

岩手看護学会誌

巻頭言

忙しさの中で、立ち止まり語り合おう 三浦幸枝 1

研究報告

A市住民の最期の療養場所に関する意向
岩淵光子 工藤朋子 藤村史穂子 三浦まゆみ 3

緩和ケア病棟入院前の終末期がん患者の療養中の思い
白澤美代子 菊池和子 13

看護基礎教育課程における看護学生の手術室看護実習に関する研究の動向と課題
—2000～2015年に発表された国内研究に焦点をあてて—
小澤尚子 25

資料

岩手県立衛生学院（S45.4～H13.3）の足跡 —副学院長に焦点を当てて—
三浦まゆみ 39

自殺予防対策における特定健康診査未受診者への訪問活動から見えた現状
野里夕佳 近藤真理子 工藤希真恵 阿部典子 岩部さち 津田幸奈 47

めんこいセミナー

「臨床における看護研究のコツ その2」 川口孝泰 55

学会記事

会告 岩手看護学会第10回学術集会開催 63

平成28年度第1回岩手看護学会理事会議事録 64

岩手看護学会会則 67

岩手看護学会役員名簿 70

岩手看護学会入会手続きご案内 71

入会申込書 72

岩手看護学会誌投稿規則 73

論文投稿のご案内 78

岩手看護学会誌論文投稿促進講座 XI 79

編集後記 81

第10巻第2号 2016年11月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

訃報のお知らせ

会員各位

本学会理事長および編集委員長を歴任されました
兼松百合子先生（元岩手県立大学名誉教授）が
平成28年6月15日ご逝去されました（享年82歳）。

本学会の設立にご尽力いただくとともに、長年に亘る
ご貢献に心より感謝を申し上げ、謹んでご冥福をお祈り
申し上げます。

平成28年11月

岩手看護学会理事長 福島裕子

巻 頭 言

忙しさの中で、立ち止まり語り合おう

今から13年前、私は実践と実証を基に優れた実践者、研究者を育てる岩手県立大学看護学研究科の学生でした。自分の看護を言語化して他者に伝える難しさの壁にぶつかり、もがいていました。実践でうまくいかなかったことを、研究科の仲間や指導教員とのディスカッションすることでモヤモヤした気持ちが晴れ、看護の奥の深さを実感する日々でした。いざ、研究に取り掛かると患者の感情に気づかず、患者の気持ちを捉えることが出来ませんでした。指導教員の土屋陽子先生に「ここよ。これが患者さんの感情なの」と手取り足取り丁寧な指導を受け、患者の話を聞いているようで聞けていない自分に気づくことが出来ました。このことで私は、目の前にいる患者を人生を背負った存在として認識することができました。研究を通して学んだこと、身についたことが今の私の大きな力となり私を支えています。

しかし、臨床の看護師が、通常の業務を行いながら、仕事の傍らに看護研究をすることは本当に大変なことです。その一つに、忙しさの中で、疑問が意識化されず過ごしてしまう現実があります。しかし、研究の「種」は、臨床の現場の疑問や、臨床の場での多くの語りの中にあります。忙しくても足を止め「なぜどうして」と感じた疑問や「もっと知りたい」と思ったことをスタッフ同士で語り合い研究の種をこぼさず芽をだすことにつなげて頂きたいと思います。

この春に、岩手県立大学名誉教授の兼松百合子先生がご逝去なされました。先生の常に実践にこだわる姿勢には、学ぶところがたくさんありました。先生の残してくれた多くの研究論文が私たちの研究の源となっています。看護学の大家として、多くの学生に大きな影響を与えてくれた先生の岩手における長年の温かいご指導に感謝をささげ、心よりご冥福をお祈り申し上げます。

研究は、ひとつやって終わりではありません。研究を積み重ね、つなげていくことに醍醐味があります。学会誌が、皆様の研究に寄与することを願っております。

平成28年11月

岩手看護学会理事
岩手医科大学附属病院
看護部長 三浦 幸枝

< 研究報告 >

A市住民の最期の療養場所に関する意向

岩渕光子 工藤朋子 藤村史穂子 三浦まゆみ
岩手県立大学看護学部

要旨

人口減少が続き在宅医療に関する資源が少ない地域である A市（人口約 12 万人）の住民の最期の療養場所の意向に関連する要因を、基本属性、在宅医療・介護保険サービスの認知、地域のつながりから明らかにすることを目的に自記式質問紙調査を行った。最期まで自宅療養または自宅療養をして必要であれば入院を考える『自宅群』、病院や施設を考える『自宅以外群』に分け分析した結果、自分の場合では、「3 年以内の死別経験」「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。家族の場合では、「地域住民への信頼」の項目において『自宅群』が、「3 年以内の死別経験」「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。「年代」の項目では自分の場合も家族も場合も年代間の有意差が見られ、『自宅以外群』では 70 歳代の割合が最も高かった。『自宅群』は地域の周りの人を信頼している傾向が見出された。

キーワード：終末期ケア、在宅医療、住民、互助

はじめに

わが国の将来推計人口¹⁾によると、人口は 1 億 2,806 万人（2010 年）から 9,913 万人（2060 年）へと減少し、老年人口の全人口に占める割合は 23.0%（2010 年）から 39.9%（2060 年）に上昇すると推計されている。在宅医療の提供体制では、訪問診療を提供している医療機関は、平成 26 年が全病院 8,493 カ所のうち 2,692 カ所（31.7%）、全診療所 100,461 カ所のうち、20,597 カ所（20.5%）であり、平成 20 年調査より病院では 0.8 ポイント、診療所では 2.3 ポイントの微増となっている^{2) 3)}。高齢者人口の増加、多死時代により現在の医療施設では患者を抱えきれず在宅療養者が増えていくと見込まれているが、地域において訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えない。

「社会保障・税一体改革大綱」（2012 年 2 月 17 日、閣議決定）により、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが明記された。2014 年 6 月に成立した「地域における医療及び介

護の総合的な確保の促進に関する法律」では、「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制を示している。また、少子高齢化や財政状況から「共助」「公助」の大幅な拡充は難しく、「自助」「互助」に果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要とされている⁴⁾。住み慣れた生活の場において安心して自分らしい生活を実現できる社会をつくるためには、住民の意向を踏まえた在宅医療体制の構築、地域包括ケアの推進が求められる。

厚生労働省は 1993（平成 5）年以降、5 年ごとに全国的な意識調査を実施している。平成 5 年以降は「終末期医療に関する国民の意識調査」、平成 15 年以降は「終末期医療に関する調査」、そして平成 25 年には「人生の最終段階における医療に関する意識調査」として実施している⁵⁾。平成 20 年に厚生労働省が実施した「終末期医療に関する調査」⁶⁾（以

下、平成20年全国調査)では、自宅で療養することが実現困難であるとした住民は、自分の場合66.2%、家族の場合58.5%であり、在宅療養を考える国民は多いとは言えない現状がある。また、在宅での実現が困難な理由が家族への負担、急変時の対応への不安となっていることから、在宅医療・介護保険サービスの認知度が高ければ軽減ができると考えられる。

さらに、地域での終末期の住民の意識とソーシャルキャピタルとの関連要因を検討した調査⁷⁾では、住み続けたいという地域への愛着や、人とのつながりが関連している報告がある。これらのことから、住民の最期の療養場所の意向と、在宅医療・介護保険サービスの認知、地域のつながりとは関連があるのではないかと考えた。今後、人口構造や家族構成の変化、住民の在宅療養の実現可能性が低いこと、医療提供体制の課題からも、住み慣れた地域社会の中で地域のつながりも含めたしくみの検討が求められており、本研究はその基礎資料になると考える。

研究目的

住民の最期の療養場所の意向に関連する要因を、基本属性、在宅医療・介護保険サービスの認知、地域のつながりから明らかにすること。

本研究の枠組み及び用語の操作的定義

住民の最期の療養場所の意向は何に関連するのかわ、基本属性、在宅医療・介護保険サービスの認知、地域のつながりからとらえることとした。研究

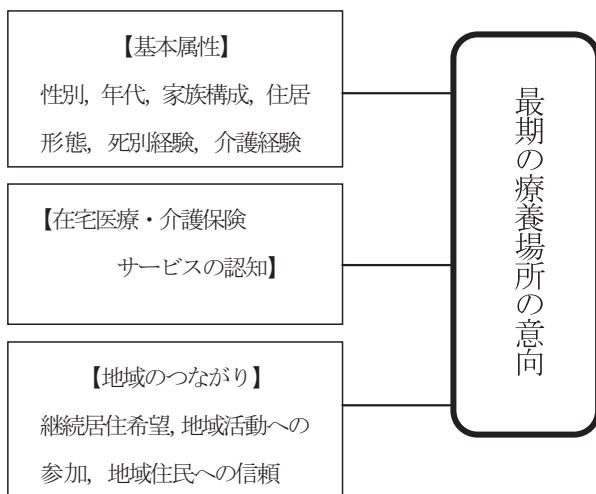


図1. 本研究の枠組み

枠組みは図1に示した。

なお本研究の枠組みで示した用語は以下のように定義した。

最期の療養場所：「(自分または家族が) 治る見込みがなく死期が迫っている(6ヵ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられてから亡くなるまでの期間に療養する場所」とする。

在宅医療・介護保険サービス：在宅療養にかかわる医療サービスとして「訪問診療, 訪問看護」, 介護保険サービスの中でも居宅サービスとして「訪問介護, 訪問入浴介護, 訪問リハビリ, 通所介護, 通所リハビリ, 短期入所生活介護, 短期入所療養介護, 小規模多機能施設」とする。

地域のつながり：地域での絆を示す「近所づきあい, 地域での活動などの人とのかかわりがもたらす周りへの信頼」とする。

研究方法

1. A市の概要及び調査対象

A市は、平成18年に5市町村が合併し、県内陸部に位置し東西に約57km、南北に約37kmの横長の広がりがある市になっている。平成22年国勢調査では人口124,746人、高齢化率28.9%であり、平成12年国勢調査の人口133,056人、高齢化率23.7%と比較すると人口減少、高齢化が進んでいる⁸⁾。市の中心部は交通の利便性がよいが、周辺部は地域全体が豊かな自然に囲まれている。

医療機関⁹⁾は公立・民間合わせて9病院・88診療所(平成26年10月1日現在)が開設され、公立病院3病院が主に急性期医療を担い、その他の6病院にて回復期医療、慢性期医療及び精神医療等を主に担っている。設置主体の内訳は公立4施設(県立2施設, 市立2施設), 民間病院は200床以上3施設(うち1施設は精神科病院), 200床未満2施設となっている。また、診療所88施設のうち、医療計画における在宅医療において積極的役割を担う医療機関は3施設となっている。さらに、医療機関を容易に利用できない住民の医療の確保を目的としたへき地診療所が公立で6施設設置されている。医療機関は合併前の旧5市町村の中で点在しているものの、人口が多く交通の利便性のよい地域に集中している傾向がある。A市と隣接する1町で構成される二次保健医療圏の在宅医療体制¹⁰⁾では、一般診療所における訪問診療の患者数(平成24年4月中)

は78.5人(人口10万対)と、県の190.3人(人口10万対)を下回っており、在宅療養を支援する診療所数は4施設(人口10万対)と、県の6.3施設(人口10万対)を下回っている。

調査対象は、A市の住民台帳から層化抽出法により無作為抽出した40歳以上80歳未満の各年代500人(男女同数)合計2,000人とした。対象者を40代からとした理由は、介護保険制度の第2号被保険者は40歳からであり自分の立場でサービスを利用する可能性があること、親の介護問題が生じる時期でもあり、家族の立場での意向を把握するために必要な年代と考えたからである。

2. 調査期間

2014年10～11月

3. 調査方法

自記式質問紙調査票「在宅医療についての意識調査」を作成し、郵送調査を実施した(3週間留め置き)。住民個々に研究依頼書、調査用紙、返信用の封筒(無記名)を同封し、返信された調査用紙は岩手県立大学で回収した。

4. 調査内容

調査票は、厚生労働省の住民の最期の療養場所の意向と在宅療養の可能性について家族の意向も設問としている平成20年全国調査¹⁾などを参考に独自に作成した質問紙を用いた。調査項目は対象者の基本属性、最期の療養場所の意向、在宅医療・介護保険サービス(居宅サービス)の認知、地域のつながりについてである。なお、最期の療養場所の意向については、自分の場合と家族の場合に分けそれぞれ回答を求めた。

1) 基本属性

基本属性は、個人属性及び生活背景として、性別、年代、家族構成、住居形態、3年以内の死別経験の有無、3年以内の自宅での介護経験の有無について回答を求めた。

2) 最期の療養場所の意向

最期の療養場所の意向は、「なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい、なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい、自宅で療養して必要になればそれまでの医療機関に入院したい、自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい、自宅で最期まで療養したい、専門的医療機関(がんセンターな

ど)で療養したい、老人ホームに入所したい、その他、わからない」の選択肢から回答を求めた。

在宅療養の可能性は、「実現可能である、実現困難である、わからない」での選択回答とした。

3) 在宅医療・介護保険サービスの認知

在宅療養に関わるサービス10項目について、それぞれ「よく知っている、少し知っている、あまり知らない、ほとんど知らない」の4段階で回答を求めた。

4) 地域のつながり

継続居住希望は「これらからも現在の地域に住み続けたいか」の有無、地域活動への参加は「居住地域で行われている活動への参加をしているか」の有無で回答を求めた。具体的な地域活動について、自治会・町内会、祭り・行事、ボランティア活動、サークル・自主サークル、子ども関係、老人クラブの選択肢で回答(複数回答)を求めた。地域住民への信頼は「地域の周りの人を信頼できるか」について、「とても思う、少し思う、あまり思わない、ほとんど思わない」の4段階で回答を求めた。

5. 分析方法

調査項目毎に単純集計を行い、最期の療養場所の意向により「自宅で最期まで療養したい」「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」を『自宅群』、「今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい」「緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい」「専門的医療機関(がんセンターなど)で療養したい」「老人ホームに入所したい」を『自宅以外群』に分類した。また、在宅医療・介護保険サービスの認知と地域住民への信頼は、肯定的回答と否定的回答の2群に分類した。そして、最期の療養場所の意向と基本属性、在宅医療・介護保険サービスの認知、地域のつながりとの関連性をカイ二乗検定により検討した。解析はIBM SPSS 19.0を用い、有意水準5%とした。

6. 倫理的配慮

所属の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、文書で調査の趣旨、調査協力は自由意思であり拒否しても不利益を生じないこと、プライバシーの保護、調査結果の公表について説明し、調査票の返送により同意を得たものとした。

結果

868部回収し(回収率43.4%)、性別・年代が記載された819部を分析対象とした(有効回答率41.0%)。

1. 回答者の属性

男性376人(45.9%)、女性443人(54.1%)、年代別は70代237人(28.9%)と最も多く、次いで60代228人(27.8%)であり、50代209人(25.5%)、40代145人(17.7%)の順であった。

家族構成は、二世帯世帯348人(42.5%)と最も多く、次いで夫婦のみ世帯197人(24.1%)であり、三世帯世帯162人(19.8%)、一人暮らし56人(6.8%)、その他34人(4.2%)、無回答22名(2.7%)であった。その他は四世代、きょうだいとの同居等であった。

住居形態は、「持ち家」754人(92.1%)、「賃貸住宅」58人(7.1%)、無回答7人(0.9%)であった。3年以内の死別経験は、「あり」が494人(60.3%)、「なし」が306人(37.4%)、無回答19人(2.3%)であった。3年以内の自宅での介護経験は、「あり」が175人(21.4%)、「なし」が631人(77.0%)、無回答13人(1.6%)であった。

2. 在宅医療・介護保険サービスの認知

在宅医療・介護保険サービス(居宅サービス)10項目について、知っている(「よく知っている」「少し知っている」と回答)サービスは、「通所介護」695人(84.9%)と最も多く、次いで「訪問入浴介護」676人(82.5%)、「訪問介護」658人(80.3%)の順であった。また、知っている割合が低かったサービスは「訪問リハビリテーション」299人(36.5%)であり、次いで「訪問看護」315人(38.5%)、「訪問診療」は340人(41.5%)であった。

3. 最期の療養場所の意向

自分の場合は「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が189人(23.1%)と最も高く、次いで「なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい」が181人(22.1%)、「自宅で療養して必要になればそれまでの医療機関に入院したい」が174人(21.2%)と続いた。

家族の場合は「なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい」が180人(22.0%)と最も高く、次

いで「自宅で療養して必要になればそれまでの医療機関に入院したい」が163人(19.9%)、「なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい」が151人(18.4%)であった。

自宅療養の「自宅で最期まで療養したい」は、自分の場合は33人(4.0%)、家族の場合は52人(6.3%)であった。これに、「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」「自宅で療養して必要になればそれまでの医療機関に入院したい」と必要であれば入院を考えている人を合わせた『自宅群』の割合は、自分の場合415人(50.6%)、家族の場合341人(41.6%)であった。

自宅療養の可能性について、自宅での療養が「実現困難である」は、自分の場合591人(72.2%)、家族の場合571人(69.7%)であった。「困難である」と回答した理由について、最も多い項目は「介護してくれる家族に負担がかかる」で、自分の場合431人(73.1%)、家族の場合342人(59.9%)であり、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」で、自分の場合297人(50.3%)、家族の場合331人(58.0%)であった。続いて「症状が悪くなったときに、すぐ病院に入院できるか不安である」で、自分の場合204人(34.6%)、家族の場合235人(41.2%)であり、自分の場合も家族の場合も順位は同じであった。

4. 地域のつながり

現在の地域に住み続けたい希望は、「あり」725人(88.5%)と多くを占めた。

居住地域で行われている活動への参加は、「している」567人(69.2%)であり、その内容(複数回答)は、「自治会・町内会」が448人(79.0%)と最も多く、次いで「祭り・行事」が403人(71.1%)と多くを占めた。そして、地域住民への信頼は、「とても思う」「少し思う」と肯定的回答が645人(78.8%)と多くを占めていた。

5. 最期の療養場所の意向『自宅群』『自宅以外群』と各項目との関連

1) 最期の療養場所の意向と基本属性

結果を表1に示す。最期の療養場所の意向を『自宅群』『自宅以外群』に分けて比較してみると、自分の場合、「年代」「3年以内の死別経験」の項目において、また家族の場合も同様に「年代」「3年以内の死別経験」の項目において有意な差がみられた。『自宅以外群』の「年代」別割

合の結果をみると年代が上がると増えていき、70代の割合が最も高くなっていた。「3年以内の死別経験」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。性別、家族構成、住居形態、3年以内の自宅での介護経験においては、有意な差は認められなかった。

2) 最期の療養場所の意向と在宅医療・介護保険サービスの認知

結果を表2に示す。自分の場合では、「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。家族の場合でも同様に、「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。他の9項目のサービスにおいては、有意な差は認められなかった。

3) 最期の療養場所の意向と地域のつながり

結果を表3に示す。自分の場合では継続居住希望、地域活動への参加、地域住民への信頼において有意な差は認められなかった。家族の場合で

は、「地域住民への信頼」の項目において『自宅群』が有意に高く、継続居住希望、地域活動への参加においては、有意な差は認められなかった。

考察

1. 対象者の特性

最期の療養場所の意向について、自宅と必要があれば入院を考える住民を合わせると自分の場合50.6%、家族の場合41.6%であり、平成20年全国調査¹²⁾の、自分の場合63.3%、家族の場合52.4%と比較すると低くなっていた。また、自宅で療養することが実現困難であるとした住民は、自分の場合は72.2%、家族の場合は69.7%であり、平成20年全国調査では、自分の場合66.2%、家族の場合58.5%であり比較すると高くなっていた。全国調査は20歳以上の国民を対象としており、年齢構成の幅が広がっているが、本研究では40歳以上を対象としている。全国調査では20~30代が25%、40~50代が36%、60代以上が38%であるのに対し

表1. 自分の場合と家族の場合における『自宅群』『自宅以外群』と基本属性との関連

	自分の場合 (n=731)					家族の場合 (n=713)						
	有効回答数	自宅群 (n=415)		自宅以外群 (n=316)		P値	有効回答数	自宅群 (n=341)		自宅以外群 (n=372)		P値
		n	%	n	%			n	%	n	%	
性別	731				0.498	713					0.140	
男性		193	46.5	139	44.0		148	43.4	182	48.9		
女性		222	53.5	177	56.0		193	56.6	190	51.1		
年代	731				0.000 **	713					0.000 **	
40代		91	21.9	38	12.0		71	20.8	50	13.4		
50代		121	29.2	72	22.8		104	30.5	86	23.1		
60代		122	29.4	86	27.2		94	27.6	109	29.3		
70代		81	19.5	120	38.0		72	21.1	127	34.1		
家族構成	711				0.069	697					0.052	
一人暮らし		21	5.2	23	7.5		13	3.9	26	7.1		
夫婦世帯		86	21.3	84	27.3		75	22.6	96	26.3		
二世帯世帯		185	45.9	132	42.9		150	45.2	157	43.0		
三世帯		97	24.1	54	17.5		83	25.0	67	18.4		
その他		14	3.5	15	4.9		11	3.3	19	5.2		
住居形態	727				0.728	710					0.772	
持ち家		384	93.0	294	93.6		318	93.5	348	94.1		
賃貸住宅		29	7.0	20	6.4		22	6.5	22	5.9		
3年以内の死別経験	714				0.031 *	700					0.031 *	
あり		237	58.1	202	66.0		192	57.1	237	65.1		
なし		171	41.9	104	34.0		144	42.9	127	34.9		
3年以内の介護経験	719				0.151	703					0.171	
あり		80	19.5	74	23.9		67	19.8	88	24.1		
なし		330	80.5	235	76.1		271	80.2	277	75.9		

* p<.05 ** p<.001

表 2. 自分の場合と家族の場合における『自宅群』『自宅以外群』と在宅医療・介護保険サービスの認知との関連

	自分の場合 (n=731)					家族の場合 (n=713)						
	有効回答数	自宅群 (n=415)		自宅以外群 (n=316)		P値	有効回答数	自宅群 (n=341)		自宅以外群 (n=372)		P値
		n	%	n	%			n	%	n	%	
訪問診療	728					0.159	710					0.998
		166	40.2	143	45.4			147	43.2	160	43.2	
		247	59.8	172	54.6			193	56.8	210	56.8	
訪問看護	730					0.508	712					0.885
		156	37.6	126	40.0			136	39.9	146	39.4	
		259	62.4	189	60.0			205	60.1	225	60.6	
訪問介護	723					0.358	704					0.063
		331	80.7	261	83.4			271	80.7	316	85.9	
		79	19.3	52	16.6			65	19.3	52	14.1	
訪問入浴介護	725					0.987	707					0.231
		347	84.0	262	84.0			284	83.8	320	87.0	
		66	16.0	50	16.0			55	16.2	48	13.0	
訪問リハビリ	719					0.524	700					0.678
		151	36.8	121	39.2			129	38.5	135	37.0	
		259	63.2	188	60.8			206	61.5	230	63.0	
通所介護	723					0.896	704					0.704
		357	86.4	269	86.8			296	87.6	317	86.6	
		56	13.6	41	13.2			42	12.4	49	13.4	
通所リハビリ	717					0.728	698					0.701
		281	69.2	219	70.4			231	69.8	261	71.1	
		125	30.8	92	29.6			100	30.2	106	28.9	
短期入所生活介護	723					0.463	703					0.531
		278	67.6	219	70.2			227	67.6	256	69.8	
		133	32.4	93	29.8			109	32.4	111	30.2	
短期入所療養介護	721					0.513	701					0.212
		189	46.1	151	48.6			149	44.7	182	49.5	
		221	53.9	160	51.4			184	55.3	186	50.5	
小規模多機能施設	722					0.035 *	702					0.016 *
		227	55.1	195	62.9			184	54.8	233	63.7	
		185	44.9	115	37.1			152	45.2	133	36.3	

* p<0.05

表 3. 自分の場合と家族の場合における『自宅群』『自宅以外群』と地域のつながりとの関連

	自分の場合 (n=731)					家族の場合 (n=713)						
	有効回答数	自宅群 (n=415)		自宅以外群 (n=316)		P値	有効回答数	自宅群 (n=341)		自宅以外群 (n=372)		P値
		n	%	n	%			n	%	n	%	
継続居住希望	713					0.296	695					0.085
		368	90.6	285	92.8			311	93.7	327	90.1	
		38	9.4	22	7.2			21	6.3	36	9.9	
地域活動への参加	709					0.083	692					0.603
		284	70.1	231	76.0			239	72.2	267	74.0	
		121	29.9	73	24.0			92	27.8	94	26.0	
地域住民への信頼	716					0.909	696					0.024 *
		334	82.3	254	81.9			285	85.3	285	78.7	
		72	17.7	56	18.1			49	14.7	77	21.3	

* p<0.05

て、本調査では、40～50代が43.2%、60～70代が56.8%の構成割合になっており、60代以上の占める割合が高くなっている。年代別では年代を重ねると自宅以外を考えている今回の結果からも対象の年齢も結果に影響していると推察された。

また、自宅での実現が困難である理由が家族への負担、急変時の対応への不安であったことは全国と同じ状況であった。ルーラルエリアにおける療養場所について自宅療養の希望が少ない報告¹³⁾もあることから、人口減少が続く地域では少子高齢化によ

る家族の介護力の低下が予想されることから、より現実的に最期の療養場所を捉えて自宅と考える人は少ないと推察する。

今回の対象者は家族との同居が9割を越え、また持ち家が9割を占め、9割は現在の地域に住み続けたいと考えている定住者である。生活の基盤としての住まいが確保されており、7割は地域の活動に参加し、地域住民への信頼があったことからある程度、地域の中で人とのつながりをもっているといえる。

2. 自宅での療養を支えるサービスの認知

在宅医療と介護保険サービス（居宅サービス）の認知は、通所介護、訪問入浴介護、訪問介護の順で高く、これらの生活を支えるサービスは利用頻度も多いことから普段の生活で情報を得る機会があったと考えられる。訪問診療、訪問看護の在宅医療サービスについて、在宅医療を支える各職種の認知度で「医師の訪問診療・往診等」は82.4%、「訪問看護ステーションや医療機関の訪問看護」は68.3%であった報告¹⁴⁾や、「さまざまな病気にかかられた方が、自宅において医師の往診や治療、訪問看護などの医療サービスを受けながら療養生活を送ること」を在宅医療として質問したところその認知は69.8%、訪問看護サービスは60.2%であった報告¹⁵⁾がある。今回、訪問診療、訪問看護のサービスは約4割と知られていない現状であった。A市は人口規模の割合からみると、県と比較しても在宅医療に関する資源が少ないことも影響していると考えられる。

3. 最期の療養場所の意向に関連する要因

最期の療養場所の意向について『自宅群』『自宅以外群』による特徴を検討した。

今回3年以内の身近な時期に死別経験がある人が、自宅以外を考えていた。また、年代を重ねると自宅以外を考える人が増えてきている結果からも、身近に触れることで現実的な課題となり考える機会となっていることが推測された。

また、今回小規模多機能施設について「住み慣れた地域でデイサービスや共同生活などを行う施設」として回答を求めたところ、「知っている」との回答者が自宅以外を考える人が多かった。これは他の居宅サービスとは違い、共同生活を行う施設として認知されたことによる結果で、住み慣れた地域で自宅のみでなく施設と行き来しながら生活を送ることができる施設として機能することが期待されていることが示唆されたが、さらなる詳細な調査が必要と考える。最期の療養場所を病院とする選択の背景には、医療専門職の存在による安心感と自宅療養における医療不安と介護負担感が指摘されている¹⁶⁾。また、高齢者が望む終末期は単に病院、自宅という“場”ではなく、必要な医療や社会資源の活用や、家族や友人、地域社会、医療福祉関係者との気兼ねない交流であると報告されている¹⁷⁾。隣人や友人がいる慣れ親しんだ場に住み、必要なときに医療介護のサービスを受け、不安を軽減できる小規模多機能

施設のような所が望まれていくと考えられる。

そして家族の場合のみではあるが、地域住民への信頼をもっていることに肯定的な回答者は自宅での療養を考えていた。自宅療養の家族の負担や急変時の対応への不安など抱えてはいるが、家族の場合のみの回答となったのは、家族が療養する時にその介護は自分がすることを想定して、自分の住む周りに信頼が持てる人がいることで自宅での介護がしやすいと考えていることが伺えた。

4. 地域での終末期ケアを推進するための方略

要介護高齢者の家族や医療者の認識として在宅療養に対する否定的な印象を持つことが多いことが予想されるため、費用なども含め具体的な内容を知る機会を持つことが必要¹⁸⁾とあるように、一般住民への在宅医療に対する印象を向上させる普及啓発が必要である。在宅医療を考える時期にも現実的に考える高齢者、親の介護を考えるようになる40代以降、孫世代の20~30代など、世代の幅がある。高齢化が進む中で少ない在宅医療の資源を守っていくためには幅広い世代の住民の理解を得ていく必要があると考える。

在宅療養に携わる関係機関による在宅医療や介護保険に関する勉強会のみならず、住民の力を借りて自宅で介護体験をした介護者から体験談を聞く機会などを設けることで、地域での看取りへの関心を高め、協力してできることを考えるきっかけになると予想される。そして、その場は小さなコミュニティ単位で持つことで、住民の自助・互助の力を引き出し隣住民の声かけや見守りなどインフォーマルな支援を強化した地域の構築につながると考えられる。また、看取りを切り口とした地域の再構築が重要と指摘されている¹⁹⁾ことから、このつながりを活かした取り組みで在宅療養を支えていけるのではないかと考える。

5. 本研究の意義と限界

施設の充実、地域の連携システムの確立など専門職側からみた地域包括ケアシステムの推進が議論されがちだが、そのサービスを受ける住民の立場からみて療養場所の意向の特徴を見出したことには意義がある。しかし、今回の調査では最期の療養場所の意向について、状態像を「自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヵ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合」のひとつの状態について質問しており、細かい状態での把握ではな

いため回答者によってその受け取り方が異なり結果に影響した可能性がある。厚生労働省は平成25年調査において「人生最終段階における医療」へと名称変更をしている。これは平成24年に成立した社会制度改革推進法による改革を参考に變更しており、今後、医療行為のみに注目するのではなく、最期まで尊厳を尊重した生き方に着目し幅広く医療及びケアの提供について検討していくことを重点におくこととしている²⁰⁾。本人・家族が自分の人生の最終段階に向き合い生き方を考えていくことができるように、継続的に調査を実施して意向を把握し、それに応じたケアを考えていくことが今後必要である。

結論

A市住民の最期の療養場所について意向を調査した結果、以下の知見を得た。

1. 最期の自宅療養の考え（最期まで、必要になれば入院）は、自分の場合（50.6%）家族の場合（41.6%）ともに先行の全国調査の割合より低かった。
2. 家族の負担と療養体制の不安から、「自宅療養は実現困難である」は、自分の場合（72.2%）、家族の場合（69.7%）ともに先行の全国調査の割合より高かった。
3. 最期の療養場所の『自宅群』『自宅以外群』と基本属性の関連では、自分の場合では、「3年以内の死別経験」「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。家族の場合では、「地域住民への信頼」の項目では『自宅群』が有意に高く、「3年以内の死別経験」「小規模多機能施設の認知」の項目において『自宅以外群』の方が有意に高かった。「年代」の項目では自分の場合も家族も場合も年代間の有意差が見られ、自宅以外群では70歳代の割合が最も高かった。
4. 在宅医療・介護保険サービスの中でも訪問診療（41.6%）訪問看護（38.5%）の認知度は低かった。
5. 在宅療養を支えていくには、住民の意向を理解して在宅医療に関する認識をあげるために住民と共に考える機会を持つことが重要と考える。

謝辞

本調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。なお、この調査は平成26年度地域協働研究：地域提案型（岩手県立大学学術研究費の一部）の助成を受け実施し、本稿は、第8回岩手看護学会学術集会で発表したものに加筆修正したものである。

引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：国立社会保障・人口問題研究所；2012年1月30日。
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/point.pdf>
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成26年（2014）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況：厚生労働省；2015年11月19日。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/index.html>
- 3) 厚生労働省医政局指導課. 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について：厚生労働省；2012年3月30日。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/iryoyou_keikaku/dl/tsuuchi_iryoyou_taisei1.pdf
- 4) 地域包括ケア研究会. 地域包括ケアシステム構築における「今後の検討のための論点整理」：「地域包括ケア研究会報告書」概要版；2013年4月30日。
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423
- 5) 終末期医療のあり方に関する意識調査等検討会. 終末期医療のあり方に関する意識調査等検討会報告書及び人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書の公表について：終末期医療のあり方に関する意識調査等検討会報告書：厚生労働省；2014年4月2日。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/saisyu_iryoyou/dl/saisyu_iryoyou08.pdf
- 6) 終末期医療のあり方に関する懇談会. 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書のとりまとめについて「終末期医療に関する調査」結果について：厚生労働省；2010年12月17日。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf>

- 7) 島田美喜. 地域での終末期の住民意識とソーシャルキャピタルとの関連要因の検討. 月刊地域医学 2014 ; 28 (3) : 220-226.
- 8) 奥州市政策企画課. 27年版奥州市統計書 : 奥州市 ; 2016年3月29日.
<http://www.city.oshu.iwate.jp/view.rbz?nd=403&ik=1&pnp=133&pnp=403&cd=6276>
- 9) 奥州市. 奥州市立病院・診療所改革プラン【改訂版】 : 奥州市 ; 2016年4月18日.
<http://www.city.oshu.iwate.jp/download.rbz?cmd=50&cd=6335&tg=6&inline=1>
- 10) 岩手県. 岩手県保健医療計画 : 岩手県 ; 2014年10月20日.
http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/002/229/iryo_plan_2013_2017.pdf
- 11) 前掲書 6)
- 12) 前掲書 6)
- 13) 浅見洋, 中村順子, 伊藤智子, 諸岡了介, 彦聖美, 他. 現代日本のルーラルエリアにおける終末期療養希望場所について—石川・島根・秋田での横断的意識調査の結果—. 石川看護雑誌 2014; 11 : 29-40.
- 14) 薩摩郡医師会. 薩摩郡医師会からのお知らせ : 在宅医療に関する住民アンケート結果 : 薩摩郡医師会 ; 2015年5月1日.
<http://www.satsuma-mah.or.jp/data/wp-content/uploads/2015/05/enquete201505.pdf>
- 15) 新潟市. 「在宅医療に関するアンケート調査」報告書 : 「在宅医療に関するアンケート調査」結果について : 新潟市 ; 2012年6月1日.
http://www.city.niigata.lg.jp/iryo/iryo/zaitakuiryo/zaitakuiryo_tyosa.files/tyosa_all.pdf
- 16) 前掲書 13)
- 17) 増島麻理子. 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア. 長江弘子. 東京. : 日本看護協会出版会 ; 2014. 78-84.
- 18) 叶谷由佳. 在宅高齢者の看取りにおける家族支援の重要性. 公衆衛生 2012 ; 76 (7) : 523-527.
- 19) 前掲書 7)
- 20) 前掲書 5)

(2016年3月17日受付, 2016年6月6日受理)

<Research Report>

Preference for End-of-Life Care Setting among a City's Residents

Mitsuko Iwabuchi , Tomoko Kudo , Shihoko Fujimura , Mayumi Miura
Faculty of Nursing Iwate Prefectural University

Keywords: end-of-life care, home medical care, residents, informal support

< 研究報告 >

緩和ケア病棟入院前の終末期がん患者の療養中の思い

白澤美代子¹⁾ 菊池和子²⁾

1) 孝仁病院 2) 岩手県立大学看護学部

要旨

緩和ケア病棟入院が選択肢にあがってからの療養中の思いを明らかにすることを目的とした。緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者6名を対象に半構成面接を行い、データを質的帰納的に分析した。その結果、【治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ】【最期を生きる望みをもつ】【覚悟の上の諦めと寂しさ】【選択を迫られる驚きと哀しみ】【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】【身体的な苦痛と辛さをとってほしい】【緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい】【緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ】【道筋立ててくれた医師に感謝する】【最期は天命に任せて諦める】の11カテゴリーが抽出された。看護師は、終末期がん患者がどのような思いを抱きながら緩和ケア病棟への入院を選択したのかに関心を持ち、一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師の、各々に求められている役割を果たし、連携・協働しながら看護支援していくことが示唆された。

キーワード：緩和ケア病棟選択，終末期がん患者，思い

はじめに

わが国では、がんの死亡率増加に伴い、がん医療に対する国民の関心が高まっている。「がん対策推進基本計画」の中には、患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅療養などさまざまな場面において切れ目なく提供される体制の構築が必要であり、がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要である¹⁾と示されている。しかし、約62%の看護師は患者が十分な説明を受けずに緩和ケア病棟へ入院となり、約37%の看護師は家族が十分な説明を受けずに緩和ケア病棟へ入院になったと認識している²⁾ことが報告されている。

また、一般市民85%が緩和ケアについての内容が十分わからず、緩和ケア病棟や在宅における緩和ケアへの選択肢が提供されていない³⁾ことが報告

されている。

がん医療は日進月歩を続け、がん患者をとりまく医療の現状も変化している。中でも化学療法は進歩がめざましく、サードラインまでエビデンスが確立しているがん腫もあり、支持療法により長期にわたって化学療法を受けるがん患者が増加している。先行研究では、がん患者は他者に療養生活に対する思いを表出できない、あるいは家族に気を遣っている⁴⁾ことが明らかにされている。化学療法の中断にとともに、がん患者は、医師から見放されることや、死に直面すること、衰弱することを自己の存在を脅かすものとして見なす⁵⁾ことから、余命が短い終末期がん患者が入院する緩和ケア病棟では、患者の言葉の背後にある複雑な感情に焦点をあて、全人的苦痛をわかってもらうことが必要であり、最期までその人らしく生きることへの援助が重要であると考える。しかし、自らホスピスを選択した終末期がん患者の思い⁶⁾については明らかにされているが、終末期がん患者の緩和ケア病棟入院前の思いについ

ては明らかにされていない。そこで、本研究では、緩和ケア病棟入院が選択肢にあがってからの終末期がん患者の思いに焦点をあて、療養中の思いについて明らかにする。また、そのことによって、最期までその人に寄り添い支える看護援助への示唆を得ることができると思う。

研究目的

緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者の緩和ケア病棟入院前の療養中の思いを明らかにし、その人に寄り添い支える看護援助への示唆を得る。

用語の定義

終末期がん患者：あらゆる集学的治療をしても治療に導くことができない状態で、調査協力施設の主治医が入院時、生命予後 6 ヶ月以内と判断したがん患者

療養中の思い：緩和ケア病棟への入院が選択肢にあがってから緩和ケア病棟を選択する前までの療養中の感情、考え、希望、生きがい

研究方法

1. 研究協力者

緩和ケア病棟に入院中で、がん告知を受け他院から緩和ケア病棟への入院を承諾した終末期がん患者。

2. 調査期間

平成 27 年 8 月 4 日～11 月 12 日

3. データ収集方法

個人の基礎情報は、診療記録、看護記録から情報収集をした。インタビューガイドを用いて 40 分から 60 分の半構成面接を行った。研究協力者の体調が良い日時に心身の状態をみながら面接を行い、同意を得て、面接内容を IC レコーダーに録音をした。

4. 調査内容：

- 1) 緩和ケア病棟への入院が選択肢にあがってからそのとき考えたことや感じたこと
- 2) 緩和ケア病棟についての医師からの説明内容とそのとき考えたことや感じたこと
- 3) 緩和ケア病棟入院までの療養生活における医療者からの支援とそのとき考えたことや感じたこと
- 4) 緩和ケア病棟入院までの療養生活において大切にしてきたこと、支え、希望

5. 分析方法

- 1) 逐語録から、緩和ケア病棟入院前までの終末期がん患者の療養中の思いについて語られている文章・段落を文脈上の意味を損なわない範囲で区切り、基本データとした。
- 2) 基本データ前後の文脈と表現された言語の意味を一文にしてコード化した。
- 3) コード化した内容の意味の共通性と相違性を比較して類似するコードを集めた。この段階で、緩和ケア病棟入院を選択するまでの終末期がん患者の療養中の思いのコードが抽出され、それらをサブカテゴリー化し、内容の共通性と相違性を比較して、カテゴリー化を行った。
- 4) 分析の信頼性と妥当性の確保をするために、データ分析の全過程において、がん看護の質的研究者である共同研究者と共に行った。

倫理的配慮

本研究は、岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査会および参加依頼施設の倫理審査会による承認を得て実施した。研究協力者に研究の主旨・方法、研究参加は自由意思であり途中辞退が可能であること、不参加の場合でも診療に支障がないこと、面接中に答えたくない質問に対して答えなくても良いこと、個人情報守秘義務と匿名性を厳守し、研究以外の目的に使用しないことについて口頭と文書で説明をし、同意が得られた場合は同意書への署名により研究参加の同意を得た。面接は、研究協力者の心身の状況を十分に配慮した上で、負担とならない日時を研究協力者と相談した上で面接時間は最小限に抑えるように配慮した。体調変化があった場合は、速やかに主治医の診察や看護師の対応ができるように、環境を保障した。面接の中で心理的負担がかかることがないように面接調査は 1 回とし、その中で傾聴、共感をしながら研究協力者の思いを引き出せるように行った。個室となっている協力者の部屋でプライバシーの守れる環境で行った。得られたデータは、パスワード付きの USB でデータ管理し、記録物類と共に鍵のかかる場所に保管し研究終了後 USB データは消去し、破棄すること、記録物類についても裁断し、破棄することを説明した。また、パソコン使用時のデータの作業は、ネットワークに接続しない状態で行った。

結果

1. 研究協力者の概要と背景 (表 1)

研究協力者は、1施設の緩和ケア病棟に入院中で、年齢40歳代～90歳代の女性6名であった。研究協力者の病名は、乳がんと子宮がん、S状結腸がん、膵臓がん、胃がん、卵巣がん、十二指腸がん、それぞれ1名であった。緩和ケア病棟入院時の予後予測は、週単位～1ヶ月1名、1ヶ月4名、1ヶ月～2ヶ月1名であった。緩和ケア病棟入院が選択肢にあがる前までの治療の経緯は、化学療法が無効になった、化学療法を拒否した、化学療法が中断となった、治療がなかった、在宅療養が困難となった、術後ADLが低下した、と違いがあった。

2. 分析結果

緩和ケア病棟入院が選択肢にあがってからの終末期がん患者の療養中の思いとして、コードは55となり、それらを分析した結果、23のサブカテゴリーから11カテゴリーが抽出された。結果は表2に示した。これ以降、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、コードは< >で表記する。

1) 【治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ】には《治療中断と転院を告げられ、告知と同じようなショックさだ》《自分の番がきたと落胆する》《予想より短い余命は衝撃だ》《家族も、がんと言われた時と同じようなショックな思い》の4つのサブカテゴリーが含まれていた。一般病棟に入院している終末期がん患者は、治療がなくなった

段階で、医師から緩和ケア病棟を二ヶ所提示されく治療法がないからと緩和ケアの病院を薦められびっくりする>思いがあった。入退院を繰り返しながら、何年間か治療を継続してきた経緯のある終末期がん患者は、医師から緩和ケア病棟へ移る話しを告げられく仕方がないけどショックはショックだ>と、諦めつつも衝撃の思いを抱いていた。その衝撃は、告知時にステージIVで末期の<がんと言われた時と同じようなショックさだ>と、強い衝撃的な思いがあった。これまでの療養生活の体験から<私にも番がきた>と、いつか自分にも訪れる日を予測していた一方で<医師から緩和ケア病棟があるとされると勝手に落ち込む>思いもあった。また、医師から余命宣告を受けた時点で<余命が思ったより短くショックだ>という衝撃も抱いていた。さらに、終末期がん患者は、自身が告知と同様の衝撃を受ける状況にありながら、緩和ケア病棟へ<移る話は、私より夫がショックだ><家族もがんと言われた時と同じようなショックだ>と、家族も衝撃を受けている状況を感じとっていた。

2) 【最期を生きる望みをもつ】には《まだ治療を継続できるかもしれない》《まだもう少し生きたい》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。治療に使える抗がん剤がなくなり、医師から今後の治療をどうするか、選択肢として緩和ケア病棟の話しを伝えられる病状の時期にあっても、成人期

表 1. 研究協力者の概要と背景

協力者	年齢	性別	職業	病名	家族構成	治療の経過 (緩和ケア病棟入院後の予後予測)
A	40歳代前半	女性	無職	右乳がん・子宮体がん リンパ節転移 右胸膜転移	母親・弟と同居	積極的治療を希望し化学療法を継続していたが、奏功せず緩和ケア病棟入院。(1ヶ月)
B	50歳代後半	女性	無職	S状結腸がん 肺転移、リンパ節転移	両親・弟夫婦 姪と同居	手術後、化学療法を継続していたが、奏功せず、地元に戻ることを選択。通院しながらの在宅療養が困難となり緩和ケア病棟入院。(1ヶ月)
C	50歳代後半	女性	無職	膵頭部がん 肝転移	夫・長男夫婦 孫二人と同居	治癒を目指せなければ化学療法は希望しないと治療を拒否し、緩和ケア病棟を選択し入院。(1~2ヶ月)
D	90歳代前半	女性	無職	噴門部がん 転移なし	独居	診断時に手術を希望。しかし、手術は侵襲が大きすぎる。他の治療もできないという医師の説明を受け納得し、緩和ケア病棟へ入院。(1ヶ月)
E	60歳代前半	女性	無職	卵巣がん 下行結腸浸潤 左腎臓浸潤	夫と同居	化学療法継続中、自宅で下血し緊急入院。予定していた化学療法が中断となり、緩和ケア病棟へ入院。抗癌剤治療の入院中に次男が突然死した。(週単位~1ヶ月)
F	80歳代前半	女性	無職	十二指腸乳頭部がん 肝転移、腹膜播種	長女夫婦・孫一人と同居	根治手術が困難で、化学療法はせず姑息的バイパス術行。術後にADL低下し緩和ケア病棟へ入院。(1ヶ月)

表 2. 緩和ケア病棟入院前の終末期がん患者の療養中の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード (協力者)
治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ	治療中断と転院を告げられ、告知と同じようなショックさだ	・治療法がないからと緩和ケアの病院を薦められびっくりする (E) ・仕方がないけどショックはショックだ (E) ・がんと言われた時と同じようなショックさだ (E)
	自分の番がきたと落胆する	・私にも番がきた (E) ・医師から緩和ケア病棟があるとされると勝手に落ち込む (E)
	予想より短い余命は衝撃だ	・余命が思ったより短くショックだ (A)
	家族も、がんと言われた時と同じようなショックな思い	・移る話は、私より夫がショックだ (E) ・家族もがんと言われた時と同じようなショックだ (A)
最期を生きる望みをもつ	まだ治療を継続できるかもしれない	・抗がん剤治療中は、まだ治療続けられるかもしれない (A) ・もうちょっと抗がん剤で頑張るつもりでいる (A)
	まだもう少し生きたい	・化学療法を断ったが、まだもうちょっと生きたい (C)
覚悟の上の諦めと寂しさ	覚悟はしている	・覚悟しながら生きて来ている (E)
	治療法がなく寂しいが、転院は仕方がない	・治療法がないって寂しいけど仕方がない (E) ・退院したくないと言えないし仕方ないと言うよりほかない (E) ・同じ部屋の人達と一緒にいたい (E) ・本当は前の病院にずっといたい (A) ・治療は無理、そしたら緩和ケア病棟へと思うしかない (E) ・最期まで同じ病院にいれるわけではなく、移らなければいけない (E) ・相談できる人いないから移ることを自分の思いとする (A) ・緩和ケア病棟へ移るしか道がない (A)
選択を迫られる驚きと哀しみ	治療選択を迫られる	・最終的にどうするかを選択を迫られる (B)
	あなたが決断しないとされた驚きと哀しみ	・あなたが決めないから何も進まないと言われ、びっくりして哀しい (E)
最期の生きる道は自らの意志で決めたい	治療法がない時点で、自分なりの選択だ	・化学療法は無理だ (C) ・少し治療を休んで田舎に帰りたい (B) ・治療法がないとなれば、それはその人なりの選択だ (E) ・緩和ケア病棟の話は結局どの時点でも、いつでも同じだ (E)
	自分の死をどう受け入れ、生きるかを考えたい	・どう死を受け入れ最期幕引くかだ (A) ・これからの自分の生きる方法を考える (A)
	自ら選んだ緩和ケア病棟に決めたい	・緩和ケア病棟を自分で選びたい (C) ・選んだ緩和ケア病棟を早めに見学してから行きたい (C) ・緩和ケアというか、自宅に近い病院がいい (B)
医師からの納得いく説明で転院を受け入れる	医師からの納得いく説明で受け入れる	・化学療法しないってことは、緩和療法だ (C) ・医師からこういう状態と説明されれば納得いく (E) ・専門のスタッフと一緒にならその方がいい (A) ・余命 2 週間を乗り越えたから仕方なく笑える (E) ・受け入れるまで少し時間かかって消化して、受け入れる (E)
	医師に任せる	・一番楽にあの世に逃げそうな病院を医師に頼みたい (D) ・自宅で暮らしていけないから、どこか病院を紹介して欲しい (F) ・医師に命は任せる (D)
身体的な苦痛と辛さをとってほしい	在宅で辛い時お世話になりたい	・痛みとかあり、日中の暑い家において耐えられるか心配だ (B) ・在宅で無理な時お世話になれる所があればいい (B)
	苦痛をとってほしい	・在宅が無理ならとりあえず今、辛く苦しいことをとって欲しい (B) ・治療しないなら、とにかく苦しくなく眠りながら逝きたい (C)
緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい	緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい	・治療法が少なくなった時点で、どういう場所なのか聞きたい (A) ・緩和ケアとは、そもそも何かを聞きたい (A)
緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ	ゆったり過ごし安楽に最期を迎える場所だ	・冊子を見て、苦痛和らげゆったり過ごせる所だ (B) ・安楽に最期を迎え死ぬ場所だ (D)
	治療法がなくなるまでは話されない場所だ	・緩和ケアについてはお茶を濁される (A) ・治療法がなくなるまでは話されない (E)
	余命が短く助からない人が行く場所だ	・余命 2, 3 ヶ月の時点で話をされる (A) ・助からない人が行く病院だ (E)
道筋立ててくれた医師に感謝する	道筋立ててくれた医師に感謝する	・医師がお膳立てして、道筋立ててくれてありがたい (E) ・医師が安らかに最期を迎える所を見つけてくれて良かった (D)
最期は天命に任せて諦める	最期は天命に任せ諦める	・天命に任せ、死ぬより仕方ないと諦める (D) ・あとは死を待つだけ (F)

の終末期がん患者にはく抗がん剤治療中は、まだ治療続けられるかもしれない>もうちょっと抗がん剤で頑張るつもりでいる>という、最期まで可能な限り治療継続しながら生きる思いがあった。また、告知直後に、化学療法はしないと自ら決断した状況にあっても、家族と暮らす中で、いつまでこういう時が続くのだろうかと化学療法を断ったが、まだもうちょっと生きたい>、あと3年か4年生きたい、せめてあと2年ぐらい生きたいと、可能な限り家族との時間を共に生きていたい思いがあった。

3) 【覚悟の上の諦めと寂しさ】には《覚悟はしている》《治療法がなく寂しいが、転院は仕方ない》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。終末期がん患者は、入院中に知り合った同室者が何人も亡くなっていく療養生活の中く覚悟しながら生きて来ている>が、医師から転院の話が告げられた時点ではく治療法がないって寂しいけど仕方がない>く退院したくないと言えないし仕方ないと言うよりほかない>と、治療中断に対する思いと転院を告げられた思いを同時に抱えていた。これまでの療養生活で、同室者とは親密な人間関係ができていたことからく同じ部屋の人達と一緒にいたい>く本当は前の病院にずっといたい>思いがありながらもく治療は無理、そしたら緩和ケア病棟へと思うしかない>く最期まで同じ病院にいれるわけではなく、移らなければいけない>と、仕方なく転院を受け入れようとしていた。

またく相談できる人いないから移ることを自分の思いとする>と決め、他者へ自分の思いを表出することなくく緩和ケア病棟へ移るしか道がない>と転院を受け入れていた。

4) 【選択を迫られる驚きと哀しみ】には《治療選択を迫られる》《あなたが決断しないとされた驚きと哀しみ》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。終末期がん患者は、これまで副作用の辛さを抱えながら抗がん剤治療を継続してきたが、新薬の抗がん剤治療も効果がなく、医師から次の治療は、はっきりした効果が得られるかどうかかわからないとく最終的にどうするかを選択を迫られる>思いを抱いていた。今後の選択を迫られる中、さらにくあなたが決めないから何も進まないと看護師に言われ、びっくりして哀しい>思いを抱く状況も重なっていた。

5) 【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】には《治療法がない時点で、自分なりの選択だ》《自分の死をどう受け入れ、生きるかを考えたい》《自ら選んだ緩和ケア病棟に決めたい》の3つのサブカテゴリーが含まれた。成人期の終末期がん患者は、医師に余命は数か月と告げられ、化学療法しか治療法がないと言われた時、これまでの療養生活で体験してきたことや自分が得ている情報からく化学療法は無理だと、医師に対してははっきりと自分の意志を伝えていた。また、医師から治療選択を迫られ、自分自身の気持ちを考えた時、ふとく少し治療を休んで田舎に帰りたい>という思いになっていた。治療経過や背景は個々に違うが、緩和ケア病棟への転院の話は、最終的にく治療法がないとなれば、それはその人なりの選択だ>からく緩和ケア病棟の話は結局どの時点でも、いつでも同じだ>という思いを抱いていた。さらに、医師から予想より短い余命と緩和ケア病棟へ移る話を告げられくどう死を受け入れ最期幕引くかだ>くこれからの自分の生きる方法を考える>と、いつかは訪れるであろうと予期していた自分の死と対峙し、どうやって死を受け入れていくか考えなければならぬ一方で、最期までどう生きていったらいいのかも考えなければならぬという思いを抱いていた。このように、人生の最期を生きる場所を考えた時、家族がインターネットで調べた情報や、知人が緩和医療を受けていたことなどから、施設によって環境が違うためく緩和ケア病棟を自分で選びたい>思いがあった。また、自分がく選んだ緩和ケア病棟を早めに見学してから行きたい>と、最期を過ごす場所は自ら選択し、事前に自分の目で確認してから入院したい思いもあった。

6) 【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】には《医師からの納得いく説明で受け入れる》《医師に任せる》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。終末期がん患者は、医師から化学療法しか治療方法はないという説明を受け、その時点でく化学療法しないってことは、緩和療法だと、治療しない場合は対症療法だけになることを理解し、緩和ケア病棟を選択していた。また、医師からのはっきりした病状説明を受けく余命2週間を乗り越えたから仕方なく笑える>がく受け入れるまで少し時間かかって消化して、受け入れ

る>思いをしていた。しかし、緩和ケア病棟に移る話は<医師からこういう状態と説明されれば納得いく>から<専門のスタッフと一緒にならその方がいい>という思いもあった。さらに、手術後に身体機能の低下があり<自宅で暮らしていけないから、どこか病院を紹介して欲しい>という思いや、医師からのはっきりした病状説明を受け<一番楽にあの世に逝けそうな病院を医師に頼みたい>し<医師に命は任せる>という医師を信頼する思いがあった。

7) 【身体的な苦痛と辛さをとってほしい】には《在宅で辛い時お世話になりたい》《苦痛をとってほしい》の2つのサブカテゴリーが含まれていた。成人期の終末期がん患者は、医師からまだ多少動けるし余力もあると言われ、実家へ戻ることを選択していた。しかし、外来受診しながらの在宅療養では<痛みとかあり、日中の暑い家において耐えられるか心配だ>と、疼痛コントロールや療養環境に対する思いを抱えながら診察予定日まで自宅で過ごしていた。また、在宅で食事がとれなくなることや、動けなくなるなど、今後の自分の状態変化を予期していたことから<在宅で無理な時お世話になれる所があればいい>という思いがあった。さらに、疼痛コントロールは、症状に合わせて内服方法が変わるため、外来通院しながら薬の調整がうまくいかない時は<在宅が無理ならとりあえず今、辛く苦しいことをとって欲しい>という思いになっていた。一方、自ら化学療法はしないと選択し<治療しないなら、とにかく苦しくなく眠りながら逝きたい>と、最期は苦痛緩和を切望する思いもあった。

8) 【緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい】には《緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい》のサブカテゴリーが含まれた。終末期がん患者は、最後の抗がん剤治療が無効となった段階で、医療者からはっきりとした緩和ケア病棟に関する説明はなかったことから緩和ケア病棟という所は<治療法が少なくなった時点で、どういう場所なのか聞きたい>と、事前に情報を得たい思いもあるが<緩和ケアとは、そもそも何かを聞きたい>と、言葉の正確な意味を知りたい思いがあった。

9) 【緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ】には《ゆったり過ごし安楽に最期を迎える場所だ》《治

療法がなくなるまでは話されない場所だ》《余命が短く助からない人が行く場所だ》の3つのサブカテゴリーが含まれた。終末期がん患者は、医療者から渡された緩和ケア病棟の<冊子を見て、苦痛和らげゆったり過ごせる所だ>と、緩和ケア病棟という場所に対しては、苦痛緩和しながら療養生活をするイメージを抱いていた。また、知人から聞いた話など事前に自分が得ていた情報から、緩和ケア病棟は<安楽に最期を迎え死ぬ場所だ>と、安楽に過ごせるという肯定的なイメージを抱くと共にその場所で亡くなることもイメージしていた。一方、残る抗がん剤治療があと1種類になり、緩和ケア病棟について聞きたくて、自ら緩和ケアチームを尋ねたにも関わらず<緩和ケアについてはお茶を濁される>状況があった。その後、最後の抗がん剤治療が無効となった時点で、医師から緩和ケア病棟に移る話しを告げられたことから、緩和ケア病棟は<治療法がなくなるまでは話されない>場所だという思いを抱いていた。緩和ケア病棟への転院は、治療法がない<余命2, 3ヶ月の時点で話をされる>ことから<助からない人が行く病院だ>という否定的なイメージを抱いていた。

10) 【道筋立ててくれた医師に感謝する】には《道筋立ててくれた医師に感謝する》のサブカテゴリーが含まれていた。治療法がなくなった段階で、医師から緩和ケア病棟を提示され、衝撃の思いを抱きながらも終末期がん患者は、緩和ケア病棟はベッド数も限られ、入棟手続きがあることなどから<医師がお膳立てして、道筋立ててくれてありがたい>という思いを抱くようになっていた。また、告知と治療法がないことを同時に告げられる状況がありながらも<医師が安らかに最期を迎える所を見つけてくれて良かった>と、安堵の思いを抱いていた。

11) 【最期は天命に任せて諦める】には《最期は天命に任せて諦める》のサブカテゴリーが含まれていた。老年期の終末期がん患者には、がんと診断された時点で、医師から年齢的に手術は侵襲が大きすぎる、化学療法は耐えられない、放射線は縮小効果が見込めないという説明を受け<天命に任せ、死ぬより仕方ないと諦める>思いを抱いていた。また、治療ができないのであれば<あとは死を待つだけ>という思いを抱いていた。

考察

本研究の協力者は、全員が違う病名であり、転移の有無に違いはあったが、緩和ケア病棟入院後の予後予測は、協力者のほとんどが1ヶ月程度となっていた。年代は40歳代～90歳代と年齢層に幅があり、成人期4名と老年期2名で個々に背景も異なっていた。本研究の協力者は、全員女性で、家族の構成員、治療方法、がん告知から緩和ケア病棟への入院が選択肢にあがるまでの経緯の違いはそれぞれであった。また、成人期には【最期を生きる望みをもつ】【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】【身体的な苦痛と辛さをとってほしい】、老年期には【最期は天命に任せて諦める】という思いがあったが、緩和ケア病棟を選択する前までの療養中の思いは、背景による特徴はみられなかった。また、家庭内の家事業務を負担するなどの、女性の役割の家事労働としての思いは抽出されなかった。

本研究では、治療中断と緩和ケア病棟への転院を同時に告げられた終末期がん患者にとっては、二重の衝撃を受け、告知された時と同じような心理状況におかれながらも、自らの力で危機を乗り越え、最期は医師への感謝の思いを示しながら緩和ケア病棟へ転院していることが明らかになった。また、患者が緩和ケア病棟への転院を告げられた時、家族も告知された時と同じようなショックな思いがあったことが明らかになった。さらに【緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ】という思いには、安楽に最期を迎えるという肯定的な思いと、助からない人が行くという否定的な思いがあることや【緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい】思いがあることが明らかになった。

本研究で明らかになった緩和ケア病棟が選択肢にあがってからの終末期がん患者が、緩和ケア病棟を選択するまでの思いについて、1. 治療法がなく緩和ケア病棟を選択する時の思い、2. 緩和ケア病棟を選択する前に抱く緩和ケア病棟に対する思い、3. 人生の終焉と医師に抱く思い、について考察していく。

1. 治療法がなく緩和ケア病棟を選択する時の思い
終末期がん患者にとって、治療法がなくなることと、主治医から他の病院を薦められることは、「悪いニュース」となる。「悪いニュース」に対する患者の反応を予測することは、患者が知っていることと期待していることを知るまでは、悪い知らせによ

る患者の衝撃の大きさを判断することができないと考えられている⁷⁾。

本研究において終末期がん患者は、これまで何年も治療を続けてきた病院の主治医から、治療法がなくなった段階で【治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ】と、悪い知らせが二つ重なる状況があった。これまで、治療継続を生きる希望としてきた終末期がん患者にとって、治療中断を告げられることは絶望を意味する状態と推測される。その状態の中で主治医から他の病院を薦められ《治療中断と転院を告げられ、告知と同じようなショックさだ》という思いを抱いたことから、治療中断と転院を同時に告げられる出来事は、生きる望みやこれまで関わってきた医療者、同室者との関係性が断たれることによる二重の衝撃を受けた危機的な状況と考えられる。また、治療中断と緩和ケア病棟への転院を同時に告げられることは、がん罹患した患者が、人生の中で二度、告知と同様の危機的な心理状態におかれることになると推測される。さらに、本研究では、療養中に子供を亡くすという体験をしている協力者もおり、自分のライフイベントにおいてもさらに危機的な心理状況が加わっていたと考えられる。松本⁸⁾は、患者・家族がギアチェンジについての準備がなく説明された場合や、今まで告げられなかった情報を一気に告げられた場合は、ショックのあまり情報の理解や活用ができないと判断されることもあると述べている。本研究の協力者は、医師から不意に治療中断と転院を同時に告げられたが、これまでの療養生活の体験から《覚悟はしている》思いがあったことから、やがて治療ができなくなることや、病院を移らなければならなくなることに對する心構えはできていたと推測される。しかし、覚悟はしていたが、実際、現実に直面した時《自分の番がきたと落胆する》思いがあったことから《緩和ケア病棟の話は結局どの時点でも、いつでも同じだ》と考えられる。また、細矢⁹⁾は、病状が悪化してから突然緩和ケア病棟や他の医療機関に移るよう告げられることは、患者と家族に怒りや見捨てられ不安を強く抱かせ、治療中心の医療から緩和ケア中心の医療への円滑な移行を困難にしていると述べている。本研究の協力者は、不意に治療中断と転院を同時に告げられる状況の中《予想より短い余命は衝撃だ》《がんと言われた時と同じようなショックさだ》と、衝撃の思いを抱きながらも、自分と一緒に

《家族も、がんと言われた時と同じようなショックな思い》をしている様子を客観的に感じとっていた。

実際の臨床の現場においては、患者・家族の認識する予後と、実際に残されている時間はかけ離れている可能性がある¹⁰⁾が、終末期がん患者は二重の衝撃を受けながらも《治療法がなく寂しいが、転院は仕方がない》と、自ら覚悟を決め受け入れるまで少し時間かかって消化して、受け入れる>という思いの経過をたどりながら緩和ケア病棟を選択していたと考えられる。また【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いがあり、ベッド数が限られた緩和ケア病棟に主治医が入棟手続きをしてくれたことなどから、最期は自分のために【道筋立ててくれた医師に感謝する】思いを示していたと考えられる。一方、本研究では、緩和ケア病棟への転院を受け入れようとしている段階で<あなたが決めないから何も進まない>と看護師に言われ、びっくりして<寂しい>思いを抱きながらも、自ら転院を受け入れるという協力者もいたことから、終末期がん患者は、看護師に対して自分の思いを表出することなく、自らの力で危機的状況を乗り越えていたと考えられる。

WHO 緩和ケアの定義¹¹⁾においては、緩和ケアは患者とその家族に対して QOL を改善するアプローチであることから、QOL の維持・向上のための看護実践が求められている。本研究の終末期がん患者は、緩和ケア病棟入院後の予後予測が約 1 ヶ月であったことから、緩和ケア病棟への入院が選択肢にあがってからの短い余命の終末期がん患者は、告知された時と同じような心理状況におかれていることを推測して関わっていくことが看護師に求められていると考える。また、本研究では、入院中の<同じ部屋の人達と一緒にいたい>思いが強かった協力者もいたことから、これまで作りあげてきた医療者との関係を断ち切れ、新たな場所で新たな医療者と一から自分自身を知ってもらうことから始め、関係を築いていかなければならない終末期がん患者の思いに寄り添う看護援助が必要だと考える。

これらのことから、緩和ケア病棟入院が選択肢にあがってからの余命が短い終末期がん患者が、治療法がなく緩和ケア病棟を選択する時の背景と思いを、早い段階で理解しようと努め、その思いを尊重していくことが必要だと考える。また、人生の最期

をその人らしく生きるために、患者・家族が求める QOL を維持・向上するための看護援助を早期に実践していくことが必要だと考える。

2. 緩和ケア病棟を選択する前に抱く緩和ケア病棟に対する思い

長¹²⁾は、治療困難と判断あるいは想定された場面で担当医から緩和ケアについて説明がなされ、今後の選択の 1 つとしてホスピスや緩和ケア病棟が提示されることが多く、ホスピスや緩和ケア病棟が終末の亡くなる場所であるという漠然としたイメージで受け取られることが依然としてあるため、患者・家族が緩和ケア病棟への入院を決断できなかつたり、事前の相談外来への受診を拒むことも少なくない、と述べている。

本研究においても、治療法がなくなった段階で医師から転院先を提示され《余命が短く助からない人がいく場所だ》という思いを抱いていたことから、治療経過や背景に違いがあっても、終末期がん患者にとって、治療法がなくなった時点で緩和ケア病棟を提示されることに対しては、同様の否定的なイメージがあった。このことは、先行研究の、一般的には緩和ケア病棟に対して「ここに入ったらもう死ぬのを待たただけだ」という認識をもつ人も少なくない¹³⁾ことと一致している。

一方、本研究においては【緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ】という思いには、渡された冊子から得た情報や、体験者から聞いた情報で《ゆったり過ごし安楽に最期を迎える場所だ》という肯定的なイメージがあり、それは《自ら選んだ緩和ケア病棟に決めたい》という思いにつながっていた。先行研究では、緩和ケア病棟をよく知っている、または聞いたことがある人は「苦痛が和らぐ」「尊厳ある生活」「手厚いケア」「おだやかな気持ち」「家族への気配り」という認知とイメージをもっている¹⁴⁾ことが明らかにされている。また、終末期がん患者が、ホスピスを選択し満足している¹⁵⁾ことや、見学や情報収集により、不安、不満、不信の感情が軽減され、緩和ケア病棟への転院後の満足度が非常に高い¹⁶⁾こと、実際に緩和ケア病棟へ入院した後では、緩和ケア病棟に対する否定的なイメージは減り、肯定的なイメージは増えること¹⁷⁾などが明らかにされている。これらのことから、緩和ケア病棟の存在を知らない患者・家族が、緩和ケア病棟に対して肯定的なイメージを抱いて転院することは、患

者・家族の QOL の維持・向上につながると推測され、医療者の最初の情報提供の仕方とタイミングが重要だと考える。

また、本研究では、緩和ケア病棟を選択する前に抱く緩和ケア病棟に対する否定的なイメージは、告知された時と同じようなショックな思いにつながっていたことから、緩和ケア病棟に関する正確な情報を伝えるためには、早急に啓発活動や院外連携システムの在り方を検討していくことが必要だと考える。さらに、本研究では治療法が少なくなった時点で【緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい】思いがあることも示された。先行研究では、緩和ケア病棟入転院前に関して、患者と家族ともに具体的なイメージが湧かないまま緩和ケア病棟に入転院している状況が明らかとなっており、わが国における緩和ケア病棟への円滑な移行に向けた、患者とその家族向けの情報提供の方法が必要であることが示唆されている¹⁸⁾。しかし、本研究では、現在でも余命が短い終末期がん患者はく緩和ケアについてはお茶を濁される>という思いがあったことから、看護師は、患者に対して緩和ケアについて正しく説明し不安の軽減に努める必要があると考える。また、一人ひとりの治療経過、病状や予後、背景などの状況をアセスメントし、適切な時期に正確な緩和ケアについての情報や緩和ケア病棟の情報を伝えていく看護援助が必要だと考える。

緩和ケア病棟では、医療者がチームで可能な限り全人的苦痛を緩和し、人生の終焉を安寧に過ごすための環境の提供に努めている。緩和ケア病棟を選択する前の終末期がん患者と家族にそのような具体的な情報を伝えていくためには、緩和ケア病棟を選択する前の病院と入院先となる緩和ケア病棟との情報共有ができる院外連携システムの構築が必要だと考える。緩和ケア病棟に対する否定的なイメージを減らし、肯定的なイメージを増やすためには、緩和ケア病棟を紹介する施設の看護師に実際の緩和ケア病棟を知ってもらうことや、病院の看護師と直接連携していくことが、患者とその家族に対して QOL を維持・向上するアプローチにつながると考える。

3. 人生の終焉と医師に抱く思い

本研究において、緩和ケア病棟を選択する前の終末期がん患者の《ゆったり過ごし安楽に最期を迎える場所だ》という肯定的なイメージは《自ら選んだ緩和ケア病棟に決めたい》という思いにつながり

【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】という生き方の選択にもつながっていくことが示された。また、一方の《余命が短く助からない人が行く場所だ》という場所の否定的なイメージがあっても《治療法がない時点で、自分なりの選択だ》という思いがあり、その思いもまた【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】という生き方につながっていたことが示された。本研究の成人期の患者は【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いの中【最期を生きる望みをもつ】【身体的な苦痛と辛さをとってほしい】【最期の生きる道は自らの意志で決めたい】という思いがあった。このことは、黒田ら¹⁹⁾の「身体的苦痛からの解放を求める」生き方や、久野²⁰⁾が述べている終末期がん患者の「思うような最期でありたい」「生き長らえたい」という希望とも一致していた。一方、本研究では、老年期の患者は【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いから、早い段階で【最期は天命に任せて諦める】思いになっていた。このことは、黒田ら²¹⁾の「医療者を頼りに生きる」「運命に従う」生き方と一致していた。医師を信頼することは、患者にとって心の拠り所を得ることにつながる²²⁾ことから、本研究における終末期がん患者は、治療中断と転院という二重の衝撃を受ける状況にありながらも、最期は【道筋立ててくれた医師に感謝する】という思いを抱いたことにより、終末期がん患者に特有な心理状態として「心の安寧が保てている状態」²³⁾にあったのではないかと考える。

以上のことから、本研究による緩和ケア病棟入院前の終末期がん患者の療養中の思いを図1に示した。緩和ケア病棟が選択肢にあがる時期、医師から【治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ】という思いを抱いていた。【緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい】思いがありながらも、正確な情報が得られず【緩和ケア病棟は最期を迎える場所だ】という思いもあった。しかし【治療中断と転院を同時に告げられ衝撃だ】と抱いた思いは、経過の中で【覚悟の上の諦めと寂しさ】へ変化し、さらに【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いへと変化していた。終末期がん患者は【覚悟の上の諦めと寂しさ】がありながらも【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いの経過の途中では【選択を迫られる驚きと哀しみ】の思いも抱えて

いた。また、【医師からの納得いく説明で転院を受け入れる】思いの中、成人期の終末期がん患者と老年期の終末期がん患者では抱く思いに違いがあったが、そのどちらの思いも個々の経過の中で、最期は【道筋立ててくれた医師に感謝する】思いへと変化していった。

終末期がん患者の思いを理解することは、全く同じ体験をしているわけではないことから、難しいことであると考ええる。しかし、緩和ケア病棟への入院が選択にあがってからの余命が短い終末期がん患者が、人生の最期をその人らしく生きるために、一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師は、各々の役割を果たし、連携・協働していくことが必要だと考える。一般病棟看護師は、終末期がん患者の思いの中に、緩和ケアとはそもそも何なのかということを知りたい思いや、緩和ケア病棟とはどのような場所であるのかを知りたい思いがあるか否かを、一人ひとり意図して傾聴し、正確な情報を提供していくことが重要だと考える。また、治療中断と転院を同時に告げられる衝撃は、告知された時と同様のショックさであったが、経過の中でその思いが自らの力で変化していったことから、傾聴、共感、受容する態度を示しながら、選択を迫らず見守っていく援助が求められていると考える。

一方、緩和ケア病棟看護師は、緩和ケア病棟への入院が選択にあがってからの終末期がん患者は、同

じような治療経過であっても、緩和ケア病棟を選択する背景は一人ひとり異なっていたことから、終末期がん患者がどのような思いを抱きながら緩和ケア病棟への入院を選択したのかに関心を持ち、関わっていくことは、その人の生き方を理解しようと関わっていく姿勢と一致していると考ええる。緩和ケア病棟への転院は、告知された時と同様の衝撃だという思いもあったが、最期は医師に感謝する思いへと変化していったことから、緩和ケア病棟看護師には、どのような思いを抱きながら緩和ケア病棟への入院を選択したのか傾聴し、共感、受容する態度を示しながら、一人ひとりの生き方を理解しようと関わっていく姿勢で支援していくことが求められている。

一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師が、連携・協働しながら、緩和ケア病棟への入院が選択肢にあがってからの終末期がん患者の思いを共有できる院外連携システム作りが重要だと考える。

結論

1. 終末期がん患者は、治療中断と緩和ケア病棟への転院を同時に告げられたことにより、二重の衝撃を受け、告知された時と同じような心理状況におかれながらも、自らの力で危機を乗り越え、最期は医師への感謝の思いを示しながら緩和ケア病棟へ転院していた。
2. 患者が緩和ケア病棟への転院を告げられた時、

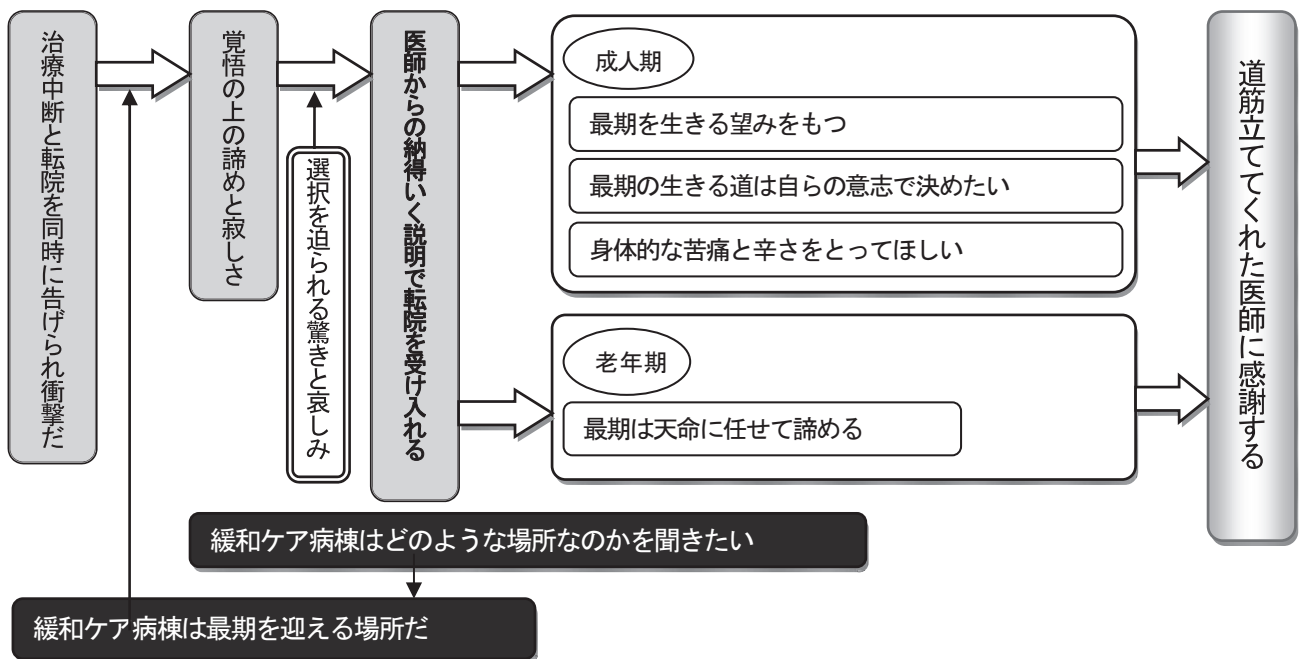


図1. 緩和ケア病棟入院前の終末期がん患者の療養中の思いの構造図

家族も告知された時と同じようなショックな思いがあった。

3. 治療中断と転院を告げられ衝撃だという思いの中、覚悟の上の諦めと寂しさ、選択を迫られる驚きと哀しみの思いを抱えながらも、医師からの納得いく説明で転院を受け入れる思いがあった。
4. 医師に任せ転院を受け入れる思いの中、成人期には最期を生きる望みをもつ、最期の生きる道は自らの意志で決めたい、身体的な苦痛と辛さをとってほしいという思いがあり、老年期には最期は天命に任せて諦めるという思いがあった。
5. 終末期がん患者には、緩和ケア病棟はどのような場所なのかを聞きたい思いがあった。
6. 緩和ケア病棟は安楽に最期を迎える場所だという思いには、肯定的なイメージ、否定的なイメージがあり、そのどちらのイメージであっても最期は道筋立ててくれた医師に感謝する思いがあった。
7. 看護師は、余命が短い終末期がん患者が、どのような思いを抱きながら療養し緩和ケア病棟への入院を選択したのかに関心をもち、一般病棟看護師と緩和ケア病棟看護師の、各々に求められている役割を果たし、連携・協働しながら看護支援していくことが示唆された。

謝辞

本研究にご協力くださいました協力者の皆様、対象施設の皆様には深く感謝申し上げます。なお、本稿は2015年度岩手県立大学大学院博士前期課程がん看護専門看護師（成人看護学研究分野）コースの論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 緩和ケア. 厚生労働省: 2016年1月.
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_gan.
- 2) 山田祐司, 平方眞, 轟慶子, 岡崎賀美, 石黒理加, 他. 緩和ケア病棟入院前後に患者・家族がもつ情報の程度や理解状況—看護師による評価から—. *Palliative Care Research* 2013; 8 (2): 361-370.
- 3) 高階経和, 木野昌也, 斎藤隆晴, 大木佳代子, 宮崎悦子. 「緩和ケア」に対する医療者と一般市民の認識について. *医学教育* 2008; 39 (6): 437-441.
- 4) 加利川真理, 小河育恵. ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ. *ヒューマンケア研究学会* 2013; 4 (2): 7-16.
- 5) 長尾綾子. 緩和・ターミナルケア看護論 第2版. 東京: ヌーヴェルヒロカワ; 2011. 75-76.
- 6) 園田麻利子, 小西早智, 谷口早耶加, 山崎里鶴. 終末期のケアの場をホスピスと選択した患者の思い—3名の肺癌患者による—. *鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要* 2008; 12: 82-94.
- 7) 寺町芳子. 緩和・ターミナルケア看護論 第2版. 東京: ヌーヴェルヒロカワ; 2011. 113.
- 8) 松本仁美. ギアチェンジ期のサポート. *Nursing Today* 2007; 22 (11): 22-25.
- 9) 細矢美紀. がん治療病院の看護師の立場から. *がん患者と対症療法* 2009; 20 (1): 16-20.
- 10) 佐藤恭子, 目時陽子, 井川理映子, 石黒浩史, 狩野真由美, 他. 主治医と患者家族における「予後認識のずれ」についての研究. *死の臨床* 2013; 36 (1): 145-149.
- 11) 前掲1)
- 12) 長美鈴. 療養場所の選択～PCU (PCU 医師) 緩和ケア病棟の適切な理解のために. *がん患者と対症療法* 2013; 24 (1): 43-48.
- 13) 岩崎紀久子, 渡部真奈美. 緩和ケア病棟で看護師が体験する困難および困難を解決するための支えに関する研究. *看護学研究紀要* 2012; 2 (1): 11-19.
- 14) 三條真紀子, 宮下光令. わが国の緩和ケア病棟の認知とイメージ—一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査—. *死の臨床* 2006; 29 (2): 206.
- 15) 前掲書6)
- 16) 渡部ミサヲ, 竹前有里子, 丸山和恵, 丸山洋一. 緩和ケア病棟への転院に伴う家族の意識—遺族アンケート調査の結果より—. *新潟県立がんセンター新潟病医誌* 2005; 44 (1): 37-41.
- 17) 清原恵美, 井村千鶴, 梨田えり子, 福田かおり, 森田達也, 他. 地域における緩和ケア病棟の役割—緩和ケア病棟における地域の看護師を対象とした研修の評価—. *死の臨床* 2011; 34 (1): 110-115.
- 18) 黒田佑次郎, 岩崎優美, 轟慶子, 石黒理加, 延藤麻子, 他. 緩和ケア病棟に対する認識調査

- 入院患者とその家族の視点検討— Palliative
Care Research 2012 ; 7 (1) : 306-313.
- 19) 黒田寿美恵, 佐藤禮子. 終末期がん患者の選択
する生き方とその本質. 人間と科学県立広島大学
保健福祉学部誌 2008 ; 8 (1) : 89-100.
- 20) 久野裕子. 終末期がん患者の希望. 高知女子大
学看護学会誌 2002 ; 27 (1) : 59-67.

- 21) 前掲書 19)
- 22) 前掲書 19)
- 23) 前掲書 20)

(2016年5月2日受付, 2016年7月6日受理)

<Research Report>

The Thoughts of Terminal Cancer Patients in Medical Care before Palliative Care Ward Hospitalization

Miyoko Shirasawa¹⁾, Kazuko Kikuchi²⁾

1) Kojn Hospital, 2) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

Keywords: palliative care ward selection, terminal cancer patients, thoughts

< 研究報告 >

看護基礎教育課程における看護学生の
手術室看護実習に関する研究の動向と課題
—2000～2015年に発表された国内研究に焦点をあてて—

小澤尚子
岩手県立大学看護学部

要旨

【目的】国内の看護基礎教育課程における看護学生の手術室看護実習に関する看護研究の動向を分析し、今後必要とされる研究について検討する。

【方法】『医学中央雑誌 Web 版』を用いて 2000～2015 年に発表された看護学生の手術室看護実習に関連する論文を対象とした。研究の種類等は記述統計量を算出し、「研究内容」および「学生が経験した手術室看護実習の様相」については、意味内容の類似性に着目して分類した。

【結果】該当した 43 論文のうち、研究デザインは因子探索研究が 55.8%、種類は質的研究が 55.8%と最も多くを占めていた。手術室看護実習の指導状況は「指導者による指導」が 55.8%と最も多く、「研究内容」は 5 分類され『手術室看護実習における学生の学習内容の実態』が 58.1%と最も多かった。「学生が経験した手術室看護実習の様相」は 4 分類され、そのうち【学生が手術室看護実習を目標達成する過程で経験した困難と達成感】では、学生が手術室看護実習の目標を達成する過程で経験した困難や達成感や、指導に対する肯定的・否定的な捉え方が示された。

【結論】現在の看護学生の手術室看護実習に関する研究の動向は、手術看護実習の実態が明らかになってきた萌芽的な段階にある。今後の課題として、①学生のストレスを軽減する教授法や援助、②実習担当教員の教授活動の解明、③教員と指導者側の支援・連携に着目した研究を行う必要がある。

キーワード：看護基礎教育課程，手術室看護実習，文献検討

はじめに

周手術期看護とは、「手術患者の入院から退院までの期間に、患者に提供される看護ケア」と定義¹⁾されていることから、手術前、手術中、手術後の全期間を通して一貫した看護を提供することを意味する。そのため、周手術期看護において手術中の情報は、手術後の看護を提供するうえで欠かせないものである。看護基礎教育の周手術期実習における手術見学は、患者が手術によって受ける侵襲の理解や、

術後の回復を考えて援助していくうえでも、看護学生（以下、学生）が経験すべき重要な臨地実習（以下、実習）である。看護基礎教育における手術室看護実習の研究はさまざま報告されているが、その教育内容についても個々の報告に留まっている^{2)～5)}のが現状である。しかも、これまで国内の看護基礎教育における手術室看護実習の動向を分析したものは、文献の表題をデータとしてテキストマイニング分析した研究 1 件⁶⁾のみであった。その先行論文

の検討内容は、卒後の手術看護教育分野である認定看護師にもふれるなど幅広く手術看護を分析しており、看護基礎教育における学生が手術室看護実習で経験した内容までは詳細に分析されていなかった。そこで、看護基礎教育における手術室看護実習に関する論文を分析し、手術室看護実習の学生の学びや思い、傾向、実習の内容などを整理することで、手術室看護実習の課題が見出せると考えた。

以上より、本研究ではわが国の看護基礎教育における学生の手術室看護実習に関する研究の動向を明らかにし、今後必要とされる研究について検討することを目的に研究を行った。

研究方法

1. 用語の定義

1) 看護基礎教育課程

保健師助産師看護師法により、看護師の国家資格の国家資格を満たす教育内容による学校教育で、教育内容は保健師助産師看護師学校養成所指定規則に定められている⁷⁾課程に在籍する学生。

2) 手術室看護実習

看護学実習とは、学生が既習の知識・技術を基に、クライアントと相互行為を展開し、看護目標達成に向かいつつ、そこに生じた看護現象を教材として、看護実践に必要な基礎的能力を修得するという学習目標達成を旨とする授業⁸⁾である。本研究における手術室看護実習とは、学生が手術室において学習目標達成を旨とする実習とする。なお、手術室看護実習には二つの形態があり、本研究では、受け持ち患者の手術室入退室に合わせ、学生も患者とともに行動する実習を「受け持ち実習」、手術室看護師とともに行動し手術室看護業務を見学または実施する実習を「手術室実習」とする。

3) 指導者

平成27年度の『看護師等養成所の運営に関する指導要領』のなかで、実習指導者以外の指導にかかわる看護師を学生の指導を担当できる看護師⁹⁾と表現していることをふまえて、本研究では、手術室看護実習において学生指導を行う臨地実習指導者および外回り看護師を含めて、指導者とする。

2. 研究対象

看護基礎教育における手術室看護実習に関する論

文について、2000年1月～2015年12月の間に日本国内で発表された論文を対象とした（最終検索2015年12月21日）。研究論文の検索は、『医学中央雑誌 Web版 (ver.5)』（特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会）を用いた。「手術室」「学生」「看護」「臨地実習」をキーワードとして検索し、原則として原著論文とした。次に、抽出した論文から「急性期看護実習全般」が対象でデータが混在し手術室看護実習の特徴を把握し難い論文、准看護師養成所を対象としている論文、手術室看護師を対象としている論文、施設看護部内における教育的研究、看護教育機関ではない（医学、薬学、理学教育など）論文、文献検討をしている論文を除外した。

3. 分析方法

1) データ化

対象とした論文の分析項目は、「研究の年次推移」、「研究対象」、「筆頭研究者」、「研究の種類」、「研究デザイン」、「データ収集方法」、「手術室看護実習の目標」、「手術室看護実習の形態」、「手術室看護実習の指導状況」、「手術室看護実習の期間」、「学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容」、「学生が経験した手術室看護実習の様相」である。「学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容」は、論文を精読し内容を要約した。また「学生が経験した手術室看護実習の様相」は、対象とした論文の結果から、学生が経験した手術室看護実習に関する記述部分を抽出し、記録単位を作成した。その際、独自の質問票や、既存の尺度等を用いた量的研究は、看護基礎教育における手術室看護実習の傾向を割合で示したものであることから、コード化が困難であると判断したため除外し、最終的に質量併用論文の質的研究の部分と、質的研究の論文を分析対象にした。なお、一つの論文あたりから抽出される記録単位数に制限はしなかった。

2) データ分析

「学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容」および「学生が経験した手術室看護実習の様相」以外の項目についてはExcel2013に入力し、記述統計を算出した。「学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容の分類」は、論文を精読して内容を1文献につき1つに要約したものをコード化し、類似性のあるコードごとに分類してカテゴリ化した。「学生が経験した手術室看

「看護実習の様相」については、その内容を表している記述部分を、1文脈1単位として抽出した。文章に複数の内容が記述されている場合は分割し、複数の記録単位にした。次に、得られた記録単位を、意味内容に沿って忠実に分類・統合し、コードを作成した。その後、意味内容の類似性に基づきコードを分類・統合し、サブカテゴリを命名した。更に、同様の手順でカテゴリを命名した。分析過程においては、分析結果とデータ間の帰納的演繹作業を何度も繰り返し、信頼性の確保に努めた。論文の使用にあたっては出典を明らかにし、研究内容は正確に読み取り分析を行い、著者の意図を侵害しないように配慮した。『医学中央雑誌Web版 (ver.5)』を用いた検索は、2015年1月20日、9月25日、12月21日の計3回行い、その都度分析し、研究内容の確認をくり返すことで信頼性を高めた。

結果

1. 対象論文および研究の年次推移

看護基礎教育における手術室看護実習に関する論文について、2000年1月～2015年12月までに『医学中央雑誌Web版 (ver.5)』に掲載された、「手術室」「学生」「看護」「臨床実習」をキーワードに設定し検索した結果、原著論文では64論文がヒットした。この64論文を精読し、前述の研究対象条件で論文を除外したところ、最終的に43論文が対象となった。その対象論文一覧を表1に示し、表中の

番号は論文番号(1～43)とした(表1)。年次推移で論文数が最も多かったのは2012年の8論文であり、2009年から僅かに論文数は増加傾向にあった(図1)。

2. 研究対象

研究対象は、看護系大学の学生23論文(53.5%)、看護系短期大学の学生15論文(34.9%)、看護師養成所3年課程の学生2論文(4.7%)、手術室看護師と看護系大学の学生3論文(7.0%)であった(表2)。

3. 筆頭研究者

筆頭研究者の割合は、看護系大学教員が24論文(55.8%)と最も多く、順に看護系短期大学教員が13論文(30.2%)、手術室看護師が4論文(9.3%)、看護専門学校教員が2論文(4.7%)であった(表2)。

4. 研究の種類、研究デザインおよびデータ収集方法

研究の種類は、質的研究が24論文(55.8%)、量的研究が14論文(32.6%)、質量併用が5論文(11.6%)であった。また、研究デザインは、因子探索研究が24論文(55.8%)、関係探索研究が19論文(44.2%)であり、関連検証研究および因果仮説検証研究はなかった。

データ収集方法(重複集計)は、実習記録およびレポートを用いたものが21論文(38.9%)、独自の質問票15論文(27.8%)、面接調査が5論文(9.3%)、質問票の自由記載を分析したもの4論文

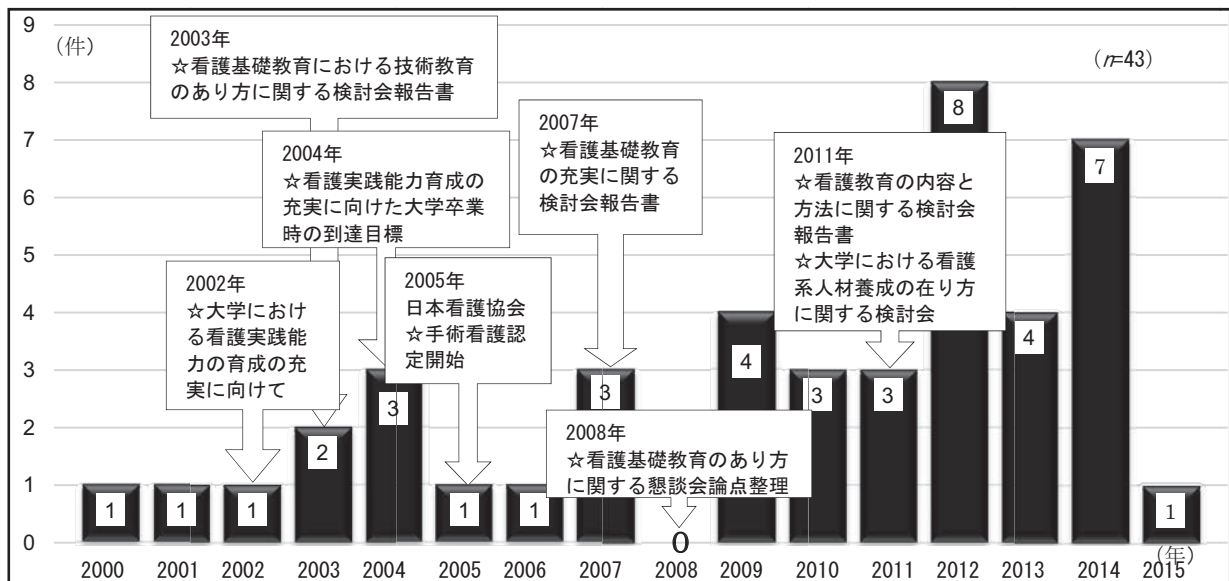


図1. 論文数の年次推移

表 1. 対象論文一覧

n=43

論文番号	著者*	題 名	出典名、巻(号)、頁、年
● 1	滝麻衣	臨床看護学実習Ⅰ(急性期・周術期)における手術室見学実習の実態調査	聖マリア学院大学紀要, 6, 67~70, 2015
● 2	佐野なつめ	手術室実習における看護学生の学びの現状 手術室実習記録による分析	東京厚生年金看護専門学校紀要, 16 (1), 20~28, 2014
● 3	木村美津子	成人看護学実習における手術見学学生への学習内容提示による学習効果	神奈川歯科大学短期大学部紀要, 1, 25~31, 2014
4	大滝周	看護学生の手術室見学実習を効果的に実施するための教育的試み(第2報)	昭和大学保健医療学雑誌, 12, 28~36, 2014
5	深澤佳代子	看護基礎教育における手術看護実習の意義 実習終了後の調査結果からの検討	日本手術医学会誌, 35 (4), 360~363, 2014
● 6	河相てる美	成人看護学実習における手術室実習での学生の学び 手術室実習記録の分析からの考察	共創館誌, 9 (1), 1~15, 2014
7	藤巻承子	看護学部生に対する手術室実習の意義と効果	日本看護学会論文集:成人看護Ⅰ, 44, 193~196, 2014
8	高橋甲枝	成人看護学急性期実習における看護技術の実施状況と課題	西南学院大学紀要, 18, 55~62, 2014
● 9	平山晴美	手術室見学実習の場から捉えた学生の学びと教育上の課題	日本手術看護学会誌, 9 (1), 17~20, 2013
10	板東孝枝	成人看護学実習における「手術室見学実習観察項目表」を導入した実習の学習効果の検討	JNI, 11 (1-2), 51~58, 2013
11	宮嶋正子	急性期看護実習における手術室と1QJ見学実習導入の試み 学生の達成感と記述内容の分析から	和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 9, 23~31, 2013
12	小澤尚子	手術室実習に対する学生の満足感 実習形態による比較	日本手術看護学会誌, 9 (1), 50~52, 2013
● 13	宮武陽子	看護基礎教育カリキュラム改正前後の成人看護学実習(急性期)における学生の学びの比較	足利短期大学研究紀要, 32 (1), 105~111, 2012
14	米田弥里	手術室に来る看護学生の効果的な指導の取り組み 臨床指導者としての役割	日本手術看護学会誌, 8 (1), 45~47, 2012
15	板東孝枝	手術室患者を対象とした成人看護学実習における手術室での学生の学習経験	日本看護学教育学会誌, 22 (2), 13~25, 2012
16	砂賀道子	成人看護学実習Ⅰにおける手術室見学の形態と教育的サポートに関する研究	高崎健康福祉大学紀要, 11, 111~121, 2012
● 17	嶋崎昌子	手術室見学実習における学習内容の分析 見学レポートの記述から	松本短期大学研究紀要, 21, 59~67, 2012
● 18	池田奈未	手術室実習における看護学生の学び	日本赤十字広島看護大学紀要, 12, 71~78, 2012
19	石田順子	成人看護学実習Ⅰにおける手術室実習前後の不安に関する研究	高崎健康福祉大学紀要, 11, 81~90, 2012
20	中井夏子	手術見学実習における看護学生の不安感と唾液アミラーゼ活性に関する調査 診療科による相違	オペナーシング, 27 (11), 1232~1236, 2012
● 21	石橋結美	成人看護実習の手術見学における看護学生の目標と学び	島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 5, 211~219, 2011
22	水谷湖美	手術室実習における学生と看護師の目標達成に対する意欲と評価の相違	日本手術看護学会誌, 7 (1), 15~19, 2011
23	水谷湖美	手術室実習における学生・実習指導看護師の達成感に関連する要因	日本手術看護学会誌, 7 (1), 10~14, 2011
● 24	赤石三佐代	成人看護学実習(急性期)の学生の学びと実習目標との関連の検討	足利短期大学研究紀要, 30 (1), 17~22, 2010
● 25	石橋結美	成人看護実習の手術見学における看護学生の学び	島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 4, 81~89, 2010
● 26	堀越政孝	手術室見学実習における学びの内容 術中レポートの分析	群馬保健学紀要, 30, 67~75, 2010
● 27	赤石三佐代	手術室実習における看護とその根拠の学び 学生のレポートより	足利短期大学研究紀要, 30 (1), 23~27, 2010
● 28	原元子	学生の参画型実習における周手術期実習での学び 手術室看護に関する学び	共創館誌, 4 (2), 39~47, 2009
29	板東孝枝	受け持ち患者の手術見学実習をより効果的にするための学習環境調整に関する研究	日本手術看護学会誌, 5 (1), 39~42, 2009
30	小川淳子	急性期看護学実習における有効なチェックリストの作成とその運用についての研究	帝京平成看護短期大学紀要, 19, 15~19, 2009
● 31	北村直子	手術室実習を通して学生が考察した「手術療法を受ける人とその家族への看護のあり方」	岐阜県立看護大学紀要, 7 (2), 39~46, 2007
32	廣井真美	臨地における急性期看護学実習に必要な技術の習得を考える 技術チェックリストを分析し次年度に向けて検討する	帝京平成看護短期大学紀要, 17, 37~44, 2007
33	溝部佳代	周手術期看護学実習における手術室実習の有効性 学生の手術室看護に関する学びと態度の変化より	看護総合科学研究会誌, 10 (1), 3~14, 2007
● 34	大谷則子	手術室見学実習における学び 二つの実習形態の比較検討による考察	オペナーシング, 21 (6), 662~672, 2006
35	細川つや子	成人看護実習での学生の学び 到達目標との関連に焦点をあてて	吉備国際大学保健科学部研究紀要, 10, 63~68, 2005
● 36	原嶋朝子	周手術期看護実習の手術見学における看護学生の学習内容	日本看護学会論文集:成人看護Ⅰ, 34, 12~14, 2004
● 37	北村直子	手術室実習を通しての学生の学び(第2報) 学生が捉えた手術室で行われていた看護	岐阜県立看護大学紀要, 4 (1), 92~98, 2004
38	吉井美穂	周手術期実習における学生の手術に対するイメージの変化	富山医科薬科大学看護学会誌, 5 (2), 103~107, 2004
● 39	奥村美奈子	手術室実習を通しての学生の学び	岐阜県立看護大学紀要, 3 (1), 89~94, 2003
40	高橋由起子	手術室入室オリエンテーション用QAI教材の開発とその学習効果 成人看護学実習生を対象として	臨床看護, 29 (11), 1670~1676, 2003
41	河原田米子	手術中の患者の看護に関する臨地実習の実態 学生の自己評価とアンケートの分析を通して	オペナーシング, 17 (1), 119~125, 2002
● 42	目黒恵子	手術室実習における指導体制と指導方法の検討	オペナーシング, 16 (9), 1010~1013, 2001
● 43	酒井明子	周手術期看護における見学と実習のレポート内容分析による学習効果の検討	福井医科大研究雑誌, 1 (2), 313~325, 2000

文献番号・・・□は質的研究および量質併用、●は実習記録およびレポート課題をもとに分析した論文 * 著者名は筆頭者のみ記載

(7.4%), 技術チェック表および観察評価表 3 論文 (5.6%), 観察法 1 論文 (1.9%), STAI を用いた心理学的手法 3 論文 (5.6%), 唾液アミラーゼ活性を用いた生理学的手法 1 論文 (1.9%), その他の尺度 1 論文 (1.9%) であった (表 2)。

5. 手術室看護実習の目標, 手術室看護実習の形態, 手術室看護実習の指導状況, 手術室実習の期間

手術室看護実習の目標が記載されていたものは 28 論文 (65.1%) であり, 全体の 7 割弱であった。手術室看護実習の形態 (重複集計) は, 「受け持ち実習」が 24 論文 (48.0%), 受け持ち実習ができない場合は「受け持ち患者以外の患者に依頼」するが 7 論文 (14.0%), 「手術室実習」が 10 論文 (20.0%), 「受け持ち実習と手術室実習の両方」が 7 論文 (14.0%), 「記載なし」が 2 論文 (4.0%) あ

った。手術室看護実習の指導状況 (重複集計) は, 「指導者による指導」が 29 論文 (55.8%), 「教員が入室前にオリエンテーションを行う」が 9 論文 (17.3%), 「必要時教員が手術室へ入室し指導する」が 1 論文 (1.9%), 「記載なし」が 13 論文 (25.0%) であった。「手術室看護実習の期間」が記載されていたものは 17 論文であり, 最も多かった期間は「1 日」と「2 日」でともに 4 論文 (23.5%) であった (表 2)。

6. 学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容の分類

対象 43 論文 (論文番号 1~43) による研究内容は 5 つに分類された。最も多かったのは, 【手術室看護実習における学生の学びの実態】の 25 論文 (58.1%) であった。順に, 【手術室看護実習の実習目標と学習成果との関連】の 9 論文 (20.9%), 【工

表 2. 対象論文の概要

項目	内訳	n (%)	項目	内訳	n (%)
対象		43 (100.0)	筆頭著者		43 (100.0)
	看護系大学の学生	23 (53.5)		看護系大学教員	24 (55.8)
	看護系短期大学の学生	15 (34.9)		看護系短期大学教員	13 (30.2)
	看護師養成所 3 年課程の学生	2 (4.7)		手術室看護師	4 (9.3)
	手術室看護師と看護系大学の学生	3 (7.0)		看護専門学校教員	2 (4.7)
手術室看護実習の目標		43 (100.0)	研究方法		43 (100.0)
	記載あり	28 (65.1)		質的研究	24 (55.8)
	記載なし	15 (34.9)		量的研究	14 (32.6)
				質量併用	5 (11.6)
手術室看護実習の入室形態 (重複回答)		50 (100.0)	研究デザインの種類		43 (100.0)
	受け持ち実習	24 (48.0)		因子探索研究	24 (55.8)
	受け持ち以外の患者に依頼	7 (14.0)		関係探索研究	19 (44.2)
	手術室実習	10 (20.0)			
	受け持ち実習と手術室実習の両方	7 (14.0)	データ収集方法 (重複回答)		54 (100.0)
	記載なし	2 (4.0)		実習記録・レポート	21 (38.9)
手術室看護実習の指導状況 (重複回答)		52 (100.0)		独自の質問票	15 (27.8)
	指導者による指導	29 (55.8)		面接法	5 (9.3)
	教員が入室前にオリエンテーションを行う	9 (17.3)		質問票の自由記述	4 (7.4)
	必要時教員が入室し指導する	1 (1.9)		技術チェック表・観察評価表	3 (5.6)
	記載なし	13 (25.0)		観察法	1 (1.9)
手術室実習の期間		17 (100.0)		心理学的手法	3 (5.6)
	半日	3 (17.6)		生理学的手法	1 (1.9)
	1 日	4 (23.5)		その他の尺度	1 (1.9)
	2 日	4 (23.5)			
	その他	3 (17.6)			
	記載なし	3 (17.6)			

表4. 学生が経験した手術室看護実習の様相

記録単位 n=701

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
外回り看護師と器械出し看護師の役割の違いを理解する 手術室看護師の役割を理解するのに役立つ 厳重な無菌操作の理解する 患者模擬体験によって手術を受ける患者を理解する 体験することによって出血ガーゼのカウントを理解する 手術室で用いられる薬剤を理解する 臓器を直視することで解剖生理の理解が促進する 手術室の特殊な構造を理解する 医療技術の進歩を実感する 人間の生命を守る重みと責任を理解する 倫理的姿勢をもって患者に接することを理解する 術前・術中・術後へと看護が継続していることを理解する 手術時間と手術侵襲の関連を理解する 直視することで手術侵襲の理解が促進する 周手術期看護を理解する 手術を直視することでイメージできる 看護過程の展開に役立つ 手術室看護への興味・関心を抱く 実習の内発的動機を高める動機となる 実習の事前学習を促進する資料となる 手術看護技術を体験することは難しい 患者へのプライバシー配慮に欠ける医療者の態度は問題である 手術中の医療者の不真面目な態度は問題である 患者の異常の早期発見のために、常に観察しその都度報告している 患者の状態把握(術前・術中・術後)し、適切な看護を提供できるようにしている 合併症予防のために頻回に観察を行っている 万が一の急変時に備えて行動している 薬剤・器具類の管理をしている 手術室内の環境の整理を行っている 術中記録と申し送りを行っている 手術室内の医療スタッフの連携・調整の役割を行っている 手術患者の不安を軽減する関わりを行っている 体内へのガーゼ・器械の遺残を予防している 手術進行止めない技術を提供している 手術野の無菌状態の厳守・徹底をしている 効率の良い確かな器械出しを行っている 状態を把握するためにアセスメントし、看護を提供している 手術侵襲によって起こりうる状況を予測している 低体温予防の看護技術を提供している 深部静脈血栓予防の看護技術を提供している 褥瘡・神経障害予防の看護技術を提供している 体内へのガーゼ・器械の遺残の予防をしている 患者の誤認予防をしている 環境整備をして、医療者の転倒や不潔を防いでいる 感染予防に留意している 手術室は清潔を維持できる構造となっている 無菌管理を徹底している 医療チームが連携することで安全な環境を提供している プライバシーの配慮した看護を提供している 患者にリラックスできる環境を提供している 患者に丁寧な声かけを行っている 患者中心の看護を提供している 不安緩和への支援を行っている 安全・安心の手術提供を行っている 覚醒時の患者の看護を提供している 術後終了時のねぎらいの声をかけている	実習を経験することによって 手術看護の理解が促進する	手術室看護実習の 目標達成に 向けて経験した 肯定的な学習 内容と課題
手術を直視することによって 手術侵襲の理解が促進する	受け持ち患者の手術を見学することによって 理解が促進する	
手術室看護実習を効果的にするために資料を活用する	手術室看護実習の学習課題がある	
手術室における倫理的課題がある		
外回り看護師から提供される 看護実践を理解する		手術室看護師が 患者の状態を予 測し、看護判断 から提供される 看護実践に 関する学び
器械出し看護師から提供される 看護実践を理解する		
根拠に基づいた迅速なアセスメントと 異常の早期発見を行っている		
合併症予防のために看護を実践している		
厳重な安全管理を行っている		
厳重な清潔管理を行っている		
チーム医療の連携によって安全環境を提供している		
不安緩和に向けた援助/安楽な環境を提供している		
専門的知識に裏づけられた能力がある		
手術室看護師には専門的な技術・能力がある		
予測されること、何か起きたときに 機敏に対応する能力がある		
根拠に基づいた迅速なアセスメントと 対処する能力がある		
患者の安全性を保証する能力がある		手術室で行われ ている看護現象 への専心によっ て、より深化する 手術室看護の 独自性への理解
医療器具の管理と理解力がある		
チーム医療の連携・調整する能力をもっている		
患者の気持ちを支える/患者・家族の心理的支援 ができる		
質問やケアへの参加によって達成感を抱く		
実習で経験した不安や悩みに対処してほしい		学生が手術室看護 実習の目標を 達成する過程で 経験した困難と 達成感

進する資料] となるため、〈手術室見学実習を効果的にするために資料活用する〉があった。一方〈手術室看護実習の学習課題がある〉は〔手術看護技術を経験することは難しい〕や、〈手術室における倫理的課題がある〉は手術中に医療者がとった〔患者へのプライバシー配慮に欠ける医療者の態度は問題がある〕などが挙げられた。

2) 【手術室看護師が患者の状態を予測し、看護判断から提供される看護実践に関する学び】

このカテゴリは、33 コード、8 サブカテゴリからなり、学生は〈外回り看護師から提供される看護実践を理解する〉には〔患者の状態把握（術前・術中・術後）し、適切な看護を提供できるようにしている〕、〔万が一の急変時に備えて行動している〕、〔合併症予防のために頻回に観察を行っている〕などの看護実践を挙げていた。また〈器械出し看護師から提供される看護実践を理解する〉には〔手術進行を止めない技術を提供している〕、〔手術野の無菌状態の厳守・徹底をしている〕などと捉えていた。さらに、手術室看護師は〈根拠に基づいた迅速なアセスメントと異常の早期発見を行っている〉ため〔手術侵襲によって起こりうる状況を予測している〕こと、〈合併症の予防のための看護を実践している〉では、患者の合併症予防のために〔低体温予防の看護技術を提供している〕や〔深部静脈血栓予防の看護技術を提供している〕と捉えていた。手術を受けている患者に対し〈厳重な安全管理を行っている〉では、〔体内へのガーゼ・器械の遺残を予防している〕や〔患者の誤認予防をしている〕など、医療事故防止の看護実践を挙げていた。また〈厳重な清潔管理を行っている〉では〔感染予防に留意している〕ことや〔無菌管理を徹底している〕などを挙げていた。手術を受ける患者への〈不安緩和に向けた援助／安楽な環境を提供している〉から〔患者中心の看護を提供している〕や〔安全・安心の手術の提供を行っている〕など、手術室で行われている手術看護の看護実践が挙げられていた。

3) 【手術室で行われている看護現象への専心によって、より深化する手術室看護の独自性への理解】

このカテゴリは、22 コード、8 サブカテゴリからなっていた。学生は、手術室で手術看護を見学し、手術看護を提供する手術室看護の独自性があ

ると捉えていた。手術看護には〈専門的知識に裏づけられた能力がある〉ことを挙げ、〔手術看護師は手術看護に必要な専門的な知識と技術をもって行動している〕、〔手術室看護師は手術全体の流れと麻酔や手術方式を熟知して行動している〕と捉えていた。さらに〈手術室看護師には専門的な技術・能力がある〉と捉え、〔手術室看護師には体力と精神力が必要である〕、〔手術室看護師には責任感・集中力のある行動が求められる〕などを挙げていた。また〈予測されることと、何か起きたときに機敏に対応する能力がある〉に対しては、手術室看護師の〔機敏な行動〕と〔柔軟な判断〕を挙げ、手術室看護師は〈根拠に基づいた迅速なアセスメントと対処する能力〉を用いて〔手術により予測される合併症を回避するためのアセスメントと対処する能力が必要である〕と捉えていた。〈患者の安全性を保証する能力がある〉には、〔医療安全を徹底（誤認防止・ガーゼの遺残）した看護を提供できる〕こと、〈チーム医療の連携・調整する能力をもっている〉には〔チーム医療によって患者により良い医療を提供している〕、〔スタッフの調整・連携を行う能力がある〕などと捉えていた。そして〈患者の気持ちを支える／患者・家族の心理的支援ができる〉は、手術を受ける〔患者の不安を軽減する関わりができる〕、〔家族の援助の必要性を理解しケアを提供できる〕を挙げていた。

4) 【学生が手術室看護実習を目標達成する過程で経験した困難と達成感】

このカテゴリは、9 コード、2 サブカテゴリからなっていた。学生は、手術看護学実習で〈質問やケアの参加によって達成感を抱く〉は、〔看護師から配慮があり、質問やケア・処置への参加ができた〕を挙げていた。一方で〈実習で経験した不安や悩みに目を向けてほしい〉には〔慣れない環境であり看護師が忙しそうなか、学生が聞ける雰囲気ではない〕、〔手術室における看護師の役割・術式・手術内容や経過・器具等を教えてほしい〕、〔教員と指導者の連携を密にしてほしい〕などが挙げられていた。

考察

1. 学生の手術室看護実習に関する看護研究の動向
わが国における看護基礎教育課程の手術室看護実

習に関する研究は、2009年を境に僅かに増加傾向にあった。これは、厚生労働省が2003年に発令した「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」¹⁰⁾や、2009年の看護基礎教育のカリキュラム改正が影響しているものと考えられる。このカリキュラム改正では、学生の看護実践能力の強化が重要課題として、看護師の教育課程で習得すべき技術項目の精練や卒業時の到達目標を明確にしていることから、これを受けて手術室看護実習の技術内容や学習内容に対する関心が高まったものと考えられる。加えて、わが国における看護系大学が2000年の84校から2015年1月には249校¹¹⁾と増加するに伴い研究者でもある大学教員数が増加したことから、大学に所属している研究者によって看護系大学の学生を対象とした研究が行われ、これが研究数の増加の一因となっていると考えられる。

2. 研究の種類、研究デザインおよびデータ収集方法

研究の種類は質的研究(55.8%)が最も多く、研究デザインでは因子探索研究(55.8%)が最も多く占めていた。本研究の対象論文の大部分が学生の実習記録やレポート類(38.9%)を用いて質的データとして分析していたことから、因子探索研究が多かったものと考えられる。さらに、手術室看護実習という現象を捉え、学生の実習経験があるがままに分析するには、質的研究が最も適していると考えられることから、研究デザインとして因子探索研究が半数を占めたものと思われる。因子探索研究の次に多かったのは、探究レベル2に相当する関係探索研究(44.2%)であった。関係探索研究は因子間にどのような関係があるかを探す目的で行われ、このタイプの研究によって見つけ出された因子間の関係から仮説が提示され、その真偽は、次の探究レベルである関連検証研究によって確かめられる¹²⁾といわれている。本研究の結果から研究デザインが、因子探索研究と関係探索研究のみで占められていたことから、わが国の看護基礎教育課程における学生の手術室看護実習の実態が、今までの研究の構築によって明らかになってきた段階であると判断できる。研究対象とした論文は、学生という人を対象とした研究であるため、関連検証研究や因果仮説検証研究のように、仮説を形成する因子以外の事象を出来るだけ差異やばらつきがないようにすることは、倫理的側面から難しい問題もある。しかしながら、研究成果

が実態調査に留まっている現状であり手術室看護実習の質を向上していくためにも、研究の蓄積やエビデンスのある研究が行われていくことを期待する。データ収集方法で、実習記録およびレポート類の次に多かったのは、独自の質問票(27.8%)を用いた調査であった。質問紙票は学生に負担が少ないデータ収集法であり、その方法を用いて学生の手術室看護実習の経験について、情報を収集しようとする意図で行われているものと考えられる。また質問票に自由回答の欄を加えるなど工夫することで、学生の素直な言葉からデータを収集しようとしていると思われる。研究方法の種類として、近年量的研究と質的研究の共通点を強調した混合研究法(mixed methods)が用いられる¹³⁾傾向にある。今後は量的・質的研究の混合研究法などを用いて、学生の一側面だけではなく多面的に捉える研究を進めていくことで、手術室看護実習に関する研究がさらに発展していくことが望まれる。

3. 手術室看護実習の目標、手術室看護実習の形態、手術室看護実習の期間、手術室看護実習の指導状況

「手術室看護実習目標」を記載した論文(65.1%)は全体の7割弱と多かった。このことから、看護基礎教育を行っている大部分の教育機関では、実習目標を掲げながら手術室看護実習を展開しているものと考えられる。

「手術看護実習の形態」で一番多かったのは「受け持ち実習」(48.0%)であった。これは、手術室看護実習は看護基礎教育の学生にとって専門性が高い¹⁴⁾こと、「診療に伴う看護技術」は、看護基礎教育で教育すべきことと卒後の研修等ですべきことは区別して考える¹⁵⁾と指摘されていることに加え、手術室看護実習は、小さな看護技術の提供でも無資格者の学生による医療的行為にもなり得、慎重な対応を取らざるをえないことから、「受け持ち患者」実習が選択されていると考える。「手術室看護実習の期間」で最も多かったのは「1日」と「2日」であった。これも対象とした論文の実習形態が「受け持ち実習」のみが最も多かったことが関連していると思われる。また「手術室看護実習の指導状況」では、「指導者による指導」(55.8%)が最も多く、その理由として教員が手術室内で直接指導する時間的確保が難しいことが現状として考えられる。さらに、手術看護の複雑な看護現象を教材にして指導す

るには教員に高い指導能力が求められるうえ、手術室での確かな指導をすることは困難と考えられることから、指導者による指導が多かったものと推測される。臨地実習は、講義を臨地の現象と結び付けて考える貴重な場であり、臨地実習そのものが「授業」として位置づけられている¹⁶⁾ことをふまえると、教員不在の手術室看護実習は、「授業」として難しい側面があるといえる。教員が手術室看護実習をどのように捉えているのか、また実習担当教員が学生の学習状況をどのように把握し実習を進行しているのか、実習指導の実態と教授活動の解明が必要と考える。

しかしながら、これらの上記項目について論文中に記載がないものがあつたことから、手術室看護実習を取り上げている論文であるものの、研究の枠組みにおける説明が不十分であるため、記載による説明が必要と考える。

4. 学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容の分類

手術室看護実習に関する研究内容を検討した結果、【手術室看護実習における学生の学びの実態】を明らかにした研究(58.1%)が全体の約6割を占めていた。これは、手術室看護実習は教員が直接関わるのが少ない看護学実習でもあるため、学生が何を学んでいるのか、教員や指導者が実態を把握する目的で研究が行われているのではないかと推測される。本研究は水谷ら¹⁷⁾の論文の表題から目的を分析した結果も「学生の学び」に関するものが最も多く、先行研究と一致するものであつた。

次に多かつたカテゴリは、【手術室看護実習の実習目標と学習成果との関連】(20.9%)であつた。看護学実習における研究の動向を調査した先行研究¹⁸⁾によると、看護学実習における学生の目標達成度や自己評価および目標達成度に関わる要因を解明した研究が22.5%であつたという結果と類似していた。本研究の研究対象とした論文の筆頭研究者の割合は、大学および短期大学所属の教員を併せて86.0%である。このことから、教育者として看護学実習に対する評価への関心の高いことが予想され、そのため実習目標と学習成果に着目した論文数が多かつたのではないかと考える。本研究の対象論文は、教員が授業を評価するという視点が色濃く表れていた。看護学実習の評価は、学生の学習成果に関わる評価と教員の教授活動の評価という二つの側面がある¹⁹⁾

といわれている。このことから、今後は教員の教授活動の評価の側面からも研究が行われることが望まれる。

【工夫を取り入れた教授方略による手術室看護実習の学習効果】(9.3%)は、手術看護は専門性が高いといわれていることから、手術室看護実習を学びやすいように教材等を工夫し、学生の学習の理解を支援することに着目した論文である。これらの論文から、より質の高い教育を実践するために努力している姿勢が伝わってくるものであり、今後も学生の学習促進のための教育的な研究が行われていくことが望まれる。

残るカテゴリ【手術室看護実習が学生に及ぼす影響】(9.3%)は、手術室看護学実習そのものが対象である学生にとって強い緊張とストレスをもたらすことから、学生の心理的側面の問題を克服するためのサポートおよび配慮した教授活動の必要性を示している。しかし、その援助法はいまだ明らかになっていないことから、今後、手術室看護実習の学生の影響要因に対する指導や援助について検討していく研究が求められる。

2000～2015年間の15年間で発表された、学生を対象とした手術室看護実習に関する研究論文は43件であり、毎年5件前後で推移している。研究対象の約5割を占めていたのは実習記録およびレポート課題をもとに分析した論文であることから、研究内容は実態報告に留まっており一般化をねらうような段階に至っていない。したがって、現時点では学生の手術室看護実習に関する研究は萌芽的な状態といえるが、発表論文は少しずつ増えていることから研究は進展していると考えられる。

5. 学生が経験した手術室看護実習の様相

学生が経験した手術室看護実習の様相で形成された4つのカテゴリについて述べる。

【手術室看護実習の目標達成に向けて経験した肯定的な学習内容と課題】では、学生が手術室看護実習の目標に向けて学習している内容と課題が挙げられた。看護学実習とは、学生が既習の知識・技術を基に、クライアントと相互行為を展開し、看護目標達成に向かいつつ、そこに生じた看護現象を教材として、看護実践に必要な基礎的能力を修得するという実習目標達成を旨とする授業である²⁰⁾といわれている。手術室看護実習を経験することによって対象理解が深まり、手術を受ける対象に対して必要な看

護への関心とつながっていく学習過程をふんでい
ると捉えられる。しかしながら課題もあり、患者が生
命をかけて外科的治療を受けている場面でかわされ
る医療従事者の何気ない態度が、学生にネガティブ
な感情を与えて学習へのモチベーションを妨げている
ことが挙げられていた。医療者は患者のプライバシー
を守ることに患者を擁護する立場にあることから、
今後改善を要する課題と捉えられる。

手術室で行われている看護技術は主に「診療に伴
う看護技術」である。侵襲を伴う看護技術に対して
、看護基礎教育で教育すべきことと卒後の研修等
ですべきことは区別して考える²¹⁾ことが指摘され
ている。しかし、手術看護技術を体験する難しさにつ
いて、基礎教育期間において自立して経験できる技
術が決して多いとはいえず、経験できる技術の種類
も限定されていた²²⁾と述べている論文もある。近
年の論文では、手術室看護実習における技術の経験
を優先よりも、手術室でより多くのものを観察する
ことに主眼をおいた論文も見受けられる²³⁾。手術室
看護実習は限られた時間であり、その実習における
看護援助について、実施が望ましいのか、または見
学のみとするのか、到達目標の設定は教育機関によ
って捉え方が一様とはいえない状況であった。この
ことから、手術室見学実習で提供されている看護援
助を実施する意味や範囲について、今後教育的な側
面からも研究を積み重ねていくことが求められる。

【手術室看護師が患者の状態を予測し、看護判断
から提供される看護実践に関する学び】では、学生
が手術室看護実習の経験から手術室内で行われてい
た看護に着目したものであり、手術室看護師の看護
実践が詳しく抽出されていた。雄西らは、手術室看
護師は、手術侵襲、麻酔の生体への環境を熟知し、
患者の身体的安全・安楽が得られ、不安や恐怖心が
軽減することにより精神的安楽が得られることを目
標に看護を行っている²⁴⁾と述べている。本研究で
抽出されたコードから、学生は授業で既習している
内容を理解し実習に臨んでいたものと捉えられる。

【手術室で行われている看護現象への専心によっ
て、より深化する手術室看護の独自性への理解】で
は、学生は手術室で行われていた手術看護をじっくり
と観察し、卓越した看護を提供していたと捉えて
いた。土蔵は、手術は治療目的で患者に生命の危機
を及ぼすような大きな侵襲が加わるため、実践する
技術は洗練されていなければならない。特に感染予

防技術と安全の確保、麻酔に関する知識と介助技術
は、手術室独自の技術といえ、高い専門性が求めら
れる²⁵⁾と述べている。学生は看護基礎教育では専
門性の高い領域といわれている手術室看護実習であ
るが、手術室看護の独自性を理解し学んでいたこと
を示している。

【学生が手術室看護実習を目標達成する過程で経
験した困難と達成感】では、手術室という閉鎖され
た空間の中で、学生が手術室看護実習の目標を達成
する過程で経験した困難や達成感を感じたことが挙
がっていた。学生は手術室看護実習では外回り看護
師もしくは臨床指導者から最も多く指導を受けてい
ることから、直接指導を受ける実習指導者との関係
性を構築することに困難を感じていたものと考え
る。千田ら²⁶⁾の成人看護学実習における学生の抱
える困難感を文献によって検討した論文では、対人
関係の側面として実習指導者との関係を挙げてお
り、学生は年配者と接する機会が減少傾向にあり、
加えて受け持ち患者は基礎看護学実習の時と比べ複
雑な状況下にある可能性が高く、実習指導者との関
係性を構築する上で困難感を抱いていたと述べてい
る。岩永ら²⁷⁾は、精神的に不健康とされる学生は
全体の3割以上であり、その関連因子の一つに実習
のストレスを挙げ、学生に対する情緒的サポート体
制の必要性を述べている。しかしながら、本研究で
は手術室看護実習における困難感やストレスを抱い
ている学生に対する教授法やサポート体制について
検討した論文は見当たらなかった。今後、手術室看
護実習に伴う困難やストレス状況に対し、学生はど
のような支援を得ているのか、学生のストレス要因
と対処の因果関係について、検討する必要性が示唆
された。

本研究では、学生から手術室看護実習における指
導に対し、肯定的・否定的な捉え方が示された。佐
藤ら²⁸⁾は、実習指導者は学生との関係形成には時
間的制約が避けられないことから、実習指導者の実
習環境の整備と学生への心理的サポートという役割
は状況により責任の度合いが一様ではないことを示
唆している。手術室看護実習の場合は1日か2日と
いう短い期間で行われている状況であり、短時間で
指導者との関係性を構築するのは学生にとって難し
い側面があると推測される。このことから、指導者
間の連携を密にし、学生の実習場のニーズに関して
教員と指導者が共に問題解決していく姿勢が不可欠

であることを示している。しかしながら、本研究からは指導者と教員の連携に関する研究は見当たらなかった。看護基礎教育課程の実習を対象とした研究では、教員と指導者との連携は必要とする論文は数多く報告されている^{29) 30) 31)}。手術室看護実習が他の実習と違って看護基礎教育では専門性が高いという見方があること、手術室内での実習指導は主に手術室看護師が行っている現状をふまえ、指導者と教員の連携に関する研究を行っていく必要がある。中田ら³²⁾は、教員が実習に関わることが少ないことから、指導者からは戸惑いや不満が挙げられていた問題に対し、実習指導を終えた時点で教員と指導者のリフレクションを行うことで、実習指導者、教員双方の理解が深まる効果が期待できる見方を示している。この試みは母性看護学実習における報告であるが、手術室看護実習においても教員と実習者の連携を強化し、効果的な教育方策を探究していくことの必要性が示唆された。

6. 今後の研究課題

学生を対象とした手術室看護実習に関する研究内容の分析結果から、最も多かった【手術室看護実習における学生の学びの実態】のカテゴリが示すように、学生の実習記録やレポートをデータとして分析しているものや、手術室看護実習を実態調査するという研究方法に偏りが生じている現状が浮き彫りにされた。今後は研究目的に見合った研究方法を活用すること、多様な研究方法を用いて研究を行い導き出された内容の検討から、関係探索、関連検証、因果仮説検証研究に発展させていくことが課題といえる。

さらに、研究内容の分析から導き出された【手術室看護実習が学生に及ぼす影響】のカテゴリや、学生が経験した手術室看護実習の様相の【学生が手術室看護実習を目標達成する過程で経験した困難と達成感】のカテゴリから、手術室看護学実習は学生にとって強い緊張とストレスをもたらしていることが示された。しかし、実習のストレスに対する学生自身の対処や学生の心理的側面の問題への援助法は明らかにされていない。また、手術室看護実習は教員不在のまま実習を展開している場合があり、「授業」という視点からは課題がある。これらから今後必要とされる研究は、学生の手術室看護実習に対するストレスを軽減する教授法や援助、実習担当教員における学生指導の実態と教授活動、教員と指導者側の支援・連携についての研究を進めていく必要性があ

ると考える。

本研究の限界

本研究の限界は、対象論文の検索時に本研究の目的に合致する論文が検索されなかった可能性がある。また、内容を分析するカテゴリ化において十分な検討を行ったが、研究者の主観的判断が多少なりとも含まれていることが考えられ、これらの点が本研究の限界である。

結論

2000～2015年までに国内で報告された看護基礎教育課程における看護学生の手術室看護実習に関する研究の動向と課題に焦点をあてて分析し、以下の結論を得た。

1. 研究デザインは、因子探索研究が55.8%、種類は質的研究が55.8%と最も多く、手術室看護実習の指導状況では「指導者による指導」(55.8%)が最も多かった。
2. 「研究内容」は5分類され『手術室看護実習における学生の学習内容の実態』(58.1%)が最も多かった。
3. 「学生が経験した手術室看護実習の様相」は4分類され、【学生が手術室看護実習を目標達成する過程で経験した困難と達成感】では、学生が手術室看護実習の目標を達成する過程で経験した困難や達成感や、指導に対して肯定的・否定的に捉えていた。
4. 研究の動向は43論文発表され、毎年5件程度発表されてはいるものの、学生の実習記録やレポートをデータとして分析しているものや、手術室看護実習を実態調査している研究が大部分を占めていることから、研究は萌芽的な段階といえる。
5. 今後必要とされる研究は、手術室看護実習に対する学生のストレスが強いことから学生のストレスを軽減する教授法や援助法の確立、手術室看護実習における実習担当教員による教授活動の解明、教員と指導者側の支援・連携の検討が挙げられる。

引用文献

- 1) 雄西智恵美, 秋元典子. 周手術期看護論. 第14版. 東京: スーヴェルヒロカワ; 2014.
- 2) 北村直子, 奥村美奈子, 兼松恵子, 田中克子,

- 小田和美他. 手術室実習を通しての学生の学び
第2報 一学生が捉えた手術室で行われていた看護— 岐阜県立看護大学紀要 2004 ; 4 (1) : 92-98.
- 3) 河原田栄子, 岸野亜矢, 川城由紀子, 松浦さおり. 急性期(周手術期)看護における実習指導の実際. 看護展望 2001 ; 26 (11) : 23-29.
- 4) 原嶋朝子, 加藤千恵子, 鈴木夕岐子, 浅見多紀子, 柴崎いづみ他. 周手術期看護実習の手術見学における看護学生の学習内容. 日本看護学会論文集成人看護 I 2004 ; 34 : 12-14.
- 5) 深澤佳代子. 看護基礎教育から見た手術室看護の専門性. 日本手術医学会誌 2004 ; 25 (1) : 83-85.
- 6) 水谷郷美, 城丸瑞恵. 国内文献からみた手術看護教育における研究動向—看護基礎教育に焦点を当てて—. 日本手術看護学会誌 2015 ; 11 (2) : 278-284.
- 7) 看護行政研究会. 平成27年度版 看護六法. 初版. 名古屋 : 新日本法規 ; 2015.
- 8) 舟島なをみ. 看護学教育における授業展開 質の高い講義・演習・実習の実現に向けて. 初版. 東京 : 医学書院 ; 2013.
- 9) 勝又浜子, 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子編. 看護師養成所の運営に関する指導要領について, 看護法令要領(平成27年度版). 東京 : 日本看護協会出版会 ; 2015.
- 10) 厚生労働省. 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書 : 2003年3月17日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/030s0317-4.html> (2015年1月29日閲覧)
- 11) 一般社団法人 日本看護系大学協議会. 「大学で看護を学ぼう」リーフレット : 2016. <http://www.janpu.or.jp/download/pdf/janpu-kango.pdf> (2015年12月15日閲覧)
- 12) 数間恵子, 岡谷恵子, 河正子. 看護研究のすすめ方読み方つかい方. 2版. 東京 : 日本看護協会出版会 ; 2014.
- 13) 廣瀬春治次. 混同研究法の現在と未来. 山口医学. 2012 ; 61 (1・2) : 11-16.
- 14) 深澤佳代子. 看護基礎教育における手術室看護の位置づけと教授方法について—手術室実習について—. 手術医学. 2006 ; 27 (4) : 83-85.
- 15) 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 : 2007年4月16日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (2015年1月29日閲覧)
- 16) 杉森みどり. 舟島なをみ. 看護教育学. 第5版. 東京 : 医学書院 ; 2012.
- 17) 前掲書6)
- 18) 山下暢子, 定廣和香子, 舟島なをみ. 1994年から1998年における看護学実習に関する研究内容の分析—学生を対象とした研究に焦点をあてて—. 看護教育学研究. 2003 ; 12 (1) : 29-36.
- 19) 前掲書16)
- 20) 舟島なをみ. 看護教育学研究の成果に見る看護学実習の現状と課題. Quality Nursing. 2001 ; 7 (3) : 6-7.
- 21) 厚生労働省. 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 : 2007年4月16日. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (2015年1月29日閲覧)
- 22) 木村久恵, 村井嘉子, 牧野智恵, 丸岡直子, 岩城直子他. 成人看護学実習における看護技術修得状況の実態. 石川看護雑誌. 2011 ; 8:73-82.
- 23) 板東孝枝, 雄西智恵美, 今井芳枝, 山田和代, 森恵子ほか. 成人看護学実習における「手術見学実習観察項目表」を導入した実習の学習効果の検討. The Journal of Nursing Investigation. 2013 ; 1, 2 : 51-58.
- 24) 前掲書1)
- 25) 土蔵愛子. 手術看護に見る匠の技. 初版. 東京 : 東京医学社 ; 2012.
- 26) 千田寛子, 堀越政孝, 武居明美, 越井英美子, 恩幣宏美他. 成人看護学実習における看護学生の抱える困難感の分析. 群馬保健学紀要. 2011 ; 32 : 15-22.
- 27) 岩永喜久子, 後藤有紀, 宮澤晴佳, 増本紘子. 学部教育における看護学生のメンタルヘルスと関連要因. 保健学研究. 2007 ; 20 (1) : 39-48.
- 28) 佐藤亜月子, 城野美幸, 吉田千鶴. 看護基礎教育における看護基礎看護学の技術教育に関する研究の動向—2003~2012年に発表された国内の研究論文の分析—. 帝京科学大学紀要. 2014 ; 10 : 201-206.
- 29) 堀理江, 大塚眞代. 成人看護学領域における実習指導者の指導観. ヒューマンケア研究学会誌. 2013 ; 5 (1) : 19-26.

- 30) 榊原文, 小笹美子, 福岡理栄. 地域看護学実習者における学習効果を高めるための指導工夫. 島根大学医学部紀要. 2016 ; 38 : 55-61.
- 31) 三木香代子. 成人看護学実習において学生が体験する困難—卒業生アンケート調査を基に—. 千葉県衛生短期大学紀要. 2007 ; 26 (1) : 77-88.
- 32) 中田恵美, 恵美須文枝, 緒方京, 下睦子. 分娩介助実習を担当する臨床指導者の実態 (第3報) —実習担当に対する意義と課題—. 母性衛生. 2015 ; 56 (2) : 282-291.
- (2016年4月4日受付, 2016年8月22日受理)

<Material>

Operating Room Nursing Practicums in basic Nursing Education Courses: the Direction and Future areas of Research in Japan (2000–2015)

Naoko Ozawa

Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

Objective: To analyze the direction of nursing research regarding operating room nursing practicums for student nurses during basic nursing education courses and to investigate necessary future areas of research in Japan.

Methods: The Web Japan Medical Abstracts Society (Ver.5) was searched for articles published between 2000 and 2015 regarding operating room nursing practicums for student nurses. Values for descriptive statistics were calculated for type of research and other details while “research content” and “aspects of operating room nursing practicums experienced by students” were categorized based on similarity of semantic content.

Results: Among the 43 relevant articles returned by the search, the most common research design and type of research were exploratory factor analysis (55.8%) and qualitative research (55.8%), respectively. The most common form of instruction for operating room nursing practicums was “instructions from an instructor” (55.8%). Research content was divided into five categories, the most common of which was field reports describing “the state of student learning content during operating room nursing practicums” (58.1%). “Aspects of operating room nursing practicums experienced by students” were divided into four categories, among which “difficulties and sense of achievement experienced by students during the process of target attainment during operating room nursing practicums” demonstrated the difficulties and sense of achievement experienced by students during the process of attaining the targets of operating room nursing practicums and positive and negative perceptions of instruction.

Conclusion: The direction of current research regarding operating room nursing practicums for nursing students is at a breakthrough stage following clarification of the state of current operating room nursing practicums. Further research is required regarding 1) pedagogy and support to reduce student stress, 2) the state of student instruction and practicum systems among teachers in charge of practicums, and 3) support and cooperation between teachers and practicum instructors.

Keywords: basic nursing education course, operating room nursing practicum, literature review

<資料>

岩手県立衛生学院 (S45.4~H13.3) の足跡

—副学院長に焦点を当てて—

三浦まゆみ

元岩手県立衛生学院/岩手県立大学看護学部

要旨

昭和45年に保健婦(養護教諭含む)・助産婦・看護婦・歯科衛生士を養成する4科からなる岩手県立衛生学院が開設された。閉学までの31年の発展を、統括する副学院長が果たした役割の視点から明らかにしたいと考え、記念誌等からの資料収集と2名の副学院長への聞き取りを行った。副学院長として6名が就任され、最初の2名は医師、4名は看護職(保健師)であった。各副学院長の足跡から、その発展を3つの時期に区分することが出来た。①教育機関としての確立の時期、②専門職業人としての教育の充実を図った時期、③県立大学設置を受け、学院での教育を集大成として推し進めた時期である。その時代の社会のニーズを見据えながら学院の舵取りを行っていた。一方で、どの時期においても教職員は、限られた人員のなか多岐にわたる業務を担当し学生に向き合ってきたこと、卒業生からは忙しさの中にも充実感に満ちた学生時代であったことが記されていた。

キーワード：岩手県立衛生学院，副学院長，足跡

はじめに

昭和45年に保健婦(養護教諭含む)・助産婦・看護婦・歯科衛生士を養成する4学科からなる岩手県立衛生学院が開学した。その開学に係わった関係者の状況や役割等について学院の記念誌等より資料収集及びインタビューにて兼松ら¹⁾がまとめ、貴重な記録を残した。開学後の岩手県立衛生学院の歩んだ時代は、日本の看護において看護教育の改革、専門職化へと大きく変動した時代であった。県立衛生学院は、保健医療の人材を担う基礎教育機関であり、学院長は県立中央病院長が兼務していた。学院の運営に当たり、4科を統括する副学院長が、どのような考えを持って推進してきたのか、という視点から、衛生学院の果たした役割について検証することを目的とした。

情報の収集

1. 岩手県立衛生学院に関する資料を収集し、その

中から歴代副学院長がどのような考えで学院運営をしてきたのか、その前提となる考え方等記載されている投稿文等から抽出した。活用した資料は以下のとおりである。

- ① 学院の歩み 衛生学院創立30周年を記念して。岩手県立衛生学院 平成13年2月発刊(昭和45年~平成12年3月)
- ② 岩手県立衛生学院創立20周年記念誌。岩手県立衛生学院 平成元年11月発刊(内容：昭和45年~平成元年)
- ③ 県立衛生学院教育概要~学院5年間の歩み~(平成元年度~5年度)。岩手県立衛生学院 平成6年11月発刊
- ④ 岩手県における看護の概要 平成元年度。岩手県環境保健部 平成2年3月発刊(資料 岩手県における看護行政の推移)
- ⑤ わすれな草の会 45周年記念誌。岩手県立保健婦専門学院・岩手県立衛生学院保健婦養護教諭

科・同保健婦助産婦科・岩手県立衛生学院保健学科・同助産学科同窓会 平成9年11月発刊（内容：昭和28年入学生～平成9年）

- ⑥ けやきの会 40周年記念誌. 岩手県立盛岡高等看護学院・岩手県立衛生学院看護婦科・同看護学科同窓会 平成7年9月発刊（内容：昭和28年入学生～平成7年）
- ⑦ けやきの会 30周年記念誌. 岩手県立盛岡高等看護学院・岩手県立衛生学院看護婦科・同看護学科同窓会 昭和60年9月発刊（内容：昭和28年入学生～昭和60年）
- ⑧ みちのくすみれ会 三十周年記念誌. 岩手県立歯科衛生士学院・岩手県立衛生学院歯科衛生士科・同歯科衛生学科同窓会 平成7年3月発刊（内容：昭和39年入学生～平成7年）
- ⑨ 歩みこし看護Ⅱ 岩手県看護協会創立50周年記念誌. 岩手県看護協会 平成11年5月発刊（内容：昭和23年～平成11年）

2. 当事者2名には1の記事の確認と記事では十分表現しきれなかった内容について、本研究の取り組みの趣旨を説明し、了解を得た上で1名は対面、1名は電話にて聞き取りを行った。

結果

岩手県立衛生学院の推移（昭和45年4月～平成13年3月）は以下のとおりである。

1. 歴代学院長

桂重次氏（S45.4～7）、金子保彦氏（S45.12～H元.3）、小山田恵氏（H元.4～H8.3）、渡邊登志男氏（H8.4～H12.3）、樋口紘氏（H12.4～H13.3）の5名。

2. 歴代副学院長

植木春三氏（S45.4～S47.3）、伊藤ルリ氏（S51.4～S61.3）、野崎富子氏（S61.4～H3.3）、横沢せい子氏（H3.4～H6.3）、大坂茂子氏（H6.4～H10.3）、中野許子氏（H10.4～H13.3）の6名。

3. 養成課程

1) 保健学科（保健婦・養護教諭）

修業年限1年。S45年保健婦養護教諭科から、S57年保健学科へ改称。定員15名から30名を経て35名となり、教員数も2名から3名、最終的に4名となった。養護教諭養成継続。

2) 助産学科（助産婦）

修業年限1年。S45年保健婦助産婦科（保健婦・助産婦）からS57年助産学科へ改称、定員15

名、教員数3名となった。

3) 看護学科（看護婦）

S45年看護婦科からS57年看護学科へ改称、1学年定員60名で修業年限3年、教員数は3名から6名を経て7名となり、H2年には8名となった。

4) 歯科衛生学科（歯科衛生士）

S45年歯科衛生士科からS57年歯科衛生学科へ改称、定員20名から28名へ、H10年36名とし、推薦入試選考も取り入れた。修業年限についてはS58年に1年から2年に変更、教員数は1名から3名を経て、4名となった。

4. 副学院長の取り組み

衛生学院の開学から閉学までに、6名の副学院長が就任された。その6名の副学院長の足跡について、資料①～⑨の寄稿文の記事から該当部分を抜粋しデータとした。抜粋は“ ”で記す。また2名の当事者からの聞き取りによる発言要旨は〔 〕で記す。

1) 植木春三氏（S45.4～S47.3）

解剖学者である植木氏本人の寄稿文は見出すことができなかった。“S46年、学生と職員の公募により県立衛生学院の校章が制定されたが、そのデザインは植木氏のものであった”と記されている。またS45～48年まで看護婦科で解剖学の非常勤講師であった曾根潮児氏によると、植木氏（S47年6月より金沢医科大学に着任）は、“S56年金沢医科大学附属病院にて逝去、御遺体は献体され、全身連結骨格標本として大学に寄贈された。教育者としてまた解剖学者としての鑑である”と記されている。

2) 伊藤ルリ氏（S51.4～S61.3）

保健所長から副学院長に就任。“学院長から「看護婦科は自分が担当、他はすべて任せる」との言葉に従い仕事を始めた。しかし現実には、学院騒動の後始末としての寮の問題が残っていた。寮の委員と話し合うため寮に出向き、県と交渉して予算的措置を講じた。改善するのに1年かかった”ことが記されている。この寮については、大内元事務長（S47.12～S52.3）が“学生寮も問題の多い時期。石油ショックによる暖房の節約。それから派生した湯タンが使用の可否。県寮連盟加入許可願の取扱をめぐる長時間にわたる職員会議など。”と記し、S48年度寮長Dさんは、“楽しい

寮生活のさなか、晴天の霹靂ともいうべき消灯問題が起きた。舎監（教務）から注意され・・・売り言葉に買い言葉でエスカレートし・・・問題が大きくなっていった。時はまさに学生運動が盛んな頃だったが、あくまでも自分たちの生活上の問題、と他校の支援は受けずに何度も話し合いを行った。・・・やがて時間とともにお互いに譲りあうようになり、いつしか沈静化していった。まさに雨降って地固まる、の感だった”と学生の視点から述懐している。

また、教育の中で課題と捉えたのが、保健婦助産婦科である。1年間で保健婦と助産婦のカリキュラムをこなすという非常にハードなものだった。保健婦となったS47年卒のNさんは、“就職して母子保健の仕事を預けられ・・・毎日毎日家庭訪問をしていた時代・・・自信を持って母子に接することが出来た。・・・助産婦免許を持っているという自信に支えられ元々よく保健婦の一步を踏み出せた”と保健婦助産婦科時代を過酷で楽しい日々と評し、S48年3月卒のTさんは、その多忙さを“1年間で2つの資格が取れるのは魅力的。しかしカリキュラムをみてびっくり。6月に沢内実習、7月から4ヶ月の病院実習、夏休みはお盆中の1週間だけ、そして6週間の保健所実習、卒論、国家試験あつという間の1年”と記している。“2つの資格を1年で取ることの難しさを知らされたので、県と話し合い、保健学科と助産学科にわけ、保健学科には保健所実習にテーマを出し、実習終了後学院に戻って発表会をもつことにした。助産学科には助産実習は正常分娩10例を経験することについて、講義中に抜けて実習に入らなければならない状況を改善”し、S57年に保健学科、助産学科と名称が変更された。

この保健婦助産婦科から助産婦1年コースに変更後のカリキュラムについて、当時の久慈助産学科主任は“今までの合同コースの特性も捨てきれず地域母子保健に力を入れるという目標で・・・実習場所である葛巻町の保健婦や葛巻小学校の勇氣と決断で小学校5年とその父母を対象に性教育を実施”と記しており、この実習は閉科まで継続された。

保健婦養護教諭科の講義に関しては、“講師用の教科書は古く、数字的なものと時代の変遷との関係が少なく、全部ノートをつくり毎年講義を続

けた。”

歯科衛生学科について、“2年にしたいと関係課長にお願いし、予算的配慮をしていただいた。2年次の実習を引き受けていただくために岩手医科大学歯学部臨時教授会及び歯科医師会総会で自ら説明し、無事通過し”S58年より、2年制教育が開始となった。

3) 野崎富子氏 (S61.4~H3.3)

野崎氏は県保健婦、県看護係で衛生学院創立準備業務を担当、保健学科教務主任 (S46.4~54.3)、県環境保健部看護係長 (S54.4~S59.3)、県保健予防課主任保健指導主査を経て、S61年4月看護職で初めての副学院長に就任。

看護行政時代は、“看護婦の量的側面の確保が優先されている時期。需給計画を策定し、養成確保の試算により学校養成所の整備に努めた。一方で保健医療サービスにおいて質的に大きな転換が図られており、教育の充実強化の要望も高まった時代であった。S54年開始の健康づくり指導者海外研修事業の予算化、昭和56年から1年間の看護教員養成コース派遣事業の予算化、以後厚生省看護研修センターへの派遣研修が系統的に継続された。”

このような国や県の大きな動きの中で看護行政を担ってきた野崎氏は、衛生学院の運営にあたって、4科を統率し、“求められる専門職業人の教育のために努力を惜しまず・・・”を貫いた。

実習場では、岩手県立中央病院がS62年に新病院完成し、これまで白衣を着用して上ノ橋を渡り県立中央病院へと通っていた実習学生の風景も終わりとなった。新病院の一部が衛生学院の分校舎となり、臨床講義や実習のある看護学科2・3年生は殆どの時間が分校舎の通学となり、看護学科の教員も2手に別れての勤務体制となった。

患者さんがあふれている外来の中を通学する学生の私服が問題になった時期でもある。

S62年卒業Sさんは、服装への細かな注意が“高校を卒業し、制服を脱いでおしゃれを楽しみたい18歳の乙女達にはとても厳しい言葉で、当時は「どうして、私達だけが」と文句ばかり言っていた。でも習慣とは恐ろしいもので、3年間の学生生活のうちにしっかりと身についてしまい、それがいまだに続いている。・・・それが看護職としてだけでなく社会人として当たり前のことであ

り、また身についている”と回想していた。

野崎氏が副学院長であった S62 年に、国は「看護検討制度報告書」を提出。県においても看護婦等生涯教育調査検討会を設置し、その報告書に基づき H 元年看護協会が建設する「岩手県看護研修センター」の実現をみた。また、S63 年看護職員養成に関する検討委員会が発足、H 元年 8 月に知事あての、看護職員養成に関する検討委員会報告書において、本県の看護教育の在り方について中核的看護職員教育施設（看護系大学）の整備が必要」との提言がなされた。平成元年岩手県看護協会成澤会長のもとに、新たな「岩手県看護大学設置検討委員会」が発足し、積極的かつ具体的に調査検討会が始動した時期でもあった。

4) 横沢せい子氏 (H3.4~H6.3)

横沢氏は、県保健婦、衛生学院保健科教員、(S45.4~48.3)、県保健所保健婦長、保健学科主任 (S54.4~59.3)、県環境保健部看護係長 (S59.4~S62.3)、北上保健所保健婦長を経て、H3 年 4 月副学院長に就任。県看護行政時代は、“看護研修センターの建設、臨床実習指導者の教育、大学教育の必要性が提言された。とりわけ S61 年度開始した 5 週間の臨床実習指導者講習会の県単実施は、県内の看護教育関係者や実習指導に当たっている病院の実習指導者から大変喜ばれた。各病院の看護事情を知り、行政に反映させたいと考え、病院の看護業務指導を開始した。各保健所の保健婦長を通じ、管内病院の業務指導の形で入っただき、後に医療監視の一環として看護業務指導として位置づけられた”という業績を残した。

副学院長時代の具体について記載はみられないが、副学院長後に赴いた福祉施設長時代について“…利用者から「こういうときはどうしてくれるの？」といわんばかりのいろいろの課題が投げかけられる。そのたびに考え、悩み、職員と共に知恵を出し合い、解決の糸口を見出してやってきた。活動の場は違っても基本的視点は変わらないことを実感。こちらの言いたいことを伝える前にまず相手を良く知る努力と根気が大切で、それを省略すると解決の道は遠ざかるばかりと痛感”と記載されており、この姿勢は横沢氏の学生・教職員への取り組み姿勢でもあったと捉えられる。

野崎氏と横沢氏が副学院長の時代、県立衛生学院教育概要～学院 5 年間の歩み～（平成元年度～

5 年度）には、この 5 年間について、“世界も日本も歴史上の大変革の時代となり、保健医療機関においても「人口の高齢化と少子化」の社会背景の中で制度や教育の見直しが図られた。看護教育も 20 年ぶりに保健婦、助産婦、看護婦課程の全面改正があり、平成 2 年度からの一斉実施となった。…この 5 年間は新カリキュラムの試行期間であり、問題解決能力が身につく幅広い学習が出来るゆとりのあるカリキュラムによる教育を目指した。…一方歯科衛生学科は、高齢化社会の到来と歯科保健の重要性への対応として平成元年度に歯科衛生士法の一部改正があり平成 3 年度から都道府県免許が厚生大臣免許となった。また歯科保健指導業務の規定、社会保険診療報酬上の歯科保健指導料の新設等歯科衛生士の身分と独占業務が法的に強化、法改正に伴う教育の充実が課題となった。目まぐるしく変転する社会の動きの中で、現場に求められる保健医療従事者の基礎教育は、学院が主体的に教育目標やカリキュラムを編成し、特色ある教育を展開する時代”であった。

5) 大坂茂子氏 (H6.4~H10.3)

大坂氏は県保健婦、保健婦長、県環境保健部看護係長 (S62.4~H 元.3)、盛岡保健所保健婦長を経て、H6 年 4 月副学院長に就任。当時を振り返り、[看護係長時代、S63 年の衛生学院謝恩会の席上で当時の田中県環境保健部長が県立の看護大学をつくります、と発言。看護教育のあり方について直接意見を交わしたこともあり、感無量であった。]

また就任と同時期に県立大学整備室が設置され、[その時期に副学院長として赴任した自分として考えたことは、衛生学院の残された期間は大学教育を踏まえたような教育運営を図ること。県立衛生学院としての教育方針・目標を当時の各教務主任と共に作成し、その理念のもとに各学科の教育目標が作成された。]作成された衛生学院教育方針・教育目標・めざす学生像は以下のとおりである。

【教育方針】

人間尊重、人類福祉への貢献を基調とし、創造豊かに、諸問題の解決が図られ、主体的に役割が果たせる専門職者〔保健婦（士）、助産婦、養護教諭、看護婦（士）、歯科衛生士〕を養成する。

【教育目標】

1. 深い人間理解に根ざした洞察力と人間を感性高く受容できる資質を有し、諸問題についての問題解決能力を持った人材を育成する。
2. 基礎的能力を身につけ、科学的思考の出来る人材を育成する。(基礎的能力 - 知識と技術、意欲、関心、態度)
3. 規律を重んじ、協調精神を養い、自己啓発に努め、専門分野の発展に貢献しうる人材を育成する。

【めざす学生像】

～自由と規律をモットーとし、自由に伸び伸びと個性を伸ばし、節度ある行動がとれる学生～

1. 人間尊重ができる。
2. 問題解決が図れる。
3. 科学的論理的思考が出来る。
4. 規律を重んじ、他と協調できる。
5. 自己啓発をし続ける。

これに関連して、野崎節子看護学科主任(S49.4～S62.3)は、“…進学や就職試験での面接において「あなたの学院の校風は?と問われ「自由の中にも規律ある学院で誇りに思っている」と答えたというある学生の報告を受け、私はそれまで校風等あまり気にしていなかったが、それを聞いて学生達は校風をそのように思っていたのかと初めて知った。校風と言うものは学生がつくるものだけでも、その校風のできる「根」はどこにあるかと考えたときに、それは教育に係わるその時代時代の私どもにあるのではないか、と考えさせられた”と記している。校風のできる「根」がここに明文化された。

H7年度には、県立看護婦養成所の専修学校化を図った。[看護係長時代に専修学校にしようと尽力したが、もう一步のところまで決裁にならなかった。教育現場にきて、その必要性を改めて実感した。]大坂氏は“保助看の3学科の存続期間が5～6年しかない中で、今更とも思ったが、県内にある他の県立看護婦学校養成所の為にもと推進した。卒業生が県立大学看護学科に5名が編入できたと聞いて、専修学校化を図ってよかったと思っている”と記している。もう一点印象深かったのは[H7年の県立大学看護学部についての小山田委員長と前成澤看護協会長の超ウルトラCの活動により看護学部の実現に至ったこと]。この

ことについて、当時の小山田恵学院長は、“H7年10月県立大学の開設準備委員会に事務局長から最終提案が出されたとき、私は工藤知事の前で反対意見を述べた。…大学の中核となるべき看護学部の学生数が4学部で最も少ないのは納得できない。せめて衛生学院の学生数と同数にしてほしいと強く要望した。…翌日知事の決断で私の意見どおりに変更されたことが知らされた。その瞬間これまで長い年月看護大学設立に情熱を燃やし、奮闘してこられた成澤良子先生をはじめ、多くの方々のお顔が臉に浮かび、これで私が衛生学院に送る唯一のプレゼントができたと思った。”大坂氏は[学生数が少なければ、学部として成立せず、他学部吸収されてしまうことをとても危惧していた。]と小山田氏の発言の意図を補足してくれた。

教育の流れとして、H9年にはカリキュラム改正が行われた。各学科で改正の趣旨に適う、練り上げたカリキュラムを作成し、教育内容の充実・実習施設の拡大等図った。看護学科は最後の入学生(H9.4入学)のみが対象となった。

6) 中野許子氏(H10.4～H13.3)

中野氏は県保健婦、保健婦長、そして盛岡保健所技術主幹兼予防課長を経て、H10年4月に副学院長として就任。中野氏は、H9年4月に保健師として始めて課長に就任した。[事務系をはじめ多くの県職員が目指すポストに就任し、当初は本当に大変だった。所長や次長にサポートしてもらい、やっと仕事が軌道にのってきて、これから…とと思っていた矢先の転勤だった。歴史ある衛生学院の歴史を閉じる役目は非常に重荷でありプレッシャーもあったが、学院の卒業生でもあり、それができるのはあなたしかいない…という言葉に送り出された。着任当初、ぜんそく、帯状疱疹、顔面けいれんと身体が反応し、病院にかけりながら職務を遂行した。相当のプレッシャーを身体が反応していたと思う。

自分たちのやったことはまとめて記録に残す…保健師時代教えられ、実践してきたが、閉じるにあたり、これまで衛生学院を支えて下さった多くの優れた非常勤講師の先生方、実習でお世話になった方々、歴代の学院教職員の方々と共に、この学院の歴史を残すことに全力を注いだ。]

中野氏は学院の歩み(平成13年2月発刊)の

中で、沿革概説一輝ける足跡として、Ⅰ看護婦教育、Ⅱ助産婦教育、Ⅲ保健婦教育、Ⅳ歯科衛生士教育、Ⅴ養護教諭の教育、Ⅵ岩手県立衛生学院創立に分類し記述している。創立の最後そしておわりに、の記述は次のとおりである。

“岩手県立盛岡保健婦専門学院、岩手県立盛岡高等看護学院、岩手県立歯科衛生士学院そして、岩手県立衛生学院の4学科の卒業生は4,344名、さらに在校生は111名（保健学科、助産学科、歯科衛生学科2学年）である。卒業後、県内・県外で素晴らしい活躍をして退職をされた方、また、現在活躍しておられる方、将来は先輩達のようになりたいと努力しておられる方々である。…教育の足跡を顧みたとき、そこには48年間の輝かしい歴史があった。この長きにわたって、多くの関係機関並びに関係者の方々から愛情と熱意に溢れたご指導をいただきましたことに、改めて心から深く感謝申し上げます。今後は、13年度から単科となる歯科衛生学科の教育運営について、一層のご協力とご指導をよろしくお願いいたします。”

平成13年3月岩手県立衛生学院は閉学となり、保健師・助産師・看護師・養護教諭の養成は岩手県立大学看護学部に移行。歯科衛生学科は単科で残ったが、平成15年3月岩手医科大学と岩手県で岩手県立学院歯科衛生学科の移管に係る文書を締結。平成16年4月岩手医科大学歯科衛生専門学校となった。平成23年岩手医科大学医療専門学校（歯科衛生学科、歯科技工学科）となり、修業年限3年、入学定員40名で運営されている。

まとめ

6名の副学院長の寄稿文等を元に、衛生学院の発展をたどったが、その発展を3期に区分することができた。

1. 教育機関としての確立の時期（S45.4～S61.3）

この期間の副学院長は医師で、初代副学院長は岩手医科大学解剖学者である。保健婦と歯科衛生士養成所および盛岡高看（看護婦養成）の三校の整備案は、最初は短大構想…と当時の看護係長伊藤芳子氏の記載（30周年記念誌）があり、県立衛生学院を教育機関として明確化しようとしたのではないと思われる。

その後を担った伊藤副学院長（公衆衛生）は、

学生の生活環境、修業年限と教育内容のバランスを考えた教育環境の充実に力を注ぎ、学問を学ぶ体制を整えたといえる。

2. 専門職業人としての教育の充実を図った時期（S61.4～H6.3）

野崎氏が看護係長として看護行政を担った時期は看護職員の量の確保が大きな課題であった。S49年度から就業促進のための院内保育所の運営費補助、S51年には岩手県ナースバンクを設置、S59年開設の無料職業紹介所と緊密な連携のもと未就業看護職員の再就職を図っている。一方で質的見直しが求められ、S52年には厚生省看護研修センターが設置、卒業教育の教員養成の場が整えられた時である。岩手県では、S55. 56. 58. 60. H2年と准看護学院が次々廃止、H2年には岩手県に、看護短期大学開設された。その前年の平成元年にカリキュラムの一部が改正された。横澤氏は、量から質への大きな転換点の時期の看護行政に身をおき、両副学院長は、その経験を踏まえ、「専門職化」の促進を図っていった。

3. 県立大学設置を受け、学院での教育を集大成として推し進めた時期（H6.4～H13.3）

県立大学構想が明確となり、県の保健医療に貢献するすぐれた人材を輩出し続け、その学院運営に協力いただいた方々の思いがぎっしり詰め込まれた長い歴史と伝統ある学院にふさわしく、大学教育を踏まえ、この学院として、H8年のカリキュラム改正にもしっかりと対応し、教育内容の充実に全力投球した。

4. 直接カリキュラム運営する教員は、クラス運営、多くの非常勤講師の依頼調整、実習調整指導、授業と1人何役も担って学生教育に携わってきた。卒業生の思い出の記事は、忙しさの中にも充実感満ちた学生時代であったことが記され、教員もまた、常に学生のことを考え、学生のために精一杯務めを果たしていたことが伝わってくる。

おわりに

31年の歴史を持つ県立衛生学院の足跡を副学院長の立場から整理した。寄稿文等の分析が中心のため、限界はあるが、社会の大きな変化の中で、積極的に求められるニーズに対応し続けてきたことが確認できた。

県立衛生学院の卒業生は全国各地で活躍し、岩手

県の保健・医療で中心的役割を果たし重責を担っている。今県立大学看護学部の学生は、学院の多くの卒業生から育てられている。また県立衛生学院の卒業生の中で看護学部編入生が5名、修士課程で修了及び在籍中は11名、看護学部教員は退職者も含め6名である。県立衛生学院の歴史の延長線上に、県民の大きな期待を担って看護学部が誕生したことを改めて心に留めておきたい。

まとめるにあたり、資料収集等にご協力いただきました元県立衛生学院教員の皆様に心より御礼申し

上げます。

引用文献

- 1) 兼松百合子, 藤原マサミ, 野崎富子, 佐々木典子, 折居良. <昭和45年>岩手県立衛生学院開学の経緯—看護婦・保健婦・歯科衛生士や関係者の貢献—. 岩手看護学会誌 2016;10 (1) : 15-24.

(2016年6月7日受付, 2016年7月5日受理)

<Material>

The History of Iwate Prefectural Institute of Health Professionals (April 1970-March 2001) — Focusing on the Vice Presidents —

Mayumi Miura

Former Instructor of Iwate Prefectural Institute of Health Professionals/
Iwate Prefectural University Faculty of Nursing

Keywords: Iwate Prefectural Institute of Health Professionals, vice presidents, history

<資料>

自殺予防対策における特定健康診査未受診者への 訪問活動から見た現状

野里夕佳, 近藤真理子, 工藤希真恵, 阿部典子, 岩部さち, 津田幸奈
葛巻町役場 健康福祉課

要旨

本研究の目的は、特定健康診査未受診者への家庭訪問によりその実態を明らかにし、自殺予防対策への示唆を得ることである。平成24年度中の国保加入者のうち、40～64歳で特定健康診査未受診者で、その理由が不明で、施設入所等いずれの確認も取れない187名を対象に、保健師による家庭訪問を行った。その結果、対象者のうち要支援者となった者は男性に多く、その危険要因は、経済問題が最も多かった。また、要支援者1人につき、複数の危険要因をもつ者が多かった。このことから、特定健康診査未受診者は、一般的に言われる経済問題の悩みを抱えているなど自殺者の特徴と類似していた。早急に自殺を疑う者はいなかったが、未受診者の中には、複数の自殺の危険要因を併せ持っており、自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にあるのではないかと思われた。よって、未受診者の実態把握のための訪問活動により、社会とのつながりを作り、専門職や地域とのコーディネーターになることで、解決の糸口を発見できるのではないかと考える。

キーワード：自殺予防対策、特定健康診査、未受診者、家庭訪問、中高年

はじめに

わが国の自殺死亡数は、平成10年以降14年連続して3万人を超えて推移していたが、平成22年以降減少し、平成24年以降は3万人を下回った¹⁾。岩手県の自殺死亡率は、人口10万対26.3（平成25年）で、近隣の秋田県、青森県と並んで過去20年にわたりワースト上位にある。

葛巻町は、緑豊かな山々に囲まれた山間地域で、主に酪農が盛んな町である。平成27年7月31日時点で、人口6,778人（男性3,290人、女性3,488人）、世帯数2,821世帯、1世帯あたり人数2.4人、高齢化率40.8%、合計特殊出生率2.14で、少子高齢化が課題の町でもある。

葛巻町は、平成21年7月より「葛巻町自殺予防総合対策」を策定し、自殺予防に重点を置き取り組んでいる。しかし、平成24年の自殺粗死亡率は128.7と県内ワースト1で、自殺率の高い状況であ

った。岩手県における自殺の現状²⁾によると、自殺者の原因・動機として、「健康問題」が最も多く、次いで「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」などが多くなっていた。また、各年齢階級の合計に占める自殺の原因・動機の割合でみると、60歳代以降において、「健康問題」が半数以上を占めていた。同様に、葛巻町における平成21年～25年の自殺者について原因・動機を調べてみると、悪性新生物や統合失調症などの健康問題や経済問題、自殺未遂歴ありの者が多いことが明らかとなった。そして、自殺者の交流関係をたどると、身近な相談者が無く、地域との関わりが希薄である者が多い傾向であった。さらに、自殺者の9割が国保加入者であり、自殺した年の特定健康診査は未受診であることがわかった。なお、葛巻町における平成25年度の国保加入率は36.8%である。

このことから、自殺予防対策として、特定健康診

査未受診者への家庭訪問を通し、その生活実態について把握したいと考えた。

研究目的

本研究の目的は、中高年の特定健康診査未受診者の生活実態を明らかにし、自殺予防対策への示唆を得ることである。

研究方法

1. 対象者

平成 24 年度中の国保加入者のうち、40～64 歳で特定健康診査未受診者で、未受診の理由が不明な者 325 名から、施設入所・転出・各種サービス利用等で町として確認が取れた者を除外した 187 名。

2. 調査方法

対象者の訪問は保健師 1 名が対応し、対象者本人に聞き取り調査を行った。その調査をもとに要支援者の判断は保健師 7 名で行った。聞き取り調査は、①属性（性別、年齢、就労状況）、②生活状況（既往歴・現病歴、日常生活、経済状況、困ったこと、社会参加等）の情報収集と③一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』（うつ対応マニュアル：厚生労働省地域におけるうつ対策検討会作成）を行った。但し、③については同意の得られた対象者のみ行った。また、対象者本人に会えない場合は、家族または保健委員、民生委員等から情報を得た。

3. 調査時期

平成 25 年 7 月～平成 26 年 2 月。

4. 分析方法

②生活状況等の情報収集（既往歴・現病歴、日常生活、経済状況、困ったこと、社会参加等）と③一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』について単純集計を行った。その後、③の一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』陽性に該当した者と、保健師の面談によりなんらかの支援が必要と判断した者（以下、要支援者）で分類した。要支援者とは、一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』の記載を依頼した際に、手が震え記入が困難であった者、一次うつスクリーニングテスト『心の健康度自己評価票』の記載は拒むが、会話の中で、金銭トラブルや家族・親戚・近所等でトラブルを抱えていることを話す者、会話の内容にさしさわりはないが、表情が暗く

顔色が悪い者、身なりが整っていない者、無職でひきこりの状況にある者、大病を抱えている者など、保健師が対象者本人に直接会うことで得られた客観的な情報から判断したものである。そして、要支援者について、自殺実態白書 2013³⁾ で提示されている自殺の危険要因（68 項目）を参考に作成した 7 つのカテゴリーに分類（重複含む）した。カテゴリーは以下のとおりである。

- ア) 経済問題（事業不振、倒産、失業、負債、経営の悩み、定年退職、生活保護受給者、無収入）
- イ) 健康問題（身体疾患、精神疾患（うつ、統合失調症等）、アルコール問題）
- ウ) 家庭問題（家族間の不和、離婚）
- エ) 介護問題（認知症者、介護・看病疲れ、介護・看病による介護者の拘束）
- オ) ひきこもり・地域交流希薄者（ひきこもり、近隣関係の不和、地域行事等へ不参加）
- カ) 自死遺族
- キ) その他（7 項目に分類難しい内容のもの）

5. 用語の定義

本研究で用いる「中高年」とは、40～64 歳にある者、とする。

6. 倫理的配慮

対象者本人または、家族、保健委員や民生委員等からの情報収集にあたり、対象者について得られた情報については統計的に処理することで個人が特定されないようにすること、だれがどのような事を話したか特定されないようにし口外は決してしないことを説明した。

情報の整理にあたっては保健師の専門的見解からのみ判断し、本研究以外での情報の使用はしないこと、情報管理の際はネットワーク接続のないパソコンで行い、データは USB メモリに保存し、鍵のかかる場所で保管することとした。

結果

1. 対象者の概要

対象者の 187 名のうち男性は 153 名（81.8%）、女性は 34 名（18.2%）であり、男性が多い結果となった。平均年齢は男性 54 歳±6.40、女性 52 歳±6.70 であった。年齢階級別の概要は表 1 の通りで、男性は 60～64 歳が最も多く、女性は 45～49 歳が最も多かった。

表 1. 対象者の概要 (n=187)

年 齢	男 性	女 性	計
40～44 歳	16(10.5%)	5(14.7%)	21(11.2%)
45～49 歳	31(20.3%)	10(29.4%)	41(21.9%)
50～54 歳	35(22.9%)	6(17.6%)	41(21.9%)
55～59 歳	32(20.9%)	7(20.6%)	39(20.9%)
60～64 歳	39(25.5%)	6(17.6%)	45(24.1%)
計	153(81.8%)	34(18.2%)	187(100%)

対象者の就労状況は図 1 のとおりで、多い順から、正規雇用の者が 32.6%，臨時雇用の者が 22.5%，無職（病気，ひきこもり，生保等）の者が 20.3%であった。

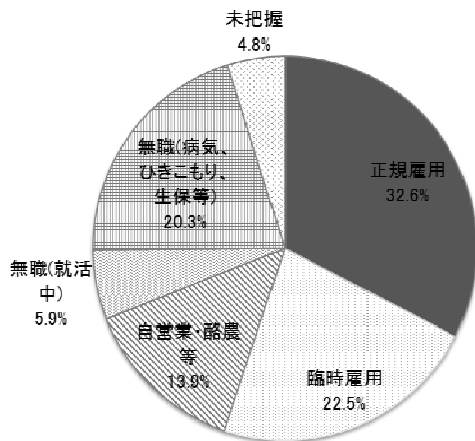


図 1. 対象者の就労状況について (n=187)

2. 要支援者の概要

対象者 187 名を訪問した結果，うつスクリーニングを実施した 53 名 (28.3%) のうち陽性者となった者は 25 名 (47.2%)，また一次うつスクリーニングを実施し陰性であった者のうち保健師判断で要支援とした者が 8 名であり，一次うつスクリーニングを実施した者のうちの要支援者は全部で 33 名 (62.3%) であった。

一次うつスクリーニング未実施者 134 名のうち，保健師間で行ったケース検討の判断により要支援者とした者は 44 名であり，全部で 77 名 (41.2%) となった。

要支援者の性別は男性 61 名 (79.2%)，女性 16 名 (20.8%) であり，その平均年齢は男性 53.0 歳 ±6.31，女性 49.5 歳 ±6.09，全体平均は 52.3

歳 ±6.39 であった。年齢階級別の内訳は表 2 のとおり，男性では 50～54 歳が最も多く，女性では 45～49 歳が多かった。

表 2. 要支援者の内訳 (n=77)

年 齢	男 性	女 性	計
40～44 歳	6(7.8%)	4(5.2%)	10(13.0%)
45～49 歳	14(18.2%)	5(6.5%)	19(24.7%)
50～54 歳	16(20.8%)	4(5.2%)	20(26.0%)
55～59 歳	11(14.3%)	1(1.3%)	12(15.6%)
60～64 歳	14(18.2%)	2(2.6%)	16(20.8%)
計	61(79.2%)	16(20.8%)	77(100%)

要支援者の就労状況は，図 2 のとおり，無職の者が 45.5%と最も多かった。

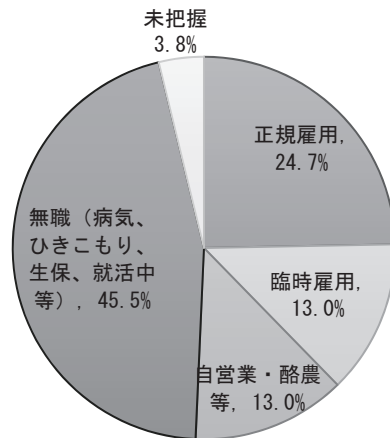


図 2. 要支援者の就労状況 (n=77)

3. 要支援者の抱える自殺の危険要因

要支援者について，自殺実態白書 2013 で提示されている「自殺の危険要因」⁴⁾を参考に作成した 7 つのカテゴリーに分類すると，図 3 のとおり，経済問題が 47 件と最も多く，次いで家庭問題 27 件，介

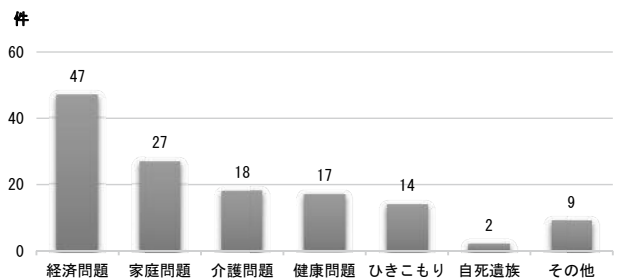


図 3. 要支援者の抱える自殺の危険要因

表 3. 要支援者の年齢階級別・性別による危険要因

	40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		計(横)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
経済問題	3	1	10	2	11	1	7	1	10	1	47
介護問題	2	2	2	0	2	2	4	0	4	0	18
家族問題	3	1	9	2	4	1	3	0	3	1	27
ひきこもり等	3	1	2	0	4	2	2	0	0	0	14
健康問題	0	1	1	3	4	1	3	0	3	1	17
自死遺族	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
その他	0	0	2	1	2	0	1	0	3	0	9
計(縦)	11	6	26	8	27	7	21	1	24	3	134

介護問題 18 件であった。(複数回答 134 件)

また、要支援者について、年齢階級別・性別で自殺の危険要因をみると、表 3 のとおり、男性の 50～54 歳の経済問題が最も多く、次いで男性の 45～49 歳と 60～64 歳の経済問題が多かった。女性ではいずれの年齢・要因においてもばらつきがみられた。

表 4. 要支援者 1 人あたりが抱える自殺危険要因

要因数	男性	女性	計
1	18(23.3%)	9(11.7%)	27(35.0%)
2	38(49.3%)	5(6.5%)	43(55.8%)
3	5(6.5%)	2(9.2%)	7(9.2%)
計	61	16	77

その他と回答した中では、相談したいことはないと話ながらも、痩せていて体調面が気になるような者や、特定健康診査を受けることへの強い拒否感があり気になる者などが含まれている。

そして、要支援者 1 人が抱える自殺の危険要因数を表 4 に示した。要支援者 1 人あたり 2 要因を抱えている者が 43 名 (55.8%) と最も多く、次いで 1 要因 27 名 (35.0%) であった。性別では、女性は 1 要因を抱えている者が多いが、男性は 2 要因を抱えている者が多かった。

さらに、要支援者の抱える自殺の危険要因について、2 以上である者の内訳を表 5 に示した。経済問題と家庭問題が 14 名と最も多く、次いで、経済問題と介護問題で 8 名であった。また、自殺の危険要因が 3 であった者は 7 名で、経済問題と介護問題を柱とし、健康問題等を抱えていた。

表 5. 要支援者の抱える自殺危険要因の内訳

要因数	要因内容	人数
2	経済問題	+ 家庭問題 14
		+ 介護問題 8
		+ ひきこもり・地域交流希薄 4
		+ 健康問題 3
		+ 自死遺族 1
		+ その他 1
	介護問題	+ ひきこもり・地域交流希薄 1
		+ 健康問題 1
	家庭問題	+ 健康問題 3
		+ ひきこもり・地域交流希薄 2
	+ 自死遺族 1	
	健康問題 + その他 3	
	ひきこもり・地域交流希薄 + 健康問題 1	
3	経済問題	+ 介護問題 + ひきこもり・地域交流希薄 2
		+ 健康問題 2
		+ 家族問題 + ひきこもり・地域交流希薄 1
		+ 健康問題 + その他 1
	家族問題	+ ひきこもり・地域交流希薄 + その他 1

考察

1. 特定健康診査未受診者の実態について

特定健康診査未受診者や要支援者の特徴から、特定健康診査未受診者の実態について考察する。

今回の訪問対象者である特定健康診査未受診者は女性より男性が多く、年齢階級別では60～64歳が最も多かった。市町村国保の被保険者数の年齢構成を見ると40～59歳の各年齢層より60～64歳が多いこと⁵⁾から、男性の60～64歳の対象者数が多くなったと思われる。一方で、葛巻町の要支援者を見てみると、45～54歳であり、女性よりも男性が多い状況となった。高橋⁶⁾は「40～50歳代の自殺者が全体の約4割を占めている。また、男性の自殺率は女性の2.5倍となっている」と自殺者の特徴が中高年であり、特に男性で割合が高いことを述べており、高橋⁶⁾のいう自殺者の特徴と、当町の要支援者の特徴が類似していると思えた。このことから、特定健康診査未受診者と自殺者の特徴とでは、年代が若干異なるが特定健康診査未受診者の中には、自殺予防対策の対象者となり得る人がいることが推測されたため、特定健康診査未受診者に対して訪問活動を行うことは自殺予防対策に有効であると考えられた。

また、要支援者が抱える危険要因をみると、経済問題が最も高い結果となっており、性別でみても男女とも経済問題が一番に挙げられていた。市町村国保の世帯主は無職が平成25年度43.9%となっており⁷⁾、経済的に不安定なものが多い。今回の研究において就労状況からみても、無職と非正規雇用を合わせると約5割を超しており、要支援者の経済問題の多さの背景には、自営業、非正規雇用など雇用形態が関連すると考えられた。このことから、要支援者のみならず、特定健康診査未受診者においても、経済問題を抱えている者が多く含まれていることが推測された。なお、要支援者が抱える問題の内容に男女差はなかったが、これは対象者数で男性8割、女性2割の差があり、女性の要支援者が各年代とも少なかったことから、実際の比較は難しいと思われた。

さらに、危険要因数を分析すると、要支援者の多くは、1つの要因だけでなく2つ以上の要因を併せ持ちながら悩んでいた。危険要因とうつ病、さらに自殺へのつながりについて、自殺実態白書2008⁸⁾によると、うつ病は自殺の一手手前の要因であると

同時に、他の様々な要因によって引き起こされた「結果」でもあると述べている。また、自殺時に抱えていた自殺の危険要因数は平均して4つであったとも述べており、危険要因の重なりによる自殺リスクの高まりがあると言える。今回、特定健康診査未受診者のうち、一次うつスクリーニング等で要支援者が約4割あったことから、特定健康診査未受診者の中には、危険要因を複数持ち合わせ、うつ病から自殺へとつながる可能性を持つものが相当数含まれていると考えられる。

以上のことから、特定健康診査未受診者は、性別や経済背景など、自殺者の特徴と重なり合う部分が多く、特定健康診査未受診者対策（未受診者への訪問活動）が自殺予防対策にもつながると考える。

2. 自殺予防対策への示唆

特定健康診査未受診者は自殺者との特徴の重なりが多く、リスクの内容や要支援者のリスクの重複度合いからみると、生活実態は自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にあるのではないかと思われた。そこで、危機連鎖を絶ち、うつ状態を回避することが、自殺予防の改善につながると思われる。

しかし、特定健康診査未受診者や要支援者は男性が多く、過去の当町の自殺者の特徴でも地域とのつながりが希薄だった。リサ・バークマン⁹⁾は、「社会的孤立、サポートの欠如、社会への関与がないことが慢性的なストレスフルな社会的体験となり、不健康な結果と結びついている。」と述べており、このことから、健康であるためには社会的つながりを多く持つことが自殺予防対策には必要なことだと言える。そこで、第三者の立場でありながらも、対象者と同じ目線、気持ちを共有できるように関わることができる保健師は、話しやすい存在となり得ることができ、今回の対象者のようにつながりを見いだせない者にとっては「保健師に相談できること」が一つのつながりとなると考える。

また、今回の研究では対象者が抱えているリスクが、単に経済問題だけでなく介護問題や家族間またひきこもりや病気など重複する形で悩みを抱えていた。ライフリンク通信¹⁰⁾によると、うつ病対策と同時にその手前で連鎖を断ち切ることで、それには関連する要因の数の相談機関が連携・連動させることが自殺予防対策として重要であるとしている。そのためには、専門職種（介護支援専門員や社会福祉士等）との相談連携、民生委員や保健委員、地域の人

たちからの見守りなどのソーシャル・サポートの構築など、対象者を支える環境を調整していくことが必要であると思われる。その中で、保健師は家庭訪問（＝対象である住民の生活実態に迫るという最も重要な要素を含む援助技術）により、個人の抱える悩みを詳細に聞き生活実態を把握した上で、必要な支援と結びつける，“コーディネーター（橋渡し役）”になることで、問題解決の糸口を発見できるのではないかと考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究において、支援不要者が抱えている危険要因の分析は行っていないが、支援不要者であっても危険要因を抱えている可能性はあると思われる。今後、支援不要者についても分析を行うことで、さらなる自殺予防対策への示唆が得られると考える。

また、今回の研究から対象者が抱える悩みが直接に、特定健康診査未受診につながっている検証には至らなかった。特定健康診査未受診者の傾向として、服部ら¹¹⁾の、未受診者が男性、多忙である、経済的な問題を抱えている、健康に関心が低いという特徴をあげた報告もあり、健康への関心より仕事、介護などの自分が置かれている環境を中心に考えるために、受診行動に至っていない、または至れない状況があると推測されるため、このことについてはさらに検証をしていく必要があると思われる。

結論

対象者 187 名の内 153 名 (81.8%) は男性であり、要支援者は 77 名 (41.2%) であった。要支援者の就労状況は無職が 45.5% であり、自殺の危険要因は経済問題が 47 件と最も多かった。このことから、一般的に自殺の高リスクと言われる経済問題の悩みを抱えながら生活をしているなど自殺者の特徴と類似点があった。

訪問した中で、すぐにでも自殺を疑うような者はいなかったが、少なくとも特定健康診査未受診者の中には、1つの問題だけでなく、いくつかの要因を併せ持っており、自殺につながるうつ状態に傾き易い状況にある者がいるのではないかと考えられた。これらのことから、特定健康診査未受診者の把握に努め、家庭訪問などから介入することは自殺予防対策として有効であると思われる。

おわりに

今回の研究では、未受診者の分析による訪問活動から対象者本人の、家庭、仕事、地域とのつながりなど、個人の生活の場を知る機会になった。また、活動中は保健委員や民生委員等の情報から、本来の対象のみならず新たな要支援者の発見につながったケースもある。保健師の行う訪問活動が地域で悩む方の救いとなることを再認識した。

また今回、要支援者の分析を中心とした結果であり、研究では取り上げなかった支援不要者についても、今後分析し要支援者との比較をすることで、さらなる自殺予防対策へとつなげていく必要があると思う。

今回の活動から、保健師本来の活動を再認識するとともに、今後のより良い保健活動につなげていきたいと思う。

最後に、本研究を進めるにあたりご指導ご助言いただきました岩手県立大学蘇武様、及び岩手県国民健康保険団体連合会鳥居様に心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 内閣府. 平成 26 年度版自殺実態白書：自殺対策白書. 内閣府；平成 26 年 6 月.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/index-w.html>.
- 2) 前掲書 1)
- 3) NPO 法人ライフリンク. 自殺実態白書 2013. 第一版：第 1 章.自殺の危機経路. 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク；2013 年 2 月 28 日.
<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>.
- 4) 前掲書 3)
- 5) 厚生労働省保険局. 平成 25 年度国民健康保険実態調査報告：国民健康保険全体の状況. 厚生労働省；2015 年 2 月 6 日.
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_to=GL08020103_&listID=000001129348&request=Sender=search.
- 6) 高橋祥友. わが国の自殺の現状と課題. 学術の動向 2008；13 (3)：8-14.
- 7) 前掲書 5)
- 8) 自殺実態解析プロジェクトチーム. 自殺実態白書 2008. 第 2 版. 2008 年.

- 9) L F Berkman. ソーシャルネットワークと社会的孤立. 小林章雄. Elsevier Inc : 2007. 1823.
- 10) NPO 法人ライフリンク. 自殺の「危機経路」の解明. ライフリンク通信. 2009年6月25日; 2面:5段.
- 11) 服部真理子, 柳修平, 伊藤景一, 中田晴美, 犬飼かおり, 他. 掛川市国民健康保険加入者の特定健康診査未受診者の実態と未受診要因の検討—40歳代未受診者の特徴—. 掛川市健康調査報告書, 2012; 11-19.
- (2016年6月7日受付, 2016年8月30日受理)

<Material>

Use of Home Visit Activities Involving Suicide Prevention Measures
as a Means of Evaluating Persons Who have not Undergone
a Specific Health Checkup

Yuka Nozato, Mariko Kondo, Kimae Kudo, Noriko Abe, Sachi Iwabe, Yukina Tsuda

Keywords: suicide prevention measure, specific health checkup, not examinee, home visit, late middle age

<めんこいセミナー>

臨床における看護研究のコツ その2

筑波大学医学医療系

川口孝泰

その2

臨床研究での注意点

データ収集法
標本抽出
信頼性と妥当性と有効数字
統計の基礎知識
図表の書き方の基本
質的研究の考え方

今回の講演では、実際に研究を行うために必要なデータ収集方法と、そのデータの信頼性と妥当性の検証法、および統計的手法の基礎を学びます。さらには結果発表のための図表の書き方、とくに質的研究を行う際の注意点などについて学習します。



データ収集は、研究を進めていく上で最も重要な部分です。研究におけるデータ収集の方法には、大きく分けて「観察法」、「面接法」「質問紙法」の3種類があります。とくに観察法には、対象の活動や行動の観察に加えて、「生体・環境情報の観察」も含まれます。これらの方法は、明らかにしようとする研究対象の特質によって、単独で、あるいは組み合わせられて使われます。

とくにデータ収集の研究的な価値を保証するものは、「標本抽出（サンプリング）」、収集される「データの形」と「データの種類」、さらには得られた結果の「信頼性と妥当性」の4事項があげられます。標本抽出は、母集団を代表するサンプル集団を適切に設定できているかどうかを保証します。またサンプリングされたデータを、有効なデータ分析に結びつけるには、分析可能なデータの形としてしっかりと記録することも重要です。使ったデータ収集方法が、知りたいことを捉えているか、などの信頼性と妥当性の検証も重要です。

カテゴリー・システム

観察する行動や事象をあらかじめカテゴリー化し、系統的に捉えるための観察手法

<観察のためのカテゴリー・システムの例>

患者ケアの評価用スケール (1996, Normansand Redfern)

褥瘡危険予測のためのブレデン・スケール (1997, Lowicki, Mon et al)

<ブレデン・スケールのカテゴリー・システム>

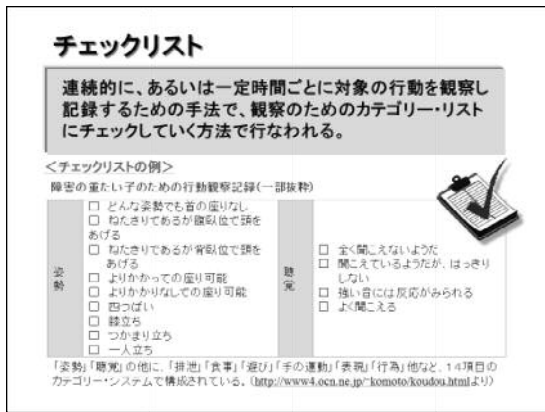
知覚の認知	1. 全く知らぬ 2. 重要な確信あり 3. 軽微の確信あり 4. 確信なし	可動性	1. 律動的 2. ときどき律動・律動の多少不明 3. 自力での律動・律動の律動不明 4. 自由に律動
湿度	1. 全く湿っていない 2. たいして湿っている 3. 時々湿っている 4. ほとんど湿っている	栄養状態	1. 不食 2. やや不食 3. やや摂食される 4. 正常に摂食
活動性	1. 静止 2. 律動可能 自ら移動し得る 3. ときどき律動可能 4. 律動可能	摩擦とすべり	1. 摩擦あり 2. 摩擦の問題あり 3. 摩擦なし

カテゴリー・システムとは、研究対象の事象から「どのようなデータを、どのように集めてくるか」について、あらかじめカテゴリーを設定・準備し、そのカテゴリーに従って系統的に観察を進めていく観察手法です。カテゴリー化を進めていくためには、研究の対象分野に関する文献検討、および理論背景の理解と、使用される学術用語や構成概念の明確化が重要となります。

観察する事象が、学問的にはどのような概念で説明されているのか・・・あるいは日常的にどのように表現され、記述されているのか・・・などを十分に検討し、必要ならば予備調査などを行って、事象を説明するために必要な用語を選定しておくことが

求められます。

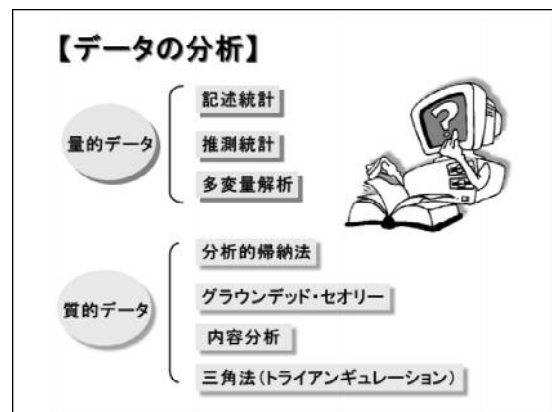
またカテゴリー化を進めていく上で、観察のためのカテゴリー数をどのくらいの規模に設定するかは、研究対象をどこまで細かく究明するかを決定する上で重要です。カテゴリー数を多くすることによって、広い範囲のことが捉えられる反面、観察項目が多いことによって観察の精度が損なわれます。と同時に観察者の技能や能力にも影響されるため、当該調査の事情に即したカテゴリーの設定が求められます。



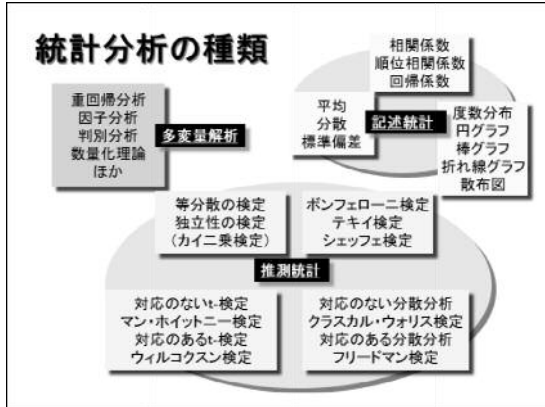
チェックリストを用いた観察方法は、カテゴリー・システムの最も一般的で具体的な手法の一つで、一般に左側の欄に行動や事象のアイテム・カテゴリーをリストし、右側の欄にはそれらの発生の有無をチェックし、回数や時間、および特記事項などを必要に応じて記入するような形式になっています。チェックリストに基づいた観察法には、対象を網羅的にチェックする方法と、特定の観察事象のみをチェックする非網羅的な方法の2種類があります。網羅的なチェック法は、観察対象の全てにわたって、あらかじめ設定したカテゴリーのなかから、選択しチェックしていく方法です。そのため、この方法において設定されるカテゴリーは、はっきりと選択できるように、カテゴリー間の違いが概念的に明確に区別されている必要があります。網羅的に観察することによってチェックリストで捉えようとする対象の全体像を捉えることができる点でメリットは大きいですが、反面、継続的な観察を強いられるために、観察者にとっては負担が大きいことが挙げられます。そこで、あらかじめ捉えようとする事象が限定されている場合には、必要な観察事項のみをリストし、リスト上の項目が出現したときのみ記録するような非網羅的な方法がとられます。



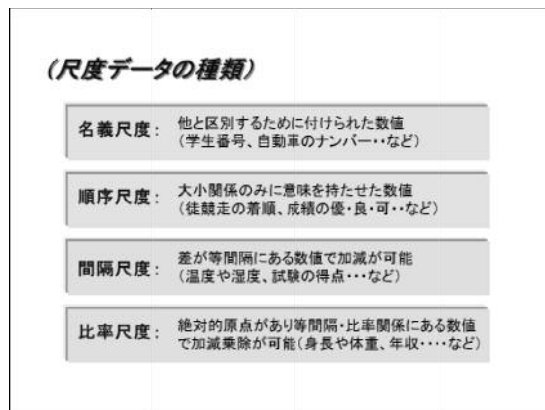
構成的観察法などでは、観察情報を客観的に把握していくために評価尺度 (rating scale) を使用することも効果的です。評価尺度とは、観察対象となる行動や事象について評点をつけるやり方です。評点は一般的には、行動や事象が形容される程度を3段階や5段階 (1点：非常に緊張、2点：やや緊張、3点：緊張もリラックスもしていない、4点：ややリラックス、5点：かなりリラックス) などに設定し、観察者が一定期間の観察を点数として評価されます。この方法は、カテゴリー・システムの観察に加えて実施することで、研究対象から違った視点からの情報を得ることができます。この評点化におけるデータの信頼性は観察者の能力によって大きく左右されます。



データ分析には、量的データの分析と質的データの分析の2種類があります。量的データの分析は、量で捉えた実態を統計的な手法によって記述・推測する事によって、研究対象の量的実態やその予測、および変数間の関係性を明らかにします。質的データの分析は、必ずしもこれまでの科学的認識を前提としない新しい理論の創出に関わるため、さまざまな哲学的思想を背景に、その手法も一定ではありません。



量的データの分析は、大きく3つに分類されます。一つは、記述統計で、収集したデータを簡潔に数量で記述表現する手法です。二つ目は、推測統計（ここでは主に比較統計）で、データ収集によって得られた2種類以上のサンプル集団のデータを基に、全体の母集団の傾向を比較・推測する手法で、「2標本の比較」「3標本以上の比較」「多重比較」「その他の比較」などがあります。一方、研究対象に潜む変数をいくつか限定して分析するのではなく、多変数を、一度に解析する手法として多変量解析があります。



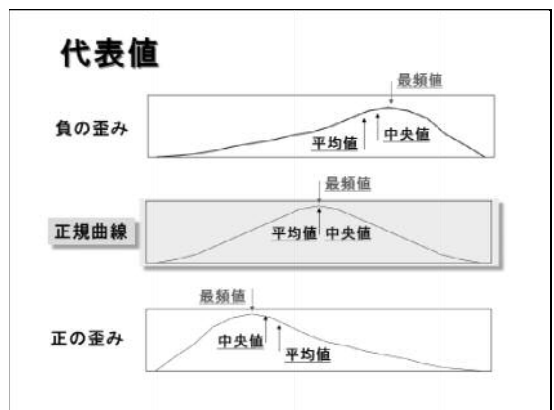
量的データの分析で扱う数値は、4つの異なる尺度データとして分類されます。一つは名義尺度で、数値は他と区別するために使用されるもので、認識番号としてのみ機能するものです。二つ目は順序尺度で、数値の大小関係に意味を持たせたもので、運動会における徒競走の順位や、クラスでの学業成績の順位などが該当します。三つ目は間隔尺度で、差が等間隔な規則を持っている数値ルールを持つもので、足し算や引き算が可能となります。これに該当する種類のデータとして、温度や湿度、試験の得点などが挙げられます。四つ目は比率尺度で、間隔尺

度の性質を有しながら、さらには比率関係があり、絶対的の原点が定まっている数値ルールを有するもので、加減乗除の計算が可能となります。これに該当する種類のデータとしては、身長や体重、年収などが挙げられます。

データ収集にあたっては、研究対象となる事象が、どのような尺度データとして捉えることが可能かは、量的研究の実施可能性を決める重要な決め手です。量的データの分析においては、この尺度データの認識をしっかりと持つことは、統計的分析手段を決めていく上でもきわめて重要となります。



量的研究によって集められたデータは、まず、その集団の性質を把握するための分析を行う必要があります。このような場合に用いられる統計的な手段として記述統計があります。記述統計は、集めたデータの性質を、簡潔・明瞭に、わかりやすく表現するための手法で、大きく代表的な特性値を「代表値と散布」で示す場合、複数の変数の関係性を「回帰分析と相関」によって表す場合、および「グラフ表現」する場合、などがあります。



収集した量的データ（間隔尺度や比率尺度）から、一応の対象集団の特性を把握する方法として、平

均値 (mean) や中央値 (median), 最頻値 (mode) などがあります。平均値は、すべてのデータの合計をデータ数で除したもので、私たちの日常生活でも頻繁にこの値を求め、得た数値の価値や位置づけなどについて予測することが多くあります。中央値とは、すべてのデータの 50% の位置にあるデータ (上にも 50%, 下にも 50%) のことです。最頻値とは、最も頻繁に現れたデータのことです。

<具体例>

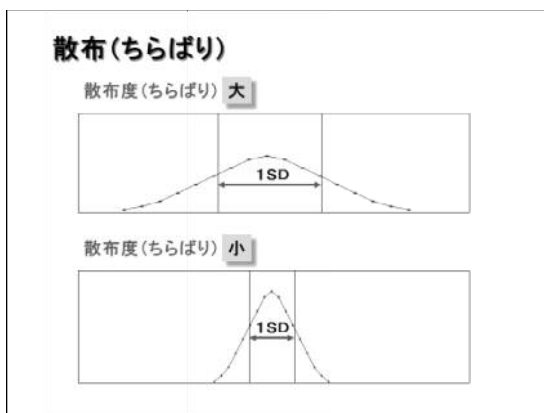
データ : 3, 5, 6, 7, 7, 7, 8, 10, 11, 12, 14

最頻値 = 7

中央値 = 7

平均値 = $(3+5+6+7+7+7+8+10+11+12+14)/11 = 8.18$

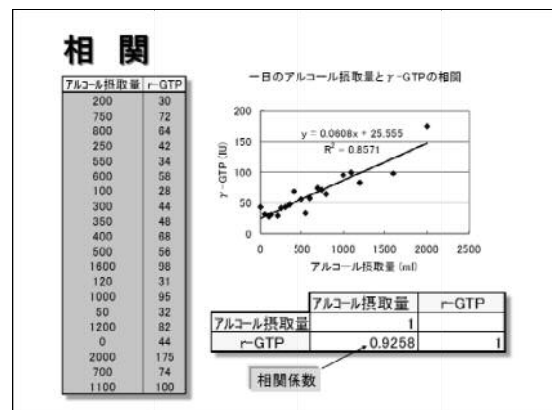
これらの3つの値の関係性は、対象とする集団の分布特性を反映します。例えば、中心傾向を持つ分布を用いて、この関係性を考えると、統計学的な検討を行っていく上で基本となる理想的分布である正規曲線 (正規分布) では、平均と中央値、最頻値は重なっています。しかし、この分布は理想であって、現実のデータはこのような特性を示すものは、希です。そこで、最頻値や中央値を求めることによって、このような正規曲線からどのような歪みを含んだ分布特性になっているかが、把握できます。例えば、数学の試験のクラスの平均点は 58 点でした。自分の得点は 65 点でした。しかし 65 点の意味は、その分布特性が「負の歪み」を持つものである場合には最頻値と重なり、あまり希少価値のある得点ではありません。しかし、その分布の特性が「正の歪み」を持っている場合には、同じ 65 点でも意味が異なるのです。



対象集団から得られたデータ (間隔尺度や比率尺度) の分布特性を把握する方法として、散布 (ちらばり) 状態があります。図の2つのグラフのデータ

は、平均値は同じですが「散布」状況が明らかに違います。平均値だけから判断すると、これらは同じ集団の特性を持っていると解釈されます。このような散らばり具合を数値として表現する方法に分散 (variance) があります。分散とは、対象集団全体の平均と個々の値の差を2乗した総和をデータ数で除した値 (偏差の2乗平均値) です。平均値からの値が離れたデータが多いほど、この値が高くなります。この値の大きさを比較することで、散らばりの比較ができます。

分散で得られた結果は2乗したため、値が非常に大きいものとなります。そこで統計学では、正規曲線の散らばり具合の指標として、分散の平方根の値を求め、標準偏差 (SD: standard deviation) として用いることが多いです。これは、数学的な手続きとして、分散を求める際に行った2乗 (マイナスの値を解消するために行った) を戻すために、平方根することで、実際の値に近似させて解釈できるようにした方法なのですが、別の大きな利点も生み出しました。つまり、それによって得られた値の範囲 (平均値を中心に標準偏差の範囲 ($\pm 1SD$)) の積分値 (面積) は、分布グラフ全体の積分値の約 7割 (68.3%) の幅を示す範囲として得られたのです。この値は、その対象母集団のなかの高くもなく低くもない「中間的値 (普通)」を示す範囲だと解釈できます。普通を示す値の幅は、上図では広く、下図では狭いことが示されています。つまり、この幅 (標準偏差値) の違いが、散らばりの度合いとして代表されます。



相関係数は2つの変量の相関の度合いを数値で表したものです。変数 x と変数 y のなす角 θ のコサインが、相関係数として表されます。相関係数は-1~1までの値をとります。その値によって相関が

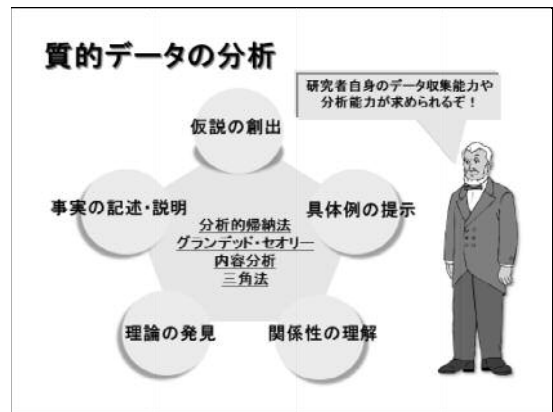
あるかないかを決定します。相関係数の絶対値の範囲によって、 $0 \leq |r| \leq 0.2$ は「ほとんど相関がない」、 $0.2 \leq |r| \leq 0.4$ は「やや相関がある」、 $0.4 \leq |r| \leq 0.7$ は「かなり相関がある」、 $0.7 \leq |r| \leq 1$ は「強い相関がある」と解釈します。

図の例では、毎日のアルコール摂取量 (ml) と γ -GTP (IU) の相関の度合いを確認するために、相関係数を求めた結果です。まず、2つの変数を座標上にプロットして、その散らばり具合から視覚的に相関の度合いを認識します。この時点でも、相関の有無はある程度確認できますが、統計的には代表値で表すことが必要となります。そこで、全ての座標点から最も近い距離にある直線を求めます (最小二乗法)。つまりこの直線が回帰直線と呼ばれ、その傾きが相関係数を求めるための重要な手がかりとなります。しかし、求められた直線が全ての座標点によって代表されていなければならないのですが、ある特定の座標点が直線の傾きを決定づけてしまう場合もあります。そこで、回帰直線と座標の散らばり具合を判断材料として、計算によって求められた相関係数の値を解釈する必要があります。例では、視覚的にも回帰直線が全ての座標の散らばり具合を代表していると認識できます。

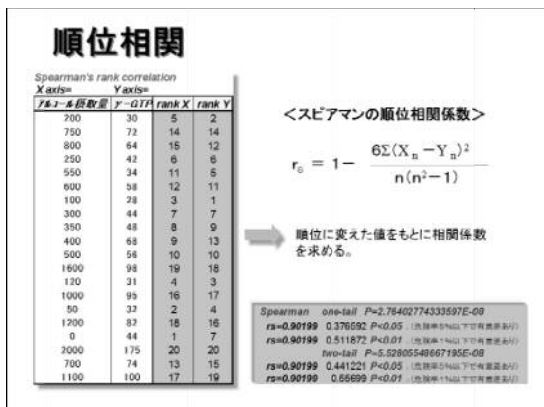
例の場合には、回帰式によって求められた相関係数値は、0.9258 と、かなり高い値を示しています。そこで、毎日のアルコール摂取量と γ -GTP の値は、かなり高い相関があるものと言えます。ちなみに、ここで示されている R2 値は決定係数で、この値は、その回帰式で、目的変数をどの程度説明できるかを示す統計量です。この例の場合、決定係数が 0.85 なので、この回帰式で目的変数の変動全体の 85% を説明できていることを示します。決定係数が、R2 乗値といわれるのは、「その回帰式で説明さ

れる変動」 / 「総変動」の式を変形していくと、相関係数の 2 乗値に一致したからです。

2つの変数が間隔尺度であれば、前述したように相関係数は一般的にピアソンの相関係数が使われます。しかし、順序尺度で表されている2つの変数の相関を求める際には、スピアマンの順位相関を使用します。例では、相関係数の項で用いたデータを使用して、そのデータを順序に置き換えて相関係数値を求めたものです。ピアソンの相関係数では 0.9258 という値でしたが、順位相関では 0.9019 と、少し低い値となりました。とくに、2変数が間隔尺度であることが保証されない場合には、順序データに置き換えて順位相関を求めることで、その相関性を表します。

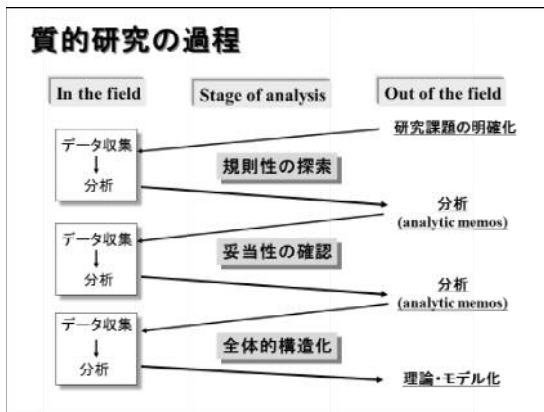


質的データの分析には大きく5つの目標があります。一つは「仮説の創出」です。仮説を創出することは、帰納的な営みから生まれた知見を、演繹的研究に結びつける意味において重要な役割を果たします。二つ目として、「事実の記述・説明」が挙げられます。この営みは、帰納的な分析をする上での基本であり、全体論的立場に立った事実の描写と説明は、大事な分析的営みとなります。三つ目として「具体例の提示」があります。質的データの分析過程で行われる具体例の提示は、量的研究の営みで見過ごされていた全体的視点をカバーする上で非常に重要なものとなります。四つ目は「関係性の理解」です。このことも質的データの分析ならではの部分で、全体論的立場に立つてこそ見えてくる変数間の関係性が、浮かび上がってくるのです。五つ目は「理論の発見」です。これは、これまで挙げた四つの目標の全てが満たされて達成するともいえませんが、これまでになかった新たな見方を、論理的な手段によって整理し、まとめあげる営みです。



質的データの分析では、その分析手法が多様であり、量的データの分析のように一様に基本的事項を示すのはかなり困難な面があります。その理由として、質的研究の営みが新しい見方・考え方の発見を探求することから、これまでとは敢えて異なった仕方をとっている点です。このことは、研究手法自体に定型的な手法が存在しないことを意味しており、そのためにデータの妥当性を確保することが極めて困難な結果ともなっています。また、質的研究の場合には、研究者自身がデータ収集の測定装置の役割を果たしています。つまり、質的データの分析は、データを集めた研究者自身のデータ収集能力にも大きく依拠しています。

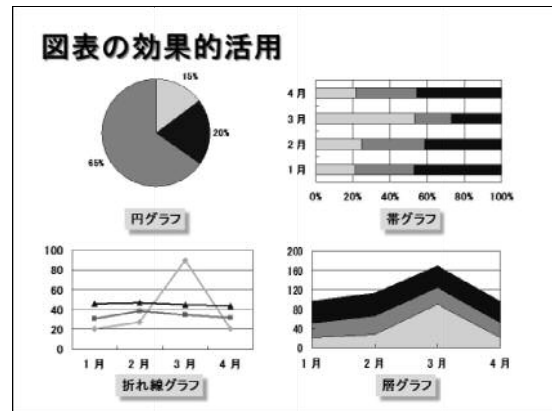
以上より、質的データの分析手法の修得は、その分野の専門家に師事するか、あるいは専門図書を紐解く必要があります。ここでは、代表的ないくつかの手法についてのみご紹介しようと思います。



質的データの分析は、フィールド内での分析と、フィールド外での分析の繰り返しの中で進められます。フィールド内での分析を「分析的に記録する (analytic notes)」, フィールド外での分析を、あえて「分析的にメモを取る (analytic memos)」という表現で記す場合があります。とくに、「メモを取る (memoing)」という営みは、データの性質や概念間の関係性を模索した研究者の思考記録として、質的研究において重要な位置づけにあります。これらの営みは、データ収集の項で解説しましたが、主にフィールドノートを活用して行われます。

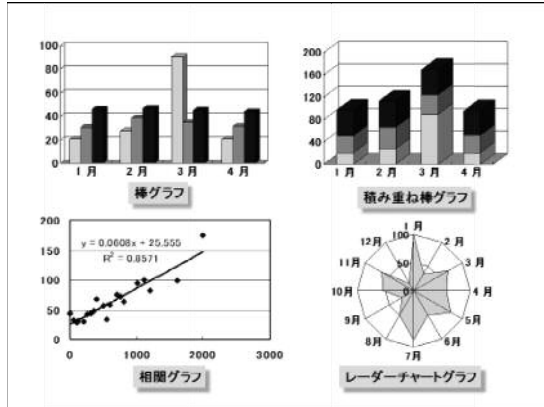
一般的に質的研究の分析過程は、フィールドを出たり入ったりしながら、データ収集とデータ分析が同期して進行し、その間でデータ分析のための「データの組織化」を行いながら、「規則性の探索」、「妥当性の確認」、「全体の構造化」の各段階を辿り

ます。最終的には、このような過程を経て理論の構築やモデル化がなされ、新しい見方や考え方が提案されます。



結果を表現する方法には、数表で表す方法とグラフで表す方法があります。数表の場合では、ケースごと、あるいは分類ごとに集計した実数を直接記入することで、結果データの詳細な一覧を表として示します。しかし短時間で検証結果を分かりやすく表現するには、数表では表現しにくい場合もあります。とくに研究発表の場などでは、限られた時間の中で結果を伝えなければなりません。その場合には、数表をグラフ化することによって正確かつ簡潔に伝えることができます。

数表のグラフ化は、一般的には①全体に占める内訳を表すグラフ、②変化の推移を示すグラフ、③項目間の較差を表すグラフ、④2項目間の相関関係を表すグラフ、の4種類の表し方があります。まず、全体に占める内訳を表すグラフには、円グラフと帯グラフがあげられます。円グラフの最も一般的な使われ方は、1つの項目を構成する要素の内訳と割合を表現する場合です。それに対して帯グラフは、2つ以上の項目を並べて、それぞれの内訳と全体に対する割合を比較できるように表現する場合です。本来、帯グラフで示した方が分かりやすい項目ごとの内訳比較を、円グラフをいくつか並べることで表現してしまうと、かえって分かりにくくしてしまう場合もあるので注意を要します。変化の推移を示すグラフには、折れ線グラフ、層グラフがあげられます。折れ線グラフは、体温や脈拍などの変化を経時的に表現する場合などに用いられます。層グラフは、項目全体の値の経時的な変動と同時に、そのなかの要素ごとの変動を表現する場合に用いられます。



項目間の較差を表すグラフには、棒グラフ、積み上げ棒グラフ、レーダーチャートグラフ、箱ひげ図があげられます。棒グラフは、それぞれの項目の較差や変化の推移を表現する方法で、その種類には縦向きと横向きの2種類があります。両者には大きな違いはないのでレイアウト上の配慮により適切な方を選択します。積み上げグラフは、項目全体の較差

と個々の要素の較差を同時に表現する場合に用います。レーダーチャートグラフは、複数・あるいは一つの集団における複数の項目の値の変動を同時に、かつ相互のバランスを判断できるように表現する場合に用います。このグラフは、複雑な対象の分析結果に対して、いくつかの異なった側面から測定したデータを同時に表現して、対象の特徴を総合的判断に役立てるような場合に用いられます。たとえば性格判断などには、このような表現法が有効です。箱ひげ図は、最大血圧と最小血圧の分布などで使用され、四分位をもとに分布を表現する方法です。2項目間の相関関係を表すグラフには、散布図などがあげられます。散布図とは、2つの変数によるデータの分布を表現する場合に用いられ、変数の相関関係を示すことによって相関図ともなります。

(筑波大学：川口孝泰 2016.0906)

会 告

第 10 回岩手看護学会学術集会のご案内

第 10 回岩手看護学会学術集会を下記の通り開催します。会員の皆様をはじめ多数のご参加をお待ちしています。

期 日：未定
会 場：未定
会 長：松浦眞貴子（岩手県立中央病院）

2016 年 11 月
第 10 回岩手看護学会学術集会
会長 松浦眞貴子（岩手県立中央病院）

平成 28 年度岩手看護学会第 1 回理事会

日 時：平成 28 年 4 月 9 日（土） 13：00～15：20

会 場：岩手県立大学アイーナキャンパス学習室 3

出席者：福島，三浦（幸），石井，伊藤，岩渕，上林，蛎崎，菖蒲澤，鈴木，千田，
松川，小山，菊池

委任状：三浦（奈）

配布資料：資料 1. 平成 27 年度事業活動報告

資料 2. 平成 27 年度めんこいセミナー活動報告

資料 3. 会員数について

資料 4. 平成 27 年度会計監査報告

資料 5. 平成 27 年度編集委員会活動報告・平成 28 年度活動計画

資料 6. 平成 27 年度広報委員会活動報告・平成 28 年度活動計画

資料 7. 第 8 回岩手看護学会学術集会報告

資料 8. 平成 28 年度事業計画（案）

資料 9. 平成 28 年 4 月入会者の承認について

資料 10. 平成 28 年度収支予算（案）について

1. 開会

千田理事より，出席者 13 名，委任状 1 名にて理事会成立が宣言された。

2. 理事長挨拶

福島理事長より開会の挨拶があった。

3. 議事

1) 報告事項

(1) 庶務報告

千田理事より資料 1，資料 2 について報告があった。平成 27 年度のめんこいセミナーは，岩手県立大学看護実践研究センターと共催として学術集会とは別日で開催して 3 回目となる。82 名の参加があり事後アンケートからも好評な反応であった。また，参加費を設定して 2 年目となり非会員からは 1000 円徴収したことについて，51.4%は「ちょうど良い」と回答していたことから今後も継続して良いと考えられる。

岩渕理事より資料 3 について報告があった。学術集会発表のために入会者が増えるが，退会者も多く会員数は横這いであった。特に，会費の 2 年未納による自動退会が 33 名と昨年度の 40 名よりは減ったが課題となっている。未納者へは学会誌送付時に会費納入のお願いと振込用紙を同封していることを継続していくとともに，自動退会者へは納付の催促を送付していく予定である。会費の納入に関して，コンビニで支払うことができるようにしてはどうかと意見があった。

(2) 会計報告

松川理事より資料 4 について報告があった。

(3) 編集委員会報告

上林編集委員長より資料 5 について報告があった。

(4) 広報委員会報告

福島前広報委員長より資料 6 について報告があった。

(5) 第 8 回学術集会の報告

上林理事より資料 7 について報告があった。他の学会，研修会等が重なった日であったが 173 名の参

加者であった。口演発表は23演題であり盛大であった。参加者からの学会運営と内容についての事後アンケートからは概ね好評であったことが伺えた。

(6) 第9回学術集会企画委員会報告

福島会長より今年10月に岩手国体があるため時期を考慮して、平成28年11月5日(土)に岩手県立大学で「看護の現象をみつめる」をテーマに開催する報告があった。今回は学生のためのセミナーではなく、ワークショップを開催するプログラムとした。5月に関係機関にリーフレットを送付できるように準備を進めていく予定である。

2) 審議事項

(1) 平成28年度事業計画(案)

千田理事より資料8に基づき説明があった。めんこいセミナーについては、昨年度と同様に学術集会とは別日とし、参加費を設定して開催することで承認された。時期について、冬は体調を崩す人が多い、看護学部実習委員会主催の多施設合同勉強会と同時期であり参加しにくい意見がある一方、看護研究の研修に参加できずにいた参加者にとっては年度末で参加しやすくなっている意見もあった。どの時期でもニーズはあることから、今年度は冬に開催し、次年度は夏の時期に開催する方向で検討することにした。広報活動のリーフレットの残部が多いことから、作成に関しては広報委員会で検討することにした。

(2) 会員の入会について

千田理事より資料9について説明があり、全員承認された。

(3) 第11回学術集会(平成30年度)会長の候補者について

第11回は学内の候補者で検討した結果、伊藤収氏(岩手県立大学)が第一候補として推薦され、理事長が依頼することにした。

(4) 平成28年度収支予算(案)について

松川理事より、資料10に基づき説明があった。編集委員会より学会誌への投稿数が増えていることに伴い編集費と印刷代がかかることから増額の希望があった。また、編集委員会よりホームページ更新の作業代がかかることから増額の希望があった。ゆうメールの利用による通信費の節約等、各担当でも経費削減できることを検討することを確認し、収入を得るための未納者への会費納入を促す工夫や岩手県立大学看護実践研究センターへの増額申請をすることで承認された。

(5) 編集委員会より

上林委員長より、資料5に基づき説明があった。欠員補充を行い新体制で活動していくことで承認された。

また、鈴木副委員長より、学会誌の論文がホームページ上での閲覧は会員のみとなっていることについて、学会によっては論文がフルテキストで公開されている学会もあることから委員会で話題となっている報告があった。会員のメリットとして冊子体での発行をしているので公開はもう少し待っても良いのではないかと、また公開することで使用してもらうことが良いのではないかと、会員と非会員の差別化となるような何かがある良いか、など意見があった。全文公開については委員会で検討することにした。

(6) 広報委員会より

菖蒲澤委員長より、資料6に基づき説明があった。委員の長期不在が見込まれているため補充を行い新体制でホームページ更新の作業の効率化をしていくことで承認された。

4. その他

(1) 会員増、会費未納への対策について

学術集会やめんこいセミナーについて、認定看護師や専門看護師など研修受講のポイントが得られるなどのしくみを利用すると参加数が増えるのではないかと意見があった。各担当の立場で入会のメリットや会員増に向けての取り組みを検討していくことを確認した。

(2) 今後の会議開催について

次回は10月15日(土)の午前に理事会, 午後に評議員会を開催することにした。それまで, 入退会
はメール会議での承認となることを確認した。

以上
(文責: 岩渕)

岩手看護学会会則

第一章 総則

- 第1条 本会は、岩手看護学会（Iwate Society of Nursing Science）と称す。
- 第2条 本会の事務局を、岩手県立大学看護学部内（〒020-0693 岩手県滝沢市巢子 152-52）に置く。
- 第3条 本会は、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかることを目的とする。
- 第4条 本会は、第3条の目的を達成するため次の事業を行う。
- (1) 学術集会の開催
 - (2) 学会誌の発行
 - (3) その他本会の目的達成に必要な事業

第二章 会員

- 第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同し看護を実践・研究する者ならびに看護に関心のある者で、所定の年会費を納入し、理事会の承認を得た者をいう。
- 第6条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。
- 第7条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。
- (1) 退会
 - (2) 会費の滞納（2年間）
 - (3) 死亡または失踪宣告
 - (4) 除名
- 2 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を提出しなければならない。
- 3 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に反する行為のあった会員は、評議員会の議を経て理事長が除名することができる。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

- 第8条 本会に次の役員をおき、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。
- (1) 理事長 1名
 - (2) 副理事長 1名
 - (3) 理事 10数名（理事長 副理事長を含む）
 - (4) 監事 2名
- 第9条 役員を選出は、次のとおりとする。
- (1) 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
 - (2) 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
 - (3) 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。
- 第10条 役員は次の職務を行う。
- (1) 理事長は、本会を代表し、会務を統括する。
 - (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
 - (3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
 - (4) 監事は、本会の事業および会計を監査する。
- 第11条 本会に、評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は、別に定める。
- 第12条 評議員の任期は、3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

第13条 評議員は、評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかは理事長の諮問に応じ、本会の運営に関する重要事項を審議する。

第14条 本会に、学術集会会長を置く。

第15条 学術集会会長は、評議員会で会員の中から選出し、総会の承認を得る。

第16条 学術集会会長の任期は、1年とし再任は認めない。

第17条 学術集会会長は、学術集会を主宰する。

第四章 会議

第18条 本会に、次の会議を置く。

- (1) 理事会
- (2) 評議員会
- (3) 総会

第19条 理事会は、理事長が招集し、その議長となる。

2 理事会は、毎年1回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会を開催しなければならない。

3 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立とする。

第20条 評議員会は、理事長が招集しその議長となる。

2 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に評議員会を開催しなければならない。

3 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第21条 総会は、理事長が召集し、学術集会会長が議長となる。

2 総会は、毎年1回開催する。但し、会員の5分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めるとき、理事長は、臨時に総会を開催しなければならない。

3 総会は、会員の10分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第22条 総会は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- (1) 事業計画および収支予算
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) その他理事会が必要と認めた事項

第23条 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第五章 学術集会

第24条 学術集会は、毎年1回開催する。

第25条 学術集会会長は、学術集会の運営および演題の選定について審議するため、学術集会企画委員を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 委員会

第26条 本会は、円滑な学会運営のために委員会を組織する。

- (1) 編集委員会
- (2) 広報委員会

第七章 会計

第27条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日で終わる。

第八章 会則の変更

- 第28条 本会の会則を変更する場合は、理事会および評議員会の議を経て総会の承認を必要とする。
- 2 前項の承認は、第23条の規定にかかわらず出席者の3分2以上の賛成を必要とする。

第九章 雑則

- 第29条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、別に定める。

附則

この会則は、平成19年6月23日から施行する。

- 1) 平成25年10月19日、一部改正（委員会）。
- 2) 平成26年4月12日、一部改正（総則、事務局住所）

岩手看護学会 役員名簿 (2016年4月現在)

理事長	福島 裕子	岩手県立大学
副理事長	三浦 幸枝	岩手医科大学附属病院
理事	石井 真紀子 (副広報委員長)	岩手保健医療大学 (仮称) 設置準備室
	伊藤 奈央 (会計)	岩手県立中央病院
	岩渕 光子 (庶務)	岩手県立大学
	上林 美保子 (編集委員長)	岩手県立大学
	蛎崎 奈津子 (副編集委員長)	岩手県立大学
	菖蒲澤 幸子 (広報委員長)	日本赤十字秋田看護大学
	鈴木 美代子 (副編集委員長)	岩手県立大学
	千田 睦美 (庶務)	岩手県立大学
	松川 久美子 (会計)	岩手県立大学
	三浦 奈都子 (庶務)	岩手県立大学
監事	小山 ゆかり	一関市立藤沢中学校
	菊池 和子	岩手県立大学
評議員	アングホッフア 司寿子	岩手県立大学
	工藤 朋子	岩手県立大学
	佐々木 幸子	岩手医科大学附属病院
	武田 利明	岩手県立大学
	土屋 陽子	名寄市立大学
	畠山 なを子	元弘前学院大学

(五十音順, 敬称略)

岩手看護学会入会手続きご案内

本学会への入会を希望される方は、以下の要領に従ってご記入の上、入会申込書を岩手看護学会事務局までご郵送ください。

1. 入会申込書に必要事項をみれなくご記入ください。「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております。すべての項目を必ずご記入ください。提出された書類は返却いたしませんのでご注意ください。
2. 入会申込書は楷書ではっきりとお書きください。
3. 入会申込書に年会費の払込金受領証（コピー）を添付し、下記事務局まで郵送してください。
 - (1) 年会費 5,000 円です。会員の種類は正会員のみです。
 - (2) 郵便局に備え付けてある郵便振替払込用紙、または当学会が作成した払込用紙にて年会費をお振り込みください。

・口座番号：02210-6-89932

・加入者名：岩手看護学会

≪ご注意≫ 「払込金受領証」を必ず受け取り、受領印があることをご確認ください。

- (3) 振込手数料は入会希望者をご負担ください。
- (4) 「払込金受領証」のコピーを入会申込書の裏に貼付してください。
- (5) 入会申込書を封書でお送りください。

≪ご注意≫ 振り込み手続きだけでは入会申し込みは完了いたしません。
入会申込書を必ずお送りください。

4. 入会申込は、随時受け付けています。

<事務局> 〒020-0693 岩手県滝沢市菓子 152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手県看護学会事務局 千田 睦美

FAX : 019-694-2273 E-mail : iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

HP : <http://isns.jp/>

岩手看護学会 入会申込書

岩手看護学会理事長 殿

貴会の趣旨に賛同し会員として入会いたします。

申 込 日	平成 () 年 () 月 () 日	
氏 名	フリガナ	性 別
		1. 男 2. 女
現在の職種 (ひとつに○)	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 養護教諭 6. 看護教員 7. その他 ()	
勤務先住所	〒	
	勤務先名:	
	TEL :	FAX :
自 宅 住 所	〒	
	TEL :	
	E-mail:	
郵便物送付先 (どちらかに○)	1. 勤務先 2. 自宅	
最終卒業校		
実践・関心領域		

注1) 性別・郵送物送付先・職種については各欄のいずれかの番号に○をお付けください。

注2) 裏面に年会費払込金受領証のコピーを必ず添付してください。

添付のない場合は入会申込が無効となります。

「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております。すべての項目を必ずご記入ください。

記入後、郵送にて下記の事務局までお送りください。

<事務局> 〒020-0693 岩手県滝沢市菓子 152-52

岩手県立大学 看護学部内 岩手看護学会 事務局 千田 睦美

FAX : 019-694-2273

E-mail : iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

岩手看護学会誌投稿規則

1. 総則

- (1) 本学会は、看護学における研究成果の発表を目的として、岩手看護学会誌/Journal of Iwate Society of Nursing Science を年2回発行する。
- (2) 刊行については、本学会が編集委員会を設置し、その任にあたる。
- (3) 本雑誌は、オンライン（Internet）および紙媒体にて出版する。

2. 投稿規定

(1) 投稿資格

- 1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする。
- 2) 本学会が依頼した場合には前項の限りではない。
- 3) 日本以外の国から投稿する者については会員以外でも投稿資格を有するものとする。
- 4) その他の投稿者については編集委員会が決定する。

(2) 著作権

本誌掲載論文の著作権は本学会に帰属する。

投稿者は、著作権の利用に当たって、本規則の附則に従う。

(3) 論文の種類

本誌に掲載する論文は、総説、原著、事例報告、研究報告、短報、その他とし、論文として未発表のものとする。審査の段階で編集委員会が論文の種類の変更を指示することがある。

・総説

看護学に関わる特定のテーマについての知見を集め、文献等をレビューし、総合的に学問的状況を概説したもの。

・原著

看護学に関わる研究論文のうち、研究そのものに独創性があり、新しい知見を含めて体系的に研究成果が記述されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・事例報告

臨床看護上貴重な臨床実践例の報告で、臨床看護実践または看護学上の有益な資料となるもの。

・研究報告

看護学に関わる研究論文のうち、研究成果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・短報

看護学に関わる研究論文のうち、新しい知識が含まれており、看護学の発展に寄与することが期待できるもの。原則として、目的、方法、結果、考察、結論の5段の形式で記述されたものでなければならない。

・その他（論壇、実践報告、資料等）

看護学に関わる論文。

(4) 論文の提出

論文は、岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する。

(5) 論文の採否

投稿論文の採否の決定は、査読を経て編集委員会が行う。査読者は編集委員会が依頼する。原則として査読者は2名とする。査読者間の意見の相違が在る場合は編集委員会が別の1名に査読を依頼することがで

きる。査読は別途定める査読基準ならびに査読ガイドラインに従って行う。

投稿論文の審査過程において、編集委員会からの修正等の要望に対し3か月以上著者からの回答がなかった場合には自動的に不採用とする。

(6) 編集

論文の掲載順序その他編集に関することは、編集委員会が行う。

(7) 校正

初校は著者校正とする。著者校正は原則として字句の訂正に留めるものとする。再校以後は編集委員会にて行う。

(8) 別刷り

10部単位で著者校正時に申請する。別刷りにかかる費用は著者の負担とする。

(9) 倫理的配慮

人及び動物が対象とされる研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。具体的には下記の倫理基準を満たしていること。また、原則として研究倫理審査委員会の審査をうけていること。

- ・人体を対象とした研究では、「ヘルシンキ宣言」に従うこと。
- ・動物を対象とした研究では、「岩手県立大学動物実験倫理規定」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・調査研究については、「疫学研究に関する倫理指針」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ヒトゲノム・遺伝子解析を対象とした研究は、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」および「遺伝子治療臨床研究に関する指針」または、これと同等水準の倫理基準を満たしていること。

(10) 投稿手続き

- 1) 論文の投稿は、岩手看護学会ホームページの学会誌論文投稿用アドレスより行う。投稿の際は、①筆頭著者の氏名、②会員番号、③所属、④連絡先住所および郵便番号、⑤電子メールアドレス、⑥論文タイトル、⑦論文の種類を明記し、論文と投稿チェックリストを添付して送信する。
- 2) 編集委員会が、投稿論文が投稿規則に従っていることを確認した時点で投稿手続きが終了し、この日をもって受付日とする。また、査読を経て、編集委員会が雑誌掲載を許可した日をもって受理日とする。
- 3) 採用された論文の掲載に研究倫理審査書、共同研究者同意書等が必要とされた場合には、論文受理通知後2週間以内に編集委員会宛てにそれらの書類を提出すること。
- 4) 著者は受理日以降であれば、論文掲載証明を請求することが出来る。

(11) 掲載料

掲載料は無料とする。ただし、カラー写真掲載に関する費用は実費負担とする。

3. 執筆要領

(1) 論文の記述

- 1) 論文原稿は、和文または欧文（原則として英文）とし、A4サイズ横書き、Microsoft Word 書類とする。
- 2) 論文の分量は、表題、要旨、本文、引用文献、図表、Abstract等全てを含め、組み上がり頁数で以下の規定以内とする。
 - ・総説：25,000字以内
(投稿論文テンプレートを使用した場合：12頁以内、テンプレートを使用しない場合：25頁以内)
 - ・原著：25,000字以内
(投稿論文テンプレートを使用した場合：12頁以内、テンプレートを使用しない場合：25頁以内)
 - ・事例報告：16,000字以内

(投稿論文テンプレートを使用した場合：8頁以内，テンプレートを使用しない場合：16頁以内)

- ・研究報告：25,000字以内

(投稿論文テンプレートを使用した場合：12頁以内，テンプレートを使用しない場合：25頁以内)

- ・短報：8,000字以内

(投稿論文テンプレートを使用した場合：4頁以内，テンプレートを使用しない場合：8頁以内)

- ・その他：内容により編集委員会が決定する。

3) 和文原稿は，原則として現代かなづかい，JIS 第2水準までの漢字を用いる。外国の人名，地名，術語は原語のまま表記する。学術的に斜字体で表記されている術語は斜字体で表記する。単位および単位記号は，原則としてSI単位系に従うものとする。和文原稿の句読点はピリオド及びカンマとする。

4) 論文には400字程度の和文要旨をつけ，原著については250語程度のAbstract(英文)もつける。原著以外の論文にAbstractをつけてもよい。

5) 欧文(英文Abstractを含む)は原則としてNative Checkを受けたものとする。

6) 5語以内のキーワード(和文および英文それぞれ)をつける。

7) 文書フォーマットは下記の2種類とする。

(i) ホームページの投稿論文テンプレートを使用する場合

- ・論文は，表題，著者名，所属，要旨，キーワード，本文，引用文献，表題(英文)，著者名(英文)，所属(英文)，Abstract(英文要旨)，Keywordsの順に作成する。本文が欧文である場合には，表題以下の英文部分から始め，和文の表題，著者名，所属，要旨を順に最後に記載する。

- ・本文および引用文献は2段組，24文字×44行，文字は10ポイント，その他は1段組とする。

- ・文書余白は上下25mm，左右20mmとする。なお余白部分は編集委員会が頁数，書誌事項，受付日，受理日の表示のために利用する。

- ・表題は16ポイントとする。

- ・本文和文書体はMS明朝，見出しはMSゴシック(11ポイント)を用いる。本文欧文書体はTimes New Romanを用いる。

- ・上付き，下付き文字はMS明朝を用い，Microsoft Wordの機能を用いて作成する。

- ・要旨及びAbstractは，左右15mmインデントする。

- ・図表の掲載について以下の通りとする。

図表は，1段(7.5cm幅)あるいは2段(16.5cm幅)のサイズで本文中に掲載する。

図表中の表題，説明文等の文字はMSゴシック8ポイント程度とする。

図は原則としてjpg，gifあるいはpngフォーマットにより作成する。写真も同様とする。Microsoft Excel または PowerPoint から直接貼り付けることも認める。

図には論文内でそれぞれ通し番号を付し，表題とともに，「図1. 表題」と図の直下に中央揃えにて記載する。

表には論文内でそれぞれ通し番号を付し，表題とともに「表1. 表題」と表の直上に左寄せにて記載する

(ii) 投稿論文テンプレートを使用しない場合

- ・論文は，表題，著者名，所属，要旨，キーワード，本文，引用文献，表題(英文)，著者名(英文)，所属(英文)，Abstract(英文要旨)，Keywords，図，表の順に作成する。本文が欧文である場合には，表題以下の英文部分から始め，和文の表題，著者名，所属，要旨，図，表を順に最後に記載する。なお，本文中に図表が挿入される箇所を明示する。

- ・原稿はA4版横書きで，35文字×28行(約1,000字)，文字は10ポイントとする。

- ・文書余白は上下30mm，左右30mmとする。

- ・表題は16ポイントとする。

- ・本文和文書体はMS明朝，見出しはMSゴシック(11ポイント)を用いる。本文欧文書体はTimes

New Roman を用いる.

- ・上付き, 下付き文字は MS 明朝を用い, Microsoft Word の機能を用いて作成する.
- ・図表の掲載について以下の通りとする.

図表はひとつの図表の原図毎に A4 用紙 1 枚を用いて提出する.

図には論文内でそれぞれ通し番号を付し, 表題とともに, 「図 1. 表題」と図の直下に中央揃えにて記載する.

表には論文内でそれぞれ通し番号を付し, 表題とともに「表 1. 表題」と表の直上に左寄せにて記載する.

- 8) 丸付き数字, ローマ数字等の機種依存文字は使用しない.

(2) 文献の記載

引用文献の記述形式はアメリカ心理学会 (American Psychological Association) の「APA 方式」(APA style) に準ずる.

- 1) 文献を引用する場合は, 本文の引用箇所に著者名 (姓) と発行年次を () 内に表す. なお, 書体は本文に準じる.

例) 岩手 (2016) は・・・の重要性を示唆した.

・・・については・・・のように指摘されている (滝沢他, 2015).

- 2) 引用文献は最後に一括して著者名のアルファベット順に掲げる. 同一著者の文献は発行年順に配列し, 発行年が同一の場合は, 2016a, 2016b のようにアルファベットをつけて区別する. なお, 本文中の引用部分も同一のアルファベットを用いて出典を区別する.

- 3) 著者名の記載については下記の例に従う.

- ・和文の場合……3 名以下のときは全員の姓名, 4 名以上のときは, 筆頭から 3 名の姓名の後に「, 他」をつける.
- ・欧文の場合……3 名以下のときは姓, 名のイニシャル, 4 名以上の時は 3 名までの姓, 名のイニシャルに「,et al.」をつける.

- 4) 記載の様式は下記のようにする.

- ・雑誌の場合……著者名 (発行年次) : 表題名, 雑誌名, 巻または巻 (号), 頁.

例) 兼松百合子 (2015) : 看護ケアをどのように追究してきたか, 岩手看護学会誌, 9 (1), 24-31.

兼松百合子, 藤原マサミ, 野崎富子, 他 : <昭和 45 年> 岩手県立衛生学院開学の経緯—看護婦・保健婦・歯科衛生士や関係者の貢献—, 岩手看護学会誌, 10 (1), 15-23.

県大太郎 (2012a) : A 病院における高齢者の転倒予防に向けた取り組み, 県大雑誌, 35, 2-8.

県大太郎 (2012b) : 家族と共に行う高齢者の転倒予防, 県大看護会誌, 8, 26-32.

- ・単行本の場合……著者名 (発行年次) : 書名, 出版社名, 発行地. または著者名 (発行年次) : 論文の表題, 編者名, 書名, 頁, 出版社名, 発行地.

例) 石井トク (2015) : 医療安全 患者を護る看護プロフェッショナル, 医歯薬出版, 東京.

菊池和子 (2014) : 臨地実習に必要な看護倫理 看護計画の評価, 石井トク, 江守陽子, 川口孝泰, 看護倫理 看護の本質を探究・実践する, 135-139, 学研メディカル秀潤社, 東京.

- ・訳本の場合……原著者名 (原書発行年次/訳者名, 翻訳書の発行年次) : 翻訳書の書名, 出版社名, 発行地.

例) Patricia W. Hickey (1990/兼松百合子, 数間恵子 1991) : 看護過程ハンドブック, 医学書院, 東京.

- ・ホームページの場合……著者名 (投稿・掲載の年次) : URL [検索日 年月日]

例) 厚生労働省 (2014) : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/xxx./index.html> [検索日 2015 年 2 月 3 日]

- (3) 英文投稿は本規則のほか Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines を参照すること.

附則 1. 著作権について

- (1) 学会誌掲載内容（学会ホームページ上で公開する電子媒体を含む）の著作権は、全て学会に帰属する。
- (2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて使用する際には、学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする。許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する（電子メールでの申請は受け付けない）。
- (3) 前項の許諾申請は 1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX 番号・電子メールアドレスを明記し、自著署名を付して申請すること。
- (4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に（あるいは参考文献として）原著を引用文献として明示すること。

附則 2. 本規則の適用期間

本規則は平成 19 年 6 月 23 日より発効する。

附則 3. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 20 年 10 月 4 日から施行する。

附則 4. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 21 年 10 月 17 日から施行する。

附則 5. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 23 年 4 月 16 日から施行する。

附則 6. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 24 年 9 月 19 日から施行する。

附則 7. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 26 年 9 月 28 日から施行する。

附則 8. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 28 年 4 月 2 日から施行する。

附則 9. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 28 年 10 月 30 日から施行する。

岩手看護学会誌 論文投稿のご案内

岩手看護学会では、岩手看護学会誌を年2回発行しております。冊子体としての発刊のほかに、インターネットに対応した電子体でも発刊しております。また、「医学中央雑誌」に掲載されております。

論文には、「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります。院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究、普段から取り組んでいる業務の改善などを、論文としてまとめてみてはいかがでしょうか。

岩手看護学会誌は、みなさまからの投稿で成り立っております。岩手看護学会では、みなさまの論文投稿の支援を、論文投稿支援窓口と編集委員会が行っております。

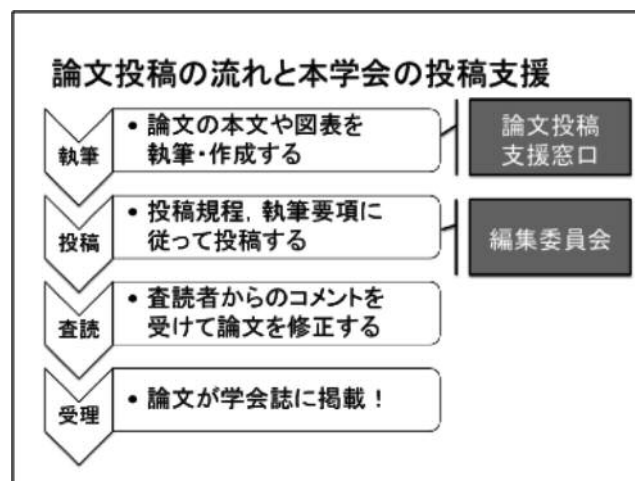
みなさまからの論文の投稿をお待ちしています。

支援窓口、支援内容、問い合わせ先

- 論文投稿支援窓口
 - 論文の執筆に関する相談をお受けします。
 - 担当者：武田利明，菊池和子

- 連絡先：shien@isns.jp

- 編集委員会
 - 投稿から校正までをお手伝いします。
 - 担当：岩手看護学会編集委員会
 - 連絡先：regist@isns.jp（論文投稿のメールアドレスと同じ）



岩手看護学会論文投稿促進講座 XI

介入研究とは、実践的な研究で、問題の要因や背景を明らかにすることによって、その問題への対応、または解決方法を明らかにすることである。しかし、臨床での介入研究は、他の研究デザインに比べ、実践される割合が少ない。

Frances Marcus は介入研究を看護の分野で実践している人はわずかで、その数は全米で 100 人にも満たないかもしれないと述べている¹⁾。また、北島らの研究では、事例介入研究は研究デザイン中の 5.2% という結果であった²⁾。

介入研究が備えるべき要件を以下に示す。

1. 対象が抱える問題や原因を系統的に説明すること（その対象がある行動をとる理由とその理由が行動を変えていく過程を明らかに示す）。
2. その問題や原因に対して看護介入が可能なこと。
3. 対象が望ましい方向へ行動変容できるような介入方法をデザインすること（何を変えることができ、何を変えることができないのか）。
4. デザインする際に理論を活用すること。
5. 介入方法は具体的であること。

私は介入研究を行う過程で、患者の変化を患者とともに実感でき、そのことが、自身の看護実践や看護研究を行うことのモチベーションを高めたという体験をした。数的なデータ収集だけでなく、看護援助の効果を患者の変化というデータで示すことのできる介入研究を一度経験されることをお勧めする。

岩手看護学会が発足した平成 19 年の交流集会で、故兼松百合子先生にコーディネーターをつとめて頂き、「モチベーションを高める看護援助」を発表した。最近、その抄録を読み返してみた。糖尿病患者のモチベーションを高める研究に至るまでの思いや困難感が、その抄録の冒頭部分に書かれていた。自分が、患者のモチベーションを高める看護援助に関する介入研究を行った動機の一部を紹介する。（以下、抄録抜粋）

自分の気づきは多くの場合、困難な状況におかれたときに、その機会が与えられたように思う。それは患者様の言葉がきっかけとなった場合もあった。よく耳にする「わかっているけどなかなかできない」「忙しくて〇〇できない」など、すぐ行動を起こさなければ、後々患者自身が苦勞することになるのに、なぜそんなに悠長なの？という気づきを持ち、その原因を探索し始める。そうすると行動を変えられないのは患者自身の意思か、環境か、病識か、経験か、支援体制か・・・などなど、その原因を把握し、何とか解決したくなる。しかし、解決するのは私ではなく患者自身というところが最大の「困難」である。

このような「困難」を乗り越えるために、いろいろな解決策を考えるのだが、そこにも困難がある。それは、自分の経験から推し量ることができることとできないことがあるし、自分の努力でなんとかなることとならないことがある。また、看護師でなんとかなることとならないこと、先行研究の結果が活かせる環境でないときもある。このようなことを思い起こすと、先が見えなく不安になってくるが、それを乗り越えようとする気持ちによりモチベーションが高まり、乗り越えられたときには患者様も看護師も達成感を味わい、関係性、有能感、自律性の向上につながると考えられる。

現場では、いろいろと溜息の出そうな場面を経験する。一度、達成感や乗り切り方を経験すると「困難」へ対処することに恐怖感がなくなり、「困難」の正体を分析し、気づきを広げて、看護を考えるモチベーションにつながる。

以上が、当時自分が研究に関して考えていたことのようにだ。

実際、介入研究を進める中では、研究計画通りに行っても望ましい効果が現れない対象者もあり、研究参加同意書に書かれているように、途中で研究参加を中断してもよいという事を再度説明したこともあった。しかし、その対象者は「研究に参加しているってことが、自分のやる気につながると思うから、このまま続ける」と話して下さった。また、介入回数で望ましい変化が現れた対象者からは、血糖コントロールが良くなったことも動機づけになっているが、「箱石さんが頑張っているから、自分も頑張る気になるんだよ」と話して下さり、達成感、関係性、有能感のつながりを実際に体験することができた。

介入研究のデータ収集、分析は対象者や介入回数が多くなるほど、大変な作業になる。しかし、その過程で新たな発見の予感や、新たな発見ができたときは「研究に協力してくれてありがとうございます」と対象者、同僚、指導教官に対して感謝がこみ上げる感覚があった。

私は病棟勤務、外来勤務をしながら論文をまとめた。兼松先生から「論文作成にまとまった時間をつくったほうがよい」とのアドバイスを受け、上司に相談した。当時の看護師長が「月をまたげば10日くらいは休みが取れる」と勤務表を作成してくださり、月末と月初に、文字通り「寝食を忘れて」論文を書き上げた。病棟の同僚には、プレテストに協力してもらい、脳外科の医師には、英語の論文解釈を手伝ってもらった。研究対象者が「箱石さんが頑張っているから、自分も頑張る気になるんだよ」と話して下さったように、私は、筆舌に尽くしがたい周りのサポートを受け、諦めずに論文発表まで辿り着いた。

兼松先生が交流集会でコメントして下さったように、「全ての看護領域において、患者との関わり、看護師同士の関わりを重視し、モチベーションを高める看護援助を行っていくことは、基本的な重要事項である」と考える。

臨床で、継続した介入研究を行うためには、患者との関わりだけでなく、同僚やチームの支援が重要であると感じた。

岩手県立山田病院 箱石 恵子

引用文献

- 1) Frances Marcus : 水野道代 翻訳・編集. 介入研究 Intervention Research に向けて行動パターンへの効果的な介入援助をデザインする, 看護研究, Vol.39 No.1, 2006, 7-15.
- 2) 北島洋子, 西平倫子, 西谷美保, 太尾元美, 宮芝智子, 坂下玲子. 学会誌掲載論文から見た臨床看護職が行っている看護研究の現状と課題, UH CNAS, RINCPC Bulletin Vol. 19, 2012, 1-15.

編集後記

岩手看護学会誌第10巻2号を皆様にお届けできることを大変うれしく思います。今回は研究報告3編、資料2編と多くのご投稿を頂きました。発刊にあたり、執筆者ならびに査読していただいた皆様に多大なるご協力を頂き、心より感謝申し上げます。

今回、臨床現場や地域保健等、様々な分野からご投稿いただきました。現場では、魅力ある活動や気づきがあるものの論文としてまとめることに、ためらいもあるかと思えます。確かに「言語化すること」は簡単ではなく、推敲を重ね、やっと産みだされるという表現が当てはまるような作業です。しかし、その経験から得られる成果は、時を重ねる中で大きく育ち、執筆者のみならず多くの人に豊かな恵みをもたらします。

兼松初代委員長が、以前、本学会誌の巻頭言で「本学会は実践者と研究者の協働により、実践の中での研究を促進し、その成果を共有することを重視しております」と書かれておりました。

事務局は今後も兼松先生の想いを受け継ぎ、幅広い実践者からご投稿いただけるようサポートを続けてまいりたいと思いますので、お気軽にお声掛けください。

皆様からのご投稿をお待ちしております。

(鳥居 記)

編集委員

上林美保子 (委員長)	蛎崎奈津子 (副委員長)	及川 紳代	後藤 仁子
鈴木美代子 (副委員長)	蘇武 彩加	田口美喜子	鳥居奈津子
箱石 恵子	藤澤 由香		

(五十音順)

岩手看護学会誌 第10巻 第2号

発行日 2016年11月30日

編集 岩手看護学会編集委員会
代表者 上林美保子

発行 岩手看護学会
代表者 福島裕子
〒020-0693
岩手県滝沢市巣子 152-52
岩手県立大学看護学部内岩手看護学会事務局
Fax 019-694-2273
E-Mail regist@isns.jp

印刷 河北印刷株式会社

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

Stop in the Nursing practice, and Let's Communicate Each other

Yukie Miura

1

Research Report

Preference for End-of-Life Care Setting among a City's Residents

Mitsuko Iwabuchi , Tomoko Kudo , Shihoko Fujimura , Mayumi Miura

3

The Thoughts of Terminal Cancer Patients in Medical Care before Palliative Care Ward Hospitalization

Miyoko Shirasawa, Kazuko Kikuchi

13

Operating room Nursing Practicums in basic Nursing Education courses:
The Direction and Future Areas of Research in Japan (2000-2015)

Naoko Ozawa

25

Material

The History of Iwate Prefectural Institute of Health Professionals (April 1970-March 2001)
— Focusing on the Vice Presidents —

Mayumi Miura

29

Use of Home Visit Activities involving Suicide Prevention Measures as a Means of
Evaluating Persons who have not Undergone a Specific Health Checkup

Yuka Nozato, Mariko Kondo, Kimae Kudo, Noriko Abe, Sachi Iwabe, Yukina Tsuda

47

MENKOI Seminar

Takayasu Kawaguchi

55

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports

Information on the 10th Conference

63

Minutes of the 1st Board of Directors Meeting 2016

64

Constitution of the ISNS

67

Board of Directors and Councilors

70

Membership Application Information

71

Membership Application Form

72

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

73

Information about Submission of Articles

78

Promoting Manuscript Submission to JISNS XI

79

Editorial Postscript

81

Volume 10 Number 2 November 2016