

富山大学看護学会誌

第13巻 1号

(2013年6月)

目 次

〈特別寄稿〉

ケアと正義を結ぶもの——終末期における倫理 盛永審一郎 …… 1

事例から考える臨床倫理 坂井桂子 …… 9

〈原著〉

がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状
山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉 理美子, 八塚美樹 …… 15

看護師の職場適応度測定尺度の再検討 藤本ひとみ, 高間静子 …… 25

〈短報〉

看護フィジカルアセスメントにおける足趾力評価の意義(第3報)
—転倒予防に対する足趾の機能に関する文献研究—
長谷奈緒美, 金森昌彦, 安田剛敏, 堀 岳史 …… 35

〈学会報告〉

第13回富山大学看護学会学術集会 …… 49

ケアと正義を結ぶもの——終末期における倫理

盛永 審一郎

富山大学大学院医学薬学研究部哲学

キーワード

ケアリング, 原則, 正義, 終末期

Bridge between care and justice —— Ethics at the end of life

Shinichiro MORINAGA

Key words

caring, principles, justice, end of life

最近「つなみてんでんこ」という言葉を耳にする。津波に襲われたときは、「てんでん」に逃げろという東北地方に伝わる言葉らしい。親のことを気遣ったり、子供のことを気遣ったりする暇もない、そうでなければ、村全体が全滅するというそれほどすさまじい地獄を体験した人たちが作り出した知恵なのだろう。しかし、もし親を見捨てて、子を見捨てて逃げた親子が偶然幸運にも助かって再会した時、この親子はともに理解し合えて、この世を楽しむことができるのだろうか、あのアブラハムとイサクがこの世の幸福を楽しんだように¹。

災害に見舞われたとき、トリアージに従事するのは看護師である。もしもう助からないような重症の患者に出会ったら、黒いタグをつけなければならない。傷ついた人の「まなざし」さえ見なければよかったのだ。しかしそのまなざしが「生命、おそれ、渇き、望み」で満ちていた場合、その看護師はどうすればよいのだろうか。もし、あの世というものがあり、そこで再会したとしたら、

あなたは、胸を張って「私は正しかった」といえるだろうか。いえるとしても、後ろめたさはないのだろうか。

ノディングスが挙げている例²は、もっと奇抜な例だ。10人の探検隊の話である。部隊は人食い人種につかまり、その酋長は隊長であるあなたが勇気ある行為を示せば、隊を無事解放するという。勇気ある行為とは、仲間の一人を選びその男を殺せというものである。隊長の目は隊員を見廻す。一人無事に帰れそうもないほど弱っている男に目が行く。その男を選ぼうとするとき、その男のまなざしに出会うというものである。

もしそれにもかかわらず、そうしたでしょう。そして、残りの9人は無事に帰り着いたでしょう。おそらくもうこの9人とて、お互いに顔を会わすことはないであろう。

終末期において看護師は一体どう行為すべきだろうか。ケアは倫理原則に優先するのだろうか。ギリガン、ノディングス、クーゼのケアリングの概念をもとにして、考察する。

I) ケアリングの概念

医療とは単に技術的能力や専門的知識の問題ではなくて、個別的な特定の人間としての患者と向き合い、ケア care することであるといわれる。そしてキュア cure の専門家である医師に対し、看護師は患者の身体上のニーズに傾注するという意味でのケアから、患者をホーリスティックにケアする専門家であるといわれる。ケアするとは何か。

クーゼはこれまでのケアの理論をまとめて次のように指摘している。

「思い切って単純化して言うと、看護師たちにとって、ケアのアプローチは正義のアプローチに劣るものではないということを教えてくれたのがギリガンだったとすれば、ノディングスは、ケアの看護理論に必要なのは『ケアリング』だけだと看護師たちに教えたのである。看護師がケアリングを行っている限り、普遍的な原則や規則、公平や正義という伝統的な考えにかかずらう必要はないと説いたのである」³。

1) ギリガン

ギリガンは、原則主義⁴に対してケアの観点は、道徳的成熟度の相違ではなくて、方向の相違ということだと指摘している。

ギリガンは以下のように問う。「ハインツという名の男が、病気の妻のいのちを救うために、薬を盗むべきかどうか思案しているとしよう。その薬は非常に高価で、ハインツには手が届かない。そして薬局の店主には薬の値段を下げる気はない。ハインツは薬を盗むべきか？」⁵ 少年ジェイミーは、薬を盗むべきだと答える。彼は、ここに財産と生命の間の価値観の葛藤の問題を見、生命の方に優先権があると、数学の方程式を解くように道徳的ジレンマを解決する。一方、少女エイミーは、ジレンマの中に数学の問題ではなくて、人間に関する、時間を超えて広がる人間関係の物語をみる。だから薬屋のハインツに対する対応の仕方の違いを指摘する。「だれかが、だれかを助けることのできる何物かを持っているなら、それをその人たちに与えなければならない」⁶、と。人間が生

きている世界は、抽象的で個人を超越した規則体系が支配する世界ではなく、人間同士の関わり合いによって織りなされた世界だというのである。このように、これまで道徳的行為者は公平で超越的ともいえるような対立する利害の裁定者として描かれており、愛や共感、ケアといった絆で他人と結ばれているような、人間関係に根ざした存在としては現れてこなかったとして、ギリガンは、女性のアプローチ、ジェンダーアプローチを主張する。それは、公平であることを原則とする「正義」の言語に対して、女性の言語、個人的な人間関係に根ざした「ケア」の言語だということである。

2) ノディングス

ノディングスもまた、倫理学は、おもに父の言葉で、つまり原理や命題という形で、正当化や公正や正義といった用語で議論されてきて、母の声は聞かれなかった、という⁷。ただし、母の声とは、性差ではなくて、父、母の態度、社会上の役割に根ざす相違とノディングスは指摘する。さらに彼女は、ケアの倫理学は互恵性 reciprocity の倫理学であるが、プラトンやロールズ John Rawls のような、「契約」論者のそれとは違い、ケアされるひと caried-for が、ケアする関係に与えるものは、ケアするひと one-caring がするようにふるまうという、ひとつの約束ではないし、「思慮」の一形式でもないという⁸。

ケアとは、心的な受動作用 mental suffering、ないしは専心没頭 engrossment の一状態のことで、ケアリングするとは、「査定したり、評価したりせず、およそ可能な限り、存在するものを受け入れること」⁹で、専心没頭している人は、見、聞き、感じている。だから「他人の靴を履いてみる」という、私がそこに自己を投入する、したがって結果的にもう一人の自己 ein alter ego がそこにある式の単なる感情移入とは異なるのである¹⁰。さらにケアにおいては、感情以上のもの、動機の転移 motivational shift が起こるとノディングスは指摘している。「私を動機づける活力がある他者に向けて流れ込むとき、……おそらくその他者の目的に沿って流れ込むとき、この転移が

起こる」,それは、たとえば、親が子供のために生きるというように、動機づける活力が共有されることである¹¹。ケアされている人の動機がケアしている私の動機となり、行動へと駆り立てるといふことである。だからケアする人は不承不承そのことをなすのではなく、あなたに関心を持って、あなたが大事だからそれをなすのであり、それだけにケアされる人も暖かみを覚えるのである。われわれは、何かや誰かの保護や、福祉や、扶助を託されているのであり、人間らしい情動を伴った反応こそが、倫理的な行動が生まれ出る源だと、ノディングスはいうのである。

ノディングスは道徳的成熟度の方向の相違を指摘するだけではなくて、原則主義のもとで起こる意識の退化と、公平性の原則の下で起こる「ものにされていること」、「こころをかけないケア caring about」¹²を批判している。

ノディングスは「正義の倫理」の何を批判したのだろうか。一つは、原則と規則に対する批判である。単純化し、分割し、一般化するという抽象化から具体性を守り、普遍化可能性から個別性を守るといふことである。要するに、世界に構造を押しつけようとする「分析的-客観的モードanalytic-objective mode」¹³が支配的で、ここでは意識の退化が生じている、というのである¹⁴。

原則や規則に照らして個々の状況を考えようとすると、その状況の中で何が重要な特徴であるかを「抽象的な方法」で決定し、選び出すことになるという点であり、重要な要素の選び方そのものが抽象的であると批判しているのである。

原則や規則を適用しようとするれば「抽象化」を避けて通ることはできず、ある状況をまさにその状況たらしめている特徴を無視し、切り捨てなければならない。ノディングスはこの「意識の退化」をサルトルから引き出している。ヤスパースも同じことを指摘している。倫理原則の硬直化・自動化に対する批判である。だから、ヤスパースは、カントの道徳的 moralisch 段階から倫理的 ethisch 段階¹⁵へとすすむ。まさにプロクルステス¹⁶のベッドのような原則主義が生み出す硬直化の批判である。

結局、原則の批判の核心は以下のことにある。

私たちの行為によって影響を受けるすべての人の利害を等しく配慮するように求める伝統的な道徳理論は、すべて私たちの自然な傾向と調和せず、「道徳的精神分裂症」をもたらす可能性があるといふことである。

もう一つは公平の原則の批判である。ノディングスは、公平を原則とする倫理では、個々人がそれぞれの目的を追求できなくなる、友人を赤の他人として扱う、特別な人間関係や動機から生まれた配慮や義務に十分注目することができないといふことが生じてくる、と批判している。公平の原則に対して個人的な関係を優先させる場合があることを論じた哲学者は、デンマークの哲学者キルケゴール¹⁷である。しかしキルケゴールの場合、それが認められるのは、絶対的なもの、すなわち神との関係におかれてなければならず、絶対的なものとの関係にあるかどうかは信仰の懊悩と不安の単独者の道を突き進むことだった¹⁸。キルケゴールの影響のもとに実存哲学を打ち立てたヤスパースもまたそうであるが、彼の場合は、神との関係に入ることに代わり、狭いが深い二者の間でなされる愛の闘争、理性的な連帯的闘争としての実存的交わりにおいてなされるものであった¹⁹。

ノディングスの場合、この公平の原則の批判として言いたいことは何だろうか。私に託されている者に対する責任を果たさなければ、いくら公平な態度を取ろうと、それは「心のないケア」にすぎず、他者の存在に責任を負うことはないし、結果的には誰も他人を助けないことになるからなのではないのだろうか。非個人的、公平を原則とする伝統的な理論は、ケアを行っている相手に対する義務ではなく、私たちの行動によって影響を受けるすべての人に対する普遍的な義務から行為するので、特別な人間関係や動機から生まれた配慮や義務に十分注目することができないといふことである。

ノディングスは、「共感的-受容的な感情モード affective-receptive mode」²⁰から生じるケアリングを主張した。「人間らしい情動を伴った反応こそが、倫理的行動が生まれ出る源である」²¹、「ケアリングという関係が倫理の基礎である」²²。

ノディングスにとっては、道徳的に行動するとい

うことは、公平の原則に則って思考することではなく、「共感的—受容的な……感情モード」から生じてくるケアリングという反応が伴うものである。それは、「世界に構造を押しつけている『分析的—客観的モード』とは質的に異なる」²³ ものであるという。自分がどうして今行っているように行動するのかと聞かれれば、「女性でも理由を示すことはできるし、また実際そうしている」が、「その理由は、感情やニーズ、印象を表わすものであることが多い」²⁴。ノディングスによれば、倫理は公平を原則とする理性から生まれるのではなく、「ケアする存在」に見られるような「共感的—受容的」モードから生じてくるのである。

以上述べてきたノディングスのケアの概念には明らかにノディングス自身がしばしば引用しているマルティン・ブーバー Martin Buber (1878-1965) の影響を見て取ることができる。ブーバーもまた主著『我と汝』²⁵ において「道徳ほどともにある人間の顔をわれわれからさえぎってしまうものはない」²⁶ と、抽象的で原則的な道徳を批判している。ブーバーによると以下のようなのである。

ブーバーは、人間が世界に対してとりうる態度は人間が語りうる根元語 Grundwort が二つであることに依じて二重である、という。この根元語とは、単一語ではなくて対偶語であり、「我—汝 Ich-Du」, 「われ—それ Ich-Es」のどちらかだという。人間はこのように二通りの言葉で我の前にあるものと出会うのである。

根元語「我—汝」を語るとは、存在するものをパートナーとして、「相向」させ、「観」、それを「受容する」関わりである。我—汝関係は、人格と人格との出会いの関係であり、呼びかけと応答との対話的關係である。ここには「関係の世界」がうちたてられる。ブーバーはそれを「出会い Begegnung」という言葉で特徴づける。

根元語「我—それ」を語るとは、存在するものを「対象」とし、「知覚」し「観察」し、すなわち「経験」し、それを「利用」する関わりである。この我は「個我」として発現し、自己を経験と利用の主体として意識する。それ独自の世界濾過器

を通じて現象させ、記述し、分析し、還元し、演繹しながら、他のものと比較し、それ独自の時間空間よりなる、「座標軸」, 「方位設定」の網の目の中に秩序づけていくのである。まるで幼い子がバラの蕾をむりやり開こうとする態度で、秩序づけられた世界、分離された世界を知覚する。

それに対し、出会いとは、向こう側の道のりに身をもって触れることであり、現実に関与するものとして「生きられる現実」なのである。それ故に、ブーバーは「我」という言葉は人間の「シボレット」であるという。出会いの中で「他者の存在との真の接触」が、「他者の存在に到達することが」できるのである。「関係の存在的行為から歩みでる人間の存在の中には、一つのより以上が、付け加わったものがある」、という。

ただ何かはこちらへ向かって語りかけられていること、このことを感受し、引き受ける行為、このような種類の知覚をブーバーは感得 (innewerden)²⁷ と名づける。そして、この瞬間存続しているがしかし感覚的には経験し得ない現実を、心の現前に持ち来たり、そこで保持するという、一つの能力を現実想像 (Realphantasie)²⁸ と名づける。たとえば、私が、他の人間がまさしく今意欲し、感じ、受け取り、考えていることを表象するという、しかもまさしく他者の現実内で、すなわちこの人間のこの生の経過として、表象するというのである。これはノディングスのいう、「共感的—受容的な感情モード」, 「専心没頭」, 「動機の転移」を思わせる。

しかし、ノディングスが、ケアリングの基礎を母-子の自然の情愛 natural caring²⁹ においたのに対し、ブーバーは、自然の情愛ではなく、「生得の汝 das eingeborene Du」³⁰ という形而上学的現実性にその基礎を置いた点が、ノディングスとブーバーを区別するものとなる。ブーバーにおいて、汝とは「永遠の汝 das ewige Du」³¹ のことなのである。そして、先に示したノディングスの批判、「私に託されている者に対する責任を果たさなければ、それは『心のないケア』にすぎず、他者の存在に責任を負うことはないし、結果的には誰も他人を助けないことになる」という批判はブーバーに対しても当てはまらないだろうか。し

かし一方、ノディングスに対しては、アリストテレスの友愛 (philia)³² と同様、「友はもう一人の自分であるから」、結局は自己愛に帰すという批判が生じないのか。

ノディングスは、以上のように、道徳的成熟度の方向性の相違だけでなく、さらに歩を進めて、ケアだけで倫理は「なり得る」とした。それに対して、クーゼは、ケアだけでは倫理には「なり得ない」とする。それは「ケアリングは恣意的なもの」³³、「ケアには限界もなく、公正も平等もない」、共通の道徳の言語を欠いているからである。そしてクーゼは、「徳としてのケア dispositional notion of care」³⁴ を提示する。それは、他者を受け入れようとする意欲と個別性に対する傾注であり、すべてを超えて患者と一体化することではない。患者の生理学的あるいは代謝上のニーズに傾注するという意味での「ケア」から、患者を「一人の個人として余すところなく」扱う、つまり道徳的な仕方で扱うという意味での「ケア=ケアリング」へ、というのである。それではクーゼの説くケア論を考察しよう。

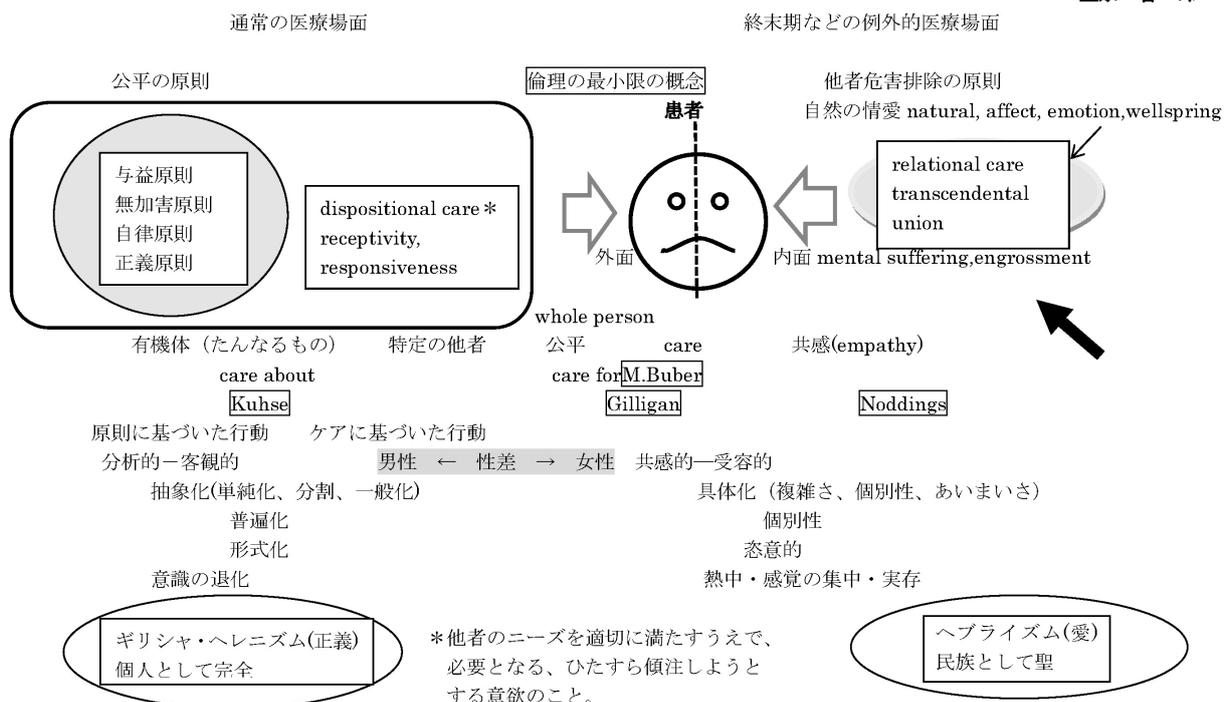
3) クーゼ「徳としてのケア」

クーゼがこの本を書くのは、ノディングスのケア論の批判である。「本章の目的は、ノディングスのケアの倫理が……、看護師と患者の関係の基礎としてふさわしいものかどうかをまず検討し、次にそれが看護師や看護職のあるべき倫理の理論的基礎になり得るかどうかを検討することである。この二つの問いに対する私の答えは、いずれについても<そうではない>というものである。さらに私は、このようなアプローチに潜む重大な危険性を示していくつもりである。看護師が専門職として自分の仕事を遂行する際に、ケアのアプローチだけに範を求めようとすると、前の世代の看護師や一般女性たちのように、ケアリングという女性的な性質や気質を賞賛されるかもしれないが、道徳的な主張をしたり、自分かケアを行っている人を代弁して発言することができない立場に追いやられてしまう危険がある」³⁵。

クーゼの提案するケア論は以下のようなものである。「『ケア』を広い意味でとらえて、他者の健康に関わる現実をありのままに理解し受けとめようと

臨床における倫理

盛永 審一郎



する意欲であると理解すると、私が『徳としてのケア』と呼ぶ概念をはっきりつかむことができるだろう。ケアというものをこのように理解すれば、すべてを超えて患者と一体化するというほとんど達成不可能な目標に看護師を向かわせることはない。ここで強調したいのは、受容性と感受性（反応する能力）が重要だということである。それは、リタ・マニングの言葉によれば、『他者のニーズを適切に満たすうえで必要となる、ひたすら傾注しようとする意欲』であり、また個別的な特定の人や状況がもつ特殊性が大事だということである。医療従事者が、このような意味で『徳としてのケアの提供者』であれば、患者のニーズに対して受容的だと言えるだろう。患者は単なる機能不全に陥った有機体としてではなく、特定のかけがえのない他者として、つまり固有のニーズ、信念、望み、欲求をもった個人として認識される。このように考えると、『徳としてのケア』とは、看護倫理の一環としてふさわしいだけでなく、医の倫理にも取り入れられるべきだということになるだろう³⁶。このようにクーゼの説くケアは、「他者を受け入れようとする意欲、他者のニーズを適切に満たすうえで必要となる、ひたすら傾聴しようとする意欲」「一つの気質としての、あるいは道徳的姿勢や性格的な徳としてのケア」³⁷ 論である。

クーゼはさらに終末期においてはノディングスのケア論へと歩を進めている。「このように見えてくると、ただ単に『ケア』しなさいと命じるだけの倫理的アプローチでは、看護師に実践的な指針を与えられないことがわかる。問題は、ケアという言葉の使い方が曖昧であることだけではない。患者の生理学的あるいは代謝上のニーズに傾注するという意味での『ケア』が、患者を『一人の個人として as a 'whole person' あますところなく』扱う、つまり道徳的な仕方では in a morally appropriate way 扱うという意味での『ケア』であるかどうか、それを決めることこそが本当の問題なのである。言い換えれば、患者の身体的ニーズに傾注し、身体の機能を維持・回復することが看護師の通常の役割の一つであることは明らかであるが、本当に問われているのは、どのような場合にいかなる理由でこの通常の意味でのケアリン

グの役割が終わり、これに代わって、看護師がもう一つの意味で患者をケアすることが許されるのかという問題である。このようなケアリングとは、患者を死ぬにまかせたり、あるいは死ぬ手助けをすることであるかもしれない。〈どのような場合にいかなる理由で〉というこの問いには、ケアの価値や目的を明らかにし、道徳的根拠からその価値や目的を正当化してみせることでしか答えることができない³⁸。

II) 終末期におけるケアリング—正義とケアを結び付けるもの

結局、クーゼの結論は以下のとおりである。「〈正義対ケア論争〉の言葉を使って言えば、万人の福利を正義にかなった方法で促進、保護するための原則や規則が必要とならないかぎり、ケアは原則や規則に優先されるべきだということである」³⁹。

「このことを〈倫理の最小限の概念 the Minimum Conception of Ethics〉を用いて表現してみると、次のようになる。自発的安楽死 voluntary euthanasia は許されるべきである。しかし、それは、私たちの行為によって影響を受けるすべての人びとの利益の公平な配慮 the equal consideration of the interests of all those affected by our actions と衝突しない限りにおいてのことなのである」⁴⁰。

まさにクーゼによると、終末期の患者の意思の選択にあっては、他者の危害を引き起こさない場合には、「人間関係に根差したケア」[一人の個人として余すところなく] 世話すること、「たんなるもの objects に扱われないように」世話することこそが求められるケアリングだということである。

それに対して、尊厳死はみとめてもよいが、安楽死は許容できないとか、緩和医療と安楽死は区別しなければならないという考えが、日本やドイツでは強い。日本では現在尊厳死法案が国会に上程されているが、その論拠もそうである。これらの議論は、意図と予見を区別し、たとえ死にいたることが予見されるとしても、殺すことを意図し

たのでないから、尊厳死は安楽死から区別されるというものである。これに対してクーゼは、意図と予見を区別する見方を次のように一蹴している。「着眼点を変えれば問題は解決される。判断能力のある患者の場合には、意図／予見の区別を放棄し、患者の同意を重視するのである。その結果、「医師がある行為を行った時、何を意図していたか」や「患者の予見された死は、どのようにして、いかなる方法で起きたのか」などは、重要な問題ではなくなる。代わって「これは患者が望んでい死に方か？」「これは患者自身の考えに沿った尊厳ある死と言えるか？」、そして「患者は同意していたのか？」という問題が重要になってくるだろう。死を引き起こすという作為と死ぬにまかせるといふ不作為の区別や、意図と予見の区別は、学問的にはいくらでも細分化していくことができるだろう」⁴¹。

クーゼは、自発的安楽死を許容すれば、非自発的、反自発的安楽死の許容へと「すべり坂」に陥るのではないかという懸念があることも認める。しかしこの懸念に対しては以下のように述べ、「信頼性」、「透明性」、「同意原則（自律性）」、「高福祉」の4条件を指摘することにより、この懸念も払しょくしている。「安楽死は合法化すべきでないというのである。この議論は、通常、1992年にオランダで行われた生命を終わらせる決定に関する研究報告、いわゆる「レメリンク・レポート」を根拠にしている。このレポートから、自発的安楽死の導入がその乱用と患者の虐待につながり、同意のない患者の命まで奪っていることは明らかだ、とこのような人たちは主張する。レポートが示しているのは、治療を差し控えたり中止したりする場合、あるいは死を早める緩和治療や安楽死を施す場合に、医師は必ずしも患者の同意を得ていないということである。そして、その理由はたいていの場合、死に逝く患者の苦痛ははなはだしいものであったが、患者に同意する能力がなかったということであった」⁴²。「確かなことは、安楽死の処置の乱用を防ぐ最善の方法は、医療における生命を終わらせる決定を透明性のあるものにする to make medical end-of-life decisions transparent であり、そのためには、社会の監視

が機能するような制度を整備することである。判断能力がある患者の場合は、医師の意図ではなく患者の同意に焦点を移すことで透明性を実現することができるだろう」⁴³。「判断能力のある患者の場合には、意図／予見の区別を放棄し、患者の同意を重視するのである」⁴⁴。「医師と患者の信頼関係 Trust in the doctor-patient relationship が損なわれていくことにもなる」⁴⁵。「もちろん、弱者が害を被らないように保護しなければならないし、安楽死を希望するよう圧力をかけられることのないよう保証しなければならない。このような危険は真剣に受け止められるべきであり、国民皆保険 universal health-care insurance が制度化されていない国においては、これは大きな問題である」⁴⁶。

これらの4条件が保証されて、終末期にある患者をひとりの個人として余すところなく関わるケアリングが成り立つというのである。現在、オランダ、ベルギー、ルクセンブルクのいわゆるベネルクス3国に安楽死法があるが、これらの国はこの4条件を満たしているかどうか、またそれを満たしていればそれで果たして十分かどうかという検討は稿を改めたい。

註

¹創世記第22章。

²Nel Noddings, *Caring*, U. of California, P.105. 邦訳『ケアリング 倫理と道徳の教育——女性の観点から（立山他訳）晃洋書房、164頁。

³Helga Kuhse, *Caring: Nurses, Women and Ethics*, Blackwell, 1997, p144. 邦訳『ケアリング』（竹内・村上監訳）メディカ出版、182頁。

⁴principlism 原則とは、これによって多くの道徳的な基準や判断が支持されたり、あるいは妥当性を与えられたりする、基本的な行為基準のこと。暫定的義務。つまり原則と他の義務とが衝突しないかぎり、原則は常に拘束力を持ち続けるというもの。皆が共有している共通道徳の中にあるもの。無加害原則（Non-maleficence）与益原則（Beneficence）自律原則（Respect for Autonomy）正義原則（Justice）があげ

られる。 Cf. Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 6Ed. pp.371-2.

⁵ Cf. Carol Gilligan, in a different voice, Harvard, 1993, p.25. 邦訳『もう一つの声』（岩男監訳）川島書店1986, 40頁.

⁶ Ibid. p.28., 邦訳45頁.

⁷ Cf. Nel Noddings, ibid., p.1.; 邦訳1頁.

⁸ N. Noddings, ibid., p.4.; 邦訳6頁.

⁹ N. Noddings, ibid., p.34; 邦訳53頁.

¹⁰ N. Noddings, ibid., p.30; 邦訳46頁.

¹¹ N. Noddings, ibid., p.33; 邦訳51頁.

¹² N. Noddings, ibid., p.112, 邦訳175頁.

¹³ N. Noddings, ibid., p.34-5.;, 邦訳53-54頁.

¹⁴ N. Noddings, ibid., p.34; 邦訳52頁.

¹⁵ Vg. Karl Jaspers, Einführung in die Philosophie, S.47f.

¹⁶ プロクリステスとは、ギリシャ神話に出てくる強盗で、旅人を捕らえて自分のベッドに寝かせ、身長が足りなければ引き延ばし、長すぎれば頭を切り落としたという。ここから、無理矢理合致を要求する図式の比喩として用いられる。原則主義が持つ抽象化とは、具体性を切り捨てていくものである。だから具体的な人間性の心情、つまり生きている他者に対する配慮が欠けているといえる。

¹⁷ Cf. S. Kierkegaard, Furcht und Zittern, 梶田啓三郎訳『おそれとおののき』（白水社、1962年）.

¹⁸ Vgl. a.a.O., 拙稿『例外的実存の三つの型』東北哲学会年報, No.2,1996, pp.1-13.

¹⁹ K. Jaspers, Philosophie 2Bd., Springer, 1956, S.60-73.

²⁰ N. Noddings, ibid., p.34., 邦訳53頁.

²¹ N. Noddings, ibid., p.3.

²² 同上.

²³ N. Noddings, ibid., p.34; 邦訳53頁.

²⁴ N. Noddings, ibid., p.3., 邦訳3-4頁.

²⁵ Martin Buber, Ich und Du, in : Werke. Erster Band., Munchen, 1962. 参照, 盛永審一郎, 「我-汝関係」と「我々-実存」—— M・ブーバーにおける汝のアポリア——, 倫理学年報第33集 85-100頁.

²⁶ M. Buber, Ebd., S.191.

²⁷ M. Buber, Ebd., 182,287.

²⁸ Vgl. M. Buber, Beitrage zureiner Philosophischen Anthropologie: in Werke, 1, S.422.

²⁹ N. Noddings, ibid., p.153.

³⁰ M. Buber, Ebd., S.96.

³¹ M. Buber, Ebd., S.128.

³² 参照, アリストテレス『ニコマコス倫理学』第9巻第4～9章. 特に1170b. 他者自身とは理性であり, 理性は自他無差別であるから.

³³ H. Kuhse, ibid., p.159-60. 邦訳202頁.

³⁴ H. Kuhse, ibid., p.150; 邦訳「気質を備えたケア」190頁.

³⁵ H. Kuhse, ibid., p.144; 邦訳182頁.

³⁶ H. Kuhse, ibid., p.150; 邦訳190-1頁.

³⁷ H. Kuhse, ibid., p.152; 邦訳192頁.

³⁸ H. Kuhse, ibid., p.158; 邦訳201頁.

³⁹ H. Kuhse, ibid., p.171; 邦訳219頁.

⁴⁰ H. Kuhse, ibid., p.186; 邦訳238頁.

⁴¹ H. Kuhse, ibid., p.194; 邦訳248頁.

⁴² H. Kuhse, ibid., p.193; 邦訳246頁.

⁴³ H. Kuhse, ibid., p.193; 邦訳246頁.

⁴⁴ H. Kuhse, ibid., p.194; 邦訳248頁.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ H. Kuhse, ibid., p.192; 邦訳245頁.

事例から考える臨床倫理

坂井 桂子

富山県立中央病院看護部

要 旨

1. 臨床倫理

医療のあり方として「できるだけ長く生命の維持をはかる」ことを重視するのは当然であるが、それと並行して「その時その時今現在を人間らしく自分らしく生活する」ことも重視されなければならない。病気を有し治療を続ける中でもどんな毎日を送っていきたいかという患者の思いが尊重され、実現できることが望ましいが、それに関わる家族の思いや医療者の考えは、それぞれの立場もあり微妙に異なることが多い。臨床においては、個々のケースを検討していくことが重要になるが、状況を整理し問題を明らかにしていくには、「倫理」的な視点が重要となる。白浜雅司は「日常診療の場において、医療を受ける患者、家族の関係者、医療者間の立場や考えの違いから生じる様々な問題に気づき、分析して、それぞれの価値観を尊重しながら、関係するものが納得できる最善の解決策を模索していくこと」が臨床倫理であると、個々の事例をジョンセンが提唱した4分割表を用いて倫理検討することを広めた。

倫理検討の基盤となる医療の倫理としては、ピーチャム&チルドレスが「自律尊重」「善行」「無危害」「正義」の4つの原則を提示している。4つの原則は医師はじめ医療者全体の共通倫理である。それらの原則の意図することを日本のことわざに例えてみれば、自律尊重＝「かわいい子には旅をさせよ」「失敗は成功のもと」、善行＝「長いものには巻かれろ」「老いては子に従え」、無危害＝「転ばぬ先の杖」等と考えられる。このように考えると、これらの原則は、臨床の場面では4つとも同時に満たすことができない、(原則間の対立：

関わるそれぞれの人の価値観が異なり、どうすればよいか意見が異なり対立・衝突している状況)ことは当然起こりうることである。また、ジレンマ：どのことも等しく重要であり、2つ以上の選択肢のどれを選択するか判断がつかずに悩む状況も、当然ありうることである。特に看護師は、患者・家族と医療者との間をとりもったり、治療の影響で変容している生活の営みを再構築するという調整役やゲートキーパー的な役割を有することより、患者や家族、医療者の価値観のズレに気づき悩むことが多く、ジレンマを有しやすい立場にある。

2. 倫理的視点での事例展開

日頃の看護場面において、倫理的視点でどのように検討し関わるかについて、事例を用いて説明した。

事例：不全片麻痺を有する独居の70歳代男性。大腸がん手術後、外来化学療法移行にあたり、医療者は退院後の生活に不安を感じ、介護保険申請を勧め、介護サービスをとりいれて生活することを提案した。患者は、医師には従順な態度を示し、看護師に対しては「自分は認知症老人と違う。介護保険は自分の適応ではない、申請は自分を抹消すること」と強い拒否の意向を示した。

倫理的視点においては、以下のことが重要であった。

1) 患者の日常生活の不安を感じとり、他医療者に投げかけていくのは、看護師の重要な役割である。

入院生活での排泄の失敗等から、今後の生活不安を予測し、看護カンファレンスを経て主治医に相談したことがその後の検討

に結びついた。

2) 多職種カンファレンスでの検討が重要である。

患者の医師と看護師に対する態度が異なり、患者のパターナリズム的な態度が見うけられた。

患者が各医療者に対してどのような対応をしているか多職種カンファレンスで情報共有し、今後の方向性を共通理解していくことや、各医療者の立ち位置を認識し対応していくことが重要である。

3) 患者と各医療者の価値観の違いを認識していくことが重要である。

患者は「自分がやりたいことであれば寝食を忘れるし、老人扱いはされたくない」と、マズローの「自己実現」や「承認」の欲求に価値をおき、看護師は「衣食足りてはじめて幸せ」と「生理的」な欲求に価値をおくという違いがあった。患者と看護師は異なったものに価値をおいているということを確認し、患者の価値観も尊重していくことが重要である。

4) ジョンセンの4分割表を用いて状況を整理することで、問題が顕在化され、解決のために検討しなければならないことが明らかになる。

外来化学療法という治療の方向性は、医療者と患者は一致していたが、今後の予測(医学的適応)は、医療者は厳しく予測し、患者(患者の意向)は大きな期待を持っていた。そして、QOLについて、医療者は生理的欲求を重視しリスクを避けることでQOLが保たれると考えているが、患者は自律に価値をおいていると考えられた。更に周囲の状況は、キーパーソンが不明で、患者が孤立している状況であり、周囲のサポートは困難な状況であることが確認された。

状況を整理した結果、患者の意向を尊重したいが、患者があまりにも現実離れした考えを持っていること、患者が現実に向き合うには、時間的猶予とタイムリーな情報提供が必要であることが示唆された。そこで、化学療法で予測される有害事象の説明を行い、過度な期待を修正し、介護保険制度の情報提供をしつつ、患者が頑なに介護サービスについて拒否する理由を聴いていくことになった。

最終的には、患者の意向を尊重し、介護保険申請は見送るということで収束した。結局患者の状況は何も変わることがなかった。しかし、多職種カンファレンスで検討し、患者と話し合いを重ねたことで、患者理解が深まったこと、一人暮らしを予測して看護援助や理学療法の具体的な支援内容を詰めることができたこと、更に今後の相談の可能性を残せたという面では意味があったと考える。

今回の事例を通して、臨床場面における倫理について、以下のことが重要であると考えられる。

- 1) 看護師自身の釈然としない思いをオープンにして話しあいをしていくことが倫理的行動の出発点となる。
- 2) 医療の中で「どうすることがよいことなのか」の判断は、本人・家族・医療者の各立ち位置や思いで異なり、複雑な要素を含み、混沌としている。混沌としている中から、各事例、その時々で最善の選択をしていくためには、患者や家族を含め多職種で検討していくことが必要である。
- 3) 検討にあたっては、倫理検討の各種ツールを参考にしていくことができる。
- 4) 検討し、関わっていくプロセスそのものが倫理的実践であると考えられる。

第13回富山大学看護学会学術集会

事例から考える臨床倫理

2012年12月15日
富山県立中央病院
坂井桂子

臨床倫理

日常診療の場において、
医療を受ける患者、患者の関係者、医療者間の
立場や考えの違いから生じる様々な問題に気づき、
分析して、
それぞれの価値観を尊重しながら、
関係する者が納得できる最善の解決策を模索していくこと
(白浜雅司)

個別の事例についての
個別の状況(問題)を
状況に関わる人たちが
互いの考えの違いに気づくことにより
それぞれそれぞれに納得のいくように
折り合い合意に至る
プロセスそのもの

臨床倫理における看護師の立ち位置の特徴

看護師は判断者や選択者ではない
患者は治療方針に対して医師と相談し方向性を決定

看護師は(医師との相談過程)の立ち会い者
決定したことを実行する人
与えられた制約の中で任務を実行する人
Chambliss(浅野祐子訳): ケアの向こう側(2002)

看護師はすき間を埋める人
治療の意思決定ができるよう患者・家族を支える
情報提供、気持ちを支える・・・

調整役
治療の影響により変容している生活の営みを
整える役割

ビーチャム&チルドレスの医療倫理の4原則

医療の中での判断の基礎となる行動の基準

自律尊重: 自律的な患者の意思決定を尊重する
かわいい子には旅をさせよ 失敗は成功のもと

善行: 患者に利益をもたらす
長いものには巻かれろ 老いては子に従え

無危害: 害や危害を負わせない、危害が及ぶのを避ける
転ばぬ先の杖

正義: 利益とリスクを考える、費用を公平配分する

原則の対立: 何を良しとするか意見が異なり、対立・衝突している
ジレンマ: 同じくらい望ましい(望ましくない)2つ以上の選択肢
があり、どれを選択するか判断がつかずに悩む

事例 概要①

A氏 70歳代男性 アパートで独居 仕事を退職後年金にて生活

既往歴: 脳梗塞後軽度片麻痺が残り、杖歩行
糖尿病で内服治療継続中

現病歴: 糖尿病他院通院中に肝障害を指摘され、検査を勧められた
多発肝転移を伴う大腸がんと診断
大腸部分切除術後軽快退院
術後化学療法導入目的消化器内科入院

入院後発熱を繰り返し、化学療法導入延期中

事例 概要②

患者の状態:
床上生活が主、移動は車椅子、理学療法にて歩行器歩行練習
排泄はリハビリパンツ着用しポータブルトイレ使用(下痢頻回)
食事は5分菜食を少量摂取
面会はなく、必要物品は売店に配達を頼んでいる

家族:
子は、外科入院時は面会に来ていたが、その後は距離をおいている
妻は事情があり連絡を拒絶
入院の保証人欄に同胞の名を書いているが交流はない

現状までの倫理的問題:
キーパーソンが不明
化学療法導入の適否について(利益とリスク)
本人の同意のみで治療を行うこと、状態急変時の対応について
病院側は本人と同意を取り交わしていた

事例 病棟看護師の悩み(今後の方向性)

排泄の失敗等入院生活全般に手がかかる
発熱が遷延 化学療法が延期され、今後の見通しがた
たない
化学療法ができるのか
退院して一人暮らしができるのか
今後は、社会的資源の導入も必要では？

↓

病棟看護カンファレンスを行い、主治医に相談

事例 主治医IC (今後の方向性)

多発肝転移があり、化学療法を計画している
転移部周辺の感染が遷延し、延期中
化学療法の目的は、延命、QOLの向上
がんの根治を目指すことはできない
通院できる体力がないと化学療法は困難:外来通院が原則
全身状態がよい人には効果が期待できる
A氏の場合は、懸念している
化学療法をすることで、むしろ全身状態が悪くなることもある
今後は

外来移行を視野に入れ、退院後の準備を進める
介護保険の申請を進め、今後のことを相談していく
化学療法ができない場合の入院の保証
緩和ケア病棟の面談を済ませる

本人よろしくお願
いします

事例 地域連携室Ns 面談

**介護保険申請は自分は適応ではないと思う
認知症の老人と自分とはちがう
申請は自分を抹消すること**

Ns:
医師の前での
昨日の態度とちがう！

自分のライフワークは、〇〇について調べること
図書館等外出していると、時間を忘れて楽しい
県外のホテルに常宿し、ライフワークを継続したい
食事はコンビニや食堂で食べる
体調悪化時は県外の病院で治療希望
紹介状をほしい
今の体調は、入院前の8~9割に戻っている

分析 本人の思い

医療者に対する思い
医師には従順な態度 権威に弱い
↓
看護師には、自分の意思を通そうとする
パターナリズム

何に価値をおくか
本人:新しい知識を蓄積する
自分がやりたいことであれば寝食を忘れる
↑
↓
自分は老人扱いされる人間ではない
看護師:食べる、排泄する等基本的な日常生活が
満たされることが重要
衣食足りて、初めて幸せ

Maslow:自己実現の欲求
Maslow:承認の欲求
Maslow:生理的欲求

分析 4分割表での現状把握

<p>医学的適応 化学療法が延命、QOL向上に寄与する可能性はあるが、現状では不確か 糖尿病等コントロールも懸念材料 化学療法不可の場合は、緩和ケア病棟も検討必要</p> <p>QOL 寝食を忘れるライフワークがある 化学療法を継続しながら、ライフワークを続けていきたい 現状のADLでは、食事、排泄、清潔等に支障があるが、介護のお世話になるほどではない 介護保険申請は自分を抹消すること</p>	<p>患者の意向 化学療法を希望している 治療で体調が良くなると思っている 今まで中断していたことをやりたい気持ちが大きい</p> <p>周囲の状況 家族:関わりたくない 治療にあたっては本人の同意のみ 経済面:身障にて医療費は助成あり 病棟の支払いに滞りなし 再入院や病状悪化時、病院関係者が困る 本人への支援体制は不明であり、本人も拒んでいる</p>
--	---

・治療の方向性に対する医療者の思いと患者の思いは一緒
方向性に対する予測は、医療者が厳しく、本人は甘い
・医療者は生理的欲求を重視しリスクを避けることを重視し
本人は、自律を重視している

分析 現状を解釈し、疑問点不明点を抽出

<p>医学的適応 化学療法にてADLが改善するわけではなく、有害事象も強い 通院化学療法時、単身公共交通機関利用では難しいかもしれない 糖尿病の生活管理は難しく、今後にどのような影響があるか？ 緩和ケア病棟面談時期として適切？</p> <p>QOL 化学療法奏効すればライフワークも可能であるが、基本的な生活基盤を確立することが最重要では？認識が甘い？ 自費介護サービス導入についての本人の気持は？ 今後の自分の人生全般について考えれば、ライフワークのみでいいのか？優先すべきことはないのか？ 身の回りを他者に委ねなければならぬ時のこの考えは？</p>	<p>患者の意向 化学療法で体調が良くなると思っており、期待感が強い 前医への怒りや現実否認したい気持ちがある 回復への過剰な期待となっている 介護保険申請を頑なに拒む理由は？ 介護保険に関する誤った情報解釈もあるのか？ ホテル利用を安易に考えているのでは？</p> <p>周囲の状況 本人のSOSを待っている状況なのか？ 身の回りのことを他者に委ねていかなければならないと病院が判断した時、病院との窓口として保証人と連絡をとっていいのか？それ以外は保証人と連絡をとることはできないのか？ 介護保険使用の出費の負担は？</p> <p style="font-size: small;">本人の意向を尊重したいが、本人があまりにも現実離れした考えを持っている 現実に向き合うには、時間的猶予とタイムリーな情報提供が必要</p>
--	--

分析をもとに働きかけの方向性	
<p>現実を見据えることを促す</p> <p>現行の介護保険制度についての情報提供をしつつ、 本人が頑なに自律を望む気持ちを聞いていく</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険申請は本人の自律を侵害するものではないことを説明 本人の意思で介護サービスを組み立てることを説明 自費での介護サービスについての情報提供 化学療法に対する過度な期待感の修正 <p>外来移行後の生活について、具体的にイメージを共有 外来化学療法通院に向けての支援について確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 体調悪化時、誰に自分のことを委ねていくか、何を優先してやらなければならないか、について事前に考えていく必要性を説明 	

対応 地域連携室Nsの対応	
<p>県外で暮らすのなら、治療の拠点自体の検討要 当院で治療継続するメリットはない</p> <p>現状のADLでは、介護認定の対象に十分なりえる</p> <p>ADL, IADL について具体的に質問するが、考えが甘い 自費での介護サービスの資源について説明</p> <p>介護認定を受けて、自分の意思で介護サービスを組み立てればいい 通院優先で住居を移すのであれば、有料老人ホームや介護付高齢者住宅は、自由度も高い</p> <p>具体的に情報提供 しかし荷物が多く二重賃貸が必要</p> <p>自分がしなければならないこと、したいことを整理し、優先度を考え、時には何かを諦めることも必要</p> <p>どこでどのように過ごしたいか考える必要</p> <p>本人：介護施設も結構自由なんだ 確かにきちんと食べることは大切だ……</p>	

対応 多職種カンファレンス → 本人面談①	
主治医、病棟師長、受け持ちNs含め病棟Ns、PT、MSW、地域連携室Ns	
<p>県外ホテルを諦め、アパートに帰ると言っている アパートは2階だが……</p>	<p>つかまり歩行でなら可能であろう 本人は体力を温存していると言っている 車いす自走できる 確認する 病棟内自立を支援していく</p>
<p>他院への怒りと現状否認の段階 介護申請は自分を抹消することと強い気持ちが変わらない</p>	<p>本人が拒否している以上は介護申請はすすめれない 自費ヘルパー等の情報提供済み 有料老人ホームや介護付高齢者住宅の概要は費用を含めて説明済み、今後必要時には相談していくことを話し済み</p>
<p>化学療法に過大な期待をしている</p>	<p>化学療法の副作用を説明、体調がよくなるというよりも現在の体調を維持することが目標であることを伝える 気力が大切、自分はこの状態を乗り越えれると信じている</p>
<p>通院化学療法時のサポートも必要</p>	<p>説明し、思いを聞く 友人に依頼する 友人には自分から話す</p>

対応 多職種カンファレンス → 本人面談②	
<p>日常生活の食事、排泄、清潔等や交通手段について確認必要</p>	<p>確認する 食事はコンビニ、洗濯はコインランドリー、入浴はスーパー銭湯 交通手段は低床バス スーパー銭湯についてお勧めでないことを話す 現在は退院後の体力温存のため医療者に頼っている しようと思えば一人で行ける 退院後をより具体的にイメージしていく</p>
<p>緩和ケア病棟についてどう思っているのか 介護目的入院であれば療養病棟の選択肢も検討要</p>	<p>聞く 緩和ケア病棟面談を進めてもよいか確認する 檜桶に入っていくところ。友人の面会に行ったからわかっていて、自分はこれから良くなっていくと思う 自分はまたその段階ではない</p>
<p>救急搬送時は他医療圏に搬送される可能性</p>	<p>本人に伝える</p>
<p>家族への連絡を本人が拒否する場合、病院としてどうするか</p>	<p>保証人への連絡について投げかける 保証人に連絡をしてもいいが、退院してからにしてほしい</p>

方向性の収束
<p>多職種カンファレンスによって患者の状況を共通理解 怒りや現状否認の心理段階であり 今後の治療に過度な期待を持っている 介護保険申請を拒む個人的な背景がある 自分のやりたいことを見失っていない がんとともに生きることもつながる…… 少しずつ現実的になっていることも見受けられる 今までの生活のデメリットも感じている 友人の支援を受けようと思うようになっていく</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>介護保険は申請せず、退院の方向 退院後の生活をイメージした理学療法 病棟内での自立支援を目指した働きかけ 今後の相談の可能性は残す</p>

まとめ
<ul style="list-style-type: none"> 看護師自身の釈然としない気持ちをオープンにして話し合いをしていくことが、倫理的行動の出発点となる 医療の中で「どうすることがよいことなのか」の判断は本人・家族・医療者の各立ち位置や思いで異なり、複雑な要素を含み、混沌としている 混沌としている中から、各事例、その時々で最善の選択をしていくためには、患者や家族を含め多職種で検討していく必要がある 検討にあたって、倫理検討の各種ツール等を参考にしていくことができる 検討し関わっていくプロセスそのものが倫理的実践(ケアの倫理)となりうる

がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状

山本 恵子¹⁾, 四十竹 美千代²⁾, 村上 真由美³⁾

泉 理美子⁴⁾, 八塚 美樹²⁾

- 1) 富山大学附属病院看護部
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部成人看護学1講座
- 3) 富山赤十字病院看護部
- 4) 富山県看護協会

要 旨

病棟看護師の在宅緩和ケアに関する認識の現状を明らかにすることを目的とした。2011年11月にがん患者の退院支援に関わった経験のある看護師30名を対象に自記式質問調査を行った。調査内容は、対象者の属性、在宅緩和ケアに関する看護師の認識30項目について調査した。回答様式には5段階のリッカート尺度を用いた。質問項目すべてについて単純集計を行った。また、質問項目すべてと対象者の属性との比較を Mann-Whitney のU検定を用いて行った。分析は SPSS Statistics19 を使用し、有意水準を5%とした。有効回答数は27名(90%)であった。対象者属性の緩和ケアチーム活動において有意差がみられた項目は、<在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>、<退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う> <自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>、<自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている>の4項目であった ($p<0.05$)。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験において有意差がみられた項目は、<在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>、<在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目であった ($p<0.05$)。病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をするにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まることが示唆された。

キーワード

がん看護、在宅緩和ケア、病棟看護師

はじめに

日本人のがん死者数が年間30万人を超え、3人に1人ががんを含む悪性新生物で死亡する時代となった。がんが国民の生命および健康にとって重大な問題となっている現状を踏まえ、「がん対策基本法」が平成19年4月から施行され、より一層

がん対策を推進していくための環境が整備された。これに基づく「がん対策基本推進計画」では、3つの目標が示され、この中に、「すべてのがん患者および家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が掲げられた。具体的には、第16条に「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われること」や、「居宅においてがん患者に

対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」が述べられている。このように、緩和医療と在宅緩和ケアの推進のために必要な施策を講じることは、国および地方公共団体の責務であるとして、全国的にその整備が推し進められているところである。

しかしながら、がん診療拠点病院の地域連携部門に従事している筆者が感じている現状としては activities of daily living (ADL) が低下したり、なんらかの症状を有するがん患者は、他の一般病院や緩和ケア病棟へ転院することが多く、富山県において、がん患者の在宅緩和ケアはあまり普及していない印象があった。そこで私たちは、県内の医療機関でがん患者の退院調整に関わる地域連携部門の看護師3人にインタビューを行い、退院調整看護師が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について調査した。その結果、在宅緩和ケアのシステムやネットワークに関する課題以外に、病院内における課題が明らかとなった。地域連携部門の退院調整看護師は、「病棟看護師は在宅緩和ケアを行うにあたり、どのようなことが必要かわかっていない場合がある」、「退院調整に関して病棟看護師の能力に差がある」、「院内のスタッフ教育が必要である」など、＜在宅緩和ケアに向けた院内のチーム作り＞、＜病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解＞が課題であると認識していた¹⁾。

このことより、私たちは、富山県における在宅緩和ケアの推進には、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識が大きく影響するのではないかと考えた。終末期がん患者の在宅移行に関する研究において、「看護師が在宅移行の推進者となるためには在宅移行支援の経験の積み重ね方が重要となる」²⁾ という報告や、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因について、「在宅ターミナルケアに対する医療従事者の態度・姿勢」や「在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさ」³⁾ が挙げられていた。このように、入院中、がん患者の最もそばにいる病棟看護師が、在宅緩和ケアに関する知識や情報をもって、積極的に患者や家族に在宅療養への意思確認をできるこ

とは、在宅緩和ケア推進に大きく関わるものと考えられる。

そこで本研究では、在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状を明らかにすることを目的とする。これにより、在宅緩和ケアへの移行を妨げる病院内での課題が明確になり、在宅緩和ケア推進の糸口になると期待できる。

用語の定義

在宅緩和ケア：あらゆる病期のがん患者が、在宅で療養する際に受ける緩和ケアを意味する。

看護師の認識：在宅緩和ケアに関連した、看護師の知識、判断、行動（経験）、意向を意味する。

研究方法

1. 研究デザイン

自己記入式質問紙調査

2. 対象

県内（2施設）のがん診療連携拠点病院の病棟に勤務する、がん患者の退院支援に関わった経験のある看護師30名

3. 調査方法

2011年11月、対象施設の看護部長へ、調査趣旨、方法を説明した文書を添えて調査協力を依頼した。調査票は、無記名とし、留め置き回収とした。

4. 調査内容

1) 対象者の属性

性別、年齢、看護師の経験年数、がん看護の経験年数、緩和ケアチームでの活動経験、緩和ケア病棟での勤務経験、がん看護に関する資格、訪問看護など在宅に関する勤務経験、在宅において家族の看取りの経験、在宅緩和ケアに関する研修参加、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験について尋ねた。

2) 在宅緩和ケアに関する課題への看護師の認識

予備調査において抽出した在宅緩和ケアの7つの課題より、19項目で構成された独自の質問紙調査票を作成し、プレテストを実施し、その表現妥当性を確認した。その結果をもとに研究

者間で調査項目をさらに検討し、全30項目の質問紙調査票を作成した。

回答形式には5段階のリッカート尺度を用いた。

5. 分析方法

対象者属性については、記述統計処理を行い、在宅緩和ケアに関する看護師の認識については、全30項目について単純集計を行った。また、看護師の認識全30項目と、対象者の属性との比較をMann-WhitneyのU検定を用いた。

6. 倫理的配慮

研究協力は自由意思であり、協力しなかったことで不利益は生じないこと、個人が特定できないように無記名で良いこと、収集したデータは目的

以外には使用しないことについて文書で説明し、同意を得た上で回答を得た。

なお、本研究は富山大学倫理審査委員会の承諾（臨認23-38号、平成23年7月25日）を得て実施した。

結 果

対象者30名全員から回答があったが、そのうち有効な回答を得た27名を分析対象とした（有効回答率90%）。

1. 対象者の属性（表1）

対象者27名はすべて女性で、年齢は24～58（平

表1 対象者の属性

		(n=27)
項	目	人数
性別	女性	27
年齢	20歳代	11
	30歳代	8
	40歳代	5
	50歳代	3
看護師経験	3年未満	1
	3年以上5年未満	2
	5年以上7年未満	3
	7年以上10年未満	9
	10年以上20年未満	4
	20年以上	8
がん看護経験	3年未満	6
	3年以上5年未満	4
	5年以上7年未満	5
	7年以上10年未満	9
	10年以上20年未満	2
	20年以上	1
緩和ケア病棟勤務	あり	2
	なし	25
緩和ケアチーム活動	あり	8
	なし	19
がん看護に関する資格	あり	0
	なし	27
在宅での家族の看取りの経験	あり	4
	なし	23
在宅緩和ケアに関する研修参加	あり	11
	なし	16
医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験	あり	18
	なし	9

均34.5±6.2) 歳, 20~30代が7割を占めていた。看護師経験年数は2~37(平均28.3±9.2)年, がん看護経験年数は0~25(平均9.8±3.6)年, 緩和ケアチーム活動経験あり8名, 経験なし19名, 緩和ケア病棟での勤務経験あり2名であった。全員が, がん看護に関する資格はなく, 在宅に関する勤務経験もなかった。また, 在宅での家族の看取り経験は, あり4名, なし23名で, 在宅緩和ケアに関する研修参加については, あり11名, なし16名であった。医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験については, あり18名, なし9名であった。

2. 在宅緩和ケアに関する看護師の認識(表2)

対象者の8割以上が3または4または5で回答した項目を「認識していた項目」とすると, <8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う: 85.2%>, <14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う: 85.2%>, <15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う: 81.5%>, <16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う: 88.9%>, <22. 日中, 一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う: 88.9%>, <24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して, 患者の急変を想定した情報提供を行っている: 96.3%>, <29. 今まで, 在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において, 悩んだ経験がある: 96.3%>の7項目であった。

また, この7項目のうち, 4または5で回答した対象者が5割以上を占めた項目を「認識が高かった項目」とすると, <14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う: 55.6%>, <24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して, 患者の急変を想定した情報提供を行っている: 59.3%>, <29. 今まで, 在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において, 悩んだ経験がある: 63.0%>の3項目であった。

対象者の5割以上が, 1または2で回答した項目を「認識が低かった項目」とすると, <1. 地域において多職種の連携が必要である: 70.4%>、

<2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている: 63.0%>, <3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている: 74.1%>, <4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている: 74.1%>, <9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う: 51.9%>, <10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う: 63.0%>, <12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている: 70.4%>, <20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている: 74.1%>, <28. 自分の働く職場において, 在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている: 74.1%>の9項目であった。

対象者属性の「緩和ケアチーム活動」において有意差がみられたのは, <7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>, <26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う> <27. 自分の働く職場において, 療養場所の選択を行う時, 在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>, <30. 自分の働く職場は, 在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時, 相談できる部門や人材が整っている>の3項目で, 緩和ケアチーム活動ありの群の平均値が高かった($p<0.05$) (表3)。

「在宅での家族の看取りの経験」と「在宅緩和ケアに関する研修参加」に関しては, 有意差は見られなかった。

「医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験」において有意差がみられたのは, <3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>, <12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目で, 医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験ありの群の平均値が高かった($p<0.05$)。

以上より, 病棟看護師は, 在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において悩んだ経験があり, 在宅緩和ケアには住民の理解が必要であると認識

表2 在宅緩和ケアに関する認識

項目内容	n=27				
	全く～ ない	少し は～ である	～で ある	とても ～で ある	非常に ～で ある
	1	2	3	4	5
1. 地域において多職種の連携が必要である	n 4 % 14.8	15 55.6	7 25.9	0 0.0	1 3.7
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	n 0 % 0.0	17 63.0	9 33.3	0 0.0	1 3.7
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	n 11 % 40.7	9 33.3	3 11.1	3 11.1	1 3.7
4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	n 7 % 25.9	13 48.1	5 18.5	2 7.4	0 0.0
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	n 4 % 14.8	9 33.3	8 29.6	5 18.5	1 3.7
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	n 1 % 3.7	8 29.6	9 33.3	9 33.3	0 0.0
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	n 0 % 0.0	8 29.6	12 44.4	7 25.9	0 0.0
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	n 0 % 0.0	4 14.8	14 51.9	8 29.6	1 3.7
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	n 0 % 0.0	14 51.9	9 33.3	3 11.1	1 3.7
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	n 6 % 22.2	11 40.7	8 29.6	2 7.4	0 0.0
11. 自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている	n 0 % 0.0	11 40.7	14 51.9	1 3.7	1 3.7
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	n 5 % 18.5	14 51.9	7 25.9	1 3.7	0 0.0
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 8 % 29.6	5 18.5	13 48.1	1 3.7	0 0.0
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 0 % 0.0	4 14.8	8 29.6	14 51.9	1 3.7
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 3 % 11.1	2 7.4	10 37.0	9 33.3	3 11.1
16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 1 % 3.7	2 7.4	11 40.7	13 48.1	0 0.0
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	n 1 % 3.7	5 18.5	14 51.9	7 25.9	0 0.0
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	n 0 % 0.0	9 33.3	11 40.7	6 22.2	1 3.7
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	n 0 % 0.0	7 25.9	12 44.4	6 22.2	2 7.4
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	n 4 % 14.8	16 59.3	3 11.1	4 14.8	0 0.0
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	n 0 % 0.0	11 40.7	11 40.7	5 18.5	0 0.0
22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う	n 1 % 3.7	2 7.4	23 85.2	1 3.7	0 0.0

23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	n	3	10	9	4	1
	%	11.1	37.0	33.3	14.8	3.7
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	n	0	1	10	14	2
	%	0.0	3.7	37.0	51.9	7.4
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	n	1	12	11	2	1
	%	3.7	44.4	40.7	7.4	3.7
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	n	1	7	15	4	0
	%	3.7	25.9	55.6	14.8	0.0
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	n	3	5	11	5	3
	%	11.1	18.5	40.7	18.5	11.1
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	n	3	17	5	2	0
	%	11.1	63.0	18.5	7.4	0.0
29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある	n	0	1	9	17	0
	%	0.0	3.7	33.3	63.0	0.0
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	n	2	5	9	11	0
	%	7.4	18.5	33.3	40.7	0.0

していた。また、一緒に働く看護師や薬剤師は在宅緩和ケアに理解があると認識しており、日中患者が一人になる場合の在宅緩和ケアは困難で、在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対しては患者の急変を想定した情報提供を行っているとして認識していた。また、属性による比較では、緩和ケアチーム活動経験のあるものは、かかりつけ医の役割をより認識しており、療養場所の選択には在宅緩和ケアを含めて多職種で話し合うことができていると認識し、悩んだ時には相談できるリソースがあるという認識が高かった。また、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験があるものほど、在宅緩和ケアにおける調剤薬局の役割や在宅緩和ケアを行うにあたって連携をとるべき職種を知っていると認識していた。

考 察

本研究の結果から、がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状が明らかになった。＜1. 地域において多職種の連携が必要である＞、＜2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている＞、＜3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている＞、＜4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている＞、＜12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている

る＞の項目において、対象者の認識が低く、逆に、＜14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う＞、＜15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う＞、＜16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う＞の項目については認識が高かったことから、病棟看護師は、院内における他職種の役割についての認識は高いが、地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が低いと考えられる。それゆえ、＜20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている＞の項目においても認識が低いという結果につながったものと考えられる。吉田³⁾もまた、終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因として、在宅ターミナルケアに関する医療従事者の知識・情報・資源の少なさを報告していることから、病院に勤務する看護師は地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が不足する傾向にあると考えられる。

＜9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う＞、＜10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う＞において認識が低いという結果より、病棟看護師は、地域や院内において在宅緩和ケアが浸透しているという認識が低かったと考えられる。厚生労働省が2008年に実施した「終末期医療に関する調査」⁴⁾において、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想

表3 緩和ケアチーム活動経験および退院調整経験有無別の認識

n=27

項目内容	緩和ケアチーム経験		退院調整の経験	
	あり n=8 平均(SD)	なし n=19 平均(SD)	あり n=9 平均(SD)	なし n=18 平均(SD)
1. 地域において多職種の連携が必要である	2.50(1.20)	2.11(0.66)	2.63(1.19)	2.05(0.62)
2. 地域における在宅緩和ケアが推進していることを知っている	2.75(1.04)	2.32(0.48)	2.75(1.04)	2.32(0.48)
3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている	2.37(1.51)	1.89(0.99)	2.88(1.25)	1.68(0.95)*
4. 在宅緩和ケアにおいて40歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている	2.25(1.04)	2.00(0.82)	2.63(1.06)	1.84(0.62)
5. 在宅緩和ケアを選択した患者に社会資源、介護サービスなどについての情報提供を行っている	2.87(1.25)	2.53(1.02)	3.13(1.13)	2.42(1.02)
6. 在宅緩和ケアを行う上で、病院が果たす役割を知っている	3.12(0.83)	2.89(0.94)	3.25(0.71)	2.84(0.96)
7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている	3.50(0.53)	2.74(0.73)*	2.88(0.83)	3.00(0.75)
8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う	3.25(0.89)	3.21(0.71)	3.13(0.99)	3.26(0.65)
9. 自分の住む地域において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.87(1.13)	2.58(0.69)	2.88(0.99)	2.58(0.77)
10. 自分の働く病院において在宅緩和ケアは浸透していると思う	2.50(0.93)	2.11(0.88)	2.63(1.06)	2.05(0.78)
11. 自分の働く病院において在宅緩和ケアについて多職種間でよく理解されている	3.12(0.99)	2.53(0.51)	3.00(1.07)	2.58(0.51)
12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている	2.25(1.04)	2.11(0.66)	2.50(0.53)	2.00(0.82)*
13. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	2.12(0.99)	2.32(0.95)	2.75(0.89)	2.05(0.91)
14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.62(0.92)	3.37(0.76)	3.75(0.89)	3.32(0.75)
15. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	3.50(1.31)	3.16(1.07)	3.75(1.04)	3.05(1.13)
16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.50(0.53)	3.26(0.87)	3.63(0.74)	3.21(0.79)
17. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアに関して理解していると思う	3.12(0.64)	2.95(0.85)	3.00(0.76)	3.00(0.82)
18. 一緒に働く医師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う	3.00(1.07)	2.95(0.78)	3.25(1.04)	2.84(0.76)
19. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と在宅緩和ケアについて話し合う機会がある	3.12(1.13)	3.11(0.81)	3.25(0.89)	3.05(0.91)
20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている	2.75(1.16)	2.05(0.71)	2.75(1.04)	2.05(0.78)
21. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族と意識して関わる機会を持っている	2.87(0.83)	2.74(0.73)	3.00(0.76)	2.68(0.75)
22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う	3.12(0.35)	2.79(0.54)	3.13(0.35)	2.79(0.54)

23. 在宅緩和ケアを受けている患者が急変した時をイメージすることが出来る	3.12(1.13)	2.42(0.90)	3.13(1.13)	2.42(0.90)
24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている	3.87(0.64)	3.53(0.70)	3.88(0.83)	3.53(0.61)
25. 退院調整に関わり、在宅緩和ケアを選択した患者の退院後の生活状況を知りたいと思う	2.87(1.13)	2.53(0.70)	2.63(1.19)	2.63(0.68)
26. 退院調整に関わった患者の生活支援状況について知りたいと思う	3.25(0.46)	2.63(0.76)*	2.75(0.89)	2.84(0.69)
27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている	3.75(1.04)	2.68(1.06)*	3.25(1.16)	2.89(1.15)
28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている	2.62(0.74)	2.05(0.71)	2.38(0.74)	2.16(0.76)
29. 今まで、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整において、悩んだ経験がある	3.50(0.53)	3.63(0.60)	3.88(0.35)	3.47(0.61)
30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている	3.75(0.46)	2.79(0.98)*	2.88(1.13)	3.16(0.90)

*p<0.05

定)と告げられた場合、「自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか」という質問に対し、一般国民の66.2%、医師の55.7%、看護師の43.3%が「実現困難である」と答えている。このことから本研究の結果は、在宅緩和ケアが一般においても医療従事者においても「実現困難」と考えられている現状を反映した結果であったと考えられる。

また、<22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う>、<24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている>において認識が高かったことから、病棟看護師は、在宅緩和ケアにおいて患者の急変を想定しているため、家族が常に患者のそばにいる状況でないと在宅緩和ケアは難しいと認識していると考えられる。大川²⁾らの、終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識の調査において、在宅移行を阻害する要因の影響度として、「家族は仕事があり在宅で介護できなかった」の項目の認識が高かったことから、病棟看護師は在宅緩和ケアにおいては家族が常に介護できる状況を重視する傾向があると考えられる。

<28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている>で認識が低かった。これは、吉田³⁾らの研究においても、終末期がん患者の在

宅ケアへの移行への取り組みを阻む医療従事者側の要因に【人間の生死について語り合うことのできない人間関係】【患者や家族の意向を確認しないままの判断基準】が挙げられていることから、終末期の療養の場の決定という局面において、患者や家族と話し合うことが難しいという現状を反映した結果であったと考える。

緩和ケアチーム活動の経験の有無において、<7. 在宅緩和ケアを行う上でかかりつけ医の果たす役割を知っている>、<27. 自分の働く職場において、療養場所の選択を行う時、在宅緩和ケアを含めて多職種間で話し合いが行われている>、<30. 自分の働く職場は、在宅緩和ケアを選択した患者の退院調整について悩んだ時、相談できる部門や人材が整っている>の3項目で有意差がみられた。これは、緩和ケアチームの活動を通して、多職種間で在宅緩和ケアについて話し合うことを経験することにより、かかりつけ医の果たす役割や、院内のリソースの活用方法の理解につながっているからではないかと考えられる。同様に、医療依存度の高い患者の退院調整に関わった経験の有無において、<3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている>、<12. 在宅緩和ケアを行うにあたってどのような職種と連携をとればよいか知っている>の2項目において有意差がみられたことから、実際に看護師が退院調整を経験したことによって、

在宅緩和ケアにおける地域との連携の仕方をより理解できていたためではないかと考えられる。大川²⁾が、「看護師は、終末期がん患者の在宅移行の経験により在宅移行に対する考え方が肯定的となり、また実際の移行に向けての援助経験を重ねることで、阻害要因の影響を緩和できると捉えていた」と報告していることから、病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をするにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まるのではないかと推測される。

今後の課題

本研究は対象者が27名と少なかったため、富山県全体に在宅緩和ケアを推進していくためには、今後、県内すべてのがん診療連携拠点病院における病棟看護師の在宅緩和ケアの課題の認識を明らかにする必要がある。

結 語

がん患者の在宅緩和ケアシステム構築に向けた病棟看護師の認識の現状を調査した結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 病棟看護師は、院内における他職種の役割についての認識は高いが、地域の社会資源、地域ネットワークに関する認識が低かった。
- 2) 病棟看護師は、地域や院内において在宅緩和ケアが浸透しているという認識が低かった。

- 3) 病棟看護師が在宅緩和ケアに関わる何らかの経験をするにより、在宅緩和ケアに対する認識が高まることが示唆された。

謝 辞

本研究に協力していただいた看護師の皆様に深く感謝いたします。なお本研究は富山大学医学薬学研究部寄付部門在宅看護学講座への寄付金により実施した。

参考文献

- 1) 山本恵子, 四十竹美千代, 村上真由美, 泉理美子, 長光代, 八塚美樹: 在宅緩和ケアシステム構築に向けた退院調整に関わる看護師の認識. 日本がん看護学会誌 26: 257, 2012.
- 2) 大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和, 森下利子, 鈴木志津枝: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認識. 高知女子大学紀要 58: 19-29, 2008.
- 3) 吉田亜紀子, 藤田佐和, 大川宣容, 森下利子, 鈴木志津枝: 終末期がん患者の在宅ケア移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因. 高知女子大学紀要 55: 1-9, 2006.
- 4) 厚生労働省: 「終末期医療に関する調査」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> (参照日2013-3-27).

Current status and recognition of ward nurses for cancer patients of home-based palliative care

Keiko YAMAMOTO¹⁾, Michiyo AITAKE²⁾, Mayumi MURAKAMI³⁾
Rimiko IZUMI⁴⁾, Miki YATSUDUKA²⁾

- 1) Division of Nursing, Toyama University Hospital
- 2) Department of Adult Nursing, Graduate School of Medicine
and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 3) Division of Nursing, Toyama Red Cross Hospital
- 4) Toyama Nursing Association

Abstract

The purpose of this study was to elucidate the current understanding of home-based palliative care among ward nurses. In December 2012, we distributed a self-administered questionnaire to 30 nurses who cared for cancer patients discharged from a hospital. The questionnaire included subject attributes and 30 items related to nurses' understanding of home-based palliative care. Responses were recorded using a 5-point Likert scale. The questionnaire was processed by simple tabulation. Furthermore, all the questionnaire items were compared against subject attributes using the Mann-Whitney U-test. Analyses were performed using the statistical software SPSS statistics 19, and a p value of less than 5% was considered significant.

Valid responses were obtained from 27 nurses (90%). In palliative care team activities, we found a significant difference between subject attributes and the following 4 items: "awareness about the role of a primary care physician when conducting home-based care," "concern about supporting patient lifestyle in discharge planning," "conducting discussions with various medical professionals including home-based palliative care professionals in one's own workplace when selecting a place of care," and "having human resources or a division available at the work place that can be consulted when there are concerns about discharge planning for patients who have selected home-based palliative care" ($p < 0.05$). With regard to experience involving discharge planning for patients requiring intensive care, a significant difference was found with the following: "knowing the type of services provided by pharmacies for home-based palliative care" and "knowing which professions to coordinate with while providing home-based palliative care" ($p < 0.05$).

Our results suggest that ward nurses may increase their understanding by acquiring experience related to home-based palliative care.

Key words

cancer nursing, home-based palliative care, ward nurses

看護師の職場適応度測定尺度の再検討

藤本 ひとみ, 高間 静子

福井医療短期大学看護学科

要 旨

本研究では、看護師の職場適応度測定尺度を作成し、その信頼性・妥当性について検討した。看護師の職場適応を測定するための項目原案は、先行文献と看護師の経験等の概念枠組みに沿って作成した。対象者は、300床以上の総合病院に勤務する看護師700名とした。因子分析の結果、「業務自律」、「上司との関係」、「職場雰囲気」、「環境受容」の4因子20項目からなる尺度であった。本尺度は、内容妥当性、回答分布の偏り、弁別的妥当性、基準関連妥当性、信頼性が確認でき、高い信頼性と妥当性のある尺度であることが確認できた。

キーワード

看護師, 職場適応度, 尺度

はじめに

看護師が看護師としての職務を遂行するには、その組織における目標や役割に応じた行動をすることが求められる。しかし、各々の看護師はそれぞれの考え方を持っており、柴田ら¹⁾は、看護師がバラバラに仕事を行ったのでは、組織全体の仕事の目標はうまく達成できないため、それぞれの看護師の行為が全体目標に最大限の貢献をするよう、看護師の仕事の調性を行ない、あるいは、看護師の行為が全体目標との関連からみて、最も適切であるように統制をする仕事が必要になると述べている。そのためには、組織で働く看護師が、その職場において適応しているかをみる指標が必要となる。

福島²⁾は適応について、人と環境との「関係」を示す概念であり、両者が調和した良い関係にある状態としている。また、田崎³⁾は、適応について、個人の行動がうまく、その個人の目的にかなっていて、しかも、社会的にも、集団に受け入れられるようになされているかという点を評価の基準と

して考えられると述べている。つまり、適応している状態は、個人とその人を取り巻く環境も含めて良い状態であり、これは、その個人と組織においても良好な状態である事を示唆している。また、適応は、評価の基準として使用することができることより、指標として妥当であると考えられる。

ハヴィガースト⁴⁾は、人間の一生を乳幼児期から老年期の6段階に分けているが、その中の青年期の課題には職業に関する発達課題がある。また、成人初期から、人は就職をし、生活の時間の多くの時間は職場での生活が続けられ、職場における適応自体は、成人期の職業に就いている人の課題である⁵⁾と述べている。つまり、職業を持つ成人期にある人は、その職場での適応が求められている。

職業上の適応について、古川⁶⁾は、組織へ新たに加入した個人が、有能な組織人として成長していくためには、いくつかの組織内環境に適応しなければならないと述べている。また、藤本ら⁷⁾は、「自分の仕事をうまくやっている状態、または、自分の仕事に満足しそれに生きがいを感じている

状態」と述べ、これは、看護師が自分の所属する職場に適応して仕事をしていることは、看護師自身のやる気の向上にも繋がり、これが、その組織の発展にも繋がる事を示唆している。

先行研究をみると、採用選考・適正配置・人材育成等の職場適応性テスト（DPI）、一般職業適性検査（GATB）等があるが、看護師を対象とした看護師の職場適応を測定する指標はなかった。本研究では、看護師の職場適応度を測定するための尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検証した。

用語の定義：看護師の職場適応とは、看護師が勤務する職場において、個人がその職場の環境の規範にも慣れて、調和的な関係に達すること。

理論的背景

看護師が職場に適応をするためには、先行研究、自己の経験等より、「患者関係」「同僚関係」「上司との人間関係」「仕事・業務」「職場の雰囲気」「職場自律度」「仕事評価」「生活利便性」「職場の規則」等の要因が考えられた。

看護師が職場適応に影響する要因の一つに、患者の感謝や患者の病状回復といった肯定的な反応があるとの報告⁸⁾がある。これらは、ケアを必要としている患者との関係で看護師としての役割を確認したことから仕事を継続する気持ちが高くなり、看護を続ける、看護師でありつづけることの動機付けにつながる⁹⁾ことから来るものと考えられる。つまり、患者からの良い関係は職場適応を促進させるが、逆に捉えると、患者との関係の善し悪しが看護師の職場適応に影響することに繋がると考えられる。したがって、「患者関係」は看護師の職場適応に影響するものと考えられる。

看護師の職場適応と他者の存在に関する報告では、分かち合う同僚看護師の存在があることで、仕事に関する情報交換をしたり、励ましあったり、愚痴を言い合い発散したりと情緒的サポートを担っている存在である¹⁰⁾との事より、つまり、「同僚関係」は看護師の職場適応に影響するものと考えられる。

看護師の職場において仕事上の困難の中に、職場での人間関係を指摘している^{11)~12)}。また、中

でも「上司との人間関係」においては、ストレスの原因¹³⁾となっていることや、仕事での行き詰まりや離職願望の理由¹⁴⁾との報告より、「上司との人間関係」は看護師の職場適応に影響するものと考えられる。

看護師の仕事は、勤務形態、業務量の多さ、多重な役割、生死に関する業務である等、多種・多様性があり、多忙である。新人看護師の場合、職場適応に影響する要因の一つに業務に関すること¹⁵⁾がある。これらは、勤務形態や、基本的な看護業務に適応できないとリアリティショックとなり、職場に適応できず離職する原因¹⁶⁾に繋がるとの報告がある。つまり、「仕事・業務」に関する内容は看護師の職場適応に影響するものと考えられる。

看護師の職場の雰囲気についての研究はみあたらないが、新人看護師に対するサポート的な職場の雰囲気として、常に質問ができる雰囲気が職場にあることは有効な支援¹⁷⁾との報告がある。また、同じく新人看護師を対象とした報告では、病棟全体の雰囲気のなかで自分の居場所を感じたり、仕事の厳しさを感じるとことは、乗り越えのプロセスになる¹⁸⁾ことより、仕事の継続に大きく影響するものと考えられる。さらに、看護師の職場の特性の中に、忙しい、余裕のない雰囲気や馴染みにくい雰囲気はエネルギーを喪失させる¹⁹⁾との報告より、この様なエネルギーを喪失させる原因が職場の雰囲気のなかに持続すると不適応となり離職に繋がる事が想定される。これらのことより、「職場の雰囲気」は看護師の職場適応に影響するものと考えられる。

自律とは、他からの支配・制約などを受けずに、自分自身で立てた規範に従って行動すること²⁰⁾とある。看護師の自律性とは、本研究においては科学的根拠に基づいた知識があって初めて一人で患者に対して看護が実践できることとする。看護師の病院組織内における役割は、葛藤を生じやすく、自律性の確立はきわめて困難な状況におかれている²¹⁾との報告より、葛藤を乗り越えて自律性を獲得することが職場適応に繋がるものと考えられる。また、自己の職業に積極的な関心を持ち、目標を設定して計画的・自律的に行動することが、

職業生活に適応し発達することに繋がる²²⁾ことより、「職場自律度」は看護師の職場適応に影響するものと考える。

新卒看護師の職場適応に向けた支援に関する研究²³⁾では、病棟スタッフからチームの一員として受け入れられることや、努力を認めるような言葉をかけられることを望んでいた結果がある。このことは、看護師の職場において単に上司や先輩看護師、同僚との人間関係が良い関係にあるだけでなく、個人が自分を認めてくれていると感じられる内容の声掛け、つまり、仕事に関して自分のことを評価してくる他者からの評価が重要と考える。また、自分の仕事についての意義、価値を認識させることは、“仕事そのもの”の因子に関連する²⁴⁾ことより、「仕事評価」は看護師の職場適応に影響するものと考える。

看護師の職場環境において、自宅から職場までの通勤時間が長いことは、変則的な業務である看護師の場合、職場継続に影響するものと考える。特に、幼少期の子供がいる場合、共働きであると

途中で保育園に子供を預けてから職場へ向かうことになるため、自宅から職場までの距離が長い場合、職場の近くに引越しをするケースや、これらの理由より職場を去った同僚等もみられた。これらより、「生活利便性」は看護師の職場適応に影響するものと考える。

あらゆる組織には必ず規則が存在する。組織に適応するためには、職場の規則に慣れる事が必要となる。看護師の職場においては、ユニフォーム・シューズは規定のものを使用する組織がある。しかし、自由に選択できるようにして欲しい等の要望がある場合、組織に対して慣れた状態にはならない。これらより、「職場の規則」は看護師の職場適応に影響するものと考える。

以上のことから、看護師の職場適応の概念枠組みは、「患者関係」、「同僚関係」、「上司との人間関係」、「仕事・業務」、「職場の雰囲気」、「職場自律度」、「仕事評価」、「生活利便性」、「職場の規則」の9つとした。(図1)

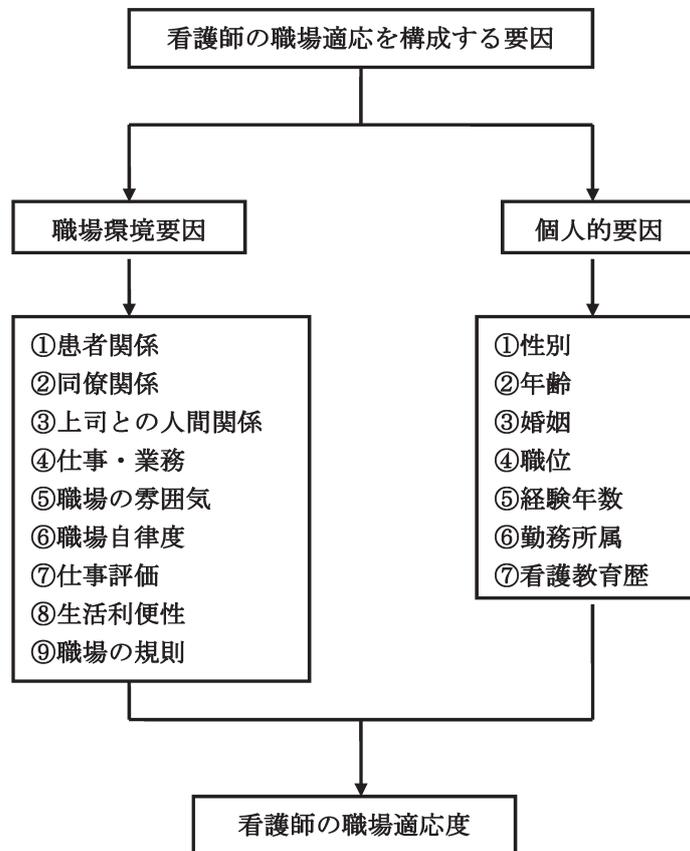


図1 看護師の職場適応度の概念図

研究方法

1. 質問紙原案の作成

看護師の職場適応の概念枠組みは、先行研究の尺度の項目や自己の経験等より9つの概念（患者関係、同僚関係、上司との人間関係、仕事・業務、職場の雰囲気、職場自律度、仕事評価、生活利便性、職場の規則）が推定されたので、質問紙原案はこれらの9つの概念について測定するための質問紙原案として、各概念につき6項目ずつ合計54項目作成した。回答肢は、5段階リッカート法とし、適応度の強度に従って5点から1点を与え得点化した。

2. 調査内容

調査内容は、看護師の職場適応度をみるための質問紙原案54項目、基準関連妥当性をみるための心理的ストレス反応尺度²⁵⁾の質問項目53項目、対象者の属性として、性別、年齢、婚姻、看護経験年数、職位、所属、教育歴等とした。

3. 内容妥当性の検討

看護系の大学・短期大学の教授3名により、看護師の職場適応の各概念を測定できる質問項目になっているか確認をした。

4. 表面妥当性の検討

臨床経験10年以上の看護師5名に質問項目について、理解できない調査項目、回答しがたい項目、類似の項目の有無を聞き検討した。

5. データの正規性の検討

回収した調査用紙の回答されたデータの分布に偏りのある項目を排除するために、各項目の得点の尖度と歪度で正規性を確認した。

6. 因子的妥当性の検討

質問紙原案の54項目の構成因子について、主因子法、プロマックス回転を実施し、固有値1以上、因子負荷量0.37以上を項目決定の基準とした。また、累積寄与率も確認した。

7. 弁別的妥当性の検討

各質問の識別力を検討し、質問項目の中で排除すべき項目の有無を確認する目的で、GP分析を行った。

8. 基準関連妥当性の確認

看護師の職場適応の概念と関連する概念を測定している既存の尺度として、心理的ストレス反応尺度53項目を使用して得たデータと、職場適応として算出されたデータ間の相関は、Pearsonの積率相関係数を算出した。

9. 尺度の信頼性の確認

本研究では、内的整合性による方法として、下位項目をすべて独立なもののみなし、それら間の等質性の指標であるCronbachの α 係数を推定値とし、尺度の各項目の値が分散1に標準化されている場合の α 係数を算出した。

10. 調査対象と期間・方法

調査対象は、300床以上の総合病院に勤務する看護師700名とした。調査期間は、2011年8月～同年9月とした。調査方法は、2週間の留置法とした。

11. 倫理的配慮

調査表には研究の主旨等について説明した依頼状を添付し、回答は無記名とし回答者を特定できないこと、調査依頼に応じられなくても不利益を被らないこと、調査結果は研究以外に利用しないこと、調査表の回収をもって承諾を得ること、データ入力後の調査表はシュレッダーで細かく処理し廃棄する旨を添付し配布した。また、本研究は、2011年7月13日に福井大学医学部倫理審査委員会の承認を得た。（第283号）

12. データの解析

データの正規性は尖度と歪度で確認し、尺度作成の過程にそって因子的妥当性、弁別的妥当性、基準関連妥当性、信頼性の確認等を行った。データの統計ソフトはSPSS11.5jを使用した。

結 果

1. 調査対象の背景

対象者の背景は、調査用紙の全配布数は760部、回収数は712部（回収率：93.6%）、有効回答数は700部（有効回答率：92.1%）であった。（表1）

2. データの正規性の検討

本調査結果から得られたデータの正規性の確認は、回答分布の偏りを確認するために、各質問の尖度・歪度の統計値を確認し、排除する項目は4項目あった。

3. 内容妥当性の検討

看護系の大学・短期大学の教授3名により、看護師の職場適応の各概念を測定できる質問項目に

表1 対象者の属性

n=700			
属 性	区 別	人数	全体(%)
性 別	女 性	672	96.0
	男 性	28	4.0
年 齢	20 代	314	44.9
	30 代	215	30.7
	40 代	128	18.3
	50代 以上	43	6.1
婚 姻	既 婚	297	42.4
	未 婚	403	57.6
経験年数	0～5年	332	47.4
	6～10年	156	22.3
	11～15年	98	14.0
	16～20年	40	5.7
	21～25年	33	4.7
	26年以上	41	5.9
職 位	看 護 師	567	81.0
	看 護 師長	41	5.9
	副看護師長	92	13.1
勤務所属	内科系病棟	215	30.7
	外科系病棟	426	60.9
	外 来	31	4.4
	そ の 他	28	4.0
看護教育歴	大 学 院卒	20	2.9
	大 学 卒	258	36.9
	短期大学卒	145	20.7
	専門学校卒	277	39.5

なっているか確認をした結果、指摘された項目はなかった。

4. 表面妥当性の検討

臨床経験10年以上の看護師5名に質問項目について、理解できない調査項目、回答しがたい項目、類似の項目の有無を聞き検討し補正した。

5. 因子的妥当性の検討

因子的妥当性は、主因子法、プロマックス回転で因子分析を行った。固有値1以上、因子負荷量0.37以上を項目決定の基準とした。その結果、4因子20項目が抽出された。累積寄与率は40.907%であった。（表2）

6. 弁別的妥当性の検討

各質問項目の識別力を見る為に、GP分析を行った。その結果、20項目はそれぞれ有意差がみられた。（ $p < 0.001$ ）（表3）

7. 基準関連妥当性の検討

本尺度で測定した得点と、心理的ストレス反応尺度で測定した得点との関係をPearsonの積率相関係数で検討した結果、本尺度と心理的ストレス反応尺度は、 -0.497 を示し、1%水準で有意差が認められた。（表4）

8. 尺度の信頼性の検討

看護師の職場適応度測定尺度の信頼性係数は、Cronbachの α 係数を算出した。その結果、第1因子（0.844）、第2因子（0.779）、第3因子（0.742）、第4因子（0.685）で、尺度全体では（0.859）であった。（表5）

考 察

看護師の職場適応度を測定するための質問紙原案54項目の因子分析を行った結果、4つの因子が抽出された。第1因子5項目、第2因子5項目、第3因子5項目、第4因子5項目、合計4因子20項目であった。

第1因子の、「職場で大抵のことは自分の判断

表2 看護師の職場適応度測定尺度の因子分析（主因子法・プロマックス回転）

項目	因子名				
	業務自律	上司との関係	職場雰囲気	環境受容	
第1因子	職場で大抵のことは自分の判断でできる自信がある	0.856	-0.017	-0.073	0.032
	看護業務の殆どを他人の助けがなくてもできる	0.819	0.018	-0.048	-0.107
	職場の状況を判断して動いている	0.740	-0.037	0.111	0.054
	職場の看護業務が難しくない	0.601	0.151	0.020	-0.054
	自分の担当範囲の看護業務量を処理できる	0.466	0.035	0.172	0.048
第2因子	上司からの注意が苦にならない	-0.019	0.818	0.032	-0.129
	上司の忠告がストレスになっていない	0.059	0.689	0.049	-0.049
	上司の自分に対する評価がストレスになっていない	0.052	0.636	0.000	0.087
	自分の判断が受け入れられなくてもストレスを感じない	-0.075	0.606	-0.044	0.078
	職場の命令や仕事のやり方に対する指摘がづらい*	0.018	0.415	-0.066	0.120
第3因子	同僚からの注意も素直に受け止めることができる	-0.237	0.088	0.647	0.125
	同僚の仕事を助けることができる	0.239	-0.123	0.611	-0.058
	上司への報告が大抵のことはできる	0.176	0.084	0.566	-0.155
	患者の依頼事を面倒なく受け入れることができる	-0.030	0.084	0.558	0.014
	患者の苦痛に向かい合うことができる	0.163	-0.129	0.502	0.072
第4因子	職場ではよい方法・考え方等を取り上げてくれる	0.196	0.035	-0.124	0.595
	今の職場では指導を受けやすい	-0.120	0.066	-0.067	0.559
	今の職場で学びを感じる	-0.138	-0.034	0.170	0.554
	自分の働きに相応した評価がされている	0.072	0.139	-0.053	0.542
	失敗・苦痛時には同僚からの支援がある	-0.076	-0.089	0.273	0.379
	固有値	6.214	2.561	1.725	1.162
	寄与率	24.643	8.781	4.983	2.500
	累積寄与率	24.643	33.424	38.407	40.907

* 逆転項目

「できる自信がある」、「看護業務の殆どを他人の助けがなくてもできる」、「職場の状況を判断して動いている」等、つまりこれらは、業務に対して自律ができてきていることから、「業務自律」と命名した。また、因子負荷量が近い0.856と0.819の質問項目については、GP分析にて各質問項目の弁別力を検討した結果、0.1%有意水準があった事より、これらは独立した質問項目であると判断した。

第2因子は、「上司からの注意が苦にならない」、「上司の忠告がストレスになっていない」等、上司との関係には適応できていることを現しているということから、「上司との関係」と命名した。第3因子は、「同僚からの注意も素直に受け止めることができる」、「同僚の仕事を助けることができる」等、職場の事が気にならなくなり、職場の

同僚たちの忙しさ、仕事の進行度なども気にかけるなど、職場の雰囲気に適応できるものと判断し、「職場雰囲気」と命名した。

第4因子は、「職場ではよい方法・考え方等を取り上げてくれる」、「今の職場では指導を受けやすい」、「今の職場では学びを感じる」等、職場の環境に受容し適応できていることから、「環境受容」と命名した。

以上、推定した9つの概念枠組みより因子分析の結果、4因子の構成概念妥当性が確認された。弁別的妥当性は、GP分析による比率の差を検討した結果、すべての項目において有意差があった。したがって、弁別的妥当性の確認がされた。基準関連妥当性は、看護師の職場適応度に関連する概念である心理的ストレスを用いて得られたデータとの関係の結果、1%水準で有意な負の相関がみ

られた。尺度の信頼性の確認は、Cronbach の信頼性係数 α で行った結果、第1因子から第4因子間においては、0.685から0.844の範囲にあり、

表3 GP分析

下位尺度	上位群 (N=175) 平均得点	下位群 (N=175) 平均得点	t検定
因子1-1	2.31	3.78	-17.57***
因子1-2	2.52	3.79	-15.46***
因子1-3	2.73	4.02	-17.89***
因子1-4	2.53	3.83	-16.45***
因子1-5	3.02	4.09	-14.85***
因子2-1	2.13	3.56	-17.03***
因子2-2	2.33	3.09	-18.81***
因子2-3	2.30	3.76	-18.05***
因子2-4	2.27	3.30	-12.86***
因子2-5	2.67	3.60	-10.36***
因子3-1	3.28	4.09	-12.36***
因子3-2	3.51	4.29	-12.24***
因子3-3	3.54	4.40	-12.95***
因子3-4	3.07	4.10	-13.74***
因子3-5	3.11	3.91	-12.57***
因子4-1	2.92	3.93	-14.04***
因子4-2	2.99	3.83	-9.630***
因子4-3	3.37	4.27	-11.56***
因子4-4	2.78	3.72	-13.73***
因子4-5	3.42	4.08	-8.680***

***p<0.001

表4 基準関連妥当性

n=700	
心理的ストレス反応尺度	
看護師の職場適応度 測定尺度	-0.497**
Pearsonの積率相関係数	** p < 0.01

表5 信頼性係数

因子	項目数	α 係数*
第1因子	5	0.844
第2因子	5	0.779
第3因子	5	0.742
第4因子	5	0.685
尺度全体	20	0.859

*Cronbachの α 係数

尺度全体においては0.859であった。第4因子の信頼性係数 α は0.685であったが、「信頼性係数は0.70あればよく、おそらく0.60でも十分だろう」²⁶⁾との報告がある。したがって、本尺度は信頼性のある尺度であると判断した。

結 語

看護師の職場適応度を測定するための質問項目は、因子分析を行った結果、4因子20項目が抽出した。第1因子は「業務自律」、第2因子は「上司との関係」、第3因子は「職場雰囲気」、第4因子は「環境受容」と命名した。本尺度は、内容妥当性、表面妥当性、因子的妥当性、弁別的妥当性、基準関連妥当性が確認でき、また、信頼性の高い構成概念妥当性のある尺度であることが確認できた。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査に御協力戴きました施設の看護部長の皆様、看護師の皆様へ感謝致します。

引用文献

- 1) 柴田明子, 小林富美江, 松浦健児: 職業的適応—よりよきナースの職業への指標—. 医学書院, p192, 1962.
- 2) 福島 章: 性格心理学新講座 (第3巻) 適応と不適応. 金子書房, p3, 1989.
- 3) 田崎醇之助: 働くものの心理学. 中央経済者, p86, 1975.
- 4) R.J. ハヴィガースト: ハヴィガーストの発達課題と教育. 川島書店, 1997.
- 5) 大貫敬一, 佐々木正宏: 適応と援助の心理学—適応編—. 培風館, 1998.
- 6) 古川久敬: 組織デザイン論—社会心理学的アプローチ—. 誠信書房, 1989.
- 7) 藤本喜八: 職業の世界—その選択と適応—. 日本労働協会, 1975.
- 8) 三輪聖恵, 志自岐康子, 習田明裕: 新卒看

- 護師の職場適応に関連する研究. 日本保健科学学会誌 12: 211-220, 2010.
- 9) 本田彰子, 牛久保美津子: 新卒1年目の臨床現場での体験-職場適応の実際と他者の存在-. 千葉大学看護学部紀要 26: 39-43, 2004.
- 10) 前掲6), p 40.
- 11) 真壁幸子, 木下香織, 古城幸子: 職業経験5年以内の看護師の早期離職願望と仕事への行き詰まり感. 新見公立短期大学紀要 27: 79-89, 2006.
- 12) 古市清美, 鹿村真理子, 小野彰夫, 宮崎祐幸: 新人看護師の職場適応. 群馬バース大学紀要 1: 41-50, 2006.
- 13) 藤原千恵子, 本田育美, 星 和美, 石田宜子, 石井京子, 日隈ふみ子: 新人看護師の職務ストレスに関する研究-職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析-. 日本看護研究学会雑誌 24: 77-88, 2001.
- 14) 前掲8), p 83.
- 15) 前掲9), p 33.
- 16) 水田真由美: 新卒看護師の職場適応に関する研究-リアリティショックからの回復を妨げる要因-. 日本看護科学学会誌 23: 41-50, 2004.
- 17) 久留島美紀子: 新人看護師が先輩看護師から受けた効果的な支援. 人間看護学研究 3: 39-42, 2004.
- 18) 粟生田友子, 西方真弓, 浦山留美, 大久保明子, 横田陽子: 新人看護師の職場認知と適応に関する質的研究. 新潟県立看護大学学長特別研究報告書2007, pp51-59, 2008.
- 19) 大川貴子, 室井由美, 池田由利子, 五十嵐文枝, 市川和可子, 大藪七重, 佐藤るみ子, 木村英子, 鈴木千衣: 新卒看護師が認識する先輩看護師からのサポート. 福島県立医科大学看護学部紀要, pp9-23, 2004.
- 20) 松村 明: デジタル大辞泉. 東京, 小学館, 2006.
- 21) 天野正子: 専門職化をめぐる看護婦 学生の意識構造, 看護研究 5: 181-200, 1972.
- 22) 中原博美, 亀岡智美: 新人看護師の職業的成熟度に関する研究-現状及び関係する特性に焦点を当てて-, 看護教育学研究 19: 21-34, 2010.
- 23) 中村令子, 村田千代, 高橋幸子: 新卒看護師の職場適応に向けた支援に関する研究-職務ストレスの職位別傾向に関する実態調査-. 弘前学院大学看護紀要 1: 41-50, 2006.
- 24) 菅原 馨: 人事管理シリーズ〔17〕職場適応不適應の発見と管理. ぎょうせい, 1976.
- 25) 新名理恵, 坂田成輝, 矢富直美, 本間 昭: 心理的ストレス反応尺度の開発. 日本心身医学会 30: 29-38, 1990.
- 26) 近藤潤子: 看護研究-原理と方法. 医学書院, p 246, 1994.

Re-examination of nurses' workplace adaptability scale

Hitomi FUJIMOTO, Shizuko TAKAMA

Department of Nursing, Fukui College of Health Sciences

Abstract

This research created a scale to measure nurses' workplace adaptability and examine the reliability and validity of the scale. The items in the draft to measure the workplace adaptability were created by using the conceptual framework of existing literature and nurses' experience. The focus group consisted of 700 nurses working at general hospitals with over 300 beds. The result of the factor analysis was a scale that had 20 items and was constituted by four factors: "work autonomy," "relationship with superiors," "workplace atmosphere," and "acceptability of the environment." The content validity, distribution, deviation of replies, discriminant validity, criterion-related validity, and reliability of the scale were confirmed. This research affirmed that the scale was both highly reliable and valid.

Key words

nurse, workplace adaptability, scale

看護フィジカルアセスメントにおける足趾力評価の意義（第3報）

—転倒予防に対する足趾の機能に関する文献研究—

長谷 奈緒美¹⁾，金森 昌彦²⁾，安田 剛敏³⁾，堀 岳史⁴⁾

- 1) 浦山学園富山福祉短期大学看護学科
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部人間科学1講座
- 3) 富山大学大学院医学薬学研究部運動器病学・整形外科学講座
- 4) 飯山赤十字病院整形外科

要 旨

医学中央雑誌 Web 版から、「フィジカルアセスメント（理学的検査）・下肢機能」または「フィジカルアセスメント（理学的検査）・足趾機能」をキーワードで検索し、合計38件の文献について、論文の概略を検討した。下肢機能について報告された32件の文献では、特定の疾患を有する患者または同一の手術を受けた患者を対象に調査した文献が15件と最も多く、65歳以上の高齢者を研究の対象としている文献は13件、健常者を対象としている文献が4件であった。また足趾機能に関する6件の論文ではすべてが健常成人に対するものであり、高齢者や疾患を有する患者に対してアプローチした文献はなかった。合計38件の文献のうち、転倒予防を視点とした論文は29件（76.3%）であったが、看護の立場から検討した論文はなく、また下肢機能に関する文献の中で、足趾にまで言及している論文は1件のみであった。しかし足趾機能のみに関する文献の中で、立位歩行バランスに着目している文献を3件認めた。看護フィジカルアセスメントの中で、下肢機能あるいは足趾機能への注目度は極めて低いが、転倒予防の立場で考えるとこれらの機能に対するアセスメントも必要ではないかと考えられた。

キーワード

看護，フィジカルアセスメント，運動器，足趾

はじめに

フィジカルアセスメントは人間の五感を用い、患者の身体的状態を総合的に把握することである。医療機器が発展していなかった頃より医師によって実施されていた診察法であり、病態診断や治療効果を把握する目的で行われる。看護職においても在宅、施設など活動の場が拡大したことで、独自の判断を求められる機会が多くなり、対象を適切に評価し報告できる能力が必要となったことか

ら、フィジカルアセスメントの教育が浸透してきた。これは緊急時の適確な判断、異常の早期発見・合併症の予防など患者に生じる問題点を明らかにし、看護ケアの実施につなげていくために、科学的根拠と観察能力を基盤とした重要な技術とされる。換言すれば、看護におけるフィジカルアセスメントとは生活機能に関連するアセスメントを行い、セルフケアへの教育的援助（自己測定・状態判断・意思決定・動機づけ）や日常生活援助につなげることである。

近年、我が国は世界でも類を見ない高齢化社会へ変化し、社会生活機能を悪化させる要因の一つとして、転倒が挙げられるようになった。転倒の疫学に関するレビュー¹⁾によると、1年間における65歳以上転倒発生率はおよそ6.8~22.9%とされる。このような状況に対応し、2006年には運動器の機能が低下して、転倒しやすくなった状態について「運動器不安定症」²⁾という概念が確立し、保険病名として認可された。日常生活動作 (activities of daily living: 以下 ADL) は、姿勢保持機能、移動機能、作業機能などの運動機能が大きく関与しており、その基盤となっているのは、行動範囲を拡大していくための姿勢保持機能と移動機能とされる³⁾。これらの機能を支えるのは、体幹の腰背部及び骨盤筋群と下肢の筋群であるが、我々は床 (地面) と接する足底部、特に足趾の巧緻機能が立位保持および安全な歩行に大きく関与しているのではないかと考え、一連の研究を展開してきた。足趾は下肢末梢に位置し、生命維持には直接関与しないことから、医療行為の中では軽視されがちな部位であることが、看護のアセスメントの中でも注目度が少なかったと推測される。

そこで、今回は生活の自立と移動能力に直接関与する下肢機能および足趾機能に関する和文論文を収集し、転倒予防に対する足趾の機能について、どの程度着目されているかを探索する目的で、文献研究を実施した。

対象と方法

下肢機能および足趾機能を把握するための筋骨格系フィジカルアセスメントに関する和文文献の検討を試みた。文献は医学中央雑誌 Web 版から、収集期間を2000年~2012年までの過去13年間とした。検索結果に表示された文献から「症例報告」「会議録」および「総説」などは除き、「原著論文」として報告されている内容について検討した。

結 果

「下肢機能」をキーワードで検索したところ

750件の文献があった。研究分野を「看護」、論文の種類を「原著論文」とし、「フィジカルアセスメント (理学的検査)・下肢機能」をキーワードで検索したところ該当する文献は得られなかった。そこで研究分野を看護に限定せず、再検索すると該当文献は107件となった。さらに「下肢・筋力」を追加し、同じ条件で検索すると38件となったが、内容的に非該当と考えられる論文を除くと32件となった。また同様に、「足趾機能」をキーワードで検索したところ28件の文献があり、「フィジカルアセスメント (理学的検査)・足趾機能」に関しての検索で9件が該当し、非該当論文を除くと6件となった。

そこで、今回は「下肢機能」に関する32件の論文と「足趾機能」に関する6件の論文の合計38件⁴⁻⁴²⁾の論文について、報告者の背景、研究の目的、対象と方法、結果の4項目に分けて、それらの内容を検討した (表1, 表2)。

1) 報告者の背景について

下肢機能に関する論文32件では老年看護学、日本在宅ケア学会誌など看護系の雑誌へ掲載された論文が2編あったが、報告者の専門領域は全編が理学療法士または医師と考えられた。また足趾機能に関する6件の論文は全編が理学療法士によるものと考えられ、今回の対象論文において看護師が筆頭著者となっている論文はなかった。

2) 研究の目的について

下肢機能に関する論文32件のうち26件が高齢者または特定の疾患を対象にした立位歩行時のバランスの検討 (表1, 2の中の文献番号1-5, 7-10, 12-15, 18-23, 25-30, 32)^{4-9, 11-14, 16-19, 22-27, 29-34, 36)}、転倒予防目的のアセスメント作成のための研究であり、5件が座位バランス (起居・移動動作を含む) に注目した文献 (文献番号6, 11, 16, 24, 31)^{10, 15, 20, 28, 35)} で、1件が若年者のスポーツ動作解析の研究 (文献番号17)²¹⁾ であった。また足趾機能に関する6件の論文では立位歩行時のバランスの検討が3件 (文献番号34, 36, 37)^{38, 40, 41)}、浮き趾評価が2件 (同一著者による文献番号33, 35)^{37, 39)}、巧緻運動性に関するもの1件

表 1 下肢機能を対象とした文献 (理学的検査 / TH or フィジカルアセスメント / AL) and 下肢機能 / AL and (下肢 / TH or 下肢 / AL) and (筋力 / TH or 筋力 / AL) and (DT=2000:2012 AB=Y PT=原著論文)

No.	標題	著者	収録誌	要約
1	市販体重計を用いたブリッジ力測定法の再現性と妥当性の検討 ⁵⁾	政所 和也 (医療福祉専門学校緑生館 理学療法学科), 竹井 和人, 村田 伸, 井原 雄彦, 甲斐 義浩	ヘルスプロモーション理学療法研究 2巻3号 Page97-100 (2012.10)	[目的]本研究は,市販体重計を用いたブリッジ力測定法の再現性と妥当性について検討した。[対象・方法]要介護認定を受けた女性高齢者19名(平均年齢84.7±6歳,平均体重49.9±7.5kg)を対象に,ブリッジ力測定法の再現性についてはテスト-再テスト法による日内相関係数,妥当性については下肢機能評価(CS-30・FRT・TUG)との関連について,ピアソンの相関係数を求めた。[結果]ブリッジ力測定法の再現性は0.964ときわめて高く,FRTとの間には有意な相関,TUGとの間には負の相関傾向が認められ,ブリッジ力測定法の妥当性が確認された。[結論]ブリッジ力測定法は再現性に優れ,高齢者のバランス能力および歩行能力を反映する簡易下肢機能評価法として臨床応用できる可能性が示された。
2	パーキンソン病患者における虚弱高齢者用10秒椅子立ち上がりテスト(Frail CS-10)の有効性 ⁶⁾	八谷 瑞紀 (西九州大学リハビリテーション学部), 村田 伸, 熊野 亘, 前田 弘美, 能岡 良子, 溝上 昭宏	理学療法科学 27巻4号 Page391-395 (2012.08)	[目的]虚弱高齢者用10秒椅子立ち上がりテスト(Frail CS-10)がパーキンソン病患者に応用可能か否かを検討した。[対象]パーキンソン病患者21名とした。[方法]Frail CS-10と従来から下肢筋力の代表値として用いられている大腿四頭筋筋力を測定し,下肢機能の指標(重心動揺,TUG,5m最速歩行,10m障害物歩行,FIM-M)との関連を検討した。[結果]Frail CS-10はTUG,10m障害物歩行およびFIM-Mとの間に有意な相関を示した。一方,大腿四頭筋筋力は,すべての身体機能との間に有意な相関を示さなかった。[結論]従来から下肢筋力の代表値として用いられている大腿四頭筋筋力よりもFrail CS-10の方が,パーキンソン病患者の下肢機能を推測するための簡便な評価法である。
3	片麻痺患者の下肢機能が起立・歩行能力に与える影響(荷重率と非麻痺側下肢筋力に注目して ⁷⁾)	久保田 聡 (藤田神経内科病院 リハビリテーション科), 白崎 浩隆, 原田 真梨, 湯口 智恵	理学療法福井 15巻 Page16-20 (2011.10)	脳卒中片麻痺患者15例(平均年齢67.3歳)を対象に,起立能力における非麻痺側下肢への荷重状態と非麻痺側下肢筋力について,また歩行能力における麻痺側への荷重の状態と歩行速度との関係について検討した。対象を独歩群9例(平均年齢67.3歳)と杖歩群6例(平均年齢75.0歳)に分類して分析した結果,起立所要時間は杖歩群が独歩群よりも時間を要する傾向にあった。起立能力では,起立時非麻痺側下肢荷重率(WBR)が杖歩群で有意に高く,非麻痺側下肢筋力は独歩群で高かった。起立所要時間が短いほど,起立時非麻痺側WBRが低く,最大速度でのtimed up & go test(TUG-max)が早いほど起立時非麻痺側WBRが高いという有意な相関関係を認められた。歩行能力では,最大麻痺側WBRが独歩群で有意に高く,最大麻痺側WBRが高いほどTUG-max,最大速度での10m歩行時間が速いという有意な相関関係を認めた。
4	下肢荷重および臀部荷重と各身体機能との関連 ⁸⁾	竹井 和人 (西九州大学リハビリテーション学部), 村田 伸, 大田 浩, 安田 直史, 甲斐 義浩	ヘルスプロモーション理学療法研究 1巻2号 Page89-92 (2012.01)	[目的]下肢荷重および臀部荷重を端座位で計測可能な装置を作成し,その測定器から得られる測定値の臨床的意義について検討した。[対象]要介護女性高齢者23名(要介護1~要介護1,平均年齢83.8±8.5歳,平均体重44.0±8.6kg)とした。[方法]下肢荷重および臀部荷重測定値と身体機能(座位保持能力,歩行能力,下肢筋力)との関連を,ピアソンの相関係数を用いて分析した。[結果]下肢および臀部荷重は各身体機能との間に有意な正相関が認められた。また,下肢荷重と臀部荷重との間に有意な正相関が認められた。[結論]本測定器は,下肢機能の評価に加え,体幹機能を含めた総合的な身体機能評価としての活用が期待できる。
5	脳血管障害片麻痺者における一側下肢最大荷重の測定 ⁹⁾	西森 知佐 (近森リハビリテーション病院 リハビリテーション学部), 山崎 裕司, 川瀬 正敬, 松村 文雄	高知リハビリテーション学院紀要 12巻 Page25-27 (2011.03)	脳血管障害片麻痺者16名(年齢69.4±7.5歳)を対象として,健側・患側の最大荷重の再現性について検討した。最大荷重の測定には2台の市販体重計を用い,片側へ最大荷重させた際の重量を求めた。測定は5回行い,それを2日間実施した。そして,その検者内再現性について検討した。最大荷重を体重で除いた値を最大荷重率とし,最大荷重率とFunctional reach test(FRT),下肢Brunnstrom stage(以下,Br.Stage),膝伸展筋力,10m歩行時間の関係について検討した。最大荷重は2回の測定値の最良値を採用した場合,健側,患側ともに級内相関係数は0.98であり,それ以上測定回数を増加させても再現性に変化は無かった。健側最大荷重率は健側膝伸展筋力,FRTの間に,それぞれ $r=0.55, 0.69$ の有意な相関を認めた。患側最大荷重率はFRT,Br.Stage,患側膝伸展筋力,歩行時間との間に,それぞれ $r=0.94, 0.69, 0.74, -0.76$ の有意な相関を認めた。片麻痺者における最大荷重は優れた検者内再現性を備えていた。患側最大荷重率は患側下肢機能と動的な立位バランスの指標として利用可能なものと考えられた。

6	<p>パランスクッション上座位能力と片脚立位機能の関係¹⁰⁾</p>	<p>斎藤 繁幸(製鉄記念室蘭病院リハビリテーション科), 佐藤 香緒里, 大日向 純, 永井 秀樹, 時永 広之</p>	<p>理学療法科学 26巻5号 Page703-706 (2011.10)</p>	<p>[目的]パランスクッション(BC)上座位による体幹評価法としての可能性を検証するため, その座位能力と片脚立位の重心動揺との関連性を調査した。[対象]体幹, 下肢機能に問題のない若年健康女性93名とした。[方法]筋力低下, 平衡障害のない85名のBC上座位能力を判定し, 14名の座位不安定群と20名の座位安定群に分け, 計34名の利き足片脚立位にて外周面積と総動脈長を計測した。[結果]外周面積は座位安定群で有意に小さく, 総動脈長は両群間で有意差は認められなかった。[結論]BC上座位能力が高いほど, 片脚立位時の重心動揺が小さいことから, BC上座位は体幹協調性を評価する1つの指標となることが示唆された。</p>
7	<p>虚弱高齢者用10秒椅子立ち上がりテスト(Frail CS-10)とADLとの関連¹¹⁾</p>	<p>村田 伸 (西九州大学リハビリテーション学部), 大田尾 浩, 村田 潤, 堀江 淳</p>	<p>理学療法科学 26巻1号 Page101-104 (2011.02)</p>	<p>[目的]本研究は, Frail CS-10の有用性を検討するために, ADLとの関連について検討した。[対象]虚弱もしくは軽度要介護高齢者159名(男性65名, 女性94名)とした。[方法]Frail CS-10と大腿四頭筋筋力について, FIM-MならびにFIM-M下位項目との関連をピアマンの順位相関係数を用いて性別毎に検討した。[結果]Frail CS-10と大腿四頭筋筋力は, 男女ともに介介評価したFIM-MおよびすべてのFIM-M下位項目とそれぞれ有意な相関が認められた。ただし, その相関係数から関連の強さを判断すると, FIM-Mのすべての項目でFrail CS-10の方が大腿四頭筋筋力よりもFrail CS-10の方が, 虚弱高齢者のADLとより関連することが示唆された。</p>
8	<p>要介護高齢者の簡易下肢機能評価法に関する研究 座位での下肢荷重力とADLとの関連¹²⁾</p>	<p>村田 伸 (西九州大学リハビリテーション学部)</p>	<p>老年看護学 15巻1号 Page38-43 (2011.01)</p>	<p>本研究は, 要介護高齢者178名(男性71名, 女性107名, 平均年齢78.5±8.7歳)を対象に, 座位での下肢荷重力と大腿四頭筋筋力を測定し, 日常生活活動能力との関連を検討した。その結果, 下肢荷重力と大腿四頭筋筋力は, 男女ともに今回評価したFunctional Independence Measure Motor sub scores(FIM-M), およびすべてのFIM-M下位項目測定と有意な相関が認められ, 要介護高齢者の下肢機能を把握する評価尺度としての妥当性が示された。ただし, その相関係数から関連の強さを判断すると, すべての項目で下肢荷重力のほうが大腿四頭筋筋力よりも関連が強かった。これらの結果から, 従来から下肢機能の代表値として用いられている大腿四頭筋筋力よりも下肢荷重力のほうが, 要介護高齢者の日常生活活動能力をより反映することが示唆された。</p>
9	<p>地域在住高齢者の余暇活動量, 家庭内活動量, 仕事関連活動量と身体機能との関連性¹³⁾</p>	<p>角田 憲治 (筑波大学大学院人間総合科学研究科), 辻 大士, 尹 智暎, 村木 敏明, 大藏 倫博</p>	<p>日本老年医学会雑誌 47巻6号 Page592-600 (2010.11)</p>	<p>著者らは茨城県笠間市の住民基本台帳から無作為に抽出された65~85歳の189名(男性79名, 女性110名, 平均年齢73.8±5.8歳)を対象に, 余暇活動量と関連する身体機能について検討した。その際, 身体活動量(家庭内活動量・仕事関連活動量)の評価にはPhysical Activity Scale for the Elderlyが用いられた。分析に関しては説明変数に身体活動量のカテゴリ変数を, 目的変数には身体機能評価項目を, 共変数には年齢と性を投入して共分散分析が行なわれた。1)余暇活動量と有意に関連した項目は開眼片足立ち時間, 長座位前屈, 長座位起立時間, Functional reach(FR), 5回椅子立ち上がり時間, Time up and go, 5m通常歩行時間, 全身選択反応時間, 立ち上がりパワーであった。2)家庭内活動量と有意に関連したのは5回椅子立ち上がり時間と立ち上がりパワーであったが, 仕事関連活動量と関連した項目はなかった。一方, 総活動量と有意に関連した項目は長座位前屈, FR, 立ち上がりパワーであった。3)多重比較検定では身体活動量に関して下位群の高齢者が中位群・上位群高齢者に比して身体機能値が低かった。以上より, 余暇活動量は多くの身体機能評価項目と関連しており, あわせて家庭内活動量も下肢機能と有意に関連がみられた。</p>
10	<p>低侵襲性人工股関節全置換術における術前・術後の下肢機能との関係</p>	<p>池田 崇 (愛心会湘南鎌倉人工関節センター), 増田 真希, 辻 耕一, 鈴木 浩次, 北原 侑奈, 野田 玄, 平川 和男</p>	<p>理学療法科学 37巻7号 Page453-459(2010.11)</p>	<p>[目的]本研究の目的は, 低侵襲性人工股関節全置換術(MIS-THA)における術前身体活動量と術前・術後の下肢機能との関係を探ることである。[方法]MIS-THAを施行した女性66例を対象に, 国際標準化身体活動量問診票を用いて1週間の消費kcalを求め, 高活動群と低活動群に分類した。術前から術後6ヵ月間まで理学療法介入を行い, 追跡調査した。等尺性外転筋力, 疼痛, 10m歩行時間, 閉鎖可動域, 日本整形外科学会股関節機能判定基準(JOA), 生活状況(就業状況と環境因子)の評価を実施した。[結果]高活動群は, 術前の10m歩行時間は有意に短く, JOA, 立ち仕事の割合は有意に高値を示した。他の項目は差を認めなかった。身体活動量と外転筋力に相関は認めず, 術前と術後2ヵ月の外転筋力に有意な正の相関を認めた。[結論]術前身体活動量と外転筋力に相関は認められず, 術後2ヵ月の外転筋力に相関する可能性が示唆された。外転筋力と疼痛は, 就業状況と術前の外転筋力は術後2ヵ月の外転筋力に関与することが示唆された。術前の理学療法は, 身体活動量の維持よりも, 筋再教育・筋力増強練習の実施が望ましいと考えられる。</p>

<p>11</p> <p>要介護高齢者における座位での下肢荷重力測定の有効性 大腿四頭筋筋力との比較¹⁵⁾</p>	<p>健康支援 12巻2号 Page9-15 (2010.09)</p>	<p>村田 伸 (西九州大学リハビリテーション学部), 大田尾 浩, 村田 潤, 堀江 淳, 中島 嘉彦, 川本 武志, 大塚 真</p>	<p>要介護高齢者における座位での下肢荷重力測定の有効性 大腿四頭筋筋力との比較¹⁵⁾</p>
<p>12</p> <p>アプローチ方法の違いが人工股関節全置換術後の機能回復に及ぼす影響 Modified mini-antero-lateral incision (MMIS)法とDall法の比較¹⁶⁾</p>	<p>Hip Joint 36巻 Suppl. Page134-136 (2010.10)</p>	<p>安芸 浩嗣 (京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部), 藤南角 学, 西村 純, 藤田 容子, 秋山 治彦, 後藤 公志, 中村 孝志</p>	<p>人工股関節全置換術を行った片側変形性股関節症29名 (全例女性) を対象に, アプローチ方法別に modified mini-antero-lateral incision(MMIS) 法14名 (平均63.3歳) と従来の Dall 法15名 (平均61.6歳) に分け, 下肢機能の回復率, 杖歩行自立までの期間を比較した。術前/術後の筋力値 (Nm/kg) は股関節外転筋力がMMIS群0.53/0.50, Dall 群0.49/0.50と両群とも有意差はなく, 膝関節伸展筋力がMMIS 群1.38/1.18, Dall 群1.40/0.79とDall 群で術後有意に低値であった。術側下肢筋力回復率は股関節外転筋力がMMIS 群97.4%, Dall 群109.1%と有意差はなく, 膝関節伸展筋力はMMIS 群90.0%, Dall 群57.0%と有意差を認めず。杖歩行自立に要した日数はMMIS 群8.7日, Dall 群12.3日, 術後在院日数はMMIS 群22.8日, Dall 群28.1日といずれもMMIS 群で有意に低値であった。</p>
<p>13</p> <p>要介護高齢者の簡易下肢機能評価法に関する研究 座位での下肢荷重力と大腿四頭筋筋力との比較¹⁷⁾</p>	<p>日本在宅ケア学会誌 14巻1号 Page57-63(2010.09)</p>	<p>村田 伸 (西九州大学リハビリテーション学部), 大田尾 浩, 村田 潤, 堀江 淳</p>	<p>リハビリテーション施設に通所している要介護高齢者177名 (男性71名, 女性106名) を対象に, 座位での下肢荷重力 (以下A) と大腿四頭筋筋力(B)を測定し, 歩行能力やADL能力との相関性を調べることにより, AとBのどちらが要介護高齢者の下肢機能をより反映するか検討した。その結果, 男女ともAのほうが歩行能力やADL能力との相関性が高かった。</p>
<p>14</p> <p>虚弱高齢者におけるTimed Up and Go Test, 歩行速度, 下肢機能との関連¹⁸⁾</p>	<p>理学療法科学 25巻4号 Page513-516 (2010.08)</p>	<p>村田 伸 (西九州大学リハビリテーション学部), 大田尾 浩, 村田 潤, 堀江 淳, 八木原 幸子, 甲斐 健一郎, 大塚 真</p>	<p>[目的]虚弱高齢者を対象に, Timed up and go test(TUG), 歩行速度, 下肢機能との関連について検討した。[対象]虚弱高齢者134名 (男性60名, 女性74名) であり, 平均年齢は78.4±8.6歳であった。[方法]TUG, 歩行速度のそれぞれと下肢筋力や下肢荷重力などの下肢機能検査項目との関連を性別にピアソンの相関係数により検討した。[結果]TUGと歩行速度は, ともにすべての下肢機能検査項目と有意な相関が認められ, 虚弱高齢者の下肢機能を把握する評価尺度としての妥当性が示された。その相関係数から関連の強さを判断すると, すべての項目で歩行速度の方が TUG よりも関連が強かった。[結論]TUG より歩行速度の方が, 虚弱高齢者の下肢機能をより反映することが示唆された。</p>
<p>15</p> <p>脳卒中片麻痺患者の下肢荷重力と下肢筋力および座位保持能力との関連¹⁹⁾</p>	<p>理学療法科学 25巻3号 Page427-430 (2010.06)</p>	<p>大田尾 浩 (県立広島大学 保健福祉学部), 村田 伸, 村田 潤, 中村 正造, 溝上 昭宏, 小野 武也, 川上 照彦</p>	<p>[目的]座位での下肢荷重力測定法について, 下肢筋力や座位保持能力との関連性から, その測定値が示す意義と臨床的有用性を検討した。[対象]脳卒中片麻痺患者15名 (男性10名, 女性5名), 平均年齢は74.7±5.3歳であった。[方法]下肢筋力, 下肢筋力比, 座位保持能力を測定し, それぞれの測定値について相関分析を行った。[結果]それぞれの測定項目間に有意な正の相関が認められた。脳卒中片麻痺患者における下肢荷重力比は下肢筋力比のみならず, 座位保持能力との関係が示された。[結論]座位での下肢荷重力測定法は, 脳卒中片麻痺患者の下肢機能ならびに体幹機能を総合的かつ定量的に評価できることが示唆された。</p>
<p>16</p> <p>高齢者における起き上がり動作能力と身体機能との関連²⁰⁾</p>	<p>理学療法科学 25巻2号 Page271-274 (2010.04)</p>	<p>八谷 瑞紀 (河畔病院 リハビリテーション科), 村田 伸, 新郷 修二, 大田尾 浩</p>	<p>[目的]地域在住の高齢者を対象に, 起き上がり動作能力を定量的に評価し, それと上下肢および体幹機能との関連を検討した。[対象]通所リハビリテーション利用者19名 (男性7名, 女性12名, 平均年齢76.3±8.3歳) を対象とした。[方法]握力(上肢機能), 大腿四頭筋筋力(下肢機能), 座位バランス(体幹機能), 歩行速度を測定し, 起き上がり所要時間との相関を分析した。[結果]起き上がり所要時間と有意な相関が認められたのは座位バランス, 握力, 歩行速度であった。[結論]比較的日常生活活動の自立度が高い高齢者の起き上がり動作には, 上肢機能や体幹機能を用いることが示唆された。</p>

<p>17</p> <p>内側型野球肘症例の初回臨床所見と投球再開時期との関連²¹⁾</p>	<p>坂田 淳 (横浜市スポーツ医学センター), 鈴木 仁人, 安藤 亮, 赤池 敦, 清水 邦明, 中嶋 寛之</p>	<p>日本肘関節学会雑誌 16巻2号 Page9-12 (2009.12)</p>	<p>内側型野球肘と診断された小・中学生野球選手48例 (平均12.2歳) を対象に、投球再開時期に影響を及ぼす因子を初回臨床所見から検討した。全例投球休止を指示し、臨床所見より問題点を抽出し、肩甲帯・体幹・下肢機能に対してのアプローチ、更に投球フォームのチェック、肩甲平面での投球動作の指導を行った。キャッチボール再開時期との関連がみられた項目は肘屈曲時痛有り・他動外反時痛有り・肘外反不安定性陽性、X線異常所見有り、遅延を認めた。翌週投球再開時期と関連がみられた項目は肘外反不安定性陽性、また、翌週投球再開時期と肘屈曲可動域制限・伸展可動域制限との間には正の相関を認めた。翌週全力投球可能時期と関連がみられた項目については、浅指屈筋筋力低下と正の相関を、投球側下肢支持のバランス能力と負の相関を認め、特に非投球側前方リーチと後内方リーチで負の相関を認めた。</p>
<p>18</p> <p>片麻痺患者の下肢機能とエレベーター搭乗の安全性の関係²²⁾</p>	<p>石田 勝也 (藤田神経内科病院 リハビリテーション部), 白崎 浩隆, 久保田 聡, 湯口 智恵, 蔵谷 佳代子</p>	<p>理学療法福井 12巻 Page84-88 (2008.09)</p>	<p>当院に通院中で日常的に歩行している片麻痺患者21名を対象に、エレベーター搭乗の可否と下肢機能との関係について検討した。エレベーターの扉が開いている間 (8秒間) に独りで搭乗できた12名を搭乗可能群、搭乗できなかった9名を搭乗不可能群とし、下肢機能 7項目 ([10m歩行時間][10m歩行における助走路時間][Timed up & go Test][Functional Reach Test][麻痺側支持での最大一歩距離][非麻痺側膝伸展筋力][麻痺側下肢荷重力]) の成績を群間比較した。その結果、[非麻痺側膝伸展筋力]と[麻痺側下肢荷重力]を除く5項目で搭乗不可能群の成績が有意に劣っていた。</p>
<p>19</p> <p>在宅で生活する脳卒中患者の転倒関連因子の解析 麻痺側片脚立位時間を用いた転倒予測の予備的検証²³⁾</p>	<p>吉本 好延 (厚生年金高知リハビリテーション病院 リハビリテーション科), 大山 幸綱, 浜岡 克尚, 明崎 慎輝, 吉村 晋, 野村 卓生, 橋本 豊年, 佐藤 厚</p>	<p>高知県理学療法 15号 Page25-28 (2008.03)</p>	<p>自立歩行可能な脳卒中患者の転倒と関連が深いバランス能力に注目し、バランス能力検査の中でも日常臨床における評価方法として有用性の高いと考えられる片脚立位時間を用いて、入院中の身体機能・能力から退院後の転倒発生を予測可能か検討した。脳卒中患者のうち自立歩行困難あるいは高次脳機能障害の合併を除いた23例を対象とした。退院後1年間の転倒群は14例であった。麻痺側片脚立位時間5秒未満の割合は、転倒群79%、非転倒群11で、転倒群が有意に高値であった。転倒経験を目的変数とした判別分析の結果、各説明変数の標準化正準判別関数係数は、麻痺側片脚立位時間、麻痺側膝関節伸展筋力、Brunnstrom Recovery Stage で、正分類率は82.6であった。自立歩行可能な脳卒中患者の転倒においては、麻痺側下肢機能低下を主因とした歩行中の転倒が多かった。</p>
<p>20</p> <p>人工股関節置換術施行患者における動作と下肢機能の関係²⁴⁾</p>	<p>坂本 敦 (群馬県医師会温泉研究所附属沢渡病院 リハビリテーション部理学療法室)</p>	<p>理学療法群馬 18号 Page31-34 (2007.03)</p>	<p>変形性股関節症による人工股関節置換術 (THA) 施行後の患者に対して、退院時の股関節可動域、股関節外転筋力、片脚起立時間、10m歩行時間、歩数、基本動作能力を調査した。THA 施行後の患者で、退院時に理学療法評価が施行できた33例を対象とした。股関節可動域と靴下の着脱能力においては、術側の屈曲と外旋に有意差を認め、退院時においても術側の機能が影響している事が理解された。基本動作を難易度順に並べたところ、A (腰掛け、椅子から立ち上がる、靴下着脱)、B (階段昇り、階段降り、床から立ち上がる、足趾爪切り)、C (正座、座礼、しゃがみ込み) という結果で、このクラス分けは動作訓練の進捗状況を知り、短時間で評価を行う際に有用と考えた。術側と非術側の機能の比較では股外転筋力、股外転ROM を中心に相関が見られた。</p>
<p>21</p> <p>片麻痺患者における下肢Brunnstrom-recovery-stage と膝伸展筋力の関連²⁵⁾</p>	<p>明間 ひとみ (東船橋病院 リハビリテーション科), 山崎 裕司, 加藤 宗規, 北原 淳力</p>	<p>高知リハビリテーション学院紀要 8巻 Page43-46 (2007.03)</p>	<p>発症後早期の片麻痺患者における下肢ステージと等尺性膝伸展筋力の評価を経時的に行い、両者の関連について検討した。脳血管障害による片麻痺患者31例を対象とした。下肢ステージと膝伸展筋力との順位相関係数は初回評価時0.770、最終評価時0.501であった。下肢ステージごとの膝伸展筋力値は、ステージ III 以上では大きなばらつきを認めた。麻痺側下肢ステージが変化しなかった期間においても平均68の有意な筋力増加を認めた。脳卒中発症早期においては、ステージではとらえられない下肢機能の相違や変化が存在することが示唆された。発症早期には、より詳細な下肢機能評価として麻痺側膝伸展筋力測定の使用を考慮すべきであることが示唆された。</p>

22	人工股関節置換術後の歩行訓練に影響するパラメータについて ²⁶⁾	石井 千菊 (三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部), 直江 祐樹, 日沖 甚生, 長谷川 正裕, 須藤 啓広	Hip Joint 32巻 Suppl. Page60-62 (2006.10)	平成15年1月から平成16年11月に人工股関節置換術 (THA) を行った74例を対象として, 術後に発生したパリアンスの詳細, 対側下肢機能, 歩行開始時期について検討した。患者は女性66例, 男性8例, 平均61.2歳であった。対側正常群 (A群), 対側 THA 術後群 (B群), 対側病変あり群 (C群) に分け, 術前の対側股関節 JOA スコア, 術後経過, パリアンス発生率を比較した。その結果, 術前の対側股関節 JOA スコアは, A群およびB群と比較してC群が有意に低値であった。全荷重歩行開始後のパリアンスは19例あり, 原因は歩行状態によるものが多かった。各群のパリアンス発生率はA群19%, B群24%, C群35%であった。T字杖歩行開始日はB群が他の2群より早い傾向にあった。C群ではT字杖歩行開始可能例は少なく, 自宅退院した割合が有意に低かった。
23	心不全理学療法を必要とする心臓リハビリテーションへの対応 心不全患者の上肢機能と作業療法の効果 ²⁷⁾	生須 義久 (群馬県立心臓血管センター リハビリテーション課), 須田 江里子, 高橋 哲也, 熊丸 めぐみ, 山田 宏美, 立石 真純, 河野 裕治, 櫻井 繁樹, 安達 仁, 大島 茂, 谷口 興一	心臓リハビリテーション 11巻2号 Page228-230 (2006.06)	心不全患者の上肢機能と作業療法の効果を検討した。作業療法を実施した心不全患者11例を対象とした。重複を含むが肥大型・拡張型心筋症5例, 心筋梗塞既往4例, 弁置換・バイパス術の心臓外科患者3例, 高血圧性心不全患者が2例であった。作業療法の実施期間は14.7±5.4日であった。作業療法は必要に応じて床上から開始し, 主にベッド上起居動作練習, 離床のための基本動作練習, ADL 練習を実施した。上肢機能評価スケールとして簡易上肢機能テスト (STEF) と上肢筋力測定を行った。STEF と握力は有意に改善した。下肢機能に加え動作機能や巧緻機能の上肢機能低下を呈し, 作業療法は上肢機能低下の改善に有用であることが示唆された。
24	下肢荷重力と下肢筋力および座位保持能力との関係 ²⁸⁾	村田 伸 (第一福祉大学 人間社会福祉学部), 甲斐 義浩, 村田 潤	理学療法科学 21巻2号 Page169-173 (2006.05)	本研究は, 高齢者の簡易下肢機能評価法として紹介された下肢荷重力測定について, 下肢筋力や座位保持能力との関連性から, その測定値が示す意義について検討した。対象とした健康成人31名 (男性12名, 女性19名, 平均20.4±0.6歳) であり, 下肢荷重力, 下肢筋力, 座位保持能力を測定した。相関分析の結果, それぞれに有意な正相関が認められ, 下肢荷重力は下肢筋力のみならず, 座位保持能力をも密接に反映していることが示唆された。このことから, 下肢荷重力は, 下肢ならびに体幹機能を総合的かつ定量的に評価できる簡易機能評価法として, 臨床応用できる可能性が示唆された。
25	脊髄不全麻痺例に對する体重免荷装置を用いた歩行練習の有効性 ²⁹⁾	國澤 洋介 (埼玉医科大学 総合医療センター リハビリテーション科), 高倉 保幸, 菊地 恵美子, 北村 直美, 河村 つや子, 中村 紋子, 藪崎 純, 塚本 奈々子, 石村 多絵, 山本 満, 草野 修輔, 陶山 哲夫	埼玉圏央リハビリテーション研究会 雑誌 5巻1号 Page20-22 (2005.11)	5例 (全例男性, 平均年齢50.5歳, 中心性頸髄損傷2例, 胸椎後縦靭帯・黄色靭帯骨化症1例, 胸髄硬膜外血腫1例, 頸髄症1例) を対象に, 表記歩行練習を実施した。その結果, 歩行練習量の増加, 体重免荷量の軽減, 歩行速度・距離の増加を認めた。本歩行練習の導入により, 免荷による下肢運動負荷量の軽減, 体幹サポートによる体幹の安定性向上と不安感の軽減が得られ, 長時間の歩行練習が可能となり, 下肢機能および歩行能力の改善が得られたと思われた。下肢運動麻痺や上肢・体幹機能の低下, 下肢短縮を特徴とした脊髄不全麻痺例においても, 表記練習の有効性が示された。
26	早期下肢機能低下を発見するための下肢機能評価基準の確立と地域スクリーニング応用に關する臨床研究 ³⁰⁾	木藤 伸宏 (玄真堂川島整形外科病院), 新田 幸一, 金村 尚彦, 加藤 浩, 奥村 晃司, 羽田 清貴, 阿南 雅也, 斉藤 直人, 城内 若菜, 辛島 良介, 山内 加奈子, 田中 香織	健康医科学研究助成論文集 21号 Page19-31 (2006.08)	健康教室に参加した地域在住高齢者24名を用い, 下肢機能評価指数的の開発を試みた。対象全例の日常生活は自立していた。聞き取り調査, 転倒に関する自己効力感, パフォーマンステスト (Pf-test) により三つの主成分 (第1主成分: Pf-test の総合特性値を示す変数, 第2主成分: 肥満度・筋力を示す変数, 第3主成分: 体格を示す変数) が示された。第1主成分得点は老研式活動能力指数, Fall Efficacy Scale と相関し, 下肢機能評価指数として有用であると思われた。地域在住の高齢者を対象に運動療法, 及び栄養管理を主とした教室を開催し, 下肢機能の推移を検討した。対象は10名で, 介入により握力の低下, ステッピングテストの有意な改善がみられた。下肢機能評価指数は, 第1主成分得点は介入前の0.27±2.55から-0.17±2.05へ改善したが, 有意差はなかった。下肢機能評価指数により全体的な傾向をつかみ, その上で握力, ステッピングテストなど, 個々の Pf-test の詳細な解析が行い, 個人に応じた介入方法の提示と考えられた。

27	障害高齢者の簡易下肢機能評価法市販体重計を用いた下肢支持力の測定 ³¹⁾	村田 伸 (第一福祉大学 人間社会福祉学部), 宮崎 正光	理学療法科学 20巻2号 Page111-114 (2005.05)	<p>障害高齢者の簡易下肢機能評価法について市販体重計を用いた下肢支持力の測定を行った。対象は、介護老人保健施設入所した障害高齢者43名(男性5名,女性38名・平均年齢84.8歳)で、端座位で足底の体重計を下肢の最大努力で3秒間押した下肢支持力を体重比百分率に換算した。全体の下肢支持力は平均20.0kg, 下肢支持力体重比は平均で43.0%であった。下肢支持力の再現性は、級内相関係数0.823と概ね良好であった。妥当性の検討では、下肢支持力体重比は Barthel Index (BI) および歩行速度と有意な正の相関を認め、BI と歩行速度との間に有意な正の相関を認めた。判別分析では、歩行可能群 (25名) と歩行不能群 (18名) を最も良く判別する下肢支持力体重比は42.9%で、判別適中率は86.0%であった。以上、本法で測定した下肢支持力は簡易下肢機能評価法として有用であり、歩行が可能か否かの指標にもなると考えられた。</p>
28	日常の重量物運搬が下肢機能に与える影響 ³²⁾ について重負荷歩行の筋電図学的解析 ³²⁾	梶村 政司 (中電病院 リハビリテーション科), 森田 哲司, 政森 敦宏, 吉田 俊之	広島理学療法科学 13号 Page42-46 (2004.04)	<p>医療者側は、障害に惹かれた運搬の適性重量に関する数値化された研究がないため、現時点では経験的で抽象的な指導しかできていない。そこで、普通歩行と重量物運搬時の股関節周囲筋、特に重要である中臀筋について筋電図学的に比較した。中高年女性における日常的に運ぶ重い物は、重い物袋と布団、洗濯物の順であった。「重さ」は、健常者で約6kg, 疾患群で約4kgであった。疾患群における中臀筋量は、健常者の約80%であった。日常生活の中で物を運ぶ際の「重さの基準」は、体重の10%より中臀筋量に差が出ている。疾患群においては、日頃からの筋力強化トレーニングの必要性が示唆された。</p>
29	関節リウマチ在宅和式生活者の機能的特性 ³³⁾ について	出口 仁 (倉敷市立児島市民病院 リハビリテーション科), 松永 好孝, 中島 英彦, 楠戸 康通, 三宅 孝弘	総合リハビリテーション 32巻4号 Page361-365 (2004.04)	<p>女性の関節リウマチ患者で、「フツンの使用」「正座」「座卓の使用」のうち一つ一つでも習慣的に実施している22名を和式生活群、いずれも実施していない22名を洋式生活群として身体機能の比較を行った。和式生活群は複合的な指標に基づく疾患活動性および能力障害の程度が低く、下肢機能が高い傾向にあった。</p>
30	高齢者における膝関節伸筋力と生活能力の起居能力及び歩行能力との関係 ³⁴⁾	北島 義典 (明治生命厚生事業団体力医学研究所), 種田 行男, 永松 俊哉, 神野 宏司, 江川 賢一, 真家 英俊, 荒尾 孝	体力研究 102号 Page7-14 (2004.03)	<p>高齢者において脚筋力と起居および歩行能力との間の関係を検討する際には、年齢や膝関節痛の有無といったことが交絡因子として作用する可能性が考えられ、これらとの関係について検討する際には、年齢や膝関節痛の有無について調整したモデルを用いて検討する必要がある。そこで、膝関節伸筋力と生活能力の起居および歩行能力との関係について年齢と下肢の痛みの有無の影響を調整したうえで検討した。地方都市2箇所と政令指定都市1箇所において、高齢者のための健康教室、および健康測定会に参加した60歳以上の自立高齢者を対象とした。脚筋力が強いことは、年齢や下肢の痛みの有無に拘わらず起居能力及び歩行能力が高いことが明らかとなった。下肢機能である起居能力および歩行能力の低下予防の対策として下肢筋力の維持が有効である可能性が示唆された。</p>
31	脳卒中片麻痺患者の床からの立ち上がり動作に関する機能及びAPDLへの影響 ³⁵⁾	後藤 由美 (亀田総合病院), 横山 一弥, 荒井 未緒, 渡辺 京子, 内山 靖	理学療法科学 16巻2号 Page59-63 (2001.05)	<p>脳卒中片麻痺患者 (片麻痺患者) を立ち上がり可能・不可能群に分け、日常生活関連動作 (APDL) に対する身体機能面の違いの影響を比較検討した。その結果、可能群では、不可能群と比較して非麻痺側下肢筋力、腹直筋力 (腹筋筋力)、下肢 Brunstrom Stage (Br-Stage), 立位バランスが有意に優れており、APDLも高値を示した。不可能群に対し、通常の理学療法を2ヵ月間施行したところ、立ち上がりが可能となった例でも腹筋筋力、下肢 Br-Stage, 非麻痺側下肢筋力、立位バランスが改善し APDLの得点も高くなった。以上より、片麻痺患者の床からの立ち上がり動作獲得には、腹筋筋力、両下肢機能、立位バランス反応が重要で、APDLにも影響することが示唆された。</p>
32	圧迫性脊髄症患者の客観的膝関節伸筋力 ³⁶⁾ と膝関節等尺性伸筋力 ³⁶⁾ の角度特異性	酒井 紀典 (徳島大学 整形外科), 井形 高明, 加藤 真介, 西良 浩一, 千川 隆志, 吉田 直之, 佐々 貴啓, 小坂 浩史	中国・四国整形外科学会雑誌12巻1号 Page35-37 (2000.04)	<p>圧迫性脊髄症患者における膝関節伸筋群発揮トルクの設置角度特異性を検討した結果、圧迫性頸髓症では膝関節が伸展位に近づく程、膝伸筋群の発揮筋力低下が著しいことが分かった。</p>

表 2 足趾機能を対象とした文献 (理学的検査 /TH or フィジカルアセスメント/AL) and 足趾機能 / AL and (下肢 /TH or 下肢 /AL) and (DT=2000:2012 AB=Y PT=原著論文)

No.	標題	著者	収載誌	要約
33	浮き趾評価の信頼性と浮き趾の抽出法について ³⁷⁾	福山 勝彦 (つくば国際大学 医療保健学部 理学療法学科), 丸山 仁司	理学療法科学 27 巻 4 号 Page497-502 (2012.08)	[目的]浮き趾評価の信頼性と、動作場面を加味した浮き趾の抽出法について検討することとした。[対象]健康成人130名 (男性58名, 女性72名) を対象とした。[方法]Pedoscope にて撮影した足底の画像から、浮き趾スコアの信頼性と、これをもとに分類したグループ分類の信頼性(k係数)を求めた。また、動作時における接地状況の変化を分析し、この分類を再考した。[結果]浮き趾スコア、グループ分類の検者間信頼性、および浮き趾スコアの検者内信頼性は高い一致度を示した。また、安静時で浮き趾に分類された例でも、動作時では半数以上が完全に接地した。[結論]浮き趾の評価、抽出法の信頼性が確認できた。浮き趾例の接地状況も加味し検討する必要がある。
34	足趾機能がバランス能力に与える影響について ³⁸⁾	佐々木 諒平 (富山県立リハビリテーション室)	理学療法-臨床・研究・教育 Page14-17 (2010.03)	足趾機能がバランス能力に与える影響について検討した。健康成人男女12名 (男女各6名) を対象とし、足趾把持筋力を測定した。足趾把持力は、左右とも性別間の左右差は認められなかった。また、男性では足趾把持力と総軌跡長とは有意な負の相関関係、足趾把持力と単位面積軌跡長とは有意な正の相関関係を示した。女性はいずれも有意差がなかった。男性は足趾把持力の強さが優れているほどバランス能力も優れている傾向にあったが、女性は男性と同様ではなかった。男女のバランス戦略が異なる可能性が示唆された。
35	成人における足趾接地の実態と浮き趾例の足趾機能 ³⁹⁾	福山 勝彦 (日本リハビリテーション専門学校 理学療法学科), 小山内 正博, 丸山 仁司	理学療法科学 24 巻 5 号 Page683-687 (2009.10)	[目的]本研究の目的は、成人における浮き趾の発生状況を調査することにも、健康例と浮き趾例における足趾機能について比較検討することである。[対象]整形外科疾患の既往のない成人女性55例を対象とした。[方法]測定項目は、Pedoscope による足底画像、足趾把持力、前方重心移動能力および足趾で正確な運動を行なわせる足趾運動調節能力 (足趾運動時間と足趾運動効率) とした。以上の計測結果を健康例と浮き趾と比較検討した。[結果]Pedoscope の画像より、健康例は20例、浮き趾例は15例であった。浮き趾例では正常例に比べ、有意に足趾把持力の低下、前方重心移動能力の低下、足趾運動時間の延長、足趾運動効率の低下がみられた。[結論]浮き趾例では、運動能力の低下に加え、感覚的要素を含む運動調節能力も低下していることが示唆された。
36	足趾機能と静的・動的パラメータとの関連 内容の妥当性の検討 ⁴⁰⁾	竹井 和人 (医療福祉専門学校 緑生館 理学療法学科), 村田 伸, 甲斐 義浩	西九州リハビリテーション研究 2 巻 Page13-19 (2009.03)	足趾で地面を押す力が測定可能な足趾圧力測定器を開発した。足趾圧力測定器から得られる足趾圧力と、静的・動的パラメータとの関連性について検討した。下肢に病的機能障害が認められない女子学生19例を対象とした。足趾圧力測定器は、アルミ板3枚を組み合わせた起歪材にひずみゲージを貼り付けて荷重変換器とし、木製の基礎板上に段差なく埋め込んだ。足趾圧力とともに足趾把持力も測定した。また、静的・動的パラメータとして重心動揺検査と Functional Reach Test (FRT) を用いた。体重比足趾把持力は、重心動揺総軌跡長と同軸立位とともに有意な負の相関を認めた。FRT は、片側上肢挙上と同側上肢とともに有意な正の相関を認めた。ヒトの立位姿勢制御能力の予測には、足趾把持力の方が適している可能性が示唆された。
37	不安定面上における姿勢制御と足趾把持筋力および足趾部柔軟性との関係 ⁴¹⁾	堀 順 (東京慈恵会医科大学 附属青戸病院 リハビリテーション科), 高橋 仁, 上久保 毅, 安保 雅博	日本私立医科大学理学療法学会誌 25 号 Page105-108 (2008.03)	健康成人において足趾機能である足趾把持筋力及び足趾部柔軟性と不安定面上での姿勢制御との関係を明らかにした。整形外科、神経系疾患の既往のない健康成人10例を対象とした。足趾把持筋力は、不安定面の足趾中心位置と有意な負の相関関係を認めた。足趾部柔軟性は、静止立位の外周面積と有意な負の相関関係を認めた。不安定面上では、足趾把持筋力が大きいと、後方に重心を移動し、バランスを保持し、また静止立位では、足趾部柔軟性が大きいほど、安定した立位であったことが示唆された。
38	足趾機能が歩行に与える影響 ⁴²⁾	長谷川 正哉 (県立広島大学 保健福祉学部 理学療法学科), 金井 秀作, 坂口 顕, 石倉 隆, 陣之内 将志, 沖 貞明, 大塚 彰	理学療法法の臨床と研究 15 号 Page53-56 (2006.03)	足趾の器用さとしての足趾機能や歩行速度が母趾荷重量や歩幅に与える影響について調査した。明らかに整形外科的・神経学的な疾患を有さない健康成人12例を対象とした。10m歩行路を通常速・高速で歩行させ、歩幅、歩行速度、母趾荷重量を計測した。実験終了後、足趾によるジャンケンを行わせ、全て可能なものを足趾機能正常群、一つでも不可能なものを足趾機能低下群とした。高速時における母趾荷重量は増加し、足趾機能低下群と比較し足趾機能正常群における母趾荷重量・歩幅の増加率が高かった。足趾機能正常群において母趾が効率的に働き各歩行要素の増加につながると考えられた。

(文献番号38)⁴²⁾であり、全体の78.9% (文献番号1-5, 7-10, 12-15, 18-23, 25-30, 32, 34, 36-38)^{4-9, 11-14, 16-19, 22-27, 29-34, 36, 38, 40-42)}が転倒予防に繋がる研究目的であったが、実際の転倒事例との関連性を検討した研究はなかった。

3) 研究の対象と方法について

下肢機能に関する論文32件では、特定の疾患を有する患者または同一の手術を受けた患者を対象に調査した文献が15件と最も多く、65歳以上の高齢者(要介護者に特定している場合を含む)を研究の対象としている文献は13件、身体機能障害を有さない健常者を対象としている文献が4件であった。すなわち特定の障害あるいは特定の手術の後療法に注目しているか、高齢者に注目している文献が多く、両者を合わせて87.5%を占めた。一方、足趾機能に関する6件の論文ではすべてが健常成人に対するものであり、高齢者や患者にアプローチした文献は含まれなかった。

下肢機能の文献での具体的な方法としては、徒手筋力テスト (Manual Muscle Testing: MMT)⁴⁾、下肢機能評価 (time up & go test: TUG など)²⁾、最大荷重量 (率)、座位バランス、立位バランス (重心動揺)、立ち上がり動作時間、歩行時間測定などが中心であった。MMTによる下肢筋力評価は主として、大腿四頭筋や外転筋の筋力などが用いられていたが、足趾筋力まで含めて検討している文献はなかった。一方、足趾機能に関する6件の論文では下肢の筋力低下を把握する方法として下肢末梢筋の筋活動量を反映する足趾把持力測定器による評価なども行われており、重心動揺との関連性を検討する論文が1件⁴⁰⁾あった。

4) 結果について

下肢機能について報告された32件の文献のうち、特定の疾患を有する患者または同一の手術を受けた患者を対象に調査した文献15件では基本的な手法としては既存の測定法を用い、新たな知見を求めている。特に、脳卒中片麻痺患者を対象にした文献が15件中7件^{7, 5, 19, 22, 23, 25, 35)}と最も多く、麻痺側と非麻痺側における比較検討が中心で、病態把握

や障害克服のための指標としての研究であった。その他として、人工関節置換術後の理学療法に言及するものが4件^{14, 16, 24, 26)}、脊髄障害2件^{29, 36)}、関節リウマチ1件³³⁾、心疾患1件²⁷⁾の文献があった。65歳以上の高齢者(要介護者に特定している場合も含む)を研究の対象としている文献では具体的疾患を有しているとは限らないため疾患の病態分析というのではなく、運動機能の低下を早く察知するための新たな知見(既存の測定法を活用)を求めているものが多かったが、2件の文献^{5, 8)}では新たな測定法を提示するものがあった。なお下肢機能について報告された文献の中では、足趾の機能にまで言及している1件¹⁰⁾のみであった。

また足趾機能に関する6件の論文のすべてが健常成人に対するものであり、高齢者や疾患を有する患者にアプローチした文献はなく、病的な状態について言及することはできなかった。

考 察

2000年以前の先行研究では下肢筋群は起居・移動動作と関連があり、特に足背・膝伸筋群は重要な筋群であることが報告されている⁴³⁾。近年、山内⁴⁴⁾は具体的な筋力の評価によって、ケアや患者の生活に対する看護師の提案が変わってくる可能性があるとして述べている。看護の目的を考えた時、生活行動と筋力に関する観察は重要であるが、それぞれの骨格筋の評価を実施しても、それがADLにどのように関連しているのかをイメージすることは困難であろう。生活の質(quality of life: QOL)を考える上では各骨格筋を数値で表現するだけでなく、動作を意識して評価していくことが対象に応じたケアの実践につながるのではないかと考える。

今回の文献検討においては、下肢機能のフィジカルアセスメントは、転倒予防の観点から高齢者を対象にしたものが多かった。下肢機能に関する文献では、足趾機能への注目度は低い上、入院安静などに伴う運動器の障害(筋力低下や関節拘縮など)を念頭においた報告はなかった。

転倒の発生には筋力低下、歩行障害、バランス障害が大きく関与し、加齢と運動量の減少に基づ

く悪循環が示されている⁴⁵⁾。日本看護協会も年齢、性別、転倒・転落・失神の既往、視力・聴力障害、運動機能障害、活動領域、認識力、薬剤、排泄の介助を評価項目とした転倒・転落アセスメントシートを作成しているが、そのシートにおける運動器機能障害の観察点は足腰が弱り、筋力低下があること、麻痺があること、骨・関節の異常があること（拘縮・変形など）であり、足趾の機能に関するフィジカルアセスメントは含まれていない⁴⁶⁾。近年、米国ハーバード大学グループから報告された転倒予防無作為割り付け試験で用いられたアセスメントシート⁴⁷⁾でも同様な傾向があり、運動器機能障害についての項目は歩行状態の観察に留まっているし、全体として聴取項目のみで構成されており、看護師が介入するフィジカルアセスメントの項目は含まれていない。

運動器すなわち筋肉、腱、靭帯、骨、関節など身体運動に関わる組織、器官における症状の中で、徐々に生じる筋力低下や関節拘縮は、ADLの低下が起これないと自覚症状としては捉えにくいし、医療者側もあまり注目していないことが多い。また我々の調査においても運動器のフィジカルアセスメントが問診及び視診に留まり、身体的アプローチをあまり施行されていないことが明らかにされている⁴⁸⁾。看護現場においては退院後のADL能力や転倒リスクを予測するために、より積極的なフィジカルアセスメントによる介入が役立つのではないかと考える。

身体的アプローチにおいてMMTや関節可動域(range of motion: ROM)については検者の経験によって測定誤差が生じやすいことが短所となりうるために、下肢筋力について測定機器を用いた研究も行われている^{10-12, 15, 16, 20-24, 27, 29, 32, 38-40)}。しかし、昨今の臨床現場の高度・複雑化、在院日数の短縮化、入院患者の高齢化により、アセスメントの基本は簡便かつ適切な評価方法であることが前提である。足趾力測定についても同様で、機器を扱う手段として比較的簡便であっても、座位をとる必要があるため臥床安静中の患者には適応できないなどの問題点も残る。

入院患者の足趾を含めた下肢機能を簡単に、かつ総合的に評価することができるようになれば、

機能低下を早期に予知することが可能であり、患者のQOLの悪化防止に貢献できると考え、我々は足趾の10秒テストの試みを現在行っている（未発表）が、今後、足趾と下肢機能および生活行動との関連性を明らかにすることで、看護におけるアセスメント力の向上につながるのではないかと期待される。

結 論

医学中央雑誌 Web 版から、下肢または足趾のフィジカルアセスメント（理学的検査）をキーワードで検索し、合計38件の文献について、論文の概略を検討した。合計38件の文献のうち、転倒予防を視点とした論文は29件（76.3%）であったが、看護の立場から検討した論文はなかった。同様な視点で足趾に注目している論文も渉猟できず、今後の看護フィジカルアセスメントの向上において下肢機能および足趾機能に関するアプローチが必要であると感じられた。患者ならびに看護師の負担が少ない評価方法を取り入れることで、運動器のフィジカルアセスメントの向上が期待される。

謝 辞

本研究は富山大学医学部看護学科寄附講座・高度専門看護教育講座研究の一環として行った。

文 献

- 1) 鈴木隆雄：転倒の疫学と予防対策—ロコモティブシンドロームの視点から、ロコモティブシンドローム—運動器科学の新時代. 医学のあゆみ 236：325-331.
- 2) 日本整形外科学会編：運動器不安定症，ロコモティブシンドローム診療ガイド2010，文光堂，pp8-13, 2010
- 3) 薄井坦子：看護のための人間論，ナースが診る人体，講談社，p17, 2003.
- 4) Daniles L, Worthingham C/津山直一，東野修治訳：Muscle testing, 協同医書出版社，

- 1982.
- 5) 政所和也, 竹井和人, 村田 伸ほか: 市販体重計を用いたブリッジ力測定法の再現性と妥当性の検討. ヘルспロモーション理学療法研究 2: 97-100, 2012.
 - 6) 八谷瑞紀, 村田 伸, 熊野 亘ほか: パーキンソン病患者における虚弱高齢者用10秒椅子立ち上がりテスト (Frail CS-10) の有用性. 理学療法科学 27: 391-395, 2012.
 - 7) 久保田聡, 白崎浩隆, 原田真梨ほか: 片麻痺患者の下肢機能が起立・歩行能力に与える影響—荷重率と非麻痺側下肢筋力に注目して. 理学療法福井 15: 16-20, 2011.
 - 8) 竹井和人, 村田 伸, 大田尾浩ほか: 下肢荷重力および臀部部荷重力と各身体機能との関連. ヘルспロモーション理学療法研究 1: 89-92, 2012.
 - 9) 西森知佐, 山崎裕司, 川渕正敬ほか: 脳血管障害片麻痺者における一側下肢最大荷重量の測定. 高知リハビリテーション学院紀要 12: 25-27, 2011.
 - 10) 斉藤繁幸, 佐藤香緒里, 大日向純ほか: バランスクッション上座位能力と片脚立位機能の関係. 理学療法科学 26: 703-706, 2011.
 - 11) 村田 伸, 大田尾浩, 村田 潤ほか: 虚弱高齢者用10秒椅子立ち上がりテスト (Frail CS-10) と ADL との関連. 理学療法科学 26: 101-104, 2011.
 - 12) 村田 伸: 要介護高齢者の簡易下肢機能評価法に関する研究 座位での下肢荷重力と ADL との関連. 老年看護学 15: 38-43, 2011.
 - 13) 角田憲治, 辻 大士, 尹 智暎ほか: 地域在住高齢者の余暇活動量, 家庭内活動量, 仕事関連活動量と身体機能との関連性. 日本老年医学会雑誌47: 592-600, 2010.
 - 14) 池田 崇, 増田真希, 辻 耕二ほか: 低侵襲性人工股関節全置換術における術前身体活動量と術前後の下肢機能の関連性. 理学療法学 37: 453-459, 2010.
 - 15) 村田 伸, 大田尾浩, 村田 潤ほか: 要介護高齢者における座位での下肢荷重力測定の有用性 大腿四頭筋筋力との比較. 健康支援 12: 9-15, 2010.
 - 16) 安芸浩嗣, 南角 学, 西村 純ほか: アプローチ方法の違いが人工股関節全置換術後の機能回復に及ぼす影響 Modified mini-one antero-lateral incision (MMIS) 法と Dall 法の比較. Hip Joint 36 (Suppl.): 134-136, 2010.
 - 17) 村田 伸, 大田尾浩, 村田 潤ほか: 要介護高齢者の簡易下肢機能評価法に関する研究. 座位での下肢荷重力と大腿四頭筋筋力との比較. 日本在宅ケア学会誌14: 57-63, 2010.
 - 18) 村田 伸, 大田尾浩, 村田 潤ほか: 虚弱高齢者における Timed Up and Go Test, 歩行速度, 下肢機能との関連. 理学療法科学 25: 513-516, 2010.
 - 19) 大田尾浩, 村田 伸, 村田 潤ほか: 脳卒中片麻痺患者の下肢荷重力と下肢筋力および座位保持能力との関連. 理学療法科学 25: 427-430, 2010.
 - 20) 八谷瑞紀, 村田 伸, 新郷修二ほか: 高齢者における起き上がり動作能力と身体機能との関連. 理学療法科学 25: 271-274, 2010.
 - 21) 坂田 淳, 鈴川仁人, 安藤 亮ほか: 内側型野球肘症例の初回臨床所見と投球再開時期との関連. 日本肘関節学会雑誌 16: 9-12, 2009.
 - 22) 石田勝也, 白崎浩隆, 久保田聡ほか: 片麻痺患者の下肢機能とエレベーター搭乗の安全性の関係. 理学療法福井 12: 84-88, 2008.
 - 23) 吉本好延, 大山幸綱, 浜岡克伺ほか: 在宅で生活する脳卒中患者の転倒関連因子の解析—麻痺側片脚立位時間を用いた転倒予測の予備的検証. 高知県理学療法 15: 25-28, 2008.
 - 24) 坂本 敦: 人工股関節置換術施行患者における動作と下肢機能の関係. 理学療法群馬18: 31-34, 2007.
 - 25) 明間ひとみ, 山崎裕伺, 加藤宗規ほか: 片麻痺患者における下肢 Bruunstrom-recovery-stage と膝伸展筋力の関連. 高知リハビリテーション学院紀要 8: 43-46, 2007.
 - 26) 石井千菊, 直江祐樹, 日沖甚生ほか: 人工股関節置換術後の歩行訓練に影響するバリエーションについて. Hip Joint 32 (Suppl.): 60-62, 2006.
 - 27) 生須義久, 須田江里子, 高橋哲也ほか: 心不

- 全理学療法を必要とする心臓リハビリテーションへの対応—心不全患者の上肢機能と作業療法の効果. 心臓リハビリテーション 11: 228-230, 2006.
- 28) 村田 伸, 甲斐義浩, 村田 潤ほか: 下肢荷重力と下肢筋力および坐位保持能力との関係. 理学療法科学 21: 169-173, 2006.
- 29) 國澤洋介, 高倉保幸, 菊地恵美子ほか: 脊髄不全麻痺例に対する体重免荷装置を用いた歩行練習の有効性. 埼玉圏央リハビリテーション研究会雑誌 5: 20-22, 2005.
- 30) 木藤伸宏, 新小田幸一, 金村尚彦ほか: 早期下肢機能低下を発見するための下肢機能評価基準の確立と地域スクリーニング応用に関する臨床研究. 健康医科学研究助成論文集 21: 19-31, 2006.
- 31) 村田 伸, 宮崎正光: 障害高齢者の簡易下肢機能評価法—市販体重計を用いた下肢支持力の測定. 理学療法科学 20: 111-114, 2005.
- 32) 梶村政司, 森田哲司, 政森敦宏ほか: 日常の重量物運搬が下肢機能に与える影響について—重錘負荷歩行の筋電図学的解析. 広島理学療法学 13: 42-46, 2004.
- 33) 出口 仁, 松永好孝, 中島英彦ほか: 関節リウマチ在宅和式生活者の機能的特性について. 総合リハビリテーション 32: 361-365, 2004.
- 34) 北畠義典, 種田行男, 永松俊哉ほか: 高齢者における膝関節伸展筋力と生活体力の起居能力及び歩行能力との関係. 体力研究 102: 7-14, 2004.
- 35) 後藤由美, 横山一弥, 荒井美緒ほか: 脳卒中片麻痺患者の床からの立ち上がり動作に関係する機能及び APDL への影響. 理学療法科学 16: 59-63, 2001.
- 36) 酒井紀典, 井形高明, 加藤真介ほか: 圧迫性脊髄症患者の客観的下肢機能評価 (第2報) 膝関節等尺性伸展運動における発揮筋力の角度特異性. 中国・四国整形外科学会雑誌 12: 35-37, 2000.
- 37) 福山勝彦, 丸山仁司: 浮き趾評価の信頼性と浮き趾の抽出法について. 理学療法科学 27: 497-502, 2012.
- 38) 佐々木諒平: 足趾機能がバランス能力に与える影響について. 理学療法—臨床・研究・教育 17: 14-17, 2010.
- 39) 福山勝彦, 小山内正博, 丸山仁司: 成人における足趾接地の実態と浮き趾例の足趾機能. 理学療法科学 24: 683-687, 2009.
- 40) 竹井和人, 村田 伸, 甲斐義浩: 足趾機能と静的・動的バランスとの関連—内容的妥当性の検討. 西九州リハビリテーション研究 2: 13-19, 2009.
- 41) 堀 順, 高橋 仁, 上久保毅ほか: 不安定面上における姿勢制御と足趾把持筋力および足部柔軟性との関係. 日本私立医科大学理学療法学会誌 25: 105-108, 2008.
- 42) 長谷川正哉, 金井秀作, 坂口 顕ほか: 足趾機能が歩行に与える影響. 理学療法の臨床と研究 15: 53-56, 2006.
- 43) 浅川康吉, 池添冬芽, 羽崎 完ほか: 高齢者における下肢筋力と起居・移動能力の関連性. 理学療法学 24: 248-253, 1997.
- 44) 山内豊明: MMT の正しい見かた・活かしかた. エキスパートナース 28: 57-59, 2012.
- 45) 武藤芳照, 太田美穂: 転倒予防への医学的対応, 転倒予防教室—転倒予防への医学的対応—(第2版), 武藤芳照ほか編, pp19-24, 日本医事新報社, 東京, 2002.
- 46) 泉キヨ子: 転倒防止に関する研究の動向と今後の課題. 看護研究 33: 11-19, 2000.
- 47) Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, et al.: Fall prevention in acute care hospitals. A randomized trial. JAMA 304: 1912-1918, 2010.
- 48) 長谷奈緒美, 江尻昌子, 山口容子ほか: 運動器フィジカルアセスメントの実施状況—富山市内に勤務する看護師へのアンケート調査から—. 富山大学看護学会誌 12: 2012.

Toe's power evaluation in the nursing physical assessment (The 3rd report)

-Research review of the toe's function for the fall prevention-

Naomi NAGATANI¹⁾, Masahiko KANAMORI²⁾
Taketoshi YASUDA³⁾, Takeshi HORI³⁾

- 1) Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science
- 2) Department of Human Science 1, University of Toyama
- 3) Department of Orthopaedics, University of Toyama
- 4) Department of Orthopaedics, Iiyama Red-Cross Hospital

Abstract

From a Japanese Medical Central Magazine Web version, we searched “physical assessment and lower limbs function” or “physical assessment and toes function” in a keyword. We found 38 literatures in total, and examined the outline of all articles. In the literature about lower limbs function, they investigated the patients with specific disease or identical operation. These reports are most common with 15 articles, and other literatures which intended for elderly people 65 years or older were 13 articles, and healthy subjects were four. In six articles about toes function, the subjects were normal adults, and there was no article which was approached for elderly people or specific disease. Among 38 literatures in total, we found 29 articles that assumed fall prevention (76.3%), but there was no article in view point of the nursing. Moreover, there was no article in the literature for the lower limbs function. However, in the literature about the toes function, we found three articles which have been paid attentions to standing position or walking balance. In the nursing physical assessment, the attention to lower limbs function or toes function was extremely rare, but it was thought to be necessary for the fall prevention.

Key words

toes, locomotive system, physical assessment

学会報告

第13回富山大学看護学会 学術集会プログラム

学術集会長 安田 智美（富山大学大学院 医学薬学研究部 成人看護学2講座）

開催日 2012年12月15日（土）

会場 富山大学杉谷キャンパス 講義実習棟 大講義室

◆一般演題：第1セッション（10：05～10：35） 座長：永山 くに子

1. 精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析①：首尾一貫感覚との関連
室谷 寛¹，比嘉 勇人²，田中 いずみ²，山田 恵子²，山村 紗貴³
¹富山大学大学院，²富山大学大学院医学薬学研究部，³富山大学附属病院
2. 精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析②：私的スピリチュアリティ（意気）との関連
浜多 美奈子¹，比嘉 勇人²，田中 いずみ²，山田 恵子²，山村 紗貴³
¹富山大学大学院，²富山大学大学院医学薬学研究部，³富山大学附属病院
3. 精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析③：私的スピリチュアリティ（観念）との関連
津谷 麻里¹，比嘉 勇人²，田中 いずみ²，山田 恵子²，山村 紗貴³
¹富山大学大学院，²富山大学大学院医学薬学研究部，³富山大学附属病院

◆一般演題：第2セッション（10：35～11：05） 座長：田中 いずみ

4. 脳卒中により排泄動作が困難となった患者への自己効力を高める看護介入について
田中 瑞穂，浦 依吏佳，勝原 幸恵，佐伯 明美，廣田 恭子，山本 雅子
富山県立中央病院
5. 脳卒中予防啓発リーフレット作成過程
舟瀬 絵美子¹，中松 美由紀¹，伊藤 利栄¹，高畠 仁美¹，高田 香¹，阿部 由紀乃¹，
北山 美幸¹，中川 愛理¹，井上 享子¹，瀧波 賢治¹，成瀬 優知²
¹富山市保健所，²富山大学大学院医学薬学研究部
6. 糖尿病教室における小集団でのフットケア指導の取り組み
前田 加代子，清河 和子，藤野 由紀子
富山通信病院

◆一般演題：第3セッション（11：05～11：25）

座長：中林 美奈子

7. 在宅緩和ケアシステム構築にむけた病棟看護師の認識

四十竹 美千代¹，山本 恵子²，村上 真由美³，泉 理美子⁴，八塚 美樹¹

¹富山大学大学院医学薬学研究部，²富山大学附属病院，³富山赤十字病院，

⁴富山県立中央病院

8. 医療費上昇要因の検討：平成20～23年国保レセプト情報より

成瀬 優知¹，寺西 敬子¹，春名 美和子²

¹富山大学大学院医学薬学研究部，²富山県国保連合会

◆総 会（11：30～12：00）

◆休 憩（12：00～13：00）

◆特別講演（13：00～14：45）

座長：西谷 美幸

講演1（13：00～14：00）

臨床における倫理

講師 盛永 審一郎 先生

富山大学大学院医学薬学研究部 医療基礎 哲学 教授

講演2（14：00～14：45）

事例から考える臨床倫理

講師 坂井 桂子 先生

富山県立中央病院 がん看護専門看護師

◆閉会挨拶（14：45～14：50）

富山大学看護学会会長 竹内 登美子

一般演題 1

精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析①

：首尾一貫感覚との関連

○室谷 寛¹, 比嘉 勇人², 田中 いずみ², 山田 恵子², 山村 紗貴³¹富山大学大学院, ²富山大学大学院医学薬学研究部, ³富山大学附属病院

【目的】

看護師の実践能力の向上に関連する要因として、「社会的(生活環境的)要因」「メンタル(刺激反応的)要因」「私的スピリチュアル(主体内発的)要因」などが想定される。ここでは、精神看護実践能力と首尾一貫感覚(刺激反応的な対応性)との関連について検討し、看護実践能力に関する要因分析研究への基礎とする。

【方法】

A 精神科病棟の看護師 19 名を対象に質問紙調査を実施した。質問紙は、精神看護実践能力尺度(35 項目)と首尾一貫感覚文章完成法テスト(3 項目)で構成した。精神看護実践能力は、精神科における総合的な看護実践行動であり、「計画・連携・評価」「専門職開発」「リーダーシップ」「精神的ケア」「援助的コミュニケーション」の各得点で表した。首尾一貫感覚は、刺激反応的なところの一面(状況刺激に対する確信)であり、「把握可能感:これから予測されるストレスは…」「処理可能感:ストレスに直面したときは…」「有意味感:ストレスと向き合うことは…」の各ポジティブ回答度評点で表した。分析は、精神看護実践能力と首尾一貫感覚の変数間の偏順位相関分析を行った。

【結果】

有効回答者は 14 名で、精神科臨床経験は 1~8 年目であった。

有意($p < 0.05$)または有意傾向($p < 0.10$)な相関係数が認められた 2 変数は、以下のとおりであった。

「専門職開発」得点と「把握可能感」評点は、 $r_s = 0.67$, $p = 0.02$, 95%CI[0.16 0.90]であった。

「援助的コミュニケーション」得点と「把握可能感」評点は、 $r_s = 0.57$, $p = 0.05$, 95%CI[-0.01 0.86]であった。

「援助的コミュニケーション」得点と「有意味感」評点は、 $r_s = 0.60$, $p = 0.04$, 95%CI[0.04 0.80]であった。

【考察】

「把握可能感」評点は自分の「状況に応じた予測と説明がどの程度できるか」を反映する。それは、自分の将来を模索し様々な専門知識・技術を習得しようとする姿勢の表れでもある。したがって、「把握可能感」評点と倫理的・専門的な実践能力を自己研鑽できる能力を示す「専門職開発」得点において、正の相関を呈したと考えられる。また、「把握可能感」評点は患者の「状況に応じた予測と説明がどの程度できるか」にも関連すると推察される。したがって、「把握可能感」評点と患者の内面的成長過程を促すための言語的・非言語的関わりをもつことができる能力を示す「援助的コミュニケーション」得点において、正の相関を呈したと考えられる。

「有意味感」評点は「その状況に自己投入する意味がどの程度あるか」を反映する。それは、「辛くても諦めないことが自分自身を強くする」といった自己効力感の表れでもある。したがって、「有意味感」評点と自己効力感が動因となる「援助的コミュニケーション」得点において、正の相関を呈したと考えられる。

一般演題2

精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析②

: 私的スピリチュアリティ(意気) との関連

○浜多 美奈子¹, 比嘉 勇人², 田中 いずみ², 山田 恵子², 山村 紗貴³

¹富山大学大学院, ²富山大学大学院医学薬学研究部, ³富山大学附属病院

【目的】

看護師の実践能力の向上に関連する要因として、「社会的(生活環境的)要因」「メンタル(刺激反応的)要因」「私的スピリチュアル(主体内発的)要因」などが想定される。ここでは、精神看護実践能力と私的スピリチュアリティ(意気:自分以外への志向性)との関連について検討し、看護実践能力に関する要因分析研究への基礎とする。

【方法】

A 精神科病棟の看護師 19 名を対象に質問紙調査を実施した。質問紙は、精神看護実践能力尺度(35 項目)と私的スピリチュアリティ(意気)文章完成法テスト(2 項目)で構成した。精神看護実践能力は、精神科における総合的な看護実践行動であり、「計画・連携・評価」「専門職開発」「リーダーシップ」「精神的ケア」「援助的コミュニケーション」の各得点で表した。私的スピリチュアリティ(意気)は、主体内発的なことの一面であり、「支え:一番の支えになるものは…」 「望み:何よりも一番したいことは…」の各ポジティブ回答度評点で表した。分析は、精神看護実践能力と私的スピリチュアリティ(意気)の変数間の偏順位相関分析を行った。

【結果】

有効回答者は 14 名で、精神科臨床経験は 1~8 年目であった。

有意 ($p < 0.05$) な相関係数が認められた 2 変数は、以下のとおりであった。

「援助的コミュニケーション」得点と「支え」評点は、 $r_s = 0.71$, $p = 0.01$, 95%CI[0.24 0.91]であった。

「リーダーシップ」得点と「支え」評点は、 $r_s = 0.64$, $p = 0.02$, 95%CI[0.10 0.89]であった。

「計画・連携・評価」得点と「望み」評点は、 $r_s = 0.60$, $p = 0.03$, 95%CI[0.04 0.87]であった。

「精神的ケア」得点と「望み」評点は、 $r_s = 0.59$, $p = 0.03$, 95%CI[0.03 0.87]であった。

【考察】

「支え」評点は「深く求め信頼する程度」を反映する。それは「支えられる自分」だけでなく「(患者を)支える自分」の基盤になると推察される。したがって、「支え」評点と患者の内面的成長過程を促すための言語的・非言語的関わりをもつことができる能力を示す「援助的コミュニケーション」得点において、正の相関を呈したと考えられる。また、「支え」評点は「(スタッフを)支える自分」とも関連すると推察され、「支え」評点と看護役割の明確化・委譲やリーダーシップが発揮できる能力を示す「リーダーシップ」得点において、正の相関を呈したと考えられる。

「望み」評点は「望みを成し遂げようとする程度」を反映し、実践では看護過程として構造化される。したがって、「望み」評点と資源を最大限に活用し計画を立案・評価できる能力を示す「計画・連携・評価」得点において、正の相関を呈したと考えられる。また、「望み」評点は精神的ニーズの充足とも関連すると推察され、「望み」評点と精神的ニーズへの有効な実践ができる能力を示す「精神的ケア」得点において、正の相関を呈したと考えられる。

精神科病棟看護師の看護実践能力の要因分析③ : 私的スピリチュアリティ(観念)との関連

○津谷 麻里¹, 比嘉 勇人², 田中 いずみ², 山田 恵子², 山村 紗貴³

¹富山大学大学院, ²富山大学大学院医学薬学研究部, ³富山大学附属病院

【目的】

看護師の実践能力の向上に関連する要因として、「社会的(生活環境的)要因」「メンタル(刺激反応的)要因」「私的スピリチュアル(主体内発的)要因」などが想定される。ここでは、精神看護実践能力と私的スピリチュアリティ(観念:自分自身への志向性)との関連について検討し、看護実践能力に関する要因分析研究への基礎とする。

【方法】

A精神科病棟の看護師19名を対象に質問紙調査を実施した。質問紙は、精神看護実践能力尺度(35項目)と私的スピリチュアリティ(観念)文章完成法テスト(3項目)で構成した。精神看護実践能力は、精神科における総合的な看護実践行動であり、「計画・連携・評価」「専門職開発」「リーダーシップ」「精神的ケア」「援助的コミュニケーション」の各得点で表した。私的スピリチュアリティ(観念)は、主体内発的なことの一面であり、「対他評価:周囲に対して強く感じていることは…」「対自評価:自分のこれからは…」「病観:病というものとは…」の各ポジティブ回答度評点で表した。分析は、精神看護実践能力と私的スピリチュアリティ(観念)の変数間の偏順位相関分析を行った。

【結果】

有効回答者14名、精神科臨床経験1～8年目であった。

有意($p < 0.05$)または有意傾向($p < 0.10$)な相関係数が認められた2変数は、以下のとおりであった。

「計画・連携・評価」得点と「対他評価」評点は、 $r_s = 0.61$, $p = 0.03$, 95%CI[0.07 0.88]であった。

「リーダーシップ」得点と「対他評価」評点は、 $r_s = 0.55$, $p = 0.06$, 95%CI[-0.03 0.85]であった。

「専門職開発」得点と「対他評価」評点は、 $r_s = 0.53$, $p = 0.08$, 95%CI[-0.06 0.85]であった。

「専門職開発」得点と「病観」評点は、 $r_s = 0.57$, $p = 0.06$, 95%CI[-0.01 0.86]であった。

「精神的ケア」得点と「病観」評点は、 $r_s = 0.54$, $p = 0.07$, 95%CI[-0.05 0.85]であった。

【考察】

「対他評価」評点は「意味づけを実感する程度」を反映し、それは内発的動機づけの一要因になると推察される。したがって、「対他評価」評点と資源を最大限に活用し計画を立案・評価できる能力を示す「計画・連携・評価」得点、看護役割の明確化・委譲やリーダーシップが発揮できる能力を示す「リーダーシップ」得点、倫理的・専門的な実践能力を自己研鑽できる能力を示す「専門職開発」得点の各2変数において、正の相関を呈したと考えられる。

「病観」評点は「自己基準を思い抱く程度」を反映しており、病に対する能動的な態度と関連すると推察される。したがって、「病観」評点と専門的実践能力を自己研鑽できる能力(対処的な追究力)を示す「専門職開発」得点において、正の相関を呈したと考えられる。また、「病観」評点は病者観(患者やその家族に対する見方と関心の度合い)とも関連すると推察される。したがって、「病観」評点と患者やその家族の精神的ニーズを適宜把握でき、そのニーズに対して有効に対応できる能力を示す「精神的ケア」得点において、正の相関を呈したと考えられる。

一般演題4

脳卒中を発症し排泄動作が困難となった患者への自己効力を高める看護介入について

—バンデュエラの自己効力の理論を用いて—

田中 瑞穂, 浦 依吏佳, 勝原 幸恵, 佐伯 明美, 廣田 恭子, 山本 雅子

富山県立中央病院

【目的】脳卒中患者は意識障害や麻痺が残り自分の意志で思うように行動出来なくなることが多く、これまでの生活動作を変更する必要がある。左橋出血で左半身麻痺があり、自身で排泄行動を行うことが出来なくなった患者への自己効力を高める看護介入方法を検討する。

【方法】1) 対象者 (A 氏、50 歳代女性、左橋出血にて左半身に麻痺出現) の自立度を FIM (機能的自立度評価表) を用いて評価する。2) バンデュエラの自己効力の理論に基づいて看護介入と患者の言動の変化を振り返る。倫理的配慮として患者に研究の目的と方法を説明し、個人が特定されないこと、参加は自由意志であること、得られた情報は研究目的以外で使用しないことを書面と口頭で説明し、同意を得た上で研究対象とした。また、看護部倫理委員会の承認を得た。

【結果】患者の排泄状況に合わせて、第一段階を尿留置カテーテル抜去～床上排泄、第二段階を床上排泄～車椅子用トイレ (車椅子使用)、第三段階を車椅子用トイレ (車椅子使用) ～車椅子用トイレ (歩行器使用) の三段階に分けて振り返りを行った。FIM を用いて自立度を評価すると、認知項目については 35 点満点であったことから第一段階より意図的に言葉での説明を行い介入した。第一段階では、床上から離床しての排泄動作へと移行することを念頭に置き、主に筋力低下の防止や体幹バランス力の増強を行なった。第二段階では、出来る事に注目する関わりにより、自分の状態・状況は、確実に進歩してきていると認識してもらうことで次の動作を行なうことへの意欲が高まったと考える。また、夜間に車椅子用トイレまで移乗することや排泄動作に対する不安を抱いていたため、日中はリハビリパンツ、夜間はテープ式のオムツを着用し、排泄で失敗したくないという対象者の思いを尊重した関わりを行なった。第三段階では、看護師の見守りで車椅子用トイレへの移動やトイレでの排泄動作ができるようになっており、看護師が「上手でしたね」と褒めると嬉しそうな表情がみられた。

【考察】バンデュエラの自己効力理論に基づいて振り返ると、第一段階から意図的に言葉での説明を行う介入や筋力や体幹バランス力の増強への支援は、一つ一つの動作を確実に行う事を支援することにより成功体験を積み重ね、不安を感じることなく床上から離床しての排泄動作への移行につながったと考える。第二段階では出来る動作が増えている事や排泄での失敗をしたくない対象者の思いを尊重することで、ストレスやネガティブな感情を減少させることが自己効力を高めることにつながったと考える。バンデュエラは他社からあなたならその行動をうまく行う事が出来るといわれる言語的説得が自己効力を高めると述べており、喜びを共感し褒めたり励ましたりすることが A 氏の自信や成功体験の積み重ねにつながったと考える。

【結論】1) 残存機能を活かし、言葉での説明や励ましを用いて意図的に関わるのが有効である。2) 自尊心や回復意欲を高める関わりが重要である。3) 成功体験の積み重ねによって自己効力を高めることにより、生活の再構築につなげていくことができる。

一般演題5

脳卒中予防啓発リーフレット作成過程

○舟瀬 絵美子¹，中松 美由紀¹，伊藤 利栄¹，高畠 仁美¹，高田 香¹，阿部 由紀乃¹

北山 美幸¹，中川 愛理¹，井上 享子¹，瀧波 賢治¹，高橋 洋一¹，成瀬 優知²

¹富山市保健所，²富山大学大学院医学薬学研究部

【背景】 富山市では、脳卒中死亡率が全国に比べて高いことや、介護を要する原因疾患として脳卒中が最も多いことから、脳卒中对策を構築するため、平成17年度より脳卒中総合対策事業を実施している。その中で、調査・研究を位置づけ、基本健康診査（以下、健診）情報をもとに、脳卒中の発症及び悪化、死亡に関わるリスク要因について検討を行ってきた。平成20年度にこれまでの研究成果を市民へ還元し、脳卒中の正しい知識の普及啓発を行うため、活用できるリーフレットを作成した。

【目的】今年度、事業計画最終年となることから、リーフレット第2弾を作成した。第1段作成以降に得られた研究成果の中からより市民に伝えたいことは何かに着目し、内容をどのように表現したらわかりやすく、インパクトのあるものとなるか検討した。その試行錯誤の過程を明らかにしていくことにした。

【結果】リーフレットは伝えたいことから4部構成とした。①富山市の要介護認定者の介護が必要となった原因疾患のうち、脳関連の疾患が最も多かった（28,5%）ことより、脳卒中予防の必要性を訴えた。②血圧管理の重要性を示すため、性・年齢階級別の集団寄与危険割合で表現したが、血圧値が重症化するほどハザード比が上昇する傾向も加えたほうがわかりやすいと考えられ表現に加えた。③継続受診の重要性を訴えるため、受診回数別にみた偏差値の推移で示そうと試みたが、わかりにくいと考えられたため取り入れなかった。健診における継続受診者と非継続受診者の収縮期血圧の比較で示そうと、表現方法をいくつか考え、平均値で表現した。④脳卒中の症状や一過性脳虚血発作の特徴について示し、早期発見・受診の重要性についても記した。

【まとめ】市の研究調査に基づくリーフレットは一般のものとは違い、住民にとって自分たちのデータを利用しているため、受け入れやすく、訴える力も大きいと考えられる。しかし、研究でまとめた結果はそのままでは市民にはわかりにくい。情報を正しく伝えるために、リーフレットを手にする市民と現場で活用する保健師両者の視点から、研究成果をいかにわかりやすく、インパクトのあるものにまとめるかで苦労した。

リーフレットの活用にあたっては、保健師に対し研修会等を実施し、共通理解や知識向上を図る機会をもちたい。

今後内容をさらに整理・改善し、市民への脳卒中予防啓発のための、より効果的な健康教育へつなげていきたい。

一般演題6

糖尿病教室における小集団でのフットケア指導の取り組み

○前田 加代子, 清河 和子, 藤野 由紀子

富山通信病院

【目的】

糖尿病教室における小集団でのフットケア指導に関する効果を、糖尿病患者のセルフケア行動と看護師の指導内容を分析し明らかにする。

【方法】

糖尿病教室を受講し、その後2回以上継続指導を行った患者を対象とした。また、1回の糖尿病教室受講者数を5人以下とした。まず、糖尿病教室を受講前に、対象者にアンケートを実施した。その後、新たに作成したフットケアに関するパンフレットを用いて集団講義を行った。そして、受講前のアンケート結果と足チェック表を用いて個別的に足を観察し、指導・記録を行った。次回外来受診日は、看護計画に記入した。2回目以降の継続指導については、受講前アンケートと足チェック表を用いて自宅で行ったフットケア内容を聞き取り、聞き取ったことに対し評価・再指導を行った。また、受講前と同一のアンケートと新たにアンケート調査を実施した。アンケートは単純集計を行い、指導効果を分析した。

倫理的配慮は、口頭および書面にて、研究の趣旨を説明し同意を得られた患者のみを対象とした。アンケート取扱いの配慮、本研究以外では使用しないこと、プライバシーを保護し、拒否をしても不利益は生じないことを説明した。また、所属施設の倫理委員会にて研究の趣旨について承認を得て実施した。

【結果】

対象者は、40歳代～80歳代の男性14名、女性10名であり、平均罹病期間は7.4年であった。また、糖尿病と診断されて1年未満の患者は6名であった。糖尿病教室受講前後のアンケート結果では、特に大きな差はみられなかったが、糖尿病教室受講後のセルフケア行動としては「爪の切り方に気を付ける」が7名、「1日1回足をみる」が6名、「保湿クリームの塗布」が5名であった。また、アンケートの自由回答欄には、「糖尿病では足のけがや感染が重症化することがわかった。」「大変詳しい説明、対応、処置があり感謝している。」といった意見がみられた。看護師が行う集団指導後の個別でのフットケア指導の内容としては、足の観察方法を中心として保湿ケア、爪の切り方、足の洗い方が多かった。個別指導時には、フットケアに関する内容の他に血糖値、食事・運動療法、合併症に関する質問や参加者同士での意見交換が積極的にみられた。

【考察】

糖尿病を持つ患者を対象に、フットケアに対する知識の習得、セルフケア行動の促進を図るために小集団における個別指導の導入を行った。集団講義のみではほとんど質問が出なかったが、今回の指導方法により、フットケアの内容だけではなく、糖尿病治療および療養生活に関する質問が聞かれるようになった。さらに看護師を交え患者同士で話し合う場面もみられた。看護師に関しても、パンフレットを用いながらの集団講義だけではなく、患者一人一人の足をみることは、今この患者にとって何が困っているのか、どのようなケアが必要であるかをアセスメントし、患者と一緒に考えながら短時間でも個別性のある援助を行うことができる。このように、フットケアを通してセルフケアの促進だけではなく、疾患や療養生活に対する意識も高めることが出来、この指導方法は糖尿病の自己管理に役立つと考える。

一般演題 7

がん患者の在宅緩和ケアシステム構築に向けた病棟看護師の認識の現状

○四十竹 美千代¹, 山本 恵子², 村上 真由美³, 泉 理美子⁴, 八塚 美樹¹¹富山大学大学院医学薬学研究部, ²富山大学附属病院, ³富山赤十字病院, ⁴富山県立中央病院

【目的】私たちは退院調整に関わる看護師の面接調査から、在宅緩和ケアに関する課題として 24 時間対応してくれる医療体制、急変時に対応してくれる地域ケアネットワーク、地域住民の在宅緩和ケアへの理解、在宅緩和ケアに向けた院内のチーム作り、病棟看護師の在宅緩和ケアへの理解、家族の不安緩和、信頼できるかかりつけ医の選択の 7 つを抽出した。退院調整には、まず退院調整が必要な患者のスクリーニングが必要であると報告されている。つまり、在宅緩和ケアに向けての第 1 歩は病棟看護師による、在宅緩和ケアが必要な患者のスクリーニングであると考えられる。そこで本研究では、病棟看護師の在宅緩和ケアに関する課題への認識の現状を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象：2 病院の消化器内科、消化器外科、婦人科、泌尿器科の病棟に勤務する看護師 30 名。調査方法：調査は、在宅緩和ケアの課題 7 つから構成し、在宅緩和ケアの認識に関する全 30 項目について実施した。在宅緩和ケアに関する課題への看護師の認識は全く知らない、必要ない、思わない、行っていない：1 点から非常に知っている、必要ある、思う、行っている：5 点の 5 段階で評価した。倫理的配慮：調査目的と趣旨について文書で説明し、同意を得た上で回答してもらった。なお、A 大学倫理審査委員会の承諾を得て実施した(臨認 23-38 号, 平成 23 年 7 月 25 日)。

【結果】対象者 30 名中 27 名から回答を得た。対象者の平均年齢は 34.5±6.2 歳で、がん看護の経験年数は 9.8±3.6 年であった。緩和ケアチーム活動の経験ありは 29.6%、経験なしは 70.3%であった。在宅緩和ケアに関する課題の認識において、緩和ケアチーム活動の経験ありの対象者は活動の経験なしの対象者に比べて有意に課題の認識が高かった(p<.001)。在宅緩和ケアに関する課題の認識で対象者が認識していた項目は〈8. 在宅緩和ケアを推進する上で地域住民の理解が必要だと思う〉〈14. 一緒に働く看護師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う〉〈16. 一緒に働く薬剤師は在宅緩和ケアにおける役割を理解していると思う〉〈22. 日中、一人で過ごす患者が在宅緩和ケアを選択することは困難であると思う〉〈24. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に対して、患者の急変を想定した情報提供を行っている〉であった。対象者の 85%以上は在宅緩和ケアには地域住民の理解、一緒に働く看護師、薬剤師の理解が必要であると認識していた。また、日中 1 人で過ごす患者は在宅緩和ケアが困難であると認識していたが、在宅緩和ケアを選択した患者の家族には急変を想定した情報提供が必要であると認識していた。反対に対象者が認識していなかった項目は〈3. 在宅緩和ケアにおいて調剤薬局がどのような業務を行っているか知っている〉〈4. 在宅緩和ケアにおいて 40 歳以上の終末期がん患者が介護保険を利用できることを知っている〉〈20. 在宅緩和ケアを選択した患者の家族に情報提供を行っている〉〈28. 自分の働く職場において、在宅緩和ケアを希望した患者の意向に添った話し合いが多職種間で行われている〉であった。対象者の 85%以上が知らない、行っていないと回答し認識していなかった。

【考察】病棟に勤務する看護師は、在宅緩和ケアには医療者の理解が不可欠であることは認識していたと考えられる。さらに、在宅緩和ケアを受ける患者のイメージは出来ていたと考えられる。しかし、社会資源の活用や多職種間の話し合いにおいての認識が不十分であったと考えられる。

一般演題8

医療費上昇要因の検討：平成20～23年国保レセプト情報より

○成瀬 優知¹，寺西 敬子¹，春名 美和子²

¹富山大学大学院医学薬学研究部 ²富山県国保連合会

【目的】医療費上昇の影響を被保険者の増加、受療者率の増加、一人当たり医療費の増加の3要素から検討した

【方法】レセプト情報は各年5月分の全ての医科外来、調剤レセプトを個人ごとに統合し、それを本研究の解析対象情報とした。解析は男女別に、年齢は40から74歳を5歳刻みに7階級に分けて検討した。本研究での医療費は個人ごとの医科外来と調剤レセプト点数を合算したものである。

【結果】 1) 医療費はどの程度上昇してきたか。

男性において、H20に比べH21は0.6%、H22は3.0%、H23は10.8%増加と着実に増加傾向を示している。一方女性はH20に比べH21は-1.2%、H22は-0.8%、H23は3.1%増加とH23は増加に転じた。

2) 被保険者数

H20被保人口に比べH23は、男性で4.9%、女性で1.4%増加していた。60歳以上人口はH20に比べ、男性H21で2.7%、H22で6.7%、H23で9.0%、女性H21で1.9%、H22で4.3%、H23で4.9%と着実に増加傾向であった。

3) 受療者率

男性はH20で52.2%、H21で51.3%、H22で50.9%、H23で52.1%、女性はH20で58.0%、H21で57.2%、H22で56.6%、H23で57.6%と顕著な増加減少傾向はみられない。

4) 一人当たり医療費

中央値はH23がH20に比べ5%以上の上昇がみられたのは45-49歳女性、50-59歳男性(5.3~7.3%)のみで、全体としては顕著な増加傾向はみられない。平均値はH23がH20に比べ5%以上の上昇がみられたのは14群中6群であった。一人当たりの医療費増加は、平均的な増加ではなく、相対的高医療費者の医療費が増えたためである。

5) 医療費上昇の3要素の影響度

男性ではH20からH23年の医療費増加10.8%中、被保険者増の影響は4.94%、一人当たり医療費増の影響は5.95%、女性では医療費増加3.1%中被保険者増の影響は1.44%、一人当たり医療費増の影響は2.68%であった。

【まとめ】H20からH23の医療費の増加は、主として被保険者の増加と相対的高医療費者の1人当たり医療費の上昇が要因である。

富山大学看護学会会則

第1章 総則

第1条 本会は富山大学看護学会と称する。

第2条 本会の事務局を富山市杉谷2630 富山大学医学部看護学科内におく。

第2章 目的および事業

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

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

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

第3章 会員

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

第6条 本会の会員は次のとおりとする。

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

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

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

第9条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

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

第4章 役員

第10条 本会は次の役員をおく。

会長（1名）、理事（若干名）、監事、評議員

第11条 会長は総会の賛同を得て決定する。年次総会の会頭は会長がつとめる。

第12条 理事および監事は会長が委嘱する。

第13条 評議員は評議員会を組織し、重要会務につき審議する。

第14条 理事は会長を補佐し庶務、会計、会誌の編集等の会務を執行する。理事長は会長が兼務するものとする。

第15条 監事は会計を監査し、その結果を評議員会ならびに総会に報告する。

第16条 役員任期は2年とする。

第5章 総会および評議員会

第17条 総会は毎年1回これを開く。

第18条 臨時の総会、評議委員会は会長の発議があった時これを開く。

第6章 会計

第19条 本会の事業年度は毎年4月1日より翌年3月31日までとする。

第20条 本会の経費は会費、寄付金ならびに印税等をもって充てる。

第7章 その他

第21条 本会則の実施に必要な細則を別に定める。

第22条 細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる。

付則 本会則は、平成9年11月5日から施行する。

付則 本会則は、平成12年10月21日、一部改正施行する。

付則 本会則は、平成17年10月15日、一部改正施行する。

付則 本会則は、平成24年12月15日、一部改正施行する。

細則

6-1 一般会員の年会費は3,000円とする。学生会員の年会費は1,000円とする。名誉会員および功労会員の会費は免除する。賛助会員の会費は30,000円以上とし、2年間の会員資格を有効とする。

6-2 学生会員は富山大学医学部看護学科に属する者とする。なお大学卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。

6-3 功労会員3)-(1)の条件における、看護学研究等における多大な貢献とは、退官後に富山大学看護学科の協力研究員として、5年以上の実務的な実績がある者とする。

6-4 功労会員3)-(2)の条件における、本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする。

8-1 前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない。

17-1 総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う。

18-1 評議員は現評議員2名の推薦により評議員会で審議し、これをうけて会長が委嘱する。

富山大学看護学会誌投稿規定

1. 掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は投稿時に富山大学看護学会会員であることが必要である。
（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）
3. 学会誌の発刊は6月および12月の年2回行う。そのため投稿原稿の締切りは3月および9月末日とする。
4. 投稿から掲載に至る過程：
 - 1) 投稿の際に必要なもの
 - ①初投稿の際
 - ・原稿3部（図表を含む）
 - ・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）
 - ・査読料としての3,000円の郵便定額小為替または現金
 - ②査読後再投稿の際
 - ・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）および査読者に対する回答
 - ・校閲された初原稿
 - ③掲載確定後の際
 - ・最終原稿1部
 - ・原稿をファイルしたCD-ROMまたはそれに準ずるもの
（投稿者名、使用コンピューター会社名、ワープロソフト名を貼付）
 - 2) 査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる。
 - 3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに、最終的には編集委員会が決定する。
 - 4) 掲載順位、掲載様式など：編集委員会が決定する。
 - 5) 校正：著者校正は1校までとし、その際、印刷上の誤りによるもののみにとどめ、内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。
5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は、ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前、イニシャル、病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では、原則として「対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（承認番号を記載のこと）、および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く。
6. 掲載料の負担：依頼原稿以外、原則として著者負担（但し、2万円を上限）とする。なお別刷請求著者には別途請求（50部につき5千円）する。

7. 原稿スタイル：

1) 原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとす。

上下左右の余白は2cm以上をとり、下余白中央に頁番号を印字する。

①和文原稿：

- ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ遂行を重ねたものとする。
- ・句読点には、「,」および「.」を用い、文節のはじめ（含改行後）は、1字あける。
- ・原則として、横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし、原著・総説では20頁以内、短報では10頁以内とする。
- ・原著および短報には英文文末要旨を必要とする。
- ・英文文末要旨は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい。

②英文原稿：

- ・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として、12ポイント、ダブルスペースで作成し、原著・総説では20頁以内、短報では10頁以内とする。
- ・特に指定のないかぎり、論文タイトル、表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において、最初の文字のみ大文字とする。但し、著者名のうち姓はすべて大文字で記す。
- ・原著および短報には和文文末要旨を必要とする。

2) 原稿構成は、表紙、文頭要旨（含キーワード）、本文、文末要旨、表、図説明文、図の順とする。但し、原著・短報以外の原稿（総説等）には要旨（含キーワード）は不要である。

頁番号は文頭要旨から文末要旨まで記し、表以下には記さない（従って、表以下は頁数に含まれない）。

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

表紙（第2枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの。

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

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

(3)本文（第4枚目以降）

- ・原著：はじめに（Introduction）、研究対象と方法（Materials and methods）、結果（Results）、考察（Discussion）、結語（Conclusion）、謝辞（Acknowledgments）、文献（References）の項目順に記す。

各項目には番号は付けず、項目間に1行のスペースを挿入する。

- ・短報：原著に準拠する。
- ・総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し、それ以外の構成は特に問わない。
- ・但し、人文科学的手法による論文の構成はこの限りでない。

(4)文献：関連あるもののうち、引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載法：右肩に、引用順に番号と右片括弧を付す（字体は9ポイント程度）。同一箇所に複数文献を引用する場合、番号間を「,」で区切り、最後の番号に右片括弧を付す。

- 3つ以上の連続した番号が続く場合、最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。
- 文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し、以下の様式に従い記載する。
 - 著者名は筆頭以下3名以内とし、3名をこえる場合は「ほか」または「, et al」を記載する。英文文献では、family name に続き initial をピリオド無しで記載し、最後の著者名の前に and は付けない。
 - 雑誌の場合
 - 著者名：論文タイトル、雑誌名 巻：初頁 - 終頁、発行年（西暦）の順に記す。
 - 雑誌名の略記法は、和文誌では医学中央雑誌、英文誌では index medicus のそれに準ずる。但し、英文誌では略語間はスペースで区切り「.」は入れない。
 - 例：
 - 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子ほか：日常生活行動に関する研究. 看護研究 15：59-67, 1962.
 - 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC, et al：Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58：85-89, 1962.
 - 単行本の場合
 - 全引用：著者名：単行本表題（2版以上では版数）、発行所、その所在地、西暦発行年。
 - 一部引用：著者名：表題（2版以上では版数）、単行本表題、編集者、初頁-終頁、発行所、その所在地、西暦発行年。
 - 例：
 - 1) 砂原茂一：医者と患者と病院と（第3版）。岩波書店、東京、1993.
 - 2) 岩井重富, 矢越美智子：外科領域の消毒。消毒剤（第2版）、高杉益充編, pp76-85, 医薬ジャーナル社、東京、1990.
 - 3) Horkenes G, Pattison JR：Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nd ed), Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989.
 - 印刷中の論文の場合：これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする。
 - 1) 立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究。富山大学看護学会誌(印刷中)。
- (5) 文末要旨：新たな頁を用い、標題、著者名、所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し、和文原稿では英訳したもの、英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す（特別寄稿および総説には不要である）。
- (6) 表および図（とその説明文）：用紙1枚に1表（または図）程度にとどめる。
和文原稿においては、図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい。
肩文字のサイズは9ポイント程度とする。
- 表：表題は、上段に表番号（表1. あるいは Table 1.）に続き記載する。
脚注を必要とする表中記載事項は、その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す。有意差表示は右肩*による。表下欄外の脚注には、表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する。
 - 図説明文：別紙にまとめて図番号順に記す。構成は、図番号（図1. または Fig. 1.）に次いで図標題、説明本文となる。本文には、図中に表示した全ての印字が何を示すかの説明が含まれていなければならない。
 - 図：下段に図番号（図1. または Fig. 1.）および代表著者名を記す。
写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定する。

(7)その他の記載法

- 学名：イタリック体で記す.
- 略語の使用：用紙および本文のそれぞれにおいて、最初の記載箇所においては全記し、続くカッコ内に以後使用する略語を記す。
例：後天性免疫不全症候群（エイズ），mental health problem (MHP).
但し、図表中においては number の略字としての n または N は直接使用してよい.
- 度量衡・時間表示：国際単位（kg, g, mg, mm, g/dl）を用い、温度は摂氏（℃），気圧はヘクトパスカル（hpa）表示とする。
英字時間表示には、sec, min, h をピリオド無しで用いる.

「投稿先」

〒930-0194 富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会 金森昌彦（人間科学1講座） 宛

メールアドレス：kanamori@med.u-toyama.ac.jp

* 封筒に論文在中と朱書し、郵便書留にて発送のこと

入会申込書記入の説明

- 入会する場合は、下記の申込書を学会事務局まで郵送し、年会費3,000円（学生会員は1,000円）を下記郵便口座へお振込みください。

学会事務局 〒930-0194 富山市杉谷2630番地
富山大学医学部看護学科 老年看護学講座
竹内 登美子 宛
振込先：郵便口座00710-1-41658 富山大学看護学会

切 り 取 り 線

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

富山大学看護学会会長 殿
貴会の趣旨の賛同して会員として 年度より入会いたします。

ふりがな 氏名 メールアドレス	
勤務先 (所属・職名)	
勤務先住所 TEL FAX	〒
自宅住所 TEL FAX	〒
学会誌送付先	



編集後記

今年、看護学科は設立20周年を迎えました。短いようで長い年月です。杉谷キャンパスにすっかり馴染んだこの建物にも20年の歴史が感じられます。看護学科棟だけが持つ玄関の大きな4本柱を朝に潜（くぐ）る時、少しだけ心が緊張します。それは玄関が「玄妙に入る関」だからです。玄関とは奥深い真理、絶対的な真理に入っていく関所という意味を表しているそうです。「何事も入り口が肝心」と言われますが、この建物が富山から地域へ、日本へ、世界へ社会貢献する医療者育成の入り口でもあることを自負して、次なる時代を歩みたい、歩んでいただきたいと思います。この写真は2013年6月早朝の看護学科棟全景です（金森昌彦）。

平成25年度
富山大学看護学会役員一覧

会長 竹内 登美子

庶務 東海 奈津子, 北谷 幸寛

編集 金森 昌彦, 西谷 美幸, 田中 いずみ

会計 二川 香里, 寺西 敬子

監事 吉井 美穂, 梅村 俊彰

富山大学看護学会誌第13巻1号

発行日 2013 (H25) 年6月
編集発行 富山大学看護学会
編集委員会
金森 昌彦 (編集委員長)
西谷 美幸, 田中 いずみ
〒930-0194 富山市杉谷2630
TEL (076) 434-7405
FAX (076) 434-5186
印刷 中央印刷株式会社
〒930-0817 富山市下奥井1-4-5
TEL (076) 432-6572
FAX (076) 432-2329

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF
UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL. 13, NO. 1 JUNE 2013

CONTENTS

〈Review Article〉

Bridge between care and justice — Ethics at the end of life
Shinichiro MORINAGA 1

Clinical ethics in view point of the cases
Keiko SAKAI 9

〈Original Article〉

Current status and recognition of ward nurses for cancer patients
of home-based palliative care
Keiko YAMAMOTO, Michiyo AITAKE
Mayumi MURAKAMI, Rimiko IZUMI, Miki YATSUDUKA 15

Re-examination of nurses' workplace adaptability scale
Hitomi FUJIMOTO, Shizuko TAKAMA 25

〈Short Communication〉

Toe's power evaluation in the nursing physical assessment (The 3rd report)
- Research review of the toe's function for the fall prevention -
Naomi NAGATANI, Masahiko KANAMORI
Taketoshi YASUDA, Takeshi HORI 35

〈News from the Nursing Society of University of TOYAMA〉

Programs of the 13rd Annual Meeting 49

