

クリーンルーム入室患者不適応感尺度 (cleanroom non-adaptation scale: CnA-S) 開発に向けての検討

山 田 忍*

The Development of a Scale (Cleanroom Non-Adaptation Scale: CnA-S) Measuring Adaptation to Being Nursed in a Clean Room/Isolation Environment

Shinobu YAMADA*

This study aimed to develop a clean room non-adaptation scale (CnA-S) to measure the physical, mental, and social backgrounds of patients in an isolated/barrier-nursing environment (a clean room). A 45-item survey was administered to 472 nurses who provided comprehensive care to patients in clean rooms across several hospitals completely equipped with clean rooms. By exploratory factor analysis with promax rotation, the ten factors were extracted: "Feelings of isolation," "Complaints of physical symptoms," "A sense of crisis regarding the disease," "Sorrow from a lack of family support," "Anxiety about financial and social support," "Negative attitude toward medical care," "Experience of being or feeling cured," "Expectation of medical care," "Missing alcohol and cigarettes," and "Strong negative emotions." The alpha coefficient and validity of CnA-S were examined. The survey results showed the significance of CnA-S by two-way ANOVA of the relationship between the scaled scores and performance status, Delirium Rating Scale for the nurses, and patients background factors. In addition, the survey results showed the effectiveness of CnA-S, which marks the significance of CnA-S to objectively judge a patient's progress.

key words: isolation, development of a scale, factor analysis, two-way ANOVA, DRS-J

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・準クリーンルーム¹⁾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・藤塚・山崎・野本・山後・杉山・池田・多田・田辺, 1997; Lynna, Judy, & David, 1984; Pontes, Guirardello, & Campos, 2007; 上野・森本・島田, 1996; 山中・狩野・神田, 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)。山田(2010)もまた、外部から遮断された環

¹⁾ NASA規格 Class100 (1 ft³ 中、菌の最大数 0.1 個 ft³)、Class10.000 (1 ft³ 中、菌の最大数 0.5 個 ft³)、Class10.0000 (1 ft³ 中、菌の最大数 2.5 個 ft³)、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。

* 関西大学大学院心理学研究科

Graduate School of Psychology, Kansai University, 3-3-35 Yamanote, Suita-shi, Osaka 564-8680, Japan
e-mail: yamada_wakaba@yahoo.co.jp

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を報告している。そして、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）。

患者が適応的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 (Delirium Rating scale for the Nurses: 町田・上出・岸・保坂，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 (Delirium Screening Tool: 町田・青木・上月・岸・保坂，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て、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 (Japanese version Support Team Assessment Schedule: Miyashita, Yasuda, Baba, Iwase, Teramoto, Nakagawa, Kizawa, & Shimada,

2010) 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、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式での評価が大半となっている（山田，2011b）。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、医療者がその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, Dugan, McDonald, Rosenfeld, Theobald, & Edgerton, 1998; McDonald, Passik, Dugan, Rosenfeld, Theobald, & Edgerton, 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推察する。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。

そこで本研究では、クリーンルーム・準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 河野・濃沼・神代訳, 1993) などの症状を闘病生活に適應できていない患者の状態「クリーンルーム入室患者の不適應感」として捉えることとした。そして、山田・大久保・三坂 (2011) の先行研究を更に発展させ、クリーンルーム・準クリーンルームを完備する施設の臨床看護師が実践の場を調査対象として項目を収集し、「クリーンルーム不適應感尺度」の全体構造を探索的因子分析から検討する。その結果から、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、適応障害の状態に至るまでの患者の状況を医療者がいち早く評価するツールの開発に取り組むこととした。

方 法

調査手続き クリーンルーム・準クリーンルームを完備する総合病院の管理者に電話および書面で、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 28 施設のクリーンルームに従事する 472 人の看護師に調査を依頼した。調査票の回収では、施設内での一括方式あるいは個別郵送方式を採用した。

倫理的配慮 研究の趣旨、参加の自由意志、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。本研究において山田他 (2011) を参考に質問項目を改訂した。その際、事前に各研究者から改訂使用の許諾を受けた。

本調査は、筆者が所属する研究機関の倫理審査の承認を受け行った。

調査期間 2011 年 7 月から 2011 年 10 月末の期間に調査した。

調査対象 対象は、個室でのクリーンルーム・準クリーンルームを完備している 41 施設に従事する看護師 472 人とした。

質問項目 この分野では山田 (2011a) が既に、「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」「趣味・嗜好」「性格」など 10 カテゴリー

を特定し、不適應を示す患者の反応や行動傾向などを 67 個のポイントにまとめている。さらに、山田他 (2011) は、3 つの施設のデータから、医療者が「クリーンルーム入室患者の不適應感」を評価する他記式尺度を開発することを目的に、患者背景、身体症状、社会的側面、家族の支援など 10 のカテゴリーを「患者自身要因」「社会的要因」「療養環境要因」の 3 つの領域に分類し、要因ごとの独立した探索的因子分析から全体として 44 項目からなる 10 因子を報告している。

以上の結果を踏まえ、本研究で尺度として使用するために、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、心理測定分野の心理学の研究者からのスーパーバイズの下、項目表現や尺度内の項目の数などについて検討を行った。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。山田他 (2011) の 44 項目の中で、療養環境の要因の「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、「患者自身の要因」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 3 者が推測することには倫理的な問題があると考えた。以上の検討から、44 項目から 3 項目を削除し、これに Big Five 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」に関して山田 (2011a) は、「クリーンルーム・準クリーンルーム入室患者の不適應感」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・準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・準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・準クリーンルーム入室時の不適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。

構成した尺度の妥当性に関して、知見を蓄積するために、本研究では、PS（Performance Status: 癌取り扱い規約, 2008）とDRS-Jを使用することにした。このPSとは、「無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発症前と同等にふるまえる」を0点とし、「軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる、例えば軽い家事、事務など」を1点、「歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している」を2点、「身の回りがある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している」を3点、「身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている」を4点とした5段階評価の尺度であり、段階評価の値が尺度得点となる。日本臨床腫瘍研究グループが尺度の改定を行っており、広くがん患者の身体症状の評価に使用されている。DRS-Jとは、「現在の精神症状の発症パターン」「現実感覚」「幻覚」「妄想」「興奮」「活動性の低下」「認知障害」「身体疾患の有無」「睡眠-覚醒リズム」「気分の変動」「症状の変動」の10の要因について、患者の状態を0から4点で評価し、総点で、せん妄の程度を判定する。なお、この尺度の信頼性（ α 係数）は0.83と報告されている。

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感」として捉えている。患者の変化として捉えやす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、本研究ではせん妄の要因となる身体症状をPSを使用し測定、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、構成した尺度との相関を検討してみることにした。

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。

分析方法 新しく作成した41項目にBig Fiveの因子「情動性」6項目を加えた47項目からなる「クリーンルーム入室患者不適感尺度」の構造の検討には、探索的因子分析を適用し、抽出された因子から尺度を構成した。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、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2群に分類した。構成した尺度得点とDRS-Jの総合得点、PS得点との相関の有無を確認した。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。

結 果

調査参加施設と回収率

調査への参加施設は、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）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。

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 1)。

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ら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 1)。

以上の10因子に単純構造を示して負荷した項目(Table 1で太字で表示)から、10下位尺度からなる「クリーンルーム入室患者の不適應感尺度(clean-room non-adaptation scale: CnA-S)」を構成した。「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因子すべて0.73以上の高い値を得ることができた。そして、尺度間の相関が因子間相関とほぼ同じ傾向を示していることから、共通因子に対応する尺度を構成することができたと考えることができる(Table 1)。

CnA-S 尺度と「DRS-J」「PS」との関係

Table 2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」以外のすべての尺度と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 1 「クリーンルーム入室患者の不適応感尺度」の探索的因子分析と尺度構成

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

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 $p<.01$ 、*は $p<.05$ 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 2 「クリーンルーム入室患者の不適応感尺度」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 $p<.01$, *は $p<.05$ を意味する。

(Table 2)。

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、CnA-Sの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の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表を参照されたい。「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ほうが、男性では準クリーンルームのほうが、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適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観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 3)。

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・タバコへの想い」は性別で主効果があり、「治療経験」では女性に、「酒・タバコへの想い」では男性に対し高く評定していた (Table 4)。

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、男性のほうに「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 ($p<.01$)、45歳から65歳と65歳以上 ($p<.01$) 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・タバコへの想い」は性別のみ主効果がみられた (Table 5)。

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」($t(287)=-2.47, p<.01$)と「酒、タバコへの想い」($t(289)=2.49, p<.01$)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、タバコへの愁訴」では、1年から6年以下の看護師が高いと回答していた。

考 察

本研究は、全国のクリーンルーム・準クリーンルームを完備する施設での調査結果から、「クリーンルーム入室患者の不適応感」の全体構造を明らか

Table 3 「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×患者入室環境)

尺度	患者入室環境	性別		
		男性 上段: 平均(SD) 下段: 人数	女性 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	$F(1,291)=5.808 (p<.05)$ 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	$F(1,286)=5.246 (p<.05)$ 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	$F(1,286)=8.808 (p<.01)$ 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	$F(1,286)=9.221 (p<.01)$ 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	$F(1,291)=4.085 (p<.05)$ 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	$F(1,281)=4.437 (p<.05)$ 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	$F(1,286)=5.972 (p<.05)$ 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	

Table 4 「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×患者入室期間)

尺度	患者入室期間	性別		
		男性 上段: 平均(SD) 下段: 人数	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) 44	1.64 (0.73) 43	
	入室15日以上	1.71 (0.76) 129	1.67 (0.64) 74	
身体的症状の愁訴	入室14日まで	2.91 (0.88) 44	2.67 (0.82) 43	
	入室15日以上	3.09 (0.86) 126	3.03 (0.89) 75	
疾患への危機感	入室14日まで	2.86 (0.62) 43	2.89 (0.56) 43	
	入室15日以上	3.04 (0.54) 128	3.00 (0.53) 72	
身内からの支援の無い悲哀	入室14日まで	1.83 (0.60) 44	1.62 (0.64) 43	
	入室15日以上	1.86 (0.75) 127	1.80 (0.68) 70	
社会的基盤の危うさへの悲嘆	入室14日まで	1.64 (0.57) 44	1.40 (0.69) 43	$F(1,285)=10.539 (p<.01)$ 男性>女性 $F(1,285)=6.076 (p<.01)$ 15日以上>14日まで
	入室15日以上	1.87 (0.69) 127	1.57 (0.61) 72	
医療へのネガティブな態度	入室14日まで	1.62 (0.64) 44	1.59 (0.64) 43	
	入室15日以上	1.72 (0.72) 129	1.77 (0.68) 74	
治療経験	入室14日まで	1.79 (1.00) 43	2.10 (1.14) 42	$F(1,280)=4.063 (p<.05)$ 女性>男性
	入室15日以上	1.85 (0.91) 124	2.10 (1.06) 71	
医療への期待感	入室14日まで	2.70 (1.02) 44	3.29 (0.96) 42	$F(1,287)=9.705 (p<.01)$ 患者性別*患者入室期間
	入室15日以上	3.17 (0.82) 128	3.02 (0.92) 74	
酒・タバコへの想い	入室14日まで	1.57 (0.68) 43	1.33 (0.76) 43	$F(1,287)=5.812 (p<.05)$ 男性>女性
	入室15日以上	1.71 (0.88) 128	1.45 (0.76) 74	
情動性	入室14日まで	2.66 (0.80) 44	2.76 (0.89) 173	
	入室15日以上	2.76 (0.76) 129	3.03 (0.81) 43	

Table 5 「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	性別	
		男性	女性
		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)	1.50 (0.60)
	45歳から65歳	1.67 (0.82)	1.66 (0.66)
	65歳以上	1.61 (0.75)	1.78 (0.70)
		48	44
身体的症状の愁訴	45歳以下	3.17 (0.83)	2.96 (0.84)
	45歳から65歳	3.15 (0.81)	2.89 (0.92)
	65歳以上	2.78 (0.94)	2.89 (0.78)
		47	44
疾患への危機感	45歳以下	3.12 (0.60)	3.01 (0.54)
	45歳から65歳	3.00 (0.54)	2.99 (0.63)
	65歳以上	2.85 (0.53)	2.92 (0.46)
		48	43
身内からの支援の無い悲哀	45歳以下	1.79 (0.73)	1.62 (0.60)
	45歳から65歳	1.78 (0.65)	1.73 (0.67)
	65歳以上	1.96 (0.77)	1.81 (0.70)
		75	46
社会的基盤の危うさへの悲嘆	45歳以下	1.80 (0.60)	1.70 (0.49)
	45歳から65歳	1.97 (0.63)	1.64 (0.67)
	65歳以上	1.47 (0.64)	1.34 (0.58)
		47	43
		F(2,282)=11.884 (p<.001) 45歳から65歳>45歳以下>65歳以上	
		F(1,282)=6.049 (p<.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)	1.54 (0.54)
	45歳から65歳	1.71 (0.73)	1.76 (0.77)
	65歳以上	1.67 (0.64)	1.75 (0.64)
		48	44
治療経験	45歳以下	1.73 (0.97)	2.26 (1.21)
	45歳から65歳	1.91 (0.95)	1.79 (0.90)
	65歳以上	1.74 (0.89)	2.21 (1.13)
		41	29
		F(1,281)=5.537 (p<.05) 女性>男性	
		F(2,281)=3.168 (p<.05) 性*患者年齢	
医療への期待感	45歳以下	3.22 (0.91)	3.28 (0.85)
	45歳から65歳	3.04 (0.87)	3.14 (1.00)
	65歳以上	2.95 (0.91)	3.01 (0.92)
		44	29
酒・タバコへの想い	45歳以下	1.50 (0.79)	1.34 (0.67)
	45歳から65歳	1.71 (0.82)	1.44 (0.83)
	65歳以上	1.69 (0.83)	1.49 (0.84)
		44	29
		F(1,285)=4.485 (p<.05) 男性>女性	
情動性	45歳以下	2.86 (0.85)	2.83 (0.93)
	45歳から65歳	2.66 (0.95)	3.03 (0.77)
	65歳以上	2.70 (0.73)	2.90 (0.76)
		44	29
		83	44
		48	43

にし、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、適応障害の状態に至るまでの患者の状況を医療者がいち早く評価するツールの開発に取り組んだ。

「クリーンルーム入室患者不適応感」の尺度構成

「クリーンルーム入室患者不適応感尺度」では、45項目10因子が得られた。そして、3つの領域「身体的要因」「社会的要因」「環境的要因」(山田他, 2011)と対応するものであった。山田(2011a)は、医療者へのインタビューから、クリーンルーム・準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。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」など社会的側面については、DRS-Jとの関係性はみられなかった。同様に、身体的側面の指標であるPSとは、すべ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、本尺度の身体的側面の項目は、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、患者の社会的側面に関しては、ユニークな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」を含め高い相関があった。Holland and Rowland (1989)が、がん患者の適応に関して社会的援助の必要性を述べているように、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(山中他, 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、酒やタバコの欲求を、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と推察する。

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価していた。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ほう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しての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, 2010)。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やすいと評定しており、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)らは、社会的役割と関連した気持つ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適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」の不適応感は女性、「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、年齢すべ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適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適応感を高く評定していた。逆に、「酒、タバコへの愁訴」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やす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いう見取れる。

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の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。

臨床での活用と今後の課題

本研究では、「クリーンルーム入室患者の不適応感」について、信頼性の高い妥当性の確保され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・準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。

臨床では、多忙な業務の時間を割いて実際に尺度を活用することが可能であるか、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課題が残る。今後、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医療者間で使用し、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もある。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。

謝辞

ご多忙の中、看護学領域の発展のために調査にご協力下さった各施設の管理者の方々、臨床看護師の皆様方に心より感謝致します。

引用文献

- Gordon, A. M. 1975 Psychological aspects of isolator therapy in acute leukaemia. *British Journal of Psychiatry*, **127**, 588-590.
- 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.
- Holland, J. C. & Rowland, J. H. 1989 *Handbook of Psychooncology*: Oxford University Press. (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.)
- 加藤真由美・藤塚節子・山崎真理子・野本純子・山後麻貴湖・杉山京子・池田知美・多田洋子・田辺博之 1997 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.
- 柏木繁男・辻平治郎・藤島 寛・山田 尚 2005 LEX400 のビッグファイブの評価 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.
- 癌取り扱い規約 抜粋消化器癌・乳癌 2008 第8版 金原出版.
- Lynna, M., Judy, K., & David, R. 1984 Medical and pediatric psychological aspects of patients in germ-free isolation: A review of child, adult, and patients management literature. *Medical and Pediatric Oncology*, **12**, 43-49.
- 町田いずみ・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.
- 町田いずみ・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.
- 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.
- Miranda, O. 2010 Gender differences in response to trauma トraumティック・ストレス, **8**, 3-7.
- Miyashita, M., Yasuda, M., Baba, R., Iwase, S., Teramoto, R., Nakagawa, K., Kizawa, Y., & Shimada, Y. 2010 Interrater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. *European Journal of Cancer Care*, **19**, 124-130.
- 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.
- 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 第1版 医師薬出版株式会社.
- 小澤佳子・足利幸乃 2008 ステップアップがん化学療

- 法看護 初版 学習研究社.
- 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.
- Pontes, L., Guirardello, E. B., & Campos, C. J. 2007 Demands for attention experienced by a patient in a bone marrow transplant unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **4**, 154-160.
- 酢屋ユリ子 2004 医療施設におけるバイオリジカルクリーンルームの管理 モダンメディア, **50**(3), 4-11.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 山中愛子・狩野太郎・神田清子 2001 レビュー看護技術 がん化学療法に対するストレスの探究 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**, 1290-1296.
- 山田 忍 2010 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叢誌, **3**, 141-147.
- 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叢誌, **5**, 101-107.
- 山田 忍 2011b 看護師が医療現場で活用出来る尺度に関する展望 関西大学大学院心理学叢誌, **6**, 69-83.
- 山田 忍・大久保仁司・三坂里美 2011 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2 日本看護研究学会雑誌, **34**(3), 410.

(受稿: 2013.3.7; 受理: 2013.7.30)