

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 19 No. 2

August 2021

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

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

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

編集委員会内規

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

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

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

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

2. 投稿資格

共著者も含め、特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

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

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

4. 投稿原稿

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

5. 投稿原稿の採否

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

6. 投稿原稿の査読

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

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

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

7. 投稿原稿の修正

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

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

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

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

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

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

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

14. 論文投稿時に原稿とともに提出するもの

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

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

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

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

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

表 1 投稿区分

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

執筆要項

1. 原稿の提出方法

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

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

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

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

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

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内
看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

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

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

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

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

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

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

4) キーワード、ランニングタイトル

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

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

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

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

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

2) 書体

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

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

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m² kg ㎎ (株) 靴 ☞

3) 句読点

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

4) 章・節番号

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

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

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

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

6) 引用文献

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

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

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

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

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

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

(例: 書籍の場合)

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

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

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

(例: 電子ジャーナル等の場合)

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

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

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

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

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

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

(2019年4月1日改定)

=====
執筆者の方へ

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

=====

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 19, No. 2 (2021年8月)

目次

研究報告

日本の一都市における成人住民の自殺念慮有症率とその関連要因: 地域自殺対策のための標的集団とその背景..
47

大畑 江里、影山 隆之

資料

終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討..... 57

橋本 周子、坂本 真優、河村 奈美子

Tasks for enhancing clinical reasoning in clinical nursing practicums: A prospective observational study 65

Yuki Odajima, Masako Furuichi

日本の一都市における成人住民の自殺念慮有症率とその関連要因：地域自殺対策のための標的集団とその背景

Prevalence rate of suicidal ideation and its correlates in the general adult population of a city in Japan: Target population of suicide measures in the community and their background

大畑 江里 Eri Ohata

大分県立看護科学大学大学院 看護学研究科 Graduate School of Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences

影山 隆之 Takayuki Kageyama

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

2020年9月23日投稿, 2021年6月7日受理

要旨

一都市の成人住民の自殺念慮が、1)人口学的属性と関連するか、2)自覚的健康状態・自覚的ストレス・相談相手の有無・相談をすることの「ためらい」と関連するか、3)1の関連を2によって説明できるか、を検討するために、20–79歳住民から無作為抽出した3,000名に対する自記式質問紙調査を再分析した。最近1年以内に自殺したいと考えたことがあるという回答を、操作的に自殺念慮と定義した。有効回答者1438名中、5.1%が自殺念慮者を経験していた。この割合は20–44歳、離別群、失業中及び「その他無職」群で高く、自殺念慮者を減らす対策の標的集団と考えられた。自殺念慮は自覚的健康度が低いこと、ストレス度が高いこと、相談相手がないこと、相談の「ためらい」度と関連があった。これらの要因は人口学的属性と関連し、標的集団で自殺念慮が多い理由をある程度説明できた。以上より、標的集団のストレス・健康問題・孤立状況に焦点を当てた対策が必要と考えられる。

Abstract

The authors reanalyzed the data of a questionnaire survey for 3000 randomly sampled adults in a city to examine 1) whether suicidal ideation associates with demographic characteristics, 2) whether suicidal ideation associates with self-reported health status, subjective stress, and hesitation to consult others on distress, and 3) whether the associations obtained from 2 explain the associations obtained from 1. Suicidal ideation was defined as thinking about committing suicide in the past one year. Among 1438 respondents, 5.1% reported experiencing suicidal ideation. The prevalence was higher among those aged 20–44 years, divorced respondents, those who were between jobs, and other “unemployed” respondents, showing they should be a target population for measures to prevent suicidal ideation. Suicidal ideation was correlated with poor health status, being highly distressed, having no one to consult with, and the degree of hesitation in consulting others on distress. These variables also associated with demographic characteristics, explaining the association of suicidal ideation with demographics. These results indicated the need for measures to prevent suicidal ideation taking into consideration their health status, subjective distress, and isolation.

キーワード

自殺念慮、健康状態、ストレス、相談、成人住民、質問紙調査

Key words

suicidal ideation, health status, distress, consultation, adult population, questionnaire survey

1. はじめに

多くの国で自殺は死因の上位を占める (World Health Organization 2014)。特に日本は多くの先進国よりも自殺死亡率が高く、自殺対策が公衆衛生における大きな課題である。

誰でも人生においては深刻なストレスを経験する可能性があるが、その一部は悪条件が重なると抑うつ状態へと発展し、さらにその一部が自殺念

慮へと発展する (張・稲垣 2011)。このプロセスには、さまざまな個人要因・社会要因が促進的または抑止的に関与している。このプロセスを加速させる条件は、例えばジョイナー他(2011)の“自殺の対人関係理論”では、社会的孤立や帰属感減弱、他者に負担をかけているという知覚、及び潜在的な自殺する能力(自殺手段への accessibility や衝動性の亢進など)の三つに整理されている。

このようにさまざまな要因が自殺に影響することを考慮して、自殺対策基本法では自殺対策を社会全体の課題と位置づけている。

ただし、実際に自殺した人の背景については、表面的な情報しか得られないことが多い。警察が調べた範囲では、自殺者には健康問題や経済問題を抱えていた人が多いとされている（警察庁 2013）。これらの問題は身体的苦痛や生活困窮をもたらすだけでなく、仕事などの社会参加の機会を制約して帰属感を減弱させたり、介護者・扶養者等に「すまない」と思う負担感を強めたりする可能性もあるだろう。しかしこれらの可能性を、自殺死亡者からの聴き取りによって検証することはできない。

このように自殺既遂者の背景を遡ることは容易でないが、自殺死亡のリスク状態 (risk state) としては自殺念慮が最重要なので、もし自殺念慮を予防できれば自殺の予防にもなるはずである（末木 2019）。しかし日本では、どのような人に自殺念慮が多いかという報告は少ない。最近1年以内に「本気で自殺したいと考えたことがある」場合を自殺念慮ありと操作的に定義すると、日本の成人における自殺念慮の有症率は4-11%で、女や若年者、及び悩みの相談相手がいない人や相談することを恥ずかしく思う人で高いという（内閣府自殺対策推進室 2012, 日本財団 2016, 朴・岡田 2018, Tsukahara et al 2016, 上田 他 2015）。かりに自殺念慮が性・年齢・婚姻状況・職業などの人口学的属性と関連している場合、これらの属性は変えがたく、かつ、それを変えることが自殺対策になるとは限らないが、その属性が自殺対策の標的集団を示す可能性はある（「抑うつ度」や自殺未遂歴のように検査・調査をしなければわからない特性は、この目的に適さない）。一方、その標的集団がもつ何らかの特徴が自殺念慮と関連しており、その特徴こそが人口学的属性と自殺念慮の関連を説明する（統計学的に言えば、その特徴の効果を調整すると人口学的属性と自殺念慮の関連が見られなくなる）ことを明らかにできれば、具体的な自殺対策の方法を考える手がかりが得られるだろう。このように、自殺念慮を有する人の背景を詳しく探ることは、社会における自殺対策とくに全体的予防介入（World Health Organization 2014）の計画策定に重要である。

そこでA市では、地域における自殺対策計画（例えば地域ネットワークづくりやゲートキーパー養成）策定の根拠資料を得る目的で市民調査を行い、自殺念慮の有症率やその背景の検討を試みた。すなわち、無作為抽出した成人市民を対象に、自殺や心の健康に関する横断的な質問紙調査を行い、自殺念慮の有症率、自殺念慮と関連するリスクファクター、市民の社会的な絆の現状、自殺対策に関する市民の意識等について検討した。

本研究はこの調査結果に追加解析を行ったもので、その目的は以下の三点を統計学的に明らかにすることである。

- 1) 自殺念慮は人口学的属性（性・年齢・婚姻状況・職業）とどのように関連しているか。
- 2) 自殺念慮は、自覚的健康状態・自覚的ストレス・悩み等の相談相手の有無及び相談をすることについての「ためらい」と関連しているか。
- 3) 2で自殺念慮と関連していた要因が、1で自殺念慮と関連していた人口学的属性と関連しているか。つまり2の関連によって1の関連を説明できるか。

1がわかれば、自殺念慮をもつ人を減らす対策の標的集団を絞り込むことができる。その背景を2と3である程度説明できれば、標的集団へどのようにアプローチすべきかを考える手がかりになる可能性がある。

2. 対象と方法

2.1 調査方法と対象者

人口約45万のA市の住民基本台帳から、20-79歳の住民3,000名（男女別・年齢10歳階級別に各250名）を層化無作為抽出し、2016年1月に市から自記式質問紙を郵送した。同封の文書で、調査の趣旨と倫理的配慮等を説明し、無記名式質問紙の返送をもって協力同意の表明とみなした。回答者1444名（48.1%）のうち6名は性または年齢が不詳であり、残る1438名（有効回答率47.9%）の回答を分析した。著者らはA市の委託によりこの調査を企画・分析したので、結果の一部をA市の許可の下に報告する。以上の計画は、著者らの帰属機関の研究倫理安全委員会により承認を受けた（承認番号1091）。本研究に関して開示すべき利

益相反はない。

2.2 調査内容

2.2.1 人口学的属性

回答者の人口学的属性として、性、年齢、婚姻状況、職業を取り上げた。本研究では年齢を、20–44歳、45–64歳、65–79歳の年齢階級に大別して分析した。婚姻状況は、未婚、配偶者あり(以下、既婚)、死別、離別の4選択肢から回答を選んでもらった。職業は警察庁(2013)の統計と同じ選択肢を示して回答してもらったが、本稿では職業ありを一括し、職業なしを学生・専業主婦(以下、学生・主婦)、年金・雇用保険(以下、年金等)、失業中、その他無職の4つに区分して分析した。

2.2.2 自殺念慮

内閣府自殺対策推進室(2012)による全国調査と同じく、「これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたこと」と「最近1年以内に自殺したいと考えたこと」の有無を質問した。後者の質問に「ある」と回答した場合を最近1年以内の自殺念慮ありとし、本稿ではこの有症率について検討した。

2.2.3 自覚的健康状態

保健福祉動向調査(厚生労働省 2001)で使われた設問「現在の健康状態はいかがですか」に対する回答を「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」の5件法で求め、この順に5–1点に得点化した。

2.2.4 ストレス

保健福祉動向調査(厚生労働省 2001)で使われた設問「過去30日の間に日常生活で不満や悩み、苦労やストレスなどがありましたか」に対する回答を「大いにある」「多少ある」「あまりない」「まったくない」の4件法で求め、この順に4–1点に得点化した(以下、ストレス度)。さらに、「大いにある」「多少ある」という場合は、その原因を選択肢から選んでもらった(複数回答)。選択肢は警察庁(2013)統計に準じて、「家族問題」「健康問題」「経済生活問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」「その他」とした。

2.2.5 相談相手

全国調査(内閣府自殺対策推進室 2012)の設問を用い、「不満や悩み、苦労やストレスなどを、

相談する人」は誰かを質問した。回答の選択肢は、「同居の親族」「同居以外の親族」「友人」「職場の同僚等」「近所の知り合い」「その他(自由記述)」「いない」の6項目(複数回答)とした。

また、先行研究で「悩みを相談することを恥ずかしいと思う」人に自殺念慮が多い(Tsukahara et al 2016)とされているので、A市ではこの設問を修正し、「悩みをかかえたときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり、助けを求めたりすることにためらいを感じますか」と質問した。「そう思う」「どちらかというと思う」「どちらかというと思わない」「そうは思わない」の回答をこの順に4–1点に得点化した(以下、「ためらい」度)。

2.3 分析

自殺念慮と諸要因の関連は性別やライフステージによって異なる可能性があるが、ライフステージと年齢は単純に対応しないこと、及び年齢階級を細分し過ぎると階級毎の対象者が少なくなり分析が困難なることを考慮し、回答者男女をそれぞれ20–44歳、45–65歳、65–79歳の3群に分けて分析した。性・年齢階級別6群それぞれにおける、最近1年以内の自殺念慮の有症率を求めた後、職業、婚姻状況、自覚的健康状態、ストレス度、悩み等の相談相手の有無、及び「ためらい」度と、1年以内の自殺念慮との関連を、Fisherの直接確率法、Mantel-Haenszelの χ^2 値(χ^2_{MH})による傾向性の検定、及びSpearmanの順位相関係数(r_s)により検討した。最後に人口学的要因及び自覚的健康状態・ストレス度・相談相手の有無・「ためらい」度と自殺念慮との関連を、二通りのstepwise多重ロジスティック解析で検討した——説明変数として人口学的要因のみを用いた場合(Model 1)と、Model 1で自殺念慮と関連した要因を強制投入した上で残りの説明変数を追加した場合(Model 2)である。以上の統計解析にはIBM SPSS Statistics 22.0を用い、有意水準は0.05とした。

3. 結果

3.1 人口学的属性と自殺念慮

回答者の性・年齢・婚姻状況・職業を、表1に示す。有配偶者が3分の2を占め、職業をもつ人は54%で、失業中は2%(20–44歳と45–64歳が

各4割)、「その他無職」は3.5% (半数が64歳以下)であった。

これまでに一度でも自殺を考えたことがある人は381人(26.4%)、1年以内に自殺念慮を経験した人は73人(5.1%)であった。自殺念慮の有症率は、男性では4.1%(20-44歳7.2%、45-64歳5.9%、65-69歳1.3%)、女性では5.8%(20-44歳7.0%、45-64歳4.6%、65-79歳4.1%)で、男女差はなかったが、男性では若いほど有症率が高く($\chi^2_{MH}=8.0, p=.005$)、女性でも有意ではないが同様の傾向にあった($\chi^2_{MH}=2.3, N.S.$)。

自殺念慮の有症率を婚姻状況別に見ると、既婚群3.3%、未婚群8.4%、死別群2.2%、離婚群11.2%であった。男女とも64歳以下では離別群で高い傾向にあり、男性20-44歳($\chi^2=7.5, p=.024$)と女性45-64歳($\chi^2=8.2, p=.041$)では有意差が見られた。

自殺念慮の有症率を職業別に見ると、職業あり群5.4%、学生・主婦4.4%、年金等で生活している人では2.1%、失業中の人では18.8%、「その他無職」の人では11.8%と、失業中や「その他無職」で高かった。ただし該当者が少ないため、性・年齢階級別の詳細な分析は困難であった。

表1. 回答者の人口学的属性

変数	カテゴリー	人 (%)
性別	男	612(42.6)
	女	826(57.4)
年齢	20-44歳	465(32.3)
	45-64歳	505(35.1)
	65-79歳	468(32.5)
婚姻	既婚	928(64.6)
	未婚	261(18.2)
	死別	90(6.3)
	離別	149(10.4)
職業	あり	787(54.7)
	被雇用・勤め人(常勤)	532(37.0)
	被雇用・勤め人(パート・アルバイト)	184(12.8)
	自営業・家族従事者	103(7.2)
	その他	18(1.3)
	年金・雇用保険等生活者	283(19.7)
	専業主婦(主夫)・学生	225(15.6)
	失業中	32(2.2)
	その他無職	51(3.5)
	不明	16(1.1)
		N=1438

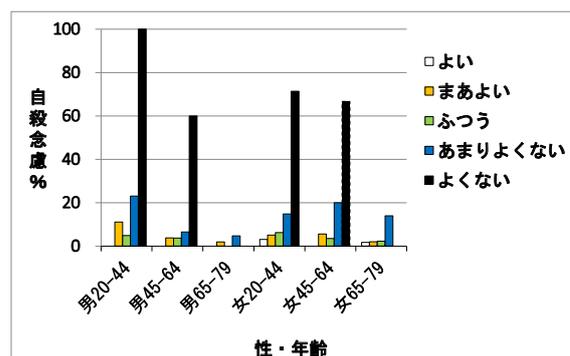
3.2 自覚的健康状態

自覚的健康状態には男女差がなく、年齢との相関は男女とも弱かった(男性, $r_s = -0.226$; 女性, $r_s = -0.155$, ともに $p < 0.001$)。

自覚的健康状態は、男女とも婚姻状況による有意差があり(Kruskal-Wallis test; 男性 $p=0.011$, 女性 $p < 0.001$)、男女離別群や男性死別群では自覚的健康度が低かった。「健康状態がよくない」人の割合に着目すると、男性の既婚・未婚・死別・離別群では各2.5/1.0/5.6/8.3%、女性では同じく0.6/3.0/1.4/4.9%であった。

自覚的健康状態には職業による差もあり(Kruskal-Wallis test; 男女とも $p < 0.001$)、失業中や「その他無職」群では自覚的健康度が低かった。「健康状態がよくない」人の割合に着目すると、職業あり群と学生主婦で各1.3%、年金等生活者で3.2%、失業中の人で6.3%、「その他無職」では9.8%であった。

自殺念慮の有症率は健康状態のよくない人ほど高く、これを性・年齢階級別に見ると(図1)、男性65-79歳以外では有意の関連が見られた。



N=1438. 全回答者における自覚的健康状態による有症率の差に関する傾向性の検定; 男 20-44歳, $\chi^2_{MH}=10.3, p=0.001$; 男 45-64歳, $\chi^2_{MH}=11.1, p=0.001$; 男 65-79歳, $\chi^2_{MH}=1.0, p=0.317$; 女 20-44歳, $\chi^2_{MH}=20.0, p < 0.001$; 女 45-64歳, $\chi^2_{MH}=16.9, p < 0.001$; 女 65-79歳, $\chi^2_{MH}=5.3, p=0.022$

図1. 性・年齢階級別にみた自覚的健康状態と自殺念慮有症率の関係

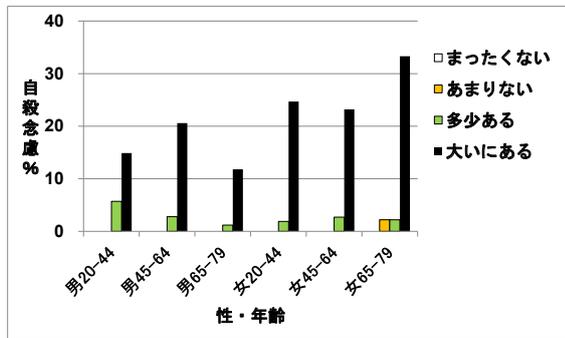
3.3 最近のストレス度

ストレス度に男女差はなかった。ストレス度と年齢には弱い負の相関があった(男性, $r_s = -0.303$; 女性, $r_s = -0.310$, ともに $p < 0.001$)。

女性では婚姻状況によりストレス度に有意差があり(Kruskal-Wallis test; 男性 $p=0.182$, 女性 $p=0.002$)、女性の未婚群と離別群でとくにストレス度が高かった。「ストレスが大いにある」人の割合に着目すると、男性の既婚・未婚・死別・離別群では各15.3/17.7/18.8/16.1%、女性では同じく13.3/29.2/9.0/27.7%であった。

ストレス度は職業による差もあり (Kruskal-Wallis test; 男女とも $p < 0.001$)、学生・主婦や年金等生活者でストレス度が低い一方、職業あり群や、女性の失業中・「その他無職」群ではストレス度が高かった。「ストレスが大いにある」人の割合に着目すると、男性の職業あり、学生・主婦、年金等生活者、失業中、及び「その他無職」では各 20.6/8.3/5.9/13.3/14.3%、女性では同じく 23.1/9.5/10.3/37./25.9%であった。

自殺念慮の有症率は高ストレスの場合ほど高く、すべての性・年齢階級別でこの傾向は有意であった (図2)。ここで、回答者を性・ストレス度で層別すると、各層において年齢階級と自殺念慮有症率の間に有意の関連は見られなかった。



全回答者におけるストレス度による有症率の差に関する傾向性の検定; $\chi^2_{adj} = 49.5, p < 0.001$ (性・年齢階級別に検定してもすべて $p < 0.001$)

図2. 性・年齢階級にみたストレス度と自殺念慮有症率の関係

自殺念慮あり群における「不満や悩み、苦労やストレス」の理由は多様であり (表2)、複数の理由を抱えている人が多かった。「勤務問題」「男女問題」は20-44歳で比較的多く、「家庭問題」「健康問題」は45-64歳で比較的多かった。

表2. 自殺念慮あり群が有する「不満や悩み・苦労・ストレス」

(複数回答)

不満・悩み・苦労・ストレス	全体 n=73	20-44歳 n=33	45-64歳 n=27	65-79歳 n=13
家庭問題	40(55)	16(49)	21(78)	3(23)
健康問題	36(49)	12(36)	18(67)	6(46)
経済生活問題	36(49)	15(46)	15(56)	6(46)
勤務問題	29(40)	19(58)	10(37)	6(46)
男女問題	16(22)	11(33)	5(19)	0(0)
学校問題	5(7)	4(12)	1(4)	0(0)
その他	5(7)	4(12)	1(4)	0(0)

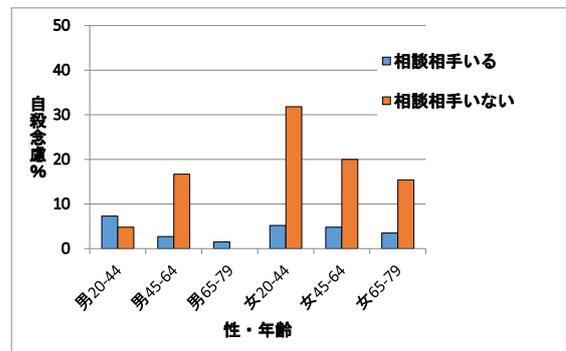
人(%)

3.4 相談相手

「不満や悩み、苦労やストレス」の相談相手(複数回答)は多様であったが、同居家族や友人が特に多かった。「相談相手がいない」という回答は全体の9.0%で、男性(12.3%)では女性(6.7%)より多かったが (Fisherの直接確率検定, $p < 0.001$)、男女とも年齢階級による差はなかった。

この割合を婚姻状況別に見ると、男性では既婚群9.2%、未婚群18.6%、死別群16.7%、離別群29.2%と、離別群で高く既婚群で低かった ($\chi^2 = 20.2, p = .001$)。女性では各3.9%/9.8%/6.9%/14.4%で、同様の有意差が見られた ($\chi^2 = 18.5, p = .001$)。しかし男女とも、この割合に職業による差はなかった。

相談相手の有無で自殺念慮の有症率を比較すると、男性45-64歳及び女性20-64歳では有意差が見られた (図3; Fisherの直接確率検定; 男性20-44歳 $p = 1.000$, 男性45-64歳 $p = .006$, 男性65-79歳 $p = 1.000$, 女性20-44歳 $p < 0.001$, 女性45-64歳 $p = .022$, 女性65-79歳 $p = .093$)。



N=1438. Fisherの直接確率検定; 男 20-44歳 $p = 1.000$, 男 45-64歳 $p = .006$, 男 65-79歳 $p = 1.000$, 女 20-44歳 $p < 0.001$, 女 45-64歳 $p = .022$, 女 65-79歳 $p = .093$

図3. 性・年齢階級別にみた相談相手の有無と自殺念慮有症率

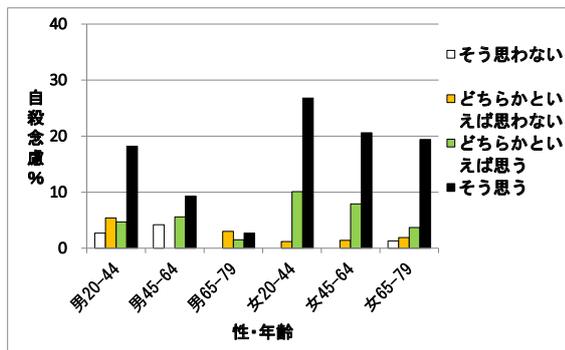
一方、悩みやストレスを相談したり助けを求めたりすることへの「ためらい」は、性・年齢階級による差がなく、婚姻状況別にみると女性では有意差がみられた (Kruskal-Wallis test; 男性, $p = .184$; 女性, $p = .002$)。「そう思う」と回答した人の割合に着目すると、男性19.5%、女性13.2%であり、男性では既婚群18.2%、未婚群21.3%、死別群12.5%、離別群30.2%と離別群で高く、女性でも各10.5%/16.1%/12.7%/22.3%とやはり離別群で高かった。

表3. 自殺念慮の多重ロジスティック回帰分析

説明変数	性別 カテゴリ	男性		女性	
		Model 1 ^{a)} OR ^{c)} (95%信頼区間)	Model 2 ^{b)} OR ^{c)} (95%信頼区間)	Model 1 ^{a)} OR ^{c)} (95%信頼区間)	Model 2 ^{b)} OR ^{c)} (95%信頼区間)
年齢	20-44 歳	2.04 (1.14-3.66)	1.86 (0.95-3.63)		
	45-64 歳	1.32 (0.72-2.41)	1.18 (0.61-2.30)		
	65-79 歳 ^{d)}	1.00	1.00		
婚姻	既婚			1.00	1.00
	未婚			1.66 (0.82-3.36)	1.72 (0.75-3.97)
	死別			0.26 (0.06-1.23)	0.22 (0.04-1.29)
	離別			2.38 (1.18-4.84)	1.92 (0.81-4.54)
職業	あり ^{d)}			1.00	1.00
	学生・主婦			0.53 (0.25-1.11)	0.64 (0.26-1.59)
	年金等			0.61 (0.27-1.40)	1.05 (0.38-2.89)
	失業中			3.78 (1.44-9.93)	4.07 (1.11-14.92)
	その他無職			1.28 (0.46-3.60)	0.95 (0.24-3.80)
自覚的健康状態		0.52 (0.34-0.81)			
ストレス度		5.06 (2.27-11.28)		8.40 (4.11-17.17)	
「ためらい」度				3.30 (2.12-5.14)	
相談相手の有無					

目的変数は最近1年以内の自殺念慮（あり=1、なし=0）。a)Model 1は、人口学的要因（性、年齢、婚姻状況、職業）を説明変数とした stepwise 多重ロジスティック回帰分析。b)Model 2は、Model1で選択された説明変数を強制投入し、自覚的健康状態、ストレス度、相談相手の有無、「ためらい」度を追加した stepwise 多重ロジスティック回帰分析。c)調整オッズ比（stepwise 法で選択されなかった場合は空白）。d)下線はリファレンスカテゴリ。

男女ともこの「ためらい」度が高い人ほど、自殺念慮有症率は高かったが（図4；男性 $\chi^2_{MH}=7.9, p=.005$ ；女性 $\chi^2_{MH}=60.4, p<.001$ ）、年齢階級別に見ると、男性の45-79歳ではこの関連が有意でなかった。



N=1438. 「ためらい」度による自殺念慮有症率の傾向性の検定；男、 $\chi^2_{MH}=7.9, p=.005$ ；女、 $\chi^2_{MH}=60.4, p<.001$

図4. 性・年齢階級別にみた相談することについての「ためらい」と自殺念慮有症率の関係

3.5 自殺念慮の多重ロジスティック回帰分析

自殺念慮と関連する要因についての、多重ロジスティック回帰分析の結果を表3に示す。説明変数として人口学的要因のみを投入した stepwise 法では (Model 1)、男性では年齢が、女性では婚姻状況と職業が、それぞれ自殺念慮と有意に関連していた。すなわち、男性20-44歳や、女性の死別群・失業群では、オッズ比が有意に高かった。

次に、これらの説明変数を強制投入した上で他の変数を追加する stepwise 法で解析した (Model 2)。男性では、自覚的健康状態の低さとストレス度がそれぞれ独立して自殺念慮と関連を示したが、これらの影響を調整すれば年齢と自殺念慮との独立した関連は認められなかった。女性の場合、ストレス度と「ためらい」度がそれぞれ独立して自殺念慮と関連を示し、これらの影響を調整すれば婚姻と自殺念慮の独立した関連は認められなかったが、失業群ではオッズ比がなお高かった。男女とも、ためらい度の影響を統計的に調整すれば、相談相手の有無と自殺念慮との独立した関連は見られなかった。

4. 考察

4.1 自殺念慮と人口学的属性

本調査における自殺念慮の有症率は、成人日本人における先行報告（内閣府自殺対策推進室 2012, 日本財団 2016, 朴・岡田 2018, Tsukahara et al 2016, 上田 他 2015）よりやや低めに見える。これは、本調査では先行調査に比べ、有症率が若年者より相対的に低い高齢者が多いためと考えられる。

自殺念慮と性・年齢との関連は、自殺未遂や自傷が「女性や若年者に多い」こと（影山 2012）と類似しており、自殺既遂者が「男性に多く、かつ若年者より中高年者に多い」こと（警察庁 2013）とは異なっていた。つまり女性や若年者では、自殺念慮を有する人が多い割に自殺既遂が少ないので、自殺念慮が自殺企図・自殺死亡へと発展するプロセス（張・稲垣 2011）の加速要因が少ない（抑止要因が多い）のではないかと、という仮説が考えられる。言い換えれば、女性や若年者を自殺念慮の予防の標的集団と考えるだけでなく、男性や中高年者どのような「自殺企図に向かわせる加速要因」が多いのか（抑止要因が少ないのか）という詳しい検討が、今後の課題として重要であろう。

婚姻状況と自殺念慮との関連については先行報告が乏しい。ただし、本研究で有配偶者の自殺念慮有症率が低かったことは、有配偶者で自殺死亡率が低いこと（Kposowa 2000, Qin et al 2003, Smith et al 1988, 山内 他 2011）と符合する。また、職業と自殺念慮との関連も先行報告は乏しい。本研究で失業中や「その他無職」の人で自殺念慮有症率が高かったことは、自殺既遂者の統計（Blakely et al 2003, 警察庁 2013, 山内 他 2011）と符合する。つまり、自殺念慮有症率の婚姻状況・職業別分布は、自殺死亡率の分布と概ね一致している。

4.2 自覚的健康状態・ストレス度・相談相手と自殺念慮

自覚的健康度は自殺念慮と関連しており（図1）、ことに男性では、年齢やストレス度の効果と独立して自覚的健康度の低さが、自殺念慮のリスクファクターになっていた（表3）。これは和歌山県の住民調査（上田 他 2015）と一致する結果であり、自殺者の少なくとも半数が健康問題を有しているという警察統計（警察庁 2013）とも符合するもの

で、直感的には理解しやすい。ただし年齢階級別に見ると、この関連は64歳以下で認められたが、65歳以上では明らかでなかった（図1）。つまり健康状態が「よくない」ことの"意味"は年齢によって異なることも窺えた。高齢者にとって加齢に伴う健康水準の低下はある程度まで"想定内"かもしれないが、働き盛り世代にとって健康水準の低下は"想定外"のことが多く、それが職業活動の支障や経済的困難につながった場合に、自殺念慮を生じるリスクが高まるのではないだろうか。

不満・悩み・苦勞・ストレスが「大いにある」人で自殺念慮が多かったことも（図2）、直感的に理解しやすい。ただし、自殺念慮を経験した人におけるストレスの内容は、多様であることも窺えた（表2）。

ソーシャルサポートと自殺念慮との関連について、日本では先行報告が乏しい。しかし"自殺の対人関係理論"（ジョイナー 他 2011）からも想定された通り、悩み等についての「相談相手がない」人では自殺念慮の有症率が高かった（図3）。このような人は、生活上のさまざまなストレスで追い詰められた時に、援助希求が遅れやすく、その間に自殺念慮へと傾きやすいのだろう。

また、男性20-44歳及び全女性で、「ためらい」度が高い人ほど、自殺念慮有症率が高かった（図4）。「ためらい」の意味は回答者によって異なる可能性があるのでこの結果の解釈は容易でないが、相談することを恥ずかしく思う住民（Tsukahara et al 2016）や、日頃から人に相談せずじっとがまんするようなコーピング特性をもつ労働者（富永・三木 2012）に自殺念慮が多い、という先行研究とは符合する。相談を恥ずかしく思うことは悲観的人生観と関連している（Kageyama 2012）、「生きてさえいればいいことがある」と考えず解決を諦めやすい人は自殺に傾きやすい、という解釈も考えられる。「ためらい」度と援助希求行動との関係を詳しく知ることは、今後の地域自殺対策の検討において重要である。

4.3 自覚的健康状態・ストレス度・相談相手と人口学的属性

前記の通り年齢・婚姻状況・職業と自殺念慮有症率の間には関連が見られたが、このことと前項の自殺念慮関連要因との関係を考察する。

まず、自殺念慮は若い人ほど多かったが、若い人ほどストレス度は高く、ストレス度は自殺念慮有症率と関連していた。そこで、回答者をストレス度により層別したり、多重ロジスティック回帰分析を用いたりして"ストレス度の自殺念慮に対する効果"を調整すると、年齢と自殺念慮との関連は見られなくなった。つまり、若い世代で自殺念慮が多かったのは、直接的には"若い世代ではストレス度が高いため"だと考えられる。ただし、自殺念慮を有する若年者が抱えるストレス要因は、「勤務問題」「男女問題」がやや多く見えるものの(表2)、詳細不明である。また、年齢とストレス度が関連する理由は様々考えられるが、今回の横断的データからは不明であり、今後の検討課題である。

次に、未婚群や離別群では自殺念慮が多く、ことに男性20-44歳や女性45-64歳では顕著であった。未婚群で自殺念慮が多い理由には、未婚群に若い人が多いことが考えられる。離別群については、自覚的健康度が低い人やストレス度が高い人が多いこと、加えて相談相手のいない人や「ためらい」度が高い人が多いことが、結果的に自殺念慮有症率を引き上げていたと考えられる。実際、男性の場合、多変量解析で年齢の効果を調整すると婚姻状況と自殺念慮との関連は有意でなく(表3)、女性でも、ストレス度及び「ためらい」度の効果を調整すれば(表3)離別群のオッズ比は有意でなかった。なお、離別と健康問題・ストレスのどちらが先行していたかや、離別群に相談相手のいない人や相談をためらう人が多い理由などは、今回の検討では不明である。ここで、苦しいにもかかわらず他者に相談しない人(または相談相手がいなくて考えている人)の自殺予防のためには、周りにいる人が声をかけること(これはゲートキーパーの役割の一つ)も重要である。したがって、例えば離別群で苦しいにもかかわらず他者に相談しない(できない)人のために、誰がゲートキーパーになり得るかを考えることは、今後の課題の一つである。

さらに、失業中及び「その他無職」群でも、自殺念慮は多かった。これらの群には「健康状態がよくない」人が多く、加えて女性ではこれらの群のストレス度が高かったことが、結果的に自殺念慮有症率を引き上げていたと考えられる。ここで、

「その他無職」群は回答者の3.5%を占めたが、全国では自殺死亡者の約4分の1を占めており(警察庁2013)、それにもかかわらず同群の背景はほとんど検討されてこなかった。失業中つまり求職中ではなく「その他無職」の状態、「健康状態がよくない」という人では、「健康問題のため職に就けない状態」が続いている可能性が考えられよう。このことは、今後の自殺対策の標的を考える上で重要であり、これらの人がいつからどのような健康問題を抱えているのか(例えば精神障がい、ひきこもり等)を知ることが、今後の具体的な支援策の検討のために必要である。ただし女性では、ストレス度の効果を多変量解析で調整してもなお、失業中群のオッズ比が有意であったことから(表3)、この群が自殺念慮に傾きやすい理由は上記の他にもあることが示唆される。例えば、失業者の求職活動の困難さには男女差が考えられ、これと関連した絶望感や経済的困難などが、女性失業群の自殺念慮の一因になっている可能性が考えられよう。

4.4 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、横断的な調査なので、要因間の因果関係を断定することはできず、上の考察はあくまで仮説である。回答しなかった人々の特徴は不明なので、選択バイアスの影響についても考察できない。自覚的健康状態・ストレス度・ためらい度の評価は単一設問によるので、その信頼性・妥当性は十分に保証されていない。さらに、A市における結果が他地域でも同様に見られるのかどうか、若年者でストレス度が高い理由、健康問題と離別や就労との前後関係などは、今後の解明を要する課題である。

5. 結論

一地域の成人住民に対する調査の結果、自殺念慮について以下のことが明らかになった。

- 1) 自殺念慮の有症率に性差はないが、年齢が若いこと、離婚を経験していること、及び専業主婦・学生・年金生活者以外の無職者であることは、自殺念慮と関連していた。

- 2) 自覚的健康状態が低いこと、自覚的ストレス度が高いこと、悩み等の相談相手がいないこと、及び相談をすることに対する「ためらい」を感じることは、いずれも自殺念慮と関連していた。
- 3) 2の関連によって、1の関連はある程度まで説明された。

この地域において自殺念慮を有する人を減らすには、主に若年者や離別群、失業者や「その他無職」の人が重要な標的である。これらの集団が抱えるストレス、健康問題、及び孤立状況に焦点を当てた対策が必要であり、その詳細をさらに明確化することが次の課題である。また、支援が必要にもかかわらず、助けを求めなかったり相談相手がいなかったりする人に対して、周りから声をかける存在としてのゲートキーパーの役割も重要かもしれない。

ただし男性や中高年群では、相対的に自殺念慮を有する人が少ない割に自殺既遂は多いので、自殺念慮が自殺企図へと発展するプロセスの加速要因が多く存在するという可能性がある。この要因を明らかにすることも、今後の課題として重要である。

謝辞

本研究のために住民調査を提供して下さったA市保健福祉当局に深謝します。

引用文献

Blakely TA, Collings SCD and Atkinson J (2003). Unemployment and suicide: evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 57, 594-600. DOI: 10.1136/jech.57.8.594

張賢徳, 稲垣正俊(2011). 自殺予防について考える. *自殺予防と危機介入* 30(1), 1-3.

影山隆之(2012). 大分県において「自損行為」で救急車が出動した事例の発生率と性・年齢分布. *自殺予防と危機介入* 32(1), 53-59.

Kageyama T (2012). Views on suicide among middle-aged and elderly populations in Japan: Their association with demographic variables and feeling shame in seeking help. *Psychiatr Clin Neurosc* 66, 105-112. DOI: 10.1111/j.1440-

1819.2011.02313.x

警察庁(2013). 平成24年中における自殺の状況. <https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html> (最終閲覧日: 2020年9月17日)

厚生労働省(2001). 平成12年保健福祉動向調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hftyosa/hftyosa00/index.html> (最終閲覧日: 2020年9月17日)

Kposowa AJ (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 54, 254-261. DOI: 10.1136/jech.54.4.254

内閣府自殺対策推進室(2012). 「自殺対策に関する意識調査」について. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/gaiyo_1.pdf (最終閲覧日: 2020年9月17日)

日本財団(2016). 自殺意識調査2016. <http://www.nippon-foundation.or.jp/news/pr/2016/102.html> (最終閲覧日: 2020年9月17日)

朴相俊, 岡田真平(2018). 長野県東御市における心の健康状態及び自殺念慮の要因に関する実態調査 ソーシャル・キャピタル指標との関連性を考える. *自殺予防と危機介入* 38(1), 28-39.

Qin P, Agerbo E and Mortensen PB (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatr* 160, 765-772. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.4.765

Smith JC, Mercy JA and Conn JM (1988). Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health* 78, 78-80. DOI: 10.2105/ajph.78.1.78

末木新(2019). 自殺対策の新しい形: インターネット, ゲートキーパー, 自殺予防への態度. ナカニシヤ出版, 京都.

トーマス・Eジョイナー, キンバリー・Aヴァンオーデン, トレーシー・Kウィッテ 他(2011). 北

村俊則(監訳), 自殺の対人関係理論 予防・治療の実践マニュアル. 日本評論社, 東京.

富永知美, 三木明子(2012). 科学技術研究機関職員における職業性ストレスとコーピング特性が抑うつに及ぼす影響. 労働科学88(2), 39-48. DOI: 10.11355/isljsl.88.39

Tsukahara T, Arai H, Kamijo T et al (2016). Relationships between suicidal ideation and psychosocial factors among residents living in Nagano Prefecture of Japan. Environ Health Preventive Med 21, 164-172. DOI: 10.1007/s12199-016-0511-9

上田理恵, 尾崎裕美, 小野善郎 他(2015). 地域住民の死にたい気持ちに関連する社会的要因～平成24年度和歌山県こころの健康に関する意識調査～. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要11, 11-20.

World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative> (最終閲覧日: 2020年9月17日)

山内貴史, 藤田利治, 立森久照 他(2011). 自殺死亡に対する職業および配偶関係の相乗的関連. 厚生 の指標 58(11), 8-13.



著者連絡先

〒870-1201
大分県大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 看護学部看護学科
精神看護学研究室
影山 隆之
kageyama@oita-nhs.ac.jp

終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討

Literature review of the distress of nurses in end-of-life nursing

橋本 周子 Chikako Hashimoto

滋賀医科大学大学院 医学系研究科 修士課程 Shiga University of Medical Science, Graduate School of Nursing

坂本 真優 Mayu Sakamoto

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

河村 奈美子 Namiko Kawamura

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

2021年1月7日投稿, 2021年6月10日受理

要旨

本研究の目的は、終末期看護における看護師の困難感に関する国内の文献の動向を把握し、困難感の内容を明らかにすることである。文献は、医学中央雑誌Web版を用いて検索し、2015年から2020年(検索日2020年11月26日)までに掲載された文献より、研究目的に合致すると確認した28件を研究対象とした。その結果、看護師の困難に影響する要因として、1) ケアに影響を与える看護師個人の要因、2) 患者・医療者との関係に起因する要因の2つに大別された。結果から、看護師は悲嘆する患者や家族を支援するなかで、自身の感情マネジメントをすることに困難を抱えていることが捉えられた。今後、看護師自身が終末期の患者や家族の看護をする中で得る感情や課題に向き合うことができるよう、継続的な支援が求められると考える。

Abstract

This study purposed to understand the literature trends regarding the distress experienced by nurses during End-of-Life care and to clarify the significance of this stress. A literature search was performed using the ICHUSHI web and, among articles published from 2015 to 2020 (search date: November 26, 2020), 28 articles deemed suitable for the research purpose were selected as subjects. Consequently, the issues experienced by nurses were classified into the following two categories: 1) factors attributable to the nurses themselves, and 2) factors attributable to relationships with patients and medical care providers. The results revealed that nurses experienced difficulty in managing their emotions while providing support to grieving patients and their families. Therefore, continuous support to the nurses is required to enable them to deal with the emotional challenges they face while caring for patients and their families during End-of-Life care.

キーワード

終末期、看護、困難感、文献検討

Key words

end of life, nursing, distress, review

1. はじめに

我が国の高齢化社会は、多死社会という新たな局面へ入り、人生の最終段階における医療体制の整備が進められている。2011年のデータによると、医療機関の看取りのうち、ホスピスや緩和ケア病棟での看取りは全体の10%程度にとどまり、ほとんどは急性期病棟等の一般病棟にて行われている(佐藤他2013)。医療機関や福祉施設等における看取りは年々増加し、2018年には全体の86.3%を占めている(厚生労働省2020)。内

閣府(2019)の「最期を迎えたい場所」に関する調査結果によると、最も希望が高かったのは自宅(51.0%)である。終末期の迎え方は、患者の意思決定が尊重されるよう、選択の幅についても広がりつつあるものの、患者の全ての意思を尊重するには難しい現状である。このような現状から、看護師が看取りを含む終末期ケアに従事する機会について、今後も増えていくことが予測される。そして、終末期看護においては、携わる看護師のケアへの重圧や無力感、患者・家族への関わりづらさ(坂下2017, 関根他2016)、また、看護師のス

トレスによるバーンアウトについて報告されている (Septarina et al 2017)。このように、さまざまな支援や政策が整備されているが、終末期看護に携わる看護師の困難感は未だ強く、現場に即した更なる支援を求められていることについて考えられる。また、終末期看護において、看護師の困難感の内容やその影響要因についての報告は少ない。終末期看護を実践する看護師にとって、より実践的で活用可能な支援を検討することが必要である。そこで、まず看護師の終末期看護における困難感に影響する要因について、国内の研究動向から把握する必要があると考えた。

2. 研究目的

本研究の目的は、終末期の看護における看護師の困難感に関する国内の文献の動向を把握し、困難感の内容を明らかにすることである。

3. 研究意義

終末期看護における看護師の困難感に関する過去の文献を概観し、再考することで、今後の看護実践の参考資料とすることである。

4. 研究方法

4.1 対象文献の抽出

文献は医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 により、2015 年から 2020 年 (検索日 2020 年 11 月 26 日) に掲載された研究論文を「原著論文」「本文あり」に絞り込み検索した。検索キーワードは、「終末期 or ターミナルケア and 看護師 and 困難」とし、128 件の文献が抽出された。これらの文献を精読し、終末期の看護における看護師の困難感に関する研究論文であるか否かを検討し、看護師の役割や認識、学び等、困難感に焦点が置かれていないものや事例・取り組み報告、文献検討、意識調査、教育支援、呼吸困難に関する論文等は除外し 21 件を研究対象とした。

4.2 分析方法

対象となる文献から、まず終末期の看護における看護師の困難感を生み出す内容の分析を 2 名で行った。次に、各文献における困難感の内容を類似性により分類した。困難感の内容について大カテゴリ、小カテゴリで示す。分析過程において、終末期がん看護・緩和ケア実践経験者 1 名と、精

神看護実践経験者 2 名の計 3 名の研究者による検討を重ね、カテゴリが看護師の困難感の内容を明確に示していると研究者らの意見が一致し、説明ができるまで議論を繰り返した。また、結果の記述は、原則として先行研究の記述をそのまま生かすように努めた。

4.3 倫理的配慮

本研究では、文献の使用において出典を明らかにし、著作権を遵守し実施した。

5. 結果

研究対象とした 21 件の文献について、質的研究 10 件、量的研究 9 件、介入研究 2 件、医療機関を対象とした研究は 17 件、在宅・福祉施設を対象とした研究は 4 件抽出された。21 件の文献の内容について表 1 に示す。これらの文献から、終末期看護における看護師の困難感の内容について 13 のコードが抽出された。ここから、終末期看護における看護師の困難感の要因として、2 の大カテゴリ、4 の小カテゴリに分類された。終末期看護における看護師の困難感の要因は 1) ケアに影響を与える看護師個人の要因と、2) 患者・医療者との関係に起因する要因の 2 つに大別された。カテゴリの一覧と詳しい内容について表 2 に示す。表 2 () 内の数字はデータ数を示す。

5.1 ケアに影響を与える看護師個人の要因

この要因は、1) 終末期の支援に起因した要因、2) 看護師個人に起因する心理的な要因の観点から分類された。

5.1.1 終末期の支援に起因した要因

20 件の文献に記載があり、1) 病状や予後の認識の支援、2) 悲嘆の過程に寄り添う支援、3) 意思決定のタイミング、4) 援助時間や療養環境の確保、の 4 つの観点から捉えられた。1) は、患者や家族が現状について認識をしていない場合の伝える内容の戸惑い、2) は、患者との関係において、衝撃を受けている患者や家族の心の変化に寄り添うことの辛さや看取りの支援の難しさ、3) は、患者の意思表出を受け取る術がないことや家族に対して今後の希望を確認することの躊躇、4) は、出来る限り患者や家族と向き合いたい気持ちと業務調整の難しさ、療養環境の物理的調整の難しさについて示されていた。

表1. 分析対象の文献一覧

文献ID	著者名	出版年	研究方法	研究対象(人数)	勤務場所	各文献から読み取れた看護師の困難感の概要
1	小林 他	2020	質的研究	看護師11名	消化器内科	終末期患者の看護に関するケアについて、看護師は死に対する恐怖感や家族の支援に対する困難感を抱いていた。
2	小倉 他	2020	質的研究	看護師11名	急性期小児病棟	急性期総合病院小児病棟看護師が終末期看護で感じる困難感には、家族とかかわることの難しさ、環境要因、他職種連携に関する内容であった。
3	和田 他	2019	質的研究	看護師5名	循環器病棟	成人期終末期心不全患者とのかかわりの中で、循環器病棟看護師は、終末期心不全に対する困難感や、かかわりの難しさ、患部プロセスへの介入の難しさなどの困難感を得ていた。
4	西開地・吉本	2019	質的研究	看護師8名	救急・集中治療領域	救急・集中治療領域に勤務する看護師は、家族を含む他職種との連携や、家族支援環境、患者・家族に対するケアに意味を見出せないことに対し、困難感を抱いていた。
5	宮崎 他	2018	質的研究	看護師4名	急性期一般病棟	急性期病院の一般病棟に勤務する看護師は、がん終末期看護において、患者とのコミュニケーションや負の感情を抱くことについて、困難感を抱いていた。
6	坪井・増田	2018	質的研究	看護師6名	急性期総合病院	終末期の慢性期心不全患者をケアする看護師の困難感には、医師との情報共有や知識・技術の不足、患者・家族とのコミュニケーションに関するものがあつた。
7	坂下	2017	質的研究	看護師16名	一般病棟	一般病棟で終末期がん患者にかかわる若手看護師は、死への恐怖や無力感などの心理的な要因に関する困難感を抱いていた。
8	関根 他	2016	質的研究	看護師6名	一般病棟(内科・眼科・口腔外科)	混合病棟に勤務する看護師の終末期看護に対する困難感には、療育環境の問題や、患者・家族へのかかわりづらさ、他職種間での方針の統一の難しさなどがあつた。
9	井上 他	2020	量的研究	看護師25名	緩和ケア病棟	緩和ケア病棟における看護師の困難感には、知識・技術の不足を感じていることや、患者・家族とのコミュニケーション、他職種との連携・協力についての特徴がみられた。
10	越野 他	2019	量的研究	看護師688名	一般病棟(15診療科)	大学病院の看護師の緩和ケアに関する困難感には、患者・家族とのコミュニケーションや、他職種連携に関するものがあつた。
11	平松 他	2018	量的研究	看護師22名	一般病棟	一般病棟で終末期看護に従事する看護師は、患者・家族や他職種との連携、環境要因、知識・スキルの不足などについての困難感を抱いていた。
12	浅野 他	2019	量的研究	看護師101名	一般病棟	一般病棟に勤務する新卒看護師は、終末期がん患者の看護ケアについて、患者・家族とのコミュニケーションや、死に対する恐怖・不安についての困難感があつた。
13	森山 他	2018	量的研究	看護師116名	急性期病院	急性期病院で終末期がん看護に携わる看護師は、医療職との連携・協力に関する困難感があつた。経験年数が4年以下の看護師は、社会的スキルが低いほど、知識・技術、看護、自分自身の問題への困難感があつた。
14	大石 他	2016	量的研究	看護師295名	一般病棟	一般病棟で終末期がん患者のケアに携わる看護師は、患者・家族を含めたチームとしての連携・協力や、自己の知識・技術などに対しての困難感を抱いていた。
15	宮崎 他	2016	量的研究	看護師28名	ICU	ICUに勤務する看護師の終末期医療に対する困難感には、治療方針が明確でないことや患者の意思確認ができない現状などが関連していた。
16	大方 他	2019	介入研究	看護師16名	急性期病院(がん拠点病院)	終末期の看護経験が少ない看護師は、技術・知識面、看護師間での協力・連携、チームとしての協力・連携などに困難感を抱いていた。
17	漆畑 他	2016	介入研究	看護師20名	消化器内科病棟	終末期がん患者にかかわる看護師には、終末期の患者とかかわることの困難や意思決定支援に関する困難感があつた。
18	丸山・太湯	2018	質的研究	福祉施設看護師12名	介護老人保健施設	介護老人保健施設でターミナルケアを実践する看護師は、環境要因、状況判断、家族との連携、他職種連携に関する困難感を抱いていた。
19	岡本・平松	2018	質的研究	訪問看護師13名	訪問看護	在宅終末期がん患者を支援する訪問看護師は、患者・家族への病状理解や死の受容へのかかわり、支援環境、看護師自身のつらさなどの困難感を抱いていた。
20	花里・声谷	2018	量的研究	訪問看護師72名	訪問看護	終末期ケアにおける訪問看護師の困難感には、他職種との連携、家族への支援、知識・技術に関するものであつた。
21	高橋 他	2016	量的研究	訪問看護師133名	訪問看護	在宅療養高齢者の終末期医療に携わる訪問看護師は、他職種との情報共有、患者・家族の意思決定支援、家族への支援に対して困難感を抱いていた。

医療機関

在宅・福祉施設

表2. 終末期看護における看護師の困難感の分類

大カテゴリ	小カテゴリ	看護師の困難の内容	記述されていた文献No.	文献数(件数)
ケアに影響を与える 看護師個人の要因(2)	終末期の支援に 起因した要因(4)	病状や予後の認識の支援	1, 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	15
		悲嘆の過程に寄り添う支援	1, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21	12
		意思決定のタイミング	2, 5, 6, 7, 8, 12, 15, 16, 17, 18, 20	11
		援助時間や療養環境の確保	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17	10
看護師個人に起因する 心理的な要因(3)		自信のなさ	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21	16
		死への恐怖	1, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 16, 19, 21	10
		感情マネジメント	1, 3, 4, 5, 7, 11, 14, 16	8
患者・医療者との 関係に起因する要因 (2)	関係調整 (医療者間)(4)	情報共有	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20	16
		社会資源のサポート	10, 12, 14, 15, 17	5
		患者-医師関係の調整	2, 10, 16, 17	4
		看護観の相違	6, 12	2
関係調整 (患者や家族)(2)		患者-家族関係の調整	2, 5, 9, 14, 18	5
		患者以外の家族間の調整	15, 18	2

※「看護師の困難の内容」の文献数と小カテゴリの合計数が異なるのは1つの文献で複数の記述があるため
 ※※()の数字はデータ数を示す

5. 1. 2 看護師個人に起因する心理的な要因

18件の文献で記載があり、1) 自信のなさ、2) 死への恐怖、3) 感情マネジメント、の3つの視点から捉えられた。1)は、自分の持っている知識や技術に確信が持てず、また周囲に補強してもらうことも難しい状態にあること、2)は、看護師として介入の必要性は理解しながらも恐怖心や避けたい思いから患者に関わることの難しさ、3)は、患者と向き合う際の精神的な辛さや後悔など気持ちを切り替えることの難しさについて示されていた。

5. 2 患者・医療者との関係に起因する要因

この要因は、更に、1)関係調整(医療者間)、2)関係調整(患者や家族)の視点から分類された。

5. 2. 1 関係調整 (医療者間)

18件の文献に記載があり、1) 情報共有、2) 社会資源のサポート、3) 患者-医師関係の調整、4) 看護観の相違の4つの視点から捉えられた。1)は、医師との関係における患者や家族への告知・説明依頼の難しさや看護師のアセスメントや判断と医師の判断との調整の難しさ、2)は、衣食住などの

資源が困窮している患者とソーシャルサポートの連携の難しさ、3)は、患者-医師との関係における疎外感や医師の態度への困惑、4)は、同職種でも看護観の違いから方向性を統一することの難しさについて示されていた。

5. 2. 2 関係調整 (患者や家族)

6件の文献に記載があり、1) 患者-家族関係の調整、2)患者以外の家族間の調整、の2つの視点から捉えられた。1)は、患者本人と家族との意見を調整することの難しさ、2)は、患者以外の家族間の意見調整の難しさについて示されていた。

6. 考察

6. 1 終末期看護に影響を与える看護師の困難感とその要因

終末期看護における困難感の分析結果から、困難感の要因とその構造について考察された(図1)。まず、患者・医療者との関係に起因する要因について、終末期看護を行う看護師には、通常業務に加え意思決定支援や家族間の調整、家族の

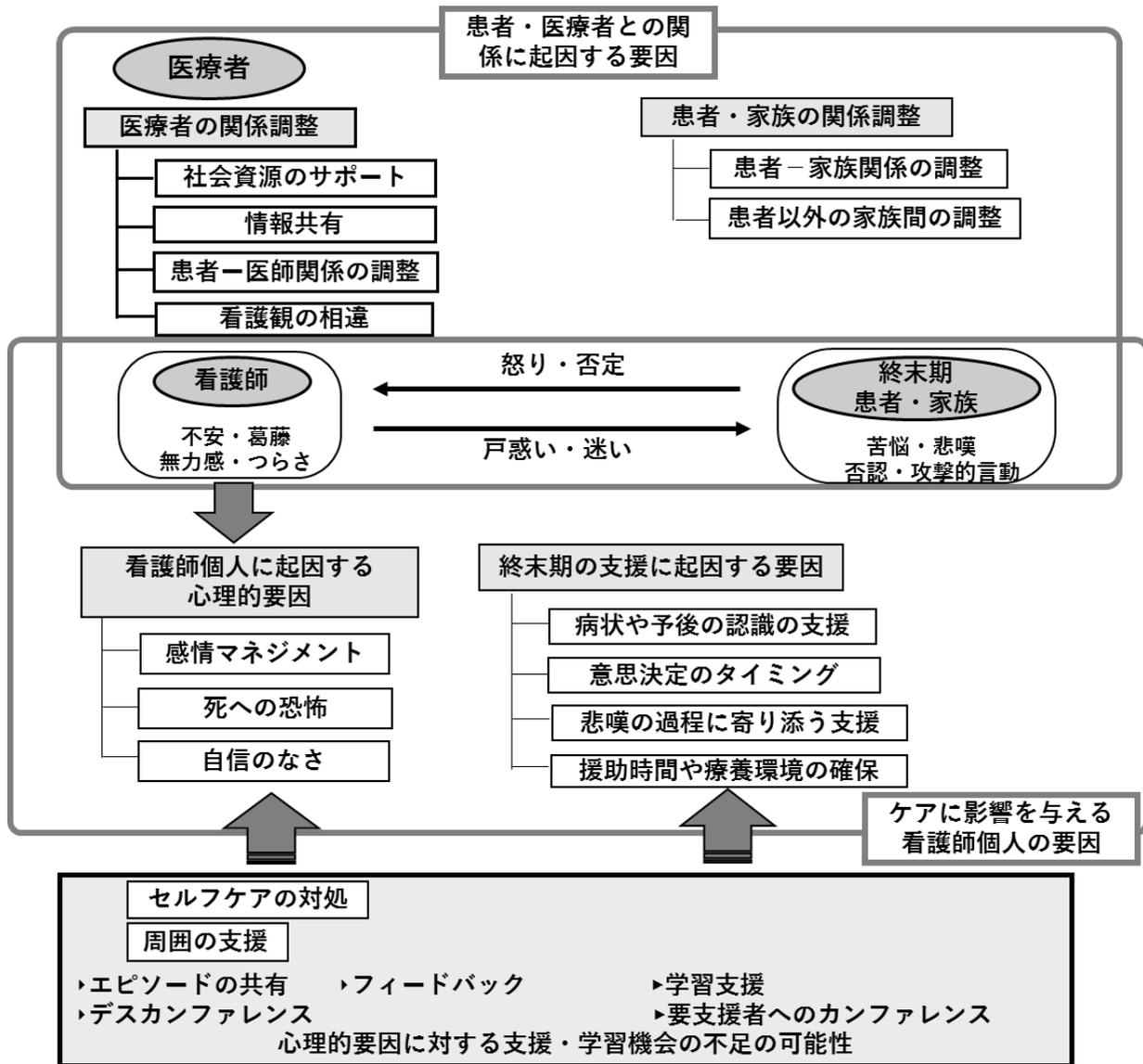


図1. 終末期看護ケアに携わる看護師の困難感の要因

精神的サポートなどの役割が求められている（坂本 2017）。結果から、関係調整に関する内容は多く伺え、職種間での優先事項や治療方針の違い、家族を含む情報共有の時間の確保が難しいことがわかる。すなわち看護師は、今後の方針について不明確なまま日々のケアに臨んでいる状態について推察された。次に、困難感に関わる個人的な要因として、心理的要因について強く考えられた。終末期にある患者や家族は、「死」に直面しており、危機的状況に瀕している。キューブラー・ロス (1971) は、5段階の死の受容過程において、怒りや否認の過程をたどることを述べているように、患者や家族の感情は大きく揺れ動き、時に現状を

嘆き、攻撃的な姿勢を占めることも想像できる。看護師は、患者の身近でケアを提供する存在として、大きく揺れ動く患者の心の波に寄り添っている。その中で、看護師は知識や技術に対して自信をもてないこと（平松 他 2018, 大方 他 2019, 大石 他 2016）による不安や、看護師自身も「死」に対する恐怖感（小林 他 2020）を感じている。このように、看護師は不安や恐怖感を抱きながら看護を実践しており、その中で無力感を経験していると考えられた。すなわち、看護師は目の前の患者に対して戸惑いや迷いを抱えつつ、日々、患者・家族に向き合っていると考えられた。

6.2 終末期看護における看護師への支援の課題

現在、終末期看護に携わる看護師の支援には、多くの学習機会の提供や資格の整備がなされている。がん関連の認定・専門看護師は徐々に増加傾向であり（日本看護協会 2020）、患者支援やカンファレンス等の充実が図られている。しかし、終末期患者全てのケースに認定・専門看護師が関わることは難しく、急性期病棟等病棟の特徴によっては認定・専門看護師の整備や介入が困難な場合も存在する。更には、患者の今後の方針について決定をするまでに、時間がかかることも考えられる。病棟の特徴による忙しさも加わり、もどかしい思いや無力感を強めていることが見えてきた。岡田ら（2012）は、終末期看護に携わる看護師への支援として、自分の看護を振り返ることやチームメンバーの看護師と気持ちを共有することで戸惑いを乗り越えていることを報告している。また、感情共有の機会としてデスカンファレンスの有効性については多くの報告がある（伊藤 他 2019）のだが、自分の思いを十分に話す場とならない場合もあり、カンファレンスを感情共有の機会として活用されていない現状もある（和田 他 2019）。カンファレンスを有効活用するためには、「終末期の支援に起因する要因」については認定・専門看護師の広域的な視点から現状把握すること、「看護師個人に起因する心理的要因」については、自己の感情を知覚し自己肯定感を得ることや、否定的感情や恐怖感との対峙についてトレーニングの機会など学習会や専門職交流の機会を活用していくことの必要性について考えられた。

今回の結果から、看護の提供場所が異なっても、看護師の困難感の内容は共通している部分が多く、死と向き合う危機的状況にある患者・家族の意思決定を支える看護師の心理的負担を看護師同士や医療チームで受容し、緩和・軽減する支援の必要性が示唆された。

7. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、文献検討のために、終末期における疾患や看護を提供する場、看護師の経験や資格、教育背景については文献からは読み取れなかったものも多かった。それぞれの背景により困難感の内容が異なる可能性は考えられるため、今後より詳細な検討が必要である。

8. 結論

終末期看護における看護師の困難感に影響する要因として、1) ケアに影響を与える看護師個人の要因、2) 患者・医療者との関係に起因する要因、の2つに大別された。患者や家族に対する支援は必要であり、加えて看護師自身が終末期の患者の看護をする中で得る感情や課題に向き合うことができるよう、継続的な支援が必要であると考えられた。

利益相反

本研究に関する利益相反は存在しない。

引用文献

浅野暁俊, 坂井さゆり, 村松芳幸 他 (2019). 一般病棟に勤務する新卒看護師の終末期がん患者の看取りケアに対する困難感尺度の開発に向けた因子探索的研究. 新潟大学保健学雑誌 16(1), 11-21.

E. キュープラー・ロス (1971). 川口正吉 (訳), 死ぬ瞬間, pp65-94. 読売新聞社, 東京.

越野菜, 青山真帆, 庄子由美 他 (2019). 大学病院の看護師のがん看護に関する困難感: 2010年から2016年にかけての変化. Palliative Care Research 14(4), 259-267. DOI: 10.2512/jspm.14.259

花里陽子, 芦谷知子 (2018). 終末期ケアにおける訪問看護師の負担感と関連要因. ホスピスケアと在宅ケア 26(3), 329-334.

平松千恵, 鎌田万葉子, 海老原百恵 (2018). 一般病棟における看護師の終末期看護の困難感軽減に対するカンファレンスの有効性. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 48, 183-186.

井上幸子, 吉澤朋江, 清水美幸 (2020). 緩和ケア病棟における看護師の困難感の特徴 -患者・家族の関わりを通して-. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 50, 210-213.

伊藤萌, 白井政人, 武田千鶴 他 (2019). デスカンファレンス開催により得られる効果に対する看護師の期待. 日本看護学論文集: 慢性期看護 49, 342-345.

小林愛子, 荻野香奈美, 小見山珠実 他 (2020). 終末期患者の看取りに対する消化器内科病棟看護

師の内的要因と看護介入 -臨床経験年数に着目して-. 日本看護学会論文集: 看護管理 50, 27-30.

坂本すが(2017). 新たな医療の在り方を踏まえた看護師の役割と働き方. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000149783.pdf> (最終閲覧日: 2021年3月31日)

厚生労働省(2020). 厚生統計要覧(令和元年度)第1編人口・世帯 第2編 人口動態. https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (最終閲覧日: 2021年3月31日)

Lira Septarina, Hiroshi Sumii, Mika Kunisada et al (2017). Comparative Study of Stress and Burnout among Nurses and Caregivers during End-of-Life Care. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌 17(1), 65-71.

丸山純子, 太湯好子(2018). 介護老人保健施設の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難とその構造. 日本看護研究学会雑誌 41, 159-170. DOI: 10.15065/jjsnr.20170928003

宮崎美保, 渡邊百合香, 平松貴 他(2016). "終末期医療を困難にする要因"からみたICUの現状と看護師の困難感. 東邦看護学会誌 13, 43-48. DOI: 10.14994/tohokango.13.43

宮崎優子, 松本志浦, 加藤妙子 他(2018). 急性期病院の一般病棟でのがん終末期看護における患者とのコミュニケーションに困難を感じる要因. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 48, 207-210.

森山紗也香, 磯田麻里菜, 小林尚貴 他(2018). 急性期病院で終末期がん看護に携わる看護師の困難感と社会的スキルの関連. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 48, 191-194.

内閣府(2019). 令和元年版高齢社会白書 第1章 高齢化の状況(第3節 1-4) . https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/s1_3_1_4.html (最終閲覧日: 2021年3月31日)

日本看護協会(2020). 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 分野別都道府県登録者数(日本地図版) . <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/>

qualification/bunyatodofuken_tizu_cn (最終閲覧日: 2021年3月31日)

西開地由美, 吉本照子(2019). 救急・集中治療領域における終末期患者の家族支援の充実に向けた看護管理者の働きかけ -看護師の困難感を有する状況に着目して-. 千葉看護学会会誌 25(1), 107-116. DOI: 10.20776/S13448846-25-1-P107

小倉慶子, 平山和孝, 山田香奈(2020). 急性期総合病院小児病棟看護師が終末期の看護で感じる思い. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 50, 126-129.

大石幸恵, 千野彩子, 中野志保 他(2016). 一般病棟における終末期がん患者のケアに対する前向きさと困難感および死生観の関係. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 46, 98-101.

岡田(北村) 奈津子, 山元由美子(2012). ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方. 日本看護研究学会雑誌 35(2), 35-46. DOI: 10.15065/jjsnr.20120307005

岡本双美子, 平松瑞子(2018). 在宅終末期がん患者を看取る家族へのグリーフケアに関する訪問看護師の困難. 日本在宅ケア学会誌 22(1), 92-98.

大方涼子, 武永愛, 山根静香 他(2019). 終末期の看護経験が少ない看護師に対する終末期ケアの困難感軽減に向けた取り組み. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 49, 350-353.

坂下恵美子(2017). 一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討. 南九州看護研究誌 15, 31-38.

佐藤一樹, 志真泰夫, 羽川瞳 他(2013). 緩和ケア病棟は10年間にどう変わったか -施設概要と利用状況にみられる変化と平均在棟日数との関連-. Palliative Care Research 8(2), 264-272. DOI: 10.2512/jspm.8.264

関根愛実, 富山里佳, 渡邊千春(2016). 混合病棟で勤務する看護師の終末期ケアに対する困難感とやりがい. 日本看護学会論文集: 慢性期看護 46, 94-97.

高橋方子, 菅谷しづ子, 鈴木康宏 他(2016). 在宅療養高齢者の終末期医療に対する事前の意思表示

の現状と課題. 千葉科学大学紀要9, 125-137.

坪井京子, 増田誠一郎 (2018). 慢性心不全患者の最期の迎え方における意思決定を支援する看護師が経験する困難. 日本看護学会論文集: 慢性期看護48, 175-178.

漆畑文恵, 山本希, 鈴木美佐 他 (2016). トータルペインの視点を用いたケースカンファレンスが, ターミナルケアに関わる看護師の意識変化, 患者・家族へ与える効果. 日本看護学会論文集: 慢性期看護46, 102-105.

和田京子, 小松夏姫, 池田愛理 他 (2019). 成人期終末期心不全患者との関わりの中で循環器病棟看護師が抱く思い. 長野赤十字病院医誌32, 54-59.



著者連絡先

〒520-2192
滋賀県大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学大学院 医学系研究科
橋本 周子
chippy21@belle.shiga-med.ac.jp

Tasks for enhancing clinical reasoning in clinical nursing practicums: A prospective observational study

Yuki Odajima

Nagoya City University Graduate School of Nursing

Masako Furuichi

Tottori College of Nursing Graduate School

Received 14 January 2021; Accepted 17 July 2021

Abstract

This study examined how clinical nursing practicums impact clinical reasoning in nursing students. A nursing practicum was conducted with 82 students in the third year of a four-year bachelor's course in nursing. The students' clinical reasoning was measured before and after the nursing practicum using a self-report survey. The survey measured clinical reasoning using a scale to assess the critical thinking of clinical nurses as an operationalized measure. Data were obtained from 41 participants in the pre-nursing practicum survey and 42 in the post-nursing practicum survey. An unpaired t-test revealed that overall scores were significantly higher in the post-nursing practicum survey, as were the scores for three subscales: reasoning, creativity, and intuition. However, no significant improvements were observed in the other subscales: open-mindedness, perseverance, and reflection. This study suggests that nursing students improve their clinical reasoning ability through the process of immersing themselves in cases during nursing practicum, verbalizing their thoughts and communicating them to others, and receiving feedback from instructors and teachers.

Key words

nursing students, nursing practice

1. Introduction

In Japanese nursing education, clinical reasoning has been positioned as a subject in nurse designated procedure training since 2015 by Japan's Ministry of Health, Labor, and Welfare (Ministry of Health, Labor, and Welfare 2018). However, in recent years, the importance of education in bachelor's programs has been advocated with the advancement of nursing education. Ritter and Witte (2019) state that "nurses' clinical reasoning is important in four ways: 1. understanding the significance of the data, 2. identifying and diagnosing actual or potential patient problems, 3. making clinical decisions to assist in problem resolution, and 4. achieving positive patient outcomes."

Moreover, Japan's Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology defines clinical reasoning as the grounding of nursing

actions that students learn during undergraduate studies, namely knowledge of the physical systems and functions necessary for understanding human physical and mental aspects (Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology 2017). Despite numerous research efforts, the effect of nursing education on clinical reasoning remains unclear. Interventional studies suggest that nursing education enhances clinical reasoning in nursing students. Some studies used simulated case conferences (Johnsen et al 2016, Russell et al 2011), while others used seminars involving simulation dummies (Burbach et al 2015) or simulated scenarios (Hoffman et al 2011, Phillippi et al 2013). However, the intervention methods in these studies were based on on-campus exercises or a combination of on-campus exercises and clinical nursing practicums, and did not evaluate the effect of clinical nursing practicums itself on clinical reasoning. In addition,

the evaluation methods of these studies were all ex-post evaluations and did not measure changes from before the intervention. Furthermore, few were conducted among Japanese nursing students (Odajima and Furuichi 2020a). In a previous study, Odajima and Furuichi (2020b) attempted to address this by examining the effects of a systematic educational intervention among second-year nursing students in a four-year college. They found that the intervention changed students' clinical reasoning; however, it involved simulated scenarios in the classroom, leaving the question of how clinical nursing practicums affect clinical reasoning unresolved. Since the clinical nursing practicum provides nursing students with valuable experience (Benner et al 2010), research into how it affects clinical reasoning should provide valuable insights into both the training itself and the educational processes that prepare students for the practicum. Accordingly, the purpose of this study was to examine how clinical nursing practicums affect clinical reasoning in nursing students.

2. Materials and methods

2.1 Study design

This study was a prospective observational study.

2.2 Subjects

The study was conducted with 82 nursing students in their third year at the Faculty of Nursing who had undergone clinical nursing practicums, a mandatory module in the second-semester course. The subjects of the study are students of the same institution. The practical program consisted of seven areas: (1) maternity, (2) early childhood, (3) old age, (4) critical care, (5) self-management, (6) mental health care, and (7) community-based elder care and rehabilitation. Students were assigned to each of these areas, according to a two-week rotation schedule. The program was conducted simultaneously, making it useful for measuring the effect of clinical nursing

practicums on clinical reasoning. The survey period was from July 23, 2019 to April 16, 2020.

2.3 Measurement instruments

A scale used to assess the critical thinking of clinical nurses was used as an evaluation index (Ishibashi et al 2015). This scale is used to measure critical thinking in clinical nursing practice. This scale was used after confirming with the scale developer that it could also be used by nursing students. The scale consists of 33 items; each item is measured on a seven-point Likert scale, ranging from 1= completely disagree, to 7= strongly agree. The sum of scores on all items constitutes the total score, which ranges from 33–231. This scale demonstrates good reliability and validity when administered to nursing students. It consists of six subscales: reasoning (8 items; range: 8–56), open-mindedness (7 items; range: 7–49), perseverance (5 items; range: 5–35), reflection (5 items; range: 5–35), creativity (5 items; range: 5–35), and intuition (3 items; range: 3–21). A higher score indicates greater critical thinking ability. Critical thinking ability was used as an operationalized measure of clinical reasoning. The Cronbach's α coefficient was .896 in the first survey and .886 in the second survey. The scale was used with the permission of its authors.

2.4 Data collection

Prior to the clinical nursing practicum, 82 students majoring in nursing science, in their third year at a four-year college, received a written briefing about the study and ethical considerations. Initially, the research plan was to collate the data. However, after the second survey, several students expressed concern that the data would be collated. In addition, as described below, the data collation itself was canceled because the data collation itself became difficult. To protect participants' right to privacy, data were collected using an anonymous self-report survey. After informed consent was obtained, the participants were requested to deposit the completed forms in a collection box at the college office. A second survey was conducted

after the clinical nursing practicum. As in the first, the survey data were retrieved using the collection box. For the collection box, we used a lockable letterbox in the office room of the facility. The first data collection was done 62 days before the start of the practicum. That day was the last week of class in the first half of the third grade. The second data collection was performed on the 12th day after the practicum was completed. Although this study is a prospective study, the survey at the midpoint of the practicum was not conducted because all the study subjects did not have the opportunity to gather.

2.5 Statistical analysis

The pre- and post-clinical nursing practicum results were compared using an unpaired t-test. The significance level was set at $P < 0.05$. Statistical analysis was performed using the Japanese version of IBM SPSS Statistics version 22 (IBM, Armonk, NY, USA). The researchers initially attempted to perform a paired t-test with a response. However, the ID on the questionnaire collected the first time did not match the ID on the questionnaire collected the second time. This is likely because the researchers requested that participants set complex, arbitrary IDs so that they could not be identified. Certainly, the first and second respondents are assumed to be the same person. However, since there was no one-to-one correspondence between data, the detection power declined. Thus, we had to select the unpaired t-test statistical method.

2.6 Ethical considerations

The students received a verbal and written briefing about the purpose and methods of the study. During the briefing, the students were informed that if they consented to participate, they were expected to complete the survey and deposit it in the collection box at the Faculty of Nursing office. They were also assured that their participation was voluntary and they would suffer no disadvantage if they declined to participate. Both surveys were anonymous, as the clinical nursing practicum was mandatory in the bachelor's

course. The information the participants provided was kept confidential pursuant to the Declaration of Helsinki (World Medical Association 2018). This study was approved by the Ethics Committee of Nagoya City University Graduate School of Nursing, Nagoya, Japan (approval no.18004-3).

3. Results

3.1 Participant and baseline characteristics

Eighty-two nursing students were requested to participate in this study. Of these, 41 students participated in the pre-practicum survey and 42 participated in the post-practicum survey. The first recovery rate was 50%, and the valid response rate was 100%. The second recovery rate was 51.2%, and the valid response rate was 100%. The students who requested the second survey were the ones who requested the answers in the first survey. However, the number of collected questionnaires increased by one, and the result included the answers of students other than the students who requested the survey in the first survey. However, since it is difficult to identify this one student, we included it in the analysis. The clinical nursing practicum was conducted from September 24, 2019, to February 7, 2020.

3.2 Study outcomes

Table 1 shows the pre- and post-nursing practicum results for critical thinking and the six subscales. The unpaired t-test revealed that critical thinking scores improved significantly from the baseline ($p < .05$). Of the subscale scores, three improved significantly from the baseline: reasoning ($p < .01$), creativity ($p < .05$), and intuition ($p < .05$).

4. Discussion

The nursing practicum facilitated significant improvement in the scores for critical thinking and three of its subscales: reasoning, creativity, and intuition. As for critical thinking, a previous study reported that clinical reasoning ability is enhanced by providing sufficient feedback and

Table 1. Change in the evaluation index before and after the nursing practicum

Evaluation index	Nursing students		Unpaired <i>t</i> -test
	Before (n = 41)	After (n = 42)	p-value
Critical thinking score	157.9±14.4	167.9±13.8	.002
Reasoning score	32.1±4.7	35.2±4.2	.002
Open-mindedness score	38.6±4.6	40.4±4.0	.063
Perseverance score	25.8±2.9	26.5±3.2	.263
Reflection score	26.1±3.0	27.2±3.2	.105
Creativity score	24.3±3.0	25.8±2.7	.020
Intuition score	11.1±2.3	12.6±3.1	.015

Note. Numbers appearing in the table show average values ± standard deviation.

case discussions for cases that students have experienced clinically (Harmon and Thompson 2015). It is considered that the clinical reasoning ability of the students who were the subjects of this study was improved by the feedback from the nursing practicum instructors and teachers and the discussions between the students regarding the cases encountered in the practicum.

As for reasoning, a previous study reported that students can verbalize their own thoughts and convey them to others to encourage logical thinking (Burbach et al 2015). In this study, it was considered that logical thinking was promoted by providing an opportunity to verbalize and convey the cases assessed by students to instructors, faculty members, and other students.

As for creativity, previous study reported that the more time students spend with their patients, the richer their thinking is based on their reactions (Cappelletti et al 2014). In this study, it was considered that the students enhanced their creative thinking by actively engaging with the cases.

As for intuition, a previous study reported that experienced nurses have higher clinical reasoning skills than nursing students (Dawson et al 2014). Intuition is an ability that is demonstrated at the level of an experienced nursing expert (Benner 2001). Therefore, it was suggested that intuition is an ability that is enhanced through practice as a nurse.

Conversely, we found no significant changes in open-mindedness, perseverance and reflection.

As for open-mindedness, a previous study reported that clinical nurses integrate patient signs, symptoms, and test results and select a solid hypothesis from a variety of hypotheses (Forsberg et al 2011). The students in this study did not often encounter cases during clinical training. Therefore, it was suggested that open-mindedness is an ability to be enhanced through encountering many cases as a nurse and analyzing cases from an objective point of view.

As for perseverance, a previous study reported the importance of carefully performing the clinical reasoning process by assessing and associating variables that are important to the patient (Gonzol and Newby 2013). Perseverance is considered to be an ability cultivated through careful consideration. Therefore, it was suggested that it is necessary to build a mechanism that allows students conducting nursing practicum to consider cases.

As for reflection, a previous study reported that reflection of practiced content is an important component for improving clinical reasoning skills of nursing students (Cappelletti et al 2014). As in the subject of this research, when the nursing practicum was in a rotating form, students may not have sufficient reflection opportunities for cases. Therefore, it was suggested that it is necessary to devise educational methods so that students can secure sufficient time for reflection for each case.

In this study, we investigated changes in clinical reasoning ability before and after the practicum. However, the area-specific practicum was a

rotation practicum. Therefore, the limitation of this study is that clinical reasoning ability may have been influenced by the area that the practicum started from. In addition, it is a future task to analyze the relationships and correlations between the subordinate concepts of the scales used, and to examine in detail the effects of nursing practicums on clinical reasoning ability.

5. Conclusion

This study examined the impact of a clinical nursing practicum on clinical reasoning in nursing students. The results revealed that the nursing practicum significantly changed the students' scores for critical thinking and three of its subscales: reasoning, creativity, and intuition. However, no significant improvements were observed in the other subscales: open-mindedness, perseverance, and reflection. This study suggests that nursing students improve their clinical reasoning ability through the process of immersing themselves in cases during nursing practicum, verbalizing their thoughts and communicating them to others, and receiving feedback from instructors and teachers. In addition, it was suggested that it is necessary to improve the educational method, such as securing time for students to consider the case. It was also suggested that intuition is an ability that increases as a nurse gains clinical experience after graduation.

Acknowledgements

We are grateful to all the participants of the study. In addition, we would like to thank Editage (www.editage.com) for English language editing.

Disclosure statement

None of the authors have conflicts of interest to declare.

References

Benner P (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Commemorative Edition, p295. Upper Saddle

River, N.J.

Benner P, Sutphen M, Leonard V et al (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Jossey-Bass, San Francisco.

Burbach B, Barnason S and Thompson SA (2015). Using "think aloud" to capture clinical reasoning during patient simulation. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 12, 1-7. DOI: 10.1515/ijnes-2014-0044

Cappelletti A, Engel JK and Prentice D (2014). Systematic Review of Clinical Judgment and Reasoning in Nursing. *J Nurs Educ* 53, 453-458. DOI: 10.3928/01484834-20140724-01

Dawson T, Comer L, Kossick MA et al (2014). Can Script Concordance Testing Be Used in Nursing Education to Accurately Assess Clinical Reasoning Skills?. *J Nurs Educ* 53, 281-286. DOI: 10.3928/01484834-20140321-03

Forsberg E, Georg C, Ziegert K, et al (2011). Virtual patients for assessment of clinical reasoning in nursing: A pilot study. *Nurse Educ Today* 31, 757-762. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.11.015

Gonzol K and Newby C (2013). Facilitating Clinical Reasoning in the Skills Laboratory: Reasoning Model Versus Nursing Process-Based Skills Checklist. *Nurs Educ Perspect* 34, 265-267. DOI: 10.5480/1536-5026-34.4.265

Harmon MM and Thompson C (2015). Clinical reasoning in pre-licensure nursing students. *Teach Learn Nurs* 10, 63-70. DOI: 10.1016/j.teln.2014.12.001

Hoffman K, Dempsey J, Levett-Jones T et al (2011). The design and implementation of an Interactive Computerised Decision Support Framework (ICDSF) as a strategy to improve nursing students' clinical reasoning skills. *Nurse Educ Today* 31, 587-594. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.10.012

Ishibashi A, Osada K and Fukuma M (2015). Development of a scale to assess the critical thinking of clinical nurses [in Japanese]. *Jpn J*

Med Nurs Educ 24, 7-12.

Johnsen HM, Fossum M, Vivekananda-Schmidt P et al (2016). Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: design, development, and usability evaluation of a serious game. *Int J Med Inform* 94, 39-48. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2016.06.014

Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (2017). Model Core Curriculum for Nursing Education [in Japanese]. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm (accessed: 2021-7-7)

Ministry of Health, Labor, and Welfare (2018). Nurse Designated Procedure Training [in Japanese]. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077114.html> (accessed: 2021-7-7)

Odajima Y and Furuichi M (2020a). Development and validation of a chronic disease nursing education program for enhancing clinical reasoning ability in undergraduate nursing students. *Nagoya J Med Sci* 82, 399-405. DOI: 10.18999/nagjms.82.3.399

Odajima Y and Furuichi M (2020b). Trends in interventional research for improving clinical reasoning ability in nursing education [in Japanese]. *J Jpn Soc Nurs Health Care* 22, 23-37.

Phillippi JC, Bull A and Holley SL (2013). Expanding primary care opportunities: Simulation for clinical reasoning. *J Nurs Educ* 52, 299-302. DOI: 10.3928/01484834-20130412-02

Ritter BJ and Witte MJ (2019). Clinical Reasoning in Nursing. In: Higgs J, Jensen GM, Loftus S et al (Eds), *Clinical Reasoning in the Health Professions*. 4th ed, pp235-244. Elsevier, New York.

Russell JS, McWilliams M, Chasen L et al (2011). Using clickers for clinical reasoning and problem solving. *Nurse Educ* 36, 13-15. DOI: 10.1097/NNE.0b013e3182001e18

World Medical Association (2018). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (accessed: 2021-8-2)



Author for correspondence

Yuki Odajima
Graduate School of Nursing
Nagoya City University
1-Kawasumi, Mizuho-cho, Mizuho-ku,
Nagoya 467-8601, Japan
odajima@med.nagoya-cu.ac.jp