

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 19 No. 1

April 2021

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員：	委員長	前田樹海	(東京有明医療大学)
	副編集長	太田勝正	(東都大学)
	副編集長	八代利香	(鹿児島大学)
	(五十音順)	泉 博之	(日本鉄鋼所 M & E 株式会社)
		江崎一子	(大分香りの博物館)
		河村奈美子	(滋賀医科大学)
		立岡弓子	(滋賀医科大学)
		村嶋幸代	(大分県立看護科学大学)
		山下早苗	(静岡県立大学)
編集幹事：	定金香里	(大分県立看護科学大学)	
英文校閲：	Gerald Thomas Shirley	(大分県立看護科学大学)	
事務局：	秋本慶子	(大分県立看護科学大学)	
	白川裕子	(大分県立看護科学大学)	
	徳丸由布子	(大分県立看護科学大学)	
	中釜英里佳	(大分県立看護科学大学)	
	山田貴子	(大分県立看護科学大学)	
	渡邊弘己	(大分県立看護科学大学)	

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会を選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2 名
	総説：	1 名
	研究報告：	2 名
	資料：	1 名
	トピックス：	1 名
	ケースレポート：	1 名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

共著者も含め、特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたもの、或いは依頼したものを掲載する。依頼原稿のカテゴリーは「企画」とし、査読の対象としない。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適当か、論文の長さが適当か、タイトル・英文要旨が適当か、引用文献が適当か

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。なお、返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。また、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、「著者全員の同意書」を提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 論文投稿時に原稿とともに提出するもの

論文投稿時は、原稿とともに「投稿論文チェックリスト」(ケースレポートの場合は「ケースレポート用チェックリスト」)、「著者全員の同意書」を提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内
看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外のソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m² kg ㊦ (株) 𐄂

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」,「」,「:」,「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. *Ergonomics*. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public Health Nurs.* 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth. *Journal of Japan Academy of Midwifery*. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). *Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War*. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), *Gender issues across the life cycle*, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf) (最終閲覧日: 2016年2月5日)

Lee SW (2014). Overview of nursing theory. *Jap J Nurs Health Sci* 12, 58-67. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12_2/12_2_3.pdf (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は(太田 他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所です引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2017)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2019年4月1日改定)

執筆者の方へ

投稿規定、執筆要項は改定されることがあります。最新の投稿規定、執筆要項を弊誌ホームページ(<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>)で必ず、ご確認下さい。

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 19, No. 1 (2021 年 4 月)

目 次

巻頭言

- 電子ジャーナル「看護科学研究」のさらなる発展に向けて 1
前田 樹海

原著

- 無侵襲的出生前遺伝学的検査(NIPT)を受検した夫と妻それぞれの思い—結果的にNIPT陰性であった夫婦10組の語りから— 3
宮田 海香子、佐々木 規子、森藤 香奈子、松本 正、長谷川 ゆり、三浦 生子、三浦 清徳、宮原 春美、
江藤 宏美

研究報告

- 精神科デイケアにおけるリカバリー支援プログラム(IMR)：パーソナルリカバリーの促進に影響する要因 13
杉本 圭以子、森崎 令士
- 精神科病棟に勤務する看護師の患者-看護師関係における「巻き込まれ」の体験 21
坂本 真優、河村 奈美子、清村 紀子
- 成人看護学の看護過程展開演習における協働学修とICTを基盤とした学修方法の評価と課題 31
大山 末美、氏原 恵子、兼子 夏奈子、河野 貴大、乾 友紀、藤浪 千種

資料

- 家族介護者が認知症カフェを利用する為に必要な情報と入手方法の分析 41
甲斐 博美、大嶋 花奈

電子ジャーナル「看護科学研究」のさらなる発展に向けて

「看護科学研究」編集委員長 前田 樹海

1999年の創刊以来、20年余の歴史をもつ「看護科学研究」の三代目編集委員長を拝命した前田樹海と申します。どうぞよろしくお願い申し上げます。

「大分看護科学研究」としてスタートした本誌は、2005年、「看護科学研究」に改称して現在に至るわけですが、当初から一貫して紙の冊子をもたない電子ジャーナルとして知識の社会還元を行なってきました。本誌の特長は、誰でも論文を閲覧、ダウンロードできるオープンアクセスと、誰でも論文を投稿できるオープンエントリーです。本稿ではこれら2つの「オープン」の重要性に触れつつ、本誌への今後の期待について述べたいと思います。オープンアクセスの実現には4つの条件が必要でした。

1つ目は、研究論文を、従来の物理的な組版ではなく電子的にレイアウトできるDTP (DeskTop Publishing) アプリケーションです。これは1989年のAldus Pagemaker日本語版を嚆矢に普及が進みました。次に、誰がどんな環境で閲覧しても同じものが見えるフォーマットの開発と普及です。これは現在ではPDFとして知られていますが、PDFの仕様が公開され、閲覧ソフトのAcrobatがリリースされたのが1993年です。3つ目の条件は、ネット上のPDF書類を迅速に閲覧、ダウンロードするためのブロードバンド環境です。既存のメタル回線で実現可能なブロードバンド技術であるADSLは、1999年4月に長野県伊那市で初めて接続実験が行われ、9月に長野市で有線放送電話網を利用したADSL接続サービス、12月には大分市でNTT回線網を利用したADSL接続サービスが開始されました。本誌は、研究論文の電子的配付に必要な条件が社会実装されたまさにその時にローンチしたわけです。

そして、最も重要な条件が、研究論文はオープンアクセスであるべきという信念です。

2002年から2003年にかけて、オープンソサエティ財団によるブダペストオープンアクセスイニシャティブ(BOAI)、ハワードヒューズ医学研究所によるベセスダ声明、マックスプランク研究所によるベルリン宣言と、相次いでオープンアクセスに関する声明が出され、世界的にオープンアクセスの機運が高まりました。BOAIの冒頭では、科学者が研究成果を無償で学術誌に提供することを厭わないという従来の伝統と、新しいテクノロジーであるインターネットとが融合し、査読済みの研究論文が完全に無料、無制限に電子的に配付されることで、その論文の社会的価値がさらに高まると述べています。ベルリン宣言では、"もし、その情報が社会において広く容易に利用可能でないのだとしたら、知識の普及というわれわれの使命はまだ半分しか果たせていないのだ"、と述べるに至りました。これらの声明には、研究成果は一部の学者や学会員だけのものではなく公共財であり、幅広い人々に閲覧され利用されてこそ意味があるという理念が、インターネットというインフラを得て可能になったことが見て取れます。本誌は、まさにこの理念を先取りしたと言っても過言ではありません。

しかし、現在のところ、すべての看護系学術誌がインターネットでダウンロード可能なわけではありません。たとえば、医中誌Webで「看護」と名のつく学術誌は執筆時点で471誌ありますが、オープンアクセスジャーナルを収載したデータベースのJ-STAGEで「看護」と名のつく学術誌は本誌を含めて35誌にとどまります。オープンアクセスジャーナルであるか否かは、論文のユーザビリティに大きくかわる問題であり、今後研究成果の発表の場を選択する際にますます重視される事項になると考えます。本誌は、世界の動きにも先駆けてリリースされたオープンアクセスジャーナルであればこそ、研究成果を発表する際の有力な選択肢のひとつとしてもっと認知される必要があるでしょう。

一方で、1999年は、心臓手術と肺手術の患者取り違え事件が起こり、医療安全に対する社会的関心が高まった年でもあります。ここを先途に医師によるパターナリズムの医療から、患者中心の医療へと大きな転換期を迎え、チーム医療という概念が広がる契機となり、2010年には厚生労働省によるチーム医療の推進に関する

検討会報告書が出されるに至りました。このような流れの中で、栄養サポートチーム(NST)や感染制御チーム(ICT)、緩和ケアチーム(PCT)等、職種横断的な患者サポートシステムが構築されてきたわけです。

この多職種連携時代にあって重要なのは、看護のみならずさまざまな分野とのシナジーによって得られた知識の蓄積と共有です。しかしながら、多くの看護系学会誌は、投稿者、共著者含め、すべて学会員でなければならないという縛りがあります。看護学に軸足を置く看護師や看護系大学の研究者であれば、投稿のために学会員になることはあり得るとしても、他職種の共著者に同じことを求めるのはあまり現実的ではありません。これが意味するのは、看護学の領域においては、多職種連携によってもたらされた知見を蓄積するための受け皿が決定的に不足しているということです。看護と他分野とのコラボレーションの成果がオープンエントリーを掲げる他分野の学術誌に散逸してしまうのはよしとしても、コラボレーションの発表の場がないために貴重な知見が投稿されずお蔵入りになるという事態は避けなければなりません。多職種連携時代だからこそ、本誌のようなオープンエントリージャーナルが必要なのです。

「大分看護科学研究」に端を発する本誌は、その名の通り、オープンアクセス、オープンエントリーの牽引役を果たしてきました。これらのいずれも今後ますます重要性をもつことは間違いありません。誰もが利用可能な知識を今後も蓄積、共有し続けるとともに、看護学という枠組みにとどまらず、学際的なコラボレーションの知見を幅広く集積、共有するための知的ハブとしてこれまで本誌が築いてきた役割の推進と、その役割が広く認知されるよう努力して参る所存です。

2021年4月

無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) を受検した夫と妻それぞれの思い – 結果的に NIPT 陰性であった夫婦 10 組の語りから –

Thoughts of husbands and wives who received non-invasive prenatal genetic testing (NIPT) : 10 couples whose NIPT results were negative

宮田 海香子 Mikako Miyata

長崎大学病院 看護部 Department of Nursing, Nagasaki University Hospital

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 看護学 Unit of Nursing Sciences, Department of Medical Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences

佐々木 規子 Noriko Sasaki

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学 生命医科学域 保健学系 Nagasaki University Institute of Biomedical Sciences

森藤 香奈子 Kanako Morifuji

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学 生命医科学域 保健学系 Nagasaki University Institute of Biomedical Sciences

松本 正 Tadashi Matsumoto

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

みさかえの園総合発達医療福祉センターむつみの家 Division of Developmental Disabilities, The Misakaenosono Mutsumi Developmental Medical and Welfare Center

長谷川 ゆり Yuri Hasegawa

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学病院 産婦人科 Department of obstetrics and gynecology, Nagasaki University Hospital

三浦 生子 Shoko Miura

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学病院 産婦人科 Department of obstetrics and gynecology, Nagasaki University Hospital

三浦 清徳 Kiyonori Miura

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門 Department of Genetic Counseling, Nagasaki University Hospital

長崎大学病院 産婦人科 Department of obstetrics and gynecology, Nagasaki University Hospital

宮原 春美 Harumi Miyahara

長崎大学 子どもの心の医療・教育センター Center for Child Mental Health Care and Education, Nagasaki University

江藤 宏美 Hiromi Eto

長崎大学 生命医科学域 保健学系 Nagasaki University Institute of Biomedical Sciences

2020年1月14日投稿, 2020年10月1日受理

要旨

【目的】無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) の受検プロセスにおける夫婦それぞれの思いや考えを明らかにすることである。【方法】対象は NIPT を受検した夫婦 10 組とした。インタビュー内容は、妊娠が分かった時、NIPT を受検し結果を待っている間、検査結果を聞いた時の 3 時点の妊娠や検査に対する思いや考えについてである。インタビュー内容をコード化し、類似性によって集め、カテゴリー化した。【結果】妻は妊娠に対して、喜びだけでなく流産や胎児の健康への不安も抱き、検査結果を待つ間〈たぶん大丈夫〉と言い聞かせていた。また、〈胎児への愛着を封印する〉思いや〈命の選別に対する葛藤〉を抱えていた。検査結果を聞き、夫婦ともに安心してしたが、妻は〈一つの不安が減っただけ〉と語っていた。【結語】妻と夫には共通する思いとそうではない思いがあることが明らかとなった。夫婦間で多様な気持ちや考えを共有し、結論を出すことができるように支援することが重要である。ここに遺伝カウンセリングの役割がある。

Abstract

OBJECTIVE: The purpose of this study was to describe the thoughts and experiences of spousal couples regarding the non-invasive prenatal test (NIPT) process. **METHOD:** The subjects were 10 couples who had undergone NIPT. They were interviewed three times about their thoughts and experiences on pregnancy and testing: when pregnancy was confirmed, when waiting for the result after NIPT, and when they heard the result. Interview contents were coded, collected according to content similarity, and categorized. **RESULTS:** The wives were not only happy with pregnancy, but also worried about miscarriage and fetal health, and told themselves "It'll probably go well" before the test result. There were also wives "suppressing her attachment to the fetus" and "feeling conflict over selecting fetus life". On hearing the test results, both husband and wife were relieved, but the wives said "that's just one thing less to worry about". **CONCLUSION:** It became clear that wives and husbands had feelings in common and also feelings that differed. It is important to provide support so that the husband and wife can share various feelings and thoughts between them in order to reach a mutual decision. This is the role of genetic counseling.

キーワード

NIPT、夫婦、意思決定、遺伝カウンセリング

Key words

NIPT, couple, decision making, genetic counseling

1. 緒言

本邦では2013年より無侵襲的出生前遺伝学的検査 (non-invasive prenatal genetic testing、以下、NIPT) が導入された。NIPT コンソーシアム (2019) によると、導入時の日本医学会認定の認可施設は全国15施設であった。そして、2018年8月時点現在、全国78施設で実施しており、2013年4月から2019年3月までに全国で72,526人が検査を受けている。NIPTを受検した夫婦の平均年齢は妊婦が38.0–38.5歳、夫が39.0–40.0歳であり、高年妊娠を理由にNIPTを受検している夫婦が9割以上であった (Sago et al 2015, Watanabe et al 2017)。我が国の平均初婚年齢は1998年は男性28.6歳、女性26.7歳、2008年は男性30.2歳、女性28.5歳、2018年は男性31.1歳、女性29.4歳であり、晩婚化が進行している (厚生労働省 2008, 2018)。また、出産時の母親が35歳以上の割合は2008年は20.9%、2018年は28.7%であり、高年妊娠の割合が増えている。今後も高齢であることを理由に出生前診断を希望する人は増えると考え (厚生労働省 2008, 2018)。

荒木 (2008) は羊水検査に関する意思決定を支援する際には、夫婦間で検査や妊娠、胎児への認識の差が起こる場合があり、その違いを夫婦で確認することを促すことが必要であると指摘し

ている。NIPTに関する意思決定支援においても、NIPTを受検する夫婦の妊娠に対する喜びや不安、検査に対する思い、夫婦間での意見の相違等、夫婦それぞれの心理面への理解が必要である。

先行研究 (森屋 他 2012, 中込・横尾 2005) において、羊水検査を受けた、あるいは受検を考えた妊婦の意思決定プロセスや不安については報告されているが、夫婦を対象にした報告はほとんどなかった。また、NIPTに関してはNIPT受検者、妊婦あるいは夫婦、医療従事者、一般市民への意識調査 (美甘・中塚 2016, 四元 他 2013) は増えてきているが、夫婦を対象にした質的な研究はほとんど認められなかった。

本研究の目的は、NIPT受検プロセスにおける夫婦の思いや考えを夫婦個別の面接調査によって明らかにすることである。その結果、遺伝カウンセリングを充実させるために活かすことができると考える。

2. 研究方法

2.1 研究協力者

A 大学病院にて遺伝カウンセリングを受け、NIPTを受検し、研究に同意が得られた妊婦 (妻) と夫とした。なお、妻もしくは夫のみの同意の場合対象外とした。

2.2 データ収集方法

A大学病院におけるNIPT受検プロセスと研究の流れについて図1に示す。インタビュー・調査票の実施期間は2016年4月から2016年10月までの7ヶ月間とした。NIPTの受検を考え、第1回遺伝カウンセリングを受けた夫婦に対して、遺伝カウンセリング後に文書と口頭で研究協力を依頼した。その後、NIPTを受検した夫婦で同意が得られた研究協力者に対して、第2回遺伝カウンセリングで検査結果説明が行われた後に質問票調査と半構成的インタビューを行った。

質問票調査は基本属性、決定に関する葛藤尺度(有森 2005)を用いた。インタビューではインタビューガイドに沿って、[妊娠がわかった時]、[NIPTを受検し結果を待っている間]、[検査結果を聞いた時]の3時点で、どのような思いや考えを抱いていたのかについてとした。合わせて、NIPTの受検理由とNIPTや遺伝カウンセリングの意味づけについて情報を得た。インタビューは1人につき20分程度とし、研究協力者の了解を得てインタビュー内容をICレコーダーに録音した。

データ収集期間はプライバシーが確保できるA大学病院の産科外来の個室もしくは遺伝カウンセリング室で行なった。本研究ではインタビュー内容の分析のみを報告する。

2.3 分析

インタビューの内容を逐語録におこした。妻と夫に分け、NIPT受検プロセスにおける気持ちや考えについてコード化した。抽出した言葉を夫婦1組毎ではなく、妊娠や検査に対する思いや考えにおける妻と夫での類似性・相違性で分類集約した。その際、研究者が誘導するような質問部分は削除した。

データの分析、解釈の過程においては、信頼性・妥当性を得るために、研究責任者と認定遺伝カウンセラー[®]、臨床遺伝専門医、質的研究の経験がある研究者からスーパーバイズを繰り返し受けた。

2.4 倫理的配慮

本研究は所属大学の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号16011479)。

なお、夫婦間の葛藤を引き起こさないように、調査後も認定遺伝カウンセラー[®]と共にカウンセリングを行うことを伝えた。

3. 結果

研究協力は第1回の遺伝カウンセリングを受けた夫婦44組のうち、40組に依頼できた。そのうち、NIPTを受検した夫婦は34組で、第2回遺伝カウンセリング後に最終的に同意が得られインタビューを行えた夫婦は10組であった。同意の撤回をした者が5組、第2回遺伝カウンセリング

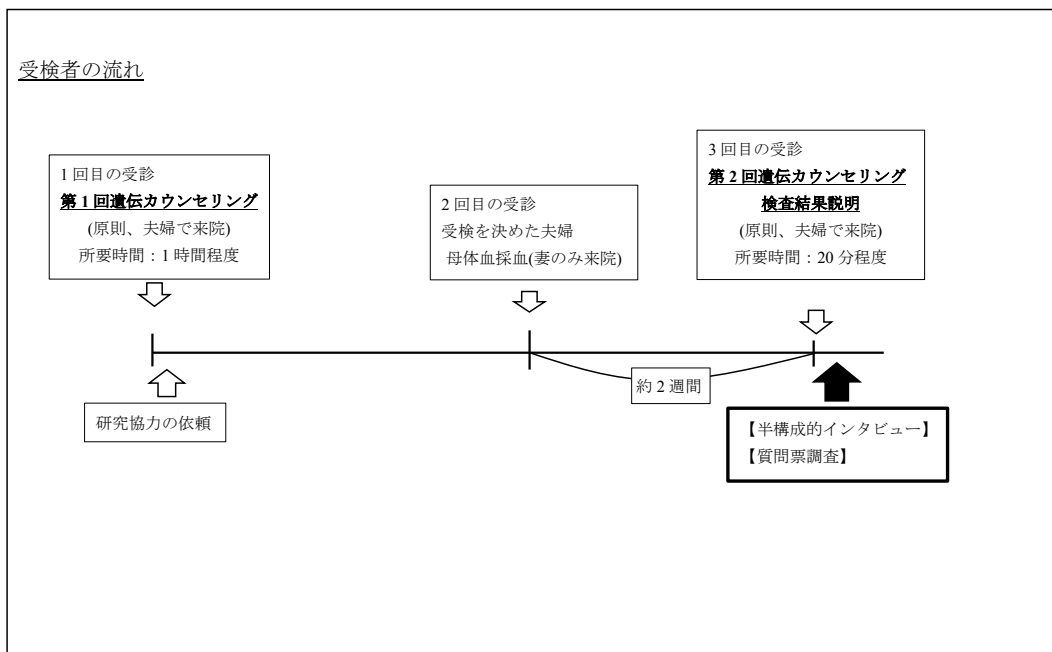


図1. NIPTの受検プロセスと研究の流れ

研究案内期間：第1回遺伝カウンセリング時 2016年10月中旬
インタビュー実施期間：2016年4月-2016年10末日

を一人で受けた妊婦が5名であった。本研究では夫婦共にインタビューを行うことができた10組、20人を分析した。インタビューの平均時間は妻が20分(13–28分)、夫は17分(12–25分)であった。

3.1 研究協力者の特性

研究協力者10組の特性を表1に示す。インタビュー時の妻の平均年齢は37.9 ± 2.08歳(34–42歳)、夫の平均年齢は38.6 ± 4.25歳(31–47歳)、平均結婚年数は6.1年であった。初妊婦は4人であり、不妊治療の経験がある夫婦は10組中7組であった。妻の半数は妊娠前からNIPTを受検することを決めていた。NIPTの検査結果は全例陰性であった。

3.2 NIPT受検と夫婦の思い

NIPT受検プロセスにおける、[妊娠がわかった時]、[NIPTを受検し結果を待っている間]、[検査結果を聞いた時]の3時点での妊娠や検査に対する思いや考えを抽出した。妻のグループでのみ抽出されたものを【妻だけから得られたカテゴリー】、夫のグループでのみ抽出されたものを【夫だけから得られたカテゴリー】、妻のグループと夫のグループのどちらからも共通して得られたものを【共通して得られたカテゴリー】とした。文中ではカテゴリーをく、実際の語りを「」とした。

全体は【妻だけから得られたカテゴリー】は17、【夫だけから得られたカテゴリー】は10、【共通して得られたカテゴリー】は8であった。表2、表3、表4に3時点それぞれのカテゴリーを示す。カテゴリー名の下に抽出されたケースを全て示し、右側に代表的な語りを示した。

3.2.1 妊娠がわかった時の気持ち

表2に妊娠がわかった時の気持ちを示した。妻だけから得られたカテゴリーは2、夫だけから得られたカテゴリーは2、共通して得られたカテゴリーは4であった。

共通して得られたカテゴリーでは、妻も夫も共に(妊娠したことに対する喜びと安堵)を感じていた。不妊治療経験者の中には(妊娠に対して半信半疑)になっていたり、(不妊治療からの解放)を感じている者もいた。妻だけから得られたカテゴリーは、(流産への不安)や(胎児の健康に対する不安)であった。一方で夫だけから得られたカテゴリーは妻の(妊娠を実感できない)と感じていたり、高年妊娠を意識していなかった夫が(妻の発言によるリスクの認識)をしていた。

表1. 研究協力者の特性

	年齢	結婚年数	分娩歴	不妊治療の経験	第1回遺伝カウンセリングを受けた回数	受検決定の時期	NIPTに関する情報源	受検に関する相談相手
ケース1	妻 30歳代	5年	4妊0産	なし	10w5d	妊娠前	新聞	パートナーのみ
	夫 30歳代		21トリソミー児の既往妊娠あり			妊娠前	インターネット、新聞、パートナー	
ケース2	妻 30歳代	12年	1妊0産	なし	10w1d	妊娠前	インターネット	パートナーのみ
	夫 40歳代					GC前	パートナー	パートナー、パートナーの親、兄弟・姉妹
ケース3	妻 30歳代	5年	3妊1産 無頭蓋症児の妊娠既往あり	半年	7w6d	妊娠前	テレビ、インターネット、新聞、両親	パートナー、親
	夫 30歳代					GC前	パートナー	相談してない
ケース4	妻 30歳代	2年	3妊0産	2年	10w1d	妊娠前	テレビ、インターネット	パートナー、親
	夫 30歳代					GC前	パートナー	パートナーのみ
ケース5	妻 30歳代	1年	1妊0産	1年	11w5d	GC後	テレビ、新聞	パートナー、親、パートナーの親
	夫 30歳代					GC後	テレビ、インターネット、新聞	パートナー、親
ケース6	妻 30歳代	6年	1妊0産	半年	12w4d	GC前	テレビ、インターネット、両親	親
	夫 30歳代					GC前	インターネット	パートナー、パートナーの親
ケース7	妻 30歳代	9年	1妊0産	8ヶ月	14w4d	妊娠前	インターネット、知人・友人	パートナー、医療関係者
	夫 40歳代					妊娠前	テレビ、インターネット	パートナーのみ
ケース8	妻 30歳代	8年	4妊2産	2年	13w4d	GC前	インターネット	パートナー、親、パートナーの両親
	夫 30歳代					GC前	パートナー	パートナー、親
ケース9	妻 30歳代	10年	2妊1産	なし	11w4d	GC前	テレビ、インターネット、パートナー、知人・友人、産科の医師	パートナーのみ
	夫 30歳代					GC後	テレビ、新聞	
ケース10	妻 40歳代	3年	2妊0産	3年	15w2d	GC前	新聞	パートナーのみ
	夫 40歳代					GC前	パートナー	

表2. 妊娠がわかった時の気持ち

【妻だけから得られたカテゴリー】	
流産への不安 (1F,8F)	不安でしたね。流産が頭にどうしても残っているので。今回もってやっぱり考えてましたね。嬉しさよりも不安の方が大きかったです。(8F)
胎児の健康に対する不安 (5F,10F)	(妊娠) 出来て嬉しいで終わらない。妊娠しちゃったら今度はその子が元気な子で一人で生きていけたらいいけど、そうじゃなかったらどうしようっていう心配がすごく。(10F)
【夫だけから得られたカテゴリー】	
妊娠を実感できない (4M,6M,7M,8M)	これはなんでしょうね。男の方はまだあんまりわからないもんなんですね。実際に生まれてみないとちょっとわからないですね。(7M)
妻の発言によるリスクの認識 (2M,4M,8M)	(検査のことは) なんとも知らん。知らなかったけん、不安はないんですよ。(妻に) 言われて、あーそういうリスクがあるのねっていう思いました。それまでは高齢妊娠のリスクっていうのも知りませんでした。(8M)
【共通して得られたカテゴリー】	
妊娠したことに対する喜びと安堵 (3F,7F,9F)(2M,3M,7M,9M)	もう嬉しかったですね。やっとできたみたいな感じで。(7F) うれしかったですね。やっぱり。ちょっと涙が出そうになった感じはしましたね。(7M)
妊娠に対して半信半疑 (4F,6F,10F)(4M,6M,10M)	半信半疑でした。今日まで半信半疑で。(4F) もうびっくりしました。信じられなかったですね。(10M)
不妊治療からの解放 (3F)(3M)	不妊治療もね、なんかもう面倒くさくなってくるから。それから解放されるっていうのはありましたね。(3F) 2人目が出来ないっていうことも、考え込んでたところがあって、それがクリアできたので良かったのかなっていうところですかね。(3M)
妊娠を手放しでは喜べない (1F,3F,4F)(1M)	嬉しい半分、不安が半分みたいな。嬉しいだけではなかったかもしれない。(1F) 嬉しいのは嬉しいですけど、まだここで手放しで喜べないというか、まだまだ何があるかわからないという感じで。まずは一歩目。一歩目になっていう感じでしたね。(1M)

※数字：表1のケース番号、F：妻、M：夫を示す。

遺伝カウンセリング前にNIPT受検を決定していたのは妻9人、夫8人であった。インタビューの中でNIPTの受検理由として、妊娠中にわかることは知っておきたい、障がいのある子どもを育てる自信がないという思いを語っていた。また、パートナーや親の希望で検査の受検を決めた者もいた。相談者は家族のみで、友人には相談していない者が多かった。相談しなかった理由としては「大びらに話す話題じゃない」「検査を受けることに罪悪感がある」「友だちはどんな子でも産むと言っていた」「検査を受けることに反対する友だちもいた」と語っていた。

3. 2. 2 NIPTを受検し検査結果を待っている間の気持ち

表3にNIPTを受検し検査結果を待っている間の気持ちを示した。妻だけから得られたカテゴリーは11、夫だけから得られたカテゴリーは5、共通して得られたカテゴリーは3であった。3時点の中で最もカテゴリー数が多かった。

共通したカテゴリーは結果を待つ間、〈漠然とした不安〉を抱えながらも、〈考えても仕方がない〉、〈運命に従う〉と考え、過ごしている者がいた。

妻の中には〈あえて考えない〉、〈たぶん大丈夫〉と自分に言い聞かせて過ごしている者がいた。流産や不妊治療の経験から〈陽性に違いない〉と思いきこんでいる者もいた。また、検査結果がでる

までは「妊娠を喜ばないように」、「胎児への思いが強くなりすぎないように」と〈胎児への愛着を封印〉している者がいた。しかし、〈抑えきれない胎児への愛着〉を感じて胎児に話しかけ過ぎたり、「胎児の存在が精神的に支えてくれた」と語った者もいた。検査結果が陽性だった場合に自身がどのように受け止め、どのような選択をするのかということを考え、〈胎児への後ろめたさ〉や〈命の選別に関する葛藤〉を感じていた。一方で夫は「今まで（流産を繰り返していた時）とは体つきが違う」「不妊治療よりは大丈夫じゃないかなという気持ち」等の〈根拠のない自信〉をもって過ごしている者がいた。「妻が不安になりすぎないように」、「自分までもが不安になってはいけない」と〈妻のためにあえて考えない〉ようにし、〈いつも通り〉過ごしていた。その夫の態度に対して、妻は「深く考えていない」と〈夫の消極的な態度〉と受け取っていた。

3. 2. 3 検査結果を聞いた時の気持ち

今回、全例が陰性の結果であった。検査結果を聞いた時の気持ちについて表4に示した。妻だけから得られたカテゴリーは4、夫だけから得られたカテゴリーは3、共通して得られたカテゴリーは1であった。

共通したカテゴリーでは「陰性」という検査結果を聞き、〈ほっとする気持ち〉を感じていた。同時

表3. 検査結果を待っている間の気持ち

【妻だけから得られたカテゴリ】	
あえて考えない (1F,3F)	なるだけ考えないように。(3F)
たぶん大丈夫 (2F,3F,5F)	なるだけ大丈夫だろうって思うようにしてたんですけど...。(3F)
陽性に違いない (4F)	(流産や不妊治療の経験から) 絶対ありえないだろうってことも自分にはありえるんだって経験したので、自分にそういう陽性ってなってもおかしくはないなって感じて思っていたので。(4F)
胎児への愛着を封印 (1F,3F,7F)	検診で動いているのを見るとすごい安心するけど、結果がでるまで愛着をもちすぎるのダメかなと思って。(1F) 可愛い可愛いって思いたいんだけど、もし何があったときの対応が自分で追いつかないから、思わないように。(3F) 今、話しかけても陽性だったらって思って。主人ともあんまり将来の話はしてないです。大きくなったらっていう話 も全然してなくて、検査の結果が出てからにしようってそればかりでした。(7F)
抑えられない胎児への愛着 (5F,6F,9F)	せっかくできてるからっていう気持ちもあって、中絶するとかそっちのほうが考えられないなって。(5F) つわりで食べれないときとか、おいしいもの食べれなくてごめんねって言っていました。(6F) 赤ちゃんがなんか助けてくれているような気がします。気持ち的に。(10F)
胎児への後ろめたさ (7F,9F)	全てなかったことになって誰も知らないまま終わるのかなと話もしてて、そのときは悲しかった。(7F) 検査結果が出る前から、そうだったときの結論を話すのがかわいそうというか、結論がでるまではたぶん心の中では 決まっているけど、まだ生きているからかわいそうだなっていうのがあって。(9F)
命の選別に対する葛藤 (5F,10F)	命の選別じゃないけど、そういうのをやるような形になるのが後々、心の中でどういう風な葛藤が出てくるのが怖 いかなって思って。あとから、中絶したときに後悔するかなとか、色々迷いはあって。(5F) 命を選ばないで、誰にも言えなくて。(10F)
人工妊娠中絶の経験 (3F)	おろすかなとどういことをするかとかも前回やっているので、どういう精神になるかもわかってるから、それ を考えるとあーってなるので。(3F)
夫の消極的な態度 (3F,4F,8F)	大体、この検査のこともよく知らないでしよっていう感じですね。やっぱり主人は男の人が産むわけじゃないし、あ んまり向こうは深くは考えてなさそうだったから。(3F) お前のしたかようにすればいいんじゃないって。(8F)
結果から逃げたい気持ち (4F)	結果次第ですごいメンタルがやられる日々を過ごすことになるのならば、もう神様に任せようということでは受け ない方が良かったのかもしれないってちらっては思ったりはしました。(4F)
自身が高齢であることの後ろめたさ(4F)	私が相手じゃなければこういう検査にも来なくても良かったかもしれないとか。やっぱり生んだとしてもずっとたぶ ん私のせいって思いながら生きてくんだらうなって、この子は幸せなのかなとかずっと思いがち。(4F)
【夫だけから得られたカテゴリ】	
根拠のない自信(5M,7M,8M)	今回、体つきが違うな一つ見てたんで、あんまりマイナスなイメージは抱いてないですね。(8M)
いつも通り(1M,3M,6M,9M,10M)	そんなに気にせず、普段通りっていう感じではありました。(1M)
妻のためにあえて考えない (2M,3M,4M,7M,10M)	あんまり考えすぎるのもよくないかなと思って、極力そういった話はしないようにしていました。(3M)
胎児の成長に伴う愛着(1M)	体重がどれくらいとか言われて、そうならた実感わきますね。最初の方は全然実感はないんですね。(10M)
ダウン症の可能性が高いですって言われて、ダウン症っていう言葉は知ってるけど、他は何も知らない。(8M)	
【共通して得られたカテゴリ】	
漠然とした不安 (1F,2F,6F,7F)(4M)	何とも言えない不安な気持ちがありましたね。(7F) 若い女性とは違いがあるのかなっていう風に思ってたんで。頭の片隅にずっと不安がありました。(4M)
考えても仕方がない (8F,9F)(2M,3M,8M)	検査を受けた段階で結論はわかっている。結果は変えようがない。結果を自分だけが知ってだと思っていたので。(9F) どうしようもない。結果でるまで。(8M)
運命に従う (5F)(3M)	楽しく可愛いって育てているお母さんを見たことありますし、それはそれで運命なのかなって。(5F) それが運命だからしょうがないかな、と。それを受け入れないといけないのかなという感じですね。(3M)

※数字：表1のケース番号、F：妻、M：夫を示す。

に妻は〈妊娠を公表できる喜び〉を感じていたり、今まで抑えていた〈胎児愛着への封印を解く〉ことが出来ると語っていた。しかし、〈1つの不安が減っただけ〉で、今後の〈妊娠経過・出産に対する不安〉も抱いていた。夫は〈胎児の性別や成長への楽しみ〉を語り、一方で〈妊娠経過・子育てへの不安〉も感じていた。〈妻の不安が解消された〉ことが良かったと語った夫もいた。

インタビューの中ではNIPTを受検したことに対して、「安心できたので受けて良かった」と語っている者が多かった。妻は「検査を受ける権利があつて良かった」、「検査受検は賛否両論あること」、「検査を受けたことへの罪悪感」を語っている者もいた。夫は「NIPTは受ける価値がある」、「次子のときも受けたい」と語っていた。また、遺伝カウンセリングを受けたことに対して、検査の知識を習得でき、夫婦で受けたことに対して良かったと感じていたが、「遺伝カウンセリング前後では受検の意思は変わらなかった」と語っていた。妻は遺伝カウンセリングを受け、高年妊娠に対するリスクを再認識していた。また、中絶に対して「出産という形なら元気な子を普通に産みた

い」「決断する頃は20週頃なんだって初めて考えてわあ一つて思いました」と中絶を具体的に想像していた。

4. 考察

NIPTを受検した夫婦に対し、妊娠や検査に対する思いや考えについて、半構成的インタビューを行った。夫婦別々にインタビューを行なったことで、パートナーの意見や考えに左右されことなく、自分自身の思いや考えが表出されたと考える。NIPT受検プロセスにおいて、妻と夫で共通する思いとそうではない思いがあることが明らかとなった。

4.1 NIPT受検プロセスにおける多様な夫婦の思い

NIPT受検プロセスの中で夫婦は多様な感情を抱いていた。特に妻は様々な感情に揺れ動いていることが明らかとなった。出生前検査を受けた妊婦について、ロースマン（1996）は検査結果が出るまでを仮の妊娠期間として、胎児の存在を否定すると述べている。一方で、大久保（2003）や小笹（2006）は、結果を待つまでの間に胎児をいとおしいと思うようになる妊婦もいることを報告し

表4. 検査結果を聞いたときの気持ち

【妻だけから得られたカテゴリー】	
妊娠を公表できる喜び(2F,3F,5F,7F)	やっとみんなに報告できる。(5F)
胎児愛着への封印を解く(1F,5F,7F)	やっと心置きなく愛着をもつことができるのかなと。(1F)
一つの不安が減っただけ (3F,5F,6F,7F,10F)	一つの不安は拭えたかなって。(3F) 一つ不安が減ったと思います。(7F) まだ100%安心とかはもちろんしてない。(10F)
妊娠経過・出産に対する不安(5F,6F,10F)	ちゃんと無事出産できればいいなっていうだけが、今は。(5F)
【夫だけから得られたカテゴリー】	
胎児の性別や成長への楽しみ (5M,10M)	あとは女の子か男の子かという話になったりして。(5M) ケース10M：あとは成長を楽しみにするだけでもんね。(10M)
妊娠経過・子育てへの不安 (3M,4M,5M)	順調にいくればいいですけどね。産まれてからも心配事は尽きないので。(3M) 生まれた後の不安(子育て、経済面)っていうのもありますし。(4M) 子育てという面で不安があります。(5M)
妻の不安が解消された (3M)	嫁さんの不安が解消されたというか、気にしてた部分が解消されたので、僕としては良かったな、というところですね。(3M)
【共通して得られたカテゴリー】	
ほっとする気持ち (1F,2F,3F,4F,5F,6F,7F,8F,9F,10F)	やった一つで喜べるかと思ったらそうでもないけど、今はホッとしているのはホッとしていますね。すごく安心しました。(3F)
(1M,2M,4M,5M,6M,7M,9M,10M)	ほっとしてます。頭では大丈夫ってずっと思ってたんですけど、結果を聞いてやっぱりほっとしてます。(2M)

※数字：表1のケース番号、F：妻、M：夫を示す。

ている。本研究の研究協力者は検査結果を待っている間、胎児への愛着をもたないように過ごした妻、胎児への愛着を抑えきれなかった妻がいた。また、「大丈夫」「考えないように」と自身に言い聞かせながらも、検査を受けたことに後ろめたさや命の選別に対する葛藤を抱くなど、様々な感情の間で大きく揺れ動きながら検査結果を待っていた。

本研究協力者には不妊治療、先天性疾患児の妊娠既往のある夫婦がいたが、それぞれのケースに特徴的な発言はなかった。

本研究の研究協力者は全員が陰性という結果だったこともあり、検査結果を聞いた時、妻は「児に染色体異常がある可能性が低い」ということへの〈ほっとする気持ち〉を抱いていたが、「妊娠を継続できる」、「羊水検査を受検しなくてもよい」という気持ちも込められていた。妊娠していることを家族や周囲の人に伝えていないことも多く、〈妊娠を公表できる喜び〉を感じるとともに、〈胎児愛着への封印を解く〉ことで、今まで抑えようとしていた妊娠や妊婦としての喜びを表出することができるのではないかと考える。その一方で、NIPTの検査結果が全てではなく、〈一つの不安が減っただけ〉と感じ、〈妊娠経過・出産に対する不安〉は抱いたままである。受検前だけでなく、検査結果後にも不安や心配を抱えたままの妻がいることは先行研究(三宅 他 2008)と同様であり、検

査結果開示後の支援も重要であることを忘れてはいけなと考える。また、妻は夫の〈妻のためにあえて考えない〉〈いつも通り〉の態度を、〈夫の消極的な態度〉と捉えており、様々な感情を夫に表出しても傾聴・共感してもらえない、してもらえなかったと感じることで、夫婦のギャップが生じるのではないかと考える。夫は妻を思う気持ちはあるが、その思いを妻の不安や悩みを減らすような声かけや関わり方に繋げることが出来ずにいる可能性があると考え。また、妻が夫や家族等にその決断を共有して欲しいと感じると報告されており(Garcia et al 2008)、夫が妻に対して悩みながらも決断したということを共有する時間が必要である。

四元ら(2013)は出生前検査を受けることは、命や障害、人生といった自らの内面と向き合う作業であると述べている。妻の中には検査を受けたことに対して、肯定的な思いを語りながらも、「賛否両論あること」「罪悪感」を感じている者がいた。妻は妊娠前に友人と出生前検査について語った経験から賛否両論ある事だと感じていたり、つわりや妊婦健診の超音波検査等を通して胎児の存在を実感し、胎児への愛情を感じていた。しかし、出生前検査を受けたことや検査結果によっては産まないという選択をする可能性を考え、罪悪感を抱いたのではないかと考える。子どもの健康を願う親としての胎児への気持ち、障がい児への思い、

人工妊娠中絶への思い、出生前検査に関する倫理的な問題や周囲の意見、自身の年齢等と向き合った結果の語りであると考えられる。結果が陰性であったとしても、肯定的な思いだけを抱くわけではないことが明らかとなった。一方で夫はNIPT受検を肯定的に捉え、次回も受けたいと語る者が多く、検査を受けた事に対して夫婦が抱く気持ちや考えには違いがある場合もあると考える。検査前に夫婦で思いを共有することは重要であるが、受検後も夫婦で気持ちや考えを表出しあう機会が必要である。NIPTを受検したことが夫婦にとってどのような経験だったのかを振り返り、共有することは夫婦の関係性の構築においても大切な要素であると考えられる。

4.2 NIPTの受検に関する意思決定の困難さ

NIPTの受検を妻の半数が妊娠前から決めていた。その中には検査結果を待っている時に「受けない方がよかったのかもしれないと思った」と語った妻がいたように、自分自身の決断に葛藤を抱え続ける場合がある。

NIPT受検後に確定検査の受検の可能性等を考慮すると、NIPTの受検を決断するのは妊娠14週頃までと時間が限られている。NIPT受検について考える時期は妊娠10週頃が多く、つわりがある週数であり、考えたり、人と話し合う余裕がない時期である。また、流産のリスクを考え周囲の人に妊娠を伝えていないことも多く、妊婦健診も少ない時期であるため、産科医や助産師、看護師と関わる機会も少ない。実際に検査に関する相談相手はパートナーのみや親という研究協力者が多かった。相談しなかった理由として、「大っぴらに話す話題じゃない」「友たちはどんな子でも産むと言っていた」「検査を受けることに罪悪感がある」と語った妻がいた。友人が自身の考えや思いに共感してくれない可能性を考え、友人には相談できずパートナーや親といった家族のみに相談していたと考える。

相談相手が限られていることから、妻にとって夫は最も身近で重要な支援者である。しかし、妻本人は受検の意思がなかったが、夫が受検を希望しており、今後の夫婦関係等を考え受けておいた方が良いと決断した妻もいた。海外では他者の意見の影響を受けずに、妻は自律的な意思決定が

できるとの報告もあるが（Garcia et al 2008）、日本においては他者からの影響を受け意思決定をすることがあると考える。

NIPTの受検において、受けること、受けないことのどちらが正解ということではない。そのため、NIPT受検に関する意思決定は困難であり、決断後も自身の答えに葛藤を抱き続けると考える。NIPTの受検の意思決定において、時間的な制限があるだけでなく、身体的・精神的に余裕がないことから意思決定が困難な状況である。また、相談相手が限られる場合も多く、倫理的な葛藤を抱えることも多い。

4.3 NIPTに関する遺伝カウンセリングの役割

ガイドライン（日本医学会 2011）では「遺伝カウンセリングは疾患の遺伝学的関与について、その医学的影響、心理学的影響および家族への影響を人々が理解し、それに適応していくことを助けるプロセスである」と定義されている。周産期の遺伝カウンセリングの特徴として、限られた時間の中で決断を求められること、デリケートな問題であること、決定者が胎児ではなく両親であること等があげられる。渡辺ら（2017）は遺伝カウンセリングが、カップルが先天性疾患や生命について再考することを促すことを通して、出生前検査を受けるか否かの意思決定に役割を果たす場合があることを示唆している。遺伝カウンセリングの場だけがそのプロセスではなく、遺伝カウンセリングをきっかけに夫婦で話し合い、夫婦で意思決定をできるような支援が重要である。限られた時間の中で意思決定支援を行うためには遺伝カウンセラーは夫婦と信頼関係を築いていくことが必要である。そのためには「妊娠がわかった時の気持ち」や「NIPTの受検を考えた時期や理由」等を問いかけ、思いや考えをそのまま受け止めることで、「自分たちの思いや考えを否定されずに受け入れてもらえた」と感じてもらうことが第一歩ではないかと考える。

研究協力者の中には夫婦の一方が誰にも相談していない、親のみに相談したと回答した者がおり、夫婦間で相談できたかどうかについての相違がある夫婦がいた。パートナーは最も身近で重要な支援者であり、検査前だけでなく、検査結果を待つ間も検査後も多様な思いを抱くため、夫婦で共有

できるようなきっかけを遺伝カウンセリングで提供する必要がある。遺伝カウンセリングという場であるからこそ表出できることや遺伝カウンセリングの中で初めて知る相手の気持ちもあるのではないかと考える。夫婦で考えや思いを共有する時間を持ち、遺伝カウンセリングがきっかけとなり、帰宅後の夫婦の話し合いに繋がる可能性もある。そして、検査結果を待つ間に様々な感情を抱く可能性があり、夫婦で思いや考えを言葉にして伝え合う時間をもつことを提案する。NIPT受検プロセスの中で感じていることや考えていることをその場面毎に共有することで、夫婦としての絆も深まるのではないかと考える。それに加え、私たちが電話で話を聞くことも可能であることを伝え、いつでも相談できる場所があるということを認識してもらうことも必要である。

遺伝カウンセラーは妻と夫では共通する思いとそうではない思いがあることを認識し、夫婦で考えや思いを共有できる時間を提供することを意識する必要がある。夫婦間で検査を受けるかどうかの意思が明らかに違う場合や一方が多く語り、一方は語らない場合、相手の様子を伺い、遠慮している場合や表情が硬い、暗い場合には夫婦の意見の相違が多いことや考えを表出することができていない可能性がある。また、不妊治療や人工妊娠中絶の経験等、妊娠に関する今までの経験の受け止め方が異なることやその複雑な感情を表現することができない者もいると考える。そのような場合には、夫婦別々に話を聞き、それぞれが抱く思いや考えをありのまま受け止めるような時間を設けることも必要である。そして、検査を受けたことに対して、肯定的な思いだけを抱くわけではないことから、受検をどうするかという意思決定の支援だけでなく、検査を受けたことで抱いた感情を表出してもらうことも必要である。また、NIPTの検査結果が陰性であっても、妊娠経過や児の健康に対する不安は消えていないことから、検査結果に関わらず受検者に寄り添い、切れ目のない支援が必要である。

5. 研究の限界

NIPTを受検した夫婦に対して、検査結果説明後にインタビューを行っているため、思い出しバイアスがある可能性がある。本研究の研究協力者

は全てNIPTの検査結果が陰性であり、児に染色体異常がある可能性は低いとの結果であることや意見に相違が少ない夫婦が本研究へ同意してくれた可能性がある。本研究は妻と夫のグループに分け分析を行ったため、今後、夫婦ペアごとの分析も検討する必要がある。

6. 結語

NIPTの受検プロセスでは時間的な制限に加え、身体的・精神的な余裕がなく、また、相談相手が家族のみという場合も多い。また、倫理的な葛藤を抱えることもあり、NIPTの受検に関する意思決定は困難である。その中での夫婦の意思決定支援を行うためには妻と夫それぞれの思いを尊重し、受け止めることが重要である。また、決断後、検査結果開示後も葛藤や悩みをもち続けることがあり、夫婦の継続的な支援が必要である。

謝辞

研究にご協力下さいました研究協力者の皆様ならびに研究協力施設の皆様に厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は平成28年度長崎看護学同窓会研究奨励賞の助成を受けて実施しました。

本研究において、利益相反状態はありません。

引用文献

荒木奈緒(2008). 妊婦の羊水検査に関する意思決定. 母性衛生48(4), 437-443.

有森直子(2005). 出生前検査の決定を支援するケアのランダム化比較試験-オタワ個人意思決定ガイドが葛藤に及ぼす効果-. 聖路加看護大学博士課程学位論文.

Garcia E, Timmermans D and Leeuwen E (2008). Rethinking autonomy in the context of prenatal screening decision-making. *Prenatal Diagnosis* 28, 115-120. DOI: 10.1002/pd.1920

厚生労働省(2009). 平成20年(2008)人口動態統計月報年計(概数)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai08/index.html> (最終閲覧日: 2020年6月28日)

厚生労働省(2019). 平成30年(2018)人口動態統計月報年計(概数)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/>

toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html (最終閲覧日: 2020年6月28日)

小笹由香 (2006). 羊水検査の受検に関わる意思決定過程の分析. お茶の水医学雑誌 54(4), 113-124.

美甘祥子, 中塚幹也 (2016). 日本人妊婦における障がいを持つ子どもへの意識と非侵襲的出生前遺伝学的検査 (Non-invasive prenatal testing; NIPT) への意識との比較. 母性衛生 57(2), 323-331.

三宅智香子, 花輪ゆみ子, 杉田節子 他 (2008). 羊水検査に対する妊婦の気持ち. 山梨大学看護学会誌 16(2), 51-58. DOI: 10.34429/00003627

森屋宏美, 溝口満子, 横山寛子 他 (2012). 羊水検査を受けた妊婦の経験に関する解釈学的現象学的研究. 日本遺伝カウンセリング学会誌 33, 161-167.

中込さと子, 横尾京子 (2005). Family Powers からみた高齢妊婦の羊水検査を受けるか否かの決定パターンに関する分析. 日本看護科学会誌 25(3), 67-74. DOI: 10.5630/jans1981.25.3_67

日本医学会 (2011). 医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン. <http://jams.med.or.jp/guideline/genetics-diagnosis.pdf> (最終閲覧日: 2019年9月1日)

NIPT コンソーシアム (2019). NIPT コンソーシアムの実績と報告. http://nipt.jp/nipt_04.html (最終閲覧日: 2020年4月25日)

大久保功子, 玉井真理子, 麻原きよみ 他 (2003). 出生前遺伝子診断による選択的妊娠中絶の語り - モノグラフ -. 日本看護科学会誌 23(2), 1-11. DOI: 10.5630/jans1981.23.2_1

ロースマン BK (1996). 第12章 仮の妊娠 - 過去そして現在. ローゼンバーグ K, トムソン E (編), 堀内成子, 飯沼和三 (監訳). 女性と出生前検査: 安心という名の幻想, pp297-314. 日本アクセル・シュプリンガー出版, 東京.

Sago H, Sekizawa A and Japan NIPT consortium (2015). Nationwide demonstration project of next-generation sequencing of cell-free DNA in maternal plasma in Japan: 1-year experience.

Prenatal Diagnosis 35(4), 331-336. DOI: 10.1002/pd.4539

Watanabe M, Matsuo M, Ogawa M et al (2017). Genetic Counseling for Couples Seeking Noninvasive Prenatal Testing in Japan: Experiences of Pregnant Women and their Partners. Journal Genetic Counseling 26(3), 628-639. DOI: 10.1007/s10897-016-0038-7

渡辺基子, 浦野真理, 松尾真理 他 (2017). NIPT 遺伝カウンセリングにおける妊婦とパートナーの意識変化に関する考察. 日本遺伝カウンセリング学会誌 38(3), 63-68.

四元淳子, 宮上景子, 白土なほ子 他 (2013). 無侵襲的出生前遺伝学的検査 (non invasive prenatal genetic testing: NIPT) に関するフォーカス・グループインタビュー. 産婦人科の実践 62(10), 1421-1426.



著者連絡先

〒852-8501

長崎県長崎市坂本1-7-1

長崎大学病院 遺伝カウンセリング部門

宮田 海香子

mikako0903@nagasaki-u.ac.jp

精神科デイケアにおけるリカバリー支援プログラム（IMR）：パーソナルリカバリーの促進に影響する要因

Recovery support programs (IMR) in psychiatric day care: factors that promote personal recovery over the long term

杉本 圭以子 Keiko Sugimoto

大分県立看護科学大学 精神看護学研究室 Department of Mental Health and Psychiatric Nursing Division, Oita University of Nursing and Health Sciences

森崎 令士 Reishi Morisaki

独立行政法人 地域医療機能推進機構 湯布院病院 Japan Community Health Care Organization Yufuin Hospital

2020年7月22日投稿, 2021年2月15日受理

要旨

精神障害者に対するリカバリー支援プログラム Illness Management and Recovery(IMR)はリカバリーを促進することが報告されている。本研究は、精神科デイケアにおけるIMR参加者のパーソナルリカバリー促進に長期的効果をもたらした要因について明らかにすることを目的として、IMR終了後半年以上が経過した地域で生活する精神疾患を持つ人に半構造化面接を行い、以下のことが明らかになった。1) 本研究対象者はIMR後の生活で症状が悪化した可能性は小さく、リカバリーゴールは多様化しそれを実現させるための行動の範囲が広がりパーソナルリカバリーは長期的に促進されていた。2) パーソナルリカバリー促進に長期的効果をもたらした要因としてIMRで目標設定と取り組み、疾病マネジメントのスキルを得て、日常生活に活かしたことと、参加者同士の交流によりコミュニケーションに自信を持て、仲間との情報共有により自分の病気に対する考え方が変化したことが推測された。

Abstract

Support programs for illness management and recovery (IMR) from mental disorders have been reported to promote recovery. This study aimed to clarify factors that had a long-term effect on promoting personal recovery among IMR participants in psychiatric day care, with a focus on those with mental illness who lived in the study area for more than 6 months after the end of IMR. Semi-structured interviews revealed the following: (1) Participants were unlikely to have worsening symptoms after IMR, their recovery goals were diversified, and the range of actions to achieve these goals expanded, promoting personal recovery over the long term; and (2) Skills learned in IMR that were factors promoting personal recovery over the long term included “setting and approaching goals” and “illness management,” which they were able to make use of in daily life, and “confidence in communication” through interaction between participants. From these results, “information-sharing with peers” was speculated to change participants' way of thinking about their illness.

キーワード

IMR、精神科デイケア、パーソナルリカバリー、長期的効果

Key words

illness management and recovery (IMR), psychiatric day care, personal recovery, long-term effect

1. はじめに

精神疾患を持つ人への地域生活支援には、薬物療法と合わせて精神科デイケアや就労支援などの医療的・福祉的サービスの充実が必要である。近年わが国でも、精神疾患を持つ人にとって、たとえ症状や障害がある状態が続いても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセスであるリカバリー（Anthony 1993）の

考え方が注目されている。提供されているリカバリー志向の心理社会的プログラムの一つに Illness Management and Recovery（疾病管理とリカバリー、以下IMR）がある。IMRはリカバリーや精神疾患に関する知識、薬物療法、ストレス対処法など疾患マネジメントについての9つの項目を8人以下のグループで週1、2回学ぶプログラム（SAMHSA 2009）である。機能回復や症状減少を

指す「臨床的リカバリー」と、当事者が満足のある生活や希望する人生の到達を目指すプロセスである「パーソナルリカバリー」(山口 他 2016)の双方の側面に働きかける内容を含んでおり (Dalum et al 2018)、その特徴は、最初にリカバリーについて学び、自分の希望や目標すなわち「リカバリーゴール」を考え、スモールステップで目標に向けて取り組んでいく方法を学び、自身の疾病やストレス、対処法を考えていくことである。これまで国内外の精神科病棟、デイケア、生活支援センター等で実施され、リカバリーの有意な改善が報告されている (Fardig et al 2011, Fujita et al 2010, 藤田 他 2013, McGuire et al 2014)。これまでIMR参加後のリカバリーへの長期的な効果については、IMRを終了した36名の参加者のうち9割がコーピングや活動面で1年後も効果を感じているという報告 (Roe et al 2009) や、IMR終了約2年後の14名への面接調査により、「工夫した疾病管理」「友人・仲間とのつながり」など効果の持続性を表すカテゴリーを抽出したとの報告 (内山 他 2013) があり、一定期間は効果が持続すると推測される。

IMRの実施においては、参加人数、期間、実施方法 (認知行動療法、動機付け、教育的技法等の活用) 等13項目のフィデリティ要素が提示され (SAMHSA 2009)、IMRを忠実に実施するためにこれらの遵守が求められており、実際には提供された資料にそって、各テーマを約1年かけてクロズドグループで実施する。IMR実施経験者は他の心理教育プログラムと異なるIMR独自の重要な構成要素として「リカバリーオリエンテーション」や「ゴール設定とフォローアップ」「IMRのカリキュラム」を挙げている (McGuire et al 2016) が、実際にIMRのどのような要因がパーソナルリカバリーの促進に長期的に影響を与えたかを明らかにした報告は少ない。パーソナルリカバリーは本人の満足や希望する人生の到達を目指すプロセスである。当事者自身から見た主観的な評価であるため、当事者に直接調査することは意味があり、IMRを構成するどの部分がパーソナルリカバリーの促進に影響を与えたのかが明らかになることで今後の実践に役立つ示唆を得ることができると考えた。

2. 研究目的

本研究では、精神科デイケアのIMRを終了し半年以上が経過した、地域で生活する精神疾患を持つ人に面接調査を行い、IMR参加前と比べ現在のリカバリーゴールとそれを実現するための行動がどのように変化したか整理し、1) IMRによるパーソナルリカバリーへの長期的効果を明らかにすることと、2) パーソナルリカバリー促進に影響するIMRの要因を明らかにすることを目的とした。

3. 研究方法

3.1 調査対象

A県にある2つの精神科病院のデイケアを利用する精神疾患患者で2017～2018年に実施されたIMRに参加し、終了後半年以上経過した人を対象とした。

調査対象者が参加したIMRは以下の通りであった。両病院ともデイケアプログラムとして1クール9か月から12か月の間で、週一回1セッション60～90分で実施した。プログラムの実施は、デイケア所属の看護師、精神保健福祉士が中心となり、内容によって医師、薬剤師が担当した。1クールは9テーマ (1. リカバリーとは 2. 精神疾患と症状について 3. ストレス-脆弱性モデル 4. 社会の中の支え・サポートづくり 5. 服薬をうまくする 6. 再発防止計画をたてる 7. ストレスに対処する 8. 問題や症状への対処 9. 福祉・保健・医療サービスをうまく利用する) で構成し、1テーマを3～4セッションとして実施した。認知行動療法や教育的技法などエビデンスが確認された技法を使って実施できるよう提供されたマニュアルを使用した。両病院とも当初8～10名でスタートし、グループ形式で行った。セッションはIMR配布資料 (ルーテル学院大学版) (IMR研究会 2014) に沿ってすすめ、補足したい部分は実施者が資料を準備して配布した。

調査について対象施設の施設長およびデイケア管理者に、研究者が口頭及び文書で研究の概要を説明し協力を依頼した。対象者は、IMRに参加終了後半年以上経過している方で、デイケアでの面接調査が可能な方という条件で、デイケア管理者に人選を依頼した。事前にデイケア管理者から

対象者に研究について説明し、内諾を得たうえで改めてインタビュー当日、対象者に方法、内容を説明し、同意書を用いて承諾を得た。

3.2 調査方法

対象者にインタビューガイドに基づき半構造化面接を一人に対して一回実施した。実施期間は2019年7月～8月で、面接は20～30分程度、デイケア内のプライバシーの保てる静かな部屋で行った。面接内容は、対象者の許可を得て筆記で記録した。研究者の一人が質問し面接を進めながら要点を記録し、もう一人の研究者が文脈を損ねないように、できるだけ発言のまま筆記で記録した。

3.3 調査内容

インタビューガイドの内容は、1) IMR参加前(以下IMR前)のリハビリゴール、2) 1)を実現するための行動、3) 現在(IMR終了後8か月～1年半)のリハビリゴール、4) 3)を実現するための行動、5) IMRに参加して役に立ったと思うことであった。参加前のことについては思い出してもらい、口頭で回答を得た。対象の基本属性として、性別、年齢、IMR終了後の経過年数、IMR前と現在のデイケア参加頻度及び就労の状況、IMR終了後の入院の有無を尋ねた。

3.4 分析方法

記録したデータを基にIMR前と現在について回答された内容をコード化し、類似するコードのまとまりごとにカテゴリー化して整理し、質的に分析した。分析は研究者間で討議を行いながら妥当性の確保に努めた。データの確実性について、カテゴリー化し表にまとめた最終段階で対象者のうち再度の面接が可能であった2名に結果の表を見てもらい、結果の解釈のチェックを依頼した。2名とも結果の解釈に同意した。

3.5 倫理的配慮

研究への協力は、調査日より前にデイケア管理者から対象者に研究について説明し内諾を得た。そのうえで調査日に研究者が対象者の自由意思と任意性に基づいて行われること、研究参加の同意はいつでも撤回できること、研究データは施錠した保管庫にて管理し、データ分析後は、適切な方法で廃棄することを文書と口頭で説明した。分析時に個人の特定ができないように配慮し、調査結

果を研究等として公表する際に個人が特定できない結果のみ公表することを説明し、プライバシーの保護に努めた。本研究は、筆者所属機関の研究倫理安全委員会の承認を得て実施した(承認番号19-15)

4. 結果

記録したデータを基にコード化した結果、IMR前と現在のリハビリゴールに関するコードを28、リハビリゴールを実現するための行動に関するコードを29、IMRに参加して役立ったことに関するコードを22、合計79コードを抽出した。以下、カテゴリーを【】、コードを「」で示す。

4.1 対象者の属性・デイケア利用頻度・就労形態

対象者は、A病院、B病院のデイケア利用者で2017～2018年にIMRに参加し、終了した9名であった。男性8名、女性1名で、年齢は30代前半～50代後半(平均43.8歳、S.D 9.1)、IMR終了後8か月～1年半であった。IMRの出席率は未確認のため不明であった。また、IMR前と現在のデイケア参加頻度は、減少3名、増加2名、変化なし3名、データ不足で不明1名であった。就労形態は、就労無しから一般就労(以下:一般)や就労継続支援B型(以下:B型)に移行3名、一般からB型に移行1名、就労形態に変化なし4名、一般から就労無しに移行1名であった。対象者のデイケア参加頻度と就労形態は、IMR前と現在を比較してデイケアの参加頻度が下がった人のうち、2人は月に1回の参加頻度になっていた。就労形態の変化は人それぞれであったが、自営を始める人、新たにB型へ移行した人がいた。IMR終了後から現在まで入院した人はいなかった(表1)。

4.2 IMR前と現在のリハビリゴール

IMR前のリハビリゴールを表すカテゴリーは6カテゴリーに分類され【働きたい】【B型作業所やデイケアに通いたい】などの活動に関する内容、【コミュニケーション力を身につけたい】【家族との関係を改善したい】などの人との関係性に関する内容、【自分の疾患について知りたい】の疾病管理に関する内容、【特に目標はない】の目標の有無に関する内容であった。

現在のリハビリゴールを表すカテゴリーは7カテゴリーに分類され【働きたい】【B型作業所や

デイケアに通いたい】【スポーツを楽しみたい】などの活動に関する内容、【コミュニケーション力をつけ行動範囲を広げたい】【家族との関係を改善したい】などの人との関係性に関する内容、【自分の疾患を悪化させずうまく付き合いたい】の疾病管理に関する内容、【経済的に自立したい】の生活状況に関する内容であった(表2)。IMR前は「今まで目標が明確ではなかった」など目標はないと回答した対象者が数名いたが、現在目標がないと回答した人はなかった。現在のリカバリーゴールは【スポーツを楽しみたい】【経済的に自立したい】というカテゴリーが追加されていた。

4.3 IMR前と現在のリカバリーゴールを実現するための行動

IMR前のリカバリーゴールを実現するための行動を表すカテゴリーは2つに分類され【就労の準備】の就労に関する内容と【コミュニケーション力をつける練習】の人との関係性に関する内容であった。現在のリカバリーゴールを実現するための行動を表すカテゴリーは8つに分類され【就労の準備またはステップアップを目指す】の就労に関する内容と【デイケア通所を継続し生活リズムを整える】【好きな活動をする】【行動範囲を広げる】【スポーツを楽しむ】の活動に関する内容、【人と交流する】の人との関係性に関する内容、【自身の疾患に対処する】の疾病管理に関する内容、【節約する】の生活状況に関する内容であった(表2)。実現するための行動にはプログラムで学んだ内容の【自身の疾患に対処する】を始め、【スポーツを楽しむ】【節約する】などリカバリーゴールに対応したものが追加されていた。例えばIMR前は「週に1回SSTに出ていた」り、「ネットで調べて」コミュニケーション力をつける練習をしていたが、現在は「1人でバス旅行に行った」り、「遠い駅まで電車で行く計画を立て」るなどIMR前よりもデイケア外での行動の範囲を広げた人がいた。

4.4 IMRに参加して役に立ったと思うこと

IMRに参加して役に立ったと思うことを表すコードから【目標設定と取り組み】【疾病マネジメント】【仲間との情報共有】【コミュニケーションの際の自信】の4つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーにまとめられた(表3)。4つのカテゴリーのうち、【目標設定と取り組み】【疾病マネジメント】

ト】は、最初に希望や目標を考え、スモールステップで目標に向けて取り組んでいく方法を学び、自身の疾病やストレス、対処法を考えていくIMRで学ぶ内容であった。

5. 考察

5.1 パーソナルリカバリーへの長期的効果

IMR前と現在を比較してデイケアの参加頻度が月に1回に減っていた人がいた(表1)。その主な理由は活動場所がデイケアから就労施設に移行したことであった。これはデイケアを「卒業」し、就労などのより社会性のある活動に移行したことを表している。就労形態の変化は人それぞれで、自営を始める人、新たにB型へ移行した人がいたが、就労形態が変化した人もデイケアへの通所は途切れることなく継続してできていると考えられた。また、IMR終了後から現在まで入院した人はいなかった。このことから、対象者はIMR終了8か月～1年半後まで症状が悪化した可能性は小さく、希望する就労形態への変化やデイケア通所を継続できていることが考えられた。

次に、リカバリーゴールの変化をみると、IMR前は「今まで目標が明確ではなかった」など目標はないと回答した対象者が数名いたが、現在目標がないと回答した人はなかった。将来への希望はパーソナルリカバリーの構成要素の一つ(山口 他 2016)で、リカバリーの促進要因(新海 他 2018)でもあり、希望や目標がある状態であるということは、パーソナルリカバリーが促進された状態と考えられる。パーソナルリカバリーのアウトカムは就学・就労や余暇活動、一人暮らし、他者とのかわりなど多様であり、個々によりその内容やペースは異なるので(山口 他 2016)、一律に判断するのは難しいが、対象者の症状の悪化は小さく、目標だった就労形態に変化していた人がいたことや、「目標がない」と答えた人はなくなったこと、リカバリーゴールが多様化しデイケア外での行動範囲が拡大され地域生活を継続できていたことなどから、対象者のパーソナルリカバリーはIMR終了し8か月～1年半後も促進されていると考えられた。

表1. 対象者の基本属性

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
性別	男	男	男	男	女	男	男	男	男	
年齢	40代 前半	30代 後半	30代 後半	30代 前半	40代 後半	30代 後半	50代 後半	40代 後半	50代 後半	
IMR終了後の経過年数	1年半	1年半	8か月	8か月	1年半	1年半	9か月	9か月	9か月	
デイケア参加頻度	IMR参加前	1～2日/ 週	5日/週	2～3日/ 週	4～5日/ 週	4～5日/ 週	5日/週	※	3～4日/ 週	5日/週
	終了後8か月～1年半	1回/月	1回/月	3～4日/ 週	4～5日/ 週	4～5日/ 週	2日/週	5日/週	5日/週	5日/週
就労	IMR参加前	一般	一般	無	院内	B型	無	一般	無	一般
	終了後8か月～1年半	一般	一般	一般	院内	B型	一般	B型	B型	無
IMR終了後の入院の有無	無	無	無	無	無	無	無	無	無	

一般: 作業所以外での自営を含む一般就労, 院内: 院内就労準備プログラム, B型: 就労継続支援B型事業所

※: 未確認

表2. IMR参加前と終了後8か月～1年半のリカバリーゴールと実現するための行動

	IMR参加前		IMR終了後8か月～1年半	
	カテゴリー(コードの件数)	コードの例	カテゴリー(コードの件数)	コードの例
リカバリーゴール	働きたい(5)	・いつか喫茶店で働きたい	働きたい(5)	・正規職員になりたい
	B型作業所やデイケアに通いたい(1)	・B型作業所に行きたい、あとデイケアに毎日通う	B型作業所やデイケアに通いたい(2)	・B型作業所はこのままずっと通所したい、安定して規則正しい生活をしたい
	コミュニケーション力を身につけたい(2)	・人とすらすら話せるようになりたい	コミュニケーション力をつけ行動範囲を広げたい(1)	・どんなところに一人で行っても緊張しないで普通の人のようにふるまえる
	家族との関係を改善したい(1)	・食事などが作れない、掃除しないなど妻に任せきりだったのでそれを覚えていかなくちゃいけない	家族との関係を改善したい(1)	・今、家族とぎくしゃくしやって…(現在、仕事をしていないことが原因で家族との関係が良くないが)働いてお給料をもらうお父さんが理想
	自分の疾患について知りたい(1)	・なぜ、再発するのか考えたかったから、IMRに参加した	自分の疾患を悪化させずうまくつきあいたい(2)	・入院はしたくない
	特に目標はない(4)	・IMR参加前までは希望や目標はなかった	スポーツを楽しみたい(1)	・水泳の自己新記録出したい
			経済的に自立したい(2)	・できるだけ親に頼らないように自立を目指している
実現するための行動	就労の準備(3)	・デイケア内の喫茶店で月に8回、1日3時間の院内就労準備プログラムを行っていた	就労の準備またはステップアップを目指す(5)	・(保育士のアルバイトをしている)フルで働く正規職員になりたいので、親の顔と名前を一致させたり、子どもと持ち物(や)カバンを一致させたい 覚えることをがんばっている
	コミュニケーション力をつける練習(1)	・アスペルガーと分かってから、人とすらすら話せるようになるために何をどうすればいいか、ネットで調べたり、週に一回SSTに出ていた	デイケア通所を継続し生活リズムを整える(2)	・デイケアにはある程度来ている、来たくない日もあるけど話し相手もいるし、休むとリズムが狂う
			好きな活動をする(2)	・(作業所が)休みの日はデイケアに来ている、楽しみなプログラムがある、音楽ですぐど
			行動範囲を広げる(2)	・1人でバス旅行に行ったり、本屋に行くためにバスを使う
			スポーツを楽しむ(1)	・水泳の大会(マスターズ)を目指して練習している
			人と交流する(3)	・IMR終了後の現在は友達ができて、デイケアに来てその人たちと交流することが多い
			自身の疾患に対処する(5)	・入院はしたくない 第一が そうならないために入院する前に家族やスタッフにSOSを出す
			節約する(5)	・(借金を整理するために)外食一切しない

表3. IMRに参加して役に立ったと思うこと

カテゴリー	サブカテゴリー(コードの件数)	コードの例
目標設定と取り組み	スモールステップの考えを学んだこと(2)	・一気に最短ではなく、段階を踏んでいくという考えができるようになった
	自分の強みを活かす考え方ができるようになったこと(1)	・完全に将来的に不安がなくなるわけではないけどできることをすればいいとわり切れるようになった
	デイケアに毎日通えていること(1)	・デイケアに毎日来ることが達成できて、B型に繋がった
疾病マネジメント	疾患やストレスについて学べたこと(3)	・病気のことを知れた、頭のイライラが治まった
	症状の対処法を見つけたこと(2)	・症状出るときどうすればいいのかと、悪くなったとしても最初から何度でもという考えができるようになった
仲間との情報共有	人の気持ちの理解(3)	・人の話に耳を傾けて、理解して、人の気持ちを理解してあげたいと思うようになった
	自分だけではないという安心感(2)	・ほかの人のことを聞くことで自分もそうだと共感した
コミュニケーションの際の自信	自己開示できるようになったこと(5)	・これまで自分の話せなかったことが話せた
	挨拶、笑顔、話を聞くことを心がけるようになったこと(3)	・挨拶が大事ですね

5.2 パーソナルリカバリー促進の長期的効果に影響を与えた要因

ここで対象者自身がIMRに参加して役に立ったと思うこと(表3)に注目すると、【目標設定と取り組み】【疾病マネジメント】は、IMRで学ぶ内容すなわちIMRの構成要素であり、学んだ内容がそのまま対象者のパーソナルリカバリーを促進する要因になっていたと考えられる。しかし、IMRは週一回約1時間のプログラムであり、これに参加したことは対象者の生活の一部である。一方で、実現するための行動を見るとデイケア外での様々な活動が増えていることから、プログラムで学んだことを日常生活に取り入れ、目標をもち活動を多様に広げたこと、すなわちIMRプログラム以外の活動がパーソナルリカバリーを促進したとも考えられる。IMR終了し1年以上経過した人を対象とした先行研究によると、IMRで学んだ自分にとって有効なことは、目標設定スキル(Goal-Setting Skills)と症状マネジメントスキル(Symptom Management Skills)、仲間と情報共有(Sharing Peer Information)と報告されている(Langen et al 2016)。また、IMR独自のものではないが重要でかつ効果に関係する要素には、実施

者と参加者の暖かで共感的な関係や実施者が参加者同士の相互のサポートを促すことがあるという報告もある(McGuire et al 2016)。2年間のIMRに参加した人のリカバリーのプロセスを振り返った先行研究では、疾患の理解や服薬との折り合い、対処の選択をグループで語り合ったことで希望に向かってエンパワーされたと報告され(内山 他 2016)、他者とのかかわりもパーソナルリカバリーの構成要素の一つである(山口 他 2016)ことから参加者同士の相互のサポートはパーソナルリカバリーを促進する要因であることが推測される。

【仲間との情報共有】のサブカテゴリーとしてあげられた、人の気持ちを理解しようとする姿勢や「他の人のことを聞くことで自分もそうだと共感した」と語られた自分だけではないという安心感は、これまで自分の病気の経験を人に話したことがなく、自分だけが経験していることだと思っていたことをIMRのグループでは自己開示でき受け入れてもらえたことや、自分と同じ経験を聞き病気は恥ずべきことではないと考えが変化したことなど自分の病気に対する考え方が変化したという先行研究(Langen et al 2016, Roe et al 2009)と共通していた。先行研究でIMR直後の自由記

述に他者とのかかわりの内容が増えたことは少人数のクローズドグループで参加者がお互いに情報共有やサポートをしながら、疾患について学ぶIMRの構造による影響ではないかと考えられているが(杉本 2020)、本研究ではそのことが参加者から直接語られた。すなわち、IMRは単に疾病マネジメントの知識を得る場というだけでなく、他の参加者のリカバリーストーリーを聞くことや観察する機会によりロールモデルを得られ、肯定的なフィードバックを受けることで動機づけられ、サポートを得られる場になる可能性があると考えられる。

また、【コミュニケーションの際の自信】については、本研究対象のIMRにおいて、少人数のクローズドグループで数か月実施する中で、参加者同士が安全に自己開示できる場ができたためかもしれない。このようなピアサポートの経験は、リカバリーが促進される要因の一つとされる一方で(千葉 他 2011、新海 他 2018)、千葉ら(2018)は、リカバリーを支援するために専門職者が大切であると認識していることとして、利用者同士の交流をあげた支援者が少なかったことを報告している。ここでは、専門職者と対象者との対等な関係性や対象者との信頼関係を専門職者は大切にしていることが明らかになったが、リカバリーを促進するためにIMRにおいては参加者同士の交流を活かす視点をもつことを意識することが大切かもしれない。すなわちIMRを忠実に実施するため提供されている13項目のフィデリティ要素(SAMHSA 2009)には仲間との情報共有や参加者同士のサポートに関する項目は含まれていないが、IMRを実施する上で大切な要素かもしれない。さらに、参加者同士または参加者と実施者の関係について、IMR実施者に必要なリカバリー支援のための視点を明らかにすることは今後の課題である。

以上より対象者のパーソナルリカバリーが長期的に促進されたのは、IMRで目標設定と取り組み、疾病マネジメントのスキルを得て日常生活に活かしたことと、参加者同士の交流によりコミュニケーションの際の自信が持て、仲間との情報共有により自分の病気に対する考え方が変化したことが要因と推測される。

また、本研究の課題として、対象者はIMR前後での行動の変化が大きい人、すなわちリカバ

リーが促進されているため、インタビューに協力的だった可能性がある。そのため、リカバリーが促進されていない人の意見は入っていないかもしれない。また、IMR参加終了後一定期間経過後に思い出してもらい回答を得たので、参加前に持っていた目標が正確でない可能性があること、対象者の人数が2病院から合計9名と少ないため、本結果を直ちには一般化できないことに注意を要する。

6. 結語

IMR終了後半年以上が経過した、地域で生活する精神疾患を持つ人に半構造化面接を行い、以下のことが明らかになった。1) 本研究の対象者はIMR後の生活で症状が悪化した可能性は小さく、リカバリーゴールは多様化しそれを実現させるための行動の範囲が広がりパーソナルリカバリーは長期的に促進されていた。2) パーソナルリカバリーが促進された要因としてIMRで目標設定と取り組み、疾病マネジメントのスキルを得て、日常生活に活かしたことと、参加者同士の交流によりコミュニケーションの際の自信が持て、仲間との情報共有により自分の病気に対する考え方が変化したことが推測された。

利益相反

本稿の発表にあたり、該当する利益相反はありません。

謝辞

本研究の調査にあたり、快く研究に協力していただきました皆様に深く感謝いたします。本研究は、JSPS 科研費 19K19741 の助成を受けたものです。

引用文献

Anthony W (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 11-23.

千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人(2011). 地域で生活する精神疾患をもつ人の、ピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較. *精神科看護* 38(2), 48-54.

千葉理恵, 梅田麻希, 宮本有紀 他(2018). 精神疾

患をもつ人々のリカバリーを支援するために、専門職者が大切であると認識していること：自由記載の質的分析から．看護科学研究 16, 70-78.

Dalum HS, Waldemar AK, Korsbek L et al (2018). Participants' and staffs' evaluation of the Illness Management and Recovery program: a randomized clinical trial. *Journal of Mental health* 27(1), 30-37. DOI: 10.1080/09638237.2016.1244716

Fardig R, Lewander T, Mellin L et al (2011). A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 62, 606-12. DOI: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0606

Fujita E, Kato D, Kuno E et al (2010). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Japan. *Psychiatr serv* 61(11), 1157-1161. DOI: 10.1176/ps.2010.61.11.1157

藤田英美, 加藤太慈, 内山繁樹 他(2013). 統合失調症における疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery:IMR) の有効性. *精神医学* 55, 21-28.

IMR 研究会 (2014). IMR 配布資料 (ルーテル学院大学版). IMR 研究会, 東京.

Langen WJ, Beentjes TA, Gaal BG et al (2016). How the Illness Management and Recovery Program Enhanced Recovery of Persons with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Qualitative Study. *Archiv of Psychiatr Nurs* 30, 552-557. DOI: 10.1016/j.apnu.2016.04.005

McGuire AB, Kukla M, Green A et al (2014). Illness Management and Recovery : A Review of the Literature. *Psychiatr Serv* 65(2), 171-179. DOI: 10.1176/appi.ps.201200274

McGuire AB, Luther L, White D et al (2016). The "Critical" elements of Illness Management and Recovery: comparing methodological approaches. *Adm Policy Ment Health* 43, 1-10. DOI: 10.1007/s10488-014-0614-9

Roe D, Hasson-Ohayon I, Salyers M et al (2009).

A One Year Follow-Up of Illness Management and Recovery: Participants' accounts of Its Impact and Uniqueness. *Psychiatr Rehab J.* 32(4), 285-291. DOI: 10.2975/32.4.2009.285.291

SAMHSA (アメリカ連邦保険省薬物依存精神保健サービス部) 編(2009), アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ 5. IMR・疾患管理とリカバリー．地域精神保健福祉機構 (コンボ), 市川(千葉県) .

新海朋子, 住友雄資(2018). 精神障害を持つ人のリカバリー概念に関する文献検討. 福岡県立大学人間社会学部紀要 26(2), 71-85.

杉本圭以子(2020). 精神科デイケアにおける IMR 参加者のパーソナルリカバリーの変化 テキストマイニングによる分析. *精神障害とリハビリテーション* 24(1), 98-106.

内山繁樹, 加藤太慈, 藤田英美 他(2013). Illness Management and Recovery (IMR: 疾病管理とリカバリー) におけるリカバリーの効果の持続性の質的検討. *日本社会精神医学会雑誌* 22(3), 394.

内山繁樹, 塚田尚子, 阿部榮子 他(2016). 地域に暮らす精神障害者の 2 年間にわたる IMR プログラム (Illness Management and Recovery: 疾病管理とリカバリー) の実践. *関東学院大学看護学会誌* 3(1), 15-22.

山口創生, 松長麻美, 堀尾奈都記(2016). 重度精神疾患におけるパーソナルリカバリーに関連する長期アウトカムとは何か? . *精神保健研究* 29, 15-20.



著者連絡先

〒870-1201
大分県大分市廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
杉本 圭以子
sugimoto@oita-nhs.ac.jp

精神科病棟に勤務する看護師の患者-看護師関係における「巻き込まれ」の体験

The experience of over-involvement in the nurse-patient relationship in the psychiatric ward

坂本 真優 Mayu Sakamoto

滋賀医科大学 医学部 看護学科 Shiga University of Medical Science, Faculty of Medicine, School of Nursing

河村 奈美子 Namiko Kawamura

滋賀医科大学 医学部 看護学科 Shiga University of Medical Science, Faculty of Medicine, School of Nursing

清村 紀子 Noriko Kiyomura

大分大学 医学部 看護学科 Oita University, Faculty of Medicine, School of Nursing

2020年7月21日投稿, 2021年2月19日受理

要旨

本研究は精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験を明らかにすることを目的とする。Z県内の精神科単科病院に勤務する精神科での看護師経験年数が5年以上の看護師6名に1人につき2回の半構造化面接を行った。データの分析には質的帰納的手法を用いた。インタビューから「巻き込まれ」の体験に関するコードを525語抽出し、4の大カテゴリ、14の中カテゴリ、37の小カテゴリを生成した。精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験は、「患者のニーズを捉えられない」、「患者を理解できない苦痛」、「自分一人の力によって解決しなくてはならないという思い込み」、「患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得」であった。「巻き込まれ」の体験は、事態を可視化し状況の整理を図ることにより、看護師としての成長を促す体験になると示唆された。

Abstract

This study aimed to explore the over-involvement experience in nurse-patient relationships in a psychiatric ward. The study involved six nurses, each with ≥ 5 years of experience as a psychiatric nurse, who took part in two semi-structured interviews. The data were categorized qualitatively by classifying 525 types of nurse-patient connections into four categories: 1) failing to recognize the patient's needs; 2) feeling distress from not understanding the patient; 3) a strong opinion that things should be solved by oneself; and 4) acquiring an objective perspective by reviewing a patient's situation and one's own tendencies. The overinvolvement experience could encourage professional growth by visualizing that situation.

キーワード

精神科病棟、患者-看護師関係、「巻き込まれ」、体験

Key words

psychiatric ward, nurse-patient relationship, over-involvement, experience

1. 緒言

精神看護領域では、治療および看護を提供する上で、患者-看護師関係が特に重要となる。ペプロウ(1973)は、患者は看護師との関わりの中で看護師に依存する反応を示すことを述べたが、相互依存的な関係に陥りやすく、看護師が専門的な判断能力を持って行動することが困難な状況に陥るケースも少なくない。また、阿保(1995)は、精神看護領域の患者は疾患の特徴や患者の自我機能が脆弱なことから自他の境界線が曖昧であり、自らの自我を補強するために他者に対して依存的

で身体的・精神的に不安定な状態にあると指摘している。このような患者-看護師関係では、患者の過度の依存も起こりやすく、患者-看護師関係の距離については難しいと考えられている。

国内では「巻き込まれ」について、看護師に専門的な関わりを失わせる状態であること、看護師の心理面に影響を及ぼす特性を持つこと、と指摘されている。看護師に専門的な関わりを失わせる状態については「看護師に自己のコントロールを失わせること」とされ(垣田 2014, 勝眞 他 2006, 森谷 他 2014, 富川 2008)、富川(2008)は、「巻き込まれ」を「患者との距離感が取れなくなり、関わ

りの中での看護としての主導権を失い、患者にコントロールされてしまう状態」としている。看護師の心理面に影響を及ぼす特性を持つことについては、「心理的な危機を引き起こす」（石井 2015, 石川 他 2006, 木村・杉山 2013, 長尾 2013, 寶田 2009）と説明されており、長尾(2013)は、「巻き込まれ」を「情緒的支援の負の側面であり、看護師の心理的な危機を引き起こすもの」としている。患者に専門的なケアの提供が困難になることに加えて、看護師自身も消耗する負の影響が引き起こされることであると考えられた。また、牧野(2005)は看護師の「巻き込まれ」には、否定的側面の「意図せぬ巻き込まれ」と肯定的側面の「主体的巻き込まれ」という現象が含まれることを述べている。国外の文献によると、Morse (1991)は患者と看護師の相互関係について、患者に対する看護師の行為が看護の義務や責任を超えた状態となり客観性のない専門性が欠如した状態を **Over-involved Relationship**（行き過ぎた関係）と述べている。Turner (1999)は **Over-involvement**（行き過ぎた関わり）を患者と看護師の境界が喪失または曖昧となり現実的に患者を看ることのできない客観性を失った状態であると指摘している。この2つの文献からは、看護師が患者に関わり過ぎることにより患者-看護師関係の境界線は曖昧になり、看護の専門性が機能しなくなることについて指摘されている。国内外の文献検討から共通して見えてきたことは、「巻き込まれ」という現象は、多くの場面では否定的な意味を持って用いられており、看護師が患者との関係の中で専門性や客観的視点を失い、自己のコントロールを失った状態である、ということである。精神看護領域では、患者の自我状態に対して保護的に関わるといふ看護の重要性もあることから、特に「巻き込まれ」は起こりやすい現象であると考えられる。しかし、揺れ動く患者の自我状態を理解し支援することにおいて、専門性をもって看護の実践を検討していくためには、この「巻き込まれ」の体験について、明らかにする必要があると考えられた。

2. 研究目的

本研究の目的は、精神科病棟に勤務する看護師の患者-看護師関係における「巻き込まれ」の体験を明らかにすることである。

3. 本研究における用語の定義

本研究において、「巻き込まれ」については『看護師が患者との関係の中で専門性や客観的視点を失い、自己のコントロールを失った状態』と定義する。体験については『「巻き込まれ」の状態から看護師が知覚した思い、感情、考え』と定義する。

4. 研究意義

精神看護領域では、患者と看護師の関係そのものが治療的意味合いを持つために関係の持ち方が特に重要となる。精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験の内容を明らかにすることにより、患者と看護師の関係における事象の構造の理解、看護師として専門性を保ちながら患者に関わるための課題及び患者-看護師関係に再び治療的関係を取り戻すための示唆が得られる。

5. 研究方法

5.1 研究デザイン

質的帰納的研究

5.2 研究参加者

Z県内の精神科単科病院3施設に勤務する精神科病棟における看護師経験年数が5年以上の看護師6名とした。研究参加者の選定条件としては、ベナー (2005)の発達度より中堅レベル以上の看護師であり、自分の置かれていた状況についての振り返りや、状況についての高い理解力を有していること、体験を振り返ることによる精神的負担が少ないことが想定されることを考慮した。加えて精神科病棟における勤務経験が長いことから「巻き込まれ」の体験を有している可能性が高く、また「巻き込まれ」の渦中からは脱していると想定された。

5.3 実施方法

研究参加者1人につき合計時間が60分を超える2回の面接を行った。1回目は参加者の「巻き込まれ」の体験について、2回目は1回目の面接内容の確認と「巻き込まれ」の体験の詳細を質問した。

5.4 面接の内容

研究参加者には、「巻き込まれ」について本研究の定義である「看護師が患者との関係の中で専門性や客観的視点を失い、自己のコントロールを失った状態」と説明した。まず、研究参加者に、

過去に体験した「巻き込まれ」の体験について振り返ってもらった。次に、「巻き込まれ」には、何らかの始まりがあって何らかの形での終結があることを想定し、(1)これまでの精神科における看護師体験の中での「巻き込まれ」の体験についての詳細な状況、(2)「巻き込まれ」を体験したときにどう感じたか、(3)「巻き込まれ」に気づいたきっかけは何か(「巻き込まれ」の始まり)、(4)「巻き込まれ」に気づいてからどのように解決したか(「巻き込まれ」の終結)について、インタビューガイドを用いて半構造化面接を行った。

5.5 倫理的配慮

本研究は研究者の所属機関である倫理委員会の承認を得て実施した。研究参加は自由意志の尊重、データの匿名化と目的以外に使用しないことなどを説明し、同意書に署名にて同意を得た。

5.6 分析方法

本研究のデータは、質的データ分析の手順(グレッグ 他 2007)を参考に分析した。

録音した面接記録を用いて、研究参加者ごとに逐語録を作成した。

各研究参加者の逐語録を繰り返し精読し、「巻き込まれ」の体験について語られている箇所について、主語と述語が一貫した文節で区切り、内容を損なわないように文脈を整理、要約した。

要約した文節から、「巻き込まれ」の体験についてコード化を行った。

各研究参加者全員分のコードを集約し、意味内容が類似するコードを集め、カテゴリを生成した。

類似する意味内容のカテゴリを統合し、最終的なカテゴリを生成した。

信頼性・妥当性の確保について: データの分析内容についての信頼性・妥当性を高めるために、データ分析の全ての過程において、指導教員及び、質的研究の経験を持つ精神看護学の専門家(大学教員)からスーパーバイズを受けた。

6. 結果

6.1 研究参加者の概要

Z県下の精神科単科病院3施設に勤務する男性4名女性2名の計6名の看護師から、本研究の参加者として参加の同意を得られた。精神科病棟における勤務経験年数は、6名全員が5年以上の勤

務経験を有していた。職位は、主任4名、副看護長1名、スタッフナース1名であった。参加者については表1に記載する。

表1. 研究参加者の概要

ID	A	B	C	D	E	F
性別	男性	男性	男性	女性	男性	女性
年齢	36 歳	45 歳	45 歳	38 歳	49 歳	49 歳
精神看護領域 経験年数	16 年	17, 18 年	9 年	18 年	31 年	20 年
職位	スタッフ	主任	主任	主任	副看護長	主任
インタビュー 時間(合計)	81 分	60 分	76 分	140 分	85 分	97 分

6.2 研究参加者のインタビュー概要について

1人の研究参加者に対し合計で2回のインタビューを行った。1回目のインタビューでは、患者から巻き込まれたという体験について語ってもらった。2回目のインタビューでは、1回目のインタビューの内容からより詳しく語ってもらいたい部分について、研究者から質問をして語ってもらった。各研究参加者のインタビューの概要について以下に記す。「巻き込まれ」の終結については、3例が患者の病棟異動や退院により直接的な関わりを終了していた。しかし、どこからどこまでが「巻き込まれ」の状態であったのか(「巻き込まれ」の始まりと終結)については、曖昧であった。

6.2.1 A氏

1回目のインタビューでは、境界性パーソナリティ障害の女性患者との関わりにおいて、女性患者に異性としての好意をもたれていると感じ、患者との距離感がわからなくなったという体験について語った。患者の退院により、直接的な関わりは終了となった。2回目のインタビューでは、女性患者に対する当時の感情や患者との関係から「いったん引いてみる」という距離の取り方、現在の患者との関わり方について語った。

6.2.2 B氏

1回目のインタビューでは、患者との関わりにおいて患者が自分の感情を意図的に揺さぶろうとしていると感じたことや、患者と仲がよいことが好ましい関係と思っていたことからの「巻き込まれ」の体験について語った。2回目のインタビューでは自身が感情的になっていたことへの気づきや、患者と仲がよいだけではいけないと感じたことについて語った。

6.2.3C氏

1回目のインタビューでは、受け持ち患者のことが仕事でずっと頭から離れずに、その患者を中心に自分が動いていたという「巻き込まれ」の体験について語った。2回目のインタビューでは、患者のことが頭に残っていたということについて、患者と自分の若い頃の体験が重なったことから自分と患者とを重ね合わせていたということ語った。

6.2.4D氏

1回目のインタビューでは、躁病の女性患者との関わりについて語った。自分と患者は良い関係が取れていると思っていたが、患者に暴言を言われ続けたことで自分は患者に嫌われていると思い、これ以上患者と一緒にいることは難しいと感じたという「巻き込まれ」の体験について語った。患者の病棟異動により、直接的な関わりは終了していた。2回目のインタビューでは、患者との「巻き込まれ」の体験について勉強になったと思うことや、患者と関わっていた当時の感情についてより詳しく語った。

6.2.5E氏

1回目のインタビューでは、患者にあの看護師はこうしてくれた、など看護師の行動を比較されたことや患者に決められたルール以外の行動を要求されたことで、何が正しいのかわからなくなったという「巻き込まれ」の体験について語った。2回目のインタビューでは、自分が患者のために良いと思うことを押し付けてしまったことや、チームとして意思統一をして動くことの必要性について語った。

6.2.6F氏

1回目のインタビューでは、自身に結婚妄想を抱いていた患者との関わりについて良い関係が取れていると感じたが、患者に「Fさんが来ると怖い」と言われたことが自分を否定された気持ちになったという「巻き込まれ」の体験を語った。加えて、多飲水の患者との関わりについて、患者へのケアの行きつく先が見えなくなってしまったという「巻き込まれ」の体験について語った。結婚妄想の患者との関わりについては患者の病棟異動により、直接的な関わりは終了していた。多飲水の患者との関わりについては、受け持ち看護師の変更により直接的な関わりは終了していた。2回目の

インタビューでは結婚妄想の患者と多飲水の患者と関わっていた当時の感情をより詳しく語り、さらに「巻き込まれ」の体験から自分のケアの傾向について語った。

6.3 精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験について

精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験に関するコードが、看護師6名のインタビュー（計12回）から、525語抽出された。ここから、4の大カテゴリ、14の中カテゴリ、37の小カテゴリが生成された。精神科病棟に勤務する看護師の患者-看護師関係における「巻き込まれ」の体験は、[患者のニーズを捉えられない]、[患者を理解できない苦痛]、[自分一人の力によって解決しなくてはいけないという思い込み]、[患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得]であった。精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験に関するカテゴリと主な内容を表2にまとめる。以下、大カテゴリを[]、中カテゴリを【】として表記し、説明を行う。表2()内の数字はデータ数を示し、主な内容の短縮部分は(….)として表す。

6.3.1 [患者のニーズを捉えられない]

この大カテゴリは、【患者に対するケアが分からない】、【自分は患者に良いケアが提供できていると思いたい】、【患者からの評価の優先】、【仲のよさを重視した距離感】、【患者に対する自分の関わりを振り返る辛さ】の5つの中カテゴリから生成された。自分の行うケアに自信を持ちたいと思い、患者と関わろうとするが、患者の全体像を把握することができずに、看護師としての距離感や関わり方を図り損ねていた。加えて、看護師は患者との親密さを優先し表面的な患者の要求には応えようとするものの、患者の発する言葉や行動に含まれた本質的な要求を捉えることが困難になっていたことが伺えた。【患者に対するケアが分からない】について、看護師は「巻き込まれ」の状況を解決できずに、どうしようもなさや自分の行うケアのうまく行かなさを感じていた。【自分は患者に良いケアが提供できていると思いたい】では、看護師は患者ではなく看護師自身に焦点を置き、自分の行うケアを肯定的に捉えたい気持ちを抱いていた。【患者からの評価の優先】では、患者の評

価を得ることや親密さを重視することにより、患者に好まれるようにしたいという気持ちが表れていた。【仲のよさを重視した距離感】では、看護師は患者との距離感に気を付けようと思いつながら、友達のように何でも話ができるというような患者との親密さを評価基準として重視する考えを抱いていた。【患者に対する自分の関わりを振り返る辛さ】では「巻き込まれ」は患者からの暴言やケアの行き詰まりを感じるため振り返ることにも辛さを感じていた。

6.3.2 [患者を理解できない苦痛]

この大カテゴリは、【患者との関係が思うようにいかない感覚】、【患者と関わることに拒否感】、【患者から距離を置くことにより得られた安心感】の3つの中カテゴリから生成された。「巻き込まれ」の最中においても、看護師は患者のためを思い、何とか患者に良くなってもらいたいと考え様々な方法を用いてケアをしようとする。しかし、思うような結果を得ることができず、時には患者から攻撃的な反応や拒否を受けたことから、患者に関わり続けることに対して苦痛を抱いていた。【患者との関係が思うようにいかない感覚】では、看護師は、患者との関わりについて患者のためを思って行動をするものの、患者からは思うような反応が得られずに傷つきに似た感覚を得ていた。【患者と関わることに拒否感】では、「巻き込まれ」の状態において患者と関わることに、患者と深く関わることや患者自体を避けてしまいたいと思うほどの疲労や苦痛を感じていた。【患者から距離を置くことにより得られた安心感】では、「巻き込まれ」の状態にあった患者と物理的に距離を持てたことにより、患者への申し訳なさや関わることの辛さをもう感じなくても良いという安心感を抱いていた。

6.3.3 [自分一人の力によって解決しなくてはならないという思い込み]

この大カテゴリは、【自分が関わらないといけない責任感】、【自分一人による患者と距離をとった状況改善に向けた試み】の2つの中カテゴリから生成された。「巻き込まれ」の状態において、看護師は、患者との関係が悪くなったのは自分のせいだという思いや受け持ち看護師としての責任、更には患者と一番上手に関わっているのは自分で

あるという思いが強かったことから、周囲の看護師に力を借りることなく、自分一人で患者との関係を改善しようとしていた。【自分が関わらないといけない責任感】では、患者との関係に問題が生じた原因を自分にあると感じ、患者のために自分が動かなければならないという強い気持ちを抱いていた。【自分一人による患者と距離をとった状況改善に向けた試み】では、声掛けなどの関わりを意図的に減らして患者と心理的・物理的に距離をとるなどして、何とか自分一人の力で状況を改善したいという気持ちを抱いていた。

6.3.4 [患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得]

この大カテゴリは、【患者の疾患や状況把握に関する客観的視点の必要性】、【治療・看護の目的と看護の役割の再認識】、【自分の傾向に関する気づき】、【患者を中心とした看護観を取り戻す】の4つの中カテゴリから生成された。「巻き込まれ」にあった自身と患者との関わりを振り返ることにより、患者を思う時に感情的になる一面はありながらも、看護師として専門的視点を持ち客観的に患者との関係を図っていくことの重要性を改めて認識していた。また、看護師は個として関わるのではなく、チームとして患者に関わっているという協働意識の視点を持ち直していた。【患者の疾患や状況把握に関する客観的視点の必要性】では、患者の病理や現在の状況を踏まえ、行動や言動を客観的に判断して関わる必要性を改めて感じていた。【治療・看護の目的と役割の再認識】では、患者と関わる際には看護師という自分の役割と、患者の治療や目的をきちんと認識することが必要という気づきを得ていた。【自分の傾向に関する気づき】では、患者への関わり方を振り返ることにより、自分自身の関わり方の傾向を捉えようとしていた。【患者を中心とした看護観を取り戻す】では、「巻き込まれ」の中では見えづらくなっていた、患者を中心としたケアの考え方や患者を大切に感じる気持ちについて、改めて認識していた。

表2. 精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験に関するカテゴリと主な内容

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	主な内容
患者のニーズを捉えられない(5)	患者に対するケアが分からない(3)	状況の解決策が分からない(25)	F: 行きつく先が見えん…ぐるぐるぐるぐる暗闇やったな、もうやけん、仕事に行ってから、彼を見るのが辛かった
		患者と上手く意思疎通が取れない(18)	D: 本当に分かりやすく…普通に説明をしたんだけど…でも、納得がいてもらえ、えないのはなんでなんやろう?ただそれだけ残って
		一人では患者の対応ができない(7)	D: こう、全部を自分一人で、ちいうよりはね…甘かったんかな、ちょっとこう、考え方が私の中で、できるわ!みたいな部分で
	自分は患者に良いケアが提供できていると思いたい(3)	自分は他の看護師よりも患者と上手く関わることができている(16)	D: 患者さんのことは…信頼関係の部分では…あのスタッフに話さんようなことかも話してくれて、結構いい感じ、に、思えてた
		患者にとって良いというケアの思い込み(12)	E: 常識みたいとか、考えをあまり押し付けていくと、まあ、うまくいかないという…余計…患者さんとの関係もあまり良くならなかつたり
		自分の看護が間違っていないと思いたい(4)	F: 自分がこれで正しいと思ってやるわけじゃない…私がやりよんことに文句つけんで!みたいに…私を責めよんの?ちゅう感じ
	患者からの評価の優先(2)	行動や気持ちが患者の評価に左右されてしまう(38)	A: 患者さんにNOが言えない…断ったら、患者さんから嫌われるんじゃないかと
		業務よりも患者との自分の関係の維持を優先(14)	C: 親しくなって…患者さん側にしておてみれば…融通を利かせてくれるんじゃないかちゅうのが、頭にあって…病棟ルールの遵守というのがこうね、難しくなってくるんかなーとか
	仲のよさを重視した距離感(2)	患者と仲がよいことが良い関係性であるという認識(11)	B: 患者さんとすごい距離が近くて、仲が良ければ、患者さんも落ち着いてくれていいんかなと思って
		患者との距離感の図り方に対する困難(1)	D: 精神科で距離感とか大切やけど、距離をみながらいったつもりで…それでもやっぱりだめで、私だけが対象で
	患者に対する自分の関わりを振り返る辛さ(2)	自分が良いと思って患者に行っていたケアを振り返ることへの抵抗(1)	F: あの時、思い出したくなかった、そこに、振り返って評価をしたく、なかった
		今でも考えている当時の患者に対してどう関わればよかったのかという思い(3)	A: 僕の中でずっと引っかかっている患者さん…だからあの時にもっとどうしてあげたらよかったんかな、というのは今でも考えますし、これっていう答えは出ないんですけどね
患者を理解できない苦痛(3)	患者との関係が思うようにいかない感覚(4)	患者に意図的に自分の気持ちを乱されているような感覚(16)	F: 彼が…わざととしているのがわかるちゅうか…真逆のことをする、で、自分が、もう腹が立ってたまらない
		患者の暴言からの疲労や傷つき(14)	D: すごい響き渡るような…つぱべつ飛ばしていわれるとわざと…ここまで言われんといけんのかなんていう部分で、苦しい、かったんですよ
		患者の態度から受けた自分を否定されたような動揺(4)	F: 最初はね、ショックやった…自分は、決して…悪い風にした覚えは、全然ないわけやね
		患者が自分を異性として意識していることの気づき(3)	A: 僕にこう好意を持っている患者さんがいてですね…援助の中ですね…向こうが距離をこっちに縮めてくるんですよ
	患者と関わることに對する拒否感(2)	仕事を続けられないと感じるほどの患者への拒否感(16)	D: 苦しかったんですよ…なんかこのまま仕事続けるの苦しいな、とか、なんか、精神的になんかこう、グサツとくるものがある
		患者との関わり方を表面的なものにとどめたい(13)	C: そしたら、その、開けてくれって言うって…訴えに来られないし、煩わしくないという…そういう意識が働いてしまつて
	患者から距離を置くことにより得られた安心感(1)	患者から距離を置くことにより得られた安心感(1)	F: O病棟に、熱が出て移動した時に、本当にごめんね…っていう気持ちと、一生懸命やりよって効果が全然でないでちゅうも…ほっとしたちゅう、なんかそういう感情になんか

表2. 精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験に関するカテゴリと主な内容(続き)

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ	主な内容
自分一人の力によって解決しなくてはいけないという思い込み (2)	自分が関わらないといけない責任感 (2)	患者と自分の関係性が悪くなったのは自分の関わりが原因であるという思い (25)	F: 私が…症状が悪い時に、こう、注射をしようとか、あの、隔離に行きよとかいうことを説得してから行かせよったり…私から説得されたときに…私のことが怖くなったみたい
		自分が患者のケアをしなくてはいけないという責任感 (20)	A: 受け持ったからには自分がしないといけないという、責任感のほうが強くてですね、あんまり相談することなかったし
	自分一人による患者と距離をとった状況改善に向けた試み (1)	自分一人による患者と距離をとった状況改善に向けた試み (6)	C: 近すぎる距離を、まあ、開けようかと…コミュニケーション取りすぎないようにしようとか
患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得 (4)	患者の疾患や状況把握に関する客観的視点の必要性 (6)	患者の状況や状態を押さえた関わりの大切さ (11)	C: MSE っていう、精神科の、その、病状把握するツールがあるんですけども…客観的には判断ができるような、ツールがないと…中のことはわかりにくい…心の中とか
		患者のために環境を変えることの必要性 (9)	F: 水中毒の彼の時には…受け持ちが、変わる…一つの手なんかちゅうことを思った
		援助時の患者の状況や状態についての客観的な気づき (8)	D: うんその時期にね、でほかの患者さんにも強い言い方をしたりっていうのは見かけていた部分では…後々考えたらね
		経験の積み重ねによる患者の行動に対する客観的な視点の獲得 (8)	A: 自分に余裕があるんで、そんなに振り回される感じじゃなくて多分、接していると思うんですよ、来てもですね
		「巻き込まれ」の体験による患者と自分の関係性についての客観的な見方の獲得 (3)	D: 精神科だから、そういった患者さんもあるのかな？という風に、思うように、したっていう部分なんですけど…性格の部分も、本当に強い方ではある
		患者の行動の意味を捉えることの重要性 (2)	C: うーん、やっぱり、(振り返りを) したほうが、患者さん、本当に言わんとしたことはなんやろうかちゅうこう、ところ、にたどり着けるかな
	治療・看護の目的と看護の役割の再認識 (5)	看護師間における協力や意見をもらえる環境でのケアの重要性 (51)	D: 一人で、全部、対応、するんじゃないかって、…やっぱベテランの看護師さんと一緒に…説明やったりとか…やっぱり「必要なのかな？とかっていうのは、ちょっと一つ勉強に、なったんかなーと
		治療目的や役割を認識した関わり方の必要性 (34)	C: 病棟の一つの社会生活の場なのということもあるし、退院支援を考えた場合…その人の本当の…生活をする、スキルを身に着けるところの…考えて、とかがある
		「巻き込まれ」によるケアの手ごたえの獲得 (8)	F: 巻き込まれ…こんだけ、かかわったわ！ちゅうことと一緒に、こんだけ深くかかわれた！ちゅう
		出来事を「巻き込まれ」と捉えるかどうかだと思う (4)	F: 巻き込まれてるな、とか、あ、まだ全然ちゅうのは、人の尺度やん…感覚が違うし…全然それは、あてしかるべき、ことと思う
		振り返りによる仕事の工夫 (2)	A: 仕事の終わりとかでも、気になるんで考えてしまいますよね…そういう振り返りですね
		自分自身や自分の関わり方の傾向に関する気づき (87)	A: この人こういう風にしてあげたほうが喜ぶんじゃないかな、とか…必要以上にこっちが関わってしまったとか…考えが行ってしまわないように、僕の中では線を引いていますかね
	患者を中心とした看護観を取り戻す (2)	患者への対応の振り返りによる自分についての客観視 (11)	A: 患者さんとの関係の中で…あとからこう、自分の対応をどうだったのかな？というような振り返り方はしますね
		自分自身ではなく患者を中心に考えようとする思い (8)	A: 患者さんが…なにかこうここで入院して得るものがあればいいな、という思いの中で、やっぱり、向き合っている
		患者を大切に感じる (5)	D: お前とかいうような、強いおばあちゃんが…ほんとう穏やかに、そんなときの、その時の過程を見るのが楽しくって

7. 考察

7.1 精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験の構造について

「巻き込まれ」について、4つの大カテゴリが明らかにされた。そのうちの[患者のニーズを捉えられない]、[患者を理解できない苦痛]、[自分一人の力によって解決しなくてはいけないという思い込み]の3つは、患者との直接的な関わりの中で体験され、関わりは終了しても継続して考え続けている内容であることが見えてきた。また、患者との物理的な距離を得ることや時間の経過から客観的な視点を持ち始めているという内容について、[患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得]という状況であると考えられた。これらの構造について図1に示す。この

3つのカテゴリに示されるような体験は、全ての看護師が体験し得ると考えられる。精神科領域の患者の自我構造の脆弱性について、阿保(2008)は、看護師には人的な保護膜としての機能があることについて述べており、看護師はこのような患者の回復過程において補助自我の役割を果たす場合もあると考えられる。それゆえに、患者と看護師の2者の関係の近さが増すにつれ、看護師の視野は狭くなり、周囲の支援や助言が見えなくなっていたと考えられる。また、直接的な関わりの終了により「巻き込まれ」の状況から離脱した場合もあり、どこからどこまでが「巻き込まれ」なのかについて、研究参加者自身は意識できずにいることがわかった。そのような中で、何とか自分で状況を改善しようと試みていたが改善にはつながらず、

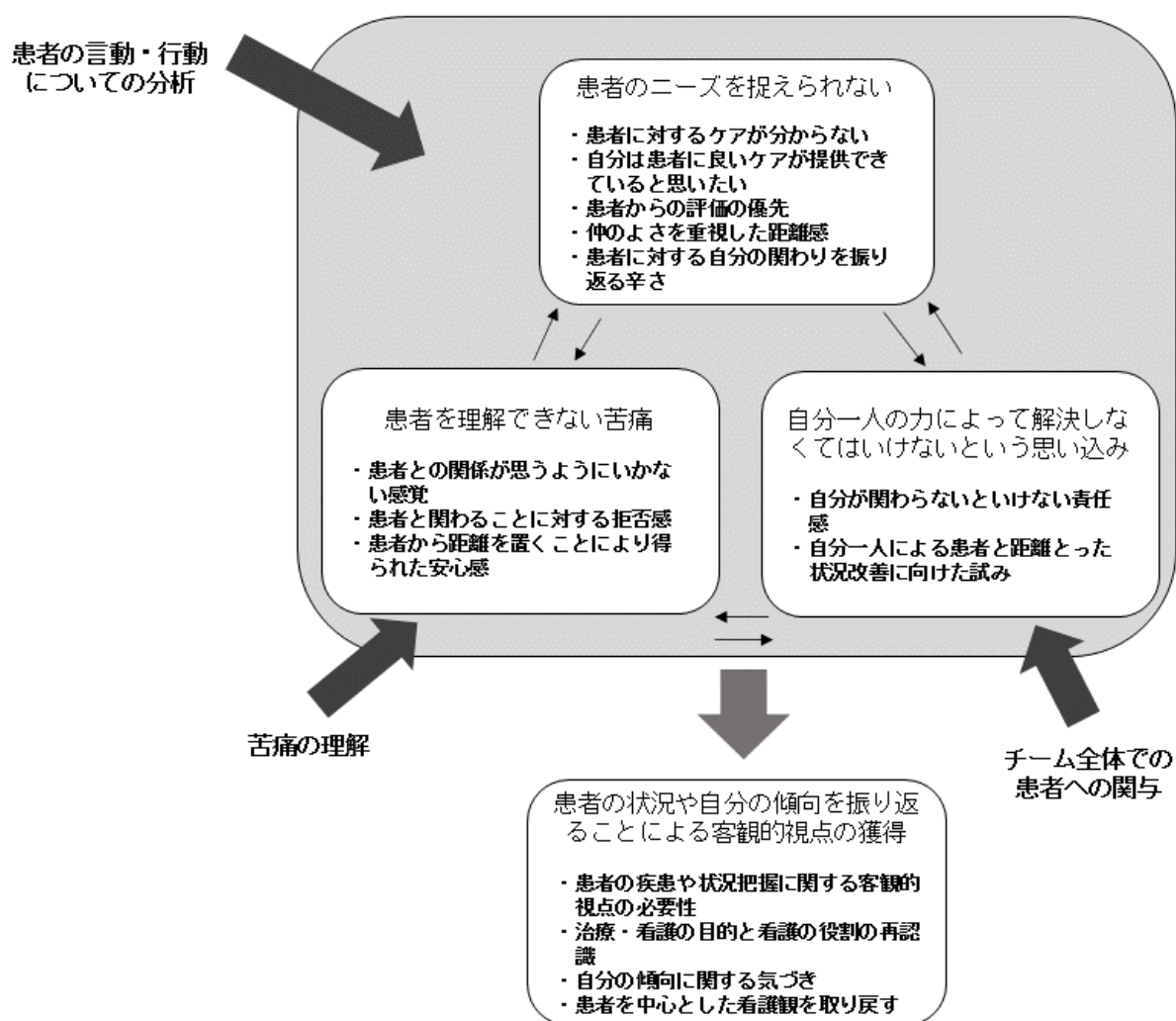


図1. 「巻き込まれ」の体験の構造と当事者となる看護師への支援の可能性

結果として身体的・心理的な消耗を生じていたことが示唆された。

7.2 状況を整理することの重要性について

相互に影響し合う悪循環を断ち切るためには、起きている状況を可視化する必要があると考えられる。図1に示すような視点を元に、患者と看護師との関係について状況が整理されると、「巻き込まれ」の当事者となる看護師に対する支援の方向性が明確になると考えられる。Hem and Heggen (2003)は、患者との関係に問題を生じた看護師は、周囲の評価や目線を気にすることから現状について声を上げにくい状況にあることを示しており、当事者の看護師は自分から声をあげることを難しく感じている可能性があると考えられる。塩崎 他(2014)、戸田 他(2014)は、周囲の看護師が、スタッフミーティングやカンファレンスにおいて、情緒的支援も含め、患者-看護師関係を捉え直す機会となり、共有していく姿勢について必要性を示している。患者の言動や行動はいつどのように表出されたのかという分析が共有され、患者に対する拒否感や苦痛などの否定的な感情についても共有されることにより、個人の看護師が責任を持ち患者に関わろうとするあまりに抱えすぎていた患者との関係をチーム全体で認め、チームとして関わり方を見直すことが可能になると考えられる。そうすることにより、巻き込まれたとしても、客観的に状況を捉えることが可能になり、看護師としての学びに繋がれることについて示唆された。

7.3 看護への示唆

「巻き込まれ」は、苦しむ患者に対し真剣に向き合おうとするときに、精神科病棟に限らず看護師全員が体験しうる事象と捉えることもできる。それ故に、「巻き込まれ」に遭遇した際は、経験しながらしか学ぶことのできない実践的で肯定的な経験になるように、周囲のサポートが重要であると考えられる。そのため、チームで支えあえる関係として、個人の経験となり得る事象を共有できる関係は必要であるが、精神科患者の不安定な自我の構造や、それにより起こり得る対人関係を踏まえ多面的に患者を捉え、その理解を看護師間で共有できる環境がより重要であると考えられた。

8. 本研究の限界と今後の課題

本研究においては、「巻き込まれ」に繋がる看護師の自我の状態や患者の疾患による影響は加味していなかったため、「巻き込まれ」から抜け出す本人の力、あるいは当事者の「巻き込まれ」への積極的な働きかけといった事実は見つからなかった。今後の課題については、「巻き込まれ」に対する積極的な解決について探求する必要がある。

9. 結語

本研究は、精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験を明らかにした。精神科病棟に勤務する看護師の「巻き込まれ」の体験は、[患者のニーズを捉えられない]、[患者を理解できない苦痛]、[自分一人の力によって解決しなくてはいけないという思い込み]、[患者の状況や自分の傾向を振り返ることによる客観的視点の獲得]であった。「巻き込まれ」は誰にでも陥る可能性のある体験であり、自分単独では「巻き込まれ」からは脱しにくい。「巻き込まれ」の体験を辛く苦しい体験に留めず看護師の成長につなげるためには、状況を整理し可視化を図ることが重要であると考えられる。

謝辞

本研究にご参加いただいた研究参加者の皆さま、研究フィールドをご提供いただいた施設長様、勤務等調整をいただいた看護部長様、看護部長様に心よりお礼を申し上げます。

利益相反について

本研究に関わる全ての研究者において、本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

阿保順子(1995). 精神科看護の方法 患者理解と実践の手がかり, pp53-92. 医学書院, 東京.

阿保順子(2008). 精神看護という営み 専門性を超えて見えてくること・見えなくなること, pp18-56. 批評社, 東京.

グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江(2007). 質的研究の進め方・まとめ方, pp54-72. 医歯薬出版株式会社, 東京.

Hem HM and Heggen K. (2003). Being

professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing* 43(1), 101-108. DOI: 10.1046 / j.1365-2648.2003.02677.x

ヒルデガート・Eペプロウ(1973). 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子 他(訳), 人間関係の看護論, pp31-38. 医学書院, 東京.

石井涼子(2015). 自傷行為を繰り返す患者に対して抱く看護師の感情とその付き合い. *日本精神科看護学術集会誌* 58(1), 416-417.

石川恵美子, 島美樹, 佐々木裕子 他(2006). 精神科に勤務する看護師のストレスについての意識調査. *福島県農村医学会雑誌* 48(1), 68-71.

垣田宜郁(2014). 反社会的行動を繰り返す患者の退院支援 被害妄想に基づく粗暴行為が改善した理由を振り返る. *日本精神科看護学術集会誌* 57(3), 106-110.

勝眞久美子, 北出千春, 上平悦子(2006). 相手の感情に巻き込まれることに関する看護師の認識. *日本看護学会論文集看護管理* 36, 39-41.

木村美智子, 杉山敏宏(2013). アルコール依存症とうつ病(うつ状態)を伴う患者の理解と看護ケア. *ヒューマンケア研究学会誌* 5(1), 27-34.

牧野耕次(2005). 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因. *人間看護学研究* 2, 41-51.

森谷奈美子, 深井浩二, 須藤真由 他(2014). 理不尽な言動のある境界性パーソナリティ障害患者の看護 看護師の不全感についての考察. *日本精神科看護学術集会誌* 57(3), 265-269.

Morse JM (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing* 16, 455-468. DOI: 10.1111 / j.1365-2648.1991.tb03436.x

長尾雄太(2013). 看護における「傾聴」の概念分析. *日本ヒューマンケア科学会誌* 6(1), 1-10.

パトリシアベナー(2005). 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 他(訳), ベナー看護論 新訳版 初心者から

達人へ, pp23-26. 医学書院, 東京.

塩崎俊貴, 谷原弘之(2014). 精神科病棟に勤務する看護・介護職者の職業性ストレスとバーンアウトの実態-内科病棟との比較から-. *産衛誌* 56(2), 47-56. DOI: 10.1539/sangyoeisei.E13001

寶田穂(2009). 薬物依存症者への看護における無力感の意味~看護師の語りより~. *日本精神保健看護学会誌* 18(1), 10-19. DOI: 10.20719/japmhn. KJ00006817123

戸田由美子, 谷本桂(2014). 精神科病棟における衝撃的出来事に対する病棟看護管理者による看護チームへの支援. *日本赤十字広島看護大学紀要* 14, 9-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.24654/JRCHCN.2014.02>

富川明子(2008). 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験. *日本精神保健看護学会誌* 17(1), 72-81. DOI: 10.20719/japmhn. KJ00006916778

Turner M (1999). Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. 1 *European Journal of Oncology Nursing* 3(3), 153-160. DOI: 10.1016/S1462-3889(99)80737-6



著者連絡先

〒520-2192

滋賀県大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学 医学部看護学科

坂本 真優

mayus@belle.shiga-med.ac.jp

成人看護学の看護過程展開演習における協働学修とICTを基盤とした学修方法の評価と課題

The effects of collaborative learning and ICT-supported-instruction on undergraduate nursing students during the practice of nursing process in adult nursing

大山 末美 Suemi Oyama

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

氏原 恵子 Keiko Ujihara

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

兼子 夏奈子 Kanako Kaneko

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

河野 貴大 Takahiro Kono

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

乾 友紀 Yuki Inui

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

藤浪 千種 Chigusa Fujinami

聖隷クリストファー大学 看護学部 School of Nursing, Seirei Christopher University

2020年7月3日投稿, 2021年3月1日受理

要旨

本研究の目的は、協働学修、ICTを活用した授業を受講した学生の評価から学修効果と課題を明らかにすることである。看護大学3年生152名を対象に協働学修の技法である「シンク=ペア=シェア」「スリー=ステップ=インタビュー」を12時間設定した。学生5～6名を1チームとし、教員1名が6グループを担当した。協働学修を取り入れた学修評価を、主体的な学修の取り組みなどを問う調査項目10問設定し、その回答を、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらでもない」「そう思わない」の4段階とし、加えて自由記載を設けた。回答率は73.7%で、調査項目の「非常にそう思う」「そう思う」を合わせた回答率はすべて80%以上であった。自由記載の記録単位は118あり、6カテゴリーが形成された。協働学修の学修効果は一定の成果が得られた反面、複数教員担当制の欠点、他学生により学修効果が左右されることが課題として示された。

Abstract

To study the effects of collaborative learning and ICT-supported-instruction on undergraduate nursing students, collaborative learning and ICT-supported-instruction were selected as a course design for a nursing process development seminar for 152 third-grade students at a nursing university. We set up “think=pair=share” and “three=step=interview” which are collaborative learning techniques, for 12hours. Five to six students were in one group, and one teacher was in charge of six groups. Learning effects were evaluated based on close-ended questions with a 4-point scale as well as open-ended questions on the effects of collaborative learning and ICT-supported-instruction. The response rate was 73.7%. The response rate for 10 survey items, “strongly agree” and “agree” was over 80%. There were 118 free description recording units, and six categories were formed. It was found that the drawbacks of the multi-teacher system and the effect of learning depending on other students are issues.

キーワード

協働学修、ICT教育、成人看護学

Key words

collaborative learning, ICT education, adult nursing

1. 研究背景

本学では、成人看護学の科目の一つである成人看護援助論演習(以下、本科目)の中に紙上事例による看護過程の展開演習(以下、本演習)を設定している。本演習の目的は、「健康障害をもつ成人に関する様々な情報を整理し、情報の解釈・分析・統合により看護問題を導き、看護問題の優先度を考えた看護計画の立案」であり、科学的な看護実践を行うための重要な位置づけにある。

看護過程にはアセスメント、診断(看護問題の抽出)、計画、実施、評価の5つの段階がある(アルファロールフィーヴァ 2012)。5つの段階のうち本演習の学修内容は、対象把握のために既習の知識を十分に活用しつつ系統的に情報を整理しアセスメントを行い、対象に合った具体的な看護計画立案までとしている。これは、学生が既習の知識を活用しながら解釈・分析・統合のプロセスを考え抜き、考え方や学修方法を深め自らの答えを導き出すものであり、主体的に学修する方法が効果的であると考ええる。

現在大学教育では、学生が主体的な学修の方法を身に付けることができるように能動的学修へ転換していくことが求められている(中央教育審議会 2012)。本演習でも、学生の主体的な学修を目指してグループダイナミクスを利用し、学生6~7人を1グループとしたグループワークを取り入れてきた。しかし、この方法では、学生同士の意見交換が進まない、話し合いに参加せず他学生の学修成果のみを享受する、自身の考えを表現できない、などの課題があった。

安永は、考える学修の実践には、不思議さを問い続け・自分の言葉で語り・仲間と対話する方法があり、これらを実践することで学びの主体者である学生の変化・成長が期待される、と述べている(安永 2006)。考える学修を実践するには、学生一人ひとりが学修に対する責任と積極性をもつ必要がある。つまり、学生がお互いの考えを理解できるように話し合い、その刺激の中で考え方や学修の方法を見直すことを意識することであると考える。このように主体的に学修できるように導くためには、学修に対する動機づけと学生同士で話し合い学び合う仕組みを作ることが必要であると考ええる。

主体的な教育方法としてアクティブラーニング

が取り入れられてきており、その一つに協働学修という授業形態がある。協働学修に近い用語として、協同学習(cooperative learning)、協調学習(collaborative learning)が存在する。「協同」・「協調」・「協働」3者の差異については、定まった見解があるわけではない(藤澤 2008, 杉江 2011)。

協働学修はグループ単位で課題を解決する学修形態で、単なる知識の活用だけでなく、コミュニケーション、プレゼンテーション、役割分担、リーダーシップ、自身の役割に対する責任感など、対人関係に比重を置いて、思考力・判断力・表現力などを育成するものとして用いられ、学生同士が学び合う刺激により学修の深まりが期待できる(文部科学省 2014)。大学生を対象にした協働学修の技法を用いた学修では、「Think-Pair-Share(シンク=ペア=シェア)」と呼ばれるペアで考える技法の使用によって、理解の深まり(長谷川 2020)、講義回数の増加に伴い傾聴力、理解力が高くなること(森 2020)が示されている。

そこで、まずは学生同士が学び合う中で学修に対する刺激を得られるような仕組みづくりとして協働学修の技法を取り入れ、また、学修成果を即時に共有でき利便性が高まる Information and Communication Technology(以下、ICT)を用いた授業をデザインした。

これらの学修形態で学修した学生の自己評価から、今後の学修方法の課題を検討する。

2. 研究目的

成人看護学の看護過程の展開演習において協働学修の技法とICTを活用したことによる学生の主体的な学びの効果と課題を学生の自己評価から検討する。

3. 用語の操作的定義

- ・ 協働学修: ジョンソンら(2010)によれば、協同学習とは「生徒たちがともに課題に取り組むことによって、自分の学びとお互いの学びを最大限に高めようとする、小グループを活用した指導方法」としている。本研究では、紙上事例の看護過程の展開に取り組む中で、他学生に自身の考えを明確に伝えることを意識して行うこと、他学生の意見を積極的に聞くことを意識して行う中で、学生同士が主体的に学修するプロセスを示す。
- ・ ICT: 本研究では、学生が所有する情報端末機を用いて、自他の学修成果を即時に視覚的に共有することを示す。

4. 方法

4.1 看護過程演習の概要

本科目1単位15回(30時間)のうち9回を看護過程の講義・演習とした。この9回の構成は、1、2回目は講義とし、学修目的、紙上事例説明、協働学修を取り入れる目的・方法などの説明を、3～6回目は協働学修で情報の統合と重点アセスメント・看護問題抽出を、7回目は看護計画立案方法の講義を、8～9回目は協働学修で看護計画立案の実施とした。ICTはGoogle社のGoogleフォームを用い、1、2回目に既習学修内容確認テストの実施とその結果を学生個人に即時フィードバック、3～6、8～9回目は協働学修による学びの成果を1教室内のグループそれぞれの学生のデバイスから集約し、即時に教室スクリーンへ投影して全体に共有するために利用した。

本演習における協働学修の時間配分は、学生が既習学修内容を統合するための十分な学修時間の確保、集中力の持続、および学修内容のまとまりを検討し設定した。その結果、紙上事例の展開を「系統別にアセスメントし関連図で全体を結び付け逸脱部分を抽出する」までが2回、「重点的アセスメントと看護問題抽出」を2回、「看護計画立案」を2回で設定した。

看護大学3年次生152名に対して、学生5～6名を1チームとして30チームを構成し、教員1名が6チームを1教室で担当した。また、本演習を担当する教員に対して協働学修を導入する目的、

方法について数回会議を開催し、意見交換や勉強会を行った。

4.2 プログラム内容(図1、2)

毎演習開始時に図1を用いて協働学修のルールをアナウンスし、図2を示しながら本演習の学修目標とその達成を意識するように説明した。プログラムの構成は、1) 事前学修、2) 「Think-Pair-Share」、3) 「Three-Step Interview」、4) チームで考える、5) チームで考えた結果を教室内で共有する、6) 自身のチームと他のチームとの考え方の照らし合わせる、7) 教員からのフィードバックとした。

協働学修の方法

<協働学修時のルール>

- ・ 課題を十分に行い臨む
- ・ 本日の協働学修で学ぶ内容を事前に確認し、効果的に学修できるよう準備しておく
- ・ その時間にわからなかったことは事後学修としてしっかり調べる
- ・ 質問する、されることはあいまいな点を明確にすることだと意識する
- ・ 他者に伝わるように明確に伝えることを意識する
- ・ 質問する場合は、**自分の考えを述べてから**行う
- ・ 間違っても構わないので積極的に発言する
- ・ 発言者の意見を尊重する
- ・ アクティブリスニングを行う
- ・ 良いと思った他者の学修方法を質問する、まねる
- ・ 協働学修中の時間を守る
- ・ メモを取る習慣をつける

協働学修の方法

・ Think-Pair-Share

個人の課題の内容を人にわかりやすく伝えるための準備の時間、次にペアまたは3人1組で各自で学修してきた自己課題を共有、話し合いをする。

・ Three-Step Interview

チーム番号奇数の学生はチーム番号偶数の学生の1人に、Think-Pair-Shareで話し合った内容を説明・質問し合う。決められた時間になったら、今度は逆にチーム番号偶数の学生はチーム番号奇数の学生1人にThink-Pair-Shareで話し合った内容を説明・質問し合う。

決められた時間内なら何人に行ってもよい。できるだけ多くの学生とかわる。

次に、Think-Pair-Shareのペアに戻り、Three-Step Interviewで他のペアと話し合った学びを共有する。

・ チームで考える

5～6人のチームで、Think-Pair-Share、Three-Step Interviewで確認した内容を共有し、統合する。

図1. 協働学修のルール

3～4回目 (情報の統合)

この協働学修で学修する内容は、データベース11領域の系統別アセスメントで選別していると考えた内容を手がかりとして、患者の健康上のすべての側面（11領域）に関する情報を関連図により統合し、考えられる看護問題を見つけて出すことです。

5～6回目 (重点アセスメントと看護問題抽出)	
1) 事前学修	出欠確認、導入：5分
2) Think-Pair-Share 個人問題とした関連図から導きたいいくつかの考えられる看護問題は、データベース11領域の情報を系統別アセスメントからどのように統合しているかを整理する（ベアの人へプレゼンテーションするための準備）。	5分
ベアでS、O情報、1. 看護問題の原因、経因、2. 兆候、症状、3. 問題に対処しなかった場合のなりゆきと早期の必要性を話し合う。特に患者情報と看護・基盤とを比較したアセスメントはどのようなように考えられたか確認する。そのうえで抽出した優先度の高い看護問題を決める。	20分
ベアで次のThree-Step Interviewで質問するための内容、分担を話し合い決定する。	10分
3) Three-Step Interview ・チーム番号奇数の学生がチーム番号偶数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・交際し、チーム番号偶数学生がチーム番号奇数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・Think-Pair-Shareのベアに置きThree-Step Interviewでの話し合いで得た内容を再度ベアで話し合い整理する。一ベア解散	10分×2＝20分
4) チームで考える ・関連図を用いて考えられる看護問題の決定とデータベースの情報や系統別アセスメントからのつながりを決定するための討議を行う。 ・確定した「考えられる看護問題・そのつながり」をチームごとにWebへ入力する。	30分
教員は各チームが入力したものを学生が閲覧できるようにスタンバイする	
5) ICTを活用し1教室内の各グループの学修成果の共有 6) 自分のチームの成果を晒しあわせ	20分
7) 教員からのフィードバック 学生から得られた回答についてICTを用いてフィードバックする。	30分

5～6回目 (重点アセスメントと看護問題抽出)

この協働学修で学修する内容は、アセスメントの思考です。
アセスメントの思考とは、考えられる看護問題に必要な手がかりとなる情報を選別し（S情報、O情報）、それらの情報を経路や基盤と比較し、患者は現在どのような状態なのか、A: 1. 看護問題の原因・経因、2. 兆候、症状は何か（今後看護計画00-pに反映される）、3. 問題に対処しなかった場合のなりゆきを予測し、援助の必要性を考慮することです。そのうえで看護問題の優先度の高いものを2つ考えます。

8～9回目 (看護計画立案)	
1) 事前学修	出欠確認、導入：5分
2) Think-Pair-Share 個人問題とした看護計画の内容（看護問題の根拠、長・短期目標、期待される結果、具体策）をベアに伝えられるよう整理する（ベアの人へプレゼンテーションするための準備）。	5分
ベアはお互いにある看護問題に対応した望ましい対象の状態が長期・短期目標に表れているか、期待される結果は具体的かつ到達可能か、対象に合った具体策となっているか、看護問題の根拠にはアセスメント内容が要約されているかを話し合う。特に期待される結果の設定の仕方と期待される結果と具体策が対応しているかを話し合う。	20分
ベアで次のThree-Step Interviewで質問するための内容、分担を話し合い決定する。	20分
3) Three-Step Interview ・チーム番号奇数の学生がチーム番号偶数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・交際し、チーム番号偶数学生がチーム番号奇数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・Think-Pair-Shareのベアに置きThree-Step Interviewでの話し合いで得た内容を再度ベアで話し合い整理する。一ベア解散	10分×2＝20分
4) チームで考える ・看護問題に対応した望ましい対象の状態が長期・短期目標に表れているか、看護問題の根拠にはアセスメント内容が要約されているか、期待される結果は具体的かつ到達可能か、具体策は期待される結果が解決でき、かつ対象に合った具体的な内容となっているかを整理する。 ・確定した看護計画をチームごとにWebへ入力する。	40分
教員は各チームが入力したものを学生が閲覧できるようにスタンバイする	
5) ICTを活用し1教室内の各グループの学修成果の共有 6) 自分のチームの成果を晒しあわせ	25分
7) 教員からのフィードバック 学生から得られた回答についてICTを用いてフィードバックする。	15分

この協働学修で学修する内容は、アセスメントから導き出した看護問題を解決するための看護計画を立案することです。
看護計画を解決する長期・短期目標、期待される結果を実現可能な内容で決定し、具体策を考える、ということ学びます。

8～9回目 (看護計画立案)	
1) 事前学修	出欠確認、導入：5分
2) Think-Pair-Share 個人問題とした看護計画の内容（看護問題の根拠、長・短期目標、期待される結果、具体策）をベアに伝えられるよう整理する（ベアの人へプレゼンテーションするための準備）。	5分
ベアはお互いにある看護問題に対応した望ましい対象の状態が長期・短期目標に表れているか、期待される結果は具体的かつ到達可能か、対象に合った具体策となっているか、看護問題の根拠にはアセスメント内容が要約されているかを話し合う。特に期待される結果の設定の仕方と期待される結果と具体策が対応しているかを話し合う。	20分
ベアで次のThree-Step Interviewで質問するための内容、分担を話し合い決定する。	20分
3) Three-Step Interview ・チーム番号奇数の学生がチーム番号偶数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・交際し、チーム番号偶数学生がチーム番号奇数の学生数名へThink-Pair-Shareで話し合ったことを説明・質問する。 ・Think-Pair-Shareのベアに置きThree-Step Interviewでの話し合いで得た内容を再度ベアで話し合い整理する。一ベア解散	10分×2＝20分
4) チームで考える ・看護問題に対応した望ましい対象の状態が長期・短期目標に表れているか、看護問題の根拠にはアセスメント内容が要約されているか、期待される結果は具体的かつ到達可能か、具体策は期待される結果が解決でき、かつ対象に合った具体的な内容となっているかを整理する。 ・確定した看護計画をチームごとにWebへ入力する。	40分
教員は各チームが入力したものを学生が閲覧できるようにスタンバイする	
5) ICTを活用し1教室内の各グループの学修成果の共有 6) 自分のチームの成果を晒しあわせ	25分
7) 教員からのフィードバック 学生から得られた回答についてICTを用いてフィードバックする。	15分

図2. 協働学修演習各回の目的とフロー

4.3 使用した協働学修の目的と学生の活動

本演習では協働学修の話し合いの技法である「Think-Pair-Share (シンク=ペア=シェア)」と「Three-Step Interview (スリーステップインタビュー)」(パークレイ 他 2009)を取り入れた。これらの技法を取り入れた目的は、学生同士の話し合いをペアや小グループで行うことで学生一人ひとりが参加でき、大勢の前では意見を言いにくい学生も一人が相手なら自身の考えを述べることで主体的な学修へつなぐことである。

協働学修時の学生の活動を図3に示す。Think-Pair-Shareは少しの時間個人で考えた後、ペアの学生と話し合い共有する。Three-Step Interviewは、Think-Pair-Shareのペアの一人が教室内の別のペアの一人にThink-Pair-Shareで共有した内容を説明、質問する。決められた時間内なら教室内の何人へ行ってもよい。時間が来たらThink-Pair-Shareのもう一人のペアと交替し同様の活動を行う。その後、Think-Pair-Shareのペアに戻り別のペアと話し合った内容を共有する。その後ペアは解散し、5～6名のチーム内でThink-Pair-Share、Three-Step Interviewで話し合った内容を共有しまとめる。

4.4 研究対象と調査期間

研究対象は、看護大学3年次生の成人看護援助論演習を受講した152名とした。調査期間は2019年8月であった。

4.5 調査内容

調査内容は、研究者3名で協働学修の方法を取り入れたねらいを考慮し、協働学修を導入したねらいである主体的な学修の取り組みを問う6項目、ICTの利便性を問う3項目、協働学修の楽しさを問う1項目の合計10項目を作成した(表1)。回答は「1.非常にそう思う 2.そう思う 3.あまり思わない 4.思わない」の4件法とした。また、協働学修やICTを用いた本授業の感想を自由記載できるようにした。

4.6 調査方法

Web上でアンケートに回答する調査方法とした。本科目が終了した時点で、研究対象者となる学生は、学生自身のデバイスまたは大学設置のコンピューターから紙面に印刷したQRコードにアクセスし、アンケートに回答して送信するように

した。

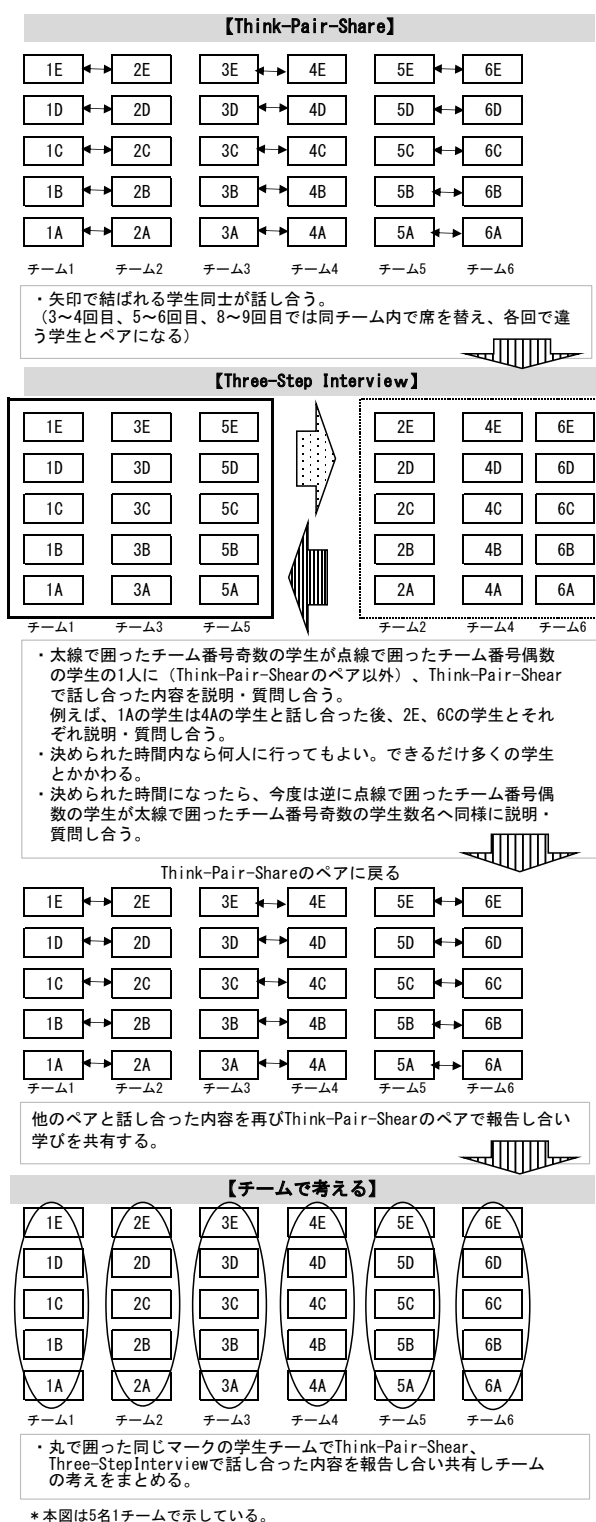


図3.1 教室における協働学修時の学生の動き

表1. 協働学修とICT利用に対する調査目的と内容

調査目的		調査内容
主体的な学修への動機付け	主体的な学修への動機付け	1) 協働学修に積極的に参加できた
		2) 協働学修を進めていく中で、「学修は自らの責任のもと行うものだ」と認識できた
		3) 協働学修を進める中で、看護過程を展開するための学修方法が理解できた
		4) 協働学修を進める中で、他の学生の学修方法が参考になった
		5) 他の学生に質問する際に、簡潔明瞭に話すことを意識して行えた
		6) 他の学生の意見を聴く際に、アクティブリスニングを意識して行えた
ICTの利便性	学びの共有時の利便性	7) 学びの共有（他のチームの考えを理解する）時、ICTを用いることは利便性が高かった
		8) 学びの共有時、ICTを用いて他の学生チームの考えがすぐわかることで学修の興味が高まった
		9) ICTで課題到達度テストの結果がすぐにわかることは理解を助けることに繋がった
他	学修の楽しさ	10) 協働学修は楽しかった

4.7 分析方法

調査した10項目は記述的に統計処理を行った。自由記載は、研究の問いを「協働学修、ICTの利用による学修過程の中で学生が成果として感じていることは何か」とし、内容分析の方法（舟島2007）に従い、「研究のための問い」と「問いに対する回答文」の決定、自由回答式質問への回答のデータ化、基礎分析、本分析、カテゴリーの信頼性の確認を行った。カテゴリーの信頼性の確認は、研究者4名によるカテゴリーと記録単位の一貫率で算出した（有馬2007）。

5. 倫理的配慮

学生の講義を受ける権利を侵害しないように最大限配慮した。具体的には、研究者から研究対象候補者となる2019年度成人看護援助論演習の科目履修を行った152名に対し、ガイダンス時に本研究についての説明を講義時間外の日時で10分程度行うことをアナウンスした。その際、本研究の参加の有無にかかわらず、成績にはまったく関係がないことを説明した。

本科目最終講義終了後に「研究協力をお願い」を配付し、口頭で、研究目的・方法・調査内容の概要、Web上でアンケートを行うこと、アンケートの回答方法・期間、結果を看護系学会誌などで公表することを説明した。また、アンケートの回答は自由意志であり、無記名・学籍番号記載不要で個人の特定はできないことを理解が得られるように丁寧に説明した。さらに、アンケートの回答の有無にかかわらず、成績や評価には一切関係がないことを再度強調して説明し、学生へ研究協力

の圧力がかからないよう最大限配慮した。

学生がWeb上で回答する際の通信料金については、学内フリーWi-Fi場所を研究協力依頼書に示し、口頭で重ねて説明した。Web上でアンケートに回答することに対しての個人情報保護、プライバシーの保護の2大原則（豊田2015）に則り実施することを研究協力依頼書に記載し、口頭でも説明し理解を得た。

これらを説明し、内容を理解し了承した人はQRコードにアクセスしアンケートに回答するよう説明し、回答をもって本研究参加に承諾したこととすることを伝え理解を得た。回答期間は1週間を設けた。

本研究は研究者所属大学の倫理審査委員会の承認を得た後に実施した（承認番号：19008）。

6. 結果

対象学生152名に研究依頼を行い、112名が回答した（回答率73.7%、有効回答率100%）。

6.1 10項目の調査項目回答

10項目の調査内容すべてにおいて「非常にそう思う」「そう思う」と回答した学生は合わせて84.8～98.2%であった（図4）。

協働学修を導入したねらいである主体的な学修の取り組みなどを問う6項目は「非常にそう思う」「そう思う」と回答した学生は合わせて88.4～98.2%であった。特に協働学修を導入する目的である主体的な学修の動機付けに関する問い1) 協働学修に積極的に参加できた、2) 協働学修を進めていく中で、「学修は自らの責任のもと行うものだ」と認識できたは97%以上あり回答者のほぼ全員が学修への動機づけができた結果となった。また、他学生との話し合う中で学修への刺激を受けたかを問う3) 協働学修を進める中で、看護過程を展開するための学修方法が理解できた、4) 協働学修を進める中で、他の学生の学修方法が参考になったについては、およそ95%が「非常にそう思う」「そう思う」と回答した。協働学修で少人数から多人数と意見交換をする際の表現力に対する問い5) 他の学生に質問する際に、簡潔明瞭に話すことを意識して行えた、6) 他の学生の意見を聴く際に、アクティブリスニングを意識して行えたについては、90%前後が「非常にそう思う」「そう

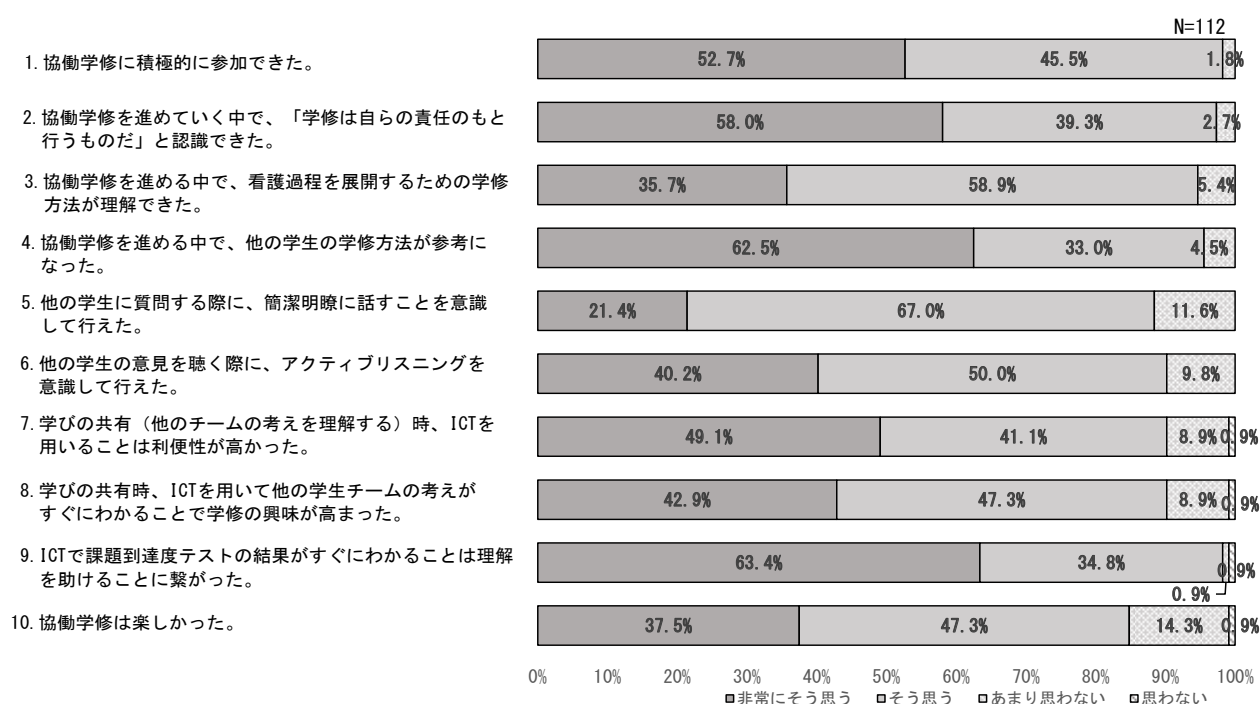


図4. 協働学修とICT利用に対する調査項目の回答

思う」と回答し、他の協働学修を取り入れたねらいとする回答よりはやや低かった。

ICTの利便性を問う3項目、7) 学びの共有（他のチームの考えを理解する）時、ICTを用いることは利便性が高かった、8) 学びの共有時、ICTを用いて他の学生チームの考えがすぐにわかることで学修の興味が高まった、9) ICTで課題到達度テストの結果がすぐにわかることは理解を助けることに繋がったについては、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した学生は90%以上であった。自身の課題到達度の結果がわかる利便性がよいと回答している者が多かった。最後に10) 協働学修は楽しかった、については「非常にそう思う」「そう思う」合わせて84.8%と他の質問項目の中で一番低かった。

6.2 自由記載の内容分析

118記録単位、6カテゴリーが形成された(表2)。カテゴリーはそれぞれ、【学修深化へのトランジション】【協働学修の方法・意図に対する教員・学生双方の理解不足による学修成果未達成】【学修努力へのきっかけ】【学修に向き合えていない学生と共に学ぶ不全感】【学修方法になじむ】【ICTを用いた学修成果の即時フィードバックによる意欲向上】とした。カテゴリーと記録単位の一

致率は84.6～100%であった(表2)。各カテゴリーと記録単位の一一致率は、70%以上あればカテゴリーの信頼性が確保できるとされている(舟島 2007)ことから、6カテゴリーの信頼性が確保できた。

【学修深化へのトランジション】は、協働学修のプロセスにおいて学生個人の学修を深める行動・認知が示されていた。【協働学修の方法・意図に対する教員・学生双方の理解不足による学修成果未達成】は、協働学修におけるねらい・方法・個人学修の必要性に関する認識が教員・学生双方に十分理解されなかった結果、学修成果が未達成となっていることが含まれていた。【学修努力へのきっかけ】は、協働学修を進める中で他学生からの刺激が学修を進める動機づけとなったことが示されていた。【学修に向き合えていない学生と共に学ぶ不全感】は、協働学修を進める中で学修と向き合えていない学生と共に学ぶことによって、学修目標の到達へのモチベーションが低下したことが示されていた。【学修方法になじむ】は、協働学修を進める中で学修方法に親しみ学修に好感を示す内容であった。【ICTを用いた学修成果の即時フィードバックによる意欲向上】は、ICTを用いたことで学生の欲しい結果がすぐにわかることが学修に役立ったことが示されていた。

表2. 学生による自由記載の内容分析

カテゴリー名	記録単位群	118記録単位	カテゴリーごとの一致率(%)
		記録単位数 単位数 (割合)	
学修深化へのトランジション	・他学生の意見を聞けることで異なる意見、気づかない点を知ることができ学びが深まった (23) ・1人で考えるより効果的な学修ができた (8) ・いろんな人の意見がしっかりと言葉で共有できる (7) ・他学生との意見交換をすることで自分の考えをどう伝えるか考えながら伝えることができる (6) ・自身の気づかなかった点や分からない点を他者に聞くことができる (4)	48 (40.7)	96.0
協働学修の方法・意図に対する教員・学生双方の理解不足による学修成果未達成	・教員によって情報提供量・方法が違う (15) ・特派員を2回する必要がある (7) ・話し合う時間が長い (6) ・課題をやっていない学生への対処 (2) ・自己学修内容を他学生の意見を聞いてから埋めようと思い空欄にした (1)	31 (26.3)	96.7
学修努力へのきっかけ	・他学生に自分の考えを話す必要があるので参考書や資料をいつもより開き積極的に勉強する (8) ・他学生の学修の方法を知ること自分と合った学修方法を考える (5) ・学修への責任感が大きく増した (1)	14 (11.9)	84.6
学修に向き合えていない学生と共に学ぶ不全感	・事前学習未達成学生との学修時は学修利益がない (9) ・同レベルの学生と学修したい (2)	11 (9.3)	100
学修方法になじむ	・とても充実した学修で積極的に取り組める (8) ・方法に慣れると楽しい (3)	11 (9.3)	100
ICTを用いた学修成果の即時フィードバックによる意欲向上	・ICTを用いたことで学修不足内容が即時に確認できモチベーション向上 (2) ・結果がすぐわかるので頭に入りやすい (1)	3 (2.5)	100

7. 考察

本学では初めて協働学修を取り入れた授業デザインであった。協働学修を本演習に取り入れた目的は、看護実践の基盤となる看護過程の展開の学修において、まずは課題達成に向けて学生が主体的に学修できる仕組みを作ることであった。また、ICTを利用することで学修成果を即時に共有する利便性が高まったと感じたかを調査した。

協働学修を導入する目的である主体的な学修の取り組みに関する質問項目1)～6)については、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した学生の割合は非常に高く、ほとんどの学生が学生同士で学び合うことや他学生からの学修に関する刺激があったと考える。これは自由記載の中にも、【学修深化へのトランジション】【学修努力へのきっかけ】【学修方法になじむ】として表出されていた。

この理由として、今回の協働学修で用いた「Think-Pair-Share」、「Three-Step Interview」、の技法は、小さな集団内でプレゼンテーション、ディスカッションする体験であり、それを繰り返して行った成果だと考える。これらの体験から学生同士で学び合う中でさまざまな刺激を受け、学修は自分の責任のもとで行う必要性の理解に至ったのではないかと考える。

ICTを利用した利便性を問う3項目、7)、8)、

9) については、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した学生は90%以上であった。自由記載でも、【ICTを用いた学修成果の即時フィードバックによる意欲向上】がカテゴリーとして抽出され、ICTを用いた学修成果の即時フィードバックにより、自身の学修結果がすぐにわかることで学修意欲が向上したことが示されていた。リアルタイムにフィードバックが与えられる場合にパフォーマンスの質を高めることは作業の場において明らかにされている(藤原・狩野 1994)。ICTを用いたことは学生の学修活動の意欲向上に役立ったと考える。

一方、協働学修が楽しかったかを問う調査項目10)については「非常にそう思う」「そう思う」合わせて84.8%と他の質問の回答と比較してやや低かった。自由記載の中においては、【協働学修の方法・意図に対する教員・学生双方の理解不足による学修成果未達成】【学修に向き合えていない学生と共に学ぶ不全感】として表れていると考える。本学では、初めて協働学修を導入したこともあり、教員間で学修内容や方法の打ち合わせをしていたものの、教員間の説明方法の違いや表現の違いが生じ、学生にとっては「教員によって違う」と感じることに繋がったと推察する。また、「話し合う時間が長い」「同レベルの学生と学修した

い・事前学習未達成学生との学修時は学修利益がない」など、学生同士が話し合う目的を十分に理解するに至らず、学修内容をさらに深める意見交換とならず、学修の楽しさを感じなかったのではないかと推察できる。アクティブラーニングの問題となっている点として、学びの質の格差がある。フリーライダー（ただ乗り）とは、演習に参加せず成果のみを享受している者で、学生間の不公平感や不快感を生じさせる存在である（碓山 他 2017）。学修を進めている学生だけでなくフリーライダー本人の学びも低下しない工夫が今後必要であると考ええる。

本学では昨年度まで、グループダイナミクスを利用したグループワークを取り入れ本演習を行ってきた。今回、主体的な学修がより進むように学生同士が学び合い、刺激を受けながら学修が深まるような仕組みとして協働学修取り入れた授業をデザインした。協働学修を導入し小さなグループでの話し合いから学生同士が学び合うようにできることやICTを用いて学修結果を即時にフィードバックすることの効果は十分得られたと考える。しかし、グループワークを行っていた時同様、フリーライダーの存在があった。フリーライダーや議論不足などは作業課題や教室管理、学修成果や主体性と複合的に関連していることが示されている（亀倉 2018）。学びたい学生をより伸ばし、学生一人ひとりが不全感を抱かず学修を進めることができるように、教員間の指導方法の問題、協働学修の時間設定、課題提出方法や個人への評価をどのようにしていくかが今後の課題となる。

以上の調査結果から、協働学修を看護過程演習に取り入れたことや、看護過程演習の目的から考えた協働学修の授業回数は適切だったと考える。また、今回のICT利用による学びの共有は教員1名が担当する30名程度の学修成果の共有となった。本学学生数を鑑み、学年全体での学修成果の共有も今後の課題となる。

8. 結論

本研究では、協働学修を導入したねらいである主体的な学修の取り組みに対する学生からの評価は高いものであった。一方で学修に向き合っていない学生と共に学ぶ不全感を持つ学生がいることも明らかとなった。今後は、学修に向き合ってい

ない学生を減らしていくための課題提示、評価方法を検討し、新たな授業デザインに取り組む予定である。

謝辞

本研究にご協力いただきました学生の皆様へ深く感謝申し上げます。

利益相反

本研究に開示すべき利益相反はない。

引用文献

有馬明恵(2007). 内容分析の方法, pp18-36. ナカニシヤ出版, 京都.

中央教育審議会(2012). 新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて～生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ～. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2012/10/04/1325048_1.pdf (最終閲覧日: 2019年4月20日)

エリザベス・F・バークレイ, パトリシア・K・クロス, クレア・H・メジャー(2009). 安永悟(訳), 協同学習の技法 大学教育の手引き, pp85-99. ナカニシヤ出版, 京都.

藤澤伸介(2008). 分散認知 学びの共同化. 中澤潤(編), よくわかる教育心理学, pp66-67. ミネルヴァ書房, 京都.

藤原珠江, 狩野素朗(1994). VDT作業での目標設定と即時フィードバックが遂行と時間評価に及ぼす効果. 心理学研究 65(2), 87-94. DOI: 10.4992/jjpsy.65.87

舟島なをみ(2007). 質的研究への挑戦 第2版, pp54-80. 医学書院, 東京.

長谷川文子(2020). 英文法授業における協同学習の効果. 拓殖大学語学研究 142, 137-153. <http://id.nii.ac.jp/1579/00000318/> (最終閲覧日: 2020年11月20日)

碓山恵子, 木村尚仁, 細川和彦 他(2017). グループワークの課題を改善し深い学びを促進する補助教材の検討. 工学教育研究講演会講演論文集 平成29

年度, 566-567. DOI: 10.20549/jseeja.2017.0_566

ジョンソン DW, ジョンソン RT, ホルベック EJ (2010). 石田裕久, 梅原巳代子(訳), 学習の輪—学び合いの協同教育入門 改訂新版, pp10-12. 二瓶社, 大阪.

亀倉正彦(2018). アクティブラーニングの失敗事例～教育現場が抱える問題とその解決に向けて～. SS研教育環境フォーラム2018 講演. https://www.sskn.gr.jp/MAINSITE/event/2018/20180903-eduf/lecture-01/SSKEN_eduf2018_KamekuraMasahiko_presentation.pdf (最終閲覧日: 2020年6月20日)

文部科学省(2014). 学びのイノベーション事業実証研究報告書 第4章 ICTを活用した指導方法の開発 その1. https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afeldfile/2014/04/11/1346505_04.pdf (最終閲覧日: 2019年5月5日)

森理宇子(2020). 初年次教育における協同学習の効果:「フレッシュャーズ・セミナー a」の授業実践を通して. 人文自然科学論集 146, 135-151. <http://hdl.handle.net/11150/11449> (最終閲覧日: 2020年11月20日)

ロザリнда・アルファロールフィーヴァ (2012). 本郷久美子, 長谷川智子, 近藤かおり(訳), 基本から学ぶ看護過程と看護診断 第7版, pp7-9. 医学書院, 東京.

杉江修治(2011). 協同学習入門-基本の理解と51の工夫-, pp21-23. ナカニシヤ出版, 京都.

豊田秀樹 編(2015). 紙を使わないアンケート調査入門, pp69-70. 東京図書, 東京.

安永悟(2006). 実践・LTD話し合い学習法, pp128-130. ナカニシヤ出版, 京都.



著者連絡先

〒433-8558

静岡県浜松市北区三方原町3453

聖隷クリストファー大学 看護学部

大山末美

suemi-o@seirei.ac.jp

家族介護者が認知症カフェを利用する為に必要な情報と入手方法の分析

Analysis of the information needed by family caregivers to obtain and use a dementia cafe

甲斐 博美 Hiromi Kai

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

大嶋 花奈 Kana Oshima

大分厚生連 鶴見病院 Oitaken Kouseiren Tsurumi Hospital

2019年5月9日投稿, 2020年11月4日受理

要旨

本研究では、家族介護者が認知症カフェを利用する為に必要な情報とその入手方法を分析することを目的とした。対象は、A県で認知症カフェを利用したことがある認知症高齢者の家族介護者9名で、平均年齢は64.8歳、介護歴は1年から9年であった。家族介護者が認知症カフェを利用する為に必要な情報として、大きく3つのカテゴリ【運営状況】、【具体的活動内容】、【アクセスの容易さ】が抽出された。本研究の対象者9名中7名が認知症ケアに関する専門職から情報を入手していたが、その家族介護者が望む情報の入手方法としては、日常生活に密着した回覧板・折り込みチラシ・新聞や市報・インターネット・張り紙や看板を求めている。その結果から、家族介護者にとって簡単で、かつ家族介護者自身の生活スタイルに適した情報入手方法の必要性が示唆された。

Abstract

This study aimed to analyze the information that family caregivers need for obtaining and using a dementia cafe. The subjects were nine family caregivers of adults with dementia who had used dementia cafes in Prefecture A. Their average age was 64.8 years old and the number of years of experience in caregiving was one to nine years. As information that family caregivers need for using a dementia cafe, [Operation conditions], [Content of specific activities] and [Easiness of access] were extracted. Seven out of the nine subjects in this study obtained information from dementia care specialists. The methods to acquire information that the family caregivers preferred were those that were close to their everyday life and included circular notices, flyers, newspapers, city bulletins, the internet, and posters and signboards. The results revealed the need of information acquisition methods that the family caregivers can easily use and are suitable for the lifestyle of the caregivers themselves.

キーワード

認知症カフェ、家族介護者、情報入手

Key words

dementia café, family caregivers, data acquisition method

1. はじめに

認知症高齢者の家族介護者は、「認知症高齢者の介護をし始めてから生活のしづらさを感じている」ことが明らかになっており(公益社団法人認知症の人と家族の会 2013, 佐藤・新井 2008)、認知症高齢者を介護する家族に対する支援体制の強化が必要である。厚生労働省は、2015年認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定し、「認知症の介護者への支援」の具体的項目に「認知症カフェの設置」を挙げ、介護する家族の負担軽減策の一つの柱として位置付けた(厚生労働省 2015)。認知症カフェとは、認知症の人や家族介護者に限定されず、地域住民、専門職の誰もが集う場であ

り、それぞれが関わって成り立つ」(武地 2015)とされている。2018年度には、47都道府県1,412市町村で7,023カフェが運営され、その設置主体は、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多い(厚生労働省 2019)。

認知症カフェは、認知症高齢者や家族介護者にとって気軽に利用できる身近な場所で、認知症の専門職とも関わることができ、家族介護者の支援として広く推奨され始めている。しかし、一方では「認知症カフェの設置推進から日も浅く、そのイメージや知識が乏しい為に参加につながらず、認知症カフェの発展が阻まれている」現状が報告されている(増井 他 2015)。また、「多様化する

認知症カフェの目的が見えにくく認知症カフェを選択しにくいことや家族介護者が必ずしも望む内容ではないこと」が報告されている(社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター 2017)。このような背景から、認知症カフェは家族介護者を含め地域の情報共有の場として重要であるとされているものの、認知度は低く、利用が進んでいない現状があった。

そこで本研究では、家族介護者が認知症カフェを利用するために必要な情報とその入手方法を分析することを目的とした。

2. 方法

2.1 対象

対象は、A県の認知症カフェを利用したことがある認知症高齢者の家族介護者とした。対象の認知症カフェの選定に当たっては、A県のホームページに掲載されていた17施設の中から(2018年6月)、研究者が地域の特性を理解できている4施設を選定した。まず、各認知症カフェの代表者に研究の依頼をし、研究協力の同意が得られた代表者から承諾書を頂いた。次に、対象者となる家族介護者の選定に際しては、各認知症カフェの代表者や運営に携わる関係者より、(1) 認知症を持つ人の介護経験がある事、(2) 体力や生活に支障なくインタビューに答えられる事、の条件に適合する家族介護者の推薦を得た。その内、同意が得られた方に対して研究依頼と研究協力及び途中辞退の自由とそれに伴う不利益がないことや得られたデータは匿名化すること等を説明し、紙面による承諾を得た。本研究は、大分県立看護科学大学の倫理安全委員会の承認を受けて実施した。

2.2 データ収集方法

- 1) 調査期間は2018年8月から10月とした
- 2) 認知症高齢者の家族介護者の経験をより多く導き出し、その実態から支援につながる

研究にするためにインタビューの方法を選択し内容を以下に示す。

インタビュー内容

インタビュー内容は以下の3項目である。

- (1) 家族介護者の基本属性(年齢・性別・同居の有無・家族構成・認知症高齢者との続柄・介護歴)

- (2) 認知症カフェの情報収集手段、家族介護者が望む情報収集手段

- (3) 認知症カフェを利用するために家族介護者が必要な情報

2.3 インタビュー方法

上記内容のインタビューガイドを用いた半構造化面接を、認知症カフェ開催時間内の10～30分間実施した。事前に対象(家族介護者)が話しやすくリラックスできる場所を確保し、当日対象の希望に沿った時間と場所でインタビューを実施した。

2.4 分析方法

インタビューの結果を逐語録として起こし、そのデータを共通性・類似性によってカテゴリ化した。

3. 結果

3.1 対象の概要と認知症カフェの情報入手方法(表1)

インタビューの対象となった家族介護者の平均年齢は64.8歳であり、男性2名、女性7名の計9名であった(表1)。介護歴は1年から9年であった。認知症カフェを知った契機及び情報源となった情報の入手方法は、9名中7名が認知症ケアに関する専門職(ケアマネージャー、医師、介護士)であった。

表1. インタビューの対象となった家族介護者の概要と情報入手方法

家族介護者					
記号	年齢	性別	認知症高齢者との続柄	介護歴	認知症カフェの情報入手方法
A	80代	男性	夫	3年	医師
B	40代	女性	娘	5年	ケアマネージャー
C	50代	女性	娘	3年	介護士
D	80代	男性	夫	3年	ケアマネージャー
E	60代	女性	娘	3年	ケアマネージャー
F	60代	女性	娘	9年	認知症家族の会
G	60代	女性	娘	8年	回覧板
H	60代	女性	娘	1年半	ケアマネージャー
I	60代	女性	娘	1-2年	医師

3.2 家族介護者が認知症カフェを利用するために必要な情報(表2)

家族介護者が認知症カフェを利用するために必要な情報は、大きく3つのカテゴリ【運営状況】、【具体的活動内容】、【アクセスの容易さ】に分けられた(表2)。

【運営状況】は、《認知症カフェの概要》《認知

症の人に対応できる専門職がいること」など、認知症カフェの運営に関する情報が抽出された。次に、【具体的活動内容】は、「認知症カフェ開催のスケジュール」「認知症や介護についての情報提供」「認知症カフェのイメージ」であった。更に、運営状況や活動内容だけでなく、【アクセスの容易さ】については、「帰る途中にショッピングモールに足を運び買い物して帰る。カフェの周辺に何があるか分かればカフェに行く他に外出の機会となる」「周囲の建物がわかれば通いやすくなる」という「認知症カフェの立地とアクセス」や、施設までのスロープ設備や、駐車場の有無やバスでの送迎などの「施設の設備・安全性」など、認知症カフェのある近隣の具体的なイメージができ、自宅から通えるかどうかの判断につながる認知症カフェ開催地の周囲状況に関する情報を求めている。

表2. 家族介護者が認知症カフェを利用するために必要な情報

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	件数
運営状況	認知症カフェの概要	参加者の年齢層や性別や介護歴	1
		サロンと認知症カフェの違いがわかれば来やすくなる(認知症高齢者の症状が変化とサロンに参加しにくくなるため)	1
		同じような境遇の人と関わるができるか教えてほしい	1
		他の認知症カフェにも行ってみたいかわからない	1
		料金、介護するためにお金がかかるから参加費は安い方がいい	1
具体的活動内容	認知症の人に対応できる専門職がいること	どのような人材がいて、どのような方針で行っているのか、スタッフがどのような形で働いているのか	1
		認知症高齢者を一人で預けていられるかどうか	1
		専門職がいることを伝えてくれると家族は安心できる	2
	認知症カフェ開催のスケジュール	どのような流れで具体的に何を行っているのか	3
		開催頻度や日にちや時間が書いていれば行きやすい	1
		心と体の準備のために早めにその日の活動内容が知りたい	1
		認知症を持つ人が楽しく過ごすことができるかどうか	1
	認知症や介護についての情報提供	認知症についての情報提供をしているか	1
		認知症介護についての細かい情報提供があるか	1
	認知症カフェのイメージ	写真や絵が載っていたらわかりやすい	2
		診察室は緊張するが、カフェであれば過ごしやすい。カフェは緊張せずにリラックスできるということを事前に教えてもらえれば参加しやすい	1
アクセスの容易さ	認知症カフェの立地とアクセス	ネットでは正しいことがわからなくなる。認知症カフェのその場に行っている人たちが何をしていたかを知りたい	1
		帰る途中にショッピングモールに足を運び買い物して帰る。カフェの周辺に何があるか分かればカフェに行く他に外出の機会となる	1
		周囲の建物が分かれば通いやすくなる	1
	施設の設備・安全性	細かく場所が書いていれば行きやすい	1
		近くの公園は散歩があってスロープはないため、足が悪い人や車いすの人には行けない。カフェはどうなのか気になる	1
		駐車場があるか心配である。バスでの送り迎えがないのか知りたい	1

3.3 認知症カフェの望ましい情報入手方法とその理由 (表3)

認知症カフェの望ましい情報入手方法には、回覧板・折り込みチラシ・新聞や市報・インターネット・張り紙や看板が挙げられた (表3)。回覧板を望む理由は、「目に留まる」こと、折り込みチラシは、「回覧板だと周りに回さないといけないから、チラシもらえたらいい。自分のものがなかったらじっくり見れないし、忘れちゃう。手元に残るの

がいい、紙で見るのが一番いい。」等、自宅で通常目にする情報入手方法が示された。また、新聞や市報を望む理由としては、「紙で見たい」「インターネットは、歳を取ってきたら見なくなった。字が小さいし、目が悪いから。使い方が面倒で難しい」という紙媒体の注目が示された。自宅外での望ましい入手方法としては、「カフェに行かなくてもわかる看板や張り紙があればよい」「レジの所なら一番見る」という日常生活における具体的な入手方法を求めている。

表3. 認知症カフェの情報収集に関する望ましい入手方法とその理由

望ましい入手方法	望ましい理由	件数
回覧板	回覧板を見たことを覚えている、回覧板だと目に留まるから良い。	1
折り込みチラシ	新聞は私たちの代には必要とは思わないから新聞に載ってても見ないかな。新聞に折り込みチラシとしてあったら見るんだろうけど。	1
	回覧板だと周りに回さないといけないから、チラシもらえたらいい。自分のものがなかったらじっくり見れないし忘れちゃう。手元に残るのがいい、紙で見るのが一番いい。	1
新聞・市報	市報や地域の新聞、団地の新聞などに取り上げてほしい。	2
	新聞や市報などの紙で見たい。(インターネットは、歳を取ってきたら見なくなった。字が小さいし、目が悪いから。使い方が面倒で難しい)	1
	新聞は見ないが市報やチラシなどは見る。	1
インターネット	インターネットが早く見える世の中だから情報を知ることができる。	1
	同世代では新聞をとっている人はあまりいない。	1
張り紙・看板	カフェに行かなくてもわかる看板や張り紙があればよい。	1
	入り口(認知症カフェ)にかわいい感じで書いてれば立ち寄りやすい。	1
	レジの所なら一番見る。	2
	張り紙や看板などの目立つものがないとわかりにくい(認知症カフェの場所に)。	1

4. 考察

4.1 家族介護者が認知症カフェを利用するために必要な情報

認知症カフェに関する情報は、A県のHPによると、開催場所や日程、利用料金や大まかな活動プログラムが掲載されていた。今回の結果から、家族介護者が認知症カフェを利用する際に必要な情報は【運営状況】、【具体的活動内容】、【アクセスの容易さ】という3つのカテゴリが分類された。家族介護者は、どのようなサポートを受けることができるのかという「認知症カフェの概要」「認知症の人に対応できる専門職がいること」などの【運営状況】についての情報を求めている。また、【具体的活動内容】では、「専門職がいること」や「一人で預けていられるか」という、介護家族者の安心につながり、参加の動機にかかわる情報を必要としていた。また、認知症カフェに参加する

ためには、「心と身体の準備のためには早めに活動内容が知りたい」「(本人が) 楽しく過ごせるかどうか」という、認知症を持つ人自身が、認知症カフェを楽しみ、通えるかという、当事者にとっての情報を必要としていた。

更に、家族介護者にとっての、「認知症・認知症介護の情報提供」という介護の課題と、参加の動機にもつながる「認知症カフェのその場に行っている人たちが何を感じたか知りたい」という、利用者の経験談などの実体験を含めた、「認知症カフェのイメージ」をもてる情報を求めている。

このように、認知症カフェを具体的にイメージでき認知症を持つ人や家族介護者自身に適しているかを判断する情報が必要となることが明らかになった。

また、「認知症カフェの目的は、交流を持ち心やすらぐ場であること」(Greenwood et al 2017)と示されるように、家族介護者にとって、参加者同士の交流や、やすらぎの場であることという、心理面での意義もわかるような情報も、イメージするために必要であると言える。認知症カフェは、家族介護者の年代や様々な生活状況等によっては、時間的・体力的に通うことが困難な場合もある。「近くの公園は階段があってスロープはないため、足が悪い人や車いすの人には行けない。カフェはどうなのか気になる」と、安全に行けるかどうかの《施設設備・安全性》の情報も参加できるかの条件に必要となる。認知症カフェ開催地の立地状況、地域特性や自宅からの交通手段などの周囲環境の情報などの【アクセスの容易さ】は、認知症高齢者と家族介護者の両者が自宅から認知症カフェに通えるイメージを深めることになる。また、「帰る途中にショッピングモールに足を運び買い物して帰る」ことや「カフェの周辺に何かあるかわかればカフェに行く他に外出の機会となる」ことから、認知症カフェからの帰り路で買い物するなどの「ついでの外出の機会」を持つことは、両者にとって、生活の充実につながり、生活圏内の場所であれば利便性が高くなる。これは社会的孤立の防止にもつながり(角・多久島 2018, 田代 他 2019)、気軽に交流できるという認知症カフェの目的の1つにもつながる。

認知症カフェ開催地の立地や周囲環境などのアクセスに関する情報は、その認知症カフェに通え

るかどうかを判断する、家族介護者が通えるイメージを持つために重要な情報であると指摘されている(和田 他 2019)。

家族介護者を取り巻く課題は、老々介護や若年世代による介護、子育てと介護のいわゆるダブルケアなど、介護の背景は多様である。本研究の対象も40代から60代と幅広く、その介護歴も様々であり、多様な背景を持っていた。家族介護者は、「介護開始直後の混乱した時期を過ぎると介護初期の混乱から移行して介護体制を整えると同時に、心理的なサポートが得られる場として体験を共有する場の存在を重要視している」と示される(宮上 2004)。

認知症カフェを利用する際に必要な情報は、家族介護者の介護の段階における課題も熟知した上で丁寧に検討する必要がある。以上のことより、家族介護者が直面する介護の課題や生活に適し、生活に取り入れられるかどうかの判断ができるような具体的な情報が求められる。

4.2 望ましい情報入手方法の特徴と情報発信の多様性

認知症カフェの情報は、専門職からに限らず、自宅において、回覧板や折り込みチラシ、新聞・市報で情報が入手しやすく、繰り返し見られる紙媒体の活用しやすさが求められていた。また、日常的な外出先で目に触れる広告を求めている。誰もが日常的に利用する場所に、張り紙・看板があることは、認知症カフェの情報の入手の拡大につながる。認知症カフェの存在や内容を伝える方法として、「誰でも気軽に認知症カフェの情報を目にするような場所での宣伝の必要性」(浅岡 2015)が示すように、誰もが日常生活において選択しやすい様々な入手方法を理解する必要がある。

今回の結果から、家族介護者は、回覧板・折り込みチラシ・新聞など数種の紙媒体やインターネット等、自分自身の日常生活に適した活用しやすい方法を望んでいた。そのことから、家族介護者の世代によっても情報入手方法には違いがあることを考慮する必要があると言える。今回の対象は、実際には認知症カフェの情報を主に専門職から得ていたが、たとえ専門職とつながりがなくても手軽に情報入手できる方法として、家族介護

者の日常生活や習慣に適したものを望んでいることについても示された。

本研究の対象の平均年齢は64.8歳と高く、家族介護者自身の世代と背景を理解した上で自宅や外出先での生活スタイルに合った媒体が望まれる。大切なことは、認知症カフェを必要とする情報を家族介護者に確実に届けることである。幅広い世代が関わる認知症の介護支援において、家族介護者が必要な情報を日常的に入手できるような方法を更に検討する必要がある、これらの違いを理解した情報の精選と多様性を持つ情報発信が認知症高齢者の家族介護者支援の一助となると考えられる。

5. 結論

家族介護者が認知症カフェを利用するために、運営状況や具体的活動内容に加えて、自分の生活に適した通えるイメージを持てるアクセスの容易さを判断できる情報が求められていた。更に、その情報の入手方法は、家族介護者の生活背景に適した媒体を望んでいることがわかった。家族介護者にとって、情報の入手方法が簡単で、かつ家族介護者自身の生活スタイルに合った情報入手方法の必要性が示唆された。

6. 本研究の限界と課題

本研究における対象者数の少なさとそれに伴うデータ数の乏しさは、結果の一般化に限界をもたらしている。今後は、対象者数を増やし、家族介護者の介護歴や年代・性別などの分析をすることにより、幅広い世代と背景を持つ家族介護者にとって、認知症カフェの利用が容易になる為の情報や入手方法の検討が課題である。

尚、本論文に関して、利益相反関連事項はない。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きました皆様ならびに大分県立看護科学大学言語学研究室宮内信治准教授に心より御礼申し上げます。本研究が認知症カフェの発展に貢献し、認知症の方々や介護するご家族の生活の充実につながることができると幸いです。

引用文献

浅岡雅子(2015). 魅力あふれる認知症カフェの始め方・続け方. pp38-39. 翔泳社, 東京.

Greenwood N, Smith R, Akhtar F et al (2017). A qualitative study of carers' experiences of dementia cafes: a place to feel supported and be yourself. *BMJ Geriatrics* 17, 164. DOI: 10.1186/s12877-017-0559-4

公益社団法人認知症の人と家族の会(2013). 認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書. <http://www.alzheimer.or.jp/pdf/cafe-web.pdf> (最終閲覧日: 2020年6月18日)

厚生労働省(2015). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン). https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchi-shougyakutaiouboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf (最終閲覧日: 2019年3月31日)

厚生労働省(2019). 認知症施策推進大綱. <https://www.mhlw.go.jp/content/000567640.pdf> (最終閲覧日: 2020年6月10日)

増井玲子, 佐藤友美, 吉田留美 他(2015). 認知症の人を介護する家族支援としての認知症カフェの意義. *認知症ケア事例ジャーナル* 8(3), 209-218.

宮上多加子(2004). 家族の痴呆介護実践力の構成要素と変化のプロセス-家族介護者16事例のインタビューを通じて-. *老年社会科学* 26(3), 330-339.

佐藤敏子, 荒井淑子(2008). 認知症高齢者の家族介護者のQOLに関する文献検討. *上武大学看護学部紀要* 4, 35-40.

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター(2017). 認知症カフェの実態に関する調査研究事業 報告書. 15-16. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/97_touhokuhukushi.pdf (最終閲覧日: 2020年6月10日)

角マリ子, 多久島寛孝(2018). 認知症カフェ及びサロンにおける認知症者とその家族支援についての文献的考察. *熊本保健科学大学研究誌* 15, 109-120.

武地一(2015). 認知症カフェハンドブック, p36. クリエイツかもがわ, 京都.

田代和子, 小板橋美恵子, 平澤マキ 他(2019). 大学

と地域住民が連携協働する「認知症カフェ」の開催が利用者にもたらす成果—グループインタビューによる質的分析—. 淑徳大学看護栄養学部紀要 11, 19-29.

和田夏佳, 中川春菜, 目良宣子 (2019). 認知症カフェ運営における困りごと及び継続に必要な要因分析. 山陽看護学研究会誌 9(1), 49-54.



著者連絡先

〒870-1201

大分県大分市大字廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究
室(NPコース)

甲斐 博美

kaihiromi@oita-nhs.ac.jp