

## 研究報告

# 応用行動分析の分析枠組みを活用した 統合失調症患者と看護師の コミュニケーションに関する文献検討

Review of Selected Literature of Communication between Schizophrenia  
Patients and Nurses Utilizing the Framework  
for Applied Behavior Analysis

前澤 尚子

Naoko Maesawa

神奈川工科大学健康医療科学部看護学科

Department of Nursing Faculty of Health Sciences, Kanagawa Institute of Technology

### キーワード

統合失調症患者, 三項随伴性, コミュニケーション

### Key words

schizophrenia patient, three-term contingency, communication

### 要 旨

目的：統合失調症患者と看護師のコミュニケーションに、応用行動分析の分析枠組み（三項随伴性の枠組み）が実用可能であることを、先行研究の検討から示唆を得る。

方法：8編の先行研究の結果に記述されているコミュニケーションの記述を分析した。分析には応用行動分析の三項随伴性（three-term contingency）の枠組みを用いた。

結果：8編の文献の結果に記述されていたコミュニケーションの記述を三項随伴性の枠組みにより再整理した結果、看護師と患者のコミュニケーションは①患者の行動の後に看護師が後続刺激を提示している、②看護師が提示する先行刺激が患者の行動を引き出しているという関係があった。そのことから、先行刺激、患者の行動、後続刺激に三項随伴性が成立していることが明らかになった。

考察と結語：統合失調症患者と精神科病棟看護師のコミュニケーションに関する文献検討において、応用行動分析の分析枠組みの実用可能性が示唆された。しかし、本研究が明らかにしたことは、文献研究の範囲に留まっている。今後は、この分析枠組みを精神科看護臨床現場に実用し、患者の対人認知の障害に合わせた環境下でのコミュニケーションに有用であることを検証する必要がある。

---

連絡先：前澤 尚子

神奈川工科大学健康医療科学部看護学科

〒243-0292 神奈川県厚木市下荻野1030

## はじめに

2012年に障害者自立支援法が障害者総合支援法に改称・改正され、障害福祉サービスが大きく変わったことをきっかけに、利用者の生活支援サービスの選択肢が広がっている。これにより、障害者の地域生活を支援するサービスは法的に整備されたことになる。しかし、精神科病院に入院している統合失調症患者の中には、地域で生活するにあたり、新しい対人関係づくりに不安を抱く<sup>1)</sup>という報告や人間関係に関する不安があり、退院につながらなかった<sup>2)</sup>という報告もある。

前記で障害となっている対人関係ないし人間関係は、人とのコミュニケーションによる相互作用を通してつくられる<sup>3)</sup>。コミュニケーションでは、視線、身ぶり、姿勢、表情などから相手の心理的状态を理解する、いわゆる対人認知・社会認知が働いている。福田ら<sup>4)</sup>は、統合失調症の生活障害の特質として、顔認知、表情認知、心の理論、共感等の対人認知に障害があるとしている。この対人認知の障害のために、簡単な人間関係でも難しくなると述べている。先述した千葉ら<sup>2)</sup>の報告(退院につながらなかった事例)は、対人認知の障害がコミュニケーションの成立に影響を与え、対人関係に関する不安を誘発したものと考えられる。特に、精神科病院に入院している統合失調症患者は、臨床現場でのコミュニケーションの相手が専ら看護師などの医療者であり、彼らは高度のコミュニケーション技術を用いるため、対人関係の問題が顕在化しにくい。ところが、そのようなコミュニケーションが期待できない家庭・地域生活環境では、障害が顕在化することが考えられる。つまり、対人認知の障害にあわない環境におけるコミュニケーションが対人関係づくりを難しくし、不安を引き起こし退院につながりにくくしているのではないか。

では、統合失調症患者のコミュニケーションや対人関係について、どのような研究がなされているのか。我が国における精神障害者と周囲の人々との関係について、看護学領域の先行研究の多くは関係性の変化のプロセスを見ようとする傾向にある<sup>5)</sup>。もちろん、統合失調症患者を対象にした対人関係を築く援助<sup>6)</sup>や関係性を基盤にした援助<sup>7) 8)</sup>も報告されている。これらの研究は患者の内面の在りようやその変容に関心が置かれ、対人認知の障害やその障害に合わせた環境整備については十分に触れていない。また、治療としては、対人関係のスキルも含めて日常生活での様々な困難に対

処する技能を修得するためにSST (Social Skills Training) が行われているが、これも患者個人への介入であり、対人認知しやすい環境の在りように関心を向けた介入ではない。このような状況から、統合失調症患者の対人認知の障害にあわせた環境でのコミュニケーションが、対人関係づくりに結びつくことを示す研究は見当たらない。

そこで、統合失調症患者の障害を踏まえて、対人認知しやすい環境でコミュニケーションを行うことが対人関係づくりに結びつくことを明らかにする必要がある。その方法の一つに、環境と行動の関係を扱う分析枠組みである応用行動分析の三項随伴性の枠組みがある。この枠組みは環境を刺激、個人の行動を反応と呼ばれる単位に分けて考えるため、看護師と患者の関係が、看護師は患者を取り巻く環境の一部となって刺激を与える存在、患者は個人として環境から刺激を受けて反応する主体的な存在という関係になる。そのため、看護師と患者の個人対個人のやりとりのように見える関わりを、刺激と反応の関係という、これまでの看護学領域における対人関係に関する研究とは異なる観点で捉え直すことが可能になる。それゆえ、この枠組みを用いることにより、看護師は環境の一部となって患者が対人認知しやすい刺激を用いたコミュニケーションを行うことが可能になる。

統合失調症患者の対人認知の障害に合わせた環境でのコミュニケーションを実現するには、先んじて精神科看護臨床現場において、この分析枠組みが実用可能であるか示唆を得る必要があると考える。そこで、本研究は先行研究の記述内容を再整理し、三項随伴性の有無を明らかにすることにより実用可能性の示唆を得ることとした。この分析枠組みが実用できれば、対人認知の障害にあわせた環境下で行われるコミュニケーションが対人関係づくりに結びつき、退院につながられる可能性を高めるものと考えられる。あわせて、同じく対人認知の障害を抱える自閉スペクトラム症や認知症のある人たちのコミュニケーションにも示唆を与えることができるであろう。

## 目 的

統合失調症患者と看護師のコミュニケーションに、応用行動分析の分析枠組み(三項随伴性の枠組み)が実用可能であることを、先行研究の検討から示唆を得る。

## 方 法

### 1. 文献収集期間

2019年1月から同年5月

### 2. 文献収集方法

精神科病棟を舞台に行われた対人関係に関する実践を分析するため、医学中央雑誌Web版Ver.5に掲載されている文献の中から、キーワード「かかわり」もしくは「関わり」と「統合失調症」および「人間関係」を掛け合わせて検索した。その結果、670編が抽出された。そこで、精神保健医療福祉の改革ビジョンが開始された2004年から2018年の間に発表された看護に関する日本語の原著論文に絞り込んだ結果、抽出された文献は242編であった。さらに絞り込むためにキーワード「コミュニケーション」を追加して検索したところ、51編の文献が抽出された。51編のうち、①研究対象が入院している精神障害者であること、②精神科病棟看護師自身が実践した関わりが記述されていること、③要約または要旨を含み学術論文としての体裁が整っていること（発表抄録や講演録ではない）を条件に、最終的に14編を抽出した。

### 3. 分析の観点

一般的に認識されている患者－看護師間の相互作用は、看護師と患者の関係の中で内面の動きを考える。そのため対象関係論に基づいた分析枠組みを用いて分析するのが主流である。けれども、本研究が扱う患者－看護師間の相互作用は、看護師と患者、すなわち環境と個人の関係の中で働く行動の原理を考えるものである。そのため、学習理論を基盤とする応用行動分析に基づく三項随伴性の枠組みを用いて分析する。患者と看護師の間で行われる会話のやりとりを分析するため、一見するとプロセスレコードとの相違が分かりにくい。が、看護師が与える刺激と患者の反応の関係にどのような行動の原理（強化や消去など）が働いているのかを分析する点が異なっている。

応用行動分析の理論、枠組み、技法はすでにリハビリテーション領域<sup>9)</sup>の運動療法やADL訓練などに取り入れられ、実績をあげている。看護学領域では報告数は少ないが、シングルケース研究法を用いた実証研究<sup>10)</sup>や事例研究などがある<sup>11) 12)</sup>。三項随伴性の枠組みの基本的考え方は、人の自発行動はオペラント条件付けにより説明できるというものである。オペラント行動は「先行刺激、行動、後続刺激」の三項の機能的な関係によって成立維持されており、このような三項の機能的な関係は三項随伴性と呼ばれている。先行刺激は行動

に先立つ刺激で、行動の生起の有無に深く関係している。後続刺激は行動の結果、提示される刺激で、行動の維持や般化に関係している。本研究は、先行刺激と後続刺激を看護師の行動とし、行動を患者の行動とした。それに基づいて看護師と患者の行動を三項随伴性の枠組みにより再整理し、看護師が提示する先行刺激および後続刺激と患者の行動に三項随伴性が認められるかを明らかにする。

### 4. 分析の方法

本研究は、各文献の結果に記述されている関わりを熟読し、その記述の中のコミュニケーションの記述を分析対象とした。まず、コミュニケーションの記述を時間的な前後関係に沿って先行刺激、行動、後続刺激の三項に分類した。先行刺激は「患者の行動の前に示された看護師の行動」、行動は「患者の行動」、後続刺激は「患者の行動の後に示された看護師の行動」とした。分類に際し、行動とは、各文献の結果に記述された、看護師および患者が実際に発した言動および言動と同時に用いられた非言語的なコミュニケーション手段もしくは看護師が観察した患者の言動およびそれと同時に用いられた非言語的なコミュニケーション手段に関する部分を行動と操作的に定義した。そのため、観察不可能な「判断」、「思いや考え」、「心情」等の記述は分析対象に含まれない。これらも直接観察した事実であれば、私的事象として分析は可能である。しかし、本研究は文献研究であるため、推測で補い分析することを避けた。なお、患者の反応が受動態で記述されている場合は、能動態に直すことにより行動か否かを判断した。次に、分類したものをABC記録に再整理した。ABC記録は個人と環境との相互作用を、三項随伴性を用いて理解するために、先行刺激、行動、後続刺激を一連の時間の流れに即して観察・記録する方法の一つである。ABC記録のAは先行刺激 (Antecedent)、Bは行動 (Behavior)、Cは後続刺激 (Consequence) であり、それぞれの頭文字をとってABC記録と呼ばれている。本研究におけるABC記録も、コミュニケーションの記述に関して、時間的な前後関係に沿って分類した先行刺激、患者の行動、後続刺激を一連の時間の流れに即して再整理した。最後に、再整理して作成した記録の中の先行刺激、患者の行動、後続刺激に三項随伴性が認められるかを判断した。

## 結 果

応用行動分析の分析枠組みに準拠して再整理が

表1 分析対象文献一覧

文献番号	著者名 発行年	タイトル	研究 デザイン	対象者 年齢 疾患名 人数	結果または実際
1	弦間 <sup>13)</sup> 2016	拒否的な言動を繰り返す患者との関係から陰性感情を振り返る 内服へのかかわりを通して	事例研究	年齢不明 統合失調症 1名	<方向づけの局面>では強い口調で自己中心的に依頼事をするA氏に対し、かかわりたくない気持ちが増していた。<同一化の局面>ではB看護師の行動を真似てみたところ、A氏の対応にも変化が開始した。<開拓利用の局面>ではA氏がどうしたいのか、それを叶えるためにはどうするのかを関連づけて考えることができるように接したところ、拒薬の理由を話してくれるようになった。
2	豊田ら <sup>14)</sup> 2015	セルフケア不足の患者が個人面談で得られた変化	事例研究	40歳代と50歳代 統合失調症 2名	他患者とほとんど交流がない患者と看護師2名とで週1回の面接を3か月間行った。その結果、会話が長続きするようになり、外食できるまでになった。
3	鬼頭ら <sup>15)</sup> 2014	残遺型統合失調症患者へのフットケアの援助による患者-看護師関係の変化	質的記述的研究	70歳代 残遺型統合失調症 1名	看護師が援助を行うと急に大声を出し易怒的となり、関わりを持つことが困難な状況であった患者とフットケアを通じた非言語的コミュニケーションを行った。その結果、患者の健康な側面を知る機会となり、看護師の不安や緊張が軽減した。
4	中林 <sup>16)</sup> 2014	ほとんど発語が見られない慢性統合失調症患者への看護 継続的な発語に対するアプローチや日常生活援助へのかかわりが患者の発語に与える影響	事例研究	40歳代 統合失調症 1名	病棟スタッフの継続的なアプローチや日常生活援助の関わりの中から徐々に話せるようになり、最終的に自ら希望を文章で伝えることができるようになった。
5	杉本 <sup>17)</sup> 2013	言語的交流が図れるようになった統合失調症患者へのかかわり 看護の過程より患者の変化を振り返る	事例研究	50歳代 統合失調症 1名	減裂思考状態にあるA氏に対し、看護師の対応や言語的表現を高めるための関わりによって、徐々に言語が聞かれはじめた。他者と言語的交流を図り関係性も深めることができ、日常生活を取り戻すことに至った。
6	柴田 <sup>18)</sup> 2015	精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験-病棟における参加観察から-	実践研究	60歳代と30歳代 統合失調症 5名 50歳代 気分障害 1名	患者との関わりは時間、場所、内容の枠組みが曖昧で、患者の語りを理解する手がかりとして間主観的接触が重要な役割をはたすことが明らかになった。
7	今泉 <sup>19)</sup> 2014	精神科長期入院患者とのゲームを通してのかかわり-女性閉鎖病棟でのフィールドワークから-	質的記述的研究	40歳代 統合失調症 3名	オセロは患者にとって相互交流の場となっていた。患者はゲームの中で自分を表現し、人とかかわりを体験することにより、繋がりを回復し成長することができる。
8	荒木 <sup>20)</sup> 2004	精神科長期入院患者の人間の成長と看護師の役割-言語的確認行為の激しい患者へのかかわりを分析して-	現象学的方法	40歳代 統合失調症 1名	場面Ⅰでは罪責や他患者からの脅かしや「倒れること」への心配などを痛烈に訴えたが、場面Ⅱになると抗議は持続するものの承認を求めたり、ユーモアのある表現が生まれた。更に場面Ⅲになると要望や人の注目を惹く言い方が増え、表現が豊かになっている。

可能であった文献数は、表1の8編<sup>13-20</sup>である。8編の内訳は、患者の話す行動の変化を述べた文献が5編<sup>13-17</sup>、患者と関わる意味の解釈に重点をおいた文献が3編<sup>18-20</sup>である。前者は看護実践者の視点で行われた研究であった。後者は看護実践者が研究者でもあるため、研究者の視点をもって研究されていた。前者と後者とは視点が異なるものの、どちらも実践の中で行われたコミュニケーションが記述されており、患者の行動あるいは看護師と患者に変化をもたらしていることから、分析する意義があると考えた。そして、本研究は記述されている事柄に重点を置くため、論文内容を損ねずに分析することが可能である。これらの理由から8編すべてを分析対象とした。

患者の話す行動の変化を述べた5編の文献は、どの文献も会話が続くという結果であった。その結果から弦間<sup>13</sup>は「思いを受け止め受け入れることの意義」、豊田ら<sup>14</sup>は「枠組みのある面談の効果」、鬼頭ら<sup>15</sup>は「患者の健康な側面を知ることが看護師に及ぼす影響」、中林<sup>16</sup>は「発語を引き出す継続的なアプローチの意義」、杉本<sup>17</sup>は「言語的交流に対する関わりの効果」という知見を得ていた。そして、患者との関わりの意味の解釈に重点をおいた3編の文献は、その関わりから柴田<sup>18</sup>は「患者と看護師の関わりは枠組みが曖昧で、語りを聴く体験は看護師の不安を刺激する」、今泉<sup>19</sup>は「オセロの場は相互交流の場となっていた」、荒木<sup>20</sup>は「場面全体の振り返りから患者の表情の変化が豊かになった」という結果を得ていた。これらの結果から、柴田<sup>18</sup>は「語りを理解する手がかりとして問主観的接触が重要な役割を果たす」、今泉<sup>19</sup>は「オセロの場が人とのつながりを回復させ、患者を成長させる場になっていた」という知見、荒木<sup>20</sup>は「看護師が患者の人間の成長を信頼しつつ、安全感のもてる療養環境を提供していくことにより、病気の回復が、患者の人間の成長と重なり合うものである」という示唆を得ていた。これに対し8編の文献の結果に記述されていたコミュニケーションの記述を三項随伴性の枠組みにより再整理した結果、看護師と患者のコミュニケーションは①患者の行動の後に看護師が後続刺激を提示している、②看護師が提示する先行刺激が患者の行動を引き出しているという関係があった。そのことから、先行刺激、患者の行動、後続刺激に三項随伴性が成立していることが明らかになった。その部分を焦点化して図1から8に示した。①、②、……の順は行動の時間的前後関係および因果関係

を示すために便宜上つけている。矢印は同じ行動が続いていることを示している。以下に詳細を述べる。

図1は弦間<sup>13</sup>のペプロウの開拓利用の局面をABC記録に再整理した結果である。①および②は記述内容が認められなかったため空欄である。患者が何らかの行動をしたら(②)、看護師が「内服への思いを引き出す」関わりをしてくれた(③)。看護師の「内服への思いを引き出す」関わり(④)に対して、患者が「眠くなるから、料理作れなくなったら困る」と理由を話したら(⑤)、看護師が「医師と連携して内服薬を変更」してくれた(⑥)。

図2は、豊田ら<sup>14</sup>が行った、他患者とほとんど交流がない患者との週1回の面接についての記述内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師が何らかの行動(①)をして、患者が面談中も幾度となく妄想の話に戻すと(②)、看護師が修正してくれた(③)。看護師の修正(④)に対して、患者が変質者の話に戻すと(⑤)、看護師が「あなたはそう思う、そう感じるのですね」と一度受け止めてから、話の筋に戻してくれた(⑥)。看護師が受け止めてから、話の筋に戻したら(⑦)、患者は看護師の提案に対して「え、本当ですか?」「やってみます」と言った(⑧)。

図3は、看護師がフットケアを行うと急に大声を出し易怒的になる患者との関わりについて、鬼頭ら<sup>15</sup>によって記述されている内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師の何らかの行動(①)に対し、患者が大声で「警視庁!」と叫ぶ(②)と、看護師に何か聞こえているのか確認された(③)。看護師に確認されて(④)、患者が「電流」「教える、電流が教える」と言うと(⑤)、急に大きな声を出すこととびっくりすることや看護師には怒鳴り声しか聞こえていないことを伝えられる(⑥)。看護師から急に大きな声を出すこととびっくりすることや怒鳴り声しか聞こえていないことを伝えられると(⑦)、患者は驚いた様子で看護師を見た(⑧)。

図4は、中林<sup>16</sup>が病棟スタッフの継続的なアプローチや日常生活援助の関わりによって、患者が徐々に話せるようになった事例をⅣ期に分けて記述した内容をABC記録で再整理した結果である。①から③はⅢ期の文章で伝える時期、④から⑥はⅣ期の自ら文章での発語が見られた時期の記述内容部分である。看護師に伝えたいことは文章で伝えるよう口頭で促されて(①)、患者が発語すると(②)、看護師から発語するたびに支持的なフ

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①	②	③内服への思いを引き出すかわりを行った
④	⑤「眠くなるから、料理作れなくなったら困る」と理由を話す	⑥医師と連携して内服薬を変更した

図1 弦間<sup>13)</sup>による結果の記述内容のABC記録

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①	②面談中も幾度となく妄想の話に戻る	③修正する
④	⑤変質者の話に戻る	⑥「あなたはそう思う、そう感じるのですね」と一度受け止めてから、看護師が話の筋を戻す
⑦	⑧「え、本当ですか?」「やってみます」と看護師の提案を受け入れる	⑨

図2 豊田ら<sup>14)</sup>による結果の記述内容のABC記録

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①	②大声で「警視庁!」と叫ぶ	③何か聞こえているのか確認する
④	⑤「電流」「教える、電流が教える」と言う	⑥急に大きな声を出すとびっくりすることや看護師には怒鳴り声しかきこえていないことを伝える
⑦	⑧驚いた様子で看護師を見る	⑨

図3 鬼頭ら<sup>15)</sup>による結果の記述内容のABC記録

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①伝えたいことは文章で伝えるよう口頭で促す	②発語がある	③その都度、支持的なフィードバックを行った
④言いたいことは口頭で伝えるよう促す	⑤発語ある	⑥その都度支持的なフィードバックを行った

図4 中林<sup>16)</sup>による結果の記述内容のABC記録

ードバックがもらえた (③)。再び、言いたいことは口頭で伝えるよう促され (④)、発語したら (⑤)、再び看護師から発語するたびに支持的なフィードバックがもらえた (⑥)。

図5は杉本<sup>17)</sup>による減裂思考状態にある患者に対し、看護師の対応や言語的表現を高めるための関わりについての記述内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師が写真を見ていて (①)、患者がきれいと言ったら (②)、看護師が杓を広げた語りかけをしてくれた (③)。看護師から杓を広げた語りかけをされた (④) のに対し、患者がこれ食べたいと話したら (⑤)、看護師が食べてみたいですねと繰り返してくれた (⑥)。

図6は、柴田<sup>18)</sup>が6名の患者の語りを聞くとい

う関わりをした際の体験を記述した内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師が何らかの行動をしても (①)、患者が臥床して目を閉じて、「おしっこが出ちゃうから」と言って起きようとしていない (②)。すると、看護師がベッドサイドに座り、体を揺り動かしてくれた (③)。看護師がベッドサイドに座り、体を揺り動かすのに対し (④)、患者が反応しない (⑤)、看護師はしばらく傍にいた後「向こうに行っているよ」と声をかけてホールに戻った (⑥)。

図7は、今泉<sup>19)</sup>が患者の相互交流の場となっているオセロゲームをしている場面の記述内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師の何らかの行動 (①) に対し、患者が求めると (②)、

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①写真を見ている	②「きれい」と発言する	③杓を広げた語りかけを行う
④	⑤「これ食べたい」と話す	⑥「食べてみたいですね」と繰り返す

図5 杉本<sup>17)</sup>による結果の記述内容のABC記録

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①	②臥床して目をつむり、「おしっこが出ちゃうから」と言って起きようとしていない	③ベッドサイドに座り、体を揺り動かす
④	⑤反応はない	⑥しばらく傍にいた後「向こうに行っているよ」と声をかけてホールに戻る

図6 柴田<sup>18)</sup>による結果の記述内容のABC記録

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①	②A氏が求める	③オセロをする
④	⑤「今日は調子が出ないな」と途中でゲームを降りる	⑥「何かしんどいのか」と尋ねる

図7 今泉<sup>19)</sup>による結果の記述内容のABC記録

看護師がオセロをしてくれた (③)。看護師がオセロをしてくれるのに対して (④)、患者が「今日は調子が出ないな」と途中でゲームを降りると (⑤)、看護師が「何かしんどいのか」と尋ねてくれた (⑥)。

図8は荒木<sup>20)</sup>が患者と関わった場面の2つ目が記述されている内容部分をABC記録で再整理した結果である。看護師が訪室すると (①)、患者が笑顔で迎え、筆者の顔を見上げ「僕、お話の会の時に言う事決まっていますね?」と言う (②)。すると、看護師が苦笑しつつ「そうですね、決まっていますね」と答えてくれた (③)。看護師が答えた後少し間があって (④)、患者が「最近薬を飲まない有難さをつくづくわかりました」と語り始めると (⑤)、看護師が理由を尋ねてくれた (⑥)。看護師が理由を尋ねるのに対して (⑦)、患者が倒れる話をすると (⑧)、看護師がうなずいてくれた (⑨)。話題が変わりながら、その後も話が続き、看護師が好物を尋ねるのに対し (⑩)、

患者がそれには答えず、一人で買い物に行く話をし「Eさんから<A君、地獄行き、おめでとう、買収罪にはなりません。僕にジュースを奢って下さい>と、そう言われるのに決まっています」と語ると (⑪)、看護師が「うん、うん」とうなずいてくれた (⑫)。看護師が「うんうん」とうなずくのに対し (⑬)、患者が「だから僕はこの前から反省して、一人で町の売店に買い物しに行くのをやめました」と続けると (⑭)、看護師が「あらあら、やめちゃった」と答えてくれた (⑮)。看護師が「あらあら、やめちゃった」と答えるのに対し (⑯)、患者がもう一度Eさんの話を最初から繰り返すと (⑰)、看護師はうなずいてくれた (⑱)。

これらのABC記録から、看護師と患者のコミュニケーションにおいて、先行刺激および後続刺激と患者の話す行動に三項随伴性が成立していることが明らかになった。

先行刺激	患者の行動	後続刺激
①訪室する	②笑顔で迎える、筆者の顔を見上げ「僕、お話し会の時に言う事決まっていますね?」と言う	③苦笑しつつ「そうですね、決まっていますね」と伝える
④(少し間がある)	⑤「最近薬を飲まない有難さをつくづくわかりました」と語り始める	⑥理由を尋ねる
⑦	⑧倒れる話をすると	⑨うなずく
⑩好物を尋ねる	⑪それには答えず、一人で買い物に行く話をし「Eさんから<A君、地獄行き、おめでとう、買収罪にはなりません。僕にジュースを奢って下さい>と、そう言われるのに決まっています」と語る	⑫「うん、うん」とうなずく
⑬	⑭「だから僕はこの前から反省して、一人で町の売店に買い物しに行くのをやめました」と続ける	⑮「あらあら、やめちゃった」と伝える
⑯	⑰もう一度Eさんの話を最初から繰り返す	⑱うなずく

図8 荒木<sup>20)</sup>による結果の記述内容のABC記録

## 考 察

### 1. 結果から得られた示唆

弦間<sup>13)</sup>、豊田ら<sup>14)</sup>、鬼頭ら<sup>15)</sup>、中林<sup>16)</sup>、杉本<sup>17)</sup>の研究は、患者の行動が、「話すようになった」、「会話が長続きするようになった」等に変化したという結果に対し、患者の行動の意味や言動の変化の意味について考察していた。一方、柴田<sup>18)</sup>は「患者と看護師の関わりは枠組みが曖昧で、語りを聴く体験は看護師の不安を刺激する」、今泉<sup>19)</sup>は「オセロの場は相互交流の場となっていた」、荒木<sup>20)</sup>は「場面全体の振り返りから患者の表情の変化が豊かになった」という結果を得ていた。これらの結果に対し、間主観的接触の重要性、患者と遊ぶことの重要性、生涯発達論的な視点をもつ重要性について考察していた。しかし、三項随伴性の枠組みを用いて再整理すると、①患者の行動の後に看護師が後続刺激を提示している、②看護師が提示する先行刺激が患者の行動を引き出していることから、先行刺激、患者の行動、後続刺激に三項随伴性が成立していることが明らかになった。さらに、患者の行動と後続刺激の間には「強化」の原理（後続刺激提示後に行動が増強するメカニズム）が働いていることも推察される。なぜなら、弦間<sup>13)</sup>、豊田ら<sup>14)</sup>、鬼頭ら<sup>15)</sup>、中林<sup>16)</sup>、杉本<sup>17)</sup>の研究が得た「話すようになった」、「会話が長続きするようになった」という知見は、看護師の関わりによって話す行動が増える、という良い変化が生じたことを意味しているからである。つまり、患者の話す行動の後に、看護師が対人認知しやすい後続刺激を示した結果、話す行動が増強する、という良い変化が生じたと考えられる。そこで、どのように後続刺激を用いて強化している可能性があるのか、さらに考察する。まず1つ目に刺激の提示の仕方を工夫することで強化している可能性が考えられる。図1-③の看護師が思いを引き出す関わり、図2-⑥の思いを受け止める言葉、図3-③の何か聞こえているのか確認する言葉、図4-③および⑥の支持的なフィードバックを行う言葉、図5-③の枠を広げた語りかけ、図8-③⑥⑬の受け止める言葉等の言葉による刺激は、一つの刺激をはっきりとした明瞭な形で示している。図6-③のベッドサイドに座る姿を見せるという刺激と身体を揺り動かすという刺激、図7-③のオセロをする姿を見せるという刺激とオセロをするという刺激、図8-③の苦笑という表情を見せる刺激と思いを受け止める言葉による刺激のように、複数の刺激を同時に示して強化している可能

性も考えられる。2つ目に刺激を提示するタイミングを工夫することで強化している可能性が考えられる。図6-⑥は「しばらく傍にいた後『向こうに行っているよ』と声をかけてホールに戻る」のように姿を見せるという刺激を示した後、少し間を置いて言葉による刺激を示している。文脈に応じて刺激を示すタイミングを工夫することにより、患者の話す行動を強化している可能性が考えられる。3つ目は内在的強化刺激が起きている可能性が考えられる。柴田<sup>18)</sup>、今泉<sup>19)</sup>、荒木<sup>20)</sup>の研究は、前述の研究とは異なり、研究者の視点をもって関わっている。そのため、病棟での関わりは毎週1～2日、10～22カ月間行われている。そのことを考慮すると、山本<sup>21)</sup>が挙げる行動内在強化が生じた可能性が考えられる。これは、治療者からの外的な強化刺激によって行動が確立されたならば、訓練遂行そのものが内在的強化刺激として働くように移行させていくものである。患者とのコミュニケーションが長期間にわたり定期的に特定の看護師と行われる過程で、話す行動が確立し強化刺激を用いなくても起こるようになっていた可能性が考えられる。

### 2. 精神科病棟看護での実用可能性

先行研究の検討から、看護師と患者のコミュニケーションにおいて、三項随伴性が成立していることが明らかになった。さらに、「強化」の原理が働いていることも推察された。また、菊地ら<sup>22)</sup>が行った精神科看護の実践家への面接からは、看護師が患者の行動の後に褒める声掛けを行っていたことが明らかにされている。言い換えると、この知見もまた、患者の行動と看護師が褒める言葉という刺激の随伴性を示唆しており、この分析枠組みの実用可能性を支持するものではないかと考える。応用行動分析の分析枠組みは、医療現場において、治療成果を大きくあげることができる<sup>21)</sup>だけでなく、精神科看護臨床現場における患者の対人認知の障害に合わせた環境下でのコミュニケーションにも実用可能性があるという示唆が得られた。

## 結語と今後の課題

統合失調症患者と精神科病棟看護師のコミュニケーションに関する文献検討において、応用行動分析の分析枠組みの実用可能性が示唆された。しかし、本研究が明らかにしたことは、文献研究の範囲に留まっている。今後は、この分析枠組みを精神科看護臨床現場に実用し、患者の対人認知の

障害に合わせた環境下でのコミュニケーションに有用であることを検証する必要がある。

## 利益相反

利益相反なし。

## 引用文献

- 1) 高橋篤信：長期入院している成人前期慢性統合失調症患者が抱く退院への思い，日本精神保健看護学会誌，25(2)，51-58，2016
- 2) 千葉進一，谷口都訓，谷岡哲也，他：地域移行型ホームに入所するための4ヶ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討，香川大学看護学雑誌，13(1)，109-115，2009
- 3) 大橋正夫，長田雅喜：対人関係の心理学，有斐閣，178，東京，1987
- 4) 福田正人，鈴木雄介，藤原和之，他：社会で働くことをどう支援するか① 統合失調症の生活障害の特質とその支援，Schizophrenia Frontier，10(4)，256-262，2009
- 5) 武内陽子，飯田淳子，長崎和則：精神障害者と周囲の人々との関係に関する先行研究の検討，川崎医療福祉学会誌，26(2)，150-158，2017
- 6) 清家太美子：精神科病棟における看護師の退院に向けての援助，日本精神保健看護学会誌，16(1)，32-39，2007
- 7) 青木典子：精神障害者の病院から地域への移行期における看護活動の実態，日本精神保健看護学会誌，14(1)，42-52，2005
- 8) 葛谷玲子，石川かおり：精神科急性期治療期間を超過した患者の入院長期化を防止するための看護，岐阜県立看護大学紀要，13(1)，29-39，2013
- 9) 加藤宗規，榊原僚子，山本哲生，他：第IV章 事例集，山崎裕司，山本淳一編，リハビリテーション効果を最大限に引き出すコソ-応用行動分析で運動療法とADL訓練は変わる(第3版)，三輪書店，118-213，東京，2019
- 10) 廣島香代子，鎌倉やよい，深田順子，他：心臓手術後リハビリテーションにおける運動の自律的調整，看護研究，47(6)，551-562，2014
- 11) 佐野樹，山本竜也，坂井誠：繰り返す自傷のため長期にわたって身体拘束下にあった自閉症に対し病棟看護師らと連携して応用行動分析学に基づくアプローチを行った一例，精神科治療学，34(2)，223-230，2019
- 12) 如澤学，岩渕誠一，平野のり子，他：自殺企図を繰り返す統合失調症患者の看護 応用行動分析に基づいたかかわりを通して，日本精神科看護学術集会誌，57(3)，334-338，2014
- 13) 弦間千恵：拒否的な言動を繰り返す患者との関係から陰性感情を振り返る 内服へのかかわりを通して，日本精神科看護学術集会誌，59(2)，242-244，2016
- 14) 豊田志穂，岡田彩，吉岡恵美子：セルフケア不足の患者が個人面談で得られた変化，日本精神科看護学術集会誌，58(3)，104-108，2015
- 15) 鬼頭和子，鈴木啓子：残遺型統合失調症患者へのフットケアの援助による患者-看護師関係の変化，名桜大学総合研究，23，77-83，2014
- 16) 中林加奈：ほとんど発語が見られない慢性統合失調症患者への看護 継続的な発語に対するアプローチや日常生活援助へのかかわりが患者の発語に与える影響，日本精神科看護学術集会誌，57(3)，324-328，2014
- 17) 杉本由美子：言語的交流が図れるようになった統合失調症患者へのかかわり 看護の過程より患者の変化を振り返る，日本精神科看護学術集会誌，56(2)，261-265，2013
- 18) 柴田真紀：精神科病棟における患者の語りを聴く看護師の体験-病棟における参加観察から-，日本精神保健看護学会誌，24(1)，23-32，2015
- 19) 今泉亜子：精神科長期入院患者とのゲームを通してのかかわり-女性閉鎖病棟でのフィールドワークから-，日本精神保健看護学会誌，23(1)，30-39，2014
- 20) 荒木孝治：精神科長期入院患者の人的成長と看護師の役割-言語的確認行為の激しい患者への関わりを分析して-，大阪府立看護大学紀要，10(1)，15-22，2004
- 21) 山本淳一：理学療法における応用行動分析学の基礎 理論と技法，理学療法ジャーナル，35(1)，59-64，2001
- 22) 菊地淳，板橋直人，吉岡一実：精神科看護師による統合失調症患者への褒める声かけに関する研究，ヒューマンケア研究学会誌，9(2)，65-70，2018

## 研究報告

# 糖尿病透析患者における病期に関する認識の実態 及び、透析生活・透析受容との関連

Fact-finding of the stage recognition of diabetic dialysis patients  
and the relationship among stage recognition, dialysis life,  
and the acceptance of dialysis

藤田 祐子<sup>1)</sup>, 稲垣 美智子<sup>2)</sup>, 多崎 恵子<sup>2)</sup>

Yuko Fujita<sup>1)</sup>, Michiko Inagaki<sup>2)</sup>, Keiko Tasaki<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 福井医療大学, <sup>2)</sup> 金沢大学医薬保健研究域保健学系

<sup>1)</sup> Fukui Health Science University

<sup>2)</sup> Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

### キーワード

透析, 糖尿病性腎症, 病期, 認識, 受容

### Key words

hemodialysis, diabetic nephropathy, stage, recognition, dialysis acceptance

### 要 旨

本研究は、糖尿病透析患者において診断から透析導入まで、診断・治療の節目に対して病期の認識がいつであったか、その実態と透析生活、透析受容との関連を明らかにすることを目的に、血液透析を実施して10年以内の糖尿病透析患者68名を対象に、透析導入までの経過で、病気に関する認識について質問紙を用いて調査した。本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を受けている。その結果、糖尿病透析患者において、糖尿病と診断されてから維持透析を開始するまでの期間で、24.1%の患者が病期を認識していない時期があった。また、糖尿病と診断された時期において病期を認識している患者は透析受容得点が高い傾向があった。本研究結果から、糖尿病と糖尿病性腎症の診断の告知を強く印象付け、一歩ずつ透析に向けて準備を進められるようにすることが重要である。また、そのことが、透析の受容や透析後の生活につながるということが示唆される。

---

連絡先：藤田 祐子  
福井医療大学  
〒910-3190 福井県福井市江上町55-13-1

## はじめに

糖尿病は国民病といわれるほど患者数が多く、透析導入患者の原疾患の第1位は糖尿病性腎症であり、その割合は全体の43.2%を占めている<sup>1)</sup>。また、糖尿病を強く疑われる者の約15%は、今後糖尿病性腎症を合併する可能性があり<sup>2)</sup>、透析は多くの糖尿病患者が将来直面する問題であると考えられる。

透析導入までの流れは、糖尿病性腎症が診断され、自覚症状、腎機能、日常生活支障度などから腎不全状態が判断され、医師から内シャント造設を勧められる。そして、内シャントを造設し、透析が開始される。内シャントを造設してから穿刺できるようになるまでの3週間頃～3か月以内の間に透析を開始することが望ましいと報告されている<sup>3) 4)</sup>。

しかし、糖尿病性腎症患者においては自覚症状が乏しいという特徴があり<sup>5)</sup>、自分が腎症を患っていることを受け止められず、透析導入を自分のことのように感じられない傾向がある<sup>6-8)</sup>。透析を告知されても、糖尿病歴によって透析導入を否定的にとらえる傾向<sup>9)</sup>、一般的な腎症患者と比較して透析を受容しにくいということが明らかにされている<sup>10)</sup>。これらのことにより、糖尿病透析患者では医療者の治療計画通りに、内シャント造設までの経過を辿る患者は、実態は明らかとはなっていないものの、前述の先行研究結果を加味すると少ないと考えられる。また、透析導入までの経過に関して土屋ら<sup>11)</sup>や大井ら<sup>12)</sup>による報告があるが、前者は糖尿病の診断から透析導入となるまでの経過を詳細に追跡できた研究であり、後者はクレアチニン値やBUN値等医学的所見に基づいた透析導入の経過について調査されたものである。医学的視点による研究は散見するが、看護の視点から患者側の腎不全に対する認識などは明らかにされていない。糖尿病を発症し、定期的に受診をしていれば、腎症であることや、透析が必要な身体になってきたことは、医師より告知されると予想される。しかし、糖尿病透析患者において、透析導入まで自分の病期がどこにあるのかを考えながら療養していた人がどれだけいるのか、その実態は明らかではない。透析生活と透析受容をより高くするためには、病期の認識の実態を明らかにする必要がある。そこで本研究では、糖尿病透析患者における病期に関する認識の実態と透析生活、透析受容との関連を明らかにすることを目的とした。この結果から、糖尿病性腎症に対する認識の

実態を明らかにすることができ、腎不全増悪や透析導入の予防・遅延につながる支援の検討ができるのではないかと考える。また、透析導入に至ったときにおいても、透析療法を受け入れ、療養できる看護介入に役立てることができるかと考える。

## 研究目的

本研究では糖尿病透析患者において透析導入まで病期に関する認識がいつであったか、その実態と、透析生活、透析受容との関連を明らかにすることを目的とした。

## 用語の定義

病期に関する認識：患者自身が過去を振り返り、「糖尿病と診断された時期」「腎症と診断された時期」「内シャントを造設した時期」「透析を開始した時期」のことをそれぞれ自覚していたこととした。

透析生活：内シャントのトラブルや、食事制限・水分制限などの療養行動、身体が楽だという感覚に着目して、透析療法を継続し暮らしていることとした。

透析受容：透析により受ける障壁に対する心理的受入れ状態とし、操作上の定義には、福西ら<sup>13)</sup>が透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度で示した10項目の内容が、観察者により安定していると評価される度合いで示されるものとした。

## 研究方法

### 1. 研究参加者

A県の医療機関（協力の得られた3施設）で透析を実施しており、血液透析を導入して10年以内の糖尿病透析患者68名であった。選定基準の根拠を以下に述べる。研究対象者には、内シャントを造設したときのことを振り返って回答してもらう必要があった。そのため、本研究では透析歴に上限を決め、記憶によるバイアスを抑えるよう努めた。したがって、選定基準を上記とし、除外基準は認知機能に障害のある患者、会話でのコミュニケーションが不可能な患者とした。

### 2. 調査期間

平成27年2～5月

### 3. 調査方法

データ収集方法：聞き取り質問紙調査法

### 4. 収集データ内容

#### 1) 基本属性

年齢、性別、同居家族の人数、透析歴、合併症

(糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、脳梗塞、心筋梗塞、下肢切断)の有無、治療の種類(食事療法、運動療法、内服療法、インスリン療法)について把握した。

#### 2) 病期の認識について

糖尿病と診断された時期、腎症と診断された時期、透析を告知された時期、内シャントを造設した時期、透析を開始した時期については、具体的な年月日を回答してもらい、記憶があいまいな場合は、「わからない」「覚えていない」とした。腎機能低下の自覚の有無・透析拒否の有無・緊急透析導入の有無については「はい」「いいえ」で回答してもらった。

#### 3) 透析生活

透析療法を受けながら生活を継続できているかを測ることを目的に、「シャントトラブルはない」、「体重管理はうまくできている」、「予定通りの水分量を引くことが出来ている」、「透析実施後の血圧は下がりすぎることはない」、「透析を始めてから、血糖コントロールは意識している」、「透析を始めてからからだが楽になったと思う」について、1「あてはまらない」2「ややあてはまらない」3「どちらともいえない」4「ややあてはまる」5「あてはまる」の5段階リッカート尺度で尋ねた。この6項目は、臨床経験を有し糖尿病看護の研究に精通している看護師や、透析看護認定看護師と相談し作成した。血液浄化センターで勤務している看護師に内容や文章の表現を確認してもらい、調査前に内容妥当性と表面妥当性の検討を行った。

#### 4) 透析受容

福西ら<sup>13)</sup>によって開発された透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度を使用した(以下、透析受容尺度とする)。本尺度構成は全10項目から

なり、スコアは各項目につき、4段階(1-4点)の10-40点の範囲で評価され、得点が高いほど透析療法の受容度が低いことを示す。項目は表1に示した。また、全10項目の評価段階について、大倉ら<sup>14)</sup>を参考にし、項目1-9は「全然ない」「ときどき」「しばしば」「いつも」と尺度通りとしたが、項目10は回答者が理解しやすいように大倉ら<sup>15)</sup>を参考に「全部理解している」「ほとんど」「だいたい」「全然理解していない」とした。

本研究で本尺度を用いた理由を述べる。透析患者は様々な喪失体験や心理的状況などが複雑に絡み合い、鬱状態を経験するも自覚しにくいとも言われている。そのため看護師が直接面接を行い、質問しながら確認していく本尺度は看護師と透析患者間における相互作用により、患者の透析受容を把握できる方法として使用した。

本尺度に関しては開発者及び評価尺度開発の論文を掲載している製薬会社に研究の趣旨を説明し、使用許可を得た。

#### 5. データ分析方法

単純集計を行った。集計は分析ソフトSPSS statistics 25.0を用いた記述統計を行った。病期の認識の有無と透析生活得点の関連については $\chi^2$ 検定、病期の認識の有無による透析受容得点の比較についてはt検定を行った。

#### 6. 倫理的配慮

参加者に対し、研究の目的や内容、方法について、文書および口頭で十分に説明した。研究への参加・不参加は本人の自由意思に基づくものであり、不参加を決めた場合であっても、治療等に不利益が被らないことを保証した。また、一旦参加に同意した場合も、いつでも参加を取り消すことができることを説明した。

調査により得られた個人情報については、連結

表1 透析治療の精神的受容レベル観察者評価尺度項目

- 1 これからさきずっと透析を受けなければならない
- 2 透析であと何年生きることができるか心配である
- 3 身体合併症が起きないか心配である
- 4 これからさき、仕事(家事)を続けることができるか心配である
- 5 これからさき、生活(経済面)がやっていけるかどうか心配である
- 6 どうして自分が透析を受けなければならないのかと考えると腹が立つ
- 7 透析を受けなければならないという状況に実感がわからない
- 8 透析を受けたくない、透析を受けるくらいなら死んだ方がましだ
- 9 透析に関する説明を主治医からどれくらい受けていますか
- 10 透析についてどれくらい理解していますか

4件法で評価し、得点が高いほど受容レベルが低いことを示す

不可能匿名化とした。研究結果を学会や学術雑誌などに発表する際は、個人が特定されないように配慮した。

聞き取り調査については、対象者および協力依頼施設と相談の上で、できる限りプライバシーに配慮した場所や時間を決定した。身体的配慮として、体調が安定していることを確認した上で行った。

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号560-1)

## 結 果

### 1. 対象者の基本属性

回答数68、有効回答数58、有効回答率85.3%であった。糖尿病透析患者では、平均年齢は66±11.0歳で、男性69.0%、女性31.0%であった。また、腎症以外の合併症については網膜症が46.6%、神経障害が27.6%であり、なしと回答した者は32.8%であった。対象者のその他の概要については表2に示す。

### 2. 病期の認識の有無と透析を行うまでの各時期

「糖尿病と診断された時期」「腎症と診断された時期」「透析が必要だといわれた時期」「内シャントを造設した時期」「維持透析を開始した時期」ごとに、「病期の認識がある」、「病期の認識がない」人数とその割合を表3に示した。全体を通した時期において「病期の認識がある」と回答した者は75.9%、「病期の認識がない」と回答した者は24.1%であった。

### 3. 透析生活質問紙の項目ごとの人数とその割合

全ての項目において、「あてはまる」と回答した者の割合が一番高くなっており、「シャントトラブルはない」は56.9%、「予定通りの水分量を引くことができている」は41.4%となっていた。どちらも「ややあてはまる」と合計すると約70%を占めていた。「あてはまらない」と回答した者の割合が一番高くなっていたのは「透析を始めてから、からだが出来なくなったと思う」の25.9%であり、次いで「透析を始めてから、血糖コントロールは意識している」の24.1%であった。その他の割合については図1に示した。

### 4. 病期の認識の有無と透析生活得点との関連

透析生活得点において「あてはまる」「ややあてはまる」を高い群、「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」を低い群とした。病期の認識の有無と得点群とで $\chi^2$ 検定を行った結果、「予定通りの水分量を引くことがで

表2 基本属性

n=58

項 目	人数	%
年齢		66 ± 11.0 歳
性別		
男性	40	69.0
女性	18	31.0
同居家族の有無 (複数回答)		
独居	8	13.8
同居	50	86.2
配偶者	32	55.2
親	7	12.1
子	28	48.3
その他	14	24.1
透析している知り合いの有無		
いる	17	29.3
いない	41	70.7
透析歴		
1年目	10	17.2
2年目	17	29.3
3年目	8	13.8
4年目	9	15.5
5年目	2	3.4
6年目	3	5.2
7年目	3	5.2
8年目	3	5.2
9年目	2	3.4
10年目	1	1.7
合併症の有無 (複数回答)		
糖尿病性網膜症	27	46.6
糖尿病性神経障害	16	27.6
脳梗塞	9	15.5
心筋梗塞	9	15.5
下肢切断	6	10.3
なし	19	32.8
糖尿病の治療 (複数回答)		
食事療法	19	32.8
運動療法	8	13.8
内服療法	35	60.3
インスリン療法	16	27.6
なし	9	15.5

表3 糖尿病透析患者における病期の認識の有無と透析を行うまでの各時期

n=58 人 (%)

	病期の認識	
	あり	なし
糖尿病と診断された時期	53 (91.4)	5 (8.6)
腎症と診断された時期	50 (86.2)	8 (13.8)
透析が必要だといわれた時期	55 (94.8)	3 (5.2)
内シャントを造設した時期	55 (94.8)	3 (5.2)
維持透析を開始した時期	56 (96.6)	2 (3.4)
全体を通した時期	44 (75.9)	14 (24.1)

きている」で有意差がみられ (p<.01)、高い群で79.5%、低い群で20.5%であった。病期を認識していない者は35.7%であるのに対し、低い群では64.3%であった。その他の結果については表4に示した。

5. 各病期の認識の有無と透析受容得点の比較  
 病期の認識の有無で透析受容得点を比較した。結果を表5に示した。「糖尿病と診断された」時期で、「病期の認識がある」と回答した者の方が、「病

期の認識がない」と回答した者より透析受容得点が低くなっており、有意差がみられた (p<.05)。

考 察

1. 病期の認識の実態、2. 病期の認識と透析生活、3. 病期の認識と透析受容について以下に考察を述べる。

1. 病期の認識の実態

糖尿透析患者では糖尿病に罹患してから現在ま

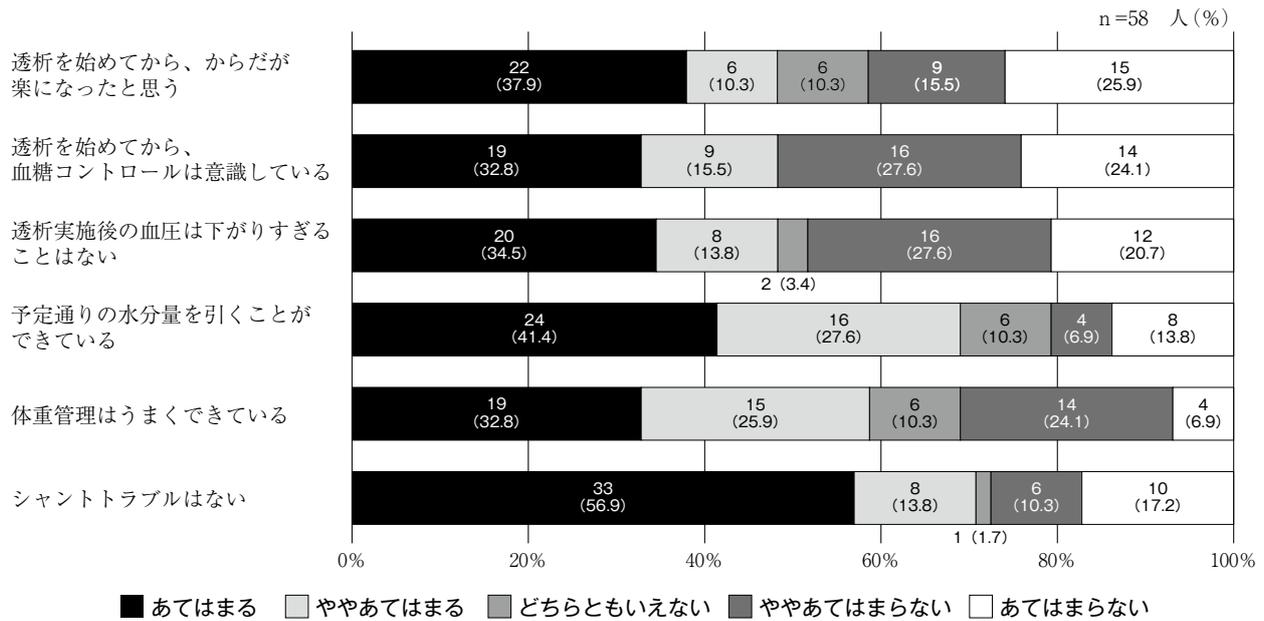


図1 透析生活質問紙の項目ごとの人数とその割合

表4 糖尿病透析患者における病期の認識の有無と透析生活得点との関連

項目	病期の認識の有無	病期の認識の有無		x <sup>2</sup> 値	p 値 <sup>2)</sup>	n (%)
		高い群 <sup>1)</sup>	低い群 <sup>1)</sup>			
シャントトラブルはない	あり	32 (72.2)	12 (27.3)	0.365	0.737	n.s.
	なし	9 (64.3)	5 (35.7)			
体重管理はうまくできている	あり	26 (59.1)	18 (40.9)	0.017	1.000	n.s.
	なし	8 (57.1)	6 (42.9)			
予定通りの水分量を引くことができる	あり	35 (79.5)	9 (20.5)	9.533	0.006**	
	なし	5 (35.7)	9 (64.3)			
透析実施後の血圧は下がりすぎることはない	あり	22 (50.0)	22 (50.0)	0.217	0.762	n.s.
	なし	6 (42.9)	8 (57.1)			
透析を始めてから、血糖コントロールは意識している	あり	21 (47.7)	23 (52.3)	0.022	1.000	n.s.
	なし	7 (50.0)	7 (50.0)			
透析を始めてから、からだ が楽になったと思う	あり	24 (54.5)	20 (45.5)	2.87	0.127	n.s.
	なし	4 (28.6)	10 (71.4)			

1) 高い群: 「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した者、低い群: 「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」と回答した者  
 2) 検定:  $\chi^2$  検定 \*\*p<.01

表 5 糖尿病透析患者における各病期の認識の有無と透析受容得点の比較

病 期	認識の有無	n	透析受容得点 平均 ± SD	P 値 <sup>1)</sup>	
糖尿病と診断された	あり	53	20.02 ± 5.27	0.024*	
	なし	5	25.60 ± 2.70		
腎症と診断された	あり	50	21.02 ± 5.35	0.062	n.s.
	なし	8	17.25 ± 4.06		
透析が必要といわれた	あり	55	20.22 ± 5.17	0.084	n.s.
	なし	3	25.67 ± 6.66		
内シャントを造設した	あり	55	20.53 ± 5.42	0.869	n.s.
	なし	3	20.00 ± 4.00		
維持透析を開始した	あり	56	20.38 ± 5.10	0.756	n.s.
	なし	2	24.00 ± 12.73		
全体を通した時期	あり	44	20.48 ± 5.06	0.955	n.s.
	なし	14	20.57 ± 6.31		

1) 検定: t 検定 \*p<.05

で、病期を正しく認識できていない時期があるという者が24.1%存在していた。診療場面における情報の不足は血液透析への不安に関係することが考えられ<sup>15)</sup>、受診の機会を大切に、医師から丁寧かつ正確な情報を得られるようにする必要があると考えられる。永田ら<sup>16)</sup>は、治療を拒否し下肢切断に至った糖尿病性腎症患者の一例について、重要な治療の前には十分な説明が必要であると述べている。病期を認識することができるようになるためには、どのようなことが影響してくるのか、その要因を今後検討していく必要があると考える。

## 2. 病期の認識と透析生活

本研究結果から、病期の認識がある者は透析生活得点が高い群で多くみられ、病期の認識がない者は低い群で多く見られたという傾向があった。特に、「予定通りの水分量を引くことができている」では有意差がみられた。糖尿病透析患者において、病期の認識があること、つまり病識があることと、療養行動との関係の実態調査はほとんどみられない。病期の認識を受診ごとに確認することが療養行動をとる上で、一つの要因になるのではないかと考えられる。久我原<sup>17)</sup>は、「行動を刺激と反応の連鎖として具体的に観察していき、自発的な行動を起こしやすい環境を整え援助することの重要性」を述べている。患者に対して、療養行動をとれているということを医療者が認め、支援することで、患者の透析生活を継続しやすくなるのではないかと考える。また、患者が療養行

動をとれているからこそ、計画的な除水ができるなど、効果的な透析に繋がるのではないかと考えられる。今後は対象数を増やし、統計学的に明らかにしていく必要があると考える。

## 3. 病期の認識と透析受容

糖尿病透析患者における、病期の認識と透析受容との関係については、糖尿病と診断された時期において、病期の認識の有無で有意差があった。糖尿病と診断された時期を認識していない者は、透析受容得点が高く、透析を受容しにくい傾向があることが考えられる。このことから、糖尿病診断時に強く病期を認識できるように関わることが大切ではないかと考えられる。高橋ら<sup>18)</sup>によると、インパクトのある体験から自分の身体を認識することで、療養していくことができると報告している。患者にとって、インパクトのある体験をつくるのが大切であり、本研究結果からも、糖尿病と糖尿病性腎症の診断の告知を強く印象付けることが重要であると示唆される。

糖尿病透析患者は、透析を受容できていなくても受容できないまま治療が進んでしまう。そのため、適切な時期に看護介入を行う必要があると考える。心理的援助に関して、古賀<sup>19)</sup>によると、ナラティブアプローチをしたことで、透析患者の受容過程に変化が生じたことを報告されている。これは透析導入前の心の準備に活用できるのではないかと考える。また、血液透析導入の時期は、有職者にとっては透析時間の確保、時間的制約、内

シャントを圧迫しないなど作業への配慮が必要となる<sup>20)</sup>。そこで、透析を導入するにあたり、準備が整うまでには期間を要するため、心構え、準備のために期間が確保できるよう計画的に透析を導入することが重要であると考えられる。

### 本研究の限界

本研究は1地域のみの調査であり一般化することはできない。今後は対象数を増やして検討していく必要があると考えられる。

### 結 論

1. 糖尿病透析患者において、糖尿病の診断から維持透析開始までの期間で、24.1%の患者が病期を正しく認識していない時期があり、病気の認識を受診ごとに確認する機会の重要性が示唆された。

2. 「糖尿病と診断された時期」において「病期の認識がある」と回答した者の方が、「病期の認識がない」と回答した者より透析受容度が有意に高くなっていた。

### 利益相反

本研究における利益相反は存在しない

### 引用文献

- 1) 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の実況，2016年12月31日現在，[オンライン，<http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>]，日本透析医学会，6. 18. 2018
- 2) 渡辺毅：CKD 個別疾患の治療の進めかた 糖尿病性腎症，*Medical Practice*, 25(2), 313-325, 2008
- 3) 池田潔：バスキュラーアクセスの選択と作製時期，*透析ケア*, 16(10), 1089-1090, 2010
- 4) 日本透析医学会：慢性血液透析用バスキュラーアクセスの作製および修復に関するガイドライン，*日本透析医学会雑誌*, 38(9), 1491-1551, 2005
- 5) 小松実恵子，恩幣(佐名木)宏美，岡美智代：糖尿病腎症患者における糖尿病治療・療養中断に対する思い，*日本保健医療行動科学会年報*, 25, 196-208, 2010
- 6) 林一美：透析療法期にある糖尿病患者の病の受け止めと援助の方向性，*日本腎不全看護学会誌*, 6(2), 66-72, 2004
- 7) 仲沢富枝：内シャント造設患者の心理状態への援助 ロイ看護論の自己概念適応様式を活用した説明モデルの分析から，*日本腎不全看護学会誌*, 7(2), 66-71, 2005
- 8) 浅野友美，三好茂奈，瀧典子他：糖尿病性腎症で透析導入期にある患者の体験，*日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ*, 38, 163-165, 2008
- 9) 田上功，渡曾丹和子：血液透析療法を受ける患者の心理的特徴に関する研究の分析，*医療保健学研究*, 2, 175-183, 2011
- 10) 佐名木宏美，瀧川薫：糖尿病性腎症から透析となった患者の障害に対する思い—非糖尿病性腎症の透析患者との比較—，*滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 5(1), 13-18, 2007
- 11) 土屋晶子，守屋達美，吉野苑美，他：正常アルブミン尿期から血液透析療法に至るまで長期間の経過を観察できた2型糖尿病の1例，*糖尿病*, 56(1), 24-30, 2013
- 12) 大井一輝，水野美淳：糖尿病性腎症の血液透析に至る経過及び透析導入時期について，*糖尿病*, 25(11), 1181-1189, 1982
- 13) 福西勇夫：透析治療の精神的「受容」レベルの評価尺度の開発，*OFF TIME*, 中外製薬, 67, 13, 2001
- 14) 大倉美鶴，村田伸：高齢透析患者の透析受容とQOLの関係，*日本在宅ケア学会誌*, 10(2), 16-23, 2007
- 15) 三村千代美，玉井佑季，永瀬拓也，他：血液透析導入に対する不安への支援，*信州大学医学部附属病院看護研究集録*, 42(1), 70-73, 2014
- 16) 永田恭代，山口龍太郎：治療拒否し下肢切断した一症例，*日本血液浄化技術学会会誌*, 23(3), 531-533, 2015
- 17) 久我原明朗：プライマリケアでの生活習慣病診療と行動療法の活かし方，*心身医学*, 58(3), 248-254, 2018
- 18) 高橋慧，稲垣美智子，多崎恵子，他：2型糖尿病患者の初期教育とその後の療養体験，*日本糖尿病教育・看護学会誌*, 20(2), 183-192, 2016
- 19) 古賀絵梨奈：血液透析導入期患者への心理的援助 ナラティブ・アプローチを活用して，*福岡赤十字看護研究会集録*, 29, 21-24, 2015
- 20) 大山奈緒美：夜間透析患者の生活状況に関する実態調査 勤労と治療の両立に向けた支援を目指して，*日本職業・災害医学会会誌*, 62(6), 393-398, 2014

## 研究報告

# 頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への 看護を経験した看護師の様相

Aspects of Nurses who experienced Nursing Diabetic patients who  
have Head and Neck Cancer Medical Treatments

中川 さとの<sup>1)</sup>, 稲垣 美智子<sup>2)</sup>, 多崎 恵子<sup>2)</sup>

Satono Nakagawa<sup>1)</sup>, Michiko Inagaki<sup>2)</sup>, Keiko Tasaki<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> 京都大学医学部附属病院, <sup>2)</sup> 金沢大学医薬保健研究域保健学系

<sup>1)</sup> Kyoto University Hospital

<sup>2)</sup> Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

### キーワード

糖尿病, 頭頸部がん, がん患者, 入院, 看護師

### Key words

diabetes mellitus, head and neck cancer, cancer patient, hospitalization, nurse

### 要 旨

本研究は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることを目的とした。看護師13名を対象に、参加観察及び半構造的面接を実施し、分析はエスノグラフィーの手法を用いた質的研究を行った。

その結果、7つのテーマが抽出され、それらを統括して大テーマ【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】が導き出された。

以上の結果より、看護師は、不安定な血糖管理に緊張感を持って糖尿病看護を行いながら頭頸部がん看護と糖尿病看護を融合させていた。専門医や専門チームとの連携やフィードバックできる医療体制が、看護師のケア意欲につながり看護師としての役割が再認識できることが示唆された。

---

連絡先：中川 さとの

京都大学医学部附属病院 看護部

〒606-8507 京都府京都市左京区聖護院川原町54

## はじめに

日本人の2人に1人はがんに<sup>1)</sup>、5人に1人は糖尿病に罹患する<sup>2)</sup>といわれ、厚生労働省は生活習慣病としてがんと糖尿病を捉えている。2011年には日本癌学会と日本糖尿病学会はがんと糖尿病に関する合同委員会を設立し、調査・研究を行うようになった<sup>3)</sup>。そして糖尿病は一部のがん罹患リスク増加と関連があること、共通する危険因子が存在することを報告している<sup>3)</sup>。また糖尿病とがん治療を受けることに関する先行研究では、化学療法で使用するステロイドによる血糖値の上昇<sup>4)</sup>やデキサメタゾンを経期間使用することで血糖値とHbA1c値が上昇する<sup>5)</sup>と報告がある。一方で、血糖管理とがん罹患リスクに関して、質の高いエビデンスが存在しない<sup>6)</sup>こともいわれている。

糖尿病患者の場合、原発巣である発症した部位の専門病棟でがん治療は行われ、治療に並行して血糖管理が求められる。糖尿病専門病棟以外での血糖管理等糖尿病患者の問題に対し、院内に糖尿病看護認定看護師や慢性疾患看護専門看護師が配置され、院内における糖尿病専門チームが糖尿病ラウンドによるコンサルテーション体制をとっている病院があると推測される。しかし、がん治療においては、糖尿病患者ががん治療を受ける場合における糖尿病専門医との連携の報告<sup>7-9)</sup>があるにとどまっている。

糖尿病とがんについての看護研究は、患者を対象としたものは肥後の報告<sup>10)</sup>と事例検討9件のみである。肥後の場合は糖尿病外来を受診した患者が対象である。したがって入院中の患者を担当する病棟看護師を対象とした研究はみられない。

糖尿病患者の治療の中心は食事療法・薬物療法・運動療法である。その中でも食事療法のウエイトは大きく、基本的に糖尿病患者は食事療法を行っている。悪性腫瘍の中でも消化器系のがんは、食事との関わりが大きい。消化器系は口腔から肛門までの消化管と消化を助ける付属器の総称であるが、一般的に消化器は食道から大腸・直腸などの消化管及び肝臓・膵臓・胆嚢が知られている。しかし、咀嚼・嚥下を司る口腔・咽頭も本来消化器系の一つであるが、消化器として認識されることは少ない。そこで今回咀嚼・嚥下に関係した頭頸部外科の頭頸部がんに着目した。頭頸部がん患者の治療範囲は、耳・鼻腔・口腔内・頸部や咽頭・喉頭といった器官であり、手術後は食事・会話・呼吸などの生活が大きく影響を受ける。頭頸部がんの患者は扁平上皮癌が多く、治療効果の高い化

学放射線併用療法を選択することが多い。化学療法ではステロイドを制吐剤として使用するため、高血糖の誘因となる。そして線量が多い放射線治療は生活に支障をきたす疼痛を伴う過酷さがあり、その他にも身体的侵襲は大きく、特に食事への影響はほぼ全員に及ぶ。その原因は治療による咀嚼や嚥下といった機能低下・障害によるものや医療用麻薬を使用するほどの疼痛を伴うためである。そして術後や放射線治療中は粘膜炎等により経口摂取できない場合も多く、経管栄養による栄養確保が行われる。その場合であっても治療行為のため嘔気や下痢等によって栄養剤が必要量注入できないこともある。糖尿病患者にとって食事に影響を及ぼす頭頸部がん治療は、血糖管理が困難になることは推測できる。しかし食事に影響を受けるがん治療としては消化器系がんも同様とみなされるが、胃がんや大腸がん等の消化器系がんは食事そのものではなく、消化・吸収に問題が生じる。頭頸部がんの場合、食べる行為そのもの、つまり食材を口に含むこと自体に問題が生じるためその他の消化器系がん治療と同一と考えることが困難である。加えて頭頸部がんはがん患者数全体の5%程度<sup>1)</sup>の希少な疾患である。そのような頭頸部がん患者について、患者はもとより医療者もその実態を知る人が少ない。希少がんを持つ糖尿病患者へのコンサルテーションを含んだ看護についてはほとんど報告されていない。

そこで本研究は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることを目的とした。

本研究の意義は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相が明らかになることにより、糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の理解と課題が明らかになることにある。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、エスノグラフィーの手法を用いた質的研究デザインで行った。エスノグラフィーは文化人類学を起源とする記述民俗学的手法で、特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターン、考え方を記述し、その文化の中で生活をする人が何を考え、どのように行動するのかを理解する方法である<sup>11)</sup>。

本研究の対象者は、頭頸部外科病棟に勤務する頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験がある看護師である。頭頸部がんは希少な疾患であ

り、一般的ながん患者や糖尿病患者とは異なる希少な集団といえる。その集団を看護する看護師もまた少数であり、特定の集団であることから、この方法が適切であると考えた。

## 2. 研究参加者及び選定方法

頭頸部がん患者の治療は大学病院やがんセンターといった限られた医療機関でのみ実施されているという特徴を持つ。したがって、本研究フィールドをA病院とした。特定機能病院であるA病院では、頭頸部がん治療は標準治療を行っていた。がんと糖尿病を併せ持つ患者の治療・看護が日常的に行われており、常時糖尿病患者は病棟に入院していた。糖尿病患者の血糖管理は糖尿病専門医に委託され、患者は入院中定期的に外来受診するシステムが確立されていた。

研究参加者は、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験が2年以上ある看護師とした。対象の条件として勤務年数を設けた。これは頭頸部外科の治療範囲が、顔面から頸部までの部位で耳・鼻腔・口腔・咽頭・喉頭といった器官が含まれており、器官によって治療方法・予後等が異なるため、頭頸部がん患者を把握するのに2年は要すると考えたためである。ただし摂食・嚥下障害看護認定看護師や栄養サポートチームの専門療法士有資格者は疾患を理解していると捉え、勤務年数を条件から除いた。

研究協力については、研究者が研究の趣旨を研究施設の看護部長、病棟看護師長、病棟看護師に説明し、協力への承諾を得た。研究参加者については、病棟看護師長に研究対象者としての条件を満たす看護師を選定してもらい、研究者自身が、研究の趣旨の説明および倫理的配慮を保証し、直接研究参加を依頼した。

## 3. データ収集方法

### 1) 期間

平成25年6月～平成26年1月

### 2) 面接及び参加観察

面接に先立って参加観察を行った。参加観察の方法は、研究対象者である病棟看護師のケアを通して、研究対象者の言動・表情・ケア状況などについて観察を行った。観察記録は、研究対象者に対する観察の後、状況をフィールドノートに記述した。参加観察は病室で看護師のケア（バイタルサイン測定や点滴の実施・経管栄養の注入介助、処置介助）に同行し、1人最低1回～最高5回、1回に要した時間は5分～15分であり、合計34回行った。なお研究者は、参加者としての観察者と

いう立場をとった。これは、ケアに同行したが、患者に直接的なケアは研究者が行っていなかったことを意味している<sup>12)</sup>。

参加観察は、参加観察可能かどうか患者の体調を病棟師長と同行看護師（研究参加者）から許可を得た場合に、ケアを受ける患者に研究者が口頭で研究目的と内容を説明し、同意を得た場合のみ実施した。また観察中であっても患者に緊急事態や体調不良が発生した時には観察を中断し、患者の利益を優先し、しかるべき対処をすることも説明した。

研究者は面接時、研究参加のために紹介された者に研究施設より許可を得たプライバシーが保たれる面接室で、研究の趣旨、倫理的配慮などについて書面を用いて口頭で説明した。そのうち研究参加の承諾を得られた看護師を対象とした。

面接は半構造的面接を行った。頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者を看護する上で、「糖尿病があることで気を付けていることは何ですか」、「糖尿病があることで困ったことは何ですか」、「糖尿病があることで糖尿病がない頭頸部がん患者さんとの違いはありますか」、「食事に対しどのように関わっていましたか」、「糖尿病の知識はどのように習得しましたか」の5項目を基本とし、それぞれに対し自由に語ってもらった。これらに加え、参加観察を行った中で確認したい内容、看護師の意図が十分に読み取れない語り、及び研究テーマに近いと研究者が感じたものに対しては改めて質問し、それらの内容を深めるように努めた。

面接内容は、研究参加者13名全員から承諾を得て録音した。面接回数は、研究参加者1名につき1回であり、面接時間は1回あたり11分～45分で平均28分2秒であった。

## 4. データ分析方法

データ分析は、Roperによって示されたエスノグラフィーの手法<sup>11)</sup>を参考に行った。分析を通して、研究者は常にイーミック（emic：内部者）な見方で研究参加者の頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を明らかにすることと、エティック（etic：外部者）な見方でその看護師の様相を理解することに努めた。この両方の視点を持ち続け、中立的な立場から分析を進めることで、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護の経験を社会に結び付けるようにした。なおエスノグラフィーのデータ分析は順を追って進むものではないため、研究者はこれらの段階を行き来しながら、最終的に頭頸部がん治療

を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を象徴するテーマを精選していった。以下、その手順を示す。

1) 録音した面接内容はすべて逐語録として起こした。また、その他の観察内容や研究者が感じたことも、随時逐語録にメモとして記録した。

2) 逐語録を一例ずつ何度も読み返しなが、頭頸部がん治療を受ける患者で糖尿病があることは、患者への対応の相違点や糖尿病看護をする上で感じていることなど糖尿病看護の経験に関する語りに注目し、その語りがどのような意味を持っているのか解釈し、その内容を要約した。

3) 参加観察に補強される語りに表出されているもの以外の内容に注目し、要約した内容に加えて、見出しを付けた。

4) データに対して付けた見出しをすべて書き出し、性質が類似したものをまとめてその意味を文章化し、テーマとした。

5) 頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を描けるように、繰り返し逐語録に戻り確認を行い、テーマを精選した。

6) すべてのテーマを総括し、大テーマとして示した。

#### 5. 真実性及び信憑性の確保

データの真実性は、分析を含めた研究の全過程において、質的研究の経験が豊富でがん看護及び糖尿病看護のエキスパートであるスーパーバイザーから定期的な指導を受けることにより確保した。その過程は逐語録の解釈、解釈によって生成されたテーマが研究参加者の語りを十分に反映しているかを常に確認し、テーマが生成された場合はその都度逐語録に戻りながら修正を行い、テーマを精選する方法とした。また、信憑性の確保は、精選された最終のテーマを、研究対象施設とは別の病院で頭頸部がん看護と糖尿病看護に関わる経験豊富な看護師に提示し、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を十分に説明できているか、また、理解できるものであるかを確認することにより確保した。なお主たるデータ収集者は頭頸部外科病棟10年・糖尿病内科6年の勤務経験があり、日本糖尿病療養指導士の有資格者であった。

#### 6. 倫理的配慮

研究者が研究参加者へ文書と口頭で、研究目的・内容を説明した。参加は自由意思によるものであること、個人情報保護の徹底、研究目的以外には使用しないこと、匿名性を守ることを説明した。

また、個人情報には連結可能匿名化をして取り扱い、厳重に管理した。研究参加同意書への署名をもって研究参加とした。

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：419）。

## 結 果

### 1. 研究参加者の概要

13名に研究参加の依頼をし、全員から同意を得て面接を行った。分析対象者は男性看護師2名、女性看護師11名であった。その概要は平均年齢 $34.1 \pm 12.5$  (25~62) 歳、頭頸部外科病棟の勤務経験は平均 $4.7 \pm 2.3$ 年であった。糖尿病内科での勤務経験者はいなかった。

### 2. 導き出されたテーマについて

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相について参加観察と面接で得られたデータを分析した結果、最終的に頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を表す7つのテーマが明らかになった。7つのテーマを【 】, テーマを構成する見出しを< >, 見出しの基となった事例である看護師の語りを「 」、文脈を分かりやすくするために研究者が補った言葉を( )で示す。

#### 【テーマ1：不十分感がある糖尿病看護】

すべての看護師が「糖尿病の勉強は学生の時にしたきり。」と<糖尿病の知識は学生時代のもの>が中心であり、糖尿病の指導をするにも「糖尿病療養（指導）士の人の力を借りながら、インスリンの手技を指導したりするのは病棟でしてます。」のように<手技指導は行うが、生活指導は糖尿病

表1 研究参加者の概要

		n=13	
背景	区分	人数	%
性別	男性	2	15.4
	女性	11	84.6
年齢	~25歳	2	15.4
	26~30歳	6	46.1
	31~35歳	2	15.4
	36歳~	3	23.1
勤務年数 (頭頸部)	~5年	6	46.2
	6~10年	7	53.8
経験年数 (看護師)	~5年	4	30.8
	6~10年	5	38.4
	11~15年	1	7.7
	16年~	3	23.1

表2 頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相

大テーマ
患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、 看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿
テーマ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不十分感がある糖尿病看護</li> <li>2. 緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施</li> <li>3. 患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ</li> <li>4. 経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑</li> <li>5. 患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解</li> <li>6. 糖尿病専門医と電話での連携がストレス</li> <li>7. 栄養士と密な連携を自負</li> </ol>

療養指導士に依頼する>状態であった。

また、がん治療中は食事摂取不良になるため「指導的な看護は結局、みんな食べれなくなってくるので。後回しになってしまいます。低血糖にならないようにだけ気をつけて。」と<がん治療中は低血糖に注意し糖尿病指導は後回し>、「がっつり糖尿病の生活指導とかになってくると範囲が大きく広がり、私らがオーバーワークになって大変なので。」のように<糖尿病指導をしようとする>と通常業務である頭頸部がん看護をする上でオーバーワーク>となる姿が見出された。そのためがん治療開始に伴い血糖測定やインスリン導入になっても、患者にそれに対する受け入れができていないかどうかの確認などは行えていない(参加観察)現状があった。

これは、糖尿病指導をすることの必要性は感じているが、頭頸部がん看護の介入が大きく、自分がこれまで持っていた糖尿病知識を深めて対応する余裕を持ってないままに、糖尿病看護には不十分さを感じながらも、可能な限りの糖尿病看護を行っている姿であった。

【テーマ2：緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施】

看護師は「糖尿があると傷の治りが遅い。」や「(入院期間)長くなるし、血糖のコントロール難しい。」と<糖尿病は創治癒や感染に影響し、入院は長期化する>と感じていた。

「治療してるとご飯食べられなくなったり、化学療法でステロイドも使うので本当に血糖コントロール難しい。」と<頭頸部がん治療の影響で、食事摂取困難となり血糖コントロール不良>を経験していた。

そして、「食べられなくなったら経管栄養も入

れるんで併用すれば、ちょっと食事(摂取量が)変わったりすると、血糖がバラついてきて。インスリンスケールでの対応も複雑になって…。」のように<インスリンスケールは治療内容によって変化>すると感じていた。「ステロイド要注意だと思います。あれ血糖上げますもんね。」と血糖測定時<高血糖の要因であるステロイド使用時はより注意を払う>姿が描かれた。

血糖測定では、「みんなどれくらい以上でインスリンコール(インスリンのスケール値に対し糖尿病専門医に確認のため連絡を取る)したらいいか分からない。」というように<血糖値の適正值が分からない>ため、「スケールがあるだけで、そのスケールのままでよいのかという思いが常にあって。いつも不安は不安なんです。」「実際食べ始めてみて味違うから食べられないと言われて。食前インスリン打ってしまったという焦りがあった。」というように、<スケールがあることにより、時に不安が増し、施注することで低血糖を気にすることを経験していた。また看護師が「(低血糖時の対応は)1時間後に必ず上がることも限らないですし。」のように<高血糖より、低血糖が怖い>と感じている姿が描かれた。

この姿は、糖尿病一般の知識を基盤に、がん治療の患者を支援しようとするが、乱高下しやすい条件が次々と起こり、これといった確証を持たずに緊張感の中で、血糖測定やインスリン注射を行っている姿であった。

【テーマ3：患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ】

「食欲ないので喉ごし・口当たり良いもので、ちょっとぐらい良いだろうって。」と<頭頸部がん患者は治療の影響で、喉ごしの良い食品を好み>、

病院食では食事摂取不良な場合＜自分で探して食べ物を買ってくる患者もいる＞と感じている姿が見出された。しかし、「アイスなりプリンなり血糖コントロールがぐちゃぐちゃになるだろうなって思うものでも、すぐに思いっきりダメですよとは言えない。」と＜購入してきたものは血糖コントロールに影響すると分かっているけども注意できない＞ことに専門家としてジレンマを感じている姿が描かれた。

この姿は、摂取可能な食品が極めて少なくなっていることやその状況にありながらも経口摂取を試みる患者の努力を理解できるが故に、効果的な助言ができない自責の念に似たジレンマを持つ姿であった。

【テーマ4：経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑】

「何でこの日だけ異常に高いんだらうってありますよね。逆に、今日何でこんな低いんだって。（経管栄養でも血糖値）結構乱れます。」のようにカロリーが決まっていて、ほぼ同時刻に注入を行う経管栄養でさえ、一定の血糖値が得られない驚きがあり、＜経管栄養でも日によって血糖値の変動が多い＞と感じる姿が描かれた。また日々の巡回時に消化器症状の有無を確認（参加観察）し、「下痢で流れてしまったり。必要量が体内に入らなかったり。」と消化器症状などによって＜経管栄養は必要量注入できない＞という姿も描かれた。またそのことによって「その人に合ったどういった栄養摂るのが一番いいだらうってというのは考えています。」のように＜患者の状況にあった栄養剤の選択が求められる＞ことを学んでいた。そのため本来糖尿病患者用の栄養剤を使用するが、消化器症状出現のため別の栄養剤に変更し栄養確保することもあった（参加観察）。一方、「経管栄養を食事と捉えてるといって、点滴と同じと捉えていて。点滴の経験では血糖値がそんなに変動しないのに経管栄養だと（血糖値が）変動するのか。」というように＜患者は経管栄養を点滴と同じ感覚で捉えているため、血糖値が乱れることに不信感を持っている＞という姿も描かれた。

この姿は、経口摂取できない患者の治療法としての経管栄養であっても、身体の反応が一定ではなく血糖管理と栄養管理に困難感を抱いている姿であった。

【テーマ5：患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解】

「食事のこととかもやっぱり治療だと思ってる

のか、まずくてもちゃんと食べるみたい。」のように＜糖尿病教育を受けた患者は、食事は治療の一環と捉えている＞と看護師は受け止めていた。そして糖尿病教育を受けた患者のことを「糖尿持っている人は文句言わないですよ。食事がどうとか、治療が辛くてしんどいとか、あんまり言わない。」と＜辛いがん治療の不満を言わず、治療を受け続ける＞と感じている姿であった。

この姿は、患者が食事を治療の一環として捉えて、食べることに治療にも、前向きに頑張っている姿に対して、看護師が理解を示している姿として描かれた。

【テーマ6：糖尿病専門医と電話での連携がストレス】

入院中血糖値の指示は糖尿病専門医が出しており、看護師は測定値によっては、専門医に直接電話連絡して指示を受ける必要がある。看護師はこのことを“コール”と呼んでいた。

看護師は、「実際（に“コール”しないといけない基準に）引っかけたら、いやです。この大変なスケールになったら電話をしないとイケないなど。」「常識の範囲で考えて、とかこっちに判断委ねられたり。」や「（医師との）電話が途中で切れて結局低血糖なのに間に合わないこともあった。」のように、＜糖尿病に関する指示は、主たる診療科でないため気軽に電話しづらい＞、＜電話でのやり取りはトラブルが多い＞と感じていた。またコールする時は「本当なら（食事変更すると）その都度代謝内科の医師に報告しないとイケないのかもしれませんが、また変わった、また変わったって言えない。」と＜がん治療中は食事内容の変更が多く、糖尿病専門医は患者の状況を把握しきれない＞ことを念頭に説明をしなければならず、「糖尿があると他の診療科の医師の指示になるので、タイムリーに指示が得られなくて。」と＜夜間や外勤時は、タイムリーな指示が得られない＞ことでストレスが増強している姿が描かれた。

この姿は、糖尿病のことは頭頸部外科の主治医の責任範囲ではなく、看護師が直接糖尿病専門医に連絡をして指示を受けるシステムが故のストレスを感じている姿であった。

【テーマ7：栄養士と密な連携を自負】

頭頸部がん治療は食事の影響が大きいことに加えて、糖尿病があることで、カロリーや栄養面をより考慮する必要がある。そのため「できることは看護師で食事変更するが、個別（対応）が必要な時は栄養士さんに入ってもらってます。」と＜患

者の希望した食事提供は看護師が行うが、希望が多くなると栄養士に介入を依頼する姿があった。またどうすれば経口摂取が増えるか「食に対する思いだったり、生活の質をなるべく落とさないように、そういうアセスメントを看護師は行う。」といった患者の食のQOLを考え、アセスメントした上で、食事について栄養士に相談(する)をしていく。その結果、「前よりは積極的に(栄養士は)経口摂取に関わってもらえるようになった。」と最低週1回栄養士とカンファレンスを行い、患者と栄養士が食事について面談や栄養指導を行った際は必ず看護師に報告する(参加観察)など食事に関するカンファレンスは多く、栄養士も積極的に参加し、情報共有を行い、連携していた。

この姿は、栄養士と連携して患者の食に対する話し合いを多く持っていると感じる姿であった。

### 3. 大テーマ

7つのテーマを次のように統合した。

看護師は糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の血糖管理に、テーマ2・4より細心の注意を払い対応し、テーマ6より糖尿病専門医と電話での連携にストレスを感じるとともに、テーマ1・3より自分の力量不足を実感していた。しかし、テーマ5より患者が食事を治療と捉えていると感じた看護師は、テーマ7のように栄養士と連携することで経口摂取が少しでもできるよう食事のケアに力を入れていた。

その結果、大テーマとして、看護師の【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】を抽出した。

## 考 察

結果より、テーマ1から5は糖尿病看護に対する向き合い方、テーマ6と7からは、多職種との連携について考察し、全体を通して、糖尿病を併せ持つ希少がんである頭頸部がん患者の理解と看護の課題について考察を深めていく。

### 1. 糖尿病看護に対する向き合い方

テーマ1から5より、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相より、特に糖尿病看護に対する向き合い方を考察していく。

まず、糖尿病専門病棟ではない頭頸部外科病棟の看護師が糖尿病看護を行うことについて考察する。

頭頸部がん治療は患者の身体を血糖値が不安定な状況にもたらし。これに看護師は自分の糖尿病の知識の不十分さを感じながら、緊張感を持って自分たちのできる範囲の糖尿病看護を行っていた。この緊張感を持つ要因の一つは、＜血糖値の適正値が分からない＞ということであった。この緊張感は、血糖値と食事が不安定な状況の中インスリンスケールを実施することで低血糖に患者が陥った経験から生じていた。看護師は自分が行ったケアの結果、患者を低血糖にさせてしまった・させてしまうのではないかと不安な思いが根底にある。この緊張感は次の血糖値を確認するまで続いていた。術後一般病棟での血糖管理やステロイド使用中の血糖管理については専門書でも詳細な記載がなく、知識不足の解消に医師からの指示を確認するしかない状態であった。先行研究では、看護師の知識不足の自覚があること<sup>13-16)</sup>や、糖尿病専門外の病棟で糖尿病教育を行うには、主たる診療科の患者の看護を行いながら糖尿病教育を行う必要があり、教育する時間の余裕が無いことも報告<sup>13) 17)</sup>がある。頭頸部がん治療による有害事象への対応は画一的でないため、糖尿病看護を行うことでより緊張感を持っていたことが推測できる。

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護として特徴的なことは、テーマ4の経管栄養による栄養管理と血糖管理についてと、テーマ3・5から食事は糖尿病治療の一環と捉える患者への経口摂取への関わり、ならびに低血糖時の対応方法である。

経管栄養は一般的に固定時間に固定栄養量を注入するため、血糖管理は容易と考えられる。しかし、患者の身体の反応が一定ではなく、看護師は血糖管理に困難感を抱いている姿として描き出された。栄養剤は糖尿病患者専用の栄養剤が選択され、ポンプを用いて急速に血糖値が上昇しないように対策が講じられていた。経管栄養の注意点として「注入後急激な高血糖を来すことがある<sup>18)</sup>」と記載されたものはある。しかし経管栄養の内容や注入速度が同じであっても患者の体調によって血糖値が変動することは述べられていない。これが先述している血糖管理の緊張感を持つことの一因の一つでもある。

次に、経口摂取不良な患者にいかにか食べられる食品を提供するかということであった。この問題はがん治療のため患者の咀嚼・嚥下機能低下や障害により生じていた。＜糖尿病教育を受けた患者

は、食事は治療の一環と捉えている>ことを理解した看護師は栄養士と連携して病院食の提供を行う。それだけでは思うように経口摂取が進まない患者は、自発的に食べられる食品を探す。この行為は、その後の中長期的な食行動の工夫に繋がる可能性の一つとして報告<sup>19)</sup>されている。一方大橋<sup>20)</sup>は、「糖尿病と癌はそれぞれが求められるセルフマネジメントは時に相反するものである」と述べており、看護師は頭頸部がん看護と糖尿病看護のどちらに重点を置くべきかということにジレンマを感じていた。看護師が患者に助言できない理由として、血糖管理の重要性と同時に、辛いがん治療を乗り切ろうとしている患者の心理も理解できるためということがある。一方、患者のがん治療は入院中という期間限定されていることから、看護師はまずがん治療をしっかり受けられる環境整備のひとつが経口摂取を支えることであり、入院中の血糖管理は自分たちが担うことだと捉えていると考えられる。

最後に低血糖時の対応方法について考察する。

低血糖時の一般的な対応はブドウ糖10gの摂取である。しかし頭頸部がん患者は治療による咀嚼・嚥下機能低下や障害が生じるため、経口摂取が困難なこともあり得る。そのため看護師は低血糖状態の患者が、ブドウ糖の経口摂取が可能か胃管や胃瘻など経管から注入すべきか、静脈注射を行うかについて短時間での判断が求められる。また食事を伴わない時間帯の血糖測定で低血糖を認めた場合、ブドウ糖だけでは再度低血糖になる可能性があるため、炭水化物であるクッキーやクラッカーを摂取することが一般的だが、これも頭頸部がん患者では困難なため、栄養剤などを準備する必要がある。そのため日頃から、糖尿病患者の咀嚼・嚥下状態を把握することと低血糖時どの対応が必要かを看護師間で共有しておく必要がある。

以上より、糖尿病看護に対する向き合い方として、不安定な血糖管理に緊張感を持って糖尿病看護を行っていた。また経管栄養による栄養剤の選択や経口摂取を支えるケアなど頭頸部がん看護の特徴的なケアに、血糖測定やインスリン施注など入院中の血糖管理を担うことで、頭頸部がん看護と糖尿病看護を融合させていたと考察された。

## 2. 多職種との連携

テーマ6・7より、多職種間の連携について考察する。

連携先として糖尿病専門医と栄養士がいるが、糖尿病専門医とはカルテを通じて指示を確認し、

必要時電話でコミュニケーションを取っていた。糖尿病専門医と患者は外来で面識があるが、看護師は往診で診察されない限り糖尿病専門医と面識がなかったため、電話での糖尿病専門医との連携はストレスになっていたと推測できる。先行研究でも専門科以外の患者を看護する際、電話による医師との連携の図りにくさを不安材料として挙げている<sup>21)</sup>。また、インスリン関連や口頭指示のヒヤリハットは近年問題視されている<sup>22)</sup>。口頭指示の場合、インシデントが多いことは既に報告<sup>22)</sup>されていることから、看護師は電話による口頭指示で、よりインシデントに繋がるのではないかとの危惧も、この姿を呈することに影響したと考えられた。病棟看護師が主科ではない医師に連絡をとることは今回の研究施設に限定される可能性はあるが、頭頸部がん治療のできる医療機関は大学病院やがんセンターなど規模が比較的大きな医療機関で行われることを考慮すると、看護師と糖尿病専門医の面識がないことは他院でもあり得ると考えられる。

がんと糖尿病について注目されるようになり、糖尿病専門チームによるラウンド体制やオンコール体制をとる医療機関もある。本研究のように電話でのコミュニケーションではその時だけの点としての相談である。しかし糖尿病専門チームによるラウンド体制がとられている医療機関では、看護師と糖尿病専門医との連携がとりやすいとの報告<sup>23)</sup>もある。またラウンド体制があることで、糖尿病専門チームのメンバーである医師以外のコメディカルともより連携がとりやすくなり、糖尿病や血糖管理について関心が高まると考えられる。専門チームが病棟ラウンドすることで、病棟看護師がそれぞれの患者について血糖管理を含めた糖尿病全般について相談することは、患者にとってよりよい血糖管理が可能となり、またその時の会話は講義形式の教育以上に効果があることも報告<sup>23)</sup>されている。このような介入により看護師として医療者間の仲介役として役割を再認識でき、看護師はアセスメント能力が向上し糖尿病看護の不十分感も軽減できると思われる。

本研究では、栄養士との連携としてアセスメントやカンファレンスを持つことを自負していた。また、栄養士との連携は、看護師からのアセスメント結果を活用し栄養士が不足分を栄養剤や補助食品で補えるようなアドバイスができるとの報告<sup>24)</sup>があり、看護師のアセスメントの成果として目に見えるフィードバックがされたと考えられた。そ

して栄養士が病室に赴き患者と話すことにつながれば、患者の希望の食事内容の変更時期、どのような献立なら対応できるかという患者の希望に即座に返答可能なため、患者の食事満足度は高まり、患者への効果もあるが故、看護師のケアに対する満足感にもつながることが考えられた。

チーム医療が求められる昨今、糖尿病専門チームや栄養サポートチーム、認定看護師・専門看護師とのコンサルテーション体制が確立されることで、一般病棟の看護師にとってより連携がとりやすく、専門的な知識獲得の機会になる。

以上より、専門医や専門チームとの連携やフィードバックできる医療体制は看護師のケアの意欲につながり、自身の看護師としての役割を再認識できる。

### 3. 糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者の理解と今後の課題について

患者数の少ない頭頸部がん患者について、医療者も関わらなければイメージが付きにくい疾患である。これに糖尿病を併せ持つことで、がん治療にどのような影響をもたらすのか漠然としか想像できない状況であった。本研究結果より、頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師の様相を通して、糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者は血糖管理を中心に糖尿病があるために様々な困難があることが明らかになった。

以上より、患者は血糖管理を基盤として頭頸部がん治療が滞りなく行われることが重要である。頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師は、がん治療を受ける糖尿病患者のがん治療中は血糖管理を担い、少しでも経口摂取が継続できるよう支援することに関わっていた。これらはいずれも看護師が安定して看護を行っていくための課題であり、これらの対策は今後も必要になると考えられる。

このような糖尿病を併せ持つ頭頸部がん患者への看護は、血糖管理と食事が大きな柱であり、課題は以下の2点である。

1) 血糖管理を担う上で、糖尿病看護の教育不足と低血糖時の対応方法についての看護師間の情報共有ができていない。

2) 糖尿病専門医や栄養士など他職種との連携などフィードバックできる医療体制が整備されていない。

### 4. 研究の限界について

頭頸部がんの治療ができるのは限定された医療機関のみである。本研究の研究参加者は、一特定

機能病院の入院下で頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者への看護を経験した看護師であった。本研究結果は他フィールドにおいて適応しない可能性はある。また外来でがん治療を受ける場合も適応しない可能性はある。しかし、今回の研究参加施設は他の頭頸部がん治療が行える医療機関と共通した要因があることを考慮すると他フィールドにおいても類似した結果であると考えられる。

## 結 論

頭頸部がん治療を受ける糖尿病患者の看護経験のある看護師の様相から7つのテーマ【不十分感がある糖尿病看護】【緊張感が漂う血糖測定とインスリン注射の実施】【患者が“口に入る”と探した食品に血糖値の影響を言えないジレンマ】【経管栄養中の不安定な血糖管理と栄養管理に困惑】【患者は食事を治療の一環と捉え辛いがん治療を受けていると理解】【糖尿病専門医と電話での連携がストレス】【栄養士と密な連携を自負】が抽出された。それらを統括して大テーマ【患者のケアを通して糖尿病看護の難しさを実感し、看護師としての力量に不十分さを感じながらも食へのケアに励む姿】が導き出された。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く研究への参加を承諾して協力してくださった参加者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、この論文は第9回看護実践学会学術集会で発表したものに、加筆・修正を加えたものである。

## 利益相反

利益相反なし

## 引用文献

- 1) 国立がん研究センター がん情報サービス「がん登録・統計」(2017): 最新がん統計, [オンライン, [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)], 国立がん研究センターがん情報サービス, 11. 8. 2017
- 2) 厚生労働省: 平成25年国民健康・栄養調査、結果の概要「糖尿病が強く疑われる者」の状況, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyuu/h25-houkoku.html>], 厚生労働省, 5. 8. 2015
- 3) 糖尿病と癌に関する委員会: 糖尿病と癌に関

- する委員会報告, 糖尿病, 56(6), 374-390, 2013
- 4) 齊藤麻美, 伊達祐子, 江頭伸昭, 他: がん化学療法で使用するデキサメタゾンの糖尿病合併がん患者の血糖値に及ぼす影響, 日本病院薬剤師会雑誌, 47(10), 1261-1264, 2011
  - 5) 藤井友和, 鈴木宏, 澤柳直樹, 他: 糖尿病合併がん患者の血糖コントロールに及ぼすデキサメタゾンの影響について, 日本病院薬剤師会雑誌, 48(5), 627-631, 2012
  - 6) 糖尿病と癌に関する委員会: 糖尿病と癌に関する委員会報告 第2報, 糖尿病, 59(3), 174-177, 2016
  - 7) 檜崎晃史, 武田倬: 病診・院内他科連携の実際 鳥取県立中央病院における病診・院内他科連携, Diabetes Horizons: Practice and Progress, 1(1), 34-37, 2012
  - 8) 谷長行: がん化学療法と糖尿病マネジメント, 月刊糖尿病, 7(11), 24-33, 2015
  - 9) 清水雅代: 化学療法時にインスリン治療を必要とする糖尿病患者のケアシステムの導入, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22(1), 1-6, 2018
  - 10) 肥後直子, 兼子照美, 長谷川真智子, 他: がん治療中・後の2型糖尿病患者の血糖をコントロールすることに対する考え方, 糖尿病, 58(3), 183-191, 2015
  - 11) Janice M.Roper, Jill Shapira: エスノグラフィの戦略, 麻原きよみ, グレック美鈴訳, 看護における質的研究1 エスノグラフィ(第1版), 日本看護協会出版会, 1-12, 東京, 2003
  - 12) 谷津裕子: 研究方法を考えるステップ, Start Up 質的看護研究(第2版), 学研メディカル秀潤社, 61-63, 東京, 2014
  - 13) 箱石恵子: 脳外科病棟における糖尿病患者の看護の実態調査, プラクティス, 19(6), 723-725, 2002
  - 14) 原千晴, 佐藤三穂: 糖尿病療養指導士の認定資格を有さない病棟看護師の糖尿病看護実践の困難から考える有資格看護師の役割—A大学病院の調査から—, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 163-171, 2011
  - 15) 川又幸子, 川上知恵子, 栗原美由紀, 他: 一般病棟看護師の糖尿病療養指導上の問題を探る—糖尿病診療科以外の病棟で糖尿病患者との関わりで困っていること—, 病棟看護師が行う糖尿病療養指導の実態, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 188-195, 2011
  - 16) 麻生佳愛, 内海香子, 磯見智恵, 他: 看護師が認識する介護施設で生活する糖尿病を持つ後期高齢者のセルフケアの問題, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(2), 133-141, 2012
  - 17) 白岩真由美, 木村美香, 井上優子, 他: 一般病棟で糖尿病教育入院患者にたずさわる看護師が抱えている困難, 日本看護学会論文集 慢性期看護, 46, 90-93, 2016
  - 18) 日本糖尿病療養指導士認定機構: 栄養不良, 日本糖尿病療養指導士認定機構編, 糖尿病療養指導ガイドブック2016(第1版), メディカルレビュー社, 195-198, 東京, 2016
  - 19) 中川さとの, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他: 頭頸部がん患者における治療の意味, 看護実践学会誌, 31(1), 1-11, 2018
  - 20) 大橋健: IV特論 糖尿病合併癌患者の血糖管理とエンパワーメント, 日本臨牀, 73(12), 2141-2147, 2015
  - 21) 長沼真司, 池田祐美, 清水一也, 他: 専門科以外の患者を看護する際の不安—不安と対処方法から今後の課題を検討する—, 長野赤十字病院医誌, 27, 77-82, 2013
  - 22) 日本医療機能評価機構: 医療事故情報収集事業第40回報告書(平成26年10月~12月), [オンライン, <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html>], 日本医療機能評価機構, 11. 20. 2015
  - 23) 山地陽子, 板谷美穂, 今井健二郎, 他: 組織横断的活動としての糖尿病ラウンド—全病院レベルでの糖尿病診療及び看護の質の向上のための取り組み—, 糖尿病, 58(5), 309-316, 2015
  - 24) 山中栄治: 上部消化管外科の栄養管理とNST, 外科治療, 100(1), 15-21, 2009

## 実践報告

# 2型糖尿病患者が他者との関係性のありようを 認識し変化した過程 —マーガレット・ニューマンの健康の理論に 基づいた実践的看護研究—

Process Whereby Type 2 Diabetes Patients Recognize and Change Their Relationships with Others: Practical nursing research based on the health theory of Margaret Newman

中林 誠

Makoto Nakabayashi

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻

Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

### キーワード

2型糖尿病, マーガレット・ニューマン, 変化, 対話

### Key words

type 2 diabetes, Margaret Newman, transforming, conversate

### 要 旨

本研究の目的は2型糖尿病患者との対話の過程で表れた変化を明らかにすることであった。研究デザインはマーガレット・ニューマンの健康の理論を枠組とした質的ケーススタディであった。研究参加者は、半年前に糖尿病と診断された50代の女性だった。研究参加者は研究者との3回の対話の中で、糖尿病と診断されたことをきっかけに、それまでの自分は自分自身、他者へと関心が薄かったこと、長期的に計画を実行することが苦手であるという自己のありようを認識し、限界を迎えつつあった血糖コントロールに再び取り組み始めた。これはニューマンのいう健康のプロセスをたどったといえる。この理論は自覚症状に乏しい2型糖尿病患者に対しても人間の成長・変化に役立つことが示唆された。

---

連絡先：中林 誠

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻  
〒920-0942 石川県金沢市小立野 5-11-80

## はじめに

糖尿病患者数は現在328万人に至っている<sup>1)</sup>。

糖尿病は血糖値を適切にコントロール (HbA1c 7.0未満) することで合併症の出現を減少させる事が明らかとなっている<sup>2)</sup>。

しかし、糖尿病は一般に自覚症状が乏しいため、危機感を抱きづらく教育などが困難な事例は多い。これらの患者には医療者が自律的な態度を尊重するような関わり方をする事<sup>3)</sup>、患者自身の医療者・家族との良好な人間関係を形成することが重要であることが示唆されているが、具体的な介入方法は示されていない<sup>4-8)</sup>。

患者の自律的な態度を尊重しながら関わっていくこと、他者との良好な関係性を築くために、マーガレット・ニューマン (以下、ニューマン、とする) の患者は看護師との対話を通して自分の他者との関係性のありようを認識するという考え方が活用できるのではないかと考えた。

この理論は国内ではがん看護に多く用いられているが、がんは慢性疾患<sup>9)</sup>や生活習慣が発症要因<sup>10)</sup>という点で、2型糖尿病との共通点があり、療養の良否が身近な人たちとの人間関係に影響されることから、2型糖尿病患者にも有効なかかわりになることが期待できると考えた。

そこで本研究では、2型糖尿病患者とニューマンの理論に基づいたかかわりをもち、その過程で患者にどのような変化が起こるのかを明らかにすることにより、今後の2型糖尿病看護への適用を検討することにした。

## 研究目的

看護師がマーガレット・ニューマンの健康の理論を基盤とした他者との関係性を振り返る介入を行うことで、2型糖尿病患者にどのような変化が起こるのかを明らかにする。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインはケーススタディであり、ニューマン プラクティス<sup>11)</sup>、ニューマンが提案する解釈学的、弁証法的方法を用いた。

### 2. 研究参加者

研究参加者は糖尿病専門外来を開設しているA県B病院で紹介を受けた。選定基準は、1) 糖尿病と診断され何らかの関わりが必要であると担当医から看護師によって、筆者に紹介された患者であること、2) 60分程度の対話が可能な身体的・

精神的状態にあること、3) 研究の趣旨を理解し、書面による研究参加の承諾を得た。ことのすべてを満たす人であった。診断された時期、治療については問わなかった。

### 3. 理論的枠組み

本研究はニューマン (1994/1995)<sup>12)</sup> の拡張する意識としての健康理論 (health as expanding consciousness) を理論的枠組みとする。ニューマンは、「患者が窮地に陥っているとき、自分と環境との相互作用のありようを認識するならば、今までの自分の古い価値観やルールから解放されて、患者本人が自分の持つ可能性や力に気づき、新しく生きるルールを自ら見出すことができると述べている。この仕事は人生で最も困難かつ重要な仕事であり成し遂げるためには、よき環境としてのパートナーが必要である。それこそが看護職者の役割である」と述べている。

### 4. 介入手順およびデータ収集方法

研究者は臨床経験12年で、主に消化器系の病棟での勤務経験があり、多数の糖尿病患者に病棟看護師としてかかわっていた。ニューマンの健康の理論を学び、同理論をもちいての研究実績がある。

本研究では、マーガレット・ニューマンの理論に導かれたがん看護実践<sup>13)</sup>を参考にケアリング・パートナーシップ形成過程の手順を作成し研究をすすめた。その過程のイメージを図1に示した。

#### 1) 初回の対話

研究者から「人生において大切な出来事や大切な人との思い出について話していただけませんか」と問いかけ、対話を始めた。対話中、研究者は参加者の良き人的環境になろうと心掛けた。具体的には参加者の自由な語りを尊重すること、内省を妨げないように誤った見解であっても訂正や否定をしないことに留意をした。

#### 2) 表象図の作成

対話の内容を表象化しフィードバックすることで新たな内省につながると考え、表象図を作成した。ICレコーダーのデータから逐語録を作成、参加者にとって意味深い出来事、その時の他者との関係性の内容に注目して、幼少期から現在までの人生を節目ごとに並べた。

#### 3) 2回目以降の対話

対話の初めに研究者が作成した表象図の説明を行った。その後、「この図 (表象図) を見てどう思われますか」と尋ね、初回の対話と同様に傾聴した。

対話の終わりは、参加者と研究者両者で、十分

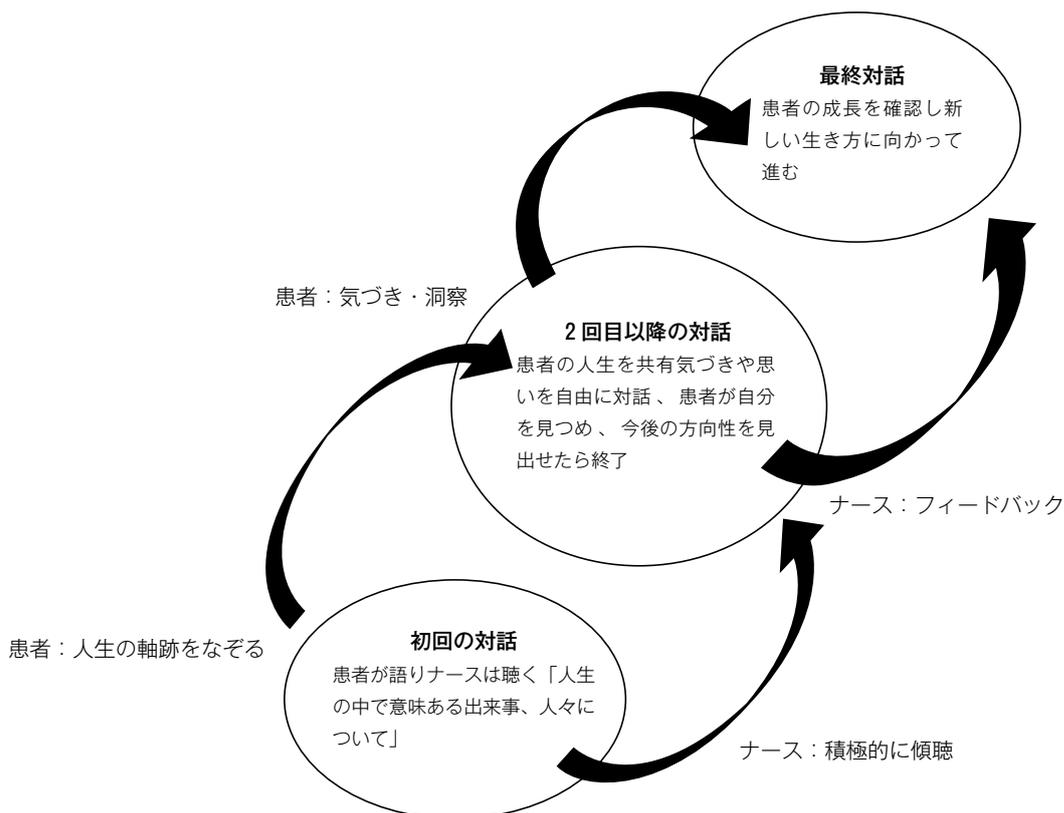


図1 ケアリング・パートナーシップ形成過程

な洞察ができた時であるとされているため明確な回数は設けていなかった。本研究では3回の対話を行った。

データは、対話の音声データをもとに作成した逐語録、フィールドノートであった。対話は許可を得て、ICレコーダーに録音し音声データから筆者自身で逐語録を作成した。

データ収集期間は平成30年8月から11月までの3か月間だった。

#### 5. データ分析方法

逐語録の中で参加者は意味ある出来事や人とのかわりを語り、自分のありようの理解・思考や感情及び行動が変化していると思われる部分や際立って変化したと思われる個所を中心に相対的に見比べてその意味を理解し、拡張する意識の理論に照らし合わせて解釈した。なお分析過程において質的研究の経験が豊富で、糖尿病看護に熟練した複数の研究者よりスーパーバイズを受けた。

#### 6. 倫理的配慮

本研究の目的、方法、所要時間、面接の内容をテープに録音すること、自由意志での参加であり研究協力の有無で治療や看護に不利益が生じないこと、いったん同意しても撤回が可能であること、

データは匿名化すること、カギのかかる部屋で厳重な管理をすること、公表することについて書面と口頭で説明し、同意を得た。本研究計画書は神奈川工科大学大学倫理審査委員会で承認（承認番号20180723-01）された。

## 結 果

### 1. 参加者の概要

研究協力施設から紹介された研究参加者（以下Aさんとする）は、半年前に糖尿病と診断された50歳代の女性、内服治療（診断時から）、糖質制限の食事指導を受けた直後であった。紹介者はAさんについて、診断されてから内服治療が中心であり、看護師からの療養指導はまだ本格的に始まっていない、とても話しやすい患者であると紹介の理由を述べた。Aさんと3回の対話を行い、表れた変化を下記に示す。

### 2. 出会い

研究協力者である外来看護師に紹介され、私たちは出会った。Aさんは研究の趣旨を真剣に聞いた後、「幸せに死ぬるようになんげらなきゃ。」といいながら研究の同意書にサインをしたことが印象的だった。

### 3. 第1回目の対話（対話時間55分）

第1回目の対話は同意書にサインをしてから約1ヵ月後に行った。対話前にあいさつや雑談をしたあと、「人生の中で意味深い出来事や大切な人との思い出について話してください。」と問いかけた。

Aさんは「何を話そうかな…。」とつぶやき、沈黙したあと「両方同じ家族なんですけど…本当の家族は自分の親と兄弟って感じがあるんですよね。」と結婚するまでの他者との関係性について話し始めた。

#### 1) 結婚するまで

「父が病弱だったので、父が母の役割をして、母が父の役割をしていました。少し変わったところのある母とはあまりあわなかったのですが、父は毎日学校に送り出してくれて、いつもで迎えてくれました。」その他、兄が家計を支えるために早くから働いていたこと、家族で外出するなど印象的な思い出はあまりなかったが日々幸せだったと話した。自身については「のほほんと生きていた。」と話すとどまったが、両親の死、糖尿病の診断、兄が病気になった事で改めて本当の家族のきずなを強く感じていると話した。

#### 2) 結婚してから

結婚直後から夫の両親と同居した。そのことを「同居はそれほど大変ではなかった。」と話す一方で「前（結婚前）は食事も大皿だったから自分が好きなだけとれていただけ、ここにきて（結婚後）からプレートに取り分けてたんですね…。お義母さんは残すともったいないからって、余ったら私に足してきたりして…。」と食習慣に変化があったことを話した。また、週末のほとんどは旅行や、ホームパーティーが行われたことを話したが、楽しかったと語ることはなかった。

#### 3) 糖尿病と診断されてからの変化

糖尿病について「食べ物を食べちゃいけないんだ。」「あまり病気だって感じがないんですよね、糖質制限って言われているけど、できるのかな。」と淡々と話した。病気を打ち明けてから、家族からはAさんを気遣う言葉が聞かれるようになり、食事制限を始めるなどの変化がみられるようになったと話した。その一方で「だけど、あまり子どもたちも分かってくれなくて…ほれみたことかと思われていると思う。」と静かに話した。

#### 4) 第1回目の対話を終えて

Aさんは沈黙をはさみながら、自分が歩んできた人生について語った。本当の家族という表現、

夫についてほとんど語られることがないことが気になったが、Aさん自身が語らないことにも意味があると解釈し、対話中に問いかけることは避けた。

#### 5) 第1回目の対話の解釈

糖尿病と診断される前は「のほほんと生きていた。」「同居はあまり大変ではなかった。」と抽象表現が多くあまり他者に関心を示さずに生きていたように解釈できた。しかし、父母がなくなり、糖尿病の診断、兄の体調不良がきっかけとなり本当の家族への関心が強くなっているようだった。糖尿病については自覚症状が乏しく病識を抱きにくい一方で、合併症への恐怖を抱くという患者の特徴に当てはまっているように解釈できた。

このことからAさんは結婚前後で家族のありようが大きく変わり、戸惑いながら結婚生活を送っていること、糖尿病と診断されてから他者への関心が強くなっていると解釈し表象図（図2）を作成した。これらのことに加えて縦軸を意識の拡張、横軸を時系列と設定し、Aさん自身が人生の中で常に成長していることをイメージできるように留意した。

### 4. 第2回目の対話（対話時間70分）

第2回目の対話は1ヵ月後に行った。Aさんは糖質制限を順守していること、体重、HbA1cが減少したこと、運動療法には取り組めていないことを10分以上話した。話をしている間の表情は暗く、興奮しているように見えた。この様子から食事療法に積極的に取り組んでいるがそれらが負担に感じ始めていること、運動療法が実施できないことを気にかけているのではないかと解釈した。その後表象図の説明を聞き、長く沈黙し、家族との関係性、自分自身、糖尿病について話し始めた。

#### 1) 家族との関係性

前は語られることのなかった夫については、「怖いよ、怖いよ（糖尿病）。」と言っているとだけ話した。また、同居する長女は自分に似ている、次女は人見知りで自分に似ていないとだけ話した。遠方に住む長男とは定期的に好きなアーティストのライブに一緒に行くこと、「俺もやる。」と糖質制限に付き合おうとしていると話した。

そして、子どもたちは将来自分の事を世話（介護）するべきだと強い口調で話した。

#### 2) 自分自身について

自分自身について「困っている人は助けたくなくなってしまいます。」「人には楽観的にみられるんですけど、心の中ではどうしよう、どうしようっ

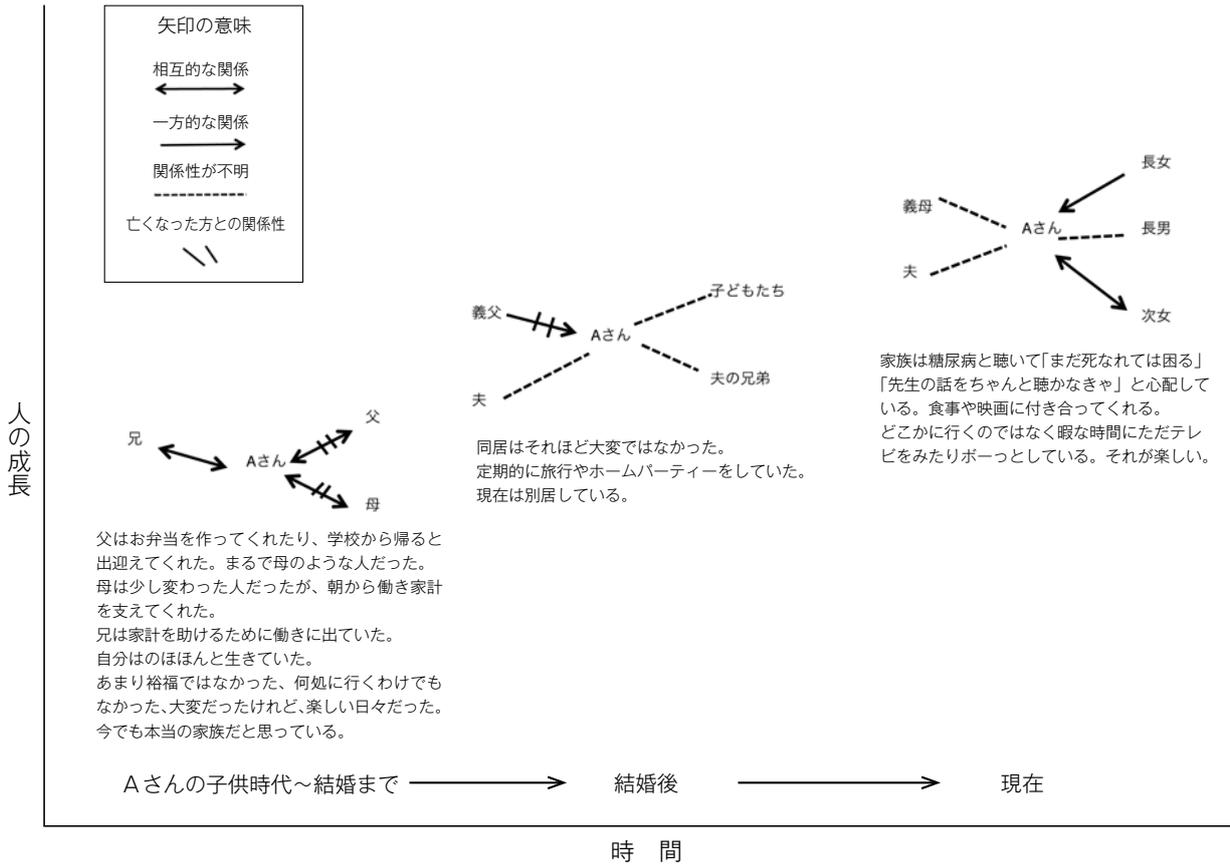


図2 1回目の対話後に作成した表象図

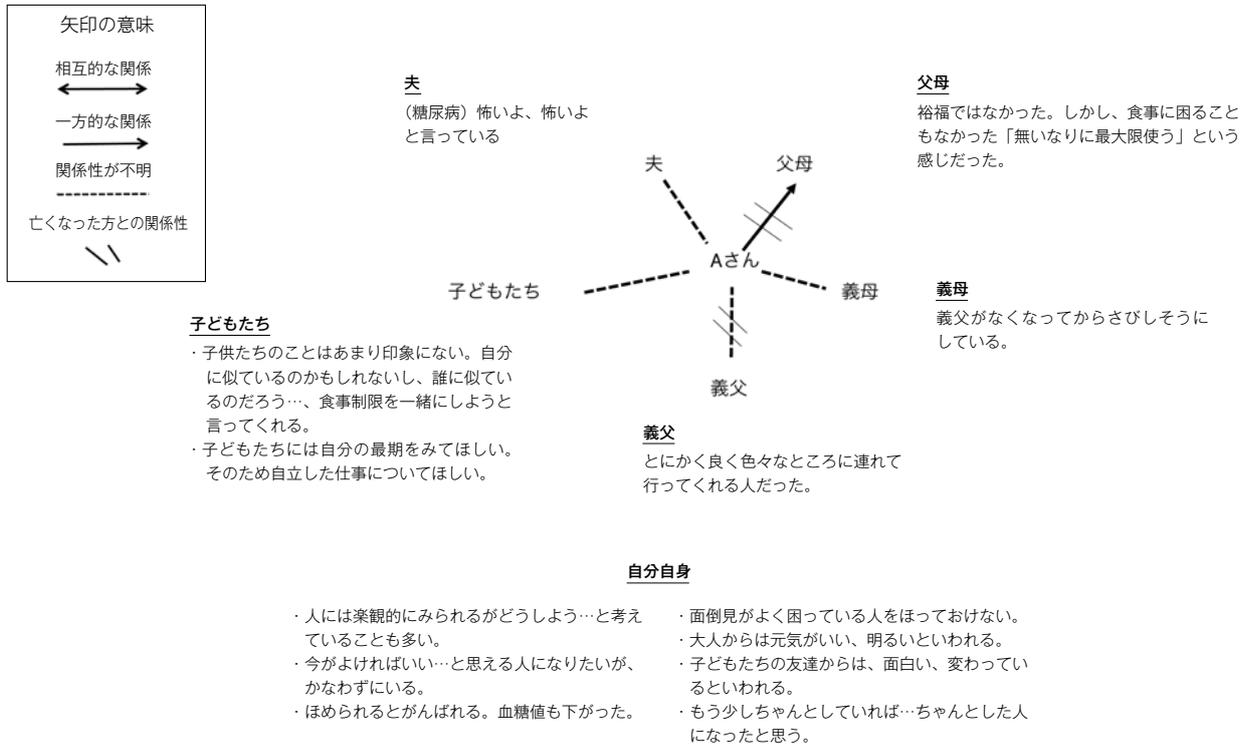


図3 2回目の対話後作成した表象図

で…思っているんです…。」「今がよければそれでいいと思えるように生きていきたいんです。」などと長い時間話した。そして、最後に「もっとちゃんとしていれば、ちゃんとした人間になったのだと思う。」と話した。

### 3) 第2回目の対話を終えて

対話の前から興奮しているように見えたAさんは、表象図を見た後さらに興奮しているように矢継ぎ早に話す一方で、前回に比べて長く沈黙することもあった。これは表象図が自分の人生、自分と他者との関係性を振り返るきっかけとなり、新たな洞察と内省を繰り返していると解釈した。初回の対話同様に内省を妨げないことを心掛け傾聴した。

### 4) 第2回目の対話の解釈

本格的に糖尿病治療を始めて2か月がたち血糖値、体重などの結果が出ている一方で、その結果を出すための努力が負担になってきていると解釈できる言葉が多く聞かれた。また、他者との関係性について話すときは非常に抽象的な表現が目立った。これはAさんが、他者との関係性に深みがないありようの表出であったと解釈できた。一方で対話のほとんどの時間を自分自身の事について話していた。これは、前回の対話ではみられなかったことであった。この変化は、表象図を通して人生を振り返ることで自分はどのようなタイプの人なのかと洞察するきっかけとなり、自分自身に関心が強くなったと解釈できた。

これらのことを踏まえて表象図(図3)を作成し次回の対話に備えた。

## 5. 第3回目の対話(対話時間90分)

第3回目の対話は1ヵ月後に行った。

表象図の説明が終わると、Aさんは興奮気味に糖質制限の pasta を我慢して食べているが血糖値が高かったこと・減量がづらくなってきたこと、そのことについて医師や看護師が納得する答えを出してくれないこと、家族や周囲の人に対して抱いている気持ち、自分自身のことを話した。

1) 行き詰った食事療法と助けてくれない医療者への気持ち

「(食事療法を)最初はゲーム感覚でやっていたんですよ、でも160が出ちゃって、(医療者は)血糖値は波があるから、だからそんなに気にしなくていいわよ…みたいな。」「今体重が減っているのは体の水が抜けているだけでやせているわけではないって…。」自分なりに3か月間工夫と努力を続けてきたが、結果が伴わなかったことで大き

く気持ちが揺らいでいるように見えた。また、その揺らぐ気持ちに対して納得できる説明が行われなかったことについて憤っているようだった。

2) 助けてくれない家族・周囲の人への気持ち、自己のありようの認識

「そんな時間(21時頃)にスイーツとか食べて大丈夫なの、とか思うんですけど、何の病気もないんですよ…。」「一緒に歩こうよといっていますが、いざとなったら…結局やらない。」周囲の人たちは食事に気を使っていないのに病気にならない、家族は言葉では心配してくれるが一緒に取り組んでくれないなどの気持ちを話した後、長く沈黙した。そして、最後に「私も人助けがしたいなんて言っていましたけど、自分にはかなりの余裕がなければやれませんよね、うちの人たちだってそう結局、みんな、自分が一番大切なんです。自分が中心なんです。」と強い口調で話し再び沈黙した。

これらの言葉は、行き詰った食事療法で揺らぐ気持ちを抱え生活しているが、家族・周囲の人たちが助けてくれないことで憤り、それらがさらに気持ちを揺らがせていることから表れているようにみえた。

私は、この揺らぎを自己のありようを認識する過程(ニューマンの言う人生で最も困難でかつ重要な仕事)であるにとらえ、Aさんにとっての良い環境になろうと思いながら静かに沈黙に寄り添った。

長い沈黙のあともう一度表象図に目を向け、「完璧になりたいんですよ…でも努力するのはいやだし、その結果がこれですね…。」「何かをするときに途中でいやになっちゃうんですよ…最初はゲーム感覚で始めて、数値(HbA1c)が一時下がっただけで満足しちゃって…継続できないんですよ。」と話した。その口調、様子は先ほどに比べて穏やかに見えた。

### 6. 3回の対話を通しての解釈

これらの内容および患者の様子から、これまで自分にも他者にもあまり関心がなかったが糖尿病の診断をきっかけに強くなったこと、自分の傾向は目標(方向性)を正しく定め実施するまでの過程は順調であるが、継続をするための計画を立てる、努力することが苦手であるという自己のありようを認識したと解釈し、対話を終了した。

対話から4ヶ月後、Aさんから数値は安定していますと連絡を受けた。

## 考 察

本研究でニューマンの健康の理論に基づいて2型糖尿病患者と対話した過程から、参加者に現れた変化を探究した。参加者は人の世話はよくやぐが自己コントロールは難しいタイプという知見<sup>14)</sup>、糖尿病で死ぬことはない話し糖尿病は自覚症状に乏しく危機感を抱けない、一方で、合併症の恐怖を抱えながら生活しているという知見<sup>15)</sup>通りの人だったのかもしれない。あるいは新しい食習慣をすでに獲得していた人なのかもしれない。

本研究で確かなことは、参加者は糖尿病を発症したことをきっかけに出会い、対話を通して自己のありようを認識し、そのありようが示す意味から洞察を得て、今までにない新たな一步を踏み出すきっかけを得たことである。また、この過程で2型糖尿病患者へのかかわり方の示唆が得られた。これらについて以下に述べる。

### 1. 看護師の2型糖尿病患者へのかかわり方についての示唆

ニューマンは「看護の目的は、人々を健康な状態にしたり、病気になるのを防いだりすることではなく、より高いレベルの意識へと進化していくように、人々が自分の内部の力を使うように支援することである」<sup>16)</sup>と述べている。研究者は対話中にこれらのことを意識した。特に3回目の対話でAさんが食事療法やサポートをしてくれない他者に対して語ったとき、看護師としてアドバイスや指導をしたいという気持ちが強くなった。その時にこそ研究者は語りを傾聴し、内省が深まるように意識しかかわった。その姿勢が自己のありようを認識するきっかけとなり、限界を迎えつつあった食事療法を継続することに少なからず良い影響を与えたのではないかと考えられる。

これらのことから、2型糖尿病患者に対して、人生における意味深い出来事を聴き、その内容を表象化しフィードバックする過程において看護師は、人々が自分の内部の力を使えるようにと意識しながら支援することが有効であると示唆された。

### 2. ニューマンの健康の理論の2型糖尿病患者への活用の可能性

ニューマンの健康の理論は国内では危機的状況が見て取れるものを参加者としている研究が多い。本研究では、一般に自覚症状に乏しく危機感を抱きづらいとされる2型糖尿病患者に対しても変化（成長・成熟）のきっかけをつかむことが出来た。このことは一見すると危機的状況に見えない参加者に対してもこの関わりが有効であるという知

見<sup>16)17)</sup>を支持したものと考えられる。具体的には、Aさんは対話を通して、糖尿病の診断、兄の病気をきっかけに他者への関心が強くなり、その結果自分をサポートしてくれない家族、医療者、その他の人たちへの気持ちが強くなったこと、何かをするときに実施するまでの過程は順調だが継続することへの計画性に乏しいことに気がついたとき、この先どのように糖尿病と向き合っていくかを内省するきっかけとなったと考えられる。

このことをニューマンの言葉で述べると、『古いルール』がもはや働かない時点にいたった時の人生の課題、つまり人生の難題は新しいルールを学ぶことである」ということで説明できる。新しいルールを手に入れるきっかけを得たAさんは、この先他者に興味を向け、時には協力を得ながら糖尿病と共に生きていくと解釈することができる。

以上のことから、既存の研究と同様に、自己の意味ある出来事や関係性を語り、対話の中で成長・成熟を遂げるというニューマンの健康の理論を支持し、自覚症状に乏しい2型糖尿病患者においても他者との関係性の改善に役立つ可能性が示唆された。

## ま と め

本研究は、2型糖尿病と診断され本格的な治療が始まって間もない患者にニューマン理論に基づいた対話を試みたケーススタディであった。この理論は本研究のように一度始めた食事療法に限界を感じ、他者に対して憤りを感じている2型糖尿病患者の一助になること、この過程における看護師のかかわり方が示唆された。

## 謝 辞

本研究を快く了解していただいたAさん、研究に協力していただいた施設の皆様、研究全体を通してスーパーバイズをしていただいた稲垣美智子先生に感謝いたします。

## 利益相反

利益相反なし

## 文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成29（2017）年患者調査の概況，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>]，厚生労働省，4. 12. 2019
- 2) 日本糖尿病学会：糖尿病診療ガイドライン

- 2016, 南江堂, 27, 東京, 2016
- 3) 石井均: 糖尿病の心理行動学的諸問題, 糖尿病, 43(1), 13-16, 2000
  - 4) 木本未来, 稲垣美智子: 透析導入時期にある2型糖尿病患者が家族を思い描くという現象, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16(1), 23-30, 2012
  - 5) 堀口智美, 稲垣美智子, 多崎恵子: 重度の合併症のない2型糖尿病患者が家族に思いを抱くという体験, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 14(2), 130-137, 2010
  - 6) 賂目千史: 2型糖尿病の有職患者が抱く糖尿病であることへの思い, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 18(2), 161-169, 2014
  - 7) 池本温美, 稲垣美智子, 多崎恵子, 他: 2型糖尿病患者の療養生活における家族との“距離”, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 21(1), 81-89, 2017
  - 8) 榎川綾子: 糖尿病患者への看護師の<かかわり>の概念分析, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 22(2), 99-107, 2018
  - 9) 近藤まゆみ, 嶺岸秀子: がんサバイバーシップ-がんと共に生きる人々への看護ケア- (初版), 医歯薬出版株式会社, 2, 東京, 2006
  - 10) 国立がん研究センターがん情報サービス: 科学的根拠に基づくがん予防, [オンライン[https://ganjoho.jp/public/pre\\_scr/cause\\_prevention/evidence\\_based.html](https://ganjoho.jp/public/pre_scr/cause_prevention/evidence_based.html)], 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 4, 12, 2019
  - 11) Newman, A, M: 遠藤恵美子監訳, 変容を生み出すナースの寄り添い: 看護が創りだすちがひ(初版), 医学書院, 115-118, 東京, 2009
  - 12) Newman, A, M: 手島恵, マーガレット・ニューマン看護論 拡張する意識としての健康(初版), 医学書院, 東京, 1995
  - 13) 遠藤恵美子, 三次真理, 宮原知子: マーガレット・ニューマンの理論に導かれたがん看護実践-ナースの見方が変わり、ケアが変わり、患者・家族に違いが生まれる-(初版), 看護の科学社, 74, 東京, 2014
  - 14) 堀江はるみ, 熊野宏昭, 野村忍, 他: 心理社会的要因が糖尿病の血糖コントロールに及ぼす影響-数量化I類による多元的な解析による-, 心身医学, 33(8), 667-674, 1993
  - 15) 丸山育子, 稲垣美智子: 2型糖尿病患者の療養生活における信頼の語り, 福島県立医科大学看護学部紀要, 16, 47-55, 2014
  - 16) 永井備央, 遠藤恵美子: 造血幹細胞移植を受けて困難な状況で長期外来通院を続ける成人前期男性患者への看護支援と病気体験の変化, 日本がん看護学会誌, 23(1), 21-30, 2009
  - 17) 中林誠: がんで妻を亡くした後、長年喪失体験を他者と分かち合えなかった男性と看護師とのケアリング・パートナーシップの過程, 看護実践学会誌, 29(2), 40-49, 2017

## 実践報告

# 看護師のとらえた院内デイケアの効果 ～患者と看護師の反応を通して～

In-patients day care effects identified by nurses : A study based on patients' and nurses' responses

松田 美紀<sup>1) 2)</sup>, 加藤 真由美<sup>3)</sup>, 谷口 好美<sup>3)</sup>, 正源寺 美穂<sup>3)</sup>

Matsuda Miki<sup>1) 2)</sup>, Kato Mayumi<sup>3)</sup>, Taniguchi Yoshimi<sup>3)</sup>, Shogenji Miho<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> 石川県済生会金沢病院, <sup>2)</sup> 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻

<sup>3)</sup> 金沢大学医薬保健研究域保健学系

<sup>1)</sup> Ishikawa Saiseikai kanazawa Hospital

<sup>2)</sup> Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

<sup>3)</sup> Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

### キーワード

一般病院, 院内デイケア, 高齢患者, 患者看護師関係

### Key words

general hospital, inpatient-hospital daycare, older patients, patient-nurse relationships

### 要 旨

本調査の目的は、院内デイケアの効果を、看護師がとらえた参加患者の反応、院内デイケアへの参加看護師と非参加看護師の反応から明らかにすることである。一年間にA病院で開催された院内デイケアの参加患者185名と、同期間に在籍していた看護師185名を対象とした質問紙による調査を行なった。

院内デイケアの効果として、参加患者の多くに、意欲があり表情が柔らかい様子がみられた、参加看護師は、参加患者と心地よい時間の共有や参加患者の残存機能を再認識でき、その後も積極的なコミュニケーションを図るなどの行動の変化がみられた。非参加看護師では、参加患者の様子を知る機会があれば、参加看護師同様の行動の変化と、次回の院内デイケア参加を促す行動の変化が見られた。

今回の結果を基にした、院内デイケアの参加患者の選定や看護師の参加を促せるような運営、非参加看護師への情報伝達の仕組み作りの必要性が示唆された。

---

連絡先：松田 美紀

石川県済生会金沢病院

〒920-0353 石川県金沢市赤土町ニ13-6

## はじめに

一般病院で認知機能が低下した高齢患者のための院内デイケアが実施されている。一般病院の院内デイケアは、せん妄や認知機能低下をきたした患者を中心に、身体・認知機能の低下予防や情緒面の安定を図ることを、主な目的にした集団ケアとして提供されている。

高齢患者では、認知機能や意欲が入院時より退院時に有意に低下し<sup>1)</sup>、せん妄などの入院関連機能障害が生じやすく<sup>2)</sup>、在院日数が延長し<sup>3)</sup>、認知症高齢者では、在宅復帰率が低い傾向にある<sup>4)</sup>。また、認知症高齢者は、不慣れな環境で混乱し、点滴やチューブ類の抜去、転倒リスクが高く<sup>5)</sup>、スタッフステーションで過ごすことが多い現状がある。

一方、看護師側の課題としては、緊急度の高い患者を看護しながら、高齢患者の転倒への注意や関わりに余裕がもてない<sup>6)</sup>、認知症高齢者のケアに対して、認知症の人のニーズに沿った十分なケアを行えない<sup>7)</sup>などの葛藤が生じている。これら的高齢患者と看護師側の課題を解決するための新たな高齢者ケアの1つとして、院内デイケアを導入する施設が増えている。

院内デイケアの効果として、先行研究では、せん妄症状のある患者を対象とし、週に1回60分、入院中に2回以上院内デイケアに参加した結果、せん妄症状の改善や不穏時や不眠時の薬剤使用の減少がみられた<sup>8)</sup>。呼吸器病棟での高齢者集合ケアでは、平日のみ毎日、8時半から17時の時間帯で開催し、他者交流の促進やQOLの向上につながることを明らかにしている<sup>9)</sup>。内科で治療を受ける認知症高齢者を対象に行った事例研究では、午前中の2時間、院内デイケアに参加し、活動的で生き生きとした時間を過ごすことで、認知症の行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が軽減したとの報告がされている<sup>10)</sup>。

A病院でも2015年より院内デイケアを月に2回の開催を行っており、参加する患者の意欲的な反応がみられることが多いが、その実態は明らかではない。院内デイケアに参加する患者は、せん妄による意識の混濁や認知機能の低下による言語コミュニケーションの難しさなどから、患者自身からの評価は難しい場合が多い。

また、参加する患者の反応は、看護師によって観察されている場合が多く、看護師のとらえた患者の反応と看護師の反応から院内デイケアの効果

の検証を行うことにした。

## 目的

本調査の目的は、院内デイケアでの看護師がとらえた患者の反応と、院内デイケアに参加した看護師と非参加の看護師の反応から院内デイケアの効果을明らかにすることである。

## 用語の操作的定義

院内デイケアは、一般病院に入院し、せん妄や認知機能の低下をきたした患者を中心に、看護師が非薬物療法などを用いて、身体・認知機能の維持や情緒面の安定を図ることを目的に行う集団ケアとした。

## 調査方法

本調査は、A病院での院内デイケア実施に伴い、看護師のとらえた参加した患者（以後、患者とする）の反応と、院内デイケアに参加した看護師（以後、参加看護師とする）と、非参加の看護師（以後、非参加看護師とする）の反応から、一般病院における院内デイケアの効果を探究するものである。

1. A病院における院内デイケアの運営と実施内容

A病院は、260床の一般病院であり、診療科は17科であり、急性期病床に加え、回復期リハビリ病棟や緩和ケア病棟を有しており、2017年度の平均在院日数は16日である。院内デイケアは、2015年3月から毎月2回14時から15時30分まで、ダイルームの一角で行い、看護部のスタッフにより企画と運営が行われている。参加条件として、意欲や認知機能低下がみられる患者で、開催日の体調をみて、病棟看護師が参加の可否を判断した。患者の情報は院内デイケア参加申し込み用紙に病棟看護師が記載し、院内デイケアの主催者側の看護師との情報共有を図った。

院内デイケアの内容は、患者の緊張をほぐす目的で毎回、軽体操、自己紹介を行った。認知機能低下予防を目的に、非薬物療法（現実見当識訓練、お化粧ケア、音楽療法）を実施し、自尊感情を高める目的で、個人が好む活動（カラオケ、作品づくり、将棋など）、社会性を維持し楽しみを提供する目的で集団での活動や季節のイベント（笑いヨガ、運動会、クリスマス会）などの内容を選択し行った。

2. 調査対象者

2015年3月1日から2016年2月28日の期間に、A病院に入院し、院内デイケアに参加した患者と、この期間中にA病院に在籍し、患者の調査が終了した後に、質問紙に回答可能な看護師全員を対象とした。

### 3. データ収集方法

#### 1) 患者の反応

患者の調査は、院内デイケア参加申し込み用紙の記載内容を用いて行った。基本属性として、年齢、性別、主疾患、認知症の有無、移動方法、身体抑制の有無、参加回数があり、その他の項目として、院内デイケアの参加理由、参加中と参加後の患者の反応の記載欄を設けた。院内デイケアの参加理由と参加中の反応は参加看護師が記載し、患者の参加後の反応は、院内デイケアの参加後から翌日までの様子を夜勤を担当する看護師が記載を行った。

患者の院内デイケアへの参加理由の項目は、気分転換、意欲低下、せん妄、夜間不眠、点滴類の自己抜去の中から該当する項目を選択し回答した。参加中の様子は、アクティビティケア評価基準<sup>11)</sup>を参考に作成し、意欲あり、意欲なし、表情が柔らかい、表情が硬いから該当する項目を複数回答とした。参加後の反応は、院内デイケアへの参加後から翌日までの様子として、夜間の入眠、興奮、せん妄の有無に関する選択欄を設けた。そのほか、選択欄以外の参加理由や参加中の反応を看護師が記述するための自由記載欄を設けた。

#### 2) 院内デイケアへの参加看護師と非参加看護師の概要、院内デイケアに対する理解

看護師の調査は、研究者が作成した自己記入式質問紙（以後、質問紙とする）を用い、各部署の管理者に研究の趣旨を紙面と口頭で説明した。管理者により質問紙の配布が行われ、回収は各部署に設置した封筒を使用し留め置き法にて行った。

質問紙の内容は、看護師の基本属性として、年齢、性別、看護師経験年数、院内デイケアに参加の有無、院内デイケアの理解と開催の必要性と協力に関しての設問を設けた。

#### 3) 参加看護師の参加中と参加後の反応

参加看護師の参加中の反応は、質問紙では看護師が感じた効果として用語を置き換え設問した。看護師が感じた効果については、アクティビティケアがケア提供者にもたらす効果<sup>12)</sup>を参考に「個別ケアに焦点が当てられる」「個別な情報が得られた」「潜在能力を再認識できた」「ケア時ともに楽しく心地よい時間が共有できた」「特になし」

から複数回答での選択を依頼した。

本調査時に、一般病院の院内デイケアがケア提供者側にもたらす効果を示す指標はなく、今回の調査内容が反映されている、高齢者へのアクティビティケアが提供者にもたらす効果を指標として用いることにした。

参加看護師の参加後の反応は、質問紙では看護師自身の行動の変化として用語を置き換え設問した。院内デイケアへ参加後の看護師自身の行動の変化の有無を選択し、行動の変化の内容を自由記載とした。

#### 4) 非参加看護師の中で患者の様子を知る機会があった看護師の反応

患者の様子を知る機会とは、参加した看護師との会話や、看護記録、院内デイケアで制作し持ち帰った作品などから、院内デイケアに参加した患者の様子を知る機会（以後、患者の様子を知る機会とする）を意味する。

非参加看護師の反応は、質問紙では院内デイケアに参加する患者の様子を知る機会があった看護師自身の行動の変化として用語を置き換え設問し、看護師の行動変化の有無と、行動の変化の内容を自由記載とした。

### 4. 分析方法

#### 1) 患者の分析

基本属性、移動方法、身体抑制、参加回数、参加理由ごとの参加中、参加後の反応の単純集計を行った。院内デイケアでの看護師が捉えた患者の反応を明らかにする目的で、自由記載欄の記述は、KH Coder<sup>13)</sup>を使用し、単語頻度解析、抽出語とその関連性を共起ネットワークにて分析した。共起ネットワークは、出現パターンの似通った語、共起の程度が強い語を線で結んだネットワークであり、強い共起関係ほど太い線で描画され、出現数が多い語は大きな円として描画される。抽出語が比較的強くお互いに結びついている部分を自動的に検出してグループ分けを行い、その結果を色分けによって示すサブグラフ検出を用い、グループ化した。同じサブグループであれば実線で結ばれ、異なるサブグループであれば破線で結ばれる。

#### 2) 参加看護師と非参加看護師の分析

参加看護師と非参加看護師に分け、基本属性と院内デイケアに対する理解と院内デイケアの開催の必要性に対して単純集計した。看護師自身の行動の変化の有無と行動の変化に関する記述内容は類似した内容をまとめて単純集計した。

### 5. 倫理的配慮

A病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。患者には、A病院の個人情報保護の指針に準じて説明、本人が同意の記載が行えない場合は、親族もしくは代理人に同意を紙面で得た。看護師の調査は、個人が特定されないよう無記名とし、質問紙の提出により研究参加の同意が得られたことを確認した。

## 結 果

### 1. 患者の調査

#### 1) 院内デイケアの患者の概要 (表1)

患者は、185名であり、男性39名 (21.1%)、女性146名 (78.9%)、年齢は、 $82 \pm 8.0$ 歳で、75歳以上が157名 (84.9%) を占めた。主疾患名では運

表1 院内デイケアの参加患者の概要 N=185

項 目	項目	人数 (%)
性別	男性	39 (21.1)
	女性	146 (78.9)
年齢	65歳未満	5 ( 2.7)
	65歳以上 75歳未満	23 (12.4)
	75歳以上	157 (84.9)
主疾患	運動器疾患	48 (25.9)
	消化器疾患	30 (16.2)
	呼吸器疾患	29 (15.7)
	悪性新生物	23 (12.4)
	腎代謝疾患	17 ( 9.2)
	循環器疾患	13 ( 7.0)
	その他	26 (14.1)
	認知症 診断名	あり
	アルツハイマー型認知症	20 (25.0)
	脳血管性認知症	9 (11.2)
	レビー小体型認知症	2 ( 2.5)
	病名不明	49 (61.3)
	なし	105 (56.8)
移動方法	自立	20 (10.8)
	補助具有	13 ( 7.0)
	車椅子	144 (77.8)
	ベッド	8 ( 4.3)
身体抑制	あり	74 (40.0)
	センサーマット	38 (53.5)
	ベッド 4点柵	21 (28.4)
	拘束ベルト	3 ( 4.1)
	抑制 (紐・体幹)	1 ( 1.1)
	つなぎ服	2 ( 2.7)
	詳細不明	8 (10.8)
	なし	111 (60.0)
デイケア参加回数	1回	160 (86.5)
	2回以上	25 (13.5)

動器疾患48名 (25.9%) であった。認知症ありは80名 (43.2%)、移動方法は車椅子が144名 (77.8%) であり、身体拘束ありは74名 (40.0%) であった。院内デイケアに1回の参加は160名 (86.5%) であった。

2) 院内デイケアへ患者の参加理由、参加理由ごとの参加中と参加後の反応 (表2、図1)

患者の参加理由は、気分転換70名 (37.8%) が多く、参加中の反応として表情が柔らかい25名 (35.7%) が多く、次に意欲がある11名 (15.7%) であった。意欲低下がみられた40名 (21.6%) の患者では、参加中16名 (40.0%) に意欲がある様子がみられた。せん妄のある18名 (9.7%) の患者では5名 (27.8%) が夜間入眠でき、夜間不眠のある16名 (8.6%) の患者では、10名 (62.5%) が夜間入眠できた。点滴自己抜去のある8名 (4.3%) の患者では、記載のあった7名は、院内デイケアに参加中は点滴の抜去なく過ごし、徘徊のある3名 (1.6%) の患者では記載のあった1名は徘徊なく参加を行った。いずれの参加理由であっても、患者全体の55名 (29.7%) は夜間の入眠が図られた。

参加中の反応の記述に関しては、KH Coderにより総抽出語730語 (単語358) であり、抽出語で多かったのは、参加が12語、作業10語、話す10語であった。共起ネットワークでは4つのグループに分類され、作品作りを通じて話す、楽しい表情で作業を行い、体操や作業に参加し意欲や笑顔がみられ、カラオケを積極的に歌う様子、笑いヨガを行う様子が記述された。

### 2. 参加看護師と非参加看護師の調査

質問紙の配布を197名に行い、回収は185名 (回収率93.9%) であった。

1) 院内デイケアへ参加看護師と非参加看護師の概要 (表3)

参加看護師は46名 (24.9%)、30歳代15名 (32.6%)、経験年数10年以上が22名 (47.8%) であった。非参加看護師は、139名 (75.1%) で、30歳代50名 (36.0%)、経験年数10年以上89名 (64.0%) であった。

2) 参加看護師と非参加看護師の院内デイケアに対する理解 (表3)

参加看護師は、院内デイケアを33名 (71.7%) が必要であるとし、協力については、協力したい16名 (48.5%)、業務上困難17名 (51.5%) と回答した。非参加看護師では、院内デイケア開催は、必要である77名 (55.4%) のうち、協力については業務上困難が54名 (70.1%) であった。院内デ

表2 院内デイケアに参加した患者の参加理由、参加理由ごとの参加中と参加後の反応

N=185

		項 目			
参加理由	人数 (%)	参加中の反応 <sup>1)</sup>	人数 (%)	参加後の反応	人数 (%)
気分転換	70 (37.8)	意欲あり	11 (15.7)	夜間入眠あり	22 (31.4)
		意欲なし	0 (0.0)	せん妄	1 (1.4)
		表情柔らかい	25 (35.7)	記載なし	47 (67.1)
		表情硬い	3 (4.3)		
		記載なし	37 (52.9)		
意欲低下	40 (21.6)	意欲あり	16 (40.0)	夜間入眠あり	11 (27.5)
		意欲なし	0 (0.0)	興奮	1 (2.5)
		表情柔らかい	18 (45.0)	記載なし	28 (70.0)
		表情硬い	2 (5.0)		
		記載なし	7 (17.5)		
せん妄	18 (9.7)	意欲あり	9 (50.0)	夜間入眠あり	5 (27.8)
		意欲なし	0 (0.0)	記載なし	13 (72.2)
		表情柔らかい	6 (33.3)		
		表情硬い	2 (11.1)		
		記載なし	5 (27.8)		
夜間不眠	16 (8.6)	意欲あり	4 (25.0)	夜間入眠あり	10 (62.5)
		意欲なし	0 (0.0)	興奮	1 (6.3)
		表情柔らかい	8 (50.0)	記載なし	5 (31.3)
		表情硬い	1 (6.3)		
		記載なし	4 (25.0)		
点滴自己抜去	8 (4.3)	意欲あり	5 (62.5)	夜間入眠あり	6 (75.0)
		意欲なし	0 (0.0)	記載なし	2 (25.0)
		表情柔らかい	3 (37.5)		
		表情硬い	1 (11.1)		
		記載なし	1 (11.1)		
徘徊	3 (1.6)	意欲あり	1 (33.3)	夜間入眠あり	1 (33.3)
		意欲なし	0 (0.0)	記載なし	2 (66.7)
		表情柔らかい	0 (0.0)		
		表情硬い	0 (0.0)		
		記載なし	2 (66.7)		
その他	2 (1.0)	意欲あり	2 (100.0)		

参加理由記載なし 28

1) 意欲あり、表情柔らかいのみ複数回答

イケアの開催に関しては、どちらともいえない、必要ないと56名(40.3%)が回答し、協力については業務上困難が43名(76.8%)であった。

3) 参加看護師の院内デイケア中に感じた効果と参加後に生じた看護師の反応(表4)

参加看護師の30名(65.2%)が、参加中に、ケア時ともに楽しく心地よい時間が共有でき、20名(43.5%)が患者の残存能力を再認識した。その中で、参加後に18名(39.1%)に行動の変化がみられた。看護師の反応として、「患者と積極的にコミュニケーションを図る」「患者が興味のある

ことを病棟で促す」「患者の院内デイケアの様子を家族と共有」「患者に対する自身の関わりを振り返る」があった。

4) 非参加看護師の中で患者の様子を知る機会の有無、患者の様子を知る機会のあった看護師の反応(表5)

非参加看護師では、院内デイケアの様子を知る機会があった71名(51.0%)のうち24名(33.8%)に行動の変化があった。非参加看護師の反応には「次回の院内デイケアに患者の参加を促す」があった。

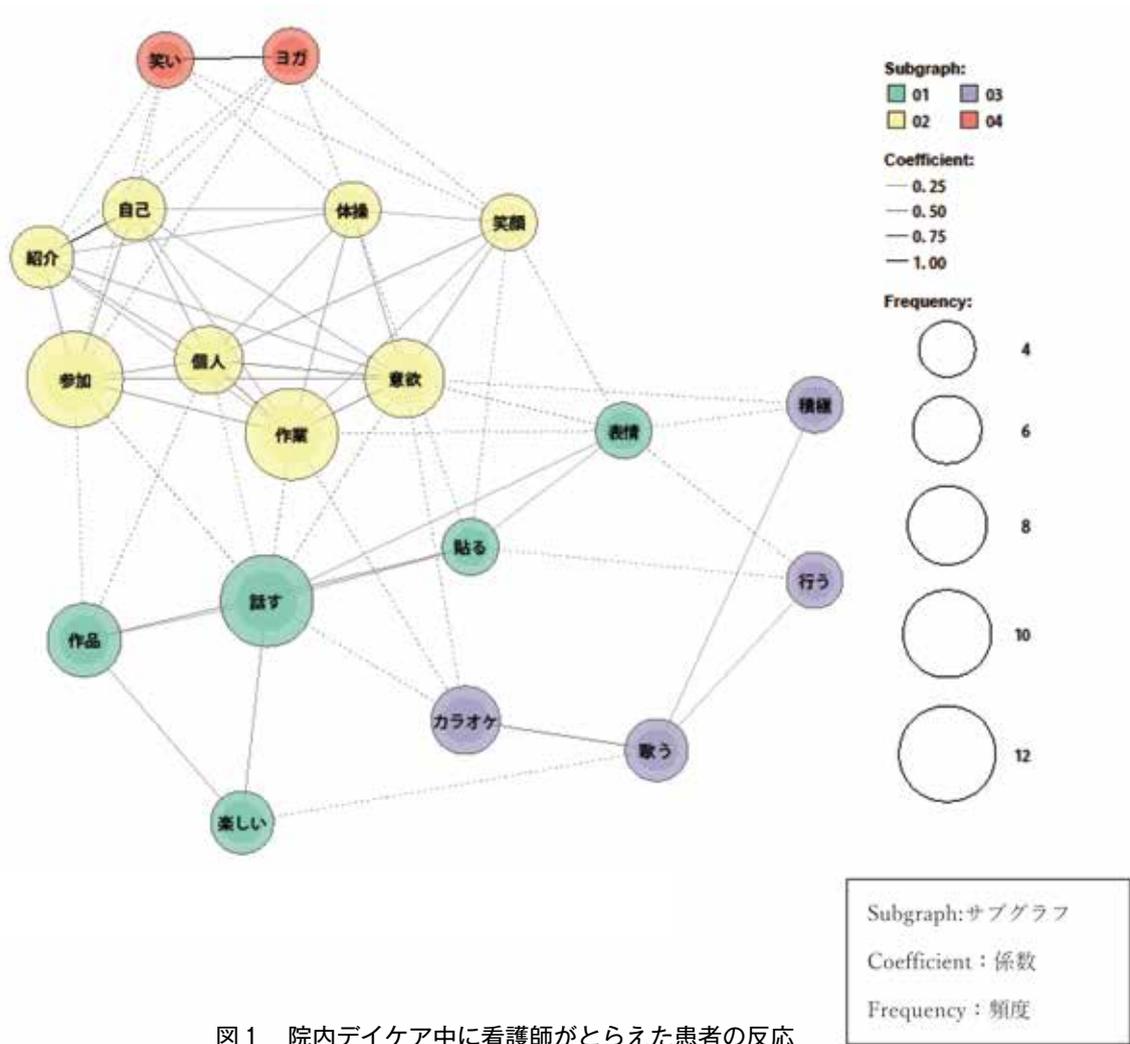


図1 院内デイケア中に看護師がとらえた患者の反応

考 察

1. 看護師のとらえた患者の反応

患者の多くは75歳以上であり、認知症の有無にかかわらず、4割が身体抑制を実施されていた。年齢相応の認知機能の低下や、身体不調から現状認識が充分でないなど、治療の協力や理解が難しく、止むを得ず身体抑制が施行されていた背景が予測された。病室では点滴の自己抜去や、徘徊がみられる患者であっても、院内デイケアに参加中は点滴の抜去や、徘徊なく参加が可能であったことから、院内デイケアへの参加は短時間でも身体抑制を解除することにつながり、一般病院での高齢者ケアとして活用が可能であると考えられる。

院内デイケアへの参加理由のうち気分転換が約4割を占めた。不慣れな環境に加え、主疾患からの苦痛や、高齢者では身体機能の低下などによりうつ状態に陥りやすく<sup>14)</sup>、入院が長期に及ぶと抑うつ度が高くなる<sup>15)</sup>とされている。看護師は、このような治療を受ける高齢者の心理状態に配慮し、

参加を促していると考えられる。患者の4割が、意欲があり、表情が柔らかい状態で過ごせたことは、院内デイケアへの参加が、快刺激となり、気分転換につながったのではないかと考える。

意欲低下がある患者のうち、4割の患者に意欲がある様子がみられた。高齢者の入院は、変化と社会的刺激の減少により、意欲低下や低活動状態に陥りやすいが、臨床では重要視されないことも多い。また、入院中の認知症高齢者の3割に、意欲低下をみとめるが、積極的な働きかけが少なく、ADLの低下や認知症症状が悪化する<sup>16)</sup>。院内デイケアの参加は、患者にとって、積極的な行動の促しや肯定的な情動反応を引き出す機会となり、意欲低下予防が行える可能性が示唆された。

先行研究では、院内デイケアに参加する患者はせん妄やBPSDの出現がみられる患者であったが<sup>8)10)</sup>、本調査では、院内デイケアへの参加理由が、気分転換や意欲低下のある患者が大半を占めた。A病院は月に2回の開催であり、せん妄やBPSD

表3 院内デイケアへ参加看護師と非参加看護師の概要、院内デイケアに対する理解

N=185

項 目		人数 (%)		
院内デイケア参加		参 加 46 ( 24.9)	非参加 139 ( 75.1)	
資格	正看護師	46 (100.0)	132 ( 95.0)	
	准看護師	0 ( 0.0)	7 ( 5.0)	
性別	男性	2 ( 4.3)	3 ( 2.3)	
	女性	44 ( 95.7)	136 ( 97.8)	
年齢 (歳)	20代	10 ( 21.7)	18 ( 12.9)	
	30代	15 ( 32.6)	50 ( 36.0)	
	40代	11 ( 23.9)	47 ( 33.8)	
	50代	9 ( 19.6)	18 ( 12.9)	
	60代	0 ( 0.0)	6 ( 4.3)	
	記載なし	1 ( 2.2)	0 ( 0.0)	
看護師経験年数	3年未満	4 ( 8.7)	22 ( 15.8)	
	3～5年未満	8 ( 17.4)	7 ( 5.0)	
	5～10年未満	10 ( 21.7)	21 ( 15.1)	
	10年以上	22 ( 47.8)	89 ( 64.0)	
	記載なし	2 ( 4.3)	0 ( 0.0)	
院内デイケアに対する理解	知っている	46 (100.0)	133 ( 95.7)	
	知らない	0 ( 0.0)	6 ( 4.3)	
院内デイケアの開催	必要である	33 ( 71.7)	77 ( 55.4)	
	院内デイケアへの協力	協力したい 業務上困難 思わない	16 ( 48.5) 17 ( 51.5) 0 ( 0.0)	20 ( 26.0) 54 ( 70.1) 3 ( 3.9)
	どちらともいえない、必要ない	13 ( 28.3)	56 ( 40.3)	
	院内デイケアへの協力	協力したい 業務上困難 思わない	3 ( 23.1) 9 ( 69.2) 1 ( 7.7)	7 ( 12.5) 43 ( 76.8) 6 ( 10.7)
	記載なし	0 ( 0.0)	6 ( 4.3)	

表4 参加看護師の院内デイケア中に感じた効果と参加後の看護師の反応

N=46

項 目	人数 (%)
院内デイケア中に看護師が感じた効果 <sup>1)</sup>	
ケア時ともに楽しく心地よい時間が共有できた	30 (65.2)
潜在能力を再認識できた	20 (43.5)
個別な情報(生活史など)が得られた	5 (10.9)
個別ケアに焦点が当てられる	2 ( 4.3)
特になし	1 ( 2.1)
参加後の看護師の反応 <sup>2)</sup>	
あり	18 (39.1)
患者と積極的にコミュニケーションを図る	17 (94.4)
患者が興味のあることを病棟で促す	7 (38.9)
患者に対する自身の関わりを振り返る	3 (16.7)
患者の院内デイケアでの様子を家族と共有	2 (11.1)
なし	28 (60.9)

1) 2) 複数回答

表5 非参加看護師の中で参加患者の様子を知る機会があった看護師の反応 N=71

項	目	人数 (%)
看護師自身の反応	あり	24 (33.8)
	患者と積極的にコミュニケーションを図る	18 (75.0)
	患者が興味のあることを病棟で促す	3 (12.5)
	患者の院内デイケアでの様子を家族と共有	2 ( 8.3)
	次回の院内デイケアに患者の参加を促す	1 ( 4.2)
なし		47 (66.2)

のある患者がタイムリーに利用することが難しい現状があるのではないかと考える。高齢者の抑うつや認知症高齢者では意欲低下を見過ごさず、院内デイケアへの参加を促すなどの働きかけと共に現状に即したデイケアの運営の検討が必要である。

参加理由の中で、点滴自己抜去、徘徊、せん妄や夜間不眠のある患者がいた。これらの患者でも、参加中は落ち着いて過ごすことができ、夜間の睡眠を促すことが可能であった。

今回の調査では、院内デイケアの内容として、カラオケや作品づくりなどの作業や体操などを行うことで、患者の笑顔や話し歌う様子や意欲や積極性などの反応がみられた。鈴木ら<sup>10)</sup>は、院内デイケアに参加する患者が、数時間であってもよい時間が継続されることで夜間の入眠が促される可能性を示唆しており、院内デイケアの内容の充実を図り、睡眠覚醒リズムを整える支援として、院内デイケアを活用できるのではないかと考える。

## 2. 参加看護師の院内デイケアに対する理解と反応

参加看護師では、院内デイケアで患者の様々な表情や残存機能を知る機会となり、5割が「ケア時ともに楽しく心地よい時間が共有できた」と回答していた。患者の反応を通じて、患者への理解が深まり、肯定的な感情につながったと考えられる。

その中で、4割の参加看護師に「患者と積極的にコミュニケーションを図る」などの看護師の反応がみられ、「患者に対する自身の関わりを振り返る」は参加看護師のみに生じていた変化であった。認知症看護の質向上に取り組み続ける看護師は、患者の変化や自身の成長から活動の意義を実感して、よりよい認知症看護を実践できるように考えて行動することが明らかとなっている<sup>17)</sup>。院内デイケアで直接患者の反応を見ることで、積極的な関わりを行うことや患者に接する際の自身の姿勢を見直す機会につながったのではないかと考える。

参加看護師の方が、非参加看護師に比べ、開催を必要であると理解し、院内デイケアへ協力したいと回答していた。この結果は、院内デイケアへの患者の効果を実感している看護師の思いが反映されていると考える。

参加看護師の6割は、その後の行動に変化がみられなかった。この中には、院内デイケアに患者と共に参加するなど、日頃から高齢者のケアに関心が高く、患者の対応に十分な配慮を行っている看護師や院内デイケアへの参加を業務の一貫として参加している看護師などが混在していることが考えられる。様々な看護師の存在を認識しながら院内デイケアの効果的な運営を行う必要がある。

## 3. 非参加看護師の院内デイケアに対する理解と患者の様子を知る機会があった看護師の反応

非参加看護師の中でも院内デイケアの開催はほぼ周知されていた。非参加看護師は、院内デイケアの開催を、必要ない、どちらともいえないと4割が回答しているが、院内デイケアへの協力に対しては、協力したいと業務上困難が8割を占めている。このことから、機会があれば院内デイケアへの参加の意思があることが伺えるため、参加が行えるような調整を行う必要がある。

非参加看護師のうち、患者の様子を知る機会があった看護師は、「患者と積極的にコミュニケーションを図る」「患者が興味のあることを病棟で促す」「患者の院内デイケアの様子を家族と共有」など、参加看護師と同様の行動の変化がみられた。非参加看護師であっても「次回の院内デイケアに患者の参加を促す」行動にもつながることから、各病棟へ院内デイケア時の患者の反応などを積極的に情報伝達できるような取り組みの必要性が示唆された。

4. A病院における院内デイケアの効果と課題  
患者の院内デイケアへの参加は、1回が9割近くを占めた。一般病院の平均在院日数は16日となっており、様々な疾患や治療過程の中、頻回な参加は難しいことが予想される。患者の選定を行う

際に、高齢患者の意欲維持や、夜間の睡眠を促す、身体抑制解除などの効果を視野にいれる必要がある。

院内デイケアは参加看護師にとって、患者の生活機能や意欲的な一面を見る機会となっていた。非参加看護師であっても、院内デイケア参加中の様子を知る機会があれば、その後の行動の変化につながる事が分かった。

入院治療の場で、看護師が、疾患や業務だけでなく、患者その人や生活に関心が払われている場合、看護師と患者間でプラスの相互作用が起こり、患者が安心して過ごせる環境をつくりだせる<sup>18)</sup>ことが明らかとなっている。看護師が、入院する高齢患者の生活を視る場として、今後も、院内デイケアを活用する必要がある。

今回の調査では、院内デイケアに参加する患者の反応を看護師の視点で評価を行った。院内デイケアに参加する患者自身の視点での効果の検討は不十分であり、今後の検証が必要である。

## 結 論

一般病院における院内デイケアの効果として、看護師がとらえた患者の反応として、気分転換や意欲の低下がみられる患者では、参加中に意欲があり、表情が柔らかい様子がみられた。院内デイケアは、入院する高齢患者にとって気分転換が図られ、意欲低下を予防することが可能であることが示唆された。

参加看護師では、患者と心地よい時間の共有や患者の残存機能を再認識でき、その後も積極的にコミュニケーションを図るなどの行動の変化がみられ、院内デイケアの開催を必要であると理解していた。非参加看護師では、院内デイケアの患者の様子を知る機会があれば、参加看護師同様の反応がみられ、次回の院内デイケア参加を促していた。

参加看護師、非参加看護師共に、院内デイケアへの協力について、業務上困難としているが、積極的な看護師の参加を促せるような運営や、非参加看護師であっても、院内デイケアに参加中の患者の反応を知るための情報共有の必要性が示唆された。

## 研究の限界

本研究は、一施設の院内デイケアの調査であり、一般化することは難しい。患者の反応は、複数の看護師の観察によるものであり、観察の視点に偏

りが生じている可能性がある。今後は、患者の反応を、本人の視点で検証することや、統一した観察者の視点で院内デイケアの効果を検証する必要がある。

## 利益相反

本調査における利益相反はない。

## 文 献

- 1) 相川みづ江, 泉キヨ子, 正源寺美穂: 一般病院に入院中の高齢患者における生活機能の変化に影響する要因, 老年看護学, 16(2), 47-56, 2012
- 2) 大蔵暢: 「老年症候群」の診察室: 超高齢社会を生きる, 朝日新聞出版, 東京, 185-190, 2013
- 3) 厚生労働省: 医療提供体制を取り巻く現状等について, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000493996.pdf>], 厚生労働省, 8. 17. 2019
- 4) 中央社会保険医療協議会: 入院医療, 身体疾患のために入院する認知症患者のケアについて, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-lryouka/0000105049.pdf>], 厚生労働省, 4. 15. 2019
- 5) 古田光: 一般病床高齢者入院患者における認知症実態調査の試み-総合病院精神医学会認知症委員会多施設共同研究-, 総合病院精神医学, 27(2), 100-106, 2015
- 6) 山本美輪: 一般病棟勤務看護者の高齢者看護におけるジレンマの概要, 日本看護管理学会誌, 11(2), 84-91, 2008
- 7) 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 他: 一般病棟で集中的な医療を要する認知症高齢者のケアにおける看護師の困難, 大規模病院(一施設)の看護師へのインタビューから, 日本認知症ケア学会誌, 12(2), 408-418, 2013
- 8) 大久保和美, 徳山まどか, 大西友佑子, 他: せん妄予防対策チームで関わる院内デイケアの効果, 市立豊中病院医学雑誌, 13, 15-19, 2013
- 9) 吉村浩美, 鈴木みずえ, 高木智美, 他: 急性期病院におけるPerson-centred Careをめざした高齢者集団ケアの取り組み, 認知症ケアマッピング(DCM)の導入と展開, 看護研究, 46(7), 713-722, 2013
- 10) 鈴木みずえ, 加藤滋代, 櫻木千恵子, 他: 急性期病院で内科治療を受ける認知症高齢者に対する院内デイケアの援助: 認知症ケアマッピン

- グ (DCM) を用いた分析, 認知症ケア事例ジャーナル, 6 (4), 381-390, 2014
- 11) 青柳暁子, 西田真寿美: 認知症高齢者のアクティビティケアに対する看護職・介護職の評価基準の類型化, 日本老年医学会雑誌, 51(3), 264-270, 2014
- 12) 六角僚子: アクティビティという視点をもつケアの有効性, 老年看護学, 6 (1), 114-121, 2001
- 13) 樋口耕一: 社会調査のための計量テキスト分析, 内容分析の継承と発展を目指して, ナカニシヤ出版, 157-160, 2018
- 14) 井本晶太, 飯田有輝, 山田崇史, 他: 高齢心不全患者における入院期間の関連因子, 心臓リハビリテーション, 24(2), 130-135, 2018
- 15) 上野範子, 藤田峯子, 中村弥生, 他: 自己評価式抑うつ尺度 (SDS) を用いた高齢者の精神的健康状態の調査, 入院高齢者と在宅高齢者の比較, 日本公衆衛生雑誌, 44(11), 865-873, 1997
- 16) 山下真理子, 小林敏子, 藤本直規, 他: 一般病院における認知症高齢者のBPSDとその対応, 一般病院における現状と課題, 老年精神医学雑誌, 17(1), 75-85, 2006
- 17) 中筋美子: 認知症看護の質向上に取り組み続ける看護師の意識の変遷, 高齢者のケアと行動科学, 23, 35-45, 2018
- 18) 早川ゆかり, 小島通代: 患者の入院生活に看護が及ぼす影響, 日本看護科学会誌, 35, 176-183, 2015

## 実践報告

### わが病院看護自慢

# 地域と病院をつなぐ認知症ケア ～地域に出向く認知症看護認定看護師～

橋本 陽子

白山石川医療企業団 公立つるぎ病院

日時：2019年11月21日(木) 9：30～11：30

会場：白山石川医療企業団 公立つるぎ病院 会議室

オレンジカフェつるぎ開催場所 『つるぎショッピングスクエアレッツ』

参加者：医療機関の看護師13名、認知症看護認定看護師教育課程履修生2名

- 内容：1. 公立つるぎ病院の特徴・概要、在宅介護連携支援について(講師：地域支援課長)  
2. 白山市地域包括支援センター鶴来と認知症看護認定看護師との連携  
(講師：地域包括支援センター鶴来センター長)  
3. 地域と病院をつなぐ認知症ケア～地域に出向く認知症看護認定看護師～  
(講師：認知症看護認定看護師)  
4. オレンジカフェつるぎ見学  
5. 併設施設(包括支援センター、通所リハビリセンター、ショートステイ)見学  
6. 意見交換

2019年11月21日(木)、当施設において『地域と病院をつなぐ認知症ケア～地域に出向く認知症看護認定看護師～』をテーマにわが病院看護自慢を開催し、県内の病院から13名の看護師の方々と認知症看護認定看護師教育課程の履修生2名にもご参加をいただきました。

2017年4月に高齢者支援センターが7か所となり、当院は鶴来圏域を担う「白山市地域包括支援センター鶴来」を受託しました。

白山市地域包括支援センター鶴来のセンター長から活動と連携について講演があり、最近では男性介護者が増えていることから『ほっと一息！男性介護者カフェ』を開催したところ、男性がこんなに話をするのかと担当者も驚くくらい大変な盛り

上がりだったとのことでした。また、男性は社会参加の機会を作りにくいことから、囲碁・将棋クラブを開設したことなどの報告がありました。

包括支援センターの職員が積極的に地域に出向くことで相談を受けやすくなり、徘徊する女性の家族からの相談を認知症看護認定看護師へつなぎ、介入により家族は気持ちが楽になったと話されました。その後グループホームへ入所となり週に1回は長男と畑へ外出することを楽しまれ、家族も笑顔で過ごしておられた事例の紹介がありました。

今回スタッフとして参加した当院の看護師からも「自分の病院と包括支援センターの連携を知らなかった」や「改めて包括支援センターの役割を知る機会になった」との声もあり、部門を超えて

連絡先：橋本 陽子

白山石川医療企業団公立つるぎ病院

〒920-2134 石川県白山市鶴来水戸町ノ1番地



写真① オレンジカフェ  
(リハビリスタッフによるコグニサイズの様子)

の活動を知る機会となりました。

開設当初から認知症カフェ（以後オレンジカフェ）の運営は包括支援センターの担当者と当院の認知症ケアチームの協働で開催しています。毎月月替わりで認知症ケア専門士の資格を有する介護福祉士、管理栄養士、社会福祉士、作業療法士がミニ講座を開催し、認知症看護認定看護師2名が交替で相談に応じる体制を整えています。オレンジカフェつるぎは昨年度までは、第3土曜日に病院併設の通所リハビリセンターで開催していましたが、今年の7月からは、地域住民の方々が気軽に立ち寄っていただけるようにと商業施設の一角で開催することになりました。今回は作業療法士による『コグニサイズ(頭と身体を使う運動)』(写真①)と移動交番による『振り込め詐欺』のミニ講座がありました。

また、移動交番が開催されることもあり、県警地域課員が買い物客にチラシを配布し呼びかけたことから、約30名の参加があり、カフェに参加された市民が楽しく過ごされる様子を見学されました。当日の相談として事前の連絡はありましたが、賑わっていた雰囲気から相談を躊躇され、後日相談に来られることになりました。開放的なカフェとなり宣伝効果もありますが反面、相談を受けるときは静かな別室も必要ではないかと今後の検討課題でもあります。

当院は認知症ケア加算1を算定していますが専門医が常時いない診療体制の中で、脳神経内科医が週に1回外来診療にあたります。認知症看護認定看護師は2名で、病棟業務を兼任し隔週で脳神経内科外来の診療につきながら、認知症看護外来



写真② 参加者と病院スタッフとの意見交換の様子

として、相談等に応じています。地域への出前講座や退院後訪問にも出向き、支援を継続できるように活動しています。

併設施設の見学では、通所リハビリセンターには地域の特産である吉野杉を天井飾りに使い、畳コーナーには縁側をイメージした和室や白峰の牛首袖を使用した暖簾、加賀獅子頭、など地域の馴染みのものが身近に感じられるように工夫されています。

参加していただいた方と担当スタッフとの意見交換では(写真②)商業施設でオレンジカフェを開催してのメリットの質問がありました。商業施設で行うことで、退院された患者さんの日常生活を見ることのメリットを感じていましたが、参加者から「ショッピングセンターで地域の方々の暮らしを見ながら(感じながら)活動することの意義を実感しました。」との感想がありました。他にも、地域に密着した取り組み、病院と地域との連携の実際を見学できてよかったとのご意見もいただきました。

病院から商業施設への移動は通所リハビリの送迎のバス5台に便乗し(徒歩5分程度の距離ですが)オレンジカフェの見学をしていただき、病院職員が協力して迎えてくれたことに感銘を受けたと話してくださったことや、参加された方々以上に自分たちにとっても自施設の自慢の発見につながり、励みにもなりました。

地域で最期まで生活者として支えることができるよう今後も活動の場を拡げていける体制を整えていきたいと思っています。

## 1. 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）

役員の選出は次のとおりとする。

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

#### 第九条（会議）

1. 本会に理事会、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。

## 2. 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取めた電子媒体（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。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取めた電子媒体（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取めた電子媒体（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名の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の大ききで約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判横書きを用いて、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	
<b>和文題名</b>		
<b>英文題名</b>		
<b>キーワード（5個以内、日本語/英語）</b>		
1.	/	
2.	/	
3.	/	
4.	/	
5.	/	
<b>原稿枚数</b>		
本文：	文字 図：	点 表：
	点	点 写真：
	点	点
<b>和文要旨文字数</b>		<b>英文要旨使用語数</b>
字		語
<b>著者</b>		
会員番号	氏名（日本語/英語）	所属（日本語/英語）
<b>著者（第一著者）連絡先 住所・氏名</b>		
住所：〒 _____		
_____		
氏名： _____ Tel _____ Fax _____		
E-mail _____		
<b>責任者（コレスポンドイング・オーサー）※：連絡先 住所・氏名</b>		
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

看護実践学会専任査読者一覧

(令和2年3月現在)

赤坂政樹	真田弘美	中村彰子
浅田優也	澤味小百合	畑谷幸代
荒井謙一	正源寺美穂	平松知子
有田広美	須釜淳子	堀口智美
石川倫子	臺美佐子	松井希代子
稲垣美智子	高田貴子	松井優子
井上敏子	高地弥里	松平明美
大江真琴	高橋ひとみ	松本勝
大江真人	高松朝男	丸岡直子
大桑麻由美	多崎恵子	丸谷晃子
表志津子	田中浩二	三浦美和子
加藤あゆみ	谷口好美	村角直子
加藤真由美	田淵紀子	村山陵子
川島和代	玉井奈緒	谷内薫
川島由賀子	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	
坂井恵子	中西容子	

(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)  
沖 田 翔 平 (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)  
堀 口 智 美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)  
向 井 加奈恵 (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33巻 第1号

発行 令和2年9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)



笑顔の毎日を、  
ひとりひとりに  
合わせた  
**コントロールで**

血糖変動を最小限に抑え、笑顔の毎日を家族と共に送る  
それが、私たちメドトロニックの願いです

日本メドトロニック株式会社

ダイアビーズ事業部  
〒108-0075 東京都港区港南1-2-70

[medtronic.co.jp](http://medtronic.co.jp)

**Medtronic**  
Further, Together