

2014年3月22日

関西大学審査学位論文

クリーンルーム入室患者の適応に関する研究

関西大学大学院心理学研究科博士後期課程

09D8508 山田 忍

論文要旨

血液疾患患者の多くは、発症と共にがんの告知を受け、早急に副作用を伴う化学療法を強いられる。その際にクリーンな環境を維持できる部屋、即ち、クリーンルームという閉鎖環境での療養生活をおくることになる。本論文では、白血病などの腫瘍性疾患である血液疾患患者が入室する、クリーンルームで闘病生活をおくる患者の疾患の不応感度を測定する尺度 (Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S) を構成し、この結果から適応を促す支援について検討を行った。

序章では、がん告知後の患者の精神症状について、そして、告知そのものがうつ症状やせん妄症状を引き起こす強い精神的ストレスとなりうることについて、先行研究に基づき検討を加えた。また、告知後の適応に関する諸理論を概観し、患者の社会的側面を含めた能動的な意味付けの重要性について検討を加え、告知後の看護の役割についても検討を行った。ここでのポイントは、疾患への適応が困難な環境であるクリーンルームという閉鎖環境における疾患への適応について、身体的、精神的、社会的側面からのアプローチの必要性である。さらに、がん患者支援の課題を明らかにし、医療者がチェックし患者の状態を評価する他記式尺度の有用性について、これまでがん患者に使用されてきた尺度を概観しながら議論した。

第1章では、がん告知後の患者が期待する看護支援について、告知後の適応過程における中心的概念を基に、がん告知後に療養中の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているかを実証的に明らかにした。まず、がん告知後の患者を対象としてインタビュー調査を行い、不応感度に関する項目を収集した。次に、がん告知後第2相から3相にある患者が期待する看護支援の特徴を、因子分析を適用して明らかにした。さらに、がん告知後の患者とがん以外の患者を比較することにより、がん告知後の患者が期待する看護支援の特徴的な項目を明らかにした。すなわち、生命を保障し安心感を提供できるケアとして、速やかに確実に対応してくれる支援を適応に至らない時期の患者は、より期待しているという結果であった。

第2章では、患者の身体的・精神的・社会的側面を含めアプローチするために、がん患者に携わる看護師の専門的教育の現状とこれからがん看護に携わる看護師の専門的教育について検討を加えた。まず、がん看護専門教育に参加した看護師を対象に、縦断的調査から、がん患者に携わる看護師のキャリアアップに向けたがん看護の専門教育のあり方について、キャリア選択自己効力感の測定尺度を応用して検討を行った。その結果から、対象者が更なるステップアップ研修を希望し、専門性を身に付けたいという意欲をもって参加している学びへの姿勢を

明らかにした。そして、受講者のがん看護に関する学びへの意欲を理解し、これに効果的な教育体制を構築することの必要性を指摘した。

第3章では、クリーンルーム入室患者の不安やストレスから引き起こされる身体的・精神的・社会的側面における患者の変化を療養生活への不適応な状態と捉え、治療に従事する医療者への質問紙による調査を行い、クリーンルーム入室患者に対して客観的に感じる不適応感を明らかにした。調査と因子分析により内的構造を確認する研究を繰り返し、最終的には、不適応感の測定領域として「患者背景」「血液データ」「療養生活」「身体症状」「社会的側面」「家族の支援」「患者自身の思い」「医療者との関係」「趣味・嗜好」「性格」など10の領域を特定した。なお、以上の結論を得る際には、インタビューによる得られる質的データをカテゴリー化することで、医療現場での実践レベルで得られる情報から内容的妥当性に関して検討も行った。さらに、クリーンルーム入室患者において、医療者が客観的に捉える患者の不適応な状況の多様性を検討するために、クリーンルーム入室する複数の患者を想定し、その不適応な状態を医療者に査定を求めた。その結果、「家族の支援」や「社会的側面」「患者背景」の3領域で不適応な状態に関する個人間差が大きいことが明らかにすることができた。この3領域は、生命に直結する内容ではなく、個々の医療者が患者の家族を含めた社会的側面の捉え方に関するものであり、この点での個人間差が大きい。以上の実証的研究から得られた結果を踏まえ、医療現場で客観的に患者の心理状態を評価することを目的として開発され、使用されている尺度をレビューした。その結果、心理学で使用される調査対象者が自ら反応する自記式よりも、クリーンルームに入室する患者の不適応な状態を評価においては、医療従事者が患者を評価する他記式尺度の方が適切であるとの結論を得た。

第4章では、第3章で得た10領域を確認するために、そして、他記式の評価ツールとして、尺度をより洗練するために、質問項目に検討を加え、クリーンルームを設置する3施設で予備調査を行い、さらに、本調査は全国28施設の看護師を対象を拡げて行った。因子分析を適用することによって、クリーンルームで闘病生活をおくる患者の疾患の不適応感を測定する45項目からなる次の10因子を特定することができた。すなわち、「閉鎖的環境での孤立感」「身体的症状の愁訴」「疾患への危機感」「身内からの支援の無い悲哀」「社会的基盤の危うさへの悲嘆」「医療へのネガティブな態度」「治療経験」「医療への期待感」「酒・タバコへの想い」そして「情動性」である。この10因子から構成した「CnA-S」の下位10尺度の信頼性は、 α 係数で0.95から0.73であった。せん妄評価スケールであるDRS-J(Delirium Rating scale for the Nurses)尺度との間で併存的妥当性については、主に身体的・精神的側面の「閉鎖的環境での孤

立感」「身体的症状の愁訴」「疾患への危機感」「医療へのネガティブな態度」「情動性」5尺度で確認することができた。性別や入院期間などの変数について分散分析を適用し、主に患者の社会的側面を測定する尺度において有意な結果を得ることができた。以上の結果を踏まえて、がん患者の不応の状態に関して、身体的・精神的側面に加えて、社会的側面からも総合的に診断するツールとしての意義やこれを臨床で活用する上での課題についても議論した。

第5章では、「CnA-S」の短縮版を開発し、臨床という実践場面での利用に関して検討を加えた。多忙な業務の中で看護師がチェックするには、45項目では評価に時間がかかることが懸念されたので、第4章での因子分析結果を再検討し、「身体的苦痛感」「疾患に対する危機感」「社会的役割の喪失感」「近親者からの支援への不安感」「医療の不安感」「閉鎖的環境への不安感」そして「情動性」からなる27項目のクリーンルーム入室患者の不応感尺度2 (Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S2)を作成した。なお、尺度の信頼性の値は0.87から0.71であった。この尺度を使用して、臨床で2人の看護師をペアとして、それぞれに一人の患者を対象として、7尺度への記入を求めた。7日から10日間の間隔をおいた2回の評価をプロフィール表示した結果についての参加者からの意見も加え、看護計画などへの発展的な実践レベルでの活用に向けた検討を行った。その結果、患者の状態を客観的に共有することができること、そして、看護師のキャリアに関係無く評価する視点が明確になること、さらに、病院内の他職種とのディスカッションで患者の状態を検討するツールとなることなどを明らかにすることができた。

終章では、「CnA-S」の意義について、がん告知後の患者が看護師に期待する看護支援への活用の意義と、看護師のスキルアップでの活用の意義を議論した。そして、「CnA-S」の2つの版の改良に向けての課題を明らかにし、クリーンルーム入室患者の疾患への適応を促す支援について展望した。

目次

序章 クリーンルーム入室患者の疾患への適応に関する研究の必要性	1
第1節 がん告知後患者の精神症状	3
第2節 がん告知後の適応に関する諸理論	6
第3節 がん告知後の看護支援の必要性	8
第4節 クリーンルーム入室患者の疾患への適応	11
第5節 クリーンルーム入室患者の不適応な状態とは	13
第6節 本研究の対象	17
第7節 看護研究における課題と本研究の方法	20
第8節 がん告知に始まり、閉鎖環境で闘病生活をおくる患者の疾患への適応を促すための研究の目的と意義	23
第1章 がん告知後の患者が看護師に期待する看護支援	25
問題	25
第1節 がん告知後の患者が期待する看護支援	27
第2節 がん告知後の患者が期待する看護支援の構造	37
第3節 がん告知後適応に至るまでの患者が期待する看護支援 —がん以外の患者との比較検討—	43
第4節 本章のまとめ	51
第2章 がん患者に携わる看護師の専門的教育の必要性	53
問題	53
第1節 がん患者に携わる看護師教育	54
第2節 がん患者に携わる専門的役割を担う看護師の育成	56
第3節 本章のまとめ	64
第3章 クリーンルーム入室患者を評価する視点	65
問題	65
第1節 クリーンルーム入室患者(同種造血幹細胞移植患者)のストレスの領域	69

第2節	クリーンルーム入室患者を医療者が捉える不適応感	75
第3節	クリーンルーム入室患者を医療者が捉える不適応感の違い	82
第4節	看護師が医療現場で活用できる尺度	88
第5節	本章のまとめ	98
第4章	クリーンルーム入室患者の不適応感尺度(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S)の開発	100
問題		100
第1節	クリーンルーム入室患者の不適応感尺度(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S)の開発(予備調査)	103
第2節	クリーンルーム入室患者の不適応感尺度(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S)の開発(本調査)	109
第3節	対象とした患者の背景要因との分散分析による検討	118
第4節	本章のまとめ	128
第5章	クリーンルーム入室患者の不適応感尺度 2(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S2)臨床での活用	130
問題		130
第1節	クリーンルーム入室患者の不適応感尺 2(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S2)の開発	132
第2節	クリーンルーム入室患者の不適応感尺 2(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S2)を臨床で活用しての検討	140
第3節	本章のまとめ	154
終章	全体的考察	156
第1節	本研究の結果の総括	156
第2節	クリーンルーム入室患者の適応を促す支援の考察	160
第3節	今後の課題と臨床での応用および発展の可能性について	162
引用文献		164

序章 クリーンルーム入室患者の疾患への適応に関する研究の必要性

白血病などの腫瘍性疾患である血液疾患患者は、発症と共にがん告知を受け、早急に副作用を伴う化学療法を強いられる。また、根治を目標にした場合には、造血幹細胞移植を行うための前処置として、大量化学療法や全身放射線照射を行うことにより、骨髄抑制が引き起こされる。こういった患者は、免疫力が低下しているため、重篤な感染症を引き起こす危険性があり、クリーンな環境を維持できる部屋(クリーンルーム^{注1)})に収容される。感染予防を目的としたクリーンな環境を維持するための部屋(酢屋, 2004)は、患者にとっては閉鎖的な空間として、孤立感や孤独感を増強させ、疾患への適応を妨げる要因にもなっている(Gordon, 1975; 加藤, 1997; Lesko, Kern, & Hawkins 1984; Pontes, Guirardello, & Campos, 2007; 上野・森本・島田, 1996; 山中・狩野・神田, 2001)。このような特殊な環境で闘病生活を強いられる患者が疾患に適応できていない状況をいち早く理解し、医療者間で患者の状態を共有することが出来れば、早期からの専門的な医療やケアの提供が可能となり、患者が不安なく闘病生活をにおくるための具体的な支援を提案することが可能となる。

これまで看護師の役割は、長期にわたる治療過程での高度医療の担い手だけでなく、死に行く人々の支えとして医療と福祉の統合者としての役割をもつ(久田, 1990)など、医療全体を見据えた中での架け橋のような存在という不適応な状態で捉えられていた。しかし、がん対策基本法が 2006 年に制定され、がん看護の均てん化、つまり、全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるように、医療技術等の格差の是正を図ることが広く浸透するようになり、がん患者に携わる看護師の専門性は、より高度で患者のニーズに沿ったものが期待されるようになった。近年では、がんがそのまま死に結びつくのではなく、慢性疾患として患者とともに QOL(quality of life)を維持し、治療しながら歩む考え方となっている(神田, 2008)。クリーンルームで治療を受ける患者は、特殊な閉鎖環境の中で、告知の問題から始まり、過酷な治療への意思決定、長期治療における社会的役割の変容、治療における副作用の出現など、精神的・身体的・社会的側面に対して様々な困難に直面する。患者の苦痛をいち早く察知し、疾患への適応を促す適切なケアの提供を行うことは、看護師の重要な役割であると考えられる。そして、告知後治療が開始される場面での、身体的・精神的・社会的苦痛の中にある患者を、医療チームの一員として捉え、患者と医療者が患者の真のニーズを共有し歩むことが、早期に疾患への適応を促す支援に繋がるであろう。

本章では、まず、がん患者における告知後の精神症状と適応を促す看護支援について述べる(第1節から第3節)。そして、看護師が感じ取る、がん患者の精神症状とはどのようなものか(第4節)、更に、精神的・身体的・社会的な側面からの支援が必要とされる、クリーンルーム入室患者の適応について、先行研究を概観しながら、尺度を使用しての客観的評価の必要性(第5節)を明らかにする。これらを受けて、研究の対象、課題と目的や意義について議論する(第6節から第8節)。

注1) NASA規格Class100(1ft³中、菌の最大数0.1個)、Class10.000(1ft³中、菌の最大数0.5個)、Class10.0000(1ft³中、菌の最大数2.5個)、をクリーンルーム(太田・來間・近藤・坂口・坂口・中原・藤本、2004)と称す。病院施設では、造血幹細胞移植など免疫力が極度に低下する場合に入室する個室としてClass100をクリーンルームとし、Class10.000以下を準クリーンクリーンルームと称している。

第1節 がん告知後患者の精神症状

がんの告知においては、告知そのものが患者の危機状態を招き、精神的側面に影響を及ぼすことは言うまでもない。告知後の大うつと適応障害の発症に関する研究では、大うつ7%、適応障害35%(Okamura, Yamamoto, Watanabe, Katsumata, Takashima, Adachi, Kugayama, Akechi, & Uchitomi, 2000), 大うつ5%、適応障害18%(Akechi, Okuyama, & Imoto, 2001), 大うつ5%、適応障害14%(Akechi, Okamura, & Nishiwaki, 2001), 大うつ4%、適応障害13%(Kugaya, Akechi, Okuyama, Nakano, Mikami, Okamura, & Uchitomi, 2000), 大うつ4%、適応障害5%(Uchitomi, Mikami, Kugayama, Akizuki, Nagai, Nishiwaki, Akechi, & Okamura, 2000), 大うつ2%、適応障害20%(Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, & Uchitomi, 2005)など、告知後の精神障害の発症率に関する報告がある。他には、病名告知後のがん患者の47%が適応障害、うつ病13%、せん妄8%といった報告もある(Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Henrichs, & Carnicke, 1983)。また、不安や抑うつが診断後5年経過し15%の患者に認められたとの研究もあり(Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards, & Ramirez, 2005)、精神的なダメージが長期間持続することも懸念される。

「適応障害」とは、強い心理的ストレスのために日常生活に障害をきたすストレス反応性の疾患とされており(明智, 2005)、症状はほとんどが抑うつで、大うつとの鑑別は難しいとされている(Holland, & Rowland, 1989)。「うつ病」は、医療者に苦痛を訴えてくることが少なく、見過ごされやすい疾患である(Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald, & Edgerton, 1998; McDonald, Passik, Dugan, Rosenfeld, Theobald, & Edgerton, 1999)。うつ病の症状としては、抑うつ気分の「気分が沈んで、憂うつ、落ち込む」や興味・喜びの低下の「何をしてもつまらない、興味が持てない」などがあり、うつ病レベルの精神症状に対する適切な対応は、自殺の予防に加え、患者のQOLを維持し、治療に良好に取り組む上で極めて重要である(明智, 2005)。

がん患者の精神症状の一つであるせん妄に関しては、せん妄に起因する妄想に関して、患者が苦痛に感じていたという報告がある(Breitbart, Gibson, & Tremblay, 2002)。がん告知そのものが、せん妄発症に関与したという事例では、「癌告知」が強い心的ストレスとなり「せん妄の促進因子」となったという報告もある(富永・赤崎・内田・長友・滝川・今和泉, 2000)。特に、頭頸部がんでは、化学療法や嚥下トラブルによる低栄養や脱水がせん妄のリスクを高め、入院時からのせん妄の発症に注意が必要とされている(大谷・内富, 2010)。せん妄のリスクには、

精神的な側面に加え、器質的な要因が関与しており、がん患者では、脳転移などの代謝性障害や感染症が器質的原因とされている(金子, 2011)。白血病患者は、骨髄抑制による易感染状態はもとより、化学療法による口内炎からの食事摂取の不良や腎機能障害により、代謝性障害である低栄養や電解質の不均衡なども高いリスクで陥り易いと考えられる。よって、せん妄のリスクも高い状況と推察される。

がん告知を受けた患者のうつ状態を引き起こす背景要因は、身体的苦痛に加え、再発・余命の告知や役割喪失感であることが、明らかになっている(庄司, 2001)。がんの告知によって、それまでの人生における家族や職場など、役割の喪失感とともに、死を連想させる、未来に対しての喪失感、絶望感を生じると考えられる。そして、これらの反応は、連続的なものであり、更に強いストレスがかかれば、精神状態の悪化も予測される。がん告知後の精神状態においては、告知そのものによる精神症状に加え、その後の疾患に伴う身体症状の悪化、自律性の喪失、ステロイド剤など疾患特有の因子が関連する(稲垣・松岡・明智・内富, 2002)。告知後の療養生活における様々なストレスや治療に関連した影響が、精神症状の悪化に関係してくるといえる。

身体的に健康な患者のうつ病診断は、食欲不振、不眠、無気力、倦怠、体重減少、精神運動の緩慢、性欲減退など、身体的側面と精神的側面が中心となっている。一方で、がん患者でうつ病に罹患している場合には、不快な気分の程度、絶望感、罪悪感、無価値観などの程度、自殺念慮の有無によって、症状を適切に評価される必要があることが報告されている(Holland, & Rowland, 1989)。これは、がん患者の全人的苦痛(高橋, 2006)で示されている、「生きる意味がない」や「こんな病気になり周りにも迷惑をかける」などの、絶望感、罪悪感や無価値観とされる霊的(スピリチュアル)な側面と共通している。うつ病の精神症状においても、スピリチュアルな側面の特徴が現れていると考えることができる。

告知後の心理的な危機状態を回避するための対処行動として、特に、否認がある。否認は強い不安への防衛機制でもある。河瀬(2008)は、その防衛機制を解いた後に予測される不安や恐怖、抑うつ、絶望などのサポートを考慮することを強調し、治療などを自己で決定する能力の回復や病態への理解を得ることを目的とすることを示唆している。このように、告知そのものにおける精神的ストレスに加え、がん患者は、告知後に持続する不安やストレスに対処しながら長期的な療養生活をおくることとなる。

このような精神的な苦痛を抱える患者に対しては、一番身近な存在である看護師の関わりは、重要になってくると考えられる。看護師は、日常のケアを提供する場面において、十分に患者

の状況を把握し、がん患者の適応の過程や患者の対処行動の特徴を踏まえた対応が望まれる。
精神的な側面への援助においても、専門的技術をもって関わる必要があると考えられる。

第2節 がん告知後の適応に関する諸理論

本節では、がん告知後の患者が適応に向かうまでの過程を体系化した諸理論を概観し、近年におけるがん患者の適応がどのように捉えられているかを検討してみる。

一般に周知されているのは、1960年代後半に発表された、「死の受容過程」であろう(Kübler-Ross, 1969)。これは、がん告知後、死を受け入れる段階を第一段階「否認と孤立」、第二段階「怒り」、第三段階「取引」、第四段階「憂鬱」、第五段階「受容」、最後に「虚脱」が訪れ、死に至るとし、患者が死亡するまでの死の受容過程を、五段階に分けて捉えた考え方である。死の受容過程ともいわれるように、根底に希望を持ちながら、訪れる死を受け止めるといった受動的な立場での理論となっている。その後、1970年代初期から Lazarus(1985)の認知的評価によるコーピングの概念が、がん患者の研究にも取り入れられるようになり、受容的患者像から、自ら対処していこうとする能動的患者像へ変化していった(塚本・船木, 2012)。また、がんの適応までには、約100日が必要とされ、心理社会的適応の特徴について、医学面・社会面・心理面と精神面などから示されている(Weisman, 1976)。このように、社会的側面も適応への重要な側面として論じられるようになり、患者が自分の置かれている状況を認知し、能動的に対処していく考え方に変化している。

Holland, & Rowland(1989)は、がん告知後の一般的な患者の反応として、第1相「初期反応」疑惑あるいは否認(1週間以内)、第2相「精神不安」不安、抑うつ気分、食欲不振・不眠、集中力低下、日常生活が不可能(1から2週間)、第3相「適応」新しい情報に順応する、現実の問題に直面する、楽観的になろうとするなど(2週間ではじまる)に段階的に分類している。告知後の患者の変化を数週間の単位で具体的に表し、受容ではなく、「適応」という言葉を用いて、がん患者の社会との関連も重視し生存しながらがんと向き合うことを強調し始めたことが特徴的である。特に社会的側面に関しての適応については、がん患者の社会的援助の重要性を説明し、患者の近親者や最も親密な人が、適応に重要な人物として挙げられるとしている。そして、近年では、スポーツなど幅広い社会との繋がりを通してのサポートが、患者の生活の質の向上に重要であるといった報告もなされている(Keats, Courneya, Danieisen, & Whitsett, 1999; Parry, 2008)。1990年代から適応研究の概念が変化し、「意味」の概念、つまり、「がんへの罹患を自分の中で意味づけ、がんをもちながらどう自分らしく生きるか」という、病の中にあってその「意味」を見言いだそうとする研究の流れとなっている(塚本ら, 2012)。

がん患者にとっての社会的役割やその中での活動は、がんという病気を排除するのではなく、がんと付き合いながら「適応」するための、重要な意味があるものと解釈できる。「適応」に関しては、社会的側面を含めた患者の能動的な意味付けが重要であると考えられる。しかし、患者の中には、意味付けができず精神的障害を生じる場合がある。次節では、そういった精神的な症状の早期発見と症状への対応に関して考えてみる。

第3節 がん告知後の看護支援の必要性

告知後の患者への看護における具体的な支援では、告知の必要性や告知の場面に立ち会い、受容状況を把握することの重要性を明らかにした研究(池田, 1999)、外来患者の告知後のフォローについて、治療の見込みの有無や宗教や価値観などのコーピングを規定する因子を踏まえ、その受容過程に沿った関わりが必要であるとした研究(武田, 1998)、婦人科疾患がん患者においては、身体的変化、化学療法による受胎や性の問題に関する支援の重要性に検討を加えた研究(Tabano, Condosta, & Coons, 2002)などがある。また、告知後の看護介入では、告知直後からの関わりを質的研究(秋吉・宮崎・宮澤, 2003)や告知後の治療選択への看護の役割(太田, 2006)、告知後2週間の継続支援の必要(山西・下川・信高, 2001)に関する研究が行われている。

これらの研究は、告知直後の患者の意思決定、手術のようなイベントでの看護師の役割を示したものである。日常生活援助という立場で、一番身近な存在である看護の専門的な支持的介入を考えた時、告知の場面に立ち会い、患者の告知に対する反応を把握し、その後の適応過程に沿った具体的で、支持的、受容的な支援を探索することは、今後の看護支援において重要な視点であると考えられる(Figure 0-1)。

このように看護師個々の直接的な役割を示した研究の他に、山田(2009)は、医療に携わる他部門との協働という、チーム医療を踏まえた看護師の役割について明らかにしている。患者の生きてきた過程を理解した専門チームへの情報提供や、逆に、専門チームから教授された知識・技術を確実に実践することの必要性、更には、実践の評価において、専門チームがカンファレンスに積極的に参加できるように、病棟と専門チームとのコーディネートを行う役割について検討を加えている(Figure 0-1)。すなわち、患者対看護師という関係ではなく、患者を中心に、精神科など精神面のケアに携わる医療者や在宅支援をサポートするソーシャルワーカーなど、他職種間のコーディネートを行いながら、患者の精神的、身体的、社会的側面でのニーズを理解した関わりが重要であるとしている。

一方で、がん告知においては、倫理的側面から、告知をするかどうかの議論がある。がんの告知に関する患者へのアンケート調査から、告知の希望は95.7%で、十分な説明と情報のもとに自己決定を望んでいたという報告がある(渡邊・谷畑・伊藤・鶴見・鈴木・桜井・神田・雨谷・福岡・岡本, 2010)。しかし、告知の場面では、告知そのものが患者の利益になるのか、という医療者のジレンマがある。医療倫理には、自分のことは自分で決めるという「自律の原則」、

医療によって患者の状態を悪化させないこと、悪化が予想されるようなことはしない「無害の原則」、患者に対してプラスになること、善い行いをしなければならない「善行の原則」、真実を伝える「真実の原則」、約束したことは守らなければならない「忠誠の原則」、保健医療に関する負担や恩恵は公平に分配されなければならない「正義の原則」がある。この6つの原則から考えてみると、「真実の原則」を守るならば、悪い知らせという告知は容認される。しかし、患者は真実を知ることを拒否する権利も持ち合わせている。これは、「自律の原則」や「無害の原則」「善行の原則」「忠誠の原則」(齋藤, 1999)で裏付けられる。つまり、告知をされるか否かは患者が自分で決める、告知が害を及ぼすと予測されれば、悪化が予想されるようなことはしない、患者に対してプラスになること、善い行いをしなければならないと考えれば、告知はすべきでないということになる。要は、患者に対して、告知を望むかどうかを診断がついた時点で、必ず患者の告知に対する意向を確認する作業が必要であるということである。

がんの死亡率が3人に1人、1位を占める時代(厚生労働省, 2011)となり、治療の選択のための告知は重要となっている。真実を解り易く伝え、患者が混乱なく意思決定できるための環境を整えることは、告知後の疾患への適応を助けることに繋がる。そして、看護師の専門的な役割として求められるところである。

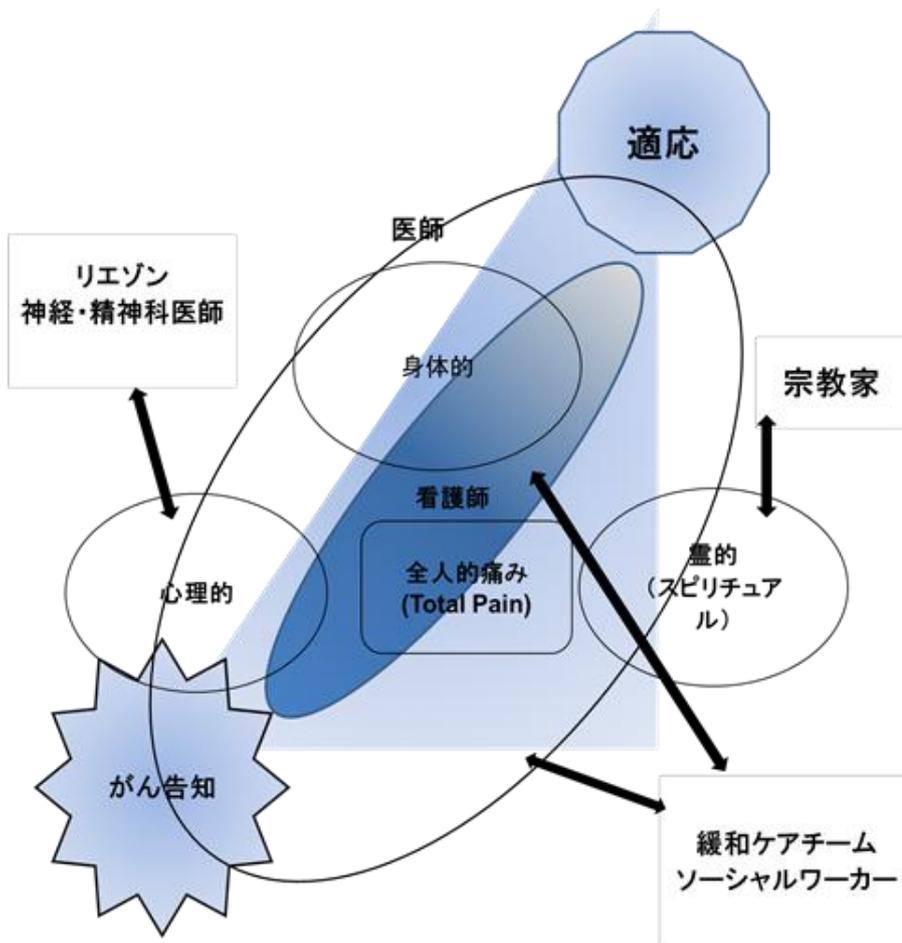


Figure 0-1 がん告知後の患者が適応に至るまでのと医療者との関係

第4節 クリーンルーム入室患者の疾患への適応

看護師が感じるがん患者の精神症状

がんと診断されたことによる情緒的ストレスの影響について、Holland, & Rowland(1989)は、正常な反応と過度の心理的障害を見分け、その対応に関して論じ、精神障害の頻度では、がんに対する正常反応を超えて50%から80%で適応障害、更に抑うつ、せん妄の発症があることを明らかにしている。がん患者の精神症状に関しては、通常の「不安」や「落ち込み」とみなされて見落とされてしまうことが、がん医療におけるケアの問題の一つ(梅澤, 2012)といったように、精神科以外の現場に従事する医療者にとっては、患者の精神状態について、正常であるか異常であるかを見分けることは、容易なことではない。梅澤(2012)は、看護師のがん患者の精神症状のアセスメントにおいて、①意識障害、②気分障害(うつ病)、③不安・心理的な問題とアセスメントすることの必要性を指摘している。特に、うつ病の症状である、睡眠障害、食欲低下、思考力と集中力低下、易疲労感・気力減退の4項目は、がんそのものの症状や抗がん薬の副作用としても出現(平・内富, 2011)するため、精神的に治療を必要とする症状であるとは考え難く見落とし易い。医療者の判断は、うつ症状が長期化し、過度の睡眠障害や栄養不良などの身体症状の悪化や、「つじつまのあわない発現」「危険行動」などから表面化した、せん妄症状を異常な状態として感じ取っていると考えられる。しかし、うつ症状においては、重篤になればうつ病を発症し自殺の可能性が懸念され、自ら症状を訴えることが乏しい状況のがん患者の精神的苦痛に寄り添うケアにおいて、異常を早期に発見することが、看護師の重要な役割であるといえる。

また、せん妄について金子(2011)は、病気になった不安や治療・今後に関する不安、死の恐怖、疼痛や嘔吐などがんの症状による苦痛においてもせん妄の促進因子としている。梅澤(2012)は、せん妄の早期発見のための観察のポイントとして、表情や言動、睡眠覚醒リズム、行動、興奮性、幻覚妄想を挙げ、看護師の観察の重要性を示している。

クリーンルームに入室する患者は、化学療法を受けるための同意の必要性から、病名告知を必ず受け、化学療法に望んでいる。看護師は、がんと診断された患者の、抑うつやせん妄の発症の可能性を踏まえた関わりをする必要があると考えられる。

以上をまとめると、睡眠障害、食欲低下、思考力低下となり、延いては、自殺への移行が懸念されるうつ症状や、転倒や点滴を自分で抜くといった、身体を損傷する危険性のあるせん妄症状への移行前の異常を早期に発見し、予防的な対応や専門化へのアプローチなど、適切な対

応を行うことは、がん患者に携わる看護師にとって疾患への適応を促す上で、重要な課題である。

閉鎖環境におけるがん患者の適応

Weisman(1976)は、がん患者の疾患への適応を妨げる要因として、医学面では、多くの身体的症状など、社会面では、低い社会経済状態や他人からあまり援助が期待できないことなど、心理面と精神面では、高度の不安や抑圧が強いこと、アルコール乱用などを挙げている。

先にも述べたが、がん患者の中でも、特に副作用の強い化学療法を受けるクリーンルーム入室患者は、その環境を閉鎖的な空間として、孤立感や孤独感を増強させ、疾患への適応を妨げる要因になっている。患者は、化学療法の副作用である、倦怠感や口内炎、吐き気などの身体症状を経験し、社会的側面では、高額な医療費負担や長期療養による休職や失業の問題を抱えることとなる。患者は、予後への不安、閉鎖環境での不自由さによる抑圧や外部から遮断されているという閉塞感、金銭的問題など、適応を妨げる要因が折り重なった状況となっていると考えられる。

患者の能動的な適応について論じられるようになった1970年代では、Gordon(1975)が、クリーンルームにおいて心理的問題を取り上げ、看護スタッフも患者の心理的問題を理解し支援することが個々の患者の適応には重要であることを指摘している。近年では、幹細胞移植患者の閉鎖環境における支援に関して、看護師からの支援だけでなく、家族からの支援の必要性(Pontes et al., 2007)や、社会的支援における家族のサポートの必要性が強調されている(Farsi, Dehghan, & Negarandeh, 2010)。このように、クリーンルームという閉鎖環境に着目した研究においても、環境的側面とともに、身体的・精神的・社会的側面が適応には重要な要因であることが議論されるようになった。上野ら(1996)は、セミクリーンルーム入室患者と一般病棟の患者でのストレス因子の比較において、身体的苦痛、物理的環境、社会的環境、対人関係、そして行動制限など多くの項目でセミクリーンルーム入室患者が高いという報告をしている。すなわち、クリーンルーム入室患者においては、より意図的に、患者の身体的・精神的・社会的側面の問題を重要視し、適応に向けての支援を行っていく必要がある。

しかしながら、「適応」に向けての支援を考えた時、「適応」出来ていない状況に対する早期の介入の必要性も指摘できる。次節では、「適応」がうまく出来ていない状況、つまり「不適応」な状況とはどのような患者の状態であるのかを説明し、その状況をいち早く察知する意義を述べることとする。

第5節 クリーンルーム入室患者の不適応な状態とは

身体的・精神的・社会的・環境的側面から不適応な状態を評価する視点

クリーンルームに入室する患者は、化学療法という副作用を伴う治療を余儀なくされる。身体的な苦痛は言うまでもなく、治療前に患者は、化学療法への同意のために、がんの告知を受けており、更に閉鎖環境における孤立感や孤独感という精神的な負担が生じている。加えて、長期的で高額な治療に伴う金銭的な問題や、長期療養による休職など、社会的役割の歪が生じることも否めない。このように、クリーンルーム入室患者の「適応」に関しては、身体的・精神的・社会的・環境的側面からの「適応」を考える必要がある。そして、「適応」の評価においては「適応できていない」状況、つまり、そういった患者の「不適応」な状態をいち早く発見し、介入することが重要となってくる。早期発見からがんに関わる専門教育を受けた看護師の介入や精神科医師のコンサルテーションを受け、必要であれば向精神薬を開始するなど、専門的なアプローチが可能となれば、患者はがんという疾患の治療に専念でき、QOLを維持しながら闘病できるものと考えられる。

Holland, & Rowland (1989)は、疾患に「適応」出来ていない状態においては、抑うつや不安症状を伴う適応障害やせん妄、大精神疾患などの精神障害が現れることを明らかにしている。クリーンルーム入室患者においても、うつ症状やせん妄症状などの精神症状から適応していない状態と判断することは当然である。そして、更に早期に患者の異常を発見するためには、そういったうつ症状やせん妄症状が予測される患者の特性を、いち早く医療者が感じ取り、それをアセスメントし医療者間で共有することが重要であると考えられる。つまり、日常の業務の中で、医療者が患者に感じる「なんとなくおかしい」「なんとなくおかしくなるのでは」という医療者の感覚が評価として反映されることで、患者の疾患への「適応」が出来ていない状態、つまり「不適応」な状態を早期に掴み取ることができるのではないかと考えられる。

がん患者に使用される尺度の概要 —自記式尺度か他記式尺度かの概観—

臨床で患者の精神面や身体面などを評価する場合、その目的に応じた様々な尺度が開発されている。その中で、本研究で扱うがん患者に使用できる尺度を、前山(う 2007)が「緩和ケア臨床・研究・教育ツール」で紹介している尺度を参考に、尺度の使用目的から患者自身が自記式で記入する尺度であるのか、医療者が客観的に代理で記入する尺度(本研究では他記式と略す)であるのかを概観し、他記式尺度の有用性について述べる。

がん患者においては、がん性疼痛や倦怠感など身体的な症状の評価、社会的な側面を含めた QOL に関する評価、うつやせん妄、スピリチュアルな側面を含めた精神的側面に関する評価が主なものとなっている。身体的な症状の尺度では、倦怠感の評価をする CFS(Cancer Fatigue Scale: Okuyama, Akechi, Kugaya, Okamura, Shima, & Maruguchi, 2000), 呼吸困難では、不安や違和感、感覚など 3 つの要因から構成された CDS(Cancer Dyspnoea Scale: Tanaka, Akechi, Okuyama, Nishiwaki, & Uchitomi, 2000), がん患者に特徴的な疼痛や倦怠感、嘔気、睡眠障害など 13 の症状に加え、日常生活の障害を含む包括的な評価尺度 MDASI-J(Japanese version of the M.D. Anderson Symptom Inventory: Okuyama, Wang, Akechi, Mendoza, Hosaka, Cleeland, & Uchitomi, 2003)がある。他に、疼痛評価では BPI-J(Japanese Brief Pain Inventory short form: Uki, Mendoza, Cleeland, Nakamura, & Takeda, 1998)や McGill 版疼痛尺度(小笠原・渡辺・岩崎, 1994), 便秘では, CAS(Constipation Assessment Scale: 深井・杉田・田中, 1995; 深井・塚原・人見, 1995)が使用されている。これらの身体的な評価では、患者自身が記入する自記式となっている。

精神的な側面としては、がん患者への負担を考慮し、質問紙法 1 問、口頭面接 1 問の回答のみで評価する内容となっている、つらさと支障の寒暖計(Akizuki, Yamawaki, & Akechi, 2005)や抑うつと不安をスクリーニングする HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale: Zigmond, & Snaith, 1983; Zigmond, & Snaith, 北村, 1993)が代表的である。他には、一般患者にも使用できる、感情や気分の評価尺度である POMS(Profile of Mood States: 横山・荒記・川上, 1990), 終末期がん患者のスピリチュアルペインを評価する、終末期がん患者のスピリチュアルペイン・アセスメントシート(Tamura, Ichihara, Maetaki, Takayama, Tanisawa, & Ikenaga, 2006)がある。これらも、自記式ではあるが、終末期がん患者を対象にした、終末期がん患者のスピリチュアルペイン・アセスメントシートに関しては、インタビュー形式で行うことで、スピリチュアルな領域を患者と語り合えることも目的に開発されており、語り合いの中で医療者が記入することも可能である。また、同じく終末期患者を対象とした、スピリチュアル・カンファレンスサマリーシート(村田・小澤, 2004)は、評価者がケア提供者、つまり、医療者となっている。これは、援助プロセスを評価するという目的であるため、必然的にケア提供者が評価する尺度となっている。

がん患者の QOL の側面に関しては、がん患者の身体面、社会・家族面、心理面、生活機能を評価する、FACT-G(Functional Assessment of Cancer Therapy-General: Cella, Tulsky, Gray, Sarafian, Linn, Bonomi, Silberman, Yellen, Winicour, & Brannon, 1993), 生活機能と症状で

は、EORTC QLQ-C30(The European Organization for Cancer QLQ-30: Aronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull, & Duez, 1993), 薬物療法に関しては、QOL-ACD(The QOL Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anticancer Drugs: Kurihara, Shimizu, Tsuboi, Kobayashi, Murakami, & Eguchi, 1999), 終末期患者の QOL では、MQOL(McGILL Quality of Life Questionnaire: 辻川, 2005), 肺がん患者を対象に、社会的に不適応な状態で捉えられている要因を評価する、CLCSS(Cataldo Lung Cancer Stigma Scale: Cataldo, Slaughter, Jahan, Pongquan, & Hwang, 2011)が開発されている。

これらの QOL 評価は、終末期患者においても、全て自記式尺度となっている。終末期患者に自記式で記入をすることの負担を考慮した QOL 尺度では、IDAS(Integrated Distress-Activities score: 石黒・宮森・松田・天杉・金子・岡島, 1997)がある。この尺度は、患者の生活と症状のスコアを医療者が客観的に評価する他記式となっており、医療者の臨床での終末期患者の不適応な状態との検討もされている。PPI(Palliative Prognostic Index: Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 1999)も終末期がん患者を対象にしており、患者の予後の予測として、医療者が評価する他記式となっている。

その他、がん患者に使用される他記式での尺度では、せん妄に関する尺度がある。CCS(Communication Capacity Scale: Morita, Tsunoda, Inoue, Chihara, & Oka, 2001)は、終末期がん患者の低活動型せん妄の評価、ADS(Agitation Distress Scale: Morita ら, 2001)は、終末期がん患者の過活動型せん妄の評価として使用される。その他、一般患者にも使用されているせん妄尺度として、DRS-R-98(Delirium Rating Scale-R-98: Trzepacz, 岸・保坂・吉川・中村, 2001), DST(Delirium Screening Tool: 町田・青木・上月・岸・保坂, 2003), DRS-J(Delirium Rating Scale for the Nurses: 町田・上出・岸・保坂, 2002), MDAS(Memorial Delirium Assessment Scale: Matsuoka, Miyake, Arakaki, Tanaka, Saeki, & Yamawaki, 2001), 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱スケール(綿貫・酒井・竹内・諏訪・樽矢・一瀬, 2001)がある。いずれも、患者の症状から自分で記入できないことを考慮し、他記式尺度となっている。

また、一般患者にも使用されている認知機能の障害に関する尺度である、The modified mini-mental state(3MS)examination 日本語版(浜田・古賀・浜田, 1992)や Mini-Mental State 日本語版(森・三谷・山鳥, 1985)においても、せん妄尺度と同じく、患者が記入できないことを考慮し、他記式となっている。

その他の医療者が記入する代表的な尺度としては、がん患者の痛みや不安、病状認識などを総合的に評価し、緩和ケアチームが一丸となって患者を支援するための尺度として、

STAS-J(Japanese version Support Team Assessment Schedule: Miyashita, Matoba, Sasahara, Kizawa, Maruguchi, & Abe, 2004)がある。この尺度は、患者の負担を考慮し、加えて、チームとして評価をおこなうことで、チーム医療の促進を目的に開発されたものである。

他には、がんの症状そのものではなく、症状からくる患者が感じる苦痛の前触れとして、その徴候に着目して、予測性をもった評価として、GSDS(General Symptom Distress Scale: Badger, Segrin, & Meek, 2011)がある。GSDS 全体での徴候の要因としては、「疲労」「睡眠困難」「不安」「痛み」「集中困難」「落ち込み」「息切れ」「吐き気」「嘔吐」「腹部症状」「食欲不振」「咳」の12 要因が明らかとなり、特に、がん患者に特有な徴候として、「痛み」「嘔吐」「吐き気」「不安」「落ち込み」の5つの要因が明らかにされている。つまり、「なんとなくおかしくなるのでは」といった、患者の状況を後ろ向きに捉え、徴候として要因を検討した自記式尺度となっている。

他記式尺度の有用性

以上、自記式尺度と他記式尺度を分類枠におきながら、がん患者に活用されているこれまでのツールを概観した。患者自身が記入することで、痛みや苦痛の評価は医療者に客観的に提示され、医療者と患者との共通認識が可能となる。しかし、終末期にある患者やせん妄、認知障害にある患者は病状から自分で自己の評価ができないことを考慮し、他記式となっている。臨床において実践レベルで活用できる尺度を考えた時、早期に患者の異常を捉え専門的な介入を施すには、医療者の客観的な観察力が必要であると考えられる。その点、他記式のSTAS-J(Miyashita et al., 2004)は他職種間におけるチームでの評価を目標としているが、がん患者への負担の軽減、医療者間での情報共有から、観察力やスキルの維持、向上に役立つツールであると考えられる。

そういった観点から考えた時、クリーンルーム入室患者の不応感の評価においても、患者の負担の軽減、患者の観察力の向上、そして、観察することを意識することでのケアのスキルアップの効果が期待できると考えられる。そして、客観的な医療者の評価である他記式は、患者に負担をかけないため、頻繁に行うことも可能である。加えて、ツールを医療者間で共有することで、専門領域の介入も可能となり、ディスカッションの中で更なるスキルアップも期待できる。

第6節 本研究の対象

本研究の対象

本研究の目的は、「クリーンルーム入室患者の不応感」を早期に医療者が掘み取り疾患への適応を促す適切な介入を行うためのツールを開発することである。

そこで、クリーンルームに入室する患者を、医療者がどのように判断し評価しているのかを明らかにする必要がある。他記式尺度の開発を目的としており、そのためには医療者を対象に、医療者が捉える患者の不応感を明らかにする。

また、クリーンルームに入室している患者は、化学療法という骨髄抑制を伴う過酷な治療を受けるため、免疫力の低下が起こる。そのため、クリーンな状態を維持するために、外部と遮断された閉鎖環境への入室を強いられる。そういった環境的側面に加え、治療そのものによっても、生命の危険を伴うことから、治療内容を理解した上での同意が必要となり、必ず病名の告知が必要となる。そこで、がん告知後の患者を対象に、がん告知後の患者がどのような看護支援を期待しているのかを明らかにする。そのために、がん告知後の患者とがん以外の患者を対象とし、両者の比較から、がん患者に特徴的な看護支援を明らかにする。

クリーンルームに入室する患者は、精神的・身体的側面とともに、更に長期的な療養を強いられることで、金銭的な負担や職を失うといった危機感、社会的な役割の消失、家族との役割関係の変容など社会的側面が加わる。医師や看護師、がん告知後の患者を対象とする中で、がん告知後クリーンルームに入室する患者の、身体的・精神的・社会的側面を考慮した視点が重要であると考えられる(Figure 0-2)。

本研究で着目した、対象のパーソナリティ特性

対人認知では、一般に他者の持続的な内的性質を推測することから「怒りっぽい人である」「鬱屈している人である」「楽しい感じの人である」といった感情とその人の性質を絡めた認知について扱う。これらは、情緒安定性や協調性、誠実性、外向性などといった対人認知次元と密接に関係する(竹村・北村・住吉・海保・松原, 2010)といわれている。他者を認知する過程において、このようなパーソナリティを客観的に捉える視点は、本研究でがん告知後の患者の「不応感」を客観的に評価する上で、重要な側面であると考えられる。特に、精神疾患において、不安や怒りなど情動との関係性が示され(浅田, 2010; Cloninger, 1997)、患者の情動性を観察する視点は、精神面の異常を早期に掘むことに有用であると考えられる。

また、パーソナリティと情動制御に関しては、精神的健康の予測との関係を示している(明石, 2009)。神経症傾向が高くても、情動制御スキルが高ければ、リスクの高い行動を起こしにくい、神経症傾向の悪影響に対し、情動制御スキルが緩衝的役割を持つことが考えられるとしている(明石, 2009)。

これまで、パーソナリティを評価するツールの開発研究では、形容詞での表現を使用した代表的なものとして、Big Five(たとえば, Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003; 柏木・和田・青木, 1993 など)がある。清水・山本(2007)は、Big Five の次元である『情動性』『外向性』『開放性』『協調性』『誠実性』に関して、因子分析により、そして項目の小包化を行うことで、更に適合度の高い5因子モデルを明らかにしている。

がん告知後、長く苦しい闘病生活を強いられる患者にとって、精神的、身体的な負荷がかかるとことは、Big Five の『情動性』『外向性』『開放性』『協調性』『誠実性』形容詞で構成された尺度の中の、特に、『情動性』の6項目「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがち」「動揺しやすい」「神経質な」で表現可能であると考えられる。そして、このような、情動性を示す患者のパーソナリティ特性を、看護師が客観的に把握し、情動制御スキルを患者とともに高めることができるように支援できれば、疾患への適応を促すことに繋がるものと考えられる。

以上より、本研究では、クリーンルーム入室患者の不適応な状態として客観視する際の性格傾向については、患者を捉えるための項目として、Big Five の『情動性』を活用し、より一般的で妥当性をもって評価できる尺度の開発を目標にすることとした。

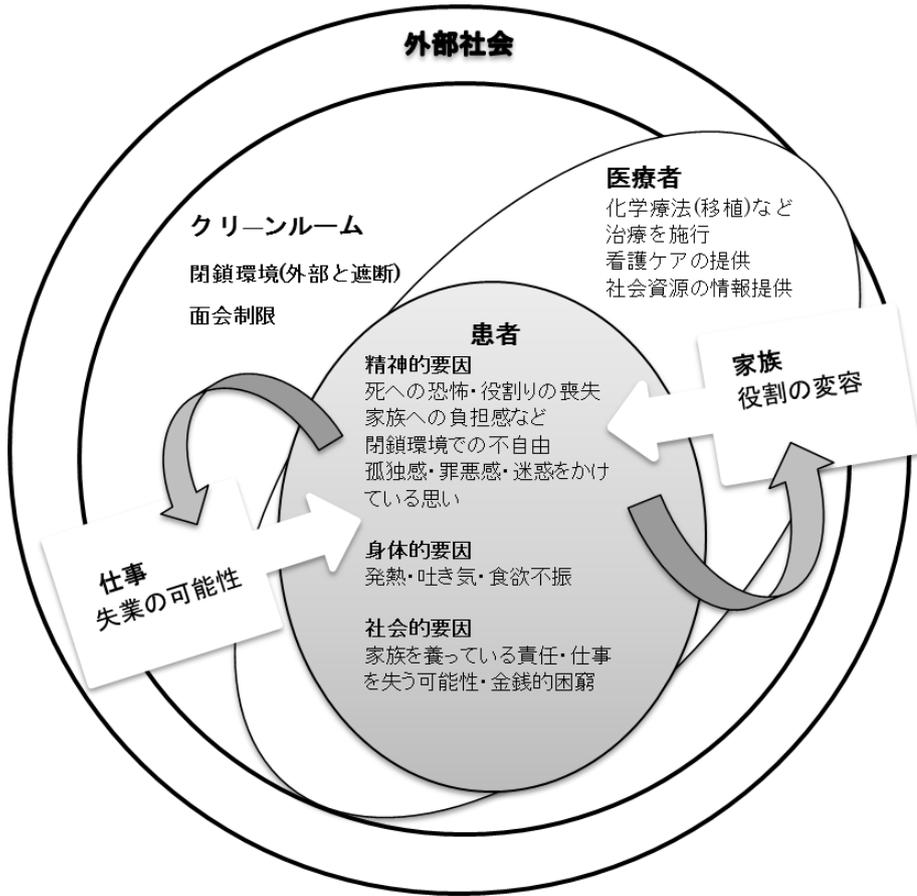


Figure 0-2 クリーンルームという閉鎖環境に入室する患者

第7節 看護研究における課題と本研究の方法

看護学分野において、科学的研究の必要性が叫ばれるようになったのは、1980年代以降であり、その歴史は浅く、研究の方法論においては、科学的手法を踏まえた質の向上が、重要な課題であると考えられる。

1980年代に、American Nurses Association (ANA)の看護研究委員会は、看護実践の諸問題に焦点をあてるべきことを明らかにした後、看護の実践のための知識は、健康増進、疾病の予防、費用効果の高いヘルスケア提供システムの開発、ハイリスク集団への効果的看護ケア提供方略の開発といった領域で生み出されるべきだと提案している(Polit, & Hungler, 1987)。このような研究の根底には、病める患者の存在がある。患者である「人」を対象とした研究において、その内面の痛みや苦しみ、不快、治療への期待など、個々の患者によって異なる状況を掴み取るためには、それぞれの患者からその内在する思いを抽出する必要がある。そのため看護研究では、質的研究が頻繁に活用されるが、その一つにグラウンデッド・セオリーの手法がある。この手法は、研究中の現象がデータとして示され、現象を良く説明し、解釈し、予測するのに適し(Glaser, & Strauss, 1967)、社会科学の領域において抽象的相互作用論(人間の生活と社会的経験についての哲学)をもとに生み出された質的研究の一つで、複雑な状況下の人間の行動を概念として示す場合に特に有効とされている(Chenitz, & Swanson, 1986)。

最近では、グラウンデッド・セオリーをもとに、概念生成するために、ワークシートを使用し思考し易いように開発された、「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」(木下, 1999, 2003, 2007, 2009)が、活用されている。他には、1970年代に開発され、広く質的に理論形成する手法として使用されている、KJ法(川喜田, 1967, 1986)がある。これらは、社会科学より発展した研究法であり、看護独自に開発されたものではなく、他分野の研究方法を取り入れながら、看護研究の中で模索し活用されている。

看護研究において活用する場合の問題として、相互作用での内容を分析する能力が、個々の研究者によって様々であるため、訓練や経験、知識、あいまいさを容認してしまうことなど、妥当性を維持することの難しさがある。この問題は、グラウンデッド・セオリーの分析に影響を与える条件でも指摘されている(Chenitz, & Swanson, 1986)。木下(2003)もまた、社会学以外の分野から、社会学で培われてきた特定の質的研究法を理解しようとするときに、研究についての自分の考え方や、認識論を意識的に確認する必要があることを指摘している。その上で個別の研究法をそれ自体として、つまり、質的研究法としてではなくそれ自体を学習すると考え

たほうがよいとし、質的研究法とされているものは、独自の理論的基盤と形成過程があり、具体的な調査研究方法として理解することの困難さを示している。このように、他分野の手法から質的研究を学ぶ場合には、その独自の理論の解釈から始まり、詳細な面接技法や分析技法に熟達することの困難さを生じ、一般性を欠く危険性があると考えられる。

一般性を欠く危険性に関して、質的研究を基盤にした研究への取り組みから、量的研究との相互補完的立場がある(波平・道信, 2006)。各研究から得られる適切なデータを繰り返し調べて比較している点に特徴がある(Pope, Mays, & Popay, 2007)。

臨床という情報源から導き出された適切なエビデンスを体系化すること、即ち、質的研究を基礎研究として用いることが、必要とされる。そして、その後の研究において量的データを活用し、更なる研究の発展から信頼性、妥当性の維持に繋げることが重要であると考えられる。本研究では、「がん告知後の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているのか」、そして、「クリーンルーム入室患者の不応感」とはどのようなものかの2つの課題を柱に、それぞれ対象者のインタビューから質的に内容を明らかにしている。

質的研究とは、「人間および人間とその環境との相互交渉の特性を理解するための系統的研究の諸様式」(Benoliel, 1984)と説明されているように、複雑な人間と環境を総体的に捉えるものと考えられる。特に、看護の分野では、対象(患者)と関わる人々との相互作用を質的に探索する作業は、臨床現場で現実に行っている問題を明らかにする手法として重要であると考えられる。しかしながら、先にも述べたが、科学的研究としての看護研究の質の向上を考えた場合、エビデンスに裏付けられた一般化を強調するには、量的データによる信頼性、妥当性の検討は必須となる。そこで、第1章の「がん告知後の患者が期待する看護支援」では、がん告知後の患者へのインタビューから、第3章の「看護師がクリーンルーム入室患者を評価する視点」に関しては、臨床で患者に関わる医療者へのインタビューから、それぞれ質的に対象者の思考を明らかにし、そこからカテゴリー化した内容をもとに、項目を整理し、量的な調査研究に結びつけることを行っていく。第1章では、質問紙を使用した調査から更に、探索的因子分析を行い、因子得点の比較により(芝, 1979; Thurstone, 1947)、妥当性の検討を行う。第3章から第4章にかけても、質的研究から得られたデータから、量的研究を展開し、探索的因子分析を行い、その結果から尺度を構成し、信頼性を確認する。そして、分散分析から、構成した尺度の妥当性を検討する。

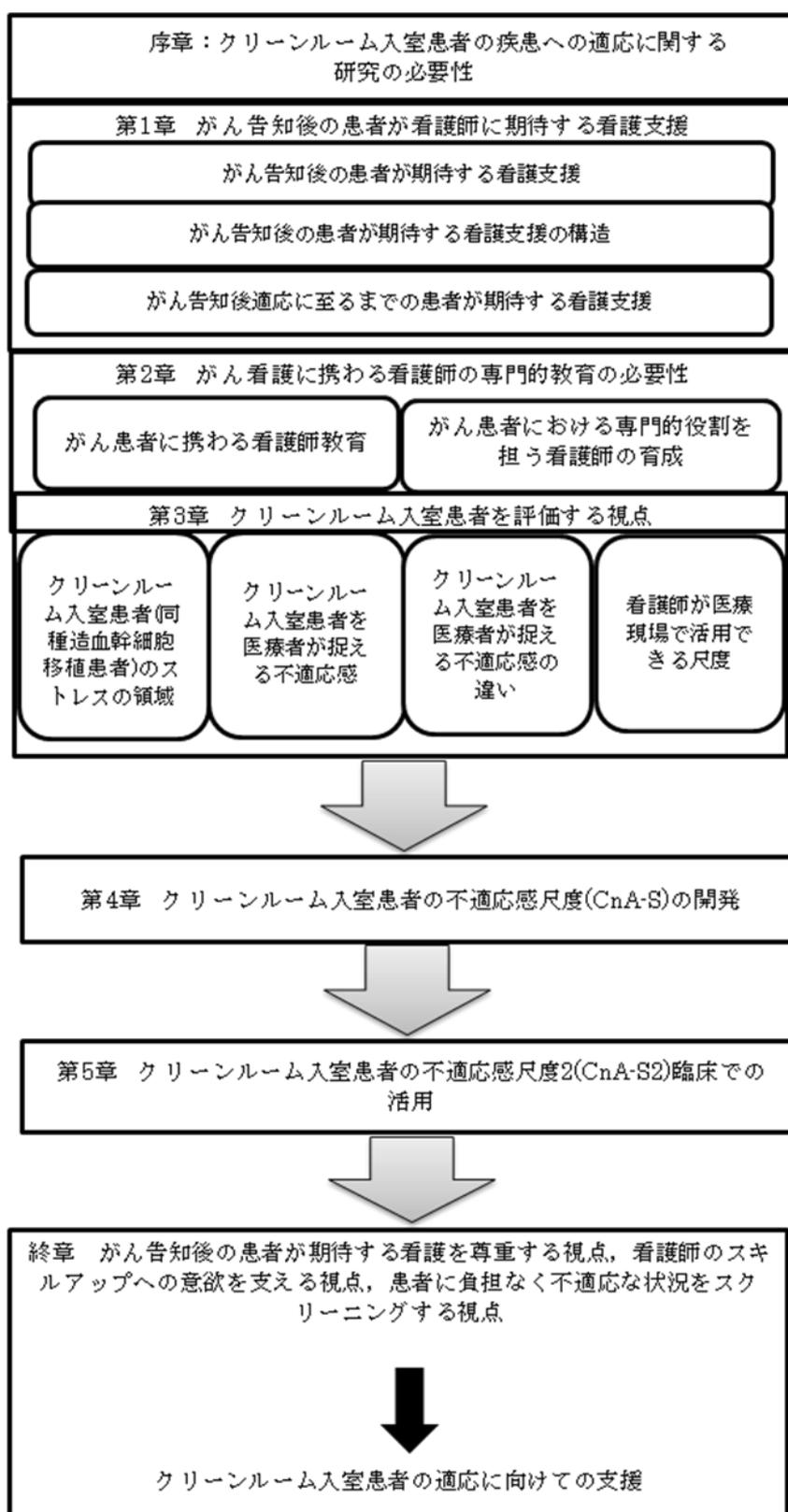


Figure 0-3 本論文の構成

第8節 がん告知に始まり、閉鎖環境で闘病生活をおくる患者の疾患への 適応を促すための研究の目的と意義

2006年のがん対策基本法が制定されて以来、専門的な知識および技能を有する医師、その他の医療従事者の育成等(若尾, 2008)が推進されるようになった。全国どの施設においても、同じレベルのがん医療を受けることができるという、がん医療の均てん化は、医療従事者全てが、より高度な専門的知識と技術を患者に提供するという期待と共に進められている。なかでも、患者に対して直接的ケアを行う看護師の専門的技術の向上は、患者の QOL 向上のために、大きな役割を担っていると考えられる。そのためには、まず、がん告知後の患者がどのような看護を看護師に期待しているのかという、患者のニーズを捉えることが必要ではないかと考えられる。

そこで、まず、研究の第1の目的として、がん告知後の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているのかということ明らかにする。がん告知後の患者がどのような看護を期待しているのかという詳細な患者の心情は、基礎的研究として、質的にインタビュー調査から明らかにする。更に、妥当性を高めるために、がん告知後の患者が期待する看護支援の内容を尺度とした、量的データから、探索的因子分析により、がん告知後の患者が期待する看護支援に関しての構造を明らかにする。そして、がん以外の患者とのデータと比較することで、がん告知後の患者に特徴的な看護支援を明らかにすることが可能となると考えられる。第2の目的は、がんの告知や化学療法という過酷な治療を受けながら、閉鎖環境で過ごすことを強いられる、クリーンルーム入室患者の疾患への適応を促すための研究となる。ここではまず、クリーンルーム入室患者のストレス要因を質的に明らかにする。そして、更に医療者へのインタビューからも、クリーンルーム入室患者の不適応な状態を明らかにし、客観的な視点での評価に繋がるデータの収集を目的とする。

ここでも、普遍性を維持するために、対象母集団から標的母集団への発展的な研究を行う。つまり、1施設の母集団(対象母集団)での特定の研究におけるデータ収集に留まらず、標的母集団として、研究結果を一般化できる集団として(Polit, & Hungler, 1987)、数施設での段階を経た調査を行い、更に、全国のクリーンルームを保持する施設に従事する医療者への量的なデータ収集に発展させ、一般化を図るということである。そして、対象集団で明らかになった特性が、標的集団で反映されているかどうかの検討を行っていく。このように、調査を反復しな

がら、同じ内容の結果を得ていくことにおいては、その研究の信頼性が、確実に高まるとされている(Polit, & Hungler, 1987)。

がん患者に臨床で使用され、役に立つツールという視点での活用を考えた時、もう一つの問題として、実践レベルで活用できるツールであるのかということが挙げられる。実際の活用を考えた時に、過酷な治療を受けている患者に状態の評価のためのツールへの記入を依頼することは、困難な場面が多い。患者が辛いと感じている場面では、ツールへの記入が出来ないという現実がある。そこで、今回、開発をしようとしているクリーンルーム入室患者の不応感を評価するツールに関しては、医療者が客観的に記入する他記式尺度を目指すことを目的とした。客観的に評価する内容を明確にし、共通のツールを用いて評価を繰り返すことは、医療者全体の観察力を引き上げることにも結びつく。更には、患者の異常を早期に発見し、幅広い分野の専門的な介入に繋げることが可能となるであろう。

注記

序章は、山田(2013a)に、加筆、修正を行ったものである。

第1章 がん告知後の患者が看護師に期待する看護支援

問題

がん告知後の患者が看護師に期待する看護支援

がん告知の場面では、診断・治療上の選択について患者と話し合うことが求められるようになってきている。更に、告知後の心理・社会的支援は、治療への自己決定や患者の QOL を維持するために重要であり、医療者の心理・社会的介入方法の開発が急務とされている(山脇・内富, 1996)。近年では、がん患者と家族に対する心理社会的介入プログラムについての具体的な方法も提案されている(佐伯, 2004)。1970年代後半から80年代にかけて欧米でのがん告知は90%以上になっているのに対し、日本においては、1994年の厚生省実態調査においてのがん診断の告知は20.2%(厚生省大臣官房統計情報部, 1994)であるが、臨床でのがん告知は積極的に行われるようになってきており(山西ら, 2001)、2007年の調査では、65.7%の病名告知(林, 2007)となっている。本研究において調査を実施したA市民病院においては、外科・呼吸器科・産婦人科で、事前の問診で本人が告知を望まない場合以外は100%告知している現状にある。がん告知に関しては、うつ症状の引き金になることも指摘されており(内富, 2002)、患者の QOL を維持するためには患者の日常生活支援に密に携わり、がんと向き合い治療を続ける患者を支えていく看護の役割は重要である。

2006年には、がん対策基本法が策定され、がん患者の立場からの支援が重要視されるようになった。看護師の患者サービスへの意識も変革しており、医師を介してのサービスから、患者の期待に応え患者の不満やニーズをキャッチした直接的なサービスになってきている(高島, 1994)。告知後の看護のあり方に関しては、山西ら(2001)が支援内容を議論している。乳がん患者の回復過程において期待される看護師の援助については、倉ヶ市・八木・西田・寫田(2003)が、看護師が実際に行っている援助と、患者から期待されていると看護師が考える援助について比較検討している。しかしいずれも看護師のみへの調査であり、がん患者への調査はなされていない。がん告知後の患者が、身近に存在する看護師に対し、具体的にどのような看護を期待しているのかを明らかにした研究は見当たらない。今後のがん患者に対する具体的な看護支援の第一歩として、告知後の患者自身がどのような看護を看護師に期待しているのかを明らかにすることは、患者に寄り添った支援を行う上で重要であると、考えられる。

がん告知後、適応に至るまでの患者が期待する看護支援

がん告知の場面では、患者は告知直後から死への恐怖という精神的な苦痛に苛まれる。死の受容過程では、Kübler-Ross (1969)の死の受容 5 段階がよく知られている。これは、がん告知後、死を受け入れる段階を第一段階「否認と孤立」、第二段階「怒り」、第三段階「取引」、第四段階「憂鬱」、第五段階「受容」、最後に「虚脱」が訪れ死に至るとしたものである。また、告知後の危機的状況における心理的受容過程では、第 1 相「初期反応」：告知後 2 から 3 日否認や絶望、第 2 相「不快」：告知後 1 から 2 週間不安や抑うつ、第 3 相「適応」：告知後 2 週間で開始し、時には 3 カ月、新しい情報への適応に努める、の 3 相がある(Holland, & Rowland, 1989; 山脇・内富, 1996)。特に、第 2 相では精神科への依頼が増え、受容的・支持的アプローチの大切さが強調されている(末舛・笹子, 1994)。

日々の患者への関わりを考えた時、患者に寄り添い、対話し、闘病生活を支える看護の役割は重要となってくる。告知直後の危機的状況での周囲からの支援や対処の良し悪しが、適応に導けるかどうかを決めるといっても過言ではない。さらに、2006 年にがん対策基本法が策定されて以降、がん患者の立場からの支援が重要視されるようになっている(高島, 1994)。告知後の適応に向けて、患者から望まれる支持的・受容的支援を探索することは、今後の看護支援において重要な視点であると考えられる。

これまで、告知後の看護介入では、告知直後からの関わりの質的研究(秋吉ら, 2003)や告知後の治療選択への看護の役割(太田, 2006)、告知後 2 週間の継続支援の必要(山西ら, 2001)に関して研究されている。これらは、告知直後の患者の意思決定、手術など、イベントでの看護師の役割を示したものである。がん告知後の患者が期待するサポートに関する研究では、行政や病院体制など社会的側面を含め、大きな枠組みにおけるアプローチの示唆となっている(松下・松島・野口, 2009)。

すなわち、がん告知後の心理的適応過程で、患者が望む看護介入の内容を検討した研究はなされていない。がん告知後の患者への適応を促す支援として、適応過程に合わせたアプローチが必要ではないかと考えられる。

第1節 がん告知後の患者が期待する看護支援

目的

がん患者の適応を促す看護支援の基礎的な知見を得るためには、がん告知後の患者の心理過程に着目し、適応に至っていない時期に患者がどのような看護支援を看護師に期待しているのかといった、患者のニーズを明確にする必要がある。患者自ら長期的に QOL を維持する看護支援を考えた時、特に、不安や抑うつを克服しようと努力する第 2 相から 3 相の「適応」までのニーズを明確にすることが看護支援における重要な示唆になると考えられる。「適応」までのニーズに寄り添う看護支援の提供が可能になれば、早期に疾患への適応を促すことに繋がり、うつやせん妄などの発症を防ぐことが可能になると考えられる。

そこでまず、第1節では、がん告知後に療養中の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているかを明らかにするために、がん告知後の患者からの直接的なインタビュー調査から、その具体的な内容を質的に明らかにし、分類、整理することを目的とした。

方法

調査期間

200X年1月から200X年2月末までの期間にインタビュー調査を行った。

調査対象

A総合病院で、入院治療を受けているがん告知後の患者13人を対象とした。対象者は、告知後治療を受け、身体的に病状が安定しており、インタビュー調査が可能であると主治医及び病棟管理者が判断した患者とした。子宮がん3人、大腸がん2人、上咽頭がん2人、肺がん1人、乳がん1人、膵臓がん1人、下顎歯肉がん1人、膀胱がん1人、口蓋がん1人であった。

調査方法

がん告知後の患者が期待する看護支援についての内容を面談で明らかにするにあたり、がん看護に携わる大学院教員5人および大学院生の助言をもとに、半構成的質問項目(Table 1-1)を作成した。面談は、病棟に設置された面談室(個室)で、プライバシーの保持に留意し、約60分間

のインタビューを行った。対象者には、「病気の告知を受けた直後から、初めての入院闘病生活の中で、看護師にどのような看護をしてもらいたいか」を告知後の心境を振り返りながら答えること教示し、半構成的質問項目(Table 1-1)をもとに、インタビュー調査を行った。インタビュー内容は、録音することの同意を得て、テープに録音した。インタビュー内容は逐語記録し、患者の言葉の内容から「がん告知患者が期待する看護」に相当すると思われる記述を、がん教育に携わる大学教員5人および大学院生数人からの助言を受け、がん看護に関する文献(水野・有田・相川, 2002; 三輪・雲・梶谷, 2002; 笹子, 1992; 平山・松本・江幡, 1997)をもとに整理した。

分析方法

逐語記録の整理にあたっては、まず、前後の文脈から、がん患者の心情として判断できる内容と解釈した発言を、反応として抜粋し、次に、類似性がある言葉を含む文脈をポイントとして整理した。また、文脈が一つの場合であっても、その一文が、がん患者に特有のものであると判断した場合には、一つのポイントとして整理した。更に、整理されたポイントの内容の類似性を検討し、カテゴリーに分類した。

Table 1-1 半構成的質問項目

-
- ・看護師に対して、初回入院中にしてもらいたい(してもらいたかった・してもらってうれしかった) 看護はどのようなものがあるか。
 - ・看護師のコミュニケーションの態度についてはどうであるか。
 - ・看護師の援助技術に関してはどうであるか。
 - ・看護師の病状に関する情報提供についてはどうであるか。
 - ・家族に対する配慮についてはどうか。
 - ・将来的な見通しの支援は必要であるか。
 - ・病気以外の話題提供は必要か。
 - ・看護体制についてはどうであるか。
 - ・医師との面談の際に看護師の同席についてはどうであるか。
-

倫理的配慮

対象者には、主治医及び病棟管理者の承認の後、病棟管理者からの十分なインフォームド・コンセントを行った。その上で同意が得られた患者に対して面談を行った。面談の前に再度筆者から研究の趣旨を説明し、研究に参加されない場合にも、不利益を被らないことを説明した。また、インタビュー内容を録音することの説明も行い、録音することをもって、研究への同意とした。プライバシーの保持のために、インタビューは病棟に設置された個室の面談室を使用した。面談途中で気分が悪くなった場合には、速やかに申し出ることを説明した。

用語の定義

本検討で用いた「がん告知後の患者が期待する看護支援」は「精神・身体的支援、専門的知識の提供など看護師ががん告知後の患者が求めている具体的な看護支援内容」と定義した。

結果

がん患者13人へのインタビューから逐語記録した内容をもとに、がん看護教育に携わる大学院教員、大学院生の助言を受けて、「がん告知後の患者が期待する看護支援」に相当する言葉を、前後の文脈から、55個の反応に整理した。次に、その55個の反応について、内容に類似性があると考えられるポイント毎に整理し、38個の主要なポイントに分類した。インタビューで得られなかった内容ではあるが、患者への専門的な情報提供として重要と考えられる内容である、患者会に関する文献(池田, 2001; 今井, 1997; 高島, 1994)をもとに、「患者(セルフ・グループ)会に関する情報を提供してくれる」というポイントを追加し、39のポイントに分類した。例えば、「この看護婦さん本当に明るくていい」「それとやっぱり、明るさは、絶対必要ですよ」「そうですねいつも明るく」は、「明るさ」という言葉をキーワードにし、類似性がある看護師の対応として分類した。そして、『明るく接してくれる』というポイントとした、「笑顔でいて欲しいですね」「にこっとしてくれてたらね、看護婦さんは、冷たい顔されてたらね、その日一日憂鬱になってくるのよね」は、「笑顔」がキーワードであるが、「にこっと」という言葉も、笑顔として解釈し、「笑顔で接してくれる」に分類した。「普通にしてくれるのがいい、すっと言葉が出てくる」は、他に類似した文脈はなかったが、「普通に接してくれる」という意味が、がんと意識させないで接して欲しいという心情と理解し、「病気を意識させないよう

に接してくれる」という一つのポイントとした(Table1-2)。整理した39個のポイントは、更に、8個のカテゴリーに分類した。

第1のカテゴリーは、「明るく接してくれる」や、「笑顔で接してくれる」「元気に接してくれる」など日常の業務の中で、常に心掛ける対応であり、『満足できる接遇』とした。第2のカテゴリーは、「励ましの言葉をかけてくれる」や「病気以外の話をしてくれる」など、病状を気かけながら接するポイントにまとまった。よって、『病状への配慮』とした。第3のカテゴリーは、「必要な時に直ちに医師の指示を確認してくれる」「最新の治療情報を提供してくれる」「民間療法についてのアドバイスをしてくれる」など、医師に代わっての対応への期待と判断し、『医師の代理』とした。第4のカテゴリーは、「同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる」「同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる」という、他の患者の情報を知りたいと言う期待と判断し、『他患者との情報交換』とした。第5のカテゴリーは、「大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる」「一人になれる時間を作ってくれる」など、入院環境に対する期待と判断し、『入院環境への配慮』とした。第6のカテゴリーは、「頼まなくても必要なケアをしてくれる」「看護師のほうから具体的なケアを提供してくれる」「直ぐに対応してくれる」「ベッドサイドで話をしてくれる」「不安に対して納得できるまで説明してくれる」など、看護師への精神的なケアへの期待も含めたポイントにまとまっていた。よって、『安心感への対応』とした。第7のカテゴリーは、「現在の病状について解り易く説明してくれる」「退院後の日常生活に即した具体的な説明をしてくれる」など、日常における医療情報への期待と判断した。よって、『日常生活に関わる医療情報』とした。第8のカテゴリーは、「病状の変化を覚えていてくれる」「症状を和らげる適切なケアをしてくれる」という、症状へのケアへの期待と判断した。よって『症状への適切なケア』とした(Table 1-2)。

考察

第1節では、「がん告知患者が期待する看護」の質問項目作成の準備として、半構成的質問項目を作成しがん告知後の患者へのインタビューを行った。「看護師に対して、初回入院時にしてもらいたい看護はどのようなものであるか」というオープンクエスションだけでは、研究者の意図する内容全てを、明らかにできない可能性がある。半構成的質問項目を用いることで、コミュニケーションや援助技術についての内容など、具体的な質問を行いながらインタビュー

が行え、研究者の意図する内容を導き出すことが容易となった。

「医師との面談の際に看護師の同席についてはどうであるか」という半構成的質問項目に対応する項目については抽出されなかった。これはA市民病院がほとんど外来で告知されていることや告知の際に家族が付き添うことが大半で、看護師と深い信頼関係を築かれていない現状の中では、家族の支援があればあえて看護師への同席を期待する必要はないと患者が判断している結果であると考えられた。

「がん告知後の患者が期待する看護支援」のインタビュー内容の整理については、55個の反応に整理し、次に39個のポイントに整理、最終的に8個のカテゴリーに分類するといった手法を用いた。質的な内容を、段階を経ながら、がん看護教育に携わる大学院教員、大学院生の助言を受け、繰り返しの検討の中で、類似性のある項目に分類したことで、内容について妥当性のある「がん告知後の患者が期待する看護支援」を明らかにできたと考えられる。今後、量的な調査を行うにあたって、「がん告知後の患者が期待する看護支援」の調査項目として、十分に活用できる内容が得られたと考えられる。

『満足できる接遇』は、日常のケアでも重要な接遇に関するポイントとなっていた。「がん告知後の患者が期待する看護支援」というより、患者全般が、基本的に看護師に期待しているポイントであると考えられる。しかし、患者のインタビューの反応として、「にこっとしてくれてたらね、看護婦さんは、冷たい顔されてたらね、その日一日憂うつになってくるのよね」といった、精神的側面への影響があると考えられる患者の反応があり、接遇に関しては、がん患者にとって重要なケアの一つと考え、患者に対応する必要がある。『病状への配慮』については、「病気以外の話をしてくれる」や「病気を意識させないように接してくれる」など、がんという疾患を意識させないような配慮を期待しており、がん患者特有のポイントが整理できた考えられる。『医師の代理』では、「最新の治療情報を提供してくれる」「民間療法についてのアドバイスをしてくれる」など、がん患者が治療への期待を強く持っている内容と考えられ、一般患者とは異なる内容が整理されていると考えられる。『他患者との情報交換』では、「同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる」「同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる」など、がんという疾患の経過や治療により病状がどのように変化するのかを知りたいといった、がん患者特有の内容であると考えられる。『入院環境への配慮』に関しては、「家族が付き添っていない間の患者様の状態や様子を家族に伝えてくれる」「大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる」「一人になれる時間を作ってくれる」といった、一般患者にも共通した内容となっている。これは、『満足できる接遇』と同じように、日常的なケ

アの中で、常に配慮が必要なポイントであると解釈できる。『安心感への対応』は、「ベッドサイドで話をしてくれる」「体に触れながら励ましてくれる」など、告知後の孤独感や不安に対するケアへの期待であると考えられ、このカテゴリーは、特にがん患者告知後の患者特有の期待であると考えられる。『日常生活に関わる医療情報』では、「現在の病状を解り易く説明してくれる」や「将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる」など、生命予後に関する不安がある中で、告知後の患者に特徴的なポイントであると言える。『症状への適切なケア』は、病状の変化や症状を和らげることへの期待であり、がん患者の症状コントロールへの期待が現れていると理解できた。

以上より、『満足できる接遇』や『入院環境への配慮』という2つのカテゴリーとそのポイントである「明るく接してくれる」「笑顔で接してくれる」「家族が付き添っていない間の患者様の状態や様子を家族に伝えてくれる」「大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる」などのポイントは、一般的な患者にも共通する内容と考えられるが、その他の『病状への配慮』『医師の代理』『他患者との情報交換』『安心感への対応』『日常生活に関わる医療情報』『症状への適切なケア』6つのカテゴリーとそのポイントに関しては、がん告知後の患者に特有の妥当性のあるカテゴリーとポイントが明らかになったと考えられる。

Table 1-2 インタビューおよび文献検討から整理した
「がん告知後の患者が期待する看護支援」

カテゴリー	ポイント	インタビューでの反応の内容
満足できる接遇	明るく接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・この看護婦さんは本当に明るくていい。 ・それとやっぱり、明るさは、絶対必要ですよ。 ・そうですね、いつも明るくて。 ・明るい方がいいです、声かけにくいと思うしね。
	笑顔で接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・笑顔でいて欲しいですね。 ・にこっとしてくれてたらね、看護婦さんは、冷たい顔されてたらね、その日一日憂鬱になってくるのよね。 ・やっぱり、看護婦さん、笑顔が支えになるし。
	元気に接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・朝は、元気な顔が見たいもんやなって、つくづく思う。
	優しく接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・この看護婦さん、みんな優しい感じがして、私は嬉しい。 ・挨拶第一やね。
	気軽に挨拶をしてくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱり、挨拶やね、そしたら言葉もかけやすくなるし、知らんぷりで挨拶もしないと言葉かけにくい。
	飾らない言葉で話をしてくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・さらっとした看護婦さんもいれば、冗談言うていく看護婦さんもいれば。
病状への配慮	励ましの言葉をかけてくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・廊下を歩いていても「がんばってる」って言われたらどんなに元氣付けられるか。 ・痛いときにがんばりや、この峠を超えたらびんびん元氣になるからと言われた時に、ま、若い子に励まされた。
	病気以外の話をしてくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・何でも、看護婦さんにいえるからそれがいいな。すごい気が楽。私が、がんだったのと、忘れてるときがあるんですよ。 ・看護婦さんが入れ替わり、立ち替わり来てくれるでしょ、毎日いろいろ話すことによって、気が晴れるし、こんなんや、あんなんや、いうことも、いろいろな面で助けてもらってる。
	病状や症状の変化を尋ねてくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・そうやな、励みちゅうんか、術後気にかけて見に来てくれるていうんかいな、それが一番安心してられるなという、感じ。 ・歩いていても、部屋の中をさりげなく見てくれたり、声をかけてくれたり、そんなことが嬉しいんです。
	看護師から「何でも言って下さいね」という言葉かけがある	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱりね、看護婦さんのほうから言ってくれたらいいすいというか、こちらもお願いしやすいかなと。 ・何でも聞いてよ、すぐに押してよ、という心遣い、何かあったら、すぐいいうてよという心遣い。
	病気を意識させないように接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・普通にしてくれるからいい、すっと言葉が出てくる。
	ある程度の距離を保って接してくれる	<ul style="list-style-type: none"> ・声かけてくれはって、相手してくれるだけで、十分です。ほっといてほしいです。しんどい時には助けてほしいけど、さしあたって。自分で動けるうちは。ボタン押したらすぐにきてくれるしね。

Table 1-2 インタビューおよび文献検討から整理した
「がん告知後の患者が期待する看護支援(続き)」

カテゴリー	ポイント	インタビューでの反応の内容
医師の代理	必要な時直ちに医師の指示を確認してくれる	・先生に言うてと不安をぱっと消しといて、次に来たときに、先生にちゃんと言ってるでいうて。
	最新の治療情報を提供してくれる	・丸山ワクチンにしても、はすみワクチンにしても、なんちゅうかなあ、勧めってくれる人あれば、自分にあうもんがあるんだからね。
	民間療法についてのアドバイスをしてくれる	・もと看護婦さんから見て、どう、飲んだほうがええと思う。大変と思うわ、なんか、さめの軟骨、これなんかやったら、思いつきり高いもんな。
	主治医と同じ内容(病状)を解り易く説明してくれる	・この人はこういう風な病気やとか、例えば、便がでにくいとか、あった場合に、先生に聞いてこの薬とこの薬を一緒に飲んでも大丈夫かとか、先生とちゃんと連絡とってね。
他患者との情報交換	同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる	・落ち込んでたんで、婦長さんがお友達のとこ連れてってあげるわいうて、同じ病気の患者 ベッド二人並べてもらて。嬉しかったですよ。励みになりましたよ。
	同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる	・それでも、放射線を受けてる方が来られると、本人があつて、どんな気分やったとか、どのくらいでもどのような生活ができたんかを聞かしてもらっただけでも、先生がこれはこう、おっしゃつても、本人じゃないのでやっぱりあつた人と。
	患者会(セルフ・グループ)に関する情報を提供してくれる	文献(池田,2001)(今井,1997)(高島,1994)検討から項目に追加。
入院環境への配慮	家族が付き添っていない間の患者様の状態や様子を家族に伝えてくれる	・いないときに何かあつたら、こんなことありましたねえ、今日は熱が出ましたか、そんなんは、ずっと言っていたいでいるので助かります。 ・そうですね、説明してもらったほうが家族も。 ・専属ではないからねえ、ただねえ、伝言してほしい。何かあつたら言つてほしい。
	大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる	・僕は看護婦さんに頼んで、個室に入れてもらったんです。見舞いもあんまり、みんなに来させません。
	一人になれる時間を作ってくれる	・ええ、落ち着きますね(個室のほうが)。そうですね。一人やったらさびしいからと聞くんですけど、私の場合には、人と話をするのが好きな性格なんですよ。だけど、一人でいるのも好きな性格なんです。

Table 1-2 インタビューおよび文献検討から整理した
「がん告知後の患者が期待する看護支援(続き)」

カテゴリー	ポイント	インタビューでの反応の内容
安心感への対応	頼まなくても必要なケアをしてくれる	・ま、ちょっとや飲むと、ほなら、氷嚢どうですか、あかんと、どしたらこんなんでしょうか、と提案してくる。次々に。
	看護師のほうから具体的なケアを提案してくれる	・頼みやすさ、そのこ来たらいいのになあと、こんなこといえんのみなあと、床ずれみたいになってきてますのでね。って、なんか、塗ってもらえますかとかから始めると、何か塗っておきましょうかから始まる人とは違うんですね。
	すぐに病室に来てくれる	・すぐに飛んできてくれますでしょ。
	すぐに対応してくれる	・なにしてほしい、これしてほしい言うたら、すぐにしてくれますでしょ。
	看護行為の確認を必ず行う	・どうやと、して良かったと聞きに来るは、自分のしたサービスを、やっぱり、やっとなことに対して、心が入って、こうどういのか。患者さんにあわしてくれはるのよね。
	ベッドサイドで話してくれる	・私はやっぱり話してもらった方が、気晴らしになってよかったですけどね。
	ベッドサイドにいてくれる	・ええ、私は、一人になるのが嫌でしたね。 ・いてほしいなと思いましたがね、看護婦さん夜勤だったらばたばたして大変でしょ。
	体に触れながら励ましてくれる	・背中さすってもらえたらなと思いましたがよ。だから、看護婦さんて、すごく忙しいでしょう。うーんだからもっと人増やして。
	どんな話も聞いてくれる	・冗談もあったほうがいいですね、こっちからも声がかげやすい。
	看護師間で患者様の情報を共有し適切にケアしてくれる	・24時間安心してられる、解ってくれる人が全員いると、あの人だけじゃないと、いちから説明せんでいい。 ・情報の一人取りより、公開的にやって、次はこれして、その都度先生は対他して、看護婦さんがサポートしてくれる、そんな方がいいと思うんですけどね。
不安に対して納得できるまで説明してくれる	・不安をお上手やなしに、口先で納得させてもらえたらと思う場面がたくさんあったな。	

Table 1-2 インタビューおよび文献検討から整理した
「がん告知後の患者が期待する看護支援(続き)」

カテゴリー	ポイント	インタビューでの反応の内容
日常生活に関わる医療情報	現在の病状について解り易く説明してくれる	・説明を聞くにしても、私ら事態が医学のことをあまりわからないとどう切り出したらいいか解らないでしょ。
	退院後の日常生活に即した具体的な説明をしてくれる	・それを先に聞きたいですよ、先生ええように言うてるけども、本当か、たしかめたりね、信頼でやらなあかん。
	現在の治療状況について解り易く説明してくれる	・MRとかCTとか、コンピュータ処理されて、3次元のシミュレータ通って、解るようになってるって、本人に言っても放射線の治療とかわからないもので。
	将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる	・それは、しっかりと説明してくれる看護婦さんがいたら安心しますよ。先生も話をしてくれますけどね。やっぱり、看護婦さんが経験の話をしてくれたら。 ・看護婦はここまでしか知らんとかそんな対応でなしに。
症状への適切なケア	病状の変化を覚えていてくれる	・「昨日熱出た、おはよう」こんな会話から入りますねん、その看護婦さん、一週間ほどまえに、コールして熱高かったんで、氷枕もってきてくれた、その時の熱というのを覚えていてくれた。
	病状を和らげる適切なケアをして くれる	・例えば、便が出にくいとか、あった場合に、先生に聞いて、この薬とこの薬と一緒に飲んでも大丈夫かとかいった場合に、こういうのを渡しましょうかとか、便秘やったらこういうのを渡しましょうかとか、言ってくれるんでね。
		・咳き込んだら、薬くださいって言ってないのに、薬持ってきてくれて、置いていってくれること。いつも見ていてくれるんだとびっくりします。

第2節 がん告知後の患者が期待する看護支援の構造

目的

臨床では、がん告知後の患者に対して、どのように関わることでより患者の疾患への適応を促すことに繋がるのか、その都度関わる看護師のスキルに委ねられている。そういった個人の関わり方の相違を無くし、専門的スキルに乏しいと考えられる新人看護師やがん患者に関わる経験の浅い看護師にとっても、患者が満足するケアの提供を行うことが望まれる。また、前節では、「がん告知後の患者が期待する看護支援」について、質的な検討に留まっており、実証的な妥当性の検討が必要であると考えられる。

そこで、本節では「がん告知後の患者が期待する看護支援」について、第1節で得られた39のポイントをもとに質問項目を作成し、これに因子分析を適用することで、実証的な検討を行うことを目的とする。

方法

調査期間

200X年5月から200X年10月末までの期間に質問紙調査を行った。

調査対象

A総合病院で、がん告知後初回入院の患者で、疾患に対する治療を継続的に受けている患者で、告知後の第1相、否認や絶望の時期ではなく主治医および病棟管理者が、質問紙調査を行える状態であると判断した59人のがん患者を対象とした。対象者は、がん告知後生じる精神的反応の第2から3相(不快の時期から適応の時期)までの時期にあり、胃がん19人、大腸がん12人、子宮頸がん・卵巣がん8人、肺がん6人、乳がん5人、肝がん4人、食道がん3人、腎臓がん1人、縦隔腫瘍1人、男性32人、女性27人であった。

告知後の平均日数は、23.82日(*SD* 10.22) , 対象者の平均年齢は、58.56歳(*SD* 13.75)であった。

調査方法

病棟管理者が対象者に筆者を紹介した後、筆者が研究の趣旨を対象者に再度説明し、研究への参加の同意が得られた患者に質問紙調査を行った。質問紙は、先行研究で得られた、心理過程第1相から3相に至るまでの「がん告知後患者が期待する看護」39のポイント (Table1-2) から、39の質問項目を作成し、「とてもそう思う」5点、「そう思う」4点、「どちらでもない」3点、「あまりそう思わない」2点、「思わない」1点の5件法として、インタビューで個別に調査をおこなった。視力の低下や筆記が困難な場合、筆者が質問紙の内容を読み記入した。自己で記入可能な場合は直接質問紙を渡し、後日質問紙を回収した。

分析方法

質問紙調査により得られたデータから、探索的因子分析(主因子法, プロマックス法)を行った。因子の解釈では、心理学専攻の教授および同研究室学生の意見を参考にしながら、因子に高い負荷(0.5以上)を示した項目の内容を検討した。

分析には、SPSS(Ver.16)を用いた。

倫理的配慮

対象者には、主治医及び病棟管理者の承認の後、病棟管理者からの十分なインフォームド・コンセントを行った。その上で同意が得られた患者に対して質問紙調査を行った。質問紙調査の前に再度筆者から研究の趣旨を説明し、研究に参加されない場合にも、不利益を被らないことを説明した。匿名性を保持するためにデータは数字で処理し、個人名を特定することはないこと、データは研究発表や論文発表以外には使用しないことを説明した。同意書への記名をもって研究への参加を確認した。

結果

「がん告知後の患者が期待する看護支援」39項目について、探索的因子分析を行った。因子の抽出は主因子法を用い、因子数はスクリープロットから、7因子とみなせたが、因子の解釈から、6因子、24項目とした。また、より際だった項目を明らかにするために、各因子の下位項目の因子負荷量は高い負荷量の0.5以上とした。『満足できる接遇』『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『満足できる看護行為』『不安への対応』『安心

感への対応』の6因子、24項目が明らかとなった(Table 1-3)。

第1番目の因子である『満足できる接遇』は、「気軽に挨拶をしてくれる」「笑顔で接してくれる」「励ましの言葉をかけてくれる」「明るく接してくれる」「優しく接してくれる」「元気に接してくれる」「飾らない言葉で話をしてくれる」「看護師から、何でも行って下さいね、という言葉かけがある」の8項目で、日常生活での一般的な対応といった、接遇への期待と判断した。『日常生活に関わる医療情報』では、「現在の病状について解り易く説明してくれる」「現在の治療状況について解り易く説明してくれる」「将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる」「家族が付き添っていない間の患者様の状態や様子を家族に伝えてくれる」「不安に対して納得できるまで説明してくれる」「ある程度の距離を保って接してくれる」の6項目であった。現在の医療情報に関して、情報を得て理解したいといった思いや、日々の生活の中での必要な情報の取得に関する項目であると判断した。『他患者との情報交換』では、「同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる」「同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる」「患者会(セルフ・グループ)に関する情報を提供してくれる」の3項目で、因子負荷量は0.82以上と高いもので、他の患者との交わりを期待する因子と判断できた。『満足できる看護行為』は、「大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる」「一人になれる時間を作ってくれる」「主治医と同じ内容(病状)を解り易く説明してくれる」の3項目で、これも因子負荷量は0.64以上と高く、患者の気持ちを察した看護行為に関しての期待と解釈した。『安心感への対応』は、「ベッドサイドで話をしてくれる」「ベッドサイドにいてくれる」という2項目であった。因子負荷量0.69以上で、これらの項目は、安らぎや寂しさへの対応に期待している内容と解釈した。『不安への対応』は、「症状を和らげる適切なケアをしてくれる」「民間療法についてのアドバイスをしてくれる」の2項目で、因子負荷量0.67以上であった。症状に関して対応できる方法を患者にアドバイスすることが、患者の不安を和らげることに繋がると解釈し、『不安への対応』とした(Table 1-3)。

共通性は、0.88 から 0.28 であった。因子間の相関は、-0.04 から 0.43 の値であった。『日常生活に関わる医療情報』と『他患者との情報交換』0.43, 『他患者との情報交換』と『満足できる看護行為』0.32, 『日常生活に関わる医療情報』と『満足できる看護行為』0.25, 『満足できる接遇』と『他患者との情報交換』0.23, 『満足できる接遇』と『日常生活に関わる医療情報』0.21 であった(Table 1-3)。

考察

本研究において、「がん告知後の患者が期待する看護」の支援内容の探索的因子分析では、24項目・6因子『満足できる接遇』『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『満足できる看護行為』『安心感への対応』『不安への対応』が明らかとなった。

市川(2001)は、「笑顔で接してくれた」が、がん告知後の患者が支えになったことの一つとして挙げている。三輪ら(2002)は、肯定的な思いがとどくような関係を終末期がん患者が望んでおり、このことが患者の苦痛を和らげ、希望を支えると述べている。本検討の『満足できる接遇』『安心感への対応』は、これらの研究とほぼ類似した支援内容であった。この接遇に関する因子は、がん以外の一般患者にも共通した看護支援であると考えられる。がん患者にとっては、更に必要不可欠な因子であり、日々の患者への関わりの中で、看護師は十分に理解し、意識して患者に関わる必要があることが示された。

また、がん患者の前向きな治療への参画に関するインタビュー調査(Sainio, Eriksson & Lauri, 2001)においては、十分な説明を受け治療に参画したい希望が強く、同じ病気の患者の治療情報を得て、医師と看護師から励まされたいという内容が積極的な治療参画につながると強調されている。中村・吉田(1997)が、がん告知後の患者の意見として挙げている「患者が情報交換の場を求めていること、自分の病気のことをもっと知りたいと感じていること、生活していく上で相談したいと思っていることがあること、医療者とのコミュニケーションが十分とは言えないこと」からも、がん告知後の患者には情報を得る場や情報を得たい欲求があることが判明した。記述しているように、『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『不安への対応』の3因子は、がん患者が、自ら情報を得て、前向きに疾患に適応し対処しようとするための、必要な支援内容であると考えられる。

『満足できる看護行為』は、患者の気持ちを察した看護行為に関しての期待であると解釈できた。項目の内容は、大部屋や個室という環境や、一人になれる時間を求めたり、看護師に、医師と同じ説明を期待するなど、患者側からすれば、医療者に遠慮し要求し難い内容であると解釈できた。『満足できる看護行為』は、看護師が患者に言葉かけをしながら、介入しなければならない項目であると考えられる。『安心感への対応』は、「ベッドサイドで話をしてくれる」「ベッドサイドにいてくれる」といった、告知後の患者の不安に対して重要なケアの項目と解釈できた。多忙な業務の中でも、特にがん告知後の患者には、安心感を与えるケアの重要性があると言える。

今回明らかとなった「がん告知後の患者が期待する看護支援」の内容を、特殊な場面での患者にも適応できるのかということ考えると、クリーンルーム入室患者のストレス要因に関する研究(山田, 2010a)で示されている、『予後ストレス』への対応として、特に、本研究で示された『日常生活に関わる医療情報』は、閉鎖空間で、移植という高度な医療を受け闘病生活をおくる患者にとっては、活用できる支援内容であると考えられる。

因子間相関は、『日常生活に関わる医療情報』と『他患者との情報交換』の間で、0.43と高い結果であった。これは、患者が治療への期待と不安の中で、様々な情報を入手し治療内容を理解した上で、治療に望みたいと希望しているものと考えられる。また、『他患者との情報交換』と『満足できる看護行為』では、0.32、『日常生活に関わる医療情報』と『満足できる看護行為』では、0.25であった。患者は、情報提供を看護師に対し、患者の要望を受け入れて欲しいという期待があると考えられる。『満足できる接遇』と『他患者との情報交換』で、0.23、『満足できる接遇』と『日常生活に関わる医療情報』で0.21と相関を認めた。患者は、医療情報の提供や他患者との情報交換といった、患者からは言い出しにくい内容のケアであっても、特別ではない状況で看護師にケアを期待しているものと解釈した。

本検討において得られた6因子、24項目は、患者からのインタビューから作成した39項目に、探索的因子分析を適用することによって得られたものである。この研究では、因子的妥当性を確認することが出来た。すなわち、具体的な支援内容が抽出されていることから、今後のがん告知後の患者支援に活用できるものと考えられる。加えて、がん患者に携わる経験の少ない看護師への教育的視点での活用として、がん告知後の患者への対応の内容が具体的に明らかになっていることで、臨床で活用しながら、スキルアップが可能になるものと考えられる。

Table 1-3 「がん告知後の患者が期待する看護支援」の探索的因子分析6因子24項目

	満足できる 接遇	日常生活 に関わる 医療情報	他患者と の情報交 換	満足でき る看護行 為	安心感へ の対応	不安へ の対応	共通性	平均値	SD
気軽に挨拶をしてくれる	0.84	0.01	-0.11	0.00	-0.12	-0.01	0.57	4.63	0.52
笑顔で接してくれる	0.83	0.02	-0.09	0.00	-0.15	-0.02	0.67	4.66	0.54
励ましの言葉をかけてくれる	0.77	0.09	-0.01	0.02	0.04	0.02	0.63	4.51	0.68
明るく接してくれる	0.76	-0.08	0.00	-0.12	0.09	0.08	0.57	4.61	0.56
優しく接してくれる	0.75	0.00	0.02	-0.07	-0.03	0.00	0.56	4.66	0.58
元気に接してくれる	0.74	-0.02	-0.22	-0.12	0.02	0.07	0.52	4.59	0.62
飾らない言葉で話してくれる	0.60	0.04	0.10	-0.10	-0.08	-0.02	0.40	4.59	0.62
看護師から「何でも言って下さいね」という言葉かけがある	0.53	-0.09	0.17	-0.13	0.04	0.00	0.32	4.61	0.62
現在の病状について解り易く説明してくれる	-0.21	0.87	-0.08	0.14	-0.10	-0.22	0.71	3.71	1.15
現在の治療状況について解り易く説明してくれる	0.02	0.81	0.07	-0.09	-0.07	-0.03	0.68	4.19	1.01
将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる	0.18	0.73	0.13	-0.12	0.02	-0.01	0.68	3.93	1.14
家族が付き添っていない間の患者様の状態や様子を家族に伝えてくれる	-0.08	0.65	-0.10	0.05	-0.05	0.16	0.47	3.19	1.36
不安に対して納得できるまで説明してくれる	0.07	0.62	0.23	-0.10	0.26	0.14	0.68	4.02	1.15
ある程度の距離を保って接してくれる	-0.01	0.50	0.01	0.02	0.14	-0.10	0.28	3.83	0.89
同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる	-0.12	-0.04	0.98	-0.07	0.09	0.01	0.85	3.08	1.24
同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる	-0.07	0.01	0.98	-0.12	0.07	0.03	0.88	3.20	1.24
患者（セルフ・グループ）会に関する情報を提供してくれる	-0.17	0.04	0.82	0.15	0.07	-0.07	0.74	2.88	1.38
大部屋や個室などの部屋の希望を聞いてくれる	-0.13	0.04	-0.19	0.75	-0.02	0.17	0.60	3.69	1.26
一人になれる時間を作ってくれる	-0.35	0.01	0.00	0.66	0.00	0.25	0.65	2.98	1.35
主治医と同じ内容（病状）を解り易く説明してくれる	-0.02	0.39	0.03	0.64	0.03	-0.19	0.67	3.68	1.31
ベッドサイドで話をしてくれる	-0.10	-0.08	0.13	0.15	0.90	0.04	0.82	3.54	1.16
ベッドサイドにいてくれる	0.00	0.05	0.10	-0.09	0.69	0.16	0.50	2.56	1.13
病状を和らげる適切なケアをしてくれる	0.11	-0.13	-0.06	-0.11	0.32	0.89	0.79	4.20	1.53
民間療法についてのアドバイスをしてくれる	-0.17	0.07	0.13	0.19	-0.30	0.67	0.79	2.95	1.51
体に触れながら励ましてくれる	0.25	0.29	-0.02	0.17	0.34	0.32	0.49	2.97	1.11
最新の治療情報を提供してくれる	0.28	-0.18	0.25	0.36	-0.30	0.18	0.49	4.24	1.01
必要な時直ちに医師の指示を確認してくれる	0.31	0.21	-0.09	0.13	0.00	0.12	0.21	4.75	0.44
病気を意識させないように接してくれる	0.15	0.05	0.33	-0.03	0.06	0.10	0.18	3.90	1.01
退院後の日常生活に即した具体的な説明をしてくれる	-0.04	0.40	0.32	-0.40	-0.38	0.09	0.54	4.20	1.10
病状の変化を覚えていてくれる	0.15	0.10	0.26	0.42	0.03	0.05	0.38	4.49	0.75
看護行為の確認を必ず行う	0.08	0.46	-0.05	0.14	-0.01	0.03	0.27	4.64	0.66
看護師間で患者様の情報を共有し適切にケアしてくれる	0.24	0.40	-0.18	0.09	-0.20	-0.02	0.25	4.29	0.91
すぐに病室に来てくれる	0.40	0.09	-0.05	0.12	0.12	-0.02	0.22	4.78	0.42
すぐに対応してくれる	0.48	0.11	-0.19	0.06	0.07	-0.04	0.26	4.78	0.42
どんな話も聞いてくれる	0.08	0.42	0.00	0.08	0.37	-0.10	0.37	3.73	1.06
頼まなくても必要なケアをしてくれる	0.47	-0.22	0.43	0.33	-0.04	-0.11	0.63	3.90	1.09
病状や症状の変化を尋ねてくれる	0.45	-0.03	0.27	0.11	-0.08	-0.12	0.44	4.63	0.55
看護師のほうから具体的なケアを提案してくれる	0.09	0.05	0.25	0.32	0.05	-0.15	0.27	4.29	0.87
病気以外の話をしてくれる	0.02	-0.09	0.01	0.41	0.13	-0.21	0.20	3.71	1.05
満足できる接遇	1.00								
日常生活に関わる医療情報	0.21	1.00							
他患者との情報交換	0.23	0.43	1.00						
満足できる看護行為	0.10	0.25	0.32	1.00					
安心感への対応	0.05	0.05	-0.08	-0.01	1.00				
不安への対応	-0.04	0.18	0.13	0.19	-0.10	1.00			

第3節 がん告知後適応に至るまでの患者が期待する看護支援

—がん以外の患者との比較検討—

目的

本節では、がん告知後第2相から3相(Holland, & Rowland, 1989; 山脇・内富, 1996)にある患者と、治療後病状が安定し生命への不安のないがん以外の患者を対象に、看護師に期待する看護支援の内容に違いがあるのかどうか、比較検討する。がん告知後の患者と、がん以外の患者がもつ因子構造を比較し、潜在する因子を探索することによって、がん告知後第2相から3相にある患者が期待する看護支援の特徴を明らかにする。具体的には、第1章、第2節で検討した、「がん告知後の患者が期待する看護支援」の39ポイント(Table 1-2)を用いて39項目の調査票を作成し、がん告知後の患者とがん以外の患者を併せたデータから、探索的因子分析を行い、両者の因子得点の比較と抽出された項目を比較する。長期的にQOLを維持する看護支援を考えた時、特に、不安や抑うつを克服しようと努力する第2相から3相の「適応」までのニーズを明確にすることが看護支援における重要な示唆になると考えられる。がん告知後の不安を抱えながら疾患への適応に努める時期にある患者に特徴的で、具体的な看護支援の内容を明らかにする。

更に、がん告知後の患者が看護師にどのような看護を期待しているのかという内容を詳細に分析して、重要度の高い支援内容を明らかにすることを目的とする。

方法

調査期間

200X年5月から200X年10月末の期間(A病院で調査)及び、200Y年6月から200Y年10月末の期間(B病院で調査)に調査を行った。

調査対象

A病院に入院中のがん告知後の患者59人とB病院のがん以外の患者141人を対象とした。がん告知後の患者として、A病院でがん告知され、心理過程の第2相から3相の時期にある初回入院の患者で、病棟管理者が条件に合致していると判断した患者を対象とした。がん告知後

の患者は、胃がん 19 人、大腸がん 12 人、子宮頸がん・卵巣がん 8 人、肺がん 6 人、乳がん 5 人、肝がん 4 人、食道がん 3 人、腎臓がん 1 人、縦隔腫瘍 1 人、男性 32 人、女性 27 人であった。

がん以外の患者は、生命への危機的な状態ではないと病棟管理者が判断した患者とした。脊椎・関節疾患が 128 人、心疾患 11 人、呼吸器疾患 1 人、婦人科疾患 1 人、男性 62 人、女性 79 人であった。両群の平均年齢は、がん告知後の患者が 58.56 歳、がん以外の患者が 58.81 歳であった(Table 1-4)。

Table 1-4 がん告知後の患者とがん以外の患者背景

がん告知後の患者(n=59)		がん以外の患者(n=141)	
胃がん	19	脊椎・関節疾患	128
大腸がん	12	心疾患	11
子宮頸がん・卵巣がん	8	呼吸器疾患	1
肺がん	6	婦人科疾患	1
乳がん	5		
肝がん	4		
食道がん	3		
腎臓がん	1		
縦隔腫瘍	1		
診断後平均日数	23.81(SD 10.22)	診断後平均日数	1540.09(SD 2450.09)
男性	32	男性	62
女性	27	女性	79
平均年齢	58.56(SD 13.75)	平均年齢	58.81(SD 17.61)

調査方法

測定変数として、第 1 章、第 1 節で明らかにした、心理過程第 1 相から 3 相に至るまでの「がん告知後の患者が期待する看護支援」39 ポイント(Table 1-2)を使用し、質問紙を作成した。質問紙は、「とてもそう思う」5 点、「そう思う」4 点、「どちらでもない」3 点、「あまりそう思わない」2 点、「思わない」1 点の 5 件法とした。

調査は、質問紙調査とした。対象者が筆記困難な場合、筆者が質問紙の内容を読み、記入した。自己で記入可能な場合は、直接質問紙を渡し、後日質問紙を回収した。

分析方法

質問紙調査から得られたがん告知後の患者と、がん以外の患者を併せたデータから、探索的因子分析(主因子法、プロマックス法)を行った。因子の解釈では、心理学専攻の教授および同

研究室学生の意見を参考にしながら、因子に高い負荷(0.5 以上)を示した項目の内容を検討した。個人の得点の計算では、尺度得点ではなく、独自性(特殊性と測定誤差)から独立した個人の因子得点(芝, 1979; Thurstone, 1947)を算出する方法を用いた。探索的因子分析の結果から得られた因子得点について、がん告知後の患者とがん以外の患者から得られた項目間の有意差を確認するために、*t* 検定を用いた。

分析では、SPSS(Ver.18)を用いた。

倫理的配慮

対象者には、主治医及び病棟管理者の承認の後、病棟管理者からの十分なインフォームド・コンセントを行った。その上で同意が得られた患者に対して質問紙調査を行った。質問紙調査の前に再度筆者から研究の趣旨を説明し、研究に参加されない場合にも、不利益を被らないことを説明した。匿名性を保持するためにデータは数字で処理し、個人名を特定することはないこと、データは研究発表や論文発表以外には使用しないことを説明した。同意書への記名をもって研究への参加を確認した。

対象者が所属する施設管理者への研究内容、倫理的配慮への説明を行い、承認を得たうえで調査を行った。

用語の定義

本研究の「がん告知後適応に至るまでの患者」とは、「がん告知後第 2 相から 3 相にあり、不安を抱えながら疾患への適応に努める時期にある患者」とした。

結果

A 病院のがん告知後の患者 59 人と、B 病院のがん以外の患者 141 人について、対象者全員から回答を得た。

がん患者とがん以外の患者全体の探索的因子分析では、24 項目 6 因子『満足できる接遇』『日常生活に関わる医療情報』『信頼できる対応』『不安への対応』『他患者との情報交換』『生命に直結した医療情報』が抽出された(Table 1-5)。因子間の相関は、0.09 から 0.66 の正の値であり、患者が期待する看護支援の 6 因子が相互に関連している結果であった。

がん告知後の患者とがん以外の患者の因子得点の比較では、『信頼できる対応』において、が

ん告知後の患者の方が 1%水準で有意に高かった($t(198) = 4.65$)(Figure 1-1)。『信頼できる対応』の中には「すぐに対応してくれる」「すぐに病室に来てくれる」「看護行為の確認を必ず行う」の3項目が含まれ、項目間の比較では、すべて1%水準で有意差があった(Table 1-6)。その他の項目間で1%水準で有意差があったのは、『満足できる接遇』の項目「励ましの言葉をかけてくれる」($t(198) = 3.29$)、『生命に直結した医療情報』の項目「最新の治療情報を提供してくれる」($t(198) = 3.52$)2項目(Table 1-6)であった。また、項目間で5%水準で有意差があった項目は、『満足できる接遇』の「飾らない言葉で話をしてくれる」($t(198) = 2.38$)、『日常生活に関わる医療情報』の「現在の病状について解りやすく説明してくれる」($t(198) = -2.40$)、『不安への対応』の「ベッドサイドにいてくれる」($t(198) = -2.33$)の3項目であった。

全体的な項目の平均値は、『満足できる接遇』『信頼できる対応』で、がん告知後の患者とがん以外の患者ともすべての項目で4以上、半分以上の項目で4.5以上と全体に高い傾向にあった(Table 1-6)。『不安への対応』『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『生命に直結した医療情報』の項目では、平均値4.0、3.0以下が混在し、『最新の治療情報を提供してくれる』が4.24であったが、全体に低い傾向にあった(Table 1-6)。

Table 1-5 「期待する看護」の探索的因子分析結果
(因子パターン, 共通性, 因子間相関)と項目の平均値

	満足で ける接 遇	日常生 活に関 わる医 療情報	信頼 でき る対 応	不安へ の対 応	他患者 との情 報交換	生命に 直結し た医療 情報	共通性	平均値	SD
明るく接してくれる	0.90	0.00	-0.08	-0.06	-0.04	0.00	0.74	4.61	0.58
笑顔で接してくれる	0.90	0.01	-0.10	-0.10	-0.07	0.14	0.74	4.63	0.59
優しく接してくれる	0.81	-0.08	-0.01	0.07	0.02	-0.07	0.66	4.61	0.62
気軽に挨拶してくれる	0.78	0.02	0.05	-0.03	-0.03	0.10	0.68	4.54	0.61
元気に接してくれる	0.76	-0.15	0.05	0.00	0.06	-0.16	0.55	4.57	0.61
飾らない言葉で話してくれる	0.64	-0.06	0.13	-0.05	0.23	-0.07	0.51	4.43	0.65
看護師から「何でも言って下さいね」という言葉かけがある	0.57	0.06	0.13	0.01	0.10	-0.24	0.54	4.46	0.75
励ましの言葉をかけてくれる	0.53	0.02	0.08	0.25	0.08	0.11	0.58	4.21	0.86
現在の治療状況について解り易く説明してくれる	-0.01	0.95	-0.07	-0.01	0.00	-0.07	0.72	4.08	1.02
現在の病状について解り易く説明してくれる	-0.07	0.80	-0.12	-0.03	0.00	-0.01	0.47	3.98	1.01
将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる	-0.03	0.78	0.00	0.10	0.16	-0.03	0.71	3.85	1.11
主治医と同じ内容(病状)を解り易く説明してくれる	-0.08	0.67	-0.08	-0.07	-0.09	0.25	0.50	3.82	1.19
退院後の日常生活に即した具体的な説明してくれる	0.05	0.59	0.15	-0.13	0.19	-0.04	0.51	4.04	1.05
看護師のほうから具体的なケアを提案してくれる	0.12	0.51	0.18	-0.07	-0.06	-0.10	0.47	4.11	0.9
すぐに対応してくれる	0.14	-0.02	0.84	-0.07	-0.06	0.08	0.78	4.58	0.67
すぐに病室に来てくれる	0.14	-0.07	0.81	0.02	0.00	0.03	0.70	4.52	0.74
看護行為の確認を必ず行う	-0.01	0.11	0.60	-0.06	0.05	-0.07	0.48	4.33	0.79
ベッドサイドにいてくれる	0.04	-0.07	-0.20	0.83	0.03	0.00	0.60	2.86	1.17
ベッドサイドで話してくれる	-0.11	0.05	0.14	0.73	-0.03	-0.31	0.62	3.71	1.04
体に触れながら励ましてくれる	-0.02	-0.09	0.01	0.61	0.06	0.24	0.52	2.94	1.19
同じ病気の患者様と話をする機会を設けてくれる	0.05	-0.02	-0.03	-0.01	0.87	0.20	0.88	3.05	1.25
同じ治療を受けている患者様と話をする機会を設けてくれる	0.07	0.09	0.00	0.03	0.85	0.07	0.86	3.16	1.21
民間療法についてのアドバイスしてくれる	-0.04	0.08	-0.10	-0.04	0.19	0.59	0.50	3.08	1.32
最新の治療情報を提供してくれる	0.03	0.18	0.11	-0.08	0.13	0.55	0.53	3.82	1.11
満足できる接遇	1.00								
日常生活に関わる医療情報	0.42	1.00							
信頼できる対応	0.51	0.66	1.00						
不安への対応	0.24	0.50	0.38	1.00					
他患者との情報交換	0.09	0.44	0.23	0.26	1.00				
生命に直結した医療情報	0.15	0.50	0.31	0.44	0.26	1.00			

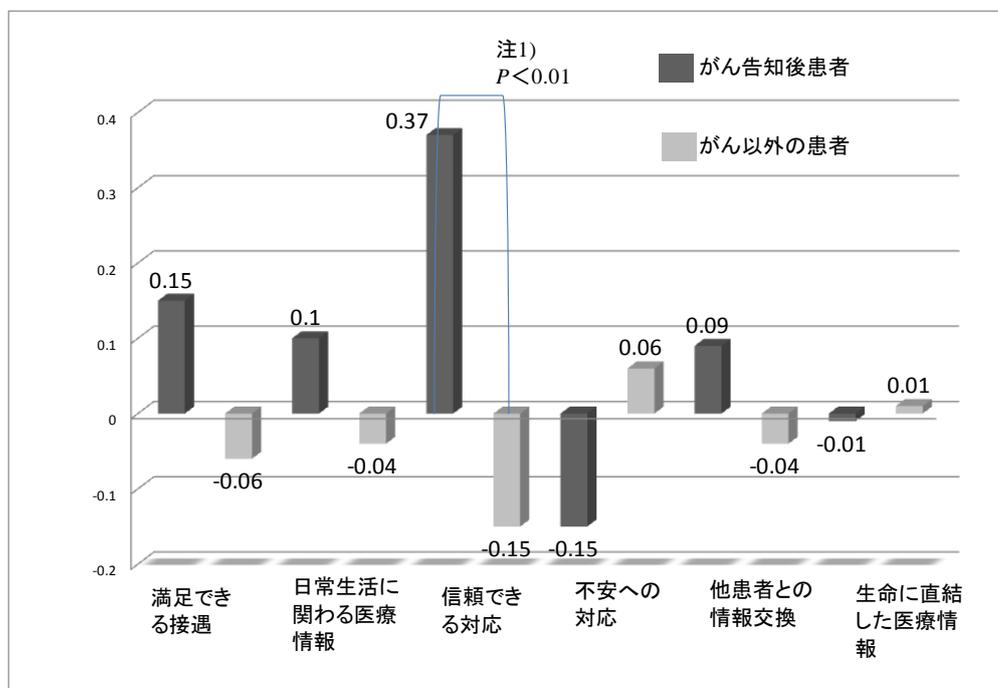


Figure 1-1 因子得点の比較 注1) $t(198) = 4.65$

Table 1-6 項目間の平均値の比較

因子名	項目	患者区分	平均値	自由度	P値
満足できる 接遇	明るく接してくれる	がん告知後の患者	4.61	198	1.00
		がん以外の患者	4.61		
	笑顔で接してくれる	がん告知後の患者	4.66	198	0.64
		がん以外の患者	4.62		
	優しく接してくれる	がん告知後の患者	4.66	198	0.41
		がん以外の患者	4.58		
	看護師から「何でも言って下さいね」という言葉かけがある	がん告知後の患者	4.61	198	0.06
		がん以外の患者	4.39		
	気軽に挨拶をしてくれる	がん告知後の患者	4.63	198	0.16
		がん以外の患者	4.50		
元気に接してくれる	がん告知後の患者	4.59	198	0.73	
	がん以外の患者	4.56			
飾らない言葉で話をしてくれる	がん告知後の患者	4.59	198	0.02	
	がん以外の患者	4.35			
励ましの言葉をかけてくれる	がん告知後の患者	4.51	198	0.00	
	がん以外の患者	4.08			
日常生活 に関わる 医療情報	現在の治療状況について解り易く説明してくれる	がん告知後の患者	4.19	198	0.32
		がん以外の患者	4.03		
	現在の病状について解り易く説明してくれる	がん告知後の患者	3.71	198	0.03
		がん以外の患者	4.09		
	将来の治療の見通しを解り易く説明してくれる	がん告知後の患者	3.93	198	0.48
		がん以外の患者	3.81		
	主治医と同じ内容（病状）を解り易く説明してくれる	がん告知後の患者	3.68	198	0.28
		がん以外の患者	3.88		
	退院後の日常生活に即した具体的な説明をしてくれる	がん告知後の患者	4.20	198	0.14
		がん以外の患者	3.96		
看護師の方から具体的なケアを提案してくれる	がん告知後の患者	4.29	198	0.07	
	がん以外の患者	4.04			
信頼できる 対応	すぐに対応してくれる	がん告知後の患者	4.78	198	0.00
		がん以外の患者	4.49		
	すぐに病室に来てくれる	がん告知後の患者	4.78	198	0.00
がん以外の患者		4.41			
看護行為の確認を必ず行う	がん告知後の患者	4.64	198	0.00	
	がん以外の患者	4.20			
不安への 対応	ベッドサイドにいてくれる	がん告知後の患者	2.56	198	0.02
		がん以外の患者	2.98		
	ベッドサイドで話をしてくれる	がん告知後の患者	3.08	198	0.77
がん以外の患者		3.03			
体に触れながら励ましてくれる	がん告知後の患者	3.20	198	0.74	
	がん以外の患者	3.14			
他患者との 情報交換	同じ病気の患者様と話す機会を設けてくれる	がん告知後の患者	3.54	198	0.14
		がん以外の患者	3.78		
	同じ治療を受けている患者様と話す機会を設けてくれる	がん告知後の患者	2.97	198	0.84
がん以外の患者		2.93			
生命に直 結した医 療情報	民間療法についてのアドバイスをしてくれる	がん告知後の患者	2.95	198	0.39
		がん以外の患者	3.13		
	最新の治療情報を提供してくれる	がん告知後の患者	4.24	198	0.00
がん以外の患者	3.65				

考察

がん告知後の患者とがん以外の患者が期待する看護支援6因子『満足できる接遇』『日常生活に関わる医療情報』『信頼できる対応』『不安への対応』『他患者との情報交換』『生命に直結した医療情報』が抽出された。この因子構造をもとに、がん告知後の患者が期待する看護支援の内容の特徴的な部分を比較検討した。

因子得点、項目の比較においては、ほかの因子より際立って、がん告知後の患者が『信頼できる対応』を期待していた。がん告知後第2相「不快」の時期から第3相「適応」に至るまでの患者は、治療後病状が安定し、生命への不安のない時期の患者と比較し、『信頼できる対応』をより期待していることが明らかになった。告知後適応に至るまでの患者は、最悪のケースを仮想して混乱しやすく、集中力が低下し、不安も増強する(末舛・笹子, 1994)。この時期の患者が『信頼できる対応』を期待する根底には、最悪のケースである死への不安に対して安心感を期待しているからだと考えられる。生命を保障する最良の方法として、速やかに確実に対応してくれる支援を期待することは、当然であろう。『信頼できる対応』の項目は、「すぐに対応してくれる」「すぐに病室に来てくれる」「看護行為の確認を必ず行う」3項目であった。がん以外の患者の項目平均値も高かったが、がん告知後の患者が有意に期待していたことは、がん患者のセルフケア能力の低下からくる不安への対応の必要性や、更に安心感を与えるための、行為の確認といった看護支援を重要な行為として行う必要があることが明らかになった。

また、『満足できる接遇』の「励ましの言葉をかけてくれる」「飾らない言葉で話をしてくれる」、『生命に直結した医療情報』の「最新の治療情報を提供してくれる」、『日常生活に関わる医療情報』の「現在の病状について解りやすく説明してくれる」、『不安への対応』の「ベッドサイドにいてくれる」の項目において、がん告知後の患者がより期待している結果であった。生命への危機感がある患者の心情を考えたとき、言葉での励ましとともに、傍らにいてくれるだけでいいといった、不安への寄り添いも期待していることは理解できる。そして、生命への危機的な状況においては、看護師にも最新の医療情報や病状の説明を求めており、医師との協働のもとに、看護師も正確な現在の患者の状況に即した医療情報の提供が必要であることが理解できた。

『満足できる接遇』に関しては、因子得点の差がなく、全体の平均値が高い結果であった。接遇に関しては、日常の看護サービスとして当然期待されることであり、全体の平均値が高くなったものと考えられる。しかし、看護師の真剣であたたかい言葉や態度、気づかひや、心配

りが告知後のプロセスを支えるといった報告(梅田・高田・川上, 2004)や, 対象のがん患者が初回入院ということを考慮した場合, コミュニケーションにおける接遇は, 重要な支援である。今回, 『満足できる接遇』は, 因子得点の比較では有意差がなかった。しかし, 項目で有意差のあった「励ましの言葉をかけてくれる」および, 『満足できる接遇』の7項目は, がん告知後患者への重要な支援であると意識し, 患者に関わる必要がある。

『不安への対応』『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『生命に直結した医療情報』に関しては, 全体に平均値が低く因子得点も差がない結果であった。

今回比較したがん以外の患者は, 生命への危機感がなく, 社会生活でのセルフケアも確立している可能性があり, 不安や日常生活の自立に向けた情報に関して, 欲求が低いことが要因と考えられた。がん告知後の患者では, 第2相の抑うつ的な不快の時期の患者が含まれており, 『不安への対応』は患者にとって過剰な負担感に感じられたこと, 『日常生活に関わる医療情報』『他患者との情報交換』『生命に直結した医療情報』においては第2相から3相の患者が混在し, 情報に順応する適応の時期に必要なとされる情報収集に関しての欲求が低かったものと推察する。

第4節 本章のまとめ

第1節では、がん告知後に療養中の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているかを明らかにすることに取り組んだ。がん告知後の患者への直接的なインタビュー調査から、質的に具体的な内容を抽出した。8カテゴリー、39ポイントは、「がん患者が期待する看護支援」に関して、患者と医療者との相互作用における関係性を含めた、具体的な内容となっている。そして第2節では、第1節で得られた39ポイントから作成した項目の「がん告知後の患者が期待する看護支援」に関して、探索的因子分析という手法により、因子構造を検討し、因子的妥当性を明らかにすることができた。

第3節では、がん告知後適応までの時期とされる、第2相から3相(Holland, & Rowland, 1989; 山脇・内富, 1996)の患者と、治療後病状が安定しているがん以外の患者を対象に、「期待する看護」に違いがあるのかを比較検討した。がん告知後の患者とがん以外の患者を比較したことにより、「がん告知後の患者が期待する看護支援」が、より際立った結果となっている。中でも、明確に期待されていた3項目、「すぐに対応してくれる」、「すぐに病室に来てくれる」「看護行為の確認を必ず行う」という『信頼できる対応』は、看護師が臨床で、この3つの項目を看護ケアとして実践できる具体的な内容となっている。齋藤(2010)は、白血病患者における告知後の緊急入院時の体験から、病状など状況の捉え難さという体験があることを指摘している。医療者と患者の病状理解や治療内容のギャップは、常に存在し、そのギャップからの不安は、更に適応を妨げることに繋がると考えられる。

患者は常に、病状への不安を抱きながら闘病している状態であり、医療者との信頼関係を常に確認したいという期待が、『信頼できる対応』という結果に繋がっていると推察する。

クリーンルームで闘病生活をおくる血液疾患患者は、がんの告知に加え、大量化学療法という過酷な治療、閉鎖環境での家族を含めた社会との関わりの制限、そして、長期療養による、治療費の負担や失業の可能性など、更に適応を妨げる要因が混在している。告知後の患者への支援が明らかになったことで、クリーンルーム入室直後の患者にも、今回の研究の結果を踏まえた対応を意識して行うことで、疾患への適応を促すことが可能となると考えられる。

加えて、具体的な「がん告知後の患者が期待する看護支援」の内容と際だったの、がん患者への対応が明らかになったことは、今後、新人看護師やがん患者に携わる機会の少ない看護師の臨床で活用出来る支援として、個々の看護師のスキルアップや教育においても貢献できるものと考えられる。

そこで、次章では、がん患者に関わる看護師の専門的な教育に着目し、個々の看護師のスキルアップ教育の必要性と、専門性を伸ばすキャリアアップ教育について考えてみることにする。

注記

第1章、第1節は、山田(2010b)に、第3節は、山田(2012a)に加筆、修正を行ったものである。

第2章 がん患者に携わる看護師の専門的教育の必要性

問題

がん患者の多くは、化学療法という過酷な治療を強いられる。吐き気や倦怠感のみならず、骨髄抑制といった生命の危険を伴う副作用を避ける事が出来ない。また、QOLの観点から捉えると、脱毛や手足のしびれによる日常生活全般への支障をきたす。そして、苦しい治療をしたとしても、完治の可能性が少なく、延命のみの治療となる疾患もあれば、不妊の可能性や移植をするかどうかの問題など、社会生活をする上で治療をする方が良いのかどうか、自己決定することを強いられる。特に、血液疾患患者の多くは、生命の危険を伴い、社会生活を脅かす治療を、クリーンルームという閉鎖環境で受けることとなる。患者にとって、化学療法の種類や副作用への対処方法、治療に伴って変化するこれまでの生活状況に関して、専門的な情報提供を行いながら、患者を支える看護の役割は重要である。患者の社会的側面である家族背景や生活背景を理解し、患者の困りごとにすぐに対応するためには、看護師もまた、現疾患に加えて、化学療法という特殊な治療の内容を理解し、治療の選択などの自己決定を支え、患者が必要とする専門的な内容を情報提供できるスキルが必要となってくる。

的確な情報提供や指導は、患者の不安を解消し、辛い闘病生活の中で安心感を提供することに繋がる。告知後の自己決定を支えるために、化学療法の種類や副作用など、医師の領域を超えての学びは必要である。患者の身体的・精神的・社会的側面を含めアプローチするためには、看護師もまた、治療や化学療法における専門的知識を培うことが必要と考えられる。この章では、がん看護に携わる看護師の看護教育についての現状から、今後の教育の有り様について考えてみることにする。

第1節 がん患者に携わる看護師教育

鈴木(2009)は、海外における看護教育として、上級実践看護師の教育について紹介している。患者のニーズを満たすために看護職の境界線を広げることの必要性を述べている。検査のオーダーや患者を入院させる権限、医学的な診断や治療を行うことなど、医師と同等の権限を与えられているところを強調している。日本では、日本看護協会が認定している、専門看護師制度^{注1)}があるが、その役割の中には、上記のような医学的側面の権限は求められていない。患者や臨床看護師の教育的立場からアプローチ、看護学の向上が期待されている。日本の専門看護師(Certified Nurse Specialist: CNS)が臨床において教育に携わっている報告としては、がん診療拠点病院でがん看護研修を企画・開催している看護師を対象としたものがある。専門看護師が一般の看護師への継続的なキャリアアップ支援を行い、その成果が報告されている(田墨・荒尾・千崎・中村・坪井・根岸・長谷川・林・奥野・村木・成松・花出・鈴木, 2013)。がん看護の教育、研修については、コンサルテーション(相談)スキルの開発にニーズを持っていることなど、研修の成果が明らかとなっている。同じく、日本看護協会が認定している制度として、認定看護師制度がある。平成18年にがん対策基本法が制定されてから、がん看護領域の認定看護師登録者数は急激に増加し、平成25年7月現在で、3706人(菅野・荒尾・千崎・大野・酒井・鈴木, 2013)となっている。実践での専門的関わりを役割とした、認定看護師に対し、交流集会をもつことで、継続的なキャリアアップの効果が報告されている。認定看護師間でディスカッションにすることで、他部門との協働や看護師間の協働の必要性が明らかになったことが報告されている(菅野ら, 2013)。

しかしながら、がん診療連携拠点病院におけるスタッフナース(資格認定されていない看護師)教育については、全国各地のがん診療拠点病院という個々の施設に委ねられ、着手されていない現状も指摘されている(鈴木, 2009)。専門看護師や認定看護師という看護職におけるスペシャリスト達は、その資格維持と役割維持のために、全国レベルで互いの連携を保ちながら、一貫したスキルアップ教育に勤しんでいる。しかし、がん患者に一番身近に関わる看護師教育においては、全国レベルでの組織的な教育の体制が構築されていない現状にある。

2006年にがん対策基本法が制定され、がん医療は、どこにいても均等に受けられるという均てん化がすすめられ、がん診療連携拠点病院においては質の高いがん医療が求められるようになった。がん医療の均てん化をすすめていく上で、専門的資格を習得していない看護師に対する教育は、重要な課題と考えられる。がん対策基本法の中には、専門的な知識および技能を有

する医師，その他の医療従事者の育成等が示されている(若尾，2008)。患者の日常生活を支える看護師への専門教育の必要性は，言うまでもない。

チーム医療を柱に進められているがん医療では，患者・家族にとって何が一番大切かを考えながら実践する看護の役割は重要である(山口，2010)。がん専門病院ではキャリアアップに向けた教育プログラムの作成(士師，2008)や，がん専門コース研修の企画(和田，2011；尾木，2009)に関しての報告がある。そういった施設に従事する看護師は，専門的な知識を習得しなければならないという義務感とこれからのキャリアに関して自ら選択し専門性を伸ばしたいという志向性を持ち日々の業務に従事していると考えられる。

日本看護協会が専門看護師・認定看護師資格認定制度を導入してから10年余り，看護の専門性に対する関心は，高まってきた。加えて，外来での化学療法が急速に普及し，QOLの多様化，化学療法の適用の変化(田村，2008)など患者に関わる看護師の専門教育へのニーズも高い。日本看護協会による資格認定制度の要請機関を持たない県下において，看護師の40.9%が専門看護師，56.5%が認定看護師資格取得を希望，看護師のキャリア形成を支援するために，キャリア形成に向けた個別的な相談体制と柔軟な教育カリキュラムの必要性が指摘されている(山口・八代・吉留，2010)。キャリアアップへの意識や継続意欲の高いものは，専門性の職務満足度が高いという報告(清末・阿部・細越，2009)もあり，質の高い専門教育を行う場面では，受講者のキャリアへの意欲を理解し向上させる教育プログラムを思考することが重要な視点であると考えられる。

注1) 認定看護師制度は，特定の看護分野において，熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる認定看護師を社会に送り出すことにより，看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかることを目的としている。実践・指導・相談が主な役割となっている。専門看護師制度は，複雑で解決困難な看護問題を持つ個人，家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための，特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより，保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかることを目的としている。実践・指導・相談・調整・倫理調整・研究・教育が主な役割となっている(公益社団法人 日本看護協会 資格認定制度専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 (2013))。

第2節 がん患者に携わる専門的役割を担う看護師の育成

目的

がん対策基本法の制定後、がん診療連携拠点病院においては質の高いがん医療が求められるようになった。日常生活を支える看護師への専門教育の必要性は、言うまでもなく、がん医療の均てん化をすすめる上では、専門的資格を習得していない看護師に対する教育は重要な課題と考えられる。がん診療連携拠点病院におけるスタッフナース(資格認定されていない看護師)教育については、全国各地のがん診療連携拠点病院での教育体制に委ねられている現状がある。

ここでは、がん診療連携拠点病院で独自に行ったスタッフナースに対する、がんの専門的な研修においての結果を報告する。看護の専門教育において看護師自身のキャリアへの意欲に着目し、キャリア選択自己効力感尺度(花井, 2008)を参考に筆者が改編した尺度を用いて、がん専門研修受講者のキャリアアップへの意欲に関して調査した結果を論ずることとする。

研修毎の尺度得点、受講者のがん患者経験年数とキャリアアップ意欲の比較から研修内容に対する受講者の意欲と変化の特徴を分析し、看護師のキャリアアップへの意欲を中心とした、看護の専門教育のあり方を検討する。

方法

調査期間

20XX年6月, 8月, 10月, 12月, 20YY年2月に調査を行った。

調査対象

A大学病院に所属し、臨床経験5年以上の看護師25人(女性24人, 男性1人)であった。25人は、前年度に、がん看護の基礎的内容の研修(がんの変遷, 病態生理, 危機理論, がん性疼痛, 呼吸困難・化学療法・放射線療法・リンパ浮腫に関する看護, がん診療拠点病院の役割, 認定・専門看護師の役割など)を修了していることを条件とした。

25人のうち、がん患者に関わった経験年数の平均は、6.58年であった。

調査方法

2ヶ月に1回、年間5回、90分間のがん専門コースステップアップ研修化学療法の専門教育を行い(Table2-1)、毎回の研修終了後に質問紙調査を行った。

Table 2-1 がん専門コースステップアップ研修の概要

研修内容	内容	講師
化学療法の種類と作用機序	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の種類 ・化学療法の作用機序 ・化学療法のプロトコール ・最新の化学療法の情報 	医師
化学療法を受ける患者の看護	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法の看護(総論) ・副作用各論と看護 ・血管外漏出について 	乳がん 認定看護師
化学療法における副作用の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤の種類と特徴 ・抗がん剤被爆 ・化学療法を受ける患者に対する薬剤師の役割 	薬剤師
患者のセルフケアを高める看護介入	<ul style="list-style-type: none"> ・化学療法患者の身体的・精神的・社会的苦痛と疾患への適応を妨げる要因 ・セルフケア理論の化学療法患者への活用を考える 	がん看護 専門看護師
セルフケア理論とプロトコールを踏まえた症例検討・ウィッグの装着	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフケア理論に基づき、症例を事前にグループで検討し、発表 ・ウィッグの装着の方法、頭皮ケア 	がん看護専門 看護師・ウィッグ メーカー専 門職

毎回の研修終了後に、キャリア選択自己効力感尺度(花井, 2008)を参考に筆者が作成した尺度(Table2-2)と認定看護師, 専門看護師を目指す意欲に関してそれぞれ4件法で調査した。

今回の研究では、臨床で勤務している看護師を対象としており「職業」「進路」「就職」などの用語を「専門分野」「専門性」などに変更した (Table2-2)。キャリア選択自己効力感尺度(花井, 2008)は、①自分について理解する自信『自己評価』, ②将来の目標を明確にする自信『目標選択』, ③進路を達成するために計画を立てることへの自信『計画立案』, ④情報を集める事への自信『情報収集』, ⑤職業を決める際にいろいろな状況に対処し、自分の意思を貫く自信『意思決定の主体性度』の5つの因子と各5項目、計25項目から構成されている。教育評価やキャリア発達評価のために開発された尺度であり、信頼性係数は0.90から0.84で、構成概念妥当性については因子の妥当性の観点から検討を行っている。すなわち、この尺度は、キャリア選択・意思決定に関する効力感を多次元的に評価する心理測定ツールとして有効なものであるといえる。

分析方法

分析は、1回目から5回目の研修を通して『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の尺度得点をそれぞれ反復分散分析により比較した。また研修受講者を、がん患者経験年数の平均値で二分し、認定看護師、専門看護師資格取得を目指す意欲それぞれに、がん患者経験年数の平均未満と平均以上を要因とした5回の研修における反復分散分析を行った。分析には、SPSS Ver.18を使用した。

Table 2-2 キャリア選択自己効力感尺度を参考に作成した尺度

自己評価	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の性格を理解すること ・仕事をするうえでの自分の長所と短所を理解すること ・自分の得意・不得意を理解すること ・自分自身についてより深く理解すること ・自分の適性を理解すること
目標選択	<ul style="list-style-type: none"> ・将来、なりたい自分を明確にすること ・仕事に対する自分の興味を理解すること ・今後の人生で、自分が何をやりたいのかを明確にすること ・将来従事したい専門分野(職業)が何なのかをはっきりさせること ・自分にとって理想の専門分野(職業)とは何かを明確にすること
計画立案	<ul style="list-style-type: none"> ・専門分野の学びを進めるための(就職活動について)具体的な計画を立てること ・将来のために今やっておくべきことの計画を立てること ・将来、なりたい自分に必要なことを身につけるための計画を立てること ・専門分野(進路)の目標を達成するために、計画を立てること ・専門性を生かす活動(就職活動)をうまく進めるための計画を立てること
情報交換	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の専門分野(職業)の選択に必要な情報を得るために、新聞・テレビなどのマスメディアを利用すること ・専門分野(職業)の情報を得るために、インターネットを利用すること ・自分が就きたい専門分野(職業)の採用状況に関する情報を入手すること ・興味ある組織では、どのような人材を必要としているのかを調べる ・興味ある専門分野(職業)の病院や組織に関する情報を入手すること
意思決定の主体性度	<ul style="list-style-type: none"> ・就きたい専門分野(職業)に就けるのであれば、少々の苦労でも我慢すること ・本当に好きな専門分野(職業)に就くためなら、努力を惜しまないこと ・自分で決めた志望専門分野(職業)を実現するために意思を貫くこと ・困難な問題が生じても目標とする専門分野(職業)に就くためにがんばること ・専門分野(志望職業)に就くために粘り強く頑張ること

注 1) ()は、花井(2008)キャリア選択自己効力感尺度の表記

倫理的配慮

対象者には1回目研修の受講前に研究内容の趣旨、調査への協力は自由意思であること、研究への協力を途中辞退した場合にも不利益はないことを説明し質問紙への記入により同意を確認した。縦断調査のための匿名保持は、1回目質問紙に1から25の番号を付け、今回の研究に

携わることのない第3者が質問紙を配布し、回収した。

対象者には、質問紙に付記した番号を毎回持参することを説明し、2回目からの調査では、質問紙に持参した番号を記入することを説明した。調査は施設の教育管理部門の承諾を得て行った。

キャリア選択自己効力感尺度の内容変更および使用にあたっては、開発者の許可を得て行った。

結果

がん専門コースステップアップ研修への参加者は、1回目25人で回収率は100%、2回目24人で回収率96%、3回目25人で回収率100%、4回目23人で回収率92%、5回目は17人で回収率68%であった。

1回目から5回目の研修を通して5尺度『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の尺度得点それぞれに反復分散分析を行った。その結果全ての尺度得点において、有意差は認められなかった。また更に、がん患者経験年数6年未満と6年以上を経験年数で2群に分け、この経験年数を要因として、『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の尺度得点それぞれを対象にして反復分散分析を行った。その結果、全ての因子においても有意差は認められなかった。

1回目から5回目までの尺度得点の変動はあるものの、1回目と5回目では、5因子全てで尺度得点は同じ得点かそれ以上となっており、全般に5回目研修で高くなっている傾向にあった。特に『情報収集』に関しては、1回目から5回目と右肩上がりに尺度得点は高くなっていた(Figure 2-1)。『自己評価』は2.71から2.63と全体に高い尺度得点を維持していた。また、『意思決定の主体性度』も2回目研修が2.49と一番低かったものの5回目では、2.70と一番高い尺度得点になっていた。『計画立案』は2.10から1.93と5回の研修全てにおいて一番低く推移していた (Figure 2-1)。

がん患者に関わった経験年数は、5年が7人と最も多く、次が4年・6年・9年の3人であった。がん患者経験の平均年数は、6.28($SD = 3.67$)であったことから、がん患者経験年数6年未満と6年以上を経験年数で2群に分け、この経験年数を要因として、1回目から5回目までの研修における認定看護師、専門看護師を目指す意欲について反復分散分析を行った。認定看護師、専門看護師を目指す意欲共に、Mauchlyの球面性検定の有意確率0.01未満、

Greenhouse-Geisser において 0.01 未満を確認, 1%水準で有意差を認めた(認定看護師: $F(2.29, 25.17) = 7.90, p < 0.01$)(Figure 2-2), (専門看護師: $F(2.32, 25.52) = 9.83, p < 0.01$)(Figure 2-3)。

Figure 2-2, Figure 2-3 で示すように, 研修 2 回目と 4 回目の認定, 専門看護師が行った研修で 0.80 から 0.42 と特に差が認められた。他職種のための講義である 1 回目と 3 回目では, 0.1 から 0.02 と差が小さい結果であった。すなわち, がん患者経験年数 6 年以上の看護師の方が 6 年未満の看護師よりも認定, 専門看護師からの受講に対してより意欲を高められたという結果であった。

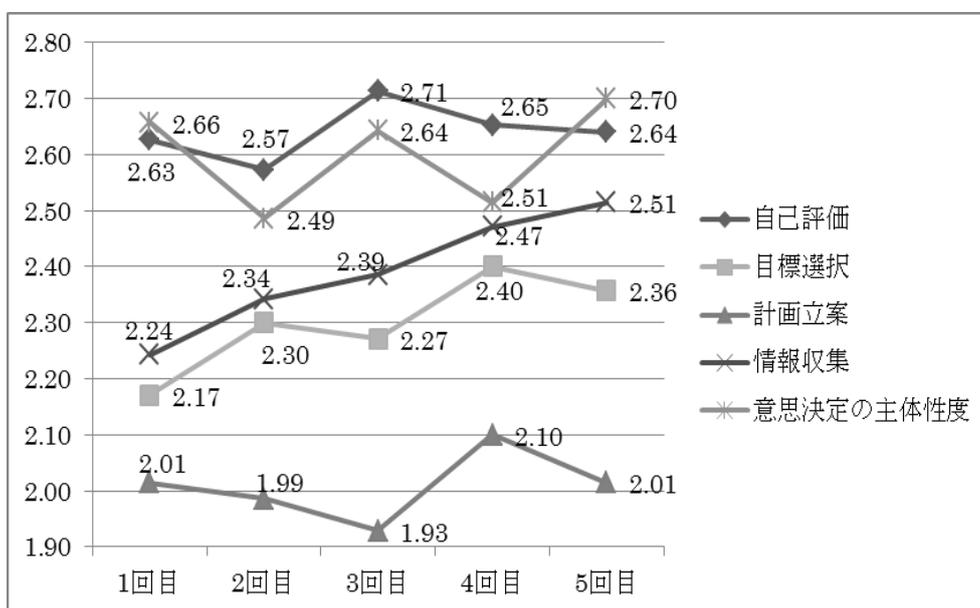


Figure 2-1 研修毎の尺度得点の変化

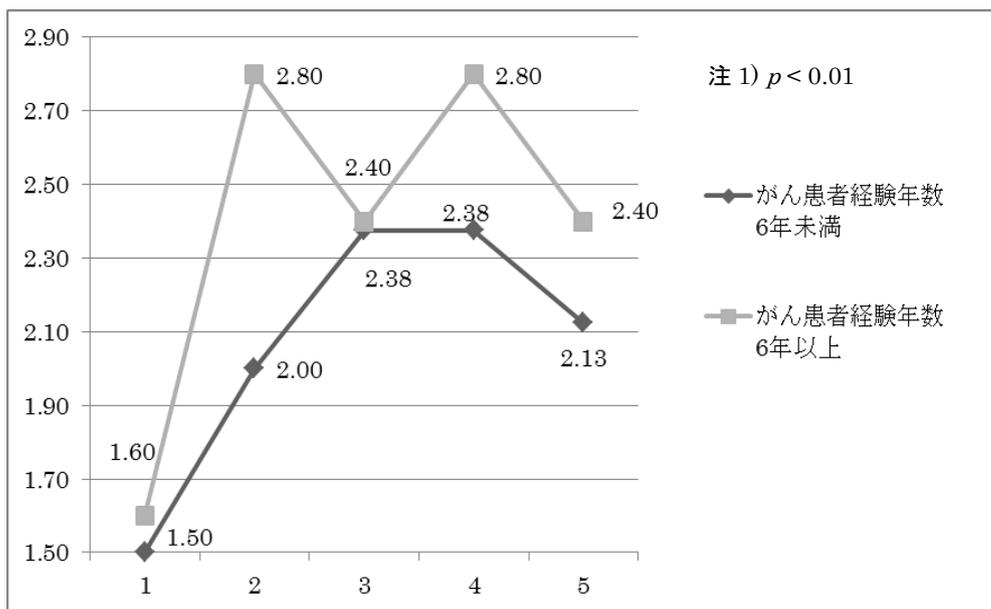


Figure 2-2 がん患者経験の違いによる認定看護師を目指す意欲の比較

注 1) $F(2.29, 25.17) = 7.90$

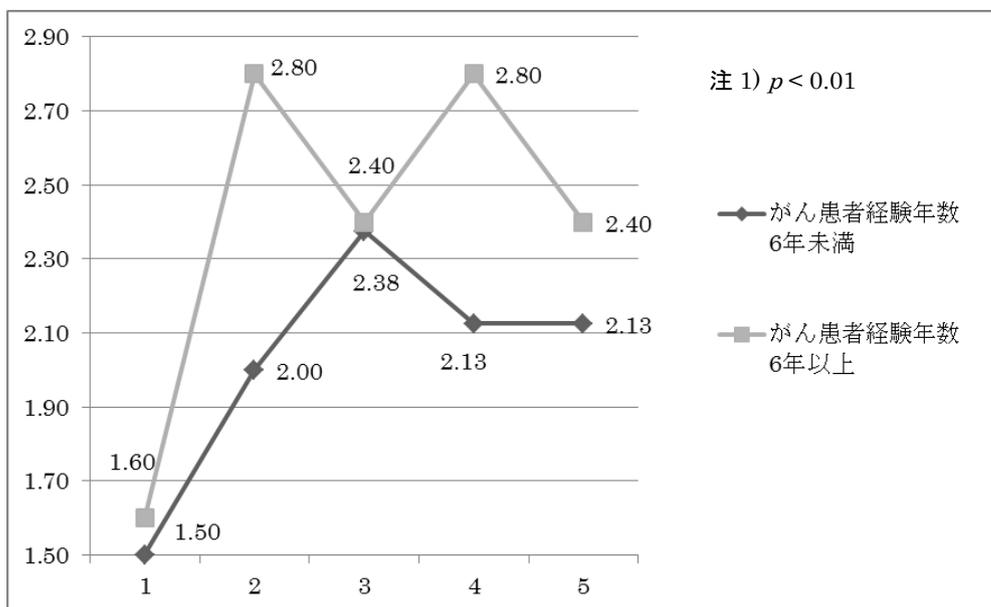


Figure 2-3 がん患者経験の違いによる専門看護師を目指す意欲の比較

注 1) $F(2.32, 25.52) = 9.83$

考察

『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』5因子の尺度得点それぞれに反復分散分析をした結果では、有意差は認められなかった。がん患者経験年数6年未満と6年以上を経験年数で2群に分けこの経験年数を要因として『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の尺度得点それぞれと反復分散分析を行った結果では、有意差は認められなかった。しかし今回、Figure2-1に示したように、5回の研修終了毎に縦断調査を行い、各因子の変化を有意ではないが、確認することができた。

花井(2008)の尺度はキャリア選択・意思決定という1次元の解釈ではなく、個人の特徴や発達課題との関係での達成程度も描き出せる多次元からなるプロフィールの尺度となっている。このことは、研修の意欲を高めるために、早期から個々の目標を確認する、計画性をもつことを促すなど研修の具体的な取り組みを個人レベルで確認しながらアプローチすることの重要性を見いだせるものであったと考える。また、『自己評価』や『意思決定の主体性度』が全体に高い尺度得点を示していた。このことから、対象者は、ステップアップ研修を希望し専門性を身に付けたいという意欲をもって参加しており、自分を肯定的に捉え、自律した学びへの姿勢を持っていると考えられる。この意欲を維持できるように、今後もより専門的な内容を研修に盛り込みながら継続していく必要がある。

『情報収集』に関しては尺度得点の平均値が右肩上がりに伸びていた。このことは、専門的な情報を得たいというニーズ、研修への興味が高まっていった結果とも考えられる。今後は毎回の研修において受講者の希望する情報提供をその都度確認し情報提供を行いながら研修を進めるといった工夫が提案できる。

『計画立案』に関しては、全体を通して平均値は低く推移していた。今回の研修は講師の専門的な内容の提供にとどまっていたことから、今後は臨床でのキャリアアップ支援を考え、専門的知識の提供のみならず個々のキャリアアップへのニーズを捉えながら実現するための計画を共に考えていくことも必要であると考え。具体的な助言ができる体制作りが望まれるであろう。

がん患者経験年数6年未満と6年以上を要因とした認定看護師、専門看護師を目指す意欲についての反復分散分析では、1%水準で有意であった。5回の研修での平均値が、認定、専門看護師共に6年以上が全て高かったことから、臨床でがん患者に携わっている経験が長い方が、

認定、専門看護師を目指す意欲といったキャリアアップへの関心が高いと考えられる。今回の研修がステップアップ研修というより高度な内容となっていたことから、経験がある看護師の方が研修内容の理解と興味がより深まったからではないかと推察した。

看護職者の学習ニーズに関する研究では、一番に看護実践に必要な理論・知識・技術・態度が挙げられている(三浦・亀岡・定廣, 2002)ため、研修の内容としてはニードに沿ったものを提供していると推察する。しかしその内容の理解度を確認するには至っていなかった。今後の研修計画では、中堅から若手看護師の受講内容の理解を確認するために、毎回の研修において理解度のチェックや振り返りの時間を設けるなどの工夫が必要ではないかと考える。

認定看護師や専門看護師の講義で明らかに認定看護師や専門看護師を目指す意欲に差があったことは、看護における専門教育の内容を二分化し、がん看護に携わった経験が長く、より専門的な知識を得たい対象者には認定や専門看護師資格に関係した内容の看護教育を盛り込んだ受講内容の検討が必要ではないかと考える。

今回の調査では、『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の5尺度の得点それぞれに反復分散分析結果では、有意差は認められなかった。しかし、臨床で実際に講義を受けた後の縦断的な調査の意義は大きく、今後の実践の場での研修に活用出来る結果が得られたと考えられる。

第3節 本章のまとめ

第1節では、がん看護に携わる看護師の専門的教育の必要性について論じた。日本看護協会が認定している、専門看護師・認定看護師制度の中でも、がん患者に携わるスペシャリストとしては、がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師が周知されている。このような特定の分野に特化した看護師によって、がん診療連携拠点病院における研修が実施され、その教育は個々の施設に任されている現状がある。クリーンルームに入室する患者は、現疾患に加えて、化学療法という特殊な治療の選択などの自己決定を支え、患者が必要とする専門的な内容を情報提供できるスキルが必要となってくる。がんの特化した教育を受けた専門看護師や認定看護師による専門教育は、がん医療の均てん化には、欠かすことはできない内容であると考えられる。

第2節では、キャリアアップに向けたがん看護の専門教育のあり方が明らかになった。今回は、花井(2008)を参考に筆者が作成した尺度を用いて看護師への教育評価を行った。専門性の維持には、その学びの場をどのように提供し、学ぶ意欲をどのように維持向上させるかが、課題であると考えられる。とくに、専門看護師・認定看護師の講義において、意欲が高くなっていったことは、看護師が専門的な知識の向上に興味を示し、スキルアップを望んでいるからだと考えることができる。今回の報告で、臨床で役立つ研修について評価できたことは、次のステップに向けて、研修内容を見直すことの実践レベルでの必要性を示すことに繋がったと考えられる。こういった、看護師教育の充実が、患者のより良いケアへの提供となり、生命への危機感を抱えたがん患者への専門的支援の充実に繋がるものと考えられる。

的確な情報提供や指導を行い、患者の不安を解消し、辛い闘病生活の中で安心感を提供するには、治療や化学療法の内容に関しての専門的知識が必要とされる。患者の身体的・精神的・社会的側面を含めアプローチするためには、看護師は日々変化する治療内容を理解し、治療や化学療法における専門的知識を培うことが必要と考えられる。そして、学びの意欲を向上させるためには、効果的な教育体制の構築も必要であると考えられる。

注記

第2章、第2節は、山田(2012c)に、加筆、修正を行ったものである。

第3章 クリーンルーム入室患者を評価する視点

問題

クリーンルーム入室患者の適応を妨げる要因

白血病患者の治療において、同種造血幹細胞移植は造血器悪性腫瘍に治癒をもたらす治療法として認知されている。移植の適応は疾患、病期のみならずその予後因子を考慮し、移植と化学療法の成績と比較しながら、症状個々に慎重に判断されなければならない(宮脇, 2001)。このような個別的な要因が重要な意味を持つ移植治療の過程においては、患者の社会的な背景を踏まえた精神的、身体的な患者支援を行うことが医療者に期待される役割であると考えられる。また、クリーンルーム入室患者は、生命を脅かす大量化学療法を受け、同種造血幹細胞移植を受けることとなる。移植が成功することへの希望がある反面、身体的ダメージからのストレスは、疾患への適応を妨げる要因になりうると考えられる。

同種造血幹細胞移植患者は、前処置の化学療法と放射線療法により、副作用である骨髄抑制から易感染状態になるため、感染予防の目的でクリーンルーム入室を強いられる。その入室期間は感染や幹細胞の生着・増殖の状況により2週間から更に長期になることもある。治療前には、治療への希望を持って笑顔であった患者が、治療開始によるクリーンルーム入室後は徐々に冷たい表情となり、怒りという感情をともなった行為として表出されるのではないかと看護師としての職務遂行時に感じることもある。この点に関して、いくつかの報告がある。たとえば、上野ら(1996)や腰原(1997)は、クリーンルームという環境が患者のストレスを増強させることを明らかにしている。他には化学療法のみを施行した患者を含むセミクリーンルーム入室患者におけるストレス要因と対処行動を検討した我妻・萩原・上田・小山・佐藤・加藤(2000)による研究などがある。

同種造血幹細胞移植患者では、放射線療法・大量化学療法により、骨髄抑制からの副作用の出現のリスクが高くなる。このような身体的苦痛に加えて、移植への期待と不安による精神的なストレスを抱えながら、感染予防のために、外部と嚴重に遮断された環境の中で治療を受けることになる。患者は、孤独感を感じながら不安や身体的な苦痛を内在させていると考えられる。無菌室(クリーンルームと同等)と準無菌室(セミクリーンルームと同等)入室患者の不安の比較を行った研究では、無菌室の方が不安が高いことが示されている(林・吉森・山口・道淵・内山, 1998)。ストレスの内在は、病気への適応や治療効果の遅延を引き起こす要因になりうるとの報

告(Stepito, 1994)もある。同種造血幹細胞移植を行うクリーンルーム入室患者の内在化したストレスの要因を明らかにすることは、看護実践場面において、より患者に寄り添い具体的な支援を実践する示唆になるものと考えられる。

クリーンルーム入室患者の不応感とは

血液疾患患者もしくは、化学療法を受けるがん患者は、がんという告知の後、長期に渡る化学療法を主にした副作用をとまなう辛い治療に適応していかなければならない。河瀬・川上・澤田(2000)は、悪性腫瘍患者の適応障害の特徴を「告知群」と「非告知群」で比較し、「告知群」の約 25%で「告知」そのものが適応障害の発症に関与していたと報告している。他にも告知による症状の出現に対する大うつと適応障害の発症に関しては、大うつ 7%・適応障害 35%(Okamura et al., 2000), 大うつ 5%・適応障害 18% (Akechi, & Okuyama et al., 2001), 大うつ 5%・適応障害 14%(Akechi, & Okamura et al., 2001), 大うつ 4%・適応障害 13%(Nakano, Mikami, Okamura, & Uchitomi et al., 2000), 大うつ 4%・適応障害 5%(Uchitomi et al., 2000), 大うつ 2%・適応障害 20%(Okamura et al., 2005)などの発症率に関する報告がある。更には、根治不能な固形癌、転移したがんの治療、白血病の治療や骨髄移植時の前処置においては、患者は身体的な苦痛とともに病状への精神的な不安を抱えながら、骨髄抑制による感染のリスクを回避するために、クリーンルームという閉鎖的な環境に入室することを余儀なくされる場面がある。

外部と遮断された環境での疎外感、疾患への適応を妨げる要因になってくる。三井(2005)は、白血病治療時の患者環境において物理的環境と精神的・社会的環境に大別し配慮の必要性を説明している。クリーンルームという閉鎖的な環境が患者のストレスを増強させることは先行研究でも明らかになっており(腰原, 1997; 上野ら, 1996), こういった環境に置かれた患者は、看護師に対して怒りや悲嘆感情を表出し、せん妄を誘発する場面も見受けられる。

クリーンルームでの患者の精神的な支援を行うことは、身体的な回復を促進させるためにも重要である。医療者の早期介入により、せん妄が緩和されるケースや向精神薬の使用によるメリットも指摘されている(宮武, 2009)が、臨床場面では関わる職種によって患者の反応と精神状況の判断が異なり、告知後の患者の精神的な変化を個々の医療者が共通した認識で捉えることの困難さがある。患者の疾患への不応な状態としては、不眠や怒りの放出、気力の減退などで感じ取ることが可能である。しかし、医療者が患者を客観視し、支援の手掛かりとなりうる具体的な共通レベルでの認識はできていない状況である。クリーンルーム入室中患者の精神状

態を測定できる尺度の開発は、現状ではなされていない。環境や疾患の予後や治療の副作用に対する不安やストレスから疾患への適応が困難になっていると考えられる患者のクリーンルーム入室中の不適応な状態を測定するためには、患者の身体的・精神的・社会的な側面を詳細に表現している内容が必要と考えられる。

臨床場面においては、精神的・身体的な苦痛の強い患者に、実際に記入してもらうという作業の困難さがある。現在一般に使用されている転倒リスクアセスメントツール(鈴木・古橋・鶴見・松下・岩田・内田, 2006)のように、医療者が客観的に観察し患者のクリーンルームにおける身体的・精神的な状況を記入・点数化し療養生活への不適応な状態のリスクを評価する尺度を開発することができれば、早期に医療者が共通した認識で精神的な介入が可能になると考える。

クリーンルーム入室患者の不適応感を捉える上での、不適応な状態の違いとは

クリーンルームという外部と遮断された閉鎖環境の下では、入院患者が看護師に対して直接的に怒りや悲嘆感情を表出したり、せん妄を誘発したりする場面に直面することがある。このような外部と遮断された閉鎖環境が、患者のストレスを増強させることは先行研究でも明らかになっている(例えば、腰原, 1997 など)。隔離環境下での孤立感から部屋を飛び出した事例において、精神的な側面からのサポートの効果を報告している研究もある(西向・田中・藤井・渡辺, 1991)。山田(2010a)もまた外部から遮断されている環境からの疎外感により入院患者がストレスを感じることを報告している。

その一方で、入院環境に関する研究では、入院生活を肯定的に受け止めている患者ほど日常生活に支障をきたさないという研究結果も報告されている(服部, 1991)。このように、入院環境は、患者の疾患への適応にも多大な影響を及ぼすものと捉える事が出来る。しかし、そういった特殊な環境下でのストレス状態を早期に捉えるための有効なツールは、開発されていない。第3章、第4節で明らかにしているが、特殊な環境下にある患者の疾患への不適応な状態を開発する準備として、どのようなツールが有用であるかをこの分野の先行研究を対象にして検討を行った(山田, 2011b)。その中で、一般的な環境下における入院患者を対象とした支援的介入のアセスメントツールの中に、患者自身による自分の疾患への理解の程度や療養環境への適応の程度やせん妄やうつ状態の程度を、医療者が評定する他記式尺度があった(町田ら, 2003)。

この尺度は、医療者が共通した判断基準で患者の適応の状態や問題の所在を把握することができ、医療者が評価することで、患者に負担をかけることなく、早期に専門的なケアとしての

介入の具体的な有り様を医療者が検討するためのツールとして活用し易いものとなっていた。

患者の身体的・精神的・社会的苦痛やストレスを考えれば、疾患への不適応な状態を医療者が他記式に評価できるツールが望まれる。このような、患者の疾患への不適応な状態を身体的・精神的・社会的側面から捉えること、つまり医療者が捉えた不適応な状態について、客観的に表すということである。しかし、その不適応な状態を他記式尺度で評価する場合は、その評価が個々の医療者の捉え方によって違ってくるという問題を指摘できる。

医療現場で活用できる尺度とは

第1章の第2節では、「がん告知後の患者が期待する看護支援」6因子24項目が明らかになった。そして、第1章の第3節では、がん以外の患者との比較から、特にがん告知後の患者が期待する看護支援として、『信頼できる対応』の「すぐに対応してくれる」「すぐに病室に来てくれる」「看護行為の確認を必ず行う」という、実践レベルのケアについての項目も明らかとなった。こういった、ケアの項目は、告知を受けクリーンルームに入室する患者への対応としても必要不可欠なものである。このように、患者のインタビューより得られたデータから開発された尺度は、実践で患者に活用できるツールとして、ケアのスキルアップを含め有用であると考えられる。また、臨床現場においては、患者に発生する可能性があるか、または発生している問題を早期発見するというスクリーニングの目的で様々な尺度が開発されている。その中には、患者自身が記入するもの(自記式)と医療者が患者の状態を客観的に観察しスクリーニングする(他記式)尺度がある。

他記式尺度には、転倒リスクアセスメントツール(鈴木ら, 2006)がある。これは、主に看護師が入院時に患者の転倒経験などの情報から評価するものになっている。他には、うつ病(Kugaya, Akechi, & Okuyama, 1998)や、せん妄(町田ら 2002 ; 町田ら, 2003), 自己効力感(平井・鈴木・恒藤・池永・芳根・川辺・柏木, 2001)に関するものなどの尺度が開発されている。しかし、実際の臨床現場においては、患者の精神的な側面や身体的な苦痛に関してのスクリーニングを頻繁に行うことはなされていない。多忙な業務の中で、医療者が容易に使用でき、患者にも負担をかけないことが大前提となってくる。医療者と患者が負担感なく使用できるツールを考えた場合、短時間で医療者が記入できる他記式の尺度が有用と考えられる。患者の問題に早期に介入し、速やかに対処するためのスクリーニングを目的とした尺度の意義は大きい。特に、24時間を通して患者に身近に関わる看護師が、患者の異常を早期に理解することは重要である。

第1節 クリーンルーム入室患者(同種造血幹細胞移植患者)のストレスの領域

目的

本節では、クリーンルームに入室し、同種造血幹細胞移植を受け闘病中の患者を対象とした。そして、実際にクリーンルームに入室している患者へのインタビュー調査を行った。

同種造血幹細胞移植患者では、放射線療法・大量化学療法により、副作用のリスクが高く、身体的苦痛に加え、移植への期待や不安による精神的なストレスと葛藤しながら、クリーンルームという閉鎖環境の中で治療を受けることになる。同種造血幹細胞移植を行うクリーンルーム入室患者の内在化したストレスの要因を明らかにすることは、臨床での看護実践において、患者の苦痛を理解したケアに繋がるものと考えられる。

閉鎖的な環境がクリーンルームに入室している患者のストレスを増強させる要因となることを踏まえて、インタビューの内容から、クリーンルームに入室している患者が感じる、具体的なストレスの領域について、明らかにすることを目的とする。

方法

調査期間

200U年6月から200U年8月末までの期間にインタビュー調査を行った。

調査対象

A病院の血液内科病棟において200S年11月から200T年8月の間に同種造血幹細胞移植治療を受けた患者7人を対象とした。全員病名告知を受け、治療内容・経過・予後までを、エビデンスに基づいて説明されていた。対象患者の平均年齢は39.90歳であった。

同種造血幹細胞移植治療を受けた患者7人は、非ホジキンリンパ腫(NHL)3人、慢性骨髄性白血病(CML)3人、急性骨髄性白血病(AML)1人であった。移植の種類としては、骨髄移植(BMT)が5人、同種末梢血幹細胞移植(allo-PBSCT)が1人、臍帯血移植(CBT)が1人であった。

口内炎症状は全員に認められ、下痢症状は1人を除いて6人が発症していた。その他、対象患者の詳細な背景はTable 3-2に示す。

Table 3-2 患者背景^{注1)}

年齢	性別	病名	治療	前処置 (TBIと抗がん剤)	家族構成	在室日数	GVHD (移植片対 宿主病)	下痢の最 多回数/日	口内炎
18	女	NHL	BMT	TBI・キロサイ ト・エンドキサ ン	両親・ 兄・弟	14	III	8	2
51	男	CML	BMT	TBI・フルダラ・ アルケラン	妻・息子	18	I	7	1
56	女	CML	BMT	TBI・フルダラ・ アルケラン	夫	30	0	13	2
32	男	NHL	AlloPBSCT	TBI・エトポシ ド・エンドキサ ン	妻・娘	11	II	8	2
51	男	AML	BMT	TBI・エンドキサ ン	息子2人	19	I	8	1
39	女	NHL	BMT	TBI・エンドキサ ン	内縁の夫	13	II	22	1
32	女	CML	CBT	TBI・フルダラ・ アルケラン	父・兄	14	I	0	2

注1) TBI: Total Body Irradiation(骨髄移植前全身に放射線を照射) GVHD: Graft versus Host Disease (移植片対宿主病, ドナー(臓器, ここでは幹細胞の提供者)の幹細胞が提供された者(レシピエント)の臓器を攻撃することによって起こる症状) 口内炎: 日本造血細胞移植学会が示すガイドラインのGVHD重症度分類, 口腔のスコアを用いた(0; 無症状, 1; 軽症経口摂取に影響なし, 2; 中等症経口摂取が軽度障害される, 3; 重症経口摂取が高度に障害される) NHL: Non-Hodgkin Lymphoma(非ホジキンリンパ腫) CML: chronic Myelogenous Leukemia(慢性骨髄性白血病) AML: Acute Myelogenous Leukemia(急性骨髄性白血病) BMT: Bone Marrow Transplantation(骨髄移植) Allo-PBSCT: Allo-Peripheral Blood Stem Cell Transplantation(同種末梢血幹細胞移植, ドナーに顆粒球コロニー刺激因子を投与することで造血幹細胞を増やし, 血球分離装置によって大量に造血幹細胞を採取後, レシピエントに移植する治療法) CBT: Cord Blood Transplantation(臍帯血移植)(上田, 2001)。

調査方法

クリーンルーム, レベル100入室患者のストレスの領域を明らかにするために, A病院血液内科病棟のカンファレンスルーム個室で, 30分から60分のインタビュー調査を行った。すでに退院している患者は外来受診時に時間を設け, 病棟個室でのインタビューを行った。インタビュー内容はテープに録音の後に, 逐語記録した。

インタビュー内容に一貫性を持たせるために, 研究グループ5人が同種造血幹細胞移植患者のクリーンルーム入室中の患者が感じているストレスを, 各10項目以上書き出し, KJ法(川喜田, 1986)を用いてカテゴリー化し, 半構成的質問項目を作成した。作成した項目は更に検討を加えTable3-1の9項目に整理し, これを用いて患者へのインタビューを行った。

分析方法

逐語記録より, 患者の言葉の内容から「同種造血幹細胞移植患者がクリーンルーム入室

中に感じているストレス」に相当すると思われる表現を整理し、分類した。更に、表現の類似性があるものをカテゴリー化し、各カテゴリーに名をつけた。カテゴリー化の妥当性に関しては、血液内科病棟管理者・副管理者2人・これまでに同種造血幹細胞移植患者の看護に携わったことのある5年目以上の看護師5人の意見とストレスに関する文献(杉, 1966 ; 保坂, 1995)をもとに検討を重ねた。

Table 3-1 半構成的質問項目

-
- ・クリーンルーム(レベル 100)に入室中身体的に一番つらかったのはどんなことですか。
 - ・治療に対する不安はどうでしたか。
 - ・面会が制限されていたことに対してはどうでしたか。
 - ・面会の方はどれくらいの割合で来られましたか。
 - ・点滴をずっとされていることに関してはどうでしたか。
 - ・プライバシーに関してはどうでしたか。
 - ・クリーンルーム(レベル 100)の部屋から出たいと思ったのはどのようなときですか。
 - ・クリーンルーム(レベル 100)の入院生活の中で一番不便だったのはどんなことですか。
 - ・看護師の対応はどうでしたか。
-

倫理的配慮

対象者は、病状が安定しインタビュー可能と主治医が判断した患者とした。インタビューの前に研究の趣旨を説明し、研究に参加されない場合にも不利益を被らないことを説明した。対象者から同意を得た後にインタビューを行った。プライバシーの保持のためにインタビューは、個室で行った。

用語の定義

本研究で用いた同種造血幹細胞移植患者のクリーンルーム入室中の患者が感じているストレスは、「治療の副作用に対する身体的苦痛、病気の予後と外部からの疎外感による精神的苦痛、仕事や家族役割の変化による社会的苦痛」とした。

結果

クリーンルーム(レベル 100)に入室した同種造血幹細胞移植患者のストレスの領域を明らか

にするために、患者へのインタビュー調査から「同種造血幹細胞移植患者が、クリーンルーム入室中に感じるストレスの領域」を検討した結果、5領域・17項目『環境ストレス』『身体的ストレス』『予後ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』として整理することができた(Table3-3)。『環境ストレス』はレベル 100 クリーンルームという環境の内部構造に関してのストレスであり、冷蔵庫が前室にあり看護者に依頼しなければ自由にほしい物を取れないことや、2重構造の窓では、ベッドに臥床した状況で窓の景色は見えにくく余計に外部からの疎外感を増している状況であった。

『身体的ストレス』は治療前処置である化学療法や放射線の全身照射および移植後の副作用全般に対するストレス、『予後ストレス』は移植後の予後に対するストレスで、患者は今現在の治療に関連した副作用がいつまで続くのかという先の見えない不安と、移植後ドナーから提供された幹細胞がうまく生着するかというストレスを抱えていた。『自己管理ストレス』は全身倦怠感があるにもかかわらず治療に協力しなければならない、感染を避けるには自分が協力しなければならないというストレスを感じていた。『面会制限ストレス』はレベル 100 クリーンルームという環境を保つために外部から遮断された環境に対してのストレスであり、特に小さい子供を持つ患者にとっては大きなストレスとなっていた。

以上の結果からクリーンルームに入室する患者が感じる5つのストレス領域は、『環境ストレス』『身体的ストレス』『予後ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』であり、この5つのストレス領域を踏まえた看護介入の必要性が明らかとなった。看護介入の方向性を明確にするための図を示した(Figure3-1)。

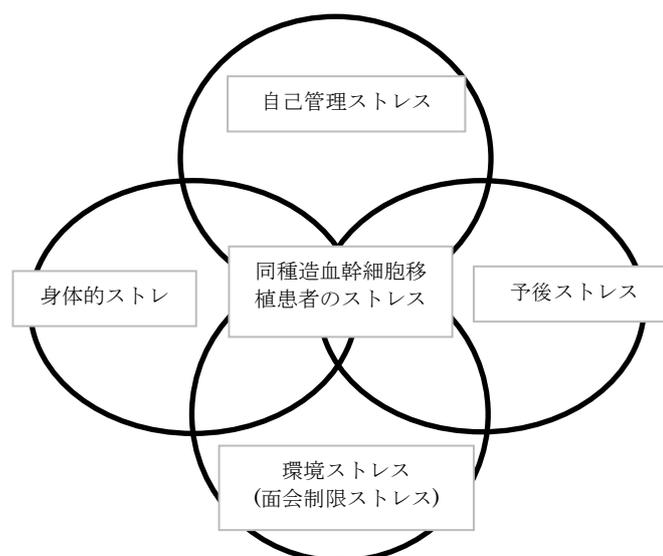


Figure 3-1 クリーンルームに入室している同種造血幹細胞移植患者のストレス領域

Table 3-3 インタビューから分類した5つのストレス領域・17項目

領域名	項目
環境ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・ほしいものがすぐに取りれない ・外の景色が見えにくい ・トイレの位置が遠い ・テレビが見えにくい ・排泄場面が外から見えている ・アクセスグローブを介しての処置に手間取る ・外部から遮断されている疎外感がある
身体的ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱のたびに採血される ・口内炎の痛みがある ・頻繁に下痢がある
予後ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・悪い白血球が増えているのではないか ・良い白血球は生着しているのか ・全身の倦怠感がいつまで続くのか
自己管理ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・治療処置に協力しなければならない ・点滴ルートを不潔にならないよう行動しなければならない
面会制限ストレス	<ul style="list-style-type: none"> ・付き添いをしてもらえない ・子供に会えない

考察

ストレスは精神疾患だけでなく、さまざまな身体的疾患の発症やその予後にまで影響する事は言うまでもなく、Lazarus(1984)は、ストレスが生活の中での大きな出来事よりも、日常的な慢性的不快(daily Hassles)の蓄積のほうが健康状態との関連が強いとしている。本研究でのクリーンルーム(レベル100)に入室中の患者が感じているストレスの領域は、移植後に幹細胞が定着するまでの長期にわたるクリーンルームという閉鎖環境での療養生活や化学療法による身体的な苦痛、感染を予防するための自己管理などが、患者にとって、ストレスと感じられるようになっていると考えることができる。同種造血幹細胞移植患者のストレスの内容を理解し支援することは、予後を良好に保つ支援につながるのではないだろうか。

本研究の5つの領域、『環境ストレス』『身体的ストレス』『予後ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』のうち、具体的なクリーンルームの内部構造へのストレスである『環境ストレス』の項目において、景色やテレビが見えにくいなどの具体的内容は患者の目線では明らかにならない内容であり、長期に臥床した状況だからこそ起こるストレスとして受け止める必要があると感じられた。

またほとんどの患者が入室中下痢症状を訴えており、中には失禁を防ぐためにオムツ着用を

強いられたと感じていた患者もあった。移植患者は日常生活動作が自立している状態から入室しており、そういった患者は、下痢による失禁が自尊心にかなりのダメージを与えるものと考えられる。このことは更にトイレの位置が遠いという環境へのストレスを増大させる要因にもなっていると示唆された。

A病院のクリーンルーム(レベル100)は、冷蔵庫が前室に配置されており他者に依頼しなければほしい物が取れないという現状がある。口内炎が悪化している場合、冷たく口当たりの良いものへの欲求は高く、他者への依頼という時間経過と遠慮や気遣いが要因にあるものと考えられる。『面会制限ストレス』の中の「付き添いをしてもらえない」という項目は精神的な支援を家族に求めるだけでなく、環境の不自由さに対する欲求が含まれているものと考えられる『自己管理ストレス』に関しては、看護者は感染を極力避けるために、入室しない方法として患者への自己管理を依頼していた場面が多く、このことが患者のストレスになっていたことを本検討で改めて認識できたことは、今後の看護支援に示唆を与えるものと感じている。

斉藤(1986)によれば、行動制限や行動の自由を奪われたという感情をもつことが、圧力に反発しようとすることに繋がるという考えを報告している。人は、自分の好きなときに好きな方法ですることができるのだという主観的な通念があるということである。患者の看護者への不満の訴えの根底には、自分で自由に行動できない環境から、他者に自己の行動を強いられているという意識が内在している結果であるように感じられた。松田(2001)は、患者の治療参加意欲の維持・促進のためには、看護者がバイタルサイン(体温・血圧・脈拍・呼吸)測定などを依頼する行為が効果的であると報告しているが、本研究においては、患者へのセルフケアを促す行為が逆に患者のストレスを増強させている要因になることも考慮する必要がある事が明らかになった。

第2節 クリーンルーム入室患者を医療者が捉える不適応感

目的

第1節で、同種造血幹細胞移植を受けクリーンルームに入室している患者が感じているストレスの領域は、『環境ストレス』『身体的ストレス』『予後ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』の5領域(17項目)であった。

クリーンルームという特殊な環境を踏まえると、閉鎖環境による『環境ストレス』『面会制限ストレス』や自分で清潔ケアを行うことをストレスと感じている『自己管理ストレス』は、特に、クリーンルームに入室している患者が感じている特徴的なストレスであると言える。

本節では、この研究結果を踏まえ、クリーンルーム入室患者の不安やストレスから引き起こされる身体的・精神的・社会的側面における患者の変化を療養生活への不適応な状態と捉え、不適応な状態のリスクを医療者が客観的に評価する尺度開発の第1歩として、医療者への質問紙による調査を繰り返し3回行い、クリーンルーム入室患者に対して、医療者が客観的に感じる不適応感を検討する。

方法

調査期間

20YY年6月から6月末までの期間に1回目調査、20YY年7月から8月末までの期間に2回目の調査、20YY年8月から9月末までの期間に3回目の調査を行った。

調査対象

A大学病院血液内科病棟に従事する医師2人(男性1人, 女性1人), 看護師10人(女性10人)を対象とした。医師の血液疾患患者に携わる経験は、10年以上であった。看護師の血液疾患患者に携わる経験は、3年以上とした。

調査方法

1回目調査 第3章, 第1節(山田, 2010a)で得られた, ストレスの領域を参考に, 「告知後3週間以内である」など, 告知後の時期(Holland, & Rowland, 1989; 山脇・内富, 1996)を踏まえ,

「クリーンルーム・準クリーンルーム入室がはじめてである」「身体状況が悪化している」など、20項目を記載した質問紙を作成した(Table 3-4)。対象者には、クリーンルーム入室患者が、「なんとなく精神的な助けが必要となっているのではと感じる内容」に関する回答を依頼した。回答の記載について、質問紙の20項目(Table 3-4)の余白に、補足・追加が必要な項目や削除の方がよいと考えられる項目を、直接記入することを依頼した。

Table 3-4 1回目調査で提示した項目

-
- ・告知後 3 週間以内である
 - ・クリーンルーム・準クリーンルーム入室がはじめてである
 - ・身体状況が悪化している
 - ・白血球が 100 以下
 - ・血小板が 1 万以下
 - ・38 度以上の発熱がある
 - ・精神科疾患の既往がある
 - ・金銭的な困窮がある
 - ・失業するか、するかもしれないという危機感がある
 - ・再発である
 - ・治療効果が得られていない
 - ・家族の面会が少ない
 - ・頼れる家族がない
 - ・化学療法の副作用がある
 - ・口内炎
 - ・吐き気
 - ・食欲低下
 - ・医療者に対して不満の訴えがある
 - ・食事に対しての不満の訴えがある
 - ・不眠の訴えがある
-

2回目調査 1回目の調査では、Table 3-4の内容を記載した質問紙への記入になっていた。そのため、クリーンルーム入室患者の不適応な状態を考えるには、対象者の思考に偏りが生じていた可能性があった。そこで、クリーンルーム入室患者の不適応な状態をより幅広く、具体的に抽出することを試みた。対象者には、「この患者さん、なんかおかしくなりそう」と感じるときの患者の状況を記入することを教示した。より印象の強い状況を明らかにするために、記入は1から3個とし、3つの枠内にそれぞれ1項目ずつ患者の「おかしくなりそう」と感じた患者の状況を記入することを依頼した。

3回目調査 3回目の調査は、1回目と2回目の調査から得られた内容をカテゴリー化(Table3-7)

した内容に、1回目調査で使用した20項目(Table3-4)を追加し質問紙を作成し、血液内科病棟に従事する看護師に調査をした。対象者には、質問紙のカテゴリーと項目の内容は一致しているか、更に追加する項目や削除項目はないかを、直接質問紙に記入することを依頼した。

分析方法

1回目調査では、各項目に賛同した回答者の人数を求めた。2回目調査では、患者が「おかしくなりそうな」と感じた状況の1から3個を整理し、類似した項目はないかなど検討した。3回目調査では、直接質問紙に記載された内容など整理した。整理に当たっては、心理学系教授の助言と、心理学を学ぶ大学院生5人の意見を参考に検討を繰り返した。心理学系教授および大学院生5人には、クリーンルームの構造や療養生活に関して、患者の治療の流れやクリーンルームの写真を用いて説明し、患者として治療を受けるときの気持ちを想起しながら意見交換を行った。

倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨と研究への参加は自由意思であること、研究の途中においても参加を取り下げることが可能であること、不参加の場合にも不利益を被らないこと、匿名性を保持するためにデータは、数字で処理し、個人名を特定することはないこと、データは研究発表や論文発表以外には使用しないことを説明し、質問紙への記載をもって研究への参加を確認した。

結果

1回目の調査では、医師2人、看護師10人からの回答が得られた。20項目(Table 3-4)については、削除された項目はなかった。追加記載された項目は24項目であった(Table 3-5)。

2回目の調査では、医師1人、看護師8人からの回答が得られた。9人中7人が、性格に関しての内容の記載をしていた。内容は回答者別に3つの項目に分類した(Table 3-6)。

1回目と2回目の調査結果から、内容をカテゴリーに分類した結果、『患者背景』『血液データ』『療養環境』『身体症状』『社会的側面』『家族支援』『患者自身の思い』『医療者との関係』『趣味・嗜好』『患者の性格』『年齢』の11領域に分類された(Table 3-7)。

3回目の調査では、看護師10人から回答が得られた。クリーンルーム入室患者の医療者がみた不適応感、10領域67項目が明らかとなった(Table 3-8)。

Table 3-5 1回目調査で新しく提案された項目

項目	賛同者人数
・点滴がいくつもある	1
・入院が長期化している	1
・クリーンベッドが常に ON で圧迫感がある	2
・楽しみがない	1
・クリーンルームはトイレや部屋が丸見えでプライバシーがない	2
・面会が限られている	1
・死の恐怖がある	2
・患者同士の行き来がない	1
・隔離への不満	1
・血小板低下時の日常生活動作の支障	1
・初発のまますぐに準無菌室に入る	2
・白血球があがらない	1
・子どもが未成年である	1
・無趣味	1
・年齢(若い人)	2
・性格(感情表出が少ない・神経質・くよくよ)	2
・ストレスに対するコーピング能力がない	1
・緊急入院入室期間が長い	1
・疼痛がある	1
・精神薬を使用している	1
・禁煙できない人	1
・疾患への理解不足	1
・病室に採光が取れていない	1
・食事制限がある	1

Table 3-6 2回目調査での回答

対象者	不適応な状態①	不適応な状態②	不適応な状態③
1	精神科の基礎疾患がある	不眠がある	神経質な性格
2	一人で 気分転換 が出来ない	意思決定ができない	自分への価値が高い
3	心配性	自分を支えてくれる人物がいない	高齢者
4	依存的	心配性	家族のサポートがない
5	精神科疾患の既往がある	家族の面会が少ない	治療の自己決定ができない
6	精神疾患がある	家族の支援が少ない	高齢者
7	家族のフォローが少ない	認知症	病状・症状の理解不足
8	顔色	なし	なし
9	不安が強い	合併症・副作用を気にする	自分だけは大丈夫という自信がある

注1)太字は、性格に関する内容

Table 3-7 1回目調査と2回目調査のカテゴリー化

患者背景	2回目	認知症
	2回目	精神科の基礎疾患がある
	1回目	入院が長期化している
	1回目	血小板低下時の日常生活動作の支障
	1回目	初発のまますぐに準クリーンルームに入る
	1回目	緊急入院入室期間が長い
	1回目	向精神薬を使用している
血液データ	1回目	白血球があがらない
療養環境	1回目	点滴がいくつもある
	1回目	クリーンベッドが常に ON で圧迫感がある
	1回目	クリーンルームはトイレや部屋が丸見えでプライバシーがない
	1回目	面会が限られている
	1回目	患者同士の行き来がない
	1回目	隔離への不満
	1回目	病室に採光が取れていない
身体的症状	2回目	不眠がある
	1回目	疼痛がある
	1回目	食事制限がある
社会的側面	1回目	子どもが未成年である
	2回目	自分を支えてくれる人ものがない
家族支援	2回目	家族の面会が少ない
	2回目	家族の支援が少ない
	2回目	家族のフォローが少ない
患者自身の思い	1回目	楽しみがない
	1回目	死の恐怖がある
医療者との関係	2回目	病状・症状の理解不足
	1回目	疾患の理解不足
趣味・嗜好	1回目	無趣味
	1回目	禁煙できない人
性格	2回目	自分だけは大丈夫という自信がある
	2回目	合併症・副作用を気にする
	2回目	意思決定ができない
	2回目	不安が強い
	2回目	依存的
	2回目	心配性
	2回目	一人で気分転換が出来ない
	1回目	性格(感情表出が少ない・神経質・くよくよ)
1回目	ストレスに対するコーピング能力がない	
年齢	1回目	年齢(若い人)
	1回目	高齢者

Table 3-8 3回目調査で得られた、クリーンルーム入室患者の医療者が感じた不適応感

患者背景	初発か再発か	社会的側面	金銭的困窮がある
	病名の告知		入院により職を失う
患者背景	治療内容の説明の理解	社会的側面	家族を養っている
	緊急入院かどうか		就業していない子どもを養育している
患者背景	ベッド上安静が必要かどうか	社会的側面	仕事上での役割がある
	化学療法をしているかどうか		自営業である
患者背景	治療効果が現れていない	社会的側面	面会してくれる親しい友人がいない
	向精神薬を内服している		家族の面会が少ない
患者背景	精神科疾患の既往がある	家族の支援	身の回りの世話をしてくれる家族がいない
	麻薬を使用している		一人暮らしである
血液データ	白血球数	患者自身の思い	早く退院したいと思っている
	好中球数		死ぬかもしれないと思っている
血液データ	血小板数	患者自身の思い	仕事のやり残しがあると思っている
	ヘモグロビン数		家族に迷惑をかけていると思っている
血液データ	芽球数	患者自身の思い	家族に迷惑をかけたくないと思っている
			芽球の上昇が気になっている
療養生活	窓からの採光がない	患者自身の思い	頻繁な採血が苦痛である
	外の景色が見えない		隔離されていると感じている
療養生活	アイソレータの音が耳ざわりである	患者自身の思い	重症感を持っている
	携帯電話が使えない		血液データの変化を気にしている
療養生活	電話が使えない	医療者との関係	医療者の指示を受け入れる
	インターネットが使えない		医療者の指示を受け入れない
療養生活	欲しいものがすぐにとれない	医療者との関係	医療者の説明を理解できる
	冷蔵庫が遠い場所にある		医療者の説明を理解できない
療養生活	トイレが遠い場所にある	医療者との関係	医療者を信頼していない
	プライバシーが保持できない		
身体症状	不眠である	趣味嗜好	たばこを吸いたいと思っている
	吐き気がある		お酒を飲みたいと思っている
身体症状	味覚障害がある	趣味嗜好	病院の中で趣味ができない
	食欲が低下している		ギャンブルをしたいと思っている
身体症状	偏食である	性格	不安が強い
	口内炎がある		依存的である
身体症状	発熱がある	性格	神経質である
	全身倦怠感がある		くよくよする
身体症状	出血傾向がある	性格	

考 察

第1節では、クリーンルーム入室患者のストレスの領域として、『環境的側面』『身体的側面』『予後的側面』『自己管理的側面』『面会制限的側面』の5つの領域を挙げていた。これは、患者への直接的なインタビューから整理した内容である。今回の研究は、医療者が、クリーンルームに入室している患者の不適応な状態な状態に関して、客観的に捉えた内容となっている。本研究では、先行研究で示された『自己管理ストレス』の「治療処置に協力しなければならない」「点滴ルートを不潔にならないよう行動しなければならない」という項目に相当

する内容は得られなかった。自己管理ができる患者は、その時点では自己の統制が可能であり、クリーンルームでの療養生活への不適応な状態という医療者の客観的な評価では、不適応な状態ではないと捉えたからだと考えられる。『環境ストレス』『身体的ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』に関しては、同じか類似した内容が抽出されており、本研究の対象とした医療者が感じた、クリーンルーム入室患者に対する不適応な状態の内容は妥当であると考えられる。

また、今回内容を検討するにあたり、心理学系教授および心理学を学ぶ大学院生5人には、クリーンルームの構造や療養生活に関して、患者の治療の流れやクリーンルームの写真を用いて説明し、患者として治療を受けるときの気持ちを想起し意見交換を行った。このことは、クリーンルームという環境や治療の過程を熟知した医療従事者が捉える不適応な状態のみならず、一般患者が抱くクリーンルームという環境への不安やストレスを内容に反映できたと考えている。

性格に関しては、神経質、不安、心配性などの情動的な形容詞に関して、研究が行われてきた(Gosling, Rentfrow & Swann, 2003; 柏木ら, 1993)。清水・山本(2007)は、パーソナリティを『外向性』『情動性』『誠実性』『協調性』『開放性』の5因子と各6項目、合計30項目からの形容詞で構成された尺度を提言している。神経質、不安、心配性などの形容詞は、『情動性』の中の6項目「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがちな」「動揺しやすい」「神経質な」と類似した内容となっていた。医療者がクリーンルーム入室患者の不適応な状態として客観視する性格は、情動的な側面を重要視していると考えられた。また、今後の尺度化にあたっては、既に信頼性・妥当性が明らかになっているBig Five形容詞版の『情動性』尺度を使用することでカバーできるものと考えている。

第3節 クリーンルーム入室患者を医療者が捉える不適応感の違い

目的

第3節では、クリーンルームに入室している患者を対象とした、医療者による評定という面に焦点を当ててみることにする。医療者がクリーンルームに入室している患者の様々な要因を踏まえ、患者が閉鎖環境での闘病生活に適応困難な状況を感じ取るとき、医療者個々の患者との関わりやその情報によって患者の不適応な状態の捉え方に差が生じてくる。このような差がどの領域にあるのか、その差の大きさを手がかりとして、その特徴に検討を加えてみることにする。

不適応な状態にあるクリーンルーム入室患者を対象とした医療者の捉え方に関しては、第2節で、『患者背景』『血液データ』『療養生活』『身体症状』『社会的要因』『家族の支援』『患者自身の思い』『医療者との関係』『趣味・嗜好』『性格』の10領域を報告した。ここでは、この調査をもとに、クリーンルームに入室している患者の不適応な状態を測定するツール開発のための第一歩として、患者の不適応に至る要因を社会的・身体的・精神的・性格的・環境的側面から捉え、医療者が捉える患者の不適応感な状況の差の特徴を明らかにすることを目的とする。

方法

調査期間

20YY年6月から20YY年9月末までの期間に質問紙調査を行った。

調査対象

A大学病院の血液内科病棟に勤務する医師4人(男性3人, 女性1人), 看護師21人(女性21人)を対象とした。医師の血液疾患患者に携わる経験は、5年以上であった。看護師の血液疾患患者に携わる経験は、3年以上とした。

調査方法

第2節Table 3-8を参考に、質問紙を作成した。クリーンルーム不適応感尺度の『社会的側面』

(7項目), 『患者背景』(9項目), 『家族の支援』(3項目), 『療養生活』(10項目), 『趣味・嗜好』(4項目), 『患者自身の思い』(10項目), 『身体症状』(9項目), 『性格』(6項目), 『医療者との関係』(5項目), 『血液データ』(5項目), 10領域68項目(4件法:あてはまる4点, どちらかといえばあてはまる3点, どちらかといえばあてはまらない2点, あてはまらない1点)(Table 3-9)とした。

質問紙は, 一人の対象者に3枚配布した。対象者には, 今までクリーンルームに入室した患者に関わってきた経験の中から, クリーンルームに入室した患者が, せん妄やうつ症状様を呈していたと考えられる状態を記入することを教示した。「不適応な状態」にあった患者3人を選定し, 1枚の質問紙には初めから終わりまで一貫して一人の患者の「不適応な状態」を記入し, 3枚の質問紙それぞれに, 違う患者の「不適応な状態」を一貫して記入することを求めた。質問紙を回収後に, 3枚の質問紙それぞれ無作為に, [a] [b] [c] と記載した。

分析方法

[a] [b] [c] と分類した質問紙において, n 項目(各領域の項目数)での得点の差の和を, $\Sigma(a-b)^2(a-c)^2(b-c)^2$ として算出した。その合計点を各領域の項目数(n)と対象者数(N)で割り, 算出した($(\Sigma(a-b)^2(a-c)^2(b-c)^2/n)/N$)。

一人の対象者が記入した3人の患者の不適応な状態の差を, 全ての項目で検討した。

倫理的配慮

対象者には, 研究の趣旨と研究への参加は自由意思であること, 研究の途中においても参加を取り下げることが可能であること, 不参加の場合にも不利益を被むらないこと, 匿名性を保持するためにデータは, 数字で処理し, 個人名を特定することはないこと, データは研究発表や論文発表以外には使用しないことを説明し, 質問紙への記載をもって研究への参加を確認した。本研究は筆者が所属する機関の倫理審査の承認を得て行った。

用語の定義

本研究においては, 患者の「不適応感」をクリーンルームに入室する患者がせん妄やうつ症状様を呈していると評定者が推測した「不適応な状態」と定義した。

Table 3-9 クリーンルーム不適応感尺度の項目

社会的側面	金銭的困窮がある 入院により職を失う 家族を養っている 就業していない子どもを養育している 仕事上での役割がある 自営業である 面会してくれる親しい友人がいない	患者自身の思い	早く退院したいと思っている 死ぬかもしれないと思っている 仕事のやり残しがあると思っている 家族に迷惑をかけていると思っている 家族に迷惑をかけたくないと思っている 芽球の上昇が気になっている 頻繁な採血が苦痛である
	緊急入院である ベッド上安静が必要な状態である 化学療法をしている 初めての化学療法である 化学療法の経験が2回以上ある 治療効果が現れていない 向精神薬を内服している 精神科疾患の既往がある 麻薬を使用している		隔離されていると感じている 重症感を持っている 血液データの変化を気にしている
患者背景	家族の面会が少ない 身の回りの世話をしてくれる家族がいない 一人暮らしである	身体症状	不眠である 吐き気がある 味覚障害がある 食欲が低下している 偏食である 口内炎がある 発熱がある 全身倦怠感がある 出血傾向がある
家族支援	窓からの採光がない 外の景色が見えない アイソレータの音が耳ざわりである 携帯電話が使えない 電話が使えない インターネットが使えない 欲しいものがすぐにとれない 冷蔵庫が遠い場所にある トイレが遠い場所にある プライバシーが保持できない		不安になりやすい 心配性な 傷つきやすい 悩みがちな 動揺しやすい 神経質な
療養生活	たばこを吸いたいと思っている お酒を飲みたいと思っている 病院の中で趣味ができない ギャンブルをしたいと思っている	医療者との関係	医療者の指示を受け入れる 医療者の指示を受け入れない 医療者の説明を理解できる 医療者の説明を理解できない 医療者を信頼していない
趣味嗜好		血液データ	白血球数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか 好中球数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか 好中球数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか 血小板数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか ヘモグロビン数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか 芽球数で、関係があると思うデータ数はどのくらいですか

結果

参加者は、医師25%(1人)、看護師86%(18人)であった。

それぞれの項目の差の比較では、家族支援2.84点、社会的側面2.79点、患者背景2.30点、療養生活1.87点、趣味・嗜好1.53点、患者自身の思い1.35点、身体的症状1.27点、患者の性格1.23点、医療者との関係1.19点、血液データ0.81点であった(Figure 3-2)。『家族支援』や『社会的側面』『患者背景』の3領域は、不適応な状態差が2点以上であった。『血液データ』は1点以下で、一番差が小さかった。その他の領域『療養生活』『趣味・嗜好』『患者自身の思い』『身体症状』『患者の性格』『医療者との関係』の不適応な状態差は、1点台となっていた。

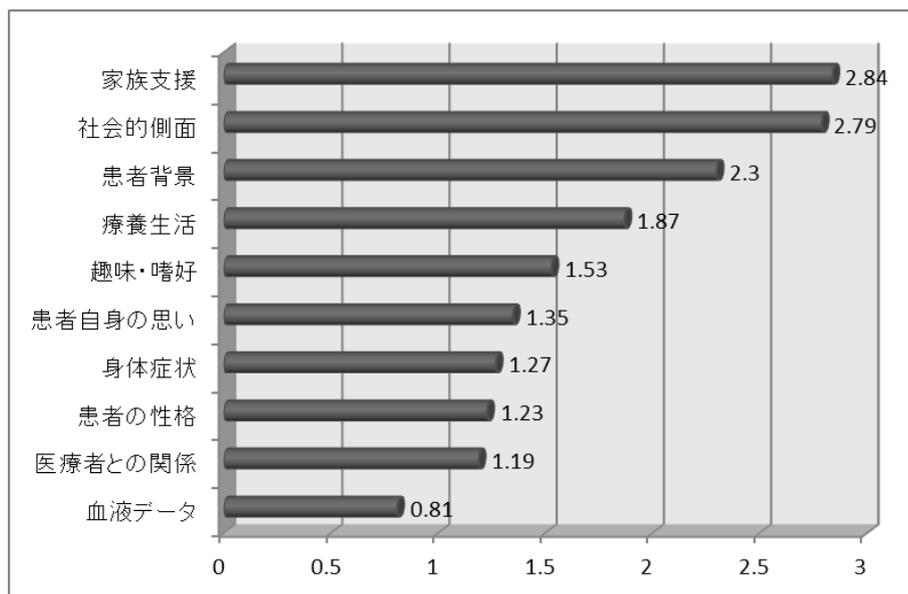


Figure 3-2 3人の患者に対する医療者が捉えた「不適応な状態」

考察

第3節では、クリーンルームに入室している患者の不適応な状態を測定するツール開発の第一歩として、医療者が抱く不適応感の不適応な状態差の特徴を明らかにすることを目的としていた。結果から、不適応な状態差が2点以上であった項目は、『家族支援』『社会的側面』『患者背景』の3領域であった。また、不適応な状態の差が1点以下の項目は、『血液データ』のみであった。2点以上の差があった『家族支援』や『社会的側面』『患者背景』領域は、患者との関わりの中で看護師が抱く感情というよりも、情報を収集することで明確にできる内容である。反面、一番差が小さいという結果であった『血液データ』に関しては、日々の業務の中で、患者の生命に直結した目に見える明らかな情報として収集し、患者への情報提供を行っている項目である。血液データの悪化は、生命への危機的な状況としてすぐに捉えることができ、必然的に不適応な状態の差も小さくなっているものと考えられる。『患者自身の思い』『身体症状』『患者の性格』『医療者との関係』に関しては、不適応な状態の差が、1点台に留まっていた。これらは、看護師として患者を観察する場合に、異常の早期発見や症状の観察の過程で、患者への直接的な援助として必要な項目である。日々の業務の中で意識して観察している内容であることから、不適応な状態の差が小さい傾向となったと考えられる。

『家族支援』や『社会的側面』、『患者背景』の領域は、血液データのように生命に直結する内容ではないことから、できれば情報収集し、理解しておいた方が良いという内容と捉えられ、不適応な状態としては定着し難いことから、差が大きくなっているものと推察された。この結果から、検査データのような客観的に数値で理解できる項目には、医療者間で患者の評価にずれが生じにくいということが明らかとなった。『家族支援』や『社会的側面』、『患者背景』といった客観的に評価し難い領域においても、数値で共有することが可能になれば、不適応な状態評価において、医療者間での差が生じ難くなり、患者に早期から適応を促す支援を提供できるものと考えられる。また、『家族支援』『社会的側面』『患者背景』といった、数値で確認できない領域は、より観察のスキルが必要とされる。新人看護師の教育においては、見落としやすい観察領域であるという認識の上で、指導していくことが必要とされる。

水島・上杉(1983, p,10)は、イメージ的なものは、個人的な体験をもとに形成されており、個人の心理活動に属しているとし、「われわれはさまざまな場面でさまざまな人について行動を予測し、その背後にある感情・意図・欲求・態度・性格などについて感じとっている。それらの“感じは概念的に説明できるものもあるが、多くは、むしろイメージ的なものと考えられ

る」として、行動予測について議論している。本研究において明らかにしてきた『家族支援』『社会的側面』『患者背景』は、医療者が捉える患者の「不適応な状態」というイメージ的なものの枠組みであるとも捉えることができる。不適応な状態の差の大きな枠組みは、医療者が個人の社会的な体験から必要な情報がどうかを判断してしまったためにこのような差がでたのではないかと捉えることができる。

すなわち、クリーンルームに入室している患者の不適応な状態を、患者の行動として捉えるならば、その行動を予測する不適応な状態に大きな差が生じてしまったのは、医療者の個人的な体験によるものと考えられる。そういった医療者の個人的な体験は、日々の医療者間での意図的、積極的な情報交換で改善される可能性がある。また、看護師間において、患者の観察を行う視点にスキルの差があることも指摘できる。患者と関わる中での経験や専門的知識の学びのスキルに差が生じていることは、否めない。そのような問題を解決するためには、客観的に医療者間で患者の行動を予測する手がかりとなり得るアセスメントツールの開発が望まれる。アセスメントの結果をもとに、各スタッフが協働し、患者の不適応感を予測することで、早期に専門的な介入を行えるものとする。

第4節 看護師が医療現場で活用できる尺度

目的

臨床現場では、患者の精神的な側面や身体的な苦痛に関するスクリーニングを行うことは、多忙な業務の中で、不足の状況にあると推察される。実際の臨床現場においては、患者の精神的な側面や身体的な苦痛に関するスクリーニングを頻繁に行うことはなされていない。臨床場面でのスクリーニング尺度の活用を考えたとき、医療者が容易に使用でき、患者にも負担をかけないことが重要な課題である。医療者と患者が負担感なく使用できるツールを考えた場合、医療者が客観的に患者を観察し評価する、他記式の尺度が有用ではないかと考えられる。

上記を踏まえ、第4節では、これまで医療現場で開発されている尺度に関する研究から、尺度開発の傾向を探り、更に看護師が携わると考えられる尺度について、看護師が実際に活用できる尺度の有用性とはどのようなものがあるのかを考察する。

方法

調査期間

2011年1月から2011年3月末まで、研究を検索した。

調査対象

1986年から2010年までの医学中央雑誌に掲載されている、インターネット上で検索可能な研究とした。研究内容の検討のみを行っている研究や、尺度開発を行っていない内容の研究を除き、尺度の開発に関する研究と考えられるものを対象とした。

調査方法

研究の検索は、「尺度開発」をキーワードに行った。更に原著論文に絞り込み、検索した。

分析方法

研究の内容から、患者(医療・福祉等従事者以外)を対象にしているものか、患者以外(医療・福祉等従事者)を対象にしているものか、尺度開発後に、患者自身が記入する尺度(自記式)であ

るか、医療者が記入する尺度(他記式)であるのかについて、分類した。また、分類した尺度の信頼性・妥当性は検証されているかを検討した。更に、臨床での実践的な活用という観点から、考察を加えた。

結果

検索の結果、48 研究が明らかになった。48の研究のうち入院患者を対象にしたものは13、看護師を対象にしたものは9、福祉施設介護従事者・在宅療養者・学生を対象にしたものが各3、福祉施設入所者、一般住民各1、保健師2、その他在宅介護者の家族や更年期・青年期など発達段階別の年齢層を対象としたもの13であった(Figure 3-3) (Table 3-10)。

臨床での入院患者を対象にした研究は13(27%)、看護師を対象にしたものは9(19%)と、全体の46%を占めていた。看護師を対象にした研究のうち、岡・石田・河村(2005)、斎藤・馬場・古久根・中崎(2005)、児玉・新開(2004)、松井(2003)といった、4つの研究は、看護師業務に関係した尺度であり、その他5つの研究は、患者との関係や患者を評価するための尺度開発であった(Table 3-10)。入院患者を対象にした研究13と併せ、18(38%)の研究が、入院患者の精神面や身体面の問題をスクリーニングするための尺度開発であった。

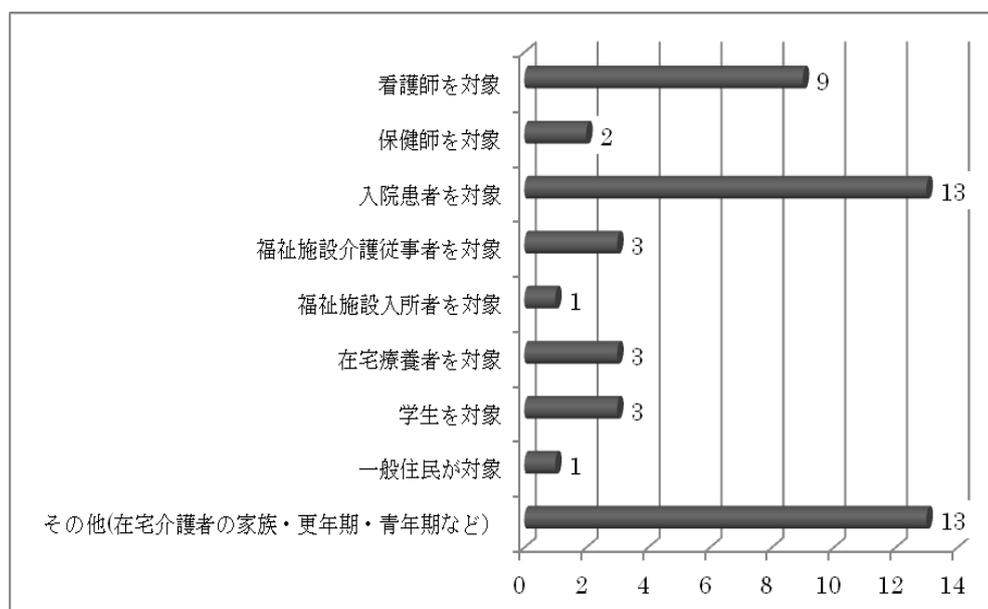


Figure3-3 研究の分類

Table 3-10 研究の分類

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
看護師を対象 竹下・當目 (2010)	手術待機中にある患者用心配事尺度の開発	手術待機中にある患者用心配事尺度開発の第1段階として構成要素を抽出するために、看護師へのアンケート調査・患者面接調査の2つの調査を実施し、手術待機中にある患者に特徴的、具体的心配事を明らかにしている。	患者10 看護師 185		なし	なし
看護師を対象 牧野・比嘉・甘佐・松本(2007)	看護におけるinvolvement尺度原案作成に関する研究 58	看護におけるinvolvement評定尺度の原案を作成することを目的とし、牧野らが提示したdetachment(切り離された)-nursing involvement(適度な)-over-involvement(過剰な)という3因子を想定、過去の文献などからinvolvementに関する記述を各3視点から抽出し、120項目の5件法を用いた質問紙での調査を看護師に実施している。そして、detachment(切り離された)-nursing involvement(適度な)-over-involvement(過剰な)という理論的に想定された3因子に沿って看護におけるinvolvement評定尺度原案を明らかにしている。	46	G-P分析 I-T分析	Cronbach係数 0.8以上	なし
看護師を対象 岡・石田・河村(2005)	Evidence based practiceに関する日本語版尺度開発と等価性の検証	看護におけるEBP(evidence based practice)に関する英語版オリジナル尺度を日本語に翻訳し、原版と日本語版尺度との等価性を検証する目的で取り組んでいる。「Professional Practice Scale(PPS)の英語版尺度と日本語版尺度(専門実践尺度)、を、英語圏と日本語圏の看護師を対象として調査し、両尺度の類似を示唆している。	54	英語版を日本語版に翻訳のためなし	Cohenk 係数0.4以上	①英語圏の大学か大学院を卒業、②日本の大学院在籍中の学生、③日本の大学院修了性のいずれかの看護師を対象 因子間の順位相関で1～5%水準で有意差あり
看護師を対象 鈴木・古橋・鶴見・松下・岩根・内田(2006)	特定機能病院の内科・外科病棟における転倒の実態と転倒リスクアセスメントツールの開発	特定機能病院の内科・外科病棟の1年間の転倒実態を明らかにするとともに、特定機能病院用転倒リスクアセスメントツール(以下、「転倒リスクアセスメントツール」)の開発を目的としている。看護師がチェックした、「転倒リスクアセスメントツール」の各項目と転倒の有無を比較検討している。「転倒リスクアセスメントツール」は特定機能病院の内科・外科病棟の転倒者を予測するアセスメントツールとして有効であることを示唆している。	364	多重ロジスティック分析	感度 (sensitivity)、 特異度 (specificity) を算出	同期間に転倒した患者については転倒事故報告書により転倒の実態を分析
看護師を対象 斎藤・馬場・古久根・中崎(2005)	臨床で行う看護研究支援環境充足度測定尺度開発の試み	臨床看護師のための看護研究支援環境の充足度を測定するための尺度の開発を行い、その信頼性と妥当性を検討することを目的としている。アンケート調査から構成概念妥当性にやや問題が残る、今後の課題となったが、管理者が自施設の看護研究支援環境を評価するには使用可能と位置づけている。	119	主成分分析 共通性: 36以上	Cronbach係数 0.57以上	尺度得点と院外発 表数の相関を検討
看護師を対象 児玉・新開(2004)	看護師長のリスクマネージャー役割評価尺度の開発	看護師長に期待するリスクマネージャー役割評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的としている。全国の国立大学附属病院及び大規模総合病院の看護師長を対象としてアンケート調査をしている。「看護実践における事故防止の具体的な指導」「インシデント・アクシデントレポートの活用」「関係部門やMRM(Medical Risk Management)委員会等への働きかけ」「リスクマネジメントに関する教育指導・支援」「事故発生時の対応」「事故防止マニュアル等の周知・活用」の6因子が明らかとなっている。	1167	探索的因子分析・Stepwise 最尤法 共通性: 43以上	Cronbach係数 0.8以上	国立大学医学部付 属病院長会議提言 との比較 他の文献との比較
看護師を対象 松井(2003)	大阪府内における訪問看護職の看護ケアの自己評価に関する研究(その1)看護ケアの自己評価尺度開発の試み	訪問看護者の看護ケアの自己評価尺度の作成を目的としている。訪問看護ステーションの看護師を対象にアンケートを実施している。看護ケアの自己評価尺度として「生活行動支援」「病状の把握」「在宅生活継続の支援」「医療処置」「ターミナルケア」の5成分32項目を抽出している。	229	主成分分析	Cronbach係数 0.8以上	累積寄与率67.2% KMO標本妥当性 0.94
看護師を対象 洵江(2003)	看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討	看護場面における患者への言語的応答能力測定の手がかりとなる尺度開発を目的とし、「相手及び自己の開示」「相手の言動に対する評価」「傾聴しているという表現(反応・質問)」「相手の言動や気持ちの確認」の5因子と、33項目からなる文章例を用いた言語的応答測定尺度を開発している。	227	主因子法 共通性: 365 ～. 670 スクリープロットから因子数を推定 因子負荷量: 3 以下を削除	Cronbach係数 0.7以上	日本語版SSI尺度 との比較
看護師を対象 川島・定廣・杉森(2000)	看護婦の対象理解に関する自己評価尺度開発における初期的研究 - 質的帰納的研究成果に基づく質問項目の作成と選定 -	看護婦の対象理解に関する自己評価尺度開発において、質的研究からの質問項目を明らかにすることを目的としている。看護の対象理解に関する自己評価尺度 - (予備調査版)を作成し、全国の看護婦・士を対象に調査を実施している。予備調査版から質問項目を選定し、本調査の質問項目として28の質問項目が選定されている。	970	主因子法(バリマックス回転)	考察に Cronbach係数 0.7以上と記載 結果には示されていない	因子分析を妥当性とみなす

Table 3-10 研究の分類 (続き)

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
保健師を対象 越田・守田 (2010)	行政保健師が地域で行うネットワーク形成のための実践技術項目の検討	行政保健師(以下保健師)が行うネットワーク形成実践技術の概念モデル及びその技術項目の検討を行うことを目的としている。保健師へのパイロットスタディにより最終、ネットワーク形成実践技術尺度の項目は43項目に整理されていた。	344	G-P分析 項目間相関	なし	G-P分析 項目間相関
保健師を対象 岡本(1998)	ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発 内容分類と信頼性・妥当性の検討	ケアマネジメントの質の評価を行うための尺度開発を目的としている。保健師を対象に質問し調査を行っている。	356	G-P分析 主因子法(バリマックス回転)共通性。4以上	Cronbach係数 0.7以上 折半法	固有値1以上 累積寄与率48.2% 背景要因との一元配置分散分析
入院患者を対象 町田・青木・上月・岸・保坂 (2003)	せん妄スクリーニング・ツールの(DST)の作成	せん妄スクリーニング・ツールの開発を目的として、精神科にコンサルトされる患者にDSTを施行し、DSTでのせん妄の評価と精神保健指定医による精神医学的診断とを比較している。ツール記載時間はほとんどの場合で5分以内であった。調査対象は、患者であるが、ツールを使用しての評価者は医療者となっている。	108	なし(前尺度を改良し、使用)	感受性98% 特異性76%	医師による診断との比較
入院患者を対象 町田・上出・岸・保坂(2002)	看護スタッフ用せん妄評価スケール(DRS-J)の作成	看護師が評価できる、看護スタッフ用せん妄評価スケールの作成を目的としている。精神保健指定医と看護スタッフの評価を比較し検討している。看護スタッフが用いることのできるせん妄評価尺度であることが示唆している。対象は患者であるが、医師と看護師がツールを使用し評価を行っている。	397	なし(前尺度を改良し、使用)	項目ごとに各疾患群で分散分析、せん妄群が非せん妄群間に含まれる分裂病群、痴呆群、正常群で識別。せん妄とその他の群間で有意差はなかった。	医師と看護師のせん妄群と非せん妄群との比較
入院患者を対象 田中・戸根 (2009)	欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度開発のための項目分析 リハビリテーションサービスにおける予備的研究	欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度(Customer Satisfaction Scale based on Need Satisfaction:CSSNS)に含める項目分析を行うことを目的としている。リハビリテーションサービスの利用者を対象としている。「生理的欲求の充足」「関係性欲求の充足」「自律性欲求の充足」因子を抽出している。	247	探索的因子分析 共通性。34以上	Cronbach係数 0.60以上	SEM(顧客満足概念と全体満足度の相関が仮定されたモデル) CFI 0.999 RMSEA 0.013
入院患者を対象 内藤・鈴嶋・中山・福原(2004)	口腔関連QOL尺度開発に関する予備的検討 General Oral Health Assessment Index(GOHAI)日本語版の作成	日本における包括的QOL尺度開発を目的とし、General Oral Health Assessment Index(GOHAI)を選定し、この尺度の日本語版作成に取り組み、GOHAI日本語版Version 1を完成させている。	96	主成分分析 バリマックス回転	Cronbach係数 0.64以上	収束的妥当性 弁別的妥当性

Table 3-10 研究の分類 (続き)

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
入院患者を対象 上田・石橋 (2002)	慢性疾患患者のResilienceに関する測定尺度の検討 先天性疾患患者を中心に	小児がん患者のresilienceに関する研究のための測定尺度開発を目的としている。患者およびその両親を対象としている。慢性疾患患者のresilienceに関する研究の一貫として、この研究で使用した測定尺度は、小児がん患者への研究に応用可能であると推測している。	患者15名 母親15名 父親5名	患者と父母との自己概念スコア比較	なし	なし
入院患者を対象 猪野・立木・西川 (2001)	否認と気付きの尺度(DAS) 尺度開発と項目分析	退院前インターベンション法(BDIM)実施の過程で重要と考えた否認や気付きを巡る質問項目を用意し、患者と家族双方の自己記入による「否認と気付きのスケール」(DAS)を作成している。認知障害の著しい患者とアルコール依存症者のその家族の双方から回答の得られた症例を対象としている。「本人の否認」のサブスケールが断酒期間を短くすることと「本人の気付き」のサブスケールが断酒期間を長くすることは同じでないという結果を得ている。	370	主因子法 バリマックス回転	Cronbach係数 0.61以上	なし
入院患者を対象 平井・鈴木・恒藤・池永・茅根・川辺・柏木(2001)	末期癌患者のセルフ・エフィカシー尺度開発の試み	末期癌患者の病氣行動に対するセルフ・エフィカシーを測定する尺度の開発を目的としている。ホスピス外来通院中、ホスピス入院中の末期癌患者50名を対象としている。末期癌患者の心理的適応、QOLの向上には、患者を積極的に能動的なコーピングスタイルに導くことで、患者の情緒状態に対するセルフ・エフィカシーを支え、その上で日常生活を積極的に営めるように支援していくことが有効であるとしている。	50	探索的因子分析 最尤法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.73以上	ステップワイス因子分析 抑うつ・不安尺度とのパス解析
入院患者を対象 橋本・小池 (2000)	潰瘍性大腸炎患者の日常生活困難感尺度開発に関する研究	潰瘍性大腸炎患者の日常生活困難感尺度開発に関することを目的としている。外来通院中の患者を対象としている。解釈尺度として「生活上の困難感」「排便に関する困難感」「活力・活気の低下」が明らかとなっている。	171	因子分析	Cronbach係数 0.89以上	構成概念妥当性
入院患者を対象 山本(1999)	成人期の術前患者の認知的評価における尺度開発への試み	成人期の術前患者の認知的評価における尺度の開発を目的としている。患者70名を対象としている。Lazarusらの理論を概念枠組みとし、面接を通じて得たデータから尺度の開発に取り組み、「抑鬱的見積もり」「消極的対処選択への見積もり」「好機的見積もり」「防衛的見積もり」「挑戦的見積もり」「回避的見積もり」「楽観的対処選択への見積もり」の7下位尺度47項目を明らかにしている。	面接調査13 調査83	主因子法・バリマックス回転	Cronbach係数 0.62以上	内容妥当性(専門的な知識をもった関係者による検討) 表面妥当性(尺度原案の回答の困難性など意見を参考) 構成概念妥当性(主因子法・バリマックス回転)
入院患者を対象 小池(1998)	慢性関節リウマチ患者の疲労感尺度及び対処行動尺度開発に関する研究	慢性関節リウマチ患者の疲労感と対処行動を評価するための尺度の開発を目的としている。女性の慢性関節リウマチ患者を対象としている。疲労感に対する対処行動尺度(案)は、「疲労の予防」「活動手順の調整」「RA悪化の予防」「エネルギー消費の調整」「身体負担の軽減」「昼寝」「内にこもらないこと」の7下位尺度34項目、対処行動の下位尺度は「予防的対処行動」「対応的対処行動」「心理的対処」の3タイプに整理されている。	197	主成分分析	Cronbach係数 0.70以上	なし
入院患者を対象 堀井・前川 (2010)	肺がん患者用生活調整尺度の開発	肺がん患者用生活調整尺度(L-LAS)を作成し、その信頼性と妥当性の検討をすることを目的としている。肺がん患者を対象としている。「社会関係の維持」「自分らしさの発揮」「負担の軽減」「最期の過ごし方の決定」「症状管理」22項目5因子が明らかになっている。	147	主因子法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.85以上 折半法。79	構成妥当性の検討 (日本語版FACT-Lとの比較)

Table 3-10 研究の分類(続き)

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
入院患者を対象	Kugaya, Akechi, & Okuyama, (1998)	Screening for psychological distress in Japanese cancer patients HADSの日本版尺が、スクリーニングとして有用な尺度であるかどうか明らかにすることを目的としている。精神疾患がん患者を対象としている。Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)を用いて調査し、14の自記式項目を明らかにしている。	128	インタビュー	Cronbach係数 0.77以上	精神疾患患者(がん患者)への調査
入院患者を対象	川瀬・下津・今里・唐澤・伊藤・齊藤・松岡・堀川(2005)	がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発 1質問法と2質問法の有用性の検討 がん患者の抑うつに対する簡便なスクリーニング方法を検討することを目的としている。放射線治療中または治療歴があるがん患者238人を対象としている。2質問法での有用性が示され、簡便で有用なスクリーニング方法であることが明らかとなっている。	238	なし	なし	大うつ病・小うつ病・患者への調査をROC(Receiver Operation Characteristic)解析
福祉施設介護従事者を対象	小林・矢島・小林・桐生・王・大野(2008)	認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」の構成概念妥当性の検討(その2) ニューラルネットワークによるアプローチ方法の適用と課題 「認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」をもとに、看護領域における尺度開発に当たってのニューラルネットワークの適応可能性を検討することを目的としている。認知症グループホーム144施設で実際に利用者の介護を行っている介護従事者を対象としている。「認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」の改良に向けた示唆、看護学分野における評価尺度作成の方法論として、ニューラルネットワークを適用することによる学問的有用性を明らかにしている。	1360	なし	予測群と検証群の量的パラメータ比較(U検定)	構成外苑妥当性(先行研究との比較)
福祉施設介護従事者を対象	中谷・杉浦・三上(2009)	ホームヘルパーの仕事意欲測定尺度開発およびその関連要因 在宅福祉の要とされているホームヘルプサービスを担当しているホームヘルパーの仕事意欲測定尺度を作成し、さらにその仕事意欲に影響する要因を明らかにすることを目的としている。訪問介護サービスを行うホームヘルパーを対象としている。仕事意欲測定尺度として、「現状肯定感」(9項目)、「向上志向」(3項目)の2因子が得られている。	834	主成分分析 最尤法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.79以上	G-P分析 I-T分析
福祉施設介護従事者を対象	鳩野・岡本・関戸(2005)	要介護状態の危険性が高い高齢者にみられる日常生活尺度開発にむけた項目の収集 要介護状態に移行する危険性を判断する尺度開発を目的としている。保健医療専門職実践者を対象としている。最終的に55項目が選定され、高齢者の高い活動性を示す内容であることに特徴を有している。	117	半構成的インタビューから項目を抽出後調査各項目に7名以上が回答した項目を残す	なし	なし
在宅療養者を対象	松本・高井・桐野・中嶋(2005)	在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズの測定 (Measurement of Care-Related Needs of Family Members Caring for Demented Elderly Patients at Home) 在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズを測定するための尺度開発を目的としている。中国地方4県に在住する家族介護者を対象としている。「情報ニーズ」「他者理解ニーズ」「家族ニーズ」「医療ニーズ」「屋外活動ニーズ」「経済ニーズ」の6因子が明らかになっている。	237	探索的因子分析	Cronbach係数 0.90以上	SEM CFI. 944 RMSEA. 045
在宅療養者を対象	田高・金川・立浦・和田(2003)	地域障害高齢者における自立度の測定 座位自立度尺度開発 地域の寝たきり・準寝たきり等の障害高齢者における座位の自立に着眼した尺度「座位自立度尺度」を開発を目的としている。地域障害高齢者を対象としている。座位自立度からみた寝たきり・準寝たきり等の障害高齢者は、「できる座位」「している座位」から4パターンに類型化された。	124	なし	尺度項目間相関係数1%水準 有意	座位自立度尺度と外的基準との相関 1%水準で有意
在宅療養者を対象	深田・鎌倉・北池・野尻(2002)	在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発 在宅高齢者に対する嚥下障害のリスクを評価する尺度を開発することを目的としている。施設高齢者から質的調査を行い、在宅高齢者を対象として自記式調査を行っている。「誤嚥・咽頭クリアランスの低下」「咽頭への送り込み」「咽頭期惹起の障害」「食道期の嚥下障害」の4因子17項目が明らかになっている。	構造化面接81 自記式調査 658	主因子法 バリマックス回転	Cronbach係数 0.74以上	水飲みテストでの結果との比較

Table 3-10 研究の分類(続き)

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
学生を対象	古川(2005)	学生の学習行動に存在する傾向性を、新たに開発する尺度を用いて明らかにし、学生が学習に対するどのような課題意識を持つのか、教員の指導に対してどのような経験をして、どのような意識があるかを明らかにすることを目的としている。看護学生を対象としている。	154	因子分析(手法不明)	不明	Locus of Control尺度との比較
学生を対象	富岡・佐藤(2007)	中学生におけるライフスキルトレーニングを用いた性の健康教育を評価するための中学生の性的健康行動に関する知識と意識を測定する尺度を開発、その信頼性と構成概念妥当性を検証することを目的としている。中学生を対象としている。中学生における性的健康行動に関する知識と意識を測定し、教育評価に活用し得る可能性を得られている。	81	主成分分析 探索的因子分析 最尤法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.96以上	探索的因子分析
学生を対象	山蔭(2008)	臨床実習不安測定尺度開発の試みおよび臨床実習経験における不安の変化・理学療法士・作業療法士教育における検討	156	探索的因子分析 最尤法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.82以上	K・J法で算出された項目との比較
一般住民が対象	和泉・佐伯・蘭傘・田・森(2006)	壮年前期の高脂血症予防のための保健行動尺度開発に向けた項目作成過程	594	主因子法 プロマックス回転 因子負荷量.40以上 固有値1以上	Cronbach係数 0.7以上	基準関連妥当性(一般性SE尺度と比較) 構成概念妥当性(因子分析・健康行動得点と高脂血症予防SE尺度得点との関連を検討)
その他 家族・更年期など (在宅介護・青年)	山岸・豊増(2010)	日本型ホスピタリティの尺度開発の試みと職種間比較	113	主因子法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.7以上	なし
その他 家族・更年期など (在宅介護・青年)	斎藤(2007)	境界性パーソナリティ特性尺度開発の試み	277	主因子法 バリマックス回転 スクリープロットから因子抽出 因子負荷量.35以上を再度因子分析	Cronbach係数 0.724以上	ミロン式臨床多軸目録境界性スケール短縮版との比較
その他 家族・更年期など (在宅介護・青年)	村山・田口・村嶋(2006)	健康推進員活動における活動満足感、活動負担感の尺度開発	604	主因子法 プロマックス回転	Cronbach係数 0.738以上	収束妥当性 弁別妥当性
その他 家族・更年期など (在宅介護・青年)	飯岡・小松・麻生・久保田(2005)	「更年期女性のself-consistency尺度」の開発 信頼性と妥当性の検討	282	探索的因子分析 最尤法 プロマックス回転 共通性0.1以下 と因子負荷.4未満を削除	Cronbach係数 0.84以上	探索的因子分析による構成概念妥当性 基準関連妥当性(充実感尺度との比較)

Table 3-10 研究の分類(続き)

研究者名 (発表年)	研究タイトル	研究の目的と対象など概略	標本数	因子分析方法	信頼性の検討	妥当性の検討
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	清水(2001)	育児環境の認知に焦点をあてた育児ストレス尺度の妥当性に関する研究	625	自由記述法による予備調査で項目を抽出後調査因子分析最尤法プロマックス回転	Cronbach係数0.58以上	なし
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	種子田・新田・中嶋(2003)	障害児の問題行動の因子モデルの検討	393	探索的因子分析	Cronbach係数0.866	なし
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	貝谷, 金井, 熊野, 坂野, 久保木(2004)	東大式社会不安尺度の開発と信頼性・妥当性の検討	初診患者97 パニック障害患者37 事務系職員542	健常群を探索的因子分析最尤法プロマックス回転 スクリープロットから3因子抽出	Cronbach係数0.84以上	弁別妥当性(SAD群・PD群・健常群3群を要因とするANOVA)
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	広瀬・一木・市田・大嶋(2003)	先天性心疾患療育ニーズに関する研究(第1報) 新しい尺度の開発	468	主成分分析	Cronbach係数0.71以上	構成概念妥当性(主成分分析)
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	有馬・伊藤・三上(2002)	育児評価としての「親性」尺度開発の試み	368	主因子法	Cronbach係数0.78以上	表面妥当性(通過率・無回答率) 内容妥当性・基準関連妥当性(親性と抑うつ度, 育児満足度との単相関)
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	石川・井上・多賀谷・岩月・White・池田・奥野(1999)	在宅看護者のソーシャルサポート測定尺度開発の試み	295	主成分分析 バリマックス回転	Cronbach係数0.57以上	なし
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	内藤・橋本・杉下(1998)	0~3歳の乳幼児を持つ(専業母親)の子育て観尺度開発に関する研究—CPS-M97の妥当性・信頼性の検証—	303	主成分分析 バリマックス回転	Cronbach係数0.76以上	専門家による内容の検討 構成概念妥当性(Self-Esteem Scaleとの比較)
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	堀内・太田・小山(1996)	看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究 信頼性・妥当性の検討	患者626 看護師742	因子分析 バリマックス回転	Cronbach係数0.70以上	基準関連妥当性(患者信頼スケールとの比較)
その他(在宅介護者の家族・更年期など)	策口・三宅・吉松(1990)	世代社会精神医学的研究のための尺度開発 「うつ病親和性性格傾向(DRP)尺度」の信頼性および妥当性	491	主因子法 バリマックス回転 主成分分析 尺度間の内部関連一貫性	相関による内的整合性 Cronbach係数0.90以上	基準関連妥当性(性格類型尺度・抑うつ尺度との関連)
福祉施設入所者を対象	神部・竹本・岡田・白澤(2010)	特別養護老人ホーム入居者の施設サービス満足度の因子構造に関する検討	113	探索的因子分析 プロマックス回転	なし	SEM(施設職員の態度・施設環境の快適さ・食事 CFI.995 RMSEA.043)

尺度の記入方法と信頼性・妥当性

尺度が「患者自身が記入する(自記式)尺度であるか」「医療者が記入する(他記式)尺度であるのか」を研究の内容から分類した結果、他記式尺度に関する研究は5(10%)であった(Table 3-11)。5の研究のうち、対象が障害幼児、寝たきりの高齢者、せん妄患者と患者自身が記入することが困難である患者を対象にしたものが4研究であった。その中で、鈴木ら(2006)の転倒リスクアセスメントツールに関してのみ、患者自身が記入可能である患者を看護師が客観的に評価し、スクリーニングするように開発されていた。また、標本数に関しては350から400が3研究、100から130が2研究であった。統計的見地から標本数が十分に確保され(清水, 1996)、信頼性・妥当性の検討されているものは、鈴木ら(2006)、町田ら(2002)の研究であった(Table 3-11)。

Table 3-11 対象者が記入困難なため、医療者が記入しスクリーニングする尺度

研究者名 (発表年)	研究タイトル	標本数	因子分析	信頼性の 検討	妥当性の 検討
種子田・新田・ 中嶋(2003)	障害幼児の問題 行動の因子モデ ルの検討	393	探索的因子分析	Cronbach α 係 数. 866	なし
田高・金川・立 浦・和田(2003)	地域障害高齢者 における自立度 の測定 座位自 立度尺度開発	124	なし	尺度項目間相関係 数 1%水準で有意	座位自立度尺 度と外的基準 との相関 1%水 準で有意
鈴木・古橋・鶴 見・松下・岩 田・内田(2006)	特定機能病院の 内科・外科系病棟 における転倒の 実態と転倒リス クアセスメント ツールの開発	364	なし	感度(sensitivity) 特異度 (specificity)を算 出	同期間に転倒 した患者につ いては転倒事 故報告書によ り転倒の実態 を分析
町田・青木・上 月・岸・保坂 (2003)	せん妄スクリー ニングツール (DST) の作成	108	なし	感受性 98% 特異性 76%	医師による診 断との比較
町田・上出・ 岸・保坂 (2002)	看護スタッフ用 せん妄評価スケ ール(DRS-J)の作 成	397	なし	項目ごとに各疾患 群で分散分析を行 い、せん妄群が非 せん妄群間に含ま れる分裂病群、痴 呆群、正常群にお いて識別されてい るか検討。 せん妄とその他の 群間で有意差はな かった。	医師と看護師 のせん妄群と 非せん妄群と の比較

考察

看護師を対象にした研究のうち、看護師業務に関係した尺度開発の研究、岡美ら(2005)、斎藤ら(2005)、児玉・新開(2004)、松井(2003)を除いた5つの研究は、患者との関係や患者を評価するための尺度開発となっていた。入院患者を対象にした13の研究と併せると、18(38%)の研究が入院患者の精神面や身体面の問題をスクリーニングするための尺度開発となっていた。入院患者が安全、安楽に入院生活を送ることは医療者にとっての重要な役割であり、入院患者のスクリーニングの必要性を医療者が広く感じていると考えられる。しかし、「医療者が記入する他記式の尺度」の研究は5(10%)であった(Table3-11)。中でも、自分で尺度に記入できる患者を対象にしたものは、鈴木ら(2006)の転倒リスクアセスメントツールに関してのみであった。この尺度は、入院時や患者の状態が手術や筋力低下などで変化した場合にその都度スクリーニングし、広く臨床で活用されている。

障害幼児や寝たきりの高齢者、せん妄患者と患者自身が記入することが困難である患者においては、必然的に看護師がスクリーニングせざるおえない状態となっている。しかし、臨床での実際の活用を考えたときに、何らかの疾患に罹患し、精神的なストレスを抱えて闘病している患者にその都度尺度への記入を依頼することは、患者の負担を考えると実践的とは言えない。また、使用頻度も低下すると考えられる。多忙な業務の中で、その都度患者に依頼する手間を考えると、看護師が客観的に患者の状況を記入できる他記式の尺度はより使用し易いものと考えられる。

信頼性・妥当性に関しては、町田ら(2002)が十分な標本サイズであり、町田ら(2002)、町田ら(2003)の研究は、実際に医師からせん妄と診断された患者との比較により妥当性の維持を行っていた。対象が自分で記入できない尺度での評価の場合、患者の直接的な訴えがないために、個々の医療者の認識にズレが生じやすい。このように、様々な職種との協働が必要とされる臨床場面においては、速やかに記入でき、評価結果に曖昧さがないことが必要とされる。

看護スタッフ用せん妄評価スケール(町田ら、2002)は、標本数が維持され、看護スタッフが記載し易いように詳細な説明が加えられた尺度の内容となっており、活用し易い尺度であると考えられる。医療職間で協働するための尺度は、個々の医療者の患者への認識のズレが無いように工夫され、医療者が短時間で判断し、客観的に記入できるものが活用し易い尺度であると考えられる。

第5節 本章のまとめ

第1節,第2節ではクリーンルーム入室患者のストレスや不適應感を具体的に明らかにした。そして,第3節では,クリーンルーム入室患者の不適應感を医療者が客観的に評価した場合,その不適應な状態に差がないか,あるとすればどの部分により差を生じているのかを確認した。『家族支援』『社会的側面』『患者背景』に関して,不適應な状態の評価の差がより大きかったという結果は,『家族支援』『社会的側面』『患者背景』に関しての尺度の開発は,医療者間で客観的に情報を共有するために有用な視点であるという結果であると言える。臨床での活用においては,有用な貢献が期待できる項目であると考えられる。

第4節では,これまで臨床で使用されてきた尺度を概観した。その中で,DRS-J(町田ら,2002)は,標本数が維持され,看護スタッフが記載し易いように工夫された尺度ということが判明した。今後,クリーンルーム不適應間尺度の精神的側面における妥当性を検討するにあたり,DRS-J(町田ら,2002)の使用しての検討が期待できる。

これまでの国内での研究では,クリーンルームに限定した尺度の開発はなされておらず,特に,自分で尺度に記入できる患者を対象にしたものは,鈴木ら(2006)の転倒リスクアセスメントツールに関してのみであった。海外での尺度に関しては,第1章,第5節の「がん患者に使用される尺度の概要—自記式尺度か他記式尺度かの概観—」で触れているが,やはり,クリーンルームに限定した尺度の開発はなされていない。しかし,がん患者を対象にした他記式尺度として,STAS-J(Miyashita et al., 2004)が開発されている。この尺度は,本研究の視点と同様に,終末期にあり倦怠感が強いと予測されるがん患者に,質問紙への記入を促さず,他記式として作成されている。

本研究でのクリーンルーム不適應間尺度も同様に,倦怠感の強いクリーンルーム入室患者全般を対象とし,看護師が客観的に記載する尺度の開発という視点で,取り組んでいる。クリーンルームにおける尺度開発,そして,他記式という点に独自性を見いだせるものと考えている。

また,第3章では質的な臨床でのインタビュー調査から得られた研究結果を論じた。より妥当性を有する尺度を作成するにあたっては,多くの施設での調査や因子分析による因子の抽出,尺度の妥当性・信頼性の検討を行っていく必要がある。

注記

第3章, 第1節は, 山田(2010a), 第2節は, 山田(2011a), 第3節は, 山田(2012b), 第4節は, 山田(2011b)に, 加筆, 修正を行ったものである。

第4章 クリーンルーム入室患者の不応感尺度

(Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S)の開発

問題

血液疾患患者の多くは、がんの告知に加え化学療法という過酷な治療とその副作用から起こりうる感染を回避するためにクリーンルームへの入室を余儀なくされる。クリーンルームは外部と遮断された閉鎖環境であり(酢屋, 2004), このような環境が、拘束感や孤独感、死への恐怖など不安やストレスを増大させることは、先行研究からも明らかである(Gordon, 1975; 加藤, 1997; Lesko et al., 1984; Pontes et al., 2007; 上野ら, 1996; 山中ら, 2001)。

クリーンルームでは、長期にわたる治療により、家庭や職場での役割の変容や、職そのものを失うといった社会的側面での弊害が加わってくる(富田, 1997)。第3章第1節で論じているように、クリーンルーム入室患者は、外部から遮断された環境による疎外感だけでなく、患者それぞれが担っている社会的役割や患者を取り巻く経済的な側面からも患者がストレスを感じることが明らかになっている。がん患者の精神症状(不安・抑うつ・せん妄など)は、患者の置かれている状況や身体的苦痛に大きく影響され(柏木, 2011), 化学療法による身体的苦痛や不安が、うつ症状を引き起こすことも報告されている(計屋・倉恒, 2006)。

患者が環境への適応に対処できていない状況では、「死ぬかもしれない」「家族に迷惑をかけたくない」といった言動、家族や友人との関係の希薄さ、仕事上での役割に対する重圧感の訴えなどがみられる。このような患者による身体的、精神的、社会的側面における負担感の訴えから、医療者が患者の状況をいち早く察知することは重要なことと言える。そういった医療者の察知により、専門看護師やソーシャルワーカー、精神科医師などの介入を早期に展開することができるようになり、閉鎖環境で療養生活をおくる患者の、うつやせん妄の発症を未然に防ぐことに繋がると考えられる。

せん妄については、その精神症状の原因のほとんどが環境状況や身体症状に由来することが報告されている(柏木, 2011)。せん妄をいち早く見極めるためのツールとしては、看護スタッフ用に開発された、せん妄評価スケールである DRS-J(町田ら, 2002)や、医療従事者全般に使用可能な、せん妄スクリーニングツールである DST(町田ら, 2003)がある。DRS-J においては、より客観的に記載する工夫として、看護師が日常業務の中で容易に使用できるように、表現や評価方法欄にせん妄の一般的な発症パターンの特徴が解説として付加されている。せん妄状態

を評価するツールでは、いずれも、患者自身に記入してもらう自記式は、患者の精神的状況から困難であるため、医療者が代理で客観的に評価する(以後他記式とする)方法を採用している。他に、患者に負担をかけず、早期に患者の異常な行動や苦痛をスクリーニングすることができ、さらに、医療者がいち早く患者の状態を共有することを考慮した他記式ツールとしては、STAS-J (Miyashita et al., 2004)がある。この尺度は、緩和ケアチームが患者の基本的なアセスメントを統一するために患者に負担をかけずに、患者の状態を客観的にアセスメントする尺度として開発されたものである。身体的苦痛を伴うがん末期患者に配慮し、身体症状の評価においても客観的な評価が行えるように、項目の点数に判断基準を設けているところに特徴がある。

その他、第3章第4節で報告しているように、医療現場で使用されているツールを概観すると、患者自身が記入する自記尺度の利用が大半となっている。自記式尺度は、患者自身の状況をそのまま反映できるという利点はある。しかし、せん妄などにより、患者が自分で記入できないという状況はもとより、がんの末期や化学療法の治療中の患者は、身体症状に加え、がんの告知や厳しい病状説明などの精神的ダメージがあり、質問項目への記入を求めることは、患者に負担を強いることになる。がん患者にも、せん妄評価スケールである DRS-J や DST, STAS-J のように、患者に負担のかからない、医療者が客観的に記入し評価できる他記式のツールを積極的に開発する必要があると考えられる。

しかし一方で、がん医療に従事する医師や看護師のうつ症状の客観的評価において、うつ症状患者の重症度と医療者の評価との一致は低く、重症例ほど患者の症状を見落としやすいという結果も報告されている。たとえば、看護師は、不安と痛みについて患者が感じている程度より高く評価する傾向が強く、うつ症状の強い患者については、医療者が症状の程度を過小評価する傾向があることが報告されている(Passik et al., 1998; McDonald et al., 1999)。客観的評価を行う場合、まず、何を観察すべきであるのかといった、観察する内容について高度なスキルが求められる。そのためには、医療者が共通した認識で患者の状態を捉えることができる詳細な評価項目が必要であると考えられる。うつ症状の強い患者ほど、医療者がその症状の程度を過小評価する傾向があるとしても、頻繁にスクリーニングするという訓練の中で、個々の医療者の観察力の向上は期待できるものと考えられる。そして、誰もが共通して、項目に沿った患者の評価を行えることは、他職種に対して、患者の客観的な情報提供が容易になり、共通のツールを用いてディスカッションすること、つまり医療現場での協働が推進されることに繋がる。

また、クリーンルームに入室する患者に関わる看護師のスキルにおいて、特殊な環境であることからより専門的な関わりの必要性が求められる。客観的に評価できる尺度は、新人看護師やキャリアはあっても、クリーンルーム入室患者への関わり経験が浅い看護師などへの教育的な側面での有用性がある。患者の評価の視点が統一できること、そして、客観的に、スキルの高い看護師とディスカッションを行えることで、経験の浅い看護師への患者ケアの指導としても活用できるものと考えられる。

第4章は、まず第1節を予備調査として、クリーンルームを完備する3つの施設での調査から、「クリーンルーム入室患者の不応感」に関して、身体的、社会的、環境的側面における各因子の尺度構成を明らかにする。第2節では、本調査として、全国のクリーンルームを完備する施設への幅広い対象者に調査を行い、「クリーンルーム入室患者の不応感」に関しての因子構造を明らかにする。第3節では、第2節を受けて、対象者の背景要因との関係を分析し、クリーンルーム入室患者の不応感を捉えるツールの意義について検討する。

第1節 クリーンルーム入室患者の不応感尺度

(Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S)の開発 (予備調査)

目的

第3章第1節では、クリーンルームという閉鎖環境において、身体的・精神的・社会的側面の苦痛から引き起こされる、うつやせん妄、適応障害(Holland, & Rowland, 1989)などの症状を闘病生活に適応できていない患者の状態「クリーンルーム入室患者の不応感」として捉えることとした。

第3章第2節で得られた内容をもとに、身体的、精神的側面を「患者自身の領域」、社会的側面を「社会的領域」、クリーンルームという閉鎖環境を「療養環境領域」として、領域毎に尺度構成の可能性を予備調査として検討する。そして、これまで明らかにされていなかった「クリーンルーム入室患者の不応感」を測定する尺度に関して、それぞれの因子の特徴をより明確に特定する。

方法

調査期間

20XX年6月から20XX年12月末までの期間に質問紙調査を行った。

調査対象

総合病院に勤務しクリーンルームを完備する3施設において、クリーンルーム入室患者に関わった経験のある医師5人、看護師145人、合計150人を対象とし、123人(医師5人、看護師118人、回収率82%)から回答があった。平均職種経験年数は9.55(*SD*7.46)であった。

調査方法

クリーンルーム入室患者の医療者が捉える不応感は、第3章、第2節で既に、『患者背景』『血液データ』『療養生活』『身体症状』『社会的側面』『家族の支援』『患者自身の思い』『医療者との関係』『味・嗜好』『性格』といった、患者の反応や行動傾向などを10領域67個のにまとめている。この10領域について「クリーンルーム入室患者の不応感」を代表する領域3

つに絞り、「患者自身の領域」(患者背景, 身体症状, 患者自身の思い, 趣味・嗜好), 「社会的領域」(社会的側面, 家族の支援), 「療養環境領域」(療養生活, 医療者との関係)項目の内容を検討し, 質問紙を作成した。

不適応感の高い方向で得点化し, 「あてはまる」4点, 「どちらかといえばあてはまる」3点, 「どちらかといえばあてはまらない」2点, 「あてはまらない」1点, の4件法とした。3つの領域「患者自身の領域」「社会的領域」「療養環境領域」から作成した「クリーンルーム不適応感尺度」を質問紙とした。質問紙は, 一括回収もしくは, 個別郵送での回収とした。

分析方法

領域毎に探索的因子分析を行った(Table 4-1, 4-2, 4-3)。信頼性の算出はクロンバック α 係数を用いた。

倫理的配慮

対象者には, 研究の趣旨, 参加の自由意思, 研究への不参加において不利益を生じないこと, プライバシーの保持について説明し, 承諾書への署名により研究への参加を確認した。質問紙の回収は, 施設内での一括方式あるいは個別郵送方式を採用した。

本調査は, 関西大学大学院心理学研究科における倫理委員会(心理学研究科研究・教育倫理綱領に基づく)の承認を受け行った。

結果

これまで論じてきた「クリーンルーム入室患者の不適応感」に関して, それぞれの領域の特徴をより明確に特定するために, 領域毎に探索的因子分析を行った。

「患者自身の領域」(Table4-1)の固有値の衰退状況は, 第1因子から第4因子にかけて 6.22, 2.71, 2.24, 2.09, 因子寄与率は 47.68%であった。因子負荷量 ± 0.40 以上であった項目を採用した。第1因子は主に化学療法の副作用とその際の精神症状と判断し『化学療法による精神的・身体的苦痛』とした。第2因子は, たばこ・お酒・ギャンブルといった趣味嗜好の内容であり『趣味嗜好の制限』とした。第3因子は, 化学療法の回数と緊急入院というイベント体験に関しての項目と解釈し『治療経験』とした。第4因子は, 「重症感を持っている」から始まり採

血の苦痛や隔離感など自分自身に起きている現状を重く受けとめている内容と判断し『重症感』とした。

Table 4-1 クリーンルーム入室患者の不応感 「患者自身の領域」

患者自身の領域	化学療法による精神的・身体的苦痛	趣味・嗜好の制限	治療経験	重症感	共通性	平均値	SD
食欲が低下している	0.81	0.20	-0.08	-0.10	0.67	3.48	0.83
全身倦怠感がある	0.76	0.03	0.02	0.30	0.62	3.73	0.51
味覚障害がある	0.74	-0.13	-0.12	-0.09	0.63	3.24	1.01
吐き気がある	0.73	-0.01	0.07	0.15	0.55	3.24	1.03
発熱がある	0.64	0.07	-0.05	0.30	0.46	3.49	0.83
口内炎がある	0.62	0.22	-0.07	0.07	0.39	3.04	1.01
出血傾向がある	0.60	0.00	-0.12	0.10	0.37	3.24	0.82
死ぬかもしれないと思っている	0.57	-0.14	0.13	0.11	0.39	2.99	1.04
家族に迷惑をかけたくないと思っている	0.56	-0.22	0.04	-0.40	0.65	3.27	0.86
早く退院したいと思っている	0.56	-0.04	0.00	-0.41	0.54	3.51	0.91
化学療法をしている	0.54	0.00	-0.03	0.01	0.29	3.49	1.00
不眠である	0.53	-0.19	0.05	0.14	0.36	3.21	0.89
偏食である	0.43	0.14	0.26	-0.25	0.32	2.82	0.99
家族に迷惑をかけていると思っている	0.40	-0.24	-0.06	0.53	0.62	3.14	0.87
たばこを吸いたいと思っている	-0.10	0.88	-0.05	-0.10	0.81	1.52	0.95
お酒を飲みたいと思っている	-0.04	0.82	-0.02	-0.04	0.68	1.59	0.93
ギャンブルをしたいと思っている	-0.01	0.69	0.08	-0.10	0.46	1.35	0.74
病院の中で趣味ができない	0.14	0.46	0.14	0.02	0.22	2.55	1.14
初めての化学療法	0.09	-0.07	-0.87	0.19	0.76	2.18	1.36
化学療法の経験が2回以上	-0.12	-0.01	0.82	-0.10	0.68	3.00	1.28
緊急入院である	0.35	0.15	-0.45	-0.04	0.34	1.79	1.21
向精神薬を内服している	0.39	0.01	0.40	0.26	0.38	1.72	1.21
治療効果が現われていない	0.37	0.11	0.35	0.02	0.26	2.72	1.03
重症感を持っている	0.17	-0.13	0.15	0.68	0.50	3.44	0.84
頻繁な採血が苦痛である	0.07	-0.08	-0.19	0.44	0.21	3.34	0.79
隔離されていると感じている	0.22	0.01	-0.11	0.44	0.23	3.45	0.73
仕事のやり残しがあるとと思っている	0.14	0.24	0.00	0.42	0.22	2.31	1.12
ベッド上安静が必要	0.19	0.09	-0.14	0.32	0.15	2.34	1.21
精神科疾患の既往	0.21	0.10	0.21	0.12	0.11	1.32	0.84
芽球の上昇が気になっている	0.25	-0.13	0.22	0.07	0.15	2.68	1.13
血液データの変化を気にしている	-0.13	-0.20	0.17	-0.02	0.08	3.32	0.77
麻薬を服用している	0.20	0.23	0.30	-0.09	0.16	1.63	1.15
化学療法による精神的・身体的苦痛	—	-0.01	-0.13	0.38**	0.88	3.35	0.59
趣味・嗜好の制限	-0.17	—	-0.16	0.06	0.79	1.75	0.73
治療経験	0.04	-0.12	—	-0.13	0.79	2.31	0.53
重症感	-0.10	0.16	0.05	—	0.69	3.43	0.60

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、Promax法で因子軸を回転した。

注2：相関行列の下三角は因子間相関行列，上三角は構成した尺度間相関行列である。

注3：尺度得点は，総点を項目数で割っている。

注4：尺度間相関で**は $p < 0.01$ を意味する。

注5：尺度の信頼性（ α 係数）は項目の共通性の列に配置している。

「社会的領域」(Table4-2) の固有値の衰退状況は、第1因子から第3因子にかけて 2.93, 1.88, 0.74 であった。第3因子は固有値が 0.74 と 1.0 より低い値であったが因子負荷量は 0.7 以上と高値であり採用した。全ての項目で因子負荷量±0.40 以上であった項目を採用した。第1因子は、閉鎖環境の中での面会の乏しさ、身边を世話してくれることの乏しさと解釈し、『孤独な療養環境』とした。第2因子は、仕事上での役割や家族を養っていること「自営業である」は闘病によって職を失う危機があることと解釈し、『社会的な役割の重圧』とした。第3因子は、入院により職を失うことも金銭的な困窮に繋がるため、『金銭的困窮』とした。

Table 4-2 クリーンルーム入室患者の不適応感 「社会的領域」

社会的領域	孤独な療養環境	社会的な役割の重圧	金銭的困窮	共通性	平均値	SD
家族の面会が少ない	0.86	0.02	-0.12	0.69	2.14	1.20
面会してくれる親しい友人がいない	0.82	0.08	-0.04	0.66	2.16	1.10
身の回りの世話をしてくれる家族がいない	0.72	-0.08	0.20	0.66	1.81	1.06
一人暮らしである	0.66	0.00	0.14	0.51	1.40	0.95
仕事上での役割がある	-0.01	0.84	0.05	0.73	2.47	1.20
家族を養っている	-0.10	0.62	0.13	0.47	2.30	1.24
自営業である	0.20	0.50	-0.32	0.22	1.87	1.17
就業していない子どもを養育している	-0.02	0.41	0.31	0.35	2.16	1.28
金銭的困窮がある	0.10	-0.13	0.79	0.64	2.10	1.06
入院により職を失う	0.02	0.14	0.71	0.61	2.32	1.15
孤独な療養環境	—	-0.05	0.31**	0.86	1.89	0.91
社会的な役割の重圧	-0.05	—	0.32**	0.68	2.20	0.87
金銭的困窮	0.33	0.35	—	0.73	2.22	0.97

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、Promax法で因子軸を回転した。

注2：相関行列の下三角は因子間相関行列，上三角は構成した尺度間相関行列である。

注3：尺度得点は、総点を項目数で割っている。

注4：尺度間相関で**は $p < .01$ を意味する。

注5：尺度の信頼性 (α 係数) は項目の共通性の列に配置している。

「療養環境領域」(Table4-3)の第1因子から第3因子にかけての固有値の衰退状況は、3.43, 2.39, 1.58 であった。第1因子は「医療者の説明を理解できない」など他の項目全て医療者との関わりに関する項目であり『医療者との関係』とした。第2因子は「窓の景色が見えない」「携帯電話が使えない」などクリーンで安全な環境を維持するため閉鎖的な環境となっていることへの不満と解釈し『閉鎖的な療養環境への不満』とした。第3因子はクリーンルームという特殊な環境への不満としては第2因子と同様に解釈できるが、更に日常必要で身近な困りご

とを表現していると解釈し『身近な療養環境への不満』とした。尺度間の相関関係と因子間の相関関係の値は、「患者自身の領域」では『化学療法による精神的・身体的苦痛』と『重症感』で差があったが、その他は類似値であり「社会的領域」「療養環境領域」においてはほぼ類似した値であったことから、因子の構造を尺度で再現しているものと解釈できた。因子負荷量は全ての項目で±0.55以上を維持していた。

Table 4-3 クリーンルーム入室患者の不応感 「療養環境領域」

療養環境領域	医療者との関係	閉鎖的な療養環境への不満	身近な療養環境への不満	共通性	平均値	SD
医療者の説明を理解できない	0.83	0.01	0.01	0.69	1.91	0.99
医療者の指示を受け入れない	0.83	-0.06	-0.03	0.66	1.99	1.03
医療者の説明を理解できる	-0.74	-0.09	0.10	0.55	3.20	0.79
医療者を信頼していない	0.71	-0.04	0.12	0.54	2.20	0.83
医療者の指示を受け入れる	-0.67	0.00	0.17	0.43	3.17	0.95
窓からの採光がない	-0.07	0.87	-0.19	0.73	2.37	1.36
外の景色が見えない	-0.11	0.84	-0.15	0.68	2.67	1.28
携帯電話が使えない	0.08	0.67	0.13	0.51	1.96	1.20
電話が使えない	0.10	0.60	0.17	0.46	1.94	1.20
欲しいものがすぐにとれない	-0.05	0.17	0.79	0.68	2.67	1.19
冷蔵庫が遠い場所にある	-0.03	-0.16	0.77	0.57	2.56	1.25
トイレが遠い場所にある。	-0.09	0.04	0.55	0.30	1.96	0.95
プライバシーが保持できない	0.07	0.31	0.28	0.22	2.87	1.12
インターネットが使えない	0.19	0.19	0.17	0.14	2.40	1.28
アイソレータの音が耳ざわり	0.01	0.44	0.12	0.23	3.36	0.89
医療者との関係	—	-0.05	0.22	0.86	2.51	0.37
閉鎖的な療養環境への不満	-0.05	—	0.18	0.84	2.20	1.03
身近な療養環境への不満	0.22	0.18	—	0.75	2.37	0.92

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、Promax法で因子軸を回転した。

注2：相関行列の下三角は因子間相関行列，上三角は構成した尺度間相関行列である。

注3：尺度得点は、総点を項目数で割っている。

注4：尺度の信頼性（ α 係数）は項目の共通性の列に配置している。

予備調査においては、「患者自身の領域」22項目、「社会的領域」10項目、「療養環境領域」12項目の3つの領域から計44項目、10因子が抽出された。

信頼性 3つの領域の因子分析の結果に基づいて尺度を構成し、信頼性係数(α)を求めた。その結果「患者自身の領域」では0.69から0.88 (Table4-1), 「社会的領域」では0.60から0.86 (Table 4-2), 「療養環境領域」では0.75から0.86 (Table 4-3)と高い信頼性が確認された。

考察

予備調査においては、「患者自身の領域」「社会的領域」「療養環境領域」の3つの領域から計44項目、10因子が抽出された。今回の研究では、第3章、第2節において、質的研究から導き出された10の領域(患者背景, 血液データ, 療養生活, 身体症状, 社会的側面, 家族の支援, 患者自身の思い, 医療者との関係, 趣味・嗜好, 性格)(Table3-8)を更に3つの領域「患者自身の領域」「社会的領域」「療養環境領域」(Table4-1, 4-2, 4-3)とし、領域ごとに抽出された7つの因子の信頼性係数は、『重症感』と『社会的な役割の重圧』でやや低かったものの、その他は十分な信頼性が得られた。

因子間の相関は、「社会的領域」で2因子が高かったものの、全体として相関は低く各因子が独立しており、各領域をより代表できる因子であると示された。

予備調査では、調査対象の標本を拡大し全国規模での調査を行うことを目標とし取り組んでいる。予備調査で得られた項目は、尺度の一般化に向けての第一歩となると考えられた。

第2節 クリーンルーム入室患者の不応感尺度 (Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S)の開発 (本調査)

目的

クリーンルーム入室患者の不応感状態を評価するにあたり、誰もが共通した認識の基に患者の評価を行えることは、他職種に対して、患者の客観的な情報提供が容易になる。また、共通のツールを用いてディスカッションすることで、医療現場での協働が推進されることに繋がる。クリーンルームに入室する患者に関わる看護師のスキルにおいては、クリーンルームが特殊な閉鎖環境であることから、より専門的な関わりが必要が求められる。客観的に評価できる尺度は、新人看護師や、キャリアはあってもクリーンルーム入室患者への関わり経験が浅い看護師などへの教育的な側面での有用性がある。

前節では、「患者自身の領域」「社会的領域」「療養環境領域」の3つの領域について、信頼性、妥当性を検討した。しかし、3つの施設での調査にとどまっており、全国のクリーンルームを完備する施設への幅広い対象者に調査を行い、更に一般性を検討する必要があると考えられた。

本節では、全国的な調査から、探索的因子分析を行うことで、「クリーンルーム入室患者の不応感」に関して、因子構造を明らかにし、信頼性・妥当性の高い尺度を開発することを目的とする。

方法

調査期間

20YY年7月から20YY年10月末の期間に質問紙調査を行った。

調査対象

調査対象は、北陸1施設(6人)、関東1施設(17人)、中部9施設(186人)、関西8施設(106人)、中国3施設(41人)、九州5施設(81人)、沖縄1施設(35人)の計28施設、472人であった。調査には、看護師311人(回収率66%)が参加した。参加者の看護師経験年数は平均8.92($SD = 7.49$)で、クリーンルームでの経験年数平均3.83($SD = 3.24$)であった。回答者(看護師)が対象とした

患者の性別は、男性が 177 人、女性が 124 人であった。また、対象とした患者全体の年齢平均は 55.77($SD = 16.76$)であった。

調査方法

予備調査の結果から得られた、44 項目 10 因子をもとに、更に質問紙の項目について、がん患者に携わる専門的な知識を持った看護師や今回対象とした施設以外の看護師、心理学系教授の助言と、心理学を学ぶ大学院生 5 人の意見を参考に、項目の表現や尺度内の項目の数など検討を繰り返した。項目の検討では、うつ症状の重症例ほど患者の症状を見落としやすいということを考慮し、各項目がうつ症状の重症例においても評価できる内容であるかを検討した。44 項目の中で、療養環境の領域(Table 4-3)の『身近な療養環境への不満』に分類された「冷蔵庫が遠い場所にある」はすぐに改善できる内容であり、施設によって差が大きく、一般的な施設を対象とすると適切ではないと判断し、削除した。また、「電話が使えない」は他の項目の「携帯電話が使えない」と類似しており、携帯電話が普及していることから後者の項目に統一した。さらに、「患者自身の領域」(Table 4-1)の「ギャンブルをしたいと思っている」は、看護に係わるとはいえ第三者が推測することには倫理的な問題があると考え削除した。以上の検討から、44 項目から 3 項目を削除し 41 項目に、Big Five⁵ 因子の中の『情動性』6 項目を加えた 47 項目でクリーンルーム不適應感尺度の試作版を構成した。

『情動性』に関しては、第 3 章第 2 節で、「クリーンルーム入室患者の医療者が捉える不適應感」として、「不安が強い」「依存的である」「神経質である」「くよくよする」などのような性格傾向の側面を内容分析から特定している。これは、パーソナリティに関する 5 因子モデル (Big Five: たとえば、柏木・辻平・藤島・山田(2005)など)の情動性因子の測定に使用されている項目に該当すると考えられる。そこで、本研究では、清水・山本(2007)が因子の構造と信頼性とともに報告している情動性の 6 項目(「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがちな」「動揺しやすい」「神経質な」)を、性格傾向の測定に使用することにした。

項目の反応カテゴリは、不適應感の高い方向で得点化し「あてはまる」4 点、「どちらかといえばあてはまる」3 点、「どちらかといえばあてはまらない」2 点、「あてはまらない」1 点の 4 件法とした。

質問紙には、クリーンルームに入室する患者さんに関わっている中の一人の患者さんについて、クリーンルーム入室後にせん妄症状(実際に存在しないものが見えたり聞こえたりするなど)やうつ症状(意欲の低下・不眠・食欲不振など)が現れる状態をクリーンルーム入室時の

不適応な状態と捉えることの説明も行った。複数の看護師が同一の患者の内容を記入することを避けるために、回答者(看護師)が対象とする患者に関しては、受け持ち患者に限定して記入することを補足した。

また、本研究は、クリーンルームという閉鎖環境での身体的・精神的・社会的側面の苦痛から引き起こされる、うつやせん妄、適応障害などの症状を「クリーンルーム入室患者の不適応感」として捉えている。患者の変化として捉え易いせん妄については、その精神症状の原因のほとんどが環境状況や身体症状に由来することが報告されている(柏木, 2011)。そこで、せん妄の要因となる身体症状 PS を使用し、客観的な症状として容易に確認可能なせん妄については、看護師が客観的に患者を評価する DRS-J を使用し、クリーンルーム不適応感尺度の試作版と並行して記入することを依頼した。

この他に、回答者(看護師)が対象とした患者の背景要因として、性別、年齢、入室環境(クリーンルームか準クリーンルームか)、入室期間についても回答を求めたが、この背景要因との検討については、第3節で論ずることとする。

質問紙は、一括回収もしくは、個別郵送での回収とした。

分析には、SPSS Ver.18 を使用した。

分析方法

調査結果から、主因子法(Promax 回転)による探索的因子分析を行った。信頼性の算出はクロンバック α 係数を用いた。また、構成した尺度と PS および DRS-J との相関を求め、検討した。

倫理的配慮

クリーンルームを完備する総合病院の管理者に電話及び書面で、研究の趣旨、倫理的配慮などを説明し研究参加が可能かどうかを尋ねた。承諾が得られた施設のクリーンルームに従事する看護師に調査を依頼した。

質問紙の回収は、施設の意向を確認し、施設内での一括方式あるいは個別郵送方式を採用した。研究の趣旨、参加の自由意思、研究への不参加において不利益を生じないこと、プライバシーの保持について説明し、承諾書への署名により研究への参加を確認した。個人が特定されない配慮として、回答した質問紙と承諾書は、別々の封筒に回収し郵送することを依頼した。

本調査は、関西大学大学院心理学研究科における倫理委員会(心理学研究科研究・教育倫理綱領に基づく)の承認を受け行った。

結果

探索的因子分析 調査した 47 項目について、主因子法(Promax 回転)による探索的因子分析を行った。なお、因子数は、固有値の減衰状況(9.68, 3.99, 3.17, 2.30, 2.03, 1.90, 1.76, 1.50, 1.33, 1.32, 1.17, 1.07)から 10 とした。この 10 因子での因子累積寄与率は 52.79%であった (Table 4-4)。

第 1 因子は、本研究の閉鎖環境という特徴を捉えた因子であり、「外の景色が見えない」「窓からの採光がない」の 2 項目が高く負荷し、「ほしいものがすぐにとれない」と「携帯電話が使えない」の 2 項目が 0.3 台で負荷した。閉鎖環境独自の外部との接触が閉ざされた状態と解釈し、この因子の名前を『閉鎖的環境での孤立感』とした。第 2 因子は、食欲低下や全身倦怠感など化学療法での辛い身体症状を医療者が感じ取っている内容と解釈し、『身体的症状の愁訴』とした。第 3 因子は、「家族に迷惑をかけたくないと思っている」が 0.77 と非常に高い負荷量を示した。0.49 から 0.34 の値で負荷した 8 項目は、死や隔離感、重症感の項目で、死ぬことを意識し、家族への自責の念や不安からの危機的な状況と解釈し、この因子を『疾患への危機感』とした。第 4 因子には家族や友人の面会が少なく、身の回りの世話をする家族がいないなど近親者の支援がない寂しさを訴える項目が負荷しており、『身内からの支援の無い悲哀』とした。第 5 因子は、家族を養うことや仕事の役割、職を失うことなど、入院によって社会的基盤や生活が脅かされ、その辛さを医療者に訴えている項目が高く負荷しており、『社会的基盤の危うさへの悲嘆』とした。第 6 因子には、医療者との関係に関して否定的な態度を示す 3 項目が高く負荷しており、『医療へのネガティブな態度』とした。第 7 因子は、初めての化学療法や緊急入院といった、入院時の体験と解釈し『治療経験』とした。第 8 因子は、医療者との関係に関して肯定的内容であり、医療者の指示を受け入れて疾患を克服したい思いと捉え『医療への期待感』とした。第 9 因子は、入院患者が本来飲んだり吸ったりしてはいけない酒やタバコを求めるということを医療者が認知していると解釈し『酒・タバコへの想い』とした。第 10 因子は、Big Five『情動性』6 項目からなり、そのまま『情動性』とした。

因子間相関では、『疾患への危機感』と『情動性(0.57)』・『身体的症状の愁訴(0.57)』・『社会的基盤の危うさへの悲嘆(0.40)』との相関があり、『身内からの支援の無い悲哀』と『医療へのネ

ガティブな態度(0.44)』『酒・タバコへの想い(0.38)』、『身体的症状の愁訴』と『情動性(0.42)』・『社会的基盤の危うさへの悲嘆(0.40)』、『医療へのネガティブな態度』と『閉鎖的環境での孤立感(0.42)』・『情動性(0.39)』、『社会的基盤の危うさへの悲嘆』と『酒・タバコへの想い(0.37)』なども相関があった。これらは、クリーンルームという特殊な環境での患者の特徴として、医療者が指摘する傾向性の関連を示すと考えることができる(Table 4-4)。

信頼性と妥当性

信頼性 「ほしいものがすぐにとれない」「携帯電話が使えない」「隔離されていると感じている」「不眠である」「頻繁な採血が苦痛である」などの項目の因子負荷量は 0.30 台であったが、各尺度の信頼性を α 係数で推定した結果、『情動性』が 0.95、その他 9 因子全て 0.73 以上の高い値を得ることができた(Table4-4)。

妥当性 Table 4-5 で示したように、DRS-J と PS では、1%水準で有意な相関がみられた。DRS-J と有意な相関がない CnA-S の尺度は『治療経験』のみであった。DRS-J に関しては、『治療経験』以外の全ての尺度と 1%水準で有意な相関がみられた。有意ではあっても、『身内からの支援のない悲哀』、『社会的基盤の危うさへの悲嘆』、『医療への期待感』、『酒・タバコへの愁訴』は、相関係数が 0.2 以下と関連性は低い結果であった。PS とでは、『閉鎖的環境での孤立感』が 1%水準で有意であった。『身体的症状の愁訴』『疾患への危機感』『医療へのネガティブな態度』『酒・タバコへの想い(負の相関)』『情動性』との相関は、5%水準で有意であった。他の尺度とは、有意な相関はみられなかった (Table 4-5)。

考察

予備調査では、クリーンルームを完備する 3 施設での調査を段階的に行い、「クリーンルーム入室患者の不応感」の領域毎に探索的因子分析を行うことで、より特徴的な内容を明らかにすることができた。本調査では、更に調査施設を増やし、全国のクリーンルームを完備する施設での調査結果から、より一般的な全体構造を明らかにした。

「クリーンルーム入室患者不応感尺度」の尺度構成では、45 項目 10 因子が得られた。そして、3 つの領域「患者自身の領域」「社会的領域」「療養環境領域」(Table4-1, 4-2, 4-3)と対応するものであった。第 3 章第 2 節では、医療者へのインタビューから、クリーンルーム入室

患者の不適応な反応や行動傾向などを明らかにしていた。これは、クリーンルームに入室している患者の不適応感を、医療者が主観的に捉えた内容である。本研究では、この主観的な感覚を探索的因子分析により明らかにしたことで、信頼性のある医療者が共通して使用することが可能な評価ツールを提供することができた。なお、構成した 10 尺度の内部一貫性(α 係数)は 0.7 以上であり、十分な信頼性レベルを確保することができた。

せん妄を評価する DRS-J と CnA-S の 10 ある尺度のうち、身体的・精神的側面の『閉鎖的環境での孤立感』『身体的症状の愁訴』『疾患への危機感』『医療へのネガティブな態度』『情動性』5 尺度との相関が得られた(Table 4-5)。すなわち、身体的・精神的側面に関して医療関係者が患者をチェックするポイントでは同じ内容を測定しているといえる。ただし、CnA-S の『社会的基盤の危うさへの悲嘆』など社会的領域については、DRS-J との関係性はみられなかった。同様に、身体的領域の指標である PS とは、全ての尺度で関係性が低かった。PS は、その内容が日常生活の動作の段階を示す尺度であり、本尺度の身体的領域の項目は、副作用である身体的症状が主な項目となっていた。DRS-J と PS との間には相関があったわけであり、この 2 つが重なる部分の測定としては、CnA-S 尺度には、さらに検討すべき課題を残しているといえる。ただし、CnA-S 尺度は、DRS-J に加えて、患者の社会的領域に関しては、独自の貢献が可能と言えそうである。このように尺度の妥当性に関しては、その一部を検討することができたが、今後さらなる研究の蓄積が必要であると考えられる。

がん医療に従事する医師や看護師は、うつ症状の客観的評価で、重症例ほど患者の症状を見落としやすいという見解については、本尺度のように客観的に容易に評価できるツールは、医療者間で頻繁に患者の状況を評価出来るというメリットを備えている。ツールを使用し医療者間でディスカッションする中で患者への関心が高まり、ケアの充実に繋がるものと考えられる。

因子間相関は、『疾患への危機感』と『情動性』『身体的症状の愁訴』で相関があった。『情動性』の項目は、不安やストレスの状況への反応を表した内容となっており、身体的症状が現れるほど、不安が増強し、危機的状況を実感しているようであった。看護師はこういった患者の危機的な状況と情動反応を重ねて観察しているものと考えられた。『身体的症状の愁訴』は『情動性』と『社会的基盤の危うさへの悲嘆』との間に、高い相関があった。がん患者の適応に関して、社会的援助の必要性が述べられている(Holland, & Rowland, 1989)ように、これまでの生活基盤や家族関係などの社会的側面の危うさは、不安や身体的な症状に影響し適応を妨げる要因となりうることは理解できる。臨床経験上、収入の無い焦りや家族への罪悪感を吐露する患者がいる。看護師は社会的側面も患者が疾患に適応していない状況と感じながら、観察

していることが示された。『身内からの支援の無い悲哀』と『医療へのネガティブな態度』『酒・タバコへの想い』との相関では、『医療へのネガティブな態度』と『酒・タバコへの想い』は、患者のストレスに対してのコーピング行動として理解できる。患者は近親者からの支援に安心感を持つ(山中ら, 2001)ように、家族や友人からの支援は、医療者では補えない安らぎを与えられると考えられる。そのことが満たされない時、医療者へのコーピングとしてのネガティブな態度や酒やタバコを味わいたいという想いが強くなり、そのことを医療者は感じ取っているのだろう。また、『社会的基盤の危うさへの悲嘆』と『酒・タバコへの想い』でも相関を認め、酒やたばこの欲求を、患者個々の背景を理解しながら、コーピング行動として医療者は受け止めていると考えられる。

DRS-J と相関があった尺度の中で、特に『閉鎖環境での孤立感』『疾患への危機感』は、閉鎖環境であるクリーンルーム・準クリーンルームにおいて化学療法という過酷な治療を受ける患者の特徴的な因子と考えられる。死や隔離感、重症感の中で、家族に迷惑をかけたくないと思っている辛さや外の景色や窓からの採光がない状況での隔離感である『閉鎖環境での孤立感』『疾患への危機感』2 因子とせん妄評価尺度 DRS-J との相関は、本尺度がスクリーニングとして使用することの有用性を示唆している。

Table 4-4 「クリーンルーム入室患者の不適應感尺度: CnA-S」の探索的因子分析と尺度構成

	情動性	身体的 症状の 愁訴	社会的 基盤の 危うさ への悲 嘆	疾患への 危機感	身内か らの支 援の無 い悲哀	医療への ネガティ ブな態 度	閉鎖的環 境での孤 立感	治療経験	医療へ の期待 感	酒・タ バコへの 想い	共通性	平均	SD
食欲が低下している	0.03	0.97	-0.07	-0.16	0.00	0.02	-0.02	-0.02	0.09	-0.10	0.42	3.13	1.00
全身倦怠感がある	0.03	0.86	0.01	-0.10	0.03	0.05	-0.07	0.04	0.05	-0.18	0.49	2.65	0.99
吐き気がある	0.01	0.78	-0.02	0.00	-0.01	0.01	0.06	-0.01	0.02	0.09	0.45	3.05	0.81
味覚障害がある	0.00	0.73	0.06	-0.06	-0.04	0.02	0.03	-0.13	0.00	-0.03	0.23	3.52	0.74
発熱がある	-0.07	0.65	0.01	0.18	-0.02	-0.09	-0.02	0.11	-0.14	0.12	0.12	3.55	0.93
口内炎がある	-0.01	0.46	0.08	0.15	0.05	-0.12	0.02	-0.16	-0.07	0.18	0.38	2.65	0.91
家族を養っている	-0.02	0.01	0.91	-0.11	-0.05	-0.13	-0.05	0.01	-0.05	-0.01	0.80	1.56	0.86
仕事上での役割がある	0.01	0.05	0.60	0.06	-0.15	-0.07	0.03	0.12	0.09	0.00	0.62	1.58	0.85
就業していない子供を養育している	0.01	0.04	0.57	-0.07	0.10	-0.11	-0.01	-0.02	-0.03	-0.02	0.18	2.71	1.03
入院により職を失う	0.02	-0.04	0.57	0.11	0.00	0.15	0.03	-0.08	-0.06	-0.02	0.75	2.08	1.31
金銭的困窮がある	0.06	-0.08	0.48	0.05	0.12	0.10	0.11	-0.10	0.03	0.03	0.59	3.13	1.21
自営業である	-0.14	0.00	0.44	0.06	-0.03	0.20	-0.07	0.11	0.03	0.11	0.39	1.87	1.17
家族に迷惑をかけたくないと思っている	0.04	-0.19	-0.06	0.77	0.04	-0.05	-0.03	-0.06	-0.02	-0.13	0.42	2.87	0.98
出血傾向がある	-0.09	0.32	-0.02	0.49	-0.02	-0.12	-0.05	0.02	-0.08	0.09	0.32	3.08	0.90
死ぬかもしれないと思っている	0.11	0.11	-0.10	0.48	-0.03	0.25	-0.02	0.05	-0.09	-0.07	0.37	3.19	0.90
早く退院したいと思っている	-0.06	-0.01	0.05	0.48	-0.10	-0.22	0.04	0.00	0.05	0.10	0.58	2.15	1.02
重症感を持っている	0.18	0.03	0.07	0.41	-0.03	0.17	0.02	0.05	0.05	-0.20	0.43	2.11	0.97
病院の中で趣味ができない	-0.06	-0.06	0.00	0.40	0.05	-0.01	0.05	0.02	0.04	0.17	0.70	1.61	0.83
隔離されていると感じている	0.17	0.05	0.06	0.39	0.05	0.09	-0.03	0.04	0.07	-0.03	0.25	1.45	0.86
不眠である	0.01	0.15	0.05	0.38	-0.05	0.07	0.20	0.09	0.01	-0.09	0.43	2.51	1.18
頻繁な採血が苦痛である	0.19	0.08	0.08	0.34	0.11	-0.02	-0.07	-0.06	0.06	0.01	0.70	2.26	1.19
身の回りの世話をしてくれる家族がいない	0.01	0.04	0.11	-0.22	0.83	-0.02	0.03	0.12	-0.05	-0.09	0.31	1.84	1.16
家族の面会が少ない	-0.13	0.00	-0.07	0.17	0.75	-0.07	0.02	-0.02	0.04	0.10	0.41	2.11	0.93
面会してくれる親しい友人がいない	0.05	-0.05	0.02	0.08	0.65	-0.02	-0.05	-0.06	0.01	-0.01	0.44	2.06	1.06
一人暮らしである	-0.01	0.01	-0.11	0.00	0.44	0.06	0.01	0.02	-0.05	0.09	0.50	1.73	0.82
医療者の指示を受け入れない	-0.04	-0.03	0.04	-0.15	-0.08	0.97	-0.05	-0.05	-0.04	0.04	0.79	1.64	0.84
医療者の説明を理解できない	-0.05	0.01	-0.02	0.02	-0.04	0.68	0.04	0.03	-0.06	0.05	0.72	2.97	1.04
医療者を信頼していない	-0.01	-0.03	-0.10	0.00	0.09	0.52	0.01	-0.02	0.10	0.12	0.33	1.72	0.82
外の景色が見えない	-0.04	-0.05	-0.05	0.07	-0.06	-0.12	0.96	0.01	0.03	-0.02	0.68	3.12	0.99
窓からの採光がない	0.03	-0.03	0.06	0.00	0.03	0.02	0.78	-0.08	-0.03	0.01	0.66	1.72	0.99
ほしいものがすぐにとれない	0.10	0.13	-0.01	-0.03	0.01	0.17	0.35	-0.02	0.00	0.07	0.30	1.38	0.80
携帯電話が使えない	-0.04	0.06	0.02	-0.15	0.14	0.26	0.34	0.03	0.04	0.00	0.81	1.81	1.08
初めての化学療法	0.01	-0.01	0.06	-0.02	0.02	0.00	0.01	0.81	0.01	0.18	2.08	1.31	0.65
化学療法の経験が2回以上	-0.02	0.08	0.04	0.11	0.07	0.09	-0.06	-0.75	0.07	-0.01	0.78	3.00	0.96
緊急入院である	0.00	0.00	0.03	0.15	0.12	0.07	-0.12	0.57	0.08	-0.12	1.87	1.17	0.43
医療者の説明を理解できる	-0.07	0.01	-0.04	0.03	-0.09	0.09	0.01	-0.05	0.86	0.11	0.79	2.69	0.93
医療者の指示を受け入れる	0.05	0.00	0.03	0.00	0.07	-0.13	0.00	0.05	0.79	-0.06	0.84	2.85	0.89
たばこを吸いたいと思っている	0.09	-0.02	0.03	-0.03	0.05	0.21	-0.06	0.02	-0.02	0.76	0.84	2.70	0.96
お酒を飲みたいと思っている	0.05	-0.03	0.01	0.01	0.02	0.02	0.03	0.04	0.06	0.76	0.64	2.73	0.96
動揺しやすい	0.95	-0.09	-0.05	-0.01	0.00	-0.01	0.01	0.01	-0.09	0.02	2.70	0.96	0.83
心配性な	0.93	0.03	-0.02	-0.04	-0.04	-0.05	-0.03	0.04	0.08	0.07	2.95	0.95	0.84
不安になりやすい	0.91	0.11	-0.03	-0.09	-0.03	-0.07	-0.01	0.05	0.04	0.07	3.00	0.96	0.84
悩みがちな	0.91	-0.02	0.01	0.04	0.01	-0.09	0.07	-0.01	-0.03	-0.01	2.85	0.89	0.85
傷つきやすい	0.86	-0.02	-0.01	0.05	-0.06	0.03	0.01	0.05	-0.04	-0.08	2.69	0.93	0.80
神経質な	0.72	-0.03	0.06	0.03	0.06	0.08	-0.07	-0.16	0.01	0.09	2.73	0.96	0.69
化学療法をしている	0.04	0.13	-0.07	0.25	0.09	-0.12	0.01	-0.02	-0.02	0.08	0.33	1.63	0.97
トイレが遠い場所にある	0.02	0.05	-0.06	-0.01	0.10	0.22	0.26	0.11	-0.05	-0.06	0.30	1.82	0.94
情動性	—	0.36**	0.18**	0.54**	0.12*	0.27**	0.28**	0.05	-0.02	0.20**	0.95	2.81	0.84
身体的症状の愁訴	0.42	—	0.34**	0.54**	0.12*	0.18**	0.12*	-0.01	-0.03	0.15*	0.77	3.00	0.84
社会的基盤の危うさへの悲嘆	0.25	0.40	—	0.34**	0.16**	0.14*	0.14*	0.11	0.03	0.32*	0.77	1.70	0.65
疾患への危機感	0.57	0.57	0.40	—	0.15**	0.26**	0.19**	0.08	0.04	0.17**	0.75	2.98	0.55
身内からの支援の無い悲哀	0.17	0.15	0.25	0.16	—	0.30**	0.33**	0.10	-0.05	0.36**	0.77	1.82	0.69
医療へのネガティブな態度	0.39	0.21	0.27	0.31	0.44	—	0.35**	0.04	-0.07	0.18**	0.73	1.67	0.71
閉鎖的環境での孤立感	0.27	0.20	0.15	0.24	0.31	0.42	—	0.12*	-0.18**	0.35**	0.74	1.72	0.70
治療経験	0.07	0.04	0.09	0.06	0.08	0.15	0.08	—	-0.03	0.17**	0.76	1.93	1.00
医療への期待感	-0.02	-0.04	0.03	0.03	-0.08	-0.22	-0.09	-0.03	—	-0.09	0.87	3.06	0.91
酒・タバコへの想い	0.13	0.15	0.37	0.12	0.38	0.31	0.12	0.11	-0.16	—	0.87	1.58	0.81

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、Promax法で因子軸を回転した。

注2：相関行列の下三角は因子間相関行列，上三角は構成した尺度間相関行列である。

注3：尺度得点は，総点を項目数で割っている。

注4：尺度間相関で**は $p < 0.01$ ，*は $p < 0.05$ を意味する。

注5：尺度の信頼性（ α 係数）は項目の共通性の列に配置している。

Table 4-5 「クリーンルーム入室患者の不応感尺度」と「DRS-J」「PS」の相関

	PS	DRS-J
PS	—	0.53 ^{**}
DRS-J	0.53 ^{**}	—
閉鎖的環境での孤立感	0.17 ^{**}	0.30 ^{**}
身体的症状の愁訴	0.14 [*]	0.29 ^{**}
疾患への危機感	0.13 [*]	0.33 ^{**}
身内からの支援の無い悲哀	0.01	0.18 ^{**}
社会的基盤の危うさへの悲嘆	-0.06	0.16 ^{**}
医療へのネガティブな態度	0.14 [*]	0.39 ^{**}
治療経験	-0.09	0.01
医療への期待感	-0.10	-0.17 ^{**}
酒・タバコへの想い	-0.14 [*]	0.18 ^{**}
情動性	0.13 [*]	0.34 ^{**}

注1) 尺度間相関で**は、 $p < 0.01$, *は、 $p < 0.05$ を意味する。

第3節 対象とした患者の背景要因との分散分析による検討

目的

クリーンルームに入室する患者に関わる看護師のスキルにおいて、特殊な環境であることからより専門的な関わりの必要性が求められる。客観的に評価できる尺度は、新人看護師やキャリアはあっても、クリーンルーム入室患者への関わり経験が浅い看護師などへの教育的な側面での有用性がある。患者の評価の視点が統一できることや、患者を観察する視点を、スキルの高い看護師とともにディスカッションすることで、経験の浅い看護師への患者ケアの指導としても活用できるものと考えられる。そして本節での結果は、看護師の統一した観察の指標となり、患者ケアのスキルアップに活用できるものと考えられる。

本節では、第2節で構成した「クリーンルーム入室患者の不応感尺度」と、対象者(看護師)が、質問紙への回答をするにあたり、対象としたクリーンルーム入室患者の背景要因(「性別」、「年齢」、「入室環境(クリーンルームか準クリーンルームか)」、「入室期間」)との関連について検討を加える。そして、クリーンルームという特殊な環境に入室する患者の不応な状態を捉えるツールの意義について検討する。

方法

調査期間

20YY年7月から20YY年10月末の期間に質問紙調査を行った。

調査対象

調査対象は、北陸1施設(6人)、関東1施設(17人)、中部9施設(186人)、関西8施設(106人)、中国3施設(41人)、九州5施設(81人)、沖縄1施設(35人)の計28施設、472人であった。調査には、看護師311人(回収率66%)が参加した。参加者の看護師経験年数は平均8.92($SD = 7.49$)で、クリーンルームでの経験年数平均3.83($SD = 3.24$)であった。回答者(看護師)が対象とした患者の性別は、男性が177人、女性が124人であった。また、対象とした患者全体の年齢平均は55.77($SD = 16.76$)であった。

調査方法

予備調査の結果から得られた、44項目10因子をもとに、更に質問紙の項目について、がん患者に携わる専門的な知識を持った看護師や今回対象とした施設以外の看護師、心理学系教授の助言と、心理学を学ぶ大学院生数人の意見を参考に、項目の表現や尺度内の項目の数など検討を繰り返した。項目の検討では、うつ症状の重症例ほど患者の症状を見落としやすいということを検討し、各項目がうつ症状の重症例においても評価できる内容であるかを検討した。44項目の中で、療養環境の領域(Table 4-3)の『身近な療養環境への不満』に分類された「冷蔵庫が遠い場所にある」はすぐに改善できる内容であり、施設によって差が大きく、一般的な施設を対象とすると適切ではないと判断し、削除した。また、「電話が使えない」は他の項目の「携帯電話が使えない」と類似しており、携帯電話が普及していることから後者の項目に統一した。さらに、「患者自身の領域」(Table 4-1)の「ギャンブルをしたいと思っている」は、看護に係わるとはいえ第三者が推測することには倫理的な問題があると考え削除した。以上の検討から、44項目から3項目を削除し41項目に、Big Five5因子の中の『情動性』6項目を加えた47項目でクリーンルーム不適應感尺度の試作版を構成した。

『情動性』に関しては、第3章第2節で、「クリーンルーム入室患者の医療者が捉える不適應感」として、「不安が強い」「依存的である」「神経質である」「くよくよする」などのような性格傾向の側面を内容分析から特定している。これは、パーソナリティに関する5因子モデル(Big Five: たとえば、柏木・辻平・藤島・山田(2005)など)の情動性因子の測定に使用されている項目に該当すると考えられる。そこで、本研究では、清水・山本(2007)が因子の構造と信頼性とともに報告している情動性の6項目(「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがちな」「動揺しやすい」「神経質な」)を、性格傾向の測定に使用することにした。

項目の反応カテゴリは、不適應感の高い方向で得点化し「あてはまる」4点、「どちらかといえばあてはまる」3点、「どちらかといえばあてはまらない」2点、「あてはまらない」1点の4件法とした。

質問紙には、クリーンルームに入室する患者さんに関わっている中の一人の患者さんについて、クリーンルーム入室後にせん妄症状(実際に存在しないものが見えたり聞こえたりするなど)やうつ症状(意欲の低下・不眠・食欲不振など)が現れる状態をクリーンルーム入室時の不適應な状態と捉えることの説明も行った。複数の看護師が同一の患者の内容を記入することを避けるために、回答者(看護師)が対象とする患者に関しては、受け持ち患者に限定して記入することを補足した。質問紙は、一括回収もしくは、個別郵送での回収とした。

回答者(看護師)が対象とした患者の背景要因として、性別、年齢、入室環境(クリーンルームか準クリーンルームか)、入室期間についても回答を求めた。

この他に、せん妄の要因となる身体症状 PS と客観的な症状として容易に確認可能なせん妄について DRS-J を使用し、クリーンルーム不適応感尺度の試作版と並行して記入することを依頼した。この結果は、既に第 3 節で論じている。

分析には、SPSS Ver.18 を使用した。

分析方法

対象者(看護師)が、質問紙への回答をするにあたり、対象としたクリーンルーム入室患者の背景要因として、「性別」、「年齢」、「入室環境(クリーンルームか準クリーンルームか)」、「入室期間」についても、回答を求めた。そして、各背景要因に検討を加えた。

患者年齢は、成人の発達段階から(岡本, 1994)、45 歳以下、45 歳から 65 歳、65 歳以上の 3 群に分類した。入室期間は、14 日まで(治療の内容で異なる(小澤・足利, 2008)が、1 回の化学療法での骨髄抑制から回復まで)と 15 日以上の 2 群に分類した。患者性別、患者年齢、入室環境、入室期間の交互作用の評価には、2 要因分散分析を行った。

また、看護師のクリーンルームもしくは準クリーンルームに従事している経験年数を、1 年から 6 年以下と 6 年以上に分類し、この 2 群の違いを検討するために 10 因子の各尺度得点について *t* 検定を行った。

分析には、SPSS Ver.18 を使用した。

倫理的配慮

クリーンルームを完備する総合病院の管理者に電話及び書面で、研究の趣旨、倫理的配慮などを説明し研究参加が可能かどうかを尋ねた。承諾が得られた施設のクリーンルームに従事する看護師に調査を依頼した。

質問紙の回収は、施設の意向を確認し、施設内での一括方式あるいは個別郵送方式を採用した。研究の趣旨、参加の自由意思、研究への不参加において不利益を生じないこと、プライバシーの保持について説明し、承諾書への署名により研究への参加を確認した。個人が特定されない配慮として、回答した質問紙と承諾書は、別々の封筒に回収し郵送することを依頼した。

本調査は、関西大学大学院心理学研究科における倫理委員会(心理学研究科研究・教育倫理綱領に基づく)の承認を受け行った。

なお、本節では、第2節で構成した「クリーンルーム入室患者の不応感尺度」と、対象者である看護師が、対象としたクリーンルーム入室している患者の、背景要因との関連について検討を加えた。よって、調査期間、調査対象、調査方法、倫理的配慮は、第2節で示した内容と重複する(pp. 109-112)。

結果

CnA-S 尺度得点と患者性別・患者入室環境との関係 患者の性別と患者の入室環境(クリーンルームか準クリーンルームか)を独立変数として、10尺度の尺度得点を従属変数とした2要因分散分析を行った。10尺度の中で交互作用が有意となったのは『閉鎖的環境での孤立感』『疾患への危機感』『医療へのネガティブな態度』『治療経験』であった。なお、 F 値と有意性の水準はTable 4-6を参照されたい。『疾患への危機感』は、クリーンルーム入室の女性と準クリーンルーム入室の男性の平均値が3.05と同じとなった。すなわち、女性ではクリーンルームの方が、男性では準クリーンルームの方が、危機感が強いと看護師から評定されたといえる。『閉鎖的環境での孤立感』『医療へのネガティブな態度』は、準クリーンルーム入室の男性の平均がそれぞれ最も高く、看護師は、準クリーンルームに入室している男性に孤立感やネガティブな態度が高いと評定した。『治療経験』は、クリーンルーム入室の女性の平均が最も高く、クリーンルームに入室する女性に治療経験での不応感が高いと評定していた。入室環境の主効果が有意であったのは『身内からの支援の無い悲哀』であり、準クリーンルームのほうがクリーンルームよりも支援がないと悲嘆する傾向が強かった。性別の主効果が有意であったのは『社会的基盤の危うさへの悲哀』と『酒・タバコへの想い』であり、男性患者が悲哀を表明する傾向が強く、飲酒やタバコ喫煙の傾向が強いと考えられる男性患者に対し、高く評定していた(Table 4-6)。

Table 4-6 「クリーンルーム入室患者の不応感尺度」の2要因分散分析(性×患者入室環境)

尺度	患者入室環境	男性		女性		
		上段：平均(SD)	下段：人数	上段：平均(SD)	下段：人数	
閉鎖的環境での孤立感	クリーンルーム	1.57 (0.62)	95	1.75 (0.67)	75	$F(1,291)=5.808(p < 0.05)$ 患者性別*患者入室環境
	準クリーンルーム	1.82 (0.81)	76	1.67 (0.65)	46	
身体的症状の愁訴	クリーンルーム	3.01 (0.87)	94	2.96 (0.78)	75	
	準クリーンルーム	3.07 (0.86)	73	2.84 (0.93)	47	
疾患への危機感	クリーンルーム	2.95 (0.59)	94	3.05 (0.56)	75	$F(1,286)=5.246(p < 0.05)$ 患者性別*患者入室環境
	準クリーンルーム	3.05 (0.53)	74	2.85 (0.54)	44	
身内からの支援の無い悲哀	クリーンルーム	1.67 (0.59)	94	1.70 (0.59)	71	$F(1,286)=8.808(p < 0.01)$ 準クリーンルーム>クリーンルーム
	準クリーンルーム	2.04 (0.59)	75	1.80 (0.59)	46	
社会的基盤の危うさへの悲嘆	クリーンルーム	1.81 (0.67)	95	1.49 (0.59)	73	$F(1,286)=9.221(p < 0.01)$ 男性>女性
	準クリーンルーム	1.75 (0.66)	74	1.60 (0.63)	45	
医療へのネガティブな態度	クリーンルーム	1.57 (0.66)	95	1.75 (0.68)	75	$F(1,291)=4.085(p < 0.05)$ 患者性別*患者入室環境
	準クリーンルーム	1.82 (0.71)	76	1.67 (0.68)	46	
治療経験	クリーンルーム	1.76 (0.90)	90	2.21 (1.11)	73	$F(1,281)=4.437(p < 0.05)$ 患者性別*患者入室環境
	準クリーンルーム	1.93 (0.98)	74	1.87 (1.01)	45	
医療への期待感	クリーンルーム	3.10 (0.95)	95	3.23 (0.85)	75	
	準クリーンルーム	3.00 (0.82)	76	2.92 (1.01)	46	
酒・タバコへの想い	クリーンルーム	1.67 (0.82)	95	1.49 (0.85)	75	$F(1,286)=5.972(p < 0.05)$ 男性>女性
	準クリーンルーム	1.69 (0.88)	76	1.39 (0.87)	46	
情動性	クリーンルーム	2.66 (0.86)	95	3.00 (0.79)	76	
	準クリーンルーム	2.80 (0.89)	74	2.84 (0.82)	45	

CnA-S 尺度得点と患者性別・患者入室期間との関係

患者の性別と患者の入室期間(14 日までと 15 日以上)を独立変数, 10 尺度の尺度得点を従属変数とした 2 要因分散分析を行った。『医療への期待感』で交互作用があり, 入室 14 日までの女性の平均が 3.29 と最も高く, 看護師は, 入室期間が 14 日までの女性に, 医療への期待感が強いと評価していた。『社会的基盤の危うさへの悲嘆』では, 性別と入室期間のそれぞれで主効果があった。悲嘆の傾向は, 入室期間が長く, 男性に対し高く評定していた。『治療経験』『酒・タバコへの思い』は性別で主効果があり, 『治療経験』では女性に, 『酒・タバコへの思い』では男性に対し高く評定していた(Table 4-7)。

CnA-S 尺度得点と患者性別, 患者年齢との関係

患者の性別と患者の年齢(45 歳以下, 45 歳から 65 歳, 65 歳以上)独立変数, 10 尺度の尺度得点を従属変数とした 2 要因分散分析を行った。『社会的基盤の危うさへの悲嘆』は, 患者性別と年齢それぞれに主効果があり, 男性の方に『社会的基盤の危うさへの悲嘆』の傾向が高いと評定していた。患者年齢の多重比較を行ったところ, 45 歳以下と 65 歳以上($p < 0.01$), 45 歳から 65 歳と 65 歳以上($p < 0.01$) とが有意となり, 男性の 45 歳から 65 歳の年代は『社会的基盤の危うさへの悲嘆』に最も高く評定していた。『治療経験』は, 交互作用と性別で主効果があった。『酒・タバコへの思い』は性別のみ主効果がみられた(Table 4-8)。

CnA-S 尺度得点と看護師のクリーンルームもしくは準クリーンルーム経験年数の関係

クリーンルームもしくは準クリーンルームの経験年数を 1 年から 6 年以下と 6 年以上に分類し, 尺度得点ごとに t 検定を行った。その結果, 『疾患への危機感』($t(287) = -2.47, p < 0.01$) と 『酒, タバコへの思い』($t(289) = 2.49, p < 0.01$) で有意差があった。『疾患に対する危機感』では, 6 年以上の看護師が高く感じ, 『酒, タバコへの思い』では, 1 年から 6 年以下の看護師が高いと回答していた。

Table 4-7 「クリーンルーム入室患者の不応感尺度」の2要因分散分析(性×患者入室期間)

尺度	患者入室期間	性別		統計値
		男性	女性	
		上段：平均(SD)		
		下段：人数		
閉鎖的環境での孤立感	入室14日まで	1.62 (0.61)	1.64 (0.73)	
		44	43	
	入室15日以上	1.71 (0.76)	1.67 (0.64)	
		129	74	
身体的症状の愁訴	入室14日まで	2.91 (0.88)	2.67 (0.82)	
		44	43	
	入室15日以上	3.09 (0.86)	3.03 (0.89)	
		126	75	
疾患への危機感	入室14日まで	2.86 (0.62)	2.89 (0.56)	
		43	43	
	入室15日以上	3.04 (0.54)	3.00 (0.53)	
		128	72	
身内からの支援の無い悲哀	入室14日まで	1.83 (0.60)	1.62 (0.64)	
		44	43	
	入室15日以上	1.86 (0.75)	1.80 (0.68)	
		127	70	
社会的基盤の危うさへの悲嘆	入室14日まで	1.64 (0.57)	1.40 (0.69)	$F(1,285)=10.539(p < 0.01)$
		44	43	男性 > 女性
	入室15日以上	1.87 (0.69)	1.57 (0.61)	$F(1,285)=6.076(p < 0.01)$
		127	72	15日以上 > 14日まで
医療へのネガティブな態度	入室14日まで	1.62 (0.64)	1.59 (0.64)	
		44	43	
	入室15日以上	1.72 (0.72)	1.77 (0.68)	
		129	74	
治療経験	入室14日まで	1.79 (1.00)	2.10 (1.14)	$F(1,280)=4.063(p < .05)$
		43	42	女性 > 男性
	入室15日以上	1.85 (0.91)	2.10 (1.06)	
		124	71	
医療への期待感	入室14日まで	2.70 (1.02)	3.29 (0.96)	$F(1,287)=9.705(p < 0.01)$
		44	42	患者性別 * 患者入室期間
	入室15日以上	3.17 (0.82)	3.02 (0.92)	
		128	74	
酒・タバコへの想い	入室14日まで	1.57 (0.68)	1.33 (0.76)	$F(1,287)=5.812(p < 0.05)$
		43	43	男性 > 女性
	入室15日以上	1.71 (0.88)	1.45 (0.76)	
		128	74	
情動性	入室14日まで	2.66 (0.80)	2.76 (0.89)	
		44	173	
	入室15日以上	2.76 (0.76)	3.03 (0.81)	
		129	43	

Table 4-8 「クリーンルーム入室患者の不適応感尺度」の2要因分散分析(性×患者年齢)

尺度	患者年齢	男性		女性		
		上段：平均(SD)	下段：人数	上段：平均(SD)	下段：人数	
閉鎖的環境での孤立感	45歳以下	1.73 (0.72)	44	1.50 (0.60)	29	
	45歳から65歳	1.67 (0.82)	83	1.66 (0.66)	45	
	65歳以上	1.61 (0.75)	48	1.78 (0.70)	44	
身体的症状の愁訴	45歳以下	3.17 (0.83)	43	2.96 (0.84)	30	
	45歳から65歳	3.15 (0.81)	81	2.89 (0.92)	45	
	65歳以上	2.78 (0.94)	47	2.89 (0.78)	44	
疾患への危機感	45歳以下	3.12 (0.60)	44	3.01 (0.54)	28	
	45歳から65歳	3.00 (0.54)	81	2.99 (0.63)	43	
	65歳以上	2.85 (0.53)	48	2.92 (0.46)	43	
身内からの支援の無い悲哀	45歳以下	1.79 (0.73)	44	1.62 (0.60)	28	
	45歳から65歳	1.78 (0.65)	75	1.73 (0.67)	46	
	65歳以上	1.96 (0.77)	47	1.81 (0.70)	46	
社会的基盤の危うさへの悲嘆	45歳以下	1.80 (0.60)	44	1.70 (0.49)	28	$F(2,282)=11.884(p < 0.01)$
	45歳から65歳	1.97 (0.63)	82	1.64 (0.67)	44	45歳から65歳 > 45歳以下 > 65歳以上
	65歳以上	1.47 (0.64)	47	1.34 (0.58)	43	$F(1,282)=6.049(p < 0.05)$ 男性 > 女性
医療へのネガティブな態度	45歳以下	1.61 (0.70)	44	1.54 (0.54)	29	
	45歳から65歳	1.71 (0.73)	83	1.76 (0.77)	45	
	65歳以上	1.67 (0.64)	48	1.75 (0.64)	44	
治療経験	45歳以下	1.73 (0.97)	41	2.26 (1.21)	29	$F(1,281)=5.537(p < 0.05)$
	45歳から65歳	1.91 (0.95)	81	1.79 (0.90)	42	女性 > 男性
	65歳以上	1.74 (0.89)	46	2.21 (1.13)	42	$F(2,281)=3.168(p < 0.05)$ 性*患者年齢
医療への期待感	45歳以下	3.22 (0.91)	44	3.28 (0.85)	29	
	45歳から65歳	3.04 (0.87)	82	3.14 (1.00)	45	
	65歳以上	2.95 (0.91)	48	3.01 (0.92)	43	
酒・タバコへの思い	45歳以下	1.50 (0.79)	44	1.34 (0.67)	29	$F(1,285)=4.485(p < 0.05)$
	45歳から65歳	1.71 (0.82)	82	1.44 (0.83)	45	男性 > 女性
	65歳以上	1.69 (0.83)	47	1.49 (0.84)	44	
情動性	45歳以下	2.86 (0.85)	44	2.83 (0.93)	29	
	45歳から65歳	2.66 (0.95)	83	3.03 (0.77)	44	
	65歳以上	2.70 (0.73)	48	2.90 (0.76)	43	

考察

性別とクリーンルーム・準クリーンルームという環境の違い

構成した尺度得点と患者性別・患者入室環境との関係では、『閉鎖的環境での孤立感』『疾患への危機感』『医療へのネガティブな態度』『治療経験』で交互作用を認め、女性ではクリーンルームで、男性では準クリーンルームで、不適応感が高いと評定していた。一般にクリーンルームは、造血幹細胞移植などの高度医療を受け入室することが大半であり、閉鎖環境がより高度となっている。女性のコーピングの特徴は、ソーシャルサポートを求めることが多いこと(Miranda, 2010)とされているように、高度な閉鎖環境では安易に他者とのコミュニケーションがとれず、サポートも受けにくい環境により不適応感が高い評定となっていると考えられる。また、『身内からの支援の無い悲哀』では、準クリーンルームで不適応感が高いという評定であった。準クリーンルームはクリーンルームに比較し、長期的に化学療法を継続している患者が入室することとなる。身内の支援も継続して行うことが困難な場面が予測され、長期療養が予測される準クリーンルーム入室患者に対しては、日常生活での困り事や頻繁な訪室によるコミュニケーションなど意識して介入する必要がある。『社会的基盤の危うさへの悲嘆』『酒・タバコへの想い』は共に男性が高く、因子間相関でもこの二つに高い相関があった。仕事での役割の重さや酒やタバコへの依存、子どもや仕事へのストレスを男性患者の方がより高いと評定していた。

性別とクリーンルーム・準クリーンルームへの入室期間の違い

『医療への期待感』では、入院 14 日までの女性に対し、より不適応感が高いと評定していた。この因子の項目は、「医療者の説明を理解できる」「医療者の指示を受け入れる」といったように、一見適応がうまくいっているように思える項目である。しかし、クリーンルームでの感染予防に対するセルフケア行動はストレスを増強する要因になりうる(山田, 2010a)。医療者は、受け入れの良い女性患者ほど、不適応な状態になり易いと評定しており、患者のセルフケアに任せるのではなく、患者の状態に応じた介入が必要と考えられる。『社会的基盤の危うさへの悲嘆』では、男女とも入室期間が長い方が高い評定し、特に、家族を養っている重圧感や職を失うことへの不安は、男性に対し高いと評定していた。鈴木・綱田・菅原・田中(2010)は、社会的役割と関連した気付きを持ち続けることで前向きに治療を受けられることを明らかにしている。社会への復帰は希望に繋がることも念頭に早期からソーシャルワーカーの介入

を促すなど、専門的な対応が望まれるであろう。『治療経験』では、入院期間に関係なく女性に対し高いと評定していた。目の前の物事の脅威の程度が把握できない場合に状況を否認するなど、防衛的なコーピングは女性に多い(Miranda, 2010)とされている。女性は緊急入院や初めての化学療法を脅威として感じ取りやすく、そのことを看護師が不応感として感じていると考えられる。

性別と成人の発達段階を踏まえた患者年齢の違い

『社会的基盤の危うさへの悲嘆』では、看護師は、男性の45歳から65歳の働き盛りの成人中期で最も高いと評定していた。長期入院の男性と同様に男性の社会的側面へのアプローチは重要であると考えられる。また、『治療経験』では女性に対して高いと評定し、『酒・タバコへの想い』は男性が高いと評定していた。多重比較でも有意差がなかったことから、入室期間の違いの結果を踏まえると『治療経験』の不応感は女性、『酒・タバコへの想い』は男性特有の因子であると看護師は評定していた。特に『治療経験』で、看護師は女性に対し、閉鎖的環境であるクリーンルーム、入室期間、年齢全てで高く評定していた。『治療経験』では、「初めての化学療法」が高い負荷を示しており、看護師は、女性患者の未知の治療に対する不安を特に不応感として感じ取っているということが理解できた。

最後に、『疾患への危機感』に関しては、6年以上の経験がある看護師が患者の不応感を高く評定していた。逆に、『酒、タバコへの想い』では、6年目までの看護師が高く評定していた。キャリアのある看護師は、患者の不安な内面を汲み取るためのスキルを備えており、患者も安心感により内面の不安を吐露し易いのではないかと考えられる『酒、タバコへの想い』に関しては、行為そのものは表面化しないため、患者はよりキャリアの少ない看護師に不満を吐露していると見て取れる。

以上、尺度と患者背景との関係を検討してみた。臨床で患者の状態をいち早く理解し、対応することは重要な課題である。クリーンルーム・準クリーンルームに入室している患者を看護師がどのような視点で評定しているかについて詳細な検討を提示したことは、今後実践の場で活用する際に、役立つものと期待したい。

第4節 本章のまとめ

第4章では、「クリーンルーム入室患者の不応感」について、看護師が客観的に判断し記入できる、信頼性の高い妥当性の確保された、他記式の新たな尺度の開発に向けて示唆が得られた。患者の身体的側面にだけ焦点をあてるのではなく、社会的側面やクリーンルームという特殊な閉鎖環境の特徴を備えた尺度が完成した。先行研究では一つの施設での質的な調査であったが、今回、全国のクリーンルームを完備する施設での大規模な調査を行ったことで、尺度の一般化に向けての展望が得られた。患者の入室環境や性別、成人期の患者の年齢に応じた対応に関して具体的な示唆ができたことも、臨床での活用に向けて大いに期待できるところである。

クリーンルームに入室する患者に対して、その環境や社会的側面などを踏まえた、クリーンルーム入室患者独自の評価尺度の開発は、されていない現状であった。今回、患者の身体的、精神的、社会的側面を踏まえた尺度の開発ができたことは、今後、新人看護師のようなクリーンルームに入室する患者へのケアのスキルが乏しい看護師も、尺度を用いることで、患者を観察するためのポイントが理解でき、ケアのスキルアップに繋がると考えられる。

また、本尺度を臨床で使用する場合、客観的に看護師が評価することによって、例えば、入院時のスクリーニングとして、全患者に適応することも可能である。入院時の問診時に尺度への記載を行い、別の看護師が後日評価することで、患者の適応状態を速やかに、共有できることが可能となる。

反面、多忙な業務の時間を割いて実際に尺度を活用可能であるか、職種間の協働をもとにより良い患者支援に繋げることができるのかといったことを臨床の場で使用し、評価する必要も指摘できる。臨床での活用を考えた場合、多忙な業務の中で看護師の尺度への記入にはどれくらいの時間が適当であるのか、記載された尺度の内容から、入院中の患者の掲示的な変化を捉えることが可能かどうか、評価者間の客観的な判断に違いが生じていないかを実践の場で使用し、明らかにしていく必要がある。また、尺度を看護師だけでなく、医師や理学療法士、ソーシャルワーカーなどコメディカル相互で使用し、その評価に違いがないか検討する必要がある。そして、多職種間で尺度を用いて客観的に患者を評価することで、患者の状態が共有でき、具体的なケアの提案が容易になるということを明らかにする必要がある。そのためには、尺度を使用し入院中の患者の状態を臨床の場で定期的にスクリーニングし、多くの医療者間で活用していくことが、今後必要である。

近年では、病棟全体がクリーンルームとして機能している施設がある。そういった環境では、広いフロアで採光が確保され、患者同士の交流も可能であり、本尺度での『閉鎖的環境での孤立感』という因子の当てはまりは低い可能性がある。しかし、閉鎖環境以外の因子は、身体的、精神的、社会的側面を反映しており、過酷な闘病生活をおくる患者には不可欠な因子が抽出されていると考えられる。今後はそういった病棟全体がクリーンルームとなっている施設でのデータも収集し、個室管理の施設との比較検討を行うことで、多様な施設で活用できる尺度として発展させる必要がある。

第5章では、第4章の課題であった、多忙な業務の中で実践的に活用できる尺度開発という視点で、まず、尺度項目の整理を行う。そして、その尺度を用いて、看護師の尺度の記入にはどれくらいの時間が適当であるのか、記載された尺度の内容から、入院中の患者の掲示的な変化を捉えることが可能かどうか、評価者間の客観的な判断に違いが生じていないかを臨床で実際に活用し、明らかにする。

注記

第4章、第2節および第3節は、山田(2013b)に、加筆、修正を行ったものである。

第5章 クリーンルーム入室患者の不応感尺度2 (Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S2)臨床での活用

問題

臨床での活用のための項目の整理

第4章では、第3章でのインタビューによる「クリーンルーム入室患者不応感」の質的研究を踏まえ、全国のクリーンルームを完備する施設での大規模な調査を行い、尺度の一般化に向けての展望が得られた。患者の身体的側面だけに焦点をあてるのではなく、社会的側面やクリーンルームという特殊な閉鎖環境の特徴を備えた、看護師が客観的に判断し記入する、他記式の新たな尺度を開発した。しかし、臨床での活用を考えたときに、まず課題となるのが、多忙な業務の合間において、CnA-Sを使用しての患者評価が実践レベルで可能であるかということである。現在臨床で活用されている他記式尺度には、序章第5節で述べている、STAS-J(Miyashita et al., 2004)がある。この尺度は、緩和ケアチームが患者の基本的なアセスメントを統一するために患者に負担をかけずに、患者の状態を客観的にアセスメントする尺度として開発されたもので、症状観察項目が、23項目とCnA-S45項目に比較し約半分となっている。

第4章での10因子45項目は、多忙な業務の中で看護師がチェックするには、項目数の多さを指摘できる。しかし、『閉鎖的環境での孤立感』『身体的症状の愁訴』『疾患への危機感』『身内からの支援の無い悲哀』『社会的基盤の危うさへの悲嘆』『医療へのネガティブな態度』『治療経験』『医療への期待感』『酒・タバコへの想い』『情動性』10因子45項目は、身体的・精神的・社会的領域から構成され、クリーンルーム入室患者の不応感を捉えるツールとしては、必要な内容となっている。45項目を丁寧に医療者間で評価することは、医療者の患者の病状への認識を深める手段になり得る。身体的・精神的・社会的領域に基づいた尺度構成の中で、臨床での活用を重視し、項目数を減らすことが重要な課題であると考えられることができる。

臨床で活用しての妥当性

妥当性とは、ある測定用具が測ろうとする内容をどのくらい適切に測っているかと定義されており、予測的妥当性とも呼ばれる基準関連妥当性(criterionrelated validity)、内容的妥当性(content validity)、構成概念妥当性(construct validity)がある。基準関連妥当性では、測定用具を用いる目的が、測定用具自体にとっては外的な行動の重要な様式を推定することにある場合

に、問題になる(Carmines, & Zeller, 1979)。また、八木・田中(1969)は、テストによって、決定された行動が、どれだけ適切であったか、より具体的にそのテストが将来ないしは他の基準をどれだけ測定したかという実際的な妥当性が要求されるとしている。CnA-Sの『社会的基盤の危うさへの悲嘆』など社会的側面については、DRS-Jとの関係性はみられず、同様に、身体的側面の指標であるPSとは、全ての尺度で関係性が低いという結果であった。DRS-JとPSとの間には相関を認め、この2つが重なる部分の測定としては、CnA-S尺度には、更に検討すべき課題を残していたが、CnA-S尺度は、DRS-Jに加えて、患者の社会的側面に関しての、ユニークな貢献が期待できると考察した。

内容的妥当性に関しては、第3章の第1節、第2節で示したように、質的なインタビューから内容を抽出し、段階的に調査施設を拡大し(第4章)、量的な調査に発展させながら、検討を重ねていった。途中、尺度の開発段階では、心理学や看護における専門職種からのアドバイスを受けながら項目を吟味し、内容的妥当性を検討出来たと考えている。

第1節 クリーンルーム入室患者の不応感尺度2 (Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S2)の開発

目的

第4章での10因子45項目は、多忙な業務の中で看護師がチェックするには、項目数の多さを指摘されたが、『閉鎖的環境での孤立感』『身体的症状の愁訴』『疾患への危機感』『身内からの支援の無い悲哀』『社会的基盤の危うさへの悲嘆』『医療へのネガティブな態度』『治療経験』『医療への期待感』『酒・タバコへの想い』『情動性』10因子は、身体的・精神的・社会的領域から構成され、クリーンルーム入室患者の不応感を捉えるには、重要な内容である。身体的・精神的・社会的領域に基づいた尺度構成の中で、専門領域の意見を取り入れながら項目数を減らすことが重要な課題である。

本節では、臨床でより活用できる尺度という視点で、第4章で明らかになった「クリーンルーム入室患者不応感」の項目を検討し、項目数を整理する。加えて、整理された項目の探索的因子分析により、臨床で活用し易い、新たな「クリーンルーム入室患者の不応感尺度2 (Cleanroom non-Adaptation Scale: CnA-S2)」を開発することを目的とする。

方法

調査期間

20YY年7月から20YY年10月末の期間に質問紙調査を行った。

調査対象

調査対象は、北陸1施設(6人)、関東1施設(17人)、中部9施設(186人)、関西8施設(106人)、中国3施設(41人)、九州5施設(81人)、沖縄1施設(35人)の計28施設、472人であった。調査には、看護師311人(回収率66%)が参加した。参加者の看護師経験年数は平均8.92($SD = 7.49$)で、クリーンルームでの経験年数平均3.83($SD = 3.24$)であった。回答者(看護師)が対象とした患者の性別は、男性が177人、女性が124人であった。また、対象とした患者全体の年齢平均は55.77($SD = 16.76$)であった。

調査方法

予備調査の結果から得られた、44項目10因子をもとに、更に質問紙の項目について、がん患者に携わる専門的な知識を持った看護師や今回対象とした施設以外の看護師、心理学系教授の助言と、心理学を学ぶ大学院生数人の意見を参考に、項目の表現や尺度内の項目の数など検討を繰り返した。項目の検討では、うつ症状の重症例ほど患者の症状を見落としやすいということを考慮し、各項目がうつ症状の重症例においても評価できる内容であるかを検討した。44項目の中で、療養環境の領域(Table 4-3)の『身近な療養環境への不満』に分類された「冷蔵庫が遠い場所にある」はすぐに改善できる内容、施設によって差が大きく、一般的な施設を対象とすると適切ではないと判断し、削除した。また、「電話が使えない」は他の項目の「携帯電話が使えない」と類似しており、携帯電話が普及していることから後者の項目に統一した。さらに、「患者自身の領域」(Table 4-1)の「ギャンブルをしたいと思っている」は、看護に係わるとはいえ第三者が推測することには倫理的な問題があると考え削除した。以上の検討から、44項目から3項目を削除し41項目に、Big Five5因子の中の『情動性』6項目を加えた47項目でクリーンルーム不適應感尺度の試作版を構成した。

『情動性』に関しては、第3章第2節で、「クリーンルーム入室患者の医療者が捉える不適應感」として、「不安が強い」「依存的である」「神経質である」「くよくよする」などのような性格傾向の側面を内容分析から特定している。これは、パーソナリティに関する5因子モデル(Big Five: たとえば、柏木・辻平・藤島・山田(2005)など)の情動性因子の測定に使用されている項目に該当すると考えられる。そこで、本研究では、清水・山本(2007)が因子の構造と信頼性とともに報告している情動性の6項目(「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがち」「動揺しやすい」「神経質な」)を、性格傾向の測定に使用することにした。

項目の反応カテゴリは、不適應感の高い方向で得点化し「あてはまる」4点、「どちらかといえばあてはまる」3点、「どちらかといえばあてはまらない」2点、「あてはまらない」1点の4件法とした。

質問紙には、クリーンルームに入室する患者さんに関わっている中の一人の患者さんについて、クリーンルーム入室後にせん妄症状(実際に存在しないものが見えたり聞こえたりするなど)やうつ症状(意欲の低下・不眠・食欲不振など)が現れる状態をクリーンルーム入室時の不適應な状態と捉えることの説明も行った。複数の看護師が同一の患者の内容を記入することを避けるために、回答者(看護師)が対象とする患者に関しては、受け持ち患者に限定して記入することを補足した。質問紙は、一括回収もしくは、個別郵送での回収とした。

分析方法

分析にあたり更に、41項目から、多忙な臨床現場で、活用するための尺度の開発を念頭に、項目を整理した。看護師が現場で使用した意見と、がん患者に携わる専門的な知識を持った看護師、心理学系教授の助言、心理学を学ぶ大学院生数人の意見を参考に項目の表現や尺度内の項目の数など検討を繰り返した。

その結果、「化学療法をしている」「化学療法の経験が2回以上」は、尺度を使用する際の対象者が、化学療法をしていることが前提であるため質問項目としては混乱が生じると判断し削除した。「たばこを吸いたいと思っている」は、病院という施設は基本的に禁煙を推奨しており不適切な項目と判断し、削除した。お酒に関しては緩和ケアでは、病室で許可をされており病室という環境を考慮し残すこととした。「医療者の説明を理解できる」「医療者の指示を受け入れる」は、「医療者の説明を理解できない」「医療者の指示を受け入れない」と相反する項目で、混乱が生じ記入時に点数を逆転して記載できると判断し削除した。最終的に、41項目から「化学療法をしている」「化学療法の経験が2回以上」「たばこを吸いたいと思っている」「医療者の説明を理解できる」「医療者の指示を受け入れる」5項目を除外した36項目を探索的因子分析の対象とした。なお、性格傾向の測定の調査項目である、Big Fiveに関しては、既に、妥当性、信頼性が明らかとなっている項目であると判断し、探索的因子分析からは、除外し分析を行った。

分析には、SPSS Ver.18を使用した。

倫理的配慮

クリーンルームを完備する総合病院の管理者に電話及び書面で、研究の趣旨、倫理的配慮などを説明し研究参加が可能かどうかを尋ねた。承諾が得られた施設のクリーンルームに従事する看護師に調査を依頼した。

質問紙の回収は、施設の意向を確認し、施設内での一括方式あるいは個別郵送方式を採用した。研究の趣旨、参加の自由意思、研究への不参加において不利益を生じないこと、プライバシーの保持について説明し、承諾書への署名により研究への参加を確認した。個人が特定されない配慮として、回答した質問紙と承諾書は、別々の封筒に回収し郵送することを依頼した。

本調査は、関西大学大学院心理学研究科における倫理委員会(心理学研究科研究・教育倫理綱領に基づく)の承認を受け行った。

なお、本節では、第4章第2節で活用した調査データを使用し、「クリーンルーム入室患者不適應感」の項目を再度検討することを行った。よって、調査期間、調査対象、調査方法、倫理的配慮は、第4章の第2節で示した内容と重複している(pp. 109-112)。

結果

探索的因子分析 主因子法(プロマックス回転)による探索的因子分析を行った。固有値の減衰状況を見ると、第1因子から第9因子にかけて7.37, 3.84, 2.44, 1.86, 1.69, 1.57, 1.43, 1.24, 1.10となった。固有値の減少が、他に比べて大きくなった時点までの因子を採用、解釈可能性から、因子数を6とし主因子法で共通性を推定した。因子寄与率は42.26%であった。36項目を6因子の解釈の対象項目とした。臨床で使用することを考慮し項目数は少なく簡潔でより「クリーンルーム入室患者の不適應感」を代表することを念頭に、因子負荷量は0.51以上を採用した。「自営業である」に関しては因子負荷量0.50と「入院により職を失う」の0.51と落差がない状況であったが、「自営業である」の不適應感の意味として、「入院により職を失う」という内容が含まれていると解釈し採用しなかった。これらの検討の結果、6因子21項目が抽出された(Table 5-1)。

因子の解釈 第1因子の6項目は、食欲低下、全身倦怠感、吐き気、味覚障害、発熱、口内炎と全て化学療法の副作用による身体症状となっていた。よって『身体的苦痛感』とした。第2因子は、「家族に迷惑をかけたくないと思っている」は家族間の役割変容とも捉えられるが、その他の項目が死や隔離感、重症感の項目であり患者自身の疾患から来る危機的な状況と解釈した。よって、『疾患に対する危機感』とした。第3因子は、家族を養うことや仕事の役割、職を失うことなど罹患によって社会的役割が喪失し生活が脅かされている内容と解釈した。よって『社会的役割の喪失感』とした。第4因子は、医療者との関係性がうまくいかない状況を表しており、医療への不安が根底にあるものと解釈し『医療への不安感』とした。第5因子は、家族や友人の面会が少ないことや身の回りの世話をしてくれる家族がいないことから近親者の支援不足に対する不安を表していると考えた。よって『近親者からの支援への不安感』とした。第6因子は、外の景色が見えない、採光がないなどクリーンルーム独自の閉鎖環境への不安と捉えた。よって『閉鎖的環境への不安感』とした。

因子間相関 クリーンルームという環境の特殊性に関する因子である『閉鎖的環境への不安感』は、『身体的苦痛感』($p < 0.05$), 『疾患に対する危機感』『医療への不安感』『近親者からの支援への不安感』($p < 0.01$)に相関を認めた。本尺度のもう一つの特徴である『社会的役割の喪失感』では、『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『近親者からの支援への不安感』($p < 0.01$)と相関を認めた。

信頼性 探索的因子分析の結果に基づいて尺度を構成し、信頼性係数(α)を求めた。その結果、0.87 から 0.71 と高い信頼性が検証された。

考察

本節では、臨床で活用できる尺度という視点で、「クリーンルーム入室患者不適応感」の項目を検討、整理した。そして、第4章の第2節と同じ、472人のクリーンルーム入室患者に携わる看護師を対象に調査を行い、回収された311人のデータから、探索的因子分析により、臨床で活用し易い、新たな尺度を開発することに取り組んだ。これにより、21項目6因子『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『社会的役割の喪失感』『近親者からの支援への不安感』『医療への不安感』『閉鎖的環境への不安感』から、CnA-S2は構成されていることが明らかになった。

α 係数は、0.87 から 0.71 と、各尺度とも十分な内部一貫性を有し、信頼性の高い尺度であることが示された。「患者自身の領域」の因子『治療経験』と「療養環境領域」の因子『身近な療養環境への不満』は、化学療法が前提である調査であったことや施設による環境差を考慮し削除した項目も含まれており再現されなかったが、全体として大きくぶれることなく第4章、第1節予備調査3つの領域の因子は本節においても再現されていた。「患者自身の領域」は、『身体的苦痛感』と『疾患に対する危機感』が因子として代表されていた。クリーンルームに入室する患者は副作用の強い化学療法を行うため身体的な苦痛が「不適応感」を増強させる因子として抽出されたのは必然的と言える。加えて『疾患に対する危機感』といった精神的な側面も抽出されたことは、閉鎖環境が拘束感や孤独感、死への恐怖など不安やストレスを増大させる要因となることが明らかにされている先行研究(Gordon, 1975; 加藤, 1997; 腰原, 1997; Lesko et al., 1984; Pontes et al., 2007)を反映したものと考える。

また、「社会的領域」は、閉鎖的な環境が社会的な孤立感を増強させるとした 先行研究(林ら, 1998; 木曾・高梨・虎渡・萩原, 2003; 西向ら, 1991; 笹原・松崎・羽岡・村尾・井上・吉野・立川・服部・本間, 2004; 我妻ら, 2000)を裏付ける結果となっており, 特に「近親者からの支援への不安感」では, 家族や友人からの支援の乏しさが孤立感を増強させる要因として示されていることは意義深い。クリーンルームという閉鎖的な特殊な環境下での研究として「療養環境領域」の『閉鎖的環境への不安感』が抽出されたことは当然のことであるが, 『医療への不安感』の因子は, 医療者が患者の意向を十分把握し信頼関係を築くことの必要性を示しており, 医療者の介入として重要な因子が抽出された。

また Table5-1 に示された, 因子間相関では本研究のクリーンルームという特殊な環境に関しての因子である『閉鎖的環境への不安感』は, 『社会的役割の喪失感』以外の因子と相関があった。社会的役割の喪失は, 閉鎖環境よりも長期的な療養を強いられることと関係性が深いと考えられる。他の 4 つの因子との相関は高く, 「クリーンルーム入室患者の不応感」を測定するには, 「療養環境領域」は重要であると考えられる。

本尺度のもう一つの特徴である『社会的役割の喪失感』では, 『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『近親者からの支援への不安感』($p < 0.01$)と相関を認めた。社会的役割の喪失は, 「患者自身の領域」つまり身体的・精神的な不応を引き起こす要因となることが明らかになった。

今回開発した CnA-S2 と, 第 4 章 CnA-S は, 同じ 472 人のクリーンルーム入室患者に携わる看護師を対象としていた。本章では, 多忙な臨床において, より活用し易い尺度の開発を目的としており, CnA-S は, 9 因子から構成されていたが, CnA-S2 は, Big Five『情動性』を加え 7 因子で構成されていた。CnA-S2 の項目については, 整理することが目的ではあったが, CnA-S の構成因子と項目とのかけ離れは, クリーンルーム入室患者の不応感を反映しない結果と成り得る。CnA-S2 の『身体的苦痛感』は, CnA-S の『身体的症状の愁訴』の項目と同じものであった。CnA-S2 の『疾患に対する危機感』は, CnA-S の『疾患に対する危機感』9 項目のうちの 4 項目で構成されていた。CnA-S2 の『社会的役割の喪失感』は, CnA-S の『社会的基盤の危うさへの悲嘆』6 項目のうち 4 項目で構成されていた。CnA-S2 の『医療への危機感』は, CnA-S の『医療へのネガティブな態度』項目のうちの 2 項目で構成されていた。CnA-S2 の『近親者からの支援への不安感』は, CnA-S の『身内からの支援のない悲哀』4 項目のうちの 3 項目で構成されていた。CnA-S2 の『閉鎖的環境への不安感』は, CnA-S の『閉鎖的環境での孤立感』4 項目のうちの 2 項目で構成されていた。

以上、CnA-S2 と CnA-S 両者の因子構造の比較から、CnA-S2 は、CnA-S の『治療経験』『医療への期待感』『酒・煙草への想い』3 因子が整理され、その他の因子と項目は、同じ構造を示していた。CnA-S2 は、CnA-S と同様に、クリーンルーム入室患者の不適応感を評価できる構造を備えたツールであると考えられる。

また、本節で開発した CnA-S2 は、CnA-S の開発の際に行った、DRS-J および PS との相関や対象とした患者の性別や入室環境といった背景要因との関係の検討していない。CnA-S2 は、CnA-S と同等の因子構造を備えたツールであるということが示されていることから、検討の必要性はないものと考えられた。

Table 5-1 「クリーンルーム入室患者の不応感尺度2: (CnA-S2)」の探索的因子分析と尺度構成

	身体的苦痛感	疾患に対する危機感	社会的役割の喪失感	医療への不安感	近親者からの支援への不安感	閉鎖的環境への不安感	共通性	平均値	SD
食欲が低下している	0.94	-0.09	-0.10	-0.01	-0.03	-0.03	0.73	3.24	1.01
全身倦怠感がある	0.82	0.01	-0.05	0.01	-0.02	-0.07	0.63	3.36	0.87
吐き気がある	0.79	-0.02	0.02	0.03	0.03	0.03	0.66	2.81	1.18
味覚障害がある	0.75	-0.05	0.03	-0.03	-0.05	0.05	0.55	2.91	1.07
発熱がある	0.65	0.05	0.09	0.02	0.02	-0.06	0.52	3.01	1.14
口内炎がある	0.52	0.05	0.10	-0.12	0.12	0.03	0.38	2.62	1.20
出血傾向がある	0.34	0.34	0.04	-0.10	0.02	-0.05	0.35	3.14	1.00
家族に迷惑をかけたくないと思っている	-0.15	0.77	-0.11	-0.15	0.01	-0.02	0.42	3.05	0.81
死ぬかもしれないと思っている	0.13	0.58	-0.13	0.24	-0.06	-0.01	0.50	2.65	0.98
隔離されていると感じている	0.02	0.57	0.05	0.08	0.04	-0.05	0.39	3.18	0.91
重症感を持っている	0.04	0.56	-0.01	0.11	-0.10	0.06	0.39	2.88	0.97
頻繁な採血が苦痛である	0.09	0.47	0.06	-0.04	0.12	-0.06	0.30	3.08	0.89
不眠である	0.14	0.45	0.03	0.03	-0.07	0.18	0.39	2.66	0.92
早く退院したいと思っている	-0.01	0.37	0.13	-0.21	-0.05	-0.01	0.18	3.51	0.74
病院の中で趣味ができない	-0.06	0.35	0.07	-0.02	0.12	0.03	0.15	2.72	1.03
家族を養っている	0.02	-0.13	0.90	-0.10	-0.07	-0.04	0.70	2.26	1.19
仕事上での役割がある	0.03	0.07	0.65	-0.02	-0.17	0.01	0.44	2.51	1.18
就業していない子供を養育している	0.06	-0.03	0.52	-0.11	0.08	0.00	0.29	1.84	1.16
入院により職を失う	0.00	0.13	0.51	0.10	-0.01	0.08	0.39	2.06	1.05
自営業である	-0.02	-0.01	0.50	0.22	-0.01	-0.07	0.32	1.63	0.98
金銭的困窮がある	-0.04	0.10	0.44	0.06	0.14	0.15	0.37	2.11	0.92
医療者の指示を受け入れない	-0.02	-0.11	0.04	0.91	-0.08	-0.02	0.73	1.64	0.83
医療者の説明を理解できない	0.00	0.02	-0.01	0.71	-0.04	0.03	0.51	1.74	0.82
医療者を信頼していない	-0.05	0.04	-0.06	0.49	0.13	0.02	0.31	1.72	0.81
家族の面会が少ない	0.00	0.09	-0.05	-0.10	0.81	-0.01	0.60	2.14	1.02
身の回りの世話をしてくれる家族がいない	0.05	-0.17	0.04	0.05	0.75	0.03	0.61	1.61	0.82
面会してくれる親しい友人がいない	-0.03	0.13	-0.03	-0.04	0.66	-0.03	0.41	2.11	0.96
一人暮らしである	0.01	-0.04	-0.08	0.12	0.45	-0.01	0.25	1.44	0.85
外の景色が見えない	-0.07	0.02	-0.04	-0.12	-0.06	0.92	0.73	1.83	1.08
窓からの採光がない	-0.01	-0.03	0.05	0.00	0.01	0.83	0.69	1.74	0.99
ほしいものがすぐにとれない	0.08	0.07	-0.01	0.19	0.03	0.36	0.29	1.84	0.94
携帯電話が使えない	0.03	-0.14	0.01	0.26	0.12	0.35	0.31	1.39	0.80
トイレが遠い場所にある	0.03	0.07	-0.07	0.24	0.07	0.24	0.21	1.53	0.86
お酒を飲みたいと思っている	-0.02	-0.02	0.26	0.16	0.23	-0.01	0.22	1.59	0.85
初めての化学療法	-0.09	0.03	0.23	0.28	0.05	-0.10	0.15	2.09	1.31
緊急入院である	-0.07	0.22	0.09	0.17	0.06	-0.18	0.11	1.88	1.17
身体的苦痛感	—	0.44**	0.35**	0.11	0.13*	0.13*	0.88	3.00	0.84
疾患に対する危機感	0.56	—	0.25**	0.20**	0.13*	0.21**	0.71	2.94	0.67
社会的役割の喪失感	0.38	0.37	—	0.10	0.17**	0.09	0.72	2.15	0.84
医療への不安感	0.17	0.28	0.24	—	0.29**	0.24**	0.84	1.70	0.78
近親者からの支援への不安感	0.13	0.15	0.28	0.45	—	0.23**	0.77	1.95	0.77
閉鎖的環境への不安感	0.22	0.27	0.14	0.43	0.32	—	0.84	1.75	0.95

注1：主因子法の繰り返し法で共通性を推定し、Promax法で因子軸を回転した。

注2：相関行列の下三角は因子間相関行列，上三角は構成した尺度間相関行列である。

注3：尺度得点は、総点を項目数で割っている。

注4：尺度間相関で**は $p < 0.01$ ，*は $p < 0.05$ を意味する。

注5：尺度の信頼性（ α 係数）は項目の共通性の列に配置している。

第2節 クリーンルーム入室患者の不応感尺度2 (Cleanroom non-Adaptation Scale : CnA-S2)を臨床で活用しての検討

目的

構成概念妥当性については、理論的な文脈の中で考えられなければならないことや、構成概念妥当性を三つの段階に分け、最終的に経験的な関係が吟味されなければならない、経験的な証拠が特定の測定の構成概念妥当性をどう明らかにしているかという意味で解釈されることが説明されている (Carmines & Zeller, 1979)。つまり、臨床での活用から被験者が感じた結果は、この構成概念妥当性を裏付けるために必要不可欠な検討と言える。因子分析で明らかにした内容を、臨床から検討することに、妥当性の裏付けの意味があるということである。そしてこの妥当性が証明できることは、尺度の質の保証に繋がるものと考えられる。

本節では、前節で構成された CnA-S2 を臨床で実際に使用し、その結果から、実用的な関係を吟味し、尺度の妥当性について検討する。

方法

調査期間

20XX年2月7日から20XX年2月16日の10日間に調査を行った。

調査対象

A 大学病院で、血液内科病棟でクリーンルームに入室している患者を担当している10人の看護師を対象とした。臨床経験は、新卒者を除いた2年目以上の看護師とした。

看護師(対象者)経験年数平均 7.50 ($SD = 4.72$)、看護師(対象者)職場経験年数平均 4.50 ($SD = 3.14$) 対象者が選定した患者の年齢平均 52.75 ($SD = 16.94$)、男性4人、女性6人であった。

調査方法

本章の第1節で得られた、21項目6因子に、Big Five『情動性』因子6項目(清水・山本, 2007)、「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがちな」「動揺しやすい」「神経質な」を加え、27項目からなる「クリーンルーム入室患者不応感尺度2: CnA-S2」の質問紙

を作成した(Table 5-2)。第 3 章第 2 節で、「クリーンルーム入室患者の不応感」として、「不安が強い」「依存的である」「神経質である」「くよくよする」などのような性格傾向の側面を内容分析から特定してきた。パーソナリティに関する 5 因子モデルの Big Five の『情動性』に使用される項目に該当すると考えられることから、ここでも、『情動性』6 項目、「不安になりやすい」「心配性な」「傷つきやすい」「悩みがちな」「動揺しやすい」「神経質な」を、性格傾向の測定に使用することとした。

調査を行う前に、10 人の看護師 (対象者)をペアリングし、ペアを 5 組作った。各ペアにつき 1 人の患者を選定することを教示した。次に、CnA-S2(Table5-2)を使用し、各ペアの看護師が選定した 1 人の患者に対し、ペア 2 人の看護師がそれぞれに、測定を行った。そして、採点した結果は、CnA-S2 採点表(Table5-3)を用いて尺度得点を計算し、同じ CnA-S2 プロフィールへ記入した(Figure 5-1, 5-3, 5-5, 5-7, 5-9)。記入の際には、黒のボールペンと赤のボールペンで色分けを行い、ペア間の評価の違いがすぐに解るように工夫した。プロフィールをペア間で確認し、看護計画の立案は可能か、項目のわかりやすさはどうか、記入時間は適切か、項目の有用性、他記式尺度の有用性について検討した。

次に、7 日から 10 日を空けて、2 回目の測定として同一の患者に対し、1 回目と同様に CnA-S2 を使用し、評価を行った。1 回目と同様に、同じ CnA-S2 プロフィールへ記入した(Figure 5-2, 5-4, 5-6, 5-8, 5-10)。記入の際には、1 回目に使用した同じ色のボールペンを使用し記入した。そして、1 回目と 2 回目のプロフィールの差をペアになった看護師同士でディスカッションを行った。

プロフィールは、CnA-S2 各因子の尺度得点における平均値を算出した。それぞれの因子毎に、平均値からマイナス方向とプラス方向に尺度得点の標準偏差を 1 倍、2 倍と区切った。1 倍のプラス方向は不応感が高い、2 倍方向は不応感がかなり高いと判断した。1 倍のマイナス方向は不応感が低い、2 倍方向は不応感がかなり低いと判断した。更に、平均値と標準偏差を基準にして、1 点ずつに区切り、区切りのポイントに、尺度得点を記入できるようにした。尺度得点は、第 1 節で対象とした 311 人の尺度得点の平均値から標準偏差の 1 倍以上のかけ離れを「高い」もしくは「低い」、標準偏差の 2 倍以上のかけ離れを「かなり高い」「かなり低い」とした。『身体的苦痛感』平均値 18.01 ($SD = 5.05$)、『疾患に対する危機感』平均値 11.77 ($SD = 2.69$)、『社会的役割の喪失感』平均値 10.21($SD = 3.91$)、『医療への不安感』平均値 3.41($SD = 1.57$)、『近親者からの支援への不安感』平均値 5.84($SD = 2.32$)、『閉鎖的環境への不安感』平均値 3.50($SD = 1.90$)、『情動性』平均値 17.00($SD = 5.00$)とした。

結果

各尺度における採点結果の差 1回目の評価で、尺度の差が最も大きかった項目は『情動性』3.2であり、次に『身体的苦痛感』1.8, 『近親者からの支援の不安感』1.6であった。差が最も現れなかった項目は『閉鎖的環境への不安感』0.2, 次が『医療への不安感』0.4, 『社会的役割の喪失感』0.8で、2回目評価においても3つの尺度の差に変化はなかった。

1回目と2回目の測定で変化のあった尺度は『身体的苦痛』『疾患に対する危機感』『近親者からの支援への不安』『情動性』であった(Figure 5-1～5-10) (Figure 5-11)。

プロフィールを用いた看護計画の立案状況 『閉鎖的環境への不安感』が高いか、かなり高いとなった場合、検査データを確認し、クリーンルームから出られる白血球数であるのかどうかを検討していた。クリーンルームを出ることが検査データ上無理な場合には、リハビリのために、理学療法士に病室に来てもらうことや売店に行くときのみクリーンルームから出ることなど、患者が気分転換できる方法を情報収集し提供するといった看護計画を立案していた。また、『身体的苦痛感』が高い患者には患者の日常生活の活動レベルに応じた口腔ケアや感染予防などの計画が立案されていた。

一方で、患者の状態を数値化しスクリーニングすることは出来たが、更に、どのような行動をとっているのかなど、患者の行動を具体的に記入できる欄があればもっと分りやすいという意見もあった。

CnA-S2 項目のわかりやすさ 項目数は丁度良いという意見があった。一方で、患者の状況を分からないと記入できないという意見もあった。特にわかりにくい項目として、「面会してくれる親しい友人がいない」があった。クリーンルームは原則として面会できない環境にあり、親しい友人がいないのか、面会してはいけないからできないかで迷うという意見があった。

CnA-S2 の記入にかかる時間 質問紙への記入には、10～15分要し、時間がかかり過ぎるという意見と、この時間なら短くて記入可能という意見があった。10人中7人は、勤務中での記入は可能という意見であった。二人で話し合いの時間を設けたことに負担があるという意見があった。

CnA-S2 の有用性 身体的に苦痛がない患者には、役に立つと思えないという意見があった。自己アピールが少ない患者からの情報が乏しくなるが、尺度の内容を理解していれば情報収集は可能であるという意見があった。役に立つという意見では、数字で表しているのだから見て

も解り易く共有しやすい、身体・精神に別れているため見やすい、普段関わっていない患者でも家族の状況など把握しやすい、チームで患者の情報を共有しやすくなるという意見があった。

CnA-S2 他記式尺度の有用性 『医療への不安感』『閉鎖的な環境への不安感』は2項目しかなく、低いか、かなり低いプロフィールはないため1点の差がかなり大きい。「閉鎖的環境への不安感」がかなり高いか、高くなったのは理解できたが患者をみていると果たしてそれが妥当なのか納得に至らない。また、看護師だけでなく、患者にもしてもらおうという意見が3人あった。特に、『情動性』に関しては、看護師で判断しづらい。患者さんにしてもらってもよいのではないか、という意見があった。看護師が記入する方が良いという意見では、しんどい患者さんに自記式してもらおうことが申し訳ない、という意見があった。

各ペアのプロフィールの変化 ペア①は、1回目、2回目ともに、ペア間の評価のかけ離れはなく、特に2回目の得点はほぼ一致していた(Figure 5-1, 5-2)。ペア②は、1回目に『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『閉鎖的環境への不安感』で評価に違いがあった(Figure 5-3)が、2回目では、『疾患に対する危機感』『閉鎖的環境への不安感』のみとなっていた(Figure 5-4)。ペア③では、1回目、2回目ともに評価に差はなかった(Figure 5-5, 5-6)。ペア④では、1回目は差がなかった(Figure 5-7)が、2回目で、『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『社会的役割の喪失感』で差を認めた(Figure 5-8)。ペア⑤は、1回目はほぼ差が無く(Figure 5-9)、2回目で、『疾患に対する危機感』に差を認めた(Figure 5-10)。

2回目の調査の方が1回目の調査時より、尺度得点が平均値に近づいているのは、ペア①のみであった。

全体として、不適応感が高い、かなり高いと評価していた因子は、「疾患に対する危機感」「社会的役割の喪失感」「閉鎖的環境への不安感」であった。「身体的苦痛感」は、全ての患者に対して、平均か、低いと評価していた。

Table 5-2 クリーンルーム入室患者不適応感尺度2 (CnA-S2)

	あ て は ま	あ と は え ま ば	ど ち ら か	あ と は え ま ば か ら な い	ど ち ら か	あ て は ま ら な い
1 食欲が低下している	4	3	2	1		
2 家族に迷惑をかけたくないと思っている	4	3	2	1		
3 家族を養っている	4	3	2	1		
4 家族の面会が少ない	4	3	2	1		
5 医療者の指示を受け入れない	4	3	2	1		
6 外の景色が見えない	4	3	2	1		
7 不安になりやすい	4	3	2	1		
8 全身倦怠感がある	4	3	2	1		
9 死ぬかもしれないと思っている	4	3	2	1		
10 仕事上での役割がある	4	3	2	1		
11 身の回りの世話をしてくれる家族がいない	4	3	2	1		
12 医療者の説明を理解できない	4	3	2	1		
13 窓からの採光がない	4	3	2	1		
14 心配性な	4	3	2	1		
15 吐き気がある	4	3	2	1		
16 隔離されていると感じている	4	3	2	1		
17 就業していない子供を養育している	4	3	2	1		
18 面会してくれる親しい友人がいない	4	3	2	1		
19 傷つきやすい	4	3	2	1		
20 発熱がある	4	3	2	1		
21 重症感を持っている	4	3	2	1		
22 悩みがちな	4	3	2	1		
23 味覚障害がある	4	3	2	1		
24 入院により職を失う	4	3	2	1		
25 動揺しやすい	4	3	2	1		
26 口内炎がある	4	3	2	1		
27 神経質な	4	3	2	1		

Table 5-3 クリーンルーム入室患者不適応感尺度2 採点表(CnA-S2 採点表)

採点のしかた
 ①各項目の得点(1~4)を口のなかに記入してください。
 ②横に並んだ2~6項目の得点を合計して、1つの尺度得点とします。
 7つそれぞれの尺度得点を記入してください。
 ③プロフィール欄に、7つの尺度得点の位置をチェックし、7つを線で結んでください。

身体的苦痛感 項目番号	1	8	15	20	23	26		
	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> 身体的苦痛感 尺度得点					
疾患に対する危機感 項目番号	2	9	16	21				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			=	<input type="text"/> 疾患に対する危機感 尺度得点
社会的役割の喪失感 項目番号	3	10	17	24				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			=	<input type="text"/> 社会的役割の喪失感 尺度得点
近親者からの支援への不安感 項目番号	4	11	18					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				=	<input type="text"/> 近親者からの支援への不安感 尺度得点
医療への不安感 項目番号	5	12						
	<input type="text"/>	<input type="text"/>					=	<input type="text"/> 医療への不安感 尺度得点
閉鎖的環境への不安感 項目番号	6	13						
	<input type="text"/>	<input type="text"/>					=	<input type="text"/> 閉鎖的環境への不安感 尺度得点
情動性傾向(Big Five) 項目番号	7	14	19	22	25	27		
	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> 情動性傾向(Big Five) 尺度得点					

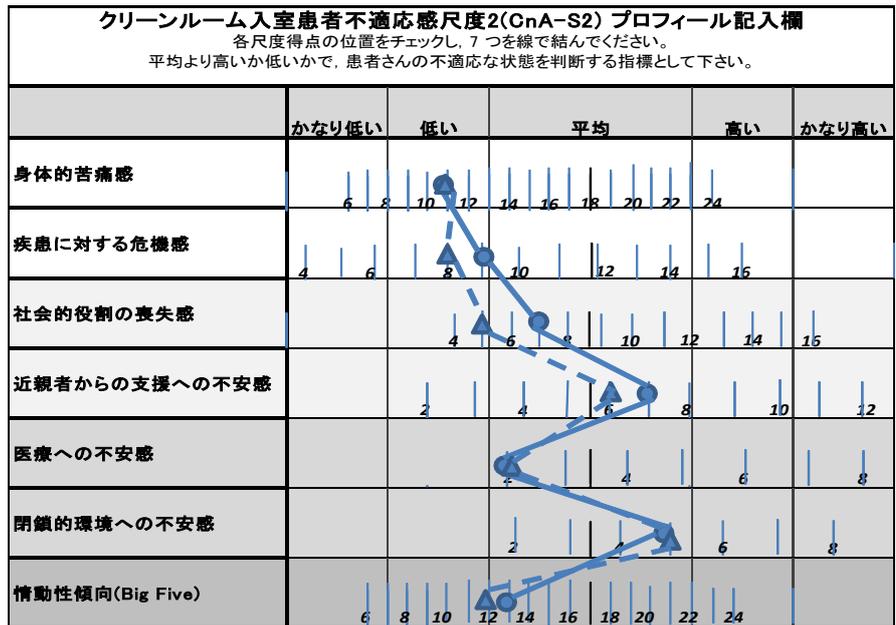


Figure 5-1 ペア① 1回目評価

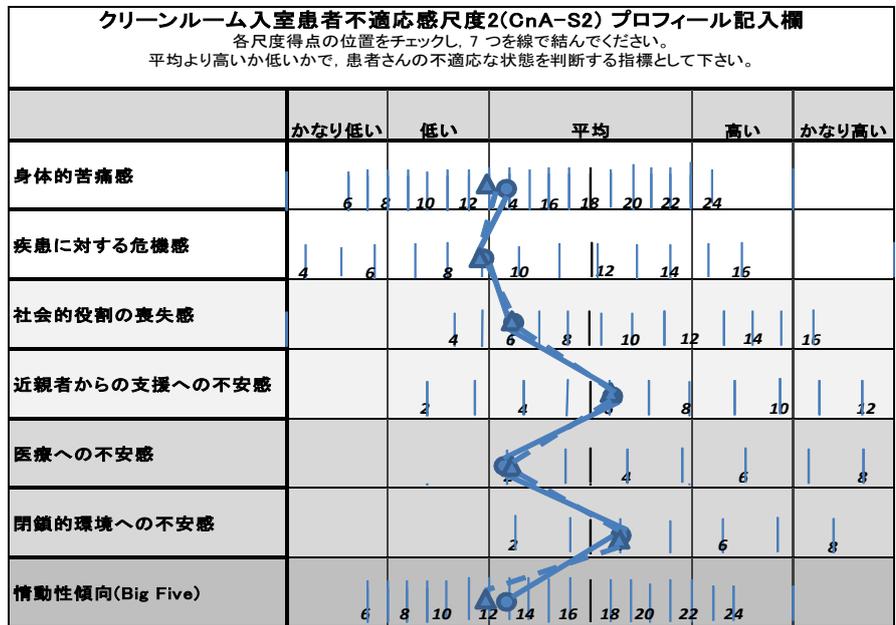


Figure 5-2 ペア① 2回目評価

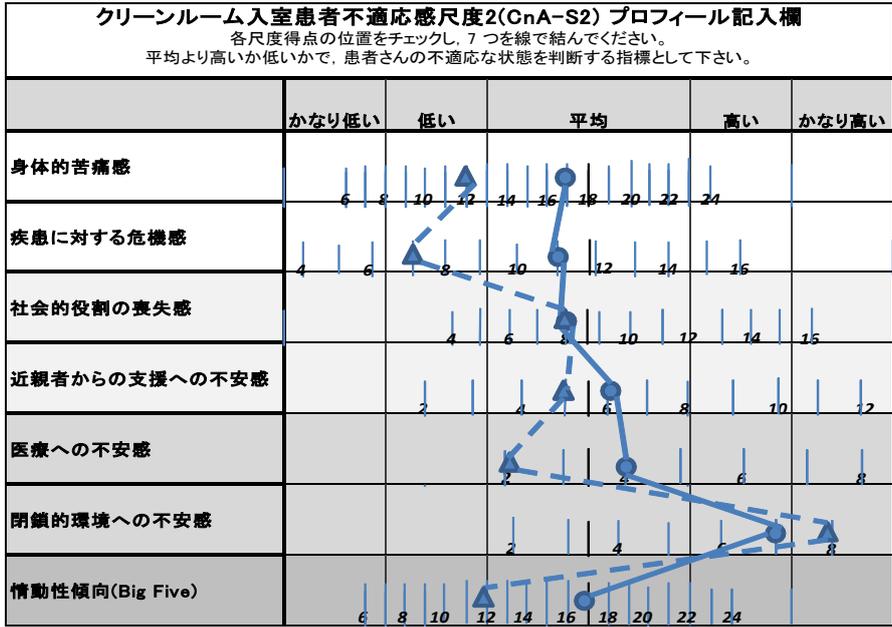


Figure 5-3 ペア② 1回目評価

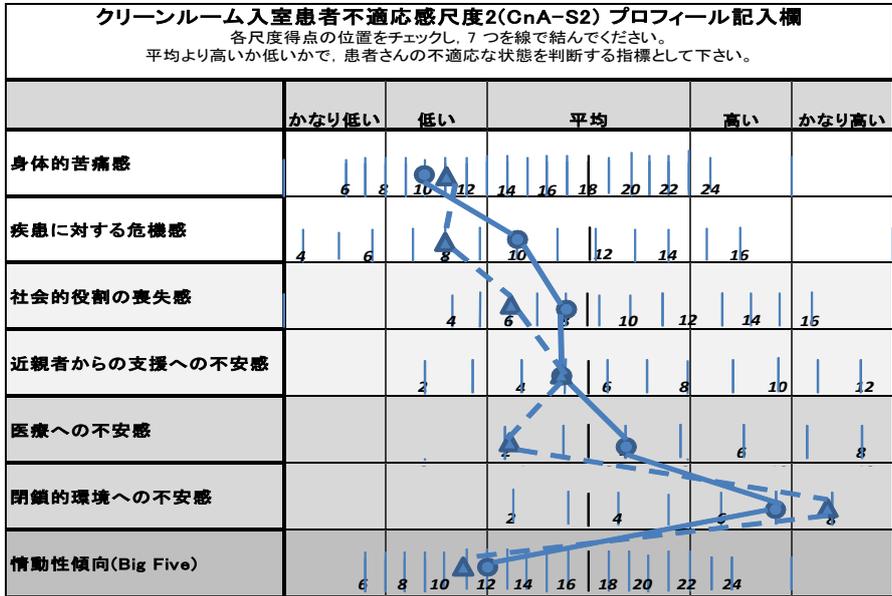


Figure 5-4 ペア② 2回目評価

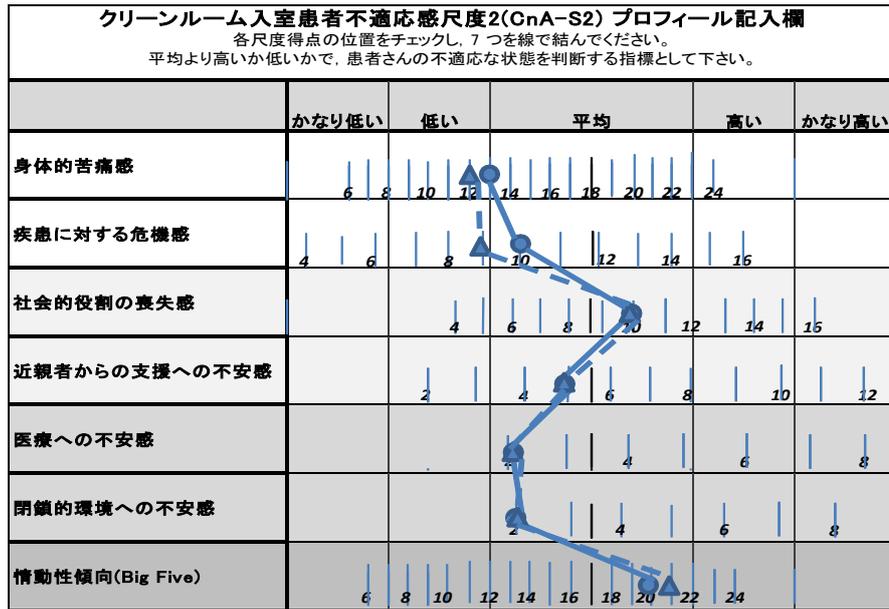


Figure 5-5 ペア③ 1回目評価

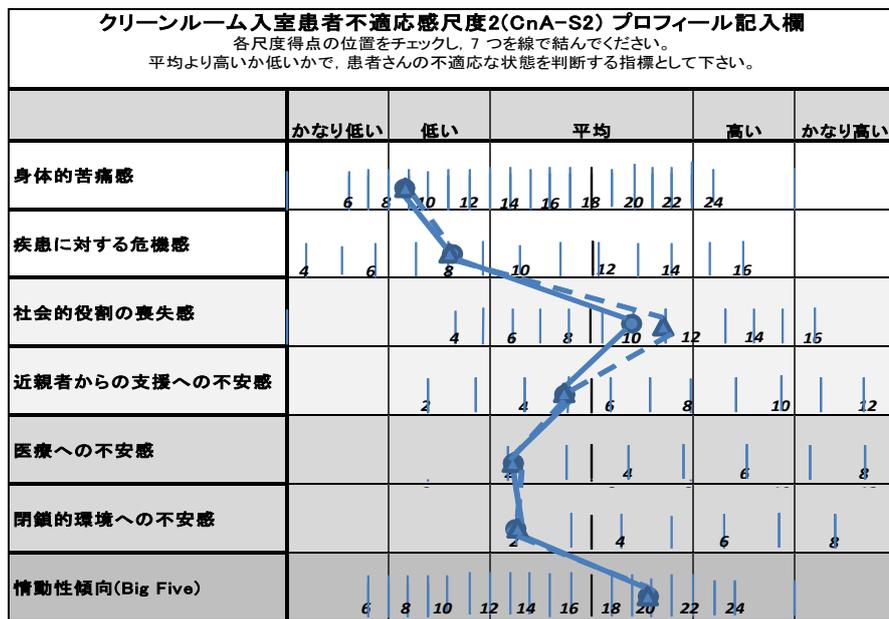


Figure 5-6 ペア③ 2回目評価

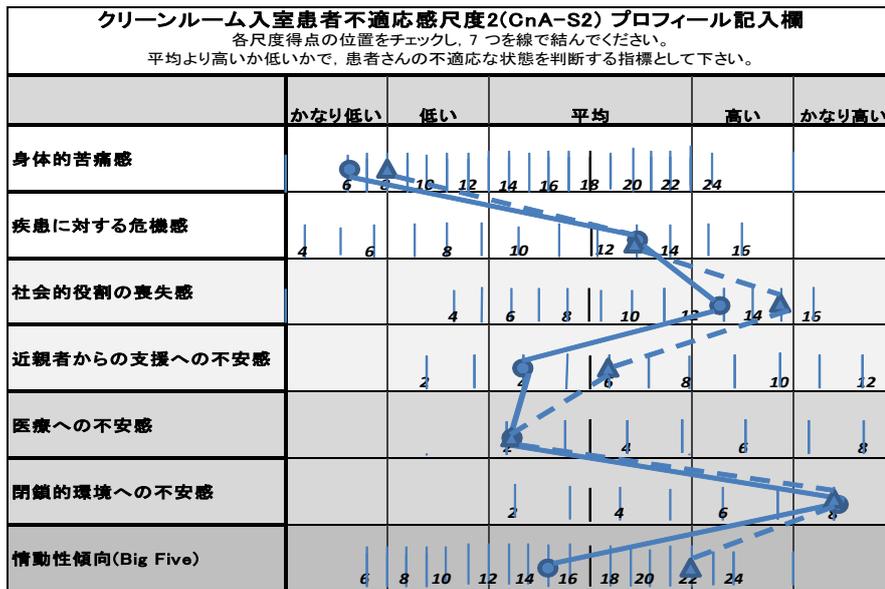


Figure 5-7 ペア④ 1回目評価

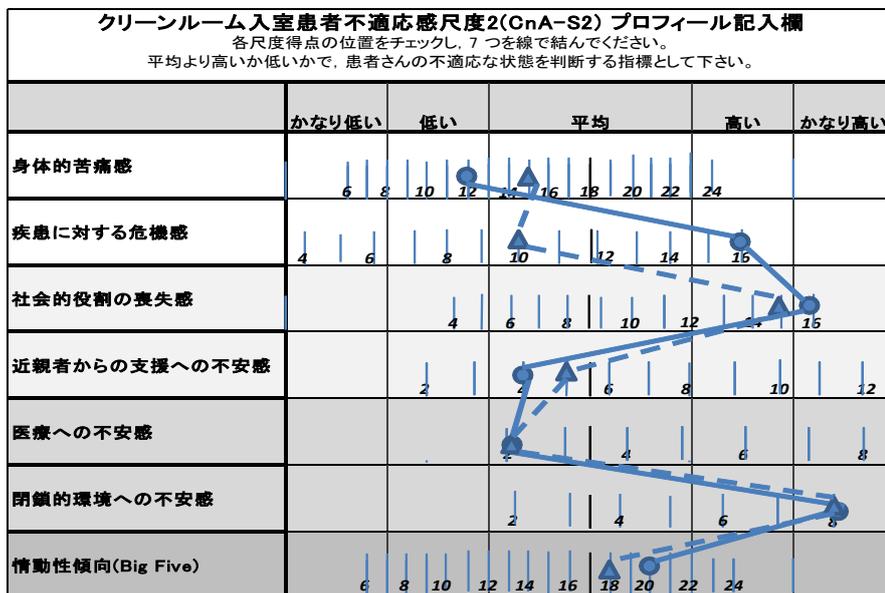


Figure 5-8 ペア④ 2回目評価

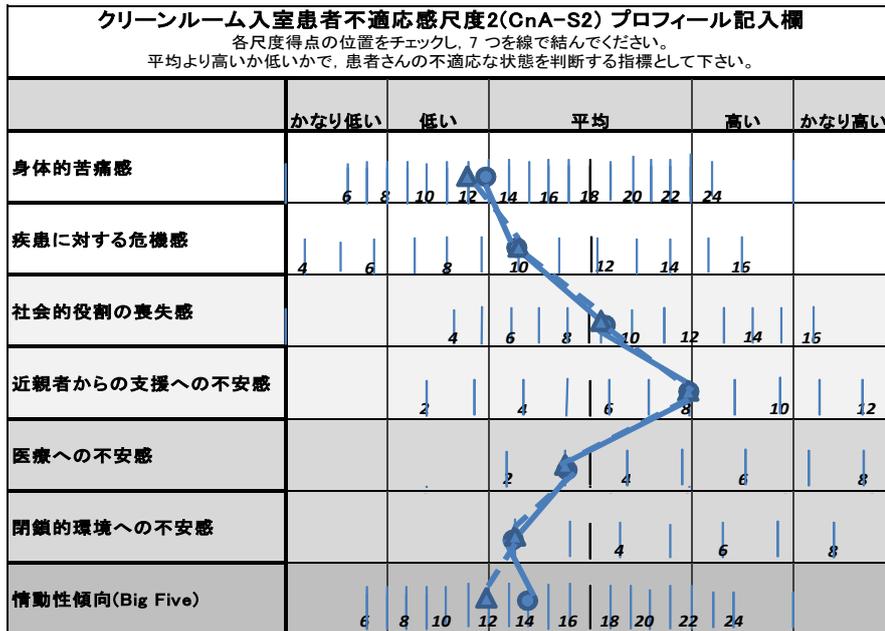


Figure 5-9 ペア⑤ 1回目評価

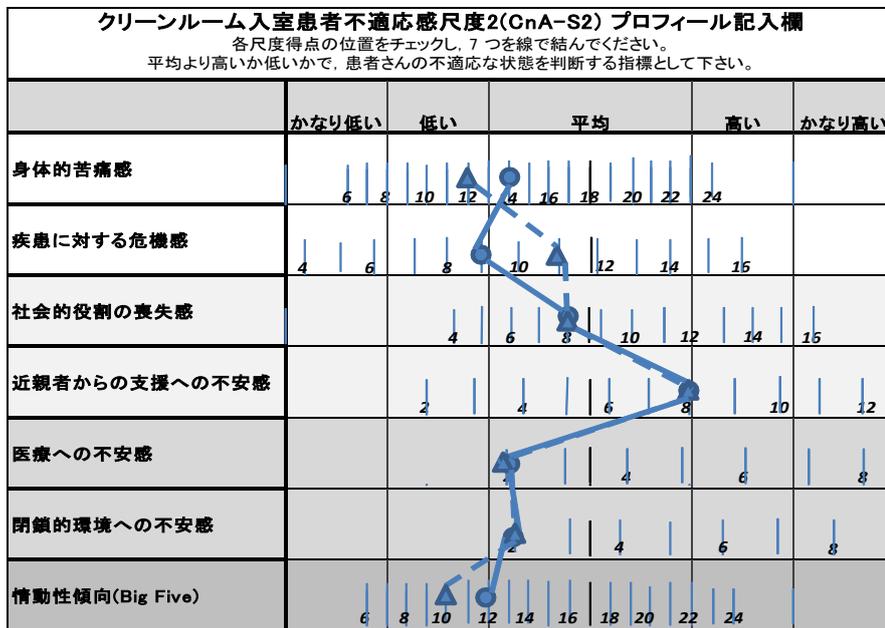


Figure 5-10 ペア⑤ 2回目評価

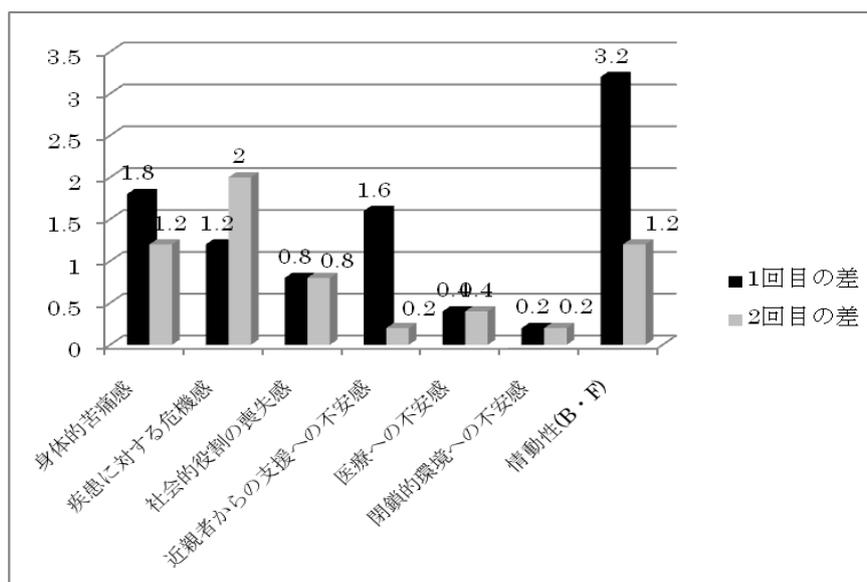


Figure 5-11 2回の調査における尺度得点の差

考察

本節は、前節で明らかとなった「クリーンルーム入室患者の不応感尺度 2: CnA-S2」を使用し、臨床で使用した結果から、構成概念の経験的な意味を吟味し、尺度の妥当性について検討することを目的に取り組んだ。

前節で述べたが、CnA-S と CnA-S2 両者の尺度構成は、類似していた。しかし、「化学療法をしている」「化学療法の経験が 2 回以上」「たばこを吸いたいと思っている」「医療者の説明を理解できる」「医療者の指示を受け入れる」の 5 項目を整理した上で、探索的因子分析を行った。

第 4 章第 3 節の結果から、クリーンルームにおける『治療経験』での不応感は女性が高く、『酒・タバコへの想い』は男性特有の因子である。また、『酒、タバコへの想い』に関しては、行為そのものは表面化しないため、患者はよりキャリアの少ない看護師に不満を吐露している結果も認められていた。これら『治療経験』『酒・タバコへの想い』の 2 因子は、クリーンルーム入室患者の不応感を評価するために必要な因子であると考えられ、CnA-S2 の使用にあたっては、CnA-S でしか評価しきれない構成概念があることを考慮した上で、患者の観察の強化をするなどし、対処していく必要があると言える。

各尺度における採点結果の差 閉鎖環境という特殊な環境にあるクリーンルームでは、この『閉鎖的環境への不安感』の尺度は、一番特徴的な患者の不応な状態を捉える尺度であると

言える。尺度の項目が、「窓からの採光がない」「外の景色が見えない」といったすぐに共有し易い設備に関する項目であることも差が無かった要因であると考えられる。このような環境に関しては、他の尺度の得点が高い場合、今後せん妄やうつへの移行の可能性が高くなると考え、採光のあるクリーンルームへの移動を考慮するなどの配慮が提案できる。また、『社会的役割の喪失感』の尺度もクリーンルーム入室患者の不応感において特徴的な尺度であると考えている。閉鎖環境での闘病生活の中で、社会的側面に関して独自性の高い貢献が期待できる。この『社会的役割の喪失感』においても、1回目、2回目共に差がなかった項目と言うことは、臨床看護師が意識的に日常業務の中で重要視しながら対応しているケアであるとも解釈できる。

1 回目の評価で差があった『近親者からの支援への不安』『情動性』『身体的苦痛感』は、2 回目の評価で差が少なくなっていることから、看護師間の情報共有でケアの提案は可能な項目であると考えられる。しかし、『疾患に対する危機感』については、2 回目の評価で唯一差が大きくなっていた。この尺度は、患者の内面の心情を理解しなければ評価出来ない項目となっており、評価者によって差が生じることは、今後ディスカッションを密に行い情報共有がより必要とされる項目であると解釈した (Figure 5-11)。

各ペアのプロフィールの変化 各ペアのプロフィール評価では、差が大きかったペアと差をほとんど認めなかったペアが存在した。これは、ペアの看護師経験年数や職場経験年数に違いがあり、経験によって不応感の捉え方に違いが生じ、差が生じているのではないかと考えられた。特に、『疾患に対する危機感』は、全体に差があった項目であったが、ペア②、ペア④、ペア⑤の 2 回目調査で差を認めた。『疾患に対する危機感』は、治療の副作用による身体症状の悪化によって生じると考えられる。『身体的苦痛感』は患者の痛みや吐き気の訴えで察知可能である。しかし、そのことを患者が危機的状況として捉えているのかどうかは、患者の言動や行動などの観察によって判断評価する必要がある。看護師の経験年数や観察の視点を共有するために、尺度を活用し、頻繁にディスカッションする中で、看護介入の具体的方略を提案していくことが望まれる。

プロフィールを用いた看護計画の立案状況 『閉鎖的環境への不安感』が高い場合には、看護師間で情報共有しクリーンルームという環境から出る、もしくはリハビリを利用するなど提案が行えていた。また、『身体的苦痛感』が高い患者には、患者の日常生活の活動レベルに応じた口腔ケアや感染予防などの提案もされている。尺度を客観的に共有することで、患者の直接的なケアの提供に貢献できていることは、臨床現場で役立つ意義ある尺度となっていると言え

るだろう。他に、患者がどのような行動をとっているのかなど、患者の行動を具体的に記入できる欄があればもっと分かりやすいという意見があった。臨床での活用においては、患者の生の声を反映しながら即座に判断することが求められる。尺度と患者の言葉による理解は、クリーンルーム入室患者の不応感を理解する上で重要であると考え、今後、尺度を改善する課題として取り入れる必要があると言える。

CnA-S2 項目の記入と有用性 項目数に関しては、丁度良いという意見があったが、一方で、患者の状況を分からないと記入できないという意見があった。特にわかりにくい項目として、「面会してくれる親しい友人がいない」が上がっていた。クリーンルームは原則として面会できない環境にあり、親しい友人がいないのか、面会してはいけないからできないかで迷うという意見があった。この項目は、「親しい」という修飾語で曖昧さが残っており、こういった項目の解釈についての検討は今後の課題である。「面会してくれる友人がいない」「相談できる親しい友人がいない」など、解釈を分けて考える項目が必要と考えられる。

質問紙への記入には、10 から 15 分要し、時間がかかり過ぎるという意見と、この時間なら短くて記入可能という意見があった。CnA-S2 への記入後、採点表で計算しプロフィールへの記入という手間が臨床では時間がかかるという印象であると考えられる。例えば、採点表への記入を省き、CnA-S2 に直に記入すれば尺度得点の計算が容易にできる改善が必要である。また、患者個々の電子カルテに、CnA-S2 のプロフィールの項目が入力できるシステムを作成し、担当看護師が、CnA-S2 の評価を入力すれば、自動的に計算できる環境にするなどの工夫は可能であると考えられる。

役に立つという意見として、数字で表しているのだからだれが見ても解り易く共有しやすいという意見は、緩和ケアチームで活用されている STAS-J(Miyashita, 2004)のように、チーム医療の中での活用につながるものと考えられる。

他に、患者の苦痛を得点化することで病状悪化のリスクの高い患者をスクリーニングできたため、経験の浅いスタッフも積極的に、患者へのアプローチ方法を検討でき、またキャリアのあるスタッフも偏りのない看護計画の立案が可能となると考えられる。

他記式尺度としての有用性を考えたとき、看護師だけでなく、患者に記入を依頼するという意見があった。他記式尺度は、患者の負担がなく評価出来るツールという利点があるが、患者の病状が安定していれば患者に記入を求めることで、医療者と患者のコミュニケーションも取れ、患者の疾患に取り組む意識が高まることに繋がるのではないかと考えられる。

全体として、「身体的苦痛感」は、全ての患者で、平均が低いと評価していたことから、今回対象とした患者は、化学療法の副作用が著明に出現していない時期の患者であったと考えられる。しかし、「疾患に対する危機感」「社会的役割の喪失感」「閉鎖的環境への不安感」は、平均よりも不応感が高いと評価していたことから、本尺度が、精神的、社会的側面を独立して評価できる尺度であることを示唆している。

注記

なお、プロフィールの作成に当たっては、山本理恵（現、京都学園大学）」の原案を参考に作成した。

第3節 本章のまとめ

本章では、CnA-S10 因子 45 項目の整理を行い、より臨床で活用出来る尺度を作成し、また、その尺度を臨床で実際に使用し、経験的な検知から妥当性を明らかにすることに取り組んだ。そして、まず、21 項目に『情動性』6 項目を加えた、27 項目からなる CnA-S2 が完成した。CnA-S2 は、『身体的苦痛感』『疾患に対する危機感』『社会的役割の喪失感』『近親者からの支援への不安感』『医療への不安感』『閉鎖的環境への不安感』の 6 つの尺度から構成され、本尺度の構成概念である、身体的、精神的、社会的側面から成り立っていた。そして、この尺度を使用している結果では、わかりにくい項目が残っており、そういった項目の解釈や、多忙な業務の中で評価に時間がかかることなどに課題は残るものの、他記式尺度として、今後臨床でのチーム医療に貢献できるスクリーニングできるツールであるとの示唆が得られたと考えている。

課題としては、CnA-S2 では、3 因子『治療経験』『医療への期待感』『酒・タバコへの想い』が省かれており、クリーンルーム入室患者の不応感を実際に評価するためには、CnA-S の 10 因子 45 項目についても、臨床で使用しての妥当性の検討が必要であると考えられる。CnA-S に関しても、今回の CnA-S2 で作成したプロフィールを作成し、第 4 章での調査と同様に、CnA-S をペアの看護師で使用しての臨床での妥当性を得る必要がある。CnA-S2 では、記入時間に関して、この時間なら短くて記入可能という意見もあったことから、45 項目でも活用が可能であるのかどうかを明らかにする必要がある。その上で、記入時間を更に短縮できる工夫、例えば、調査票を見ながらの数字の記載は、プロフィールに評価と同時に記載すれば、2 重の記載の手間が省けると考えられる。その他の工夫として、患者の声を反映できる記入欄を設けること、項目の内容について、違った解釈が可能な項目が含まれており、共通理解に向けて項目の内容を再度見直すことなどがある。

本研究では、他記式尺度を目指し尺度の開発に取り組んできたが、患者の病状が安定していれば患者に記入を求めることも可能であると考えられる。患者が記入するという活用を考える場合には、患者が自分自身を評価したデータと、医療者が評価したデータの比較検討が必要である。両者の尺度得点の差や患者の記載にあたっての負担感を検討する必要がある。

また、患者の状況や、看護師の業務量に応じて、尺度を使い分ける工夫が提案できる。入院時のスクリーニング時には、CnA-S2 を利用し、簡潔に行うことで、患者へのその他の入院説明業務の支障を軽減できる。患者の病状が重症化しそうな場合には、より詳細な評価を行うために、CnA-S を使用し、他職種とのディスカッションに活用するなどである。

他に、活用の有用性に関しては、クリーンルーム入室患者の不応感について、新人やベテラン看護師の患者評価の視点が統一できる。このことは、患者の状態を互いで共有し、ディスカッションすることが容易となり、患者への有用なケアの提供に繋がるものと期待できる。特に特徴的な『閉鎖的環境への不安感』が高い場合には、看護師間で情報共有しクリーンルームという環境から出るためのディスカッションやリハビリを利用するなどの具体的な提案が行っていたことは、臨床での活用に向けて意義深い結果であると言える。

また、クリーンルーム入室患者に関わる際の目安として CnA-S の項目は、標準的な患者の情報収集の項目にも成りえる。これは、新人看護師のスキルを高めることにも繋がっていく。先にも述べたが、新人やベテラン看護師の患者評価の視点が統一できることは、新人看護師が、評価の不足に気付ける手段にもなりえる。教育的視点からも有用な尺度であると言える。

終章 全体的考察

第1節 本研究の結果の総括

血液疾患患者の多くは、発症と共にがんの告知を受け、早急に副作用を伴う化学療法を強いられる。その際にクリーンな環境を維持できる部屋、即ち、クリーンルームという閉鎖環境で、療養生活をおくることになる。本論文は、白血病などの腫瘍性疾患である血液疾患患者が入室する、クリーンルームで闘病生活をおくる患者の疾患への適応を促す支援について検討してきたものである。

まず、序章では、がん告知後の患者の精神症状について、告知そのものが、うつ症状やせん妄症状を引き起こす強い精神的ストレスとなりうることを先行研究に基づき検討を加えた。がん告知後の適応に関する諸理論を概観し、近年では、患者の社会的側面を含めた能動的な意味付けが重要であることを踏まえ、告知後の看護の役割についても検討を加えた。更に疾患への適応が困難な環境であるクリーンルームという閉鎖環境における疾患への適応について、身体的、精神的、社会的側面からのアプローチの必要性を論じた。

また、本研究の目的である、CnA-Sの開発に向けて、医療者がチェックし患者の状態を評価する他記式尺度の有用性について、これまでがん患者に使用されてきた尺度を概観し、検討した。最後に、臨床における質的研究を踏まえた量的研究の必要性についても議論した。

本研究の尺度作成においては、質的に患者へのインタビューから項目を明らかにすることを繰り返してきた。質的研究のみに頼ることで、一般性を欠く危険性があることから、質的研究を基盤にした研究への取り組みを行い、量的研究との相互補完的立場の必要(波平・道信, 2006)や、各研究から得られる適切なデータを繰り返し調べて比較することの重要性 (Pope et al., 2007)について論じた。臨床という情報源から抽出された適切なエビデンスを体系化すること、すなわち、質的研究を基礎研究として用い、その後の研究において量的データを活用し、更なる研究の発展から信頼性、妥当性を明確にすることが重要であると考えられた。

第1章及び第3章と第4章では、質的研究を基盤に量的研究への発展的研究を行った。第1章では、「がん告知後の患者が期待する看護支援」について、告知後の適応過程における中心的概念をもとに、がん告知後に療養中の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているかを明らかにした。がん告知後の患者と、がん以外の患者がもつ因子構造を比較し、潜在する因子を探索することによって、がん告知後第2相から3相にある患者が期待する看護支援の特徴

を抽出した。そして、24 項目 6 因子『満足できる接遇』『日常生活に関わる治療情報』『信頼できる対応』『不安への対応』『他患者との情報交換』『生命に直結した治療情報』が明らかとなった。更に、がん告知後の患者とがん以外の患者の尺度得点の比較から『信頼できる対応』において、有意差を示した。生命を保障する最良の方法として、速やかに確実に対応してくれる支援を適応に至らない時期の患者は、より期待しているという結果が得られた。

第2章では、患者の身体的・精神的・社会的側面を含めアプローチするために、がん患者に携わる看護師の専門的教育の現状について述べ、今後のがん看護に携わる看護師の専門的教育について論じた。そして、看護師を対象に、がん看護専門教育の縦断的調査から、がん患者に携わる看護師のキャリアアップに向けたがん看護の専門教育のあり方について、『自己評価』『目標選択』『計画立案』『情報収集』『意思決定の主体性度』の尺度得点(花井, 2008)をそれぞれ反復分散分析により比較した。その結果から、『自己評価』や『意思決定の主体性度』が高い尺度得点を維持し、対象者が更なるステップアップ研修を希望し、専門性を身に付けたいという意欲をもって参加している学びへの姿勢が明らかとなった。がん患者に携わる看護師は、日々変化する治療内容を理解し、治療や化学療法における専門的知識を培うことが必要であり、学びの意欲を向上させるために、受講者の学びへの意欲を理解し、効果的な教育体制を構築することが必要であることが明らかとなった。

第3章から第5章は、CnA-Sの開発に向けて論じた。第3章では、同種造血幹細胞移植患者のクリーンルーム入室時のストレスの領域を検討した。KJ法(川喜田, 1986)をもとに、カテゴリー化した半構成的質問項目を使用し、同種造血幹細胞移植を受けた患者に対して、インタビュー調査を行った。そして、『環境ストレス』『身体的ストレス』『予後ストレス』『自己管理ストレス』『面会制限ストレス』という、5つのストレス領域が明らかとなった。閉鎖環境における、面会制限や閉鎖環境独自の自己管理に関してのストレスが特徴的であった。また、化学療法による身体的なストレスに加え、予後である生命への不安についての精神的側面のストレス領域も明らかになっていた。

以上の結果を踏まえ、第2段階として、第3章第2節では、クリーンルーム入室患者の不安やストレスから引き起こされる身体的・精神的・社会的側面における患者の変化を、療養生活への不適応な状態と捉え、医療者への質問紙による調査を繰り返し、クリーンルーム入室患者に対して客観的に感じる不適応感を明らかにした。その結果、『患者背景』『血液データ』『療養生活』『身体症状』『社会的側面』『家族の支援』『患者自身の思い』『医療者との関係』『味・嗜好』『性格』の10領域を明らかにした。インタビューによる質的データを整理しながら

ら繰り返しカテゴリー化することで、実践レベルでの内容妥当性を維持した結果を得られていた。第3節では、身体的・精神的・社会的苦痛やストレスを他記式尺度で評価する場合に、その評価が個々の医療者によって違ってくるという問題を指摘した。そして、クリーンルーム入室患者において、医療者が客観的に観察し不適応な状態する、患者が疾患への適応に至っていない状況、クリーンルーム入室患者の不適応感について不適応な状態の差に違いがあるのか、その特徴について論じた。第2節の質的データから、質問紙を作成し、「不適応な状態」にあった患者への不適応な状態を医療者に調査した。その結果、『家族支援』や『社会的側面』『患者背景』の3因子で不適応な状態の差を認めた。この3因子は、生命に直結する内容ではなく、医療者が、患者、家族を含む社会的背景に関して、関心が薄いことを示唆していた。また、第3章第4節では、客観的に評価可能な尺度の開発という観点から、これまで臨床で使用されてきた様々な尺度に着目した。看護師が医療現場で活用できる尺度について先行研究から、他記式尺度がどのような患者に使用されているかを概観し、クリーンルームに入室する患者の不適応な状態を評価する尺度において、他記式尺度の有用性について考察することができた。

第4章では、第3章を受けて、質的研究から量的研究に発展させ、CnA-Sの開発に向けた研究を行った。具体的には、第3章で抽出した結果を参考に作成した質問紙をもとに、量的研究を2回行った。まず、予備調査として、クリーンルームを設置する3施設で調査し、2回目調査はクリーンルームを完備する、全国28施設の看護師を対象を拡げ、得られたデータから探索的因子分析を行った。その結果、45項目10因子のCnA-Sが得られた。この10因子の尺度得点と身体的側面としてPS(癌取り扱い規約, 2008)、精神的側面としてDRS-J(町田ら, 2002)との相関から、CnA-S尺度は、患者の社会的側面に関してユニークな貢献の可能性を示唆していた。加えて、尺度得点と患者の性別や年齢などの背景要因との分散分析による比較から、ツールを臨床で活用する上での評価の視点や活用の意義についても検討することができた。

第5章は、第4章で開発したCnA-Sを、更に臨床という実践場面で活用する尺度として再度項目の整理を行った。10因子45項目は、多忙な業務の中で看護師がチェックするには、項目数が多いことが懸念された。臨床場面で活用されている、終末期がん患者を対象に医療者がチェックするSTAS-J(Miyashita et al., 2004)は、症状観察項目が、23項目とCnA-Sの約半分である。そこで、第5章では、項目を整理し再度因子分析を行い、6因子21項目にBig・Five(柏木ら, 2005; 清水・山本, 2007)の情動性因子6項目を加えた7因子27項目のCnA-S2を作成した。そして、臨床で実際に2人の看護師がペアになりCnA-S2を使用し、看護師間での記入に差がないかどうか、看護計画などへの発展的な実践レベルでの活用に向けて内容を検討した。

活用に向けては、ポジティブな意見、ネガティブな意見の両者を得る事ができた。また、実践の場面で使用した意見として、記入時間についての課題や、患者自身に記入してもらうという方法も提案した。直に記載する欄がほしいことや項目の解釈が難しいなど、今後の尺度の改良に向けて、活用できる意見を得ることができた。患者の状態を客観的に共有し、看護師のキャリアに関係無く評価する視点が明確になり、他職種とのディスカッションで患者の状態を検討するツールとなる可能性など、実践での活用において意義ある成果が得られた。

終章では全体的考察を行った。一般的ながん告知後の患者が適応に至るまでの過程を踏まえ、がん告知後の患者が看護師にどのような看護支援を期待しているのか、及びそのための看護師のスキルアップの必要性を確認した。また、クリーンルームに入室する患者の不応感を評価するにあたっての評価の視点を明らかにし、今後必要とされる CnA-S の改良に向けての課題を明らかにし、クリーンルーム入室患者の疾患への適応を促すことを、発展的に展望した。

第2節 クリーンルーム入室患者の適応を促す支援の考察

本論文では、クリーンルーム入室患者の適応を促す支援について、検討を重ねた。最終的に看護師が客観的にクリーンルームに入室している患者を毎日のケアの中で観察し、患者の疾患への不適応な状態を評価する尺度として、CnA-Sを開発した。本尺度は、1施設での医療者へのインタビュー調査を繰り返し、次に3施設での量的調査を行った。そして、全国のクリーンルームを完備する8施設への拡大した調査を行うことで、一般性のある尺度開発ができたと考えられる。序章第7節でも述べたが、質的研究の一般性を欠く危険性に関して、質的研究を基盤にした研究への取り組みから、量的研究との相互補完的立場も説明されていた(波平・道信, 2006)。各研究から得られる適切なデータを繰り返し調べて比較できることが重要である(Pope et al., 2007)とも説明されている。本研究は、第3章の第1節、第2節において、心理学および医療の現場のアドバイスを受けながら、質的研究を繰り返し行った。そして、内容を吟味し、量的研究に結びつけている。質的研究を基礎研究として用い、その後の研究において量的データを活用し、臨床という情報源から抽出された適切なエビデンスを体系化することが出来たと考えている。

加えて、第5章では、CnA-S2という臨床現場で活用可能な、項目数の少ない尺度を作成し、実践レベルで看護師が患者に活用することで、構成概念の経験的な関係を吟味し妥当性を明らかにした。クリーンルーム入室患者の不適応感に関する観察の視点を統一し、他職種間で客観的に患者の状態を共有できるといったチーム医療への貢献が期待できる結果である。そして、患者に負担無く看護師が客観的に評価できることで、クリーンルーム入室時の不適応感をいち早く確認でき、早期に専門的な介入を促すことが可能となると示唆された。

また、告知後の患者の精神症状に着目し、がん告知後の患者が望む看護支援について言及した。がん告知後の患者が期待する特徴的な看護支援として、『信頼できる対応』という結果が明らかになった。クリーンルームに入室している患者は、長期に渡る治療による社会的役割の喪失や閉鎖環境での孤独感、そして化学療法という過酷な治療を受けながら、闘病生活をおくらなければならない。今回、開発したCnA-Sで評価し、尺度得点が高いと判断した患者への対応として、本研究で明らかになったがん告知後の患者が期待する看護支援の項目である、『信頼できる対応』の、「すぐに対応してくれる」「すぐに病室に来てくれる」「看護行為の確認を必ず行う」という具体的な行為は、クリーンルームに入室する患者のケアとしても、有効な関わりであると考えられる。閉鎖環境にある患者は、外部の状況が解らない状態にある。看護師

の気配を感じられないまま不安の中で看護師の対応を待っている。『信頼できる対応』の中の3項目は、クリーンルームに入室している患者にとっても、更なる安心感の提供になるものと考えられる(第1章、第3節)。

2006年から施行された、がん対策基本法の制定により、専門的な知識および技能を有する医師、その他の医療従事者の育成が盛んに行われてきている。患者の日常生活を支える看護師への専門教育の必要性は、言うまでもなくより高度な専門教育の必要は必須となっている(第2章第1節)。看護師のキャリアへの意欲について、花井(2008)を参考にした尺度を用いて看護師への教育評価を行った結果から、専門性の維持には、その学びの場をどのように提供し、学ぶ意欲をどのように維持向上させるかが、課題であると考えられる。研修の意欲を高めるために、早期から個々の目標を確認し、計画性をもつことを促すなど研修の具体的な取り組みをへのアプローチを考察できたことは、実践レベルでの看護師教育に貢献できるのではないだろうか。このことは、クリーンルーム入室患者の不応感感を促すケアを支える看護の質向上に繋がるものと考えられる。

第3節 今後の課題と臨床での応用および発展の可能性について

これまで、せん妄やうつ症状など、疾患そのものを早期にスクリーニングする尺度の開発はなされていた。しかし、閉鎖環境でがんの告知後、早期に化学療法という過酷な治療を受けるクリーンルームに入室している患者に対しての、身体的、精神的、社会的側面を考慮した尺度の開発はされていなかった。クリーンルームに入室する患者は、がんの告知を受け、死への恐怖といった精神的負担を背負いながら、吐き気や倦怠感、感染などを伴う化学療法を受ける事となる。今回開発した CnA-S は、クリーンルームに入室している患者に対して、身体的、精神的、社会的側面に着目し、身体症状や精神症状の一側面から患者を捉えるのではなく、社会的側面という生活背景にも焦点をあてた、患者が疾患に適応できていない状態を早期に発見できる尺度となっている。そして、プロフィールに記入することで、客観的に患者の状態を共有でき、時間をあけて評価することで患者の疾患への適応状態を把握することが可能となっている。疾患への適応が出来ていない状態であると判断される場合には、どのような看護介入が有効であるかを医療者間でディスカッションできるツールとなる。医療者同士が客観的に患者の状態を理解できることは、医療者間で患者の捉え方が異なる点を意見交換し、患者により良いケアの提供を行うことに繋がる。そして、早期に専門的な介入、例えば、精神科の受診やソーシャルワーカーの介入などを提案できる手立てとなる。

CnA-S は、多忙な臨床場面でも活用できることをもう一つの視点として取り組んできた。医療者が捉えるクリーンルームに入室する患者の不応適な状態を明らかにし、医療者が客観的に記入できる他記式尺度の開発に至った。苛酷な治療を受けて身体的な負担を強いられている患者が、尺度に記入するという観点を取り去り、看護師が客観的に患者を観察し評価する尺度となっている。看護師が記入できるというメリットは、臨床での活用し易さに繋がる。本研究では、すぐに活用できるという点を更に検討し、CnA-S45 項目を 21 項目に情動性 6 項目を加えた、27 項目からなる CnA-S2 を作成した。

CnA-S と CnA-S2 両者の因子構造の比較では、CnA-S2 は、CnA-S の『治療経験』『医療への期待感』『酒・煙草への想い』3 因子が整理され、その他の因子と項目は、同じ構造という結果が得られていた。CnA-S2 は、CnA-S と同様に、クリーンルーム入室患者の不応適感を評価できる構造を備えたツールであり、妥当性のある尺度であることが示された。そして、更に、臨床で実際に活用しての結果から、臨床での活用が可能であるという、内容についての妥当性も明らかになった。

今後の CnA-S2 使用に対する課題としては、27 項目での記入時間は、「丁度良い」という意見と「時間がかかる」という意見が 2 分していたが、記入時間を短縮するということが可能となれば、臨床での活用の可能性は更に広がるものと推察する。そのためには、尺度得点を直にプロフィールに記載できるように、質問紙の尺度に因子毎の区別ができる工夫をするなどで対応可能かと考えている。また、患者の状態を共有するという点では、患者の声を反映できる記入欄を設け、患者の状態を質的に共有できる工夫も必要であると考えている。

今回、他記式尺度を目指し尺度の開発に取り組んできたが、患者の病状が安定していれば患者に記入を求めることも、患者からの情報を得る手段として活用可能性がある。看護師経験の浅い看護師は、患者の状態を理解するスキルが身につけていない場合がある。そういった場合に、患者からの情報を得るためのツールとしての活用も期待できる。そのためには、患者に記入を求めたデータと、看護師が客観的に評価したデータとの比較検討が必要であろう。

今回の尺度開発において、対象は看護師に留まっている。CnA-S 及び CnA-S2 は、他職種間で活用し、患者の状態を共有できるツールとしての活用を目指している。今後は、看護師への調査だけでなく、医師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの医療従事者への調査に対象を拡大し、尺度の妥当性を検討していく必要がある。更に、臨床で活用してのデータとしては、10 人の看護師からの質的なデータに留まっている。貴重な臨床看護師の意見が得られており、これからの研究発展における課題にも繋がっている。今後は、臨床で使用した上での評価を更に増やし、統計的検討を加えた、エビデンスを構築していくことが必要であると言える。

本尺度は、クリーンルーム入室患者の不応感を早期に評価し、専門職の早期の介入を促すこと、つまりチーム医療における情報共有のツールとしての活用を期待したものである。これまで漠然と感じてきたクリーンルーム入室患者の不応な状態を、客観的に医療者間で確認できることは、患者の状態の変化や重点的な観察事項をアセスメントすることの可能性に繋がる。そして、クリーンルームに入室している患者の、疾患に適応していない状態を早期に発見し、適応を促すケアの提供に繋げる事ができる。

引用文献

- Akechi, T., Okamura, H., & Nishiwaki, Y. (2001). Psychiatric disorders and associated and predictive in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer*, **92**, 2609-2622.
- Akechi, T., Okuyama, T., & Imoto, S. (2001). Bio-medical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breastcancer patients. *Breast cancer Research and Treatment*, **65**, 195-202.
- 明石聡子 (2009). 精神的健康の関連要因としての情動制御とパーソナリティ —情動制御尺度 (国際適応力尺度の下位尺度)の有効性についてII— 人間文化創成科学論叢, **11**, 413-419.
- 明智龍男 (2005). 臨床腫瘍学現状と展望IVサイコオンコロジー(精神腫瘍学) *Progressin Medicine*, **25**, 2121-2126.
- 秋吉陽子・宮崎由香・宮澤里美 (2003), 告知をめぐる精神的支援の実際—外科的療法の対象外の呼吸器内科の患者に対して 成人看護II, **34**, 45-47.
- Akizuki, N., Yamawaki, S., & Akechi, T. (2005). Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **29**, 91-99.
- 有馬志津子・伊藤美樹子・三上洋 (2002). 育児評価としての「親性」尺度開発の試み 日本地域看護学会誌, **4**, 34-40.
- Aronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., & Duez, N.J.(1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, **85**, 365-376.
- 浅田 博 (2010). 精神疾患と神経生理学最近の動き —Fm0 研究の最近の動向— 臨床脳波, **1**, 50-57.
- Badger , T., Segrin, C., & Meek, P. (2011). Development and Validation of instrument for Rapidly Assessing Symptoms : The General Symptom Distress Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, **41**, 535-548.
- Benoliel, J. Q. (1984). Advancing nursing science : Qualitative approaches. *Western Journal of nursing Reserch*, **6**, 1-8.

- Breitbart, W., Gibson, C., Tremblay, A. (2002). The delirium experience : Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*, **43**, 183-194.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Clinical Researched*, **330**, 702.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Newbury Park, CA: Sage Publications. (カーマイン, E. G ・ゼラー, R. A. .水野欽司・野島栄一郎(訳) (1983). 人間科学の統計学7 テストの信頼性と妥当性 朝倉書店)
- Cataldo, J. K., Slaughter, R., Jahan, T. M., Pongquan, V. L., & Hwang, W. J. (2011). Measuring stigma in people with lung cancer : Psychometric testing of the cataldo lung stigma scale. *Oncology Nursing Forum*, **38**, 46-54.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., & Yellen, S.B., Winicour, P., & Brannon, J. A. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale : development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, **11**, 570-579.
- Chenitz, W. C., & Swanson, J. M. (Eds) (1986). *From Practice to Grounded Theory Qualitative Research in Nursing*. Boston, MA: Wesley Publishing Company. (キャロルチェニッツ, W. C., スワンソン, J. M. (編集) 樋口康子・稲岡文昭 (監訳) (1992). グラウンデッド・セオリーー看護の質的研究のためにー 医学書院)
- Cloninger, R. L. 中嶋照夫・中村道彦(訳) (1997). 人格と精神病理の精神生物学的モデル —臨床使用のための基本的な知見— 日本心身医学, **37**, 91-102.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S.S., Henrichs, M., & Carnicke, R. L.: C. L., Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association*, **249**, 751-757.
- Farsi, Z., Dehghan, N. N., & Negarandeh, R. (2010). Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran : a qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, **12**, 485-492.
- 深田順子・鎌倉やよい・北池 正・野尻雅美 (2002). 在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発 日本看護研究学会雑誌, **25**, 87-99.
- 深井喜代子・杉田明子・田中美穂 (1995). 日本語版便秘評価尺度の検討 看護研究, **28**, 201-208.

- 深井喜代子・塚原貴子・人見裕江 (1995). 日本語版便秘評価尺度を用いた高齢者の便秘評価 看護研究, **28**, 209-216.
- 古川聖子 (2005). 学生の”探究性”―“遂行性”傾向と学習 看護学生向け尺度開発を通して 保健医療科学, **54**, 254-255.
- 癌取り扱い規約抜粋 消化器癌・乳癌 (2008). 金原出版, 第8版.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Alidine Publishing Company.
- Gordon, A. M. (1975). Psychological aspects of isolator therapy in acute leukaemia. *The British Journal of Psychiatry*, **127**, 588-590.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, **37**, 504-528.
- 計屋由紀子・倉恒弘彦 (2006). 「うつ」をめぐる精神科と内科のネットワーク血液内科と「うつ」 臨床精神学, **35**, 957-961.
- 浜田賀代子・古賀直子・浜田 正 (1992). 老年期痴呆患者のスクリーニングにおける The modified mini-mental state (3MS) examination 日本語版の有用性 老年精神医学雑誌, **3**, 425-432.
- 花井洋子(2008). キャリア選択自己効力感尺度の構成 関西大学大学院「人間科学」, **69**, 41-60.
- 橋本真琴・小池智子 (2000). 潰瘍性大腸炎患者の日常生活困難感尺度開発に関する研究 お茶の水医学雑誌, **48**, 71-76.
- 鳩野洋子・岡本玲子・関戸好子 (2005). 要介護状態の危険性が高い高齢者にみられる日常生活尺度開発にむけた項目の収集 神戸大学医学部保健学科紀要, **20**, 1-10.
- 服部朝子 (1991). 看護研究病室や病棟環境に対する患者の認知 環境認知と精神状態および日常生活行動との関係, **24**, 117-136.
- 林まゆみ・吉森文子・山口郁子・道渕路子・内山ミワ子 (1998). 無菌室・準無菌室の不安とストレスに対する援助の検討 富山県立中央病院医学雑誌, **21**, 14-16.
- 平井啓・鈴木要子・恒藤暁・池永昌之・茅根義和・川辺圭一・柏木哲夫 (2001). 末期癌患者のセルフ・エフィカシー尺度開発の試み 心身医学, **41**, 19-27.
- 平山 薫・松本俊子・江幡世利子 (1997). 癌告知を受けた患者の心理的プロセス―患者との面談から― 看護総合, **28**, 21-23.
- 広瀬幸美・一木美智子・市田露子・大嶋義博 (2003). 先天性心疾患児療育ニーズに関する研究 (第1報) 新しい尺度の開発 日本小児循環器学会雑誌, **19**, 14-19.

- 久田 満 (1990). これからの医療と期待される看護像 日本看護科学学会誌, **10**, 18-19.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of Psychooncology*. Oxford: Oxford University Press. (ホーランド, J. C., ローランド, J. H. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). サイコオンコロジー2: がん患者のための総合医療 メディサイエンス社)
- 保坂隆・徳田裕・小城良子 (1995). がん患者のコーピングと情緒状態 心身医学, **35**, 483-489.
- 堀井 直・前川厚子 (2010). 肺がん患者用生活調整尺度の開発 日本看護医療学会雑誌, **12**, 9-19.
- 堀内成子・太田喜久子・小山真理子 (1996). 看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究 信頼性・妥当性の検討 日本看護科学学会誌, **16**, 30-39.
- 市川光子 (2001). 外科外来における患者の望む告知と看護 昭和医会誌, **61**, 438-447.
- 飯岡由紀子・小松浩子・麻生武志・久保田俊郎 (2005). 「更年期女性の self-consistency 尺度」の開発 信頼性と妥当性の検討 日本更年期医学会雑誌, **13**, 29-39.
- 池田美知子 (1999). 癌告知と看護介入—悪性リンパ腫の告知を受け入れた事例を通して— 公立能登総合病院医療雑誌, **10**, 62-63.
- 池田優子 (2001). がん体験を肯定的に受け止めるプロセスに関する質的研究 全人的医療, **4**, 31-38.
- 今井俊子 (1997). セルフグループ会員の実態調査乳がん患者会 S 会の現状 東京女子医科大学看護短期大学研究紀要, **19**, 51-58.
- 稲垣正俊・松岡 豊・明智龍男・内富庸介 (2002). がん診断後の心理的負担 リハビリテーション医学, **11**, 159.
- 猪野亜朗・立木茂・西川京子 (2001). 否認と気づきの尺度(DAS): 尺度開発と項目分析 The Denial and Awareness Scale (DAS) 日本アルコール・薬物医学会雑誌, **36**, 216-234.
- 石黒浩史・宮森正・松田豊子・天杉裕望・金子早苗・岡島重考 (1997). 病状・日常生活統合スコア(IDA score)を用いた終末期がん患者における症状緩和の予後因子の検討 死の臨床, **20**, 59-63.
- 石川利江・井上都之・多賀谷 昭・岩月和彦・White. C. M., 池田紀子・奥野茂代 (1999), 在宅看護者のソーシャルサポート測定尺度開発の試み 長野県看護大学紀要, **1**, 35-44.
- 和泉比佐子・佐伯和子・藺牟田洋美・森 満 (2006). 壮年前期の高脂血症予防のための保健行動 尺度開発に向けた項目作成過程 北海道公衆衛生学雑誌, **19**, 118-125.

- 貝谷久宣・金井嘉宏・熊野宏昭・坂野雄二・久保木富房 (2004). 東大式社会不安尺度の開発と信頼性・妥当性の検討 心身医学, **44**, 279-287.
- 神部智司・竹本与志人・岡田進一・白澤政和 (2010). 特別養護老人ホーム入居者の施設サービス満足度の因子構造に関する検討 介護福祉学, **17**, 5-15.
- 神田清子 (2008). 第 5 回群馬がん看護フォーラムー変わるがん医療・変えるがん看護ー *Kitakannto Medical Society*, **58**, 411-414.
- 金子亜矢子 (2011). せん妄患者のアセスメント がん患者と対症療法, **22**, 26-31.
- 柏木繁男・和田さゆり・青木孝悦 (1993). 性格特性の BIG FIVE と日本語版 ACL 項目の社交因子パターン 心理学研究, **64**, 153-159.
- 柏木繁男・辻平治郎・藤島寛・山田尚 (2005). LEX400 のビッグファイブ的評価性格特性の語彙的研究 心理学研究, **76**, 368-374.
- 柏木雄次郎 (2011). 緩和ケアの秘訣と心得 —精神科医の立場から— 肺癌, **51**, 127-130.
- 加藤真由美 (1997). 【癌の化学療法】危機状態にある患者の看護介入の検討 初回クリーンルームで化学療法を受ける患者を通して 長岡赤十字病院医学雑誌, **10**, 27-34.
- 川喜田二郎 (1967). 発想法 中央公論社.
- 川喜田二郎 (1986). KJ 法: 渾沌をして語らしめる 中央公論社.
- 河瀬雅紀 (2008). 緩和ケアにおける心理的側面 —不安・抑うつへの対応・精神的ケア— バイオフィードバック研究, **35**, 122-127.
- 河瀬雅紀・川上富美郎・澤田親男 (2000). 悪性腫瘍患者に見られた適応障害の特徴・その発症契機・臨床像及び転帰について 精神医学, **42**, 89-95.
- 川瀬英理・下津咲絵・今里栄枝・唐澤久美子・伊藤佳菜・齊藤アンネ優子・松岡 豊・堀川直史 (2005) がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発 1 質問法と 2 質問法の有用性の検討 精神医学, **47**, 532-536.
- 川島理恵・定廣和香子・杉森みど里 (2000). 看護婦の対象理解に関する自己評価尺度開発における初期的研究 質的帰納的研究成果に基づく質問項目の作成と選定 看護教育学研究, **9**, 26-39.
- Keats, M. R., Courneya, K. S., Danielsen, S., & Whitsett, S. F. (1999). Leisure-time physical activity and psychosocial well-being in adolescents after cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, **16**, 180-188.
- 木下康仁 (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ質的実証研究の再生 弘文堂.

- 木下康仁 (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチ グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い 弘文堂.
- 木下康仁 (2007). グラウンデッド・セオリー・アプローチライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 弘文堂.
- 木下康仁 (2009). 質的研究と記述の厚み :M-GTA・事例・エスノグラフィー 弘文堂.
- 木曾好恵・高梨由紀 虎渡恵子・萩原正子 (2003). セミクリーンルーム入室患者の適応過程の検証 成人看護Ⅱ, **34**, 223-225.
- 清末絵里・阿部百合子・細越千恵子 (2009). 看護師におけるキャリアアップに対する意識と職務満足度との関連についての検討 近畿中央病院医学雑誌, **29**, 19-26.
- 小林和成・矢島正榮・小林亜由美・桐生育恵・王 麗華・大野絢子 (2008). 認知症グループホームにおける介護従事者のケア達成度自己評価票」の構成概念妥当性の検討(その 2)ニューラルネットワークによるアプローチ方法の適用と課題 群馬パース大学紀要, **7**, 27-36.
- 児玉真利子・新開淑子 (2004). 管理者のリスクマネジャー役割評価尺度開発 日本看護管理学会誌, **7**, 10-18.
- 小池智子 (1998). 慢性関節リウマチ患者の疲労感尺度及び対処行動尺度開発に関する研究 お茶の水医学雑誌, **46**, 143-150.
- 越田美穂子・守田孝恵 (2010). 行政保健師が地域で行うネットワーク形成のための実践技術項目の検討 香川大学看護学雑誌, **14**, 57-66.
- 腰原麻衣子 (1997). 無菌室に入室する患者のストレス状況の探求—情動反応と行動反応に焦点を当てて 日本看護研究学会雑誌, **20**, 80.
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1994). 平成 4 年度人口動態社会経済面調査報告 悪性新生物財団法人厚生統計協会.
- Kübler-Ross, E., M. D. (1969). *On Death and Dying*, NY: Simon & Schuster. (キューブラー・ロス. 鈴木晶(訳) (2001). 死ぬ瞬間 中公文庫)
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000) Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, **88**, 2817-2823.
- Kugaya, A., Akechi, T., & Okuyama, T. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **28**, 333-338.

- 倉ヶ市絵美佳・八木彌生・西田直子・鳶田理佳 (2003). 乳がん患者の回復過程において期待される看護師の援助 京都府立医科大学看護紀要, **13**, 17-23.
- Kurihara, M., Shimizu, H., Tsuboi, K., Kobayashi, K., Murakami, M., & Eguchi, K. (1999). Development of quality of life questionnaire in Japan: Quality of life assessment of cancer patients receiving chemotherapy. *Psycho-Oncology*, **8**, 355-363.
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the Study of Daily Hassles. *Journal of behavior almedicine*, **7**, 375-389.
- Lazarus, R. S. (1985). The Psychology of Stress and Coping. *Issues in Mental Health Nursing*, **7**, 399-418.
- Lesko, L., M., Kern, J., & Hawkins, D., R. (1984). Psychological aspects of patients in germ-free isolation: a review of child, adult, and patient management literature. *Medical and Pediatric Oncology*, **12**, 43-49.
- 町田いづみ・青木孝之・上月清司・岸泰宏・保坂隆 (2003). せん妄スクリーニング・ツール(DST)の作成 総合病院精神医学, **15**, 150-155.
- 町田いづみ・上出晴奈・岸泰宏・保坂隆 (2002). 看護スタッフ用せん妄評価スケール (DRS-J)の作成 総合病院精神医学, **14**, 1-8.
- 前山悦子 (2007). 「緩和ケア臨床・研究・教育ツール」ホームページの紹介日本緩和医療学会ニューズレター, **35**, 1.
- 牧野耕次・比嘉勇人・甘佐京子・松本行弘 (2007). 看護における involvement 尺度原案作成に関する研究 人間看護学研究, **5**, 97-105.
- 松田光信 (2001). 無菌室で生活する患者に対する看護婦・士の精神的ケア日本看護 科学学会誌, **21**, 64-73.
- 松井妙子 (2003). 大阪府内における訪問看護職の看護ケアの自己評価に関する研究(その 1)看護ケアの自己評価尺度開発の試み 大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要, **9**, 45-49.
- 松本啓子・高井研一・桐野匡史・中嶋和夫 (2005). 在宅認知症高齢者の家族介護者のニーズの測定 日本保健科学学会誌, **8**, 154-164.
- Matsuoka, Y., Miyake, Y., Arakaki, H., Tanaka, K., Saeki, T., & Yamawaki, S. (2001). Clinical utility and validation of the Japanese version of Memorial Delirium Assessment Scale in a psychogeriatric inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, **23**, 36-40.

- 松下年子, 松島英介, 野口 海 (2009). がん患者が医療者に期待する, 告知をめぐっての心のケア・サポートのあり方—がん患者およびサバイバーを対象としたインターネット調査より精神科, **15**, 586-593.
- McDonald, M. V., Passik, S. D., Dugan, W., Rosenfeld, B., Theobald, D. E., & Edgerton, S. (1999). Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, **26**, 593-539.
- 箕口雅博・三宅由子・吉松和哉 (1990). 世代社会精神医学的研究のための尺度開発「うつ病親和性性格傾向(DRP)尺度」の信頼性および妥当性 社会精神医学, **13**, 51-60.
- Miranda, O. (2010). Gender differences in response to trauma. *トラウマティック・ストレス*, **8**, 3-7.
- 三井秀紀 (2005). 白血病患者治療時の患者環境 血液フロンティア, **15**, 917-922.
- 三浦弘江・亀岡智美・定廣和香子 (2002). 看護職者の学習ニーズに関する研究 —病院に就業する看護職者に焦点を当てて— 看護教育学研究, **11**, 40-53.
- 三輪祐子・雲かおり・梶谷みゆき (2002). 終末期癌患者と看護者の関係について—文献による検討— 日本がん看護学会誌, **16**, 143.
- Miyashita, M., Matoba, K., Sasahara, T., Kizawa, Y., Maruguchi, M., & Abe, M. (2004). Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliative & Supportive Care*, **2**, 379-385.
- 宮脇修一 (2001). 悪性リンパ腫・多発性骨髄腫治療を目指した診断・治療の実践 造血幹細胞移植 適応と実際, 南江堂.
- 宮武良輔 (2009). せん妄への対応について 松戸市立病院医学雑誌, **19**, 42-46.
- 水野道代・有田広美・相川奈津子 (2002). 外来がん患者のニーズを把握するための包括的アセスメントツールの開発—アンケート用紙作成プロセス— 日本がん看護学会誌, **16**, 84.
- 水島恵一・上杉 喬 (1983). 不適応な状態心理学 1 誠信書房 p10.
- 森 悦郎・三谷洋子・山鳥 重 (1985). 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性 神経心理学, **1**, 82-89.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1999) The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, **7**, 128-133.

- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., Chihara, S., & Oka, K. (2001). Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: A validation study. *Palliative Medicine*, **5**, 197-206.
- 村田久行・小澤竹俊 (2004). 終末期がん患者へのスピリチュアルケア援助プロセスの研究 臨床看護, **30**, 1450-1464.
- 村山洋史・田口敦子・村嶋幸代 (2006). 健康推進員活動における活動満足感, 活動負担感の尺度開発 日本公衆衛生雑誌, **53**, 875-883.
- 内藤真理子・鈴嶋よしみ・中山健夫・福原俊一 (2004). 口腔関連 QOL 尺度開発に関する予備的検討 General Oral Health Assessment Index (GOHAI) 日本語版の作成 口腔衛生学会雑誌, **54**, 110-114.
- 内藤直子・橋本有理子・杉下知子 (1998). 0 ~3 歳の乳幼児を持つ〈専業主婦〉の子育て観尺度開発に関する研究 CPS-M97 の妥当性・信頼性の検証 日本看護科学会誌, **18**, 1-9.
- 中村めぐみ・吉田智美 (1997). がん看護におけるインフォームド・コンセント専門看護師／クリニカル・ナース・スペシャリストによる最新がん看護の知識と技術 診断から末期までの看護アプローチ 日本看護協会出版会.
- Nakano, T., Mikami, I., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (2000). Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, **88**, 2817-2823.
- 中谷安寿・杉浦圭子・三上洋 (2009). ホームヘルパーの仕事意欲測定尺度開発およびその関連要因 日本公衆衛生雑誌, **56**, 87-100.
- 波平美恵子・道信良子 (2006). 質的研究 Step by Step すぐれた論文作成をめざして 医学書院.
- 西向秀代・田中千寿代 藤井圭子・渡辺年子 (1991). クリーンルーム収容中の急性リンパ性白血病患者への精神的アプローチ 臨床看護, **17**, 9-15.
- 小笠原知枝・渡辺憲子・岩崎弥生 (1994). がん患者の痛みの測定に関する研究 質的評価に基づく測定尺度の開発 McGILL 痛み質問紙の信頼性と妥当性の検討 名古屋大学医療技術短期大学部紀要, **6**, 1-11.
- 尾木敏也 (2009). 大阪府立成人病センターにおけるがん拠点病院としての取組み 医学のあゆみ, **231**, 795-800.
- 岡 美智代・石田貞代・河村誠 (2005). Evidence based practice に関する日本語版尺度開発と等価性の検証 日本保健医療行動科学会年報, **20**, 100-113.

- 岡本玲子 (1998). ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発 内容分類と信頼性・妥当性の検討 お茶の水医学雑誌, **46**, 167-179.
- 岡本祐子 (1994). 生涯発達心理学の動向と展望教育 心理学年報, **33**, 131-143.
- Okamura, H., Yamamoto, N., Watanabe, T., Katsumata, N., Takashima, S., Adachi, I., Kugayama, A., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2000). Patient's understanding of their own disease and survival potential in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, **61**, 145-150.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorder following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, **35**, 302-309.
- Okuyama, T., Akechi, T., Kugaya, A., Okamura, H., Shima, Y., & Maruguchi, M. (2000). Development and validation of the cancer fatigue scale: A brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *Journal of Pain & Symptom Management*, **19**, 5-14.
- Okuyama, T., Wang, X. S., Akechi, T., Mendoza, T.R., Hosaka, T., Cleeland, C. S., & Uchitomi, Y. (2003). Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: A validation study. *Journal of Pain & Symptom Management*, **26**, 1093-1104.
- 太田洋子 (2006). 告知を受けたがん患者の治療選択における看護師の役割に関する研究—患者へのアンケート調査より 新見公立短期大学紀要, **27**, 101-110.
- 太田久吉・來間謙二・近藤陽一・坂口早苗・坂口武洋・中原英臣・藤本和幸 (2004). 院内感染予防のためのクリーンルームメンテナンス 医師薬出版株式会社.
- 大谷恭平・内富庸介 (2010). 「他領域からのトピックス」がん患者の心理と心のケア 日本耳鼻咽喉科学会会報, **113**, 45-52.
- 小澤佳子・足利幸乃 (2008). ステップアップがん化学療法看護 学習研究社.
- Parry, D. C. (2008). The contribution of dragon boat racing to women's health and breast cancer survivorship, *Qualitative Health Research*, **18**, 222-233.
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M.V., Rosenfeld, B., Theobald, D. E., & Edgerton S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **16**, 1594-1600.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia, PA: J.B.Lippincott Company (ポーリット, D. F., ハングラー, B. P. 近藤潤子 (監訳) (1994). 看護研究原理と方法 医学書院)

- Pontes, L., Guirardello, E. B., & Campos, C. J. (2007). Demands for attention experienced by a patient in a bone marrow transplants unit, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **41**, 154-160.
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence a guide to methods*. Maidenhead: Open University Press.
- 佐伯俊成 (2004). がん患者と家族に対する心理社会的介入 日本心身医学会, **44**, 495-501.
- Sainio, C., Eriksson, E., & Lauri, S. (2001) Patient participation indecision making about care : The cancerpatient's point of view. *Cancer Nursing*, **24**, 172-179.
- 齋藤 梓 (2010). 急性白血病の告知後, 緊急入院し治療が開始となった患者の体験 日本赤十字看護大学紀要, **24**, 34-43.
- 齋藤亮子 (1999). がん看護の倫理・がん看護研究の倫理 プレーン社, 410-417. (大場正巳・遠藤恵美子・稲吉光子 (1999). 新しいがん看護 プレーン社).
- 斉藤 勇 (1986). 感情と人間関係の心理 その25のアプローチ 川島出版.
- 齋藤美紀・馬場理恵・古久根初美・中崎聖子 (2005). 臨床で行う看護研究支援環境充足度測定 尺度開発の試み 信頼性・妥当性の検討 日本看護学会論文集 看護管理, **35**, 110-112.
- 齋藤富由起 (2007). 境界性パーソナリティ特性尺度開発の試み 千里金蘭大学紀要, **4**, 65-72.
- 酢屋ユリ子 (2004). 特集 無期病室はどこまで感染症を予防できるのか? 2. 医療施設におけるバイオロジカルクリーンルームの管理 モダンメディア, **50**, 4-11.
- 笹原信一郎・松崎一葉・羽岡健史・村尾智子・井上夏彦・吉野 聡・立川秀樹・服部訓典・本間研一 (2004). 長期閉鎖環境の精神心理的リスクマネジメント研究 長期閉鎖環境のストレスモデル 宇宙航空環境医学会, **41**, 166.
- 笹子三津留 (1992). 癌の告知-告知を受けた患者へのアンケート調査結果報告- 医学のあゆみ, **160**, 146-151.
- 芝 祐順 (1979). 因子分析法 東京大学出版会, 第2版.
- 清水和秋 (1996). 検証的因子分析のモンテカルロ・シミュレーション- 正規分布・5件法・4件法・3件法の乱数データへの適用 関西大学社会学部紀要, **27**, 179-198.
- 清水和秋・山本理恵 (2007). 小包化した変数によるパーソナリティ構成概念間の関係性のモデル化- Big Five・不安(STAI)・気分(POMS)- 関西大学社会学部紀要, **38**, 61-96.
- 清水嘉子 (2001). 育児環境の認知に焦点をあてた育児ストレス尺度の妥当性に関する研究 ストレス科学, **16**, 176-186.
- 士師菜穂子 (2008). 国立がんセンター中央病院の院内教育プログラム がん看護, **13**, 661-666.

- 庄司 文 (2001). 癌告知を受けうつ状態になりやすい患者の背景要因 神奈川県立看護教育
大学校看護教育研究集録, **26**, 403-409.
- Stepto, W. J. (1994). Psychological processes and health. Boston, MA, *Cambridge University Press*.
- 末舛恵一・笹子三津留 (1994). これからのがん告知をどうするか —インフォームド・コンセ
ントと心のとまどい 医薬ジャーナル社.
- 菅野かおり・荒尾晴恵・千崎美登子・大野朋加・酒井由香・鈴木志津枝 (2013). 認定看護師の
継続的なキャリアアップ支援事業開催報告 日本がん看護学会誌, **27**(2), 90-95.
- 杉 靖三郎 (1966). ストレスと人間 誠信書房.
- 鈴木真理子 (2009). がん看護に関する海外の事情と我が国における課題 佐久大学看護研究雑
誌, **1**(1), 21-25.
- 鈴木みずえ・古橋玲子・鶴見智子・松下恵美・岩田浩子・内田敦子 (2006). 特定機能病院の内
科・外科病棟における転倒の実態と転倒リスクアセスメントツールの開発 看護研究, **39**,
139-151.
- 鈴木恭子・綱田千恵・菅原加奈子・田中恵子 (2010). 白血病, 悪性リンパ腫患者の精神・社会
的苦痛と社会的役割の関連 大崎市民病院誌, **14**, 30-34.
- 平 俊浩・内富庸介 (2011). サイコオンコロジー診断と治療, **99**, 997-1000.
- 高橋美賀子・熊沢孝朗 (2006). 痛みのケア 慢性痛 がん性疼痛へのアプローチ 照林社.
- 高島妙子 (1994). 患者サービスの意識改革 看護実践の科学 看護の科学社, **19**, 42-45.
- 武田邦子 (1998). 外来におけるがん告知後のフォロー —告知後より治療開始までのナースの
関わりについて— *Urological Nursing*, **3**, 36-41.
- 竹村和久・北村英哉・住吉チカ・海保博之・松原 望 (2010). 感情と思考の科学事典 朝倉書
店.
- 竹下裕子・當目雅代 (2010). 手術待機中にある患者用心配事尺度の開発 構成要素の抽出 香川
大学看護学雑誌, **14**, 9-18.
- Tabano, M., Condosta, D., & Coons, M. (2002). Symptoms Affecting Quality of life in Women With
Gynecologic Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, **18**, 223-230.
- Tamura, K., Ichihara, K., Maetaki, E., Takayama, K., Tanisawa, K., & Ikenaga, M. (2006). Development
of a spiritual pain assessment sheet for terminal cancer patients: targeting terminal cancer patients
admitted to palliative care units in Japan. *Palliative & Supportive Care*, **4**, 179-88.

- 田村研治 (2008). がん化学療法の標準化とチーム医療 第 61 回国立病院総合医学会, **62**, 600-603.
- 種子田 綾・新田収・中嶋和夫 (2003). 障害幼児の問題行動の因子モデルの検討, 東京保健科学学会誌, **6**, 216-223.
- Tanaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2000) Development and validation of the Cancer Dyspnoea Scale: a multidimensional, brief, self-rating scale. *British Journal of Cancer*, **82**, 800-805.
- 田中亮・戸梶亜紀彦 (2009). 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度開発のための項目分析 リハビリテーションサービスにおける予備的研究 理学療法の臨床と研究, **18**, 33-39.
- 田墨恵子・荒尾晴恵・千崎美登子・中村喜美子・坪井 香・根岸 恵・長谷川久巳・林 るり子・奥野和美・村木明美・成松 恵・花出正美・鈴木志津枝 (2013). 専門看護師の継続的なキャリアアップ支援事業開催報告 日本がん看護学会誌, **27**(1), 73-78.
- 田高悦子・金川克子・立浦紀代子・和田正美 (2003). 地域障害高齢者における自立度の測定 座位自立度尺度開発 日本地域看護学会誌, **5**, 43-50.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple factor analysis A development and expansion of the vectors of the mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- 富永雅孝・赤崎安昭・内田将博・長友医継・滝川守国・今和泉利恵 (2000). 癌告知が関与したせん妄の 1 症例 臨床精神医学, **29**, 1351-1355.
- 富岡 美・佐藤ゆかり (2007). 中学生におけるライフスキルトレーニングを用いた性の健康教育評価尺度開発の試み 関西福祉大学研究紀要, **10**, 131-136.
- 富田恵理 (1997). 無菌室退室後における骨髄移植患者のストレス認知とコーピング 看護教育研究集録看護教育学科看護教員養成課程/神奈川, **26**, 287-297.
- 淘江七海子 (2003). 看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討 日本看護研究学会雑誌, **26**, 55-65.
- Trzepacz, P.T., 岸泰宏・保坂隆・吉川栄省・中村優里 (2001). 日本語版せん妄評価尺度 98 年改訂版 精神医学, **43**, 1365-1371.
- 辻川真弓 (2005). McGill Quality of Life Questionnaire による緩和ケア評価に関する研究 三重看護学誌, **7**, 109-22.
- 塚本尚子・船木由香 (2012). がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望 日本看護研究学会誌, **35**, 159-166.

- Uchitomi, Y., Mikami, I., Kugayama, A., Akizuki, N., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, T., & Okamura, H. (2000). Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer*, **89**, 1172-1179.
- 上田礼子・石橋朝紀子 (2002). 慢性疾患患児の Resilience に関する測定尺度の検討 先天性心疾患患児を中心に 小児科臨床, **55**, 1985-1991.
- 上野栄一・森本久美子・島田葉子 (1996). セミクリーンルーム入室患者と多床室患者のうつ状態とストレスとの関係 臨床看護, **22**, 1681-1688.
- 上田龍三 (2001). クリティカル内科シリーズ 11 造血器腫瘍白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫治療を目指した診断・治療の実践 南江堂.
- Uki, J., Mendoza, T., Cleeland, C.S., Nakamura, Y., & Takeda, F. A. (1998). brief cancer pain assessment tool in Japanese: The utility of the Japanese Brief Pain Inventory--BPI-J. *Journal of Pain & Symptom Management*, **16**, 364-73.
- 梅田節子・高田早苗・川上由香 (2004). 告知を受けてがんを生きる患者の心理 成人看護Ⅱ, **35**, 346-348.
- 梅澤志乃 (2012). 看護師による精神症状の早期発見と適切なケア プロフェッショナルがんナーシング, **2**, 350-358.
- 内富庸介 (2002). がん患者の精神症状対策 癌と化学療法, **29**, 1306-1310.
- 和田美由紀 (2011). 大阪府立成人病センターがん専門看護コースの研修ノウハウ がん看護ケア, **14**, 19-21.
- 我妻あゆみ・萩原正子・上田好恵・小山智美・佐藤華代・加藤澄江 (2000). セミクリーンルーム入室患者のストレス要因と対処行動 成人看護, **31**, 82-184.
- 若尾文彦 (2008). がん対策基本法に基づくがん医療 連携治療増刊号, **90**, 721-726.
- 渡邊沙耶花・谷畑英一・伊藤晴子・鶴見昌子・鈴木三栄子・桜井理恵・神田尚子・雨谷なを江・福岡俊彦・岡本浩之 (2010). 当院でのがん告知率の現状と課題 緩和ケア委員会の活動を通して 日本農村医学会雑誌, **58**, 563-568.
- 綿貫成明・酒井郁子・竹内登美子・諏訪浩・樽矢敏広・一瀬邦弘 (2001). 日本語版 NEECHAM 混乱・錯乱状態スケールの開発及びせん妄のアセスメント 臨床看護研究の進歩, **12**, 46-63.
- Weisman, A. D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Journal of Medical Science*, **271**, 187-196.
- 八木 晃・田中良久(1969). 講座心理学 2 計量心理学 東京大学出版会.

- 山岸まなほ・豊増佳子 (2010). 日本型ホスピタリティの尺度開発の試みと職種間比較 国際医療福祉大学紀要, **14**, 58-67.
- 山口 建 (2010). がん看護への期待がん, 診療連携拠点病院運営の経験から 看護管理 **20**, 466-471.
- 山口さおり・八代利香・吉留厚子 (2010). 鹿児島県における専門看護師・認定看護師に関する教育ニーズ調査, 日本農村医学会雑誌, **59**, 35-43.
- 山本直美 (1999). 成人期の術前患者の認知的評価における尺度開発への試み 日本看護科学会誌, **19**, 55-63.
- 山中愛子・狩野太郎・神田清子 (2001). がん化学療法に対するストレスの探求—準無菌室入室患者の情動反応と行動反応の内容分析— 看護技術, **47**, 1291-1303.
- 山西ひと美・下川小夜子・信高秀子 (2001). 告知後の看護を考える 香川労災病院雑誌, **7**, 121-125.
- 山蔦圭輔 (2008). 臨床実習不安測定尺度開発の試みおよび臨床実習経験における不安の変化—理学療法士・作業療法士教育における検討— 日本保健医療行動科学学会年報, **23**, 74-88.
- 山田 忍 (2009). 予後まで告知された患者へのチーム医療をふまえた看護師の役割を考える 和歌山医学, **60**, 76.
- 山田 忍 (2010a). 同種造血幹細胞移植患者におけるクリーンルーム(レベル 100)入室時のストレス要因に関する検討 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **3**, 141-147.
- 山田 忍 (2010b). がん告知後の患者が看護師に期待する看護支援 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **4**, 115-123.
- 山田 忍 (2011a). クリーンルーム(準クリーンルーム含む)入室患者の不応感の抽出 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **5**, 101-107.
- 山田 忍 (2011b). 看護師が医療現場で活用できる尺度に関する展望 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **6**, 69-83.
- 山田 忍 (2012a). がん告知後適応に至るまでの患者が期待する看護支援—がん以外の患者との比較検討を行って— 死の臨床, **59**, 125-130.
- 山田 忍 (2012b). クリーンルーム・準クリーンルーム入室患者の不応感評価時のイメージ差の特徴 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **7**, 43-48.
- 山田 忍 (2012c). がん看護専門教育とキャリア志向との関係 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **8**, 79-85.

- 山田 忍 (2013a). がん患者を支える看護師の役割 関西大学大学院心理学研究科心理学叢誌, **9**, 61-78.
- 山田 忍 (2013b). クリーンルーム入室患者不応感尺度(cleanroom non-adaptation scale: CnA-S) 開発に向けての検討 応用心理学研究, **39**, (2) 1-13.
- 山脇成人・内富庸介(1996). サイコオンコロジー 日本臨床腫瘍研究会編臨床腫瘍学 癌と化学療法社.
- 横山和仁・荒記俊一・川上憲人 (1990). POMS(感情プロフィール検査)日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討 日本公衆衛生雑誌, **37**, 913-18.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P., 北村俊則 (1993). Hospital anxiety and depression scale(HAD 尺度) 季刊精神科診断学, **4**, 371-372.

インターネット資料

- 林 謙治 (2007). 終末期医療の質の向上に関する研究 厚生労働科学研究データベース (2009年2月4日)
<<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200732001B>> (2014年2月14日)
- 公益社団法人 日本看護協会 資格認定制度専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 (2013).
<<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/whatsnew>>(2013年10月26日)
- 厚生労働省 (2011). 平成22年人口動態統計月報年計(概数)の概況. 厚生労働省 平成23年6月1日
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai10/dl/h22_gaikyou.pdf> (2013年10月16日)

謝 辞

お世話になりました方々への謝辞を、ここに著したいと思います。

筆者が関西大学に入学し5年の間、看護の分野において、解決しきれなかったクリーンルーム入室患者の不応感に関して、心理学の分野から手を差し伸べ、臨床で活用出来る尺度の開発に導いて下さった、関西大学社会学部、清水和秋教授に心から感謝を申し上げます。

清水教授は、筆者がこれまで解決しきれなかった、臨床での疑問を、数字に真摯に向き合い、最終的に患者に役に立つ仕事をするということを常に念頭に置きながら指導して下さいました。その、誠実で、あたたかいご指導には、この5年間いつも深く感謝して参りました。看護の分野の思考から抜け出せず、多大なご迷惑をかけることも多くありました。そのような時にも、常に根気よく、あたたかく、筆者を一人の自律した研究者として育てるという視点で、熱心に関わって下さいました。本当に、ありがとうございました。

また、博士論文の審査に当たっては、社会学部 雨宮俊彦教授、臨床専門職大学院 寺嶋 繁典 教授に、お世話になりましたことを、心より感謝致します。今回の研究が、臨床で更に活用できるよう、ご助言を頂きました。今後は、関西大学での学びを筆者が架け橋となり、看護の世界に広めていく役割を担う所存です。

そして、この研究のデータ収集にあたり、臨床というフィールドを看護研究の発展という期待を持って、快く提供して下さいました、和歌山県立医科大学附属病院および、医療法人宝生会 PL 病院をはじめ、全国のクリーンルームを完備する施設長の皆さま方、そして、ご多忙の中、業務の合間に研究にご協力下さったスタッフの皆さまに、深く感謝致します。

中でも、和歌山県立医科大学附属病院 岡本恭子看護部長には、私の関西大学への社会人としての入学に対して、勤務状況への配慮と心からの応援をいつもして下さいました。本当にありがとうございました。そして、医療法人宝生会 PL 病院 津田雅子看護部長においては、今回の博士論文の完成に向けて、研究時間への配慮や身体への気使い、心からの応援をいつもして下さいました。本当にありがとうございました。

また、臨床でのデータ収集にあたり、多大なお力を注いで下さいました、四日市看護医療大学 大久保 仁司先生、和歌山県立医科大学附属病院 血液内科病棟看護師の皆さまに深く感謝致します。

また、研究を進める中で、関西大学心理学研究科研究室において、的確な助言をして下さり、励ましの言葉をかけて下さいました、宮田延実様、三保紀裕様、山本理恵様、花井洋子様、小高 恵様、紺田広明様に深く感謝申し上げます。

最後に、私の研究を陰で応援してくれていた家族に、精神的な支えとなってくれていたことを伝え、深く感謝致します。

そして何より、「あなたにとって、この看護師という仕事为天職なのだから、ずっとこの仕事をがんばって、私たちの力になって下さい」とがんとを患いながら、一番の教えを施し、励まして下さった患者の皆様に、心より感謝申し上げます。

2013年3月

山田 忍