

# 岩手看護学会誌

## 巻頭言

岩手看護学会の特長とは？ 内海香子 1

## 原著論文

障がい児の家族支援における多職種の協働への役割モデルの構築  
—家族を主体としたトータルケアに向けた取り組みを通して— 原 瑞恵, 白畑範子 3

## 研究報告

PRECEDE-PROCEED モデルを活用した産後ケア事業に関する文献検討  
—岩手県の地域特性をふまえて— 山本洋子, 遊田由希子, 蛭崎奈津子 15  
外来化学療法を受けている切除不能膀胱がん患者の療養体験 高屋敷麻理子, 菊池和子 27  
岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態  
鈴木美代子, 千田睦美, 伊藤 収 41  
インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い  
佐藤淳子, 千田睦美, 小嶋美沙子, 土屋陽子 57

## 実践報告

橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に影響を与える要因  
片岡百合子, 小林美佳, 佐々木恵美, 神山礼子, 野里 同 67

## めんこいセミナー

千田睦美, 三浦奈都子 73

## 岩手看護学会誌投稿規則

75

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

80

論文投稿のご案内

84

## 編集後記

85

第 13 巻第 2 号 2019 年 11 月

## 岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

## 巻 頭 言

### 岩手看護学会の特長とは？

本号は、平成から令和に元号が変わり、初めての学会誌となります。論文を投稿していただきました多くの皆様  
に感謝いたします。

最近看護系の学会も増え、学術集会への参加や学会誌へ投稿をする際に、演題や論文を公表する学会について  
悩むことがあります。その背景には、看護の専門性が分化したことにより、自分の関心や専門性を深めたいという  
要望や、対象の支援に多職種との連携が欠かせない状況から、多職種が集う学会に高い価値を置くことなどがあ  
ります。

岩手看護学会は、ご存知の通り、岩手県を中心とした東北地方の保健・医療・福祉に携わる看護職、看護教員、  
看護学生が会員です。特定の看護の分野を深めるという性質の学会ではありません。そうすると岩手看護学会には  
どのようなことが期待できるのでしょうか。改めて岩手看護学会の特長について考えてみました。

岩手看護学会の特長は3つの交流にあると考えます。すなわち知の交流、職種の交流、世代の交流です。

まず知の交流とは、看護学の知（看護理論・看護研究や蓄積された看護の知識や技術）と臨床の知（実践知）の  
交流です。次に職種の交流とは、保健師、助産師、看護師、養護教諭など、あらゆる場で、あらゆる対象にかかわ  
る看護の職種が一同に集う場であることです。最後に、世代の交流は、学生と看護職者の交流です。看護職者は学  
生の考えを、学生は看護職者の考えを知り、世代間で学び合う場となります。更に看護職側から基礎教育への要望  
や、基礎教育側から継続教育への要望を発することで、次世代の岩手の看護を担う人材を育てる視点や機会が得ら  
れます。

これらの交流から、岩手看護学会には、岩手で生活する対象の理解や支援に役立つ知が蓄積され、看護職にとっ  
てより質の高い実践への示唆と相手の顔が見える蜜な連携を得る機会があるのではないのでしょうか。また、看護教  
育においても、臨床側と教育側の双方に示唆があるのではないのでしょうか。

是非、ご自身が実践する場にある学会を大切に育て、活用していただければと思います。

岩手看護学会理事長

内海香子

<原著>

# 障がい児の家族支援における 多職種の協働への役割モデルの構築 —家族を主体としたトータルケアに向けた取り組みを通して—

原 瑞恵 白畑範子  
岩手県立大学看護学部

## 要旨

本研究は障がい児の家族支援において家族を主体としたトータルケアに向けた取り組みから、多職種の協働への役割モデルを構築することを目的とした。方法は多職種 12 名でチームを立ち上げ、アクションリサーチを導入し、研究者は看護職の立場でチームの調整をした。

実践の結果、多職種チームへの 4 つのサポート場面と看護職の役割モデルが見出された。家族支援においてチームとして志向するために、チームとして家族支援の目標を決める場面ではチームの課題と強みを感じさせる役割、チームの主体性を発揮させる場面では家族支援の目標を意識づける役割があった。チームとして家族主体に意識を変化するために、家族支援の方向性を統一する場面では親の心理状態や家族の状況を伝える役割、メンバー各々が自分の考えに自信をもつ場面では、チームとしての家族支援の目標や、家族から得られた情報と関連づけ、メンバーの考えを後押しする役割があった。

キーワード：トータルケア、障がい児、家族支援、家族主体、看護職の役割モデル

## はじめに

平成 24 年度の子童福祉法の一部改正により、障がいのある子どもが身近な地域でサービスが受けられる支援体制がすすめられている。さらに、重症心身障害児及びその家族が地域で安心して生活できるために、医療型障害児入所施設等を中核として関係する分野との協働による支援体制を構築する総合的な地域生活支援の実現が目指されている（厚生労働省，2017）。

障がいのある子どもと家族には、子どもの成長発達や家族の状況に合わせ、医療や福祉職などの多職種がお互いの考えを理解し尊重しながら行う総合的かつ継続的なトータルケアが重要とされている（浅倉，2017）。そのトータルケアに取り組むためには、多職種がチームとして目標を共有し、それぞれの専門性が発揮できる協働を促していくことが必要であると考えられる。

多職種は家族に対し、子どもの病気や障がいの治療や成長発達を促すこと、子どもの日常生活ケアへの指導、社会福祉制度の活用など専門的役割を遂行している。しかし、多職種各々は専門性に応じた支援を行っているものの、職種間の意見交換やコミュニケーション不足により、お互いの専門性に応じた役割や考えについて認識が低いことが報告されている（細田，2012；前田，2006；鷹野，2002）。

先行研究（原，2015）である全国の医療型障害児入所施設に勤務する多職種への質問紙調査では、障がい児の家族支援への協働の課題として、家族支援の目標の不明確さや意見交換の不十分、専門性の違いによる困難さ、協働における調整の不明確さがあった。この結果をもとに、家族支援における多職種が家族支援の目標を共有し、親の心理状態や家族機能を把握すること、お互いの専門性を認め合う情報共有や意見交換を

調整する協働促進プログラムを作成した。この協働促進プログラムを用い、多職種が家族へトータルケアを行うためには、チームにおける調整役割が必要である。看護職が子どもの成長発達、家族のライフサイクルに合わせた子どもと家族へ包括的な視点で調整をしていることや(古橋, 2008; 小室, 2006)、家族の気持ちを代弁し、家族と医療者が同じ方向を向けるよう支援している報告がある(斎藤, 2018; 柴崎ら, 2018)。多職種が家族を主体としたトータルケアを行うためには、子どもの病気や障がいの治療を理解し、子どもの成長発達や家族の状況を包括的な視点で捉え、親の子育てへの思いを代弁する看護職だからこそ担える調整役割が必要であると考えられる。

本研究では、家族を主体としたトータルケアに向けた看護職の役割機能をもとに、研究者が看護職として調整役となり、子どもの病気や障がいの治療を理解し、家族の状況を包括的な視点で捉え、多職種が家族を主体とした支援を促進できる役割モデルを構築していく。この役割モデルを構築していくことは、多職種がお互いの力を引き出し、家族を主体とした支援が共有され、子どもと家族にトータルケアをするための看護職の役割モデルとして応用できると考える。

## 研究目的

障がい児の家族へのトータルケアに向けた多職種の協働において、家族を主体とした支援を共有し、チームとして志向する意識に変化させる看護職の役割モデルを構築する。

## 方法

### 1. 研究デザイン

アクションリサーチ

### 2. 研究期間

平成24年5月～平成25年11月

### 3. 研究の場

障がいのある乳幼児期の子どもへのリハビリテーションを実施している医療型障害児入所施設とした。この施設の外来では運動発達遅滞や障がい疑われる乳幼児と家族に対し子どもの治療や家族の療育相談、福祉資源の情報交換を行っており、医療型児童発達支援センターもあることから、多職種が乳幼児の子どもと家族と関わっていた。この施設では多職種間で

子どもの支援状況について定期的に連絡報告する機会があったが、親の心理状態や家族の状況を多職種間で情報共有する機会や意見交換する十分な時間を確保することが困難であった。全国の医療型障害児入所施設に勤務する多職種を対象とした先行研究(2015)の結果も同様に、家族支援に関する情報交換や意見交換の不十分さにおける多職種間の協働の課題にあがっていた。

## 4. 研究参加者

乳幼児期にある障がい児の家族へ関わる医局、看護科、訓練科、育成(保育)科の4部署から参加者を募り、看護師、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士の職種をチームメンバーとした。

## 5. 研究対象者

医療型障害児入所施設の外来に通院およびリハビリテーションを行っている幼児期にある子どもとその家族とした。

## 6. 研究の進め方

### 1) フィールドワーク

研究者は場となる施設において、ボランティアの余暇活動への参加や、病棟や外来において障がい児の看護に関する研修を行いながら現場になじみ、スタッフとの関係性を築いた。そして、施設に通院している子どもの病気や障がいの程度、家族の状況、多職種における家族への関わりの実態を把握した。

### 2) アクションリサーチのすすめ方

アクションリサーチとは、実践者が現場から湧き上がる思いに着目し、実践者自ら認識や行動を変化させ、現場の変化を主体的に推進させる手法であり(筒井, 2018)、多職種チームが家族支援に向け、チームとして主体性や動機づけを促進するために効果があると考え、本研究で採用した。

まず、施設長に研究の趣旨および内容を文書および口頭で説明し、研究協力の承諾を得た。その後、各部署の長と多職種スタッフへ説明する時間と場所を調整した。部署ごとに、多職種スタッフを対象に研究の主旨および内容を説明し、多職種チームを立ち上げ、「チームとしての乳幼児期にある子どもの家族への支援をどのようにしたらよいか」をテーマとし、多職種チームによる意見交換を行いたいことを伝えた。研究の参加者として、チームメンバーをそれぞれの職種か

ら1~2名程度募った。チームメンバーの役割としては、多職種チームの意見交換の場に参加し、各部署へ意見交換した内容や計画を説明することや、部署の意見を聴くことであることを説明した。研究者は施設長および部署の長への意見交換の報告については、意見交換での発言内容など個人が特定されることは伝えず、意見交換で決定した内容および進捗状況のみ伝えることを、チームメンバーへ約束した。

ケースカンファレンスで取り上げる家族は、主治医およびスタッフと十分話し合い、選定した。選定した家族には、研究者が研究の趣旨および内容を文書および口頭にて説明し、同意を得た。

### 7. アクションリサーチの実際および研究者の立ち位置

研究者は外部者の立場であるため、施設長と相談しながら意見交換の場を設定し、アクションの具体的な進め方や内容は、研究の進行状況や参加者の意見をふまえて作りあげていった。研究のプロセス（初期計画）を以下に示す。

#### 1) 看護職の役割機能（役割モデル案）の作成（表1）

先行研究（原，2015）の協働促進プログラムの（1）チームとして家族支援の目標を共有する，（2）親の心理状態や家族機能について情報共有する，（3）お互いの専門性を認め合う，（4）協働システムを明確にするという4つの到達目標と、フィールドワークにおける現場の分析をもとに、家族を主体とした支援を共有するための看護職の役割機能（役割モデル案）を作成した。

#### 2) 参加者の決定と研究の具体的な段階の設定

多職種チームを立ち上げ、乳幼児期にある障がい児の家族支援をテーマとして、段階ごとの内容を、第1

段階「家族支援の目標の検討」、第2段階「家族を主体にした支援の方向性の共有」、第3段階「家族支援への具体策の検討」とした。

3) 作成した看護職の役割機能（役割モデル案）にもとづき、段階ごとのテーマに沿った実践

4) 看護職における役割モデルの構築

看護職の役割機能（役割モデル案）を実践した場面をサポート場面として、そのとき実践した看護職の役割機能とチームの変化を分析し、役割モデルを構築した。

### 8. データ収集方法

#### 1) 参加観察

子どもと家族の様子や、子どもと家族に関わる多職種の様子を参加観察し、フィールドノートに記載した。

#### 2) 意見交換でのチームメンバーの言動

チームメンバーへ承諾を得て、ICレコーダーに録音した。意見交換でのチームメンバーの表情やしぐさ、その場の雰囲気については、意見交換終了後、直ちにフィールドノートに記載した。

#### 3) 意見交換後の振り返りシート

チームメンバーの意見交換での考えの変化を把握するため、意見交換後、意見交換での家族支援の気づき、自分の考えや他のメンバーへの気づきについて、メンバーに振り返りシートに記入してもらった。

#### 4) チームメンバーへの面接

意見交換の進行状況や内容により研究者が面接を必要とした場合、チームメンバーへ実施した。面接内容はチームメンバーへ承諾を得て、ICレコーダーに録音した。録音の承諾を得られなかった場合は筆記にてフィールドノートに記載した。

表1. 家族を主体としたトータルケアに向けた看護職の役割機能

役割機能の項目	役割機能のポイント	協働促進プログラムの到達目標 (原, 2015)
1 多職種チームへの機能	チームの課題と強みを気づかせ、チームとしての家族支援の目標を確認する	チームとして家族支援への目標を共有する
	意見交換における司会およびファシリテーターを行う	協働システムを明確にする
2 家族の代弁者としての機能	子どもの病気や障がいを理解したうえで、親の心理状態や家族の状況をとらえ、チームに伝える	親の心理状態や家族機能について情報共有する
	家族支援の目標や、家族から得られた情報と関連づけ、メンバー各々の考えを後押しする	お互いの専門性を認め合う

## 9. データ分析方法

アクションの前に役割モデル案である看護職の役割機能を作成し、その役割機能を研究者が実施した。そして、アクション終了後の全体のデータを振り返り、家族を主体としたトータルケアに向け、チームの変化がみられた場面を局面とした。また、研究者が看護職の役割機能を実践した場面をサポート場面とし、そのときの研究者の具体的な介入内容とチームメンバーの変化を分析した。

この分析から家族を主体とした多職種チームへのサポート場面における看護職の役割モデルを構築していった。なお、研究の進行状況や分析については、小児看護学研究者のスーパーバイズを受けながら、繰り返し検討し、妥当性を確保するように努めた。

## 10. 研究における倫理的配慮

研究実施に際して岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認（承認番号 19-D004）を受け、実施施設長の承諾を得た。スタッフを対象に研究の主旨および内容を説明し、多職種チームのメンバーを募った。その際、強制力が働かないように、研究への参加は自由意思であることを強調した。

研究参加者のチームメンバー、研究対象の家族に対し、研究の目的と内容、研究への参加は自由意思であること、途中の辞退も可能であること、収集したデータは研究のみに使用し、個人が特定されないことや個人の秘密は厳守されること、診療録の閲覧について文書及び口頭で説明し、同意を得た。ケースカンファレンスにおける対象の家族に対しては、研究の参加及び不参加によって治療や看護に影響がないことを説明し、同意を得た。

意見交換の場所や日時について、施設長へ了承を得て実施した。また、意見交換の内容、チームメンバーや家族への面接の日時については、施設のスタッフと連絡を取り合い決めた。介入終了後は、施設長に了承を得て、看護スタッフが多職種チームの調整役となり、対象の家族に対し継続して介入を行った。

## 結果

### 1. 参加者および対象者の概要

人口 20 万人程度の都市にある唯一の医療型障害児入所施設（以下、「A 施設」と示す）に勤務している小児科医、整形外科医、看護師、保育士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の計 12 名であり、医局、

看護、保育、訓練の 4 部署であった。参加者の経験年数は 3 年から 30 年以上であった。

ケースカンファレンスにおける対象者は、施設に外来通院およびリハビリテーションを行っている幼児期にある精神運動発達遅滞、二分脊椎症とその家族の 2 事例であった。

## 2. チームの変化とアクションの効果

多職種のチームメンバーと研究者にてチームを編成し、多職種間で意見交換する場を設定した。意見交換する場は、チームメンバーが対等に自分の考えや意見を話し合える雰囲気を目指すため、「語り合い」と命名した。以下、多職種間で意見交換する場を「語り合い」と示す。語り合いは 12 回実施し、所要時間は 16 分から 83 分であった。語り合いの出席状況は 5 名から 10 名であり、語り合いの日時は各部署のスタッフが最低 1 名出席できるよう調整した。場所は施設長の了解を得て、A 施設の会議室を使用した。

チームの状況に合わせ「語り合い」の内容を検討しすすめるなかで、家族を主体としたトータルケアに向けたプロセスでみられたチームの変化による 3 つの局面が見出された（図 1）。3 つの局面は、【家族支援におけるチームの課題と強みへの気づき】、【チームとして志向する意識への変化】、【チームとしての主体性の発揮】であった。

結果では、研究の段階ごとの局面における研究者が実践した看護職の役割機能（役割モデル案）の実際と、チームおよびチームメンバーの変化について述べる。語り合いのなかで、障がいのある子ども、または障がいの疑いのある子どもを「子ども」と表現し、意見交換を行った。なお、本研究では研究者が看護職として介入した。研究者が看護職の役割機能（役割モデル案）にもとづき実践したところは下線文で示し、語り合いでのメンバーの発言は「 」、振り返りは〔 〕で表示した。

### 1) 第 1 段階：家族支援の目標の検討

—局面 1【家族支援におけるチームの課題と強みへの気づき】—

第 1 段階は乳幼児期にある障がい児の家族支援の目標を共有し、お互いに専門性を認め合うことを目指し、7 回の語り合いを実施した。研究者は意見交換の場である語り合いを設定し、司会およびファシリテーターを行った。

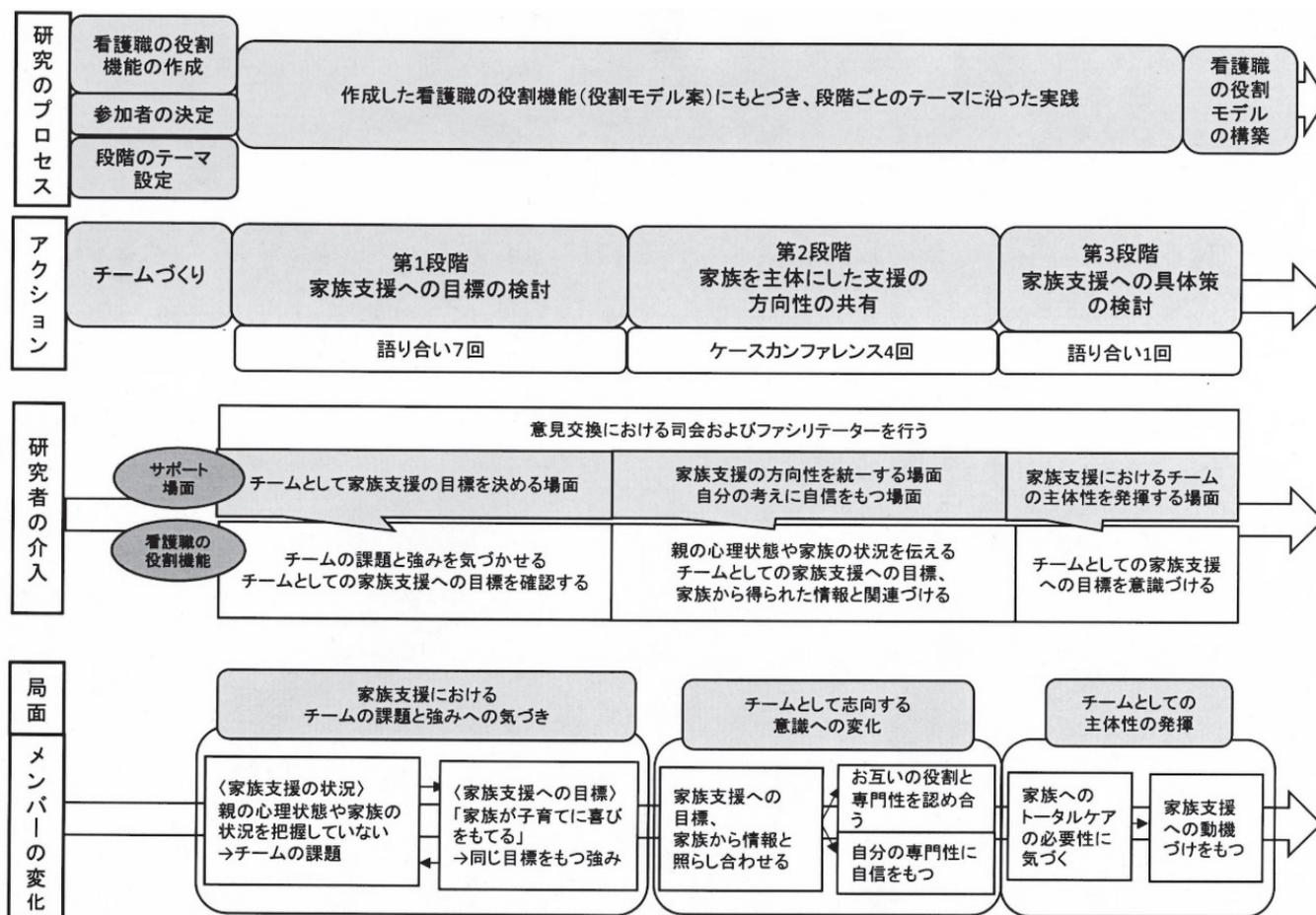


図1. 家族を主体としたトータルケアに向けたプロセスとチームメンバーの変化

そして、この第1段階では、チームとして家族支援の目標を決める場面において、研究者が看護職の役割機能（役割モデル案）にもとづき、チームの家族支援における課題と強みを気づかせるサポートを行った。

まず、研究者は看護職の役割として、メンバーがチームの課題に気づくために、多職種個々における家族支援への取り組みの状況について発言を促し、チームの課題の共有を促した。

メンバーはお互いの家族への関わりについての状況を確認し、「乳幼児期だと、障がい受容に至るまでには長い道のりがあると思うので、どの職種も慎重に関わっているのだと思った。」と、すべての職種が乳幼児期にある子どもの家族への関わりには、子どもの受容の状況を捉えながら、慎重に関わっていることに気づいた。そして、すべての多職種が、乳幼児期にある子どもの家族への関わりを難しいと感じ、親の心理状態や家族の状況を把握していないというチームの課題に気づいた。

次に、研究者は看護職の役割として、メンバーがチームの強みに気づくために、乳幼児期にある障がい児の家族支援に対する職種各々の考えや価値観を引き出し、家族支援において大切にしていることについて発言を促した。

多職種各々は、家族が子どもの対応で困っていることに気づくために家庭での子どもの様子を把握していた。さらに、多職種各々は家族が子育てへ達成感や自信をもち、子育てを楽しむことができるようになってほしいため、子どもの成長発達や、家族が子どもの世話や医療的ケアができるようになったことを家族に伝えていた。多職種間で家族への関わりにおいて大切にしていることを共有することによって、「正直、（他の職種と）そんなに目指しているもの、方向は変わっていないかな。」、「たぶん（乳幼児期にある子どもの家族支援への）願いとしては、そんなにずれはなかったと思います。」、「私たち（スタッフ）それぞれ口に出さなくても、やっぱり目標になっているところは同

じ。」と、家族支援に対し、同じ目標をもっているというチームの強みに気づくことができた。

多職種はお互いの家族支援において大切にしていることを共有した上で、A施設での乳幼児期にある子どもの家族支援の目標を『子どもや家族ができるようになったことを家族へ伝え、家族が子育てに喜びをもてる』と、チームで決定することができた。

## 2) 第2段階：家族を主体にした支援の方向性への共有 —局面2【チームとして志向する意識への変化】—

第2段階では、家族を主体にした支援の方向性の共有を目指すために、2事例のケースカンファレンスを行い、親の心理状態や家族の状況を共有し支援につなげていった。2事例ともに乳幼児期の子どもを養育している家族であり、対象となる施設の整形外科外来を受診し、保育やリハビリテーションを行っており、すべてのメンバーが事例の子どもと家族に関わっていた。

研究者は子どもの病気や障がいを理解するために、診療録を確認することやリハビリテーションの見学を行った。また、研究者は親の心理状態や家族の状況を把握するために、母親に面接を行った。ここでは、精神運動発達遅滞と診断されたAちゃんの事例についてあげていく。

### 〈Aちゃんの事例〉

Aちゃんは現在、無認可保育園へ通っていたが、母親はAちゃんにとってどのような保育園を選択すべきか悩んでいた。母親はAちゃんが視線を合わせるようになったことや、母親の指示が通るようになったことで、「子育てが楽しくなってきたところ。最近、苦だなあと思っていることが減った気がする。」と、子育てを楽しめるようになってきた。しかし、母親は他の子どもと比較し、Aちゃんの成長発達が遅れていることを気にし、Aちゃんへの子育ての喜びを感じつつも、今後の成長発達への心配に揺れ動き、涙ぐむこともあった。母親はAちゃんがまだ2歳であることから、1年間はAちゃんの成長発達をみながら、Aちゃんの保育園を選択していこうと考えていた。

第2段階のAちゃんのケースカンファレンスでは、(1)メンバー各々が自分の考えに自信をもち、(2)家族支援への方向性を統一し、家族主体の支援に意識を変化させる場面において、研究者が看護職の役割機能(役割モデル案)にもとづき、家族の代弁者としてのサポートを行った。

## (1) メンバー各々が自分の考えに自信をもち、家族主体の支援に意識を変化させる場面

母親の保育園の選択への悩みに関する支援の方向性について、医師は「早期に療育が開始されず1年遅れるとそれだけ後々、大変なことになるので。」と、医師として発達障がいを診断し、早期に子どもに対して発達障がいの対応をすべきという考えを発言した。それに対し、保育士は「今やっとヘルメットが必要だというので、身体障害者手帳をもらったので。まだ愛護手帳までは…。(親の)受け入れは…。」と、母親の子どもの受け入れを気にしていた。

家族支援への方向性をチームで志向する意識に変化させるために、研究者は語り合いの前に面談を行い、医師だけでなく、他のメンバーにも家族支援において大切にしていることを聴き、発言を促した。保育士は母親が以前働いていた職場で仕事を開始したこと、「ちょっと今ね、(子どものことを)気づいているから。お母さんが気付いているから、落ち込んでいるので。」と、母親が子どものことで気持ちが落ちていることを発言した。研究者が看護師に発言を促すと、「今はお母さんが(スタッフから、子どもの)できることをほめてもらって、うれしいみたいなことを(連絡帳に)書いてあるので。」と返答した。研究者は看護職の役割として、チームで決めた家族支援へ目標『家族が子育てへの喜びをもつ』と照らし合わせ、家族が子どもの成長発達へ前向きな気持ちになっていることをメンバーに伝えた。

語り合いでの発言が少なかった言語聴覚士に、研究者は語り合いの前に面談を行った。言語聴覚士は「お母さんが気にしていることは、(Aちゃんが)自分の話を理解していないこと。」と、母親の子どもへの気持ちを受け止めていた。また、「私もそういう特徴があるというのをわかっていて、そのため(Aちゃんの特徴に合わせた対応)には(母親へ)こういうのが必要だと言って。(言語療法ではAちゃんに対し)人に注意を向けるためのそういう遊びを組み立てたりしている。」と、研究者は言語聴覚士が言語療法で子どもの対応や母親への支援において留意していることを引き出した。言語聴覚士は職種の経験年数が少ないことや、研究者が意図している質問からずれることを心配し、自分から発言することができなかった。研究者は看護職の役割として、母親との面談で得られた情報と関連づけ、言語聴覚士の専門性を尊重し、言語療法での母親の子どもの成長発達の受け止めや、子ども

の特徴について発言するよう後押しした。

次の回において、医師が他のメンバーの考えに気づくために、研究者は、保育士と言語聴覚士に発言を促した。保育士は「(私は子どもに対し) どっちかというと先に MR (知的障がい) のほうに目がいつちゃう。」、言語聴覚士は「〇〇ちゃんの特性があるので、認知面とかというよりはコミュニケーションのほうに(目がいく).」と発言した。このメンバーの発言に対し、医師は「まわり(多職種)は確かに(発達障がい)を疑っているの、そういう対応をしているのですね。」と、医師はメンバーの子どもへの関わりを認め、保育や言語療法での子どもの様子をさらに聞いた。保育士は「(母親は) 今、ちょっと落ちている。頑張っているときもあるけど、落ちているときもあるし。何かちょっと不安定。」と母親の状況について発言した。看護師は「〇〇先生(医師)も家族の受容をみながら、(小児科)受診をはかっていると思う。」と、母親への対応についての医師の考えを代弁し、家族主体の支援について意識をしていた。

#### (2) 家族支援の方向性を統一し、家族主体の支援に意識を変化させる場面

チームメンバーが親の心理状態や家族の状況を把握し、チームとして家族を主体とした支援に意識が変化するために、研究者は看護職の役割として、子どもの保育園の選択について今年度は子どもの発達をみながら、ゆっくり考えていきたいという家族の気持ちをメンバーに伝えた。 ケースカンファレンスでは、母親の子どもへの発達の思いを把握したことで、今後の支援の方向性についてメンバー各々から活発に意見が出た。医師は「保育園にしても、もしかして自閉症スペクトラムの傾向があるとしたら、軽度(発達障がい)を受け入れている保育園)に行き、療育や保育をしたほうが、この子が伸びるかもしれない」と、診断をすすめる考えを伝えつつも、「(母親が子どもを)受容するまで待つか。いわゆる投げるほうにすすめてもね。こっちは待つしかない。」と、家族の気持ちが不安定な状態であることを受け止めた。医師は親の心理状態を多職種と家族を主体とした支援を共有することで、自分だけの家族支援への取り組みから、チームとして家族支援に取り組む意識へ変化し、他のメンバーの考えに気づき、認めることへとつながった。

A ちゃんの事例に対してチームとしての家族支援の方向性は、子どもの成長発達や家族の様子を見守り、母親の気持ちが落ち着くまで、発達障がいの診断をす

めめることを待つことになった。

現在通園している保育園が A ちゃんに合っているか母親が心配していたことをカンファレンスで把握した保育士は自ら保育園に訪問し、保育園での A ちゃんの様子を母親に説明した。次回のカンファレンスにおいて、保育士は保育園での A ちゃんの様子や、母親が A ちゃんの保育園の様子に安心していただくことをチームメンバーに説明した。また、看護師は A ちゃんの整形外科外来の診察に立会い、A ちゃんや母親の様子を観察するようになり、チームとして家族を主体にした支援に意識が変化していった。

#### 3) 第3段階: 家族支援への具体策の再検討

##### 一局面 3【チームとしての主体性の発揮】一

第3段階では、多職種チームが乳幼児期にある障がい児の家族支援の目標の達成に向け、施設における家族支援への課題を明確にし、具体策を再検討した。

そして、この第3段階では、多職種チームが家族支援におけるチームの主体性を発揮する場面において、研究者が看護職の役割機能(役割モデル案)にもとづき、チームとして家族支援への目標を確認し意識づけるサポートを行った。

語り合いのまえに、研究者は看護職の役割として、メンバー各々に、今後の乳幼児期における障がい児の家族支援の目標を意識づけ、目標を達成するための具体策の提案を促した。 さらに、メンバーに各部署に対し、その具体策の提案について意見を聴くように促した。 研究者は各部署から提案された具体策を現在、施設で行っていること、今回の語り合いで実施したこと、あらたに提案されたものに分類し、施設における課題と強みを気づかせるために、困難な要因と期待される効果をあげ、語り合いの資料として提示した。

語り合いでは、家族支援の目標を達成するための具体策として、メンバーは、施設のなかで事例検討会を設けること、勉強会の企画、家族とスタッフとの連絡調整役の配置、家族の希望や意思を把握するためのリハビリテーション計画書の活用について、主体的に提案した。

語り合いのなかでは、保育士や医師は「指導室(福祉職)。何かそういう窓口があればいい。就学の相談とか。」「ケースワーカーを雇ってもらって。」と、外来での家族支援へ福祉職が専門性を発揮できることを期待していた。また、保育士は「〇〇さん(看護師)が摂食指導が一番わかっている。彼女に勉強会やってもらおう。」と、お互いの専門性が発揮できるように

役割を見直していた。

語り合いの後、[アイデアが出て、環境面や体制の問題でできないことも多い。そのなかでどうやっていくか、本気で考えていかなければいけない。]、[時間がとれない、多忙等の理由でできないことが多いが、事例検討や他部署とのカンファレンスをやらなければいけない。]と、A施設での家族支援への協働は困難な状況にありつつも、メンバーは、家族支援へ主体的に取り組む意欲が湧き出ている。さらに、[上の支持を得るだけでなく、同年代、同僚同士でもりたてていかなければいけない。]と、チームとして主体的に行動する意識へと変化した。

## 考察

本研究において、多職種チームに対し家族を主体としたトータルケアに向けて、研究者が看護職の役割機能(表1)を実践した結果、障がいのある子どもの家族を主体とし、多職種がトータルケアに向け協働を促進するためには、多職種チームへの4つのサポート場面と、その場面における看護職の役割モデルが見出された(図2)。多職種がトータルケアに向け、チームとして志向する意識に変化していくためには、家族支援においてチームとして志向することと、家族を主体にした意識に変化する働きかけが重要であると考えられる。そこで、家族支援においてチームとして志向することを目指した意見交換の成果と、チームとして家族を主体にした志向に意識を変化する働きかけを考察し、家族を主体としたトータルケアのための看護職の役割モデルについて述べる。

### 1. 家族支援においてチームとして志向することを目指した意見交換の成果

チームメンバーが共有した目標に向かって相互に影響し合い協働を促進していくためには、チームの認識の共有が必要である(Salas, 2004)。本研究において、障がいのある子どもを養育する家族へ支援をする多職種チームは、家族支援の目標を共有する意見交換で、「目指している方向は変わらない。」と、お互いの家族支援への考えや信念が共通のものであるというチームの強みに気づいた。一方では、「自分が考えていなかったことに気づいた」、「それぞれの立場で、それぞれの思いがあり、関わっている。」と、多職種の専門性の違いにも気づくことができた。金井他(2004)は、目標設定を主体的に行うことで個人のモチベー

ションが高くなることを述べている。多職種チームが意見交換によって、チームとしての家族支援への課題を明確にし、家族支援の目標を設定したことで、メンバーがいきいきした表情や、「やる気がでた」と、チームとして志向する意欲を見出すことができたと考えられる。

障がい児の家族支援を行う多職種は、医師や看護師、理学療法士、社会福祉士等、それぞれが高い専門性を有している。本来なら、多職種が家族に対し、共通した目標を明確にし、家族支援を行うことでトータルケアを提供できる。しかし、家族支援の現状は、多職種各々が外来や訓練室、保育室といった独立した空間で分業し、それぞれの支援目標の達成に向けて、家族へ関わっているため、共通した目標が設定しづらい。Espinosa 他(2004)は、チームがメンバー間の認識を共有することは、チームで活動した経験が少ないメンバーや、チームの活動を行う場所が離れ、お互いの専門性が独立しているときに必要性が増すと述べている。障がいのある子どもを養育している家族へ支援する多職種もそれぞれが高い専門性を有し、個々の空間をもっており、施設での経験年数が少なく、他のメンバーとの関係性を築いていないメンバーにとって家族支援の目標を共有することは、専門性を認められる体験につながったと考える。

### 2. チームとして家族を主体にした志向に意識を変化する働きかけ

医療の進歩に伴い、子どもの疾患や障がいや重度および重複するようになり、障がいのある子どもを養育する家族への支援は、医療や福祉などの多職種から、より高い専門的な支援を必要とする。前田(2013)は、医療と福祉は発想が異なり、医療者は命を守るために、安全、清潔、医学的正しさを優先する傾向にあり、福祉は社会生活の実現のために、生活の場を優先していると述べている。先行研究(原, 2015)において、障がいのある子どもの家族へ支援をしている多職種は医療や福祉という専門性の視点の違いから、お互いの歩み寄りがないと感じていた。

本研究においても、医療職である医師と福祉職である保育士に、お互いの専門性の視点の違いから、家族支援の方向性の違いがみられた。医師は子どもへの発達障がいの診断を母親に勧め、医学的視点から早期に診断することで、家族が子どもへの適切な対応ができることを期待していた。一方、保育士は母親の生活の

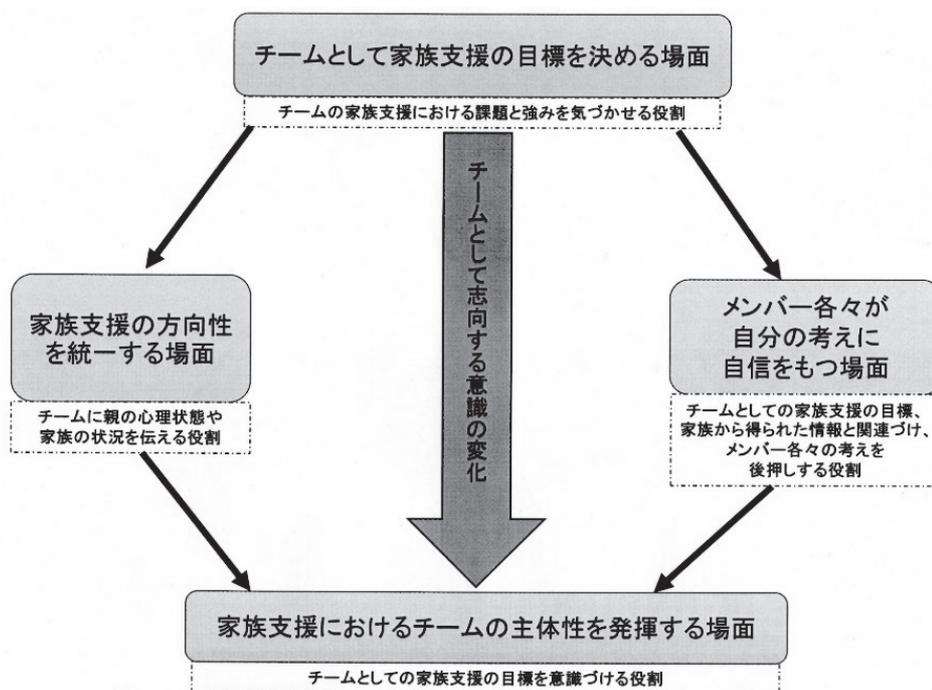


図2. 家族を主体とした多職種チームへのサポート場面における看護職の役割モデル

場を意識し、母親が仕事を開始したことや、母親の心理状態を不安定であることより、子どもの診断の時期を待つことを考えていた。

研究者は家族との面接から、子どもの保育園の選択について今年度はゆっくり考えていきたいという家族の気持ちをメンバーに伝えた。メンバーが家族の気持ちを把握することで、医師は「待つしかない」、保育士は子どもの保育園の様子を見に行くこと、看護師は家族の気持ちを意識し、外来受診時母親の様子をみるなど、多職種がそれぞれの専門的視点から、家族の気持ちに沿ったチームとして家族を主体とした意識に変化し、トータルケアへの動機づけをもたらした。

1990年代ごろからアメリカでは、Patient-and Family-Centered Care (PFCC) の理念が広がっている。これは、医療チームが子どもや家族を尊重し、情報共有、参加、協働というパートナーシップを築き、生活の質や安全、セルフケアを保障することである (Mastro, 2014)。日本でも、奈良間他 (2011) の小児在宅ケアガイドラインでは、子どもと家族を主体としたケア計画の実施として、親として、家族として、何を大切に、どのような生活を送ることを希望するかを医療者とともに考えることを保障することが求められている。しかし、上原ら (2016) の病院および訪

問看護ステーションの看護師を対象とした調査では、看護師が「子どもと家族を主体としたケア」を実践しているという認識が低いと感じていた。

本研究では、ケースカンファレンスに家族が参加していない状況であったが、看護職である研究者が、家族から得られた情報から、家族の代弁者として家族の希望を伝える調整機能を果たした。このように、チームが家族を主体とした志向に意識を変化させるためには、親の心理状態や家族機能を把握し、多職種チームの意見交換の場で、家族の大切にしていることや考えを伝え、チームメンバーに家族主体を実践しているという認識をもたせる役割が必要であると考えられる。

### 3. 家族を主体としたトータルケアのための看護職の役割モデル

家族を主体としたトータルケアに向けて多職種は、チームとして家族支援の目標を決め、家族支援の方向性を統一し、メンバー各々が自分の考えに自信をもったうえで、家族支援におけるチームの主体性を発揮できる。そして、その場面において看護職の役割モデルを実践することにより、家族を主体としたトータルケアに向けて協働が促進することができた。

本研究における家族を主体とした多職種における役

割モデルの構築において、チームとしてサポートが必要な4つの場面で示唆され、その場面において、多職種間の調整が必要なことが明確になったことは、多職種間の協働を調整する鍵になり、課題解決の方策が見出されたと考える。

在宅で子どもを養育している母親の困りごとの対応には、母親が困りごとを解決するための情報収集やケア担当の調整についてあげられており（大久保ら、2016）、多職種間における情報共有や調整を家族が担っている現状が報告されている。

多職種がチームとして家族支援の目標を決める場面では、チームの家族支援における課題と強みを気づかせ、チームとして志向する意識に変化した。そして、家族支援におけるチームの主体性を発揮する場面では、チームで決めた家族支援の目標をメンバーに意識づけることで、意見交換が活発になり、自らの専門性に自信をもち、他の職種の専門性を認める体験になった。家族が担っていた多職種間の情報共有や調整が、多職種チームにおいて円滑に行われるためにも、家族の状況を包括的に捉えることができる看護職における調整が必要であると考えられる。

チームとして家族支援の方向性を統一されていない場面では、チーム全体に、親の心理状態や家族の状況を伝える役割があり、自分の考えに自信をもてない場面では、多職種各々に対し、家族支援の目標と照らし合わせることや、家族との面接から得られた情報と関連づけ、考えが適切である根拠を示す役割があった。

家族は医療チーム内の異なる専門職からの支援が、一つの方向性になるような調整を希望しており、看護職は子どもと家族の希望や意向に基づくように、子どもや家族との調整を担う役割について述べている（奈良間他、2011）。本研究では、研究者が看護職の役割機能（役割モデル案）を実践した。多職種チームに看護職が親の心理状態や家族の状況を伝えることや、家族から得られた情報と関連づけ、家族の代弁者として多職種の考えを後押しする役割は、多職種の専門性を認め合う機会となり、多職種の協働を主体的に促進させることにつながった。このことは、家族主体のトータルケアに向けて、チームを調整していくことは、子どもの成長発達や家族の状況を包括的な視点で捉え、家族の代弁者として、家族と多職種をつなぐことができる看護職だからこそ担える役割であることが示唆された。

## 結論

1. 障がいのある子どもの家族を主体とし、多職種がトータルケアに向け協働を促進するためには、多職種チームへの4つのサポート場面と、その場面における看護職の役割モデルが見出された。
2. 家族支援においてチームとして志向する意識に変化していくために、多職種がチームとして家族支援の目標を決める場面では、家族支援におけるチームの課題と強みを気づかせ、チームの主体性を発揮させる場面ではその家族支援の目標を意識づける役割があった。
3. チームとして家族主体の支援に意識を変化させるために、家族支援の方向性を統一する場面では、チームに親の心理状態や家族の状況を伝える家族の代弁者としての役割があり、メンバー各々が自分の考えに自信をもつ場面では、チームとしての家族支援の目標や、家族から得られた情報と関連づけ、メンバー各々の考えを後押しする役割があった。

## おわりに

本研究は全国の医療型障害児入所施設に勤務する多職種を対象とした調査から導き出された看護職の役割機能を実践し、役割モデルを構築したことから、現場で抱えている多職種協働の課題解決に向けた方策に意義があると考えられる。1施設の医療型障害児入所施設を対象とし一般化に限界があるため、本研究で得られた知見を基盤にし、異なる施設や看護実践により、結果の妥当性を高めていきたい。

## 謝辞

本研究にご協力くださいました対象者の皆様と協力施設の施設長はじめスタッフの皆様には深く感謝申し上げます。なお、本研究は、岩手県立大学大学院博士後期課程の博士論文の一部に、加筆および修正したものである。

## 文献

- 浅倉次男（2017）：重症心身障害児のトータルケア 新しい発達支援の方向性を求めて 改訂第2版，へるす出版，東京。
- Espinosa, J. A., Lerch, F. J & Kraut, R. (2004) : Explicit versus implicit coordination mechanisms and task dependencies. one side does not fit all. Salas, E & Fiore, S., M. Team Cognition. Washington : American

Psychological Association.

古橋知子 (2008) : 多職種チームにおける看護師の働き, 小児看護, 31 (9), 1205-1209.

原瑞恵 (2015) : 障がい児の家族支援に向けた多職種の協働への介入プログラムの作成 —医療型障害児入所施設に勤務する多職種に焦点を当てて—, 岩手看護学会誌, 9 (1), 3-15.

細田満和子 (2012) : 「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ, 日本看護協会出版会, 東京.

金井壽宏, 高橋潔 (2004) : 組織行動の考え方, 東洋経済新報社, 東京.

小室佳文 (2006) : 看護師の役割, 小児看護, 29 (8), 999-1002.

厚生労働省 (2017) : 障害児支援施策. 重症心身障害児者等の地域支援に関するモデル事業の概要 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000117218.html> [検索日 2018年1月30日]

前田浩利 (2013) : 小児訪問診療の現状, 小児内科, 45 (7), 1291-1294.

前田和子 (2006) : チームアプローチの重要性, 小児看護, 29 (8), 983-986.

Mastro, K. A, Flynn, L & Preuster, C (2014) : Patient and Family-Centered Care A Call to Action for New Knowledge and Innovation, The Journal of Nursing Administration, 44 (9), 446-451.

奈良間美保, 松岡真理, 大須賀美智, 他 (2011) : 小児在宅ケアガイドライン (初版), 平成22年~24年度科学研究費補助金 基盤研究 (B) 「親子の相

互作用に着目した家族主体の小児在宅ケアガイドラインの有用性の検証と活用」.

大久保明子, 北村千章, 山田真衣, 他 (2016) : 医療的ケアが必要な在宅療養児を育てる母親が体験した困りごとへの対応の構造, 25 (1), 8-14.

齋藤香織 (2018) : チームカンファレンスの意義と実際 家族もチームの一員, 小児看護, 41 (6), 683-687.

Salas, E. & Flore, S. M. (2004) : Why Team Cognition? An overview, Salas, E & Flore, S. M., Team Cognition, America Psychological Association, Washington, 3-8.

柴崎淳, 正木沙苗, 河野良介, 他 (2018) : 重篤な疾患をもつ子どもの治療選択に関する家族との話し合い, 小児看護, 41 (6), 695-703.

鷹野和美 (2002) : チーム医療論, 医歯薬出版, 東京.

田村由美 (2012) : 新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門, 看護の科学社, 東京.

筒井真優美 (2018) : アクションリサーチの意義と魅力 人々とともに, 人々のためにある研究方法, 看護研究, 51 (4), 288-301.

上原章江, 奈良間美保, 大須賀美智, 他 (2016) : 医療的ケアを必要としながら生活する子どもの家族の養育に対する看護師の認識 —在宅ケアを検討してから家庭で生活する時期に関わった病院看護師と訪問看護師の調査より—, 日本小児看護学会誌, 25 (1), 59-66.

(2018年12月6日受付, 2019年2月25日受理)

< Original Article >

# Constructing a Nursing Model for Interdisciplinary Cooperation in the Support of Families with Disabled Children : Working Towards Providing Total Care that Includes Family-based Care

Mizue Hara, Noriko Shirahata  
Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

## Abstracts

In this study, our goal was to create a model for interdisciplinary cooperation of families with disabled children. This model was based upon the total care providing support for families. Our method was to form a team of 12 individuals and conduct action research; then, researchers made adjustments to the team from the perspective of the nursing staff.

It was found in our study that 4 scenes that they were able to support and their role models were available. Their role was; to bring about in the team a conscious desire to work together when providing support for families, to draw attention to the team's problems and strengths when establishing family care as the team's common goal, and to bring greater awareness to the goal of family care when displaying the team's independence. When changing the team's awareness to the family-oriented one, they had a role to inform the team of family conditions and the parents' psychological state when integrating a supporting way for family, and to bring together information from the family with the overall goal of family care and support member's ideas while each member found confidence in their own thoughts.

**Keywords** : total care, child with disabilities, support for families, family-based care, role model on nursing

< 研究報告 >

## PRECEDE-PROCEED モデルを活用した

### 産後ケア事業に関する文献検討

#### — 岩手県の地域特性をふまえて —

山本洋子 遊田由希子 蛎崎奈津子

岩手医科大学看護学部

#### 要旨

産後ケア事業に関する文献をヘルスプロモーションに関する理論の一つである PRECEDE-PROCEED モデルに照らし合わせて整理し、岩手県の特성에応じた産後ケア事業の展開方法を考察した。過去 10 年間で報告された文献を対象とし、行動変容のために重要である「教育/エコロジカルアセスメント」の 3 要因について整理した。準備要因は「認知度と情報源」、「母親が専門職から得ておきたかった産後の知識」、強化要因は「具体的なケア内容」、「利用した母親の評価」、「利用後の生活状況」、実現要因は「経済的負担」、「効果的な利用時期」、「支援体制」が抽出された。産後ケア事業は健やかな育児の遂行に一定の効果がある一方、経済負担、認知度の低さ等が課題であった。岩手県の地域特性をふまえた事業のあり方としては、低額で誰でも利用できること、医療機関の一部利用や既存事業の一部改善も一案であること、そして医療者を含めた本事業に関する認知度の向上が重要と考える。

キーワード：産後ケア事業、文献検討、PRECEDE-PROCEED モデル、地域特性

#### はじめに

わが国の出産や育児を取り巻く環境をみると、これまでは家族や身近な出産経験者、隣近所で共助の関係のもとで行われてきた歴史がある。しかし、その伝承は核家族化の進行や育児観等の変化といったさまざまな社会変化によって失われてきており、より身近な場で妊産婦を支える仕組みが必要となっている。厚生労働省は 2014 年から妊娠・出産包括支援モデル事業として様々な取り組みを開始した。特に産後の母親に対する支援は喫緊の課題であるとし、2015 年にはワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター）を立ち上げ（厚生労働省、2015）、2017 年には産後うつ予防や新生児への虐待防止等を図るための産後健診への助成を開始した（厚生労働省、2017a, b）。

また、2017 年 6 月には産前・産後の時期において助産師等による相談支援を行う「産前・産後サポー

ト事業」ならびに退院直後の母子の心身のケアを行う「産後ケア事業」の推進を目的とし、「産前・産後サポート事業ガイドライン」および「産後ケア事業ガイドライン」が相次いで作成された（厚生労働省、2017c）。「産前・産後サポート事業」は妊娠・出産・子育てに関する悩み等に対して、母子保健推進員、愛育班員等の母子に係る人的資源や子育て経験者や保健師、助産師、保育士等の専門職等が不安や悩みを傾聴し、相談支援（寄り添い）を行い、不安や悩みを軽減することを目的とした事業であり、市区町村が実施主体となり、適切な実施ができる団体に委託することができる（厚生労働省、2017c）。

「産後ケア事業」は、児童虐待死亡事例の多い出産直後から産後 4 か月未満の支援が必要な母子を対象に、助産師等の看護職が中心となって母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセ

ルケア能力を育み、母子とその家族が健やかな育児ができるよう支援することをめざした事業である。分娩施設退院後から病院、診療所、助産所、自治体が設置する場所（保健センター）または対象者の居宅において行われ、3種類の実施方法（宿泊型、アウトリーチ型、デイサービス型（個別、集団））を含む。市区町村が実施主体となり、適切な実施ができる団体に委託することができるとし、その実施方法、対象者や対象時期は母子の状況、地域におけるニーズや社会資源等の状況を踏まえ、実施主体である市区町村に判断が委ねられている（厚生労働省, 2017c）。以上のように、妊娠・出産・育児を支える支援はいくつか検討されている。その中で、医療施設から退院した母親がすぐに利用でき、支援は専門職が行う「産後ケア事業」は産後の母親が安心感をもち、健やかに暮らすために重要であり、実施主体である市区町村における一層の推進が期待されている。一方、自治体では事業実施者の確保や利用者の負担額などが懸念されている（みずほ情報総研株式会社, 2018）。

この「産後ケア事業」の実施においては、各自治体の母子保健に関する統計、利用可能な医療資源、予算規模など地域特性に応じた事業展開が不可欠となる。このことをふまえ岩手県の状況を概観すると、岩手県は四国4県に匹敵する広大な面積に33の市町村を有しており、医療資源の効率的な活用のため、周産期医療資源は集約化されている。産婦人科医師数、助産師数は全体としては増加しているものの、そのほとんどが内陸部での増加となっている。沿岸部や県北部では分娩を取り扱う医療機関がない市町村も存在し、妊産婦とその家族にとって不安は大きいものと推察する。

岩手県内の産後ケア事業については、2017年より開始している自治体が出てきている。今後は岩手県内においても市町村ごとに各々の地域特性に応じた産後ケア事業が展開されてゆくと予想される。その事業の策定にあたり、他県ですでに実施されている産後ケア事業に関する論文を丁寧に整理することにより、岩手県における今後の産後ケア事業の在り方に関する具体的な方策が明確になることが期待される。なお、産後ケアに関する文献検討については、北田他（2014）が2008～2012年までの報告を対象に、佐藤（2016）は2013～2015年までの報告について、それぞれ文献検討を行っている。しかし、どちらも入院中に行われているケアを含めた文献検討であったため、本研究では、市町村で展開される産後ケア事業を見据え、退院

後の支援の実際に焦点をあてた文献検討をすることとした。その現状分析をふまえ、岩手県の特성에応じた産後ケア事業の展開方法について考察した。

また、本研究では母子の健康支援という視点のもと、ヘルスプロモーションの理論のひとつであるPRECEDE-PROCEEDモデルを用いた文献検討を行った。このPRECEDE-PROCEEDモデルは、地域における健康課題に対する保健プログラムの評価に適しているものであり、出産施設を退院し、地域で子育てを行う母子の健康支援に関する成果と課題の明確化に合致するものとして採用した。

## 目的

本研究では、2007～2017年5月までに日本国内で報告された産後ケア事業に関する文献をPRECEDE-PROCEEDモデルに照らし合わせて整理することを目的とし、岩手県の地域特性に応じた産後ケア事業の展開について考察する。

## 方法

### 1. 研究と方法

文献検索は「医学中央雑誌」を利用し、2007年から2017年5月までに報告された日本における産後ケア事業に関して文献を抽出した。その際、分娩施設入院中に行われるケアを除き、退院後に行われているケアのみを検討する目的で、検索条件は「産後ケア事業」、「産後ケアセンター」、「産後ケア施設」、「産後サービス」をキーワードとし、会議録、総説、解説を除いた文献を分析の対象とした。

### 2. 分析方法

#### 1) PRECEDE-PROCEEDモデル

##### (1) PRECEDE-PROCEEDモデルの概要

ヘルスプロモーションにはさまざまな計画モデルがあるが、その中でよく知られ、かつ、最も使われているのがPRECEDE-PROCEEDモデルである（神馬, 2004）。1991年、アメリカのローレンス・グリーンによって開発されたヘルスプロモーションの包括的な枠組みで、策定段階であるPRECEDE部分と実践部分であるPROCEED部分から構成される。このモデルは、地域にある問題を直接的に解決するのではなく、より健康的で幸せな暮らしが実現できるような地域の仕組みを作り上げることを目的とする場合に有用であるとされ（吉田, 2003）、我が国においては、厚生労働省

の「健康日本 21」や「健やか親子 21」の企画に活用されたり、若年女性における月経随伴症状の関連要因の文献検討（甲斐村，2012）や小学校における学校保健に関する研究（本間他，2007）で活用されたりと、さまざまな学問領域で使用されている。すでに報告例は 950 以上もあり、公衆衛生，地域保健，さまざまな人口集団を対象とした保健計画の企画や活動評価にも使われている（Lawrence.W.Green, 2013）。また，課題の明確化に強い特徴を持つことから，産後ケア事業についての先行文献を整理するにあたり適したモデルであると考えた。

(2) 各段階の概要

PRECEDE-PROCEED モデルは 8 段階で構成されている（図 1）。PRECEDE では，第 1 段階「社会アセスメント」，第 2 段階「疫学アセスメント」，第 3 段階「教育/エコロジカルアセスメント」，第 4 段階「運営・政策アセスメントと介入調整」を行い，PROCEED では第 5 段階「実施」，第 6 段階「プロセス評価」，第 7 段階「影響評価」，第 8 段階「成果評価」を行う。

2) 本研究における分析の実際

本研究においては，上述した 8 段階のうち，第 3 段階「教育/エコロジカルアセスメント（準備要因，強化要因，実現要因）」の 3 つの要因について整理した。

この 3 要因は，行動変容につながる重要な要因であり，健康教育の目標となる「自己の健康に責任を持ち生活する動機づけを行い，健康的な生活を維持すること，保健行動を継続できるような周りの支援があること」を達成するために考慮する必要があるとされている（森他，2018）。また，この第 3 段階の 3 要因（準備要因，強化要因，実現要因）の分析により，短期間で高い介入効果が期待できるとも報告されている（神馬，2004）。今回の分析では対象文献をカテゴリー化し報告内容の概要を把握した。その後，報告内容を分解し，「教育/エコロジカルアセスメントに含まれる 3 要因（準備要因，強化要因，実現要因）」に合わせて整理した。

産後の母子支援は喫緊の課題となっており，行動変容につながる重要な要因である上記の 3 要因（準備要因，強化要因，実現要因）の内容を分析することで，短期間のうちに産後ケア事業の推進に必要な策が見えてくる可能性が高いといえる。

結果

1. 対象文献と概要

文献検索の結果，該当した国内文献は 21 文献であったが，同一内容の文献および韓国の産後ケア事業に関する報告を除外した 9 文献を分析対象とした。こ

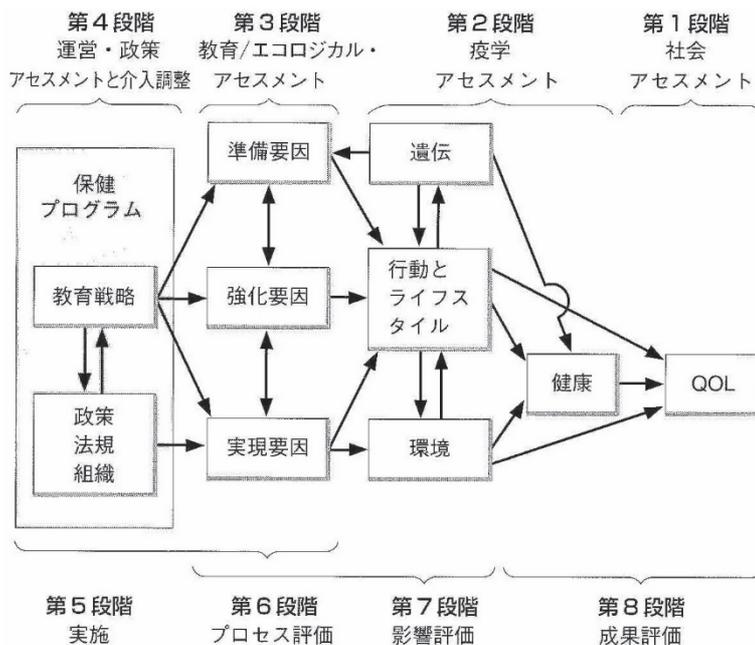


図 1. 保健計画の企画と評価のための Precede-Proceed モデルの統括図

(Lawrence W.Green ら，実践ヘルスプロモーション Precede-Proceed モデルによる企画と評価，医学書院．東京，2013)

表 1. 対象文献の概要

カテゴリー	著者 / 年	対象者	目的	概要
産後ケア事業を利用した母親の評価	北田 2015	宿泊ケアを受けた母親 105 名	夜間ケアを行っている施設のケアが、母親のコンフォートに及ぼす影響を検討する。	宿泊の産後ケアを受けた母親 105 名を対象に、宿泊を伴う産後ケアが母親のコンフォートに及ぼす影響を調査。産後ケアの利用者は初産婦 8 割、経産婦 2 割。30 歳代の利用者は 8 割。利用日数は 1~2 泊が約 8 割であった。退所時は入所時に比べてコンフォート尺度は上昇。産後 0 および 1 か月群、夫以外の協力者がいない群では有意に上昇していた。
	北田ら 2014	宿泊ケアを受けた初産婦 5 名、施設勤務助産師 8 名	母親と助産師の産後ケアに対する捉え方を明らかにする。	母親と助産師の産後ケアの捉え方を面接で調査した。「身体的疲労が強い母親」に対して助産師は、「マッサージや児の預かり」、「休息時間の確保」を行い、「リラックスすること」、「また母乳分泌の増加」を期待していた。「子どもと離れた母親」に助産師は、「母が児と離れる時間を確保できること」を期待し「児の預かり」をしていた。「大人と関わりたい」、「他の人がどのように育児をしているか知りたい」母親には、「母親同士の仲間づくり」により、「必要な育児情報を得られること」を期待していた。助産師は母親の状態に応じてケアを提供し、母親らは助産師の提供したケアにより、コンフォートの状態となっていた。
	小松崎ら 2014	産後ケア利用した母親 241 名	利用の必要性が高い対象者、効果的な利用時期、効果的なケアを明らかにする	産後ケアセンターを利用した母親 241 名を対象に、効果的な利用時期、効果的なケアを調査。利用者の平均年齢は 34.1 歳、72.6% が初産であった。利用時期 I 期 (産後 21 日まで) 27%、II 期 (22 - 59 日) 28%、III 期 (60-89 日) 17%、IV 期 (90 日以降) 27%。利用初日は平均 55.1 日。I、II 期は休養のケア、育児技術指導が行われていた。III・IV 期は身体的疲労、精神的な不安の割合が増える時期であった。
	小松崎ら 2011	産後ケア利用した母親 103 名	利用者の意識調査を行い、産後ケア事業の効果を明らかにする。	産後ケアを受けた母親 103 名を対象に、利用者の意識調査を行い、事業の効果を明らかにした。母親が産後ケアセンターで受けたケアは「育児技術指導」、「授乳指導」、「精神的援助」であった。93.2% の母親が「利用して良かった」、87.4% が「次回も利用したい」と回答した。良かったことは、「休めた」、「ゆっくり食事ができた」、「育児不安を相談できた」であった。
	富田ら 2010	産後ケア利用した母親 53 名	利用者の意識調査を行い、産後ケアの利用効果について考察する。	公費利用の産後ケア利用者 53 名を対象に、利用後の意識調査をし、産後ケア事業の利用効果を考察した。46 名 (86.8%) は「利用して良かった」と回答。良かったことは、「ゆっくり食事ができた」、「乳房ケア」、「ゆっくり休めた」、「育児相談ができた」、の順であった。ケア利用後に、「育児不安が解消した」と回答したのは 9 割超であった。しかし、産後ケア前 45 名 (84.9%) が不安と回答した「家族の協力が得られないこと」は、産後ケア利用後も 10 名 (22.2%) が「あまり解消していない」と回答した。利用後の生活では、「育児面はうまくいっている」と回答した母親が 9 割であった。しかし、子育てに関する気持ちでは、「育児に自信が持てず不安」「泣き声を聞くのがつらい」「赤ちゃんと一緒にいたくない」といった否定的感情を抱いている母親も 3.8~7.5% 存在した。
産後ケア事業を利用したことのない母親からみたニーズ	坂梨ら 2014	4 か月未満の乳児の母親 516 名	退院後の母親が望む支援の形態の組み合わせを明らかにする。	産後 4 か月の母親を対象に退院後に望む支援をインターネットで調査し、コンジョイント分析した。母親は「外来受診」を最も望んでいた。全体が望んだ組み合わせは、産科外来を 2 週間以内に受診、5,000 - 10,000 円で産後の生活・授乳・育児指導を受ける、であった。経産婦は「休養、養生」を最も望んでいた。
	出石ら 2014	生後 4 か月~1 歳未満の乳児の母親 37 名	C 市 B 病院の産後ケア入院の課題について考察する	B 病院は産後ケア事業を開設したが、利用者は 1 年で 7 名と少ないため、C 市の初産婦 (54.3%)、経産婦 (45.7%) を対象に産後 4 か月までのサポート状況と満足度、専門家に望むサポート、産後ケア入院に関する調査を行った。産後 1 か月までは全員サポート者あり、1 か月以降はサポート者のいない母親あり。さらにサポート満足度も下がっていた。専門家に希望するのは「育児相談」、「授乳指導」、「骨盤ケア」であった。産後ケアを知らなかった者のうち、約半数は知っていたら利用したと回答。知っていても利用しないとした理由は、「上の子の存在」、「困らない」、「高い」の順であった。
費用負担に対する要望	松永 2009	産後の母親 205 名	産後の女性が電話・育児相談などのサービスに対しどの位の費用負担をしてもよいかを明らかにする。	産後 1 か月の母親 205 名を対象に、産後のサービスに対して、どのくらいの費用負担をしてもよいと考えているかについて調査した。電話相談 800-1,300 円、育児相談 1,300-2,500 円、母乳相談 1,500-2,600 円、家庭訪問 2,000-3,000 円の間の価格設定を希望していた。
退院後の支援体制	坂梨ら 2011	助産師 1303 名、産科医 227 名、新生児診療担当医師 162 名 (小児科医師 120 名、新生児科医師 42 名)	医療職種間における産後早期退院の選好を明らかにし、早期退院後の支援体制について考察する。	医療者を対象に、早期退院をするための条件について調査した。助産師、産科医、新生児医師とも、早期退院には「退院後の支援体制」が重要と回答。助産師、産科医師、新生児医師とも、「退院後の支援」で最も好んだのは「産後ケア施設入所」であった。退院後支援は妊娠前から医療機関と地域が連携し、健康な産後と新生児の成長を保証する医療モデルと母子関係を支援する生活モデルに基づく支援が重要とした。

の文献のテーマや目的、対象などの内容を検討した結果、「産後ケア事業を利用した母親の評価」、「産後ケア事業を利用したことの無い母親からみたニーズ」、「費用負担に対する要望」、「退院後の支援体制」の4つのカテゴリーに分類された(表1)。

本研究で扱う産後ケア事業は新規事業であることから文献数は少ないものとなっており、現時点では産後ケア事業利用者の評価に関する報告が主体であった。

## 2. 教育 / エコロジカルアセスメント

産後ケア事業を推進するために必要な要因について、準備要因、強化要因、実現要因の3点について整理した。

### 1) 準備要因

準備要因とは、行動変容に先立つ要因であり、知識、信念、価値観、実行能力などをさす。対象文献から以下の2点を整理した。

#### (1) 認知度と情報源

産後ケア事業を利用したことの無い母親(産後4か月～1年未満)37名を対象とした調査(出石他, 2014)によると、「産後ケア事業を知っている」と回答したのは13名(37.1%)であった。その情報源は、「出産施設」7名(53.8%),「インターネット」2名(15.4%),「友人・知人」,「地域の助産師・保健師」がそれぞれ1名ずつで7.7%であった。

一方、「産後ケア事業を知らない」と回答したのは22名(62.8%)で、そのうちの約半数10名(47.6%)が「(産後ケア事業を)知っていたら利用した」と回答した。この「知っていたら利用した」者の3割が産後1か月から4か月の育児サポートに対し、「やや不満足」と回答していた。

「知っていても利用しない」と回答したのは12名(52.4%)であり、その理由は、「上の子がいるため利用が難しい」5名(38.4%),「困らなかった」5名(38.4%),「料金が安い」3名(23.0%)であった。

#### (2) 母親が専門職から得ておきたかった産後の知識

産後ケア事業でのケアを受けたことがある母親(産後9か月から1年3か月)103名を対象とした調査(小松崎他, 2011)によると、産後ケアセンターの利用中に「知っておきたかったことがある」と専門職から得ておきたかった産後の知識があると回答したのは23名(22.3%)であった。その内容を自由記載から調査した結果、「地域情報や地域の子育て情報の具体的内容」、「子どもへの手遊び」、「母親の食事レシピ」、「育

児の生活リズムの目安(辛いのがずっと続くわけではないこと)」が挙げられた。

### 2) 強化要因

強化要因とは、行動が継続し、繰り返されるようにする要因であり、家族、仲間、保健サービス者からの助言やフィードバックなどをさす。対象文献から以下の3点を整理した。

#### (1) 具体的なケア内容

##### (i) 助産師が提供したケア

母親の状態に応じて助産師が提供したケアについての調査(北田他, 2014)によると、「身体的疲労が強い母親」に助産師は、マッサージや児の預かり、休息時間の確保を行い、心身共にリラックスすること、また母乳分泌の増加を期待してケアを提供していた。「子どもと離れた母親」に助産師は児を預かり、母が児と離れて休息したりする時間を確保することを優先していた。これは、睡眠不足や身体の不調のある母親に対し、休息のケアとなっていた。「大人と関わりたい」、「他の人がどのように育児をしているか知りたい」母親には、母親同士の仲間づくりを意図的に行い、交流を通して他の母親や子どもの様子を知ること、今後の子どもの発達や必要な育児情報が得られ、母親としての自信を持てるように関わっていた。育児に関する多様な意見や経験を語り合うことで、母親のコンフォートニーズが充足されていた。

##### (ii) 母親が受けたケア内容

産後ケア事業(宿泊型, デイケア型)を利用したことがある母親(産後9か月から1年2か月)103名を対象とした調査(小松崎他, 2011)によると、母親たちが産後ケアセンターで受けたサービスとして挙げたのは「育児技術指導(児のスキンケア, 沐浴, 抱っこやあやし方, ベビーマッサージ, 添い乳)」95名(92.2%),「授乳指導(乳房ケア, 授乳指導, 母乳・ミルクの量や時間の調整, 双子の同時授乳)」93名(90.3%),「身体的援助(休息, 身体マッサージ, 足浴, 腰痛・肩こり解消法, ピラティス, ヨガによる体力回復)」92名(89.3%),「精神的援助(心理的支え, 臨床心理士によるカウンセリング)」67名(65.0%),「情動的援助(利用者同士の交流, 各種講座, 地域資源の情報提供)」70名(68.0%)であった。

#### (2) 利用した母親の評価

##### (i) 満足度

産後ケア事業(宿泊型, デイケア型)を利用したことがある母親(産後9か月から1年2か月)103名

を対象とした調査（小松崎他，2011）によると、「センターを利用して良かった」と回答したのは96名（93.2%）で、その理由は「身体をゆっくり休めたこと」64名（62.1%）、「ゆっくり食事ができたこと」59名（57.3%）、「育児の不安を相談ができたこと」51名（49.5%）であった。

「産後ケアセンターで受けたサービスが現在の生活や育児に役立っているか」については、「すごく役立っている」67名（65.0%）、「どちらかというと役立っている」30名（29.1%）であり、合計97名（94.1%）が役立っていると回答した。

産後ケア事業を利用した母親53名を対象に、ケア利用前後の不安について調査した結果（富田他，2010）によると、利用前に感じていた不安として挙げられたのは「家族の協力が得られない」45名（84.9%）、「授乳の不安」44名（83.0%）、「育児の不慣れ」43名（81.1%）、「育児全般」42名（79.2%）、「漠然とした不安」38名（71.7%）、「育児困難と感ずること」38名（71.7%）の6項目であった。産後ケアセンター利用後には、「授乳の不安」、「育児の不慣れ」、「育児全般」、「漠然とした不安」、「育児困難と感ずること」の5項目で「解消」、「少し解消した」と9割以上が回答した。一方、「家族の協力が得られない」では、センター利用後に「解消」、「少し解消」35名（77.8%）となったものの、「あまり解消していない」が10名（22.2%）と他の項目よりも多い回答であった。

#### （ii）コンフォート充足度

宿泊による産後ケア事業を受けたことがある母親（産後1か月から4か月）5名に行った面接調査（北田他，2014）においては、ケアを受けたことが産後の母親のコンフォート（自己効力感が高まり、育児を楽しんでいる状態）に対しどのような影響があったかに着目している。母親らは、「自分の育児を肯定してくれたこと」、「夜間も常に育児や授乳について聞くことができたこと」、「子どもを預かってくれた」、「休息ができた」、「施設の共有スペースを利用して、母親同士で情報交換を行う機会が持てた」、「授乳に対する負担感や緊張感を緩和してくれた」ことを助産師のケアと受け止めていた。またそのケアにより、「助産師との関わりは安心できた」、「他の人の育児を知り、気が楽になった」、「ストレス発散になった」、「自分のやり方でいいと思えた」、「自信が持てるようになった」、「母親同士の交流は楽しかった」、「身体が楽になった」といったコンフォートの状態となってい

た。

宿泊によるケアを受けた母親105名を対象にした、夜間のケアが母親のコンフォートに及ぼす影響についての調査（北田，2015）によると、母親のコンフォートの状態は、入所時と比較して、退所時は有意に得点が上昇していた。特に、産後0および1か月群、夫以外の協力者がいない群では有意に上昇していた。他の属性（年齢、妊娠・出産歴、施設の利用回数、家族形態）では有意な差はみられなかった。

#### （3）利用後の生活状況

産後ケアセンターを利用した57名の母親を対象にした、利用期間終了後の生活状況調査（富田他，2010）によると、「授乳」は「うまくできている」30名（56.6%）、「不安を抱えながらもできている」18名（34.0%）であった。「児の発育に応じた育児」については、「うまくできている」19名（35.8%）、「不安を抱えながらもできている」31名（58.5%）であり、育児面では9割以上ができていますと自己肯定感を持っていた。しかし、「授乳に関する不安」は9.4%、「児の発育に応じた育児に関する不安」は5.7%の母親が抱えていることとなる。また「子育てに関する気持ち」をたずねた質問において、「育児に自信が持てず不安」では「強くそう思う」が4名（7.5%）、「泣き声を聞くのがつらい」、「赤ちゃんと一緒にいたくない」では「強くそう思う」が各2名（3.8%）であるなど、自己肯定感を持ってないまま、否定的な感情を抱きながら何とか育児を続けている母親もいた。

#### 3）実現要因

実現要因とは、行動や環境の変化に先立つ要因であり、使いやすさ、入手可能性などをさす。

対象文献から、以下の3点を整理した。

##### （1）経済的負担

松永（2009）は産後1か月健診を受診した205名の母親を対象に、産後の母親が産後サービスに対してどのくらいの費用を負担してもよいと考えているかを明らかにするための調査を行った。その結果、電話相談（30分）800-1,300円、育児相談（30分）1,300-2,500円、母乳相談（30分）1,500-2,600円、家庭訪問（60分）は2,000-3,000円の間であった。平均すると、産後サービス1回に支払える金額は2,000-3,000円であった。

産後4か月の母親を対象に退院後に望む支援をインターネットで調査し、コンジョイント分析した結果（坂梨他，2014）によると、「外来」で「産後の生活、

授乳，育児指導を受ける支援」に「5,000-10,000 円」の組み合わせが最も好まれた。5,000-10,000 円は，調査における設定費用の中で最も低い水準であった。

## (2) 効果的な利用時期

小松崎他 (2014) は産後ケア事業を利用した母親 241 名を対象に，初回利用時期を 4 期 (I 期：産後 21 日まで，II 期：産後 22～59 日，III 期：産後 60～89 日，IV 期：産後 90 日以降) に分け，効果的な利用時期について調査した。母親の感じている健康状態と利用時期の関係では，「身体疲労感を感じる者」は 119 名 (49.4%) であり，産後日数が経過するほど身体疲労感を抱える母親が増えていた。特に産後 60 日以降の III 期 22 名 (52.4%)，産後 90 日以降の IV 期 39 名 (58.2%) と増える傾向にあった。

また「食事に不安を感じる者」は 44 名 (18.3%) であり，特に III 期以降は 2 割を超えていた。不安の内容は，「食事ができない (作る時間がない，ゆっくり食べられない，余裕がない，食欲がない)」，「食事バランスが心配 (お惣菜の利用，高カロリー，手抜き料理，菓子パンや甘いもので済ます，食べ過ぎ)」が挙げられた。

「睡眠に不安を感じる者」は 92 名 (38.2%) であり，I 期から IV 期まで，それぞれ約 4 割であった。不安の内容は，「眠れない」，「寝不足」が挙げられた。

「精神状態」については，不安がある者 65 名 (27.0%) であった。不安の内容は，「イライラする」，「憂鬱になる」，「不安になる」，「落ち込む」，「兄弟への接し方」などが挙げられた。III 期は「兄の泣き声を聞くのがつらい」とした者が 20 名 (47.6%)，IV 期は「育児で悩んでも解決できる」の質問に，そう思わないと回答した者が 27 名 (40.3%) であった。III 期，IV 期は「身体疲労感」と「精神状態に不安である」とした者が増加する傾向がみられた。

## (3) 支援体制

### (i) 母親が求める支援

産後 4 か月の母親 516 名を対象に，退院後に望む支援について調査した結果 (坂梨他，2014) によると，退院後支援形態において母親が好んだのは「外来受診」，次いで「助産師による訪問看護」，「産後ケア施設」であった。初産婦は「産後の生活，授乳，育児指導」を，経産婦は「母体の休養，養生」を希望していた。

### (ii) 医療者が考える支援体制

助産師 1,303 名，産科医 227 名，新生児診療担当医

師 162 名 (小児科医師 120 名，新生児科医師 42 名) を対象に，産後早期 (3 日目) 退院する場合に許可できる条件について調査した研究 (坂梨他，2011) によると，すべての職種とも最も重要としたのは「退院後の支援体制 (母親の身体的回復のための家事支援，母乳育児や母子間の愛着のための育児支援，子どもの生活に慣れるための支援や母親への精神的サポート)」であった。退院後の支援体制において，医療者からは「産後ケア施設」が最も好まれており，次いで「助産師による訪問看護」，「外来受診」の順であった。

## 考察

今後，市町村で展開される産後ケア事業を見据え，退院後の支援の実際について焦点をあてた文献検討を，PRECEDE-PROCEED モデルのうち健康行動のための行動変容に重要となる要因探索を行う第 3 段階「教育/エコロジカルアセスメント (準備要因，強化要因，実現要因)」に基づき行った。産後の女性が育児行動を含めた心身の健康を維持するために求められる産後ケア事業の在り方について検討し，それを基に岩手県の特性に応じた展開方法に関して考察する。

### 1. 求められる産後ケア事業

産後ケア事業とは，母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに，母親自身がセルフケア能力を育み母子とその家族が，健やかな育児ができるよう支援することを目的としている。今回，PRECEDE-PROCEED モデルの第 3 段階「教育/エコロジカルアセスメント (準備要因，強化要因，準備要因)」について文献検討を行ったところ，産後ケアを受けた母親は，大半が満足し，その後の生活に役立ったと回答していた (小松崎他，2011)。また自己効力感が高まり，育児が楽しいと感じるコンフォートの状態になる者が多く (北田，2015)，利用期間終了後の生活状況でも，授乳や児の発達に応じた育児について，9 割以上は概ねできていると回答していることが把握された (富田他，2010)。つまり，産後ケア事業を享受することで，母親とその家族の健やかな育児の遂行に一定の効果がみられていることがわかる。

産後の母親が産後ケア事業を利用しようとするなどの行動変容に先立つ要因である準備要因の分析からは，産後ケア事業に関する認知度の低さや情報源の少なさを把握することができた。母親たちは必要な情報が得られていないために産後ケア事業を利用すること

ができていないことが言える。また、母親たちが得ておきたかったとした産後の知識が、産後ケア事業の支援内容に含まれることが期待されていることがわかる。母親らは必要な情報が得られることにより、行動変容が起こり、結果としてセルフケア能力を育むことにつながっていくと考えられる。

産後の母親の産後ケア事業の利用とその継続に関連する要因である強化要因の分析からは、実際に母親たちが受けた産後ケア事業の内容について把握することができた。産後ケア事業（宿泊型、デイケア型）で母親たちは、育児技術指導、授乳指導、身体的援助、精神的援助、情動的援助を受けていた（小松崎他, 2011）。そこでは、常に助産師に育児や授乳について相談が行えて、母親が休養する時間や食事ができる時間が確保され、母親同士で情報交換する場が設けられていた。具体的な育児技術に加えて、産後の母親の休養、相談による不安の解消など精神的な支援を含んだケアが行われていることがわかる。ケアにおいて身体的、精神的に心地よさを得ることができ、育児や授乳に関する技術や情報が得られることは安心感につながり、母親たちの健やかな育児に効果を発すると考えられる。

また、産後の母親たちが産後ケア事業の利用につながりやすい要因である実現要因の分析からは、効果的な産後ケア事業の利用時期を把握することができた。小松崎他（2014）の調査では、食事や睡眠に不安を感じる割合は産後時期を問わず少なくなかった。産後日数が経過するほど身体疲労感を訴える母親の割合は増加し、産後 60 日以降は「身体疲労感」と「精神状態に不安である」とした母親が増加する傾向がみられている。また、宿泊によるケアの調査（北田, 2015）によると、母親のコンフォートの状態は、特に、産後 0 および 1 か月群では有意に上昇していた。また一方では食事や睡眠などの生活面に不安を抱える母親は時期を問わず少なくないこと、身体疲労感や精神状態に不安がある母親は産後日数とともに増加傾向であることが言える。産後の時期は産後うつ傾向の母親の割合は 1 割ともいわれ、精神的な不調が多い時期である。事業を開始後は、相談に訪れる母親が増えたという市町村の報告があり（みずほ情報総研株式会社, 2018）、母親が困った際に利用できるという安心感を与える事にもつながっていることが言える。特にこの時期は身体疲労感、精神の不調を抱える母親が多いことを鑑み、市町村、産科や精神科等の医療機関、産後ケア事

業を行う施設での連携が求められる。

望ましい退院後の支援形態として、医療者からは「産後ケア施設」、「助産師による訪問看護」、「外来受診」の順であり、一方、母親たちが好んだのは、「外来受診」、「助産師による訪問看護」、「産後ケア施設」の順であった。また、母親たちが希望するケアの内容では、初産婦は「産後の生活、授乳、育児指導」を、経産婦は「母体の休養、養生」であり、初産婦と経産婦では産後ケア事業に求めるものが異なっていたことが把握できた（坂梨他, 2014）。母親たちが外来受診を好んだ理由としては、家庭を訪問されることによる抵抗感、また自分が出産した産科施設の外来での継続支援を望んだものとも考えられる。支援に求めるものは、立場により異なることを視野に入れ、母親たちが利用しやすいように事業を整えていくことが求められていると言える。その際には母親たちと保健従事者、市町村の担当が実際に対話することは、よりニーズに合った事業を作り出すことにつながるのではないかと考えられる。

さらに利用のしやすさ、つながりやすさという点では、料金も大きな要素であると考えられる。松永（2009）が行った調査からは、母親が産後の支援 1 回に負担できる金額は 2,000 円前後であることが挙げられた。しかし現在行われている産後ケア事業における利用料金の平均をみると、宿泊型 26,232 円、デイケア型（6～8 時間利用）12,956 円、アウトリーチ型（2 時間利用）6,442 円であり（稲田他, 2016）、母親が自費でケアを受けるには利用金額が大きな壁となる。そのため公費の導入が強く望まれる。公費での産後ケア事業を開始している自治体の利用者負担は、宿泊型 1 日 3,000～9,000 円であり、総費用の 1～3 割を負担、デイケア型では 1,600 円～4,000 円、訪問型 1,200 円～5,000 円で総費用の 1～5 割負担としていた（葛西他, 2016）。

以前より有床助産所や病院、診療所で行われている産後ケアでは、利用条件は設けられていないが、全額自費での利用であった。一方、市町村主体で行う産後ケア事業では各市町村の利用条件に従っている。そのため、市町村が産後ケア事業をどうとらえ、どのような方向性で実施しようとしているかで利用条件が異なっている。強い育児不安等により育児に支障をきたしている母子で保健師や助産師が状況を把握する必要のある母子等をハイリスク母子とし、その母子に限って支援をする自治体がある一方、これらの母子以外で

も支援を実施している自治体もある（葛西他，2016）。この場合，限られた財源で多くの母子が利用できるよう，やや高めの自己負担額を設定することでどの母子も支援が受けられるようにしている工夫がなされていた（葛西他，2016）。授乳や育児にかかわる問題はいつでも起こること，産後は多くの母親が子育ての不安を抱えていることから，これらの母子以外にも支援が必要な母子への支援もしてほしいという母親の声も多く，柔軟な対応が望まれている。

以上のことより，産後の母親たちが評価し，求めているケア内容は，基本的に分娩後の産後の入院中に行われているケアと同様のケア内容であることが分かる。そこから言えることは，退院後にも産褥入院中に行われていたケアの継続が求められているということではないだろうか。しかし，より詳細にみていくと，産褥入院中にはその数日間で授乳等を含めた基本的な育児技術を自立して行うための支援が優先されており，一方，産後ケア事業では，心身共によい状態で個々の育児が継続されるよう，心身両面のリフレッシュ，休息の場，交流の場であることが優先される点が異なる部分であると考えられる。つまり，育児支援や精神的な支援を受けながら，休養や食事を含めた生活のサポートを受けることが産後ケア事業には求められているといえる。勝川他（2010）の調査によると，日本における産褥入院期間は経陰分娩時で5.6日（±0.76），帝王切開分娩時で8.8日（±1.75）であり，この期間で母親の身体の回復と，授乳を含めた育児技術の習得をして自宅へ戻っている現状がある。退院後にもケアを継続できるシステムが整えば，育児技術の習得，母親の身体回復に関わる産褥入院中のケアも，今より余裕を持ったプログラムになる可能性がある。

また，さまざまある産後ケア事業の形態においては，デイケア型または宿泊型は，心身共に良い状態で個々の育児を継続できるようにという，産後ケア事業で求められるケアの特性に合うものと考えられる。そしていずれデイケア型，アウトリーチ型，宿泊型を整え，それぞれの母親の希望が叶えられ，そして医療的な安全性も備えた，よりよい産後の支援システムを構築していくことが求められる。それは，産前産後，育児中において母親を継続的にフォローする環境が整えられることにつながる。産後ケア事業実施には，料金の一部公費負担がなされ，どの母親にも開かれた事業であること，産後早期のみならず，身体的，精神的な回復がなされ，母親としての自己を確立していく産後

3～4か月まで継続して利用できる事業であることについて，母親たちは期待していた。

## 2. 岩手県の特성에応じた産後ケア事業の展開

岩手県は，2017年10月1日現在，人口約125万4千人の人口を有する。出生数は年々減少しており，2017年の年間出生数は8,210人，2016年の合計特殊出生率は1.45，四国4県に匹敵するほどの広大な面積に33の市町村を持つ（図説いわて統計白書，2018）。

この広大な県土において，2011年から周産期医療機関の集約化が進められており，2018年4月現在，分娩を取り扱う県内医療機関数は30施設である。これは10年前に比べて10施設の減少となっており，分娩する医療機関のない市町村は22か所にのぼる。地域的にみると，医療機関や産婦人科医師，助産師が盛岡保健医療圏に集中している特徴がある。現在，岩手県では4つの周産期医療圏（「盛岡・宮古」，「岩手中部・胆江・両磐」，「気仙・釜石」，「久慈・二戸」）が設定されており，8割の圏域居住者は圏域内で出産し，ほとんどの地域で自家用車を用いればおおむね1時間以内に，周産期母子医療センター等へ移動可能であるとされる（岩手県，2018）。しかし時期によっては積雪の影響なども強く受け，公共交通機関が十分に配置されていない地域も多い。加えて出産後まもない母親は自身での運転はすすめられない現状があるが，母親たちは，家族の協力が得られないことを産後の不安として挙げている（富田他，2010）。これらを鑑みると，産後の母親が，出産した施設まで容易にいくことができない地域特性を抱えていると言える。産後の母親たちは，授乳，育児に関する悩みを慢性的に有しており（富田他，2010），母親自身の体調の変化や授乳トラブルに加え，児側の問題など突発的な出来事が起こりやすく，時間を問わず受診や相談が必要となることが多い。生後間もない子どもを連れた遠方への受診は，母親や家族にとって時間的なデメリットとともに心身に大きな負担となる。また，この時期の母子の問題には産後の心身の状況や授乳等，母子双方に目を向けた評価など，個別性に基づいた対応が必要となるため，専門家と母子が直接対面して診察や相談を受けられるような場が必要である。岩手県においても少子高齢化や核家族化の進行は深刻であり，問題が起こってもすぐ相談できないことは母親の孤独感そして孤立化につながっていく。より生活の場に近い，身近な場所で妊娠や子育てについて気軽に相談できる環境づくりは大き

な課題となっている。このように、妊産婦にとって、受診や相談が容易にできる状況にない地域特性を抱える岩手県においては、産後ケア事業は産後の母子を支える重要な位置づけとなる。

一方、人材に関する特性として、2016年現在、産後ケア事業の中心的な役割を担う助産師は岩手県内に389名いるものの（公益財団法人母子衛生研究会，2018）、ほとんどが病院や診療所で働いている。この現状では、産後ケア事業への助産師の配置は難しいと推察されるため、助産師または看護師の専門職団体と協力し、地域にいる潜在助産師の発掘や再教育の体制づくりを行うことも重要であると考えられる。しかしそうした厳しい現状の中でも産後ケア事業に取り組み始めた市町村も出てきている（岩手日報，2018）。

全国調査の結果では26.2%の自治体が産後ケア事業をすでに実施しており、34.4%の自治体が「未実施だが今後実施予定」（みずほ情報総研株式会社，2018）とし、多くの自治体が事業開始のための準備を進めていることがわかる。徐々に産後ケア事業の認知度や必要性は、各自治体に広まってきており、現在は施策化に向けた準備段階と考えられる状況にある。多くの自治体において産後ケア事業への助産師の配置が難しいことを考えると、初めは宿泊型にこだわらず、まずはデイケア型やアウトリーチ型から始動することも一方法であると考えられる。デイケア型やアウトリーチ型は、助産院、産院の一部を利用することや、主に保健師によって行われている新生児訪問指導を、地域にいる助産師主導で展開し産後ケア事業で求められるケアを取り入れるなど、新たな事業としてではなく、すでに行っている事業を改善することで始動できると思われる。そして、将来的には初産婦でニーズの高かった夜間の育児や授乳指導のための宿泊型も取り入れることができればよい。

同時に、交流の場として産前・産後サポート事業の導入も求められる。研修を受けた子育て経験者等が不安や悩みを傾聴し地域の仲間づくりを促し、母親の孤立感を軽減することを目的とする産前・産後サポート事業に行くことで、母親の抱える悩みや不安が解消する場合も多い。これは現在、子育て支援センター等で行っている事業が多く市の町村に存在する。

また、家事や育児サポートは民間、非営利団体に委託している自治体もあり、母親たちの利用率は高い（富田他，2010）。産前・産後サポート事業、家事・育児サポートは、産後ケア事業とは異なり自治体では比

較的導入しやすい形態であると考えられる。まずは、交流の場である産前・産後サポート事業、家事や育児サポートの導入が先行することだけでも母親たちの助けになる。

さらに利用のしやすさ、つながりやすさという点では、料金が大きな要素であること、また岩手県は全国と比較して平均収入が低いことを考慮すると、公費負担が前提ですすめることが望ましいと言える。

今回の文献検討の結果からは、産後ケア事業に関する母親たちの認知度は低かったため（出石他，2014）、周知し認知度を向上させることも課題である。まずは、母親たちは妊娠中から産後の知識を求めていること、そして妊娠届出時や医療機関における妊婦健診時、母親学級、産褥入院中等のさまざまな機会を利用し継続した情報提供が効果的であることを助産師や保健師等医療者に周知する必要がある。また家族だけでなく社会全体への周知活動を行い、産後ケア事業への理解を深めてもらうことも重要である。里帰り出産で実家に身を寄せたり、3世代同居だったとしても、祖父母世代も共働きが多く日中は母子のみになるケースや、祖父母自身が親の介護を抱える等が生じており、家族だけで産後の母子を支えることが難しくなっている。必要時には母親が産後ケア事業を利用できるよう、助産師など医療者が母子の生活背景を把握することが重要である。妊娠期から産後までの母子を支える知識を広めるための社会全体に対する活動も重要である。また、各市町村や県内にある助産師や看護師の専門職団体等が行う研修会へ地域の方々も参加してもらい、現代の母子が抱える問題を共有することで、母子を気持ちよく産後ケアに送り出すための社会の雰囲気づくりも同時に求められる。

以上のことから、周産期医療の集約化と広大な土地柄、かつ積雪の影響などもあり、受診や相談窓口に容易に行くことのできない岩手県の地域特性と、母親の多くが育児に関して不安を抱えていること、また産後ケア事業の利用後は多くの母親の不安軽減につながっていたこと、どの母親も必要ときに支援してほしいという要望があることから、ハイリスク母子のみを対象とするのではなく、母親が支援を必要とするときには誰もが低額で利用できる事業であることが望ましい。加えて、母親たちの認知度が低率であろうこの産後ケア事業について、まずは支援者および情報提供者となる助産師や保健師など医療者の認知をすすめ、妊産婦、その家族、地域の方々への理解を促すことが重

要である。

## 結論

2007～2017年5月までに日本国内で報告された産後ケア事業に関する文献を PRECEDE-PROCEED モデルに照らし合わせて整理することで、岩手県の特性に応じた産後ケア事業の展開について検討を行い、以下の結論を得た。

産後ケア事業を推進するために必要な要因について、PRECEDE-PROCEED モデル「教育/エコロジカルアセスメント」の3点から整理した。準備要因では「認知度と情報源」、「母親が専門職から得ておきたかった産後の知識」、強化要因では「具体的なケア内容」、「利用した母親の評価」、「利用後の生活状況」、実現要因では「経済的負担」、「効果的な利用時期」、「支援体制」が抽出された。産後ケアを享受することは、母親とその家族の健やかな育児の遂行に一定の効果がみられていた。一方、経済的な負担、認知度の低さ、望んでいる退院後支援が母親と医療者で異なっていることが課題として把握できた。

周産期医療の集約化と広大な土地柄、積雪の影響もあり、受診や相談窓口に容易に行くことのできない岩手県の地域特性から、産後ケア事業は岩手県の産後の母親を支える重要な位置づけである。産後ケア事業の利用は多くの母親の不安軽減につながったこと、どの母親も支援してほしいという希望があることから、母親が必要とするときには誰もが低額で利用できる事業であることが望ましい。産後ケア事業の中心となる助産師の配置が困難であることに関しては、助産院や産院の一部を利用したり、すでに行われている新生児訪問指導などの事業を改善し始動することで回避できる可能性がある。認知度が低率である産後ケア事業に関して、まずは助産師や保健師など医療者の認知をすすめる、妊産婦、その家族、地域へと理解を促していくことが重要と考える。

## 文献

出石万希子, 高橋悟子, 松尾早枝子, 他 (2014) : B 病院の産後ケア入院の課題についての一考察—産後4か月までの母親の育児サポート状況の調査結果から—。聖泉看護学研究, 3, 67-73.

本間和代, 木暮ミカ, 幸田奈美, 他 (2007) : プリシード・プロシードモデルを応用したヘルスプロモーションの展開—小学校における学校保健への導

入—。明倫歯科保健技工学雑誌, 10 (1), 24-30.

稲田千晴, 相良有紀, 島田真理恵 (2016) : 有床助産所ならびに病院・診療所を対象にした質問紙調査。平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業より効果的な妊娠出産包括支援事業としての産後ケアのあり方に関する研究 研究報告書, 39-58.

岩手県 (2018) : 岩手県保健医療計画 (2018-2023) [www.pref.iwate.jp/dbps\\_data/\\_material/\\_files/000/000/002/229/iryo\\_plan\\_2018-2023\\_final02.pdf](http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/002/229/iryo_plan_2018-2023_final02.pdf) [検索日 2018年12月1日]

岩手日報 (2018) : 産後ケアサービスに広がり 孤立や虐待防止へ自治体本腰 : 2018年6月18日朝刊記事.

神馬征峰 (2004) : 「PRECEDE-PROCEED モデル」の道しるべ4 教育・生態アセスメント。保健師雑誌, 68 (7), 74.

甲斐村美智子 (2012) : 若年女性における月経随伴症状の関連要因—PRECEDE-PROCEED モデルに基づいた文献検討—, 日本女性心身医学会雑誌, 17 (3), 297-303.

葛西圭子, 國分真佐代, 市川香織 (2016) : 有床助産所ならびに病院・診療所に産後ケア事業を委託している市町村担当者への聞き取り調査。平成27年度子ども・子育て支援推進調査研究事業より効果的な妊娠出産包括支援事業としての産後ケアのあり方に関する研究 研究報告書, 91-126.

勝川由美, 坂梨薫, 臼井雅美, 他 (2010) : 産褥入院の現状と入院期間短縮化の条件。助産雑誌, 64 (4), 303.

公益財団法人母子衛生研究会編 (2018) : 母子保健の主なる統計, 母子保健事業団 ; 東京, 126.

小松崎愛美, 齋藤泰子, 小山千秋, 他 (2014) : 産後ケア事業の評価—利用時期別のケアニーズ—。武蔵野大学看護学部紀要, 8, 63-68.

小松崎愛美, 齋藤泰子, 青山廣子, 他 (2011) : 産後ケア事業の評価—武蔵野大学附属産後ケアセンター桜新町利用者アンケートから—。武蔵野大学看護学部紀要, 5, 59-68.

北田ひろ代 (2015) : 産後ケア施設におけるケアが母親のコンフォートに及ぼす影響。母性衛生, 56 (1), 66-76.

北田ひろ代, 香春知永 (2014) : 母親と助産師における産後ケアの捉え方。助産師, 68 (3), 52-57.

厚生労働省 (2017a) : 産婦健診査事業の実施に当たっ

- ての留意事項について : [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20170419\\_shuuchiirai4.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20170419_shuuchiirai4.pdf) [ 検索日 2017年12月19日 ]
- 厚生労働省 (2017b) : 平成29年度予算概算要求において新規に要求する事業に係る行政事業レビューシート妊産婦健康診査事業 : [http://www.mhlw.go.jp/jigyo\\_shiwake/gyousei\\_review\\_sheet/2016/h29\\_pdf/051.pdf](http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2016/h29_pdf/051.pdf) [ 検索日 2017年12月19日 ]
- 厚生労働省 (2017c) : 産前・産後サポート事業ガイドライン, 産後ケア事業ガイドライン : <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/sanzensangogaidorain.pdf> [ 検索日 2017年12月19日 ]
- 厚生労働省 (2015) : 平成27年版 厚生労働白書, P283. [ 検索日 2018年1月16日 ]
- Lawrence W.Green, Marshall W.Kreuter (2013) : 実践ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価, 医学書院. 東京, 11.
- 松永佳子 (2009) : 産後の女性が受容できると算定される産後サービスの価格算出—PSM (Price Sensitivity Measurement) 分析を用いて—. 母性衛生. 2009, 50 (1), 118-124.
- みずほ情報総研株式会社 (2018) : 産後ケア事業の現状及び今後の課題並びにこれらを踏まえた将来の在り方に関する調査研究 報告書 ～産後ケア事業の在り方の検討に向けた産後ケア事業の実態と課題に関する基礎調査～.74.
- 森恵美他 (2018) : 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 母性看護学概論 母性看護学1. 医学書院 ; 東京. 31-33.
- 坂梨薫, 勝川由美, 水野祥子, 他 (2014) : 産後の母親が望む支援—4か月未満の乳児を持つ母親の選考から—. 関東学院看護学雑誌, 1 (1), 16-24.
- 坂梨薫, 勝川由美, 臼井雅美, 他 (2011) : 産後早期退院の条件に関する選好と支援体制—医療職種別の視点から—. 横浜看護学雑誌, 4 (1), 71-77.
- 佐藤香 (2016) : 日本の産後ケアに関する文献検討. 平成27年 子ども・子育て支援推進調査研究事業「より効果的な妊娠出産包括支援事業としての産後ケアのあり方に関する研究」研究報告書. 15.
- 富田素子, 小堀由祈子, 渡部たづ子, 他 (2010) : 産後ケア事業の評価, 利用後のアンケート調査から. 東京都福祉保健医療学会誌, 56-68.
- 吉田亨 (2003) : 「PRECEDE-PROCEED モデル」の使い方. 保健師雑誌, 59 (11), 1031.
- 図説いわて統計白書 (2018) —いわてが分かるこの一冊— 2018年全体版 : <http://www3.pref.iwate.jp/webdb/view/outside/s14Tokei/top.html> [ 検索日 2018年7月16日 ]
- (2018年10月29日受付, 2019年2月28日受理)

## < Research Report >

# Literature Review on Postpartum Care Using the PRECEDE-PROCEED Model : According to Local Circumstances in Iwate Prefecture

Yoko Yamamoto, Yukiko Yuda, Natsuko Kakizaki  
Faculty of Nursing, Iwate Medical University

**Keywords** : Postpartum care , literature review, PRECEDE-PROCEED model, local circumstances

< 研究報告 >

## 外来化学療法を受けている 切除不能膵臓がん患者の療養体験

高屋敷麻理子<sup>1)</sup> 菊池和子<sup>2)</sup>

1) 岩手県立大学看護学部 2) 岩手保健医療大学看護学部

### 要旨

膵臓がん stage IV 切除不能と診断され、外来化学療法を施行している患者の療養体験を明らかにすることを目的に、初診時から stage IV 切除不能で外来化学療法中の膵臓がん患者 5 名に、外来化学療法中の療養体験について半構成的面接を行い質的帰納的に分析した。その結果、病名がわかった時の体験、治療が始まってからの体験の 2 つに大別され、病名がわかった時の体験は、【膵臓がんを知り、死を覚悟する】など 7 カテゴリーと、治療が始まってからの体験は、【抗がん剤の副作用症状は辛くない】【がんの症状緩和を切望する】など 13 カテゴリーが抽出された。膵臓がん患者は、がんの症状による辛さを感じ、死への不安や全人的苦痛を感じながら過ごしていた。しかし、がんの症状緩和や、患者の生きがいや支えが生きる力になっていたことから、看護師は患者や家族を支え、早期症状緩和や、その人が望む治療や療養先の意思決定支援をする必要性が示唆された。

キーワード：膵臓がん stage IV, 外来化学療法, 療養体験, 緩和ケア

### はじめに

膵臓がんは、診断時の 80% が stage IV の進行度といわれており、手術適応が少なく、化学療法や放射線療法の選択となることが多い。膵臓がん登録データ（船越, 2013）から切除不能 stage IV の治療成績は、生存中央値 4.1 カ月、1 年生存率は 26.3% であり、5 年相対生存率は 10% 以下の予後不良のがんである。

研究者が臨床実践の中で、出会う膵臓がん患者 stage IV で見つかった患者のほとんどが手術適応はなく、短い期間の中でがんの告知による悲嘆があり、それを乗り越えても化学療法や放射線療法による副作用症状や、がんによる身体症状に悩んでいる。更に、化学療法の開始から中止せざるをえない期間が短い中で、治療の中止や終末期の療養場所の選択などの意思決定を迫られ、苦悩を抱えている患者も少なくない。また、化学療法は外来で行われることが多く、身体・精神的苦痛が強く、全人的な苦痛を抱えながら通院をしている患者が多い現状から、そのような患者の療養

体験について調査したいと考えた。

膵臓がん患者の看護について根岸（2010）は、膵臓がんは難治癌の 1 つであり、膵臓がん患者の多くは疼痛をはじめとするさまざまな症状を同時に体験しながら生活し、治療成績は厳しいが、どの治療プロセスにおいても患者とその家族の選択を尊重し、希望を支えていくことが看護師の大切な役割である、と述べている。膵臓がん患者の看護に関する先行研究は少なく、再発・転移後の膵臓がん患者が、衝撃や落胆する中で新たな希望を見出して過していることを明らかにした研究（田中, 2012）や、瀬山他（2005）は膵臓がん患者が、他者と人間的つながりをもち、その中で「社会的自己存在」を認識できれば、希望をもち続けることが可能となることを明らかにしている。吉田（2014）は、膵臓がんと診断された 2 名の患者の語りから、診断時から予後不良という苦悩の中に身をおき、生活の背景に死の不安が常に存在することや、患者がどのように生き抜いていこうとしているかを明らかにしてい

る。三浦他（2009）は、回顧研究として膵臓がん患者の4名の診療録の調査から、診断期から死亡までの病状や治療経過をたどり、その心理過程を分析し、その人らしい人生の終焉を迎えられるような援助のあり方について述べている。

以上のように膵臓がんに関連した先行研究は、事例検討や4事例について診療録の閲覧による回顧研究等である。苦悩を抱えていると考えられる膵臓がん stage IVと診断されて、手術適応とならず外来化学療法を受けながら、どのような苦痛をかかえて療養しているのか、その思いや対処行動については明らかにされていない。

一方、「がん患者」「療養体験」のキーワードで、年度設定を行わず医学中央雑誌 Web 版で検索をしたところ、論文は1件のみで「高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験」の論文であった。

以上のことから本研究では、2014年に膵臓がん患者 stage IV切除不能と診断され化学療法を施行している患者の療養体験を明らかにすることを目的とした。

その後、千崎（2016）は、手術適応にならず化学療法を受けている膵臓がん患者2名の療養生活における体験を、研究成果から診断・治療、有害事象・症状、活動、関係性・役割、仕事・経済の側面から分類し、「治療成果により体験内容に変化が見られる傾向があった」としている。本研究は、5名の患者を対象とした研究であり、分析結果から病名が分かった時の体験、外来化学療法が始まってからの体験として分類され、新たな知見を得たので報告する。

## 研究目的

膵臓がん stage IV切除不能と診断され、手術適応をならず外来化学療法を受けている患者が、どのような苦痛をかかえて療養しているのか、その思いや対処行動の療養体験を明らかにする。そのことで、膵臓がん患者がその人らしく過ごせる看護援助についての示唆を得ることができる。

## 用語の定義

膵臓がん患者：膵臓がん stage IVと診断された切除不能患者

外来化学療法：内服薬や点滴による外来化学療法

療養体験：療養生活における身体的苦痛（化学療法や病状によるもの）に対して、どう行動・対処をしているのか。治療への思い、悩み、不安、生きがい・楽

しみについての感情や行動、社会活動の変化。

尚、療養体験に関する内容は、がん患者にとっての全人的苦痛の解決が最も重要な課題（佐藤，2010）といわれており、全人的苦痛についての内容を参考とし、先行研究（田中，2012）（瀬山他，2005）から希望や社会的自己存在を認識することが、希望を持ち続けることにつながると考え、「楽しみ」や「生きがい」についても含めた。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

半構成的面接に基づく質的記述的研究

### 2. 研究協力者（以下協力者と略す）

協力施設は、地方都市にある中核病院2施設で、病名を告知され、初診時から stage IV切除不能で外来化学療法中の膵臓がん患者。

### 3. 研究期間

平成26年2月19日～平成27年3月31日

### 4. データ収集方法

個人の基礎情報は、診療記録と看護記録から収集した。インタビューガイドを用いて40分程度の半構成面接を実施した。協力者の体調の良い日時に、心身の状態に配慮をしながら面接を行い、同意を得て、面接内容をICレコーダーに録音をした。

### 5. 調査内容

- ・疾患や化学療法についての理解と受け止め
- ・心理的状态について（療養中の思い、悩み、対処方法）
- ・身体の症状と対処方法について
- ・社会活動について
- ・楽しみや生きがいについて

### 6. 分析方法

- 1) 逐語録から、外来化学療法を受けている切除不能膵臓がん患者の療養体験について語られる文章・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、コード化する。
- 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、カテゴリー化した。

4) 分析の信頼性と妥当性を確保するために、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カテゴリー化を行った。

### 7. 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協力施設倫理委員会の承認を受けて実施した。協力者に研究の趣旨、方法、研究参加は自由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、同意書への署名により研究の同意を得た。

面接は、協力者の心身の状況を十分に配慮した上で、負担とならない時期を協力者と相談し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とれる環境を保障した。病状や体調を考慮し、面接調査は1～2回とし、面接時間は30～60分程度とした。その中で傾聴・共感をしながら協力者の思いを引き出せるように行った。面接場所は、個室でプライバシーの守れる環境で行った。

## 結果

### 1. 協力者の背景 (表1)

協力者は、男性3名、女性2名、計5名であった。協力者の平均年齢は、76.0 (SD7.10) 歳で、PS (Performance Status) は0～1であった。膵臓がん stage IVでがん転移は全てに認められ、手術適応がなく外来化学療法を勧められて化学療法を開始していた。治療内容は、ジェムザール® (GEM) +TS1® 療法 (以下GS療法) 3名、GEM療法2名であり、予後は、全協力者が抗がん剤治療をしなければ3ヶ月～半年と説明されていたが、抗がん剤治療後の予後予測については説明されていなかった。協力者に1～2回の面接を実施し、面接平均時間は45分であり、全面接時間は315分であった。

協力施設は、A B施設共に約400床の地域中核病院で、外来化学療法室を有しており、がん化学療法看護認定看護師が1名ずつ配置され、がん看護専門看護師を有していない。ほぼ同程度の規模の施設である。

### 2. 分析結果

膵臓がん患者の療養体験の思いとして基本データ339を分析した結果から、療養体験は、1) 病名がわかった時の体験と、2) 外来化学療法が始まってからの体験の2つに分類できた。病名がわかった時の体験は、7カテゴリーと12サブカテゴリー、外来化学療法が始まってからの体験は、13カテゴリーと38サブカテゴリーが抽出された。【 】はカテゴリー名、

表1. 協力者の概要

No	施設	性別	年齢	PS	転移	職業	同居者	治療期間	治療内容	主な症状
1	A	男性	80代	0	膀胱直腸窩浸潤・腸管膜内リンパ節転移	無職	娘	21か月	GS療法	倦怠感 軽度の腹痛 時々出血斑
2	A	男性	80代	0	肝転移、左副腎に浸潤	無職	独居	5か月	GS療法	倦怠感 軽度の腹痛 食欲低下 皮膚の乾燥
3	B	女性	80代	0	門脈、大血管浸潤	無職	娘夫婦 孫	3ヶ月	GEM療法	口内炎 食欲低下
4	B	男性	70代	0	頸部リンパ節転移	無職	妻 息子 孫	2ヶ月	GS療法	倦怠感 食欲低下
5	B	女性	60代	1	肺・肝転移	無職	夫 息子	9か月	GEM療法	倦怠感 体重減少 呼吸困難感

\*治療内容 GS療法 (ジェムザール® +ティーエスワン®), GEM療法 (ジェムザール®)

表2. 病名がわかった時の体験

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
診断時は、腹痛や黄疸の症状があつて辛かった	症状があつて辛かった	がんの症状を自覚し、診断まで不安と辛さがあった
胃から下の方が今までにない腹痛があつて受診した		
病気を発見するまで、病気がわからず辛い思いをした	病気がわからず辛かった	がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった
妻をがんで亡くした、自分もがんになると思っていた		
両親ががんで亡くなり、がんには罹患すると予期していた	がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった	がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった
家族ががんで亡くなり、兄は膵臓がんだった		
定年まで働いて色んなスポーツをしていて、まさか今がんになると思わなかった	今がんになると思わなかった	
何故がんになったのかと思うけど、病院へ行ったことがなかった自分も悪い	がんになった自分を責める感じがある	がんには罹患し、自責の念に駆られる
がんになった自分のことを責めるような感じがある		
がんになって、あまりにも自分が情けないと思った	がんになって情けない	
がんと言われて、助かったものはいないからこれで終わりだと思った	がんと言われてこれで終わりだと思った	膵臓がんと知り、死を覚悟する
膵臓がん Stage IVと言われ、図書館で調べてもう駄目だと思った	膵臓がんは、進行が早く駄目だと思った	
膵臓がんは沈黙の臓器で気づいた時には進行が早い		
ゲートボールの役員・理事をしていたが、役割をおりた	社会的役割を続けられないことを悟る	社会的役割を続けられないことを悟る
地域の仕事は病人が出る幕ではないから、歳を理由に役員をしていない		
自分の生活を守ることに精一杯で、民生委員を辞めた		
膵臓がんと余命を言われて、家の整理をやらなきゃいけないと思った	家の整理をする	これからのことに目処をつける
家のことやお葬式などこれからのことを夫や息子夫婦と話し合った	家族とこれからのことを話し合う	
告知をされて娘に通帳を渡した		
余命6ヶ月と言われ、そうか仕方がないと思った	避けられない現実を受け入れる	避けられない現実を受け入れる
がんになるのも運命、じたばたしても仕方がない		

《 》はサブカテゴリー、コードは< >で表記した。

1) 病名がわかった時の体験 (表2)

【がんの症状を自覚し、診断まで不安と辛さがあった】は、がん告知時を振り返りながら、<診断時は、腹痛や黄疸の症状があつて辛かった>などの《症状があつて辛かった》、膵臓がんの診断から黄疸が出現し、診断までに時間がかかり<病気を発見するまで、病気がわからず辛い思いをした>から《病気がわからず辛かった》という体験していた。

【がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった】は、<両親ががんで亡くなり、がんには罹患すると予期していた><家族ががんで亡くなり、兄は膵臓がんだった>など、協力者全員が家族をがんで亡くした経験をもち《がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった》という思いがあった。

【がんには罹患し、自責の念に駆られる】は、膵臓がんと診断されて<定年まで働いて色んなスポーツをしていて、まさか今がんになると思わなかった>から《今がんになると思わなかった》、大きな病気をせず検診も受けずに80歳代となり<何故がんになったのかと思うけど、病院へ行ったことがなかった自分も悪い>

<がんになった自分のことを責めるような感じがある>から《がんになった自分を責める感じがある》、健康な知人や友人をみると<がんになって、あまりにも自分が情けないと思った>から、《がんになって情けない》という思いがあった。

【膵臓がんと知り、死を覚悟する】は、がんの告知を受けて<がんと言われて、助かったものはいないからこれで終わりだと思った>から《がんと言われてこれで終わりだと思った》、<膵臓がん stage IVと言われ、図書館で調べてもう駄目だと思った>などから《膵臓がんは進行が早く駄目だと思った》という思いがあった。

【社会的役割を続けられないことを悟る】は、膵臓がんとわかり、<ゲートボールの役員・理事をしていたが、役割をおりた>、地域の人に病気については話さず<地域の仕事は病人が出る幕ではないから、歳を理由に役員をしていない><自分の生活を守ることに精一杯で、民生委員を辞めた>から《社会的役割を続けられないことを悟る》という行動がとられていた。

【これからのことに目途をつける】は、専業主婦の協力者は<膵臓がんと余命を言われて、家の整理をや

らなきゃいけないと思った>から《家の整理をする》、死を身近に感じ自分に何かあったときのことを考え<家のことやお葬式などこれからのことを夫や息子夫婦と話し合った><告知をされて娘に通帳を渡した>から《家族とこれからのことを話し合う》という行動がとられていた。

【避けられない現実を受け入れる】は、医師から膵臓がんの診断と共に<余命6ヶ月と言われ、そうか仕方がないと思った>と、<がんになるのも運命、じたばたしても仕方がない>という思いから、《避けられない現実を受け入れる》という思いがあった。

## 2) 外来化学療法が始まってからの体験(表3)

【医師を信じて身を任せる】は、<病気になった以上は仕方がない、自分で治せないから医師に任せるしかない>など、医師との信頼関係も良く、病気のことは素人であり、自分で治せないことから協力者全員が医師を信頼し《医師を信じて身を任せる》という思いがあった。

【体調が悪化しない生活を心がける】は、<疲れやすい為、風呂は調子よい時間に入る><抗がん剤の治療日のあとは数日動けなくなる為、前日までに家のことをする>などから《体調の変化を予測して生活を調整する》、<感染しないように人ごみに行かない><風邪予防に人のいる所や病院ではマスクをする>などから《感染予防に注意して生活をする》、<野菜ジュースや果物を多く取ろうと思っている><塩分控えめにしている>などから《身体によい食生活を心がける》生活をしてきた。また、<医師が処方した薬を正確に内服する><腹痛がある時は、医療用麻薬を内服して症状を緩和する><抗がん剤の副作用予防は、制吐剤や便秘薬を自分なりに調整する>などから《自分に合った薬の使い方をする》、<体調の自己管理に抗がん剤の治療日記をつける>から《体調管理に治療日記をつける》という体調管理をしていた。

【抗がん剤の副作用症状は辛い】は、<副作用症状は匂いが駄目、味覚が変わり食欲がない>などから《味覚障害や口内炎で食事が食べられない》、<抗がん剤で怠い、疲れやすくなった>などから《怠さや疲労感を感じる》、<治療を始めてから、手の甲に斑点の内出血がでる><抗がん剤をしてから、足が荒れてガサガサしてくる>から《皮膚の変化を自覚する》という体験をしながら、<今治療をしていて辛いことはない><抗がん剤の不安はない、副作用が出ているのかわからない>から《抗がん剤の副作用症状はな

い》、<思ったより化学療法の症状がでなくて良かった>など副作用症状がでなくて安堵して、副作用症状を自分なりの対処行動をとることで《抗がん剤の副作用症状は辛い》という思いがあった。

【がんの症状に恐怖や辛さを感じる】は、<がんになってから、体重がへった>、<時々重苦しいおなかの痛みがある>と強い腹痛ではないが、膵臓がんによる痛みを感じ《がんの症状を自覚する》と<息が苦しくてすぐに動けない、症状が出てから夜が怖いと思った><自分で呼吸をコントロールして過ごしたいけど、体の方が悲鳴をあげる>から《呼吸が苦しいと体が悲鳴をあげる》という体験をしていた。

【がんの症状緩和を切望する】は、<膵臓がんを治せなくても、症状を治してもらえばいい><症状がなければ、病人だということを忘れてる>から医療者に《がんを治せなくても、症状をとって欲しい》、<症状をとって貰えれば、もっと長生きできると思う>から、《症状がなければ、長生きできる》という思いがあった。

【がん罹患前の生活を維持したい】は、化学療法を始めて感染や体調変化を心配し<去年まで敬老会に参加していたが今年には行かない、楽しみがない><病気になってから山登りをやめた>から《治療を始めて、楽しみが減る》、<町内会で病気のことを一切言っていない><地域の人に病気の話をしていない>から《地域の人に病気を知られたくない》、楽しみが減る中で友人との交流などを継続して<今まで通りの生活をして、がんだからという態度をとりたくない><病気になる前の普通の生活がしたい>など、がんにも罹患しても《病気になる前の生活を維持したい》、という思いが協力者全員から語られた。

【周囲に迷惑をかけない生活を希求する】は、娘と同居または娘と別世帯である協力者にとってキーパーソンとなっている<病気の娘の休みを自分の為に使わせて申し訳ない、心配をかけるのが一番辛い>などから《家族に心配をかけたくない》、がんの進行による体力低下を実感し、更に意識低下や認知能力が低下した時のことを考え<自分がおかしいのがわからなくなって周りに、迷惑をかけたくない>など、協力者全員が《周りに迷惑をかけたくない》という思いがあった。

【抗がん剤の効果に不安と葛藤がある】は、<抗がん剤が効くのか心配で、これからのことは考えられない>から《これからのことは考えられない》、膵臓が

表3. 外来化学療法が始まってからの体験

コ ー ド	サブカテゴリー	カテゴリー
病気になった以上は仕方がない、自分で治せないから医師に任せるしかない 医師を信用してお任せするしかない	医師を信じて身を任せる	医師を信じて身を任せる
医師に3週間後に来なさいと言われたから3週間生きると思う 疲れやすい為、風呂は調子よい時間に入る 治療に負けないように動いている	体調の変化を予測して生活を調整する	
抗がん剤の治療日のあとは数日動けなくなる為、前日までに家のことをする 平日の夕飯を宅配に任せるようになって楽になった 感染しないように人ごみに行かない 風邪予防に人のいる所や病院ではマスクをする 口内炎にはうがい薬と口腔ブラシで掃除する 生ものは食べない 野菜ジュースや果物を多く取ろうと思っている 塩分控えめにしている お酒を飲まなくなった 医師が処方した薬を正確に内服する 腹痛がある時は、医療用麻薬を内服して症状を緩和する 抗がん剤の副作用予防は、制吐剤や便秘薬を自分なりに調整する 出来るだけ薬に頼らず、ある程度我慢をしてから飲みたい	感染予防に注意して生活をする 身体によい食生活を心がける	体調が悪化しない生活を心がける
体調の自己管理に抗がん剤の治療日記をつける 副作用症状は匂いが駄目、味覚が変わり食欲がない 治療後は口内炎で食べ物が食べられなくなる 調子が良いのが月に1週間くらいしかない 抗がん剤で怠い、疲れやすくなった	体調管理に治療日記をつける 味覚障害や口内炎で食事が食べられない 怠さや疲労感を感じる	
治療を始めてから、手の甲に斑点の内出血がでる 抗がん剤をしてから、足が荒れてガサガサしてくる 今治療をしていて辛いことはない 抗がん剤の不安はない、副作用が出ているのかわからない 思ったより化学療法の症状がでなくて良かった 胸の調子が悪い時は横になると治るから、副作用はない	皮膚の変化を自覚する 抗がん剤の副作用症状はない	抗がん剤の副作用症状は辛い
がんになってから、体重がへった 時々重苦しいおなかの痛みがある 息が苦しくてすぐに動けない、症状が出てから夜が怖いと思った 自分で呼吸をコントロールして過ごしたいけど、体の方が悲鳴あげる 膵臓がんを治せなくても、症状を治してもらえばいい 呼吸が苦しい時は、早く楽になりたいと思う 症状がなければ病人だということを忘れてる 症状をとって貰えれば、もっと長生きできると思う 抗がん剤が効くのか心配で、これからのことは考えられない	がんの症状を自覚する 呼吸が苦しいと体が悲鳴をあげる がんを治せなくても、症状をとって欲しい 症状がなければ、長生きできる これからのことは考えられない	がんの症状に恐怖や辛さを感じる がんの症状緩和を切望する
抗がん剤の効果がいつまで続くのか、不安になる 抗がん剤で病気が治るのかどうかをはっきり医師に聞きたい 抗がん剤治療の効果はまだないが、元気になるように戦いたい 夫は頑張らなくていいと言うけど、病気に負けないように頑張りたい がんを負けないように自分で頑張るしかない	抗がん剤の効果が続くのか不安になる 病気が治るのか医師に聞きたい 病気に負けないように頑張りたい	抗がん剤の効果に不安と葛藤がある がんを負けないように自己を鼓舞する
気力と前向きな姿勢で少しでも長く過ごしたい 死に対して、恐怖はまだない 人はいつか亡くなるし、最期はさらりとお別れをしたい いつ死んでも良いという心構えが前からあった 春に畑作って何を植えるか悩む、絶対収穫期までには生きていないと思う 好きな花も犬も自分が入院したら死んでしまうかと不安がある 自分が死んだら家の畑や草刈りはどうなるかと心配する 家庭菜園が出来なくなり、妻に指導をしている 仕事はかどらなくなり、いよいよだと思ふ 90歳まで生きられない、明日には死ぬかもしれない	気力と前向きな姿勢で長く生きたい 死ぬことに恐怖や悩みはない 自分が亡くなった後を心配する 死を間近に感じる	死を身近に感じながら生活をする

コード	サブカテゴリー	カテゴリー
病状が悪くなったら家族以外には会いたくない 家族に見守られて逝くのが一番幸せ	最期は家族と過ごしたい	最期の過ごし方を思索する
妻の仏壇の前で死にたいが、自宅に往診する医師がいるのが心配する 調子が悪くなったら緩和ケア病棟に入りたい	最期を迎える療養先を考える	
人生を謳歌して、死ぬ時はきちんとそれなりに逝きたい	人生を謳歌して逝きたい	
去年まで敬老会に参加していたが今年には行かない、楽しみがない 病気になってから山登りをやめた	治療を始めて、楽しみが減る	がん罹患前の生活を維持したい
町内会で病気のことを一切言っていない 地域の人に病気の話をしていない	地域の人に病気を知られたくない	
今ままで通りの生活をして、がんだからという態度をとりたくない 病気になる前の普通の生活がしたい	病気になる前の生活を維持したい	
病気になってから、人とのつながりは変わらない 娘に心配をかけるなら、酒飲んで死にたい	家族に心配をかけたくない	周囲に迷惑をかけない生活を希求する
病気の娘の休みを自分の為に使わせて申し訳ない、心配をかけるのが一番辛い		
治療費に国か県か市のお金を使わせて、世の中に迷惑をかけている 自分がおかしいのがわからなくなって周りに、迷惑をかけたくない		
山歩きは疲れるけど気分が晴れる 日本舞踊が生きがい、こんな状態で踊れるか不安だが舞台に出たい	趣味が楽しみ・支えになる	生きがいや支えが生きる力になる
散歩や温泉に行くのが楽しみ 楽しみは図書館で本を借りること、家の周りの草むしりや好きなことをする		
娘が相談相手いろんなことで力になる 相談相手は妻、送り迎えや自分のことを心配してくれる 苦しい時は、夫と話をすると落ち着く、普通の言葉かけが魔法みたいに力になる		
内臓に良い野菜スープを孫が作ってくれる 孫が中学校になって制服着るのを見るのが支えになる 孫とゲームをするのが楽しみをしている	家族や犬が支え・生きがいになる	生きがいや支えが生きる力になる
80歳過ぎてどうなってもいいが、ひこ孫をみたい 毎月妻の墓参りを20年していることや孫と娘夫婦が生きがいになる 15歳になる犬を養うことが生きがい、一緒に頑張りたい		
相談・頼りにしているのは会社の元同僚に、何でも話している 話し相手は90歳になる隣の人、行かないと寂しいと言われる 家に地域の人が集まるのが疲れるけど楽しい	友人に会うことが支えになる	
がんが大きくなるのは抗がん剤が効いているからだと思う 抗がん剤の副作用がでると、がんが効いていると思うから副作用を我慢する	抗がん剤の治療効果に期待する	現状を受け入れ、前向きに生きる
治療の日は普段と変わった1日が過ごせるから通院することも生きがい 自分の思ったことを全て聞いてくれるかかりつけの医師が相談相手になる	医療者と話すことが支えになる	
緩和ケア外来は、勇気づけられたり、色んな話が出る 病気について考えても仕方がない、くよくよ悩まない 不安がないと言えば嘘になるが、あんまり考えないようにしている なるがままに生きる、そんなに悲観していない	くよくよ悩まずになるがままに生きる	
病気のことは1年くらい経って前向きで楽天的な考え方に自然になる	時間が経過して、前向きで楽天的になる	

んの治療は抗がん剤しかない」と説明され「抗がん剤の効果がいつまで続くのか、不安になる」から「抗がん剤の効果が続くのか不安になる」、医師から根治はできないと説明されたが「抗がん剤で病気が治るのかどうかをはっきり医師に聞きたい」から「病気が治るの

か医師に聞きたい」という思いがあった。

【がんに負けないように自己を鼓舞する】は、夫が献身的に協力者を支えており「夫は頑張らなくていい」と言うけど、病気に負けないように頑張りたい」などから「病気に負けないように頑張りたい」、化学

療法以外に治療の選択肢がない中で延命に向けて＜気力と前向きな姿勢で少しでも長く過ごしたい＞から、《気力と前向きな姿勢で長く生きたい》という思いがあった。

【死を身近に感じながら生活をする】は、＜死に対して、恐怖はまだない＞＜人はいつか亡くなるし、最期はさらりとお別れをしたい＞などから《死ぬことに恐怖や悩みはない》、＜春に畑作って何を植えるか悩む、絶対収穫期までには生きていないと思う＞＜好きな花も犬も自分が入院したら死んでしまうかと不安がある＞などから日常生活を過ごしているなかで《自分が亡くなった後を心配する》、＜仕事ははかどらなくなり、いよいよだと思ふ＞と体力低下やがんの症状を感じ《死を間近に感じる》という思いがあった。

【最期の過ごし方を思案する】は、病状の進行を感じて＜病状が悪くなったら家族以外には会いたくない＞＜家族に見守られて逝くのが一番幸せ＞から《最期は家族と過ごしたい》、最期は＜妻の仏壇の前で死にたいが、自宅に往診する医師がいるのか心配する＞＜調子が悪くなったら緩和ケア病棟に入りたい＞から《最期を迎える療養先を考える》、膵臓がんであることを落ち込むのではなく＜人生を謳歌して、死ぬ時はきちんとそれなりに逝きたい＞から《人生を謳歌して逝きたい》という思いがあった。

【生きがいや支えが生きる力になる】は、＜日本舞踊が生きがい、こんな状態で踊れるか不安だが舞台に出たい＞＜楽しみは図書館で本を借りること、家の周りの草むしりや好きな事をする＞などから抗がん剤治療中に《趣味が楽しみ・支えになる》、療養生活の中で＜娘が相談相手いろんなことで力になる＞＜相談相手は妻、送り迎えや自分のことを心配してくれる＞や、夜に呼吸が苦しくなると夜中でも夫が話を聞いてくれ＜苦しい時は、夫と話をすると落ち着く、普通の言葉かけが魔法みたいに力になる＞＜孫が中学校になって制服着るのを見るのが支えになる＞＜15歳になる犬を養うことが生きがい、一緒に頑張りたい＞などから《家族や犬が支え・生きがいになる》という思いがあった。また＜相談・頼りにしているのは会社の元同僚に、何でも話している＞などから《友人に会うことが支えになる》、＜がんが大きくなるのは抗がん剤が効いているからだと思ふ＞などから《抗がん剤の治療効果に期待する》、更にく治療の日は普段と変わった1日が過ごせるから通院することも生きがい＞＜自分の思ったことを全て聞いてくれるかかりつけ

の医師が相談相手になる＞＜緩和ケア外来は、勇気づけられたり、色んな話が出来る＞と外来化学療法室や病院が療養生活の拠り所となり、協力者全員が《医療者と話すことが支えになる》という思いがあった。

【現状を受け入れ、前向きに生きる】は、＜病気について考えても仕方がない、くよくよ悩まない＞＜不安がないと言えば嘘になるが、あんまり考えないようにしている＞と病気について考えないように＜なるがままに生きる、そんなに悲観していない＞から《くよくよ悩まずになるがまま生きる》、外来化学療法を長期に受けている協力者から＜病気のことは1年くらい経って前向きで楽天的な考え方に自然になる＞から《時間が経過して、前向きで楽天的になる》という思いがあった。

以上のことから、本研究で明らかとなったカテゴリーの関連性の構造(図1)を以下に説明する。

病名がわかった時は、膵臓がんによる症状が出現してから、病名がわかるまでに時間を要し【がんの症状を自覚し、診断までの不安と辛さがあった】、そして家族を亡くした経験から【がんの罹患を予測し、漠然とした不安があった】、その後に膵臓がんの告知を受け、がんイコール死と考え【膵臓がんを知り、死を覚悟する】【がんに罹患し、自責の念に駆られる】という思いと、今まで通りに【社会的役割を続けられないことを悟る】や、身の回りの身辺整理を行なうなど【これからのことに目処をつける】対処行動をするなかで【避けられない現実を受け入れる】という体験をしていた。

外来化学療法が始まってからは、化学療法の治療効果を期待して【医師を信じて身を任せる】と決心し、【がん罹患前の生活を維持したい】と思いながら、外来化学療法を開始し、抗がん剤の副作用症状の予防や対処など【体調が悪化しない生活を心がける】【周囲に迷惑をかけない生活を希求する】ことで【抗がん剤の副作用症状は辛くない】と感じていた。しかし、【抗がん剤の効果に不安と葛藤がある】という思いをし、病状の進行により【がんの症状に恐怖や辛さを感じる】ことで、医療者へ【がんの症状緩和を切望する】や、【がんに負けないように自己を鼓舞する】ことで化学療法を受けながら、徐々に病状が進行し【最期の過ごし方を思案する】ようになっていた。

また、化学療法の治療効果を期待して治療開始する反面、【死を身近に感じながら生活をする】なかで、がん罹患する前からあった生きがいや、新たな【生き

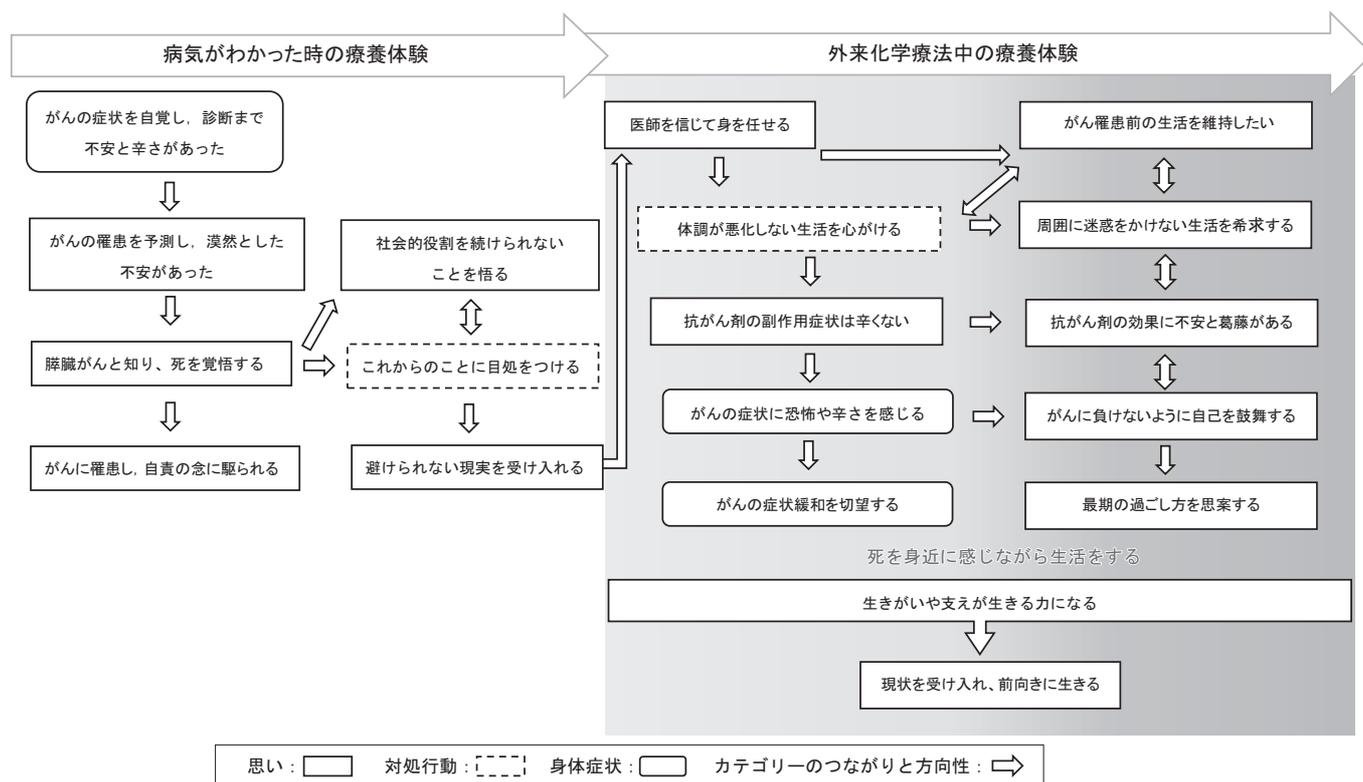


図1. 外来化学療法を受けている切除不能膵臓がん患者の療養体験 構造図

【生きがいや支えが生きる力になる】ことで、【現状を受け入れ、前向きに生きる】という療養体験が明らかになった。

### 考察

本研究の分析結果から、療養体験は「病名がわかった時の体験」と「外来化学療法が始まってからの体験」の2つに分類された。病名がわかった時に【社会的役割を続けられないことを悟る】や【これからのことに目処をつける】という対処行動をとり、外来化学療法を受ける中で、【抗がん剤で辛いことはない】や、《医療者と話すことが支えになる》《抗がん剤の治療効果に期待する》と、がんに罹患した後の【生きがいや支えが生きる力になる】が新たな知見である。

また、膵臓がんの特徴として先行研究と同様に早期から【死を身近に感じながら生活をする】なかで、【周囲に迷惑をかけない生活を希求する】思いや、身辺整理や最期の過ごし方などの準備を始めながら【最期の過ごし方を思案する】という思いが明らかになった。

### 1. 病名がわかった時の体験

病名がわかった時の体験は、【がんの症状を自覚し、診断まで不安と辛さがあった】【膵臓がんと知り、死を覚悟する】【がんに罹患し、自責の念に駆られる】から、家族ががんに罹患した経験をし、自分もがんになることを覚悟しながらも、がんの罹患が現実的なものになり、健康に自信があり過信をしていた自己と対峙し、自分を責めて不安や身体的苦痛を体験していた。また、がんイコール死のイメージに加えて膵臓がんは予後が悪いことから、混乱のなかでも【社会的役割を続けられないことを悟る】【これからのことに目処をつける】などの対処行動をとりながら、【避けられない現実を受け入れる】ようになっていた。

協力者は、平均年齢 76.0 歳で専業主婦や仕事を退職していたが、がん告知から外来化学療法が始まる前に社会的役割を全て出来なくなると考えて、辞退するという対処行動をとることが明らかとなった。協力者は、無職であったことから地域や趣味に関連した役員を辞退していたが、壮年期であれば仕事を退職する可能性もある。病名告知後の支援として、膵臓がんがどのような病気であり、今後どのような治療を行っているのか、治療のスケジュールの目安などを説明すると

共に、膵臓がん患者が社会的役割をどのように担っているのかを確認し、病気や治療とすり合せながら、社会的役割の調整が可能であるかなど、早期から社会的役割についての支援が必要である。これは、千崎(2016)の報告からも、膵臓がん患者が治療と仕事の両立が困難と考え仕事を退職しており、治療や病状を考慮しながら社会支援を行う必要性を示唆している。また、厚生労働省(2014)のがん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書からも、がん患者・経験者の就労支援の取り組みの重要性を述べており、病気になっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築と支援が医療者に求められている。

また、がん告知時に協力者は症状を自覚してから病名がわかるまでに時間がかかり、病気を発見するまで【がんの症状を自覚し、診断まで不安と辛さがあった】という体験をしていた。これは、膵臓がんの特徴である初発症状の腹痛や黄疸を自覚して病気がわかることが多く、その症状が他の消化器症状と似ている為、さまざまな消化器系の検査を受けることとなり、自覚症状と共に検査による苦痛を伴い辛い経験をした体験である。更に、がんの可能性を疑い、不確かな時間を過ごすことで精神的苦痛にもつながっていたと考える。膵臓がんは、初診時から症状が出現していることが多く、病状が進行し、stage IVになってから診断されていることにより精神的苦痛も強く感じていたことが明らかとなった。

## 2. 外来化学療法が始まってからの体験

### 1) 抗がん剤の辛さより、がんによる辛さを感じる療養体験

協力者は【抗がん剤の副作用症状は辛くない】という体験をしていた。鳴井他(2004)の報告から、外来化学療法を受けている進行がん患者から、抗がん剤の副作用の辛さを感じていることや、橋本他(2011)からは、進行肺がん stage III b～IV期で抗がん剤治療を受けている患者から、抗がん剤による悪心・嘔吐による辛さの体験が報告されている。本研究では、膵臓がんの化学療法として、GEM療法、GS療法を実施しており、抗がん剤の副作用症状が少ないことや、制吐剤の開発が進んでいること、副腎皮質ステロイド薬の使用により、抗がん剤の副作用対策が充実してきたことが【抗がん剤の副作用症状は辛くない】という結果に繋がったと考える。更に、協力者は抗がん剤の副作用

症状に対する対処行動をしていたことから、日常生活行動に影響がなく、抗がん剤の辛さを感じていなかった。これは、2002年に外来化学療法加算が新設されてから、外来化学療法室にがん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師や化学療法を熟知した看護師が配置されるようになり、化学療法のオリエンテーションや外来化学療法中の患者ケアが充実してきたことが、患者の対処行動の向上に繋がっていると考えられる。

しかし、千崎(2016)は、膵臓がん stage IV患者の化学療法について、抗がん剤の有害事象により、薬剤変更や副作用症状に辛さを感じていたことを報告している。これは、抗がん剤の薬剤名は不明であるが、対象者2名は50歳～60歳代と本研究協力者の平均年齢76.0歳より若いことから、侵襲の強い抗がん剤を投与していたことが考えられる。今回の協力者は、GEM療法、GS療法を受けているなかで【抗がん剤の副作用症状は辛くない】という体験が明らかにされた。また、協力者は【がんの症状に恐怖や辛さを感じる】や、医療者に【がんの症状緩和を切望する】という体験をしていた。膵臓がんの患者はがんの診断前から、腹痛や黄疸を自覚して病気がわかることが多く、その症状が他の消化器症状と似ている為、さまざまな消化器系の検査を受けることで、自覚症状と共に検査による苦痛を伴い辛い体験をしていた。更に、病状が進行し、何らかの症状を感じて過ごしている協力者は、日常生活が制限される上に死への不安や全人的苦痛を感じながら療養生活を過ごしていた。今回、抗がん剤の影響による辛さよりも、がんの症状による辛さに悩まされている体験が明らかとなった。化学療法を受けている膵臓がん患者は、さまざまな症状が混在していることから、症状の原因が化学療法の影響か、がんの進行による影響なのかを丁寧にアセスメントし、患者の抱えている痛みや症状が日常生活にどのように影響をしているのかを把握しながら、早期症状緩和に向けて多職種と協働して全人的苦痛への看護支援が求められている。

Temel(2010)は、転移を伴う非小細胞性肺がんの患者に早期から緩和ケアを導入したことでQOLと精神症状が改善し、終末期の積極的治療を抑制したにも関わらず生存期間が延長した、と報告している。膵臓がん stage IVの緩和的化学療法を行っている患者に、早期緩和ケアをすることでQOLの向上や精神症状の改善に繋がり、生存期間の延長に繋がる可能性がある

ことも示唆される。

更に、協力者は【抗がん剤の効果に不安と葛藤がある】という思いを抱えていた。【抗がん剤の副作用で辛いことはない】なかで、膵臓がんと診断された時点から、治療法は化学療法しかないと説明されていることから、《抗がん剤の治療効果に期待する》思いと、《抗がん剤の効果が続くのか不安になる》思いが混在し、多少体調が悪くても、化学療法が効かなくなり治療を中止となったら終わりと考え、多少体調が悪くても《抗がん剤の治療効果に期待する》思いから、化学療法を続けたいと考えていることがわかった。膵臓がん stage IV 患者の化学療法は、治療期間が短い可能性があり、治療開始の時点から病状の進行や抗がん剤の効果が悪くなったときの治療差し控え時期を予測しながら、患者や家族へ意思決定支援を行う必要があると考える。根岸 (2010) は、膵臓がん治療の緩和的化学療法として、Gemcitabin を明らかに病態が進行するまで継続投与されて終末を迎えることも少なくなく、看護師は化学療法による効果と有害事象を考慮し、QOL がより良いと思われる方法を選択できるよう意思決定支援が必要である、と述べている。このことから、化学療法に期待をしながら過ごす膵臓がん患者に寄り添いながら、早い段階から膵臓がん患者の化学療法の差し控え時期にどのように最期を過ごしたいのか、患者や家族の意向を確認し、意思決定の支援が必要であると考えられる。

谷本 (2013) は、終末期をどこでどのように過ごしたいか、延命治療の是非や、患者や家族の望むケアについて、患者や家族と医療者が話し合い、その人らしい最期を迎えられるようにアドバンス・ケア・プランニング (以下 ACP) が、看護師の大切な役割と述べている。終末期になると体調が悪化し、患者が主体的に療養先の選択や延命治療について話し合うことが困難になり、家族に療養先や延命治療の選択が委ねられ、苦悩する家族も少なくない。今回の研究結果からも、膵臓がん患者は早い段階から死を身近に感じて過ごしていることから、早い段階から看護師と患者や家族が信頼関係をもった上で、患者や家族の希望や意向を共有しながら、ACP への支援を行うことが示された。

2) 外来化学療法を受けている切除不能膵臓がん患者を支えているもの

がん告知を受ける前から、協力者は趣味や生きがいがあったが、抗がん剤治療を始めて、山登りや敬老会

に参加しなくなり、日常生活が変化し《治療を始めて、楽しみが減る》という体験をしていた。抗がん剤治療が始まり、少しずつ楽しみが減ったことを実感しながらも、残された生きがいや支えや、新たな生きがいや支えが生きる希望や支えになっていた。具体的な生きがいや支えは、病気になる前からの趣味、家族や飼っている犬や友人であり、化学療法を受けているなかで、より強く生きがいや支えが強くなっていった。闘病生活において、それまでの趣味を継続することは、今まで通りの生活を維持している実感や、気分転換につながり支えや生きがいになっていたと考える。症状が辛い時の家族の存在は、心の支えに加えて症状緩和にも繋がり、全人的苦痛の軽減につながっていたと考えられる。瀬山他 (2005) は、長い時間同じ社会に居た家族だからこそ、励まし協力し合うことで全人的苦痛を共有できなくても、ありのままに受け入れられる環境が整っていれば、社会的苦痛は生じることなく全人的 QOL の著しい低下はない、と述べており、今回の研究においても同様の結果を得た。一方、千崎 (2016) は、治療効果の自覚に伴う家族などの関係性や役割に関する体験に変化はみられなかったことを報告しており相違があった。

病気になって新たな支えとなっているのは、医療者の存在であった。治療を任せられた医師や、行きつけの開業医の医師、緩和ケア外来の担当医師、外来化学療法室で関わる看護師など医療スタッフが、医療の専門家というだけではなく、自分の病状を気にかけてくれる友人や知人のように温かく接してくれる存在となり、外来化学療法を始めてからの新たな心の支えという存在になっていた。本研究の協力者は、医療者とコミュニケーションが良好で信頼関係が構築されており、心の拠り所になっており、病気の相談やいつも受診時に会える医療者の存在が新たな心の支えとなっていた。膵臓がん患者の社会的側面の変化と苦痛に対して、医療者が患者の全人的 QOL を構成する社会的側面のメンバーの一員であることを認識し、人間的な関係性の形成に努める必要があることが示唆された。

今回の協力者から、同病者が支えになっている語りは聞かれず、外来化学療法室に切除不能 stage IV の膵臓がん患者の同病者が少ないことも影響していると考えられる。

### 3. 死を身近に感じながら過ごす療養体験

病名がわかった時点で、【膵臓がんを知り、死を覚

悟する】とあるように、がん告知時点から死を身近に感じながら外来化学療法を受けることを選択し、がんの治療中も【死を身近に感じながら生活をする】という体験をしていた。療養体験を聞くなかで、協力者から死についての語りが多く聞かれ、死を感じたことで自己と対峙し、今ある限られた時間を大切に生きがいや支えを大事にしながら、周囲への感謝や前向きな言動が聞かれ、死を後ろ向きに捉えるのではなく前向きに過ごすためのキーワードになっていたと考える。

そのような思いを抱えるなかで、いつ体調変化や最期の時が来ても良いように身辺整理をしながら【最期の過ごし方を思案する】ようになり、在宅療養や緩和ケア病棟に入院することなど《最期を迎える療養先を考える》や、《最期は家族と過ごしたい》《人生を謳歌して逝きたい》と最期をどのように過ごしたいのかを考えていた。これは、徐々に体調の変化を感じて自分の死期を悟りながら、自分の居なくなった後に家族が困らずに生活をできるように準備をしながら、自分らしく最期まで生き抜くための方法を模索していたと考える。吉田（2013）は、膵臓がん患者は、死の不安や死の恐怖を超えるために今出来ることに目を向け、未来へと志向する感覚が生を支えている、と述べており、今回の療養体験からも同様の結果が得られた。

膵臓がん患者は、予後不良のがんであることを実感し、治療の効果に期待する一方で、体調の変化を実感しては死を覚悟し、生死を行きつ戻りつしながら過ごしていることが示された。山崎（2005）は、スピリチュアリティを、人生の危機に直面して生きる拠り所が揺れ動き、あるいは見失われてしまった時、その危機状況で生きる力や希望を見つけ出そうとして、危機の中で失われた生きる意味や目的を自己の内面に新たに見つけ出そうとする機能、と述べている。本研究から、本来自身が持つ内的力であるスピリチュアリティを活かし、今起こっている出来事に立ち向かい、スピリチュアルペインを乗り越え、自分らしく生きる意味や新たな意味や目的を見出し、治療開始やこれからの未来を予測し対処行動をとり、生死について考えながら療養体験をしていることが明らかとなった。

#### 4. 看護への示唆

今回の研究結果から、膵臓がんの患者はがんの診断前から何らかの身体症状と検査による苦痛を体験していた。化学療法を開始後も病状が進行し、がんの症状による辛さを感じ、日常生活が制限される中で闘病意

欲の低下と身体的苦痛から早く解放されるために、死を身近に感じながら過ごしていた。しかし、がんの症状が緩和されると、生きる希望や病人であることを忘れられる時間に変化していたことから、看護師は、がんの診断時から継続的に全人的苦痛をアセスメントし、他職種や緩和ケアチームと協働しながら早期緩和ケアへの支援が求められる。

また、家族の存在が全人的苦痛を軽減することに繋がっていたことから、膵臓がん患者を支える家族も不安や緊張状態にあることが予測され、家族に寄り添い、家族が安心して患者を支えられるように家族ケアをする必要があると考える。

そして、医療者も患者の支えや心の拠り所になり、患者にとっての社会の一部になっていたことが明らかとなり、医療者自身がそのことを意識しながら、真摯に患者と向き合い関わるのが患者の安寧に繋がることが医療者と共有し、患者の不安や孤独感を少しでも軽減できるように努めることが必要と考える。

さらに、体調変化や最期の時を予測して身辺整理をしながら、最期の療養先や自分の望む最期の過ごし方を考えていたことから、患者や家族の望む療養支援や、意思決定支援への関わりやACPの支援が必要であることが明らかとなった。この支援をするためには、看護師が患者や家族と信頼関係を深めながら、患者や家族の死生観や最期をどのように過ごしたいと思っているかを理解し、これからの人生の計画も含んだ治療・ケアに関する話し合いのプロセスを丁寧に行い援助することが示唆された。

#### 研究の限界と今後の課題

本研究は、切除不能膵臓がん患者が外来化学療法をしている患者を対象とした為に、体調の良い限られた時期にデータ収集を行うことが求められ、協力者が5名と限られていた。今回の協力者は平均年齢76.0歳と高齢の患者が多かったことから、がん治療による仕事への影響や、経済的問題など、社会的問題などが抽出されなかった可能性がある。

#### 結論

切除不能膵臓がん患者の療養体験は、「病名がわかった時の体験」と「治療が始まってからの体験」の2つに大別され、「病名がわかった時の体験」は、【がんの症状を自覚し、診断まで不安と辛さがあった】【膵臓がんを知り、死を覚悟する】【これからのこと

に目処をつける】などの7カテゴリーと、「治療が始まってからの体験」は、【抗がん剤の副作用症状は辛い】【がんの症状緩和を切望する】【周囲に迷惑をかけない生活を希求する】【生きがいや支えが生きる力になる】など13カテゴリーが示された。

外来化学療法を受けている切除不能膵臓がん患者の看護は、がんの診断時から症状による辛さ感じていたが、症状が緩和されることで生きる力や希望を感じていたことから、早期緩和ケアへの支援が求められ必要性が明らかとなった。

また、死を身近に感じている切除不能膵臓がん患者を医療者も支えていたことから、患者や家族と信頼関係を深めながら患者や家族の望む治療や療養先の意思決定への関わりやACPの支援が必要であることが示唆された。

## 謝辞

本研究調査において、ご協力を頂きました協力者の皆様、協力施設の皆様には深く感謝申し上げます。なお、本稿は、2014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

- 船越顕博 (2013) : 膵がん—インフォームドコンセントのための図説シリーズ (改訂3版), 医薬ジャーナル社, 東京.
- 橋本晴美, 神田清子 (2011) : 治療過程にある進行がん患者の症状体験に伴う情緒的反応, 日本看護科学会誌, 31 (1), 77-85.
- 厚生労働省 (2014) : がん患者・経験の就労支援あり方に関する検討会報告書「らしく、働く」～仕事と治療の調和に向けて～, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000054911.pdf> [検索日 2018年12月5日]
- 根岸恵 (2010) : がん看護専門看護師からみた膵臓癌患者の緩和ケア, 胆と膵, 31, 49-53, 医学図書出版, 東京.

版, 東京.

- 三浦浅子, 大西和子 (2009) : 進行性膵臓がん患者の死の受容過程の分析 - 告知を受けた4名の Retrospective Study, 三重看護学会誌, 11, 53-64.
- 佐藤禮子 (2010) : 絵でみるターミナルケア・人生の最期を生き抜く人へかぎりない援助 (第8版), 90-91, 学研メディカル秀潤社, 東京.
- 千崎美登子 (2016) : 化学療法を受けている進行膵臓がん患者の療養生活における体験—手術適応にならなかった患者を対象として—, 北里看護学誌, 18 (1), 9-20.
- 瀬山留加, 神田清子, 吉田久美子 (2005) : 語りにみる進行がん患者の社会的側面の変化と苦痛, 群馬保健学紀要, 26, 61-70.
- 繁澤弘子, 安藤詳子, 前川厚子 (2006) : 高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験, 日本看護医療学会雑誌, J. Jpn. Soc. Nurs. Health Care, Vol.8, 1 : 31-39.
- 田中いずみ (2012) : 再発・転移後のがん患者が見いだす希望とその希望を見いだすための要因, 北海道医療大学看護福祉学部会誌, 8 (1), 39-47.
- 谷本真理子 (2013) : 実践に重要な考え方—アドバンス・ケア・プランニングとは?, Nursing Today, 28 (3), 32-37.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gllagher ER, Admane S, Jackson VA, et al (2010) : Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer, N Engl J Med, 363 : 733-742.
- 山崎章郎 (2005) : 人間存在の構造からみたスピリチュアルペイン, 緩和ケア, 1 (5), 376-379.
- 吉田みつ子 (2013) : 希少がんを生き抜く語り, 日本がん看護学会誌, 27suppl, 411.
- 吉田みつ子 (2014) : 難治性のがんを生き抜く—膵臓がん患者の語り—, 日本がん看護学会誌, 28 (2), 15-21, 三輪書店, 東京.

(2019年1月9日受付, 2019年3月31日受理)

< Research Report >

## The Experiences of Patients Receiving Outpatient Chemotherapy for the Treatment of Unresectable Pancreatic Cancer

Mariko Takayashiki <sup>1)</sup>, Kazuko Kikuchi <sup>2)</sup>

1) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing, 2) Iwate University of Health and Medical Sciences

**Keywords** : pancreatic cancer stage IV, outpatient chemotherapy, experiences during treatment, palliative care

## < 研究報告 >

# 岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りと デスカンファレンスの実態

鈴木美代子 千田睦美 伊藤 収  
岩手県立大学看護学部

### 要旨

本研究は、岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態を明らかにする目的で質問紙調査を実施した。同意が得られた 23 医療機関の看護職 750 人を分析対象とした（有効回答率 65.4%）。対象者の平均勤続年数は 17.6 年で、約 7 割が看取りを 11 回以上経験し、9 割弱が普段のケアにおいて死生看護を意識しながら実践していた。デスカンファレンスへの参加経験者は 48.7% で、約 7 割が「有意義であった」と回答し、その理由に、【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】、【多面的にケアを振り返ることで気付きが得られる】など、ケアの質向上や看護専門職としての学び・成長につながる内容が抽出された。一方で、参加経験がない人は半数を上回り、その 6 割が「参加してみたい」と期待やニーズを表していたことから、各医療機関の状況やニーズに応じた効果的なデスカンファレンス導入に向けた教育的介入の必要性が示唆された。

キーワード：医療機関，看護職，看取り，死生教育，デスカンファレンス

### はじめに

世界に先駆け超高齢社会となった日本は、2018 年度の高齢化率が 27.7% と毎年更新を続けており、2065 年には 38.4% になると推計されている（内閣府、2018）。これに伴い 2018 年の年間死亡者数は、約 136 万 9 千人で、死亡率（人口千対）11.0% とともに増加の一途にあり、2039 年にはピークの約 167 万人に達すると見込まれている（厚生労働省、2018a）。これは同時に、本格的な「多死高齢社会」の到来を意味しており、確実に死亡者が増えることで、医療・介護の現場では、看取りを見据えた最期を迎えるケアの場の質・量の確保が喫緊課題になっている。2017 年の人口動態統計によると、死亡場所別にみた死亡者数の割合は、病院・診療所の医療機関 74.8%、老人ホームや介護老人施設 10%、自宅 13.2% と、前年に比べて老人施設や自宅が微増しているものの、依然 7 割以上が医療機関で亡くなっている（厚生労働省、2017a）。

医療機関で働く看護職にとって病院は、患者が病気を

を治療し健康を取り戻そうとする回復の場であると同時に、最期の時を迎える場でもあり、家族にとっても、大切な人を看取る場所であるといえる。しかし近年は、核家族の増加や殆どが病院で死を迎えている現状から、看護職自身が死を身近なものとして経験できる機会が減少していることで、死を迎えようとしている患者に対して、どのように援助したらよいか戸惑い、患者と関わることに不安やストレスを感じていることが報告されている（大町他、2009）。また、病院の多くが様々な病態や病期の患者が混在する一般病床であり、一般病棟で働く看護職は、各期の看護が同一の場所で同時に展開されるため、検査や治療など医療処置の多い患者や家族のケアが優先され、ターミナル期の患者への看護が十分にできない状況にあることで、いらだちや矛盾を感じているとの報告もある（種市他、2006）。

近年、医療現場では亡くなった患者のケアを振り返り、自身のグリーフケアとケアの質を高め、専門職と

しての学びや成長につなげていくことを目的に、デスカンファレンスが行われている。湯山（2009）は、デスカンファレンスについて「亡くなった患者・家族に関わったスタッフが当時抱いたケアを通してのジレンマや葛藤を表出する場であり、同僚の思いを聞くことで個々のメンバーがケアの経過を肯定的に捉える機会やスタッフ間の相互理解を得ることに結びつき、終末期ケアに向き合う原動力になる」と述べている。デスカンファレンスは、看取りの場が多様化している現状を受けて、緩和ケア病棟や一般病棟だけではなく、集中治療室や老人保健施設、訪問看護ステーションなど様々な場で開催されており、看護ケアの向上、患者のQOLの向上、スタッフのストレス軽減などの効果が報告されている（山田他，2013）。その一方で、運営方法や目的が不明確である場合や、参加者の雰囲気が悪く話しにくいとの不満もあり、必ずしもよい効果だけではない問題も指摘されている（竹内他，2017）。

岩手県は、高齢化率が32.5%（岩手県，2018a）、死亡率が13.8%（岩手県，2017）と、全国に増して多死高齢化が進展しており、最期を迎える死亡場所も、病院や診療所の医療機関で亡くなる人の割合が75.7%と全国より若干多い状況にある（厚生労働省，2017b）。今後も多死高齢化の進展に伴い、医療機関で亡くなる人は多い状況が続くと推察され、医療現場における看護職の看取りを見据えたケアへの役割・期待は大きいと考える。そこで、岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りやデスカンファレンスの実態を明らかにすることは、今後、岩手県内の医療現場におけるよりよい看取りケアの在り方を考える上で、重要な示唆が得られると考えた。

## 研究目的

本研究では、岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態を明らかにすることで、デスカンファレンスの効果と課題について検討することを目的とした。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、自記式質問紙を用いた探索的実態調査研究である。

### 2. 用語の定義

本研究で用いる用語は、以下に定義した。

- 1) 死生看護：看護学分野における死生学の在り方を探究する「死生看護学」という新しい分野創設を思案する本研究者らの立場から、厚生労働省（2018b）の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」と、日本看護協会が提示する「看護職が直面する倫理的問題とその考え方の「人生の最終段階における医療」の指針を参考に「尊厳あるその人の人生が最期までその人らしく全うできるように生と死を支える看護」とする。
- 2) 看取り：終末期の亡くなる間際のかかわりだけではなく、回復の見込みが困難となり徐々に状態が悪化し最期を迎えるまでの過程へのかかわり（坂下，2017）
- 3) デスカンファレンス：患者・利用者の死後に行われるカンファレンスであり、亡くなった患者や家族へのケアを振り返り、今後のケアの質を高めることを目的に行うスタッフ間の話し合い

## 3. 対象

岩手県内の入院病床を有する医療機関で働く看護職を対象とした。

## 4. 調査期間

2015年9月～11月

## 5. 調査方法

岩手県内の入院病床を有する医療機関101施設のうち、調査時期に自然災害により被災した1病院を除いた100施設の施設長と看護部門責任者へ予め書面で研究趣旨を説明し調査への協力を依頼した。調査に承諾が得られた医療機関に、必要数の質問紙を郵送し、対象者への配布を一任した。対象者には書面で研究趣旨と倫理的配慮について説明し、協力に同意が得られた場合のみ回答を求め、研究者宛に返信封筒で直接郵送してもらった。

## 6. 調査内容

調査項目は、以下の1)～3)の内容で構成した。

- 1) 対象者の属性は、年齢、性別、勤続年数、所有免許・資格、看護基礎教育の最終学歴、これまで経験してきた（経験している）病棟についての個人属性と、設置母体、病床数、緩和ケア病棟の設置の有無についての所属する医療機関の概要
- 2) 看取りと学習・教育ニーズに関する項目は、これ

まで経験した患者の看取り経験数、エンゼルケアの経験数、普段のケアで死生看護を意識する頻度、死生教育への興味・関心、死生教育に関する研修会・学習会への参加経験の有無

3) デスカンファレンスに関する項目は、デスカンファレンスへの参加経験、参加者には、参加した立場と回数、デスカンファレンスは有意義であったか、そう思う理由について聞いた。一方、参加経験がない人には、今後参加したいと思うか、そう思う理由について、選択式リッカート尺度と自由記述で回答を求めた。

## 7. 分析方法

対象者の属性、および看取りと死生看護に関する項目は、単純集計を行った。意識の度合いを問う質問項目として、普段のケアのなかで死生看護を意識する頻度は、「毎日意識する」、「ときどき意識する」、「ほとんど意識しない」、「まったく意識しない」の4件法で、死生看護について興味・関心があるかについては、「大変ある」「ややある」「どちらともいえない」「余りない」「全くない」の5件法リッカート式尺度を援用した。あてはまる意識の度合いが高いほど点数が高くなるように1～5点で配点し、比較分析と相関分析を行った。統計ソフトはIBM SPSS Statistics 25を用いた。理由をたずねた自由記述の内容は、意味が損なわれないよう文脈単位でコードに抽出し、コードの意味内容の類似性・共通性にそってサブカテゴリー、さらにカテゴリーとして分類した。

## 8. 倫理的配慮

予め、医療機関の看護部門責任者には研究趣旨を文面で説明し、研究協力への承諾が得られた施設に質問紙を郵送し、病棟看護師長から対象者への配布を依頼した。対象者には、研究目的、匿名性の保証、自由意志に基づく研究協力、拒否しても不利益がないこと、結果公表時の個人情報の保護について文書で説明し、研究協力に同意が得られた場合にのみ無記名自記式で回答を求めた。回収方法は、研究者宛に無記名で直接郵送してもらった。本研究は所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号16-8）。

## 結果

岩手県内の100施設に研究協力を依頼し、承諾が得られた23施設に質問紙を配布し、787人の看護職よ

り回答が得られ（回収率68.6%）、このうち死生看護の実態に関する項目に無効な回答がなかった750人（女性687人、男性55人）を分析対象とした（有効回答率65.4%）協力が得られた23施設の所在地は、岩手県内の県北から県南、沿岸・内陸と全域に渡っていた。

### 1. 対象者の属性

対象者の個人属性として、平均年齢（年齢幅；Range, 標準偏差値：SD）は、40.4歳（Range 20～68, SD = 11.1）で、平均勤続年数は、17.6年（Range 0～47, SD = 10.8）であった。所有免許と資格（複数回答）は、看護師701人（93.5%）、准看護師127人（16.9%）、保健師53人（7.1%）、助産師20人（2.7%）、認定看護師13人（1.7%）で、看護師が9割以上であった。看護基礎教育の最終学歴（複数回答）は、専門学校622人（82.9%）と多く、次いで短期大学57人（7.6%）、大学52人（7.0%）であった。また、現在勤務している病棟あるいは、これまで勤務してきた病棟は、471名から自由記述で回答が得られ、診療科に基づく内科・外科の混合病棟をはじめ、病期による急性期・慢性期・回復期の一般病棟が約7割を占めていた。その他、救急救命センター、療養型病棟、地域包括ケア病棟、精神科病棟、小児科病棟、外来病棟と多岐に渡り、複数の病棟を経験している人が殆どであった。緩和ケア病棟で働いた経験がある（現在働いている）看護職は16人（2%）だった。

所属する医療機関の概要は、所属機関の設置母体が、法人303人（40.4%）、国・県268人（35.7%）と多くを占め、私立100（13.3%）、市町村67人（8.9%）であった。所属機関の病床数は、100～399床が473人（63.1%）と中規模病院が6割を占め、次いで20～99床が204人（27.2%）、400床以上44人（5.9%）、19床以下18人（2.4%）の順に多かった。緩和ケア病棟の設置の有無については、「設置している」121人（16.1%）、「設置していない」623人（83.1%）で、設置していない医療機関が8割以上であった。対象者の個人属性と所属する医療機関の概要については、表1と表2に示した。

### 2. 看取りとデスカンファレンスの実態

医療機関で働く看護職の看取り経験数は、「21回以上」が430人（57.3%）、「11～20回」139人（18.5%）、「6～10回」87人（11.6%）、「1～5回」77人（10.3%）

表 1. 対象者の個人属性 (n =750)

	平均値	SD	Range
年齢	40.4	11.1	20~68
勤続年数	17.6	10.8	0~47
	人	%	
性別	n=742		
女性	687	91.6	
男性	55	7.3	
所有免許・資格 (複数回答)			
看護師	701	93.5	
准看護師	127	16.9	
保健師	53	7.1	
助産師	20	2.7	
認定看護師	13	1.7	
最終学歴	n=744		
大学	52	7.0	
短期大学	57	7.6	
専門学校	622	82.9	
その他	13	1.7	

表 2. 所属する医療機関の概要 (n =750)

	人	%
設置母体	n=737	
国・県	268	35.7
市町村	67	8.9
法人	303	40.4
私立	100	13.3
病床数	n=739	
19床以下	18	2.4
20~99床	204	27.2
100~399床	473	63.1
400床以上	44	5.9
緩和ケア病棟の設置	n=744	
設置している	121	16.1
設置していない	623	83.1

の順に多く、これに付随してエンゼルケアの経験数も、「21回以上」408人(54.4%)、「11~20回」147人(19.6%)、「6~10回」72人(9.6%)、「1~5回」105人(14.0%)で、7割以上の看護職が11回以上経験したと回答した。一度も経験したことがない人は、それぞれ17人(2.3%)、18人(2.4%)であった。また、普段のケアで死生看護をどれくらい意識するかについては、「毎日意識する」215人(28.7%)、「ときどき意識する」435人(58%)、「ほとんど意識しない」99人(13.2%)、「全く意識しない」1人(0.1%)で、約9割が普段のケアのなかで死生看護を意識しながら実践していた。

表 3. 医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態 (n =750)

	人	%
普段のケアで死生看護を意識する頻度	n=750	
毎日意識する	215	28.7
ときどき意識する	435	58.0
ほとんど意識しない	99	13.2
全く意識しない	1	0.1
入院患者の看取り経験数	n=750	
未経験	17	2.3
1~5回	77	10.3
6~10回	87	11.6
11~20回	139	18.5
21回以上	430	57.3
エンゼルケアの経験数	n=750	6.1
未経験	18	2.4
1~5回	105	14.0
6~10回	72	9.6
11~20回	147	19.6
21回以上	408	54.4
デスカンファレンスへの参加経験	n=750	
参加したことがない	385	51.3
参加したことがある	365	48.7
1~5回	226	30.1
6回以上	139	18.6
デスカンファレンスに参加した立場 (複数回答)		
主催者として	75	20.5
受け持ち看護師として	130	35.6
チームメンバーとして	147	40.3
その他	13	3.6
デスカンファレンスは有意義だったか	n=354	
大変有意義だった	112	30.7
やや有意義だった	152	41.6
どちらともいえない	77	21.1
余り有意義ではなかった	12	3.3
全く有意義ではなかった	1	0.3
デスカンファレンスに参加したいと思うか	n=366	
大変思う	71	18.4
やや思う	139	36.1
どちらともいえない	124	32.2
余り思わない	24	6.2
全く思わない	8	2.1
死生教育に興味・関心があるか	n=741	
大変ある	132	17.6
ややある	346	46.1
どちらともいえない	216	28.8
余りない	35	4.7
全くない	12	1.6
研修会や学習会への参加経験	n=740	
ない	640	85.3
ある	100	13.3
研修会への参加回数	n=87	
1~2回	51	
3~5回	31	
6回以上	5	

その一方で、デスカンファレンスへの参加経験の有無は、「参加したことがある」365人(48.7%)、「参加したことがない」385人(51.3%)で、参加したことがない人の方が多かった。デスカンファレンスに参加した人の立場(複数回答)は、「チームメンバーとして」147人、「受け持ち看護師として」130人、「主催者として」75人の順に多く、「1～5回」226人、「6回以上」139人であった。デスカンファレンスへの参加経験者に有意であったか聞いたところ、「大変有意義だった」112人(30.7%)、「やや有意義だった」152人(41.6%)、「どちらともいえない」77人(21.1%)、「余り有意義でなかった」12人(3.3%)、「全く有意義でなかった」1人(0.3%)と、7割超が概ね「有意義であった」と回答した。また、デスカンファレンスに参加したことがない人に、今後「デスカンファレンスに参加したいと思うか」聞いたところ、「大変思う」71人(18.4%)、「やや思う」139人(36.1%)と「参加したい」と思う人の割合が若干半数を上回る一方で、「どちらともいえない」124人(32.2%)、「余り思わない」24人(6.2%)、「全く思わない」8人(2.1%)、無回答19人(5%)と、参加への消極的な意見が4割あった。

死生教育への興味・関心については、「大変ある」132人(17.6%)、「ややある」346人(46.1%)、「どちらともいえない」216人(28.8%)、「余りない」35人(4.7%)、「全くない」12人(1.6%)で、6割超が「関心がある」と回答した。死生教育に関する研修会や学習会などへの参加経験については、「ある」100人(13.3%)、「ない」640人(85.3%)で、約9割は参加経験がなかった。研修会や学習会への参加経験者の参加回数は、「1～2回」51人、「3～5回」31人、「6回以上」5人と、緩和ケアの認定看護師資格を有する看護職が多数研修会を受講している状況であった。これらの医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態については、表3に示した。

### 3. デスカンファレンスに参加した効果と参加へのニーズ

デスカンファレンスの効果として、参加経験者に「有意義であったか」と「そう思う理由」について、自由記述で聞いたところ、237人から回答が得られ287コードが抽出された。コードの意味の類似性・共通性に基づきカテゴリー化したところ、27サブカテゴリー、8カテゴリーに分類された(表4)。以下に、

カテゴリー【】、サブカテゴリー[]、コード〈〉で示し説明する。抽出されたカテゴリーは、【多面的にケアを振り返ることで気付きが得られる】、【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】、【他職種やスタッフ間で情報共有ができる】、【家族やチーム・スタッフの様々な立場で意見が聞ける】、【看護職の気持ちを緩和しメンタルヘルスケアになる】の、5カテゴリーが有意義であった内容として抽出された。【参加者の態度や内容から発展性が感じられない】、【開催目的が不明確で方法が不十分である】、【勤務状況から開催するのが困難である】の、3カテゴリーが有意義ではなかった内容として抽出された。

有意義であった内容のサブカテゴリーでは、[患者や家族へのケアを振り返ることができる](53コード)が最もコード数が多く抽出され、[自分(達)が行った看護について振り返ることができる](14コード)などと、ケアの振り返りに焦点をおいた【多面的にケアを振り返ることで気付きが得られる】(コード数が占める全体の割合:28.2%、以下全体の割合とする)が構成され、〈自分自身の看護が適切だったか、対応は良かったかなど他のスタッフと振り返ることが出来た〉、〈他職種から様々な情報を得ることで、自分の看護がどうであったかも振り返る機会となった〉や〈業務に追われて、亡くなった事について深く振り返ったことがなかったので、ためになった〉などのコードが含まれた。次にコード数が多かったのは、[振り返りを次の看護に生かしていくことができる](49コード)で、[ケアを肯定的に受け止め次のステップになる](12コード)などと共に、次のケアへのステップアップにつなげる【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】(全体の割合:25.1%)が構成され、〈様々な意見を聞くことができ負のイメージばかりではなく次のステップになった〉、〈対応の仕方など話し合うことで今後起こり得る事例の参考になると思う〉、〈緩和ケア認定看護師からのアドバイスがとても勉強になった〉などのコードが含まれた。また[スタッフ間で思いや考えを共有できる](18コード)、[医師や他職種間でケアの方向性について共有できる](13コード)、[他のスタッフや先輩の意見や考えが聞ける](13コード)、[他職種や様々な立場から意見が聞ける](6コード)といった、チームやスタッフ間での関わりが効果をもたらしている内容が多く抽出された。これらは【他

表4. デスカンファレンス参加の効果についてのカテゴリー分析

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	全体の割合
多面的にケアを振り返ることで気づきが得られる	患者や家族へのケアを振り返ることができる	53	28.2%
	自分（達）が行った看護について振り返ることができる	14	
	良い面・悪い面の両面から振り返り良かった点に気付ける	7	
	必要なケアについて振り返る	7	
チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる	振り返りを次の看護に生かしていくことができる	49	25.1%
	ケアを肯定的に受け止め次のステップになる	12	
	チームで今後の方向性やケアを確認することで学ぶ機会になる	11	
他職種やスタッフ間で情報共有ができる	スタッフ間で思いや考えを共有できる	18	10.8%
	医師や他職種間でケアの方向性について共有できる	13	
家族やチーム・スタッフの様々な立場で意見が聞ける	他のスタッフや先輩の意見や考えが聞ける	13	9.4%
	他職種や様々な立場から意見が聞ける	6	
	家族の思いや気持ちを知ることができる	8	
看護職の気持ちを緩和しメンタルヘルスケアになる	思いを語ることで気持ちや喪失感が緩和される	7	6.3%
	看取りにかかわったスタッフの心のケアになる	6	
	気持ちや思いを表出することができる	5	
参加者の態度や内容から発展性が感じられない	医師からの一方的な経過報告で聞いているだけ	8	12.2%
	振り返るだけで今後につながる内容が感じられない	8	
	ただの思い出話でカンファレンスになっていない	8	
	看護職だけの参加で他スタッフから意見が出ない	5	
	医師と意見がくい違い共有できない	3	
開催目的が不明確で方法が不十分である	いつも同じ内容で発展性が感じられない	3	6.3%
	開催目的や趣旨が不明確のまま参加	5	
	開催が不慣れで手探り状態で進めているため不十分	5	
	知識がなく良く分からないまま終わってしまう	5	
勤務状況から開催するのが困難である	指導的になり本来の意味が達成できていない	3	1.7%
	業務の中で行う時間がもてない	3	
	死に直接かかわる機会がない	2	
		コード合計数	287

職種やスタッフ間で情報共有ができる】（全体の割合：10.8%）や【家族やチーム・スタッフの様々な立場で意見が聞ける】（全体の割合：9.4%）を構成し、〈自分だけの関わりでは見えなかった部分（本人や家族の言動等）等共有できた〉、〈自分と違った側面で捉えていたり、違った体験をされた思いを知ることができる〉、〈他職種から意見を聞くことができた〉などのコードが含まれた。さらに看護職自身に関連する【思いを語ることで気持ちや喪失感が緩和される】（7コード）や【看取りに関わったスタッフの心のケアになる】（6コード）が抽出され、【看護職の気持ちを緩和しメンタルヘルスケアになる】（全体の割合：6.3%）を構成し、〈自分たちが反省していたこと、後悔していたことが緩和された〉、〈自分のかかわりを話し、理解してもらうことでストレス軽減になった〉などのコードが含まれた。

一方、有意義でなかった内容を構成するサブカテゴリーでは、【医師からの一方的な経過報告を聞いて

いるだけ】（8コード）、【医師と意見がくい違い共有できない】（3コード）といった、医師との関係性から生じる不全感や、【ただの思い出話でカンファレンスになっていない】（8コード）、【振り返るだけで今後につながる内容が感じられない】（8コード）など、次に繋がる発展性がみえない不全感が抽出され、【参加者の態度や内容から発展性が感じられない】（全体の割合：12.2%）を構成し、〈医師が経過を話すのが中心でカンファレンスになっていなかった〉、〈思い出話を語るような感じだったため次に生かせるとは思えなかった〉などのコードが含まれた。また、【開催目的や趣旨が不明確のまま参加】（5コード）や【知識がなく良く分からないまま終わってしまう】（5コード）、【開催が不慣れで手探り状態で進めているため不十分】（5コード）などは、参加者や主催者側の知識不足や開催方法の不十分さで【開催目的が不明確で方法が不十分である】（全体の割合：6.3%）に構成された。少数ではあるが、【業務の中で行う時間がもて

表5. デスカンファレンス参加への要望についての理由

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	全体の割合
参加したい理由	興味があり参加ニーズがある	どのようなものか実際に参加して学びたい	28	30.0%
		今後必要になることであると考え	25	
		興味があり経験してみたい	9	
	ケアについて学び今後の看護につながる	今後の看護に活かすことができる	25	18.8%
		より良いケアにつなげていくことができる	10	
		ケアについて学ぶ機会になる	4	
	ケアについてチームで振り返る機会になる	ケアについてチームで振り返る機会になる	24	16.9%
		自分が行ったケアが良かったのか振り返りたい	11	
	情報共有できケアの統一が図れる	家族・医療者でケアについて情報共有ができる	13	7.7%
		方向性が見えケアの統一性が図れる	3	
自分の死生観を見つめ心のケアになる	自分自身の死生観や死生看護について考えが深まる	5	3.4%	
	医療者の精神的ストレスの緩和になる	2		
参加したくない理由	経験・知識不足で分からない	知識不足でDCについて理解できていない	13	12.1%
		参加したことがないためよく分からない	12	
	現状では必要がない	現在の職場では看取りケアの機会はない	6	4.3%
		普段から話をしているため必要がない	3	
	時間・心身への負担が増大する	他の業務や時間的に参加が困難である	6	3.9%
心身の負担が大きいため参加したくない	2			
開催方法・内容によって参加してもよい	開催方法や前向きな内容なら参加してもよい	6	2.9%	
コード合計数			207	

ない] (3 コード) や [死に直接かかわる機会がない] (2 コード) は、職場環境に基づく時間的・人間的な困難として【勤務状況から開催するのが困難である】(全体の割合: 1.7%) に構成された。

一方、デスカンファレンスに参加したことがない人に、今後デスカンファレンスに参加したいと思うかについて自由記述で聞いたところ、199 人から回答が得られ 207 コードが抽出された。それらは、19 サブカテゴリー、9 カテゴリーに分類された (表 5)。抽出されたカテゴリーは、【興味があり参加ニーズがある】(全体の割合: 30.0%)、【ケアについて学び今後の看護につながる】(全体の割合: 18.8%)、【ケアについてチームで振り返る機会になる】(全体の割合: 16.9%)、【情報共有できケアの統一が図れる】(全体の割合: 7.7%)、【自分の死生観を見つめ心のケアになる】(全体の割合: 3.4%) といった、参加への積極的な態度を示す 5 カテゴリーと、【経験・知識不足で分からない】(全体の割合: 12.1%)、【現状では必要がない】(全体の割合: 4.3%)、【時間・心身への負担が増大する】(全体の割合: 3.9%) の、参加への消極的な態度を示す 3 カテゴリー、さらに【開催方法・内容によって参加してもよい】(全体の割合: 2.9%) と、条件によっては参加してみたいとする内容に分類された。このうち最もコード数が多かったのは、【興

味があり参加ニーズがある】で、[どのようなものか実際に参加して学びたい] (28 コード)、[今後必要になることであると考え] (25 コード)、[興味があり経験してみたい] (9 コード) などのサブカテゴリーが含まれ、参加経験がない人の参加に対する期待や学習ニーズに関する内容が抽出された。

#### 4. 影響要因との関連性

対象者の属性、看取りと死生教育に関する項目、デスカンファレンスに関する項目を影響要因として、デスカンファレンスへの参加経験がどのように影響要因に関連しているかをみた。そこで、デスカンファレンスへの参加経験の有無を目的変数におき、影響要因の項目を説明変数として、年齢と勤続年数については t 検定、その他の項目については Cochran's rule に則って、Pearson の  $\chi^2$  乗検定、または Fisher の直接法による比較分析を行った (表 6)。その結果、デスカンファレンスへの参加経験は、「年齢」、「勤続年数」、「性別」の個人属性の項目では有意差は認められなかった。しかし、所属する医療機関の概要の「設置母体」と「病床数」に有意差が認められ (\*\*P < 0.000)、病床数が多く比較的規模の大きい医療機関において、デスカンファレンスへの参加経験者が多い傾向が示された。緩和ケア病棟の設置の有無による、デスカ

表6. デスカンファレンスへの参加経験の有無による比較

	全体	参加したことがある		参加したことがない		P 値	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t 検定	
個人属性	年齢	40.40	40.54	10.26	40.23	11.27	n・s
	勤務年数	17.60	17.94	10.24	17.20	11.39	n・s
		人	n = 365	%	n = 385	%	Pearson の $\chi^2$ 乗検定 <sup>1)</sup> Fisher の直接法 <sup>2)</sup>
	性別						n・s <sup>1)</sup>
所属する医療機関の概要	女性	687	333	91.2	354	91.9	*** P < 0.000 <sup>1)</sup>
	男性	55	30	8.2	25	6.5	
	設置母体						*** P < 0.000 <sup>1)</sup>
	国・県	268	205	56.2	63	16.4	
	市町村	67	16	4.4	51	13.2	
	法人	302	89	24.4	219	56.9	
	病床数						*** P < 0.000 <sup>1)</sup>
	私立・その他	100	48	13.2	45	11.7	
	19床以下	18	3	.8	15	3.9	
	20~99床	204	72	19.7	132	34.3	
緩和ケア病棟の設置						n・s <sup>1)</sup>	
100~399床	473	244	66.8	229	59.5		
設置している	121	66	18.1	55	14.3	*** P < 0.001 <sup>2)</sup>	
設置していない	623	294	80.5	329	85.5		
看取りとデスカンファレンスに関する項目	死生看護を意識する頻度						*** P < 0.001 <sup>2)</sup>
	ほぼ毎日意識する	215	127	34.8	88	22.9	
	ときどき意識する	435	197	54.0	238	61.8	
	ほとんど意識しない	99	41	11.2	58	15.1	
	全く意識しない	1	0	0	1	.3	*** P < 0.000 <sup>1)</sup>
	看取り経験数						
	未経験	17	3	.8	14	3.6	
	1~5回	77	21	5.8	56	14.5	
	6~10回	87	28	7.7	58	15.1	
	エンゼルケアの経験数						*** P < 0.000 <sup>1)</sup>
11~20回	139	58	15.9	82	21.3		
21回以上	430	255	69.9	175	45.5		
未経験	18	5	1.4	13	3.4		
1~5回	105	28	7.7	77	20.0		
死生教育への興味・関心						*** P < 0.000 <sup>1)</sup>	
6~10回	72	18	4.9	54	14.0		
11~20回	147	67	18.4	80	20.8		
21回以上	408	247	67.7	161	41.8		
大変ある	132	81	22.2	51	13.2		
ややある	346	173	47.4	173	44.9	*** P < 0.000 <sup>1)</sup>	
どちらともいえない	216	92	25.2	133	34.5		
余りない	35	14	3.8	21	5.5		
全くない	12	5	1.4	7	1.8	*** P < 0.000 <sup>1)</sup>	
研修会や学習会への参加経験							
ない	640	293	80.3	347	90.1	*** P < 0.000 <sup>1)</sup>	
ある	100	68	18.6	32	8.3		

\* P < 0.05, \*\* P < 0.01, \*\*\* P < 0.001

表 7. 影響要因間の相関分析

(n =750)

	勤続年数	医療機関の 病床数	緩和ケア病棟 の設置の有無	看取りの 経験数	エンゼルケア の経験数	デスカンファレンス への参加経験	死生看護を 意識する頻度	死生教育への 興味・関心	研修会や学習会 への参加経験
年齢	.925***	-.099**	-.077*	.433***	.475***	.036	-.012	-.056	.014
勤続年数	1.00	-.079*	-.104**	.494***	.531***	.060	.014	-.037	.034
医療機関の病床数		1.00	.222***	.060	.062	.271***	.064	.021	.039
緩和ケア病棟の設置の有無			1.00	.064	.038	.102**	.132***	-.032	.039
看取りの経験数				1.00	.911***	.308***	.151***	.081*	.142***
エンゼルケアの経験数					1.00	.322***	.138***	.072*	.098**
デスカンファレンスへの参加経験						1.00	.159***	.155***	.152***
死生看護を意識する頻度							1.00	.291***	.183***
死生教育への興味・関心								1.00	.211***

\*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ , \*\*\*  $P < 0.001$

ンファレンスへの参加経験がある看護職に違いは認められなかった。また、看取りと学習ニーズに関する項目では、「看取り経験数」、「エンゼルケアの経験数」、「死生教育への興味・関心」、「死生教育に関する研修会や学習会への参加経験」の項目とに有意差を認め (Pearson の  $\chi^2$  乗検定 \*\* $P < 0.000$ )、「普段のケアで死生看護を意識する頻度」においても有意な差が認められた (Fisher の直接法, \*\* $P = 0.001$ )。すなわち、これらの項目において、デスカンファレンスへの参加経験者は、参加したことがない人に比べて経験頻度や意識の度合いが高い傾向にあることが示された。

次に、これらの影響要因間の関連性をみるために Spearman の順位相関分析を行った (表 7)。その結果、個人属性の「年齢」と「勤続年数」は、「看取りの経験数」と「エンゼルケアの経験数」の両方に強い正の相関性を示す一方で ( $\rho = .433 \sim .531$ ,  $P < 0.000$ )、「医療機関の病床数」とは、負の相関性 ( $\rho = -.099$ ,  $P = 0.009$ ,  $\rho = -.079$ ,  $P < 0.033$ ) が示された。また、「看取り経験数」と「エンゼルケアの経験数」は、「医療機関の病床数」とに、有意な相関性は認められなかった。このことから、看護職は「年齢」や「勤続年数」が高くなると、病床数の少ない医療機関で働く傾向にあることが示された。

「デスカンファレンスへの参加経験」は、「看取りの経験数」と「エンゼルケアの経験数」に強い相関を示すとともに ( $\rho = .308$ ,  $P < 0.000$ ,  $\rho = .322$ ,  $P < 0.000$ )、「医療機関の病床数」と「緩和ケア病棟の設置の有無」にも有意な相関が示された ( $\rho = .271$ ,  $P < 0.000$ ,  $\rho = .102$ ,  $P = 0.006$ )。さらに、「デスカンファレンスへの参加経験」は、「普段のケアで死生看護を意識する頻度」 ( $\rho = .159$ ,  $P < 0.000$ ) や「死生

教育への興味・関心」 ( $\rho = .155$ ,  $P < 0.000$ )、「死生教育に関する学習会などへの参加経験」 ( $\rho = .152$ ,  $P < 0.000$ ) との間に、強い正の相関性が認められた。このことから、デスカンファレンスへの参加経験がある人は、普段のケアにおいて死生看護を意識して実践しており、関心・学習ニーズも高いことが示された。

## 考察

### 1. 医療機関で働く看護職の看取りの実態

一般に看取り経験は、勤続年数が長くなると多くなると推察されるが、本研究においてもその傾向が示され、対象者の平均勤続年数が約 18 年で、これまで勤務してきた病棟も、内科・外科の混合診療科をはじめ、急性期・慢性期・回復期病棟、外来や精神科病棟、緩和ケア病棟と多岐に渡り、多くが複数の病棟を経験していたことから、7 割以上が看取りやエンゼルケアを 11 回以上経験し、約 9 割が普段のケアにおいて死生看護を意識しながら実践していた。看護職の看取りやエンゼルケアの経験は、医療機関の病床数や緩和ケア病棟の設置の有無といった職場状況を表す項目とに関連は認められなかった。しかし、看取り経験は、デスカンファレンスへの参加経験や普段のケアで死生看護を意識する頻度、死生看護への興味・関心、研修会や学習会への参加経験といった、看護職の直接的な経験に関する項目とに有意な関連が認められた。このことから、岩手県内の医療機関で働く看護職は、医療機関の規模や緩和ケア病棟の設置状況に関係なく、あらゆる医療機関で看取りやエンゼルケアを経験しながら働いており、経験とともに死生教育への興味・関心や学習ニーズが高まり、普段のケアにおいて意識しながら看護を実践していると考えられる。

先行研究でも、こうした看護師の看取りケアに対する態度について、ターミナル期や死にゆく患者に多く接した看護師は、死や死にゆく人へのケアに対して肯定的な態度で接する傾向にあることや（間鍋他，2007）、終末期看護に興味関心が高い看護師ほど、死を迎える患者や家族に積極的に介入していることが報告されている（吉岡他，2006）。斉藤他（2000）は、看護職の死をめぐる考え方について、患者の臨終に立ち会うことで患者にとって良い死とは何かを考え、看護師自身の死生観を形成する機会になり、経験を重ねることによって、患者の死を看取るという専門職の意識に変化していくと述べている。本研究の対象者も、看取り経験が多かったことから、看取りやエンゼルケアの経験の積み重ねにおいて、死生への関心を深め、自らの死生観や看護観を見つめることで死を肯定的に受け止め、普段のケアにおいて死生看護を意識したケアを実践していたと推察される。

## 2. 医療機関で働く看護職のデスカンファレンスの実態

本研究では、デスカンファレンスへの参加経験者は365人（48.7%）、参加経験がない人が385人（51.3%）と、参加したことがない人の方が多かった。参加した人の立場は、受け持ち看護師よりもチームメンバーや主催者としての参加が多く、受け持ち看護師としてだけではなく、病棟におけるチームメンバーとしての役割責任の大きさが推察された。デスカンファレンスに参加した経験の有無による違いを影響要因で比較したところ、年齢や勤続年数に有意な違いは認められなかったが、所属する医療機関の設置母体や病床数に有意差が認められた。すなわち、設置母体が「国・県」で病床数が400床以上の医療機関で働く看護職は、病床数が100床以下の「法人」や「市町村」が設置する医療機関で働く看護職より、デスカンファレンスへの参加経験者が多い傾向にあった。これは影響要因間の相関においても有意な正の相関が認められた。また、緩和ケア病棟は病床数が多い医療機関に設置され、緩和ケア病棟を設置している医療機関ではデスカンファレンスへの参加経験者が多く、普段のケアのなかで死生看護を意識して実践している看護職が多い傾向が示された。

その背景要因として、比較的規模が大きい医療機関では、ある程度の看護職の人数が確保されていることで、役割分担のもとに受け持ち看護師としてだけでは

なくチームメンバーや主催者の立場で参加していたり、研修を受けたチームのリーダーや緩和ケア認定看護師が病棟でのデスカンファレンスをコンサルトしながら進めていることが推察される。これは、デスカンファレンスへの参加経験者から抽出された〈緩和ケア認定看護師からのアドバイスがとても勉強になった〉や、病床数が少ない医療機関で働く参加経験がない人の「知識不足でデスカンファレンスについて理解できていない」、[心身の負担が大きいため参加したくない]のサブカテゴリーから考察することができた。

また、影響要因間の相関から、デスカンファレンスへの参加経験がある人は、死生教育への興味・関心が高く、普段のケアにおいても死生看護を意識しながらケアを実践している傾向が示されたことから、デスカンファレンスへの参加が、死生看護への意識を高め、ケアの実践化へと効果をもたらしている可能性が示唆された。岩谷他（2018）は、看護職が、看取りを経験した事や思いを表出する機会（デスカンファレンス）を設ける事で共通認識が生まれ、情報が共有出来ることで実践に活かされており、自分が行ったケアが他者（同僚看護師や家族）から評価され、ねぎらいの言葉や感謝の言葉をもらうことでの経験が自信につながり、満足感を得ることになると述べている。本研究では、カンファレンスに参加した経験者の約7割が、「有意義だった」と回答していたことから、デスカンファレンスに参加した看護職は、良い効果を得ていたと評価することができる。

その反面では、医療機関で働く看護職の半数以上が、デスカンファレンスに参加した経験がなく、その6割が「参加してみたい」と回答した。参加したいと思う理由として、【ケアについて学び今後の看護につながる】、【ケアについてチームで振り返る機会になる】、【情報共有できケアの統一が図れる】、【自分の死生観を見つめ心のケアになる】と、ケアの質向上や自己成長を目指す参加への期待・ニーズが抽出された。今後、医療機関における高齢者の看取りが増えることで、看護職の役割はますます高まると考えられることから、看護職の期待・ニーズに応え得る効果的なデスカンファレンス導入の必要性が示唆された。

## 3. デスカンファレンス参加の効果

### 1) リフレクションとしての効果の可能性

広瀬（2010）は、デスカンファレンスの目的について、亡くなった患者の支援を振り返り、今後の支援

の質を高めること、デスカッションをとおして看護師個々の成長を支援することであり、その意義として、ケアを評価してこれからのケアに生かすことができる、患者・家族への理解が深まることやスタッフ間で気持ちが共有できる、専門家としての自信が回復できることであると述べている。山田他（2013）は、デスカンファレンスの効果として、看護観の向上につながる、視野が広がり解決策を見出すことができる、継続看護によりケアの統一が図れる場、ストレス軽減が図れる場、スタッフの癒しの場などのメリットについて報告しており、本研究でも、ほぼ同様の内容が抽出された。すなわち、デスカンファレンスに参加した効果として、【家族やチーム・スタッフの様々な立場で意見が聞ける】、【他職種やスタッフ間で情報共有ができる】の、多様な立場から意見を聞くことで情報共有の場になっていることや、【多面的にケアを振り返ることで気づきが得られる】、【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】と、ケアの質向上と看護職の学びや成長つながる内容のカテゴリーが抽出された。このうち、最もコード数が多く含まれたのは、【多面的にケアを振り返ることで気づきが得られる】と【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】であった。そしてこれらは、単に行ったケアを振り返り自己反省をするのではなく、体験を意味づけ自己成長や新しい実践知の獲得につなげる思考・行為の姿勢を意味しており、竹内他（2017）が老人保健施設のデスカンファレンスを調査し、その効果の一つにあげた「リフレクションの場」の抽出コードと共通していた。

リフレクションは、近年、看護専門職の実践から効果的な学びを可能にし、実践的思考能力を向上させる教育支援のツールとして注目されてきた概念である（田村他，2008）。Schön, D. A. (1983) は、リフレクティブな実践家の思考スタイルとして、「行為についてのリフレクション (reflection-on-action)」と「行為のなかのリフレクション (reflection-in-action)」の2つを提示している。「行為についてのリフレクション」とは、ある出来事から離れたところで自分自身の実践を振り返り、経験を意味づけたり吟味したりするもので、実践知を獲得していく回顧的な吟味である。後者の「行為のなかのリフレクション」は、新たに会う状況や問題を認識し、行為しているなかでそのことを考えるプロセスを意味している。そして、看護専門職の実践家として成長していくためには、この

両方のスタイルが必要であり、「行為についてのリフレクション」を学習することで「行為のなかのリフレクション」も可能になると述べている（Schön, D. A., 1983）。本研究で抽出された【多面的にケアを振り返ることで気づきが得られる】、【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】の2つのカテゴリーは、前者の「行為についてのリフレクション」の思考スタイルとなり、これを獲得することによって質の高いケアを実践するための専門的判断力となる「行為のなかのリフレクション」につながっていくと考えられる。そして、これらの2つのカテゴリーを構成するコード数は、全体の5割超を占めていたことから、デスカンファレンスに参加した経験者の殆どが認識していたデスカンファレンスの効果であると考えられる。

以上のことから、デスカンファレンスは医療機関で働く看護職が看取りという人間の尊厳ある人生の終焉にかかわる過程で、自分の体験を振り返り意味づけながら実践知を獲得する「行為についてのリフレクション」と、個別で多様な患者・家族の看取りケアに専門的知識と判断力をもって対応し得る「行為のなかのリフレクション」の2つの看護専門職としての思考スタイルを習得していくための教育的支援の場となっている可能性が示唆された。

## 2) 対話がチーム全体の学びと成長を促す

次にコード数が多かったのは、【家族やチーム・スタッフの様々な立場で意見が聞ける】、【他職種やスタッフ間で情報共有ができる】を構成する「チーム」、「スタッフ」、「他職種」といった他者やグループのキーワードを含む内容であった。これに先の【チームでケアの方向性を確認し、次の看護に生かしていくことができる】を加えると、関連する3つのカテゴリーを構成するコード数は全体の約45%を占めていた。

ケアの基本は患者・家族との対話であると同様に、チーム医療の基本も医療者同士の対話であるといわれ、対話は、自分の考えを押し付けるのではなく相手の立場を理解し相手の考えを聞くところから始まるといわれている（広瀬，2010）。対話は、リフレクションを効果的に促すために不可欠であるといわれ、リフレクションを促す対話とは、「他者を意識し相互の視点を借り合うことで、新たな視点を得て、自己と他者を見つめ直すプロセスである」と定義されている（太田，2001）。新垣他（2015）によると、リフレクションを促す対話は、一人では視野が広がらず、負担にな

る可能性があるが、思考が滞ったときに、他者に関わることで他者の考えを借りることができ、自己への問いかけが容易になる効果が期待されるという。また、2者間だけでなく複数人で対話することは、看護実践から学びを看護師間で共有できることから、一人の学びから全体の学びになり、様々な視点から学ぶことが期待でき、このような対話の効果は、個人の成長だけでなく、組織としての看護実践の質の向上につながることを期待できると述べている。本研究でも、抽出された〔他のスタッフや先輩の意見や考えが聞ける〕や〔他職種や様々な立場から意見が聞ける〕、〔チームで今後の方向性やケアを確認することで学ぶ機会になる〕などのサブカテゴリーから、デスカンファレンスがチームや他職種間の情報共有をとおしてチーム全体の学びにつながっていることが示された。

また、先行研究では、1～2年目の新人看護師がデスカンファレンスのなかで「発言に自信がない」、「反対意見に対しての不安」、「人前で話すのが苦手」などの問題を抱えているとの報告や（山田他，2013）、先輩看護師の肯定的なかかわり方が理想の自己の形成につながり、成長動機につながっているなど（星野他，2004）、経験の違いによる効果の違いが報告されている。しかし本研究では、対象者の平均年齢が40歳代で勤続年数も約18年と比較的長い熟練看護師であったことから、こうした内容は抽出されなかった。しかし、デスカンファレンスを効果的に進めていくためには、チーム全員が開催趣旨と目的を認識し、互いを認め合う対話が重要であり、新人を含めチームの中で自分の意見が話せることが前提であり、そこからチーム全体で実践できるケアの方向性を確認し共有していくことになり、チームと個人の成長につながっていくことになると考える。

#### 4. デスカンファレンスの課題

##### 1) 他職種との関係性に基づく課題

デスカンファレンスの効果が見出された一方で、デスカンファレンスに参加した経験者の約2割が、「有意義ではなかった」（3.3%）、「どちらともいえない」（19.4%）と回答し、参加経験がない人の約4割が、「参加したくない」（8.8%）、「どちらともいえない」（33.9%）と回答していた。山田他（2013）の研究でも、参加スタッフの半数がデスカンファレンスに「不満」を感じていた実態が報告され、自分が抱える問題として、「発言に自身がない」、「反対意見に対しての

不安」、「意見がない」があり、全体が抱える問題には「カンファレンスの雰囲気」、「話しにくい」、「威圧感がある」などがあり、その理由として「タイムリーな開催でない」、「多すぎる」といった開催方法への不満が指摘されている。

本研究でも、参加経験者が有意義でなかった理由として、【参加者の態度や内容から発展性が感じられない】、【開催目的が不明確で方法が不十分である】、【勤務状況から開催するのが困難である】が抽出された。特に【参加者の態度や内容から発展性が感じられない】は最もコード数が多く、〔医師からの一方的な経過報告で聞いているだけ〕や〔看護職だけの参加で他スタッフから意見が出ない〕、〔医師と意見がくい違い共有できない〕といった、医師や参加スタッフとの立場や考えのずれによる不全感があげられた。広瀬（2010）は、「他職種とのデスカンファレンスは互いにわだかまりや考え方のずれを調整できる場になり、チーム医療の質を高めることにもなる」と述べる一方で、医師がデスカンファレンスに参加することの難しさを指摘している。医学的知識が豊富な医師は、潜在的に看護師に対する優越感をもち知識を教えなければいけないと思って一方的に主導権を握ったり、あるいは看護師側に知識が乏しいというコンプレックスを持っていると、自分の意見は間違っているかもしれないと発言ができなくなったり、話すことが困難になる場合があると述べている。そして、こうした問題への解決策として司会者が発言者を指名したり、必ず一言は発言するようなルールを決めておくなど、どういうふうに分自たちの意見を伝えるかを、事前に看護師だけで打ち合わせておくなどの工夫について提案している。本研究では、医師や他職種との関係性は、デスカンファレンスへのデメリットとしてだけではなく、【他職種やスタッフ間で情報共有ができる】のなかに〔医師や他職種間でケアの方向性について共有できる〕が含まれ、医師の参加が良い効果をもたらしている実態もあげられていた。チーム医療では、しばしば職種内の葛藤やコミュニケーションのずれが生じる場合も少なくなく、それらの危険性を自覚し、互いの価値観や葛藤、弱さを率直に出し合って共有するための対話が必要である（広瀬，2010）。そのためには、日頃から対話の重要性を認識し、職種内、職種間を超えて、互いの価値観や葛藤、弱点を率直に話し合い共有できるチーム全体の認識が重要であると考えられる。

## 2) 教育的介入の必要性

デスカンファレンスに参加した経験者の否定的な意見の一つに、【開催目的が不明確で方法が不十分である】があげられた。また、デスカンファレンスに参加したことがない人の4割が参加に対して消極的であり、その理由に【経験・知識不足で分からない】、【現状では必要性がない】、【時間・心身への負担が増大する】があげられた。小野他(2010)は、効果的なデスカンファレンスの定着には、参加者が「やってよかったと思えるカンファレンス」、「満足できるカンファレンス」、「負担にならないカンファレンス」が重要であり、特にカンファレンスの方法(目的、時間、内容、場所、記録方法、司会者・記録者の決定と役割)を確立させ、参加者が自由に発信できる風土づくりが重要であると述べている。そのためには、普段のチームカンファレンスが意味あるものとして、目的や方法、内容を明確にして継続的に行われていることが重要であり、日頃からスタッフ間でなんでも相談・話し合える良い雰囲気をつくり、チーム内の信頼感と協力体制を築いておくことが必要である。デスカンファレンスへの参加は、勤務時間のなかでそれぞれが時間を割いて参加していると考えられ、決められた時間・条件の中で効果的に進められるよう、病棟や職場の状況に応じてチームや職種間でルールを設定したり、予め目的や最終到達点を明確に示すことで、主催者側も参加者側も事前準備をして臨むことができ、効果的に目的・目標の達成につながることで有意義な効果をもたらすことになる。と考える。

本研究では、対象者の6割が「死生教育に興味・関心がある」とする一方で、実際に学習会や研修会に参加したことがある看護職は1割程度であった。また、法人が設置母体で病床数が100床以下の医療機関では、デスカンファレンスへの参加経験者が少ない傾向、参加経験がない人の6割弱が参加したいと考えていた。小規模な病院では看護職人員が限られ、研修会や学習会への参加や勤務時間内でカンファレンスの時間確保が困難な場合や、医療機関で勤務している看護師のデスカンファレンスへの参加経験者が少ないことで、主催側のマンパワー不足が運営方法や目的の不明確さを招き、それが参加者への負担感や不全感につながる。と考える。

年齢、勤続年数と、普段のケアで死生看護を意識する頻度や死生教育への興味・関心、研修会への参加経験に関連は認められなかった。これは、大町他

(2009)の報告と一致するものであった。すなわち、効果的な教育的介入によってケアの質の向上が可能なことを示唆しており、核家族化・少子化により死を身近に体験する機会が少なくなっている社会背景から機会を捉えて死生観構築を目指した教育方法や内容の検討が必要であり、看護、医療職という枠を超え、「死の準備教育」を地域全体で取り組み検討していくことの重要性について述べている。また、和泉他(2012)は、地域全体で支える緩和ケアの普及を目的に地域の多施設・多職種デスカンファレンスと学習会を実施し、「他職種との対話による相互理解」、「今後の実践につながる気づき」、「緩和ケアの学び」などの有用性が得られたことを報告している。本研究でも、病院の規模によってデスカンファレンスの参加経験に違いみられたことから、地域の様々な規模の病院や関連施設が連携し人材や社会資源を有効に活用することで、補完しながら地域全体で支え合うデスカンファレンスの開催や死生教育への学習ニーズに応え得る教育的支援の必要性が示唆された。

また、終末期の患者に対する看護師の関わり方には、看護師自身の死生観や看護観が影響しており、死生観は看護基礎教育の段階から看護観とともに形成され、経験の積み重ねにおいて経験知や実践知の獲得とともに看護専門職として変化していくものである(斉藤他, 2000)。教育的介入は、看護基礎教育や新人看護職研修など早期の段階だけではなく、経験を積んでいるがゆえに生じる問題や学習ニーズがあり、経験年数や熟練レベルに応じた効果的な介入方法や教育内容の検討が必要である。と考える。県土が広い岩手県では、地域の中核病院や緩和ケア認定看護師などが主軸になって関連施設と連携し、身近に気軽に参加できる学習機会や、大学教育機関の教育支援を受けて多様な対象者のレベルや学習ニーズに応じた研修会などの教育的介入の必要性が示唆された。

## 5. 岩手県の医療情勢に基づく今後の展望

岩手県では、全国に増して多死高齢化が進展している上に、高齢者の90歳までの死因の第一位が悪性新生物で、次に心疾患、脳血管疾患と続き、その全てにおいて全国数値を上回っている。病気に罹患した高齢患者は、医療的処置や治療の介入が必要な場合も少なくなく、家族も最期まで病院に委ねざるを得ない状況にあることが推察される。また、岩手県の病院数と病床数が全国数に比べて多く、医療機能の病床割合は、

急性期病床（45.1%）が多く、逆に、緩和ケア病棟は設置している医療機関が8施設と全国に比べ少ない実状にある（岩手県，2018b）。こうした岩手県の医療情勢から、高齢者の多くが医療機関の急性期病床などの一般病棟で最期を迎えていると推察され、医療機関で働く看護職は臨床現場の中で診療や治療に対峙したケアを実践しながら、一方では看取りを見据えた看護を展開しており、同時に2つのケアを展開していると推察される。今後も多死高齢化の進展が見込まれることから、医療機関の一般病棟での高齢者の看取りケアは、看護職の重要な役割になると考える。

医療機関で働く看護職は、キャリア形成やワークライフバランスを基に、病棟移動や転勤・復職など多様な勤務経験を経て現在に至っていると考えられる。特に岩手県の医療情勢が「本州で最も広い県土をカバーするために『県下にあまねく良質な医療の均てん』の理念のもと県内に県立病院20病院を設置し、全国一の公的医療機関のネットワークを構築」し、他県には類のない医療体制を構築している背景がある（岩手県医師支援推進室，2016）。このため、県立病院で働く看護職は、県内公立医療機関への転勤が課せられており、本研究に協力が得られた23施設のうち、8施設が県立病院で対象者の35.7%を占めていた。加えて、本研究では県外からの転職・復職看護職が働いていることや、将来は老人施設や訪問看護ステーションなどの関連施設に転職し、多様な施設やケアの場においてキャリアを形成しながら働いていく可能性が考えられる。

為家他（2014）は、高齢者介護施設で働く看護職の死生観について、一般病院を体験している看護師は、患者本人や家族が後悔を残さない最期の過ごし方を重視するケアをしていることを報告している。昨今は「在宅ターミナル加算」、「看取り加算」の算定により、老人施設や在宅で最期を迎えている人が確実に増加しており、今後高齢者の価値観の多様化とともに看取りを見据えたケアの場も多様化していくと考えられる。高齢者の看取りケアは、医療機関だけではなく老人施設や在宅を含め地域の医療資源を有効に活用し、急性期から回復期、療養期、終末期に至る一連の療養過程を、関連施設を含め包括的に支えるケア全体の質確保と充実が重要であり、こうした高齢者の看取りを見据えた全過程に関わり得る看護職の役割は大きいと考える。

## 研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は、岩手県内23の医療機関で全体の23%から得られた結果であり、岩手県の医療機関の実態として述べるには限界がある。また、対象者への質問紙の配布を管理責任者に一任したことから、看護職が働く病棟に偏りが生じていた可能性もある。今後は対象者の職場の条件をある程度絞り、ランダム化による対象者の選出のもとにデータの信頼性を検証していく必要がある。

本研究では、医療機関における看護職のデスカンファレンスの効果について、自由記述から新規性につながる知見が得られたが、達成感や満足感といった成長や学びを裏付ける感情の動きについてはデータ収集できなかった。また、新人看護師と熟練看護師のデスカンファレンスの効果の違いについても明らかにすることができなかった。今後は、多様な背景にある対象者の経験や意味付けの違いについて、質的なインタビュー調査をとおして、知見を集積することで結果の一般化を目指していきたい。

## 結論

本研究では、岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態を明らかにし、今後の課題について検討した。その結果、以下の知見が得られた。

1. 岩手県の医療機関で働く看護職は、経験に伴い看取りを多数経験し、病棟でのデスカンファレンスが有意義な効果をもたらしており、参加をとおして死生教育への興味・関心を高め、日頃のケアにおいて死生を意識しながら看護を実践していることが明らかになった。
2. デスカンファレンスに参加する効果として、チームでケアを振り返ることでケアの方向性を確認し、看護職の経験知から実践知を獲得していく学びの機会になることで、チーム全体のケアの質向上と看護専門職としての成長の機会になっていることが示唆された。
3. デスカンファレンスへの参加経験がない看護職は半数以上と多く、その約6割が参加への期待・ニーズを示しながら、参加に消極的な理由として知識・理解不足があげられた。このことから、医療機関の職場環境や学習ニーズに応じて、地域の関連施設との連携や大学教育機関の教育的支援を受けて、デスカンファレンス導入に向けた教育的介入の必要性が

示唆された。

## 謝辞

本研究にご協力いただきました医療機関の看護部門責任者ならびに看護職の皆様にご心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- 広瀬寛子 (2010) : 明日の看護に生かすデスカンファレンス 第1回デスカンファレンスとは何か—意義と実際—, 看護技術, 56 (1), 64-67.
- 星野磨利子, 堀江香織, 稲継 明子, 他 (2004) : 臨床経験4・5年目看護師の自己成長を動機付ける先輩看護師の関わり, 日本看護学会論文集 看護管理 34, 33-35.
- 岩谷優紀, 後藤幸恵, 鎌倉香里 (2018) : 看取り場面で生まれる看護師の感情, 砂川市立病院医学雑誌. 31 (1), 33-34.
- 岩手県 (2018a) : 岩手県及び各市町村の高齢化率 (平成30年10月1日現在) [http://www.pref.iwate.jp/dbps\\_data/\\_material/\\_files/000/000/042/652/h30-2.pdf](http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/042/652/h30-2.pdf) [検索日 2019年2月4日]
- 岩手県 (2018b) : 岩手県における医療機能ごとの病床の状況 (平成29年度) (平成30年9月10日現在) <http://www.pref.iwate.jp/iryous/seido/keikaku/46364/67221/index.html> [検索日 2019年3月15日]
- 岩手県 (2017) : 平成29年 (2017) 人口動態統計月報年計 (確定数) の概況—岩手県の概況—, [http://www.pref.iwate.jp/dbps\\_data/\\_material/\\_files/000/000/068/185/29kakuteisu.pdf](http://www.pref.iwate.jp/dbps_data/_material/_files/000/000/068/185/29kakuteisu.pdf) [検索日 2019年2月4日]
- 岩手県医師支援推進室 (2016) : <http://www2.pref.iwate.jp/~hp0365/genjyo/03kankyo.html>, [検索日 2019年2月4日]
- 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎, 他 (2012) : 地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験に関する探索的研究, Palliative Care Research, 7 (2), 354-362.
- 厚生労働省 (2018a) : 平成30年 (2018) 人口動態統計の年間推計, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai18/dl/2018suikai.pdf> [検索日 2019年2月3日]
- 厚生労働省 (2018b) : 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン [Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf \[検索日 2019年3月14日\]](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

- 厚生労働省 (2017a) : 人口動態調査 5-6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result\\_back=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&second2=1) [検索日 2019年2月4日]
- 厚生労働省 (2017b) : 人口動態調査 5-10表 都道府県別にみた年次別死亡率 (人口千対) [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result\\_back=1&second2=1](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20170&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&second2=1) [検索日 2019年2月4日]
- 間鍋俊美, 内布敦子 (2007) : 「看取り」に関わる最近の研究の動向・緩和ケア, 17 (2), 134-139.
- 内閣府 (2018) : 平成30年版高齢社会白書 (全体版) 高齢化の現状と将来像 [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_1_1.html) [検索日 2019年2月3日]
- 新垣洋美, 岩脇陽子, 柴田明美, 他 (2015) : 看護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検討, 京都府立医科大学看護学科紀要 25, 9-18.
- 日本看護協会 : 看護職が直面する倫理的問題とその考え方 人生の最終段階における医療 <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html> [検索日 2019年3月14日]
- 小野芳子, 有井美佐子, 原淳子, 他 (2010) : 明日の看護に生かすデスカンファレンス 山口赤十字業イン緩和ケア病棟でのデスカンファレンスの実際, 看護技術, 56 (3), 248-253.
- 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 他 (2009) : 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関する要因の分析, 保健学研究, 21 (2), 43-50.
- 太田祐子 (2001) : 看護教師の成長をもたらす対話的リフレクションの意味・意義, Quality Nursing, 7 (10), 23.
- 斉藤奈穂子, 水野正之, 小山智史, 他 (2000) : 看護職の死をめぐる考え方について, 看護展望, 25 (8), 951-959.
- 坂下恵美子 (2017) : 一般病棟で終末期がん患者にかかわる若手看護師の困難な看取り経験からの学び,

- Hosoice and Home Care 2017, 25 (2) 110-115.
- Schön, D. A. (1983/ 佐藤学, 秋田喜代美 2001) : 専門家の知恵—反省的実践家は行為しながら考える, ゆみ出版, 東京.
- 竹内啓子, 粕谷恵美子 (2017) : 老人保健施設におけるデスカンファレンスの実態調査, 第47回 (平成28年度) 日本看護学会論文集 看護管理, 221-224.
- 為家浩己, 西田佳世 (2014) : 高齢者介護施設と一般病院において終末期ケアの経験がある看護師の死生観, ホスピスケアと在宅ケア, 22 (3), 291-300.
- 田村由美, 津田紀子 (2008) : リフレクションとは何か—その基本的概念と看護・看護研究における意義, 看護研究, 41 (3) 2008年増刊号, 171-181.
- 種市悦子, 佐藤悦子, 高橋弥栄子, 他 (2006) : 一般病棟における癌終末期の患者・家族に対する看取りのケア—看護師を対象としたケアの実態調査から, 日本看護学会誌, 16
- 山田照子, 川合由河, 山口瞳, 他 (2013) : 一般病棟でのデスカンファレンスの実態と今後の課題—終末期看護に関わるスタッフの意識調査から—, 第43回 (平成24年度) 日本看護学会論文集 看護総合, 155-224.
- 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 他 (2006) : 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因, 大阪大学看護学雑誌, 12 (1), 1-9.
- 湯山邦子 (2009) : デスカンファレンス実施の意味と実際, 緩和ケア 2009年増刊号, 61-65.

(2019年2月8日受付, 2019年4月23日受理)

## < Research Report >

# A Research on End-of-life Care and Death Conferences of Nurses working at Medical Institutions in Iwate

Miyoko Suzuki, Mutsumi Chida, Osamu Ito  
Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

**Keywords** : End-of-life care, Death education, Death conferences, Medical institution nurses

## < 研究報告 >

# インスリン療法を行っている糖尿病をもつ 高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

佐藤淳子<sup>1)</sup> 千田睦美<sup>2)</sup> 小嶋美沙子<sup>2)</sup> 土屋陽子<sup>3)</sup>

1) 前ニチイケアセンター盛岡南 2) 岩手県立大学看護学部

3) 弘前学院大学看護学部

### 要旨

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の、医療機関との連携への思いを明らかにすることを目的とした。

A 県内の訪問看護師 9 名に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】の 3 つのカテゴリーが抽出された。

訪問看護では、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合があるため、指示医を通じた診療情報の共有の必要性が示唆された。また、医療機関との連携強化のために、医療機関の方針を共有し、訪問看護師からの報告書に対する医療機関からの返事が得られる仕組みが必要であることが示唆された。

キーワード：糖尿病をもつ高齢利用者、インスリン療法、訪問看護、連携、医療機関

### はじめに

高齢糖尿病患者は、加齢による ADL 低下、認知機能の低下などの老年症候群の合併頻度が高い（日本糖尿病学会・日本老年医学会，2018a）。また、高齢者世帯の世帯構造は、「夫婦のみの世帯」が 48.7%、「単身世帯」が 47.4% であり（厚生労働省，2017）、家族のサポートを得られにくい状況がある。高齢糖尿病患者は、日常生活の中で出来ていたことが出来なくなるなど加齢による変化もあり、看護者が継続して関わることが重要となる（日本糖尿病教育・看護学会，2014）。高齢糖尿病患者では、合併症の進行予防だけでなく、生活機能や QOL の維持・向上を保ちながら、健康寿命を延ばし、糖尿病がない人と変わらない寿命を保つことが治療の目的となる（日本糖尿病学会・日本老年医学会，2018b）。

先行研究では、インスリンを使用する高齢糖尿病患者の研究が散見される。インスリンを使用する高齢糖

尿病患者の問題状況として、「手技習得時の困難な状況」、「インスリン療法の継続に伴い生じる心理的負担」などが明らかにされており（内海他，2006）、インスリン療法の導入や継続は、高齢糖尿病患者の在宅生活に負担をかけていた。また、高齢糖尿病患者は、長期間インスリン注射を行っていた場合でも、罹病期間の長期化により注射手技の修正が困難になるという問題も新たに生じることが明らかにされている（中村，2014）。

これらの先行研究から、高齢糖尿病患者は、在宅でのインスリン療法の継続に困難があることが明らかにされていると考える。

近年、在院日数の短縮化が進み、医療依存度が高い状態で退院する患者が増えたため、訪問看護を必要とする患者は増加しており、訪問看護と医療機関の連携について、報告が散見される。久保田（2014）は、在宅移行期の訪問看護師と医療機関との連携の現状につ

いて、「医療機関での指導や準備が、実生活のなかにかにかり上げられるかが重要であり、訪問看護師による退院直後の在宅移行期の支援は、その後の在宅療養を継続する上で重要である」と述べている。退院前に入院していた医療機関と訪問看護師との連携の困難さが明らかにされ（樋口他，2009；越部他，2013），退院前カンファレンスの不備や退院指導が生活に沿わない，などの連携の困難についても報告がみられた。

これらの困難の要因には，退院支援は退院支援部署などの医療機関主導で進められるが，医療機関は在宅での高齢利用者の療養の姿のイメージを持ちにくく，在宅療養や訪問看護の理解不足があることが考えられた。

糖尿病患者の療養支援に関する研究では，訪問看護師が認識する医療者側の問題状況として，後期高齢糖尿病患者のインスリン注射の受け入れや手技習得が不十分なまま退院し，在宅に問題が残されるなど，医療機関との連携の難しさが明らかにされている（内海他，2010）。

また，療養継続の困難さは伴うが，退院後も高齢糖尿病患者がインスリン療法継続を希望し，医療機関の看護師と訪問看護師などの在宅支援に関わる職種との連携で継続できた事例報告もみられた（米田，2009）。更に，慢性疾患看護専門看護師や糖尿病看護認定看護師など，専門性の高い看護師が主体となって医療機関と地域・在宅をつなぐ取り組みの報告（石本，2009；佐藤，2012）では，訪問看護師などの在宅支援に関わる職種と連携して糖尿病患者の療養継続を支援しているが，そのような報告はまだ少ない。しかし，これらの報告から，看護者による高齢糖尿病患者の望む治療や生活の確認，高齢者のセルフケアの困難な状況に合わせた援助の可否が，高齢糖尿病患者の在宅での療養継続を左右することが推測された。

以上の先行研究から，訪問看護師は，医療機関と連携して高齢糖尿病患者の療養継続を支える要であり，訪問看護師との連携如何により，在宅での高齢糖尿病患者のインスリン療法の継続の可否が決まる現状があると考えられる。

しかし，先行研究では，インスリン療法を行っている高齢糖尿病患者（以下高齢利用者）を支援する際の連携は十分に明らかにされておらず，訪問看護師がどのような思いで医療機関と連携しているのかを明らかにした研究は見られなかった。

訪問看護師による高齢利用者の支援の現状から，訪

問看護師が医療機関と連携する際の思いを明らかにすることで，医療機関にいる看護師の訪問看護への理解が進み，高齢利用者への支援において，訪問看護と医療機関との効果的な連携について示唆が得られると考えた。

## 研究目的

本研究の目的は，インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを明らかにすることである。

## 研究方法

### 1. 用語の定義

- 1) インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者：訪問看護を利用しながら介助または自己注射により，在宅でインスリン療法を行っている65歳以上の糖尿病をもつ利用者。
- 2) 医療機関：組織としての医療機関と，医療機関に在職する医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなどの専門職。
- 3) 連携：インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の療法生活継続のために，医療機関や在宅支援に関わる職種と訪問看護師による支援をつなげること。
- 4) 思い：訪問看護師がインスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支援する過程で，医療機関との連携について願い，考えること。

### 2. 研究参加者

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の訪問看護経験があり，研究への参加の同意が得られた訪問看護師。

### 3. 研究期間

2015年2月から2016年3月。

### 4. データ収集内容

研究参加者の基礎情報として，年代・看護職の経験年数，訪問看護の経験年数，現職場以前の職歴他についてデータ収集した。

また，高齢利用者の療養生活に関して医療機関と連携する際の職種，連携内容，インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支えるために医療機関と連携する際の思いについてデータ収集を行った。

## 5. データ収集方法

研究参加者に、基礎情報収集用紙への記入を依頼し、1名につき40分から60分程度、プライバシーの保たれる個室等にて、半構成的面接を行った。

## 6. 分析方法

1) 逐語録からインスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いが述べられている部分を抽出し、一文一意味の1次コードを作成し、意味の類似性に基づき質的帰納的分析を繰り返し、最終段階をカテゴリー、最終段階から一段階前をサブカテゴリーとした。

2) 分析に当たっては、質的研究に精通した糖尿病看護、老年看護を専門とする看護学研究者からスーパーバイズを受け、信憑性の確保に努めた。

## 7. 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委員会の承認を得て行った(承認番号2014-M014)。

研究参加者へのアクセスは、訪問看護ステーション管理者に電話で研究について説明し、口頭で承諾の得られた訪問看護ステーションに研究の説明書を送付し、訪問看護ステーション管理者に研究参加の候補者を紹介していただき、研究者が、直接、候補者に連絡をとり、都合のよい日時を伺い、研究の説明を行った。

研究参加の候補者に、研究目的、研究への参加は任意であり、同意しない場合であっても不利益は受けないこと、参加の途中であってもいつでも参加を取りやめることができ、取りやめることによって不利益を受けないこと、訪問看護ステーション管理者には研究参加への承諾の可否は伝えないこと、プライバシーの確

保に努めること、協力内容、面接時間による不利益を与えないこと、研究参加者に関わる全てのデータは施設や個人が特定されないように記号化したうえで管理すること、研究成果の公表後、電子データは消去し、紙媒体の資料はシュレッダーで破棄すること、研究成果の公表について、口頭および書面で説明し、署名をもって同意を得た。

研究参加者の私事や業務に差し支えない面接の日時を決め、研究参加者の所属施設のプライバシーが確保できる個室または、個室に準ずる場所において面接を行った。研究参加者の同意が得られた場合、面接内容をICレコーダーに録音し、メモを取った。

## 結果

### 1. 参加者の概要

9つの事業所から9名の訪問看護師に参加協力を得た。研究参加者は、全員女性で、年代は30歳代から50歳代であった。看護師経験年数は平均23.9年(SD±7.0)、訪問看護師経験年数は平均5.8年(SD±3.4)で、全員病院勤務経験者であった(表1)。

### 2. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

研究参加者の語りから、601の1次コード、43の2次コード、12の3次コード、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを< >, 3次コードを『 』で表す。

1) 【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】

このカテゴリーは、高齢利用者が認知機能の低下な

表1. 研究参加者の属性

参加者	年代	看護師経験年数	訪問看護経験年数	現職場の経験年数	看護師以外の所有資格	現職場以前の職歴
A	50歳代	25年	4年	4年	介護支援専門員	病院・特別支援学校
B	50歳代	28年	2年	2年	無	病院
C	30歳代	14年	5年	5年	無	病院
D	50歳代	31年	5.5年	3.5年	無	病院
E	40歳代	25年	7年	7年	介護支援専門員	病院・老人保健施設
F	50歳代	27年	14年	14年	無	病院
G	30歳代	12年	4年	4年	保健師	病院・老人保健施設他
H	40歳代	21年	4年	4年	無	病院
I	50歳代	32年	7年	3年	介護支援専門員・呼吸療法認定士	病院

どによりインスリン療法継続が難しくなる状況に直面し、訪問看護師が在宅でのインスリン療法の継続を支えるために医療機関からの支援を在宅につなぐ必要があるという思いであった。

このカテゴリーは、＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という2つのサブカテゴリーから構成された。

＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞は、『高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい』、『インスリン療法を継続するための関わりが難しい』という2つの3次コードから構成された。

『高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい』は、入院を機に認知症が進行し、今まで出来ていたインスリン注射ができなくなり、訪問看護師が訪問することで注射を継続できている状況による思いであった。

『インスリン療法を継続するための関わりが難しい』は、主治医が変わったことで、高齢利用者に変更された指導内容を理解してもらうための関わりが難しいという思いであった。

＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞は、『インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく』、『インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく』という2つの3次コードから構成された。

『インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく』は、訪問看護師が、低血糖の判断や対処が適切にはできない高齢利用者・家族に代わって医療機関と連絡を取りながら対応している状況や、在宅でのインスリン療法を継続するためには、医療機関と連携しながら高齢利用者・家族の療養状況に合わせた支援をすることが必要と考え、実践している状況に由来する思いであった。

『インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく』は、高齢利用者のインスリン療法の情報を医療機関から引き継ぎ、在宅での支援方法をケアマネジャーなどの職種と話し合うことや、在宅支援に関わる職種にイ

ンスリン療法の大切さを伝えていきたいという思いであった。在宅の職種との協働の場面として、低血糖時の対応他、在宅で実際どうしていくかをケアマネジャーと話し合わせ、訪問看護師が訪問できない時間帯に訪問したヘルパーから、血糖値の報告を受けるなどの状況があった。

2) 【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】

このカテゴリーは、糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示を出す医師とは限らないことや、糖尿病を診ている医師による訪問指示が糖尿病とは限らないなどにより医師との連携方法が変化する困難さがあるが、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えるために医師との連携が必要と感じていた。

このカテゴリーは、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞、＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という3つのサブカテゴリーから構成された。

＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞は、『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく』は、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、糖尿病は安定しているため糖尿病に関する訪問指示はないが、訪問看護師は家族が実施するインスリン注射を確認するなど、糖尿病ケアにも関わるといった思いであった。

＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞は、『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である』は、訪問指示を出す医師が糖尿病を診ている医師ではない場合や、糖尿病も診ているが訪問指示が糖尿病以外の時も、糖尿病に関する情報のやり取りの基本は訪問看護の指示医であるという思いであった。

＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞は『訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との関わり方に悩む』という3次コードから構成された。

『訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師

との関わり方に悩む』は、一人の高齢利用者を診る医師が複数の場合が多く、実際に糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合の連携が難しいという思いであった。訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師には、定期的な報告は行えないため、低血糖など問題があった時の関わりだけではなく、普段からの関わりも必要と考えていた。

3) 【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】

このカテゴリーは高齢利用者の生活継続を支える訪問看護師の役割としての連携への思いであった。

このカテゴリーは、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞、＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞という2つのサブカテゴリーから構成された。

＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞は、『医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい』、『生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある』、『医療機関のそれぞれの専門職と連携したい』という3つの3次コードから構成された。

『医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい』は、インスリンが指示通り実施されないなどの相談や情報

提供をした時に医療機関から返事が得られない状況もあるため、返事があることで、訪問看護師は自分が伝えたことの適切さを判断でき、次の援助を考えられるという思いであった。また、医師の治療方針や目標を訪問指示書で把握することや、医師に確認する機会を持つことは難しい状況があるため、医師の治療方針や目標を知ること、訪問看護師はどのように高齢利用者を支援するとよいか考えることができ、医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えることができるという思いがあった。

『生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある』は、訪問看護師は疾患だけではなく、生活している高齢利用者やその療養環境を含めて高齢利用者を見ていて、医療機関も共に療養状況を理解して療養方法を考える必要があるという思いであった。高齢利用者が医師の指示通りに療養することは、生活中心のためできないこともある。そのような療養状況を医師に理解してほしいが、医師と話し合いの機会を持つことが難しいと考えていた。

『医療機関のそれぞれの専門職と連携したい』は、医師との連携だけではなく専門性の高い看護師などが医療機関の窓口となって療養支援の相談に応じてもら

表2. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

カテゴリー	サブカテゴリー	3次コード
在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ	インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある	高齢利用者・家族でのインスリン療法の継続が難しい インスリン療法を継続するための関わりが難しい
	インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく	インスリン療法を継続するために、医療機関だけでは支えきれない部分を高齢利用者の療養状況に合わせて支えていく インスリン療法を継続するために、在宅支援に関わる職種と共に医療機関からの支援をつないでいく
医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく	訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく	訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、療養生活の中の糖尿病も見ていく
	訪問看護の指示医が連携の窓口である 訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい	訪問看護の指示は糖尿病に関することではないが、糖尿病に関する連携の窓口は訪問看護の指示医である 訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との関わり方に悩む
医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい	医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい	医療機関と同じ方向で高齢利用者を支えたい 生活継続のために在宅での療養状況を理解して、高齢利用者の療養方法を考える必要がある
	訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ	医療機関のそれぞれの専門職と連携したい 訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい 訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である

うなど、医療機関に勤務する専門職にも在宅の高齢利用者に目を向けてほしいという思いであった。

＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞は、『訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい』、『訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である』という2つの3次コードから構成された。

『訪問看護師も医療機関も単独では生活継続を支えることが難しい』は、高齢利用者の血糖コントロールのためには、生活の中でインスリン療法や食事療法などを支えていく必要があるが、訪問看護師も医療機関も、それぞれ単独での支援は難しいという思いがみられた。

『訪問看護師は在宅支援に関わる職種と医療機関との橋渡し役である』は、必要時に訪問看護師が医療機関と連絡を取ることは、在宅支援に関わる職種にとって安心感につながるため、訪問看護師の役割として大事にしていきたいという思いであった(表2)。

### 3. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いの構造

インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢糖尿

病利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いの構造は、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いを基盤として、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】という連携への思いがあった。

【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】は、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】という思いに含まれた。

【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いは、医師からの対応が不足していることに対して、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞という思いと、＜訪問看護師は医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支える役割を持つ＞という訪問看護師の役割への思いとなっていた。【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】という思いは、＜訪問看護の指示医が連携の窓口である＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の現状への思いに対して、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の現状への思いに対して、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞

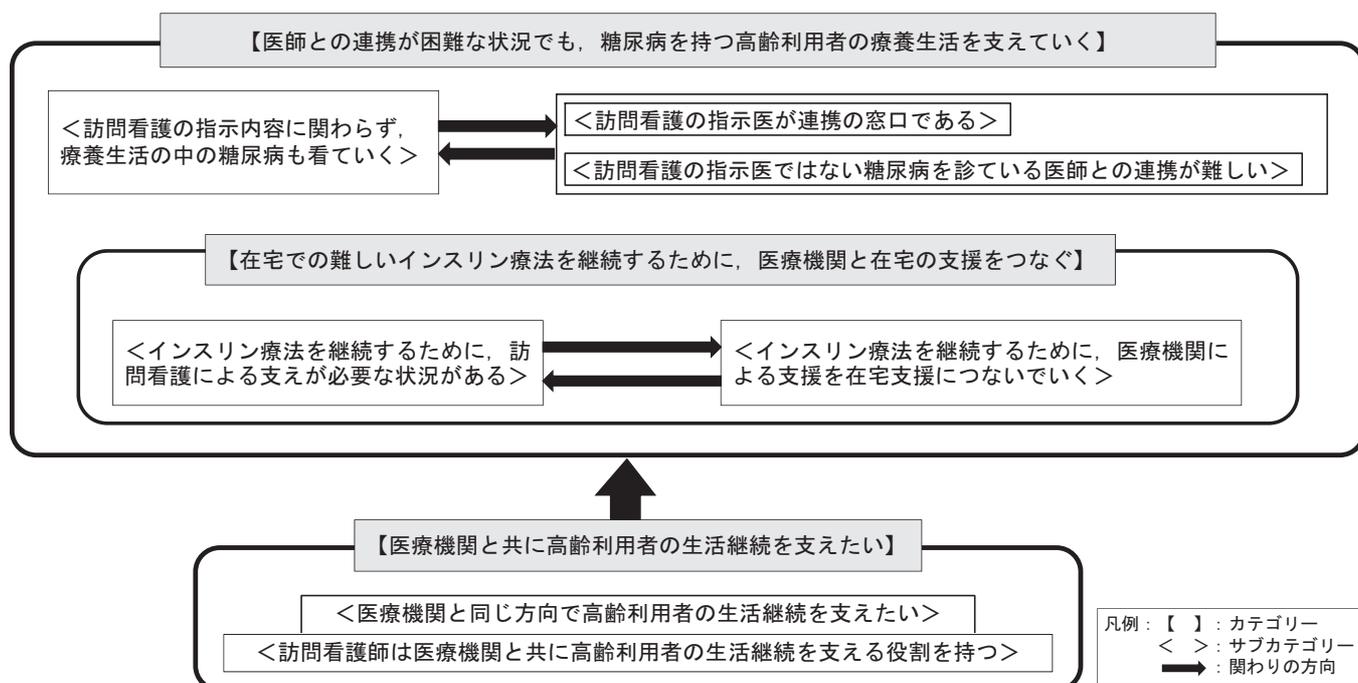


図1. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

という思いが互いに関連してみられた。また、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】は、＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞ため、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という実践への思いとなっていた（図1）。

## 考察

考察では、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いと、訪問看護と医療機関とのよりよい連携への示唆について述べる。

### 1. インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思い

【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】には、高齢利用者の認知機能の低下などにより＜インスリン療法を継続するために、訪問看護による支えが必要な状況がある＞、＜インスリン療法を継続するために、医療機関による支援を在宅支援につないでいく＞という思いがみられた。内海ら（2004）は、高齢糖尿病患者のインスリン使用に伴う生活上の問題状況として、「患者の低血糖への対策が不十分」であることや、「患者が自分のニーズを医療者にはっきり伝えることができない」ことなどをあげている。研究参加者は、低血糖の判断や対処が適切にはできない高齢利用者・家族に代わって医療機関に伝えて対応することや、高齢利用者の療養生活の負担軽減を考えて医師へ注射回数の変更の提案をするなど、高齢利用者の生活上の問題状況に沿って医療機関と連携し、その連携により療養生活の継続を支えるという思いにつながっていた。

また、在宅でインスリン療法を行っている高齢利用者への支援では、ケアマネジャーやヘルパーなど在宅支援に関わる職種との協働による支えも重要となる。本研究でも、在宅でのインスリン療法を支える場面において、ケアマネジャーやヘルパーとの協働があり、研究参加者は医療機関からインスリン療法の情報を在宅に引き継ぎ、高齢利用者の在宅支援に関わる職種と共に支援をつないでいた。インスリン注射を行う高齢者の在宅療養を支える介護援助として森垣（2008；2011）は、インスリン自己注射自立度の変化を予測しながら在宅支援に関わる職種との援助の必要性を述べ

ている。研究参加者には、在宅支援に関わる職種にインスリン療法の大切さを伝え、連携していきたいという思いがあった。高齢糖尿病患者の増加に伴い、インスリン療法を行う高齢者の増加も予想される。インスリン注射の実施忘れなど、高齢利用者のセルフケアの困難な状況を支えている訪問看護師は、訪問回数や訪問時間が限られるため、今後は在宅支援に関わる他職種との連携を進めることも重要と考える。

【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】は、訪問指示内容で医師との連携方法が変化することでの医療機関との連携への思いであった。研究参加者は、訪問指示内容が糖尿病に関連しない時も、また指示医が糖尿病を診ている医師ではない時も、指示医に血糖値の報告や、家族が実施するインスリン注射の確認などをしていった。このように連携の窓口は指示医だが、研究参加者は低血糖などの問題があれば、指示医ではない糖尿病を診ている医師にも伝える関わりをしていたことが明らかとなった。訪問指示書や報告書によるやり取りはなく、問題があった時だけの連絡となることや、連絡後の情報は家族を通して得るしかないことから、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という連携の困難さがあった。その背景として、高齢者は複数の疾患を持つことが多いため、高齢利用者に関わる医師が複数となるが、訪問看護の指示医が糖尿病に関して指示を出していない場合には、高齢利用者の糖尿病の主治医との連携を訪問看護師が直接とる体制がないことがある。そのため、複数の医師が一人の高齢利用者を診ている場合は、医療機関間で診療情報を共有し、訪問看護の指示医が糖尿病に関する情報を把握し、指示医を通したやり取りが容易にできる体制が必要と考える。

また、椎名（2013）は、訪問看護による予防的関わりの必要性を述べている。糖尿病をもつ高齢者に訪問看護師が関わることで、低血糖対応などにより重症化を予防できることや、認知症の発症・進行などの加齢による療養状況の変化に気付くこともできる。研究参加者は、＜訪問看護の指示内容に関わらず、療養生活の中の糖尿病も見ていく＞という思いがあり、糖尿病を診ている医師が指示医ではないときでも継続して予防的に関わるため、高齢利用者の身体面に関して、訪問看護師が直接、医療機関と連携の取れる体制が理想的と考える。

研究参加者の医療機関との連携への思いの基盤と

なっていたのは、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】という思いであった。内海ら(2010)は、訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者への看護として、「利用者・家族の在宅での生活継続を支えるための看護が基盤となる」と述べており、同様の結果が得られた。研究参加者の情報提供や相談に対して返事が得られないなど、医療機関からの対応が不足していたことで、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞という思いとなっていた。医療機関からの対応不足の要因には、医療機関と話し合いの機会を持つことの難しさと、それによる訪問看護の役割や体制の周知不足も考えられた。訪問診療など、在宅医療の利用者数は増加傾向にあり(厚生労働省, 2016)、今後は医療機関と訪問看護の顔の見える関係ができることが期待される。

## 2. 訪問看護と医療機関とのより良い連携への示唆

本研究では、＜医療機関と同じ方向で高齢利用者の生活継続を支えたい＞、＜訪問看護の指示医ではない糖尿病を診ている医師との連携が難しい＞という思いがみられた。これらの思いから、研究参加者は医療機関と密に連携をして高齢利用者を支えたいが、医療機関からの情報が不足しているという連携体制の不備が推測された。指示医との連携体制として望まれることは、訪問指示書に医師の治療方針や目標が記録されることであり、それにより医療機関の方針の確認ができることである。また、訪問看護師の指示医への報告書による情報提供に対して医師や医療機関からの返事が義務付けられるシステム、または返信欄があるような書式の変更など、医療機関との密な情報のやり取りができる体制が必要と考える。医療機関と話し合いの機会を持つことは難しい状況であるため、何かあった時の連携だけではなく、利用者に関する情報提供や相談事に対して報告書を利用して返事をもらうことで、連続した医療機関との連携が期待される。

医療機関と話し合いを持つ機会は少ないが、医療機関から訪問看護が提供されるための相互交流や学習の機会を増やす取り組みも計画されており(公益社団法人日本看護協会他, 2014)、今後は訪問看護師と医療機関との相互理解の拡充も期待される。糖尿病看護認定看護師による訪問看護師を対象にした研修会の実践報告(檜原他, 2013)や、医療機関の糖尿病看護認定看護師が訪問看護師から困難な事例への関わりの相談を受け、事例に合わせた支援(丸山, 2014)も報告さ

れている。訪問看護師と医療機関の外来看護師、糖尿病看護認定看護師、糖尿病療養指導士などの医療機関の専門職との連携が進むことで、医師も参加した連携につながることも期待される。

## 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、研究参加者をA県の訪問看護ステーションの訪問看護師としたため、他の地域の医療機関と訪問看護ステーションでは連携状況が異なる可能性があることである。

今後は、複数の地域の訪問看護師を対象を広げ、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを更に明確にすることや、医療機関の看護師を対象として、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者の支援に携わる訪問看護師との連携への思いを明らかにすることが必要と考える。

## 結論

本研究は、インスリン療法を行っている糖尿病をもつ高齢利用者を支える訪問看護師の医療機関との連携への思いを明らかにすることを目的として、A県内の訪問看護師9名に、半構成的面接を行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。その結果、研究参加者の語りから601の1次コードが抽出され、【在宅での難しいインスリン療法を継続するために、医療機関と在宅の支援をつなぐ】、【医師との連携が困難な状況でも、糖尿病をもつ高齢利用者の療養生活を支えていく】、【医療機関と共に高齢利用者の生活継続を支えたい】の3つのカテゴリーが抽出された。

本研究の結果から、高齢利用者は複数の疾患を持つことが多く、訪問看護では糖尿病を診ている医師が訪問看護の指示医ではない場合があるため、診療情報の共有による指示医を通したやり取りの必要性が示唆された。また、訪問看護での連携強化のために、医療機関の方針がわかり、訪問看護師からの報告書に対する医療機関からの返事が得られる仕組みが必要であることが示唆された。

## 謝辞

本研究を行うに当たり、ご協力いただきました研究参加者の皆様に深謝申し上げます。なお、本稿は、岩手県立大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆 (2009): 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より, 看護実践の化学, 34 (10), 61-68.
- 石本洋子 (2009): 外来看護師が行う自己管理支援～Part.3 地域との連携～, プラクティス, 26 (3), 258-261.
- 越部恵美, 佐久間美保子, 高橋真由美, 他 (2013): 訪問看護師からみた病院とステーションとの連携のあり方～療養者・家族の安心につながる退院前カンファレンスの検討～, 日本看護学会論文集老年看護, 43, 110-113.
- 公益社団法人日本看護協会, 公益財団法人日本訪問看護財団, 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2014): 訪問看護アクションプラン2025, 2025年を目指した看護, 平成25年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団, <http://www.jvnf.or.jp/top/plan2025.pdf> [検索日 2015年8月19日]
- 厚生労働省 (2016): 平成29年 在宅医療の現状, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf> [検索日 2018年7月8日]
- 厚生労働省 (2017): 平成29年 国民生活基礎調査の概況, <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h28-houkoku-03.pdf> [検索日 2019年2月13日]
- 久保田幸子 (2014): 医療と生活をつなぐ訪問看護, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (1), 75-77.
- 丸山順子 (2014): 困難事例の誌上コンサルテーション, インスリン自己注射ができなくなり高血糖を来したケース (訪問看護師からのコンサルテーション), Nursing Today, 29 (5), 58-61.
- 森垣こずえ (2008): インスリン注射を行う高齢者の在宅療養を支える介護援助, 訪問看護と介護, 13 (7), 584-589.
- 森垣こずえ (2011): 在宅における糖尿病高齢者のインスリン自己注射の実際—インスリン自己注射自立度分類とその援助, 日本在宅ケア学会誌, 14 (2), 41-49.
- 中村美幸 (2014): 高齢糖尿病患者のインスリン自己注射実施上の問題と看護援助—外来看護師への面接調査による分析—, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (1), 25-32.
- 榎原直美, 阿部川真紀子, 飯尾美紀, 他 (2013): 糖尿病看護認定看護師による訪問看護師を対象とした研修会実践報告, 日本糖尿病教育・看護学会, 18 (特別号), 178.
- 日本糖尿病学会・日本老年医学会 (2018a): 高齢者糖尿病ガイド2018 第1版, 10, 文光堂, 東京.
- 日本糖尿病学会・日本老年医学会 (2018b): 高齢者糖尿病ガイド2018 第1版, 26, 文光堂, 東京.
- 日本糖尿病教育・看護学会 (2014): 糖尿病看護ベストプラクティス—インスリン療法— 第1版, 93, 日本看護協会出版会, 東京.
- 佐藤真理子 (2012): 糖尿病患者における病診連携と外来看護師の役割, 新時代の外来看護, 17 (6), 54-61.
- 椎名美恵子 (2013): 病気や障害があっても生活自立できるように支援する, COMMUNITY CARE, 15 (7), 47-51.
- 内海香子, 野口美和子, 清水安子, 他 (2004): 高齢糖尿病患者のインスリン使用に伴う生活上の問題状況, 日本看護学会論文集老年看護, 34, 135-137.
- 内海香子, 清水安子, 黒田久美子 (2006): インスリンを使用する高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護援助, 日本糖尿病教育・看護学会, 10 (1), 25-35.
- 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵, 他 (2010): 訪問看護師が認識する訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護, 日本糖尿病教育・看護学会, 14 (1), 30-38.
- 米田昭子 (2009): 進化する慢性看護—病院と地域との看護を繋げる, 看護実践の科学, 34 (13), 37-41.

(2019年2月27日受付, 2019年5月31日受理)

< Research Report >

The Thoughts to the Cooperation with Medical Institutions  
of Visiting Nurses who Support Elderly  
with Diabetes Undergoing Insulin Therapy

Atsuko Sato<sup>1)</sup> Mutsumi Chida<sup>2)</sup> Misako Kojima<sup>2)</sup> Yoko Tsuchiya<sup>3)</sup>

1) Former Nichii Care Center Morioka Minami

2) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

3) Hirosaki Gakuin University, Faculty of Nursing

**Keywords** : elderly with diabetes, insulin therapy, visiting nurse, cooperation, medical institution

## <実践報告>

# 橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に影響を与える要因

片岡百合子<sup>1)</sup> 小林美佳<sup>1)</sup> 佐々木恵美<sup>1)</sup> 神山礼子<sup>1)</sup> 野里 同<sup>2)</sup>

1) 栃内病院 2) 岩手医科大学看護学部

### 要旨

本研究は、橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に影響する要因を再検討し、手指拘縮に対する予防的ケアの示唆を得ることを目的とした。

A 病院で手術を行った橈骨遠位端骨折術後の 59 名を対象に、手指拘縮あり群となし群に分けて手関節の関節可動域や周囲径、血液データとの関連について分析した。

結果は、手指拘縮あり群は、術後 1 週までは手指関節の周囲径が有意に長く腫脹が認められた。そして、術後 3 週の周囲径では群間に有意差は認められなかったが、手指拘縮なし群と比較し手指拘縮あり群の手関節の伸展・屈曲の関節可動域が有意に短く改善していた。

これらのことから、手指拘縮の予防には、術後 1 週までは冷却や患部挙上など腫脹に対するケア介入が必要と考えられた。また、術後 1 週以降は、手関節の伸展・屈曲を重点に手関節のリハビリテーションを行うことが手指拘縮の予防に有用と考えられた。

キーワード：橈骨遠位端骨折、手指拘縮、予防的ケア

### I. はじめに

橈骨遠位端骨折は全骨折の中に占める割合が 16～20%とされており、特に高齢者を中心に発生する最も発生頻度の高い骨折の一つである (Sakuma et al, 2008)。これに対する治療としては保存的治療より手術治療が有効であり、中でも掌側ロッキングプレート固定術は良好な整復位を得られるためガイドラインで推奨されている治療法である (日本整形外科学会他, 2017a)。

この掌側ロッキングプレート固定術後の安静固定期間は 2～3 日と短く、早期より関節可動域 (以下可動域) 制限の予防にリハビリテーション (以下リハビリ) を行うことが可能である (今井他, 2015)。しかし、リハビリを開始するところには自宅退院していることが多く、職場復帰すると外来通院でリハビリを継続することが難しいといわれているように (松田他, 2017)、術後のリハビリは患者自身に委ねられている部分が多い。そのため、外来受診時に可動域制限が出現していないか確認するようにしているが、早期にリハビリが可能な掌側ロッキングプレート固定術でも

手関節に可動域制限が認められることがあり、2005 年の調査では術後の 18.6%に手指拘縮を合併していることを報告している (多田, 2005)。手関節の中でも手指関節の障害は日常生活動作 (以下 ADL) に大きな支障をきたすため (目貫他, 2015)、手指拘縮の予防に手指のリハビリを積極的に行われているが (長田他, 2013)、2016 年の調査でも 17.1%の割合で術後の手指拘縮が出現していることが明らかとなっている (後藤, 2016)。これらの先行研究からも、手指拘縮を予防するためには手指のリハビリに加えた予防的ケアを再検討する必要性が示されているが、これまでの橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮の要因を検討した報告では、ADL に大きく影響する手指関節の可動域を中心とした分析であり (峯他, 2015)、手指関節を含めた手関節全体の可動域から手指拘縮に影響する要因を検討した報告は少ない。また、これまでの橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に関する調査の多くが医師からの手術手技を分析した報告が中心となっているため (石井他, 2017; 佐竹他, 2014; 西井他, 2010)、手術手技以外の手指拘縮の要因にも着目することは、看護介入

が可能な予防的ケアを検討する上で重要と考えた。

そこで、本研究は橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に影響を与える要因を再検討し、手指拘縮に対する予防的ケアの示唆を得ることを目的とした。

## II. 目的

橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮に影響を与える要因を再検討し、手指拘縮に対する予防的ケアの示唆を得る。

## III. 方法

### 1. 用語の定義

手指拘縮：橈骨遠位端骨折による手指拘縮の影響を検討した報告（多田，2005）を参考に、術後3週の時点で患肢の第4指の指尖と手掌の遠位手掌線の間の指尖手掌間距離が0mmを手指拘縮なし、1mm以上を手指拘縮ありと定義した。

### 2. 期間

平成27年12月1日～平成29年2月28日。

### 3. 対象

橈骨遠位端骨折に対して掌側ロックプレート固定術を施行した59名。対象選定の条件は、(1)脳血管疾患の多くに可動域制限が生じることから（武政他，1997）脳血管疾患の既往がないこと、(2)術後の機能予後に認知症が影響することから（久保他，2012）認知症の既往がないこと、(3)術後1週間（以下1週間後）と術後3週間（以下3週間後）の外来受診時にデータを収集することから継続して外来通院が可能であること、(4)退院時に研究者が研究の趣旨・方法・所要時間などについて説明し研究の同意が得られた者とした。

### 4. データ収集方法

データを収集する項目は、拘縮や関節可動域制限に関する報告を参考に、入院時のWBC、RBC、Hb、CRP、TP、Albの各血液データ（松井他，2015）と手関節の関節可動域となる伸展、屈曲、回外、回内、橈屈、尺屈とした（三浦他，2017；今井他，2015）。また、1週間後の外来受診時に手関節周囲の腫脹が認められる患者も少なくないが、骨折による腫脹は関節可動域制限に影響する可能性が示唆されていることから（山部，2016）、腫脹が認められることの多い手掌周囲

と示指周囲を計測した。

手関節の関節可動域と周囲径の計測方法に関しては、外来受診となる1週間後と3週間後の診察前に作業療法士から計測方法の指導を受けた研究者2名が、関節可動域は角度計〔東大〕（フリッツメディコ）、周囲径はメジャー〔JIS規格適合〕（ナビス）を用いて計測した。

## 5. データ分析方法

手指拘縮あり群と手指拘縮なし群の入院時の血液データ（WBC、RBC、Hb、CRP、TP、Alb）や1週間後と3週間後のそれぞれ患側手関節可動域6項目（伸展、屈曲、回外、回内、橈屈、尺屈）と手掌周囲、示指周囲をそれぞれMann-WhitneyのU検定で比較検討した。また属性に関しては、年齢はMann-WhitneyのU検定、性別は $\chi^2$ 検定で比較検討した。有意水準に関しては、 $p$ 値<0.05を有意差ありとした。

## IV. 倫理的配慮

研究対象者に参加は自由意思であり、拒否した場合も不利益を受けないこと、参加・協力をいつでも撤回できることを個室で説明した。また、個人が特定されないようプライバシーの保護に十分注意すること、調査結果は学会発表および論文投稿によって公表することを説明し、同意書への署名により研究参加の承諾を得た。研究終了後は、データを裁断して破棄し、個人情報厳密に管理するようにした。なお、本研究は栃内病院看護部研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認日2015年10月）。

## V. 結果

対象者59名の平均年齢は64.2±12.6歳であり、女性52名（88.1%）・男性7名（11.9%）であった。各群では手指拘縮あり群は9名（女性9名・男性0名）で平均70.7±7.5歳であり、手指拘縮なし群が50名（女性43名・男性7名）で平均63.0±13.1歳、群間の年齢、性別に関して有意差は認められなかった（表1）。

入院時の血液データでは手指拘縮あり群と手指拘縮なし群のWBC、RBC、Hb、CRP、TP、Albの全項目で群間に有意差は認められなかった（表2）。

手掌・示指周囲および手関節可動域に関しては、1週間後の手掌・示指周囲で、手掌周囲は手指拘縮あり群196.2±7.1mm、手指拘縮なし群186.2±8.8mm

と手指拘縮あり群の周囲径が有意に長かった ( $p = 0.03$ ). また、示指周囲でも、手指拘縮あり群  $69.7 \pm 4.1\text{mm}$ 、手指拘縮なし群  $65.3 \pm 3.9\text{mm}$  と手指拘縮あり群の周囲径が有意に長かった ( $p = 0.04$ ). 1週間後の手関節可動域に関しては手指拘縮なし群と手指拘縮あり群の群間に有意差は認められなかった (表 3).

3週間後の手掌・示指周囲および手関節可動域に関しては、1週間後では群間に有意差が認められた手掌周囲で手指拘縮あり群  $187.6 \pm 7.3\text{mm}$ 、手指拘縮なし群  $183.0 \pm 16.6\text{mm}$  と群間に有意差は認められなかった. また、示指周囲に関しても手指拘縮あり群  $66.1 \pm 3.6\text{mm}$ 、手指拘縮なし群  $64.5 \pm 4.6\text{mm}$  と群間に有意差は認められなかった. 一方で、手関節の可動域では、1週間後の伸展で手指拘縮あり群  $13.7 \pm 11.7$  度、手指拘縮なし群は  $28.1 \pm 14.1$  度と群間に有意差は認められなかったが、3週間後では手指拘縮あり群  $22.2 \pm 11.7$  度、手指拘縮なし群  $39.1 \pm 13.7$  度と手指拘縮あり群の可動域が有意に狭い結果となった ( $p = 0.01$ ). また、屈曲に関しても、1週間後は手指拘縮あり群  $27.5 \pm 13.2$  度、手指拘縮なし群  $27.5 \pm 13.4$  度と群間に有意差は認められなかったが、3週間後では手指拘縮あり群  $22.7 \pm 12.5$  度、手指拘縮なし群  $37.5 \pm 17.7$  度と手指拘縮あり群の可動域が有意に狭い結果となった ( $p = 0.02$ ). 回外、回内、橈屈、尺屈に関しては1週後と3週後ともに群間に有意差は認められなかった (表 4).

## VI. 考察

骨折は骨粗鬆症の関係で閉経後の女性に多く発生することが報告されているが (Sakuma et al, 2014), 本研究でもこれまでの報告と同様に橈骨遠位端骨折患者の8割以上が女性であった. そして、閉経後の女性を対象として橈骨遠位端骨折の臨床的特徴を調査した報告 (櫻井他, 2017) では、骨粗鬆症の検査をしていた割合が19%と低く、その症例の36%が低骨密度症例であったことを明らかにしている. 本研究およびこれまでの実態調査の結果から、骨粗鬆症であるにも関わらず未治療であり、骨折リスクが高い状況にある女性は少なくないことが考えられるため、健康診断などで閉経後の女性に骨粗鬆症の検査や治療の必要性を説明することは橈骨遠位端骨折を予防するためにも重要と考える. そして、本研究では橈骨遠位端骨折による手指拘縮の要因についても検討を行った.

骨折直後の受傷による炎症に加えて、手術侵襲によ

表 1. 属性

	手指拘縮あり群 (n = 9)	手指拘縮なし群 (n = 50)	p 値
年齢	70.7 ± 7.5 歳	63.0 ± 13.1 歳	0.09
性別 (男性)	0 (0%)	7 人 (14%)	0.23
(女性)	9 (100%)	43 人 (86%)	

年齢 : Mann-Whitney の U 検定 性別 :  $\chi^2$  検定

表 2. 入院時の血液データ

	手指拘縮あり群 (n = 9)	手指拘縮なし群 (n = 50)	p 値
WBC ( $10^3/\mu\text{l}$ )	75.7 ± 26.3	65.2 ± 20.7	0.19
Hb (g/dl)	12.3 ± 0.9	12.6 ± 1.4	0.57
RBC ( $10^4/\mu\text{l}$ )	406.2 ± 26.2	411.4 ± 50.9	0.76
CRP (mg/dl)	0.5 ± 0.4	0.2 ± 0.5	0.23
TP (g/dl)	7.2 ± 0.8	7.2 ± 0.4	0.97
Alb (mg/dl)	3.6 ± 0.3	3.8 ± 0.3	0.07

Mann-Whitney の U 検定

表 3. 1週間後の手関節可動域と手掌・示指周囲の変化

	手指拘縮あり群 (n = 9)	手指拘縮なし群 (n = 50)	p 値
伸展 (度)	13.7 ± 11.7	28.1 ± 14.1	0.06
屈曲 (度)	27.5 ± 13.2	27.5 ± 13.4	0.69
回外 (度)	58.7 ± 23.2	51.8 ± 25.3	0.60
回内 (度)	43.7 ± 12.5	51.2 ± 24.0	0.30
橈屈 (度)	7.5 ± 6.4	9.6 ± 7.8	0.59
尺屈 (度)	27.5 ± 9.5	23.7 ± 10.6	0.51
手掌周囲 (mm)	196.2 ± 7.1	186.2 ± 8.8	0.03*
示指周囲 (mm)	69.7 ± 4.1	65.3 ± 3.9	0.04*

Mann-Whitney の U 検定 (\*  $p < 0.05$ )

表 4. 3週間後の手関節可動域と手掌・示指周囲の変化

	手指拘縮あり群 (n = 9)	手指拘縮なし群 (n = 50)	p 値
伸展 (度)	22.2 ± 11.7	39.1 ± 13.7	0.01*
屈曲 (度)	22.7 ± 12.5	37.5 ± 17.7	0.02*
回外 (度)	70.5 ± 15.0	67.7 ± 23.2	0.73
回内 (度)	66.6 ± 28.2	67.3 ± 23.0	0.93
橈屈 (度)	12.2 ± 4.4	17.3 ± 8.8	0.09
尺屈 (度)	21.6 ± 7.5	27.9 ± 9.2	0.06
手掌周囲 (mm)	187.6 ± 7.3	183.0 ± 16.6	0.42
示指周囲 (mm)	66.1 ± 3.6	64.5 ± 4.6	0.35

Mann-Whitney の U 検定 (\*  $p < 0.05$ )

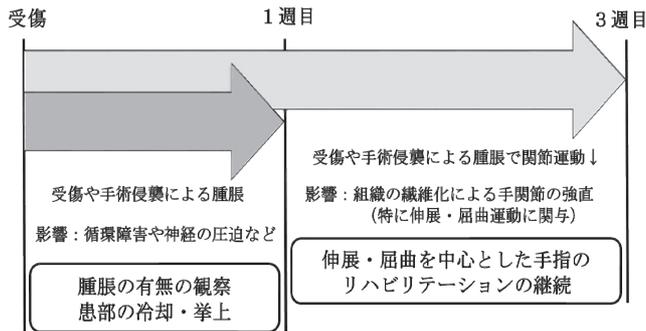


図1. 橈骨遠位端骨折後の手関節可動域制限に対する予防ケアの概念図

り術直後は患部の周囲に腫脹が出現することが予測されるが、手指の腫脹は循環障害や神経の圧迫を引き起こし、可動域に影響を及ぼすことが知られている（伊東，2015）。本研究では、腫脹を評価するために計測した手掌周囲と示指周囲で、1週間後に関しては手指拘縮あり群は手指拘縮なし群より各周囲径が有意に長かったが、3週間後には手指拘縮あり群、手指拘縮なし群ともに手掌周囲と示指周囲は1週間後より改善しており2群間の各周囲径に有意差が認められなかったことから、腫脹に関する介入は1週間後まで行う必要性が示された。これらのことから、1週間後まで行う手指拘縮に対する予防的ケアとしては、患部の腫脹の予防に術後1日から3日間冷却や患部挙上を行うことが推奨されていたが（安部，2017）、本研究結果より手指拘縮を起こす患者は1週間後まで腫脹が持続していることが示唆されたため、退院後も腫脹が改善しない場合は1週間後の外来受診まで冷却と患部挙上を自宅でも継続できるように指導することが手指拘縮の予防に有用と考えられた（図1）。

1週間後以降の手関節の可動域制限に関しては、1週間後までは手指拘縮なし群と手指拘縮あり群の伸展・屈曲の可動域で群間に有意差は認められなかったが、3週間後では手指拘縮あり群の手関節の伸展・屈曲の可動域が有意に狭い結果となった。この1週間後には認められなかった可動域制限が3週間後に出現したメカニズムとしては、橈骨遠位端骨折による損傷と術後侵襲の影響で手関節の腫脹をきたすが、腫脹は組織の線維化を起し、手指の拘縮をきたすことから（目貫他，2015）、1週間後まで腫脹が持続するとその間に手関節の線維化が徐々に起こり、それが1週間後から3週間後にかけて手関節の関節可動域制限に影響

していくと考えられた。組織の線維化には、マクロファージの発現が影響することが知られているが（佐藤，2017）、マクロファージの抑制に寒冷刺激が有効であることが明らかとなっている（奥田他，2016）。このことから冷却は、腫脹の予防だけでなく可動域制限の原因となる線維化の予防にもつながることが予測されるため、1週間後まで冷却を行うことは非常に重要と考えられた。そして、手関節の中でも伸展・屈曲に可動域制限が認められたことに関しては、橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定術の合併症として手関節の伸展・屈曲に関わる屈筋腱や伸筋腱が傷害されることがあることから（日本整形外科学会他，2017b）、術式による影響が考えられるため、掌側ロッキングプレート固定術を行った患者に対しては特に手関節の伸展・屈曲のリハビリが重要であることが示唆された。

本研究と先行研究の知見より再検討した橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮の予防的ケアとしては、1週間後までに冷却や挙上などを行い患部の腫脹を予防することは、橈骨遠位端骨折術後の手関節の関節可動域制限の予防に極めて重要と考えられた。また、1週間後までに腫脹が認められた患者に対しては、手関節の伸展・屈曲の可動域制限が生じ、手指拘縮を引き起こす可能性があるため、これまでの手指のリハビリに加えて伸展・屈曲に重点を置いた手関節全体のリハビリについてパンフレットに追加することが必要と考えられた。これらの予防的ケア（図1）は、3週間後の外来受診まで継続が必要と考えるが橈骨遠位端骨折術後は2～3日で退院することから（高橋他，2005）、自宅退院後に患者自身が予防的ケアを継続することは手関節の可動域制限の予防に必須となる。在院日数の短縮に伴い退院指導を十分に行うためには入院時から退院指導を導入することが有効（石郷他，2014）となることから、術後2～3日で退院する橈骨遠位端骨折術後の患者には特に入院時から計画的に指導していくことは重要と考える。

## VII. 本研究の限界と課題

本研究の調査結果から、橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮の要因を明らかにし、予防的ケアを検討することができた。しかし、本研究は1施設での調査結果であることや対象数が少ないことから、結果の一般化には限界がある。今後は、他施設を含めて対象数を増やし、調査を行っていくことが課題である。

## VIII. 結論

1. 橈骨遠位端骨折術後の手指拘縮の要因として、1週間後までは手関節の腫脹による循環障害や神経の圧迫が影響し、1週間後以降は腫脹による線維化から発生する手関節の伸展・屈曲が関与していることが示唆された。
2. 1週間後までの手指拘縮の予防的ケアとしては、患部の腫脹に注意し観察を行うとともに、冷却や患部挙上などを行うことが必要であると考えられた。
3. 1週間後以降の手指拘縮の予防的ケアとしては、手指関節の運動に加えて手関節の伸展・屈曲の運動を行うことが手指拘縮の予防に有用であると考えられた。

## 引用文献

- 安部幸雄 (2017) : 挙上アイシング【超入門! 整形外科のこんなわかる手術 Happy 絵本】橈骨遠位端骨折に対する手術, 整形外科看護, 22 (6), 522-527.
- 後藤真一 (2016) : 橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定後の手指拘縮, 日本手外科学会雑誌, 32 (6), 1014-1017.
- 今井亮太, 大住倫弘, 平川善之, 他 (2015) : 橈骨遠位端骨折術後患者に対する腱振動刺激による運動錯覚が急性疼痛に与える効果—手術後翌日からの早期介入—, 理学療法学, 42 (1), 1-7.
- 伊東靖宜 (2015) : 【その症状, 見逃して大丈夫? 整形外科術後の危険サインから合併症をマスターしよう】危険サインから考えられる合併症は? コンパートメント症候群, 整形外科看護, 20 (12), 1209-1211.
- 石郷真敬, 懸田可奈子, 及川淑子 (2014) : クリニカルパス運用状況と退院指導を含めた入院診療計画書の作成・修正, 日本クリニカルパス学会誌, 16 (2), 149-152.
- 石井英樹, 角田憲治, 田中博史 (2017) : 抜釘術から考える橈骨遠位端掌側ロッキングプレート治療における可動域制限の原因, 骨折, 39 (3), 512-515.
- 久保祐介, 野口康男, 力丸俊一, 佛坂俊輔, 他 (2012) : 大腿骨近位部骨折における退院時歩行能力に影響する因子の検討: 整形外科と災害外科, 61 (1), 21-25.
- 松田悠嗣, 宮本誠也, 檜山あさみ, 他 (2017) : 外来患者の早期職業復帰による作業療法への影響, 国立大学リハビリテーション療法士学術大会誌, 38, 58-63.
- 松井伸公, 正司守生, 北川孝, 他 (2015) : 日常的に歩行可能な透析患者の足関節および足趾の関節可動域制限に影響を与える要因, 理学療法学, 42 (2), 174-175.
- 峯博子, 鶴田敏幸 (2015) : 橈骨遠位端骨折術後における手指拘縮発生要因の検討, 日本手外科学会雑誌, 31 (4), 369-373.
- 三浦修一, 倉知彦 (2017) : 髓内釘固定法による中手骨骨折の治療成績と合併症, 骨折, 39 (2), 212-215.
- 目貫邦隆, 酒井昭典 (2015) : 【術前・術後のオキテを知ろう! 術前24時間～術後48時間の観察ポイントとケア】橈骨遠位端骨折に対する観血的整復固定術, 整形外科看護, 20 (2), 157-161.
- 長田伝重, 都丸倫代 (2013) : 橈骨遠位端骨折に対する掌側ロッキングプレート固定, 関節外科, 32 (7), 774-784.
- 日本整形外科学会, 日本手外科学会 (2017a) : 橈骨遠位端骨折診療ガイドライン2017, 南江堂, 14.
- 日本整形外科学会, 日本手外科学会 (2017b) : 橈骨遠位端骨折診療ガイドライン2017, 南江堂, 77.
- 西井幸信, 衣笠清人, 西田一也, 他 (2010) : 橈骨遠位端骨折 (AO分類:A, C型) に対する治療戦略, 中部日本整形外科災害外科学会雑誌, 53 (4), 893-894.
- 奥田修人, 滝瀬定文, 河上俊和, 他 (2016) : ラット筋挫傷後の寒冷刺激が筋修復過程に及ぼす影響, スポーツ整復療法学研究, 17 (3), 155-162.
- Sakuma M, Endo N, Oinuma T, et al. (2014) : Incidence of osteoporotic fractures in Sado, Japan in 2010, Journal of Bone and Mineral Metabolism, 200-205.
- Sakuma M, Endo N, Oinuma T, et al. (2008) : Incidence and outcome of osteoporotic fractures in 2004 in Sado City, Niigata Prefecture, Japan, Journal of Bone and Mineral Metabolism, 26 (4), 373-378.
- 櫻井立太, 菊池克彦, 大石秀和, 他 (2017) : 当院における橈骨遠位端骨折の臨床的特徴, 整形外科と災害外科, 66 (4), 698-700.
- 佐竹寛史, 本間龍介, 花香直美, 他 (2014) : 橈骨遠位端骨折合併症調査, 東日本整災会誌, 26, 90-93.
- 佐藤荘 (2017) : 疾患特異的マクロファージという概念, 消化器病学サイエンス, 1 (2), 97-99.
- 武政誠一, 嶋田智明, 日高正巳, 他 (1997) : 在宅高

年齢脳卒中片麻痺者の関節可動域制限とその関連要因, 神戸大学医学部保健学科紀要, 12, 9-15.  
多田博 (2005) : 橈骨遠位端骨折の術後合併症, 日本手外科学会雑誌, 21 (4), 549-551.  
高橋新, 安倍吉則, 渡辺茂, 他 (2005) : 橈骨遠位端骨折手術例に対するクリニカルパス—その有用性

— : 東北整形災害外科学会雑誌, 49 (1), 36-38.  
山部英行, 三戸一晃, 山中一良, 他 (2016) : 診断に難渋した急性前腕コンパートメント症候群の1例, 日本手外科学会雑誌, 33 (3), 352-356.

(2019年2月5日受付, 2019年4月17日受理)

## < Case Report >

# An Investigation of Factors Influencing the Limited Ranges of Motion in Patients after Surgery for Distal Radius Fracture

Yuriko Kataoka<sup>1)</sup>    Mika Kobayashi<sup>1)</sup>    Megumi Sasaki<sup>1)</sup>  
Reiko Kamiyama<sup>1)</sup>    Hitoshi Nozato<sup>2)</sup>

1) Tochinai Hospital

2) Faculty of Nursing, Iwate Medical University

**Keywords** : distal radius fracture, ranges of motion, rehabilitation

## 平成30年度 岩手看護学会 めんこいセミナー報告

### 「後輩の研究指導ってどうすればいいの？」

#### お姉さん・お兄さんナースのための研究計画書の読み方，指導のポイント

岩手県立大学看護学部

千田睦美 三浦奈都子

岩手看護学会では、めんこいセミナーと題して、臨床実践と研究をつなぐテーマに関する研修会を毎年開催しております。平成30年度は、研究指導の役割を担う臨床ナースのために、指導のポイントや心構えについて理解し、研究計画書例をもとにグループワークを行う研修会を実施いたしました。研修の概要は以下の通りでした。

- 講 師：岩手県立大学看護学部  
千田睦美 三浦奈都子
- 運 営：岩手看護学会めんこいセミナー  
運営グループ担当 岩渕光子
- 日 時：平成31年2月2日（土）  
13：30～15：30
- 会 場：いわて県民情報交流センター  
（アイーナ）7階  
岩手県立大学アイーナキャンパス  
学習室4
- 内 容：研究計画書とは（基本講義）  
実際の研究計画書例を使用して、どのように読むか、指導のポイントのグループワーク（演習）

参加者は28名で、看護師がほとんどであり、主任看護師、養護教諭の参加もありました。

まず、研究計画書の基本について講義を行いました。研究計画書は、研究チームのメンバーや研究指導者との情報共有や倫理審査会への申請のために必要となります。研究計画書を他者と共有するためには、わかりやすく具体性がある内容でなければなりません。そのために、多くの研究計画書には以下の項目が記載されています。「研究課題（テーマ，タイトル）」、「研究目的」、「研究背景」、「研究方法」、「スケジュール」、「倫理的配慮」、「研究に必要な費用」、「引用文献」で

す。これらの中に、研究の6W3Hが含まれているかを意識して指導していくと具体性が増していきます。すなわち、What【なにを（課題）】、Why【なぜ（動機）】、Who【だれが（担当）】、Whom【だれに（対象）】、When【いつ（時期）】、Where【どこで（場所）】、How【どのように（手段）】、How many【どのくらいの（規模）】、How much【いくらで（費用）】です。

さらに、日々の看護を実践する中で生まれてきた疑問（クリニカル・クエスチョン）が、より良い研究の問い（リサーチ・クエスチョン）として成り立っているかをチェックするためには、福原氏が提案しているFIRMMNESSを用いると良いでしょう。すなわち、Feasible【実施可能があるか】、Interesting【興味深く、関心があるか】、Relevant【切実であり意義があるか】、Measurable【測定可能であるか】、Modifiable【改善可能か】、Novel【新しい知見があるか】、Ethical【倫理的か】、Structured【構造化されているか】、Specific【明確化、絞り込みされているか】です。（福原俊一：リサーチ・クエスチョンの作り方，特定非営利活動法人健康医療評価研究機構，2015.）

次に、研究の問いが明確になると、研究方法が定まってきます。例えば、そこで、なにが起こっているのかを明らかにするのであれば観察法や面接法、もし～すればどうなるかを明らかにするのであれば、実験研究となります。研究方法がリサーチ・クエスチョンを明らかにするために適切であるかをチェックしてください。

研究方法が決定すると、おのずとスケジュールが見えてきます。ほとんどの場合、1年間で研究結果をまとめて発表することが多いと思いますので、そこから逆算する形でスケジュールを組み立てていくことになります。しかし、あらかじめ予測を立ててスケジュールを組んでいても、対象の数が不足している、データ

の分析が進まないなどの理由により、予定が遅れることがままあります。そのような時こそ、研究計画書を用いて研究チームのメンバーと現状を把握し、スケジュールの調整や方法の見直しについて指導してください。

また、後半は研究計画書の指導のポイントについて講義と演習を行いました。

研究指導は看護職としての学びや成長の手段であり、看護研究を通して目指したいゴールが研究実施者および研究指導者の両者に存在します。研究の指導者には後輩の研究指導を通して、看護実践以外の関わりと後輩の多面的な看護実践能力の理解の機会を得ることができ、プリセプター役割の一環として、後輩の成長を支援し、自らの役割の見つめなおしの一助とするという成果が得られるはずです。研究実施者においては、ラダーとして、目標をクリアするというだけでなく、看護研究を通じた学び直しにより、臨床の疑問点の焦点化、明確化、それを研究テーマに絞り込

むプロセスの支援を得ることで、新たな学び体験とその承認を得られる機会となります。さらに、看護思考力の向上として、疑問をそのままにせず明らかにする向上心を発揮することへのステップともなり得ます。研究実施者と研究指導者は、看護研究を完成させるその先にある成果を認識したうえで、看護研究に取り組んでいただくとよいのではないかと考えます。

研究指導の際にも、研究実施者の達成度を見極め、段階に合わせた承認や励ましなど、支持的な介入を行うことができると、後輩である研究実施者の成長を後押しできるのではないのでしょうか。

今回のめんこいセミナーでは、具体的な研究計画書案をもとに、どのような点を指導するとよりよい計画書になるかを考えるグループワークが好評でした。研究実施者も悩んでいます、研究指導者も同じように悩んでいます。今後もめんこいセミナーでは、看護実践の場における研究を促進できるような研修の場を計画していきたいと考えています。

## 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、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、各種の活動報告、資料等)

看護学に関連する論文で、教育現場や臨床の実践活動に何らかの示唆をもたらす公表の価値があると認められるもの。

#### (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あ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（25頁以内）
  - ・原著：25,000字以内（25頁以内）
  - ・事例報告：16,000字以内（16頁以内）
  - ・研究報告：25,000字以内（25頁以内）
  - ・短報：8,000字以内（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 字以内の和文要旨をつけ、原著については 250 語以内の 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) 投稿論文は下記の要領で作成する。
    - ・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。
    - ・図表の文字数目安は、大きさにより、大 (1 頁 1000 字)、中 (1/2 頁 500 字)、小 (1/4 頁 250 字) として換算する。
  - 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
- 引用文献の記載方法は下記に従う。
- 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。
    - ・単独著者による文献の場合……
      - 例) 岩手 (2016) は……の重要性を示唆した。……が指摘されている (岩手, 2016)。
    - ・複数著者による文献の場合…… 筆頭者他とする。
      - 例) 滝沢他 (2015) は…… ……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リストを掲げる。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) 文献の共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。

附則 10. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 29 年 5 月 31 日から施行する。

附則 11. 本規則の改定

本規則の改訂は平成 30 年 4 月 30 日から施行する。

附則 12. 本規則の改定

本規則の改訂は令和元年 9 月 28 日から施行する。

## Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

### 1. General Guidelines

- (1) The Journal of Iwate Society of Nursing Science is published by the Society two times a year for the purpose of sharing research results in nursing.
- (2) The editorial committee is established by the Society to carry out publishing responsibilities.
- (3) The journal is published online and on paper.

### 2. Submission Rules

#### (1) Qualifications for Submission

- 1) The first author listed must be a member of the Society.
- 2) Authors requested by the Society are exempt from the preceding qualification.
- 3) Authors residing outside Japan are not required to be members of the Society.
- 4) Other authors may be qualified by the editorial committee.

#### (2) Article Categories

Articles published in the Journal must be review articles, original articles, case reports, research reports, brief reports and others, which are unpublished. In the review process, the editorial committee may suggest a change in categories.

##### • Review Article

A comprehensive evaluation and discussion based on a critical review of literature concerning a specific theme in nursing.

##### • Original Article

A research article in nursing with originality, including new knowledge and systematically describing research results. It should contain clear significance for knowledge in nursing science. It must be presented systematically consisting of purpose, method, results, discussion and conclusion.

##### • Case Report

A report of a valuable clinical example of nursing. It will provide beneficial information for nursing practice and nursing science.

##### • Research Report

A research article in nursing with a significant research conclusion, which will be recognized as contributing to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

##### • Brief Report

A short research article in nursing containing new knowledge, expected to contribute to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

##### • Other articles (Issue, Clinical Practice Report, Material, etc.)

Articles related to nursing with suggestions for the educational context and clinical practice activities and are considered worthy of publication

#### (3) Article Submission

Articles should be submitted online.

#### (4) Review Process

The decision on submitted articles concerning acceptance for publication is carried out by the editorial committee, based on the evaluation of two anonymous reviewers at the request of the committee. If there are differences of opinion between the reviewers, an additional reviewer will be requested. The review is conducted in accordance with the reviewing standards and guidelines.

If the author does not respond to the editorial committee's comments on modifications for more than three months, the article will automatically be rejected.

(5) Editing

The publication sequence of articles and other editorial issues are performed by the editorial committee.

(6) Proofs

The first proofreading will be conducted by the author. Corrections by the author will be limited to the correction of words and phrases. Further proofreading will be performed by the editorial committee.

(7) Reprints

The author may ask for reprints in blocks of 10 copies during the proofreading process. The cost will be the responsibility of the author.

(8) Ethical Considerations

Research on human subjects or animals must include a statement of ethical consideration. The ethical standards written below must be fulfilled. The research protocol must be approved by the Ethical Committee of the institution.

- Research on the human body must follow the "Helsinki Declaration".
- Research on animals must meet the ethical standards of the "Iwate Prefectural University Ethical Provisions for Animal Experiments" or other similar standards.
- Investigative research studies must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines on Epidemiologic Study" or similar standards.
- Research on the human genome and genetic analysis must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines for Human Genome and Genetic Analysis" and "Guidelines for Clinical Research on Gene Therapy" or similar standards.

(9) Submission Procedures

- 1) Articles should be submitted through the Iwate Society of Nursing Science web site by attaching the file of article. The submitter also should write ① Name of the first author, ② Membership number, ③ Affiliation, ④ Postal address including postal code, ⑤ E-mail address, ⑥ Title of the article, ⑦ Category of the article. Submission checklist should be attached.
- 2) Once the editorial committee has confirmed that the submitted article conforms to the submission rules, the submission procedures are completed and this date is considered the date of receipt. The date when the editorial committee accepts the article for publication, based on the reviewers' evaluation, is considered the date of acceptance.
- 3) The author of an article accepted for publication for which a joint research agreement and ethical screening report are necessary must supply those documents to the editorial committee within two weeks of notification of acceptance of the article.
- 4) The author may request a proof of publication for the article after the date of acceptance.

(10) Publication Costs

The costs for publication are free. However, publication costs of color photographs are the responsibility of the author.

### 3. Writing Guidelines

(1) Description of the Article

- 1) The submitted article is to be in Japanese or English, using A4 page settings and written in MS Word.
- 2) The length of the article must be no longer than the page limits described below. The page count is inclusive of all parts of the article: title, abstract, main text, references, tables, and figures.
  - Review Article: 6,500 words
  - Original Article: 6,500 words
  - Case Report: 4,000 words
  - Research Report: 6,500 words

- Brief Report: 2,500 words
  - Other articles: The editorial committee will decide on the length of the article according to content.
- 3) Measurements and measurement symbols should conform to System International (SI) units.
  - 4) An abstract of within 250 words should be attached to articles.
  - 5) Five or fewer keywords should be included in all articles.
  - 6) The article should be as follows
    - The article should be presented in the following order title, name of the author, affiliation, abstract, keywords, figures, tables, text, references.
    - The text and references should be one-columned, 35 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
    - The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
    - The title should be in 16 point font.
    - The typeset for English text should be Times New Roman.
    - Insertion of Diagrams:
      - Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. “Fig 1.” and the title of the figure should be centered directly below each figure.
      - Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. “Table 1.” and the title of the table should be written directly above the table to the left.
  - 7) Numbers enclosed in circles, roman numerals and similar machine-dependent characters should not be used.
  - 8) If the author is Japanese, the Japanese title of the article, the name of the author in Japanese, the name of the affiliation in Japanese and an abstract in Japanese should be attached.

## (2) Description of References

Citations should follow.

- 1) When citing a text, the author's name (surname) and the year of publication should be mentioned in brackets in the main text. Furthermore, the font should be the same as that of the main text.

Eg. Iwate (2016) suggested the importance of . . . .

. . . is shown as . . . (Takizawa et al., 2015) .

- 2) The cited literature should all be listed in alphabetical order at the end of the document. If there is more than one text by the same author, they should be arranged in order of the year of publication and distinguished by appending letters after the year of publication, such as 2016a, 2016b. The citations in the main text should also use the same letter to distinguish the sources.

- 3) The author's name should be cited as in the following examples:

- For Japanese literature: for up to three authors, the full names of the authors should be provided. In the case of four or more authors, “, et al.” should be added after the full name of the third author,
- For foreign literature: for up to three authors, the surname should be followed by the initial of the given name. In the case of four or more authors, the surname and initial of the first three authors are provided followed by “, et al.”

- 4) The format for listing references at the end is as described below:

- For magazines: Author name (year of publication) : title, name of the magazine, volume or volume (issue) , pages.

Eg. Yuriko Kanematsu, (2015) : Continuous Inquiry into Nursing Care, *Journal of Iwate Society of Nursing Science*, 9(1), 24-31.

Kanematsu Y., Fujiwara M., Nozaki T, et al. (2015) : Opening of Iwate Prefectural Institute of Health Practitioners in 1970 — Contributions of Nurses, Public Health Nurses, Dental Hygienist and others — , *Journal of Iwate Society of Nursing Science*, 10(1), 15-23.

Taro Kendai (2012a) : Fall prevention measures for the elderly in Hospital A, *Prefectural Magazine*, 35, 2-8.

Taro Kendai (2012b) : Fall prevention measures for the elderly carried out in association with family members, *Prefectural Journal of Nursing*, 8, 26-32.

- For books: Author name (year of publication) : title, publisher name, place of issue. Or: Author name (year of publication) : title of the paper, name of author, title, pages, publisher, place of issue.

Eg. Toku Ishii (2015) : *Medical Safety: The Nursing Professionals Taking Care of Patients*, Medical, Dental and Pharmacological Publishing, Tokyo.

Kazuko, Kikuchi (2014) : *Essential Nursing Philosophy for On-Site Practice: Evaluation of Nursing Plans*, Ishii T., Emori Y., Kawaguchi T., *Nursing Philosophy: Exploring and Practicing the Essence of Nursing*, 135-139, Gakken Medical Shujunsha, Tokyo.

- For translations: Name of the original author (publication year of original article/name of the translator, publication year of the translation) : title of the translation, name of the publisher, place of issue.

Eg. Patricia W. Hickey (1990/Yuriko Kanematsu, Keiko Kazuma 1991) : *Nursing Process Handbook*, Medical Journal, Tokyo.

- For websites: Author name (year of posting) : URL [date accessed]

Eg. Ministry of Health, Labor and Welfare (2014) : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/xxx./index.html> [Accessed February 3, 2015]

#### 4. Copyrights

- (1) The copyrights of all articles and content of the journal (including the online version on the web site) are reserved by the society.
- (2) Before using diagrams and highly original items published in the journal, users must apply for permission from the editorial committee of the journal. (E-mail applications will not be accepted.)
- (3) An application for permission should include:
  1. The volume, number, pages, year, title of the article, the name of the first author listed and the page number or number of the diagram for which permission is sought.
  2. The purpose of use.
  3. The full name, address, telephone and fax number, e-mail address and signature of the applicant.
- (4) Diagrams and other items for which permission for use is granted must be stated as a citation from the original article in footnotes or references.

September 28, 2019

## 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、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。

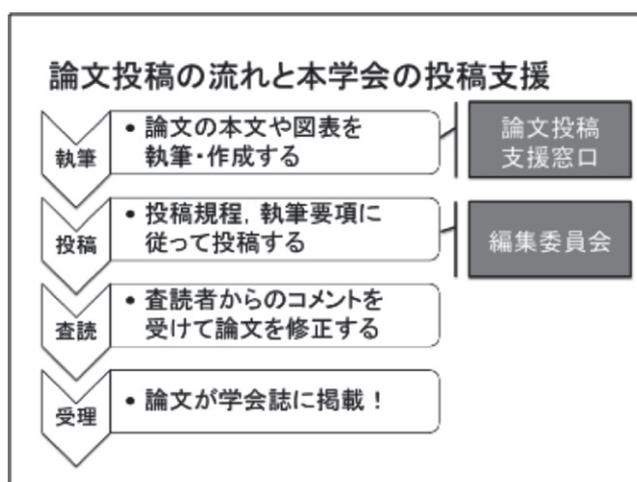
論文には、「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります。院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究、普段から取り組んでいる業務の改善などを、論文としてまとめてみてはいかがでしょうか。

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：鈴木美代子，及川 紳代
  
- 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）



## 編 集 後 記

岩手看護学会誌第13巻第2号を皆様にお届けすることができますことを大変うれしく思います。

今回は論文6編と多くのご投稿をいただきました。執筆者ならびに査読者の皆様に心より感謝申し上げます。本学会員の皆様からの論文投稿が増え、学会誌をとおして実践者と研究者の体験が共有されていくことを期待しております。

今後もより多くの皆様からのご投稿をお待ちしております。

(原 記)

### 編集委員

工藤朋子 (委員長)

及川紳代 (副委員長)

鈴木美代子 (副委員長)

金谷肇子

蘇武彩加

鳥居奈津子

中野千恵子

箱石恵子

原 瑞恵

藤澤由香

(五十音順)

---

岩手看護学会誌 第13巻 第2号

発行日 2019年11月29日

編集 岩手看護学会編集委員会  
代表者 工藤朋子

発行 岩手看護学会  
代表者 内海香子  
〒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

What is good point of Iwate Society of Nursing Science?

*Kyouko Uchiumi*

1

## Original Article

Constructing a Nursing Model for Interdisciplinary Cooperation in the Support of Families with Disabled Children : Working Towards Providing Total Care that Includes Family-based Care

*Mizue Hara, Noriko Shirahata*

3

## Research Reports

Literature Review on Postpartum Care Using the PRECEDE-PROCEED Model : According to Local Circumstances in Iwate Prefecture

*Yoko Yamamoto, Yukiko Yuda, Natsuko Kakizaki*

15

The Experiences of Patients Receiving Outpatient Chemotherapy for the Treatment of Unresectable Pancreatic Cancer

*Mariko Takayashiki, Kazuko Kikuchi*

27

A Research on End-of-life Care and Death Conferences of Nurses working at Medical Institutions in Iwate

*Miyoko Suzuki, Mutsumi Chida, Osamu Ito*

41

The Thoughts to the Cooperation with Medical Institutions of Visiting Nurses who Support Elderly with Diabetes Undergoing Insulin Therapy

*Atsuko Sato, Mutsumi Chida, Misako Kojima, Yoko Tsuchiya*

57

## Case Report

An Investigation of Factors Influencing the Limited Ranges of Motion in Patients after Surgery for Distal Radius Fracture

*Yuriko Kataoka, Mika Kobayashi, Megumi Sasaki, Reiko Kamiyama, Hitoshi Nozato*

67

## MENKOI Seminar

*Mutsumi Chida, Natuko Miura*

73

Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines

75

Information about Submission of Articles

84

Editorial Postscript

85

Volume 13 Number 2 November 2019