

看護実践学会誌

Journal of Society of Nursing Practice

○原 著

遺伝性乳癌卵巣癌症候群における遺伝学的検査受検を提示されたがん患者の意思決定
— 受検者と非受検者の語りから — …………… 越田 美晴・松本 智里他 …… 1

○研究報告

Ward Nurses' Practices in Discharge Support and Decision-Making Support for
Older Adults with Dementia …………… Takao Kondo et al. …… 13

血液透析患者におけるかゆみの実態と性別・年齢による傾向
— 5-D Itch Scale日本語版を用いた日常生活への影響の横断的分析—
…………… 中山 和美 …… 24

○そ の 他

子宮頸がんに対する4年制大学在学生の認識 …………… 松井 優子他 …… 33

病棟看護師チームの高齢者への身体拘束回避・解除に至る意思決定プロセス
…………… 石政 結子他 …… 41

原 著

遺伝性乳癌卵巣癌症候群における 遺伝学的検査受検を提示されたがん患者の意思決定 — 受検者と非受検者の語りから —

Decision Making of Cancer Patients Presented for Genetic Testing in
Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndromes
: Narratives of test takers and non-test takers

越田 美晴^{1) 2)*}, 松本 智里^{3) 4)*}, 美濃 由紀子³⁾, 紺家 千津子³⁾,
峰松 健夫³⁾, 牧野 智恵³⁾, 辻 千芽⁵⁾, 寺川 裕史⁶⁾
渡邊 淳⁷⁾, 臺 美佐子³⁾

Miharu Koshida^{1) 2)}, Chisato Matsumoto^{3) 4)}, Yukiko Mino³⁾, Chizuko Konya³⁾
Takeo Minematsu³⁾, Tomoe Makino³⁾, Chika Tuji⁵⁾, Hirofumi Terakawa⁶⁾
Atsushi Watanabe⁷⁾, Misako Dai³⁾

¹⁾ 石川県立看護大学大学院看護学研究科, ²⁾ 金沢大学附属病院

³⁾ 石川県立看護大学, ⁴⁾ 福井大学学術研究院 医学系部門 看護学領域

⁵⁾ 金沢大学附属病院 看護部, ⁶⁾ 金沢大学附属病院 乳腺外科, ⁷⁾ 金沢大学附属病院 遺伝診療部

¹⁾ Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

²⁾ Kanazawa University Hospital, ³⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

⁴⁾ Division of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

⁵⁾ Kanazawa University Hospital Nursing Department Management Office

⁶⁾ Kanazawa University Hospital Breast Surgery

⁷⁾ Kanazawa University Hospital Genetics Department

キーワード

遺伝性乳癌卵巣癌症候群, 家族, 意思決定, 遺伝学的検査, 乳がん

Key words

hereditary breast cancer ovarian cancer syndrome, family, decision making, genetic testing, breast cancer

連絡先 (Corresponding author) : 臺 美佐子

石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台 1 - 1

* equal contribution

要 旨

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の遺伝学的検査受検の意思決定は、そこに至るまでの様々な体験に基づいた支援が必要である。本研究は遺伝学的検査受検を提示されたがん患者の受検の意思決定に関する体験を明らかにすることを目的に、遺伝学的検査受検を提示された患者6名を対象に半構造化面接を行い、質的分析を行った。その結果、【遺伝情報への認識】【受検に関する情報収集】【受検費用に関する検討】【血縁者への遺伝情報共有への悩み】【受検を考える余裕のなさ】【受検の利益・不利益を判断】【受検・非受検の意思への支持】【受検する時期の判断】の8つのカテゴリーが抽出された。患者は受検することの利益・不利益の両者を感じながらも、受検・非受検を決断していた。医療従事者は患者の揺れる精神状態を理解しながら、決断に至るに十分な情報の提供と検討時間を確保し、意思決定後にも遺伝情報に対する不安や葛藤に対して長期的に支援する必要性が示唆された。

Abstract

Decision-making regarding genetic testing for hereditary breast and ovarian cancer syndrome requires support based on the various experiences leading up to that point. This study aimed to clarify the experiences of cancer patients presented with genetic testing regarding their decision to undergo testing. Six patients presented with genetic testing underwent semi-structured interviews, and qualitative analysis was performed. As a result, we identified eight categories: [Recognition of genetic information] [Information gathering regarding testing] [Consideration of testing costs] [Concerns about sharing genetic information with relatives] [Lack of mental space to consider taking the exam] [Assessing the benefits and drawbacks of testing] [Support for the decision to test or not to test] [Determining the timing of testing]

Patients made decisions to undergo or decline testing while weighing both the benefits and disadvantages. Healthcare providers, understanding patients' fluctuating mental states, were advised to ensure sufficient information and deliberation time for decision-making, and to provide long-term support for anxiety and conflict regarding genetic information even after decisions were made.

緒 言

遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (hereditary breast and ovarian cancer syndrome、以下HBOC) における遺伝学的検査とは、血液データやがん組織から遺伝情報を調べ、乳癌・卵巣癌・膵臓癌・前立腺癌の遺伝性や将来の発症リスクを示す検査である。がん患者やその血縁者への医療選択や健康管理への活用として近年注目されている。HBOCは、breast cancer susceptibility gene (以下BRCA) 1 遺伝子およびBRCA2遺伝子の生殖細胞系列における病的バリエーションに起因する乳腺、卵巣、前立腺、膵臓等の癌の易罹患性症候群であり、遺伝学的検査に基づく医療が国内外のガイドラインで推奨されている¹⁾。遺伝性腫瘍は全がんの5～10%に認められており¹⁾、乳癌や卵巣癌の罹患者数の増加により²⁾、遺伝学的検査に基づく医療を受ける患者数は今後増加すると考えられる。

遺伝学的検査に基づく医療により、がんのリス

クの高い臓器の検診、予防的切除を伴う外科治療、効果的な化学療法の実施が可能となる³⁾。これらの治療成績は良好で、予防的乳房切除術後の乳癌発症リスクは90%以上減少、予防的卵巣卵管切除術後の卵巣癌発症リスクは68～96%減少し、さらに70歳までの死亡率を77%減少させると報告されている⁴⁾。

このように、国内での医療体制の整備が進められ、2020年にHBOC遺伝学的検査が保険適用となった。厚生労働省の社会医療診療行為別統計では、この検査の実施件数は保険適用前の2019年に比べ2021年で4倍以上となっている^{5) 6)}。その一方で、遺伝学的検査推奨項目^{1) 7)}に該当するがん患者であっても、検査を希望しない者もいる。

遺伝学的検査の受検の促進要因について、米国での乳がん患者を対象とした実態調査⁸⁾では、医師の推奨・血縁者のがんリスク評価・専門的な治療が受けられることであり、国内の論文⁹⁾では、

それに加えて受検費用が保険適用になったことが挙げられている。遺伝学的検査の非受検に関する要因については、米国では、高額な費用や遺伝による差別が挙げられており⁸⁾、国内でも同様に高額な費用負担⁹⁾が報告されていた。さらに、遺伝学的検査受検にあたり患者自身と血縁者への利益を理解しながらも血縁者との遺伝学的な情報共有を懸念すること¹⁰⁾、受検はしたが結果を知ること躊躇し開示を6カ月間延期したこと¹¹⁾といった、検査結果を知ることへの不安や、遺伝学的情報に基づいて何かしらの健康管理をなされることへの不安¹²⁾が報告されていた。このように、遺伝学的検査を提案されてから、受検の意思表示に至るまでには様々な葛藤や不安があったことが推察されるが、どのような体験を経て遺伝子検査受検・非受検の意思決定に至ったのかは明らかとなっていない。受検者と非受検者のそれぞれの意思決定の体験が明らかとなれば、受検に対する援助のみならず、検査の提示から意思決定後までの支援の一助となると考えられる。

研究目的

遺伝学的検査受検を提示されたがん患者の受検の意思決定に関する体験を明らかにし、意思決定を支援するために必要な看護の示唆を得る。

用語の操作的定義

「体験」

対象者の体験とは、経験したことや考えたこと、感情を含むこととした。

「意思決定」

HBOCの遺伝学的検査の受検選択において、十分に情報を得て、個人の価値観と一致した決定をすることであり、本人が遺伝学的検査の受検または非受検を最終的に決断することとした。

「遺伝情報」

人の健康に遺伝学的影響をもたらす情報とし、家族歴、遺伝子スクリーニング結果、遺伝子検査結果などを含めた全てのこととした。

「受検の提示」

HBOCの遺伝学的検査の受検について、医師より年齢や家族歴からHBOCの可能性が考えられる乳がん発症者、卵巣がん発症者の適格基準¹⁾⁷⁾を満たす場合に受検の目的やHBOC、検査方法、費用は保険適用として提示されることとした。

研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的デザイン

本研究では、がん診断後からHBOCの遺伝学的検査の受検の意思決定における体験を探索的に明らかにするため、半構造化面接法による質的記述的研究方法を選択した。

2. 研究施設と対象

研究施設は、急性期病院1施設の乳腺外科・婦人科・消化器内科・泌尿器科・遺伝診療部と患者会組織の2施設の計3施設とした。

対象者は、対象施設に入院または通院中のHBOCの遺伝学的検査の受検の提示を受けたがんと診断された患者で、以下の条件を満たし、研究の同意の得られた患者とした。

選定基準は、HBOCの遺伝学的検査が保険収載された2020年1月から2023年11月までにHBOCの遺伝学的検査の受検の提示を受けたがんと診断された患者かつ、主治医または施設長から研究対象として問題がないと判断された者とした。除外基準は、患者の病状、現在の状況から精神的に著しく不安定な（うつや怒り、罪悪感、悲しみ、絶望感が強い）者とした。

研究協力の強制力が働かないように、対象者への研究説明は、研究者らが行い、診療や療養生活援助をしている医療従事者は同席もしないように配慮した。また、診療や援助の前には研究説明をしないようにした。

3. 調査期間

2023年8月1日から2023年11月30日。

4. データ収集方法

1) 半構造化面接調査

同意の得られた対象者にインタビューガイドに基づき半構造化面接を行った。面接の内容はICレコーダーで録音した。インタビュー項目は、がんの遺伝学的検査を受検する、または受検しなかった一番の理由はなんですかといった内容について質問した。

2) 診療録からの情報収集

対象者の基本情報について、診療録や自記式質問紙より、年齢（歳）、性別、家族構成、配偶者の有無（同居／別居）、子の有無、子の性別・年齢、診断名、病期、癌家族歴、遺伝学的検査の提示日、遺伝学的検査の受検意思を表明した日、遺伝学的検査推奨項目の該当有無について収集した。

5. 分析方法

分析は、Conventional content analysis¹³⁾の手法を参考に実施した。第1段階では、繰り返し逐

語録を読み込んだ。その際は、インタビューの音声データを聴きながら全体を把握し、印象やアイデアを記載しながら、意味単位に沿って語りの要約をした（一次コード）。また音声データと逐語録が完全に一致しているかの確認も行った。第2段階では、研究目的に照らしながら、個々の逐語録の一次コードをグルーピングし2次コード化した（以下、コード）。第3段階として、それぞれのコードの関係性に基づき、意味のあるクラスターにグルーピングしサブカテゴリー化した。第4段階として、サブカテゴリー間の関係に基づき、カテゴリー化した。第5段階として、カテゴリー、サブカテゴリー、コードの定義を洗練し、意味内容を反映したカテゴリー名をつけた。

6. 質的データの信頼性及び真実性の確保

質的データの信頼性及び真実性を確保するために、インタビューガイド作成、インタビューのトレーニング、データのコーディング・サブカテゴリー化・カテゴリー化・要約の記述に至るまで、2名以上の研究者間で行った。また、先行研究¹⁴⁾の手法を参考に、1事例ずつのインタビュー終了ごとに、協力者を誘導するような質問や、構造化された質問をしていないか等についてリフレクションを行った。さらに、データのコーディング・カテゴリー化では、研究者間で繰り返し検討し、合意が得られたものを採択した。データの信頼性と真実性の確保のために、分析の過程では質的研究の専門家である看護学研究者2名及びがん看護

学の専門である看護学研究者1名のスーパーバイズを受けて実施した。

7. 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を受けて実施した（承認年月日：令和5年7月26日、看第2023-81-3号）。なお、文書及び口頭で説明し、書面で研究の同意を得た。そして、研究の趣旨、方法、倫理的配慮、自由意思による研究参加であること、途中で辞退しても不利益がないこと、匿名性を保持すること及び厳重なデータ管理方法について文書で説明を行った。

結 果

1. 対象者の概要

研究参加者の基本情報を表1に、遺伝学的検査推奨項目¹⁾の該当有無を表2に示す。

対象者は全員、女性の乳がん患者であった。遺伝学的検査の受検者は4名、非受検者は2名であった。検査提示から受検・非受検の決断までの期間は16日間から1年1か月間であり、調査時の年齢は50歳から75歳、がんの種類はすべて乳癌で、病期はⅠ期1名、Ⅱ期4名、残存乳房再発1名であった。遺伝学的検査推奨項目にて、60歳以下のトリプルネガティブ乳癌2名、両側または片側に2つ以上の原発性乳癌2名、第3度親等以内の血縁者に乳癌、卵巣癌、膀胱癌患者の存在3名であった。インタビューは各1回行い、インタビュー時間は25から45分間であった。

表1 対象者の基本情報

	受検者				非受検者	
	1	2	3	4	5	6
年齢（歳）	52	56	50	60	74	75
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性
配偶者有無	あり	あり	あり	あり	なし	あり
	(同居)	(同居)	(同居)	(同居)	(死別)	(同居)
子の有無	あり	あり	なし	あり	あり	あり
子の性別・発達段階	女性・学童期	女性・学童期	—	男性・成人期	女性・成人期	男性・成人期
診断名	両側乳癌	左乳癌	左乳癌	右乳癌	左乳癌	両側乳癌
TNM分類病期	残存再発	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa	Ⅱa
癌家族歴	あり	なし	あり	あり	あり	あり
がんの診断から検査提示までの期間	0日	-1ヶ月	0日	0日	0日	0日
検査提示から受検・非受検の決断までの期間	13ヶ月	1ヶ月	6ヶ月	1ヶ月	16日	24日
検査提示から研究調査日までの期間	17ヶ月	5ヶ月	11ヶ月	26ヶ月	28日	30ヶ月

TNM：原発腫瘍の大きさ（T）、所属リンパ節転移（N）、遠隔転移（M）による病期の分類

表2 遺伝学的検査推奨項目の該当有無

	受検者				非受検者	
	1	2	3	4	5	6
45歳以下での乳癌診断	なし	なし	なし	なし	なし	なし
60歳以下のTNBC*乳癌	あり	あり	なし	なし	なし	なし
両側または片側に2つ以上の原発性乳癌	あり	なし	なし	なし	なし	あり
男性乳癌	なし	なし	なし	なし	なし	なし
第3度近親以内の血縁者**に乳癌、卵巣癌、 膵癌患者の存在	なし	なし	あり	あり	あり	なし
HER2陰性の手術不能または転移再発乳癌に対する オラパリブ投与計画	なし	なし	なし	なし	なし	なし
がんゲノムプロファイリング検査によるBRCA1/2 遺伝子***の生殖細胞系列の病的バリエーション保持の 可能性の指摘	なし	なし	なし	なし	なし	なし

*TNBC：トリプルネガティブ乳癌

**第3度近親以内の血縁者：父母、兄弟姉妹、異母・異父の兄弟姉妹、子ども、おい・めい、おじ・おば、祖父母、
大おじ・大おば、いとこ、孫

***BRCA1/2 遺伝子：breast cancer susceptibility gene 1/2、がん抑制遺伝子のひとつで、HBOCの原因遺伝子

2. 遺伝学的検査受検への意思決定に関する体験

質的分析の結果、HBOC遺伝学的検査受検または非受検に関する体験として8つのカテゴリと33個のサブカテゴリが抽出された(表3)。なお、本文内では、カテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、コードを「 」で示した。意味が伝わらない部分については、文脈を損なわないように研究者が()を用いて補足した。

1) 【遺伝情報への認識】

このカテゴリは自分が遺伝性のがんである可能性を認識し、驚きや恐怖といった戸惑いを感じたり、その現実を受け止めようとしたりする体験を示しており、<がん家族歴により遺伝性を疑う><受検により遺伝性を確認できる><遺伝情報をはじめて認識する><血縁者の乳がん闘病経験から恐怖を感じる><生涯変化しない遺伝情報である現実を受け止める>の5つのサブカテゴリから構成された。

受検を決断した者は、「親はがんになっていないから遺伝性ではないと思う(事例1)」「乳癌のサブタイプから遺伝性のがんの可能性を知り驚く(事例2)」と、遺伝学的検査の提示を想定外のものであると述べていた。非受検を決断した者は「さまざまながんの家族歴から遺伝の可能性を認識する(事例6)」とし、「乳癌になったのは運命の一つとして仕方ないと受け入れる(事例5)」と検査を提示された現実を受け止めていた。

2) 【受検費用に関する検討】

このカテゴリは、検査に掛かる費用負担を受検・非受検の決断の検討事項の1つとしている体験を示しており、<受検費用に負担を感じる><保険診療になり受検への敷居が低くなる><家族から費用負担への支援を得る>の3つのサブカテゴリから構成された。

受検・非受検のどちらを決断した者も、「高額な費用だったから受検を迷う(事例3)」「がん治療に加えて遺伝学的検査の費用までかかるのは負担が大きい(事例5)」と受検費用の負担を感じつつも、「保険診療となり受検への敷居が低くなる(事例4)」「保険適用になり負担が減る(事例6)」とその敷居は下がったことを感じていた。

3) 【受検を考える余裕のなさ】

このカテゴリは、がんと診断されるだけでなく、それが遺伝性である可能性や検査や治療のことで頭がいっぱいになり、受検・非受検の決断にまで考えが至らないという体験を示しており、<遺伝性のがんと診断されたらと思うと心理的負担を感じる><がんの検査や治療で余裕がなく受検まで考えられない>の2つのサブカテゴリから構成された。

受検・非受検のどちらを決断した者も、「トリプルネガティブ乳がんの遺伝性や治療法が限られていると聞きショックを受ける(事例2)」「がん診断や治療で頭がいっぱいになり受検まで考えられない(事例6)」と、がんと診断されたショッ

クや多くの心配事の中で受検・非受検の決断にまで心を砕けていない様子が語られた。

4) 【受検する時期の判断】

このカテゴリーは、がんの治療期間や自分の体調、自分や家族の気持ちの整理などを考慮して、受検する時期を決断するという体験を示しており、＜自分の意向に合致し即決する＞＜自分の意向に対峙し即決しない＞＜抗がん剤治療中の体調を把握しながらタイミングを見計らう＞＜がんの治療経過に間に合うようにタイミングを見計らう＞＜医療者に受検のタイミングの助言を受ける＞の5つのサブカテゴリーから構成された。

受検・非受検のどちらを決断した者も「がん治療の選択肢が間に合うようにタイミングをみて受検する（事例2）」「受検提示時、家族と一緒に説明を受け、娘の拒否的な態度をみて、隠しようがないと感じ、即決しなかった（事例5）」と、自分や家族のイベントのタイミングや気持ちの整理に合わせて受検の時期を判断していた。

5) 【血縁者への遺伝情報共有への悩み】

このカテゴリーは、血縁者にがんの既往を聞くことや遺伝学的検査の話をすることで自分ががんであることや相手に遺伝性のがんの可能性を知らせてしまうことや、陽性だった場合にどのように共有するかを受検前から悩む体験を示しており、＜血縁者にがんの家族歴を聴くことに躊躇する＞＜遺伝情報の共有の仕方に悩む＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

受検・非受検のどちらを決断した者も「血縁者に病気を知られてもよいが、相手が気がかかになると考え病気を伝えない（事例4）」「陽性の場合、血縁者にどのように伝えるか難しい（事例6）」と、遺伝学的検査やその情報の共有について悩んでいた。

6) 【受検の利益・不利益を判断】

このカテゴリーは、受検結果によって、自分や血縁者に得られる利益と不利益を天秤にかけ、受検・非受検を決断するという体験を示しており、＜治療の選択肢が増えるから受検する＞＜自分の遺伝情報を知ることができる＞＜血縁者のがんの早期発見・早期治療につながる＞＜がんに対峙することで闘病意欲につなげる＞＜陽性となった場合の家族の生活を案じる＞＜陽性となった場合の自分の心理的負担が大きい＞＜リスク低減手術に不安を感じる＞＜血縁者にとって遺伝性を知らなくても自分で健康管理ができる＞＜結果を知ってもメリットはないと判断する＞の9つのサブカテ

ゴリーから構成された。

受検を決断した者は「治療を進めるなかでいずれがん治療の選択肢が増えるから受検する（事例2）」「がんになる確率が高いと分かり遺伝学的検査を受けようと思う（事例1）」と受検に対する利益を感じる一方で、非受検を決断した者は「陽性だったときに結果にショックを受けるから受検しない（事例6）」と受検の不利益を感じていた。しかし、受検を決断した者も「受検によって治療が追加になると、家族の生活の負担が増えることを心配する（事例3）」と受検の不利益を感じ、非受検を決断した者も「遺伝性を確実に確かめたいと考える（事例5）」と受検の利益を感じていた。

7) 【受検・非受検の意思への支持】

このカテゴリーは、血縁者や配偶者、友人などの周囲から、自分の受検・非受検の意思を後押しされることで、自分の決断を固めるという体験を示しており、＜血縁者に受検の意思を支持される＞＜配偶者に受検を後押しされる＞＜血縁者に非受検を後押しされる＞＜友人に非受検を後押しされる＞＜自分と家族の価値観の違いを理解する＞の5つのサブカテゴリーから構成された。

受検を決断した者は「もし陽性の時の話を聞いたら息子も一緒に聞く（事例4）」と周囲の後押しを得ており、逆に非受検を決断した者は「血縁者や親族はあまり結果を知りたくないような感じだったから受検しないでもいいと思う（事例6）」と、周囲からの非受検への思いを感じていた。

8) 【受検に関する情報収集】

このカテゴリーは、受検・非受検を決断するまでに医療者からの説明だけでなく、自分自身でも情報を集めるものの、情報の不足を感じていた体験を示しており、＜受検について情報を活用する＞＜受検について情報の不足を感じる＞の2つのサブカテゴリーから構成された。

受検を決断した者が「インターネットでは受検の体験談のような細かい情報の不足を感じ（る）（事例2）」ていたり、「受検結果が陽性のときの対応について調べる（事例3）」ことで理解を深めたりした一方で、非受検を決断した事例5、6からはこのカテゴリーに対するコードは抽出されなかった。

考 察

本研究では、乳がん患者6名に対するインタビューにより、HBOCの遺伝学的検査の受検・非受検の決断までの体験を明らかにし、受検者と非受

検者には共通の体験と特有の体験があることを見出した。

1. 受検者・非受検者に共通していた体験

【遺伝情報への認識】では、受検者・非受検者ともに家族歴から自分が遺伝性のがんである可能性を考えながらも、この現実を受け入れようとしていた。先行研究¹²⁾では、家族にがん闘病体験がある者は遺伝学的なリスクを知りたいと感じると言われているが、本研究では検査提示時に強い恐怖や不安を感じ、非受検を選択する者もいた。家族歴から遺伝の可能性を想定しておらず、＜遺伝情報をはじめて認識（する）＞し、＜受検により遺伝性を確認できる＞と考えた者は受検者のみであった。

【受検費用に関する検討】では受検者・非受検者のどちらも、保険診療や家族からの支援により受検の敷居が低くなったと感じながらも、検査費用の負担を受検・非受検の決断の1つの要因としていた。遺伝学的検査の自己負担額は、2020年の保険適用により減額され、3割負担で約6万円、1割負担で約2万円の費用で受検可能である。しかし対象者は今後重なるがん治療の費用を考え、受検をさらなる費用負担として受検・非受検の検討要因としていた。この結果は遺伝学的検査の受検のきっかけを調査した研究⁹⁾と一致した。

家族歴のない受検者・非受検者からは【受検を考える余裕のなさ】が示された。がんの闘病を身近で経験していないことで、今後起こり得るイベントや様々な意思決定で頭がいっぱいとなり、受検を考える余地がなかったと考えられる。また、このカテゴリーは受検・非受検までの決断が1か月程度の対象者から抽出された。1か月間の時間があっても、意思決定には十分な時間とは感じていなかったことが示された。【受検する時期の判断】のカテゴリーからも、対象者は自分や家族のタイミングで受検・非受検の決断や、検査時期を検討したいことが示された。受検・非受検の意思決定の際には、その患者にとって検討したい事項を考えるための十分な時間が確保されたのかを確認することが必要である。これに加え、【血縁者への遺伝情報共有への悩み】では受検者・非受検者のどちらも、血縁者に遺伝学的検査の話題を出すことで自分ががんであることを知られることや、陽性であった場合に自分が持つ遺伝情報が血縁者にも影響を及ぼすことを懸念していた。先行研究¹⁵⁾では、遺伝学的検査を受検した者が診断のショックで検査後の情報の取り扱いについて考慮できな

いまま受検を決めたことで、受検後にジレンマに見舞われたという例が報告されている。本研究でも、気持ちに余裕のない中で血縁者への遺伝情報共有への悩みを抱きながら受検・非受検を決断した者がいることが示された。本研究の結果からも、検査結果が提示された場合の不安が表出されており、遺伝情報共有の懸念は受検の決断後にも継続するものと予測できる。

上記の経緯を踏まえ、対象者は【受検の利益・不利益を判断】していた。このカテゴリーでは、受検者・非受検者のどちらも利益と不利益の両方を体験していたということであり、本研究の新規性である。受検者・非受検者のどちらも＜血縁者のがんの早期発見・早期治療につながる＞と考えながらも、＜陽性となった場合の自分の心理的負担が大きい＞と考えていた。このように自分や家族にとっての利益と不利益の両方を感じながらも、最終的に遺伝情報を知ることでの利益と不利益のどちらが大きくなるかを検討していた。そして、その検討を決断に変えたのが【受検・非受検の意思への支持】といえる。家族や相談した周囲の意見に後押しされ、決断に至っていた。

2. 受検者のみに特有の体験

【受検に関する情報収集】は、受検者で家族歴のある者のみから示された。家族歴のない受検者・非受検者が【受検を考える余裕のなさ】を示し、家系内で経験したことの無い体験に戸惑うと述べたが、ここでは逆に自分の遺伝情報を受け止め、具体的な情報収集ができるほどの精神状態にあると考えることができる。検査前に十分な情報提供を行うことの重要性はすでに報告されている¹⁵⁾が、情報を受け入れられるだけの精神状態であるか判断することが必要であると示唆された。

3. 非受検者のみに特有の体験

本研究では、非受検者のみに特有のカテゴリーは抽出されなかった。非受検者は受検者に比べて、高齢であった。本研究の事例5は家族歴があり、がんという疾患の怖さを経験していたため、当初は受検を検討していたが、家族の強い反対を受けて非受検を決断していた。家族の反対を押し切って受検するよりも、軋轢や波風を立てることを避け、家族の決定に従うという日本人高齢者の特徴が表れたものと考えられる。

4. 臨床における遺伝学的検査の意思決定支援への示唆

遺伝学的検査を提示されたがん患者は、遺伝情報を知ることの利益・不利益をどちらも感じなが

表 3-1 がん患者が遺伝学的検査受検の意思決定における体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
遺伝情報への認識	がん家族歴により遺伝性を疑う	乳がんの家族歴があるから遺伝を疑う	事例 3
		さまざまながんの家族歴から遺伝の可能性を認識する	事例 6
	受検により遺伝性を確認できる	受検により遺伝性を確かめる	事例 3
		受検についてはじめて聞き、遺伝性のがんの可能性を知りたいと考える	事例 4
	遺伝情報をはじめて認識する	親はがんになっていないから遺伝性ではないと思う	事例 1
		乳がん、子宮がん系の家族歴がないため遺伝性のがんの可能性に驚く	事例 2
		乳がんのサブタイプから遺伝性のがんの可能性を知り驚く	事例 2
		乳がんの家族歴があるが従妹で若年ではないから遺伝性との関係はないと考える	事例 4
	血縁者の乳がん闘病経験から恐怖を感じる	乳がんで命をなくした母親の闘病経験を思い出し自分も同じようになるという恐怖を感じる	事例 5
	生涯変化しない遺伝情報である現実を受け止める	遺伝性の乳がんという事実は変わらない	事例 2
		受検の結果を聞いてから考える	事例 2
		乳がんになったのは運命の一つとして仕方ないと受け入れる	事例 5
		がんになる可能性を心配してもしょうがない	事例 6
受検費用に関する検討	受検費用に負担を感じる	高額な費用だったから受検を迷う	事例 3
		がん治療に加えて遺伝学的検査の費用までかかるのは負担が大きい	事例 5
		自分のために高額な費用を払うなら家族のために使いたい	事例 5
		高額な費用を払ってまで受検するメリットがない	事例 6
	保険診療になり受検への敷居が低くなる	保険診療になり受検費用を軽減できると聞き安心した	事例 1
		保険診療になる前は受検や予防的切除術は自由診療であり、受検への敷居が高かった	事例 1
		保険診療になり安価になったから安心して受検できる	事例 2
		遺伝学的検査は高額であるという誤解がとけて安心して受検できる	事例 3
		保険診療になり受検への敷居が低くなる	事例 4
		保険適用になり負担が減る	事例 6
		家族から費用負担への支援を得る	事例 3
	受検を考える余裕のなさ	遺伝性のがんと診断されたらと思うと心理的負担を感じる	事例 2
		家族にとってがん診断や治療で頭がいっぱいになり受検まで考えられない	事例 2
		がんの検査や治療で余裕がなく受検まで考えられない	事例 6
受検する時期の判断	自分の意向に合致し即決する	がん診断や治療で頭がいっぱいになり受検まで考えられない	事例 6
		がんの検査続きでくたびれているのに遺伝学的検査を考えることがつらい	事例 6
	自分の意向に対峙し即決しない	検査を初めて聞き、自分のためにすぐ即決で受検を決める	事例 4
		受検提示時、家族と一緒に説明を受け、娘の拒否的な態度をみて、隠しようにないと感じ、即決しなかった	事例 5
		医師からは受検に関しては時間的に慌てなくてもよいと言われる	事例 5
		医師からもし検査を受けたら自分の胸にしまっておけばよいと言われる	事例 5
	抗がん剤治療中の体調を把握しながらタイミングを見計らう	抗がん剤治療の副作用があるから終わってからのタイミングで受検する	事例 1
		抗がん剤治療をしながら考えるよう説明を受け、体調がよいタイミングを見計らう	事例 2
	がんの治療経過に間に合うようにタイミングを見計らう	がん治療の選択肢が間に合うようにタイミングをみて受検する	事例 2
		遺伝学的検査の結果が分かるまでに時間がかかるから早めに受検する	事例 4
	医療者に受検のタイミングの助言を受ける	以前は遺伝学的検査が保険適用ではなかったから勧められない	事例 1
		遺伝学的検査があると聞き、やってみようと思う	事例 1
		受検する時期は、差し迫っていないと聞く	事例 1
		受検の対象になったから受検する	事例 1
		看護師に受検のタイミングの説明を聞く	事例 2
血縁者への遺伝情報共有への悩み	血縁者にがんの家族歴を聴くことに躊躇する	家系図作成にあたり、血縁者にがんや遺伝性について伝えない	事例 3

表 3-2 がん患者が遺伝学的検査受検の意思決定における体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
血縁者への 遺伝情報 共有への 悩み	血縁者にがんの家族歴を聴くこと に躊躇する	自分が乳がんになり心配されると嫌だと思って遺伝学的検査のことは 伝えない	事例 4
		家族歴聴取はいつも会っていたら聞きやすいが突然聞くのは聞きづらい	事例 4
		家族歴を聴くために血縁者へ病気について伝えることを悩む	事例 4
		血縁者に病気を知られてもよいが、相手が気がかかりになると考え病気を 伝えない	事例 4
	遺伝情報の共有の仕方に悩む	他の人に相談はせず自分ひとりで決める	事例 2
		未成年の子どもには不安にさせるから共有しないと自分で決める	事例 2
		夫は血縁者ではないから遺伝情報について共有していない	事例 2
		もし陽性のとき、子どもにどう伝えたらいいのか悩む	事例 2
		子どものことを考え遺伝性だったらどうしようと思ふ	事例 2
		血縁者にどのように伝えるか悩む	事例 5
		陽性の場合、血縁者にどのように伝えるか難しい	事例 6
		治療を進めるなかでいずれがん治療の選択肢が増えるから受検する	事例 2
受検の利益・ 不利益を 判断	治療の選択肢が増えるから 受検する	娘が自分もがんになって治療しなくてはいけないかと不安にさせると思う	事例 2
		陽性であれば治療薬が使えるし、卵巣をとる手術の選択肢が増えるから 受検する	事例 3
		受検した一番の理由は手術の術式を決めるのに役立つから	事例 4
		遺伝性だと分かると対処してもらえるから受検する	事例 4
		検査結果が自分の乳がんの術式選択に必要なから受検する	事例 4
		がんになる確率が高いと分かり遺伝学的検査を受けようと思う	事例 1
	自分の遺伝情報を知ることが できる	遺伝でがんが分かる確率を知らなかったけど、高い確率だと知る	事例 1
		また乳がんになる確率が高いから遺伝学的検査を受けなきゃいけないと思う	事例 1
		もし過去に受検していたら乳房温存術を選ばなかっただろうと思うほど、 再発の可能性が分かる確率が高いと知りびっくりする	事例 1
		もし、陽性と分かったら卵巣がんになる確率が高いと分かったから遺伝学的 検査を受けようと思う	事例 1
		遺伝性を確実に確かめたいと考える	事例 5
		遺伝が分かった方が母のように辛い思いをしなくてよいと思う	事例 5
	血縁者のがんの早期発見・早期 治療につながる	遺伝学的検査は負担が少ない簡単な検査だと説明を聞き安心する	事例 1
		もし遺伝性なら子どもががんにならないように最善の方法をしてあげたい	事例 1
		娘が乳がん治療を経験させないようにしてあげたい	事例 1
		娘の健康や影響が気になったので受検を決める	事例 1
		娘のがん罹患を予測し生命保険の加入時期を考える	事例 1
		今後子どものためにどういう予防ができるかを考え受検する	事例 1
		自分よりも子どもたちになにかあったらどうしようと思ふ	事例 2
		自分はもういいが、子どもが若年でがんになり進行しないか心配し、受検に てがんになる確率を知って生活してほしい	事例 2
		家族や兄弟の健康とがんの早期発見につながる	事例 2
		自分だけではなく娘や兄弟の健康管理に役立つ遺伝情報を伝えることがで きるから受検する	事例 2
		自分だけではなく血縁者の健康管理に役立つから受検する	事例 3
		子どもの乳がんや前立腺がんの予防、早期発見に役立つ	事例 4
		陽性だったら血縁者のがんの予防、早期発見・治療につながる	事例 6
	がんと対峙することで闘病意欲に つなげる	受検について深刻に考えず受検しようと思う	事例 3
		乳がんを治して長生きするための治療ならすべてやりたい	事例 3
	陽性となった場合の家族の生活を 案じる	またがんになると手術を受け入院するため、家族に家事や仕事の負担をかけ 迷惑をかける	事例 1
		受検によって治療が追加になり犬の世話ができないことを心配する	事例 3
		受検によって治療が追加になると、家族の生活の負担が増えることを心配 する	事例 3

表 3-3 がん患者が遺伝学的検査受検の意思決定における体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
受検の利益・不利益を判断	陽性となった場合の自分の心理的負担が大きい	結果が分かる前に陽性だとネガティブに考えないようにする	事例 2
		陽性だったときに結果にショックを受けるから受検しない	事例 6
	リスク低減手術に不安を感じる	遺伝学的検査で陽性なら異常のない臓器も取ると聞いてショックが大きい	事例 5
		必要以上に痛い目に合いたくない	事例 5
		がんが転移したわけではないのに、がんがないところまで手術するのが怖くて耐えられない	事例 5
		母が痛い思いをして切っているのになんでもないものを切ってつらい思いをしたくない	事例 5
		手術までにもう一度説明を聞いたなら、もしかしたら片方の乳房と子宮とか卵巣とか全部取るみたいな話に変わっていて以前きいた話と違い、検査を受けると返事したことを後悔する	事例 5
	血縁者にとって遺伝性を知らなくとも自分で健康管理ができる	がんの可能性を知りたいければ、子ども自身が検査を受ければよい	事例 6
		受検しなくても、子どもは前立腺がんの検診を受ければよい	事例 6
		子どもが女子ではなく、男子だから乳がんや卵巣がんの心配をしていない	事例 6
		男性の場合は前立腺がんだけ分かるなら、息子にもメリットない	事例 6
	結果を知ってもメリットはないと判断する	メリットとデメリットの両方を考え、しない方が強いから受検しないと決める	事例 6
		自分はもう乳がん患者になって両側乳房切除術をするから、もう自分のための検査のメリットはない	事例 6
受検・非受検の意思への支持	血縁者に受検の意思を支持される	息子の乳がんや前立腺がんのがん発症の確立がわかると説明し、一緒に遺伝カウンセリングを受ける	事例 4
		息子に説明用紙にて受検のことを説明したら一緒に来たいと話し同席される	事例 4
		もし陽性の時の話を聞くなら息子も一緒に聞く	事例 4
		従妹から遺伝性を知りたいと受検を後押しされる	事例 3
	配偶者に受検を後押しされる	夫から受検の意思を後押しされる	事例 3
		夫から自分が納得する選択を後押しされる	事例 3
		夫から受検について支持される	事例 4
	血縁者に非受検を後押しされる	娘は陽性だろうと陰性だろうと聞きたくないと言った医師に意見を伝える	事例 5
		娘は遺伝性を確かめることまでしなくてはいけないうのかと受検を強く嫌がる	事例 5
		結果をはっきりさせたくないという、子供の思いを汲み取る	事例 5
		血縁者や親族はあまり結果を知りたくないような感じだったから受検しない方がいいと思う	事例 6
	友人に非受検を後押しされる	夫も遺伝学的検査にメリットがないという	事例 6
		夫に説明の時に一緒に聞いてもらい説明内容を確認する	事例 6
		友人に受検について相談し支えられ感謝する	事例 5
		友人から無理して綺麗な胸を取らなくても、今元気になればよいと言われる	事例 5
	自分と家族の価値観の違いを理解する	友人から非受検の意思を後押しされる	事例 5
		子どもは自分ががんになってないから、遺伝学的検査に迷う気持ちは分からない	事例 5
	受検について情報を活用する	娘によかれと思って遺伝性かどうか教えてあげればよかったと思っていたが、娘の意見は違う	事例 5
		受検について自分でインターネットを検索して調べる	事例 3
		受検結果が陽性の時の対応について調べる	事例 3
		乳がん、遺伝子について自分でインターネットで検索して調べる	事例 3
		受検について医師からの説明用紙での説明に疑問は感じない	事例 4
		遺伝系列の情報収集を行うことで誤解を解消する	事例 4
		患者さんのためのガイドラインの受検に関する項目を読む	事例 4
受検に関する情報収集	受検について情報の不足を感じる	インターネットでは受検の体験談のような細かい情報の不足を感じる	事例 2
		乳がんに関連のある遺伝子を 2 つだけなのか全部調べないのか疑問に感じる	事例 2
		日本だけでなく海外も含め、受検に関する情報が不足している	事例 2
		受検して何がどうなるか分からない	事例 4
		受検することが必要な検査なのか分からない	事例 4

らも、自分や家族にとって最終的に利益となるか否かを天秤にかけ、周囲の意見を取り入れながら決断していた。まずは患者の家族背景や検査が提示されるまでの経緯などを把握し、患者の抱える不安や懸念を理解することが必要である。そのうえで、医療専門職が血縁者のがんを予防するという観点で価値観を押しつけて受検をすすめるのではなく、受検・非受検に関わらず、患者の意思決定を尊重するという態度を示すことが重要である。さらに、がん患者への遺伝学的検査の意思決定支援は、検査提示から意思決定までではなく、その後に至るまで必要であることが示唆された。また、意思決定に至るまでには、その期間が短期間であっても十分に検討できる情報量や、相談可能な窓口の必要性が本研究から示唆された。その際には、情報を受け入れられる精神状態にあるかを判断する必要がある。さらに、一度意思決定された後にも、遺伝情報の取り扱いや受検の意思決定に対する葛藤について各診療科および遺伝専門部門と協働し、受検の意思決定に関する長期的なフォローアップ体制が必要である。

5. 本研究の限界と今後の研究発展への展望

本研究は2施設から募った6名の乳がん患者の体験をもとにしているため、施設ががんゲノム診療拠点病院に限られていたこと、対象者の特性として非受検者の年齢が70歳以上で偏りがあったことにより、他の施設や年代では異なる体験が出る可能性がある。しかし、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の遺伝学的検査受検の意思決定に関連した体験を明らかにしたことは臨床的な意義が高い。今後、受検者への支援体制の実態調査や非受検要因による意思決定支援策を検討し、症例集積を行うことで、意思決定支援方法の検討につながると期待できる。

結 論

遺伝学的検査受検を提示されたがん患者の受検の意思決定に関する体験を明らかにすることを目的に、遺伝学的検査受検を提示された患者6名を対象に半構造化面接を行い、質的分析を行った。その結果、【遺伝情報への認識】【受検に関する情報収集】【受検費用に関する検討】【血縁者への遺伝情報共有への悩み】【受検を考える余裕のなさ】【受検の利益・不利益を判断】【受検・非受検の意思への支持】【受検する時期の判断】の8つのカテゴリーが抽出された。受検者・非受検者の両者とも遺伝情報を知ることの利益・不利益をどち

らも感じながらも、自分や家族にとって最終的に利益となるか否かを天秤にかけ、周囲の意見を取り入れながら、受検・非受検を決断していた。医療従事者は患者の揺れる精神状態を理解しながら、決断に至るに十分な情報の提供と検討時間を確保することが重要である。さらに、この意思決定後にも遺伝情報に対する不安や葛藤に対する長期的な支援が必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました対象者の皆様、対象施設関係者の皆様に心より御礼申し上げます。本論文は、石川県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものである。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文 献

- 1) 日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構：遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）診療ガイドライン，[オンライン，https://johboc.jp/guidebook_2024/]，日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構（15. 10. 2025）
- 2) 国立研究開発法人国立がん研究センター：最新がん統計，[オンライン，https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html]，がん情報サービス（2. 21. 2024）
- 3) 李怡然：【病いを予測するということーテクノロジーと予測医療】 遺伝性のがんにおけるリスクの予測と予防 起点としての遺伝学的検査に着目して，保健医療社会学論集，32(1)，34－44，2021
- 4) Heemskerk-Gerritsen BAM, Seynaeve C, van Asperen CJ, et al.:Breast cancer risk after salpingo-oophorectomy in healthy BRCA1/2 mutation carriers:revisiting the evidence for risk reduction, J Natl Cancer Inst, 107(5), 2015. doi:10.1093/jnci/djv033 (4. 11. 2023)
- 5) 厚生労働省：第6回NBDオープンデータ，[オンライン，https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00010.html]，厚生労働省（10. 15. 2025）
- 6) 厚生労働省：第8回NBDオープンデータ，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/stf/>]

- seisakunitsuite/bunya/0000177221_00010.html], 厚生労働省 (10. 15. 2025)
- 7) National Comprehensive Cancer Network®: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) (NCCN腫瘍学臨床診療ガイドライン)「乳癌および卵巣癌における遺伝学的/家族性リスク評価」2019 年第 3 版, [オンライン, https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/gynecological/japanese/genetic_familial.pdf], National Comprehensive Cancer Network® (4. 11. 2023)
- 8) Scott DM: Breast Cancer Screening: An Overview of Risk-specific Screening and Risk Assessment, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 65(3), 482–493, 2022
- 9) 櫻井綾乃, 菅原ますみ, 後藤景子, 他: 保険収載後にBRCA1/2 遺伝子検査を考慮した乳癌患者における遺伝学的検査の受検に関する実態調査, *遺伝性腫瘍*, 23(3), 74–83, 2023
- 10) 新川裕美, 金子景香, 幅野愛理: HBOC未発症変異保持者の乳がん検診とサポート体制 当院でのがん未発症BRCA1/2 病的バリエント保持者への対応経験とこれからの課題, *日本乳癌検診学会誌*, 31(2), 163–170, 2022
- 11) 西山康之, 西村令喜, 大佐古智文: 遺伝学的検査結果開示に関し意思決定が困難であったBRCA 2 変異陽性乳癌の一例, *日本臨床外科学会会議誌*, 79(9), 1820–1824, 2018
- 12) 大川恵, 大坂和可子: BRCA病的バリエントを有する女性の乳房および卵巣の健康管理方法選択のためのディシジョンエイドの作成と当事者による内容適切性評価, *遺伝性腫瘍*, 22(1), 9–16, 2022
- 13) Hsieh HF, Shannon SE: Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277–88, 2005
- 14) Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, et al.: Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness, *SAGE open*, 1–10, 2014. doi:10.1177/2158244014522633 (4. 11. 2023)
- 15) Augestad MT, Høberg-Vetti H, Bjorvatn C, et al.: Identifying Needs: a Qualitative Study of women's Experiences Regarding Rapid Genetic Testing for Hereditary Breast and Ovarian Cancer in the DNA BONus Study. *J Genet Couns*, 26(1), 182–189, 2017

Research Report

Ward Nurses' Practices in Discharge Support and Decision-Making Support for Older Adults with Dementia

Takao Kondo, Fumiya Oohashi, Junko Nakamichi

Ishikawa Prefectural Nursing University

Key words

older adults with dementia, decision-making support, discharge support

Abstract

【Aim】 As the population ages, the prevalence of dementia is increasing, posing significant challenges for healthcare systems in supporting the autonomy and decision-making of older adults with dementia. At the time of discharge from healthcare facilities, patients must make decisions that directly affect their daily lives. However, inadequate interprofessional collaboration and the predominance of family-driven decision-making often hinder appropriate support. This study aimed to clarify the current practices of ward nurses in providing discharge and decision-making support for older adults with dementia.

【Methods】 A self-administered, cross-sectional survey was conducted among ward nurses at two hospitals to assess their practices and perceptions regarding discharge and decision-making support for older adults with dementia.

【Results】 Responses were obtained from 60 ward nurses (valid response rate: 55.5%). The results showed that more than half of the nurses routinely collaborated with other professionals and interpreted non-verbal cues to support discharge. However, 70% reported difficulty respecting the wishes of older adults with dementia, and fewer than 20% routinely provided repeated explanations or reconfirmed patients' intentions.

【Conclusion】 These findings indicate that nurses should go beyond simply eliciting discharge preferences and instead adopt multidimensional approaches to explore and support the values and intentions of older adults with dementia, including interprofessional collaboration, and systematic processes to support ongoing advance care planning.

Introduction

As the population of older adults increases, the prevalence of dementia also rises, intensifying the ethical, legal, and clinical challenges associated with decision-making support¹⁾. Globally, supporting the autonomy of individuals with dementia is a key priority in clinical practice^{2) 3)}.

Evidence shows that individuals with mild to moderate dementia can maintain decision-making capacity when given appropriate support⁴⁾. Many individuals retain the ability to make meaningful decisions when support is tailored to their needs, even as cognitive decline progresses²⁾. Legally and ethically, there is a growing shift toward supported decision-making rather than substitute decision-making models, such as guardianship⁵⁾. Advance care planning (ACP) is also essential in dementia care. ACP is a communication process that adapts to changes in decision-making capacity and should be implemented continuously with family involvement⁶⁾. While these trends are evident internationally, in Japan, there is increased emphasis on respecting the preferences of older adults with dementia and maintaining ongoing dialogue to support their decision-making.

Despite global progress, significant challenges remain in hospital discharge support settings. Discharge support involves critical decision-making about living environments and care-service use, and gaps in information delivery can lead to adverse outcomes⁷⁾. For older adults with dementia, cognitive decline further complicates these decisions, making it difficult to determine patient wishes, often leading to a focus on family decision-making. Effective communication, inter-professional collaboration, and systematic processes are essential to ensure that the values and intentions of older adults with dementia are respected during discharge planning.

A qualitative study conducted in the United Kingdom found that hospital staff, patients, and families identified several barriers to decision-making support, including inadequate communication, rigid institutional policies, and poor coordination⁸⁾. Ward nurses, who know patients' daily functioning and health status, are well-posi-

tioned to provide patient-centered decision-making support based on relational understanding. However, empirical evidence on how ward nurses practice decision-making support and ACP in discharge support contexts remains limited.

This study, therefore, aimed to clarify the current practices of ward nurses in discharge and decision-making support for older adults with dementia from three perspectives: 1) current practices in discharge support, 2) perceived difficulties in providing nursing care to older adults with dementia, and 3) current practices in supporting decision-making regarding discharge destinations among older adults with dementia.

By focusing on ward nurses' perspectives and practices, this study addresses the lack of empirical evidence on how decision-making support and ACP are implemented in discharge settings for older adults with dementia.

Research Method

1. Study Design

The study employed a cross-sectional survey design using a self-reported questionnaire.

2. Study Participants

The inclusion criteria comprised ward nurses who are routinely involved in inpatient care and discharge support for older adults with dementia. The exclusion criteria included nurses in managerial positions (e.g., head nurses), those with professional roles that differ from those of ward nurses, and nurses working in outpatient departments. To recruit participants who met these criteria, we requested cooperation from two medical institutions located within the same medical service area. These institutions provide acute and recovery care, have community-based integrated care wards, and conduct discharge support through interprofessional collaboration with home medical and long-term care services. We contacted 108 ward nurses who met the inclusion criteria in Hospitals A and B, and we distributed the questionnaires to all eligible nurses.

Hospital A is the only public hospital in a city with a population of 30,000 and an aging rate of 37%. It has 53 acute-care beds, 53 medical long-term care beds, and 53 community-based inte-

grated care beds.

Hospital B is a public hospital in a city with a population of 30,000 and an aging rate of 25%. It has 60 acute-care beds and 10 community-based integrated care beds. Both hospitals are designated as secondary emergency care facilities and also function as home care support hospitals.

3. Study Period

The study was conducted from September 1, 2024, to October 31, 2024.

4. Study Methods

An anonymous, self-administered questionnaire was distributed to ward nurses responsible for discharge support at both hospitals.

The questionnaire comprised four components: 1) participant characteristics, 2) current practices in discharge support, 3) perceived difficulties in providing nursing care to older adults with dementia, and 4) current practices in supporting decision-making regarding discharge destinations among older adults with dementia.

1) Participant characteristics were assessed to understand respondents' backgrounds and included age group, gender, years of nursing experience, whether respondents had a family member with dementia, and whether they had experience providing home care for a person with dementia.

2) Current practices in discharge support were assessed using three items: (1) nurses' perceptions of the difficulty of respecting patients' wishes in discharge support for older adults, (2) nurses' perceptions of the difficulty of respecting patients' wishes in discharge support for older adults with dementia, and (3) nurses' responses when patients' and families' preferences for discharge destinations differed.

3) Regarding perceived difficulties in providing nursing care to older adults with dementia, two items were examined to identify factors that may complicate the implementation of discharge support that respects the wishes of older adults with dementia. The two items in this study addressed (1) factors that could make it difficult to provide discharge support that respects the wishes of older adults with dementia, and (2) background factors perceived to lead to the pri-

oritization of family decision-making when respondents agreed with the statement, "In the context of dementia care, there is a cultural tendency to give greater weight to the family's decisions." These items were originally developed based on descriptions of the decision-making process outlined in the Ministry of Health, Labour and Welfare's 2018 Guidelines for Decision-Making Support for People with Dementia¹⁰⁾, following discussions among the researchers.

The "Measurement Scale to Assess the Feeling of Difficulty in Nursing Care for Older Patients with Dementia in Acute Care Hospitals," developed by Tabata et al⁹⁾ (hereinafter referred to as the Difficulty Scale), was used to assess the degree of difficulty experienced in nursing practice. This scale consists of 22 items grouped into seven factors, including domains such as "difficulty in responding to core symptoms" and "difficulty in responding to behavioral and psychological symptoms." Each item is rated on a four-point Likert scale (1 = do not agree, 4 = strongly agree), with higher scores indicating greater perceived difficulty.

4) Current practices in supporting decision-making regarding discharge destinations were examined using 13 original items developed to assess practices such as repeatedly confirming patients' wishes and providing support through interprofessional collaboration. These items were developed based on the Ministry of Health, Labour and Welfare's 2018 Guidelines for Decision-Making Support in Daily and Social Life for Persons with Dementia¹⁰⁾, particularly the section on ensuring an appropriate decision-making process. The 13 items measured the extent of decision-making support, such as whether patients' wishes were repeatedly reconfirmed and whether interprofessional collaboration occurred. The 13-item questionnaire was developed through a collaborative process involving multiple researchers. First, draft items representing ward nurses' practices were generated with reference to the guideline content. Next, researchers with expertise in dementia nursing reviewed the items for content relevance and clarity. The

items were then refined and revised to ensure consistency with the study objectives.

5. Methods of Analysis

Descriptive statistics were conducted using IBM SPSS Statistics, Version 29. For the Difficulty Scale, mean scores and standard deviations were calculated for each subscale and for all 22 items.

6. Ethical Considerations

Nursing directors at both hospitals distributed explanatory documents and questionnaires to potential participants.

The study information sheet described the study's purpose, procedures, voluntary participation, data security, information management, and dissemination plans. Consent was implied by the return of completed questionnaires. Ethical approval was granted by the Ethics Committee of Ishikawa Prefectural Nursing University (Kan Dai 2024-68-2).

Results

1. Participant Attributes

Of the 108 questionnaires distributed, 60 were

returned with informed written consent, yielding a valid response rate of 55.5%.

Table 1 presents the participants' attributes. Among the respondents, 53 (88.3%) were women. The largest age group was participants in their 40s (n=24; 40.0%). The most common category for years of nursing experience was 21 years or more (n=27; 45.0%). Thirty-four participants (57.6%) reported having no family members with dementia, and 47 (78.3%) reported no experience providing home care for a person with dementia.

2. Current Practices in Discharge Support

The results for two items related to the difficulty of respecting patients' wishes in discharge support, (1) for older adults and (2) for older adults with dementia, are shown in Figure 1. The results for item (3), which pertains to nurses' responses when patients' and families' preferences differ, are shown in Figure 2. Among the respondents, 40.0% considered supporting patient wishes "difficult" when caring for older adults. This percentage increased to 70.0% when caring for older adults with dementia (Figure 1).

When discrepancies occurred between patients' and families' preferences for discharge destinations, the most common response was selected by 47 respondents (78.3%). This response indicated that although patients' wishes were reconfirmed, the final decision often reflected the family's wishes (Figure 2). The second most common response (10%) indicated that family wishes were followed without confirming the patient's intentions.

3. Perceived Difficulties in Providing Nursing Care to Older Adults with Dementia

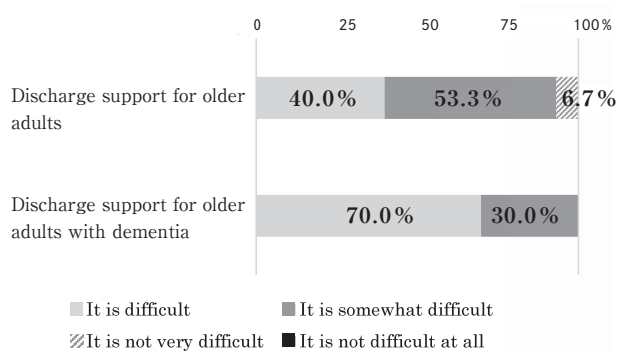


Figure 1 Ward nurses' perceptions of discharge support

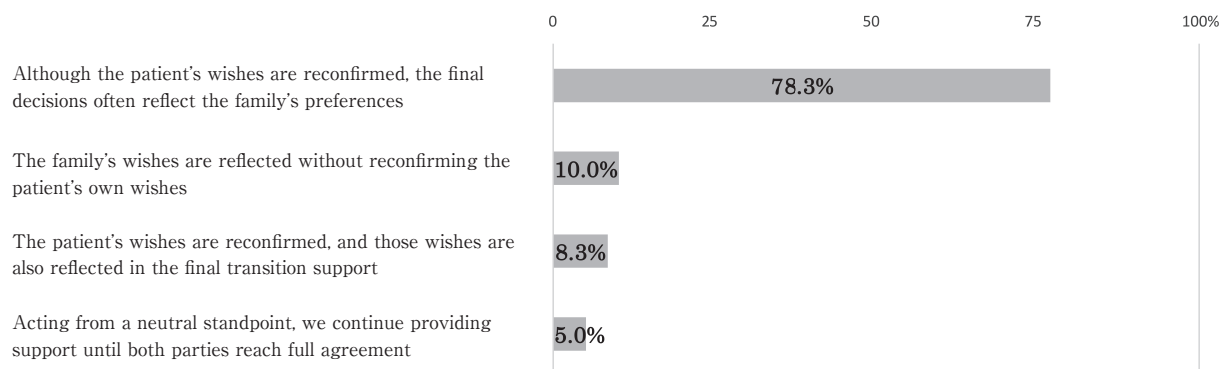


Figure 2 Responses when patients' and families' preferred discharge destinations differ

Table 2 presents the results outlining why providing discharge support that respects the wishes of patients (older adults with dementia) can be difficult. Table 3 presents the results for factors contributing to prioritizing family preferences in patients with dementia.

Among the factors perceived as barriers to providing discharge support that respects the wishes of older adults with dementia, the most commonly reported factor was that cognitive decline made it difficult to accurately determine patients' wishes, as indicated by 42 respondents (70.0%). The second most common reason, reported by 33 respondents (55.0%), was a prevailing tendency to prioritize family decision-making

in dementia care (Table 2).

Considering the reasons underlying the perception that family decision-making tends to be prioritized for patients with dementia, 75.7% of respondents reported that this was because patients with dementia were perceived as unable to make decisions and, therefore, that decision-making should be entrusted to the family (Table 3).

Table 4 presents the mean values and standard deviations for each of the seven subscales of the Difficulty Scale related to perceived difficulties in caring for older adults with dementia.

Among the seven subscales, [Managing conflicts that arise in the course of providing de-

Table 1 Participant attributes

		n=60	
Item		n	%
Gender	Male	7	11.7
	Female	53	88.3
Age	20s	8	13.3
	30s	11	18.3
	40s	24	40.0
	50s	14	23.4
	60s or older	3	5.0
Years of nursing experience	1-3 years	3	5.0
	4-10 years	15	25.0
	11-20 years	15	25.0
	21 years or more	27	45.0
Presence of family or relatives with dementia	Yes	25	41.7
	No	35	58.3
Presence or absence of caregiving experience for patients with dementia receiving home-based care	Yes	13	21.7
	No	47	78.3

Table 2 Reasons why it is difficult to provide discharge support that respects the wishes of the patient (older adult with dementia) (multiple responses allowed)

Item	n	%
Because of cognitive impairment, it is difficult to accurately ascertain the patient's intentions	42	70.0
Because, in the context of dementia care, there is a cultural tendency to give greater weight to the family's decisions	33	55.0
Because levels of understanding and awareness regarding patients with dementia vary among the healthcare professionals and staff at the facility	20	33.3
Because opportunities for decision-making support are limited	12	20.0
Because time constraints make it difficult to spend sufficient time having in-depth conversations with the patient	1	1.6

Table 3 Factors contributing to prioritizing family preferences in patients with dementia (multiple responses allowed)

Item	n=33	
	n	%
Because the patient with dementia is unable to make decisions, the decision must be entrusted to the family	25	75.7
Because family preferences are more readily reflected in real-life situations	12	36.3
Because it is easier to proceed with discussions with family members	7	21.2
Because the family holds the primary decision-making authority within family relationships	4	12.1
Others	3	9.0

Table 4 Scores on the difficulty-of-care scale

Factor	n=60	
	Mean	Standard Deviation
Understanding dementia-specific pathophysiology and responding to its symptoms	3.0	± 0.6
Managing the impact of fluctuating dementia symptoms on those around the patient	3.0	± 0.6
Collaborating with the physicians responsible for the physical care of older adults with dementia	2.8	± 0.7
Providing individualized, person-centered nursing care for older adults with dementia, despite time constraints	2.8	± 0.7
Managing negative emotions that arise from working with older adults with dementia	2.6	± 0.8
Providing comprehensive clinical judgment that includes any acute conditions coexisting in older adults with dementia	2.9	± 0.6
Managing conflicts that arise in the course of providing dementia nursing care	3.2	± 0.6

mentia nursing care] had the highest mean score (3.2 ± 0.6), followed by [Understanding dementia-specific pathophysiology and responding to its symptoms] (3.0 ± 0.6). The lowest mean score was observed for [Managing negative emotions that arise from working with older adults with dementia] (2.6 ± 0.8).

4. Current Practices in Supporting Decision-Making Regarding Discharge Destinations Among Older Adults With Dementia

The results pertaining to current practices in supporting decision-making regarding discharge destinations among older adults with dementia are presented in Figure 3 and Table 5.

Figure 3 presents survey results on decision-making support for housing selection among older adults with dementia. For the items “The overall situation can be understood through coordinated interprofessional teamwork” and “The

patient’s intentions are also interpreted through non-verbal communication,” more than half of the respondents reported that they were “almost always practicing these behaviors, either consciously or unconsciously.”

Fewer than 10% of respondents reported engaging in ACP before symptom progression. Twenty-two respondents (37.3%) indicated they were “aware of the need but unable to implement it,” while 18 respondents (30.5%) stated that they had “never been aware of it and had not implemented it.” Fewer than 20% reported implementing practices such as repeatedly providing explanations or reconfirming perceived intentions either “routinely without particular awareness” or “almost consistently with conscious awareness.”

Regarding interprofessional collaboration in discharge support, ward nurses most frequently

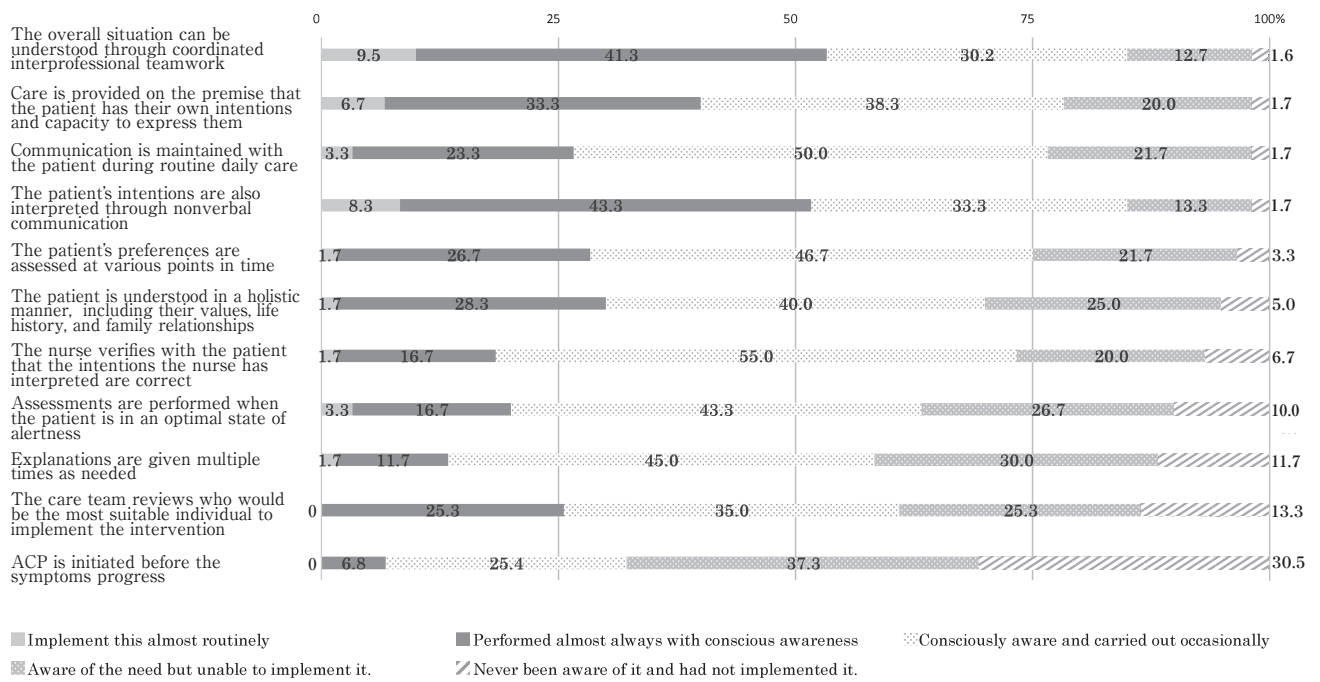


Figure 3 Current practices in supporting decision-making regarding discharge destinations among older adults with dementia

Table 5 Interprofessional collaboration in discharge support (multiple responses allowed)

Item	n=60	
	n	%
Professions that nurses find easy to collaborate with		
Physicians	14	23.3
Pharmacists	19	26.6
Dietitians	20	66.6
Social workers	49	81.6
Care managers	7	11.6
Physical therapists and occupational therapists	39	65.0
Others	3	5.0
Professions that nurses find difficult to collaborate with		
Physicians	29	48.3
Pharmacists	16	26.6
Dietitians	4	6.6
Social workers	0	0
Care managers	7	11.6
Physical therapists and occupational therapists	2	3.3
Others	2	3.3

identified social workers as the profession with whom collaboration was easiest (81.6%). In contrast, physicians were identified as the profession with whom collaboration was most difficult by 48.3% of respondents (Table 5).

Discussion

This study clarified ward nurses' practices in providing discharge and decision-making support for older adults with dementia.

The findings indicated that nurses collaborated with multiple professions to understand pa-

tients' overall conditions and to interpret patients' intentions through non-verbal cues. However, nurses reported difficulties in repeatedly providing explanations or confirming whether inferred intentions accurately reflected patients' own decisions. The study's novelty lies in its quantitative visualization of these practices from the perspective of ward nurses.

1. Ward nurses' practices in discharge support and decision-making support for older adults with dementia.

Nurses reported difficulty identifying the true intentions of older adults with dementia because of cognitive decline. This finding aligns with previous reports that dementia limits individuals' ability to express preferences and values¹¹⁾ and is consistent with international recognition of the complexity involved in providing decision-making support in dementia care.

Regarding the actual practices of ward nurses in discharge support, 70% of nurses reported difficulty respecting the wishes of older adults with dementia, providing quantitative support for previous findings. In Japan, cultural norms often result in family preferences taking precedence over patients' wishes, leading to family-driven decision-making. Prior research has shown that families do not always accurately represent patients' values¹²⁾, and similar patterns were observed in this study.

Regarding current practices in supporting decision-making pertaining to discharge destinations for the target population, the results indicated that fewer than 10% of respondents initiated ACP before symptom progression. Despite international emphasis on early and ongoing ACP^{13) 14)}, these practices were not adequately implemented in clinical settings.

Nurses paid attention to non-verbal expressions of intent and collaborated with other professionals to understand patients holistically. However, the processes for confirming whether decisions accurately reflected patients' intentions were inadequate. As assessing non-verbal cues is crucial¹⁵⁾, interventions are needed to strengthen nurses' ability to evaluate patients' expressive capacities and support their decision-

making.

Regarding perceived difficulties in nursing care for older adults with dementia, the factor with the highest mean score among the seven factors was "Managing conflicts that arise in the course of providing dementia nursing care," with a mean score of 3.2 ± 0.6 , indicating that nurses are facing ethical dilemmas. Prior research also reported that decision-making support involves ethical burden¹⁶⁾, and this study specifically demonstrated this challenge.

Overall, these findings indicate that nurses' roles should go beyond collecting information on preferred discharge destinations. Nurses should consider values from multiple perspectives and establish processes that support intention formation. Support systems should help nurses interpret values from various sources, such as non-verbal responses, daily behaviors, life history, and past preferences. Although expressing preferences becomes more challenging in dementia, previous research has shown that assessing non-verbal signals is essential for understanding individuals' intentions¹⁵⁾. To help nurses systematically capture these cues, education and training should be improved, including standardized approaches to observation and documentation.

Our findings show that fewer than 10% of nurses engaged in ACP before symptom progression, highlighting the need for structured ACP processes and regular training in communication and decision-support tools. To ensure families can effectively serve as surrogate decision-makers, opportunities should be provided for them to share the values of older adults with dementia, which helps minimize decisions based on family assumptions or concerns. Nurses should consider family burden and conflict and collaborate with other professionals to provide psychological support. These interventions are expected to improve the quality of value-based decision-making and to reduce nurses' practice-related challenges and ethical conflicts.

A key strength of this study is its quantitative approach to visualizing ward nurses' practices in discharge and decision-making support, which provides empirical data previously lacking in the

literature. While these findings offer valuable insights into current nursing practices, the limitations of this study should also be carefully considered.

2. Study Limitations and Future Directions

As this study included only two facilities, the findings may reflect biases related to differences in organizational culture or interprofessional collaboration structures. Additionally, participants may have comprised those who were more willing to participate, which could have led to underestimation or overestimation of the actual situation.

Future research should develop and assess educational programs to improve nurses' competencies in decision-making support. Interventions that promote ACP, including interview guides, decision-support tools, and communication training, may be valuable¹³⁾.

Given the cultural tendency toward family-driven decision-making, frameworks that support collaborative decision-making between older adults with dementia and their families are important. In addition, organizational structures that strengthen interprofessional collaboration, along with electronic systems that facilitate ACP documentation and ongoing review, may help improve practice quality.

Conclusion

This study examined how ward nurses provide discharge and decision-making support for older adults with dementia. Although nurses collaborated with multiple professions to understand patients holistically and to interpret intentions through non-verbal information, the processes for consistently confirming patients' intentions and establishing systems that support ongoing ACP were insufficient.

Among the participants, 70% reported difficulty respecting the wishes of older adults with dementia, while fewer than 20% routinely provided repeated explanations or reconfirmed patients' intentions. The most common barriers were cognitive decline, which made it difficult to determine patients' wishes (70%), and a tendency to prioritize family decision-making (55%).

These findings indicate that nurses should go beyond collecting information on discharge preferences and instead examine patients' values from multiple perspectives while developing processes that support patients in forming their intentions. To address these challenges, enhanced education and training for nurses in interpreting non-verbal cues and implementing ACP, together with the development of systematic processes for ongoing ACP, are needed. Strengthening interprofessional collaboration and providing structured opportunities for families to share and understand the values of older adults with dementia are recommended. This study was limited to two facilities, which may affect the generalizability of the findings. Future research should focus on developing and evaluating educational programs and interventions that promote ACP and collaborative decision-making across diverse clinical settings.

Acknowledgments

We express our sincere appreciation to all ward nurses and nursing department members who contributed to this study. We also thank Ms. Akari Takeda and Ms. Nodoka Kubo for their valuable cooperation.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have influenced the work reported in this paper.

References

- 1) Alzheimer Europe: Legal Capacity and Decision Making: The Ethical Implications of Lack of Legal Capacity on the Lives of People with Dementia (Report), [On-line, <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-11/Final%20report%20on%20legal%20capacity%20and%20decision%20making%202020.pdf>], Alzheimer Europe (9. 30. 2025)
- 2) Van der Steen JT, Nakanishi M, Van den Block L, et al.: European Association for Palliative Care (EAPC). Consensus definition of ad-

- vance care planning in dementia: A 33-country Delphi study, *Alzheimer's & Dementia*, 20(2), 1309–1320, 2024. doi: 10.1002/alz.13526
- 3) Nishimura M, Harrison DK, Sampson EL, et al.: A palliative care goals model for people with dementia and their family: Consensus achieved in an international Delphi study. *Palliative Medicine*, Advance online publication, 38(4), 457–470, 2024. doi:10.1177/02692163241234579
 - 4) Largent EA, Peterson A, Karlawish J: Supported decision making: Facilitating the self-determination of persons living with Alzheimer's and related diseases, *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(11), 3566–3573, 2023. doi:10.1111/jgs.18596
 - 5) Smeby KL, Kirkevold M, Engedal K: How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study, *BMC Health Services Research*, 12, 241, 2012. doi:10.1186/1472-6963-12-241
 - 6) Florack J, Abele C, Baisch S, et al.: Project DECIDE, Part II: decision-making places for people with dementia in Alzheimer's disease: supporting advance decision-making by improving person-environment fit, *BMC Medical Ethics*, 24(1), 26, 2023. doi:10.1186/s12910-023-00905-0
 - 7) Block L, Hovanec M: Gilmore-Bykovskyi AL: Written discharge communication of diagnostic and decision-making information for persons living with dementia during hospital to skilled nursing facility transitions, *Geriatric Nursing*, 45, 215–222, 2022. doi:10.1016/j.gerinurse.2022.04.010
 - 8) Duah-Owusu White M, Kelly F, Vassallo M, et al.: Understanding the hospital discharge planning process for medical patients with dementia, *Contemporary Nurse*, 59(4–5), 323–333, 2023. doi: 10.1080/10376178.2023.2266530
 - 9) Tabata M, Komatsu M: Development of a Measurement Scale to Assess the Feeling of Difficulty in Nursing Care for Older Patients with Dementia in Acute-care Hospitals [in Japanese], *Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing*, 26(1), 59–68, 2021
 - 10) Ministry of Health, Labour and Welfare: Guidelines for Decision-Making Support in Daily and Social Life for Persons with Dementia, [On-line, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>], Ministry of Health, Labour and Welfare (5. 1. 2023)
 - 11) Fetherstonhaugh D, Tarzia L, Nay R: Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia, *Journal of Aging Studies*, 27(2), 143–150, 2013. doi: 10.1016/j.jaging.2012.12.007
 - 12) Helene Mortensen A, Naden D, Karterud D, et al.: A qualitative study of family members' perspectives regarding decision-making for nursing home residents' care, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 19(1), 2370545, 2024. doi:10.1080/17482631.2024.2370545 (11. 3. 2025)
 - 13) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al.: Definition and recommendations for advance care planning: An international consensus supported by the European Association for Palliative Care, *The Lancet Oncology*, 18(9), e543–e551, 2017. doi:10.1016/S1470-2045(17)30582-X
 - 14) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel, *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821–832, 2017. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
 - 15) Staehler M, Benson C, Block L, et al.: Verbal and Nonverbal Expressions of Persons Living with Dementia as Indicators of Person-Centered Caregiving, *The Gerontologist*, 62(9), 1299–1310, 2022. doi:10.1093/geront/gnac012
 - 16) Smeby KL, Kirkevold M, Engedal K: Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: A qualitative, hermeneutic study, *BMC Health Services Research*, 16, 21, 2016. doi:10.1186/s12913-015-1217-1 (11. 3. 2025)

病棟看護師による認知症高齢者の退院支援と意思決定支援の実践状況

近藤 考朗, 大橋 史弥, 中道 淳子

石川県立看護大学

キーワード

認知症高齢者, 意思決定支援, 退院支援

要 旨

- 【目的】 高齢化の進行により認知症高齢者が増加する中、退院時の意思決定支援は重要な課題となっている。退院時には意思決定が求められるが、家族主導の意思決定が適切な支援の妨げとなっている。本研究は、認知症高齢者に対する退院・意思決定支援において、病棟看護師が行っている実践の現状を明らかにすることを目的とした。
- 【方法】 2病院に勤務する病棟看護師を対象に、認知症高齢者への退院・意思決定支援に関する実践状況および認識について、自己記入式質問紙による横断調査を実施した。
- 【結果】 60名から有効回答を得た（55.5%）。半数以上の者が多職種と協働し、非言語的サインを手がかりに支援していると回答した。一方、約70%の者が本人の意思尊重に困難を感じており、説明の反復や意向の再確認を行っている者は20%未満であった。
- 【結論】 病棟看護師は単に退院先の希望を聞き取るだけでなく、認知症高齢者の価値観や意向を多角的に探索し支援する必要があることが示唆された。そのためには、専門職間連携の促進、そして継続的なアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を可能とする体制づくりが求められる。

研究報告

血液透析患者におけるかゆみの実態と性別・年齢による傾向 — 5-D Itch Scale日本語版を用いた 日常生活への影響の横断的分析—

Actual conditions of pruritus in hemodialysis patients and trends by sex and age : A cross-sectional analysis of Impact on Daily Life using the Japanese version of the 5-D Itch Scale

中山 和美

Kazumi Nakayama

関西国際大学保健医療学部看護学科

Kansai University of International Studies, Faculty of Health and Medical Sciences, Department of Nursing

キーワード

血液透析, かゆみ, 実態調査, 性別・年齢, Japanese Version of the 5-D Itch Scale

Key words

hemodialysis, itching, fact-finding survey, sex and age, 5-D Itch Scale Japanese Version

要 旨

本研究は、血液透析患者のかゆみの実態を把握し、性別および年齢による傾向を明らかにすることを目的として、5-D Itch Scale日本語版を用いた横断的調査を実施した。関西地区の2施設において、週3回の外来血液透析を受ける患者54名を対象に自記式質問紙を配布・回収し、「かゆみの持続」、「かゆみの程度」、「かゆみの傾向」、「かゆみによる悪影響」（「睡眠」、「余暇・社会的活動」、「家事・雑用」、「仕事・学業」）、「かゆみの分布」について分析した。結果、本研究においても研究参加者の24.1%がかゆみなしと回答していたことから70%以上の血液透析患者がかゆみを自覚していた。特に背中（46.3%）、前腕（31.5%）、すね（25.9%）など乾燥や摩擦の影響を受けやすい部位に多かった。性別と総スコアに有意差は認められなかったが、「仕事・学業」への影響において男性が高い傾向を示し、有意な差が認められた（ $p=0.049$ ）。年齢と「かゆみの程度」に関しては、統計的有意差はなかったものの、有意水準.10において差の傾向がみられ、特に60歳代でやや高い傾向が認められた。

かゆみの部位別・性別の特徴を踏まえた看護アセスメントの検討に資する基礎的知見を提供する。

連絡先：中山 和美

関西国際大学 保健医療学部看護学科

〒673-0521 兵庫県三木市志染町青山1-18

はじめに

日本透析医学会は、2015年の統計調査において、老年期の透析患者の増加および透析歴10年以上の患者（27.5%）の増加を報告している¹⁾。透析患者の高齢化および透析治療の長期化は、腎性骨症、異所性石灰化、腎性貧血、透析アミロイドーシスなどの合併症の発症リスクを高めることが知られている。これらの病態に伴い全身のかゆみが生じやすくなるとされており、特にかゆみは血液透析患者のQuality of Life (QOL) を低下させる重要な問題である²⁾。

国際的な調査では、日本を含む12カ国において40%以上の血液透析患者がかゆみを自覚していたと報告されている³⁾。日本国内でも、新潟県内41施設での調査において72.9%、東海地区17施設における調査では66.9%の血液透析患者がかゆみを訴えており、夜間の睡眠障害や日中の活動低下を招き、QOLに影響していることが明らかにされている^{4) 5)}。

血液透析患者のかゆみに対する治療においては、ナルフラフィン塩酸塩が中枢性のかゆみに有効であることが示されている^{5) 6)}。看護介入としては、皮膚の乾燥に起因する末梢性のかゆみに対し、ベビーオイル塗布が有効であると報告されている⁷⁾。

かゆみ介入研究の評価指標としては、VAS (Visual Analog Scale、以下VAS)^{5) 8)}、白取の重症度基準^{5) 8)}、ISS (Itching Severity Scale、以下ISS)⁷⁾などが用いられている。これらの中でも、VASは最も広く使用されており、痛みだけでなく、かゆみなど多様な症状評価に臨床的に活用されている。

しかし、VASは直線上に印をつける単純な形式であるため、繰り返し使用することで患者が前回の回答位置を想起し、それに合わせて回答してしまう記憶バイアスが生じる可能性が指摘されている。また、症状の微細な変化が反映されにくく、回答が固定化するという問題も報告されている^{9) 10)}。このことから、かゆみをVASのみで表現するには限界があるといえる。実際、看護介入研究では、かゆみが生活に及ぼす影響を把握するため、最新修正版ISSやSF-36生活の質尺度を併用している例がみられる⁷⁾。すなわち、かゆみの多面的側面を包括的に捉える単一の尺度が存在しなかったため、研究では複数の評価指標を用いて測定する必要があった。

5-D itch scaleは、2009年に米国のElmanが開発した、かゆみを多面的に評価する尺度である。

本研究では、この尺度を江畑による日本語版（5-D Itch Scale 日本語版）を使用して調査を行った。

5-D Itch Scaleは、「かゆみの持続」「かゆみの程度」「かゆみの傾向」「かゆみによる悪影響」「かゆみの分布」の5項目から構成され、VASでは表現しきれないかゆみの多面的側面を包括的かつ構造的に評価できる。信頼性と妥当性はElmanらにより検証されており¹⁰⁾、国際的にも利用が広がっている。日本では江畑らが成人アトピー性皮膚炎患者を対象に内的整合性と信頼性を報告している¹¹⁾。さらに、血液透析患者を対象とした研究でも、内的整合性および構成概念妥当性が報告されており¹⁰⁾、血液透析患者のかゆみ評価においても一定の信頼性が示されている。

しかし、国内の血液透析患者を対象とした5-D Itch Scaleの報告は少なく、性別や年齢によるかゆみの傾向分析も十分におこなわれていない。血液透析患者のかゆみは、加齢に伴う皮膚バリア機能の低下や性差に関連する皮脂量・水分保持能の違いが影響する可能性があることから、個別性に応じた看護援助を構築するには、年齢や性別に着目した傾向分析が重要である。また、多面的評価尺度である5-D Itch Scaleを用いることで、かゆみが生活に与える影響を包括的に把握でき、QOL向上を目指した看護実践に資する知見をもたらすと考えられる。

本研究で用いたデータの一部は既報¹²⁾においてかゆみスケールの信頼性の視点から報告されているが、日常生活への影響に焦点を当てた分析はおこなわれていない。本研究は、日常生活への影響を明らかにする点に独自性がある。また、本研究データは約10年前に収集されたものであるが、近年増加している高齢血液透析患者における皮膚症状の課題を再検討する上で有用な資料と位置づけられ、改めて分析を行う意義があると判断した。

本研究では、「5-D Itch Scale 日本語版」を用いて血液透析患者のかゆみの実態を明らかにするとともに、性別および年齢による傾向を横断的に分析することを目的とする。また、本研究から得られる結果を基に、年齢層や性別ごとのかゆみの傾向を把握し、今後の看護介入の検討に向けた基礎資料とする。

研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙法による横断の実態調査

2. 対象者

関西地区の外来血液透析治療を行っているクリニック 2 施設で実施した。研究対象者の選定基準は外来血液透析を週 3 回受けている者、血液透析歴 1 年以上の者で、研究に同意が得られた者とした。また、除外基準は認知症、精神疾患により自ら判断し記載することが困難である者とした。

3. データ収集期間

2016年9月29日～2016年12月24日

4. 調査方法

5-D Itch Scale日本語版を用いた。

5. データ収集方法

血液透析後に無記名自記式質問紙を研究者が配布し、その場で記載していただき回収した。

6. 調査内容

1) 基本属性

本研究は、血液透析患者におけるかゆみの性差および年齢差を記述的に把握することを目的としており、調査項目は年齢および性別とした。

2) 血液透析のかゆみのアンケート「5-D itch scale日本語版」

本研究で使用した「5-D Itch Scale日本語版」は、翻訳者である江畑俊哉氏より事前に使用承諾を得たうえで使用した。

各項目（「かゆみの持続」「かゆみの程度」「かゆみの傾向」「かゆみによる悪影響」「かゆみの分布」）は 5 件法で回答を求め、その得点を合算して総スコアを算出した。

7. 分析方法

1) 基本属性

基本統計を用いて単純集計をおこなった。

2) 血液透析のかゆみのアンケート「5-D Itch Scale日本語版」

総スコアは性別および年代との関連を検討するため、Mann-Whitney U検定およびKruskal-Wallis検定で分析した。

3) 性別とかゆみ

性別と各項目（「かゆみの持続」「かゆみの程度」「かゆみの傾向」「かゆみによる悪影響」「かゆみの分布」）との関係はMann-Whitney U検定で分析した。

4) 年齢とかゆみ

年齢群と各項目（「かゆみの持続」「かゆみの程度」「かゆみの傾向」「かゆみによる悪影響」「かゆみの分布」）との関係はKruskal-Wallis検定で分析した。

統計解析はSPSS Statistics Version29で実施し、有意水準は.05とし、有意水準.10を傾向とした。

8. 倫理的配慮

本研究についての文書を用いて口頭で説明をし、また本研究への協力は医療機関との関連はなく自由意思であることを説明した。研究同意書への署名により本研究に対する同意とした。関西看護医療大学の倫理委員会（承認番号62）において承認後に調査を行なった。

結 果

研究対象条件を満たす血液透析患者のうち研究参加に同意を得た64名にアンケート調査を実施した。回答漏れを除外し、54名（有効回答率84.3%）を分析対象とした。基本属性を表1に示す。「5-D Itch Scale日本語版」の各項目の回答分布は表3に示す。なお、表3では各選択肢を選んだ対象者数（n）を示した。

1. 基本属性（表1）

研究参加者の性別は、女性14名、男性40名であった。

表1 基本属性

n=54

属性 性別	区分			
	男性		女性	
	n	%	n	%
対象者	40	74.1	14	25.9
40歳代	3	5.5	1	1.9
50歳代	5	9.3	2	3.7
60歳代	13	24.1	3	5.5
70歳代	12	22.2	5	9.3
80歳代	7	13.0	3	5.5

2. 血液透析のかゆみのアンケート「5-D itch scale日本語版」（表2）

1) かゆみの持続

「6時間未満/日」と回答した者が45名（83.3%）と最も多かった。「6～12時間/日」は4名（7.4%）、「12～18時間/日」は2名（3.7%）、「1日中かゆみがある」は3名（5.6%）であり、長時間にわたるかゆみを自覚する対象者も一定数認められた。

2) かゆみの程度

「軽度」と回答した者が24名（44.5%）と最も多く、次いで「中等度」14名（25.9%）、「なし」13名（24.1%）であった。「重度」1名（1.8%）、「耐えられない」2名（3.7%）であり少数であった。

3) かゆみの傾向

「変わらない」と回答した者が22名（40.8%）

表2 血液透析のかゆみのアンケート
「5-D itch scale日本語版」

項目	n	%
1) かゆみの持続 (5項目)		
6時間未満/日	45	83.3
6-12時間/日	4	7.4
12-18時間/日	2	3.7
18-23時間/日	0	0.0
1日中	3	5.6
2) かゆみの程度 (5項目)		
なし	13	24.1
軽度	24	44.5
中等度	14	25.9
重度	1	1.8
耐えられない	2	3.7
3) かゆみの傾向 (5項目)		
完全に治った	13	24.1
大いによくなったがまだかゆみがある	10	18.5
少し良くなったがまだかゆみがある	8	14.8
変わらない	22	40.8
悪化している	1	1.8
4) かゆみによる悪影響		
(1) 睡眠 (5項目)		
全く影響なし	38	70.4
時々寝つきが悪くなる	11	20.4
しばしば寝つきが悪くなる	0	0.0
寝つきが悪くなり、時々途中で目が覚める	4	7.4
寝つきが悪くなり、しばしば途中で目が覚める	1	1.8
(2) 余暇・社会的活動 (6項目)		
影響なし	42	77.8
稀に影響を与える	4	7.4
時々影響を与える	6	11.1
しばしば影響を与える	0	0.0
いつも影響を与える	0	0.0
この質問は私には当てはまらない	2	3.7
(3) 家事・雑用 (6項目)		
影響なし	42	77.8
稀に影響を与える	5	9.3
時々影響を与える	1	1.8
しばしば影響を与える	1	1.8
いつも影響を与える	0	0.0
この質問は私には当てはまらない	5	9.3
(4) 仕事・学業 (6項目)		
影響なし	32	59.3
稀に影響を与える	6	11.1
時々影響を与える	2	3.7
しばしば影響を与える	1	1.8
いつも影響を与える	0	0.0
この質問は私には当てはまらない	13	24.1
5) かゆみの分布 (16項目) 複数回答可		
頭/頭皮	9	16.7
顔	7	13.0
胸	3	3.7
腹部	5	9.3
背中	25	46.3
おしり	4	7.4
ふともも	12	22.2
すね	14	25.9
足の甲/あしゆび	2	3.7
足の裏	0	0.0
手のひら	1	1.9
手の甲/手指	1	1.9
前腕 (肘から下の部分の腕)	17	31.5
上腕 (肘から肩の部分の腕)	10	18.5
服の触れる部位 (例: ウエストバンド、下着)	8	14.8
股	4	7.4

と最も多かった。次に「完全に治った」が13名 (24.1%)、「大いによくなったがまだかゆみがある」10名 (18.5%) であった。一方で、「悪化している」が1名 (1.8%) であった。

4) かゆみによる悪影響

(1) 睡眠

「全く影響なし」と回答した者が38名 (70.4%) と最も多かった。「時々寝つきが悪くなる」とした者は11名 (20.4%) であり、「寝つきが悪くなり、時々途中で目が覚める」は4名 (7.4%)、「寝つきが悪くなり、しばしば途中で目が覚める」は1名 (1.8%) であった。

(2) 余暇・社会的活動

「影響なし」と回答した者が42名 (77.8%) と最も多かった。「稀に影響を与える」が4名 (7.4%)、「時々影響を与える」が6名 (11.1%) であり、かゆみによる社会的活動への影響は限定的であった。また、「この質問は私には当てはまらない」と回答した人は2名 (3.7%) であった。

(3) 家事・雑用

「影響なし」と回答した者が42名 (77.8%) で、「稀に影響を与える」は5名 (9.3%) であった。多くの対象者においてかゆみによる影響は少なかった。

(4) 仕事・学業

「影響なし」と回答した者が32名 (59.3%) であり、「稀に影響を与える」6名 (11.1%)、「時々影響を与える」2名 (3.7%)、「しばしば影響を与える」1名 (1.8%) であった。「この質問は私には当てはまらない」とした者は13名 (24.1%) であった。

5) かゆみの分布部位

部位別のかゆみの出現頻度では、背中 (46.3%)、前腕 (31.5%)、すね (25.9%)、ふともも (22.2%) の順に多かった。一方、手のひら (1.9%)、手の甲/手指 (1.9%)、足の裏 (0.0%) は低頻度であった。比較的広範囲にわたる分布が認められたが、衣類の摩擦や乾燥の影響を受けやすい部位が多かった。

3. 性別とかゆみ (表3)

総スコアは、「5-D Itch Scale日本語版」の点数化方法に従って算出した連続変数であり、表3の人数データとは別に算出したものである。また、ノンパラメトリック検定を用いた群間比較の精度を高めるため、性別および年代別の総スコアについて、中央値 (四分位範囲) を併せて示した。

総スコアは、男性で中央値9.0、女性で中央値

表3 性別とかゆみ

項目	男性		女性		U値	p値
	中央値 (IQR)	9.0 (7.0 - 12.5)	8.5 (6.0 - 10.0)			
	n=40	%	n=14	%		
総スコア					220.5	.236
1) かゆみの持続 (5項目)					217.0	.055 †
(1) 6時間未満/日	31	57.2	14	26.1		
(2) 6-12時間/日	4	7.4	0	0.0		
(3) 12-18時間/日	2	3.7	0	0.0		
(4) 18-23時間/日	0	0.0	0	0.0		
(5) 1日中	3	5.6	0	0.0		
2) かゆみの程度					216.5	.182
(1) なし	8	14.8	5	9.3		
(2) 軽度	18	33.4	6	11.1		
(3) 中等度	11	20.4	3	5.6		
(4) 重度	1	1.9	0	0		
(5) 耐えられない	2	3.7	0	0		
3) かゆみの傾向					284.0	.934
(1) 完全に治った	10	18.5	3	5.6		
(2) 大いによくなったがまだかゆみがある	6	11.1	4	7.4		
(3) 少し良くなったがまだかゆみがある	7	13.0	1	1.9		
(4) 変わらない	17	31.3	5	9.3		
(5) 悪化している	0	0.0	1	1.9		
4) かゆみによる悪影響					217.0	.121
(1) 睡眠						
① 全く影響なし	26	48.1	12	22.2		
② 時々寝つきが悪くなる	9	16.7	2	3.7		
③ しばしば寝つきが悪くなる	0	0.0	0	0.0		
④ 寝つきが悪くなり、時々途中で目が覚める	4	7.4	0	0.0		
⑤ 寝つきが悪くなり、しばしば途中で目が覚める	1	1.9	0	0.0		
(2) 余暇・社会的活動					230.0	.174
① 影響なし	30	55.4	12	22.2		
② 稀に影響を与える	4	7.4	0	0.0		
③ 時々影響を与える	5	9.3	1	1.9		
④ しばしば影響を与える	0	0.0	0	0.0		
⑤ いつも影響を与える	0	0.0	0	0.0		
(※) この質問は私には当てはまらない	1	1.9	1	1.9		
(3) 家事・雑用					289.5	.796
① 影響なし	31	57.2	11	20.4		
② 稀に影響を与える	3	5.6	2	3.7		
③ 時々影響を与える	1	1.9	0	0.0		
④ しばしば影響を与える	1	1.9	0	0.0		
⑤ いつも影響を与える	0	0.0	0	0.0		
(※) この質問は私には当てはまらない	4	7.4	6	1.9		
(4) 仕事・学業					192.0	.049 *
① 影響なし	25	46.1	7	13.0		
② 稀に影響を与える	5	9.3	1	1.9		
③ 時々影響を与える	2	3.7	0	0.0		
④ しばしば影響を与える	1	1.9	0	0.0		
⑤ いつも影響を与える	0	0.0	0	0.0		
(※) この質問は私には当てはまらない	7	13.0	6	11.1		

注) 表中の数値は各回答選択肢に該当した人数 (n) を示す。

* $p < .05$ (Mann-WhitneyのU検定)† $p < .10$ (Mann-WhitneyのU検定)

8.5であり、性別間の比較では有意差は認められなかった。「仕事・学業」では性別間に有意差が認められた ($p=.049$)。男性の方が女性よりも「仕事・学業」におけるかゆみの悪影響スコアが高かった。一方、「かゆみの持続」では有意差は認められなかったものの ($p=.055$)、有意水準.05に近い値であり、性別差の傾向が示唆された。

4. 年齢とかゆみ (表4)

年齢と「5-D Itch Scale日本語版」の総スコアの比較では、統計的に有意な差は認められなかった ($p=.352$)。

年代別の項目比較では、「かゆみの程度」において有意な差は認められなかった ($p=.093$) もの、有意水準.10では差がある傾向がみられた。

この結果は、年代によってかゆみの程度に一定の違いがある可能性を示唆するが、明確な差を示すにはさらなる検討が必要である。

考 察

1. 基本属性

本研究の年齢・性別構成は全国統計と大きく乖離しておらず、サンプルは血液透析患者の一般的な人口構造を概ね反映していると考えられる。日本透析医学会 (2024) によれば、血液透析患者は男性221,604名、女性109,435名であり、男性が女性より多い傾向が示されている¹³⁾。本研究においても男性が40名、女性が14名となり、全国統計と同様の傾向を示した。

さらに、全国統計では男女ともに65~69歳が最も多い年代とされており、本研究の研究参加者でも60歳代が最も多かった点で一致がみられた。したがって、本研究のサンプルは全国の血液透析患者の人口構造と概ね整合しており、一定の妥当性を有するといえる。

2. 血液透析のかゆみのアンケート「5-D itch scale日本語版」

山田ら (2012) の調査では、血液透析導入後にかゆみに悩んだ患者は66.9%であった。また、Naritaら (2006) の追試研究では、血液透析患者の72.9%がかゆみを感じていることが示されている。本研究においても研究参加者の24.1%がかゆみなしと回答していたことから、70%以上がかゆみを感じていたことがわかる。これは先行研究と同様の傾向であった。

また、「軽度」や「中等度」と回答した者が多く、日常生活に支障をきたすほどの強い痒みを訴える者は少数であった。野原ら¹⁴⁾は血液透析患者の

皮膚水分量の低下が乾燥性掻痒につながることを報告しており、本研究で「背中」「前腕」「すね」など乾燥しやすい部位にかゆみが多かったことはこの知見を支持する。これらの結果は、血液透析患者におけるスキンケアや保湿指導の重要性を示唆するものである。

3. 性別とかゆみ

本研究では、「5-D Itch Scale日本語版」の点数化方法に従い算出した総スコアを用いて性別間の比較を行った。その結果、総スコアには有意差は認められなかった ($p=.236$)。一方、項目別の比較では「仕事・学業」において有意差が認められ ($p=.049$)、男性のスコアが女性より高かった。

群間比較における代表値を明示するため性別別の中央値および四分位範囲を算出したところ、男性は中央値9.0 (7.0-12.5)、女性は中央値8.5 (6.0-10.0) であった。これらの結果から、男性のスコアは女性より分布の広がりが大きく、かゆみによる日常活動への影響の受け方がより多様である可能性が示唆された。

「仕事・学業」項目で男性のスコアが高かった理由として、男性血液透析患者が就労や日常活動においてかゆみの影響を受けやすいことが考えられる。皮膚特性の観点では、野原ら¹⁴⁾は男女間の皮膚水分量に差はないと報告している。一方、鈴木ら¹⁵⁾は男性の皮膚では水分保持力やバリア機能が低下しやすいと指摘している。さらに、福田ら¹⁶⁾は女性では更年期によるエストロゲン低下が乾燥に影響することを述べており、性差に基づく皮膚環境の違いが一定の影響を持つ可能性がある。

加えて、男性血液透析患者は就労率が高い傾向があり、日中の活動量が多いことから、かゆみによる「労働・活動性」の低下が表れやすい社会的背景も考えられる。これらを踏まえると、男性ではかゆみが日常生活や仕事に及ぼす影響が顕在化しやすい集団であり、活動性に焦点を当てた看護支援が重要であるといえる。この研究結果から男性の方が仕事や学業への影響がやや大きいことが示唆された。

また、「かゆみの持続」については、有意差は認められなかったものの ($p=.055$)、差の傾向がみられ、特に60歳代でやや高い傾向が認められた。性別間で差が生じる傾向が示された。方向性としては男性のほうがやや持続時間が長い可能性も示唆されるが、統計学的には確定的ではなく慎重な解釈が必要である。今後は対象者数を増やし、生活習慣・皮膚状態・就労状況などの背景要因を統

表4 年齢とかゆみ

項目	40歳代		50歳代		60歳代		70歳代		80歳代		k値	p値		
	中央値 (IQR)		7.0(5.25-10.25)		9.0(7.00-10.00)		10.0(8.25-11.00)		8.0(5.50-11.00)				9.5(7.25-15.00)	
	n= 4	%	n= 7	%	n=16	%	n=17	%	n=10	%				
総スコア											4.421	.352		
1) かゆみの持続 (5 項目)											5.471	.242		
(1) 6 時間未満/日	4	7.4	7	13.0	12	22.2	16	29.4	6	11.1				
(2) 6 -12時間/日					3	5.6			1	1.9				
(3) 12-18時間/日									2	3.7				
(4) 18-23時間/日														
(5) 1 日中					1	1.9	1	1.9	1	1.9				
2) かゆみの程度											7.950	.093 [†]		
(1) なし	2	3.7	1	1.9	2	3.7	6	11.1	2	3.7				
(2) 軽度	2	3.7	6	11.1	8	14.5	5	9.3	3	5.6				
(3) 中等度					5	9.3	6	11.1	3	5.6				
(4) 重度									1	1.9				
(5) 耐えられない					1	1.9			1	1.9				
3) かゆみの傾向											3.411	.492		
(1) 完全に治った	2	3.7	1	1.9	3	5.6	5	9.3	2	3.7				
(2) 大いによくなったがまだかゆみがある			1	1.9	1	1.9	6	11.1	2	3.7				
(3) 少し良くなったがまだかゆみがある			2	3.7	2	3.7	1	1.9	3	5.6				
(4) 変わらない	2	3.7	3	5.6	10	18.1	4	7.4	3	5.6				
(5) 悪化している							1	1.9						
4) かゆみによる悪影響											2.769	.597		
(1) 睡眠														
① 全く影響なし	4	7.4	5	9.3	10	18.1	13	24.3	6	11.1				
② 時々寝つきが悪くなる			2	3.7	5	9.3	2	3.7	2	3.7				
③ しばしば寝つきが悪くなる														
④ 寝つきが悪くなり、時々途中で目が覚める					1	1.9	1	1.9	2	3.7				
⑤ 寝つきが悪くなり、しばしば途中で目が覚める							1	1.9						
(2) 余暇・社会的活動											3.329	.504		
① 影響なし	4	7.4	5	9.3	10	18.1	16	29.7	7	13.0				
② 稀に影響を与える			1	1.9	3	5.6								
③ 時々影響を与える			1	1.9	1	1.9	1	1.9	3	5.6				
④ しばしば影響を与える														
⑤ いつも影響を与える														
(※) この質問は私には当てはまらない					2	3.7								
(3) 家事・雑用											.626	.960		
① 影響なし	4	7.4	6	7.4	11	19.9	13	24.3	8	14.8				
② 稀に影響を与える					3	5.6	1	1.9	1	1.9				
③ 時々影響を与える			1	1.9										
④ しばしば影響を与える							1	1.9						
⑤ いつも影響を与える														
(※) この質問は私には当てはまらない					2	3.7	2	3.7	1	1.9				
(4) 仕事・学業											3.128	.537		
① 影響なし	4	7.4	4	7.4	9	16.7	11	19.9	4	7.4				
② 稀に影響を与える			1	1.9	3	5.6	1	1.9	1	1.9				
③ 時々影響を与える					1	1.9			1	1.9				
④ しばしば影響を与える			1	1.9										
⑤ いつも影響を与える														
(※) この質問は私には当てはまらない			1	1.9	3	5.6	5	9.3	4	7.4				

† $p < .10$ (Kruskal-Wallisの検定)

合して、性別によるかゆみの体験の違いをより明確にする必要がある。

4. 年齢とかゆみ

年代間で「5-D Itch Scale日本語版」の総スコアに有意な差は認められなかった($p=.352$)。また、「かゆみの程度」においては、有意差は認められなかったが($p=.093$)、有意水準.10では差がある傾向がみられた。

本研究では年代による明確な差は確認されなかったが、主観的なかゆみ経験は、皮膚の乾燥、治療歴、生活習慣、心理状態、日中活動量など、年齢以外の多様な要因の影響を受けることが知られている。そのため、単に年齢のみでかゆみの程度を説明することは難しく、各年代における主観的なかゆみ体験の多様性そのものが、本研究で得られた重要な知見であるといえる。

今後は、年齢層ごとの生活背景や皮膚状態の違いも踏まえた、より詳細な分析が求められる。また、本研究のサンプルは全国統計と大きく乖離しておらず、地域性を考慮しつつも一定の一般化可能性を有していると考えられた。さらに、性別や年齢によって一部の項目で影響の差異が示唆されたことから、かゆみを評価し看護介入を検討する際には、患者背景を踏まえた個別のアセスメントが重要である。

今後の課題

本調査では血液透析歴の収集は行っていなかった。したがって、血液透析歴を含む患者背景を考慮したさらなる検討が今後の課題である。年齢だけでなく、皮膚状態、生活習慣、心理的要因など、かゆみに関連する多面的な因子を総合的に評価することが必要である。また、対象者数を増やした大規模研究を実施し、年代ごとの特徴や個別性をより精緻に把握することで、かゆみに対する効果的な看護介入の構築につながると考えられる。さらに、本研究で示唆された性別による特徴、とくに男性患者における生活や活動性への影響に着目した看護支援のあり方について検討することも今後の課題である。

研究の限界

本研究は特定の地域における中規模血液透析施設を対象としているため、地域性の影響を完全に排除することはできず、結果の一般化には慎重である必要がある。ただし、対象者の人口構造は全国動向と大きな偏りはなく、臨床的示唆を導くう

えで一定の意義を有すると考えられる。また、本研究では血液透析歴に関する情報を収集していないため、血液透析治療の長期化がかゆみに及ぼす影響を検討することができなかった点は限界である。さらに、保湿ケアの実施状況や外用薬・内服薬の使用状況など、かゆみに対する介入内容を調査していない。これらはかゆみの強さや分布に影響する可能性があるため、これらを測定できていない点も本研究の限界である。

本研究では、性別・年代別の比較を行ったが、各群のサンプルサイズに偏りや少数性があるため、結果の解釈には限界がある。今後は、各群のサンプル数を確保した検討が望まれる。

謝 辞

本研究にご協力いただいたすべての皆様に、心より感謝申し上げます。

特に神谷千鶴教授には、温かいご指導を賜り、深く御礼申し上げます。

また、患者様および病院関係者の皆様にも、心より感謝いたします。

本論文は、関西看護医療大学大学院慢性看護学研究科に提出した修士論文を加筆・修正したものです。また、本研究で使用した「5-D Itch Scale日本語版」について、翻訳者である江畑俊哉氏より使用許可をいただいております。ここに深く感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし

文 献

- 1) 政金生人, 谷口正智, 中井滋, 他: わが国の慢性透析療法の現況 (2015年12月31日現在), 日本透析医学会雑誌, 50(1), 1-62, 2017
- 2) 根木茂雄, 重松隆: わが国の透析患者の現況, 和歌山医学, 58(1), 2-7, 2007
- 3) Pisoni RL, Wikström B, Elder SJ, et al.: Pruritus in haemodialysis patients: International results from the dialysis outcomes and practice patterns Study (DOPPS), Nephrology Dialysis Transplantation 21(12), 3495-3505, 2006. doi:10.1093/ndt/gfl461
- 4) Narita I, Alchi B, Omori K, et al.: Etiology and prognostic significance of severe uremic pruritus in chronic hemodialysis patients, Kidney International, 69(a), 1626-1632, 2006.

doi:10.1038/sj.ki.5000251

- 5) 山田成樹, 櫻井寛, 春日弘毅, 他: 血液透析患者におけるそう痒症の実態とナルフラフィン塩酸塩の臨床効果－東海地区17施設における1,936例のアンケート調査－, 日本透析医学会雑誌, 45(12), 1133－1140, 2012
- 6) 中尾薫, 安藤晃裕, 平形美樹人, 他: 新規経口そう痒症改善薬ナルフラフィン塩酸塩 (レミッチ®カプセル2.5 μ g) の特徴および臨床試験成績, 日本薬理学雑誌, 135(5), 205－214, 2010
- 7) Karadag E, Kilic SP, Karatay G, et al.: Effect of baby oil on pruritus, sleep quality, and quality of life in hemodialysis patients: pretest-post-test model with control groups, Japan Journal of Nursing Science, 11(3), 180－189, 2014. doi:10.1111/jjns.12019
- 8) 根本治, 須賀康, 高原久嗣, 他: 透析患者のかゆみに対するツバキ油スプレーの有用性および安全性の検討, 皮膚の科学, 11(6), 538－547, 2012
- 9) Ständer S, Augustin M, Reich A, et al.: Pruritus assessment in clinical trials: Consensus recommendations from the International Forum for the Study of Itch (IFSI) Special Interest Group Scoring Itch in Clinical Trials, Acta Dermato-Venereologica, 93(5), 509－514, 2013. doi:10.2340/00015555-1620
- 10) Elman S, Hynan LS, Gabriel V, et al.: The 5-D itch scale: a new measure of pruritus, British Journal of Dermatology, 162(3), 587－593, 2010. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09586.x
- 11) 江畑俊哉, 石氏陽三, 佐伯秀久, 他: 5D itch scale日本語版の作成, 日本皮膚科学会雑誌, 125(5), 1035－1040, 2015
- 12) 足日和美: 血液透析患者における 5-D itch scale (5-D かゆみスケール) 日本語版の信頼性の検証, 日本腎不全看護学会誌, 25(1), 18－24, 2023
- 13) 正木崇生, 花房規男, 阿部雅紀, 他: わが国の慢性透析療法の現況 (2023年12月31日現在), 日本透析医学会雑誌, 57(12), 543－620, 2024
- 14) 野原ともい, 永野伸郎, 丸山雅美, 他: 透析患者における皮膚水分量の特性ならびに痒みとの関係, 日本透析医学会雑誌, 47(10), 637－646, 2014
- 15) 鈴木牧人, 飯田年以: 男性肌の特徴－成人男女の肌状態および角層中抗酸化因子の比較－, 日本香粧品学会誌, 45(3), 185－190, 2021
- 16) 福田康二, 阪本聡, 丸山勝弘, 他: 更年期の肌症状の実態調査とヒアルロン酸フラグメントの有用性, 日本化粧品技術者会誌, 58(2), 151－162, 2024

そ の 他

子宮頸がんに対する4年制大学在学生の認識

Perceptions of Cervical Cancer Among Undergraduate Students at Four-Year Universities

松井 優子¹⁾, 浅田 瑞貴²⁾, 海沼 優美子³⁾, 鏡 ひなた²⁾
神谷 結萌⁴⁾, 桑原 樹里⁵⁾

Yuko Matsui¹⁾, Mizuki Asada²⁾, Yumikoa Kainuma³⁾, Hinata Kagami²⁾
Yume Kamiya⁴⁾, Juri Kuwabara⁵⁾

¹⁾一宮研伸大学, ²⁾公立松任石川中央病院, ³⁾長野赤十字病院
⁴⁾金沢大学附属病院, ⁵⁾東京慈恵会医科大学附属柏病院

¹⁾Ichinomiya Kenshin College, ²⁾Public Central Hospital of Matto Ishikawa
³⁾Nagano Red Cross Hospital, ⁴⁾Kanazawa University Hospital
⁵⁾Jikei University School of Medicine Kashiwa Hospital

キーワード

子宮頸がん, 認識, 大学生, 青年期

Key words

cervical cancer, perceptions, undergraduate students, adolescence

要 旨

目的：青年期の大学生の子宮頸がんに対する認識と知識との関連を明らかにする。

方法：4年制大学に在籍する学生に無記名自記式Web調査を行い、属性・がん教育の有無・知識と認識の関連を解析した。

結果：分析対象は285人（女性214人、男性71人）、医療系学部141人、非医療系学部144人であった。約6割が子宮頸がんの情報をSNSから得ており、「子宮頸がんは不特定多数の人との性交渉で罹患する」や「子宮頸がんの罹患を他のがんよりも周囲に言いづらい」という認識を持っていた。これらの認識は、医療系学部、がん教育の受講、罹患の原因が性交渉であることの知識がある対象の方が強かった。

考察：子宮頸がんの原因に関する部分的な知識が子宮頸がんの認識に影響している可能性がある。学校教育に加えて広く若年層が閲覧するSNSの活用や親世代への正確な情報提供が求められる。

連絡先：松井 優子

一宮研伸大学看護学部

〒491-0063 愛知県一宮市常願通5-4-1

はじめに

本邦の子宮頸がんの年間罹患数は約11,000人で、年間死亡数は約2,900人である¹⁾。子宮頸がんの好発年齢は30～40代で、近年20～30代の発症率が増加傾向にある²⁾。子宮頸がんのヒトパピローマウイルス（HPV：human papillomavirus 以下、HPV）の推定寄与率は95%以上であり³⁾、子宮頸がんの95%以上は子宮頸部のHPVの持続的な感染が原因である⁴⁾。女性の25%以上が性行為を開始してから1年以内にHPVに感染し⁵⁾、性交渉の経験がある70歳までの女性のHPVの感染確率は84.6%⁶⁾と報告されている。

子宮頸がんの予防には、HPVワクチンの接種が有効であり⁷⁾、本邦では2013年に12～16歳を対象としたHPVワクチンの定期接種が開始された。これに伴い、子宮頸がんと性交渉との関連が社会において認識され、この影響により、子宮頸がんの罹患者は「性交渉の回数が多い」、「性交渉の経験人数が多い」などの誤情報が出回っている。先行研究では、子宮頸がんの罹患原因が性感染症であると知った人は、子宮頸がんの女性に対して道徳的嫌悪感を抱き、汚い、不快にさせる、不誠実、賢明でないと認識することが報告されている⁸⁾。さらに、子宮頸部前がん病変と診断された女性は、【性感染症患者という非難】【偏った性交経験へのレッテル】【自己責任と認識されることへの羞恥心】【過去の行いに対する後悔の念】の偏見を経験し⁹⁾、【子宮頸がんへの偏見に怯え、他者と距離を置く】¹⁰⁾ことから【他者との関わりを避けコミュニティから孤立】や【病名公表の躊躇による受診行動の妨げ】があると報告されている⁹⁾。若年子宮頸がん患者は、『複数の男性と性的関係を持ってきたふしだらな女性という自分への評価』や、『遊んでいる女という偏見』への怯えにより、「誰にも言えない」という思いを抱えていると報告されている¹¹⁾。このように、子宮頸がんの罹患者には、がんによる身体的苦痛に加え、周囲の偏見による精神的・社会的な苦痛が生じている。

また、女性の23%ががんの偏見を抱いており、がんの偏見のある女性は、偏見のない女性と比較して子宮がん検診の受検率が低かったとの報告もある¹²⁾。看護系大学生の子宮がん検診の受診を阻害する因子として「婦人科を受診するのが恥ずかしい」「検査の体勢が恥ずかしい」「検診を受けることを知られたくない」「性感染症への偏見があるから」を挙げており¹³⁾、21～24歳の医療系・非医療系の学生の約半数が子宮がん検診を受けるの

が恥ずかしいと回答している¹⁴⁾。このことから、子宮頸がんに対する偏見は、受検率にも影響し、子宮頸がんの早期発見を妨げる誘因となる可能性がある。

しかし、若年世代を対象とした研究は、子宮頸がんの知識と予防行動の関連について調査したもの¹⁴⁻¹⁷⁾が多く、青年期の男女の子宮頸がんの罹患に対する認識の実態や、罹患原因の知識の有無による違いを明らかにした研究はない。青年期にある男女がもつ子宮頸がんに対する認識と知識との関係を知ることが、子宮頸がんの罹患率が増加しはじめる時期にある若年層にとって効果的ながん教育を検討する資料となる。ひいては、子宮頸がん検診の受診率の向上や、子宮頸がん罹患者の精神的苦痛の減少につながると考える。

本研究の目的は、子宮頸がん罹患者が増加しはじめる時期である青年期にある4年制大学の学生の子宮頸がんに対する認識の実態を明らかにすること、および、医学教育・がん教育の有無、子宮頸がんの感染経路の知識の有無による認識の違いを明らかにすることである。

方 法

1. 研究デザイン

横断型実態調査研究

2. 用語の操作的定義

本研究において、「認識」を「子宮頸がんの罹患に対する理解の仕方や捉え方」と定義した。また、「子宮頸がんの偏った認識」を「子宮頸がんの罹患に対して、客観的な根拠なしに抱かれる非好意的な先入観や判断」と定義した。

3. 調査期間

研究期間：2024年9月～2024年10月

4. 調査対象者

4年制大学1施設に在学する全学年を対象とした。対象施設は3学部4学科で構成されており、医療系学部は看護学科および臨床工学科の2学科があり、学年定員は看護学科50人、臨床工学科30人である。非医療系学部は国際系学部と工学系学部で、学年入学定員はそれぞれ80人である。

調査対象とした大学は、看護学科では1年次に、教員から子宮頸がんワクチンに関する情報提供がなされていたが、他学部・学科においては子宮頸がんに関する積極的な情報提供はされていなかった。看護学科と臨床工学科では、1年前期に解剖学と生理学が、1年後期に病理学が、2年次以降に疾患学が配置されていた。看護学科では2年次

より母性看護学で子宮頸がんおよび子宮頸がんワクチンに関する教育がなされていた。

5. 調査方法

調査方法は、Google フォームによる無記名の自記式Webアンケート調査とした。研究対象者に研究目的および趣旨を説明し、Google フォームのURL (Uniform Resource Locator) とQRコード (Quick Response code) が記載された文書を配布した。

6. 調査項目

調査項目は、野口ら¹⁸⁾、大塚ら^{9) 10)}、秋元ら¹¹⁾の先行研究をもとに独自に作成した。対象の属性および背景として、所属、学年、性別、家族内のがん患者の有無、がん教育受講経験の有無、子宮頸がんの情報入手方法を調査した。子宮頸がんの罹患原因の知識として、「子宮頸がんはHPVの感染が原因である」、「子宮頸がんの原因は性交渉によって感染する」に「はい (正答)」「いいえ (誤答)」を選択させた。子宮頸がんに対する認識の調査項目は、①「子宮頸がんの罹患は自業自得だと思う」、「②「不特定多数や性行為の経験豊富な人になりやすいと思う」、「③「早い年齢で性交渉した人になりやすいと思う」、「④「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」、「⑤「子宮頸がんの罹患は他のがんよりも周囲に言いづらいと感じる」の5項目で、「とてもそう思う (4点)」、「ややそう思う (3点)」、「あまり思わない (2点)」、「全く思わない (1点)」の4段階で評価した。項目①～③は子宮頸がんの罹患患者に対する認識について、項目④と⑤は、女性は自身が罹患したことを

想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答するよう依頼した。

7. 分析方法

対象の属性は単純集計を行った。子宮頸がんに対する認識と属性、教育経験および知識との関係について、Mann-WhitneyのU検定を用いて比較した。有意水準は0.05とし、統計解析にはSPSS Ver.29.0 (IBM Japan) を使用した。

8. 倫理的配慮

本研究を実施する上で、個人情報保護法、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する論文倫理指針を遵守した。公立小松大学人を対象とする医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号：医倫2414)。

調査への参加の同意はGoogle フォームの送信をもって同意とし、研究への参加および中断は自由意志によることを保証した。Web調査に使用したGoogle フォームは無記名で、送信者のアカウントおよびメールアドレスと紐づかない設定とし、匿名性を保証した。

結 果

1. 対象の属性

依頼数983人、回収数381人 (回収率38.8%)、欠損および項目間の回答不整合があった対象を除く有効回答285人 (有効回答率74.0%) を分析対象とした。医療系学部が141 (女性123、男性18) 人 (49.5%)、非医療系学部が144 (女性91、男性53) 人 (50.5%) であった (表1)。家族内にがん経験者がいる対象は36人 (12.6%) で、がん経験

表1 対象の概要

n=285

	医療系学部						非医療系学部					
	看護学科		臨床工学科		合計		国際系学部		工学系学部		合計	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
女性	91	93.8	32	72.7	123	87.2	85	82.5	6	14.6	91	63.2
男性	6	6.2	12	27.3	18	12.8	18	17.5	35	85.4	53	36.8
1 学年	22	22.7	6	13.6	28	19.9	20	19.4	11	26.8	31	21.5
2 学年	28	28.9	17	38.6	45	31.9	36	35.0	5	12.2	41	28.5
3 学年	21	21.6	7	15.9	28	19.9	23	22.3	6	14.6	29	20.1
4 学年	26	26.8	14	31.8	40	28.3	24	23.3	19	46.3	43	29.9
18歳	11	11.3	2	4.5	13	9.2	10	9.7	2	4.9	12	8.3
19歳	21	21.6	14	31.8	35	24.8	26	25.2	11	26.8	37	25.7
20歳	29	29.9	11	25.0	40	28.4	30	29.1	5	12.2	35	24.3
21歳	22	22.7	11	25.0	33	23.4	21	20.4	10	24.4	31	21.5
22歳以上	14	14.4	6	13.7	20	14.2	16	15.5	13	31.7	29	20.2

のある対象者はいなかった。

2. 情報入手の手段

子宮頸がんに関する情報の入手経路（複数回答有り）は、SNS（Social Networking Service）が145人（50.9%）、学校が123人（43.2%）、両親が109人（38.2%）、病院が59人（20.7%）、友人が51人（17.9%）、テレビコマーシャルが17人（6.0%）であった。

3. がん教育の受講状況

がん教育受講経験のある対象は176人（61.8%）であった。教育の内訳（複数回答有り）は、中学高校教育が101人（35.4%）、大学での講義が112人（39.3%）、地域のセミナーが1名（0.4%）、病院が2人（0.7%）であった。

4. 子宮頸がんの罹患原因の知識

全対象の正答数（正答率）は、「HPVの感染」が125人（43.9%）、「性交渉」が175（61.4%）であった。対象の属性別の分布を図1、図2に示す。

5. 子宮頸がんに対する認識

子宮頸がんに対する認識の全対象の分布は、「子宮頸がんの罹患は自業自得だと思う」が「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」、「全く思わない」が、それぞれ4人（1.4%）、30人（10.5%）、142人（49.8%）、109人（38.3%）であった。続く「不特定多数や性行為の経験豊富な

人になりやすいと思う」では、84人（29.5%）、105人（36.8%）、79人（27.7%）、17人（6.0%）、「早い年齢で性交渉した人になりやすいと思う」では、19人（6.7%）、58人（20.3%）、159人（55.8%）、49人（17.2%）、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」では、6人（2.1%）、66人（23.2%）、122人（42.8%）、91人（31.9%）、「子宮頸がんの罹患は他のがんよりも周囲に言いづらいと感じる」では、29人（10.2%）、117人（41.0%）、90人（31.6%）、49人（17.2%）であった。

6. 性別ごとの子宮頸がんに対する認識

子宮頸がんの認識の性別ごとの分布を図3に示す。子宮頸がんに対する認識の中央値（四分位範囲）は、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」は、女性が2（2－3）、男性が1（1－2）で（ $p<.001$ ）、「子宮頸がんの罹患は他のがんよりも周囲に言いづらいと感じる」は女性が3（2－3）、男性が2（1－3）で（ $p<.001$ ）、男性よりも女性の方が有意に高かった。

7. 医療系・非医療系の学部別の子宮頸がんに対する認識

子宮頸がんの認識の医療系・非医療系ごとの分布を図4に示す。子宮頸がんに対する認識の中央値は、「不特定多数や性行為の経験豊富な人になりやすいと思う」では医療系が3（2－4）、非

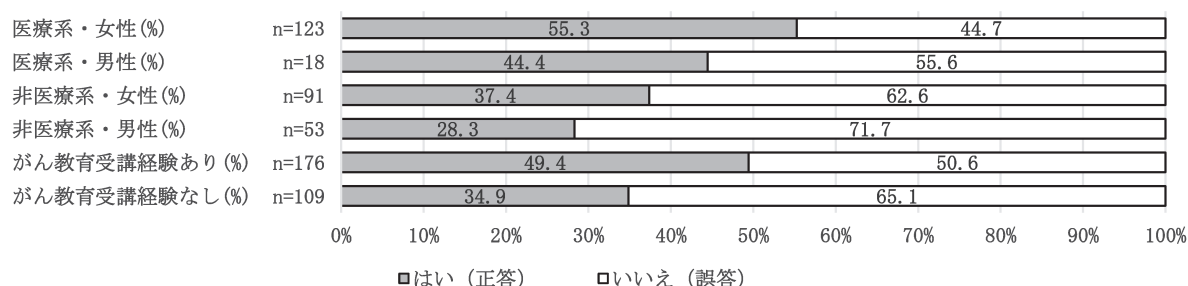


図1 子宮頸がんの罹患原因の知識の正答率 「子宮頸がんはHPVの感染が原因である」 (n=285)

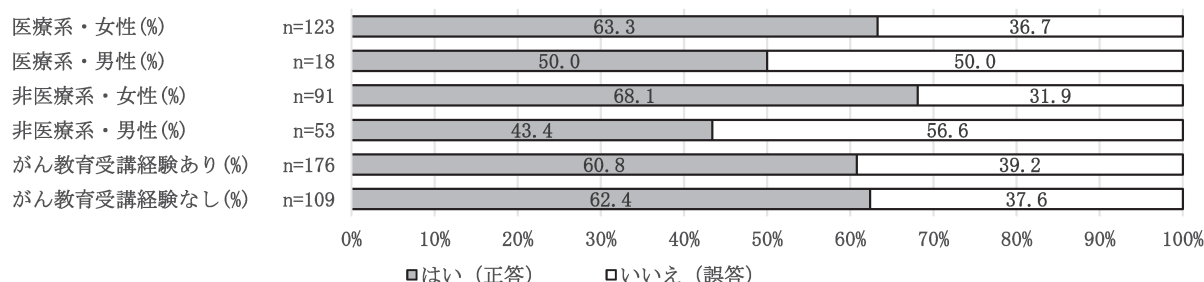
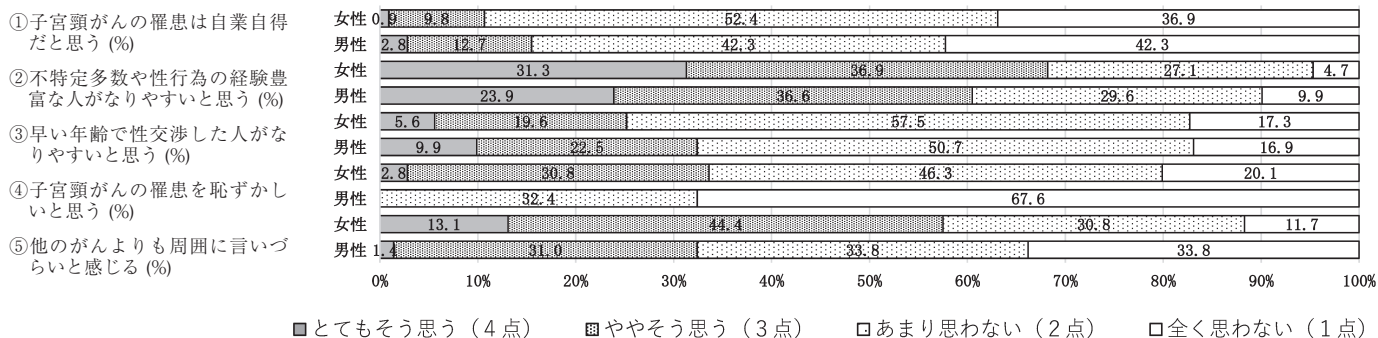


図2 子宮頸がんの罹患原因の知識の正答率 「子宮頸がんの原因は性交渉によって感染する」 (n=285)

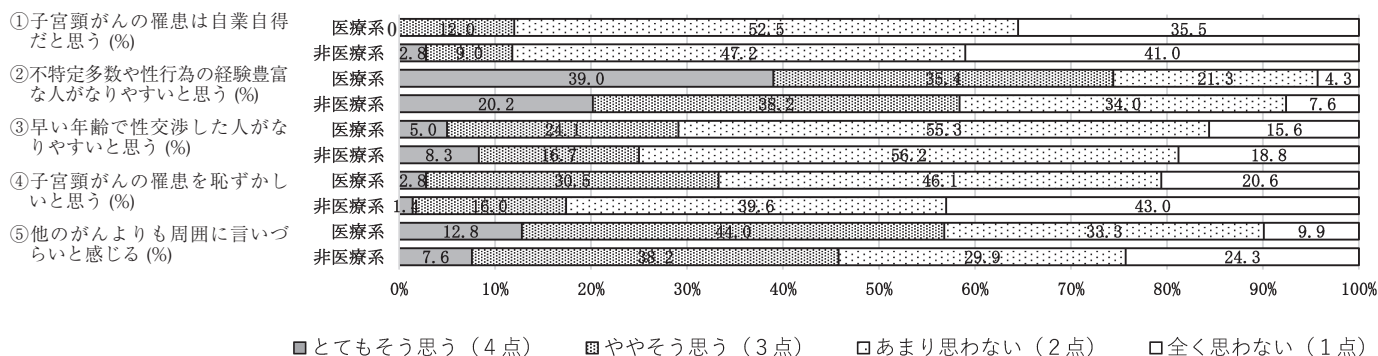


設問④「とてもそう思う」、「ややそう思う」：男性0%

設問①②③は、子宮頸がんの罹患に対する認識について回答

設問④⑤は、女性は自身が罹患したことを想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答

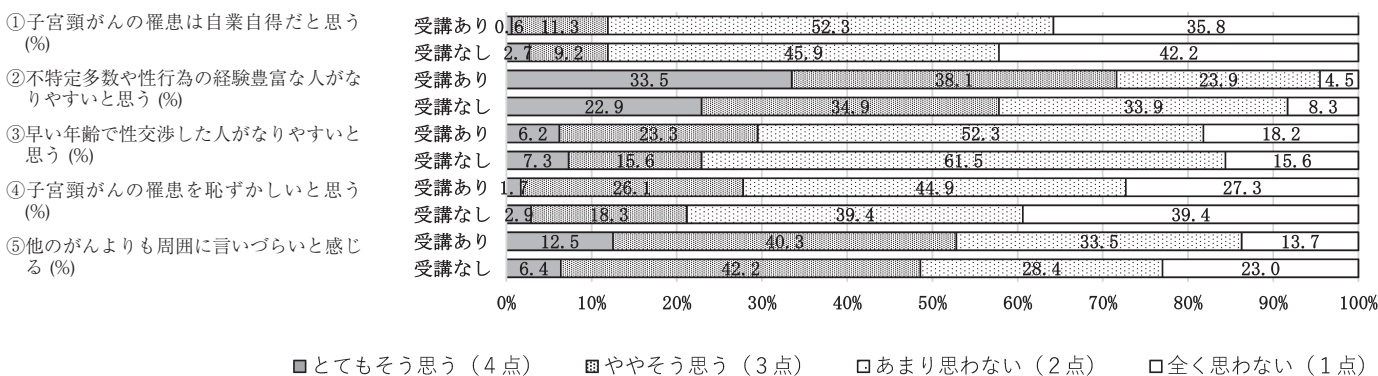
図3 子宮頸がんに対する認識：男女別 (女性 n=214 男性 n=71)



設問①②③は、子宮頸がんの罹患に対する認識について回答

設問④⑤は、女性は自身が罹患したことを想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答

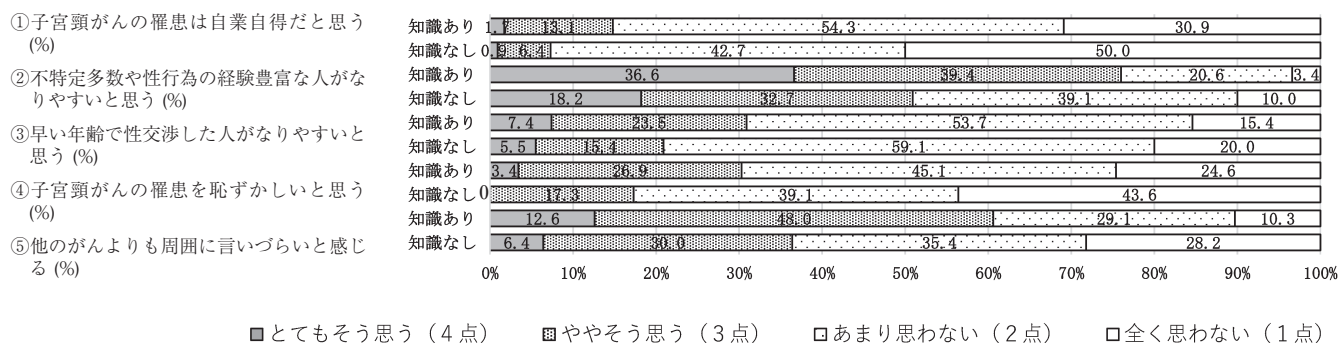
図4 子宮頸がんに対する認識：医療系・非医療系学部別 (医療系 n=141 非医療系 n=144)



設問①②③は、子宮頸がんの罹患に対する認識について回答

設問④⑤は、女性は自身が罹患したことを想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答

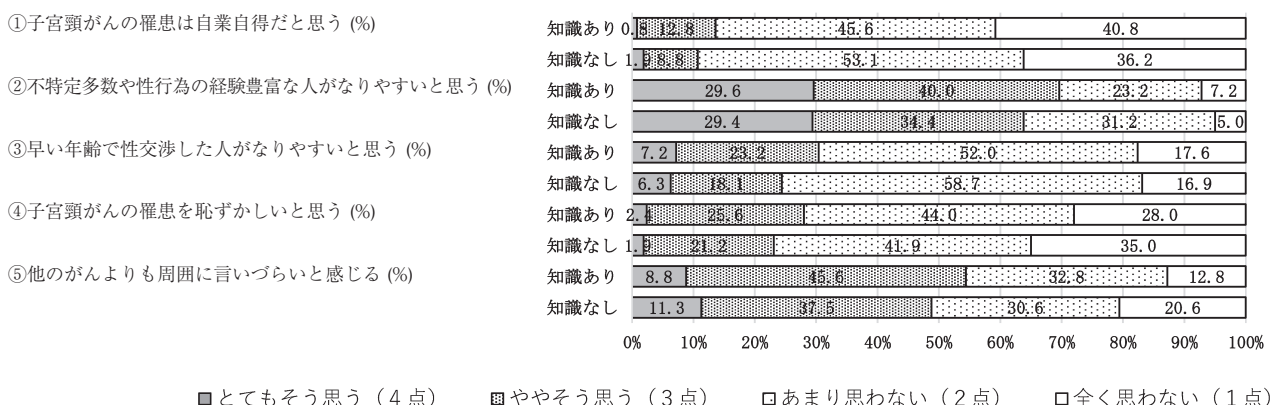
図5 子宮頸がんに対する認識：がん教育受講経験有無別 (受講あり n=176 受講なし n=109)



設問①②③は、子宮頸がんの罹患に対する認識について回答

設問④⑤は、女性は自身が罹患したことを想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答

図6 子宮頸がんに対する認識：性交渉が罹患原因であることの知識の有無別（知識あり n=175 知識なし n=110）



設問①②③は、子宮頸がんの罹患に対する認識について回答

設問④⑤は、女性は自身が罹患したことを想定し、男性は自身のパートナーが罹患したことを想定して回答

図7 子宮頸がんに対する認識：HPV感染が罹患原因であることの知識の有無別（知識あり n=125 知識なし n=160）

医療系が3（2－3）で（ $p<.001$ ）、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」では医療系が2（2－3）、非医療系が2（1－3）で（ $p=.013$ ）、非医療系よりも医療系が有意に高かった。

8. がん教育受講経験の有無別の子宮頸がんに対する認識

子宮頸がんの認識のがん教育受講経験の有無別の分布を図5に示す。子宮頸がんに対する認識の中央値は、「不特定多数や性行為の経験豊富な人がなりやすいと思う」では受講経験有りが3（2－4）、なしが3（2－3）で（ $p=.010$ ）、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」では、受講経験有りが3（2－3）、なしが2（2－3）で（ $p=.044$ ）、がん教育の受講経験がない対象者よりも受講経験がある対象者の方が有意に高かった。

9. 子宮頸がんの原因の知識の有無別の子宮頸

がんに対する認識

子宮頸がんの原因が性交渉であることの知識の有無別の子宮頸がんの認識の分布を図6に示す。子宮頸がんに対する認識の中央値は、「子宮頸がんの罹患は自業自得だと思う」では、性交渉が原因であることの知識有りは2（1－2）、知識なしは1（1－2）（ $p=.001$ ）、「不特定多数や性行為の経験豊富な人がなりやすいと思う」では知識有りは3（3－4）、知識なしは3（2－3）（ $p<.001$ ）、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしいと思う」では知識有りは2（2－3）、知識なしは2（1－2）（ $p<.001$ ）、「子宮頸がんの罹患は他のがんよりも周囲に言いづらいと感じる」では知識有りが3（2－3）、知識なしが2（1－3）（ $p<.001$ ）で、いずれも性交渉が原因であることの知識がない対象者よりも知識がある対象者の

方が有意に高かった。HPVの感染が原因であることの知識の有無別の比較では、子宮頸がんに対する認識に有意差はなかった（図7）。

考 察

本研究では、青年期にある大学生の子宮頸がんに対する認識として、「不特定多数や性行為の経験豊富な人になりやすいと思う」、「子宮頸がんの罹患を恥ずかしい」、「子宮頸がんの罹患は他のがんよりも周囲に言いづらい」と感じている人が少なからずいることが明らかになった。先行研究においても、看護系女子大学生が子宮頸がん検診に行かない理由として「性感染症への偏見があるから」や、「検診を受けることを知られたくない」¹³⁾、「恥ずかしい」¹⁹⁾が、HPVワクチンを接種しない理由に「性交経験があると思われるのが恥ずかしい」¹⁸⁾が挙げられており、本研究の結果と類似している。また、田中ら¹⁴⁾の大学生を対象とした調査における罹患原因や感染経路の知識のある学生は40～50%で、本研究と矛盾しない。

さらに、非医療系学部よりも医療系学部が、がん教育受講経験がない対象者よりもある対象者の方が、性交渉が原因であることの知識を持つ対象者は知識のない対象者よりも偏った認識が強かった。しかし、HPVの感染が罹患原因であることの知識の有無別では認識に有意な差がみられなかった。これらを総合すると、子宮頸がんに関して正確な知識を持つ場合は偏った認識が少ないが、HPVの知識をもたずに子宮頸がんは性交渉によって罹患するという部分的な知識による印象が「不特定多数や性行為の経験豊富な人になりやすいと思う」などの非好意的な先入観に派生していることが考えられる。厚生労働省は、「HPVは、女性の多くが“一生に一度は感染する”といわれるウイルスであり、一度でも性的接触の経験があればだれでも感染する可能性がある」ことを謳っている²⁰⁾。

さらには、この印象により自身やパートナーが罹患した際には「子宮頸がんの罹患は恥ずかしいこと」や「人に言いづらい」といった思いを抱かせ、HPVワクチンの接種率の向上を妨げている可能性も考えられる。国が定める子宮頸がんワクチンの定期接種の対象者は小学6年生～高校1年生の女子であるが²⁰⁾、HPVの感染機会は生涯にわたり、推奨されている時期を逃さずワクチン接種を受けるためには、ワクチン接種の重要性を広報するとともに、これらの偏った認識を払拭する

ためのHPVワクチンに関する正確な知識を強調して伝える必要がある。この偏った認識は子宮頸がん罹患者のQOLや社会参加を妨げる要因となることから、子宮頸がん罹患者が周囲の理解を得ながら生活するためには、子宮頸がんおよびHPVに関する正確な情報提供が急務である。大学生の子宮頸がんの情報源はSNS、学校教育、両親が多かったことから、学校教育に加えてSNSを活用した情報提供を行うことも効果的であると考えられる。さらに、両親から情報を得ている学生が多いことから、親世代に対する正確な情報提供も必要である。

本研究にはいくつかの限界がある。1点目は、調査項目の信頼性と妥当性である。本研究の調査項目は、研究者が先行文献を参考に独自で作成したものであり信頼性・妥当性の検証が行われていない。2点目は外的妥当性である。単一県内の1大学での調査であることから、地域格差や大学の特徴が影響した可能性が否定できない。しかし、情報格差の少ない本邦の現代社会において、結果に大きな影響があったとは考えにくい。3点目は対象数の偏りによる統計学的な限界である。男女比較において一部の学部では男性の標本数が少なく結果に影響した可能性がある。また、医療系の中でも看護学科と臨床工学科では男女比や教育内容が異なっており、これによって結果が相殺された可能性がある。4点目は参加バイアスである。本研究の参加者は子宮頸がんに関心が高い対象に偏っていた可能性があることから、結果の解釈においてこの点を加味する必要がある。

結 論

大学生において、子宮頸がんは「罹患したら恥ずかしい」という認識や「不特定多数の人との性交渉で罹患する」という性交経験への偏った認識が存在しており、女性においては子宮頸がんの罹患を「他のがんよりも周囲に言いづらい」と感じていた。がん教育の受講、医学教育、性交渉が感染経路である知識がある対象の方がこれらの偏った認識が強かった。子宮頸がん罹患者が周囲の理解を得ながら生活するためには、学校教育に加えて広く若年層が閲覧するSNSの活用や親世代への情報提供が求められる。

利益相反

本研究に関する利益相反なし。

文 献

- 1) 国立がん研究センター：子宮頸部. がん情報サービス, [オンライン, https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/17_cervix_uteri.html#anchor1], 国立がん研究センター (11. 14. 2024)
- 2) 日本産科婦人科学会：産科・婦人科の病気 子宮頸がん, [オンライン, <https://www.jsog.or.jp/citizen/5713/>], 日本産科婦人科学会 (11. 14. 2024)
- 3) Palmer M, Katanoda K, Saito E, et al.: Genotype prevalence and age distribution of human papillomavirus from infection to cervical cancer in Japanese women: A systematic review and meta-analysis, *Vaccine*, 40, 5971–5996, 2022. doi:10.1016/j.vaccine.2022.07.052 (11. 14. 2024)
- 4) 国立がん研究センターがん対策研究所：子宮頸がんとその他のヒトパピローマウイルス (HPV) 関連がんの予防ファクトシート2023, [オンライン, https://www.ncc.go.jp/jp////////information/pr_release/2023/0602/slide_HPvinfosheet2023.pdf], 国立がん研究センター (10. 2. 2025)
- 5) Castellsagué X, Paavonen J, Jaisamrarn U, et al.: Risk of first cervical HPV infection and pre-cancerous lesions after onset of sexual activity: analysis of women in the control arm of the randomized, controlled PATRICIA trial, *BMC Infectious Diseases*, 14, 551, 2014. doi:10.1186/s12879-014-0551-y (11. 14. 2024)
- 6) Chesson HW, Dunne EF, Hariri S, et al.: The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States, *Sexually Transmitted Diseases*, 41(11), 660–664, 2014
- 7) Tanaka H, Shirasawa H, Shimizu D, et al.: Preventive effect of human papillomavirus vaccination on the development of uterine cervical lesions in young Japanese women, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(10), 1597–1601, 2017
- 8) Shepherd MA, Gerend MA: The blame game: Cervical cancer, knowledge of its link to human papillomavirus and stigma, *Psychology & Health*, 29(1), 94–109, 2013
- 9) 大塚知子, 眞嶋朋子：子宮頸部前がん病変と診断された女性のスティグマ体験, *千葉看護学会誌*, 26(1), 79–86, 2020
- 10) 大塚知子, 大野稔子, 眞嶋朋子：子宮頸部前がん病変と診断された女性の受診経過における体験, *日本がん看護学会誌*, 31(1), 21–30, 2017. doi:org/10.18906/jjscn.31_otsuka_20170222 (11. 14. 2024)
- 11) 秋元典子, 森恵子, 中塚幹也：若年子宮頸がん患者の手術決意過程, *日本がん看護学会誌*, 24(2), 5–14, 2010
- 12) Paneru B, Karmacharya A, Bharati A, et al.: Association between cancer stigma and cervical cancer screening uptake among women of Dhulikhel and Banepa, Nepal, *PLoS One*, 18(5), e0285771, 2023. doi:10.1371/journal.pone.0285771 (11. 14. 2024)
- 13) 館澤奈々美, アンガホッフア司寿子, 蛭崎奈津子：看護系女子大学生の子宮頸がん検診受診を阻害する因子とその改善策, *岩手看護学会誌*, 8 (2), 33–43, 2014
- 14) 田中千春, 国府浩子：若年者の子宮頸がん検診に関する知識と意識, *日本がん看護学会誌*, 26(2), 35–44, 2012
- 15) 丸山未菜実, 太田佳菜子, 伊藤玲佳, 他：看護系大学生および社会人における子宮頸がん予防に関する知識と認識, *厚生労働省*, 69(5), 32–41, 2022
- 16) 海老原直子, 小牧宏一, 吉田由紀：子宮頸がん検査およびHPV予防ワクチン接種に対する大学生の意識, *埼玉県立大学紀要*, 13, 57–65, 2011
- 17) 和泉美枝, 眞鍋えみ子, 吉岡友香子：女子大学生の子宮がん検診受診とHPVワクチン接種行動の関連要因に関する研究, *母性衛生*, 54(1), 120–129, 2013
- 18) 野口真由, 杉浦絹子：看護系大学の女子大学生がもつ子宮頸がん予防に関する意識と意識の現状, *三重看護学誌*, 13, 131–139, 2011
- 19) 小林洋子, 湯浅洋子, 新堀多賀子, 他：女子大生の子宮頸がん・乳がんに関する意識調査, *人間生活文化研究*, 24, 120–124, 2014
- 20) 厚生労働省：小学校6年～高校1年相当の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ HPVワクチンについて知ってください～あなたと関係のある“がん”があります～, [オンライン, <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001681483.pdf>], 厚生労働省

そ の 他

病棟看護師チームの高齢者への身体拘束回避・解除に至る意思決定プロセス

Decision-making process of nursing teams in avoiding physical restraints for older adults

石政 結子¹⁾, 北村 言²⁾, 大橋 史弥²⁾, 紺家 千津子²⁾

Yuiko Ishimasa¹⁾, Aya Kitamura²⁾, Fumiya Oohashi²⁾, Chizuko Konya²⁾

¹⁾ 石川県立看護大学大学院看護学研究科, ²⁾ 石川県立看護大学

¹⁾ Graduate School of Nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

²⁾ Ishikawa Prefectural Nursing University

キーワード

意思決定プロセス, 身体拘束, 看護師チーム, 複線径路・等至性モデル

Key words

decision-making process, physical restraint, nursing team, trajectory equifinality model

要 旨

本研究は、病棟看護師チームの高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを明らかにすることを目的とした。研究方法として、高齢者への身体拘束についてアセスメントを行った経験を有する病棟看護師長を対象に、半構造化面接を実施し、複線径路・等至性モデルを参考にして分析した。2名に面接を行ったところ、両者のチームで共通して、《患者の入院または状態の変化：必須通過点》《患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点》《身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点》が抽出された。身体拘束を回避・解除するため、チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。

はじめに

我が国では高齢化が急速に進行し、2023年の高齢化率は29.1%¹⁾と、総人口の約3割を高齢者が占める状況となっている。看護の現場において、

ケア対象者の尊厳を守ったかわりを行うことは大前提である。しかし入院中の高齢者に対して、転倒・転落やルート類の自己抜去の危険性が高いことを理由に、身体拘束の実施を選択している臨

連絡先 (Corresponding author) : 北村 言
石川県立看護大学
〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

床現場があることも事実である。現に、身体拘束の実施割合は、認知症が疑われる高齢入院患者の44.5%にも及ぶと報告されている²⁾。

身体拘束とは、抑制帯等、患者の身体または衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限のことをいうとされている³⁾。身体拘束は、ケア対象者の安全を守りながら、確実に治療を実施する目的で行われているが、拘束を実施することにより、関節拘縮、四肢の廃用症候群、身体機能の低下といった身体的障害、認知症の進行やせん妄の頻発を招く等の精神的障害を及ぼすことが分かっている^{4) 5)}。

身体拘束を減らす取り組みとして、1999年の介護保険制度開始に先立ち、厚生労働省令により介護保険施設等では身体拘束は原則禁止とされ、2001年には「身体拘束ゼロへの手引き」が発行された⁶⁾。病院では、2016年度の診療報酬改定で身体拘束が行われた日には認知症ケア加算が減算されることが示された。2024年には、身体拘束最小化の義務化を規定する旨の内容が示され³⁾、身体拘束最小化への取り組みが強化されている。これらにおいて、やむを得ず身体拘束が実施される場合には、切迫性、非代替性、一時性の3要件を満たしていることが条件とされている³⁾。しかし、どのような状態が「やむを得ない」のかの判断は臨床現場に委ねられている状態である。そのため、その場にいる医療者の考え方や経験によって、判断基準が異なる可能性がある。つまり、本来ならば身体拘束をしなくても治療・療養できたはずの高齢者が、身体拘束を受ける恐れがあるとも考えられる。身体拘束の最小化を図るには、現場で働く医療者すべてが、高齢者に対し適切な視点を持ってアセスメントを行えるようになることが求められると言える。

我が国における先行研究において、身体拘束の最小化について、看護師個人が身体拘束の必要性や回避をどのように判断しているかを報告した研究⁷⁾や看護管理実践に着目した研究⁸⁾はあるが、病棟看護師チームがどのように身体拘束を回避・解除する判断を下すのかに着目した研究報告はない。身体拘束の実施は、看護師個人の判断で決定されることはなく、病棟看護師チームで話し合い決定されることが一般的である。そのため、身体拘束の回避・解除について、病棟看護師チームの判断・行動のプロセスを明らかにすることは、身体拘束最小化に行き詰まっている病棟看護師チー

ムの一助となる。

そこで、本研究の目的は、病棟看護師チームの高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを明らかにすることとした。先行研究より、身体拘束の必要性を判断した理由として、ルート類の自己抜去や転倒・転落のリスクがあることが高い割合を占めていることから⁹⁾、本研究では、ルート類の自己抜去と、転倒・転落予防を目的とした身体拘束に関する病棟看護師チームでの意思決定による実践を対象とした。実践プロセスを明らかにするにあたり、時間経過や意思決定を促進／阻害する要因を含めて捉えることで、研究結果を臨床へ応用しやすくなると考えた。また、入院後も変化し続ける高齢者の状態に対応しながら、病棟看護師チームがどのようなプロセスを経て意思決定を行っているかを可視化することが重要であると考え、本研究ではそれらを含めたプロセスを捉える手法である、複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model : TEM) を参考にして分析を行うこととした¹⁰⁾。

研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは質的研究とし、分析はTEMを参考にした。TEMは、等至点という研究者が関心をもった現象に至るまでの人間の発達や変容を、時間の経過と外的要因の影響を捨象せずに捉える手法である¹⁰⁾。個人を対象とした研究だけでなく、チームを対象とした分析にも用いられている¹¹⁾。

2. インタビュー対象者

包含基準は、①病棟看護師長の経験を有する者、②入院中の高齢者への身体拘束についてアセスメントを行った経験を持つ者、の全てを満たす者とした。精神科領域以外での看護師長経験を有しない者は除外した。インタビュー対象者は、病棟看護師チームとしての実践を把握している者である必要があり、看護師長が最も適切であると判断した。精神科領域における身体拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律により定められているため除外した。

インタビュー対象者は、機縁法によりリクルートした。

3. 調査方法

インタビュー対象者に対し、研究者2名による半構造化面接を2回実施した。メインのインタビューは、看護学部生であったため、共同研究者である指導教員が同席し、適宜質問の補足を行っ

た。面接は、対面またはオンラインで個別に行い、高齢者への身体拘束に関して質問した。インタビューの内容を表1に示した。初めに、今回の身体拘束回避・解除の実践対象となる高齢者の特性が、施設間で相違がないかどうかを確認するため身体拘束の話し合いの対象となる高齢者の特徴について確認した。その後は研究者からの質問を軸とし、インタビュー対象者には自身が所属する病棟看護師チームの経験と、経験を経て形成された考えの双方を自由に語ってもらった。その際、経験と考えを区別して話してほしいこと、経験にはインタビュー対象者が直接経験したこと以外に、カンファレンスや部下から聞いたこと・見たことも含め病棟看護師チームとしての経験を話してほしいことを伝えた。また、病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位が病棟看護師チームであるかを確認し、看護師以外の職種を含む場合にはその職種と関わり方を確認した。面接内容はICレコーダーに録音し、音声から逐語録を作成した。調査期間は2024年9月～11月で

あった。

4. 分析方法

逐語録を精読し、身体拘束を回避、または解除する決定に至るまでのチームの思考と行動を表わす最小単位の切片を区切り、各切片を表わすコードをつけた。TEM図を作成するにあたり、コードを時系列に並べ、一人のインタビュー対象者内で同じ意味を持つコードが複数存在する場合には、それらを表わす親コードをつけた。親コードは、インタビュー対象者が面談の中で同一の出来事を繰り返し述べたために出現したものであり、概念レベルを上げるものではない。また、思考や行動が現れた時間に留意し、異なる時間に現れたコードを統合しないようにした。表2に、TEMの主要概念と本研究における意味を示す。コードから、TEMの主要概念にあたる等至点、両極化した等至点、必須通過点、分岐点、社会的方向付け、社会的助成を特定し、各インタビュー対象者の所属するチームのTEM図を作成した。

2回目の面接では、分析の妥当性を示すために、

表1 インタビューの内容

転倒・転落予防/ルート自己抜去予防の2点について聴取	
1	身体拘束の話し合いの対象となる高齢者の特徴を挙げてください。
2	病棟看護師が身体拘束を必要と考えた場合、チームでの検討はどのように進められますか。
3	身体拘束をしない対応を検討するときに必要な情報には、どのようなものがありますか。 それらの中で、病棟（施設）看護師が情報収集において困難とを感じるものは何ですか。 また、アセスメントにおいて困難とを感じるものは何ですか。
4	身体拘束をしないという意思決定に至る議論の過程で、スタッフによって意見がわかれやすいポイントはありますか。それらはどのように意思決定に至りますか。

表2 TEM (Trajectory Equifinality Model) の概念と本研究における意味

用 語	概念の意味	本研究における意味
等至点: EFP (Epuifinality Point)	本研究において着目する出来事や経験	「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」
両極化した等至点: P-EFP (Polarized EFP)	等至点の対となる出来事や経験	「身体拘束の実施」
分岐点: BFP (Bifurcation Point)	行動が多様に分かれていくポイント	「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断に至る経路に影響を与える思考や行動
必須通過点: OPP (Obligatory Passage Point)	等至点に至るうえで必ず通るポイント	「患者の入院または状態の変化」
社会的方向付け: SD (Social Direction)	等至点に至る個人の行動や選択に抑制的にかかっていく文化的・社会的な力	「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断にネガティブな影響を及ぼす要因
社会的助成: SG (Social Guide)	等至点に至る個人の行動や選択を後押しするような援助的な力	「身体拘束を実施しない、または完全に解除する」という決断にポジティブな影響を及ぼす要因

メンバーチェックを行った。各TEM図をインタビュー対象者に見せ、インタビュー対象者の語りと研究者の理解に齟齬がないか、TEM図の径路が対象者個人ではなく病棟看護師チームとしての経験を表しているかを確認し、各TEM図を修正した。

身体拘束の話し合いの対象となる療養者の特性に関する語りからは、療養者の特性を示す最小単位の切片に区切り、各切片を表わすコードを付けた。コード全体を確認し、対象者の特徴をまとめたカテゴリーを抽出した。

分析は、老年看護学を専門とする者を含む看護学研究者3名と看護学部生1名の計4名で複数回の議論を重ねた。

倫理的配慮

インタビュー対象者には、説明文書を用いて研究説明を行い、同意を得た。また、面接開始前に録音についても説明し、了承を得た。インタビュー対象者に対し、話したくないことは話さなくてもよいこと、語る内容に個人が特定される内容(固有名詞等)は含まないようにすることを伝えた。本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て行った(2024-58-2)。音声データ、逐語録は研究用IDを付して、語りの中に病院名等の個人の特定につながりうる情報が含まれた場合は、それらは伏せ字にし、研究者のみがアクセス可能なクラウドに保管した。

結 果

2名の病棟看護師長に面接を行った。インタビュー対象者の所属は、大学病院、一般病院が各1名ずつであった。看護師経験年数及び管理者経験年数はそれぞれ、ID1では32年、7年、ID2では26年、6年であった。面接時間(1回目/2回目)は、ID1(70分/23分)、ID2(45分/33分)であった。

身体拘束の話し合いの対象となる者の特性として、[認知機能・判断力の低下等により、危険性を理解し、予防行動をとることができない者][ルート類の自己抜去や転倒・転落が生じた際、本人に重大な影響が及ぶと予測される者]が挙げられた(表3)。

病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位は、どちらのインタビュー対象者においても、病棟看護師チームであることを確認した。

2名の病棟看護師チームのTEM図を図1に示した。結果を述べるにあたり、カテゴリーを《》、(親)コードを<>で示す。(親)コード内の一部のフレーズを本文中に用いる場合には、「」で表した。インタビュー対象者の実際の語りは、斜体で示す。

ID1では、入院後すぐに<在宅との環境の違い>を把握し、意思疎通の状況や認知機能の様子、身体拘束がされている場合はその理由等を詳細に記録したもので、情報収集を行(う)>い、入院カンファレンスにて、自己抜去や転倒・転落のり

表3 身体拘束の議論の対象となる者の特性

カテゴリー	コード	インタビュー対象者
認知機能・判断力の低下等により、危険性を理解し予防行動をとることができない者	自己抜去を繰り返す患者	ID1
	認知機能低下やせん妄等により、状況や伝達内容の理解が困難な患者	ID1
	術後せん妄や環境変化によるせん妄、高次脳機能障害等、自己抜去の危険性やルートの必要性を理解できない、また判断力の低下がみられる患者	ID1/ID2
	言動と行動が一致しないような患者	ID2
	自分の実際のADLを理解できない患者	ID2
	精神的に興奮状態にある患者	ID2
ルート自己抜去や転倒が生じた際、患者に重大な影響が及ぶと予測される者	ルート抜去が重大な影響を及ぼすと考えられる患者	ID1
	せん妄や認知機能障害、脳転移等、心身の制御がうまく行えない場合や、転倒すると重大な障害を受ける可能性が高い患者	ID1
	経管栄養目的のチューブが入っている患者	ID1

リスクが高い者に対しては「入院中に起こりうる患者のリスク」について話し合いが行われていた。

「転棟前に身体拘束が行われていた場合も、その身体拘束をどのように解除するか」という視点で話し合いが行われていた。その後、＜療養環境を整備したり、排尿パターンを把握したりして訪室頻度やタイミングを決定（する）：分岐点＞し、＜その日の看護師が協力し合いながら、リーダーが中心となり、見守りができる環境を整える＞といった実践に繋げていた。日々のケアの実践として、＜見守りを行っている看護師が患者の直前の様子を踏まえて訪室頻度を微調整する＞ことや、＜意思疎通が困難で、行動が予測できない患者に対し、療養環境を物理的に整備したり、点滴を日中に行う等、時間的工夫を凝らすことで、代替ケアを確立する＞という流れを繰り返していた。そして、＜見守りを継続しながら、訪室間隔を広げていき、最終的に見守りなしで療養できるようになる＞り、身体拘束の回避を可能としていた。＜ルート自己抜去による患者への影響を案じた医師から身体拘束の依頼を受ける＞場合には、看護師が医師に対し＜身体拘束を行うことで、かえって患者が興奮し、危険な状態になる可能性があること等を踏まえ、身体拘束なしで見守るという選択肢を提案（する）＞し、＜医師側の思いをくみ取りつつ、身体拘束の有無に関わらず頻回な訪室の必要性があることを伝え、身体拘束なしでの対応について話し合いを重ねる＞ことで、身体拘束回避を図っていた。話し合いを進める中で、＜合意に至らない場合は、倫理問題を担当する部署も加わって話し合いを行（う）＞い、慎重に決断を下していた。

ID1の社会的方向付けには、＜医師は、患者の治療に対する全責任を負う立場にあり、場合によっては身体拘束を行った方がいいと考える場合もあること＞や＜見守りのための頻回な訪室は困難であるという看護師の声＞が、社会的助成には、＜身体拘束最小化に取り組む看護部としての目標＞、＜病棟に身体拘束ツールをおかない病院の方針＞や＜臨床倫理コンサルティングチームの介入＞が抽出された。

ID2では、＜患者の言動と行動が一致せず、危険性についての患者の理解の見極めが困難である場合や、リスクの高い行動が患者に見られる場合に、その時点でカンファレンスを行う＞、＜ペアで行動している看護師同士で話し合った結果、危険性があると判断し、身体拘束の実施の議論が

カンファレンスに上がる＞等、患者に危険行動が見られた時点でカンファレンスの開催に至っていた。また、入院時すでに身体拘束が実施されていた患者に対しては＜身体拘束の実施＞を継続しながらも、＜毎日行う身体拘束解除に向けてのカンファレンス＞で話し合っていた。カンファレンスでは、患者の夜間の様子等の情報収集を行うことで、＜一時点での様子のみでなく、患者の普段の様子から、自己抜去のリスクがどれほどのものか、身体拘束が本当に必要な状態であるのかを判断する＞方向性で、＜患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点＞ために話し合いが進められていた。カンファレンスの結果、患者の行動の理由が明確になれば、「その行動の理由に対する介入」や＜転倒・転落が起きたとしても、患者への被害が最小となるような環境整備を行うことで、身体拘束なしで患者が自由に行動できる状態をつくる＞等の対応を行い、身体拘束の実施を回避していた。カンファレンスによって、＜情報が不足しており、患者の行動の予測が困難である場合は、離床センサーの用意を事前に行う＞ことや、＜スタッフが日中の時間帯には、常時見守りができる環境で、身体拘束の必要性を判断（する）＞していた。

ID2の社会的方向付けには、＜身体拘束解除後に転倒が起きた場合に、看護師が責められるのではないかという恐怖感＞や、＜患者の行動に関する情報が少ないこと＞が、社会的助成には、＜身体拘束の代替ケアを、まずはやってみようという考え＞や＜ルート類は早期に取り去った方がよいという看護師の考え＞が抽出された。

2つのチームの径路において、必須通過点、分岐点、等至点は類似しており、＜患者の入院または状態の変化：必須通過点＞＜患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点＞＜身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点＞が特定された。分岐点＜患者の危険行動の理由を明確にする＞の生データとして、

家と環境が違うからこうしないといけないねとか、やっぱりトイレに近い部屋がいいねとか、（省略）動線危なくないよとか、（省略）排尿パターン掴んでナースコールがない人ならば、それを掴んで見に行かないといけないねとか（省略）

[ID1]

アセスメントする時には抜こうとしている患者さんだったりとか、なぜ抜こうとしているのか、ということだと思うんですよ。本当に判断がで

きない人なのか、たまたまかゆくて搔いていたことがその抜去につながったのかというところの、その抜去に至る要因だったことは何かという（省略）やっぱり日々の様子とかですかね（省略）たまたまだったのか（省略）危ない行動をとったような人がいれば、その時その場でも（話し合いを）やったりしますし、（省略）（身体拘束を実施している人に対しても）継続する必要性があるのか、また新たなことがあるのか、解除ができるかということは必ず毎日カンファレンスしています〔ID 2〕といった語りが聞かれた。

考 察

本研究は、病棟看護師チームにおける高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを初めて明らかにした。分岐点《患者の危険行動の理由を明確にする》が2つのチームで共通しており、チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。このような患者の危険行動の理由を明らかにする取り組みは、先行研究において、熟練した看護師が身体拘束回避の判断をする際の視点と同様である⁷⁾。しかし、一人の看護師が患者に関わる時間は勤務時間に限られ、患者の状態も時間帯や日によって異なるため、看護師が個々にアセスメントを行うことには限界がある。また、経験の浅い看護師の場合には、熟練した看護師と同様のアセスメントを行うことは難しいことが考えられる。今回対象となった2つのチームでは、定期的なカンファレンスの開催に留まらず、日々、必要時に病棟看護師チームによる話し合いの場が持たれていた。そして、ケアの方針や対策を病棟看護師チーム全員で共有し、環境調整や必要に応じて業務調整が行われていた。このように、病棟看護師チームとして患者の情報を統合しアセスメントできること、アセスメントに基づいたケアを病棟看護師チーム全体で実践することが、身体拘束を実施しない、または解除するという意思決定に至る重要な通過点であることが示された。

2つのプロセスを比較すると、分岐点《危険行動の理由を明確にする》は一致していた。しかし、分岐点が現れるタイミングは、ID 1 は実践サイクル内であるのに対し、ID 2 はカンファレンス中に位置している。このことについて、ID 1 は、社会的助成に＜身体拘束最小化に取り組む看護部としての目標＞、＜病棟に身体拘束ツールをおか

ない病院の方針＞とあるように、病院の取り組みとして、身体拘束のない看護の実践が推進されている環境が醸成されており、身体拘束を回避・解除するために、常に患者の状態に応じてケア方法を工夫するプロセスが確立していたと推察される。それゆえに、実践サイクルの中で、看護師同士が頻回に話し合いの場を持ち、《患者の危険行動の理由を明確にする》という分岐点を経て、ケアを行っていく過程が可視化されたと考えられる。一方ID 2 では、径路の中に、＜ペアで行動している看護師同士で話し合った結果、危険性があると判断し、身体拘束の実施の議論がカンファレンスに上がる＞とあり、ペア単位で動く看護師が、患者の危険行動を察知したことをきっかけに、カンファレンスが開催されていた。病棟看護師チームで開かれるカンファレンスの中で、《患者の危険行動の理由を明確にする》話し合いが実施され、その後のケア方針を統一するプロセスを経て、実践に繋がっていた。2つの病棟看護師チームそれぞれの看護ケアの在り方によって、分岐点が現れるタイミングは異なるものの、どちらの径路においても、《患者の危険行動の理由を明確にする》ことで、身体拘束回避・解除に向けた効果的なケアの実施に進むことが示された。

ID 1 では、プロセス内に、看護師が医師に対し＜身体拘束を行うことで、かえって患者が興奮し、危険な状態になる可能性があること等を踏まえ、身体拘束なしで見守るという選択肢を提案（する）＞し、＜医師側の思いをくみ取りつつ、身体拘束の有無に関わらず頻回な訪室の必要性があることを伝え、身体拘束なしでの対応について話し合いを重ねる＞といった医師とのやり取りを認めたこと、社会的方向付けに＜身体拘束に関する、医師との意見の対立＞が抽出されたことから、身体拘束の回避・解除の意思決定には、医師側の要因が関連することが示唆された。しかし、医師の指示のみで決定されるわけではなく、看護師チームから身体拘束なしで見守るという選択肢を提案したり、倫理部門が介入することで、身体拘束を回避・解除することに向かっていた。また、社会的助成として、＜病院全体の高い倫理観＞＜患者にとって何がベストであるか、患者を尊重する考え方が根付いている＞等が挙げられ、病棟看護師チームの意識が、身体拘束回避の判断にポジティブな影響をもたらすことが示唆された。急性期病院において、身体拘束を最小化するために行われている看護管理の実践内容を調査した研究では、

「身体拘束実施を検討するためのベースとなる看護観・倫理観の涵養」が、実践の一つとして報告されている¹³⁾。本研究の結果は、インタビュー対象者のチームに、このような看護観や倫理観が根付いていることで、身体拘束回避に向かって話し合いが繰り返し行える風土が形成されていたことを示している。

ID 2 では、入院時すでに身体拘束が実施されていた患者に対しては〈身体拘束の実施〉を継続しながらも、〈毎日行う身体拘束解除に向けてのカンファレンス〉で話し合っていた。入院時には情報が限られる中、入院以前の身体拘束が転院先の施設での身体拘束に繋がることが示された。退院直前であっても、解除可能な身体拘束が解除されることの重要性和、やむを得ず身体拘束が解除できなかった場合には、身体拘束に関連する詳細な情報を転院先へ情報提供することの必要性が示唆された。

病棟において身体拘束に関する話し合いを日常的に行うチームの単位は、どちらのインタビュー対象者においても、病棟看護師チームであった。2つのプロセスには、看護師以外の職種と意見が対立する場合や看護師以外も含めたスタッフとの情報共有が含まれていたが、病棟看護師チームとして意思決定をし、それらを必要時には他の職種へ示していた。

今回の研究結果に基づく看護実践への示唆として、身体拘束回避・解除を目的とした話し合いの場を継続的に持てる環境を整えることの重要性が挙げられる。本研究の結果で、病棟看護師チームが高い倫理観を持ち、患者を尊重する考え方に基づいて、カンファレンス等の場で情報共有と話し合いを重ねていくことで、患者理解が深まり、身体拘束を回避・解除するという判断に至ることが示された。そのため、病棟看護師チームが身体拘束の回避を達成するためには、チーム全体が身体拘束最小化に対する意識を常に持ち、身体拘束回避・解除に向けた話し合いが習慣となることが望まれる。

本研究には限界がいくつか存在する。1つ目は、病棟看護師チームの意思決定プロセスを看護師長のみの語りから描いた点である。本研究では、病棟看護師チームの経験や思考を語るには、チーム全体を捉えられている者である必要があり、看護師長が最適と考えインタビュー対象者とした。面談にあたり、インタビュー対象者個人の考えと、病棟看護師チームとしての行動や思考プロセスは

区別して話してもらうように依頼し、2回目の面談の際には、TEM図がチームとしてのプロセスを描いているかを確認した。2つ目は、インタビューの対象者が2名であり、径路の多様性を描いているとは言えない点である。本研究では、2つのチームの径路を描いたところ、結果的に両者の病棟看護師チームの必須通過点、分岐点、等至点は共通していたが、他の病棟看護師チームにも同じことが言えるとは限らない。3つ目に、メインのインタビュアーは看護学部生であり、インタビューの経験が乏しいことが挙げられる。しかし、インタビュアーは研究前にインタビューのトレーニングを受け、質的研究の経験を持つ看護研究者である共同研究者の同席のもとインタビューを実施した。

まとめ

病棟看護師チームにおける高齢者への身体拘束の回避・解除に関する意思決定のプロセスを、TEMを参考にして分析したところ、2つのチームで共通して、〈患者の入院または状態の変化：必須通過点〉〈患者の危険行動の理由を明確にする：分岐点〉〈身体拘束を実施しない、または完全に解除する：等至点〉が抽出された。身体拘束を回避・解除するため、病棟看護師チーム全体で患者の行動について話し合うことで、患者の行動の理解が深まり、効果的な代替ケアの実施が可能となっていた。

利益相反

利益相反該当無し。

文 献

- 1) 内閣府：令和6年版高齢社会白書（全体版），[オンライン，https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html]，令和6年版高齢社会白書（全体版）（PDF版）（3. 31. 2025）
- 2) Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A: Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals, *International Psychogeriatrics*, 30(7), 991–1000, 2018. doi:10.1017/S104161021700240X (3. 27. 2026)
- 3) 厚生労働省：令和6年度診療報酬改定の概要【重点分野Ⅱ（認知症、精神医療、難病患者に

- 対する医療)】，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238907.pdf>]，令和6年度診療報酬改定の概要（3. 31. 2025）
- 4）厚生労働省：介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き，[オンライン，<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>]，介護施設・事業所等で働く方々への身体拘束廃止・防止の手引き（3. 31. 2025）
- 5）Chou MY, Hsu YH, Wang YC, et al.: The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: A hospital-based retrospective cohort study, *The Journal of nutrition, health and aging*, 24(2), 160–165, 2020. doi:10.1007/s12603-019-1306-7（4. 1. 2026）
- 6）厚生労働省：身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わるすべての人に－，[オンライン，https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf]，身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアに関わるすべての人に－（3. 31. 2025）
- 7）牧野真弓，加藤真由美：一般病棟の認知障害高齢者へ身体拘束回避で転倒を予防する熟練看護師の思考と実践のプロセス，*看護実践学会誌*，31(2)，48–58，2019
- 8）菅野真綾，叶谷由佳：急性期病院における身体拘束を軽減するための看護管理に関する文献検討，*日本看護管理学会誌*，25(1)，129–138，2021
- 9）柴田明日香，佐々木八千代，白井みどり：看護師が一般病院で身体拘束を行う理由と高齢者の特徴，*大阪市立大学看護学雑誌*，17，1–10，2021
- 10）サトウタツヤ，安田裕子，木戸彩恵，他：複線径路・等至性モデル－人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して－，*質的心理学研究*，5，255–275，2006
- 11）小原由紀，枝広あや子：厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）分担研究報告書複線経路等至性アプローチ（TEA）を用いた要介護高齢者の経口摂取支援多職種チームの発展経過プロセス，[オンライン，https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172071/201715008A_upload/201715008A0010.pdf]，厚生労働科学研究成果データベース（11. 4. 2024）
- 12）荒川歩，安田裕子，サトウタツヤ：複線径路・等至性モデルのTEM図の描き方の一例，*立命館人間科学研究*，25，95–107，2012
- 13）南崎真綾，土肥真奈，叶谷由佳：身体拘束の廃止・軽減に成功した急性期病院の看護管理実践，*日本看護研究学会雑誌*，45(5)，905–914，2022

看護実践学会専任査読者一覧

(2026年9月現在)

青木未来	鏡真美	正源寺美穂	中道淳子	松本勝
赤坂政樹	片山美穂	須釜淳子	長山豊	丸谷晃子
浅田優也	加藤あゆみ	臺美佐子	西本由美	宮崎彩乃
石井和美	加藤真由美	高地弥里	橋本智江	宮永葵子
石川倫子	金谷雅代	田中浩二	平松知子	向井加奈恵
今田倫佳	金松瑞代	谷口好美	廣田真由美	村角直子
上埜千春	釜谷友紀	玉井奈緒	藤川直美	村山陵子
内村恵里子	北川奈美江	千原裕香	藤田結香里	森野啓
大江真吾	北川麻衣	塚崎恵子	堀口智美	山崎松美
大江真人	北山未央	津田朗子	前田美幸	横野知江
大桑麻由美	木下幸子	寺井梨恵子	牧美晴	四谷淳子
大橋恵	木森佳子	中川智絵	松井希代子	米田昌代
冲田翔平	紺家千津子	中島由加里	松井優子	蘭直美
鬼束和樹	坂本和美	長田恭子	松田知恵	
表志津子	作田憲一	中西容子	松本智里	(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）
木森佳子（公立小松大学保健医療学部）
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）
堀口智美（金沢大学医薬保健研究域保健学系）
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）
藤田結香里（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38巻 第1号

発行 令和8年9月30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)