

富山大学看護学会誌

第16巻 1号

(2016年 9月)

目 次

〈原著〉

- 高血圧症患者のセルフケア行動に向けた生活指導における教育効果の検証
坪田恵子 …… 1
- 食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖 – 要介護者の摂食・嚥下障害の症状との関係 –
川辺千秋, 伊井みず穂, 茂野敬, 道券夕紀子, 梅村俊彰
吉井忍, 新鞍真理子, 寺西敬子, 成瀬優知, 安田智美 …… 13

〈短報〉

- 認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス
村上章, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 …… 29
- 北陸地方在住のストーマ保有者の QOL の実態調査
茂野敬, 伊井みず穂, 道券夕紀子, 梅村俊彰, 安田智美 …… 41
- 慢性疾患患者のコンプライアンス測定尺度の作成の試み
横山孝枝, 藤本ひとみ, 高間静子 …… 51
- 看護学生による領域別実習指導の評価 – 実習初期と後期の比較から –
蔵屋敷 美紀 …… 63

〈学会報告〉

- 第 16 回富山大学看護学会学術集会 …… 73

高血圧症患者のセルフケア行動に向けた 生活指導における教育効果の検証

坪田 恵子

富山大学大学院医学薬学研究部基礎看護学

要 旨

目的：本研究では高血圧症患者に対して、日常生活行動における自己管理表を用いた生活指導を行うことによる教育効果を明らかにすることを目的とした。

方法：対象者は本態性高血圧症患者 22 名である。「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」及び「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」を用いた調査を実施した。そして、自己管理表（食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙の側面）を用いた生活指導を行い、指導前後における自己管理得点とセルフケア能力の得点を比較した。

結果：日常生活行動の自己管理得点は食事・運動・ストレス・服薬・喫煙の各側面において、指導前よりも指導後に得点が高くなった。また、セルフケア能力の合計得点においても、指導後の方が得点が高かった。

結論：本研究により自己管理表を用いた生活指導は、高血圧症患者のセルフケア能力を高め、セルフケア行動を促進する指導方法として活用できる可能性が示唆された。

キーワード

高血圧症患者，日常生活行動，自己管理，指導

はじめに

本邦の高血圧者数は約 4300 万人と推定されており、至適血圧を超えて血圧が高くなるほど、全心血管病、脳卒中、心筋梗塞、慢性腎臓病などの罹患リスクおよび死亡リスクが高くなることが示されている¹⁾。さらに、中年期の高血圧は将来の日常生活動作（ADL）低下リスクを上昇させることも報告されている²⁾。高血圧症患者にとってこのような合併症の発症を予防するためには、血圧を安定化させることが重要であり、そのためには望ましい日常生活行動を自己管理していくことが大切となる。これまでに血圧値に影響を与える日常生活行動として、塩分

の過剰摂取³⁾、肥満¹⁾、飲酒⁴⁾、喫煙^{5, 6)}、運動量⁷⁾、入浴の湯温⁸⁾、ストレス⁹⁾、睡眠¹⁰⁾などの生活習慣の要因が報告されている。また、高血圧治療ガイドライン¹⁾において、血圧のレベルが高くなるほど、生活習慣の改善のみでは目標血圧レベルに達することは困難であり、降圧薬による治療が必要となることが示されている。したがって、高血圧症患者の自己管理においては、服薬を含めた望ましい生活習慣を創り出し継続することが大切となる。

自己管理の支援として、日常生活の指導における報告では、木田ら¹¹⁾は高血圧者に対し運動療法を実施し血圧が低下したことを示している。また、鬼木ら¹²⁾は高血圧患者における減塩指導効

果について蓄尿による食塩排泄量の低下と血圧が低下したことを示している。さらに、岩本ら¹³⁾はFAXを用いた双方向の運動・食事療法を行い血圧が低下したことを報告している。このように高血圧者に対する血圧の低下に向けた取り組みは行われているものの、本邦における管理率（降圧薬服用者のうち収縮期血圧140mmHg未満及び拡張期血圧90mmHg未満の者の割合）は1980年以降の調査において10年毎に見ると上昇しているが、2010年において男性では約30%、女性では約40%にとどまっている¹⁴⁾。この現状は、高血圧症患者にとって望ましい日常生活行動の自己管理を充分に行うことができていない人の多さを反映しているものと考えられる。

高血圧治療ガイドライン¹⁾では、生活習慣の複合的な修正はより効果的であることが示されており、修正項目として減塩、野菜・果物・魚の積極的摂取、脂質を控える、減量、運動、節酒、禁煙等が挙げられている。このように様々な視点から生活習慣を見直すことは重要であるが、これまでにこのような複合的な視点から高血圧症患者への指導を行った研究はほとんどみられない。そこで、本研究に先立ち、食事・運動・ストレス・飲酒・喫煙の生活習慣に関する側面、及び服薬管理を含めた複合的な管理項目から構成される「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度（自己管理表）」¹⁵⁾を作成した。

本研究では、高血圧症患者のセルフケア行動に向けて、日常生活行動の自己管理表を用いた生活指導の効果を明らかにすることを目的とした。

研究対象と方法

1. 対象者

対象者は北陸地域の一般病院（1施設）に通院する本態性高血圧症患者である。対象者の年齢は負担度を考慮して20-74歳までとし、主治医が調査可能と判断した患者23名に調査協力の依頼をし、同意が得られた22名を対象者とした。除外基準としては、身体に麻痺のある者（運動の項目があるため）、1回目の調査日に服薬の変更のあ

る者である。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

介入研究（対照群は設けていない）

2) 調査内容

①対象者の背景

性別、年齢、罹病期間、降圧薬内服の有無、職業の有無、飲酒習慣の有無、喫煙習慣の有無、診察時の血圧値、身長、体重を調査した。

②自己管理及びセルフケア能力に関する調査

対象者の自己管理の程度を把握するために「高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度」¹⁵⁾を用い、食事・運動・ストレス・服薬・飲酒・喫煙管理の6領域について調査した。回答の選択肢は「はい」～「いいえ」の4段階評定であり、それぞれ4～1点の得点を与え自己管理度を得点化した。自己管理得点は高い程、自己管理ができていることを表す。

また、セルフケア能力の測定においては本庄¹⁶⁾の「慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙」を用いて測定した。本尺度は健康管理への関心、体調の調整、有効な支援の獲得、健康管理法の獲得と継続の4つの下位概念で構成されている。回答の選択肢は「はい」～「いいえ」までの5段階評定であり得点が高いほどセルフケア能力が高いことを表す。使用した2つの尺度は信頼性及び妥当性の検討がされている。

質問紙調査は生活指導の前（同日）及び、指導後の次の受診日にあたる4～8週間後にも同様の内容で実施した。

3) 日常生活行動における自己管理表を用いた生活指導

「自己管理表」は前述2) - ②の調査で使用した「日常生活行動自己管理尺度」と内容は同様のものであり、血圧の安定化のための日常生活上の目標となる行動が記されている。尺度の作成にあたっては、項目の内容について慢性期看護の研究者、高血圧症患者を診療する医師、及び高血圧症患者に確認してもらっている。

本研究における指導では自己管理表の簡便な

活用を試み、次のように行った。まず、2) - ②の調査により各対象者が回答した自己管理尺度の得点を現在の自己管理状況として対象者毎に書き写した。そして、得点の低い項目について改善できるよう生活することが血圧の安定化のために必要であることを伝えるとともに、患者と一緒に得点の低い項目（「いいえ（1点）」及び「どちらかというといいえ（2点）」と回答した項目）の内容を確認した。そして、自身の生活で取り組みができそうな点はあるか尋ね、生活行動の改善に繋げられるように心掛けた。また、3点以上の項目（「どちらかというといはい（3点）」及び「はい（4点）」）については、自己管理が出来ているものと捉えられるため、取り組みが出来ていることを認め、今後も現状を維持していけるように伝えた。さらに、家庭で自己管理表を参考にして生活を過ごしてもらえように「自己管理表」を手渡した。

なお、自己管理表の使用にあたって、対象により分かりやすくするため以下のように表現を若干修正した。運動の項目「運動中に脈拍を測定し体に負担になっていないか把握している」については、佐々木らの文献¹⁷⁾を参考に対象の年齢を基にして対象に合わせた脈拍数（138-年齢/2）を算出して記載した。また、服薬の項目「薬を飲む時、水と一緒にまたは口の中で溶かす等の用法を守っている」は薬剤師に確認して、「薬を飲む時、水と一緒に飲んで（口の中で溶かすタイプの薬の場合は、口の中で溶かす又は水と一緒に飲んで）」とした。さらに、服薬の項目「薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいかを判断できる」について、その判断が具体的に理解できるよう医師に確認し、「朝の薬は昼食後までは飲む方がよい」を追記することとした。

4) 調査期間

2014年2月～同年7月であり、調査1回目は2月～5月、調査2回目は4月～7月であった。なお、調査2回目の時期について、1回目の調査から4週間後の者は1名、6週間後の者は6名、8週間後の者は15名であった。

3. 分析方法

データの分析では、指導前後の自己管理得点及びセルフケア能力得点の比較には Wilcoxon の符号付順位検定を行った。指導前後の血圧値の比較は Shapiro-Wilk による正規性の検定を行い正規分布をしていることを確認した後、対応のある t 検定を行った。また、自己管理表の活用に関するアンケート調査を行い、『自己管理表の項目は参考になったか』に対して、「とても参考になった」から「参考にならなかった」の4段階評定にて回答を得て、記述統計を行った。さらに、自己管理表の活用に関して自由記載を設けた。

統計解析においては IBM SPSS Statistics Ver. 22 を使用した。

4. 倫理的配慮

対象者には本研究の趣旨やプライバシー保護、研究に参加しなくても不利益を被ることはないこと及び一旦同意した場合でもいつでも撤回することができること等について書面及び口頭にて説明し、同意が得られた場合に調査を実施した。面接時には、プライバシーが守られる個室で行った。また、研究成果を公表する際には匿名性を守ることを説明した。

なお、本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認（臨認25-101号）を得た後、調査施設の病院長の了承を得て実施した。

結 果

1. 対象者の背景（表1）

性別は、男性18名、女性4名であった。平均年齢は65.1±7.1歳（45歳-73歳）であった。罹病期間は8.4±9.7年であった。降圧薬は22名全員が服用していた。有職者は12名（54.5%）であった。飲酒習慣のある者は14名（63.6%）、喫煙習慣のある者は7名（31.8%）であった。BMIは25以上の者が11名と半数であった。

2. 日常生活行動における自己管理得点

日常生活行動自己管理尺度の平均得点±標準偏差を算出し、指導前後の比較をした。食事管

表 1. 対象者の背景

N=22

背景	区分	人数	%
性別	男性	18	81.8
	女性	4	18.2
年齢	40歳代	1	4.5
	50歳代	3	13.6
	60歳代	12	54.5
	70歳代	6	27.3
		平均	65.1±7.1 歳
罹病期間	5年未満	7	31.8
	5～10年未満	8	36.4
	10～20年未満	6	27.3
	20年以上	1	4.5
		平均	8.4±9.7 年
降圧薬服用	有	22	100.0
	無	0	0.0
職業	有	12	54.5
	無	10	45.5
飲酒習慣	有	14	63.6
	無	8	36.4
喫煙習慣	有	7	31.8
	無	15	68.2
BMI	25 未満	11	50.0
	25 以上	11	50.0
血圧値	平均収縮期血圧	139.6±11.5mmHg	
	平均拡張期血圧	85.4±8.8mmHg	

理 (表 2) について、指導前の合計得点は 20.91±4.88 点であり、指導後は 23.14±4.17 点と高くなった ($p<0.01$)。項目毎にみると、指導後に得点が有意に高かった項目内容には、項目 4「太らないように気をつけて食事をとっている」、項目 6「甘い菓子やジュースは控えている」、項目 7「塩分を控えて作った食事をとっている」があった。

運動管理 (表 3) について、指導前の合計得点は 19.00±2.79 点であり、指導後の方が 21.31±3.28 点と高かった ($p<0.01$)。指導後に得点が有意に高かった項目内容には、項目 2「運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している」、項目 7「日頃より運動を心掛けている」があった。

ストレス管理 (表 4) について、指導前の合計得点は 25.09±3.24 点であり、指導後は 26.82±4.05 点と高くなった ($p<0.01$)。指導後に得点が有意に高かった項目内容としては、項目 1「規則正しい生活をしている」、項目 7「お風呂は 38～40℃ くらいの比較的ぬるい湯に入る」があった。

服薬管理 (表 5) については、指導前の合計得点は 23.73±3.38 点であり、指導後の方が 25.68±2.19 点と高かった ($p<0.01$)。指導後に得点が有意に高くなった項目内容としては、項目 1「薬は医師

表 2. 食事管理における指導前後の自己管理得点

N=22

項目内容	指導前	指導後
1: 漬物、佃煮、ハム、干物、塩辛などの塩分を多く含む食品はとらないようにしている	2.32±0.89	2.59±0.73
2: 食事は野菜や魚類が中心である	2.77±0.87	3.00±0.76
3: 味の薄いものを食べるようにしている	2.68±0.78	2.73±0.70
4: 太らないように気をつけて食事をとっている	2.68±0.95	3.14±0.71 *
5: 肉類や油っこいものを控えている	2.82±0.96	2.91±0.61
6: 甘い菓子やジュースは控えている	2.59±0.73	3.23±0.69 **
7: 塩分を控えて作った食事をとっている	2.45±0.80	2.68±0.65 *
8: 玉子、魚卵や内臓ごと食べる魚 (たらこ・いくら・ししゃも等)、レバー、肉の脂身などコレステロールを多く含む食品をとりすぎないように気をつけている	2.59±0.67	2.86±0.71
合計得点 (最大得点 32 点)	20.91±4.88	23.14±4.17 **

Wilcoxon の符号付き順位検定 * $p<0.05$, ** $p<0.01$

表3. 運動管理における指導前後の自己管理得点

N=22

項目内容	指導前	指導後
1: 運動をする時は、手足を大きく動かすような散歩、早歩き、水中運動、ゆったりとした水泳、サイクリング、ラジオ体操、リズム体操などの激しくない全身運動である	3.14±0.47	3.09±0.61
2: 運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している	1.14±0.35	1.71±0.82 *
3: 運動後は爽快な気分になる	2.91±0.92	3.09±0.61
4: 天候の悪い日でも室内等で運動を行っている	1.73±0.77	2.05±0.79
5: 車など乗り物にたよりすぎないで歩くようにしている	2.41±0.73	2.68±0.78
6: 運動中や後には水分をとっている	3.05±0.65	3.14±0.71
7: 日頃より運動を心掛けている	2.41±0.80	3.00±0.53 **
8: 運動療法に関する情報を得るようにしている	2.23±0.87	2.55±0.86
合計得点 (最大得点 32 点)	19.00±2.79	21.31±3.28 **

Wilcoxon の符号付き順位検定 *p<0.05, **p<0.01

表4. ストレス管理における指導前後の自己管理得点

N=22

項目内容	指導前	指導後
1: 規則正しい生活をしている	2.86±0.71	3.09±0.53 *
2: 疲れたら無理をしなくて休息する	3.14±0.56	3.32±0.57
3: 身体の負担にならないよう仕事(家事)を調整している	2.91±0.68	2.86±0.71
4: 話しをしたり悩み事を相談する相手があり、ストレスをためないようにしている	2.91±0.53	3.05±0.58
5: 十分に睡眠をとり、すっきりと目覚めることができる	2.91±0.92	3.14±0.83
6: 外出時、寒いときは上着をもう1枚着るなど、寒暖に対し衣服で調整している	3.32±0.57	3.41±0.50
7: お風呂は38～40℃くらいの比較的ぬるい湯に入る	2.50±0.91	2.91±1.02 *
8: 寒い日にお風呂に入るときは浴室と脱衣所をあらかじめ暖めている	2.32±1.13	2.55±1.06
9: 入浴時の注意について情報を得るようにしている	2.23±0.69	2.50±0.67
合計得点 (最大得点 36 点)	25.09±3.24	26.82±4.05 **

Wilcoxon の符号付き順位検定 *p<0.05, **p<0.01

表5. 服薬管理における指導前後の自己管理得点

N=22

項目内容	指導前	指導後
1: 薬は医師の指示通り、回数・量・時間帯(食後など)を守り飲んでいる	3.55±0.67	3.86±0.35 *
2: 血圧値が安定していても薬はしっかりと飲んでいる	3.55±0.60	3.86±0.35 *
3: 薬を飲む時、水と一緒に飲んでいる(口の中で溶かすタイプの薬の場合は、口の中で溶かす又は水と一緒に飲んでいる)	3.77±0.43	3.86±0.35
4: 薬は忘れないで飲んでいる	3.45±0.67	3.77±0.43 *
5: 薬を飲み忘れない工夫や環境づくりをしている	3.23±0.69	3.45±0.67
6: 薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいかを判断できる(朝の薬は昼食後までは飲む方がよい)	2.86±0.83	3.41±0.59 **
7: 身体に何らかの症状が現れた場合には、早めに病院を受診もしくは連絡をすることができる	3.32±0.65	3.45±0.60
合計得点 (最大得点 28 点)	23.73±3.38	25.68±2.19 **

Wilcoxon の符号付き順位検定 *p<0.05, **p<0.01

の指示通り，回数・量・時間帯（食後など）を守り飲んでいる」，項目2「血圧値が安定していても，薬はしっかりと飲んでいる」，項目4「薬は忘れないで飲んでいる」，項目6「薬の飲み忘れに気付いた時，その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいのかを判断できる（朝の薬は昼食後までは飲む方がよい）」があった。

飲酒管理（表6）について，指導前の合計得点は10.36±2.62点であり，指導後は11.07±2.43点であり，有意な得点の上昇は見られなかった。

喫煙管理（表7）について，指導前の合計得点は7.00±1.63点であり，指導後は8.14±1.57点と高くなった（ $p<0.05$ ）。指導後に得点が有意に高くなった項目内容としては，項目3「たばこを吸いたくなかった時，他の行動（ストレッチや軽い運動，お茶や水を飲む，ガムをかむ，深呼吸をする，歯を磨くなど）で代用するようにしている」があった。

3. セルフケア能力の得点（表8）

慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙において，指導前の合計得点の平均値±標準偏差は111.1±11.6点であり，指導後の方が115.5±12.2点と高かった（ $p<0.05$ ）。下位概念毎に指導前後の平均得点を見ると，「健康管理法の獲得と継続」は指導前35.4±5.3点であり，指導後は38.0±5.0点と高くなった（ $p<0.01$ ）。「体調の調整」は指導前27.0±3.2点であり，指導後は28.2±3.6点と得点が高くなった（ $p<0.05$ ）。「健康管理への関心」及び「有効な支援の獲得」については有意な得点の変化は見られなかった。

4. 血圧値の変化（表9）

平均血圧値±標準偏差は，指導前については収縮期139.6±11.5/拡張期85.4±8.8mmHgであり，指導後は134.8±12.3/82.3±10.3mmHgであった。指導前後の血圧値を比較すると，指導後の方が収縮期血圧及び拡張期血圧ともに低い傾向が見られ

表6. 飲酒管理における指導前後の自己管理得点

n=14

項目内容	指導前	指導後
1：アルコール飲料を飲む時は，量を決めて飲んでいる	3.14±0.66	3.36±0.63
2：アルコール飲料を1週間の中で数日は飲まない日を作っている	2.00±1.11	2.00±0.96
3：アルコール飲料を飲む日の量は，日本酒では1合以下，もしくはビールでは中瓶1本（500mL）以下である（*女性はこの半分程度）	2.71±1.07	2.86±1.10
4：アルコール飲料を飲みすぎないような環境づくりや工夫をしている	2.50±0.85	2.86±0.86
合計得点（最大得点16点）	10.36±2.62	11.07±2.43

Wilcoxonの符号付き順位検定

表7. 喫煙管理における指導前後の自己管理得点

n=7

項目内容	指導前	指導後
1：一日に吸うたばこの本数を決めている	2.71±1.11	3.00±1.00
2：たばこを吸いすぎないような工夫や環境づくりをしている	2.57±0.53	2.86±0.69
3：たばこを吸いたくなかった時，他の行動（ストレッチや軽い運動，お茶や水を飲む，ガムをかむ，深呼吸をする，歯を磨くなど）で代用するようにしている	1.71±0.76	2.29±0.49 *
合計得点（最大得点12点）	7.00±1.63	8.14±1.57 *

Wilcoxonの符号付き順位検定 * $p<0.05$

表8. セルフケア能力の得点 N=22

項目内容	指導前	指導後	
1. 健康管理法の獲得と継続	35.4±5.3	38.0±5.0	**
2. 体調の調整	27.0±3.2	28.2±3.6	*
3. 健康管理への関心	29.8±2.8	30.6±2.8	
4. 有効な支援の獲得	18.9±2.6	18.7±2.6	
合計得点	111.1±11.6	115.5±12.2	*

最大得点：1=50点、2=35点、3=35点、4=25点、合計145点
Wilcoxonの符号付き順位検定 *p<0.05, **p<0.01

表9. 指導前後の血圧値の変化 N=22

	指導前	指導後
収縮期血圧	139.6±11.5	134.8±12.3 †
拡張期血圧	85.4± 8.8	82.3±10.3 †

数値：平均値±標準偏差（単位：mmHg）
対応のあるt検定 † p<0.1

た (p<0.1).

5. 自己管理表の活用に関するアンケート結果

1) 『自己管理表の項目は参考になったか』に対する回答を図1に示した。「とても参考になった」者は4人(18.2%),「まあまあ参考になった」者は14人(63.6%),「あまり参考にならなかった」者は3人(13.6%),「参考にならなかった」者は0人であった(未記入1名)。

2) 自己管理表の活用に関する自由記載
自由記載では、「食事の味付けが薄くなった。」

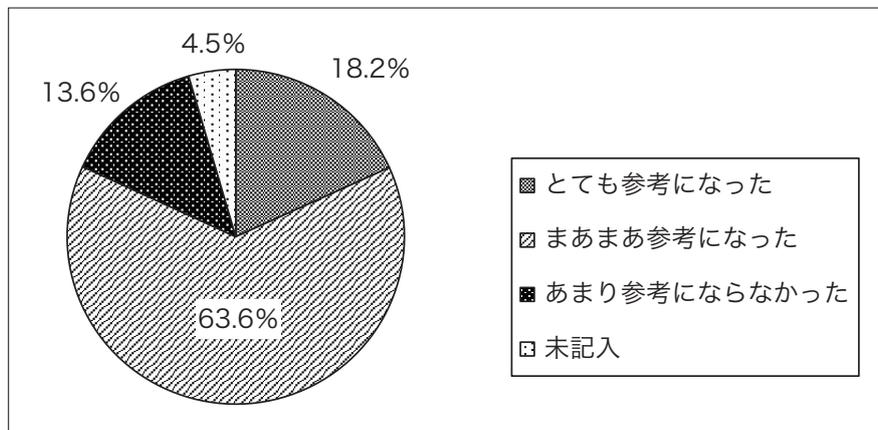


図1. 自己管理表の項目は参考になったか

「運動をするようになった」「煙草をやめる気になった」などのセルフケア行動への改善に関する記述, また, 「(自己管理に対して) 再認識できた」という記載があった. 一方, 「健康状態が良いので, あまり気にしなかった」「症状がでていないので, 自己管理の方にあまり力を入れていない(意識をしていない)」といったセルフケア行動の認識の不足に関する記述がみられた.

考 察

1. 日常生活行動における自己管理について

食事・運動・ストレス・服薬・喫煙の各側面における自己管理得点は, 指導前と比較して指導後の方が高かった. 指導後に有意に得点が上昇した項目として食事管理においては, 「太らないように気をつけて食事をとっている」があった. 本研究においては, BMIが25以上の者が半数いたことから, 肥満改善を意識した行動に結びついたことが考えられる. 運動管理においては, 項目2「運動中に脈拍を測定し, 体に負担になっていないか把握している」において指導後に得点の上昇がみられた. 運動の強度は最大酸素摂取量の50%程度が効果と安全の面から適していることが示されており¹⁷⁾, 今回, 各対象に合わせた運動時の適切な脈拍数(最大酸素摂取量の50%程度)を算出して伝えたことが実施へと結びつき, 得点の上昇に繋がった可能性が考えられる. 運動管理の

合計得点においても指導後に得点が上昇した。著者ら¹⁸⁾の調査では高血圧症患者への運動療法の効果に対する認識度について「あまり知らない」及び「知らない」を合わせると30.4%であり、これらの人は運動の必要性に気付いていないものと考えられた。今回、自己管理表を用いたことで運動の必要性の理解を促すことができ、得点の上昇に繋がった可能性が考えられる。服薬管理においては、項目6「薬の飲み忘れに気付いた時、その時の時間をみて薬を飲む方がよいか飲まない方がよいのかを判断できる（朝の薬は昼食後までは飲む方がよい）」が指導後に有意に得点が上昇した。これは、薬を飲み忘れた時の判断が適切にできるよう具体的な内容を加えたことで、判断がしやすくなったことが得点の上昇に結びついたものと考えられる。服薬管理では合計得点においても上昇がみられた。降圧薬の適切な内服は生活習慣の改善と同様に自己管理の重要な側面であり、高血圧治療ガイドライン¹⁾には「降圧薬で血圧を下降させることにより、心血管病の発症を予防できる」ことが示されていることから、適切な内服を支援していくことは患者にとって今後の生活の質を低下させないためにも大切であると考えられる。飲酒管理においては、指導後の有意な得点の上昇は見られなかった。これは、飲酒は嗜好品の1つであり、好む者が飲酒を行っていることから行動の修正が困難であることが考えられた。

本研究では6つの側面からの自己管理表を用いることで、高血圧症患者の現在の自己管理状況が分かり、さらに各人に合わせて6つの側面から取り組みやすい側面を取り組むことができることで、生活行動の修正に伴う負担を少なくすることができるものとする。宗像¹⁹⁾は、健康に向けての保健行動を実行したり、継続する際、その行動自体の好みとしての感覚が問題となり、塩辛いものを食べないと食べた気がしない人など、行動しようとしても心理的な負担の強いものとなり、行動の持続が困難であることを指摘している。このことから高血圧症患者にとって日常生活の見直しは困難さを伴うことが考えられるが、本研究で自己管理表を用いて自己の生活行動を見直すことにより、一部の行動の修正が見られたことから自

己管理表を用いた指導は、指導方法の1つとして活用できる可能性が示唆された。

2. セルフケア能力について

本庄¹⁶⁾はセルフケア能力を、「個人がより良い状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動を遂行するための能力である。後天的な能力で学習により獲得が可能である」と定義している。本研究でセルフケア能力の合計得点は指導後の方が得点が高くなったことから、自己管理表の項目内容を参考にして家庭で生活を送ることで、血圧の安定化に向けた意図的な行動をする能力が高まることに繋がった可能性が考えられる。

下位概念の「体調の調整」において、指導後の方が得点が高かった。本庄¹⁶⁾は体調の調整について「疾病や年齢などの自分の弱みを考慮して行動する能力」と述べている。本研究において、対象は成人期（中年期）から老年期の者であったことから、体調の調整の能力が高まったことは自身の身体を擁護していく上でも重要であると考えられる。

3. 血圧値について

指導後の血圧値は指導前と比較して低下の傾向が見られた。これは指導後の自己管理得点が高くなったことから、生活習慣の改善に伴う血圧値の変化が見られた可能性が考えられる。しかし有意な差は見られず、本研究においては調査の1回目から2回目までの期間が1-2ヶ月と短期間であったことから、血圧値へは十分に反映されなかったことが一因として考えられる。

4. 今後の自己管理表の使用に関して

自己管理表の活用に関するアンケートでは、参考になったと回答した者が8割程度みられた一方、あまり参考にならなかった者もみられた。さらに、症状が出ていないため自己管理を意識していないといった、自己管理に対する認識の不足がみられた者もいた。これらのことから、自己管理表は、対象に合わせて活用することが必要であり、使用の際には患者に自己管理の重要性を認識して

いるかをまず確認することが必要と考えられる。自己管理を重要と感じていることで、自己管理表の内容に興味をもち、意識的に活用することに繋がっていくものと考えられた。

また、本研究の2回目の調査は1回目から1-2ヶ月の期間であったことから、教育効果の継続という視点からは短いことが考えられる。今後はフォロー期間を長くして効果を見ていくことが必要である。さらに、1回目の回答を自己管理表に記載したことで2回目の回答に影響した可能性（高い得点を回答する）が否めない。それゆえ、今後の活用では自己管理表の得点の記載と合わせて患者の言葉（日常生活行動の変化や自己管理に対する思い等）からも評価していくことが望ましいと考える。

今後の自己管理表の使用に向けて、自己管理表の一部に修正を加えた。運動の項目2「運動中に脈拍を測定し、体に負担になっていないか把握している」については、対象者に今後、年齢が高くなっても年齢に応じた自己管理表の活用ができるように、具体的な脈拍数を自己管理表に加え、今回の対象者にも手渡している。追加した内容は、「身体に負担とならない脈拍数は1分間につき、30才代:120回程度、40才代:115回程度、50才代:110回程度、60才代:105回程度、70才代:100回程度」である。

自己管理表を使用する際にはこの脈拍数を記すことで行動に繋げやすくなるものと思われる。

本研究の限界と課題

本研究は介入研究であるが対照群を設けていない。本研究では自己管理得点が指導後に高くなったものの、自己管理表を渡しているため対象者が2回目で得点を高めに回答する可能性が否めない。対照群を設けて2回の調査を実施することは倫理的に困難であると考えたため対照群を設けなかったが、そのことは本研究の限界と考える。そこで、本研究ではセルフケア能力の得点を比較することを同時に行い、セルフケア能力の質問紙は指導後には手渡さずに、2回目の調査を行っている。

また、課題としては自己管理表を活用できる対象や自己管理表の活用の仕方を更に検討していくことが必要である。

結 語

高血圧症患者を対象に日常生活行動における自己管理表を用いた生活指導を行った。その結果、自己管理得点は食事・運動・ストレス・服薬・喫煙の各側面において、指導前と比較し指導後において得点が高かった。また、セルフケア能力の合計得点においても、指導後の方が得点が高くなった。このことから、自己管理表を用いた生活指導は患者のセルフケア能力を高め、セルフケア行動を促進する指導方法として活用できる可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力下さいました患者様、並びに快く研究にご協力頂きました調査施設の皆様に深謝いたします。また、尺度の使用を快諾下さいました日本赤十字看護大学 本庄恵子教授に心より感謝申し上げます。さらに、本研究に際して御指導を頂きました金沢大学 稲垣美智子教授に深謝申し上げます。

なお、本研究は日本学術振興会科学研究費助成事業（若手研究（B）、課題番号 25862141）の助成を受けて行った。

文 献

- 1) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン 2014。日本高血圧学会，ライフサイエンス出版，東京，2014。
- 2) Hozawa A, Okamura T, Murakami Y : High blood pressure in middle age is associated with a future decline in activities of daily living. NIPPON DATA80, J Hum Hypertens 23 : 546-552, 2009.
- 3) Intersalt Cooperative Research Group : Intersalt : an international study of electrolyte

- excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 297 : 319-328, 1988.
- 4) Nakamura K, Okamura T, et al : NIPPON DATA90 Research Group, The proportion of individuals with alcohol-induced hypertension among total hypertensives in a general Japanese population : *Hypertens Res*30 : 663-668, 2007.
 - 5) Parikh NI, Pencina MJ, et al : A risk score for predicting near-term incidence of hypertension : the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 148 : 102-110, 2008.
 - 6) Dochi M, Sakata K, Oishi M, et al : Smoking as an independent risk factor for hypertension : a 14-year longitudinal study in male Japanese workers. *Tohoku J Exp Med* 217 : 37-43, 2009.
 - 7) Fagard RH : The role of exercise in blood pressure control : supportive evidence. *J Hypertens* 13(11) : 1223-1227, 1995.
 - 8) 長家知子, 橋木晶子, 長弘千恵ほか : 安全な入浴方法開発のための基礎的研究. 九州大学医学部保健学科紀要 2 : 17-24, 2003.
 - 9) 中野真宏, 狩尾七臣 : ストレスと生活習慣病. 成人病と生活習慣病 40(9) : 1013-1019, 2010.
 - 10) Gottlieb DJ, Redline S, Nieto J, et al : Association of usual sleep duration with hypertension : the Sleep Heart Health Study. *Sleep* 29(8) : 1009-1014, 2006.
 - 11) 木田憲明, 前田知子, 伊東春樹ほか : 高血圧に対する運動療法～企業内健康サポートセンターでの取り組み～. 日本心臓リハビリテーション学会誌 心臓リハビリテーション (JJCR) 15(2) : 306-309, 2010.
 - 12) 鬼木秀幸, 土橋卓也, 榊美奈子ほか : 高血圧患者における食塩摂取量の時代的推移と減塩指導効果. *血圧* 20(6) : 626-629, 2013.
 - 13) 岩本正姫, 小山良治, 小池朗ほか : 高血圧症患者における FAX を用いた双方向の運動・食事療法が血圧に及ぼす影響. 日本臨床スポーツ医学会誌 16(2) : 234-240, 2008.
 - 14) Miura K, Nagai M, Ohkubo T. Epidemiology of hypertension in Japan. *Circ J* 77 : 2226-2231, 2013.
 - 15) Tsubota T, Inagaki M : Development of a self-management scale for the evaluation of behavior in daily life in patients with hypertension : an investigation of reliability and validity. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University* 36(1) : 1-10, 2012.
 - 16) 本庄恵子 : 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. *日本看護科学会誌* 21(1) : 29-39, 2001.
 - 17) 佐々木淳 : 運動療法のエビデンスと実際. *治療* 89(7) : 2291-2295, 2007.
 - 18) 坪田恵子, 上野栄一, 高間静子 : 高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成. *日本看護研究学会雑誌* 28(2) : 73-80, 2005.
 - 19) 宗像恒次 : 行動科学からみた健康と病気 (初版). pp102, メジカルフレンド社, 東京, 1996.

A study of educational effects on daily self-care in patients with hypertension

Keiko TSUBOTA

Department of Fundamental Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical
Sciences for Research, University of Toyama

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate educational effects on daily self-care using a self-management scale in patients with hypertension.

Methods: We conducted a questionnaire survey on 22 patients with hypertension. These questionnaires were “a self-management scale for the evaluation of behavior in daily life in patients with hypertension” and “the self-care agency questionnaire for patients with chronic illness.” We educated the patients based on a self-management scale that included the following the six factors: eating, exercise, stress, medication, alcohol intake, and smoking. We compared scores of self-management scale and self-care agency questionnaire before education with those after education.

Results: The scores of eating, exercise, stress, medication, and smoking for the self-management scale after education were higher than those before education. In addition, the total score of the self-care agency questionnaire after education were higher than those before education.

Conclusion: It was suggested that education using a self-management scale was useful to promote self-care agency and self-management behavior in patients with hypertension.

Key word

patients with hypertension, behavior in daily life, self-management, education

食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖 －要介護者の摂食・嚥下障害の症状との関係－

川辺 千秋¹⁾, 伊井 みず穂²⁾, 茂野 敬²⁾, 道券 夕紀子³⁾, 梅村 俊彰²⁾,
吉井 忍¹⁾, 新鞍 真理子²⁾, 寺西 敬子⁴⁾, 成瀬 優知⁴⁾, 安田 智美²⁾

- 1) 富山大学附属病院
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部
- 3) 金城大学看護学部
- 4) 富山福祉短期大学

要 旨

食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖と要介護者の摂食・嚥下障害の症状との関係を明らかにすることを目的に、摂食・嚥下障害者を介護する主介護者 290 人を対象とした質問紙による実態調査を行った。その結果、105 人から回答（回収率 36.2%）があり、要介護者の嚥下能力と食事の介護における主介護者の身体的負担感に関連を認めた（ $P<0.05$ ）。また、「食事介助が部分介助に比べて全介助」「食事介助時間が 30 分以上に比べ 30 分以内」「食事介助への恐怖がなしに比べてあり」が、食事の介護における主介護者の身体的負担感を高く感じるリスクが高くなる（ $P<0.05$ ）ことが示された。症状との関連では、食事の介護における主介護者の身体的負担感には、「食べ物に無反応」「口の中に取り込めない」「唾液が口から流れる」の 3 つの症状が関連している（ $P<0.05$ ）ことが明らかとなり、食事介助における主介護者の恐怖には、「食事の途中で寝てしまう」「口の中に取り込めない」「水分でむせる」「食事でむせる」の 4 つの症状が関連している（ $P<0.05$ ）ことが明らかとなった。以上のことより、食事の介護における身体的負担感には、嚥下能力だけでなく、食事介助への怖さを感じる症状の存在も関連する要因となることが考えられた。

キーワード

摂食・嚥下障害, 主介護者, 身体的負担感, 在宅介護

はじめに

人間にとって、口から食物を摂取することは生理的欲求であり、生きる楽しみのひとつである。しかし、摂食・嚥下障害を発症することにより、安全に経口から食物を摂取出来なくなる場合があり、摂食・嚥下障害を有する患者にとっては、調理に手間がかかったり食べたいものを食べるこ

が出来なくなるなどの問題がある。

近年、急速な高齢化が深刻な問題となっており、また、病院の機能分化と入院期間の短縮化が進められ、在宅医療の充実化が注目されている¹⁾。在宅の要介護高齢者の増加は著しく¹⁾、それら高齢者は様々な障害を有しており、直江²⁾の研究では訪問看護を利用している在宅療養者のうち摂食・嚥下障害者は 16.6%いたと報告している。今

後さらなる高齢化に伴い、摂食・嚥下障害者が増加し、摂食・嚥下障害を有したまま自宅退院となる者が増加すると考えられる。

一方、主介護者においては、要介護者が摂食・嚥下障害を伴うことが介護時間の延長につながる³⁾と報告されている。また、主介護者が適切な口腔ケアや吸痰等を行わなければ、誤嚥性肺炎、さらに誤嚥による窒息など摂食・嚥下障害者の生命に危機が及ぶ可能性がある。実際、研究者が急性期病院で働く中で、患者が治療を終え退院時の目標を家族と話し合った時、患者が経口摂取可能かどうかのポイントとなってくるケースを多く担当してきた。そして、経口摂取可能であっても、患者に適した食事形態が家族の摂取する食事形態とは異なる形態の場合、調理の手間や時間などがかかり、主介護者の身体的負担となるのではないかと予想された。また、病棟看護師や言語聴覚士が自宅退院となる患者の主介護者に対し、本人に適した食事形態を指導しても、家族からは「また肺炎にでもならないか心配」「詰まらせるのではないかって怖い」「自分のせいで肺炎になってしまうのではないかって怖い」といった声が多く聞かれる。これらのことから、摂食・嚥下障害者を介護することは、調理時間・食事介助時間など主介護者の介護時間の延長のみならず、誤嚥するのではないかと、窒息するのではないかなど、食事介助への恐怖があると考えられる。

これらより、摂食・嚥下障害があることにより介護者の身体的・精神的負担が増加することで、在宅療養の継続が困難となっているのではないかと推測する。そこで今回の研究では、食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖と要介護者の摂食・嚥下障害の症状との関係を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質問紙法による関連検証型研究である。

2. 研究対象者

A 県 B 地区において、2001 年 4 月 1 日～2008

年 12 月 31 日の期間に、初回介護認定を受け、1 年以内に 2 回目の介護認定を受けた第 1 号被保険者 2,872 人を抽出した。その中で、以下の条件を満たす 290 人を対象とした。

- 1) 初回介護認定調査場所が自宅であること。
- 2) 初回介護認定時嚥下能力の項目が「出来る」「見守り等」に該当し、経管栄養を使用していないこと。
- 3) 研究調査時点で嚥下能力が「出来る」または「見守り等」で、在宅療養していること。

3. 調査期間

2011 年 10 月～2011 年 11 月

4. 調査方法

A 県 B 地区の介護認定調査審査会資料を所有する機関の管理者に、対象者への研究協力依頼状、返信用封筒、質問紙の配布を依頼した。質問紙に ID を記載し、要介護者と主介護者が対応するようにした。質問紙は自記式無記名式とし、記載後の質問紙は保管者を通さずに返信用封筒で回答者から郵送にて回収した。

5. 調査内容

主介護者については、主介護者の性別、年齢、食事の介護における主介護者の身体的負担感、食事介助における主介護者の恐怖等を、要介護者については、性別、年齢、嚥下能力等を、要介護者の食事については、食事摂取時間、食事介助の程度、摂食・嚥下障害の症状等を主介護者に調査した。

6. 分析方法

要介護者および主介護者の特性について以下の区分を用いて統計的に分析した。

要介護者の年齢については、「65-74 歳」「75-84 歳」「85 歳以上」の 3 群に区分した。

要介護度については、「要支援」「要介護 1」「要介護 2」「要介護 3」「要介護 4」「要介護 5」の 6 群に区分した。

嚥下能力については、初回介護認定時嚥下能力調査時の資料を用い、「嚥下出来る」群、「嚥下見守り等」群の 2 群に区分した。

主介護者における食事の介護における身体的負担感については、「負担ではない」「それほど負担ではない」「やや負担だ」「大いに負担だ」の 4 件法で回答されたものを、「負担ではない」「それほ

ど負担ではない」を低負担感群、「やや負担だ」「大いに負担だ」を高負担感群の2群に区分した。

摂食・嚥下障害の症状については、聖隷三方原病院嚥下チーム⁵⁾による「摂食・嚥下障害の症状と看護計画から障害の種類6区分」を用いた。区分1は“食物の認識”7項目、区分2は“口への取り込み”3項目、区分3は“咀嚼と食塊形成”4項目、区分4は“咽頭への送り込み”3項目、区分5は“咽頭通過・食道への送り込み”11項目、区分6は“食道通過”4項目である。

なお、解析には統計ソフト SPSS 16.0J for Windows を使用し、有意水準は5%とした。

頻度の比較については χ^2 検定および Fisher の直接法を、食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖と摂食・嚥下障害の症状との関係については二項ロジスティック回帰分析を用いた。

7. 倫理的配慮

A 県 B 地区の介護認定審査会資料を保管する管理者に対し、研究目的と方法を文書により説明し、調査の協力と倫理的配慮への同意を得た。その上で対象者への研究協力依頼状、返信用封筒、ID を記載した質問紙の配布を依頼した。研究協力依頼状には、研究の目的と方法、調査への協力は自由意思であること、拒否による不利益のないこと、途中で調査を中止できること、質問紙には ID が記載してあるが、個人が特定できないようにしてあることを明記し、返信をもって調査の協力と倫理的配慮への同意を得ることとした。データを使用するパソコンはインターネットには接続しなかった。なお、本研究の実施については富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会(2010年12月)の承認を得た(臨認22-101号)。

結 果

アンケートを郵送した主介護者290人のうち、105人から回答があり、回収率は36.2%であった。

1. 要介護者の嚥下能力別にみた主介護者基本属性

要介護者の嚥下能力別にみた主介護者の基本属性を表1に示す。

性別は、「嚥下見守り等」群において、男性11

人(25.0%)、女性33人(75.0%)、「嚥下出来る」群において、男性13人(21.3%)、女性47人(77.0%)、未回答者1人(1.6%)であった。

年代は、「嚥下見守り等」群において、50歳未満4人(9.1%)、50歳代5人(11.4%)、60歳代11人(25.0%)、70歳代8人(18.2%)、80歳以上1人(2.3%)、未回答者15人(34.1%)、「嚥下出来る」群において、50歳未満1人(1.6%)、50歳代7人(11.5%)、60歳代19人(31.1%)、70歳代6人(9.8%)、80歳以上6人(9.8%)、未回答者22人(36.1%)であった。

要介護者との続柄は、「嚥下見守り等」群において、妻14人(31.8%)、夫7人(15.9%)、娘10人(22.7%)、息子4人(9.1%)、嫁9人(20.5%)、「嚥下出来る」群において、妻18人(29.5%)、夫7人(11.5%)、娘5人(8.2%)、息子6人(9.8%)、嫁21人(34.4%)、その他4人(6.6%)であった。

仕事は、「嚥下見守り等」群において、常勤9人(20.5%)、非常勤1人(2.3%)、自営3人(6.8%)、無職29人(65.9%)、未回答者2人(4.5%)、「嚥下出来る」群において、常勤10人(16.4%)、非常勤2人(3.3%)、自営4人(6.6%)、無職40人(65.6%)、未回答者5人(8.2%)であった。

在宅療養期間は、「嚥下見守り等」群において、3か月以内2人(4.5%)、3-6か月1人(2.3%)、6か月-1年3人(6.8%)、1年以上38人(86.4%)、「嚥下出来る」群において、3か月以内2人(3.3%)、3-6か月2人(3.3%)、6か月-1年5人(8.2%)、1年以上48人(78.7%)、未回答者4人(6.6%)であった。

介護者数は、「嚥下見守り等」群において、1人37人(84.1%)、2人6人(13.6%)、未回答者1人(2.3%)、「嚥下出来る」群において、1人49人(80.3%)、2人7人(11.5%)、3人2人(3.3%)、5人1人(1.6%)、未回答者2人(3.3%)であった。

介護時間は、「嚥下見守り等」群において、1-2時間5人(11.4%)、2-4時間15人(34.1%)、4-6時間9人(20.5%)、6時間以上12人(27.3%)、未回答者3人(6.8%)、「嚥下出来る」群において、1-2時間21人(34.4%)、2-4時間16人(26.2%)、4-6時間9人(14.8%)、6時間以上12人(19.7%)、未回答者3人(4.9%)であった。

表 1. 要介護者の嚥下能力別にみた主介護者の基本属性

		計		要介護者の嚥下能力				p 値
		人数	%	見守り等		出来る		
		人数	%	人数	%	人数	%	
合計		105	100.0	44	41.9	61	58.1	
性別	男性	24	23.1	11	25.0	13	21.3	0.690
	女性	80	76.9	33	75.0	47	77.0	
	未回答	1	1.0	0	0.0	1	1.6	
年代	50歳未満	5	4.8	4	9.1	1	1.6	0.147
	50歳代	12	11.4	5	11.4	7	11.5	
	60歳代	30	28.6	11	25.0	19	31.1	
	70歳代	14	13.3	8	18.2	6	9.8	
	80歳以上	7	6.7	1	2.3	6	9.8	
	未回答	37	35.2	15	34.1	22	36.1	
要介護者との続柄	妻	32	30.5	14	31.8	18	29.5	0.115
	夫	14	13.3	7	15.9	7	11.5	
	娘	15	14.3	10	22.7	5	8.2	
	息子	10	9.5	4	9.1	6	9.8	
	嫁	30	28.6	9	20.5	21	34.4	
	その他	4	3.8	0	0.0	4	6.6	
仕事	常勤	19	18.1	9	20.5	10	16.4	0.962
	非常勤	3	2.9	1	2.3	2	3.3	
	自営	7	6.7	3	6.8	4	6.6	
	無職	69	65.7	29	65.9	40	65.6	
	未回答	7	6.7	2	4.5	5	8.2	
在宅療養期間	3か月以内	4	3.9	2	4.5	2	3.3	0.955
	3-6か月	3	2.9	1	2.3	2	3.3	
	6か月-1年	8	7.6	3	6.8	5	8.2	
	1年以上	86	81.9	38	86.4	48	78.7	
	未回答	4	3.8	0	0.0	4	6.6	
介護者数	1人	86	81.9	37	84.1	49	80.3	0.664
	2人	13	12.4	6	13.6	7	11.5	
	3人	2	1.9	0	0.0	2	3.3	
	5人	1	1.0	0	0.0	1	1.6	
	未回答	3	2.9	1	2.3	2	3.3	
介護時間	1-2時間	26	24.8	5	11.4	21	34.4	0.067
	2-4時間	31	29.5	15	34.1	16	26.2	
	4-6時間	18	17.1	9	20.5	9	14.8	
	6時間以上	24	22.9	12	27.3	12	19.7	
	未回答	6	5.7	3	6.8	3	4.9	
健康状態	全く健康でない	5	4.8	4	9.1	1	1.6	0.078
	あまり健康でない	29	27.6	10	22.7	19	31.1	
	やや健康である	52	49.5	18	40.9	34	55.7	
	とても健康である	13	12.4	8	18.2	5	8.2	
	未回答	6	5.7	4	9.1	2	3.3	
協力者の有無	いつも手伝ってくれる人がいる	26	24.8	11	25.0	15	24.6	0.822
	時々手伝ってれる人がいる	29	27.6	12	27.3	17	27.9	
	何かあった時には頼むことができる	37	35.2	17	38.6	20	32.8	
	誰もいない	13	12.4	4	9.1	9	14.8	
協力者 ※ (複数回答)	妻	15		5		10		
	夫	18		7		11		
	娘	22		12		10		
	息子	33		17		16		
	嫁	12		7		5		
	孫	6		2		4		
	その他	29		11		18		

※協力者の有無における質問については、「いる」と回答した82人からの複数回答 (χ^2 検定:それぞれ未回答者を除外し検定)

健康状態は、「嚥下見守り等」群において、全く健康でない4人(9.1%)、あまり健康でない10人(22.7%)、やや健康である18人(40.9%)、とても健康である8人(18.2%)、未回答者4人(9.1%)、「嚥下出来る」群において、全く健康でない1人(1.6%)、あまり健康でない19人(31.1%)、やや健康である34人(55.7%)、とても健康である5人(8.2%)、未回答者2人(3.3%)であった。

協力者の有無は、「嚥下見守り等」群において、いつも介護を手伝ってくれる人がいる11人(25.0%)、時々手伝ってくれる人がいる12人(27.3%)、何かあった時には頼むことができる17人(38.6%)、誰もいない4人(9.1%)であり、「嚥下出来る」群において、いつも介護を手伝ってくれる人がいる15人(24.6%)、時々手伝ってくれる人がいる17人(27.9%)、何かあった時には頼むことができる20人(32.8%)、誰もいない9人(14.8%)であった。また、その協力者の内訳については、妻は15人、夫は18人、娘は22人、息子は33人、嫁は12人、孫は6人であった。

χ^2 検定の結果、嚥下能力において主介護者の基本属性には割合の分布に有意な違いは認められなかった。

2. 要介護者の基本属性

要介護者の基本属性を表2に示す。

要介護者のうち「嚥下見守り等」群は44人

(41.9%)、「嚥下出来る」群は61人(58.1%)であった。

性別は、「嚥下見守り等」群において、男性19人(43.2%)、女性25人(56.8%)、「嚥下出来る」群において、男性29人(47.5%)、女性32人(52.5%)であった。 χ^2 検定の結果、嚥下能力と性別には割合の分布に有意な違いが認められなかった。

平均年齢は、「嚥下見守り等」群81.6±8.3歳、「嚥下出来る」群83.9±7.1歳、全体83.0±7.7歳であった。年齢区分別は、「嚥下見守り等」群において、65-74歳7人(15.9%)、75-84歳22人(50.0%)、85歳以上15人(34.1%)、「嚥下出来る」群において、65-74歳9人(14.8%)、75-84歳22人(36.1%)、85歳以上30人(49.2%)であった。 χ^2 検定の結果、嚥下能力において年齢区分では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

要介護度は、「嚥下見守り等」群において、要支援は1人(2.3%)、要介護1は4人(9.1%)、要介護2は8人(18.2%)、要介護3は7人(15.9%)、要介護4は9人(20.5%)、要介護5は15人(34.1%)であり、「嚥下出来る」群において、要支援は10人(16.4%)、要介護1は16人(26.2%)、要介護2は15人(24.6%)、要介護3は12人(19.7%)、要介護4は8人(13.1%)、要介護5は0人(0.0%)であった。 χ^2 検定の結果、「嚥下見守り等」群は要介護度が有意に高くなっていた(p<0.001)。

表2. 要介護者の基本属性

		計		嚥下能力				p 値
		人数	%	見守り等		出来る		
		人数	%	人数	%	人数	%	
合計		105	100.0	44	41.9	61	58.1	
性別	男性	48	45.7	19	43.2	29	47.5	0.658
	女性	57	54.3	25	56.8	32	52.5	
年齢	平均年齢±SD(歳)	83.0±7.7		81.6±8.3		83.9±7.1		
	65-74歳	16	15.2	7	15.9	9	14.8	0.277
	75-84歳	44	41.9	22	50.0	22	36.1	
	85歳以上	45	42.9	15	34.1	30	49.2	
要介護度	要支援	11	10.5	1	2.3	10	16.4	<0.001 ***
	要介護1	20	19.0	4	9.1	16	26.2	
	要介護2	23	21.9	8	18.2	15	24.6	
	要介護3	19	18.1	7	15.9	12	19.7	
	要介護4	17	16.2	9	20.5	8	13.1	
	要介護5	15	14.3	15	34.1	0	0.0	

※ χ^2 検定 ***p<0.001

※ セル値0はfisherの直接法

3. 要介護者の食事

要介護者の食事について、表3に示す。

食事形態は、「嚥下見守り等」群において、普通食12人(27.3%)、軟食12人(27.3%)、刻み食8人(18.2%)、ミキサー食6人(13.6%)、経管栄養と補助食2人(4.5%)、経管栄養のみ4人(9.1%)であり、「嚥下出来る」群において、普通食31人(50.8%)、軟食16人(26.2%)、刻み食12人(19.7%)、ミキサー食0人(0.0%)、経管栄養と補助食1人(1.6%)、経管栄養のみ0人(0.0%)、未回答者1人(1.6%)であった。 χ^2 検定の結果、「嚥下出来る」群には普通食が有意に多く、「嚥下見守り等」群にはミキサー食や経管栄養が有意に多く認められた($p<0.05$)。

食事摂取時間は、「嚥下見守り等」群において、

20分以内8人(18.2%)、20-30分20人(45.5%)、30分-1時間11人(25.0%)、1-2時間4人(9.1%)、2時間以上1人(2.3%)、「嚥下出来る」群において、20分以内13人(21.3%)、20-30分30人(49.2%)、30分-1時間14人(23.0%)、1-2時間2人(3.3%)、2時間以上0人(0.0%)、未回答者2人(3.3%)であった。 χ^2 検定の結果、嚥下能力において食事摂取時間では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

調理時間は、「嚥下見守り等」群において、10分以内1人(2.3%)、10-20分5人(11.4%)、20-30分7人(15.9%)、30分-1時間18人(40.9%)、1時間以上10人(22.7%)、未回答者3人(6.8%)、「嚥下出来る」群において、10分以内1人(1.6%)、10-20分4人(6.6%)、

表3. 要介護者の食事

	計		嚥下能力				p 値
	人数	%	見守り等		出来る		
	人数	%	人数	%	人数	%	
合計	105	100.0	44	41.9	61	58.1	
食事形態							0.030 *
普通食	43	41.0	12	27.3	31	50.8	
軟食	28	26.7	12	27.3	16	26.2	
刻み食	20	19.0	8	18.2	12	19.7	
ミキサー食	6	5.7	6	13.6	0	0.0	
経管栄養+補助食	3	2.9	2	4.5	1	1.6	
経管栄養のみ	4	3.8	4	9.1	0	0.0	
未回答	1	1.0	0	0.0	1	1.6	
食事摂取時間							0.541
20分以内	21	20.0	8	18.2	13	21.3	
20-30分	50	47.6	20	45.5	30	49.2	
30分-1時間	25	23.8	11	25.0	14	23.0	
1-2時間	6	5.7	4	9.1	2	3.3	
2時間以上	1	1.0	1	2.3	0	0.0	
未回答	2	1.9	0	0.0	2	3.3	
調理時間							0.850
10分以内	2	1.9	1	2.3	1	1.6	
10-20分	9	8.6	5	11.4	4	6.6	
20-30分	15	14.3	7	15.9	8	13.1	
30分-1時間	48	45.7	18	40.9	30	49.2	
1時間以上	26	24.8	10	22.7	16	26.2	
未回答	5	4.8	3	6.8	2	3.3	
食事介助の程度							<0.001 ***
部分介助	68	64.8	20	45.5	48	78.7	
全介助	21	20.0	21	47.7	0	0.0	
未回答	16	15.2	3	6.8	13	21.3	
食事介助の時間							0.868
10分以内	15	14.3	6	13.6	9	14.8	
10-20分	18	17.1	8	18.2	10	16.4	
20-30分	25	23.8	10	22.7	15	24.6	
30分-1時間	25	23.8	11	25.0	14	23.0	
1時間以上	12	11.4	7	15.9	5	8.2	
未回答	10	9.5	2	4.5	8	13.1	

※ χ^2 検定：それぞれ未回答者を除外し検定 * $p<0.05$ *** $p<0.001$
 ※セル値0はfisherの直接法

表4-1. 要介護者の口腔ケア

	計		嚥下能力				p 値
	人数	%	見守り等		出来る		
			人数	%	人数	%	
合計	105	100.0	44	41.9	61	58.1	
口腔ケアの有無							
していない	30	28.6	8	18.2	22	36.1	0.089
時々している	27	25.7	12	27.3	15	24.6	
いつもしている	44	41.9	23	52.3	21	34.4	
未回答	4	3.8	1	2.3	3	4.9	

(χ²検定：未回答者を除外し検定)

表4-2. 口腔ケアの方法

口腔ケアの方法 (複数回答)	嚥下能力	
	見守り等	
	人数	
義歯を洗浄・磨く	20	
口腔内を清拭する	13	
うがいをする	16	
水またはお茶を飲む	14	

※口腔ケアをしていると回答した71名

20-30分 8人 (13.1%), 30分-1時間 30人 (49.2%), 1時間以上 16人 (26.2%), 未回答者 2人 (3.3%)であった。χ²検定の結果、嚥下能力において調理時間では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

食事介助の程度は、「嚥下見守り等」群において、部分介助 20人 (45.5%), 全介助 21人 (47.7%), 未回答者 3人 (6.8%), 「嚥下出来る」群において、部分介助 48人 (78.7%), 全介助 0人 (0.0%), 未回答者 13人 (21.3%)であった。χ²検定の結果、「嚥下出来る」群には部分介助が有意に多く、「嚥下見守り等」群には全介助が有意に多く認められた (p<0.001)。

食事介助の時間は、「嚥下見守り等」群において、10分以内 6人 (13.6%), 10-20分 8人 (18.2%), 20-30分 10人 (22.7%), 30分-1時間 11人 (25.0%), 1時間以上 7人 (15.9%), 未回答者 2人 (4.5%), 「嚥下出来る」群において、10分以内 9人 (14.8%), 10-20分 10人 (16.4%), 20-30分 15人 (24.6%), 30分-1時間 14人 (23.0%), 1時間以上 5人 (8.2%), 未回答者 8人 (13.1%)であった。χ²検定の結果、嚥下能力において食事介助の時間では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

4. 要介護者の口腔ケア (表4-1, 4-2)

「嚥下見守り等」群において、口腔ケアをしていない 8人 (18.2%), 時々している 12人 (27.3%), いつもしている 23人 (52.3%), 未回答者 1人 (2.3%), 「嚥下出来る」群において、口腔ケアをしていない 22人 (36.1%), 時々している 15人 (24.6%), いつもしている 21人 (34.4%), 未回答者 3人 (4.9%)であった。χ²検定の結果、嚥下能力において口腔ケアの有無では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

口腔ケアをしていると答えた71人において口腔ケアの方法を複数回答で尋ねた結果、義歯を洗浄・磨くは 20人、口腔内を清拭するは 19人、うがいをするは 33人、水またはお茶を飲むは 25人であった。

5. 嚥下能力別にみた食事における主介護者の身体的介護負担感 (表5)

食事における主介護者の身体的介護負担感では、「嚥下見守り等」群において、「高負担感」群 27名 (62.8%), 内訳は大いに負担だ 11人 (25.6%), やや負担だ 16人 (37.2%), であり、「低負担感」群 16名 (37.2%), 内訳はそれほど負担ではない 14人 (32.6%), 負担ではない 2人 (4.6%),

表5. 嚥下能力別にみた食事介護における主介護者の身体的負担感

	計		嚥下能力				p 値
	人数	%	見守り等		出来る		
	人数	%	人数	%	人数	%	
合計	105	100.0	43	41.0	62	59.0	
食事における身体的介護負担感							
高負担感群 (大いに負担)	51	48.6	27	62.8	24	38.7	0.044 *
(やや負担)	(16)	(15.2)	(11)	(25.6)	(5)	(8.1)	
低負担感群 (それほど負担でない)	(35)	(33.3)	(16)	(37.2)	(19)	(30.6)	
(負担でない)	50	47.6	16	37.2	34	54.8	
未回答	(37)	(35.2)	(14)	(32.6)	(23)	(37.1)	
	(13)	(12.4)	(2)	(4.6)	(11)	(17.8)	
	4	3.8	0	0.0	4	6.6	

※ χ^2 検定：それぞれ未回答者を除外し検定 * $p<0.05$ *** $p<0.001$

であった。「嚥下出来る」群において、「高負担感」群 24 名 (38.7%)、内訳は大いに負担だ 5 人 (8.1%)、やや負担だ 19 人 (30.6%)、であり、「低負担感」群 34 名 (54.8%)、内訳はそれほど負担ではない 23 人 (37.1%)、負担ではない 11 人 (17.8%)、であり、未回答者 4 人 (6.6%) であった。 χ^2 検定の結果、「嚥下見守り等」群は「嚥下出来る」群に比べて食事の介護における身体的負担感を高負担と感じている割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

6. 嚥下能力別にみた食事介助における主介護者の恐怖 (表6)

食事介助における主介護者の恐怖では、「嚥下見守り等」群において、食事介助における主介護者の恐怖が常にある 7 人 (16.7%)、時々ある 16 人 (38.1%)、全くない 19 人 (45.2%)、「嚥下出来る」群において、食事介助における主介護者の恐怖が常にある 2 人 (3.2%)、時々ある 29 人 (46.0%)、全くない 24 人 (38.1%)、未回答者 8 人 (12.7%) であった。 χ^2 検定の結果、嚥下能力

において食事介助における主介護者の恐怖では割合の分布に有意な違いは認められなかった。

7. 食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下能力および食事に関する項目との関係 (表7)

食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下障害および食事に関する項目との関係を見るために、従属変数として食事の介護における主介護者の身体的負担感 (低負担感・高負担感) を、共変量として嚥下能力および食事に関する項目を投入し、二項ロジスティック回帰分析を行った。

嚥下能力、食事形態、食事摂取時間、調理時間においては、有意なオッズ比は認められなかった。

食事に関する項目では、食事介助の程度が部分介助に比べて全介助は、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担となるオッズ比が 27.29 と有意 ($p<0.05$) に高かった。食事介助時間では、30 分以内に比べて 30 分以上は、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担と

表6. 嚥下能力別にみた食事介助における主介護者の恐怖

	計		嚥下能力				p 値
	人数	%	見守り等		出来る		
	人数	%	人数	%	人数	%	
合計	105	100.0	42	40.0	63	60.0	
恐怖							
恐怖あり (常にある)	54	51.4	23	54.8	31	49.2	0.065
(時々ある)	(9)	(8.6)	(7)	(16.7)	(2)	(3.2)	
恐怖なし (全くない)	(45)	(42.9)	(16)	(38.1)	(29)	(46.0)	
未回答	43	41.0	19	45.2	24	38.1	
	8	7.6	0	0.0	8	12.7	

※ χ^2 検定：それぞれ未回答者を除外し検定 * $p<0.05$ *** $p<0.001$

表7. 食事の介護における主介護者の身体的負担感と嚥下能力および食事に関する項目との関係

		オッズ比	95.0%信頼区間		p 値
			下限	上限	
嚥下能力	見守り等 / 出来る	0.39	0.03	4.84	0.467
食事形態	普通食以外 / 普通食	1.74	0.23	12.98	0.588
食事摂取時間	20-30分 / 20分以内	0.92	0.11	7.45	0.939
調理時間	30分以上 / 20分以内	2.34	0.18	30.49	0.516
	30-1時間 / 30分以内	1.38	0.17	11.18	0.764
	1時間以上 / 30分以内	1.43	0.11	18.20	0.781
食事介助の程度	全介助 / 部分介助	27.29	1.35	553.27	0.031 *
食事介助時間	30分以上 / 30分以内	0.08	0.01	0.91	0.042 *
食事介助の恐怖	時々ある / 全くない	22.71	1.94	266.43	0.013 *
	常にある / 全くない	274.41	7.83	9616.12	0.002 **

(二項ロジスティック回帰分析 *p<0.05 **p<0.01)

なるオッズ比が0.08と有意 ($p<0.05$) に低かった。また、食事介助における主介護者の恐怖が全くないに比べて時々あるは、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担となるオッズ比が22.71と有意 ($p<0.05$) に高くなり、食事介助における主介護者の恐怖が全くないに比べて常にあるは、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担となるオッズ比が274.41と有意 ($p<0.01$) に高かった。

8. 嚥下能力と摂食・嚥下障害の症状との関係(表8)

嚥下能力と摂食・嚥下障害の症状との関係について χ^2 検定を行った。結果、割合の分布に有意な違いが認められたもののみ抜粋示す。

1) 症状2: ぼーっとしている

ぼーっとしているという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は9人(69.2%)、「嚥下出来る」群は4人(30.8%)と、「嚥下見守り等」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

2) 症状3: 食事の途中で寝てしまう

食事の途中で寝てしまうという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は7人(77.8%)、「嚥下出来る」群は2人(22.2%)と、「嚥下見守り等」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

3) 症状6: 口の中に入れたまま止まってしまう

口の中に入れたまま止まってしまうという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は9人(100%)、「嚥下出来る」群は0人(0.0%)と、「嚥下見守り等」

群の割合が有意に高かった ($p<0.001$)。

4) 症状15: 飲み込みに時間がかかる

飲み込みに時間がかかるという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は11人(68.8%)、「嚥下出来る」群は5人(31.3%)と、「嚥下見守り等」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

5) 症状16: 食べ物を口にため込んでいる

食べ物を口にため込んでいるという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は7人(70.0%)、「嚥下出来る」群は3人(30.0%)と、「嚥下見守り等」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

6) 症状18: 水分でむせる

水分でむせるという症状がある人は、「嚥下見守り等」群は15人(60.0%)、「嚥下出来る」群は10人(40.0%)と、「嚥下見守り等」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

9. 食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下障害の症状との関係(表9)

食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下障害の症状との関係について χ^2 検定を行った。結果、割合の分布に有意な違いが認められたもののみ抜粋示す。

1) 症状1: 食べ物に無反応

食べ物に無反応という症状がある人は、「高負担感」群11名(78.6%)、「低負担感」群3名(21.4%)と「高負担感」群の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。

表 8. 嚥下能力と摂食・嚥下障害の症状

(n=101 複数回答)

	症状	n	嚥下能力				p 値	
			見守り等群		できる群			
			人	%	人	%		
区分 1 食物の認識	1 食べ物に無反応	あり	13	8	61.5	5	38.5	0.089
	2 ぼーっとしている	あり	13	9	69.2	4	30.8	0.021 *
	3 食事の途中で寝てしまう	あり	9	7	77.8	2	22.2	0.015 *
	4 注意散漫	あり	6	2	33.3	4	66.7	0.731
	5 食事中突然泣き出す	あり	2	0	0.0	2	100.0	0.243
	6 口の中に入れてそのまま止まってしまう	あり	9	9	100.0	0	0.0	<0.001 ***
	7 次々と口に詰め込む	あり	17	6	35.3	11	64.7	0.664
区分 2 口への 取り込み	8 口の中に取り込めない	あり	5	1	20.0	4	80.0	0.349
	9 食物が口からこぼれる	あり	31	9	29.0	22	71.0	0.133
	10 唾液が口から流れる	あり	10	6	60.0	4	40.0	0.174
区分 3 咀嚼と 食塊形成	11 口が渇いている	あり	10	5	50.0	5	50.0	0.496
	12 うまく噛めない	あり	16	8	50.0	8	50.0	0.373
	13 入れ歯が合っていない	あり	18	5	27.8	13	72.2	0.242
	14 入れ歯がない	あり	7	3	42.9	4	57.1	0.873
区分 4 咽頭への 送り込み	15 飲み込みに時間がかかる	あり	16	11	68.8	5	31.3	0.010 *
	16 食べ物を口にため込んでいる	あり	10	7	70.0	3	30.0	0.041 *
	17 上を向いて飲み込む	あり	3	1	33.3	2	66.7	0.811
区分 5 咽頭通過・ 食道への 送り込み	18 水分でむせる	あり	25	15	60.0	10	40.0	0.018 *
	19 食事でむせる	あり	30	16	53.3	14	46.7	0.075
	20 食後に咳が出る	あり	9	5	55.6	4	44.4	0.318
	21 のどに食物が残っている感じがある	あり	2	0	0.0	2	100.0	0.243
	22 飲み込みにくいと感じる	あり	14	8	57.1	6	42.9	0.158
	23 鼻から食物が出てくる	あり	2	1	50.0	1	50.0	0.771
	24 飲み込んだ後に声が変わる	あり	0	0	0.0	0	0.0	-
	25 がらがら声である	あり	0	0	0.0	0	0.0	-
	26 のどがゴロゴロしている	あり	4	2	50.0	2	50.0	0.677
	27 声がかすれる	あり	1	0	0.0	1	100.0	0.412
38 痰が増える	あり	9	6	66.7	3	33.3	0.087	
区分 6 食道通過	29 胸に食物が残ったり詰まった感じがする	あり	4	0	0.0	4	100.0	0.096
	30 食物やすっぱい液がのどに戻ってくる	あり	0	0	0.0	0	0.0	-
	31 吐くことがある	あり	7	4	57.1	3	42.9	0.337
	32 就寝中に咳が出る	あり	10	3	30.0	7	70.0	0.496

※ χ^2 検定 *p<0.05 ***p<0.001

※セル値 0 は fisher の直接法

2) 症状 8：口の中に取り込めない

口の中に取り込めない症状がある人は、「高負担感」群 6 名 (100%), 「低負担感」群 0 名 (0.0%) と「高負担感」群の割合が有意に高かった (p<0.05).

3) 症状 10：唾液が口から流れる

唾液が口から流れる症状がある人は、「高負担感」群 10 名 (83.3%), 「低負担感」群 2 名 (16.7%) と「高負担感」群の割合が有意に高かった (p<0.05).

10. 食事介助における主介護者の恐怖と摂食・嚥下障害の症状との関係 (表 10)

結果 7 において、食事介助の恐怖は、「全くない」

群と「常にある」「時々ある」群それぞれの間で、食事の介護における身体的負担感との関連を認めた。そこで、「常にある」と「時々ある」群を併せて「恐怖あり」群、「全くない」群と「恐怖なし」群としてその後の分析を行った (表 10).

食事介助における主介護者の恐怖と摂食・嚥下障害の症状との関係について χ^2 検定を行った。結果、割合の分布に有意な違いが認められたもののみ抜粋示す。

1) 症状 3：食事の途中で寝てしまう

食事の途中で寝てしまうという症状がある人は、「恐怖あり」群 8 名 (88.9%), 「恐怖なし」群 1 名 (11.1%) と「恐怖あり」群の割合が有意

表9. 食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下障害の症状 (n=101 複数回答)

	症状	n	食事の介護における身体的負担感				p 値
			高負担感群		低負担感群		
			人	%	人	%	
区分1 食物の認識	1 食べ物に無反応	あり 14	11	78.6	3	21.4	0.041 *
	2 ぼーっとしている	あり 14	10	71.4	4	28.6	0.148
	3 食事の途中で寝てしまう	あり 9	7	77.8	2	22.2	0.160
	4 注意散漫	あり 6	4	66.7	2	33.3	0.678
	5 食事中突然泣き出す	あり 2	0	0.0	2	100.0	0.243
	6 口の中に入れてそのまま止まってしまう	あり 10	6	60.0	4	40.0	0.741
	7 次々と口に詰め込む	あり 16	9	56.3	7	43.8	0.786
区分2 口への 取り込み	8 口の中に取り込めない	あり 6	6	100.0	0	0.0	0.027 *
	9 食物が口からこぼれる	あり 32	20	62.5	12	37.5	0.135
	10 唾液が口から流れる	あり 12	10	83.3	2	16.7	0.028 *
区分3 咀嚼と 食塊形成	11 口が渴いている	あり 10	8	80.0	2	20.0	0.092
	12 うまく噛めない	あり 17	11	64.7	6	35.3	0.288
	13 入れ歯が合っていない	あり 17	11	64.7	6	35.3	0.288
	14 入れ歯がない	あり 7	3	42.9	4	57.1	0.715
区分4 咽頭への 送り込み	15 飲み込みに時間がかかる	あり 17	10	58.8	7	41.2	0.596
	16 食べ物を口にため込んでいる	あり 10	8	80.0	2	20.0	0.092
	17 上を向いて飲み込む	あり 3	2	66.7	1	33.3	1.000
区分5 咽頭通過・ 食道への 送り込み	18 水分でむせる	あり 26	16	61.5	10	38.5	0.256
	19 食事でむせる	あり 29	18	62.1	11	37.9	0.187
	20 食後に咳が出る	あり 10	6	60.0	4	40.0	0.741
	21 のどに食物が残っている感じがある	あり 3	2	66.7	1	33.3	1.000
	22 飲み込みにくいとを感じる	あり 14	10	71.4	4	28.6	0.148
	23 鼻から食物が出てくる	あり 2	1	50.0	1	50.0	1.000
	24 飲み込んだ後に声が変わる	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	25 がらがら声である	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	26 のどがゴロゴロしている	あり 5	2	40.0	3	60.0	0.678
	27 声がかすれる	あり 1	0	0.0	1	100.0	0.495
区分6 食道通過	28 痰が増える	あり 10	6	60.0	4	40.0	0.741
	29 胸に食物が残ったり詰まった感じがする	あり 5	3	60.0	2	40.0	1.000
	30 食物やすっぱい液がのどに戻ってくる	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	31 吐くことがある	あり 8	7	87.5	1	12.5	0.060
	32 就寝中に咳が出る	あり 11	3	27.3	8	72.7	0.122

※ χ^2 検定 *p<0.05 ***p<0.001
※セル値0は fisher の直接法

に高かった (p<0.05).

2) 症状8: 口の中に取り込めない

口の中に取り込めないという症状がある人は、「恐怖あり」群6名(100%),「恐怖なし」群0名(0.0%)と「恐怖あり」群の割合が有意に高かった (p<0.05).

3) 症状18: 水分でむせる

水分でむせるという症状がある人は、「恐怖あり」群18名(78.3%),「恐怖なし」群5名(21.7%)と「恐怖あり」群の割合が有意に高かった (p<0.05).

4) 症状19: 食事でむせる

食事でむせるという症状がある人は、「恐怖

あり」群24名(80.0%),「恐怖なし」群6名(20.0%)と「恐怖あり」群の割合が有意に高かった (p<0.01).

考 察

1. 要介護者について

要介護者において「嚥下見守り等」群は要介護度が有意に高くなっていた。

要介護者の食事においては、「嚥下出来る」群のうち50.8%が普通食を摂取しており、軟食と刻み食は45.9%であった。「嚥下出来る」群に軟食や刻み食の人がいたのは、歯牙の欠損や唾液の減

表 10. 食事介助における主介護者の恐怖と摂食・嚥下障害の症状 (n=101 複数回答)

	症状	n	食事介助の恐怖				p 値
			あり		なし		
			人	%	人	%	
区分 1 食物の認識	1 食べ物に無反応	あり 13	7	53.8	6	46.2	1.000
	2 ぼーっとしている	あり 14	8	57.1	6	42.9	1.000
	3 食事の途中で寝てしまう	あり 9	8	88.9	1	11.1	0.041 *
	4 注意散漫	あり 7	6	85.7	1	14.3	0.128
	5 食事中突然泣き出す	あり 2	1	50.0	1	50.0	1.000
	6 口の中に入れてそのまま止まってしまう	あり 9	7	77.8	2	22.2	0.291
	7 次々と口に詰め込む	あり 17	12	70.6	5	29.4	0.192
区分 2 口への 取り込み	8 口の中に取り込めない	あり 6	6	100.0	0	0.0	0.032 *
	9 食物が口からこぼれる	あり 30	21	70.0	9	30.0	0.077
	10 唾液が口から流れる	あり 12	9	75.0	3	25.0	0.217
区分 3 咀嚼と 食塊形成	11 口が渇いている	あり 10	8	80.0	2	20.0	0.177
	12 うまく噛めない	あり 16	11	68.8	5	31.3	0.284
	13 入れ歯が合っていない	あり 18	12	66.7	6	33.3	0.431
	14 入れ歯がない	あり 7	3	42.9	4	57.1	0.696
区分 4 咽頭への 送り込み	15 飲み込みに時間がかかる	あり 16	12	75.0	4	25.0	0.105
	16 食べ物を口にため込んでいる	あり 10	7	70.0	3	30.0	0.505
	17 上を向いて飲み込む	あり 3	3	100.0	0	0.0	0.252
区分 5 咽頭通過・ 食道への 送り込み	18 水分でむせる	あり 23	18	78.3	5	21.7	0.016 *
	19 食事でむせる	あり 30	24	80.0	6	20.0	0.002 *
	20 食後に咳が出る	あり 10	6	60.0	4	40.0	1.000
	21 のどに食物が残っている感じがある	あり 3	3	100.0	0	0.0	0.252
	22 飲み込みにくいと感じる	あり 12	9	75.0	3	25.0	0.217
	23 鼻から食物が出てくる	あり 2	2	100.0	0	0.0	0.501
	24 飲み込んだ後に声が変わる	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	25 がらがら声である	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	26 のどがゴロゴロしている	あり 5	3	60.0	2	40.0	1.000
	27 声がかすれる	あり 1	0	0.0	1	100.0	0.443
38 痰が増える	あり 10	6	60.0	4	40.0	1.000	
区分 6 食道通過	29 胸に食物が残ったり詰まった感じがする	あり 4	3	75.0	1	25.0	0.627
	30 食物やすっぱい液がのどに戻ってくる	あり 0	0	0.0	0	0.0	-
	31 吐くことがある	あり 8	6	75.0	2	25.0	0.295
	32 就寝中に咳が出る	あり 11	7	63.6	4	36.4	0.750

※ χ^2 検定 *p<0.05 ***p<0.001
※セル値 0 は fisher の直接法

少, 咀嚼力の低下など, 加齢に伴う自然な嚥下能力の低下が考えられた。「嚥下見守り等」群においては, 普通食が 27.3%と少なく, ミキサー食や経管栄養の人が 27.2%おり, 「嚥下見守り等」群と「嚥下出来る」群では食事形態の割合の分布に有意な違いがみられた。また, 「嚥下出来る」群に比べて「嚥下見守り等」群は食事介助において全介助が有意に多く, 食事介助による介護量の増加の可能性が考えられた。しかし, 調理時間・食事摂取時間・食事介助時間という食事に関する時間においては, 「嚥下出来る」群と「嚥下見守り等」群で割合の分布に有意な違いはなかった。こ

れは, 調理時間に関しては軟食や刻み食は手間がかかるが, ミキサー食や経管栄養は準備にあまり時間がかからないためと考えられる。

口腔ケアについてしてみると, 「嚥下見守り等」群で口腔ケアをしていない, 時々している人は合わせて 45.5%存在した。高齢者は不顕性誤嚥を起こす確率が高く, 口腔ケアを怠ることにより, 誤嚥性肺炎を起こす危険性が高まる⁶⁾とされている。また, 実際に口腔ケアを実施した人たちと口腔ケアを実施しなかった人たちを比べると, 口腔ケアを実施した人の肺炎の発生率はおおよそ 40%減少させる効果があったとの報告⁷⁾がある。

これらのことより、主介護者が口腔ケアの重要性を十分に理解できていない可能性があるとし唆され、今後の課題であると考えられる。

2. 食事の介護における主介護者の身体的負担感

「嚥下見守り等」群は「嚥下出来る」群に比べて食事の介護における主介護者の身体的負担感が「高負担感」群の割合が有意に高かった。また、食事の介護における主介護者の身体的負担感と摂食・嚥下障害および食事に関する項目との関係では、食事介助の程度が部分介助に比べて全介助は、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担となるオッズ比が27.29と有意に高くなることが分かった。また、食事介助時間においては、30分以内に比べて30分以上は食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担となるオッズ比が0.08と有意に低くなることが分かった。これは、「嚥下見守り等」群の中には自分で食事摂取が出来ているが、時々様子を伺うことが必要な場合もあり、必ずしも介助の関わりの密度と時間が一致していないことが考えられた。

次に、摂食・嚥下障害の症状と食事の介護における主介護者の身体的負担感について検討した。まず、嚥下能力別に摂食・嚥下障害の症状をみたところ、「食べ物に無反応」「口の中に取り込めない」「唾液が口から流れる」の3つの症状で割合の分布に有意な違いが認められた。区分1の食物の認識、区分2の口への取り込みで症状がある場合、食事の介護における主介護者の身体的負担感を感じる可能性が考えられた。区分2の口への取り込みについては、嚥下能力と摂食・嚥下障害の症状との関連をみたときには、有意差は認めなかったが、主介護者の身体的負担感が高い割合が多かったことは、口への取り込みについては嚥下能力だけでなく、上肢の麻痺などの運動機能が関係していることや、流れ出した唾液への対応、食べ物が取り込めないため、介助を行う際の作業が増加することが関連しているのではないかと推測される。また、食べ物に無反応な場合も同様に、直接的な食事介助だけでなく、食事への関心を引き寄せる必要が生じることが、身体的負担感を感じる要因になっていることが推察された。

3. 食事介助における主介護者の恐怖

嚥下能力と食事介助における主介護者の恐怖には割合の分布に有意な違いが認められなかった。しかし、嚥下能力に関わらず、全体の51.4%が食事介助における恐怖を感じていた。食事介助における主介護者の恐怖と摂食・嚥下障害の症状との関係を見ると、「食事の途中で寝てしまう」「口の中に取り込めない」「水分でむせる」「食事でむせる」の4つの症状において食事介助における主介護者の恐怖を感じる割合の分布に有意な違いが認められた。「水分でむせる」「食事でむせる」の2つの症状は、誤嚥しているのではないかと、窒息するのではないかと不安が恐怖につながると考えられる。一方で、「食事でむせる」「水分でむせる」の症状がある人において、全く恐怖を感じていない主介護者が20%いたことについては、食事でのむせは誤嚥している可能性もあり、本来食事介助の際、介護者が注意すべき症状であるが、意識されていない可能性がある。むせることと同様に、「食事の途中で寝てしまう」症状があると、口腔内や嚥下途中の状況で食物が止まってしまう、誤嚥につながるのではないかと恐怖を感じていると考えられた。

さらに、食事介助における主介護者の恐怖が全くないに比べて時々ある、常にあるは、食事の介護における主介護者の身体的負担感が高負担になるリスクが高くなることが分かった。そのため、嚥下能力だけでなく、食事介助への怖さを感じる症状がある場合、食事の介護における主介護者の身体的負担感を感じる要因となることが推察された。

研究の限界

今回の研究においては、対象者が少なく、この結果を一般化することは出来ないため今後対象者を増やし検討する必要がある。

結 語

摂食・嚥下障害者を介護する主介護者を対象に食事の介護における主介護者の身体的負担感及び恐怖と摂食・嚥下障害の症状との関係について検

討した結果以下のことが明らかとなった。

- ・要介護者の嚥下能力と食事の介護における主介護者の身体的負担感には関連があることが示唆された。
- ・「食事介助が部分介助に比べて全介助」「食事介助時間が30分以上に比べ30分以内」「食事介助への恐怖がなしに比べてあり」が、食事の介護における主介護者の身体的負担感を高く感じるリスクが高いことが示唆された。
- ・食事の介護における主介護者の身体的負担感には、「食べ物に無反応」「口の中に取り込めない」「唾液が口から流れる」の3つの症状が関連していることが明らかとなった。
- ・食事介助における主介護者の恐怖には、「食事の途中で寝てしまう」「口の中に取り込めない」「水分でむせる」「食事でむせる」の4つの症状が関連していることが明らかとなった。

引用文献

- 1) 厚生省(監修): 厚生白書, 新しい高齢者像を求めて-21世紀の高齢化社会を迎えるにあたって-, 61, 2000
- 2) 直江祐樹, 高山文博, 太田清人他: 在宅患者における摂食・嚥下障害に関する調査 訪問看護ステーション看護婦に対する質問調査, 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌, 4(2), 30-37, 2000
- 3) 松田明子: 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と身体機能, 主介護者の介護負担感及び介護時間との関連, 日本看護科学会誌, 23(3), 37-47, 2003
- 4) 平井雅子, 安心院登代美, 木本ちはる, 森淳一, 吉留宏明: 摂食・嚥下障害患者の退院後の追跡調査, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録13回, 109-111, 2001
- 5) 聖隷三方原病院嚥下チーム: 嚥下障害ポケットマニュアル第2版, 医歯薬出版, pp1-3, 2007
- 6) 向井美恵, 鎌倉やよい編集: Nursing Mook 20 摂食・嚥下障害の理解とケア, 学習研究社, pp16, 2003
- 7) 8020 推進財団: 口腔ケアで誤嚥性肺炎の予防 http://8020zaidan.or.jp/magazine/start_care04.html, 6/7/2010 20:00

Main caregivers' feelings of physical burden and worry in providing eating care - Association with manifestations of eating and swallowing disorders -

Chiaki KAWABE¹⁾, Mizuho Ii²⁾, Takashi Shigeno²⁾, Yukiko DOKEN³⁾,
Toshiaki UMEMURA²⁾, Shinobu YOSHII¹⁾, Mariko NIIKURA²⁾, Keiko TERANISHI⁴⁾,
Yuuchi NARUSE⁴⁾, Tomomi YASUDA²⁾

1) Toyama University Hospital

2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

3) Kinjyo University Department of Nursing

4) Toyama College of Welfare Science

Abstract

To clarify the relationship between main caregivers' sense of physical burden and dread when providing care during meals and care recipients' symptoms of eating and swallowing disorders, we sent a questionnaire survey to 290 people who were the main caregivers of people with eating and swallowing disorders. Responses were received from 105 people (response rate 36.2%). A relationship was seen ($P < 0.05$) between the swallowing ability of the care recipient and the sense of physical burden in the main caregiver providing care during meals. The risk of feeling high levels of physical burden in the main caregiver providing care during meals increased ($P = 0.05$) with total care compared with partial care in meal assistance, meal assistance time less than 30 minutes compared with more than 30 minutes, and dread toward meal assistance compared with no dread. Three symptoms, specifically unresponsiveness to food, not taking food into the mouth, and saliva flowing from the mouth, were found to be related to sense of physical burden of main caregivers in care during meals ($P < 0.05$). Four symptoms, falling asleep during meals, not taking food into the mouth, choking on water, and choking on food, were found to be related to fear in main caregivers providing meal assistance ($P < 0.05$).

From the above it is thought that not only swallowing ability but also the symptom of feeling dread toward meal assistance is a factor related to sense of physical burden in care meals.

Keywords

Eating and swallowing disorders, main caregiver, physical burden, home care

認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス

村上 章¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 田中 いずみ²⁾, 山田 恵子²⁾

1) 順天堂東京江東高齢者医療センター

2) 富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

本研究の目的は、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することである。共感経験タイプが異なる計4名に対して半構造化面接を実施した。分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。その結果、13概念、5サブカテゴリ、2カテゴリが生成された。看護師の持つ〈認知症に対する先行イメージ〉は、認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》として、より認知症看護の臨床現場の現状の課題に沿った内容へと再形成され、現状の課題に対して【良好な対処条件】は課題を極小化させ、【不良な対処条件】は課題を極大化させる働きがみとれた。これらで構成されるモデルを「認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル」と命名した。以上より、認知症看護実践の質を向上させる要因として、【良好な対処条件】を増やし【不良な対処条件】を減らすことが示唆された。

キーワード

看護師, 認知症イメージ, 認知症看護実践, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

はじめに

厚生労働省¹⁾は、2010年の認知症高齢者のうち、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる²⁾とされる日常生活自立度がⅡ以上の人口について、280万人にのぼると報告している。さらに、2025年には、認知症高齢者のうち、日常生活自立度がⅡ以上の人口は470万人になるとも言われている。したがって、介護や看護を要する認知症高齢者も増加すると予測される。

認知症高齢者をケアする看護師の感情について、松田ら³⁾は認知症高齢者をケアする看護師の感情には、1)「なんでそんなことをするの」という怒り、2)認知症高齢者の言動への困惑、3)言動に対する対応への困惑、4)身体症状の判断

への自身のなさ、5)自分のケアを評価できない不安、6)自分の思うケアができないジレンマ、7)責任の重さへの不安、8)ケアへの達成感のなさの8つがあると報告している。また、看護師の認知症症状に対するとらえ方と対応について、長畑ら⁴⁾は1)言動の意味がわからず意思の疎通がないまま一方的・その場しのぎの対処、2)言動の意味がわからず意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応、3)言動の意味はわからなかったが対応を通して相手の反応から有効性を実感、4)言動の意味を相手の身になってとらえその人にあったケアを試行錯誤しつつ対応しさらに言動の意味と相手に添うケアの方法を探索、の4つがあると報告している。これらの先行研究によって、認知症高齢者を看護する看護師の多くは認知症患者や認知症看護に対して否定的な感情を

抱いており、そのような否定的な感情は認知症看護を一方的でその場しのぎの対処にしたり手探りな対応にしたりしていることが示された。つまり、看護師の認知症に対する否定的感情あるいは否定的イメージは、認知症看護実践の質に影響を与える一要因であると推察される。

認知症イメージの影響要因については、佐野ら⁵⁾が看護師の認知症イメージ（肯定的-否定的）と認知症の知識との関連性を報告している。報告では、看護師の正しい認知症知識と認知症患者の明るいプラスイメージは、相互に関連が認められると述べられている。また、介護士の認知症イメージ（肯定的-否定的）の変化と認知症の人とのかわり方との関連性については、奥村ら⁶⁾が報告している。報告では、介護士の認知症高齢者イメージの変化を、認知症高齢者へのグループ回想法に参加した群、日常会話グループにかかわった群、通常の介護業務のみ行なった群と比較した結果、回想法にかかわった群においてのみ、認知症高齢者のイメージが有意に肯定的に変化したと述べられている。

「イメージ (image)」という言葉の意味を辞書⁷⁾で調べてみると、「心の中に思い浮かべる姿や情景。心象。形象。イマージュ。」「心の中に思い描くこと。」「目の前にいない対象を直感的・具体的に思い描いた像。」と定義されている。要するに、イメージは個人の内で生じる内発的かつ主観的な対象の捉えと言えらる。よって、認知症に対するイメージの影響要因の検討として、知識の獲得や認知症患者との関わりの中で得られた認知症高齢者の良い理解につながる気づきといった他者指向的な観点だけではなく、看護師の自己内省的な観点からの検討も必要だと考えられる。自己内省的観点から認知症イメージの影響要因の検討として、我々の先行研究⁸⁾では、両向型、共有型、不全型、両貧型という看護師の4つの共感経験タイプ別に、認知症肯定的イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティの関連性の検討を行っている。検討の結果、4つの共感経験タイプごとに認知症肯定的イメージ形成のプロセスには差異があることが明らかになった。

このように、看護師や介護職を対象としたこ

れまでの認知症イメージ形成の影響要因に関する先行研究では、他者指向的な観点として知識量や認知症患者との関わりや質、自己内省的な観点として共感経験や認知的評価、私的スピリチュアリティとの関連が検討されている。そして、認知症イメージが看護の質と関連している⁹⁾との示唆を踏まえると、認知症イメージから認知症看護実践へのプロセスについての検討も必要ではないかと考えられたが、認知症イメージの認知症看護への影響性について検討した研究はみられなかった。

以上より本研究は、4つの共感経験タイプからそれぞれ参加者を選定し、そこから得られた語りから限定的な共通性を見出すことで、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することとした。

研究の目的

本研究は、両向型、共有型、不全型、両貧型という4つの共感経験タイプのそれぞれの看護師から得られる語りから限定的な共通性を見出すことで、認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセスを検討することを目的とする。

用語の定義

認知症イメージ：看護師の内で生じる内発的かつ主観的な認知症、認知症患者、認知症看護を含む認知症全般に対して思い描く像。

共感：能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験すること¹⁰⁾。本研究では、看護師が認知症患者の立場に能動的または想像的に自分を置くことで、自分とは異なる存在である認知症患者の感情を体験することとする。

共感経験：過去の共感した経験¹⁰⁾。

共感経験タイプ：共感経験尺度改訂版の下位尺度である共有経験（共有できた経

験)と共有不全経験(共感できなかった経験)を測定し類型化される4つの共感経験のこと。両向型, 共有型, 不全型, 両貧型の4類型。¹⁰⁾

研究対象と方法

1. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹¹⁾(以下M-GTA)を用いた質的研究である。M-GTAは人間行動の予測と説明を分析するのに優れており, かつ研究テーマによって限定された範囲内における説明力に優れた研究方法である。本研究では, 看護師を対象とし, 4つの共感経験タイプの看護師から得られる認知症看護実践における認知症イメージの形成プロセスという限定された範囲でのモデル生成を目指しており, M-GTAが適していると判断した。

2. 調査期間

2015年9月～2015年10月

3. 研究参加者

インタビュー調査への同意の得られたZ病院に勤務する看護師12名から, 4つの共感経験タイプがすべて揃うこと, 且つ, 年齢, 看護師経験年数, 認知症の人との関わりの頻度によって語りの質に差が生じないように, 同じような属性であることを考慮した4名を分析対象とした。また, 4つの共感経験タイプから人数に偏りなく研究参加者を選定し, 研究結果に与える共感経験タイプの特徴の影響が最小となるように配慮した。なお, 共感経験タイプは角田¹⁰⁾が開発した共感経験尺度改訂版を使用し, タイプ分けを行った。タイプ分けでは, 共感経験尺度改訂版の下位尺度である共有経験と共有不全経験を測定し, それぞれの中央値を基に4つのタイプに類型化した。

4. データ収集方法

インタビューは半構造化面接法を採用し, 質問以外は参加者に自由に語ってもらえるようにし

た。インタビューでは, インタビューガイドを使用し, それに沿って実施した。インタビューガイドは「認知症や認知症患者, 認知症看護に対して抱くイメージ」「イメージの影響要因」「イメージが与える看護への影響」から構成された。また, インタビュー開始直前にインタビューガイドに沿った質問紙の記入を依頼し, 記述内容をインタビューの軸とした。

5. データ分析方法

分析手順は木下¹¹⁾の方法に従った。M-GTAにおける分析焦点者は「共感経験タイプが異なる看護師」とし, 分析テーマは「認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス」とした。

分析の手順は以下の通りである。

- 1) 逐語録に目を通し, そのうち最もヴァリエーションの豊富な事例を選択し, 1例目とした。
- 2) 分析テーマに関する語りの部分に着目し, その部分をヴァリエーションとする概念を作成した。概念生成時にはワークシートを使用し, 概念名, 定義, ヴァリエーションを記入した。
- 3) 2)で生成した概念のヴァリエーションとなるものを他の事例からも探し, 分析ワークシートに追加記載した。概念生成と並行して概念間の関係を図式し, 概念の統廃合を繰り返しながらサブカテゴリ, カテゴリを生成した。
- 4) 分析結果を文章化し, 結果図を作成した。

なお, データ分析の過程では, M-GTAを用いた質的研究に精通した研究者に継続的にスーパーバイズを受けながら研究を行い, 研究の精度がより高まるように努めた。

6. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては, 富山大学臨床・疫学等に関する倫理委員会の承認を得た(臨認26-80号)。その後, 対象施設の看護部長へ口頭・書面にて研究の説明を行った。研究参加者には研究目的と概要について書面で説明した。さらに, インタビュー実施前に再度, 研究の目的や方法, 倫理的配慮(自由意思による参加の保証と, プラ

イバシー保護、データの取り扱い等)について口頭と書面で説明し、同意書への署名が得られた後インタビューを行った。

結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は共感経験タイプから「両向型」「共有型」「不全型」「両貧型」それぞれ1名ずつ、計4名であった。4名の参加者は、全員女性であり、年齢は全員が20代、平均年齢は26歳であった。看護師経験年数は1.5年～6.6年であり、平均看護師経験年数は3.3年であった。認知症の人との関わりの頻度では、全員週に1日以上は関わっていた。インタビュー時間は55分～92分であり、平均72分であった。(表1)

2. ストーリーライン

研究参加者から得られた語りから、2カテゴリ、5サブカテゴリ、13概念が生成された。カテゴリは【 】, サブカテゴリは《 》, 概念は〈 〉で示す。

入職前や認知症患者との関わりを持つ以前の看護師は〈認知症に対する先行イメージ〉を持ち、認知症に対する興味が薄く、臨床で認知症患者と関わりを持ち始めてから認知症がどのようなものかを知り始めていた。

〈認知症に対する先行イメージ〉は、認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》として、認知症患者の行動の意図をうまく理解することができず、その行動への対応が正しいと確信

できないまま〈手探りな看護〉をしたり、〈認知症患者の行動予測困難感〉を抱いたり、認知症看護の知識はありつつも臨床現場ではそれが実践できずにいることに〈理想の看護と現状のギャップ〉を感じたりしており、より認知症看護の臨床現場の現状の課題に沿った内容へと変化していた。

そのような現状の課題に対し、【良好な対処条件】と【不良な対処条件】が働き、それぞれは現状の課題に対する異なる作用をしていた。【良好な対処条件】には《周囲との良好な関係性》として、〈同僚との協力関係〉や〈認知症患者と周囲の良好な関係〉〈認知症患者とのポジティブな体験〉があり、《認知症理解の深化》として〈認知症患者の個人的特徴の理解〉や〈認知症に係る知識の蓄積〉があった。【良好な対処条件】は〈職務意欲の亢進〉に働きかけ、現状の認知症看護の課題を極小化させていた。一方、【不良な対処条件】には《自己のネガティブ・マインド》として〈認知症看護に対する苦手意識〉や〈認知症に対する否定的な思考〉があり、また《周囲の否定的言動》があった。【不良な対処条件】は〈認知症イメージ変化の停滞〉に働き、現状の認知症看護の課題を極大化させていた。

以上、臨床で働く看護師の認知症イメージの形成プロセスについてのストーリーラインが示された。この結果を基に図を作成し、「認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル」と命名した。(図1)

3. 各カテゴリおよび概念の説明

各カテゴリとサブカテゴリ、概念およびその

表1. 研究参加者の概要

事例	共感経験タイプ	性別	年齢	看護師経験年数 (インタビュー時)	認知症の人との 関わりの頻度	インタビュー 時間(分)
A	両向型	女性	24	1.5	週に3～5日未満	55
B	共有型	女性	27	3.5	週に3日未満	92
C	不全型	女性	25	1.5	週に5～7日未満	75
D	両貧型	女性	28	6.6	週に3日未満	67

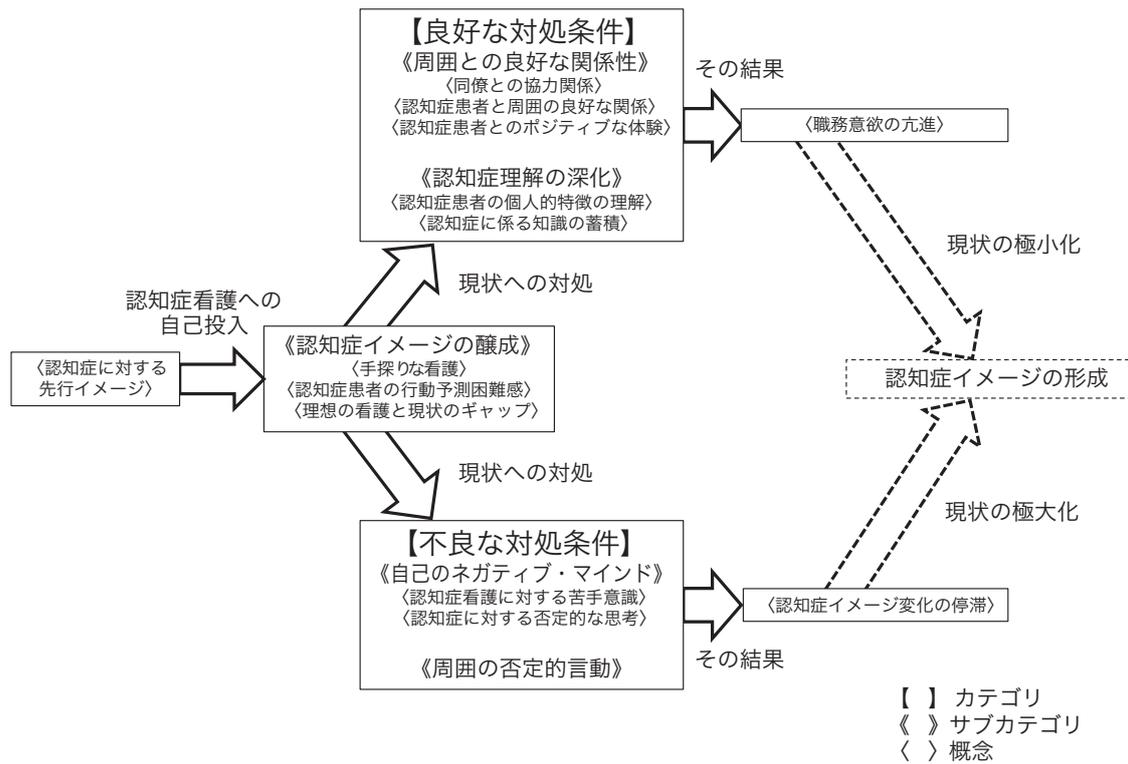


図1. 認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスモデル

ヴァリエーションを以下に記載した。M-GTAで得られたヴァリエーションは「」内に斜体・太文字で示した。()内のアルファベットは研究参加者を示す。(例：A→A氏の語り)また、本研究で抽出された概念、サブカテゴリおよびカテゴリを(表2)に示した。

認知症イメージに関するカテゴリおよび概念

〈認知症に対する先行イメージ〉では、認知症に対する興味が薄く、臨床で認知症患者と関わりを持ち始めてから認知症がどのようなものかを知り始める様子が語られていた。

「(認知症は)あまりよくわかってない病気だとも思わなかった……あんまり興味、興味がもともとなくて、あんまり強く考えたことなかったかもしれないです。」(A)

「身近に認知症の人がいなかったなので、あんまりイメージは無かったような気がします。」(D)

《認知症イメージの醸成》は〈手探りな看護〉〈認

表2. 概念、サブカテゴリおよびカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	概念
		認知症に対する先行イメージ
	認知症イメージの醸成	手探りな看護 認知症患者の行動予測困難感 理想の看護と現状のギャップ
良好な対処条件	周囲との良好な関係性	同僚との協力関係 認知症患者と周囲の良好な関係 認知症患者とのポジティブな体験
	認知症理解の深化	認知症患者の個人的特徴の理解 認知症に係る知識の蓄積
不良な対処条件	自己のネガティブ・マインド	認知症看護に対する苦手意識 認知症に対する否定的な思考
	周囲の否定的言動	周囲の否定的言動
		職務意欲の亢進 認知症イメージ変化の停滞

知症患者の行動予測困難感)〈理想の看護と現状のギャップ〉から構成されていた。

〈手探りな看護〉では、認知症患者の行動の意図をうまく理解することができず、その行動への対応が正しいと確信できないまま手探りな状態で看護をしている状態が語られた。

「妄想がひどいのは、もしかしかたら、頻繁に部屋移動してるからなんじゃないかなとか、わけのわからないところに連れてこられたからじゃないのかなとか話して、家族の人に何かもってきてもらったりとか、なるべく部屋移動をあんまりしないようにするとかはしています。」(A)

「患者さんの行動を予測、それに対応した行動、やったとしてもそれが本当にいいのかわからない。自信がない。認知症の人に限らず、ん〜なんだろう、自分のしてる事が本当に正しいのかわかると思うことが。うん。」(C)

〈認知症患者の行動予測困難感〉では、認知症患者の行動予測が難しくさまざまなリスクがある様子が語られた。

「妄想とかに左右されて勝手に着替えて帰ろうとしたりとか、帰ろうとしたりするものどうしてこんな入り口に立ってるのか分かんなかったりして、もう行動がよくわからないんですけど……言ってくれた方が、まだ理由がわかるんで、こっちも対処できるんですけど、理由が無くそういうされてるのかなと勘違いしちゃって、なので、まだ喋ってくれた方がポジティブなイメージはあります。ネガティブ……喋ってくれないとちょっとこっちもうまく対処できなくて、時間も無かったりすると、こっちもイライラしてしまったり」(A)

「認知症の方が入院してきて日中は落ち着いてたから、点滴は普通に前腕からいってて、で私がラウンドしたときに自己抜去たぶんしてて、そういう認知症の人には目につかないようにこことか袖を通すとかしまししょうねってその後なったんですけど、落ち着いてたら私も見える所に普通に刺してたと思うから、そういう面でも予測しても予測が正しいとは限らないから。」(C)

「手術のあとどうしても点滴抜かれたりとかド

レーン抜かれたりとか、転ばれたりすると命に関わるので、それが絶対起こらないようにと気を張るので、認知症のかたが入院されたり手術となると嫌だなという感じにはなりますね。」(D)

〈理想の看護と現状のギャップ〉では、認知症看護の知識はありつつも、臨床現場ではそれが実践できずにいる状態が語られた。

「ん〜やっぱり慣れた場所とかなれたスタッフとかのところでは、すごいきつと落ち着いて生活、施設とかに入所してる人でもやっぱり入院してくるとストレスがかかって、人も違うし、いつもやったらこうやってくれるとかやってくれないとかもあるし、あと声かけとかもきつと。それで、きつと入院中一時的に悪くなったりとかとげとげしくなったりとか、そういうこと結構あると思うので、変わらない環境で上手に接してあげれば、学生の時行った施設とかみたいにずっと一緒の環境で整った環境であれば、すごい穏やかにみんな過ごしてたので。そういう環境とかどどん声かけとか、ん〜。短期間でそんなに関係性作るのは難しいんですが、そういうのをもっと上手に情報収集なりなんなりして上手にできたら、患者さんにもストレス無く不安なことなく入院できるのかなと思ったので。」(B)

「分かっててできたら(良いイメージに繋がる)だろうなと思うんですけど、知識としては共感するとか最近あの、ユマニチュードとか言われてるじゃないですか。勉強しようと思えばいくらでも本はあるし情報もあるし、見てはいるんですけど、実際に場面に出くわすと、例えば妄想とか妄想っていうか幻視とかあると「いやそんなの鼠なんていないよ。」とか否定してしまうし、ちょっときつく言い方がちょっとでも無いのかもしれないけど、言い方がなってしまうし、分かってるけどできない、できないってことは分かってないのかなあって。実践できてないなって思います。」(C)

現状の課題への対処に関するカテゴリとサブカテゴリ、および概念

【良好な対処条件】では、《周囲との良好な関係性》《認知症理解の深化》の2つのサブカテゴリ

から構成されていた。

《周囲との良好な関係性》は〈同僚との協力関係〉〈認知症患者と周囲の良好な関係〉〈認知症患者とのポジティブな体験〉の概念から構成されていた。

〈同僚との協力関係〉では、多数のスタッフで患者を看ることで、1人で抱え込むこと無く様々な場面にうまく対応していくことができる様子が語られた。

「(様々な場面にうまく対応するためには) 周りに助けを、自分だけで囲い込まなくて周りに助けを求める対人スキルっていうか、なんか相談できる関係性をもともと作っておくこととかが、大事なかなと思います。」(A)

「すぐに何でも相談できる人がいるので心強いですね。日勤だったら自分より上の看護師も何人かおられるので。」(D)

〈認知症患者と周囲の良好な関係〉では、認知症になっても家族や友人など身近な人間との関係が良好に保たれており、本人にとっての支えになっている様子を垣間見ることで、認知症イメージが肯定的に促進することが語られた。

「家族といると落ち着くっていう経験があると、その家族にちょっと繋がりがいいけど、笑ってる瞬間とか落ち着いてる時を見ると、見るっていうのが良い経験なのかな。」(C)

「周りとの人間関係が保たれる、まあ認知症が進行しても保たれるっていう状態であれば、認知症イメージが肯定的になるんじゃないかなって思います。家族であったり、友人とか近所づきあいとかそんな感じですかね。」(D)

〈認知症患者とのポジティブな体験〉では、認知症患者との関わりの中で得られる、認知症患者からの発言によって認知症イメージが肯定的に促進する様子が語られた。

「すごいかわいい患者さんがいて、「私の手をさっきから犬がぺろぺろぺろ舐めるんで、この犬をどっかにやってください。」って言われたりすると、かわいいって思います。それはポジティ

ブですね。全然具体的じゃないですね。あんまり、病気ならではの発言なのかよく分からないですけど、あまり傷つけるようなこと言うんじゃないで、普通におもしろいことってたりすると、べつに私はそんなに嫌にならないです。」(A)

「認知症患者さんとの思い出とかですかね。「あの認知症のおばあちゃんこんなかわいいこと言っとった。」とかそういう思い出。こんなことあってとかっていう。」(B)

《認知症理解の深化》は〈認知症患者の個人的特徴の理解〉〈認知症に係る知識の蓄積〉の概念から構築されていた。

〈認知症患者の個人的特徴の理解〉では、認知症患者の人格を理解することで、認知症患者の行動や発言の背景にある意図を汲み取ることのヒントとなり、認知症イメージが肯定的に促進する様子が語られた。

「あ〜こういうことが今まで怖かったんだなあとか大事なんだなあと思ったりとか……。なんか、ひたすら認知症になって孫が誘拐されることを心配している人がいたんですけど、妄想の中で。やっぱりすごい大事なんだなあと思ったり、あ〜この人すごい、なんかいい人生を歩んできたんだなあと思います。」(A)

「患者さんのことを知るとか、どういう生活を送ってきてどういう人生を歩んできたかみたいなのを踏まえつつ、じゃこうしてあげようとかって働きかけると案外うまくいったりとか。」(B)

「認知症の人のそのときの場面しか見てないので、もうちょっと認知症の人の生きてきた背景とかをしっかりと捉えて接すれば、もうちょっと肯定的なイメージになるかなと思います。」(D)

〈認知症に係る知識の蓄積〉では、認知症の理解が高まることで認知症イメージが肯定的に促進される様子が語られた。

「もっとなんかわかりやすく説明してくれる講演に行ったりとか、なんかそういうちゃんと教えてくれる人がいたりとか研究が進んだりすると、分からない部分が分かるようになってきて、良い理

解の方向に進むんじゃないかなと思います。」(A)

「病気でいうものが前提で認知症っていうのを見ないと、やっぱり知識がないとなんか……。だからこの人はこうこのときに言ってくるんだって。そのなんかちょっと摩擦みたいなのが起きたときに、そういうのが一番大事で、理解してあげられる理由になるのかなあっていう風に思います。」(B)

「知識が増えてちょっとよりよく認知症の患者さんに対応できるようになれば、もうちょっとうまく関われることによって肯定的なイメージになるかなと……。」(D)

【不良な対処条件】では、《自己のネガティブ・マインド》《周囲の否定的言動》の2つのサブカテゴリから構成されていた。

《自己のネガティブ・マインド》は、〈認知症看護に対する苦手意識〉〈認知症に対する否定的な思考〉の2つの概念から構成されていた。

〈認知症看護に対する苦手意識〉では、認知症の患者にうまく対応することができず、認知症看護に対する苦手意識がある様子が語られた。

「何か自分のコントロール外に外れたことっていうのは苦手になっちゃうのかなと思います。認知症に限らず、苦手意識を持っちゃうのかな。」(B)

「なんとかしたいって思って思うけど、でもやっぱりなんかそういう予想できないこと、落ち着かない場面があると嫌だなあって。」(C)

「認知症の方、症状が出たときに自分がこうしてもうまくいかないことがあると、やっぱりなんか大変だなあとか辛いなあとか思うことがある」(D)

〈認知症に対する否定的な思考〉では、看護師自身が認知症に対して否定的な捉え方をしている様子が語られた。

「すごく症状激しい患者さんとか、そういう患者さんに対して何かなんだろなあ。嫌悪って言ったら酷いけどそういう負の感情を持つこともある」(C)

「認知症が重症になるとその後の夢とかそういうのが無くなるっていうイメージがある」(D)

《周囲の否定的言動》は〈周囲の否定的言動〉から構成され、1つ概念をサブカテゴリとして扱った。

〈周囲の否定的言動〉では、周囲の人が認知症や認知症の人に対して否定的な発言をしているのを聞き、自分もその発言に影響されている様子が語られた。

「認知症になっちゃったら悲しいねとか、誰かがその、いろんな人が言ったりとか、同僚の人が言ったりとか、その患者さんの家族が言ったりとか、認知症の特集をテレビでやってる親がそういつたりとかすると、ちょっと周りに影響されやすいので、もしかしたらそうなのかもしれないとか、あまり自分は興味が無くて思っなくても、周りの人がそう言ったら、そう思うかもしれないです。」(A)

「怒らせちゃったりとか、大変そうだみたいな感じのテレビとかで報道されてるような芸能人苦勞話とかあるじゃないですか？あれすごいハブニングなことばかり報道されるし、それを見たら「あ〜認知症って大変」っていうマイナスなイメージは。」(B)

「自分のチームの自分の受け持ちの患者さんがそういう認知症のある方で、一生懸命対応してる時に他の周りのチームの看護師が、ちょっと否定的というか「また離床センサーなってる！」とかみたいな感じで迷惑がられると、なんか自分もなんか辛くなるので、まわりもそうですね……。」(D)

現状の課題への対処によって得られる結果に関する概念

〈職務意欲の亢進〉では、自分の心に余裕を持つことで、業務にも余裕をもって取り組むことができるようになり、看護実践に良い影響を与えている状態が語られた。

「余裕を持って一歩引いて、冷静に考えられるってこと。1対1だとなんかすごい罵倒されたときとかに自分がクシャンってなったらあれなんで、一歩引いて冷静に「じゃあどうしてあんなこと言ったんだろう。」って考えられるのが心の余裕なのかなあって。」(B)

「仕事に余裕のある時は……なんですかね、そんなになんか温かく接することもできるんです。」(D)

〈認知症イメージ変化の停滞〉では、認知症イメージが肯定的に変化する予測がつかない様子が語られた。

「プラスになってほしいけど今の現状を考えると、ん～、プラスになるかなあっていうところで、マイナスなのはマイナスの度合いはちょっとずつ小さくなるかもしれないけど、ん～、ネガティブな要素は消えないかな。」(C)

「認知症の人と接することが無くなったらまた、なんだろプラスというかそういうイメージは無くなるかもしれないですけど、仕事していく上では認知症の方と接することがずっと続くと思うので、ずっとこういうふうに思い続けるんじゃないかなと思います。」(D)

考 察

本研究により、認知症看護実践における看護師の認知症イメージ形成プロセスが示された。そのプロセスについての検討および、看護への示唆と今後の課題について順に述べる。

1. 認知症イメージ形成プロセスについて

認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成は、〈認知症に対する先行イメージ〉が認知症看護への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》によって、認知症看護が手探りであったり、認知症患者の行動を予測することが難しいと感じたりして、看護師の認知症イメージがその臨床現場に沿った内容へと再形成され、現状の課題に対する【良好な対処条件】【不良な対処条件】が現状の課題を変化させるというプロセスを辿っていた。

松田ら³⁾は認知症高齢者をケアする看護師は、怒りや困惑、不安等8つの否定的な感情を抱いていることを報告している。また、看護師の認知症症状に対するとらえ方と対応について、長畑ら⁴⁾は認知症症状に対するとらえ方と対応を4つ示しており、その内容には、「言動の意味がわからず、

意思の疎通がないまま一方的・その場しのぎの対処」「言動の意味がわからず、意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応」がある。さらに、2014年に千田ら¹²⁾は、認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難には「認知症症状に関連する困難」「患者と看護師のかかわりに関連する困難」「認知症患者への看護に関連する困難」があると報告している。本研究においても、認知症イメージとして〈手探りな看護〉〈認知症患者の行動予測困難感〉〈理想の看護と現状のギャップ〉といった先行研究と類似する結果が得られている。よって、2003年に報告された看護師の認知症に関する課題は、現状の課題として残存していることが示唆された。したがって、そのような認知症イメージに対する方策としては、認知症看護の課題の明確化だけではなく認知症看護の成功体験の共有化を図り、プラスの面に視点を当てた現場教育や研究が求められるのではないかと考えられた。

また、現状の課題への対処では、看護師は良くも悪くも同僚や家族などの周囲の人間の認知症に対する肯定的・否定的な言動に影響を受けやすい様子が推察された。自分自身の感情表出は周囲に、他者の感情表出は自分自身に同じような感情体験として知覚されることが知られている。このような現象は情動伝染¹³⁾と呼ばれる。情動伝染は表情(山本・鈴木)や発話(長岡)、身体動作(木村)などさまざまなコミュニケーション方法を通して起こることが確認されている^{14, 15, 16)}。看護の臨床現場においても、職場内での認知症に対する否定的な発言や行動は職場全体の認知症イメージを否定的に変化させ、肯定的な発言や言動は職場全体の認知症イメージを肯定的に変化させることが示唆された。

そのような認知症患者に対する対処とその結果に対する方策としては、【良好な対処条件】を増やし、【不良な対処条件】を減らしていくことが挙げられる。【良好な対処条件】の充実化としては、職場における看護師同士が協力し合える体制づくりや認知症患者とのポジティブな体験の共有化を図る等して、《周囲との良好な関係性》を促進し、認知症や認知症患者に対する学びの姿勢を持ちな

から《認知症理解の深化》に努めることが考えられる。また、【不良な対処条件】を減らす方策としては、認知症や認知症看護に対する《自己のネガティブ・マインド》を内省し、認知症や認知症患者のポジティブな部分を意識し《周囲の否定的言動》に感化されないような心持ちでいることが考えられる。

2. 看護への示唆と今後の課題

本研究で得られた結果からは、すべての共感経験タイプを通して《認知症イメージの醸成》に対する不良な対処は認知症看護実践に対してマイナスな影響を与え、《認知症イメージの醸成》への良好な対処は認知症看護実践に対してプラスの影響を与えることが示唆された。したがって、認知症看護の質の1つの影響要因として、認知症に対するイメージがあると推察される。以上より、臨床現場においては認知症に対する否定的な言動に終止せず、否定的な言動が生まれる背景にある課題に意識を向け、認知症イメージの【不良な対処条件】を減らし、認知症イメージの【良好な対処条件】を増やしていくことで、認知症看護の質向上に一助するのではないかと考えられた。

なお、筆者らの先行研究によると、認知症肯定的イメージ形成の様相には共感経験タイプ別に差異があった⁸⁾ことから、認知症看護実践における認知症イメージの形成プロセスにおいても、共感経験のタイプごとに差異が生じるのではないかと考えられる。よって今後は、共感経験タイプ別にそれぞれ検討していくことが課題である。

結 論

共感経験タイプが異なる計4名の看護師を対象に、M-GTAを用いて「認知症看護実践における看護師の認知症イメージの形成プロセス」について質的研究法により検討した。その結果、共感経験タイプの共通項として以下の認知症イメージ形成プロセスが示された。まず、〈認知症に対する先行イメージ〉が認知症看護実践への自己投入の中で《認知症イメージの醸成》へと変化していた。《認知症イメージの醸成》への対処には【良

好な対処条件】と【不良な対処条件】があり、良好な対処は認知症看護実践に対して〈職務意欲の亢進〉といったプラスに作用し、不良な対処は認知症看護実践に対して〈認知症イメージ変化の停滞〉といったマイナスに作用していた。以上のプロセスより、臨床現場においては認知症イメージの【不良な対処条件】を減らし、認知症イメージの【良好な対処条件】を増やしていくことで、認知症看護の質向上に一助するのではないかと示唆された。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました施設ならびに看護師の皆様にご心より感謝し、御礼申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iaiu1.html> (2014/09/03 閲覧)
- 2) 認知症ねっと：認知症高齢者の日常生活自立度とは <https://info.ninchisho.net/care/c140> (2016/01/08 閲覧)
- 3) 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江ほか：認知症高齢者のケアする看護師の感情。大阪府立大学看護学部紀要 12(1) : 85-91, 2006
- 4) 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子：介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応。Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing 8(1) : 39-49, 2003
- 5) 佐野 望, 中澤 明美：一般病院に勤務する臨床看護師の認知症に対する知識とイメージの関連。共立女子短期大学看護学科紀要(1880-8557) 4 : 57-65, 2009
- 6) Yumiko Okumura, Satoshi Tanimukai, Toshiko Kubouchi, et al : Effect to professional caregivers of reminiscence group therapy for the elderly with dementia. International Psychogeriatrics. 19 (1) : 344, 2007
- 7) 松村明：大辞林(第2版)。p173, 三省堂,

- 東京都, 1995
- 8) 村上章, 比嘉勇人, 田中いずみほか: 看護師の共感経験における認知症イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティの関連. 富山大学看護学会誌 15(1): 29-42, 2015
- 9) 長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子ほか: 介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方. 大阪府立看護大学紀要, 8(1): 19-27, 2002
- 10) 角田 豊: 共感経験尺度の作成. 京都大学教育学部紀要, 37, 248-258, 1991
- 11) 木下康仁: 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法. 富山大学看護学会誌 6(2): 1-10, 2007
- 12) 千田睦美, 水野敏子: 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要 16: 11-16, 2014
- 13) 木村昌紀, 余語真夫, 大坊郁夫: 日本語版情動伝染尺度 (the Emotional Contagion Scale) の作成. 対人社会心理学研究 7: 31-39, 2007
- 14) 長岡千賀: 対人コミュニケーションにおける非言語的行動の2者相互影響に関する研究. 対人社会心理学研究 6: 101-112, 2006
- 15) 木村昌紀, 余語真夫, 大坊郁夫: 感情エピソードに会話場面における同調傾向の検討: 疑似同調傾向実験パラダイムによる測定. 対人社会心理学研究 4: 97-104, 2004
- 16) 山本恭子, 鈴木直人: 他者との関係性が表情表出に及ぼす影響の検討. 心理学研究 76(4): 375-381, 2005

Dementia image formation process of nurses in dementia nursing practice

Akira MURAKAMI¹⁾ Hayato HIGA²⁾ Izumi TANAKA²⁾ Keiko YAMADA²⁾

1) Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine
and Pharmaceutical Science, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study was to investigate the dementia image formation process of nurses in dementia nursing practice. Semi-structured interviews were conducted with a total of four people with different types of empathic experience. The analysis was done using the Modified Grounded Theory Approach. The results generated the two categories of Good Coping Conditions and Poor Coping Conditions, five subcategories including *fostering dementia image* and *negative mind of self*, and 13 concepts including “preceding image of dementia” and “increased work motivation.” A model consisting of these things was named the “Model of Dementia Image Formation Process of Nurses in Dementia Nursing Practice.” The above suggests that increasing Good Coping Conditions and decreasing Poor Coping Conditions are factors that improve the quality of dementia nursing practices.

Key words

nurse, dementia image, dementia nursing practice, modified grounded theory approach

北陸地方在住のストーマ保有者の QOL の実態調査

茂野 敬¹⁾, 伊井 みず穂¹⁾, 道券 夕紀子²⁾, 梅村 俊彰¹⁾, 安田 智美¹⁾

1) 富山大学大学院医学薬学研究部

2) 金城大学看護学部

要 旨

北陸地方在住のストーマ保有者 1000 名を対象として、その QOL の実態を明らかにし、QOL に影響する要因について検討することを目的に質問紙調査を行った。調査内容は、基本属性、QOL (オストメイト QOL 調査票) とし、QOL の全ての項目に欠損値のない 202 名について分析を行った。その結果、北陸地方在住のストーマ保有者の QOL は、粗点参考平均より「ストレス」、 「支援体制」、 「セルフエスティーム」、 「セクシュアリティ」では有意に高く、「活動性」、 「経済的側面」では有意に低かった。また、QOL に影響する要因は、年齢、性別、術後経過年数、漏れの有無、皮膚障害の経験の有無であった。特に、皮膚障害の経験の有無は QOL の 6 の下位尺度で有意差を認めたことから、ストーマ保有者の QOL に幅広く影響する可能性が示された。漏れが発生すると皮膚障害を引き起こすリスクが高くなるため、ストーマ造設術前から適切な指導やケアを行い、退院後も継続的にフォローアップしていくことで、漏れや皮膚障害を経験させないようにする必要があると考えた。

キーワード

ストーマ保有者, QOL

はじめに

ストーマ保有者 (オストメイト) は、ストーマ造設に伴い、新たな排泄管理方法であるストーマケアが必要となり、食事や睡眠、入浴等の様々な日常生活が変化すると考えられる。そのため、ストーマ造設術後、入院中に、退院後の日常生活をイメージしながらストーマケアを習得する必要がある。清水ら¹⁾ は、退院後のストーマ保有者はストーマケアや日常生活に困っていることを明らかとしており、古川ら²⁾ も、尿路ストーマ保有者の相談会において、最も多い相談内容はストーマケアに関するものであり、次いで日常生活に関するものであったと述べている。また、藤原ら³⁾

は、人工肛門造設術後患者の日常生活における困難として、「ストーマに対する不快な感情」、 「日常生活行動の制限」、 「排便コントロール」、 「装具交換の実践」、 「装具費用の負担感」があることを報告している。このことから、ストーマ保有者は、実際に退院後の日常生活を過ごしていく中で、入院中にはイメージできなかった日常生活の変化に直面する可能性がある。そして、その変化により身体的・精神的・社会的側面に影響を及ぼし、Quality of Life (以下 QOL) の低下につながるのではないかと考える。

ストーマ保有者の QOL について、岩根⁴⁾ は、オストメイト QOL 調査票を使用し、漏れが「活動性」に、年齢が「ストレス」、 「セクシュアリティ」、

「経済的側面」に影響し、セルフケア状況、性別、職業の有無、術後経過年数はQOLへの影響が少ないと述べ、藤井ら⁵⁾は、年齢において、「身体的状態」、「自尊心」、「経済的側面」で有意差が認められたことを報告している。また、磯崎⁶⁾は、ストーマに関するトラブルの有無が、「ストーマに対する満足度」、「身体的状態」、「活動性」、「セクシュアリティ」に影響を与え、それらのQOLが低下する傾向があること、ストーマ外来受診の有無が、「ストレス」に影響を与える要因であると述べている。

以上より、ストーマ保有者のQOLに影響を及ぼす要因は多岐に渡り、ストーマ保有者一人一人の生活様式や環境の違いによってもQOLは変化するものと推察される。そのため、先行研究とは異なる生活様式や環境で暮らすストーマ保有者のQOLについても調査を行う必要があると考えた。加えて、研究者が今後ストーマ保有者のQOLに関する研究を行うにあたり、自身が属する地域におけるストーマ保有者のQOLの実態も把握していく必要があると考えた。

そこで今回、北陸地方在住のストーマ保有者のQOLの実態を明らかにすると共に、QOLに影響する要因について検討することを目的とした。それにより北陸地方在住のストーマ保有者のQOLの程度とQOLに影響する要因を把握でき、北陸地方在住のストーマ保有者のQOLの維持・向上に関する示唆を得ることができる。また、対象の特性に合わせたストーマケア指導や援助を行う上で有効な資料になると考える。

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査

2. 研究対象

20歳以上で自己にて質問紙記載が可能であるストーマ保有者

3. 調査期間

2015年3月～2015年6月

4. 調査方法

質問紙調査法、郵送法

5. 調査内容

1) 基本属性

基本属性は、性別、年齢、同居家族、術後経過年数、ストーマの種類、漏れの有無、皮膚障害の経験の有無、ストーマ外来通院経験の有無・通院理由とした。

2) QOL

QOLの測定には、オストメイトQOL研究会が開発した、オストメイトQOL調査票⁷⁾を使用した。この調査票は全42問、9の下位尺度で、「ストレス」6問、「支援体制」2問、「ストーマに対する満足度」2問、「身体的状態」18問、「活動性」6問、「心理的状态」7問、「セルフエスティーム」6問、「セクシュアリティ」3問、「経済的側面」2問で構成されており、坪井⁸⁾により信頼性、妥当性が確認されている。この調査票は消化器系ストーマ保有者用に開発されており、「身体的状態」において泌尿器系ストーマ保有者には当てはまらない質問項目が存在するが、下位尺度毎での評価が可能であるため、本研究では「身体的状態」を除外した8の下位尺度(計34問)を使用することとした(表1)。質問は0～5の6段階で回答を求め、下位尺度毎に0～5点を配点、合計得点が高いほどQOLが高いことを示す。

6. 分析方法

データ分析には、統計ソフトSPSS Ver. 22.0 J for Windowsを用いた。基本属性とストーマ保有者のQOLとの関連を明らかにするために、2群にはt検定、多群には一元配置分散分析、ボンフェローニの多重比較を用いて検討を行った。有意水準は5%未満とした。

7. 倫理的配慮

北陸地方在住のストーマ保有者に質問紙を配布し、質問紙の返送をもって同意が得られたものとした。なお、本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認(臨認26-110号、臨変27-30号)を得て実施した。

表 1. QOL の項目と質問内容

QOL の下位尺度内容	質問内容
ストレス	<p>ストーマ周囲の皮膚が気になりますか</p> <p>臭いが気になることがありますか</p> <p>ストーマをつけたことで外見容姿（スタイル）が気になりますか</p> <p>ストーマのあることを恥ずかしく思いますか（人に知られることなど）</p> <p>外出時にトイレで排泄処理をすることは大変ですか</p> <p>生活の中でのストレスはありますか</p>
支援体制	<p>ストーマについて、身近に面倒を見てくれる人はいますか（家族、親戚、友人など）</p> <p>悩みごとを相談できる人がいますか（医療者含む）</p>
ストーマに対する満足度	<p>術前の説明に満足していますか</p> <p>治療（指導）に満足していますか</p>
活動性	<p>入浴するのに支障がありますか</p> <p>外出するのに支障がありますか</p> <p>車などの乗り物を利用するのに支障がありますか</p> <p>スポーツや運動に支障がありますか</p> <p>社交面（交際・会合）に支障がありますか</p> <p>仕事（職業・家事など）の面に支障がありますか</p>
心理的状態	<p>よく眠れないことがありますか</p> <p>いらいらすることが多いですか</p> <p>最近、気が沈んだり気が重くなることがありますか</p> <p>健康な友人に嫉妬心を抱くことがありますか</p> <p>時々、口きたなくののしりたくなりますか</p> <p>時々、ひどく腹をたてますか</p> <p>じっと座ってられないくらい気持ちが落ち着かないことがありますか</p>
セルフエスティーム	<p>なにか心の支えになるものがありますか（家族、知人、宗教、ペットなどを含む）</p> <p>人を思いやることができますか</p> <p>自分にはいくつか良いところがあると思えますか</p> <p>だいたいことは人と同じようにできると思えますか</p> <p>自分を得意に思えることがありますか</p> <p>自分の価値は少なくとも他の人たちと同じだと思えますか</p>
セクシュアリティ	<p>性欲はありますか</p> <p>性生活に満足していますか</p> <p>男性や女性としての魅力が以前よりも少なくなったと感じますか</p>
経済的側面	<p>日常生活で経済的な圧迫感がありますか</p> <p>装具にかかる経済的な自己負担はありますか</p>

結 果

ストーマ保有者 1,000 名に質問紙を配布し、304 名（回収率 30.4%）から回答が得られた。そのうち、QOL の全ての項目に欠損値のない 202 名（有効回答率 66.4%）を分析対象とした。

1. 基本属性

基本属性を表 2-1、表 2-2 に示す。

性別は、男性 129 名 (63.9%)、女性 71 名 (35.1%)、未記入 2 名 (1.0%) であった。年齢は、65 歳未満 50 名 (24.8%)、65 歳以上 75 歳未満 86 名 (42.6%)、75 歳以上 65 名 (32.2%)、未記入 1 名 (0.5%) であり、平均 69.1±11.4 歳であった。同居家族は、独居 28 名 (13.9%)、同居家族あり 171 名 (84.2%) であり、そのうち、配偶者あり 139 名 (68.8%)、配偶者なし 32 名 (15.8%)、未

表2-1. 基本属性

N=202

項目	カテゴリー	人数	(%)	平均 ± 標準偏差
性別	男性	129	(63.9)	
	女性	71	(35.1)	
	未記入	2	(1.0)	
年齢	65歳未満	50	(24.8)	69.1 ± 11.4 歳
	65歳以上 74歳以下	86	(42.6)	
	75歳以上	65	(32.2)	
	未記入	1	(0.5)	
同居家族	独居	28	(13.9)	
	同居家族あり - 配偶者あり	139	(68.8)	
	同居家族あり - 配偶者なし	32	(15.8)	
	未記入	3	(1.5)	
術後経過年数	1年未満	27	(13.4)	7.0 ± 6.7 年
	1年以上 5年未満	73	(36.1)	
	5年以上 10年未満	49	(24.3)	
	10年以上	51	(25.2)	
	未記入	2	(1.0)	
ストーマの種類	尿路ストーマ	42	(20.8)	
	大腸ストーマ	116	(57.4)	
	回腸ストーマ	32	(15.8)	
	ダブルストーマ	6	(3.0)	
	未記入	6	(3.0)	
漏れの有無	あり	85	(42.1)	
	なし	113	(55.9)	
	未記入	4	(2.0)	
皮膚障害の経験の有無	あり	107	(53.0)	
	なし	94	(46.5)	
	未記入	1	(0.5)	
ストーマ外来通院経験の有無	あり	103	(51.0)	
	なし	95	(47.0)	
	未記入	4	(2.0)	

記入3名(1.5%)であった。術後経過年数は、1年未満27名(13.4%)、1年以上5年未満73名(36.1%)、5年以上10年未満49名(24.3%)、10年以上51名(25.2%)であり、平均7.0±6.7年であった。ストーマの種類は、尿路ストーマ42名(20.8%)、大腸ストーマが116名(57.4%)、回腸ストーマ32名(15.8%)、ダブルストーマ6名(3.0%)、未記入6名(3.0%)であった。漏れの有無は、あり85名(42.1%)、なし113名(55.9%)、未記入4名(2.0%)であった。ストーマ周囲皮膚障害の経験の有無は、あり107名(53.0%)、なし94名(46.5%)、未記入1名(0.5%)であった。ストーマ外来通院経験の有無は、あり103名(51.0%)、なし95名(47.0%)、未記入4名(2.0%)であり、通院理由は、定期通院(装具の相談、装具交換の指導)49名(47.6%)、皮膚障害30名(29.1%)、排泄物が漏れる14名(13.6%)、その他6名(5.8%)、未記入4名(3.9%)であった。

表2-2. ストーマ外来通院理由

N=103

	人数	(%)
定期通院	49	(47.6)
(装具の相談 装具交換の指導)		
皮膚障害	30	(29.1)
排泄物が漏れる	14	(13.6)
その他	6	(5.8)
未記入	4	(3.9)

表3. 対象者のQOLと粗点参考平均との比較

N=202

QOLの下位尺度	平均 ± 標準偏差	粗点参考平均	p値
ストレス	15.3 ± 6.1	6.8	.000
支援体制	2.8 ± 1.6	2.5	.013
ストーマに対する満足度	6.9 ± 2.5	6.9	.959
活動性	15.9 ± 8.1	19.9	.000
心理的状态	22.9 ± 7.9	22.8	.829
セルフエスティーム	19.6 ± 5.4	14.7	.000
セクシュアリティ	5.4 ± 3.1	3.0	.000
経済的側面	4.5 ± 2.8	5.8	.000

t検定

2. 対象者の QOL と粗点参考平均との比較

対象者の QOL の各下位尺度の平均とオストメイト QOL 研究会が提示する粗点参考平均の比較を表 3 に示す。

対象者の QOL の下位尺度の平均は、「ストレス」15.3±6.1, 「支援体制」2.8±1.6, 「ストーマに対する満足度」6.9±2.5, 「活動性」15.9±8.1, 「心理的状态」22.9±7.9, 「セルフエスティーム」19.6±5.4, 「セクシュアリティ」5.4±3.1, 「経済的側面」4.5±2.8 であった。「ストレス」, 「支援体制」, 「セルフエスティーム」, 「セクシュアリティ」では、今回

の対象者の方が QOL は有意に高く, 「活動性」, 「経済的側面」では有意に低かった (p<0.05)。

3. 基本属性と QOL との関連

QOL の下位尺度に有意差を認めた基本属性を表 4 ~ 8 に示す。

性別は, 「支援体制」, 「セルフエスティーム」で有意差を認め, 女性が男性に比べて QOL が有意に高かった (p<0.05)。また, その他の項目では有意差は認められなかったものの, 女性が男性に比べて QOL は高い傾向にあった。

年齢は, 「ストレス」, 「経済的側面」で有意差

表 4. 性別と QOL との関連

QOL の下位尺度	性別		p 値
	男性	女性	
ストレス	15.0 ± 5.7	15.8 ± 6.9	.386
支援体制	2.6 ± 1.4	3.1 ± 1.9	.020
ストーマに対する満足度	6.8 ± 2.5	7.2 ± 2.4	.204
活動性	15.1 ± 7.8	17.0 ± 8.5	.121
心理的状态	22.7 ± 7.8	23.2 ± 8.3	.705
セルフエスティーム	18.8 ± 5.4	20.9 ± 5.2	.007
セクシュアリティ	5.2 ± 3.1	5.7 ± 3.0	.339
経済的側面	4.2 ± 2.6	4.9 ± 3.2	.157

※表中の数字は平均±標準偏差

N=202

t 検定

表 5. 年齢と QOL との関連

QOL の下位尺度	年齢			p 値
	65 歳未満	65 歳以上 74 歳未満	75 歳以上	
ストレス	13.3 ± 6.1	15.6 ± 5.9	16.6 ± 6.2	.013
支援体制	2.7 ± 1.3	2.9 ± 1.8	2.7 ± 1.4	.604
ストーマに対する満足度	7.0 ± 1.9	7.1 ± 2.4	6.7 ± 2.9	.659
活動性	15.2 ± 7.9	16.3 ± 7.9	15.9 ± 8.4	.760
心理的状态	21.8 ± 8.2	23.5 ± 7.8	23.0 ± 7.9	.507
セルフエスティーム	18.8 ± 5.6	19.8 ± 5.2	19.9 ± 5.7	.477
セクシュアリティ	5.6 ± 3.0	5.4 ± 3.0	5.3 ± 3.3	.872
経済的側面	3.7 ± 2.6	4.4 ± 2.8	5.1 ± 2.9	.046

※表中の数字は平均±標準偏差

一元配置分散分析

N=202

表 6. 術後経過年数と QOL との関連

QOL の下位尺度	術後経過年数				p 値
	1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上	
ストレス	13.5 ± 5.8	16.1 ± 5.9	15.1 ± 6.1	15.3 ± 6.4	.296
支援体制	3.0 ± 2.2	2.9 ± 1.4	2.6 ± 1.2	2.6 ± 1.7	.443
ストーマに対する満足度	6.9 ± 1.6	7.3 ± 2.2	6.8 ± 2.5	6.4 ± 3.0	.287
活動性	14.0 ± 7.5	15.8 ± 7.3	15.1 ± 8.8	17.5 ± 8.5	.263
心理的状态	21.3 ± 8.7	23.7 ± 7.6	21.8 ± 8.6	23.6 ± 7.2	.364
セルフエスティーム	17.7 ± 6.7	19.7 ± 5.0	18.9 ± 5.5	21.2 ± 5.0	.031
セクシュアリティ	4.7 ± 2.8	5.3 ± 2.8	5.4 ± 3.0	5.8 ± 3.6	.520
経済的側面	4.1 ± 2.7	4.4 ± 2.8	4.3 ± 3.0	5.0 ± 2.7	.515

※表中の数字は平均±標準偏差

一元配置分散分析

N=202

表7. 漏れの有無と QOL との関連

QOLの下位尺度	あり	なし	p 値
ストレス	14.0 ± 6.2	16.2 ± 5.9	.013
支援体制	2.7 ± 1.6	2.9 ± 1.5	.277
ストーマに対する満足度	6.5 ± 2.6	7.2 ± 2.3	.026
活動性	15.2 ± 8.6	16.3 ± 7.6	.337
心理的状态	23.0 ± 7.8	22.7 ± 8.1	.766
セルフエスティーム	19.8 ± 5.5	19.4 ± 5.4	.619
セクシュアリティ	5.3 ± 3.2	5.5 ± 3.0	.586
経済的側面	4.1 ± 2.9	4.7 ± 2.8	.206

※表中の数字は平均±標準偏差 t 検定

表8. 皮膚障害の経験の有無と QOL との関連

QOLの下位尺度	あり	なし	p 値
ストレス	13.7 ± 6.1	17.1 ± 5.7	.000
支援体制	2.6 ± 1.5	3.0 ± 1.6	.139
ストーマに対する満足度	6.5 ± 2.4	7.3 ± 2.4	.029
活動性	14.6 ± 7.9	17.3 ± 8.0	.022
心理的状态	21.2 ± 8.5	24.9 ± 6.8	.001
セルフエスティーム	19.3 ± 5.3	19.9 ± 5.6	.389
セクシュアリティ	4.9 ± 2.7	6.0 ± 3.5	.020
経済的側面	3.9 ± 2.7	5.1 ± 2.8	.002

※表中の数字は平均±標準偏差 t 検定

を認め、75歳以上が65歳未満に比べて、QOLが有意に高かった ($p<0.05$).

術後経過年数は、「セルフエスティーム」で有意差を認め、10年以上が1年未満に比べてQOLは有意に高かった ($p<0.05$).

漏れの有無は、「ストレス」、「ストーマに関する満足度」で有意差を認め、漏れなしが有りに比べてQOLが有意に高かった ($p<0.05$).

皮膚障害の経験の有無は、「ストレス」、「ストーマに関する満足度」、「活動性」、「心理的状态」、「セクシュアリティ」、「経済的側面」で有意差を認め、皮膚障害の経験なしが有りに比べて、QOLが有意に高かった ($p<0.05$).

同居家族、ストーマの種類、ストーマ外来の通院経験の有無では、QOLの下位尺度に有意差は認められなかった。

考 察

1. 年齢, 性別, 同居家族

年齢では、75歳以上が65歳未満に比べて、「ス

トレス」、「経済的側面」のQOLが有意に高かった。山本ら⁹⁾は若年層の方がストーマを保有しなながらも仕事を抱え、家族を養わなければならない状況にあり、さらにストーマ装具にも経済的負担がかかっているため、若年層の経済的負担のQOLが低いことが考えられると述べている。その他に、若年層では自分の趣味等にお金を使いたいという思いがあり、ストレスや経済的負担を感じることに繋がっているのではないかと考える。

性別では、女性が男性に比べて、「支援体制」のQOLが有意に高かった。梶原ら¹⁰⁾は、男性は配偶者に装具交換を期待している割合が高いが、女性は訪問看護師・ヘルパーや娘・息子・嫁に期待している割合が高いことを報告している。このことから、女性は配偶者以外の家族の支援やヘルパーなどの外部の支援もうまく利用しているため、「支援体制」のQOLが有意に高かったと考えられる。また、先行研究において、ストレスを感じやすい人はセルフエスティームが低い¹¹⁾こと、女性の方が有意に精神的に落ち込みやすい¹²⁾ことが報告されていることから、研究者は、男性に

比べて女性の「セルフエスティーム」のQOLは低くなると考えていた。しかし、本研究では、女性の「セルフエスティーム」のQOLが有意に高い結果となった。これは、女性の「支援体制」のQOLが男性に比べて有意に高いことを踏まえると、女性の方が、落ち込んでもフォローできる体制が整っているのではないかと考えられる。そして、今回の対象者の「ストレス」のQOLが粗点参考平均より高く、男女間に有意差が認められなかったことも、女性の「セルフエスティーム」のQOLが有意に高かった要因であると推察される。

同居家族では、QOLの下位尺度に有意差は認められなかったが、同居家族の支援やストーマへの理解は、ストーマ保有者にとっての大きな身体的・精神的支えとなることが期待できる。そのため、ストーマ保有者本人だけでなく、支えと成り得る同居家族もストーマに関心を持つことができるように、家族に対しても適切な説明を行うなどしていくことがQOLの維持・向上につながると考える。

2. 術後経過年数, ストーマの種類

術後経過年数では、10年以上が1年未満に比べて「セルフエスティーム」のQOLが有意に高かった。道廣¹³⁾は、術後経過年数10年～19年が1年未満に比べて、心理的適応得点が有意に高かったと述べており、片岡ら¹⁴⁾は、術後平均経過年数8.1年より短い群では「日常役割機能(身体) (精神)」、「心の健康」でQOLが低かったと述べている。このことから、術後年数が経過するにつれて、ストーマに関する知識や技術が徐々に身につく、心の拠り所や支援してもらえる存在を得ることが可能になるのではないかと推察される。そのため、10年以上の「セルフエスティーム」のQOLが有意に高かったと考える。

ストーマの種類では、QOLの下位尺度に有意差は認められなかった。片岡¹⁵⁾は、コロストメイト、ウロストメイトのQOLは共に、「体の痛み」の項目以外の全ての項目において、国民標準値より低い結果であったと述べており、ストーマを造設することでQOLは低下するものと考えられる。そのため、消化器系、泌尿器系の両方のストーマを保有しているダブルストーマの場合は、さらにQOLが低下するものと考えたが、本研究において、

ストーマの種類で有意差は認められなかった。これには、ダブルストーマの対象者が6名と、他に比べ少なかったことが要因として考えられる。今後の課題として対象者数の確保が必要となるが、ストーマの種類によってストーマ保有者のもつ悩みは異なってくると推察されるため、ストーマ保有者各々の背景やニーズを捉え、対応を行っていくことが重要であると考えられる。

3. 漏れの有無, 皮膚障害の経験の有無, ストーマ外来通院経験の有無

漏れの有無では、漏れない者がある者に比べて、「ストレス」、「ストーマに対する満足度」のQOLが有意に高く、皮膚障害の経験の有無では、皮膚障害の経験のない者がある者に比べて、「ストレス」、「ストーマに対する満足度」、「活動性」、「心理的状态」、「セクシュアリティ」、「経済的側面」のQOLが有意に高かった。また、ストーマ外来通院経験の有無では、QOLの下位尺度に有意差は認められなかったものの、通院理由を見ると定期通院(装具の相談、装具交換の指導)に次いで多いのは、皮膚障害、排泄物の漏れであった。古川ら²⁾は、ストーマケアに関する最も多い相談はストーマ周囲の皮膚障害であったと述べており、片岡ら¹⁴⁾は、皮膚障害の発生はオストメイトにとって痛みを伴うことが多い障害であり、全身の身体状況や精神状態に影響を及ぼし得る可能性を示唆している。このことから、皮膚障害は、ストーマ保有者が日常生活を過ごす中で、そのQOLに大きく影響を及ぼす要因であると捉えることができる。そして、皮膚障害は漏れによって引き起こされる可能性が高いが、漏れは皮膚障害を引き起こすだけでなく、漏れが生じることでストーマ装具の交換回数が増加するため、ストーマ装具購入費用などの経済的負担も大きくなると考えられる。実際、坪井⁸⁾は、便漏れと経済面との関係を見ても、便漏れない人の方が経済的なQOLが良いと述べている。本研究の対象者は「経済的側面」が粗点参考平均より有意に低かったことから、漏れの有無に関係なく、経済的負担を感じていると考えられる。皮膚障害に至ると、ストーマ管理費用もかかるため、さらに経済的負担を感じると考えられる。

磯崎⁶⁾はストーマに関するトラブルを抱えることで「ストーマに対する満足度」、「身体的状態」、「活動性」、「セクシュアリティ」のQOLは低下し、術後経過年数を重ねることで「活動性」のQOLは高まると述べている。漏れの発生が減少すると、皮膚障害発生のリスクも減少し、経済的負担の軽減にもつながると考えられる。そのため、術前から漏れや皮膚障害を引き起こさないような支援・指導を行い、退院後も定期的にストーマ外来を受診する機会を設けるなど継続的なフォローアップを行う必要があると考える。それにより、ストーマ保有者の身体的な問題も悪化する前に改善することができ、QOLは大きく低下せず、ストーマ保有者のQOLを維持することができると考えた。

おわりに

北陸地方在住のストーマ保有者のQOLの実態を明らかにし、QOLに影響する要因について検討することを目的として研究を行った結果、北陸地方在住のストーマ保有者のQOLは、粗点参考平均より「ストレス」、「支援体制」、「セルフエスティーム」、「セクシュアリティ」では有意に高く、「活動性」、「経済的側面」では有意に低かった。また、QOLに影響する要因は、年齢、性別、術後経過年数、漏れの有無、皮膚障害の経験の有無であった。特に、皮膚障害の経験の有無はオストメイトQOL調査表の6の下位尺度で有意差を認めたことから、ストーマ保有者のQOLに幅広く影響する可能性が示された。漏れが発生すると皮膚障害を引き起こすリスクが高くなるため、ストーマ造設術前から適切な指導やケアを行い、退院後も継続的にフォローアップしていくことで、漏れや皮膚障害を経験させないようにする必要があると考えた。

今後の課題

本研究により、皮膚障害の経験の有無がストーマ保有者のQOLを低下させる要因となることが明らかとなったことから、今後は皮膚障害を経験

させないために必要なストーマセルフケアについても、検討を行っていく必要があると考える。

引用文献

- 1) 清水裕子, 太田雅子, 斉藤奈緒美他: 永久的ストーマ患者の退院後困ったことの調査サポート体制の構築に向けて, 日本看護学会論文集, 成人看護Ⅱ, 42: 222-225, 2012.
- 2) 古川智恵, 森岡郁晴: 患者会に参加している尿路ストーマ保有者が抱えている問題点, STOMA: Wound&Continence, 20(1): 30-34, 2013.
- 3) Fujiwara Naoko, Azuma Masami: A Qualitative Study on Daily Life of the Colostomy Patients after Surgery, 大阪教育大学紀要第Ⅲ部門(自然科学・応用科学), 63(1), 1-4, 2014.
- 4) 岩根弘栄: QOL調査票を用いたケアの質の評価 QOLに影響する因子, 社会保険広島市民病院医誌, 19(1), 62-67, 2003.
- 5) 藤井公人, 駒屋憲一, 河合悠介他: QOL評価からみたストーマ造設後患者の現状, 東海ストーマリハビリテーション研究会誌, 28(1), 42-46, 2008.
- 6) 磯崎奈津子: 看護師シリーズオストメイトのQOLに影響を与える要因ストーマ外来受診状況に焦点をあてて, 日本医科大学医学会雑誌, 9(3): 170-175, 2013.
- 7) オストメイトQOL研究会: オストメイトQOL調査票, 1999.
- 8) 坪井康次: 日本人オストメイトのQOL研究の現状, STOMA: Wound&Continence, 10(1): 1-5, 2001.
- 9) 山本亜矢, 鈴木愛美, 赤池こずえ: ストーマ装具費用がオストメイトのQOLに及ぼす影響, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 5(2): 12-16, 2002.
- 10) 梶原睦子, 根本秀美, 高橋知勢子: 高齢者在宅ストーマ保有者が持つ高齢者意識と不安, 日本ストーマ・排泄会誌, 23(3): 69-78, 2007.
- 11) 川西陽子: セルフ・エスティームと心理的ストレスの関係, The Japanese Journal of Health

- Psychology, 8(1) : 22-30, 1995.
- 12) 佐藤エキ子：コーピングについて -オストメイトの対処行動を考える-，日本ET協会誌，1 : 3-9, 1997.
- 13) 道廣睦子：ストーマ造設患者の心理的適応と関連要因手術経過年数による比較，吉備国際大学保健福祉研究所紀要，7 : 21-27, 2006.
- 14) 片岡ひとみ，上月正博：尿路ストーマ保有者の健康関連 QOL の評価，Quality of Life Journal, 4(1) : 47-55, 2003.
- 15) 片岡ひとみ：コロストメイトとウロストメイトの健康関連 QOL について，東北医学雑誌，116(1) : 81-83, 2004.

QOL survey of ostomates living in the Hokuriku Region

Takashi Shigeno¹⁾, Mizuho Ii¹⁾, Yukiko DOKEN²⁾,
Toshiaki UMEMURA¹⁾, Tomomi YASUDA¹⁾

1) Toyama University Hospital

2) Kinjyo University Department of Nursing

Summary

A questionnaire survey was conducted of 1,000 ostomates living in the Hokuriku region of Japan with the purpose of clarifying their QOL status investigating the factors that affect QOL. The survey covered basic attributes and QOL (ostomate QOL survey), and an analysis was conducted with 202 subjects for whom there were no missing data on QOL. The results indicated that the QOL of ostomates living in the Hokuriku Region was significantly higher than the reference mean of the raw score in *stress*, *support system*, *self-esteem*, and *sexuality*, and significantly lower in *activity* and *economic profile*. Factors affecting QOL were age, sex, number of years after surgery, whether or not there is leakage, and whether or not the individual has skin problems. Significant differences were seen in whether or not an individual had experienced skin problems among the 6 QOL subscales, indicating the possibility of wide-ranging QOL effects in ostomates. Because the risk of skin problems increases with occurrence of leakage, appropriate advice and care prior to the ostomy and continuing follow-up after discharge are thought to be necessary so that the patient does not experience leakage and skin problems.

Keywords:

Ostomate, QOL

慢性疾患患者のコンプライアンス測定尺度の作成の試み

横山 孝枝, 藤本 ひとみ, 高間 静子

福井医療短期大学 看護学科

要 旨

慢性疾患患者のコンプライアンス測定尺度を作成した。A県内の慢性疾患患者 356 名を対象に、慢性疾患が憎悪しないための治療・生活上のコンプライアンスに関する 7 下位概念 51 項目の調査票を配布し、後日郵送法で回収した。有効回答数は 270 名、有効回答率は 75.8%であった。因子分析により 7 因子 23 項目の因子解が抽出された。各因子は「体調に合わせた労働」「身体活動内容の指示の遵守」「食事内容の制限と自宅外での薬物管理の遵守」「疲労度を考慮した作業内容の調節」「就業と心理的ストレスの対処」「内服・安静時の励行」「安静範囲内での活動量の調節」と命名した。

キーワード

慢性疾患患者, コンプライアンス, 尺度

はじめに

昨今、我が国の疾病構造は、感染症等の急性疾患から、循環器病などの生活習慣病をはじめとした慢性疾患へと大きく変化してきている。

その結果、慢性疾患に罹患することは、多くの国民が経験する身近な状況となった。このため、国民から日常生活における健康管理を始め、病状のさまざまな段階に応じた総合的な対策を図ることが求められるようになった。

慢性疾患の予防に対する取り組みとしては、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」などが進められている。慢性疾患を有しながら暮らしていくことは、長い人生を通じて生活の質（quality of life, 以下 QOL）の低下を招き、大きな問題となっている¹⁾。そのため、自らの慢性疾患に対する治療を滞りなくすすめることは QOL に直結する重要な自己管理行動である。

しかし、黒田は、「社会生活での周囲の人々に理解されにくく、さらに自分自身においても自己

の生活の中で療養法を実施し続けることは困難な状況となっている」と述べており²⁾、慢性疾患患者の治療コンプライアンスは難しいと考える。

コンプライアンスの概念に関して、宗像は、用語の使い方には幅がみられると述べている⁴⁾。昨今、コンプライアンスにかわりアドヒアランスの概念が推奨されているが、患者と医療従事者間の人間関係を重視し、能動的な患者の行動を強く求める概念である³⁾。しかし、臨床においては、慢性疾患に罹患する患者の高齢化があり、自ら治療方法や内容に関して主体となって決定し行動するには能力的に無理が生じる患者も存在する。アドヒアランスとコンプライアンスの概念の関係について、アドヒアランスの求める能動的な行動能力には、自らの慢性疾患を憎悪させないために治療に則した内容を守ることが根底として存在し、コンプライアンスはアドヒアランスの中核となる概念であると考えられる。様々な能力のレベルや障害をもつ慢性疾患患者にとって、共通して言えることは、主体的に治療に参加できるか否かに関わらず、治

療上の指示内容を守ること（以下、治療コンプライアンス）が、自宅で療養生活を送る上で不可欠であり、この治療コンプライアンスが守られないと、慢性疾患の憎悪を招き、入院に移行することが避けられなくなる。つまり、慢性疾患患者にとってのコンプライアンスはアドヒアランス以上に重要かつ不可欠な課題なのである。本研究では、高齢者や病識が不良で能動的に行動できない患者も含め、広く慢性疾患患者の自己管理に通用する目的で、コンプライアンスを測定する尺度を開発することを目的とした。

用語の操作的定義

1. 慢性疾患患者

吉田⁵⁾の文献を参考に、慢性期の疾患を持ち外来通院して治療を受け自宅療養している患者と定義した。

2. コンプライアンス

長⁶⁾の Patient compliance の概念分析より「必要とされる新たな行動の実施や行動の変更をヘルスケアレシピエントが行ったか行わなかったかを言及する概念」と述べていることから、本研究におけるコンプライアンスは、患者が、慢性疾患を憎悪させないための治療・療養生活上の留意事項を守ることと定義した。

概念枠組み

慢性疾患患者のコンプライアンスの概念枠組みは、文献検討の結果、7つの下位概念から構成されることが分かった。第1下位概念として、慢性疾患患者は継続した薬物治療を受けている者がほとんどであり、辻らの先行研究から、良好な服薬コンプライアンスは、疾病の治療や正確な薬効評価の基盤であり、処方薬剤の服薬忘れ、過量服用や服薬時間の間違いは薬効を減弱させ薬物有害反応の原因となると述べている⁷⁾。そのため、「服薬の励行」と命名し、質問項目を構成した。第2下位概念として、慢性疾患には習慣的な運動が治療及び予防において効果があると先行研究において報告されており⁸⁾、「運動・行動範囲の習慣化」

と命名し、質問項目を構成した。第3下位概念として、糖尿病の運動療法に関し、食後1時間頃が望ましい等の留意点が多くあることから⁹⁾、「制限された生活行動の厳守」と命名し、質問項目を構成した。第4下位概念として、慢性心不全患者に対する教育内容に関し、禁煙やアルコール、塩分制限の指導が重要であることが先行研究において報告されており¹⁰⁾、さらに、松原らは、胃食道逆流症（GERD）による咳嗽患者において、香辛料を使った料理の摂取が優位に多かったことを明らかにしており、慢性疾患を憎悪させる因子を軽減させることが重要であることから¹¹⁾、「酒・煙草等、香辛料の制限」と命名し、質問項目を構成した。第5下位概念として、患者のライフスタイルに合わせた運動療法の必要性に関し、大釜らは、「会社勤務をしている患者に対して医療者側が、食後の一時間後に有酸素運動を取り入れようとしても、患者は仕事の多忙さを理由に現実的には行えない。」と報告しており¹²⁾、「労働の制限」と命名し、質問項目を構成した。第6下位概念として、黒田は「社会生活での周囲の人々に理解されにくく、さらに自分自身においても自己の生活の中で療養法を実施し続けることは困難な状況となっている」と述べていることから¹³⁾、「治療に伴う指示事項の励行」と命名し、質問項目を構成した。第7下位概念として、虚血性心疾患の2次予防のためにはストレス対処が必要であることが報告されており¹⁴⁾、「心理的ストレスの制限」と命名し、質問項目を構成した。以上のことより、慢性疾患患者のコンプライアンスは「服薬の励行」、「運動・行動範囲の習慣化」、「制限された生活行動の厳守」、「酒・煙草等、香辛料の制限」、「労働の制限」、「治療に伴う指示事項の励行」、「心理的ストレスの制限」等の7つの概念の枠組みとした。

図1に慢性疾患患者のコンプライアンスの概念モデルを示した。慢性疾患患者は、患者自身の人生観や、治療継続に必要な経済力に加え、医師からの慢性疾患の病態と治療の説明を受けて期待する治療目標を定める¹⁵⁾。そして、患者自身の治療経過や効果に対する理解と、自己管理方法の習得がコンプライアンス行動に影響するものと考え

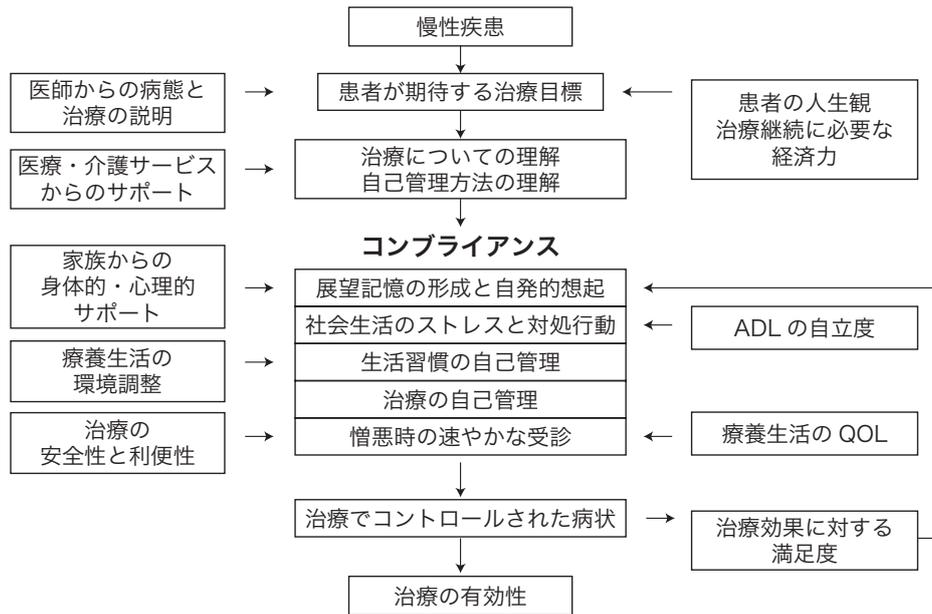


図1. 慢性疾患患者のコンプライアンス

られる。患者のコンプライアンス行動の詳細は、まず、医療・介護サービス等の職員からの援助を受け、内服薬服用を定時に忘れることなく服用できるように学習する。その後の内服治療を継続するためには、自己管理行動にいたるまでの自発的な想起が必要となる¹⁶⁾。次に、治療継続への意欲を低下させないために、家族からの精神的支援を受けながら、患者自身が情緒的ストレスへの対処行動をとることが上げられる。さらに、慢性疾患の憎悪を予防するために、生活習慣を改善し、憎悪時には速やかに医療機関へ受診すること等が考えられる¹⁷⁾。受診に関しては治療内容がいかにか安全でかつ実行しやすいものであるか(利便性)が影響する¹⁸⁾。コンプライアンスが良好で慢性疾患がコントロールされると、患者自身の治療に対する満足感が向上し、良好なコンプライアンス行動の原動力となり、療養生活のQOLの向上へつなげるものと考えられる。

研究対象と方法

1. 調査対象：A県内に在住する慢性疾患患者 356名

2. 調査内容：調査内容は「服薬の励行」, 「運動・行動範囲の習慣化」, 「制限された生活行動の厳守」, 「酒・煙草, 香辛料等の禁忌食の制限」, 「労働の制限」, 「治療に伴う指示事項の励行」, 「身体的・心理的ストレスの制限」等の慢性疾患患者のコンプライアンスを構成する7下位概念51項目である。その内訳は「服薬の励行」7項目, 「運動・行動範囲の習慣化」7項目, 「制限された生活行動の厳守」8項目, 「酒・煙草, 香辛料等の禁忌食の制限」8項目, 「労働の制限」7項目, 「治療に伴う指示事項の励行」7項目, 「身体的・心理的ストレスの制限」7項目である。回答肢は「おおいに当てはまる」～「ぜんぜん当てはまらない」の5段階のリカードタイプとし、1～5点を与え得点化した。また、対象の背景の基本事項として性, 年齢, 疾患名, 同居家族数, 過去の入院回数等を調べた。

3. 調査方法・期間：A県内に在住する慢性疾患患者が通院する外来施設で、調査の主旨について説明し、調査協力に承諾した対象にのみ調査表を配布し、外来受診の待ち時間を利用して回答してもらった。回答に要した時間は10～15分間であった。時間内に回答が困難な場合は返

信用の封筒を渡し、後日郵送法で回収した。調査期間は2013年6月～9月。

4. データの統計処理：データの尖度・歪度、因子分析、基準関連妥当性の確認には Pearson の積率相関係数、G-P 分析 (Good-poor Analysis)、Cronbach の α 係数等の算出には統計ソフト SPSS20.0j (Windows) を使用した。

基準関連妥当性の確認には、既存の尺度として、宗像恒次 (1991) の Health Locas of Control 尺度と予防的保健行動尺度¹⁹⁾、高間 (2001) の糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度²⁰⁾を用いた。これらの尺度の理論的背景として、宗像は、予防的保健行動とは、「自覚症状はないが病気予防のために行うあらゆる行動」であり、さらに Health Locas of Control は、測定する対象者の「生活行動と保健行動とのバランスを適切に進めようとする自己管理態度の考え方を保健行動理論に適応したもの」であると述べている¹⁹⁾。また、セルフケア実践度は、オレムのセルフケア不足論を理論的基盤としており、普遍的セルフケアと健康逸脱時のセルフケアに関する実践度であると述べている²⁰⁾。いずれの尺度も妥当性と信頼性が確認されている。

Health Locas of Control 尺度と予防的保健行動尺度を採用した理由として、慢性疾患患者のコンプライアンスの定義の中の、慢性疾患を憎悪させないという考え方と予防的保健行動の定義の病気予防の概念が類似しており、さらに Health Locas of Control の生活行動と保健行動とのバランスを適切に保つ行動は、慢性疾患患者のコンプライアンスの定義の中の治療・療養生活上の留意事項を守る上で、不可欠な行動であると考え、基準関連妥当性を検証するのに適切と判断した。

さらに、糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度を基準関連妥当性の尺度として採用した理由として、糖尿病は慢性疾患を代表する疾患である上に、健康逸脱時のセルフケア要件として、慢性疾患に罹患し、医学的ケアを要する時、自分でセルフケアニーズが満たせない時に、適切な他人からの助けや助言を受けて実践しなければ

ならない活動を行えるからこそ²⁰⁾、コンプライアンス行動に至るため、慢性疾患患者のコンプライアンスの行動基盤であると考え、採用した。

倫理的配慮

①調査の目的、②調査に協力がなくても受ける診療上の不利益はないこと、③回答は無記名でプライバシーは保護されること、④調査内容は本研究の発表以外は他に流用しないこと、⑤調査に回答し提出をもって調査協力を承諾が得られたものと判断する旨を説明した。本研究は研究者の所属施設と調査施設の倫理委員会の承諾を得て実施した (新田塚医療福祉センター倫理審査委員会承認番号：新倫 25-20)。

結 果

- 1. 調査表の回収数と対象者の背景：**調査表配布 356 名のうち 292 名より回収があった。有効回答数は 270 名 (有効回答率は 75.8%) であった。対象の背景別内訳は表 1 に示した。
- 2. 調査データの正規性の確認：**調査で得られたデータが正規分布をしているかを尖度・歪度を算出し確認すると (表 2)、尖度と歪度はすべて 2 以下であり正規性が確認できた。
- 3. 内容妥当性の検討：**慢性疾患患者のコンプライアンス測定尺度をみる 7 つの下位概念が測定できる内容の質問項目になっているかを尺度開発に精通した教授 1 名と成人看護学の専任教員 1 名で検討し、第 3 下位概念「制限された生活行動の厳守」の質問項目「性行為を禁止されている場合でも守らない」と、質問項目「ランニングを含めた走る動作を禁止されている場合でも守らない」が禁止動作として類似した項目であったため、2 つの項目をまとめて質問項目「禁止されている動作 (性行為、走るなど) でも守らない」とした。また、第 4 下位概念「酒・喫煙・香辛料の制限」の質問項目「医師から飲酒を制限された場合は守る」と質問項目「医師から喫煙を制限された場合は吸わない」は制限された

表1. 対象者の背景 n=270

属性	区分	人数	%
性別	男性	133	49.3
	女性	137	50.7
年齢	30代	8	3
	40代	24	8.9
	50代	32	11.9
	60代	100	37
	70代	78	28.9
	80代以上	28	10.4
入院回数	経験なし	71	26.3
	1回のみ	92	34.1
	2～4回	88	32.6
	5回以上	19	7.0
疾患名	脳神経疾患	40	14.8
	循環器疾患	24	8.9
	消化器疾患	12	4.4
	運動器疾患	28	10.4
	呼吸器疾患	4	1.5
	その他	24	9.2
同居家族	独居	32	8.6
	2人	84	31.1
	3～4人	99	36.7
	5人以上	55	20.4

表2. 正規性の確認 n=270

因子名	項目	歪度	尖度
第1因子 体調に合わせた労働	I-1	-0.042	-0.770
	I-2	-0.076	-0.944
	I-3	0.344	-0.324
	I-4	0.005	-0.823
第2因子 身体活動内容の指示の遵守	II-1	-0.020	-0.600
	II-2	0.459	-0.799
	II-3	0.494	-1.035
第3因子 食事内容の制限と自宅外での薬物管理の遵守	III-1	1.040	-0.088
	III-2	0.470	-1.096
	III-3	0.018	-1.294
	III-4	0.052	-1.549
第4因子 疲労度を考慮した作業内容の調節	IV-1	-1.050	0.523
	IV-2	-0.821	-0.173
	IV-3	-0.264	-0.780
第5因子 就業と心理的ストレスの対処	V-1	0.186	-0.566
	V-2	0.177	-0.826
	V-3	-0.231	-0.911
	V-4	0.850	-0.960
第6因子 内服・安静時の励行	VI-1	-0.115	-1.157
	VI-2	0.238	-1.372
	VI-3	0.563	-0.549
第7因子 安静範囲内での活動量の調節	VII-1	0.010	-0.757
	VII-2	0.496	-0.385
	VII-3	-0.157	-1.057

行動として一つの項目にできる内容であるために、「医師から飲酒・喫煙を制限された場合は守る」という質問項目に変更した。したがって、51項目あった質問項目は再調整により49項目となった。また、尺度の信頼性を向上するために、各下位概念に逆転項目を含め、49項目中14項目を逆転項目とした。

4. 表面妥当性の検討：A県内の慢性疾患患者3名に意味不明な項目、回答困難な項目の有無の確認を依頼したが、修正が必要な質問項目はなかった。

5. 因子的妥当性の検討：得られたデータに対し、主因子法でプロマックス回転を行い、固有値1以上、因子負荷量0.35以上を項目決定の基準とした結果、累積寄与率は54.503であった。第1因子は「身体の調子をみながら仕事をしている」「疲れない程度に動きの程度を調整している」等の4項目が抽出された。第2

因子「決まった時間に身体を安静にしている」「食事以外は、医師の指示通りに守っている」等の3項目が抽出された。第3因子「自宅以外で外泊を禁止されていても、外泊をする」「宴会・会合のときは、付き合い上アルコール類を飲む」等の4項目が抽出された。第4因子「仕事は少々疲れても区切りのところまではする」「のらりくらりと物事をするよりも一気にやる」等の3項目が抽出された。第5因子「人があれこれ言うと、気になって悩む」「薬を飲みながら仕事は続けている」等の4項目が抽出された。第6因子「薬を飲むのを忘れてたら医師・看護師の指示通りに報告している」「医師の指示通りに動く程度を守っている」等の3項目が抽出された。第7因子「根柢のないようにして仕事はしている」「日頃、医師の許可の範囲内で適当に体操したりしている」等の3項目が抽出された(表3)。

表3. 因子的妥当性の確認

n=270

因子	項目内容	第1	第2	第3	第4	第5	第6	第7
第1因子 体調に合わせた 労働	身体の調子をみながら仕事をしている	0.93						
	仕事は休み休みしている	0.70						
	身体の調子のよくない時は、普段より控えめに動く	0.66						
	疲れない程度に動きの程度を調整している	0.58						
第2因子 身体活動内容の 指示の遵守	決まった時間に身体を安静にしている		0.86					
	医師からとってはいけない姿勢について指示があった場合は、必ず守る		0.72					
	食事以外は、医師の指示通りに守っている		0.62					
第3因子 食事内容の制限 と自宅外での薬 物管理の遵守	自宅以外で外泊を禁止されていても、外泊をする			0.82				
	薬を飲み忘れたら、服用時に関係なく飲む			0.63				
	唐辛子の入った料理、キムチ等の食物を食べる			0.59				
	宴会・会合の時は、付き合い上アルコール類を飲む			0.51				
第4因子 疲労度を考慮し た作業内容の調 節	仕事は少々疲れても区切りのところまではする				0.75			
	軽い仕事・物事をやる時は少し疲れてもやり終える				0.73			
	のりくらしと物事をやるよりも一気にやる				0.58			
第5因子 就業と心理的ス トレスの対処	人があれこれ言うと、気になって悩む					0.76		
	病気の治りがはかどらないと、あれこれ考える					0.64		
	気苦労が多いと悩み、ぐっすりと眠れない					0.56		
	薬を飲みながら仕事は続けている					0.36		
第6因子 内服・安静時の 励行	薬を飲むのを忘れたら医師・看護師の指示通りに報告している						0.76	
	薬を飲むのを忘れても医師・看護師に報告しない						0.65	
	医師の指示通りに動く程度を守っている						0.44	
第7因子 安静範囲内での 活動量の調節	根づめないようにして仕事はしている							0.67
	安静にするように指示されても自分で調節している							0.50
	日頃、医師の許可の範囲内で、適当に体操したりしている							0.37
寄与率		14.40	27.51	35.05	42.47	46.85	50.79	54.50

6. 基準関連妥当性の検討

慢性疾患患者のコンプライアンスは、患者自身の疾病に対する保健行動と患者の日常生活のセルフケア能力が影響することが予想できる。そのため宗像恒次（1991）の Health Locas of Control 尺度と予防的保健行動尺度¹⁹⁾、高間（2001）のセルフケア実践度測定尺度²⁰⁾を基準関連妥当性の確認に採用した。Health Locas of Control 尺度と本尺度の相関は -0.270**、予防的保健行動尺度と本尺度の相関は -0.354**、セルフケア実践度測定尺度と本尺度との相関は -0.602**であった（ $p < 0.01$: **）（表4）。

7. 弁別的妥当性の検討①（G-P 分析）：G-P 分析で上位群 25% と下位群 25% で差があるか確認を行った。その結果、全ての項目において 0.1% 水準で有意差を認めた。

表4. 基準関連妥当性の確認

n=270

	慢性疾患患者の コンプライアンス測定尺度
Health Locas of Control 尺度	-0.270**
予防的保健行動尺度	-0.354**
セルフケア実践度測定尺度	-0.602**

※ pearson の積率相関係数 **; $p < 0.01$

8. 信頼性の確認

Cronbach の α 係数を算出して信頼性係数を確認した。第1因子は 0.73、第2因子は 0.76、第3因子は 0.76、第4因子は 0.80、第5因子は 0.75、第6因子は 0.79、第7因子は 0.78 であり、尺度全体では 0.79 であった。

9. 採択項目の平均得点：採択された7因子24項目すべての項目の合計得点の平均値（得点が高いほどコンプライアンスが高いことを表す）

は70.08, 標準偏差10.905であった。因子別の合計得点の平均値をみると第1因子は11.61点, 第2因子は8.34点, 第3因子は10.34点, 第4因子は10.72点, 第5因子は10.90点, 第6因子は8.56点, 第7因子は9.47点であった。

考 察

1. 調査表の回収数と対象者の背景

本調査の対象は, 60歳代が最多で37.0%を占め, 性は男女それぞれ約半数であった。また, 慢性疾患としては脳神経疾患が最多で14.8%を占めた。

2. 調査データの正規性の確認

本尺度の正規性を確認するために尖度・歪度を確認した。正規性に関し, Muthen & Kaplan²¹⁾は, 回答の偏りを反映する歪度, 尖度は, 絶対値が2を超えないことがパラメトリックな分析を行ううえでの条件であるという。本尺度は全項目において絶対値が2以下であり, 正規性が認められた。

3. 内容妥当性の検討

本尺度の開発にあたり, 慢性疾患のコンプライアンスを構成する概念は, 治療の励行と労働の両立や生活習慣の制限, さらに心理的ストレスへの対処行動を含んでおり, 治療上生じた指示を遵守することを念頭に構成し質問項目を作成した。その為, 各項目は「慢性疾患患者のコンプライアンス」という概念に基づいた内容となっている。また, 慢性疾患患者のコンプライアンスの概念を構成する7つの下位概念を作成する上で, 適切な助言をもとに検討したことは, 尺度の精選を行なう上で有効と考える。

4. 表面妥当性の検討

本研究の開発にあたり, 慢性疾患患者3名に検討願い表面妥当性を確認したことは, 患者の視点に合った尺度開発を目指す上で有効であった。

5. 因子的妥当性の検討

第1因子から第7因子に各々含まれる質問内容の質から判断すると, 第1因子は「身体の調子を見ながら仕事をしている」, 「仕事は休み休みしている」など, 慢性疾患による体調の変動を考慮しながら勤務している項目内容であったので, 〈体調に合わせた労働〉と命名した。

第2因子には, 「決まった時間に身体を安静にしている」, 「医師からとってはいけない姿勢について指示があった場合は, 必ず守る」など, 日常生活を医師の指示に従い無理なく管理している項目内容であったので, 〈身体活動内容の指示の遵守〉と命名した。

第3因子には, 「唐辛子の入った料理, キムチ等の食物を食べる」, 「宴会・会合の時は, 付き合い上アルコール類を飲む」など, 入院生活上制限されている趣向品等の管理に関する項目内容であったので, 〈食事内容の制限と自宅外での薬物管理の遵守〉と命名した。

第4因子には, 「仕事は少々疲れても区切りのところまではする」, 「軽い仕事・物事をやる時は少し疲れてもやり終える」など, 疲労度に合わせた日常生活上の作業の調整に関する項目内容であったので, 〈疲労度を考慮した作業内容の調節〉と命名した。

第5因子には, 「人があれこれ言うと, 気になって悩む」, 「病気の治りがはかどらないと, あれこれ考える」など, 治療経過中に生じる心理ストレスに対する対処行動に関する項目内容であったので, 〈就業と心理的ストレスの対処〉と命名した。

第6因子には, 「薬を飲むのを忘れたら医師・看護師の指示通りに報告している」, 「薬を飲むのを忘れても医師・看護師に報告しない」など, 内服忘れなどの医師からの指示に沿った行動に関する項目内容であったので, 〈内服・安静時の励行〉と命名した。

第7因子には, 「根づめないようにして仕事はしている」, 「安静にするよう指示されても, 自分で調節している」など, 安静度にあわせた体力温存に関する項目内容であったので, 〈安静範囲内での活動量の調節〉と命名した。

6. 各因子が抽出された背景

これらの因子構造は当初推定した概念枠組みと同様, 7因子で構成されていた。これらの7因子が抽出された背景として, 慢性疾患患者は, 感冒や気候の変化に伴う自律神経の不調などにより, 易感染状態や起立性低血圧などの血圧変動が生じる。そのため, 運動療法や食事療法を効果的に実行できない状態となり, 慢性疾患そのもののコン

トロールも不良となることが考えられる。そのような中で、労働による易感染性、易疲労性の悪化を防ぐためには、勤務先に病欠や遅刻、早退等の申請を行うことが求められる。労働の時間と量の調整は、慢性疾患患者のコントロール状態を改善し、憎悪を防ぐ対策として重要である。第1因子は以上のことから抽出されたと考える。

また、慢性疾患の治療継続において、治療内容を日常生活に取り込み融合することが求められる。日常生活と慢性疾患の自己管理が融合する段階で、影響が考えられる要因は、治療方法の安全性と利便性や、治療を継続しやすいように、療養生活上の家族等の人的環境と、自宅や職場内の物的環境を整えることがあげられる。治療方法の安全性と利便性は、自宅や職場という治療を優先した環境でない場においても、慢性疾患患者が薬剤を正しい量と時間で、患者自身に投与することができ、かつ薬剤投与に伴う事故（インスリン自己注射の針刺し事故等）を起こさないことが重要である。加えて、安全性に関しては、患者の疾患のコントロール状態に合わせて、薬剤の副作用出現の可能性を最小限におさえた投与量と時間を、受診先の医療機関で調整されていることが、自己管理開始前の必須事項となる。人的環境と物的環境に関しては、日々の体調の変化にともない、患者自身では慢性疾患の自己管理が出来ない状況が生じる。そのような時には、憎悪しないように患者の心身を安静に保ち、家族が代行して薬剤の管理と服薬介助をしてくれることや、服薬カレンダー等を用いて、薬剤の服用を忘れない工夫等が重要となる。これらの背景により、第2因子、第6因子が抽出されたと考える。

さらに、慢性疾患に罹患する前より、生活習慣としていた趣向品（飲酒・喫煙等）は、患者の日々の精神的ストレスや疲労に対する対処行動として定着したものと考える。しかし、慢性疾患の憎悪を予防するためには、趣向品の制限が必要である。そのためには、患者自身が、精神的ストレスや身体的な疲労に対する対処行動を、趣向品以外の他の手段に移行することが求められる。このことから、第3因子と第5因子が抽出されたと考える。

最後に、慢性疾患を憎悪させる要因として、過

度の疲労を伴う作業により生じる、心負荷や免疫機能の低下などの身体的ストレスや、運動療法が効果的に実行できなかったことによる血中の血糖値や脂質の代謝の抑制が考えられる。そのため、慢性疾患の種類や状態に合わせて適切な運動や労働の調整を行い、急性憎悪を防ぎ、治療継続できる体力を維持することが求められ、第4因子、第7因子が抽出されたと考える。

7. 基準関連妥当性の検討

本研究では、セルフケア実践度測定尺度、Health Locus of Control 尺度、予防的保健行動尺度の3つの尺度で基準関連妥当性を確認できた。3尺度全てにおいて負の相関を認めた背景として、コンプライアンス行動は慢性疾患が憎悪しないための治療内容を遵守するために患者自身の管理方法の自由な選択や決定ができない反面、基準関連妥当性として採用した既存の尺度は、健康行動を個人が自己の判断基準に基づき決定できる内容となっていることが考えられる。つまり、患者自身の健康状態を自己管理する上では両尺度に関連があるが、行動のベクトルが正反対であることが負の相関につながったものと考えられる。

8. 信頼性の検討

信頼性係数において、各因子において Cronbach の α 係数が 0.7 以上を認め、内的整合性のあることをあらわし、信頼性のある尺度であることが確認できた。

本尺度の意義と活用

1. 本尺度は、慢性疾患患者のコンプライアンスを簡便かつ短時間で測定できる上で意義がある。
2. 本尺度は、慢性疾患患者が自宅療養を継続する場合に、症状の急性憎悪を招く因子がどこにあるかを明らかにでき、患者自身の治療上の自己管理方法を改善するきっかけとすることができる。
3. 本尺度は、慢性疾患患者に対する患者指導を行う際に、患者の療養生活の中でのコンプライアンスの改善点を見出し具体的な指導の根拠とすることが出来る。

結 語

A県内の慢性疾患患者を対象に、コンプライアンス測定尺度の作成を試みた。

1. 因子分析により7因子23項目の因子解が抽出された。
2. 各因子は「体調に合わせた労働」「身体活動内容の指示の遵守」「食事内容の制限と自宅外での薬物管理の遵守」「疲労度を考慮した作業内容の調節」「就業と心理的ストレスの対処」「内服・安静時の励行」「安静範囲内での活動量の調節」と命名した。
3. 本尺度は表面妥当性、内容妥当性、因子的妥当性、基準関連妥当性の検討、信頼性の検討を行い、妥当性・信頼性のある尺度であることが確認できた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査に御協力いただきました慢性疾患患者各位、並びに調査フィールドの提供、ご協力を承った施設長に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省 (2009年8月26日), 報道・広報, 報道発表資料, 慢性疾患対策の更なる充実にむけた検討会 検討概要, 平成26年9月10日 <http://www.mhlw.go.jp/>.
- 2) 黒田裕子:慢性疾患患者とQOL, 教育と医学, 40(5), 419-425, 1992.
- 3) 中木原由佳:医療トピックス くすり一口メモ コンプライアンスとアドヒアランス-自発的な服薬への手助け-, 鹿児島市医報, 47, 8, 57, 2008.
- 4) 宗像恒次:新版 行動科学からみた健康と病气, メヂカルフレンド社, 東京, 第1版, 171-182, 1990.
- 5) 吉田澄恵:第1部 成人期にある人の理解 3 身体機能の特徴と看護 1 身体機能の安定性と変化, 安酸史子, 他 (編), ナーシンググラフィ
- 6) 長佳代:Patient compliance の概念分析, 聖路加看護学会会誌, 9, 1, 19-27, 2005.
- 7) 辻大樹, 山田浩, 荒川真行, 他:高脂血症患者における服薬コンプライアンスの検討:パーソナルコンピューターを利用した服薬コンプライアンス測定器の使用, 医療薬学, 31, 7, 527-532, 2005.
- 8) 山本哲史, 山崎元:運動処方最近の考え方, 慶応義塾大学スポーツ医学研究センター紀要, 33-39, 1999.
- 9) 日本糖尿病学会編:日本糖尿病学会糖尿病治療ガイド2010 (第1版), 42-44, 文光同, 東京, 2010.
- 10) 筒井裕之:第49回日本老年医学会学術集会記録〈シンポジウム1:循環器疾患の老年医学〉 3. 高齢者心不全の実態から見た治療のあり方, 日老医誌, 44, 704-707, 2007.
- 11) 松原英俊, 井手克行, 竹内由紀子, 他:胃食道逆流症 (GERD) による咽喉頭異常感症患者と咳嗽患者における憎悪因子の比較検討-生活背景を中心に-, 耳鼻, 54, 109-115, 2008.
- 12) 大釜信政, 大釜徳政:高度実践看護師に求められる疾病管理能力に関する検討, ヒューマンケア研究学会誌, 3, 31-37, 2012.
- 13) 黒田裕子:慢性疾患患者とQOL, 教育と医学, 40(5), 419-425, 1992.
- 14) 川上千普美, 松岡緑, 樗木晶子, 他:冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者の自己管理行動に影響する要因, 日本看護研究学会雑誌, 29, 4, 33-40, 2006.
- 15) 橋本空:慢性疾患患者における病気認知およびアドヒアランスの研究動向, 江戸川大学紀要, 161-167, 2012.
- 16) 山中亮:なぜ薬を飲み忘れてしまうのか□ 展望記憶におけるヒューマンエラー (〈特集論文〉 経済学部2005年度市民公開講座ヒューマンエラーの心理学-ヒトはなぜ誤るのか), 北海学園大学経営論集, 3(3/4), 127-130, 2006.
- 17) 塚原節子, 安部良, 高島佐知子:定期受診の必要な慢性疾患で受診ノンコンプライアンス患

- 者のソーシャルサポートに関する研究, 富山医
科薬科大学看護学会誌, 3, 123-128, 2000.
- 18) 藤澤智巳, 萩原俊男: 第48回日本老年医学
会学術集会記録〈若手木買うシンポジウム I :
臨床系テーマ: 高齢者高血圧の最前線〉6. 高
齢者高血圧治療の QOL: 生活習慣病のマネー
ジメント, 日老医誌, 44, 452-455, 2007.
- 19) 宗像恒次: 新版 行動科学からみた健康と病
気, メヂカルフレンド社, 130-152, 1991.
- 20) 高間静子, 横田恵子, 新谷恵子, 他: 糖尿病
患者のセルフケア実践度測定尺度の作成, 富山
医科薬科大学看護学会誌, 61-67, 2001.
- 21) Muthen, B. Kaplan, D: A comparison of some
methodologies for the factor analysis of non-
normal likert variables, British Journal of
Mathematical and Statistical Psychology, 38,
171-189, 1985.

Creating a scale to measure compliance among patients with chronic diseases

Takae Yokoyama, Hitomi Fujimoto, Sizuko Takama

Fukui College of Health Sciences Department of Nursing

Abstract

A measurement scale was created to investigate compliance with treatment protocols of patients with chronic diseases. Questionnaires for a survey were distributed to 356 patients with chronic diseases in one prefecture. The questionnaires contained 51 questions in seven domains regarding compliance with treatment and lifestyle protocols that were designed to prevent exacerbation of chronic diseases. The questionnaires were recovered by mail at a later date. Valid responses were obtained from 270 patients, resulting in a valid response rate of 75.8%.

Factor analysis produced a factor solution of seven factors and 23 items. The seven factors were named as follows: “work tailored to the patient’s condition,” “compliance with instructions regarding physical activities,” “compliance with dietary restrictions and medication management outside the home,” “adjusting workload in accordance with the level of fatigue,” “coping with work and psychological stress,” “rigid enforcement of taking medications and rest,” and “adjusting the amount of activities within the required range of rest.”

Key words

Patients with chronic diseases, compliance, scale

看護学生による領域別実習指導の評価 — 実習初期と後期の比較から —

蔵屋敷 美紀

福井医療短期大学看護学科

要 旨

【目的】看護学生による指導者評価が、領域別実習初期と後期でどのように違いがあるのかを把握し、領域別実習における指導のあり方について検討する。

【方法】A看護系短期大学3年生64名を対象に、実習指導の内容と質について評価できるECTB評価スケールを使用し、看護学生の指導者に対する評価を無記名自記式調査で実施した。データ分析はECTBスケールの質問項目ごとに初期と後期の平均値をt検定で行い、有意水準は5%未満とした。

【結果】前期56名、後期29名を分析対象とした結果、ECTBスケール43項目すべてにおいて後期が低い得点となった。特に『学習意欲への刺激』3項目、『学生への理解』4項目、『要素外の項目』1項目の計8項目において、 $p < 0.01 \sim 0.05$ で後期の方が有意に低い値となった。

【考察】これらの結果から実習最後まで学習環境、とくに人的な環境の調整が求められていることが示唆された。

キーワード

ECTB, 領域別実習, 指導者評価

はじめに

看護学教育における臨地実習の目的は、講義や学内演習で学んだ知識・技術・態度を応用して、看護実践に必要な基礎的能力を習得することである¹⁾。近年の基礎教育では、基本的な理論や知識に基づく判断力の育成に重点が置かれる傾向にあることから²⁾、修得すべき内容が増大し、学生は学習時間の多くを費やしている。初学者である学生は、患者と時間を共有しながら、人間を対象として関係を作りながら収集した情報をもとに看護の視点から問題点を明確化して、さらに個別性や変化に対応させた看護活動を展開しなければならない。学生にとってこれらの体験は、今まで体験したことのないものであり、大きなストレスとなり³⁾、この状態をうまく対処できない学生は、学

習意欲を低下させる傾向にある⁴⁾といわれている。つまり学生は、実習環境の中、精神的に不安定な状態である。渡部ら⁵⁾は、学生は看護教員や臨地実習指導者（以下、看護教員と臨地実習指導者双方を指導者と明記する）との関わりを通して、自分の価値観や思考の特性に気づき、自己への理解を深め成長していくと述べていることから、指導者の果たす役割は大きいものと考えられる。

先行研究において、臨地実習における指導者の教授活動に関するものは多々報告されている。秋元ら⁶⁾は、学生の実習に対する動機づけを高めるために必要な指導には、学生の主体的な看護実践を保証する重要性を指摘している。また、田村ら⁷⁾は、実習における教授活動に必要な概念として、①叱咤激励、②歩調をあわせた学習、③看護師としてのアイデンティティの形成、④共に看

護の意味を考える、⑤看護実践に向けた支援があると述べている。また、学生が望む指導者の能力や関わりは、個別性をふまえた指導や情緒的な支援、意欲向上への支援、看護過程における情報収集やアセスメントに関する指導、看護実践に関する能力などがある¹⁾。これらの教授活動を行うことによって、学生は臨地実習における学習意欲や満足感が高まり、学生自身が看護を迫及する意欲の向上につながると考える。

以上のことから、指導者の効果的な関わりは、学生の今後への自信と看護における喜びにつながるため、学生が指導者の実習指導をどのように評価し、自己の学習活動につなげているか、そして指導者の教授活動が、学生の成長を促すうえで効果的であるかを知ることは重要であると考えられる。また領域別実習は、比較的長い期間の中で行われるため、学生の学習活動には持続性が要求される。学生は実習によって様々な患者や指導者と接することで、自分を客観的に振り返ることができるようになることが影響する⁸⁾のか、実習終盤になるとストレスや不安の度合いは少なくなるとの報告⁹⁾もあるが、受け持つ患者の健康障害の種類や段階、背景は様々であり、どのように看護してよいのか、工夫してよいのかを考える能力は不十分である。したがって指導者は、全実習期間を通して、学生にとって学習意欲や満足感が高まるような教授活動が必要になると考える。

今回、指導者の実習における指導行動について評価できる既存の尺度¹⁰⁾を用いて、領域別実習開始直後の初期の頃（以後初期と明記）と、領域別実習終了時（以後後期と明記）という時期の違いによって、学生の指導者に対する評価に相違があるのかを把握することによって、実習における指導のあり方について検討することを、本研究の目的とした。

【用語の定義】

本研究における指導者とは、実習指導者講習会を受講し、施設で実習指導者として学生に実践的な指導を行っている看護師と、領域別実習を担当している教員双方を指す。

研究対象と方法

1. 調査対象

A 看護短期大学3年次生 64名

2. 調査期間

平成25年3月～11月末

3. 調査方法

調査内容は、指導者の実習指導における内容と質を測定できる、Zimmerman¹¹⁾ (1988)による質問紙 (Effective Clinical Teaching Behaviors: 以下ECTB スケール) をもとに、中西ら¹⁰⁾ が日本語版に改定した評価表を使用した。この尺度は実習における指導行動について評価できるもので、指導者の実習指導に対する自己評価、および学生からの他者評価など、自己評価と他者評価双方に用いることができ、信頼性・妥当性が確保された尺度である。内容は、『実践的な指導』、『理論的な指導』、『学習意欲への刺激』、『学生への理解』のカテゴリー38項目と、『要素外の項目』5項目の計43項目の質問項目からなる。臨床指導者と教員の評価は、学生が評価しやすいように、また評価に偏りが出ないように分けて記載した。回答は「いつもそうである:5点」、「だいたいそうである:4点」、「半分くらいの場合そうである:3点」、「あまりそうでない:2点」、「まったくそうでない:1点」の5件法により実施した。つまり、各項目の得点が高いほど、効果的な指導行動がとれていることを表している。

また調査は、領域別実習開始直後の実習が1クール終了した初期と、領域別実習終了後の後期の2回にわたり実施し、回収は各自で鍵のかかる回収箱に投函してもらう方法をとった。

4. 倫理的配慮

本研究は研究者らが所属する新田塚医療福祉センター倫理審査委員会の承認（承認番号：新倫24-29）を得てから開始した。研究協力に際して、対象者には説明書を用いて口頭で研究目的、研究内容、調査方法、調査期間について説明し同意を得た。研究協力を拒否する権利があること、拒否をしても成績等の不利益は被らないことを保証し、調査票は施錠した回収箱に投入することとし、回収をもって研究の主旨に同意することとし

た。調査内容は、個人が特定されないようにデータ化し、得られた内容は研究以外には使用しないこと、分析中のデータは鍵のかかる保管場所にて厳重に保管し、研究結果を公表することの了解を得た。なお、ECTB 評価スケールの使用については、開発者から使用承諾の許可を得た。

5. 分析方法

統計処理には SPSS14.0 for windows を使用した。ECTB スケールの各 43 項目の教員と臨床指導者の評価を合算し、学生の指導者評価得点として平均点を算出した。そして、初期と後期の比較を t 検定にて分析した。有意水準は 5% 未満とした。

結 果

A 短期大学 3 年次生 64 名中、研究の主旨に同意し回答が得られたのは、初期 56 名 (有効回答率 87.5%)、後期 29 名 (有効回答率 45.3%) であった。本文中では、各項目の内容について「」内に意味がわかる程度に短縮して表記する。

ECTB スケール 43 項目の平均得点は、初期 4.10 点、後期 3.92 点で後期が有意に低い得点となった ($p < 0.05$)。各カテゴリーの平均値をみると、すべてのカテゴリーにおいて後期が低い得点となったが、有意に差があったのは『学生への理解』のみであった (表 1)。

次に、1 つ 1 つの項目別にみると、『実践的な指導』と『理論的な指導』の 2 つのカテゴリーには、有意差のある項目はなかった。『学習意欲への刺激』のカテゴリーでは、「30. 学生が互いに

刺激しあって向上できる働きかけ」、「33. 学生が新しく体験することへの方向づけ」、「38. 学生に良い刺激となる話題提供」の 3 項目において、後期のほうが有意に低い得点となった ($p < 0.05$)。『学生への理解』のカテゴリーでは、「4. 学生に対する裏表ない態度」、「17. 学生が気軽に質問できるような雰囲気」、「26. 学生一人一人との良い人間関係」、「34. 学生の言うことを受止める態度」の 4 項目において後期の方が有意に低い得点となった ($p < 0.05 \sim 0.01$)。また、『要素外の項目』については、「36. 担当教員との良い人間関係」の項目のみ、後期の方が有意に低い得点となった ($p < 0.05$) (表 2)。

考 察

1. カテゴリー別にみた初期と後期の ETCB 得点の差異について

ECTB スケールの 5 つのカテゴリーすべてにおいて後期が低い得点となったのは、初期において学生は何をするにも初めての体験となり、不安も大きく、指導者は学生が習得すべき技術や記録物の指導をつきっきりで行っていることが影響していると推察される。立石ら¹²⁾は、学生が実習で獲得される能力について、①実習を経験することで自己評価が上昇すること、②机上で学んだことと実践との有機的統合によって自信を持つことを報告している。つまり学生は、実習後期に向けて様々な経験をして著しい成長を遂げている。したがって指導者は、学生の習熟度に合わせた指導方法に変えていることが予測され、学生にとって初

表 1. 初期と後期のカテゴリー別平均値の比較

カテゴリー	初期 (n=56) MEAN±SD	後期 (n=29) MEAN±SD	有意差
実践的な指導	4.10±0.92	3.92±0.81	
理論的な指導	4.03±0.88	3.86±0.83	
学習意欲への刺激	4.09±0.84	3.93±0.88	
学生への理解	4.11±0.92	3.89±0.92	*
要素外の項目	4.25±0.81	4.04±0.90	
合 計	4.10±0.93	3.92±0.81	*

t 検定 * $p < 0.05$

表2. 実習初期と後期の実習指導評価得点の比較

カテゴリー	Q	項目	初期 (n=56)	後期 (n=29)	有意差
			MEAN±SD	MEAN±SD	
実践的な指導	2	ケアの実施時には、(学生に) 基本的な原則を確認してくれていますか？	3.98±0.904	3.86±0.833	
	12	専門的な知識を学生に伝えるようにしてくれていますか？	4.30±0.784	4.28±0.797	
	16	学生に対して看護者として良いモデルになっていますか？	4.23±0.853	4.10±0.817	
	21	理論的内容や、既習の知識・技術などを実際に臨床の場で適用してみるように働きかけてくれていますか？	4.02±0.733	3.86±0.833	
	25	記録物についてのアドバイスは、タイミングをつかんで行えていますか？	3.79±0.847	3.60±1.055	
	31	必要と考える時には、看護援助行動のお手本を学生に示してくれていますか？	4.16±1.005	3.90±1.012	
理論的な指導	5	学生に対し客観的な判断をしてくれていますか？	4.25±0.720	4.17±0.711	
	6	看護専門職としての責任を学生が理解するように働きかけてくれていますか？	4.18±0.765	4.16±0.689	
	7	学生の不足なところや欠点を学生が適切に改善できるよう働きかけてくれていますか？	4.13±0.833	4.07±0.704	
	14	学生が学ぶことの必要性や学習目標を認識できるように支援してくれていますか？	4.20±0.862	3.90±0.817	
	19	より良い看護援助するために、学生に文献を活用するように言ってくれていますか？	3.59±1.141	3.38±1.115	
	20	学生に事柄を評価しながら考えてみるように言ってくれていますか？	3.88±0.916	3.62±0.985	
学習意欲への刺激	24	記録物の内容について適切なアドバイスをしてくれていますか？	4.04±0.894	3.95±0.830	
	8	カンファレンスや計画の発表に対し建設的な姿勢で指導してくれていますか？	4.13±0.833	4.11±0.711	
	15	学生が“看護は興味深い”と思えるような姿勢で指導してくれていますか？	4.16±0.804	3.93±1.033	
	18	学生が実施してよい範囲・事柄を、実習の過程に応じて明確に示してくれていますか？	3.89±0.755	3.79±0.902	
	23	学生がより高いレベルに到達できるように対応をしてくれていますか？	4.05±0.862	4.00±0.707	
	27	学生が新しい体験ができるような機会を作ってくれていますか？	4.25±0.919	4.00±1.069	
	30	実習グループの中で、学生が互いに刺激あって向上できるように働きかけてくれていますか？	3.92±1.039	3.62±0.922	*
	33	学生が新しい状況や、今までと異なった状況に遭遇した時は、方向付けてくれていますか？	4.14±0.773	3.86±0.651	*
	35	学生が自己評価をできやすくするように働きかけてくれていますか？	4.00±0.853	3.88±0.922	
	37	学生が何か選択に迷っている時、選択できるように援助してくれていますか？	3.95±0.796	3.79±0.819	
	38	学生に良い刺激となるような話題を投げかけてくれていますか？	4.30±0.761	4.00±0.655	*
学生への理解	41	学生が上手くいかなかった時、そのことを学生自身が認めることができるように働きかけてくれていますか？	4.04±0.830	3.93±0.799	
	42	学生の受持ち患者様と、その患者様へのケアに関心を示してくれていますか？	4.11±0.928	4.07±0.884	
	43	学生が学習目標を達成するために、適切な経験ができるように援助してくれていますか？	4.24±0.842	4.10±0.900	
	4	学生に対し（裏表なく）率直ですか？	4.30±0.737	3.93±0.884	*
	9	学生に対し思いやりのある姿勢で関わってくれていますか？	4.18±0.834	4.03±0.906	
	10	学生が上手くやれたときには、そのことを伝えてくれていますか？	4.11±1.003	3.93±1.002	
	11	学生が緊張している時には、リラックスさせるようにしてくれていますか？	3.89±0.966	3.72±1.006	
要素外の項目	13	学生同士で自由な討論ができるようにしてくれていますか？	4.09±0.769	4.05±0.673	
	17	学生が気軽に質問できるような雰囲気を作ってくれていますか？	4.02±0.884	3.52±1.056	**
	22	学生に対する要求は、学生のレベルで無理のない要求ですか？	4.02±0.944	4.00±0.693	
	26	学生一人一人と、良い人間関係をとるようにしてくれていますか？	4.04±0.972	3.79±0.978	*
	28	物事に対して柔軟に対応してくれていますか？	4.25±0.815	4.13±0.906	
	34	学生の言うことを受け止めてくれていますか？	4.29±0.803	3.82±0.939	**
	39	指導の方法は統一していますか？	3.98±0.981	3.72±1.099	
要素外の項目	40	学生に対し忍耐強い態度で接してくれていますか？	4.16±0.804	3.97±1.017	
	1	学生に実習する上での情報を提供されていますか？	4.20±0.862	4.00±0.756	
	3	グループカンファレンスや計画発表において適切なアドバイスをしてくれていますか？	4.38±0.776	4.31±0.712	
	29	実習の展開過程において適切なアドバイスをしてくれていますか？	4.09±0.940	4.00±0.845	
	32	患者と良い人間関係をとっていますか？	4.39±0.966	4.31±0.891	
36	担当教員と良い人間関係を保っていますか？	4.20±0.980	3.82±0.862	*	

t検定 ** p<0.01 * p<0.05

期のほうが指導してくれるという認識が強く残ったものと考えられる。しかしながら、有意差がなかったことは、実習後期まで継続して指導してくれると学生は指導者を評価しているとも捉えられる。看護ケアは患者の状態に合わせて臨機応変に方法を工夫する必要がある、学生は一人で行える看護技術であっても、その場の状況を判断して柔軟に対応することは難しい¹³⁾。これらの実習環境に対して学生の学習活動において、積み重ねが不十分な初期であっても、ある程度知識や技術が習得できている後期であっても、受け持つ対象者の日々変化する状態を指導者が的確に捉え、より実践的で理論的な指導を行っていることが推察される。

後期が有意に低くなった唯一のカテゴリーである『**学生への理解**』について、学生は実習後期であっても、新しい病棟や施設において、初対面の臨床指導者から指導を受けることになり、学生は緊張していることが推察される。また、指導する教員も変更になっているため、同じことが言える。つまり、実習後期になっても少なからず不安や緊張感が持続しているため、リラックスさせる言葉掛けや、柔軟性のある指導者の態度を、学生は求めていることが分かる。杉森ら¹⁴⁾は、学生が実習において患者・家族・看護師・教員などの人的環境との相互行為を通して学習すると述べていることから、学生自身が指導者との関係性を構築する能力を徐々に身につけている。これらの自負も少なからず影響し、学生は指導者に対して、実習後期まで自分達が行っている看護を認めてほしい、理解してほしいと臨んでいるために『**学生への理解**』のカテゴリーが有意に後期が低くなったと考えられる。浦ら¹⁵⁾によると、学生理解や支援的態度が学生の学びと最も関連があり、指導態度そのものが看護に対する学びにつながると述べていることから、学生の意思を尊重し、気軽に質問できる雰囲気をつくること、学生に思いやりのある姿勢や忍耐強い態度で接するなど、人的環境を実習後期に向けて特に意識して整える必要があると考える。

2. 項目別にみた初期と後期の比較について

『**実践的な指導**』のカテゴリーについて、6項

目すべての項目において後期の方が低い得点を示したが、有意な差はなかった。この結果は、学生は指導者が看護師として良いモデルとなり、基本的なケアの原則を確認すること、お手本を見せてくれること、記録物のアドバイスを的確に行ってくれることなどについて、後期まで継続して行ってくれると評価していると考えられる。同じECTBスケールを使用し、指導者の実習指導に対する意識を調査した研究¹⁶⁾によると、看護師としての経験が増えるほど、学生に看護職の魅力について伝え、良いモデルになることを心がけていると報告していることと一致し、経験豊富な指導者は、学生の見本となって実習最後まで継続した指導を行っていると考えられる。また、学生は、初期はほとんどの看護実践が初めての体験であり、指導者はつきっきりで実施させているが、実習後期は何度も行っている看護実践ではあっても、患者の状態に合わせて臨機応変に援助方法を工夫していく必要がある、初学者の学生にとって応用することは困難である。看護師の資格を有さない学生は、まだ十分に育っていない知識や技術を手がかりに、実践を経験することになる¹⁷⁾ため、指導者は実習後期まで患者の安全を第一に考え、指導を行っていると考えられる。天ヶ瀬¹⁸⁾は、教員は学生の行動と学習状況を把握し教育的配慮に焦点を当てて指導を行い、臨床指導者は患者のケアに責任を持ち、医療安全を遵守する立場で学生指導を行っており、それぞれの異なる立場と責任を持っていると述べていることから、患者の状況を一番身近で把握している看護師と、既習の学習を整理してフィードバックする教員双方の専門的な関わりは、学生にとって大きな影響を与え、実習における達成感につながると考える。

『**理論的な指導**』のカテゴリーについて、7項目すべての項目において後期が低い得点を示したが、有意な差はなかった。この結果も、『**実践的な指導**』のカテゴリーと同じく、学生が学ぶことの必要性や目標を認識できるように支援すること、学生の不足や欠点を改善できるように客観的に判断することなどについて、指導者は後期まで継続して指導してくれると学生は評価していることがわかる。学生は、既習の学習と目の前の患者

の病態をどのように関連づけていいか分からず、アセスメントや計画の立案さえも初めての体験となる。指導者はこのような学生に対して、情報収集の方法、不足している知識や援助技術などの助言を行うが、これらの指導者の前向きな態度や熱意は、学生にとって大きな励みとなり、学習への動機付けにつながっていると推察される。さらに藤堂ら¹⁹⁾が、学生は指導者から毎日指導を受ける看護計画やその日の記録は学生にとって印象深く、学生は次の日の患者の看護に活かそうと意識的に指導を受けていると述べていることから、実習後期まで学生は指導してくれているという認識につながったものと考えられる。

『学習意欲への刺激』の 카테고리について、13項目すべてにおいて後期が低い得点を示し、その中でも「30. 学生が互いに刺激しあって向上できる働きかけ」、「33. 学生が新しく体験することへの方向づけ」、「38. 学生に良い刺激となる話題提供」の3項目において、有意に後期が低い得点となった。「30. 学生が互いに刺激しあって向上できる働きかけ」、「38. 学生に良い刺激となる話題提供」について、初期は新しく編成されたグループに対して、うまくやっていたかどうかわからない不安が大きく、カンファレンス等で指導者から叱咤激励されること自体が刺激になり、指導されているという認識が強く残ったと考える。一方で実習後期は、学生は言葉だけでなくお互いの行動を通してメッセージを交換するようになり、そのことによって行動の意味づけができるようになる²⁰⁾ことから、指導者が働きかけなくても、学生はグループの仲間同士で自然と刺激しあっていることが、後期に有意に低くなったことに影響しているものと考えられる。学生はお互いに実習での体験や学び、気づきを積極的に話し合い、共有することで学びを深めている²¹⁾。さらに、学生の臨床判断を刺激するのは、学生間、学生-指導者間の患者に関する話し合いや記録による臨床状況の振り返りと、指導者のフィードバックである²²⁾という報告から、指導者は学生同士が刺激し合えるような関わりを実習後期まで継続する必要があるであろう。「33. 学生が新しく体験することへの方向づけ」において後期が有意に低くなったのは、学生は実

習後期においても新しい環境下で実習を行っているため、判断が難しい状況において動揺したり混乱している状況が推察される。桜井²³⁾は、有能感、自己決定感、他者受容感の3つが内発的な学習意欲の効果を向上させると述べている。指導者は、学生が新しい状況や今までと異なった状況に遭遇した時、学生が自己決定できるように全実習期間を通して支援することが求められる。

『学生への理解』の 카테고리については、12項目すべてにおいて後期が低い得点を示し、その中でも「4. 学生に対する裏表ない態度」、「17. 学生が気軽に質問できるような雰囲気」、「26. 学生一人一人との良い人間関係」、「34. 学生の言うことを受止める態度」の4項目において後期の方が有意に低い得点となった。これらの4つの項目は、学生を尊重し、すべてを否定せずに受け止め指導することや、質問しやすい雰囲気を作るなど、指導者との良い人間関係を望むものである。これらが実習後期において有意に低くなったことは、実習後期とはいえ、学生は実習を進めることを困難と感じたり、自分の考えを伝えられず悩みを抱えている様子が伺え、それに対して指導者の方から声を掛け、学生の気持ちの沿った助言を学生は求めていると考える。特に「17. 学生が気軽に質問できるような雰囲気」と「34. 学生の言うことを受止める態度」の項目は、有意に実習後期に得点が低下していたため、実習後期においても、学生の気持ちを受け止め、時には褒めたり自信をつけさせる言葉掛けが必要であろう。学生は無関心な態度や否定されたと感じる体験をすることで、実習に取り組む意欲が低下したり、態度が萎縮すること⁷⁾や、看護師や指導者の顔色を伺い、質問できない雰囲気では学生の自己効力感が高まらない²⁴⁾ことから、実習において人的環境が学生のやる気や学習成果に大きく影響を与えることがわかる。学生は指導者の言葉や態度を役割モデルとして、実習へ取り組む姿勢や看護に対する姿勢を高めていくと言われている²⁵⁾。したがって指導者は、学生の未熟さのみに目を向けることなく、学生を尊重し、学生から学ぶ姿勢をもつこと、そして学生の良き役割モデルであることを常に意識して、実習後期まで継続した関わりが必要であ

ると考える。

『要素外の項目』についても、5項目すべてにおいて後期が低い得点を示し、その中でも「36. 担当教員との良い人間関係」が、有意に後期が低い得点を示した。藤本ら¹⁾は、実習前から不安を感じている学生は、実習前から関わりのあるある教員の存在を、よき理解者として認識していること、そして学生は教員に対して、豊かな人間性を求めていると述べている。また、仙田²⁶⁾は、教員が学生の変化を受容し、学生に共感するようになること、学生は教員に素直に自分の気持ちを伝え、安心して実習にのぞめるようになることと述べていることから、実習後期まで教員は学生との信頼関係の形成に努め、よき理解者となり、相談しやすい雰囲気をもつことが重要であると考えられる。

3. 教授活動への示唆

学生の指導者に対する実習評価は、実習後期に向けて低く捉える傾向にあった。学生は実習において様々な指導者と関係を持ち、多種多様な場での学習経験の積み重ねによって、後期は著しい成長が見え、学生自身の自己評価も上昇している¹²⁾。一方で、実習は緊張度の高い学習環境であり、学生は自分の考えや行動計画に自信が持てないことが多い。同時に学生は患者、医療従事者、指導者との複雑な人間関係の中で、普段とは異なる緊張から平常心を逸脱しやすく、膨大な刺激の中で思考を中断してしまうことがあるといわれている¹⁷⁾。本研究の結果から、『学生への理解』のカテゴリーにおいて有意に後期が低い項目が多かったことから、学生は指導者の態度や接し方について厳しく評価していることが分かる。学生は長い実習期間を通して、患者や看護師、教員などとの関係性を構築する能力を身につけてはいるものの、新しい状況や今までと異なった状況に遭遇した時に、学生自らが助けを求められる雰囲気を作ること、さらに学生の意思を尊重し、受け止めることを、全実習期間を通して指導に関わる必要があると考える。

研究の限界と今後の課題

本研究は後期の調査票の回収率が低く、対象者

全体の回答内容を反映していないことがあげられるため、その場で記載してもらい回収するなど、回収率を増やすための工夫が必要である。また本研究は1施設の結果であり、一般化するには限界がある。施設数および対象者数を増やし検討することが今後の課題である。

結 語

学生の実習前期と後期において、指導者に対する実習指導評価をECTB評価スケールで確認した結果、すべての項目において後期が低い得点となった。中でも『学習意欲への刺激』の3項目、『学生への理解』の4項目、『要素外の項目』1項目の計8項目において後期が有意に低い得点であった ($p < 0.01 \sim 0.05$)。学生は、実習において多種多様な場での学習経験の積み重ねによって著しい成長を遂げてはいるが、実習場所は緊張度が高くストレスをきたしやすい学習環境であることから、指導者の学生への態度や接し方において質問しやすい雰囲気を作る必要があり、教員と臨床指導者は連携して人的環境の調整を実習後期まで継続して行う必要がある。

謝 辞

研究にあたり調査にご協力いただきました学生の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成26年度日本看護研究学会第40回学術集会で発表を行った。

文 献

- 1) 藤本裕二, 山川裕子, 中島富有子ほか: 看護学生が臨地実習において教員および看護師に求める資質と能力. 保健学研究 23 (1): 9-16, 2010.
- 2) 渡辺千枝子, 垣内いずみ, 嶋崎昌子ほか: 看護学生が実習で感じる達成感と臨床実践に対する不安. 松本短期大学研究紀要: 77-82, 2014.
- 3) 西出りつ子, 出口克巳, 大西和子: 臨地実習

- における看護学生のストレス. 三重看護学誌 2: 87-97, 2000.
- 4) 齊藤孝子: 臨地実習における看護学生のつまずき体験と解決に向けての資源活用. 神奈川県立看護教育大学校集録 26: 150-157, 2000.
 - 5) 渡部菜穂子, 一戸とも子: 看護学実習における臨地実習指導者の「看護実践の役割モデル」の認識. 弘前学院大学看護紀要 6: 1-10, 2011.
 - 6) 秋元典子, 森本美智子, 森恵子: 看護への動機づけを促進する臨床実習指導の方法. *Quality Nursing* 10 (8): 63-74, 2004.
 - 7) 田村美子, 白木智子, 進藤美樹ほか: 看護学生が臨床指導者から受ける否定的ケアリング体験. 看護教育 45 (9): 748-752, 2004.
 - 8) 飯出美枝子, 三木園生, 澁谷貞子: 実習前後の看護学生の不安の変化について. 桐生短期大学紀要 16: 65-70, 2005.
 - 9) 三木園生: 成人看護学実習前後の学生の不安について. 桐生短期大学紀要 (14): 105-107, 2003.
 - 10) 中西啓子, 影本妙子, 林千加子ほか: *Effective Clinical Teaching Behaviors (ECTB)* 評価スケールを用いた看護実習指導の分析 - 第1報 -. 川崎医療短期大学紀要 22: 19-24, 2002.
 - 11) Zimmerman L, Westfall J: The Development and Validation of a Scale Measuring Effective Clinical Teaching Behaviors. *Journal of Nursing Education* 27 (6): 274-277, 1988.
 - 12) 立石和子, 吉本圭一: 看護系大学生の職業的な能力(Competence)の自己評価 - 臨地実習前・後および就職後初期における比較検討 -. 九州看護福祉大学紀要 8 (1): 69-81, 2006.
 - 13) 影本妙子, 合田友美, 大島亜由美ほか: 成人看護学慢性期・終末期の実習指導の分析 - ECTB 評価スケールを用いて -. 川崎医療短期大学紀要 28: 27-31, 2008.
 - 14) 杉森みどり, 舟島なをみ: 看護教育学第4版. pp250-256, 医学書院, 東京, 2004.
 - 15) 浦綾子, 岩永和代, 中嶋恵美子ほか: 臨地実習における教授活動と学生の学びの関係 - ECTB スケールを用いた学生の教員・指導者への評価から -. 第33回看護教育論文集: 198-200, 2002.
 - 16) 船越和代, 齊藤静代, 吉本知恵ほか: 臨地実習における実習指導者の指導に関する意識. 香川県立医療短期大学紀要 5: 59-68, 2003.
 - 17) 藤岡完治, 屋宜譜美子: 看護教員と臨地実習指導者. pp16-19, 医学書院, 東京, 2006.
 - 18) 天ヶ瀬智子, 岡田みずほ: 教員, 指導者間の共通認識と相互理解による臨地実習の充実. *HANDS-ON4* (2), 36, 2009.
 - 19) 藤堂由里, 近藤栄律子, 影本妙子ほか: 学生による成人看護学慢性期・終末期の実習指導評価. 川崎医療短期大学紀要 31: 33-38, 2011.
 - 20) 藤岡完治: 臨地実習教育の授業としての成立. 看護教育 37 (2) 94-101, 1996.
 - 21) 加藤法子, 渕野由夏, 永嶋由理子ほか: 基礎看護実習 I における教育効果の検討 実習前後の学習意欲の変化から. 福岡県立大学看護学研究紀要 5 (2): 52-60, 2008.
 - 22) 布佐真理子: 臨床実習において看護学生が看護上の判断困難を感じる場面における指導者の働きかけ. 日本看護科学学会 19 (2): 78-86, 1999.
 - 23) 桜井茂男: 学習意欲の心理学 自ら学ぶ子どもを育てる. pp19, 誠信書房, 東京, 2003.
 - 24) 安酸史子: 経験型実習教育の考え方. *Quality Nursing* 5, 4-12, 1999.
 - 25) 白木智子, 遠藤美樹, 田村美子: 看護学生が臨床指導者から受ける肯定的ケアリング体験. 看護展望 30 (3): 106-111, 2005.
 - 26) 仙田志津代: 看護教員の看護学生への認知の変容過程 - 臨地実習における看護教員と看護学生とのかかわりをとおして -. 医療保健学研究 1: 103-116, 2010.

Nursing Students' Evaluations of Instruction in Clinical Practicum Team Training – Comparison of the Early and Late Stages –

Miki KURAYASHIKI

Department of Nursing, Fukui College of Health Sciences

Abstract

Purpose: To investigate aspects of instruction over time in clinical practicum team training courses by understanding differences in instructor evaluations carried out among nursing students.

Method: Utilizing the Effective Clinical Teaching Behaviors (ECTB) Evaluation Scale, which assesses the content and quality of practical instruction, an anonymous, self-administered nursing instructor evaluation survey was carried out immediately after the start of the practicums (early stage) and then after completion of all practicums (late stage) on 64 third-year students at a nursing junior college. Data analysis was performed using t-tests of the average value of the early and late stage responses for each question item on the ECTB scale, with the significance level set below 5%.

Results: Results of analysis of 56 responses from the early and 29 from the late stage showed lower scores for all 43 items on the ECTB scale in the late stage. In particular, late stage responses were significantly lower ($p < 0.01$ to 0.05) for 8 items in the categories of “facilitating motivation for learning” (3 items), “understanding toward students” (4 items), and “other factors” (1 item).

Discussion: These results suggest the desirability of adjusting the learning environment, particularly regarding the human environment, up until the end of the training period.

Key words

ECTB, clinical practicum team training evaluations of instruction

学会報告

第16回 富山大学看護学会 学術集会プログラム

テーマ 看護職者のキャリア形成における人と人とのつながり
学術集会長 長谷川 ともみ 富山大学大学院医学薬学研究部(医学)母性看護学講座
開催日 2015年12月23日(水・祝)
会場 富山大学医薬イノベーションセンター1階 日医工オーディトリウム

◆総 会 (11 : 30 ~ 12 : 00)

◆開 場 (12 : 30)

◆オリエンテーション (13 : 00 ~ 13 : 05)

◆開会挨拶 (13 : 05 ~ 13 : 10) 第16回学術集会長 長谷川 ともみ

◆会長講演 (13 : 10 ~ 13 : 40) 座長 : 西谷 美幸

専門看護師の育成と成長課題

講師 長谷川 ともみ
富山大学大学院医学薬学研究部(医学)母性看護学 教授

◆特別講演 (13 : 40 ~ 14 : 50) 座長 : 長谷川 ともみ

臨床で活かす看護師のコンサルテーション

講師 黒田 久美子 先生
千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター 准教授

◆休 憩 (14 : 50 ~ 15 : 00)

◆一般演題：第1セッション（15：00～15：30） 座長：竹内 登美子

1. 患者の内面的成長に向けた看護師のコミュニケーションプロセス
杉山 由香里¹, 比嘉 勇人², 田中 いずみ², 山田 恵子²
¹独立行政法人国立病院機構 北陸病院, ²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

2. 看護師における共感経験タイプ別にみた認知症（肯定的）イメージ形成の検討
村上 章¹, 比嘉 勇人², 田中 いずみ², 山田 恵子²
¹富山大学大学院医学薬学教育部, ²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

3. 視覚障害者の日常生活に対する対処行動とその援助
大橋 礼佳¹, 坪田 恵子², 西谷 美幸²
¹石川勤労者医療協会城北病院, ²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）基礎看護学

◆一般演題：第2セッション（15：30～15：50） 座長：八塚 美樹

4. CNS 周産期実習の実際と学び～教育について～
畠山 矢住代¹, 笹野 京子², 松井 弘美², 長谷川 ともみ²
¹富山大学大学院医学薬学教育部, ²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）母性看護学

5. 実習から学んだ CNS におけるコンサルテーション
豊岡 望穂子¹, 笹野 京子², 松井 弘美², 長谷川 ともみ²
¹富山大学大学院医学薬学教育部, ²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）母性看護学

◆閉会挨拶（15：50～） 富山大学看護学会学会長 西谷 美幸

患者の内面的成長に向けた看護師のコミュニケーションプロセス

○杉山由香里¹，比嘉勇人²，田中いずみ²，山田恵子²¹独立行政法人国立病院機構北陸病院²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

【目的】

患者の内面的成長に向けた看護師のコミュニケーションプロセスを明らかにする。

【方法】

援助的コミュニケーションスキル測定尺度（TCSS）の高得点者でインタビューの同意が得られた看護師13名を対象に、半構成的インタビューを個別に実施した。インタビュー内容は、患者の内面的成長を促すために大切だと思うコミュニケーションスキル、そのコミュニケーションスキルが大切だと思うようになったきっかけや体験、患者の内面的成長を促すことができたと感じたことはあったかなどで構成した。分析は、質的研究の一手法である修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。分析焦点者については「入院患者に対して援助的コミュニケーションスキルを多用して関わっている看護師」、分析テーマについては「看護師は患者の内面的成長に向けたコミュニケーションスキルをどのように使い関わっているか」とした。

【結果】

インタビューに対する回答から、29個の『概念』、10個の〈サブカテゴリ〉、5個の《カテゴリ》が生成され、以下のストーリーラインとしてまとめられた。

看護師は患者の内面的成長に向け、まず、患者への肯定的なところ構えと看護師自身を内省した《看護師自身のところを整える》態勢をとっていた。次に、看護師は患者とのコミュニケーションの進展に伴い、感じたことや考えたことを患者に向けて《看護師から発信する》と同時に、理解と確認の循環による《患者を理解するために確認する》こと、非言語的メッセージを用い関わり続けることにより《患者のこころの発動を希求する》こと、患者が受け入れられそうな部分に焦点をあて、患者の内面の動きに合わせて《患者に自己探索と言語化を促す》こと、の3つの連合を看護師の個人内で形成していた。これらのカテゴリから成る看護師のコミュニケーションが、患者の内面的成長に向けて行われていた。

【考察】

患者の内面的成長に向けたコミュニケーションの3つの要として、《患者を理解するために確認する》《患者のこころの発動を希求する》《患者に自己探索と言語化を促す》の援助的連合が示された。

《患者を理解するために確認する》は共感性に基づく看護師の理解と患者への確認であると考えられ、《患者のこころの発動を希求する》は私的スピリチュアリティに基づく患者への主体内発的な働きかけであると考えられた。また、《患者に自己探索と言語化を促す》は協働性に基づくリフレーミングへの働きかけであると考えられた。

つまり看護師は、巨視的・微視的な視点でより適切な患者理解をし、積極的に寄り添いながら患者の内面がよりポジティブへ志向することを助け、患者が自己の内面に意識を向け内面的な動きに合わせてながら言語表出を促す援助を試みていたと考えられた。

以上より、患者の内面的成長に向けた看護師のコミュニケーションプロセスは、看護師の内省的態勢と患者－看護師間の発受を基盤とした援助的連合によって構築されていることが示唆された。

看護師における共感経験タイプ別にみた認知症（肯定的）イメージ形成の検討

○村上章¹，比嘉勇人²，田中いずみ²，山田恵子²

¹富山大学大学院医学薬学教育部

²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）精神看護学

【目的】

認知症イメージの形成過程の観点から作業仮説（因果モデル）を設定し，看護師の共感経験タイプにおける認知症（肯定的）イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティとの関連性について検討することを目的とした。

【方法】

看護師 596 名を対象に，「基本属性：性別，年齢，看護師経験年数，認知症の人との関わり頻度，認知症の知識」「認知症（肯定的）イメージ SD 法」「認知的評価測定尺度（CARS）：コミットメント，脅威性の評価，影響性の評価，コントロール可能性」「共感経験尺度改訂版（EESR）：両向型，共有型，不全型，両貧型」「スピリチュアリティ評価尺度-A（SRS-A）：意気，観念」で構成された質問紙調査を実施し，探索的な階層的重回帰分析を行った。なお，EESR については共感経験タイプとして類型化し，属性として扱った。調査対象者には研究目的と概要について書面で説明し，自由意思による参加の保証と，回答者個人を特定できない無記名式で実施した。

【結果】

調査票の回収数は 372 部（回収率 62%），有効回答数は 340 部（有効回答率 91%）であった。

重回帰分析の結果，共感経験タイプにおける認知症（肯定的）イメージ形成過程の特徴が示された。両向型では「認知症（肯定的）イメージ ← 脅威性の評価： $\beta=-0.24$ ，脅威性の評価 ← 影響性の評価： $\beta=0.63$ ，脅威性の評価 ← コミットメント： $\beta=-0.19$ 」であった。

共有型では「認知症（肯定的）イメージ ← 意気： $\beta=-0.34$ ，認知症（肯定的）イメージ ← コントロール可能性： $\beta=0.33$ ，意気 ← 観念： $\beta=0.35$ ，コントロール可能性 ← 観念： $\beta=0.25$ 」であった。

不全型では「認知症（肯定的）イメージ ← 脅威性の評価： $\beta=-0.20$ ，脅威性の評価 ← 影響性の評価： $\beta=0.61$ ，影響性の評価 ← コミットメント： $\beta=0.50$ 」であった。

両貧型では「認知症（肯定的）イメージ ← コントロール可能性： $\beta=0.34$ 」であった。

【考察】

共感経験タイプによって認知症（肯定的）イメージの形成過程，つまり各変数の関連性に差異が認められたことから，看護師の認知症（肯定的）イメージの形成過程には対人関係の持ち方や共感経験の内容が影響を及ぼしていることが考えられた。

認知症（肯定的）イメージを高める根底的な要因としては，「認知症症状に対する影響性の評価，コミットメント，コントロール可能性」と「認知症に向ける観念」が示唆された。

視覚障害者の日常生活に対する対処行動とその援助

○大橋礼佳¹, 坪田恵子², 西谷美幸²¹石川勤労者医療協会城北病院²富山大学大学院医学薬学研究部 (医学) 基礎看護学

【目的】

視覚障害者が生活している中で実際に感じている不便さや生活行動の工夫から看護者が学ぶことは多くある。それらは視覚障害者への援助やストレスの軽減を考える資料として活用できるのではないかと考えた。そこで、本研究では視覚障害者の日常生活における不便さに対する対処行動を明らかにすることを目的とした。

【方法】

A 病院ビジョンエイド外来(ロービジョン外来)を受診したことのある視覚障害者(ロービジョン者)5名に半構成的面接を実施した。面接内容は、「食事(食べること、調理すること等)」「読み書き(本を読む、書類を書く等)」「移動(バスに乗る、行き先の確認、料金の支払い等)」「整容(歯磨き、衣服の配色、着脱など)」の4つの側面に関して、不便を感じていること、及びその不便さに対して工夫していることである。面接時は参加者への了承を得て2名の調査者でメモを取り、分かりにくい内容については参加者に確認をしながら面接を進め、面接後は調査者間で内容の確認を行った。得られたデータはコード化を行い、同じ現象につながる同じような意味をもつコードを集めてカテゴリー化していき、順次サブカテゴリー、カテゴリー、核となるカテゴリーを導き出した。倫理的配慮として、富山大学倫理審査委員会の承認を得た後、参加者に文書と口頭で研究の説明を行い、了承を得て実施した。

【結果】

インタビューから得られたデータを分析し、63のコード、34のサブカテゴリー、5つのカテゴリー及び2つの核となるカテゴリーを抽出した。2つの核となるカテゴリーは[自分自身の身体機能を用いて対処する行動]と[他者の協力や社会資源を活用して対処する行動]であった。前者は、「食べ物と色の対比を考えて皿・箸の色を選択する」といった<視覚機能を最大限に用いる>、「汁の濃さは色より味で判断する」等の<視覚以外の感覚を活用する>、「必要なものは位置を決め自分の分かりやすいところや取りやすい場所に置いておく」といった<記憶を用いる>の3つのカテゴリーで構成された。後者は、「食事や弁当の盛り付けは家族に行ってもらおう」等の<他者の協力を得る>、「駅やターミナルでは点字で料金や時間を確認してから乗る」といった<社会資源を活用する>の2つのカテゴリーで構成された。

【考察】

自分自身の身体機能を用いる対処行動は、視覚機能を最大限に用いる、視覚以外の感覚を活用する等の自分自身の持てる力を最大限に働かそうとしている行動と考えられた。看護者は視覚障害者がその力を出せるように援助していくことが大切であり、それは見えにくさからくる不便さに伴うストレスの軽減に繋がると考えられる。また、食事の際の盛り付けなどの家族の協力、駅員等への公共交通機関の時間や乗り場の確認など、家庭や外出時において様々な人に自ら声をかけて関わることで行動範囲を拡大させたり、生活の質を高めることにも結びついていると考えられた。さらに、余暇活動を充実させ、生活を豊かにしていくことにも繋がると考えられた対処行動がみられたことから、視覚障害者がその人らしい生活を創り出す視点から視覚障害者の経験を意味付けていくことが必要であると考えられる。

CNS 周産期実習の実際と学び ～教育について～

○島山矢住代¹, 笹野京子², 松井弘美², 長谷川ともみ²

¹富山大学大学院医学薬学教育部

²富山大学大学院医学薬学研究部（医学）母性看護学

【はじめに】

母性看護CNS周産期実習の実習期間は270時間である。実習では大学院の授業で学んだ知識を統合し、複雑な背景または合併症などをもつ周産期のハイリスクな母子とその家族の看護問題と医療現場の問題に応じ、専門看護師に必要な6つの機能と役割を遂行するための能力を養う。さらに看護実践の改善を組織的に実施、運営するための指導力を養うことを必修としている。教育における実習目標は、看護職者の抱える教育的ニーズを把握し、教育活動を実施することができることあり、今回は専門看護師に必要な6つの機能のうち、教育活動の実際と学びについて報告する。

【教育活動の実際】

1.産科病棟での教育活動

教育ニーズを把握するため、妊産褥婦に対する看護支援についてSWOT分析を行った。結果、出産年齢が35歳以上の高年初産婦が約4割を占めていたが、産後ケアや支援について、特に意識して行われていない現状を見出した。病棟師長と検討し、教育実施計画を立案した。教育形態は15分の集合教育1回、講義形式とした。学習方略は、高年初産婦の定義と全出産者に占める割合（病棟と全国比較）、高年初産婦の健康問題の特徴や子育て支援ニーズ、高年初産婦に特化した産後1か月までの子育て支援ガイドラインを紹介し、高年初産婦に必要な産後ケアにおけるエビデンスの高い項目について講義した。研修後にアンケートにて評価を行った。

2.NICUでの教育活動

教育ニーズ把握のため、NICU師長と教育内容を検討した。近年NICUにおいて、入院中の児の母親が、乳房トラブルや母乳分泌の減少が見られた場合、乳房ケアや指導を行うおっぱい相談を発足させた。しかしスタッフは、母乳分泌の増加を図るためのケアや指導について、困難を感じている現状があった。そこで、母乳分泌を増加させる効果的なケアについて勉強会開催について、教育実施計画を立案した。教育形態は15分の集合教育1回であり、講義と実技とした。学習方略として、母乳分泌に必要な知識と搾乳の指導ポイントについての講義、母乳分泌促進ケアとして、ツボ押し、背部マッサージの実技を行った。研修後にアンケートにて評価を行った。

【考察】

教育活動を行うフィールドにおいて、SWOT分析を用いて理論的に教育課題を明確にし、臨床からの要望に沿い、エビデンスを踏まえた理論と実践を併せた教育活動を行った。これまでの演習の学びを生かし、臨床教育の一環を実施することができた。また、指導者である師長より人を惹きつける教育への工夫の重要性を指摘され、スタッフの興味、関心を引くために、事前に企画意図、教育内容などを周知したことが奏効し、多くの参加を得ることができ、臨床でのダイナミクスを学ぶことができた。

【おわりに】

実習において、綿密な教育計画を立案し、教育の成果を実感することが、CNSの活動を維持する上で、自己効力感に働きかけることを実感できた。

実習から学んだ CNS におけるコンサルテーション

○豊岡望穂子¹, 笹野京子², 松井弘美², 長谷川ともみ²

¹ 富山大学大学院医学薬学教育部

² 富山大学大学院医学薬学研究部 (医学) 母性看護学

カプランによると、コンサルテーションには「クライアント中心の事例」、「コンサルティ中心の事例」、「プログラム中心の管理」、「コンサルティ中心の管理」の4つがある。

H2X年2か月間、母性看護専門看護師の周産期看護実習(以下CNS実習)を実施した。実習目的は、周産期のハイリスクな母子とその家族の看護問題と医療現場の問題に応じ、専門看護師に必要な6つの機能と役割(高度看護実践、コーディネーション、倫理調整、コンサルテーション、教育、研究)を遂行するための能力、看護実践の改善を組織的に実施、運営するための指導力を養うことである。今回の実習では、GCUにおいて、GCU師長および看護スタッフをコンサルティとした「コンサルティ中心の事例についてのコンサルテーション」を実践した。

事例A氏は、妊娠中期に-3.0SDのFGR(胎児発育不全)を指摘され、妊娠期から児の障害への不安から愛着形成不全があり、児がGCUに転棟した後も愛着形成不全が持続した褥婦であった。GCUスタッフから「死んでほしい」「可愛くない」などと流涙しながら児と接しているA氏への対応と愛着形成促進のケアについてCNS実習生に相談があった。

この相談に対して、ケアリングの姿勢で対応し、A氏から情報を得て分析した。効果的な母親役割獲得と母子相互作用促進の観点から、介入として、R.ルービンの言う「主観的な体験の認識のプロセス」を辿れるような支援が必要と考えた。A氏は抱懐やタッチングは既にできており、そこを糸口に母児ともに五感を使うベビーオイルマッサージが主観的な体験を深める有効なケアではないかと考えた。この介入を児の主治医、作業療法士に提案してケア実施について意見を求め、A氏が児に行うベビーオイルマッサージを実施することを提案すると快諾されたため、実施計画を立てた。まず、「GCUスタッフを対象とした勉強会」「A氏自身へのマッサージ方法の指導」「A氏の実施場面の指導・観察」を行った。

評価として、コンサルティに対してCNS実習生の介入についてインタビューをし、勉強会と実践によって知識を深め、エビデンスに基づいた看護実践の選択肢が増加したという語りを得た。また、コンサルティの記録やA氏の実際のマッサージの様子から、母児相互作用が得られ、A氏の児に対する前向きな気持ちを引き出し、愛着形成を促進することができていた。実施に先立ち、主治医や作業療法士にも意見を求めたことで、児の個別性に合ったマッサージ方法を提示できた。そしてA氏がマッサージに集中できたことで、代わりに児に対して流涙しながらネガティブな発言をする時間が漸減した。そして自身を客観視し、まだ児に愛着を持っていない事の不自然さに気づき、それまでは消極的であった精神科受診を受容できた。

実習を通してCNS役割について概念図を得た。組織の中のCNSは、組織や組織がある地域のなかに6つの役割をもっていると考えた。そして6つの役割は高度看護実践をベースとして、それぞれが独立した役割でありながら、必要に応じて複合しながら果たされていくものだと考えた。コンサルテーションは他の5つの役割全てを網羅していた。つまり、全ての能力がバランスよく充実することで、コンサルテーション活動は充実するのだと気づいた。また、コンサルテーション活動を行うには、コンサルティから信頼を得る必要があり、信頼は実践より得られる。実習を振り返り、6つの役割の中でもコンサルテーションは鍵となる役割ではないかと考える。

地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を喫緊課題として取り組んでいます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

地域包括ケアシステムの姿

病気がついたら… **医療** (地域医療機関、地域医療連携センター、在宅医療) → **介護** (訪問介護、介護サービス、介護施設) → **住まい** (高齢者住宅、介護付住宅、福祉サービス) → **生活支援・介護予防** (地域包括ケアセンター、ケアマネジャー、高齢者クラブ、ボランティア、NPO等)

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏(具体的には中学校区を単位として想定)

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成29年6月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す地域包括ケアシステム。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

【医療】「医療」「予防」という専門的なサービスと、その前後として「住まい」が生活支援・福祉サービスの相互に連携し、連携しながらかつた生活を支えている。

【住まいと住まい方】
●生活の基盤として必要で住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まいが確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のアライバーと高齢者が十分に守られた住環境が必要。
【生活支援・福祉サービス】
●心身の能力低下、経済的理由、家族関係の変化などでも難解な生活が継続できるような生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の助けや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、あらゆる形態、生活支援策には、福祉サービスまで展開。

【介護・医療・予防】
●様々な抱える高齢者に向けて「介護」「リハビリ」「医療」「看護」「予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援も一体的に提供。
【本人・家族の選択と心構え】
●本人・家族等の意思が尊重される中で、在宅生活を継続することの意欲を、本人・家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

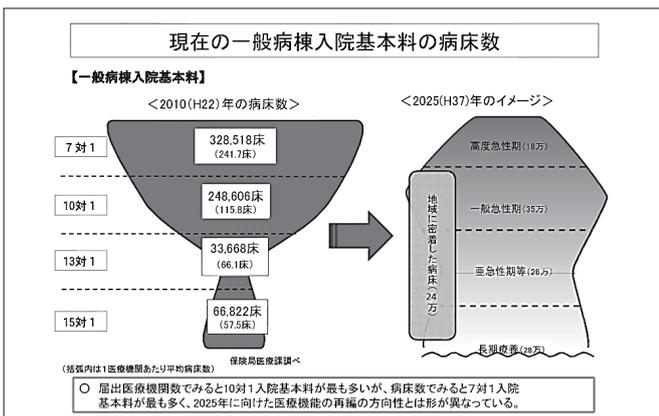
【自助】
●自分のことを自分でやる
●自分の健康管理・セルフケア
●生活サービス
●自費

【互助】
●近隣の住民と助けあう
●ボランティア活動
●近隣住民の活動

【共助】
●ボランティア・市民団体の活動
●市民活動

【公助】
●高齢者福祉による福祉
●政策による福祉サービス
●福祉サービス
●福祉施設
●介護保険に次ぎた生活支援サービス

【費用負担による区分】
●公助(は給)による公助(共助)は介護保険などのリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」に「自分のこと自分でやる」に追加し、公助サービスの購入も含まれる。
●公助(は給)に「互助」は住民同士が助けあうという形で自助と共助の両方があるが、費用負担が制度に課せられていない負担形態のもの。
【時代や地域による区分】
●コロナウイルス感染症の拡大や高齢者のみが増加する一層増加、「自助」「互助」の概念が求められる範囲、役割が異なる。
●都市部では、強い互助を維持することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定された「互助」の役割が大きい。
●少子高齢化や核家族化から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が拡大することになるという見込みがある。



コンサルテーションの定義

内外の資源を用いて、問題を解決したり、変化を起こすことができるように、その当事者やグループを手助けしていくプロセス

(Lippitt,G. and Lippitt,K.1986)

コンサルテーションの目的は、事例の問題が解決されるだけでなく、相談者が将来同じような事例に出会った時に、「より効果的なケアを行うことができるようになる」、「特定の事例(患者)のためのケアを行う際の相談者の欠点(知識や技術の不足、自信の喪失、専門職としての客観性の不足)などを発見し、相談者がその欠点を克服し、自身の力で問題解決できるように援助すること」である。(佐藤直子 1999)

スーパービジョンの定義

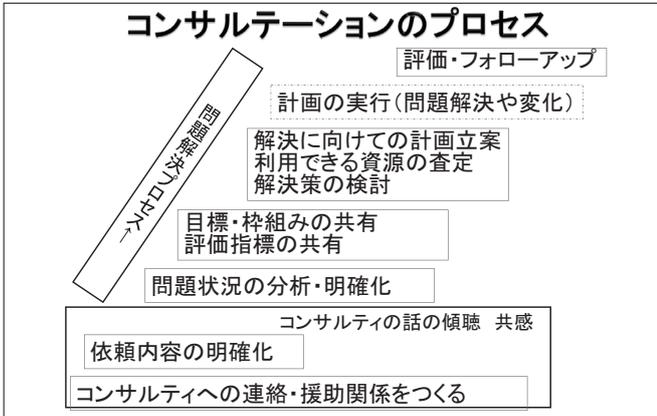
- ▶ スーパーバイザー(指導する者)とスーパーバイジー(指導を受ける者)との関係間における対人援助法で、対人援助職が常に専門家としての資質の向上を目指すための教育方法。
- ▶ 能力に見合う業務を担当させながら管理する。
- ▶ 知識・技術の活用を促す方法を示唆したり、不足している知識を指摘し、課題を示す。
- ▶ 業務上出来ていることを認めるとともに、出来ていないことに気づき、取り組もうとするよう励ます。

コンサルテーションと スーパービジョン (両者とも専門家同士の対人援助)

役割	目的・焦点	関係性	責任
コンサルテーション	コンサルティが抱えている問題の解決への支援(解決の当事者はコンサルティ)	上下関係はない	患者のケアの責任はコンサルティにある
スーパービジョン	スーパーバイジーの専門家としての資質の向上を目指す教育方法・自己の盲点に気づくことを促す	指導される者と熟練した指導者(スーパーバイザー)	患者のケアの責任は両者にある

コンサルテーションの前提

- ▶ コンサルテーションはコンサルティの求めにより行なわれる。(仕事上の困難で助けが必要な時。個人的な問題や感情を取り扱うのはカウンセリング。)
- ▶ コンサルタントと相談者に上下関係はなく、協調関係にある。(日本の臨床現場では利害関係が全くない関係性は少ない。率直に話せる関係性が保証されるという意味が实际的。)
- ▶ コンサルタントは問題を正確に把握し、専門的能力を持って相談者を援助する責任がある
- ▶ 患者のケアの責任は相談者にある
- ▶ コンサルタントのアドバイスを受け入れるか否かは相談者の自由意志であるということを双方が理解しておくこと



コンサルテーションの例

▶ 同僚の師長からの相談

: 入退院を繰り返す患者集団への教育指導的関わりが必要だと感じていて、関心をもってもらいたいとスタッフに働きかけたが、うまく行かない。若い看護師は興味を持っていそうだが、中堅看護師の数名が重症度の低い患者へのケアを軽視しているために言い出せない雰囲気をつくっている。師長としてもこれ以上はあまり言えず、行詰っている。どうしたらよいか相談したい。

コンサルティの本当の問題の明確化、今回の目標の設定

- ▶ 一番困っているのは、病棟の雰囲気が悪いこと。中堅看護師が反発する。
- ▶ 中堅看護師は、厳しいが、若手には頼られている。
- ▶ 問題は、師長と中堅看護師の関係性だった。これはすぐには解決しない。
- ▶ 若手の看護師は糖尿病の教育支援に関心をもって、もっと若手の力を発揮させたい。
- ▶ 病棟の課題は、入退院を繰り返す糖尿病患者(虚血性心疾患患者)への教育支援が根付くこと。
- ▶ 今回の目標は、「勉強会やカンファレンスで、若手看護師の糖尿病患者への教育支援への意欲と知識をさらに高める。」

行動計画

- ▶ 師長: 師長としてのビジョンを表明し、今年の病棟目標、教育支援の強化の必要性について、病棟会で説明する。
- ▶ 若手看護師3名に勉強会係を任命。
- ▶ 勉強会係の企画への後方支援(勤務調整、資料調達)
- ▶ カンファレンスの定期開催とカンファレンスのファンリテーション、勉強会の企画支援を慢性疾患看護の専門看護師に依頼する

コンサルティの特徴

- ▶ 自分では解決できない問題を抱えていて、解決してほしい。
- ▶ 自信の低下、途方にくれて思考力が低下、自尊心の低下、大きなストレス等の状況にある場合が多い。
- ▶ コンサルタントに助けてほしいという思いがある。(一方でコンサルタントに解決できるか疑わしいという思いもあるかもしれない。)

コンサルティ中心の 管理に関するコンサルテーション

- ▶ コンサルティが管理者であるシステムの問題解決を通して、管理者の能力向上をはかる
- ▶ 管理者が客観的・多角的に問題状況を分析でき、効果的な計画がたてられるように支援する
- ▶ コンサルティの抱える問題とシステムの抱える問題が一致しない場合もある。問題の明確化のプロセスで、今回のコンサルテーションの目標をコンサルティと確認する

コンサルテーションの導入の段階で コンサルティにとって重要なこと

- ▶ 自分の状況を理解し、一緒に解決に向かってくれる態度
- ▶ 落ち着いて、自分のもっている能力を発揮できるような環境

コンサルティの話の傾聴 共感

共感とは

- ▶ 相手が主体となり問題解決するよう支援する場でのコミュニケーション
- ▶ 相手の立場にたって話を聞くこと
- ▶ 相手のものの見方、感じ方で、相手が今ここで感じている世界を、あなたかも自分自身で感じているように、今ここで感じていること

共感するためには

- ▶ 相手と全く同じようには感じられないことは当然。自分との違いを理解し、相手を尊重する
- ▶ 相手を知ろうと思い、相手のものの見方や考え方を想像する
- ▶ 相手の今までの体験を追体験する
- ▶ 相手が今、体験している世界を想像する

共感できない場合もある・・・

自己一致(Rogers,C)が大事

関係のなかで、自由にかつ深く自己自身であり、彼の現実の体験がその自己意識によって正確に表現されるという意味であり、それは意識的にせよ、無意識的にせよ、表面的なものだけを表現することの反対なのである。(中略)自己のありままであるならば、それで十分なのである。

文献18)、第6章、P123、

共感できていない自分に気づき、共感できていないことを相手が傷つかないように伝える

態度と話していることがズレていると・・・

- ▶ ちょっとした違和感
- ▶ 我慢していると、段々、聴いているのがつらくなる
- ▶ さらに我慢していると怒りの感情

- ▶ ずれると相手に伝わる
- ▶ 「口だけでわかってもらえていない・・・」

共感的態度から段々と離れてしまう・・・

**共感できない、あるいは
言いにくいことを伝える際の
感情のコントロールが重要！**

コンサルテーションの 問題解決過程で重要なこと

- ▶ 問題状況の分析・明確化
事実を明確にする質問を繰り返し
多角的に状況をみていく
患者・家族の問題は何か
コンサルティの抱える本当の問題は何か
- ▶ 明らかになった問題を共有する
- ▶ コンサルテーションで解決する目標(何をどこまでやっていくか)を共有する

必ず言葉で共有する。同じ言葉を使っている時にも意味が違うことも。要確認。

相談者として コンサルテーションを活かす

- ▶ コンサルテーションを通して教育支援を受ける
- ▶ コンサルテーションできる能力を向上させる
- ▶ ハードルの高い実践をコンサルテーションで後押ししてもらう
 - 多職種連携
 - 倫理調整が必要な事例
 - はじめて遭遇する事例

コンサルティに求められる能力と姿勢

文献19) 野末聖香 2004

- ①コンサルティが主役であるという理解
- ②その問題について、コンサルテーションを活用することの有効性を判断できること
- ③問題を要約し、適切に述べられること
- ④コンサルタンの助言のなかから適切なものを選択できること
- ⑤助言を実行できる能力
- ⑥コンサルタントに依存的になりすぎないこと

相談を受けるエキスパートとして コンサルテーションを活かす

- ▶ 多様な役割の一つとしてコンサルテーションを選択、判断する
- ▶ コンサルテーションを活用したネットワークの構築

コンサルテーションが最も適しているかの判断

- ▶ コンサルティが解決する必要のある問題の緊急性、コンサルタンの専門性の範囲、責任の範囲等の判断
- ▶ そのための情報収集: 内容、範囲
- ▶ コンサルタントとコンサルティの関係性の影響についての判断



**コンサルテーションあるいは、
それ以外の役割機能発揮
その見極めには高度な判断が必要**

＜例＞

- ▶ 短時間で高度なアセスメントと直接ケアを必要とする事例のコンサルテーション
コンサルティの思いを確認した上で
ケアを必要とする患者・家族のアセスメント
ケアの優先順位
CNSとして直接ケアがベストな支援と選択
振り返りをする事でスタッフへの支援
今後、組織全体で必要な事柄を確認
時代・組織の変化について分析

他のCNSの役割との関係を構造化する

- ▶ 長期的なコンサルテーション
「長期的にはコンサルティ自身が問題解決できるように支援している過程がある。意識的には行なっていなかったが……」
CNSとしての直接ケア、教育、指導などのアプローチもあわせることで、コンサルテーションが効果的となる
→途中から、あらためて、コンサルテーションとして取組んでみることも可能

組織におけるコンサルテーションの展開 : 自分のポジションを活かす、つくる

- ▶ 「主任とスタッフの間柄でコンサルテーションができるのか？その関係性で必要なことは？」信頼してもらえる関係性があることを活かす
- ▶ コンサルティに「コンサルテーション」であることを意識してもらうよう働きかける→コンサルティのコンサルテーション能力を上げる
- ▶ 変革を起こす場合、外部コンサルタントには限界がある場合もある。内部者の利点を活かす

CNSのコンサルテーションの 目的・OUTCOMESとは？

- * 現在のコンサルティの問題解決
- * その後のコンサルティ自身の問題解決能力の向上
- * 問題解決を通じた患者・家族へのケアの質の向上
- * 組織的なケアの質の向上
- * 組織分析・組織理解の深まり
- * 変革の時代における組織の変化への準備
- * 組織の学習・教育システム体制の整備
- * CNS自身の能力向上



組織に関する諸理論の必要性

- ▶ 自組織の状況を分析する
変革期であるか、安定期であるか
現在、必要なことは何か
- ▶ コンサルティの状況に影響を与えている組織状況・人間関係を分析する
- ▶ CNSとして組織へ貢献できることは何かを分析する

看護管理者として コンサルテーションを活かす

- ▶ 看護管理者自身を楽にするためのコンサルテーション
- ▶ コンサルテーション事例の集積による組織分析

コンサルテーションを通しての 組織分析

- ▶ ケアの対象者の変化は？
 - ▶ あらたなケアニーズは？
 - ▶ 多職種連携の課題とは？
 - ▶ ケアサービス提供体制の課題とは？
 - ▶ 看護職、組織の職員に必要な自己研鑽やサポート支援とは？
 - ▶ 看護職、組織の職員が活用できる資源は？
- ⇒ 自組織の
看護の質の向上に何が必要であるか分析

組織の変化の準備への コンサルテーション

- ▶ 地域包括ケアが推進されていく5年、10年後の変化は？
- ▶ その時に必要となるあらたなケアは？
- ▶ 多職種連携の課題とは？
- ▶ 看護職、組織の職員に必要な能力とは？
- ▶ 必要な次世代育成とは？

⇒ 意識的に問題解決に取り組んでもらい、
それをサポートする機会にする

引用・参考文献

- 1) Lippitt G, Lippitt K(1986): The Consulting Process in Action. A.Joolia, CA University Association, California.
- 2) Barron A.M, White P.(2009): Chapter7 Consultation, Advanced Nursing Practice 4ed, W.B.SAUNDERS COMPANY
- 3) Schein EH, 稲葉元吉, 尾川丈一訳(1999): プロセス・コンサルテーション-援助関係を築くこと, 白桃書房
- 4) 若狭紅子: コンサルテーション, 坂田三允総編集(2006): 精神看護エクスペリエンス16 リエゾン精神看護, 中山書店, p119-144.
- 5) バトリシア R.アンダーウッド(1995): コンサルテーションの概要, インターナショナルナースingleレビュー, 18(5).
- 6) 柴田秀子, 島田陽子, 吉田智美ほか(1995): コンサルタント-コンサルテーションについての文献検討, インターナショナルナースingleレビュー, 18(5), p38-43.
- 7) バトリシア R.アンダーウッド(1997): 組織変化促進者としてのコンサルタント, インターナショナルナースingleレビュー, 20(2).
- 8) ロジャース, C.: サイコセラピーの過程, 岩崎学術出版社.
- 9) 佐藤直子(1999): 専門看護師制度 理論と実際, 95-98, 医学書院
- 10) 桑田耕太郎, 田尾雅夫著(1998): 組織論, 有斐閣アルマ
- 11) 田尾雅夫(1999): 組織の心理学[新版], 有斐閣ブックス

引用・参考文献

- 12) 井部俊子, 勝原裕美子編(2004): 看護管理学学習テキスト② 看護組織論, 日本看護協会出版会
- 13) エドガー H. シャイン著, 二村敏子他訳(1991): キャリア・ダイナミクス, 白桃書房
- 14) ステファン P.ロビンズ著, 高木晴夫監訳(1997): 組織行動のマネジメント, ダイヤモンド社
- 15) 佐藤郁哉, 山田真茂留著(2004): 制度と文化 組織を動かす見えない力, 日本経済新聞出版社
- 16) 梶原豊, 大矢息生, 服部治編(2001): 情報社会の人と労働, 学文社
- 17) 諏訪茂樹: 対人援助とコミュニケーション, 中央法規, 2001
- 18) ロジャース, C.: サイコセラピーの過程, 岩崎学術出版社
- 19) 野末聖香他: 精神看護専門看護師によるコンサルテーションの効果, 看護, 56(3), 70-75, 2004
- 20) 久保田加代子: リエゾナーと看護管理者との共働, 看護管理, 2(4), 208-215, 1992
- 21) 小代聖香: リエゾナーをコンサルタントとして活用する方法, 看護管理, 2(4), 216-221, 1992

引用・参考文献

- ▶ 内閣府: 平成27年度版高齢社会白書
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html(アクセス日 2015.12.10)
- ▶ 厚労省: 中医協検討会資料 医療提供体制について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>(アクセス日 2015.12.10)
- ▶ 厚労省: 地域包括ケアシステム.
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hu_kushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/(アクセス日 2015.12.10)

富山大学看護学会会則

第1章 総 則

第1条 本会は富山大学看護学会と称する。

第2条 本会の事務局を富山市杉谷 2630 富山大学医学部看護学科内におく。

第2章 目的および事業

第3条 本会は看護の研究を推進し、知見の交流ならびに相互の理解を深めることを目的とする。

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

- 1) 学術集会の開催
- 2) 会誌の発行
- 3) その他本会の目的達成に必要な事業

第3章 会 員

第5条 本会は本会の目的達成に協力する者をもって構成し、一般会員、学生会員、名誉会員、功労会員、および賛助会員よりなる。

第6条 本会の会員は次のとおりとする。

- 1) 一般会員、学生会員は本会の趣旨に賛同し、細則に定める年会費を納める者
- 2) 名誉会員は本会の発展に寄与した年齢 65 歳以上で、原則としてつぎのいずれかに該当する会員の中から、現職の学会長が推薦し、評議員会および総会で承認された者
 - (1) 本会の学会長、または学術集会長を経験した者
 - (2) 国際的な貢献を行い、これに対する表彰・栄誉を与えられた者
- 3) 功労会員は年齢 65 歳以上で、原則として次のいずれかに該当するものの中から、評議員会が推薦し、総会で承認された者
 - (1) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を准教授（または助教授）以上で退官し、退官後に細則に定める看護学研究等に多大な貢献をした者
 - (2) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を経験し、65 歳に達するまで本会の一般会員を継続した者
- 4) 賛助会員は細則に定める寄付行為により本会の活動を支援する個人または団体で、総会で承認された者

第7条 本会に入会を希望する者は、所定の用紙に氏名、住所等を明記し、会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。会費は細則によりこれを定める。

第8条 会員の年会費は事業年度内に納入しなければならない。毎年度、会費納入時に会員の継続または退会の意志を確認する。原則として、3年間に亘って意志表明がなく会費未納であった場合、自動的に会員としての資格を喪失する。

第9条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

- 1) 本人により退会の申し出があったとき、これを認める。
- 2) 死亡したとき
- 3) 会費を滞納し、第8条に相当したとき
- 4) 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反する行為のあったとき

第4章 役員

- 第10条 本会は次の役員をおく。
会長（1名）、理事（若干名）、監事、評議員
- 第11条 会長は総会の賛同を得て決定する。年次総会の会頭は会長がつとめる。
- 第12条 理事および監事は会長が委嘱する。
- 第13条 評議員は評議員会を組織し、重要会務につき審議する。
- 第14条 理事は会長を補佐し庶務、会計、会誌の編集等の会務を執行する。理事長は会長が兼務するものとする。
- 第15条 監事は会計を監査し、その結果を評議員会ならびに総会に報告する。
- 第16条 役員任期は2年とする。

第5章 総会および評議員会

- 第17条 総会は毎年1回これを開く。
- 第18条 臨時の総会、評議委員会は会長の発議があった時これを開く。

第6章 会計

- 第19条 本会の事業年度は毎年4月1日より翌年3月31日までとする。
- 第20条 本会の経費は会費、寄付金ならびに印税等をもって充てる。

第7章 その他

- 第21条 本会則の実施に必要な細則を別に定める。
- 第22条 細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる。

- 付則 本会則は、平成9年11月5日から施行する。
- 付則 本会則は、平成12年10月21日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成17年10月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成24年12月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成26年11月22日、一部改正施行する。

細 則

- 6-1 一般会員（大学院生含む）の年会費は3,000円とする。学生会員の年会費は1,000円とする。名誉会員および功労会員の会費は免除する。賛助会員の会費は30,000円以上とし、2年間の会員資格を有効とする。
- 6-2 学生会員は卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。
- 6-3 功労会員3)-(1)の条件における、看護学研究等における多大な貢献とは、退官後に富山大学看護学科の協力研究員として、5年以上の実務的な実績がある者とする。
- 6-4 功労会員3)-(2)の条件における、本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする。
- 8-1 前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない。
- 17-1 総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う。
- 18-1 評議員は現評議員2名の推薦により評議員会で審議し、これをうけて会長が委嘱する。

富山大学看護学会誌投稿規定

1. 掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は投稿時に富山大学看護学会会員であることが必要である（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）。
3. 学会誌の発刊は9月および3月の年2回行う。そのため投稿原稿の締切りは6月および12月末日とする。
4. 投稿から掲載に至る過程：
 - 1) 投稿の際に必要なもの
 - ①初投稿の際
 - ・原稿3部（図表を含む）
 - ・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）
 - ②査読後再投稿の際
 - ・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）
 - ・査読者に対する回答
 - ・校閲された初原稿
 - ③掲載確定後の際（郵送の場合）
 - ・最終原稿1部
 - ・原稿をファイルしたCD-ROMまたはそれに準ずるもの
（投稿者名、使用コンピューター会社名、ワープロソフト名を貼付）
 - 2) 査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる。
 - 3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに、最終的には編集委員会が決定する。
 - 4) 掲載順位、掲載様式など：編集委員会が決定する。
 - 5) 校正：著者校正は1校までとし、その際、印刷上の誤りによるもののみにとどめ、内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。
5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は、ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前、イニシャル、病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では、原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと）、および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く。
6. 掲載料の負担：依頼原稿以外、原則として著者負担（但し、2万円を上限）とする。なお別刷請求著者には別途請求（50部につき5千円）する。

7. 原稿スタイル：

- 1) 原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとする。

上下左右の余白は2 cm以上をとり，下余白中央に頁番号を印字する。

①和文原稿：

- ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ推敲を重ねたものとする。
- ・句読点には，「，」および「. 」を用い，文節のはじめ（含改行後）は，1字あける。
- ・原則として，横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・原著および短報には英文文末要旨を必要とする。
- ・英文文末要旨は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい。

②英文原稿：

- ・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として，12ポイント，ダブルスペースで作成し，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・特に指定のないかぎり，論文タイトル，表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において，最初の文字のみ大文字とする。但し，著者名のうち姓はすべて大文字で記す。
- ・原著および短報には和文文末要旨を必要とする。

- 2) 原稿構成は，表紙，文頭要旨（含キーワード），本文，文末要旨，表，図の順とする。但し，原著・短報以外の原稿（総説等）には要旨（含キーワード）は不要である。頁番号は文頭要旨から文末要旨まで記し，表以下には記さない（従って，表以下は頁数に含まれない）。

- (1) 表紙（第1枚目）の構成：①論文の種類，②表題，③著者名，④著者所属機関名，⑤ランニング・タイトル（和字20文字以内），⑥別刷請求著者名・住所・電話番号・FAX番号，メールアドレス，⑦別刷部数（50部単位）。

表紙（第2枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ，肩文字番号（サイズは9ポイント程度）で区別する。
- ・英文標題は，最初の文字のみ大文字とする。

- (2) 文頭要旨（Abstract）（第3枚目）：本文は和文原稿では400文字，英文原稿では200語以内で記す。本文最後には，1行あけて5語以内のキーワードを付す。各語間は「，」で区切る。英語では，すべて小文字を用いる。

- (3) 本文（第4枚目以降）

- ・原著：はじめに（Introduction），研究対象と方法（Materials and methods），結果（Results），考察（Discussion），結語（Conclusion），謝辞（Acknowledgments），文献（References）の項目順に記す。各項目には番号は付けず，項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：原著に準拠する。
- ・総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し，それ以外の構成は特に問わない。

- (4) 文献：関連あるもののうち，引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載法：右肩に，引用順に番号と右片括弧を付す（字体は9ポイント程度）。同一箇所に複数文献を引用する場合，番号間を「，」で区切り，最後の番号に右片括弧を付す。3つ以上の連続した番号が続く場合，最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。同一文献は一回のみ記載することとし，「前掲～」とは記載しない。

- ・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する。

○著者名は筆頭以下3名以内とし，3名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する。

英文文献では、family name に続き initial をピリオド無しで記載し、最後の著者名の前に and は付けない。

○雑誌の場合

著者名：論文タイトル、雑誌名 巻：初頁 - 終頁、発行年（西暦）の順に記す。

雑誌名の略記法は、和文誌では医学中央雑誌、英文誌では index medicus のそれに準ずる。

例：

- 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子ほか：日常生活行動に関する研究. 看護研究 15 : 59-67, 1962.
- 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC, et al : Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58 : 85-89, 1962.

○単行本の場合

・全引用：著者名：単行本表題（2版以上では版数）、発行所、その所在地、西暦発行年。

・一部引用：著者名：表題（2版以上では版数）、単行本表題、編集者、初頁 - 終頁、発行所、その所在地、西暦発行年。

例：

- 1) 砂原茂一：医者と患者と病院と（第3版）。岩波書店、東京、1993.
- 2) 岩井重富, 矢越美智子：外科領域の消毒。消毒剤（第2版）、高杉益充編, pp76-85, 医薬ジャーナル社、東京、1990.
- 3) Horkenes G, Pattison JR : Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nd ed) , Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989.

○印刷中の論文の場合：これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする。

1) 立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究。富山大学看護学会誌（印刷中）。

- (5) 文末要旨：新たな頁を用い、標題、著者名、所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し、和文原稿では英訳したもの、英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す（特別寄稿および総説には不要である）。なお文末要旨は2部作成し、1部は著者名、所属機関名を除く。

- (6) 表および図（とその説明文）：用紙1枚に1表（または図）程度にとどめる。

和文原稿においては、図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい。

肩文字のサイズは9ポイント程度とする。

・表：表題は、上段に表番号（表1.あるいはTable 1.）に続き記載する。

脚注を必要とする表中記載事項は、その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す。有意差表示は右肩*による。表下欄外の脚注には、表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する。

・図説明文：下段に図番号（図1.またはFig. 1.）に次いで図標題、説明本文を記載する。

写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定する。

- (7) その他の記載法

・学名：イタリック体で記す。

・略語の使用：要旨および本文のそれぞれにおいて、最初の記載箇所においては全記し、続くカッコ内に以後使用する略語を記す。

例：後天性免疫不全症候群（エイズ）、mental health problem（MHP）。

但し、図表中においてはnumberの略字としてのnまたはNは直接使用してよい。

・度量衡・時間表示：国際単位 (kg, g, mg, mm, g/dl) を用い, 温度は摂氏 (°C), 気圧はヘクトパスカル (hpa) 表示とする.

英字時間表示には, sec, min, h をピリオド無しで用いる.

- (8) 記事 (海外活動報告・国際学会報告) は1,200字程度とし, 写真 1 ~ 2 枚をつける. 投稿料・掲載料は不要であり, 掲載の可否は編集委員会が決定する.

「投稿先」

〒 930 - 0194 富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会 八塚美樹 (成人看護学講座) 宛

メールアドレス: ymiki@med.u-toyama.ac.jp

* 封筒に論文在中と朱書し, 郵便書留にて発送のこと

編集後記

学会誌第16巻1号を発行する運びになり、原著2編、短報4編、そして平成27年度の学術集会報告を掲載することができました。そのうち3編は、本学大学院医学薬学教育部博士（前期）課程を修了された方からの投稿でした。予定通り発行できましたことに、会員の皆様および編集委員の方々に感謝申し上げます。

ご多忙の折、昨今は査読をお引きうけいただくことが難しいことも多い中、査読を快諾してくださった方々にも、この紙面をお借りして感謝申し上げます。

どうぞ引き続き、会員の皆様には、本誌への投稿を心よりお待ちしております。

編集委員長 八塚 美樹

平成 28 年度
富山大学看護学会役員一覧

会長 西谷 美幸
庶務 林 佳奈子, 鳴尾 明子
編集 八塚 美樹, 安田 智美, 田中 いずみ
会計 牧野 真弓, 高木 園美
監事 梅村 俊彰, 吉井 美穂

富山大学看護学会誌 第16巻 1号

発行日 2016 (H28) 年 9 月
編集発行 富山大学看護学会
編集委員会
八塚 美樹 (編集委員長)
安田 智美, 田中 いずみ
〒930-0194 富山市杉谷2630
TEL (076) 434-7425
FAX (076) 434-7425
印刷 中央印刷株式会社
〒930-0817 富山市下奥井1-4-5
TEL (076) 432-6572
FAX (076) 432-2329

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL. 16, NO. 1 SEPTEMBER 2016

CONTENTS

〈Original Article〉

- A study of educational effects on daily self-care in patients with hypertension
Keiko TSUBOTA 1
- Main caregivers' feelings of physical burden and worry in providing eating care
– Association with manifestations of eating and swallowing disorders –
Chiaki KAWABE, Mizuho Ii, Takashi Shigeno, Yukiko DOKEN
Toshiaki UMEMURA, Shinobu YOSHII, Mariko NIKURA
Keiko TERANISHI, Yuuchi NARUSE, Tomomi YASUDA 13

〈Short Communication〉

- Dementia image formation process of nurses in dementia nursing practice
Akira MURAKAMI, Hayato HIGA, Izumi TANAKA, Keiko YAMADA 29
- QOL survey of ostomates living in the Hokuriku Region
Mitsuyo CHO, Ryuji ICHINOYAMA, Kenji WAKABAYASHI
Aki SUGIMOTO, Mitsuko IWAKI 41
- Creating a scale to measure compliance among patients with chronic diseases
Takae Yokoyama, Hitomi Fujimoto, Sizuko Takama 51
- Nursing Students' Evaluations of Instruction in Clinical Practicum Team Training
– Comparison of the Early and Late Stages –
Miki KURAYASHIKI 63

〈News from the Nursing Society of University of TOYAMA〉

- Programs of the 16th annual meeting 73