形態です。今回は自作の動画と演習、自己練習を組み合わせたものでしたが、学生の学習意欲が高められたようです。現在は、自由記載からの分析中とのことですので、続報を期待したいと思います。

第3席は、チームリーダー育成における問題解決能力の効用への取り組みについての発表でした。自部署のあるべき姿と現状のギャップについて、シートに記載し考えるトレーニングを繰り返すことは、問題解決能力向上に有効な方法であったとの結果でした。能力が身についたかどうかは、今後の現場実践での評価となるようですので、追跡

研究報告を期待します。

第4席は、育児休暇から復帰した際の心のゆらぎや停滞の気持ちをどのように克服したかを、4つの局面に分類・分析し理論に基づいて内省した報告でした。各局面で前向きになれたきっかけは、周囲からの承認と、役割付与され任せてもらったことによる、モチベーションアップであったと分析していました。職場復帰したスタッフに対する、キャリア形成支援についての参考となりました。

第5席は、新しい職場環境に適応するための対処行動についての発表でした。新病院移転時の経験を振り返り、対処行動を分析したものです。患者様の安心安全の提供という同じ目的を持つ仲間が支えあい助け合うことにより、過酷な状況も乗り越えられる力となることが実証できました。管理職として、持てる力を引き出し合えるような良好な関係性の構築に努めねばならないと感じました。

この群は、「学びあい、支えあうことにより、成長する。」ということが共通して述べられていました。スタッフの育成支援・関係構築に参考にするべき内容が多かったと思います。

最後に座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

示説第2群の座長をつとめて

廣瀬真理子（JCHO金沢病院 看護師長）

示説第2群の座長を務めさせていただきました。以下に研究発表の内容をまとめさせていただきます。

第6席は、外来での診療トリアージにおける看護師の役割を導き出すことを目的とし、多職種へアンケート調査を行った実態調査研究でした。アンケート結果から、運用方法の認識が曖昧になっていること、多職種連携を強化していくための取り組みが必要であることが分かり、診療トリアージシステムの質の維持・向上に繋がる内容であったと思います。

第7席は、呼吸器疾患患児の酸素投与時の酸素濃度を測定した研究でした。乳幼児は、酸素投与の必要性が理解できず、十分な酸素投与ができないケースも多いため、投与方法に難渋するケースも多いと思われますが、今回の研究で、より効果的な酸素投与方法が明確になり、専用のエプロンを作成する等、工夫して取り組んでいる様子が伺えました。

第8席は、手術室での統一された器械管理を行うため、単品器械カードを作成した取り組みでした。この取り組みを行うことで、器械管理が誰でも行えるようになり、その結果、手術件数の増加や術前訪問の時間を確保できるようになりました。このように、日々行われている業務の問題点を明

確にし、問題点を改善する取り組みは、医療・看護の質を向上させるということを、改めて感じることができた研究であったと思います。

第9席は、服薬の自己管理に向け、服薬支援アセスメントシートを導入した結果をまとめた研究でした。服薬支援アセスメントシートを導入し、服薬支援カンファレンスを行ったことで、患者の自己管理能力の評価等の根拠が明確になり、インシデントが減少していました。高齢化や独居の患者さまが今後も増える状況において、とても興味深い研究であったと思います。

第10席は、排尿ケアチームの活動を振り返り、課題を明確にすることを目的とした調査研究でした。排尿ケアチームの介入が多いほど排尿自立度の向上が認められており、今後は地域に向けてさらにチーム医療の連携が図れるような取り組みが期待されていると感じました。

この群は、現在行っている取り組みの現状把握や振り返りを通し、課題を明確にし、より良い看護を提供するために取り組まれており、大変意義のある発表でした。私自身にとっても今後の活動の励みとなり、大変有意義な機会となりました。ありがとうございます。

示説第3群の座長をつとめて

松田久美子（石川県立高松病院 看護副部長）

示説第3群の座長をつとめさせていただきました。以下研究発表内容をまとめさせていただきます。

第11席は、ALS患者の在宅療養において訪問看護師が、意思疎通を図るために行っている様々な支援に関するアンケート結果を丁寧にまとめた研究でした。進行性の疾患であるALS患者と魂のレベルで向き合い、療養者や介護者と意思疎通を図り続けるためには何が重要かを明らかにした研究でした。

第12席は、帰宅願望が強い認知症患者の退院支援に関し、本人の意志と家族の思いとの間で迷い

ながらも退院後、再入院となった事例の振り返りを行った研究でした。患者本人の思いと家族の思いにずれが生じることは、いずれの医療機関でも経験することです。今後は多職種でこのような事例を検討する機会を増やされることを期待します。

第13席は、地域連携手帳を利用して通院している外来患者2事例を比較し、その効果と外来看護師の役割を明確にした研究でした。今後は、導入時の説明や評価方法の統一など課題はありますが、地域での連携を効果的に進めるためのツールとして期待します。

第14席は、新しく導入した大動脈弁置換術(TAVI)

において、在院日数の長さからその要因を明らかにした研究でした。その要因として心不全や高齢でフレイルのある患者、認知症、術後せん妄などの要因が明らかになりました。今後はそれらの要因に対し術前に対策が図られる事を期待します。

第15席は、血糖コントロールが不良な患者に対して、外来看護師がどのように関わっているかを明らかにした研究でした。外来という短い時間での関わりの中で、患者の生活に視点を置き会話することで、効率的で効果的な指導が行われることが明確になりました。

この群では、様々な疾患を持つ患者が地域で生活していくために、看護師としてどのような支援ができるのかを考え実践している姿が浮き彫りになりました。患者が病者から生活者へと変化していく退院前後に看護師の思考も変化する必要があり、患者が住み慣れた地域でより良い生活を送るための指標となりうる意義ある研究でした。私自身も地域で暮らす患者への支援について、様々な気づきが得られる機会となったことを感謝しています。

示説第4群の座長をつとめて

櫻井 紀子（心臓血管センター金沢循環器病院 看護師長）

示説第4群を担当させていただきました。

第16席は、ポジションマーカのついた医療用弾性ストッキングを使用することで適切な装着、ストッキングの状態、皮膚に及ぼす影響を明らかにするための調査研究でした。しわや圧痕が認められないことから、圧迫創傷の予防には有用性が高いとされましたが、対象が看護系学生であり今後臨床においての検証結果も伺いたいと思います。

第17席は、ツボ指圧が認知症患者の周辺症状軽減に効果があるかを検証する研究でした。多忙な看護業務の中で認知症患者の周辺症状への関りは簡単ではなく、その方の思考パターンや生活リズムなど考慮すべき点は多くあります。ツボ指圧を実践しながら優しく話しかけることや患者を知ろうとする姿勢などから、信頼関係を構築することにも成功されたのではないかと考えます。

第18席は、ダーメンコルセットの効果的な装着のためズレ軽減に取り組んだ研究でした。滑り止めマットを使用した調査で有意差はないとの報告でしたが、定時測定のみで検証しており、自身も指摘されている看護師のコルセットの締め具合や、途中患者が外しており、看護師が締めなおすなど、条件が一定ではないことが今回の結果につながっ

たと考えます。今後も継続して検証され、効果的な装着が見出せることを期待しています。

第19席は、統一したツールを使用し早期介入することでサルコペニア改善の有用性があるかを検証する研究でした。地域包括ケア病棟で在宅復帰を目指す患者にとって、主疾患の治癒だけでなく、それに伴って低下したすべての機能が元に近い状態にまで戻せるかは大きな関心事です。看護師がアルゴリズムに基づき観察、アセスメントし早期介入できることや、評価指標を点数化し多職種と情報共有できるように工夫している点は取り入れやすく参考にしたい内容でした。

第20席は、経口困難患者に臨床倫理シートを用いて行った看護実践の事例報告でした。臨床倫理シートは患者や家族の思い、医療者側の治療方針など混沌とした状況を書き出し整理、アセスメントし、多職種と情報共有するツールとして注目されています。患者の意思決定支援のため相互のジレンマを解消し、納得感のある看護実践につなげることができた良い事例報告だったと思います。

最期に座長の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

口演第1群の座長をつとめて

鍛治 佳美 (JCHO金沢病院 看護師長)

第1群は、在宅療養支援・退院支援に関する4題の発表でした。

第1席「患者と多職種及び認定看護師をつなげる外来看護師の関わり～外来看護師にアンケート調査を行って～」は、外来看護師が、支援の必要な患者に対して、多職種および認定看護師へ介入依頼を行っているかの実態調査の発表でした。「入院医療から在宅医療へ」の流れのなかで、外来看護師の役割は、患者さんの様々なニーズに対応できる知識と技術を提供し、安心して在宅療養を送ることができるよう支援することです。今後はさらにコメディカルと協働しながら多角的に患者支援ができるシステム構築を期待します。

第2席「退院支援看護師が行う患者・家族の意向の不一致に対する支援」は、患者・家族の意向の不一致に対して退院支援看護師が行う支援をカテゴリー化し分析された発表でした。退院支援では患者の思いを優先に支援すべきですが、現実不一致のケースは多い現状の中で、双方の共通のゴールを見出す退院支援看護師の役割についての示唆を得ることができました。

第3席「当院における入退院支援体制の構築と評価」は、入退院支援に関する看護師の意識調査と、入退院支援室の開設が入退院支援の強化につ

ながったことが示唆された発表でした。

第4席「口から食べて自宅へ帰りたい患者を支える長男への関わり」は、嚥下障害を持つ患者を支える家族に対する退院支援についての事例研究でした。“経口摂取で在宅へ”という患者と家族の共有目標から、不安要素を払拭し、保証と安心を与えることで退院に至った事例でした。このような成功事例を共有することで、在宅移行の選択肢が広がっていくと思います。

今回の演題から、私たち看護師は、患者の「生活を看る」視点と「どう生きるか」を知ること、そして、患者・家族の思いに寄り添いながら意思決定支援を行うことが重要であると再確認することができました。より良い退院支援を構築するために、それぞれの専門家が、協働しながら活用できるシステムの強化について、様々な視点で学習させていただきました。医療情報を提供するだけでなく、患者の生き方や価値観についても、情報を共有しながら、患者にとって、どのような治療が、生き方や価値観に沿ったものになるのかを一緒に考え、その人の生き方に寄り添いながら日々看護していきたいと思います。

このような貴重な経験をする機会を頂き、誠にありがとうございました。

口演第2群の座長をつとめて

浦嶋ひとみ (石川県済生会金沢病院 看護師長)

口演第2群看護教育・看護管理①5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「ロールレタリングを活用した学生支援の実践報告」は看護専門学校の3年生を対象にロールレタリングというツールを用い、自尊感情や共感性、およびストレス反応への効果をエゴグラムにて、学生支援の効果を検証した内容でした。自分への手紙にて自己感情の明確化を図り、自己カウンセリングにて前向きな感情を生み出すことは他の施設でも参考となる研究でした。

第2席「看護師養成所における異学年交流活動を通しての教育効果」は異学年の交流グループを

作り、交流活動により、上級生から下級生がその学びから行動変容と化する内容でした。異学年交流活動は卒業後も患者への理解や同職種や他職種への理解につながり、意義のある内容でした。今後も活動として継続して頂きたい内容でした。

第3席「糖尿病カンパセーション・マップが看護師の教育ツールとして有効であるかの検討」は患者教育ツールを用い、看護スタッフが糖尿病患者教育の知識と理解を深めるとともに看護スタッフへの教育ツールとして使用した研究でした。他の施設からも取り入れたいと質問もあり、今後も継続し、教育効果と人材育成につながっていくこ

とを願います。

第4席 福島県内における看護業務「療養上の世話」「診療の補助」の看護補助者・他職者への委譲—その1 委譲状況の実態は看護業務33項目における看護補助者・他職者への現在の委譲状況と本来看護師が行う看護業務を検証していました。看護業務とは何かを考えさせられる研究でありました。

第5席 福島県内における看護業務「療養上の世話」「診療の補助」の看護補助者・他職者への委譲—その2 委譲との関連因子はその1からの関連因子が看護配置や病床数に影響されているこ

とを示唆していました。第4席と5席から言えることは、看護職として行う看護業務は何であるか、チーム医療が求められている中で看護職が他職者との業務連携も考慮したうえで、看護業務の核となる専門職としての教育が必要ということです。

保険医療を取り巻く社会の変化に伴い、学生の教育カリキュラムも変化していきます。学校や病院、施設が変化を受け入れ、看護教育に繋げ、協働する力を管理していくことが不可欠であると考えます。それぞれの発表に対し、大変興味深く聞かせていただきました。このような機会を与えてくださったことに深く感謝いたします。

口演第3群の座長をつとめて

高松 朝男（浅ノ川総合病院 看護師長）

口演第3群看護総合①の4題の座長をつとめさせて頂きました。

第10席「腹膜透析導入患児の母親が抱くアンビバレントに対するナラティブケア」は、CAPD導入前後小児の母親の心理的状況の変化の有無を明らかにする、母親の心理的変化に対するケアを検討する事を目的とした研究でした。面接を2回実施し、母親のナラティブから3つのカテゴリー（物語）、後ろ向き、前向き、後ろ向きの物語を前向きな物語に変化させた3つの物語が抽出されました。今回、後ろ向きを前向きな物語に変化させたナラティブケアについて考察されています。今後も母親が抱えるアンビバレントな思いに活用していくことを期待します。

第11席「造血幹細胞移植治療中に精神障害が悪化した躁病エピソードのある患者を支えた看護～トラベルビーの人間対人間の関係モデルでの分析～」は、移植前処置を開始した直後から副作用の症状出現、精神状態が悪化した患者に対し、トラベルビーの人間対人間の関係について4位相における患者の精神面の変化を3期に分類し分析されていました。最終的にラポールを形成されたことは意義深い研究でした。

第12席「初めてクリーン病室で過ごす患者の精神的看護支援を実践して～聞き書きを取り入れた

関わりを通して～」は、クリーンルームで治療を受けられる患者の拘束感や孤独感、死への恐怖、不安やストレス、苦痛の訴えが多く聞かれることに対し、患者の思いをもっと深く理解し看護に繋げていこうとした研究でした。その方法として「聞き書き」の手法をクリーンルームに入室する患者に実施し、患者の思いを分析しカテゴリー化し、精神的看護の実践ができた意義ある研究でした。

第13席「コミュニケーションスキルNURSEを用いた終末期がん患者家族とのかかわり」は、夫の終末期の状態を受け止め切れなかった妻が悲嘆プロセスをたどり夫の病気を受容する過程において、コミュニケーションスキルNURSEを用いた関わりが有用であった研究でした。妻は夫が以前入院していた病院の不信感を引きずり転院してきたが、丁寧な関わりとコミュニケーションスキルNURSEの方法を用いることによって妻の心理が良い方向へと変化していく意義深い研究でした。

4席とも患者、患者家族と看護師の信頼関係または、患者、患者家族が状態を受け入れるまでの揺れる心理状態に看護介入していく研究でした。

今回、座長を努めさせていただく機会を与えてくださったことに深謝申し上げます。

口演第4群の座長をつとめて

蛸島 智子（金沢医科大学病院 看護師長）

口演第4群看護総合②患者の苦痛、不安軽減等に関する5題の座長をつとめさせていただきました。

第1席「乳がん術前術後化学療法に用いられるドセタキセルによる浮腫の出現と飲水量との関連性」は、化学療法を受ける患者の飲水量の実態を調査し、浮腫との関連性を検討した発表でした。化学療法を継続していくには副作用コントロールが重要ですが、浮腫と便秘という相反する2つの症状に着目し検証されたのは有意義であったと思います。今後も検証を継続され、今回立証されなかった因子との関連性が明らかになることを期待します。

第2席「血液疾患患者への終末期における看護実践の実態」は、血液疾患患者の終末期看護を実践している看護師が感じている困難やジレンマ、課題について明らかにする発表でした。医療者と患者家族の間に立ち、患者にとっての最善を模索する看護師の姿に共感しました。患者家族が納得できる方向性の一致に向けた意思決定支援の輪が、今後も広がっていくことを望みます。

第3席「乳がん手術後患者のホルモン療法での副作用とその対処行動ー内服3ヶ月後に焦点を当ててー」は、ホルモン療法開始3ヶ月後に焦点

を当て、患者の治療への受け止め方と副作用の対処行動を明らかにする発表でした。治療開始3ヶ月後を患者がサバイバーとして歩みだす重要な時期として捉え、その思いや行動を分析したことは意義があったと思います。今回明らかになった患者の不安や必要な援助等の研究結果が今後の実践に活かされることを期待します。

第4席「初回入院のDCM患者・家族に対するACP介入のタイミングの重要性を振り返る」は、患者の妻へのACP介入をきっかけに、患者自身の行動変容につながった事例の発表でした。治療により症状が一時的に改善することが多く予後に対する意識を持ちにくい心疾患患者と家族に対するACP介入は困難なことも多く、興味深く聞かせていただきました。

第5席「がん終末期患者の妻の思いの変化ー在宅療養を実現できた事例を通してー」は、退院困難と思われるがん終末期患者家族の意思決定を支援し、妻を通して経過と思いを振り返った発表でした。医師の一言が決め手になったとありましたが、患者家族の思いに寄り添い、困難を調整していく看護師は大きな力になっていたと考えます。

最後に、座長の機会をいただきましたことに感謝いたします。

交流集会Ⅰ

高齢者医療最前線フレイル

本庄 幸代（石川県医療在宅ケア事業団）

わが国では、急速に高齢化が進み、平成29年の高齢化率は27.7%、75歳以上の後期高齢者の人口割合は13.8%となっており、今後さらに、後期高齢者の増加が見込まれています。人々が住み慣れた地域で最後まで過ごすためには、健康寿命の延伸、要介護状態に至る過程を予防することが大切です。脳卒中をはじめとする疾病予防の重要性は言うまでもありませんが、要介護状態になる原因の一つである高齢による虚弱「フレイル」を予防することが大切です。

今回、「高齢者医療最前線フレイル～今求められる多職種協働による早期発見からの予防と対応～」をテーマとし、各分野のスペシャリストの方々に講演いただきました。

医師から、高齢者の健康寿命とフレイルについて、フレイルを正しく理解し対応するために、フレイルとは何か。フレイルとそれに関連する低栄養、サルコペニア（老化に伴う筋肉量の減少）や認知症の病態と予防について講義していただきました。これは転倒予防、介護予防の観点からも重

要です。

理学療法士から、高齢者の加齢や疾病による健康障害によりフレイル状態に陥るため、疾病の重症化予防と身体機能を維持することが必要であること、そのために、筋力維持を病院、施設や在宅でどのように行うか、活動や社会参加の仕組みづくりを行うことが大切であるということを学びました。

看護師から、栄養と口腔ケアからフレイルを予防するための対策として、地域包括食支援の取り組みについて講義していただきました。高齢者の「食べる力」を地域の多職種で連携する際の鍵と

なる7つの要因の頭文字を「カニや白えび」に例え、①か（環境）②に（認知機能）③や（薬剤）④し（心理）⑤ろ（老化）⑥え（栄養）⑦び（病気）について実践事例を通して学びました。個々の食べる力は、この①～⑦の7つの要因が影響するため「カニや白えび」の関係を多職種で紐解くことは食事に関する問題点の整理や食支援の連携を活性化させるという大変貴重な内容でした。

在宅で看護を実践する者として、地域包括ケアシステムを構築するために何をしていくべきか考えることができました。

交流集会Ⅱ

拡がる在宅療養移行支援における外来看護師の役割

丸岡 直子、石川 倫子、田淵 知世（石川県立看護大学）
太田 裕子、湯野智香子、中野 陽子、本田 紀子（小松市民病院）
出口まり子（元石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター）

入院が決定した患者は、入院治療の必要性を受け入れながら、退院後の生活に対する漠然とした不安を覚えることでしょう。そして入院中には、患者は退院後の暮らし方への再構築を行うために、どのような治療・ケアや支援を受けながら、どこでどのように暮らすのかという意思決定を求められます。退院すれば、患者は家族を含めた社会資源を活用して病気や老いと折り合いをつけながら新しい療養生活をスタートし、それを維持していきます。このような人々が遭遇する病気発症から始まる療養過程における課題に対して、病院は地域と連携した在宅療養移行支援体制を構築し、多職種で関わっています。その中でも看護師は中心的な役割を果たしています。在宅療養移行支援は退院支援看護師や病棟看護師が主体となって進められる場合が多いですが、入院前・退院後の在宅療養移行支援は重要であり、外来看護師の役割も拡がることが求められていると思います。

交流集会では、1）在宅療養移行期における患者・家族の課題と外来看護師の役割、2）外来における在宅療養移行支援質指標の紹介、3）事例紹介（急性増悪が懸念される心不全患者の在宅療養維持を支援する外来看護、患者が選択した透析療法を継続するための在宅療養移行支援）を発表させていただきました。参加者との意見交換では、外来－病棟連携における患者の課題の共有方法、外来看護業務における在宅療養支援のために時間確保、外来看護師の在宅療養移行支援への意識を高めることに等について質問が出され、意見交換ができました。

交流集会では100名を超える参加があり、患者の療養過程を「時間軸」と「生活目線」でとらえる在宅療養移行支援における外来看護師の役割やシステム構築への関心の高さを実感いたしました。参加いただきました皆様、交流集会の機会を与えて下さいました皆様に感謝申し上げます。

学会記事

1. 第13回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

JCHO金沢病院

学術集会長挨拶

学術集会 メインテーマ「思いを叶える看護のチ・カ・ラ」

日 時 令和元年9月8日（日） 9：00－17：00

場 所 金沢医科大学病院

会長講演 テーマ 「思いを紡ぎ、『今』と向き合う」

演 者 野村 仁美（JCHO金沢病院 看護部長）

座 長 浦 美奈子（福久ケアセンター 看護部長）

特別講演 テーマ 「患者の幸福を実現する三つの力～立ち止まり物語る臨床倫理のススメ～」

講 師 金城 隆展（琉球大学医学部附属病院 臨床倫理士）

座 長 野村 仁美（JCHO金沢病院 看護部長）

シンポジウム テーマ 「病みの軌跡に応じた意思決定支援」

コーディネーター 平松 知子（金沢医科大学看護学部 教授）

シンポジスト 長田 千香（公立松任石川中央病院 緩和ケア認定看護師）

牧 美春（心臓血管センター金沢循環器病院 慢性心不全看護認定看護師）

森垣こずえ（金沢医科大学病院 看護師長，老人看護専門看護師）

柳原 清子（金沢大学医薬保健研究域保健学系 准教授）

一般演題発表数 38題（口演18題、示説20題）

座 長 鍛冶 佳美（JCHO金沢病院 看護師長）

浦嶋ひとみ（石川県済生会金沢病院 看護師長）

高松 朝男（浅ノ川総合病院 看護師長）

蛸島 智子（金沢医科大学病院 看護師長）

森本ゆかり（公立羽咋病院 看護師長）

廣瀬真理子（JCHO金沢病院 看護師長）

松田久美子（石川県立高松病院 看護副部長）

櫻井 紀子（心臓血管センター金沢循環器病院 看護師長）

講 評 村角 直子（金沢医科大学 准教授）

長山 豊（金沢医科大学 准教授）

交流集会Ⅰ テーマ 「高齢者医療最前線フレイル」

コーディネーター 本庄 幸代（石川県医療在宅ケア事業団）

交流集会Ⅱ テーマ 「在宅療養支援に対するアクションリサーチ」

主 催 丸岡 直子（石川県立看護大学 特任教授）ほか

ランチョンセミナー① テーマ 「業務量測定を活用した業務変革と実践～電子カルテ連携を含めて～」

演 者 清水 由美（山口県立総合医療センター 看護部長）

座 長 中村真寿美（金沢医科大学病院 看護部長）

ランチョンセミナー② テーマ 「高齢者医療のトータルケア～いしかわ診療情報共有ネットワークの取り組みと医療連携～」

演 者 佐原 博之（石川県医師会 理事）

座 長 仙本 禎恵（公立能登総合病院 看護師長）

出席者数 336名（会員210名、非会員118名、学生8名）

総 会

日 時 令和元年9月8日（日）12：00－12：30

場 所 金沢医科大学病院 北辰講堂

理事長挨拶

議 長 野村 仁美

報告事項

1. 平成30年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理 事 会

理事会 4 回開催（平成30年 4 月20日、7 月20日、11月16日、2 月15日）

編集委員会

1) 委員会の開催 平成30年 6 月19日、平成30年12月 6 日：掲載論文の決定

2) 学会誌の発行 看護実践学会誌 第31巻 1 号、第31巻 2 号

3) 投稿論文の状況

第31巻 1 号：掲載論文 7 編（原著論文 2 編、研究報告 5 編）、学会記事

第31巻 2 号：掲載論文 8 編（原著論文 5 編、研究報告 2 編、実践報告 1 編）、会長講演
1 編、特別講演 1 編、学術集会まとめ、学会記事

事務局会議

事務局会議 3 回開催（平成30年 4 月18日、11月14日、平成31年 2 月 8 日）

2. 平成30年度事業報告

事業

1) 第12回学術集会並びに総会（平成30年 9 月 1 日）

参加人数 434名

2) 研究スキルアップ研修会の開催

(1) “「看護のアウトカム評価」について”（平成30年 5 月26日）

参加人数 5 名

(2) “看護研究に活かせる文献の探し方、集め方”（平成30年 6 月23日）

参加人数 32名

3) 実践スキルアップ研修会の開催

(1) “せん妄予防のDELTAプログラム”（平成30年12月 8 日）

参加人数 73名

(2) 「わが病院看護自慢」

① “継続した看護・介護で地域全体をケアする取り組み”（平成30年 8 月10日）

参加人数 15名

② “認知症者の「その人らしさ」を支える療養環境づくり”（平成30年 9 月25日）

参加人数 17名

4) 研究支援

・学会主導によるデータベースの作成（学会とともに取り組む実態調査）

排尿自立指導料に関する実態調査（金沢大学医薬保健研究域 正源寺美穂担当）

5) 会員募集・登録・名簿管理

平成30年度会員数 626名（平成31年 2 月28日現在）

（継続者508名、新規入会者118名）

平成30年度退会者190名

6) 平成30年度会計収支決算報告および会計監査報告

別紙のように報告され、承認された。

会計幹事 池田 富三香（金沢医療センター附属金沢看護学校）

小川 外志江（金沢大学附属病院）

提案事項

1. 平成31年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
2. 平成31年度計画案が承認された。
 - 1) 第13回看護実践学会学術集会の開催（令和元年 9 月 8 日）
 - 2) 研究スキルアップ研修会の開催
 - (1) “Excelの基本的な使用方法－表計算と t 検定”（令和元年 6 月17日）
 - (2) “看護研究に活かせる文献の探し方、集め方”（令和元年 7 月27日）
 - 3) 実践スキルアップ研修会の開催
「わが病院看護自慢」「地域と病院をつなぐ認知症ケア」（令和元年11月21日）
 - 4) 研究支援「看護実践応援企画!! 実践報告にトライしよう」
 - 5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - 6) 看護実践学会誌発行（第32巻 1 号、第32巻 2 号）
 - 7) ホームページの更新
 - 8) 理事会の開催：年 4 回予定（4 月、7 月、11月、2 月）
 - 9) 編集委員会の開催
 - 10) 事務局会議の開催
3. 令和元年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
4. 第14回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長

日 時	令和 2 年 9 月19日（土）
開催予定場所	こまつ芸術劇場うらら
学術集会長	太田 裕子（小松市民病院 看護部長）
テーマ	「看護の基本を極める～食事、排泄、睡眠そして対話～」

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成30年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	増 減	備 考
1. 事業活動収入	3,400,000	3,332,000	- 68,000	
1) 年会費	3,310,000	3,161,000	- 149,000	会員621名×5,000円 学生会員14名×4,000円(うち8名はH29年度分)
2) 研修会	90,000	171,000	81,000	非会員参加費(57名×3,000円)
2. 寄付金	218,000	185,161	- 32,839	第12回看護実践学会学術集会, 広告掲載料
3. 雑収入	10,000	89,084	79,084	銀行利息, 許諾抄録利用料金(2年分), 学会誌 頁超過料金(3件)
4. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	第12回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	8,155,115	8,155,115	0	
合 計	12,783,115	12,761,360	- 21,755	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	決 算 額	増 減	備 考
1. 事業活動費用	2,320,000	2,655,556	- 335,556	
1) 学会誌編集委員会	30,000	19,436	10,564	2回開催
1) 学会誌発行	1,600,000	2,085,140	- 485,140	2回発行, テープ起こし
2) 学術集会	300,000	300,000	0	助成金
3) 研修会	100,000	100,000	0	2件
わが病院看護自慢	60,000	67,770	- 7,770	1件(講師謝礼30,000円, 交通費各2名分)
看護実践力向上研修会	70,000	30,210	39,790	2件(講師謝金30,000円/1名分, 飲料)
看護研究力向上研修会	10,000	3,000	7,000	JADEN審査費用
4) プロジェクト研究助成	150,000	50,000	100,000	「学会とともに取り組む実態調査」支援金
2. 管理費	1,648,000	2,040,398	- 392,398	
1) 人件費	200,000	87,750	112,250	名簿管理・編集関係等アルバイト代
2) 会員管理システム立ち上げ	388,000	399,600	- 11,600	初年度のみ必要経費
3) 会員管理外部委託費	600,000	1,233,773	- 633,773	事務局運営サポート業務, HPおよびクラウド保守業務、会費案内発送業務(H29年度分: 387,564円)
4) 会議費	160,000	165,853	- 5,853	4回開催, 学術集会総会
4) 事務局会議	40,000	29,355	10,645	4回開催
5) 郵送・通信費	100,000	95,815	4,185	DM便, 切手, はがき代等
6) 印刷費	100,000	21,816	78,184	払込票印刷代
7) その他	60,000	6,436	53,564	消耗品, 各種手数料等
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第13回看護実践学会学術集会へ
合 計	4,968,000	5,695,954	- 727,954	
4. 予備費	7,815,115	0	7,815,115	
5. 次年度繰越金	0	7,065,406		
総 計	12,783,115	12,761,360	7,087,161	

平成30年度決算報告

収入総計 12,761,360円

支出合計 5,695,954円

次年度繰越金 7,065,406円

平成30年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を書類とし、平成31年4月15日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

池田 富三香 
小川 外志江 

看護実践学会 平成31年度・令和元年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	前年度決算額	増 減	備 考
1. 事業活動収入	3,400,000	3,332,000	68,000	
1) 年会費	3,310,000	3,161,000	149,000	会員650名×5,000円，学生会員15名×4,000円
2) 研修会	90,000	171,000	- 81,000	非会員参加費
2. 寄付金	218,000	185,161	32,839	広告掲載料，その他
3. 雑収入	10,000	89,084	- 79,084	医学中央雑誌刊行，銀行利息等
4. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	第13回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	7,065,406	8,155,115	- 1,089,709	
収入合計	11,693,406	12,761,360	- 1,067,954	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予 算 額	前年度決算額	増 減	備 考
1. 事業活動費用	2,720,000	2,655,556	64,444	
1) 学会誌編集委員会	30,000	19,436	10,564	2 回開催
発行	2,000,000	2,085,140	- 85,140	2 回発行，テーブル起こし
2) 学術集会	300,000	300,000	0	助成金
3) 研修会	100,000	100,000	0	2 件
わが病院看護自慢				
看護実践力向上研修会	60,000	67,770	- 7,770	1 件（講師謝金30,000円/ 1 人，コーディネーター謝金10,000円/ 1 人，交通費，飲料，消耗品等）
看護研究力向上研修会	70,000	30,210	39,790	2 件（講師謝金30,000円/ 1 人，交通費，飲料）
その他	10,000	3,000	7,000	JADEN審査費用等
4) プロジェクト研究助成	150,000	50,000	100,000	「学会とともに取り組む実態調査」支援金（50,000円/ 1 テーマ）
2. 管理費	1,130,000	2,040,398	- 910,398	
1) 人件費	100,000	87,750	12,250	編集関係等アルバイト代
2) 会員管理システム立ち上げ	0	399,600	- 399,600	立ち上げは終了
2) 会員管理外部委託費	550,000	1,233,773	- 683,773	HP保守業務，事務局運営サポート業務等
3) 送業業務	250,000	0	250,000	会費案内発送業務
4) 会議費	180,000	165,853	14,147	年 4 回，学術集会時開催
事務局会議	40,000	29,355	10,645	年 4 回
5) 郵送・通信費	100,000	95,815	4,185	
6) 印刷費	100,000	21,816	78,184	封筒・払込票印刷費
7) その他	60,000	6,436	53,564	消耗品，各種手数料等
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第14回看護実践学会学術集会へ
4. 予備費	6,843,406	7,065,406	- 222,000	
支出合計	11,693,406	12,761,360	- 1,067,954	

3. 看護実践学会会則

第一条（名称）

本会は看護実践学会（Society of Nursing Practice）と称する。

第二条（事務局）

本会の事務局は、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域（金沢市小立野 5-11-80）におく。

第三条（目的）

本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

第四条（会員）

1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

第五条（事業）

本会の目的に賛同するために次の事業を行う。

1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

第六条（役員）

本会に次の役員をおく。

1. 理事長 1 名
2. 理事 20名程度
3. 監事 2 名
4. 幹事 若干名

第七条（役員の職務）

役員は次の職務を行う。

1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事会を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

第八条（役員の選出および任期）

1. 役員の選出は次のとおりとする。
2. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
3. 理事長は理事会の互選により選出する。
4. 幹事は理事長が推薦する。
5. 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。
6. 役員は、総会で承認を得る。

第九条（会議）

1. 本会には理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

第十条（委員会）

1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

第十一条（学術集会）

本会は学術集会を年1回学術集会会長が主催して開催する。

第十二条（学会誌）

本会は年1回以上学会誌を発行する。

第十三条（研修会）

本会は必要に応じ研修会を開催する。

第十四条（会計）

1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
2. 本会の会費は年額5,000円とする。

第十五条（会則の変更）

会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

附則

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

- 2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。インターネット上で全文公開されている内容は、すでに発表されたものとみなし、査読の対象としない。従って、機関リポジトリで全文公開されている学位論文は受理しない。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮し、その旨を本文中に明記する。投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されていることが望ましく、研究倫理審査承認番号を本文中に明記する。

4. 投稿手続き

- 1) 投稿時、投稿原稿表紙、オリジナル原稿と査読用原稿（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）をメールで送付（添付）するか、あるいはオリジナル原稿と査読用原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか、著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）送付する。メールで送付する場合は、ファイル開封時のパスワードを設定する。
- 2) 査読完了時、投稿原稿表紙、この時点での最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか、著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を送付する。
- 3) 掲載決定時（編集委員会を経て決定）、投稿原稿表紙、編集委員会からのコメント等を反映し、必要な修正を終えた最終原稿を印刷したものと最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか、著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）および誓約書ならびに同意書を添えて送付する。
- 4) 電子媒体および原稿を送付する場合は、封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に対面受け取り可能な方法（書留、レターパックプラス、宅配便等）で送付する。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 大桑麻由美 宛

メールアドレス：ookuwa@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

5. 原稿の受付及び採否

- 1) 上記4-1)の手続きを経た原稿の、事務局への到着日を受付日とする。
- 2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。編集委員会の判定により、原稿の修正及び、原稿の種類の変更を著者に求めることがある。
- 3) 受付日から2週間以内に編集委員会で構成する査読責任者により査読者2名を指名する。査読者は指名より3週間以内に論文を審査する。2名査読者からの審査結果および査読責任者の審査結果が揃い次第、結果を返送する。論文の再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。査読は原則2回とする。
- 4) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

6. 英文のネイティブ・チェック

- 1) 英文投稿のみならず、英文要旨、英文タイトルは投稿前にnative speaker（英語を母国語とする人）による英文校正を受けたものを投稿する。
- 2) 編集委員会からnative speakerによる英文校正を求めることがある。

7. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

8. 原稿の枚数と記載について

投稿原稿の1編は下記の文字にとどめる（図及び表を含める）ことを原則とする。その掲載料は無料とする。なお、原稿の種類を問わず要旨は下記制限には含めない。

原 著	1 編	邦文	約19,000字	総 説	1 編	邦文	約16,000字
		英文	約6,000語			英文	約5,000語
研究報告	1 編	邦文	約16,000字	実践報告	1 編	邦文	約13,000字
		英文	約5,000語			英文	約4,500語
そ の 他	1 編	邦文	約13,000字				
		英文	約4,500語				

図表は仕上がり片段3分の1の大きさを約400字に相当

9. 利益相反

利益相反の有無については、文末に明記する。

10. 著者負担費用

- 1) 規定の文字数を越えた原稿には超過毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿については、印刷ファイル（pdf）の形で無料配布する。刷紙媒体で必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。

11. 著作権

著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、同封すること。また掲載論文を投稿者の所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、理事長の許可が必要である。

12. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード（英語とも）、著者名（英語とも）、所属（英語とも）、図、表および写真の数、要旨の文字数、編集委員会への連絡事項および著者と責任著者の連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。（<http://www.kango-ji.com/journal/index.html>）
- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿する。
- 3) 全ての原稿は、Microsoft Wordで作成する。原稿はA4判横書き用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで作成する。表・図または写真はExcel、Power Pointを用いてもよい。A4判用紙に1点ずつ配置する。表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。図表は本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。
- 4) 原著希望の場合は、英文・和文ともに400字程度の日本語要旨と250語程度の英文要旨をつける。
- 5) 英文論文の場合は、論文の種類を問わず、400字程度の日本語要旨をつける。
- 6) 和文の場合、読点は「、」、句点は「。（全角句点）」とする。
- 7) 論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。

大項目 無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction、Aim、Methods、Results、Discussion、Conclusion、Referencesなどである。

小項目 1.、2. として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1)、2)として行の第2文字目に記す。以下、(1)、①のレベルで記載する。

- 8) 図のタイトルは最下段左端に、表のタイトルは最上段左端に、図1、表1、写1等の通し番号とそのあとに全角スペース分あけてからタイトル名をつける。

① 表はそれ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめ、本文中に表のすべての内容について論じる場合は、その表は不要である。

- ② 表の罫線は必要な横罫線のみにとどめ、縦罫線は原則使用しない。縦罫線の代わりにスペースを設ける。
- ③ 図表の説明文の記入位置は下部とする。

表 1. 若年群と高齢群の誤差率

難度	若年群			高齢群		
	n	平均 (標準偏差)	信頼区間	n	平均 (標準偏差)	信頼区間
低い	12	.05 (.08)	[.02, .13]	18	.14 (.15)	[.08, .24]
中程度	15	.05 (.08)	[.02, .12]	14	.26 (.21)	[.15, .28]
高い	16	.11 (.08)	[.07, .18]	12	.17 (.15)	[.08, .37]

9) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に 1)、1) 2)、1) 3) 6)、1-3) のように記す。参考文献は記載しない。著者が 3 名以上の場合は始めの 3 名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。雑誌名は原則として省略しない。

- ① 雑誌の場合……著者名：表題名，雑誌名，巻（号），ページ，西暦年
 - 1) 勝田仁美，片田範子，蝦名美智子，他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討，日本看護科学学会誌，21，12-25，2001
 - 2) Matsumoto M, Sugama J, Okuwa M, et al.: Non-invasive monitoring of core body temperature rhythms over 72 h in 10 bedridden elderly patients with disorders of consciousness in a Japanese hospital: a pilot study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 57(3), 428-432, 2013
- ② 単行本の場合……著者名：分担項目題名，編集者名，書名（版），発行所，ページ，発行地，西暦年
 - 1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換，天羽敬祐編，集中治療医学体系（第 2 版），朝倉書店，37-46，東京，1988
- ③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名，訳者名，書名（版），発行所，ページ，発行地，西暦年
 - 1) Mariah Snyder：看護介入の概観，尾崎フサ子，早川和生監訳，看護独自の介入（初版），メディカ出版，2-49，大阪，1996
- ④ On-line information…筆者名：タイトル，[オンライン，インターネットアドレス]，ホームページタイトル，入手年月日（月，日，年）
 - 1) 厚生労働省：平成28年度診療報酬改定について，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>]，厚生労働省，10. 1. 2016
- ⑤ 電子雑誌/オンライン版・DOI のある場合……著者名：表題名，雑誌名，西暦出版年，doi：DOI番号xx,xxxxxx, 参照年月日（月，日，年）
 - 1) Sanada H, Nakagami G, Koyano Y, et al.: Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study, Geriatrics & Gerontology International, 2014. doi: 10.1111/ggi.12405, 1. 20. 2015

10) 利益相反

利益相反の有無は、原稿の末尾（文献の前）に記載する。

- 1) 利益相反なし。
- 2) 本研究は〇〇の助成金を受けた。
- 3) △△の測定は、〇〇からの測定装置の提供を受けた。

(2013年12月改訂)

(2015年 7 月改訂)

(2015年 9 月12日一部改訂し、実施する)

(2017年 5 月改訂)

(2019年 9 月 8 日一部改訂し、実施する)

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他	
和 文 題 名		
英 文 題 名		
キーワード（5個以内、日本語/英語）		
1.	/	
2.	/	
3.	/	
4.	/	
5.	/	
原 稿 枚 数		
本文：	文字 図：	点 表： 点 写真： 点
和文要旨文字数		英文要旨使用語数
字		語
著 者		
会員番号	氏名（日本語／英語）	所属（日本語／英語）
著者（第一著者）連絡先 住所・氏名		
住所：〒 _____		

氏名： _____ Tel _____ Fax： _____		
E-mail _____		
責任者（コレスポンドング・オーサー）※：連絡先 住所・氏名		
住所：〒 _____		

氏名： _____ Tel _____ Fax： _____		
E-mail _____		

※著者（第一著者）とは別に投稿論文に関して全責任を持つ著者がいる場合は記載する

*受付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 平成31年度・令和元年度看護実践学会役員

(職務・敬称順、50音順)

理事長 理 事	稲 垣 美智子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	大 桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	太 田 裕 子 (小松市民病院)
	大 西 真奈美 (芳珠記念病院)
	加 藤 真由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	川 島 和 代 (石川県立看護大学)
	木 間 美津子 (心臓血管センター金沢循環器病院)
	越 戸 和 代 (石川県済生会金沢病院)
	越 野 まゆみ (石川県総合看護専門学校)
	小 藤 幹 恵 (公益社団法人 石川県看護協会)
	澤 味 小百合 (公立能登総合病院)
	須 釜 淳 子 (金沢大学新学術創成研究機構)
	高 橋 ひとみ (KKR北陸病院)
	田 淵 紀 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	長 真美恵 (石川県立中央病院)
	富 澤 ゆかり (金沢赤十字病院)
	中 瀬 美恵子 (浅ノ川総合病院)
	中 西 容 子 (金沢市立病院)
	中 村 真寿美 (金沢医科大学病院)
	成 瀬 美 恵 (金沢医療センター)
	西 村 真実子 (石川県立看護大学)
	野 村 仁 美 (地域医療機能推進機構金沢病院)
	橋 本 陽 子 (公立つるぎ病院)
	平 松 知 子 (金沢医科大学看護学部)
	藤 牧 和 恵 (城北病院)
	道 場 委希子 (加賀市医療センター)
	三 井 昌 栄 (公立松任石川中央病院)
	安 田 忍 (やわたメディカルセンター)
	山 下 美 子 (石川県立高松病院)
	山 中 由貴子 (公立羽咋病院)
	渡 邊 真 紀 (金沢大学附属病院)
監 事	池 田 富三香 (金沢医療センター附属金沢看護学校)
	小 川 外志江 (金沢大学附属病院)
事務局代表	多 崎 恵 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(令和元年12月現在)

赤坂政樹	坂井恵子	中西容子
浅田優也	真田弘美	中村彰子
荒井謙一	澤味小百合	畑谷幸代
有田広美	正源寺美穂	平松知子
石川倫子	須釜淳子	堀口智美
稲垣美智子	臺美佐子	松井希代子
井上敏子	高田貴子	松井優子
大江真琴	高地弥里	松平明美
大江真人	高橋ひとみ	松本勝
大桑麻由美	高松朝男	丸岡直子
表志津子	多崎恵子	丸谷晃子
加藤あゆみ	田中浩二	三浦美和子
加藤真由美	谷口好美	村角直子
川島和代	田淵紀子	村山陵子
川島由賀子	玉井奈緒	谷内薫
河村一海	塚崎恵子	山下優美子
川村みどり	辻清美	横井早智江
北岡和代	津田朗子	横野知江
木下幸子	土本千春	
工藤淳子	中島由加里	
小泉由美	長田恭子	
紺家千津子	中谷壽男	

(50音順)

編集委員会

委員長：大 桑 麻由美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）

委員：表 志津子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
紺 家 千津子 （石川県立看護大学看護学部）
谷 口 好 美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
長 田 恭 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
平 松 知 子 （金沢医科大学看護学部）
村 角 直 子 （金沢医科大学看護学部）

事務局：浅 田 優 也 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
正源寺 美 穂 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
多 崎 恵 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
中 島 由加里 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
長 田 恭 子 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
堀 口 智 美 （金沢大学医薬保健研究域保健学系）
(50音順)

看護実践学会誌

第32巻 第2号

発行 令和2年3月20日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)



Contributing to Society through Healthcare

昨日より今日、今日より明日。

テルモは、世界中の医療現場と、患者さんのために
いのちに寄り添い、新たな価値を創造しつづけます。

テルモ株式会社 www.terumo.co.jp