

筑 波 大 学

博 士 （ 看 護 科 学 ） 学 位 論 文

脳神経疾患患者の家族が患者の病気  
に関して抱く不確かさの関連要因

2 0 1 6

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

飯塚 麻紀

## 目 次

### 第 1 章 序論

#### I. 緒言

##### 1. 脳神経疾患患者の家族が置かれた状況

- 1) 脳神経疾患患者の現状・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2) わが国における脳神経疾患の後遺症対策・・・・・・・・ 1
- 3) 脳神経疾患患者の家族の体験・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 4) 家族に対する看護支援の課題・・・・・・・・・・・・・・ 3

##### 2. 家族が患者の病気に関して抱く不確かさ

- 1) 脳神経疾患患者の家族の体験を表す概念・・・・・・・・ 4
- 2) 「不確かさ認知モデル」の適用・・・・・・・・・・・・ 4
- 3) 家族が患者の病気に関して抱く不確かさの要因・・・・ 6
  - (1) 刺激要因 (Stimuli Frame) について・・・・・・・・ 6
  - (2) 構造要因 (Structure Providers) について・・・・ 8
- 4) 「病気に関する不確かさ」を測定する尺度・・・・・・・・ 8

#### II. 研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

#### III. 研究の意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

#### IV. 本研究における用語の操作的定義・・・・・・・・・・・・ 10

#### V. 研究の概念枠組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11

### 第 2 章 日本語版 Managing Uncertainty Illness Scale-Family Member Form の作成と信頼性および妥当性の検討 (研究 1)

[本研究の結果の一部は、日本看護科学学会誌 Vol.34 で公表済み]

#### I. 緒言

- 1. 家族の不確かさに関連すると予測される要因・・・・・・・・ 13
- 2. 家族の不確かさと不安との関係・・・・・・・・・・・・・・ 14

3. 家族の不確かさを測定する尺度作成の必要性	15
II. 研究目的	16
III. 研究の意義	16
IV. 研究の概念枠組み	17
V. 研究方法	
1. 研究デザイン	18
2. 研究対象	18
3. 調査期間	19
4. 調査内容	19
5. 日本版尺度の作成および調査方法	21
6. 分析方法	22
7. 倫理的配慮	24
VI. 結 果	
1. アンケートの回収状況	26
2. 対象者の背景	26
3. 信頼性の検討	27
4. 妥当性の検討	27
VII. 考 察	
1. MUIS-FM-J への回答のしやすさについて	30
2. 対象者の背景について	30
3. MUIS-FM-J の信頼性の検証	31
4. MUIS-FM-J の妥当性の検証	31
VIII. 結 論	35

## 第 3 章 急性期を脱した脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因の検討（研究 2）

### I. 緒言

1. 脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさが明瞭になる時期

36

2. 家族の不確かさに関連する要因の検討	38
1) 刺激要因 (Stimuli Flame) の内容検討	38
2) 構造提供要因 (Structure Provider) の内容検討	40
II. 研究目的	44
III. 研究の意義	44
IV. 本研究における用語の操作的定義	45
V. 研究の概念枠組み	46
VI. 研究方法	
1. 研究デザイン	48
2. 研究対象	48
3. 調査期間	49
4. 調査内容	49
5. 調査の方法と手順	51
6. 分析方法	52
7. 倫理的配慮	53
VI. 結 果	
1. アンケートの回収状況	56
2. 対象者の属性	56
3. 各変数の得点分布	57
4. 各変数と家族の病気に関する不確かさとの関連	57
5. 家族の不確かさに影響する要因	
1) 重回帰モデルの適合度	58
2) 家族の不確かさに影響を与える要因	58
IV. 考 察	
1. 対象者の背景について	60
2. 脳神経疾患患者の家族が抱く不確かさの高さ	61
3. 家族の不確かさに関連すると予測した要因との関連	61
1) 刺激要因との関連	61
2) 構造提供要因との関連	64

4. 家族の不確かさに影響する要因とその影響力	
1) 重回帰モデルの有効性	66
2) 家族の不確かさに影響する要因	66
V. 結 論	67

## 第4章 総合考察

I. 脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさ	68
II. 看護実践への示唆	69
III. 本研究の限界と課題	70

第5章 結論	71
--------	----

文献	72
----	----

謝辞	81
----	----

## 図表

図 1. 研究の概念枠組み
図 2. 研究の概念枠組み（研究 1）
図 3. 研究の概念枠組み（研究 2）
表 1. 対象者の属性（家族の特性）
表 2. 対象者の属性（入院中の患者の特性）
表 3. MUIS-FM-J の項目分析

- 表 4. STAI の各尺度得点と MUIS-FM-J 得点との相関
- 表 5. 対象者の背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の差
- 表 6. 疾患の種類による対象者属性の割合の比較
- 表 7. 疾患の違いで属性の割合に差を認めた項目の MUIS-FM-J 得点の差
- 表 8. 対象者の属性（家族の特性）
- 表 9. 対象者の属性（入院中の患者の特性）
- 表 10. 対象者属性の違いによる MUIS-FM-J 得点の差
- 表 11. 各変数の平均点および Cronbach の  $\alpha$  係数
- 表 12. 医療者への信頼と MUIS-FM-J 得点との相関
- 表 13. ソーシャルサポートと MUIS-FM-J 得点との相関
- 表 14. 教育の違いと MUIS-FM-J 得点の差
- 表 15. 症状のパターンおよび出来事の熟知度と MUIS-FM-J 得点の差
- 表 16. 家族が抱く不確かさに影響する要因とその影響力

## 資料

- 資料 1. 研究 1 アンケート用紙（表紙）
- 資料 2. 研究 1・2 アンケート用紙（MUIS-FM-J）
- 資料 3. 研究 1 アンケート用紙（対象者の背景）
- 資料 4. 研究 1 研究協力依頼書（施設用）
- 資料 5. 研究 1 研究協力依頼書（対象者用）
- 資料 6. 研究 2 アンケート用紙（表紙）
- 資料 7. 研究 2 アンケート用紙（医療者への信頼）
- 資料 8. 研究 2 アンケート用紙（ソーシャルサポート）
- 資料 9. 研究 2 アンケート用紙（対象者の背景）
- 資料 10. 研究 2 研究協力依頼書（施設用）
- 資料 11. 研究 2 調査依頼マニュアル
- 資料 12. 研究 2 研究協力依頼書（対象者用）

# 第 1 章 序論

## I. 緒言

### 1. 脳神経疾患患者の家族が置かれた状況

#### 1) 脳神経疾患患者の現状

脳神経疾患患者は、意識障害をはじめ、失語や失行といった高次脳機能障害、運動機能障害、感覚障害などさまざまな後遺症を残すことが特徴である。その症状は軽症から重症までさまざまであり、自立した生活を奪われることも多い（岩崎，2012）。また、脳神経疾患の中には病状が慢性的に進行する疾患も多いが（岩崎，2012）、脳卒中のように、意識障害や運動障害を伴うような突然の発症を特徴とする疾患もある（飯島，2010）。意識は、生命維持活動の管理と調整の役割を担い、生活体としての人間を作り出すものであり（鈴木，2007）、非常に重要な機能である。意識障害は、脳神経疾患において最も代表的な症状である（武村，2012）。意識障害を有する患者は、自己と周囲の認識が不十分な状態となることから（大岡，1999）、家族や他者との効果的な意思の疎通が困難になる重大な問題を抱えることになる。そのため、そこから生じる問題の影響は、患者本人のみにとどまらず、家族の日常性に対する大きな脅威となることが推察される。

#### 2) わが国における脳神経疾患の後遺症対策

わが国では、加速する高齢化を見据え、人々が可能な限り住み慣れた地域で生活できることを目指して、2025 年を目標に地域包括ケアシステムの構築が推進されている。現在、脳神経疾患に含まれる脳卒中による後遺症の残存は、65 歳以上の要介護者の直接の原因の第一位であることが報告されている（厚生労働省国民生活基礎調査，2010）。そのため、脳神経疾患患者においても在宅への移行が積極的に進められるようになり、2000 年には、発症後 60 日以内の脳卒中患者を対象として、患者の ADL の向上と家庭復帰を目指す回復期リハビリテーション病棟が導入された。特に、脳卒中患者に対し



ては、急性期からの積極的なリハビリテーション、および、ADL 改善を目指した回復期におけるリハビリテーション時間の確保が推奨されている現状がある（日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会，2015）。しかし、脳神経疾患の後遺症である意識障害については、重症であるほど ADL 回復の見込みがないと判断される場合が多く、身体的機能が保たれている意識障害の場合にも、回復期リハビリテーション病棟への移動の適応条件をみたさない場合も少なくない。そのため、患者の回復を望む家族にとっては、リハビリテーションに託す思いが強いにも関わらず（古賀, 井上, 2007）、実際にはリハビリテーション病棟への移動に関する制限を受ける場合も多い。そのような家族は、意識障害患者に代わって、自宅もしくは療養型病棟へ療養の場を変更する代理意思決定を行い、また介護や看病の継続に関する判断を余儀なくされる状況に置かれることになる。

### 3) 脳神経疾患患者の家族の体験

脳神経疾患により意識障害を残した患者の家族は、突然の出来事に戸惑ったり、不安を抱いたりすることが多い（高木, 2007）。意識障害患者の家族を対象とした調査では、樽松, 黒田（2011）は、家族は、希望と落胆が共存する状況を体験しており、意思疎通できないことの葛藤の中で、患者の動きに翻弄され一喜一憂していたと報告している。また、家族は、医師の説明と患者のわずかな反応を頼りに回復を実感したり最悪の事態を考えていたことや（田中, 2010）、医師から回復の見込みを否定されても、口元や足を動かす患者をみると素人なので割り切れないという思いを抱いていたことが明らかにされている（飯塚, 2017）。意識障害患者の家族の体験は、患者との意思疎通の困難さから生じているものであり、家族が、患者の病状を把握することが非常に難しい状況であることを示している。

さらに、樽松, 黒田（2006）は、くも膜下出血の妻に寄り添う夫の体験を記述した研究の中で、夫は、「意識が障害された妻を受け入れることに葛藤する」という体験をしていたと報告している。また、集中治療中の意識障害患者の家族を対象とした古賀, 井上（2007）の研究でも、家族は「患者のイメージがぐらつく」という体験をしていた。患者の意識障害による意思疎通困難は、これまで問題なくコミュニケーションが図れていた状況の突然の変化も意味するものであり、家族の動揺は大きいと考える。Theresa（2015）によれば、家族の体験は、患者のパーソナリティの尊重や関係性の喪失の体

験でもあったと述べられている。小此木（1979）は、物質的な喪失とは異なり、その人の中で起こる内面的な対象喪失を、内的対象喪失と名づけている。意識障害患者の家族も、これまでと変化した患者を目の当たりにしてこの内的対象喪失を体験し、不安や苦悩の中で揺れ動く体験をしていると考える。

このような家族の体験は、意思疎通の困難から患者の病状を把握しきれず、自分や家族の今後の見通しもつけにくい状況であり、家族にとっては非常に曖昧な状況である。しかし、そのような状況の中でも、家族は、患者の回復を見守り（Regina & Esther, 2010）、今後の自分の生き方を模索し（樽松, 黒田, 2006）、家族の在り様を見直すなど（飯塚, 2017; 平原, 鈴木, 2008）、常に新しいバランスを確立しようと、「探し求める（Seeking）」努力を続けていた（Louise & Mike, 2002）。Marika et al. (2015) が家族に行ったインタビュー調査では、家族は、患者の複雑な医学的治療や診断の中で、今後の変化を予測できないままに何かを決めなければいけない状況を体験していることが明らかにされている。さらに、平原, 鈴木 (2008) によれば、家族は、患者に期待通りの改善がみられず張りがないという思いも抱いているが、そのような中で、看護師が患者の日々の様子やわずかな変化を伝えてくれることを期待し（飯塚, 2017; Catrina, Kerstin & Febe, 2010）、問題状況を整理して今後のことを一緒に考えてくれるを求めていることが明らかになっている（梶尾, 森山, 2010）。

#### 4) 家族に対する看護支援の課題

看護師は、家族看護の実践の必要性は理解しながらも、日々変化する患者の状態や日常の看護業務に追われて、家族のケアを患者の背景として漠然と捉えてしまう場合も少なくない（岩崎, 2012; 鈴木, 渡辺, 2007; 若狭, 2003）。その結果、家族への看護援助は後回しになる現状があり（藤本ら, 2010; 横堀ら, 2008; Malley et al., 2007）、家族に対する看護支援の重要な課題となっている。畠山（2006）は、「家族を患者の資源、協力者であると思っ

て関わるのと、看護の対象であると思っ

て関わるのとでは看護師の態度が変わってくる」と述べている。看護師は、脳神経疾患患者の家族の体験を理解した上で、看護支援の対象者として家族と関わる必要がある。さらに、渡辺（2004）は、家族看護実践という

と、具体的に「何をするのか」という援助行為そのものに目が向けられがちだが、それを支える「なぜするのか」に関する専門的知識がすべての基礎となると述べている。患者の病気の発症や後遺症の残存という状況に投げ込まれ

た家族が、その状況をどのように認知し、その認知にはどのような要因が関連しているのかを明らかにすることができれば、看護師として必要な支援を考えることが可能になると考える。

## 2. 家族が患者の病気に関して抱く不確かさ

### 1) 脳神経疾患患者の家族の体験を表す概念

1998年に、米国の Mishel が“Uncertainty in illness Theory（病気に関する不確かさ理論）”を発表し、以降、看護における有用な理論として定着してきた（野川，2010；Donald & Janet，1991）。Mishel（1988）によれば、不確かさとは病気に関連する出来事に対してはつきりと意味づけられない認知状態であり、具体的には、不確かさとは、1) 病状に関する曖昧さ、2) 治療やケアシステムの複雑さ、3) 病気の診断や重症度についての情報の不足や不一致、4) 病気の進行や予後の予測不可能性、の4つを含む認知状態であると説明されている。つまり、病気に関する不確かさとは、病気という対象そのものの存在は認知しているものの、その内容は漠然として明確化できないものであり、その時起きている状況を、その人自身が整理して把握できない状態を示すものである。

常に曖昧な状況の中で、不安を抱えながら一定に定まることなく揺れ動き続ける脳神経疾患患者の家族の体験は、この Mishel(1988)の「不確かさ」の概念定義に当てはまるものと考えられる。また、病気に関する不確かさは、患者だけでなくその家族にも生じるものであることから(Ann & Ingegerd, 2006; Grootenhuis & Last, 1997)、意識障害を伴う脳神経疾患患者の家族の体験は、「不確かさ」という概念を用いて説明することが可能であると考ええる。

### 2) 「不確かさ認知モデル」の適用

Mishel の病気に関する不確かさ理論は、Lazarus と Folkman によるストレス-コーピング理論の、ストレス／評価／対処（コーピング）／適応の枠組みを、看護に対して特別な意味を持つものとして発展させたものであると説明されている（Donald & Janet，1991）。この理論では、病気に関する不確かさの認知はある特定の要因の影響を受けて発生し、その後、患者個人が評価し対処行動をとるこ

とで、最終的には適応へと至る時間性を持った一方向性の「不確かさ認知モデル」として説明されている (Mishel, 1988)。本モデルにおける適応とは、その個人が通常の範囲と考える生物心理社会的な行動をとれる状態であると定義され、それは、心理社会的適応、回復、ストレス、生活の質、健康などを指標とし、操作的に定義されるものである (Mishel, 1988)。

看護師は、意識障害をはじめとした後遺症を残す脳神経疾患患者の家族が、その状況を受け止められずに、強度の不安を訴え抑うつ状態に陥る状況をしばしば体験する。峠 (2008) が脳卒中患者の家族を対象に行った調査では、意識レベルが清明だった患者の家族と比較し、JCS (Japan Coma Scale) が 1 桁以上の意識障害を有する患者の家族および下肢麻痺がない患者の家族よりもある患者の家族の方が、不安得点やうつ得点が有意に高かったことが報告されている。また、玉城, 砂川, 照屋 (2004) は、入院中の脳卒中患者の家族を対象に調査を行い、発症後 1 週間以内よりも 1 週間以降 3 ヶ月未満の方が、将来不安や健康不安が高くなる傾向にあったことを明らかにしている。これらは、意識障害や生活動作の支障の有無といった患者の症状、あるいは患者の病期が、「不確かさ認知モデル」において適応の指標となる不安や抑うつと関連することを示した非常に興味深い結果である。不確かさと適応の指標との関連について、近年では、肝移植前後の女性、COPD 患者、卵巣がん術後の患者、2 型糖尿病患者などを対象とした調査が行われている。これらの結果は、病気に関する不確かさが高い人ほど不安や抑うつが高いことを明らかにしているが (Karin et al., 2013 ; Judith, Ellen, Jennifer, David, & Robert, 2010 ; 野川, 2012 ; Dena, Elizabeth, Michael, Peter, & Ruth, 2008 ; 野川, 2004)、脳神経疾患患者の家族を対象としたものは見当たらない。Mishel (1988) は、患者や家族にとって、病気に関する不確かさをいかに管理するかが適応のための重要な課題であると説明している。したがって、脳神経疾患患者の家族においても、不適応を防ぐために「不確かさ認知モデル」を活用し、家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにすることは、不確かさの視点から看護支援を検討する際に非常に有用であると考えられる。

脳神経疾患患者の家族を対象とした先行研究からは、家族が高い不確かさを抱き、その不確かさは患者の後遺症の程度や病期といった患者の病状と関連していることが予測される。しかし、これまでの研究は主に定性的に行われており、脳神経疾患患者の家族は本当に患者の病気に関する不確かさが高いのか、どのように不確かさ

を抱いているのか、どのような家族が不確かさを抱きやすいのかについて、確かなエビデンスを示す結果が見当たらない。Mishel(1988)は、「不確かさ認知モデル」の中で、不確かさの発生に影響する個々の要因についても明らかにしている。したがって、このモデルを利用すれば、それらの要因が、脳神経疾患患者の家族の場合にどのように関連しているのかを明らかにすることが可能である。また、看護師は、不確かさの視点から家族の理解を深めることが可能になると考える。

### 3) 家族が患者の病気に関して抱く不確かさの要因

Mishel(1988)の「不確かさ認知モデル」では、不確かさに関連する要因には、刺激要因 (Stimuli Frame)、構造提供要因 (Structure Providers)、認知能力 (Cognitive Capacity) の 3 つが含まれると説明されている。このうち、認知能力 (Cognitive Capacity) は人の情報処理能力をさし、人が生まれつきもつ能力を含むことから、個人の本質的特性に大きく左右される。また、この要因は不確かさに直接影響する要因ではないことから (Mihsel, 1988)、これまで研究的興味が得られてこなかった (森谷, 鈴木, 2008 ; Donald et al., 1991)。看護師が脳神経疾患患者の家族の不確かさの管理を支援するためには、その時の家族の置かれた不確かさの状況を明らかにし、介入可能な支援を検討することが必要であると考ええる。刺激要因 (Stimuli Frame) および構造提供要因 (Structure Providers) は、それぞれ患者の病状や家族の持つ資源など、家族の置かれた状況に関わる要因であり、家族の不確かさに直接的に影響する要因である。したがって、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関する要因を明らかにするにあたり、「不確かさ認知モデル」の中の、これら 2 つの要因を取り上げ、家族が患者の病気に関して抱く不確かさと、その不確かさに関連する要因を明らかにすることが可能になると考える。

#### (1) 刺激要因 (Stimuli Frame) について

刺激要因 (Stimuli Frame) は、不確かさの認知を刺激する不確かさの主要な先行要因であり、①症状のパターン (Symptom pattern) ; 症状の種類や程度、継続性などの一定性、②出来事の熟知度 (Event familiarity) ; 環境、医療者、治療に慣れ親しんでいる程度、③出来事的一致度 (Event congruency) ; その人が予期し

たことと実際に起こったことの一致度、の 3 つの内容で構成される (Mishel,1988)。

初めに、症状のパターンについて、Mishle & Carrie(1988)は、不確かさとの関連を検証している。症状のパターンの指標として、患者自身の身体症状のコントロール感を用いている。この身体症状のコントロール感の高さは、症状の現れ方が一定で予測可能であることを意味する。この検証では、一定した症状のパターンは不確かさを低くすることが明らかにされている。脳神経疾患患者の家族の場合、症状のパターンは疾患特有の症状である患者の意識レベルや生活動作への支障の現れ方を家族がどのように評価しているかであり、不確かさと関連すると考えられる。次に、出来事の熟知度(Event familiarity)と不確かさの関連の検証では、Mishle & Carrie(1988)は、不確かさ(Uncertainty)尺度全 30 項目中 6 項目を出来事の熟知度の指標とし用いている。例えば、「たくさんの異なる職種スタッフがいて、誰が何をする役割の人なのか、はっきりしない」という項目は、医療者やシステムへの熟知度を測定するものであり、「医師の話すことは、いろいろな意味にとれそうだ」という項目は、医療用語への熟知度を測定するものであると説明している。この検証は、出来事の熟知度が高いほど不確かさが低くなることを明らかにしている。脳神経疾患患者の家族の場合には、患者自身から情報を得ることが困難であるため、いかに医療者から情報を得られる立場であるかや、情報を得る機会の多さが出来事の熟知度を変化させ、不確かさに影響するのではないかと考える。最後に、出来事の一貫度は、その人が予期したことと実際に起こったことの一貫度であり、一貫度が高いほど病気に関する不確かさは低くなる (Mishel,1988)。そのため、脳神経疾患のなかでも、特に突然の発症を特徴とする脳卒中のような疾患の場合には、家族は患者の治療や病状の経過の予測が困難であることから、家族の出来事の一貫度は低く、不確かさを高くする要因となる可能性があると考ええる。

以上のことから、刺激要因(Stimuli Frame)は、患者の病状とそれに対する家族の評価であり、脳神経疾患の発症により生じた患者の特性を大きく反映するものであると考える。そのため、これらの要因と不確かさとの関連を明らかにすることができれば、どのような患者の家族が不確かさを抱きやすいのかが明確になると考える。

## (2) 構造提供要因 (Structure Providers) について

構造提供要因 (Structure Providers) とは、人が刺激要因 (Stimuli Frame) を解釈するのに助ける資源として間接的に働くだけでなく、病気に関する不確かさを緩和するように直接的に働く要因であり、①医療者への信頼 (Credible Authority)、②ソーシャルサポート (Social Support)、③教育 (Education) の 3 つから構成される (Mishel, 1988)。

医療者への信頼とは、患者が医療提供者に対して持つ信用や信頼であり、医師の能力や名声は不確かさに直接的に、そして医師や看護師による適切な情報提供は刺激要因に肯定的に働き、不確かさを低くする (Mishel, 1988)。ソーシャルサポートとは、出来事を意味づけるためのフィードバックを得ることで様々な生活上の危機における不確かさを防ぐ機能を持つものであり、それは肯定的なもの、ネットワーク、情報を得る機会、知覚されたサポートである (Mishel, 1988)。教育は、治療に関する複雑さやケアシステムについての正確な理解を助け、不確かさを低くする (Mishel, 1988)。脳神経疾患患者の家族の場合、この 3 つの要因を有する家族ほど、不確かさは低くなることが予測される。脳神経疾患患者の特性を刺激要因 (Stimuli Frame) としてもつ家族にとって、構造提供要因 (Structure Providers) が、不確かさにどのように関連するのかを明らかにすることは、家族がどのように不確かさを抱いているのかを明らかにすることにつながり、支援の方向性を検討する上で非常に重要であると考えられる。

## 4) 「病気に関する不確かさ」を測定する尺度

脳神経疾患患者の家族の不確かさに関連する要因を明らかにするためには、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさを正確に測定することができる客観的指標が必要である。

病気に関する不確かさを測定する尺度は、Mishel (1997) により対象別に 4 種類が開発されている。一つ目は、入院中の急性期の成人患者用 (Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult : MUIS-A) (Mishel, 1981) である。MUIS-A は、当初 30 項目 2 因子構造 (①曖昧さ、②複雑さ) の尺度として開発された。1983 年には当初のデータが再分析され、4 因子構造 (①曖昧さ、②複雑さ、③情報の不足、④予測不可能性) の尺度が開発されている。いずれの尺度もさらなる検証が加えられ、1986 年には、28 項目 2

因子構造（①曖昧さ，②複雑さ）の尺度に、1989年には32項目4因子構造（①曖昧さ，②複雑さ，③情報の不一致，④予測不可能性）の尺度に修正され、現在は両者ともに使用可能となっている（Mischel, 1997）。2つ目に、慢性疾患患者用の尺度（MUIS-C）が作成された。この尺度は、入院・治療をしていない患者を対象としているため、MUIS-Aから入院環境や治療の質問を除いた23項目、1因子構造の尺度として使用されている（Mischel, 1997）。3つ目の、病気を持つ子供の親用の尺度（Patients' Perception Uncertainty in Illness : PPUS）は、MUIS-Aにわずかな修正を加えて作成されたものであり、MUIS-A同様の4因子構造をとる（Mischel, 1983）。4つ目が家族用尺度であり、PPUSの質問項目で使用する“Patient”を“Family”に置き換えて作成された（Managing Uncertainty in Illness-Family Member form）。本尺度とPPUSは、自分自身ではなく他者の病気に関連した病気に関する不確かさの程度を測定するという点でMUIS-Aと異なる（Mischel, 1997）。つまり、家族用尺度が測定するものは、家族が、その人の立場で患者の姿や治療環境を見ることを通して得られた不確かさの程度であると考えられる。家族用の尺度は、509名の家族を対象とした分析で4因子構造もしくは2因子構造は保証されず、現在は1因子構造での使用が妥当と判断されている（Mischel, 1997）。これら4種類の病気に関する不確かさ尺度のうち、日本語に翻訳され、信頼性と妥当性が検討されたものは慢性疾患患者用の尺度（MUIS-C）（野川，2004）のみであり、家族用尺度については、いまだ日本語に翻訳されたものは見当たらない。そのため、脳神経疾患患者の家族の不確かさに関連する要因を明らかにするためには、まず、そのような対象の不確かさを正確に測定できる、日本語版 Managing Uncertainty in Illness-Family Member formを作成し、その信頼性と妥当性を検証することが必要であると考えた。

## Ⅱ．研究目的

脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにすることを目的とする。



### Ⅲ. 研究の意義

Mishel (1988) は、病気に関する不確かさをいかに管理するかが適応のための課題であると述べている。脳神経疾患患者の家族に関しては、患者の意識障害などの残存や病期が、不安、抑うつといった不適応と関連していることが明らかにされているが (峠, 2008 ; 玉城ら, 2004)、不確かさとの関連については明らかにされていない。そのため、患者の病状や病期を含む家族の置かれた状況のうち、どのような要因が不確かさと関連するのかを明らかにすることができれば、不安や抑うつなど不適応を防ぐための看護支援の方向性の検討が可能となる。本研究では、まず、これまで米国で広く活用されてきた Mishel の病気に関する不確かさ尺度 (家族用) の日本語版を確保する。本尺度が完成すれば、脳神経疾患患者の家族の不確かさが本当に高いのかといった実態を明らかにすることが可能になる。そしてその尺度の使用によって、脳神経疾患患者の家族がどのように不確かさを抱えているのか、どのような家族が不確かさを抱きやすいのかを明確にすることができ、看護師が家族を看護の対象者として再認識するための重要な資料になると考える。不確かさは、それが管理できないまま長期におよぶと重大な感情的苦悩となることがある (Donald & Janet, 1991)。したがって、看護支援の方向性を示すことができれば、家族の精神的健康へ寄与するとともに家族看護の質の向上に貢献できるものと考え。さらに、その他いずれの疾患の場合にも、家族は不確かさを抱いていることは想像に難しくなく、本研究結果は、不確かさの管理という視点から家族にアプローチしようとする家族支援の発展に貢献できるものと考え。

### Ⅳ. 本研究における用語の操作的定義

#### 1. 家族

戸籍上の関係および同居の有無を問わず、患者の面会に訪れた者のうち、その人本人が患者と家族であると認識する者をさす。

## V. 研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 1 に示した。

脳神経疾患患者の家族の患者の病気に関する不確かさは、患者の病気の発症によって家族の置かれた状況、すなわち Mishel(1988)の「不確かさ認知モデル」で不確かさの先行要因として説明される、刺激要因 (Stimuli frame) と構造提供要因 (Structure Providers) の影響をうけて生じるものである。そして、これまでの脳神経疾患患者の家族を対象とした定性的な研究から、不確かさとは、不安を抱えながら一定に定まることなく揺れ動き続ける状態を表していると考えられ、家族の抱く不確かさには、常に不安が共存していると予測される。しかし、Mishel(1988)のモデルによれば、不安は、家族が不確かさを認知した結果生じるものであり、不確かさと不安とは、類似はするものの、同一の概念ではないことが考えられる。これらの関連を明らかにするにあたり必要となるのが、家族の不確かさを測定できる客観的指標である。そのために、本研究では、まず研究 1 として、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさを正確に測定できる日本語版尺度を作成する。その際、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさと不安との関連を明らかにすることは、日本語版尺度の不安尺度との併存妥当性を確認することになるとともに、脳神経疾患患者の家族がどのように不確かさを抱いているのかについての示唆を得る手がかりになる。さらに、脳神経疾患患者の家族の置かれた状況を探索的に検討し、日本語版尺度得点との関連を検証することで、尺度のもつ感度を確認することができる。

そして、研究 2 では、研究 1 の結果を踏まえたうえで、脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさを抱くと考えられる家族を選定し、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにする。その際、家族の置かれた状況と不確かさとの関連を知ることで、効果的な支援を検討することが可能になると考える。よって、家族の不確かさとの関連する要因は、Mishel(1988)の「不確かさ認知モデル」のうち、脳神経疾患患者の家族の置かれた状況に関する内容からなる刺激要因 (Stimuli frame) と構造提供要因 (Structure Providers) の 2 つを取り上げ、研究 1 の結果も踏まえて具体的内容を予測して変数とし検証を行う。刺激要因 (Stimuli frame) は、患者の病状や病期を示す症状のパターン、医療者や医療システムへの慣れを示す出来事の熟知度、あるいは現状の予測可能性を示す出来事の一致度からなり、家族が

それらをどのように認識しているのかによって不確かさの程度は異なることが予測される。また、構造提供要因 (**Structure Providers**) は、患者の病気の発症により生じている状況の把握と整理を助けてくれる資源であり、家族がどの程度医療者を信頼し、どの程度のソーシャルサポートを有し、また情報の正確な理解のための知識をどの程度有しているのかによって、家族の不確かさの程度は異なることが予測される。

## 第 2 章 日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form の作成と信頼性および妥当性の検討 (研究 1)

本章では、研究 1 として、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に対して抱く不確かさを測定するために作成した日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form の信頼性および妥当性について述べる。

なお、本研究の一部は、日本看護科学学誌、Vol.34（飯塚，水野，2014）において公表済みである。

### I. 緒言

#### 1. 家族の不確かさに関連すると予測される要因

脳神経疾患は、脳および神経に関わる病気の総称であり、実際には、脳卒中である脳梗塞、脳出血、くも膜下出血をはじめ、脳腫瘍、脳外傷、脳の感染性疾患や未破裂動脈瘤といった様々な疾患が含まれる。これまで、Mishel(1981,1977)の作成した尺度を用いた研究の多くは、疾患の種類の違いで対象が選定され、その関連要因が明らかにされてきた（Judith et al.,2010 ;Donald et al.,2009 ; Fedele et al.,2009 ; 森谷，鈴木，2008 ; Tipaporn, Nitaya, Laddawan, & Samaporn, 2006 ; Mishel, 1977）。脳神経疾患についても、疾患の種類により家族の抱く不確かさに関連する要因は異なる可能性が大きいと考えられる。特に、脳梗塞、脳出血およびくも膜下出血からなる脳卒中は、急激に発症し、同時に、出現した意識障害や運動障害、失語などの症状は残存するという大きな特徴を持つために（飯島，2010）、他の脳神経疾患と区別することが可能である。そして、そのような発症形態や意識障害等の後遺症残存という特徴は、家族が抱く不確かさの程度を左右する要因になるのではないかと考える。疾患の種類以外で不確かさとの関連要因を検証した先行研究には、卵巣がん術後（Karin et al.,2013）

や肝移植前後（Dena et al.,2008）、あるいは難病の再発（森谷，鈴木，2008）など、特定の病期に焦点をあてたものがある。脳神経疾患患者の家族の場合にも、入院日数や再発を意味する入院回数などの違いは、家族の置かれた状況を大きく変化させるために、家族の抱く不確かさに関連する要因になることが予測される。さらに、家族の置かれた状況を大きく変化させる要因として、意識障害等の後遺症の残存もまた家族が抱く不確かさに関連することが考えられる。Camen, Sue, Marcia , & Freb（2006）は、妊婦の中でも症状の程度が異なるハイリスク妊婦焦点をあて、不確かさとの関連を明らかにした。脳神経疾患患者の場合には、特有の症状である意識レベルの低下や生活動作への支障の程度は、生命存続に関する曖昧さ、意思疎通による状況把握の困難さ、これまでのコミュニケーションが図れなくなることへの戸惑いや関係性の変化、生活の自立度の低下により今後の生活の見通しの困難さを生み出すため、家族の不確かさと関連する重要な要因であると考えられる。そして、家族を対象とする場合には、患者の病状を、家族であるその人自身がどのように評価しているかを確認する必要がある。患者の病状以外にも、治療内容や環境を含むその時の状況を家族がどのように認識しているかは、状況の把握や情報の整理に影響を与えるため、不確かさに関連する要因であると考えられる。

## 2. 家族の不確かさと不安との関係

脳神経疾患の特徴的な症状である意識障害を残す患者の家族は、患者との意思疎通の困難さから（飯塚，2017；樽松，黒田，2011；田中，2010；高木，2007）、患者の病状を把握することが難しい状況にある。また、患者の意識レベルの低下は、入院前の患者の存在を変化させるような喪失の体験にもつながることから（Thsresa, 2015；古賀，井上，2007；樽松，黒田，2006）、家族は、常に不安を抱えながら一定に定まることなく揺れ動き続ける、不確かさを体験している。

不安とは、「漠然とした未分化な恐れ of 感情であり、対象のない情緒的混乱、心理的な矛盾感覚の極まった状態」と定義される（笠原，1993）。不安は感情であり、対象がないという点では不確かさと異なるものの、漠然としたものであるという点で類似した概念であると考えられる。不安は、Spielberger(1983)によって状態不安と特性不安の2つの概念に体系づけられている。肥田野，福原，岩脇，

曾我, Spielberger (2000) によれば、状態不安は、不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応であり、特性不安は、さまざまな場面で不安になりやすい比較的安定した個人の特徴であると説明されている。状態不安は状況に左右されるという点で病気に関する不確かさと共通する。したがって、状態不安は、特性不安よりも、より病気に関する不確かさと類似した概念であると考えられる。

これまで、様々な病気を持つ患者を対象に、Mishel の不確かさ尺度を用いた研究がなされてきた。多くの先行研究で不確かさと不安との間には有意な正の相関関係があったと報告している (Karin et al., 2013 ; Judith et al., 2010 ; 野川, 2012 ; Dena et al., 2008 ; 野川, 2004)。先行研究では、脳神経疾患患者の家族を対象にしたものは見当たらないが、これまでの定性的な研究結果より、本対象においても、病気に関する不確かさと不安との間には正の相関関係が成り立つことが予測される。

### 3. 家族の不確かさを測定する尺度作成の必要性

脳神経疾患患者の家族が抱く不確かさを理解し、さらにその要因を明らかにするためには、Mishel (1997) により開発された、Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form (病気に関する不確かさ尺度-家族用) を使用する必要がある。しかし、本尺度はいまだ日本語に翻訳されたものは見当たらない。したがって、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさを正確に測定することが可能な、信頼性および妥当性を有する尺度を確保する必要がある。そのため、Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form を日本語に翻訳してその信頼性と妥当性を検討する必要がある。作成した日本語版尺度得点と、家族の背景や不安との関連を明らかにすることは、尺度の妥当性を検証し、尺度の利用可能性を確認するために有用であると考えられる。

## Ⅱ．研究目的

Mishel が作成した“Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member form : MUIS-FM”を元に翻訳して日本語版 MUIS-FM（以下、MUIS-FM-J）を作成し、脳神経疾患患者の家族を対象に調査を行い、家族が患者の病気に関連して抱く不確かさを測定する上での信頼性および妥当性を確認することを目的とする。

## Ⅲ．研究の意義

MUIS-FM-J の信頼性および妥当性を確認してその使用可能性が確認できれば、看護師は病気に関する不確かさという側面から家族を客観的かつ量的に把握することが可能となる。それにより、看護師同士で家族評価の一部を共有することが可能となる。また、病気に関する不確かさ尺度は米国で開発されて以降、様々な対象において使用されてきた。そのため、本尺度を使用した調査結果とそれらの結果を比較することで、脳神経疾患患者の家族が抱く不確かさの程度を明らかにすることが可能である。さらに、本尺度の妥当性検討において家族の背景と不安との関連を検証することにより、脳神経疾患患者の家族がどのように不確かさを抱いているのか、どのような家族が不確かさを抱きやすいのかについての示唆を得ることが可能になると考えられる。そして、日本語版尺度の完成は、次の研究段階として、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにすることを可能にするため、本尺度完成の意義は大きい。

#### IV. 研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを図 2 に示した。

不安は、Spielberger (1983) によって状態不安と特性不安の 2 つの概念に体系づけられている。状態不安は、不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応であり、特性不安は、さまざまな場面で不安になりやすい比較的安定した個人の特徴である（肥田野ら，2000）。脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさには、常に不安が付きまといっていることから、家族の不確かさと状態不安、特性不安それぞれの間には、いずれも正の相関関係が確認できると予測される。それにより、MUIS-FM-J の併存妥当性を検証することが可能である。また、特性不安がその人自身の個人特性を表すのに対し、状態不安は、不確かさと同様に状況に左右されるという点で類似する概念であると考えられることから、不確かさは、特性不安よりも、状態不安との間でより強い相関関係が認めることが予測される。よって、家族の不確かさが、特性不安よりも状態不安との間でより強い中程度以上の正の相関関係を示すことが確認できれば、MUIS-FM-J の構成概念妥当性の一部を検証することが可能である。

また、脳神経疾患患者の家族の背景の違いにより、家族の不確かさの程度は変化すると考えられる。患者の病状である、疾患の種類や入院日数および入院回数は、患者の発症形態の違いや病期の違いを表すものであるとも考えられることから、その違いにより家族の状況が大きく変化し、不確かさに関連する要因になると考えられる。また、脳神経疾患に特徴的な症状である患者の意識レベルや生活動作の程度についての家族の評価は、状況把握の困難さを生じさせるために、家族が抱く不確かさと関連する要因であると考えられる。さらに、家族の状況の認識を示す現状の予測は、入院時に現状を予測ができたかどうかという出来事の一致度を表し、予測できない家族ほど、不確かさは高くなることと考えられる。医療への満足は、患者の治療内容や医療者を含む治療環境に対する家族の認識を表すものであり、家族の状況把握や情報の整理に影響を与え、不確かさに関連する可能性がある。



## **V. 研究方法**

### **1. 研究デザイン**

本研究は、無記名式自記式アンケート用紙を用いた横断的観察研究デザインである。

### **2. 研究対象**

#### **1) 対象者**

本研究では、関東および東北地方の計 5 つの総合病院の脳神経外科および神経内科病棟において脳神経疾患と診断され入院中の患者の家族を対象とした。

なお、調査対象となる家族は 1 名の患者に対して 1 名とし、以下の基準に沿って選定した。

#### **(1) 適格基準**

- ① 治療のために入院している患者の家族
- ② 患者の面会に訪れた者のうち、研究への協力に同意の得られた者（患者に意識障害がない場合には、患者の同意も得られた者）

#### **(2) 除外基準**

- ① 生命が危機的状态にあると医師が判断している患者の家族
- ② 入院当日の患者の家族
- ③ 術前患者の家族
- ④ 診断が未確定であり、検査目的で入院している患者の家族
- ⑤ 患者および家族もしくはどちらかが 20 歳未満で成人していない者
- ⑥ 認知状態・精神状態に問題があり、調査を依頼しないほうが良いと医師や看護師が判断する家族

## 2) 対象者数

本調査は尺度の構成概念を確認するために因子分析を行う予定である。そのため、もともと標本数を必要とする因子分析を基準に対象者数を算出した。翻訳した米国版尺度の信頼性や因子分析における先行研究の結果では、尺度の質問項目数の 10 倍の約 40% から 70% で十分な信頼性が確保できている（中井ら，2006；野川，2004）。今回、因子分析を行う MUIS-FM-J は 31 項目であり、本研究では、対象者数 124 部以上を確保することを目標とした。患者の家族を対象とした先行研究での回収率はおおよそ 36%（伊藤，2009）から 66%（宮谷，小宮山，鈴木，2002）と幅広いが、研究者が対象者に説明を行い回答に郵送法を用いた調査での回収率は、おおよそ 60%（西村，稲葉，小林，2008；宮谷ら，2002）であるという情報を基に、本研究の回収率を約 60% と予測し、約 250 名に質問紙を配布する予定とした。

## 3. 調査期間

本研究の調査期間は、平成 25 年 2 月～平成 25 年 9 月であった。

## 4. 調査内容

無記名式自記式アンケート用紙にて、以下の内容を調査した（資料 1、2、3）。

### 1) 家族の病気に関する不確かさ

作成した MUIS-FM-J を用いた（資料 2）。MUIS-FM-J は 31 項目からなる。各質問項目に対して「かなりそう思う」から「全くそう思わない」の 5 件法で回答を得て、順に 5～1 点を割り当てて合計点を算出する。質問項目には逆転項目が 11 項目含まれており、これらは値を反転させる。得点範囲は 31～155 点で、得点が高いほど、家族の不確かさが高いことを意味する。カットオフポイントは設定されていない。Mishel(1997)が 12 のデータセットを検証した際の MUIS-FM の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.81～0.92 であり、信頼性は確保されている。MUIS-FM は、Mishel が最初に開発した入院中の急性期の成人患者用尺度（Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult：以下、MUIS-A）（Mishel,1981）を修正して作成されたものである。その際には、治療が決定していない人は内科的もしくは外科的な治療をしている人たちよりも病気に関する不確かさ得点が有意に高いこと、入院中のストレスが強い人ほど病気に関する不

確かさ得点が有意に高いこと、がん患者の治療開始初日の理解力の程度が高い人ほど病気に関する不確かさ得点は有意には低いことの結果より、尺度の妥当性が検証されている (Mishel,1981)。

## 2) 家族の状態不安と特性不安

新版 STAI 状態－特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ) (肥田野ら, 2000) (以下, STAI) を用いた。STAI は、Spielberger(1983)が開発した尺度を日本人に適用できるよう作成されたものである。状態不安と特性不安を測定する尺度で、それぞれ 20 項目で構成される。4 件法にて回答を得て、それぞれに合計得点を算出する。得点範囲はそれぞれ 20～80 点で、状態不安得点が高いほど現在の不安が高いことを、特性不安得点が高いほど不安を覚えやすい個人特性であることを意味する。本尺度の、大学生を対象とした調査結果における、男女別の状態不安と特性不安それぞれの Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.82～0.86 であり、信頼性が確保されている。妥当性の確認では、学生の状況変動下による得点の違いを調査し、男女ともに平常時よりもストレス事態時の方が状態不安は有意に高くなるが、個人特性である特性不安は有意な差がみられなかったことから、構成概念妥当性が確認されている。また、特性不安は、性格検査の一部および不安診断検査との相関を認め、併存妥当性が確認されている (肥田野ら, 2000)。

質問紙は市販のものを使用した。

## 3) 家族の背景

対象者の背景に関する用紙を作成して使用した (資料 3)。家族および患者の基本属性として、年齢、性別、患者との関係、患者との生活形態、患者の同居人数、患者から最も頼られる存在か、病状説明への立ち合い経験を尋ねた。また、患者の病状として疾患の種類、入院日数、脳神経疾患での入院回数を、患者の病状への評価として意識レベルと生活動作を、状況の認識として入院時に現状の予測ができたかと医療への満足について尋ねた。質問に対しては、数値の記入、二項または多項選択肢による形式で回答を求めた。

## 5. 日本語版尺度の作成および調査方法

### 1) MUIS-FM-J の作成

- (1) 尺度の開発者である Merle H. Mishel 氏より、日本語への翻訳と調査での使用許可についての許可を得た。
- (2) 研究者 2 名が日本語への翻訳をそれぞれに行った後、意見交換を行い、翻訳文を作成した。
- (3) 原文を知らない翻訳者によるバックトランスレーションを行った。なお、バックトランスレーションは 3 回行い、原版に沿った翻訳文にされるまで繰り返した。
- (4) 7 年以上の臨床経験をもつ看護の大学院生 5 名、脳神経外科看護の経験を有する看護師長および看護部長 3 名に、質問紙の表現の適切性を確認していただき、必要に応じて、原文の意味を損なわないよう一部表現を修正した。
- (5) 現在、家族が急性期病棟に入院している者 4 名に回答してもらったところ、回答時間は約 5～10 分で、回答のしにくさによる意見はなく、使用可能と判断した。

以上の手順により、MUIS-FM-J の表面妥当性を確保した。

### 2) データ収集の方法と手順

- (1) 調査の実施にあたり、各対象施設の責任者に対し研究依頼および研究の説明を行い、研究協力の同意を得た（資料 4）。
- (2) 患者と家族をよく知る各病棟の看護師長あるいは責任者の協力を得て、調査対象に合致する者の選定と紹介をしていただいた。
- (3) 面会中の家族（患者の意識に障害がない場合は、患者にも）に、研究者が、文書および口頭による研究の説明を行い（資料 5）、同意が得られた者へ無記名式自記式アンケート用紙を配布した。なお、面会家族が複数人いた場合には、その中で協力に応じてくださる方を 1 名決めていただき説明と同意を得た。
- (4) アンケートは郵送法による任意提出とし、提出をもって研究参加の同意とみなした。

## 6. 分析方法

アンケート調査により回収したデータの分析には、統計ソフト SPSS Version 22 を使用し、有意水準 5% とした。

### 1) 信頼性の検証

#### (1) 項目分析

- ① MUIS-FM-J の各項目の平均値と標準偏差を確認し、フロア効果およびシーリング効果を確認した。
- ② Item-Total 相関係数を算出し、各項目の相関係数を確認した。

#### (2) 尺度の正規性の確認

Kolmogorov-Smirnov の検定により尺度得点の正規性を確認した。

#### (3) 尺度の内的整合性の確認

Cronbach の  $\alpha$  係数を求め、尺度の内的整合性を確認した。

### 2) 妥当性の検証

#### (1) 併存妥当性の確認

MUIS-FM-J 得点と STAI の状態不安および特性不安得点それぞれとの相関関係を確認した。

#### (2) 構成概念妥当性の確認

- ① 探索的因子分析を行い、MUIS-FM-J の因子構造を確認した。
- ② MUIS-FM-J 得点は、STAI の特性不安得点よりも状態不安得点とより強い、中程度以上の正の相関関係を示すと予測して相関係数を確認した。これは、不確かさというものは、もともとその人に備わった個人特性というよりも、ある特定の状況に対する認識により影響を受けるものであるということを確認する目的で行った。

#### (3) 感度の確認

対象者の背景の違いによる MUIS-FM-J の得点の差を確認することで、尺度の感度を確認した。この確認に先立って、対象者属性の違いが家族の不確かさの程度に違いを生じさせる可能性があることも考慮し、患者および家族の年齢、性別、患者から見た関係、患者との生活形態の違いと MUIS-FM-J 得点

との関係を確認した。

本調査では、対象者の背景である患者の病状、患者の症状への評価、状況の認識に対する違いを、尺度得点が反映しているかどうかを判断して尺度の持つ感度を検討した。患者の病状として、疾患の種類、入院日数、入院回数を確認した。特に、疾患の種類では、脳卒中患者の家族は、突然の発症による状況把握の困難さと後遺症の残存による今後の見通しのつけにくさから高い不確かさを抱いていると予測し、「脳卒中」（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血）と「その他の疾患」の2群に分類した。入院日数は、記述統計において、入院2日目のMUIS-FM-J得点が顕著に高く、さらに14日目以降に得点が上昇するという特徴的な違いを認めたことから、「2日目」「3-13日」「14日目以降」の3群に分類した。脳神経疾患での入院回数は、「初回」と「2回目以上」の2群に分類した。患者の病状への評価では家族が回答しやすいよう、意識レベルは、「常にはっきりしている」「はっきりしている時とそうでない時がある」「常にはっきりしていない」の3群に分類し、生活動作は、「全く不便なく生活している」「あまり不便はないと思う」「まあまあ不便はあると思う」「自分では活動できない」の4群に分類した。状況の理解では、現状の予測として、入院時に今の状況を予測ができたかを問い、「できた」と「できなかった」の2群に分類した。患者の受けている医療への満足は「満足」と「不満足」の2群に分類した。分析は、2群比較には対応のないt検定を用いた。3群以上の比較には一元配置分散分析（ANOVA）を行い、ANOVAで有意な差が認められた場合には、各群間比較のためにTukeyの多重比較法を用いた。

なお、「脳卒中」患者の家族が抱く不確かさの高さの要因が、対象者の基本属性の偏りによって生じているものではないことを確認するために、「脳卒中」と「その他の疾患」の違いによる対象者属性の割合の比較を $\chi^2$ 検定もしくはFisherの正確確立検定による分析で確認した。対象者割合に差を認めた項目については、その項目で分類した群ごとに、疾患の種類の違いによるMUIS-FM-Jの得点の差を、対応のないt検定を用いて確認した。

## 7. 倫理的配慮

### 1) 対象者の人権擁護

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の審査を受け、承認を得た（通知番号 第 735 号）。その後、研究対象施設の倫理委員会で承認を得て調査を実施した。その際には、研究対象施設の倫理委員会の承認文書の交付を受けた。また、倫理委員会が開催されない施設においては、施設長からの研究協力承諾書の受領および本学の研究承諾書の交付を受けた上で調査を実施した。

### 2) 対象者の理解を求め同意を得る方法

対象者に対しては、説明文書（資料 5）を用いて口頭で以下の内容を説明し、研究協力の同意を得た。また、入院中の患者に意識の障害がない場合には、その方にも説明を行い、同意が得られた場合にアンケート用紙を配布した。

- (1) 本研究の目的と方法
- (2) 病院の責任者の同意を得た上で調査を実施していること
- (3) 調査への協力は自由意思であり、研究に協力しなくても対象者および入院中の方が不利益を受けることは決してないこと
- (4) 調査以外の目的でデータを使用しないこと
- (5) 結果は学会や論文で発表するが、アンケートは無記名であり施設名や個人名が特定されることはないこと
- (6) データは研究者が厳重に管理し、論文発表後は速やかに消去すること
- (7) アンケートの返却は病院の職員を介さない研究者への直接の郵送方法とし、返送をもって同意とみなすこと
- (8) データは匿名性を保持したまま、アンケート用紙の開発者に提供すること

### 3) 研究によって生じる対象への不利益に対する配慮

- (1) アンケートへの回答に伴う時間的負担への配慮

対象者には、アンケートへの回答による時間的負担が生じることが考えられたため、調査依頼の際に、アンケート回答の所要時間は 20 分程度

であることを文書および口頭で伝えた上で協力の同意を得た。また、アンケートの回答および返信までに 1 週間という期間を設ける事で、限られた時間で面会に来ている家族に負担とならないよう配慮した。

## (2) 精神的苦痛への配慮

対象者は、脳神経疾患患者の家族であり、アンケートへの回答により不安が増強すること場合もあることを考慮し、対象選定の依頼の時点で精神状態が落ち着いていると判断される方の紹介を受けた。また、質問紙への調査を断った場合でも、対象者が今の思いや疑問について語りたい場合などには、十分に時間をとって傾聴し、必要な場合には対象者の了解を得て病棟責任者にフィードバックした。

## 3) データ管理方法

アンケート用紙は全て筑波大学への返信とし、データを入力する段階で全て番号化を行った。データの入力、保存に際しては、アンケートによって得られた情報が漏えいしないよう、インターネット環境に接続できない研究専用のパソコンを使用した。データの保存媒体である USB メモリーにはパスワードを設定し、セキュリティロックをかけ保存した。アンケート用紙および研究専用のパソコンと USB メモリーは、研究者の研究室である筑波大学健康医科学イノベーション棟 203 号室の鍵のかかるロッカーに施錠して保管した。データは、論文完成後、2017 年 3 月 31 日までに破棄する予定である。



## VI. 結果

### 1. アンケートの回収状況

対象者の適格基準に該当した 204 名に質問紙を配布し、150 名より回答を得た（回収率 73.5%）。MUIS-FM-J への回答に欠損があった 6 部を除き、信頼性の検討および因子分析に使用できたのは 144 部（有効回答率 70.6%）であった。さらに、STAI への回答に欠損があった 10 部を除き、尺度の妥当性の分析に使用できたのは 133 部（有効回答率 65.2%）であった。

### 2. 対象者の背景

133 名の対象者の属性のうち、家族の特性を表 1 に示した。対象者である家族の平均年齢は 57.7 歳（SD=13.1、範囲 22-86）で、男性が 43 名（30.1%）であった。患者から見た関係は、配偶者が 61 名（45.9%）で最も多く、次いでこども 48 名（36.1%）、親 9 名（6.8%）の順であった。患者との生活形態は同居が 88 名（66.2%）であった。また、現状の予測が「できた」のは 60 名（45.1%）、医療への満足では、「満足」が 102 名（76.7%）であった。患者から最も頼られる存在かは、「そう思う」が 117 名（88.0%）、患者の病状説明への立ち会い経験は、「あり」と回答した者が 127 名（95.5%）であった。

対象者の属性のうち、入院中の患者の特性を表 2 に示した。患者の平均年齢は 68.5 歳（SD=16.1、範囲 26-95）で、入院日数の平均は 17.3 日（SD=20.9、範囲 2-125）であった。男性は 75 名（56.4%）で、脳神経疾患での入院回数は初回が 86 名（64.7%）であった。また、疾患の種類では、脳梗塞が最も多く 38 名（28.6%）で、次いで脳腫瘍の 32 名（24.0%）であった。また、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を合わせた脳卒中は 74 名（55.6%）を占めていた。患者の家族人数は、3 人以上が最も多く 74 名（55.6%）であった。

### 3. 信頼性の検討

#### 1) 項目分析

MUIS-FM-J を構成する各 31 項目の項目分析の詳細を表 3 に示した。MUIS-FM-J の各項目の平均値と標準偏差を確認した結果、いずれの項目もフロア効果およびシーリング効果を認めず、I-T 相関は全項目 0.2 以上の有意な正の相関を認めた ( $p < .05$ )。

#### 2) 尺度の正規性の確認

尺度全体の分散の確認では、Kolmogorov-Smirnov の検定において正規性を認めた ( $D=0.62$ ,  $p=.200$ )。

#### 3) 尺度の内的整合性の確認

MUIS-FM-J の平均得点は 85.9 点 ( $SD=17.7$ ) で、範囲 47-129 であった。Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.91 であった (表 3)。

### 4. 妥当性の検討

#### 1) 併存妥当性の確認

不安を表す STAI の状態不安得点および特性不安得点と MUIS-FM-J 得点との相関を表 4 に示した。MUIS-FM-J 得点は、STAI の状態不安得点との間で  $r=.66$  ( $p<.001$ ) の中程度の正の相関関係を示し、特性不安得点との間では  $r=.34$  ( $p<.001$ ) の弱い正の相関関係を示した。

#### 2) 構成概念妥当性の確認

探索的因子分析では、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性の測度は 0.85 であった。KMO は因子分析の適合性を確認する事前検定であり、0.7 以上が望ましいとされる (石川, 2009)。次に、主因子法によって因子の抽出を試みた。第 1 因子から第 8 因子までが固有値 1 以上を示したが、スクリープロットを確認したところ、第 1 因子の固有値 (8.77) と第 2 因子の固有値 (2.24) との間に大きな開きが認められたことから、本研究ではスクリー基準により、本尺度は 1 因子構造であるという判断を採用

した。

また、MUIS-FM-J 得点が、STAI の状態不安得点との間で  $r = .66 (p < .001)$  の中程度の正の相関関係を示したのに対し、特性不安得点との間では  $r = .34 (p < .001)$  の弱い正の相関関係を示した（表 4）。

### 3) 感度の確認

対象者の背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の差を比較した結果を表 5 に示した。

なお、今回の調査では、対象者の基本属性である患者および家族の年齢と MUIS-FM-J 得点との間に有意な相関関係は認めないこと、患者および家族の性別、患者から見た関係、患者との生活形態の違いによる MUIS-FM-J 得点の差はないことを確認している。

患者の病状では、まず、疾患の種類において、「その他の疾患」患者の家族と比較して「脳卒中」患者の家族の MUIS-FM-J 得点が有意に高かった ( $t = 2.21, p < .05$ )。入院日数では、「2 日目」「3-13 日」「14 日以降」の患者の家族間における得点の差の検定の結果で有意な差を認め ( $F = 8.60, p < .001$ )、多重比較では、「3-13 日」よりも「2 日目」と「14 日以降」の患者の家族の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった。脳神経疾患での入院回数は、「初回」の患者の家族と「2 回目以上」の患者の家族とで、MUIS-FM-J 得点の有意な差は確認できなかった。

患者の病状への評価では、意識レベルは、「常にはっきりしている」「はっきりしている時とそうでない時がある」「常にはっきりしていない」と評価している家族間の MUIS-FM-J 得点の差の検定の結果で有意な得点の差を認めた ( $F = 11.24, p < .001$ )。多重比較では、「常にはっきりしている」よりも「はっきりしている時とそうでない時がある」と「常にはっきりしていない」と評価している家族の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった。生活動作は、「まったく不便なく生活している」「あまり不便はないと思う」「まあまあ不便はあると思う」「自分では活動できない」と評価している家族間における得点の差の検定の結果で有意な差を認めた ( $F = 9.02, p < .001$ )。多重比較の結果では、「まったく不便なく生活している」よりも「自分では活動できない」と評価している家族の方が、「あまり不便はないと思う」よりも「まあまあ不便はあると思う」と「自分では活動できない」と評価している家族の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった。

状況の認識では、入院時に現状の予測ができたかどうかでは、現状の予測が「できた」家族よりも「できなかった」家族の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった ( $t = -3.45, p < .01$ )。患者への医療に関する満足は、「満足」と認識している家族より「不満足」と認識している家族の方が、MUIS-FM-J 得点が有意に高かった ( $t = -5.95, p < .001$ )。

次に、疾患の種類による対象者属性の割合の比較を表 6 に示した。対象者属性のうち、患者から見た関係 ( $\chi^2 = 21.4, df = 1, p < .01$ ) と、現状の予測 ( $\chi^2 = 4.04, df = 1, p < .05$ ) において、疾患の種類による割合の比率に有意な差を認めた。そのため、家族の関係性の違いによる MUIS-FM-J 得点を確認した (表 7)。患者から見た関係では、「配偶者」のみ、「その他の疾患」より「脳卒中」患者の家族の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった ( $t = 2.72, p < .01$ )。現状の予測では、「できた」場合と「できなかった」場合では、疾患による MUIS-FM-J 得点に有意な差は認めなかった (表 7)。

なお、対象者の基本属性のうち、家族の年齢、患者の年齢、入院日数では、患者の平均年齢のみ、「その他の疾患」より「脳卒中」の方が有意に年齢が高いことを確認した ( $t = 3.58, p < .01$ )。

## **VII. 考察**

### **1. MUIS-FM-J への回答のしやすさについて**

アンケートの回収率は、先行研究（西村ら，2008；宮谷ら，2002）をもとにおよそ 60%と見込んでいたが、今回の調査の回答率は 73.5%であった。そのうち STAI への回答に欠損があったものが 10 部であったのに対し、MUIS-FM-J への回答に欠損はあったのは 6 部であったことから、MUIS-FM-J の回答のしやすさには大きな問題はなかったと考える。

### **2. 対象者の背景について**

今回の調査の結果、対象者である家族の患者との関係では、配偶者 61 名とこども 48 名を合わせると 109 名で、全体の 82.0%とほぼ大半を占めていた。また、患者から最も頼られる存在と認識している家族は 88.0%であり、病状説明への立ち合いでは 95.5%の家族が経験していると回答していたことから、本調査の対象となった家族は、患者と親しい関係であり、患者の病状によっては代理意思決定を担うような家族が多かったと考えられる。今回の調査では、対象者選定の際に、面会時に協力可能な方の申し出をうけて行ったため、結果的に患者と親しい関係の家族に偏った可能性がある。

家族の背景では、脳卒中患者の平均年齢が 72.2 歳、その他の疾患の患者の平均年齢が 62.0 歳で、有意な差を認めた。これには脳卒中の好発年齢が 60～80 代と高齢であること（荒木, 小林, 2015）が影響している可能性が考えられる。そのため、対象者である家族の患者との関係では、脳卒中ではこどもが最も多く、その他の疾患では配偶者が最も多い結果となったと考えられる。患者の同居人数では、1 人が 13.5%、2 人が 29.4%で、3 名以上と回答したのが 55.6%と半数を超えていた。わが国の国民調査では、単独世帯は 27.1%、核家族世帯全 59.2%のうち夫婦のみの世帯が 23.3%、三世帯世帯は 6.9%（厚生労働省；国民生活基本調査，2014）であると報告されている。今回の調査では、患者の同居人数が 2 名と回答した者が夫婦のみの世帯であるか、もしくは 3 名以上と回答した者が核家族世帯なのか三世帯世帯なのかの詳細は明らかにしていないという限界はある。しかし、今回の調査施設となった地域が、全国の傾向に比して、「直系の世代を超えて継

承されるわが国の伝統的な「いえ」制度」(関井, 2004)を残しているという特徴を持つ地域であった可能性は考えられる。

### 3. MUIS-FM-J の信頼性の検証

項目分析の結果、いずれの項目得点も尺度全体の得点との間に 0.2 以上の有意な相関を認めたこと、シーリング効果やフロア効果を認めなかったことから、本尺度は原版と同様の 31 項目で使用する事が可能であると考えられた。また、内的整合性を示す Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.91 であり、信頼性を示す基準は十分に満たしていた。今回の調査における MUIS-FM-J の平均得点は 85.9 (SD=17.7) で、これまで Mishel が蓄積してきた主になんがん患者の家族を対象とした 12 件の研究における不確かさ得点の平均値 69.3~89.0 (Mishel, 1997) の範囲に含まれていた。MUIS-FM-J はカットオフポイントを有さないが、これまでの平均得点範囲を考慮すると、脳神経疾患患者の家族は比較的高い不確かさを有している可能性があると考えられた。

### 4. MUIS-FM-J の妥当性の検証

不安は感情で、対象がないという点では病気に関する不確かさと異なるものの、その内容は漠然としているという点で、病気に関する不確かさと類似した概念である。MUIS-FM-J 得点が状態不安得点および特性不安得点との間でそれぞれ有意な正の相関を認めたことにより、本尺度と不安尺度との併存的妥当性は確保されたと考えられた。また、病気に関する不確かさは個人の性格特性というよりある特定の状況に左右されるものであるために、MUIS-FM-J は、特性不安より状態不安との間により高い正の相関を示すと予測した通り、状態不安との間には中程度の相関 ( $r = .66, p < .001$ )、特性不安との間には弱い相関 ( $r = .34, p < .001$ ) を認めた。したがって、この結果は、本尺度の構成概念妥当性の一部を説明するものでもであると判断した。

さらに、構成概念妥当性の検討では、探索的因子分析により、MUIS-FM-J が 1 因子構造であることを確認した。Mishel の作成した原版の尺度も 1 因子構造であることが確認されていることから (Mishel, 1997)、構成概念妥当性の一部が確認できたと判断した。

次に、脳神経疾患患者の家族の背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の差を確認することで、本尺度の感度を検討した。本調査では、患者の病状、患者の病状への評価、状況の認識の違いにより、家族の病気に関する不確かさの程度がどのように変化するのかを確認したので、その考察を以下に述べる。

まず、患者の病状において、疾患の種類では、「脳卒中」患者の家族は「その他の疾患」患者の家族より不確かさが高いことが確認された。これは「脳卒中」「その他の疾患」いずれの場合も、対象者の属性の違いにより不確かさ得点の差を認めなかったことから、「脳卒中」患者の家族の抱く不確かさが高いことが支持されるものである。脳卒中患者は、突然の発症での緊急入院であることが多いために（高松, 福嶋, 下江, 2015 ; 板橋, 古井, 篠原, 2015）、家族は症状や治療の情報が乏しく、状況の把握が困難であることが不確かさが高くなる大きな要因の一つであると考えた。また、入院期間が経過したのちも、脳卒中患者の家族は、回復や今後の見通しがつけにくい体験をしている（平原ら, 2008 ; 古賀, 井上, 2007 ; 樽松, 黒田, 2006 ; Debbie & Jonathan, 2004）ことが理由である。次に、入院日数の違いにより MUIS-FM-J 得点の差を認めた。入院日数は、不確かさが入院直後の 2 日目に最も高く、その後一旦低くなるものの、14 日目以降に再び上昇していた。2 日目の病気に関する不確かさが最も高い要因としては、突然の発症による衝撃や、あるいは予定入院の場合でも、新しい場や治療、人に慣れないためであり、出来事の一貫性や出来事の熟知度が低いと不確かさは高くなる（Mishel & Carrie, 1988）という理論上の説明と一致するものと思われる。その後は入院生活への慣れから出来事の熟知度は高くなるために 3-13 日目には不確かさは低くなるものと考えられる。14 日目以降は治療効果に対する入院当初との予測のずれや今後の生活への見通しのつけにくさなどから、再び出来事の一貫性が低くなった可能性がある。患者の入院日数の違いは、患者の病期を反映するものである。患者の病期の違いは、家族が置かれた状況を変化させるために不確かさに強く影響する要因になっていたと考える。今回、脳神経疾患での入院回数は、「初回」の患者の家族と「2 回目以上」の患者の家族とで、MUIS-FM-J 得点の有意な差は確認できなかった。脳神経疾患患者は毎回異なる症状を呈して入院することも考えられ、家族は入院回数に関係なく初めての状況を経験することが多いために、病気に関する不確かさの高さに差が生じなかった可能性が

ある。患者の病状への評価は、意識レベルでは、「常にはっきりしている」よりも、「はっきりしている時とそうでない時がある」と「常にはっきりしていない」の方が家族の病気に関する不確かさが高くなっていた。この結果は、家族が患者の意識に問題があると状況を認識すると、回復への疑問が生じて今後の見通しが立てられなくなることや、患者との意思疎通の困難から患者の病状を把握するのが難しくなるために生じるものであると考える。生活動作では、「まったく不便なく生活している」よりも「自分では活動できない」方が、「あまり不便はないと思う」よりも「まあまあ不便はあると思う」と「自分では活動できない」方が病気に関する不確かさは高くなっていた。この結果も、家族が患者の症状をある程度重いと状況を認識すると、今後の回復に対する見通しや今後の生活への見通しが持てないという状況が生じ、病気に関する不確かさは高くなるものと考え。脳神経疾患に特有の症状は、家族が問題があると感じるほど病気に関する不確かさは高くなっており、症状の程度や継続性などの症状のパターンが一定でないほど不確かさは高くなるという Mishel (1988) の説明を支持するものであると考える。

状況の認識としては、入院時における現状の予測が「できた」家族より「できなかった」家族の方が不確かさは有意に高いという結果であった。Mishel (1988) は、その人が予期したことと実際に起こったことが一致しない場合に病気に関する不確かさは高くなると説明しているが、今回の結果はその説明を支持するものと考え。「脳卒中」と「その他の疾患」に分類した場合には、「脳卒中」患者の家族の方が、状況の予測ができなかったと回答した家族の比率が多い結果という結果を得た。脳卒中は突然の発症を特徴とするために、家族は治療や病状の成り行きについての予測が困難であることを支持する結果であると考え。

医療への満足では、患者への医療に「満足」と認識している家族に比べ、「不満足」と認識している家族の方が病気に関する不確かさは高い結果であった。患者の病状の経過が医師の説明通りかどうか、安心して患者の治療を任せられるかという医療者に対する信頼や期待が、医療への満足という要因に反映されている可能性が示唆された。Mishel & Carrie (1988) は、医療者への信頼と不確かさとの関連を検証する際、「医療の質」や「医療への満足」などに関する質問を含む質問紙を、医療者への信頼の指標として用いている。そのため、医療へ



の満足は医療者への信頼に通じるものとも考えられる。しかし今回は医療者への信頼そのものを問う内容ではなかったことから、今後さらなる検証が必要であると考ええる。

以上より、今回の結果は脳神経疾患患者の家族の背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の差を、疾患の持つ臨床上の特性や Mishel(1988)の理論を用いて説明し得るものであり、MUIS-FM-J は感度を備えた尺度であると判断された。

また、本尺度の妥当性として、併存的妥当性、構成概念妥当性および尺度の持つ感度は確認されたと判断された。

## VII. 結論

本研究では、Mishel が作成した“Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member form : MUIS-FM”を翻訳して日本語版（MUIS-FM-J）とし、脳神経疾患患者の家族を対象に、MUIS-FM-J の信頼性および妥当性を検証した。その結果、下記の通り、本尺度の信頼性と妥当性が確認され、脳神経疾患患者の家族に使用可能な尺度であると判断された。

今後は、本尺度を活用し、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに影響する要因を明らかにすることが課題である。

1. MUIS-FM-J は、作成過程において表面妥当性が確認された。また本調査における回答状況から、回答のしやすさに大きな問題は確認されなかった。
2. MUIS-FM-J は正規性を有し、I-T 相関では構成する 31 項目全てで 0.2 以上の有意な正の相関関係を認めた。そのため原版通りの 31 項目で内的整合性を確認したところ、Cronbach の係数は 0.91 であったことから、MUIS-FM-J は信頼性を有していると判断された。
3. MUIS-FM-J 得点は、STAI の状態不安得点および特性不安得点との間でそれぞれ正の相関関係を示し、本尺度と不安尺度との併存念妥当性が確認された。
4. 探索的因子分析の結果、MUIS-FM-J は原版同様に 1 因子構造であることが認められた。また、MUIS-FM-J 得点は、STAI の特性不安得点より状態不安得点との間でより強い正の相関を認め、不安と病気に関する不確かさの概念の持つ類似性が確認されたことから、構成概念妥当性の一部が確認された。
5. MUIS-FM-J 得点は、脳神経疾患患者の家族の背景の違いである、患者の病状、患者の病状への評価、状況の認識の違いによりその差を認め、尺度の持つ感度が確認された。

### 第 3 章 急性期を脱した脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因の検討（研究 2）

本章では、研究 2 として、研究 1 で信頼性と妥当性が確認された日本語版“Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member form”（MUIS-FM-J）を使用し、Mishel の「不確かさ認知モデル」のうち、刺激要因（Stimuli frame）と構造提供要因（Structure Providers）に基づいて導き出した変数を利用して、急性期を脱した脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を探索した調査について述べていく。

#### I. 緒言

##### 1. 脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさが明瞭になる時期

脳神経疾患には、病状が慢性に進行する疾患と、急激に発症する疾患があり（岩崎，2012）、共通する症状には、意識障害がある。しかし、進行性疾患と急激に発症する疾患とでは、意識障害という症状の持つ意味が大きく異なると考える。悪性の脳腫瘍や難病のような進行性疾患の場合には、意識障害は病状の進行とともに出現して悪化し、終末期を迎えるにあたって生命の終焉を表すような症状としてとらえられる。森谷，岩崎（2008）は、「難病患者の場合は、いずれ悪化するという「確かさ」がある」と述べている。一方、急激に発症する脳卒中の場合には、発症時の意識障害は生命の危機を表すが、その後も残存する意識障害に回復、悪化、継続期間の確かさはなく、予測不可能性という不確かさを生じさせる。脳神経疾患患者の家族を対象とした研究 1 では、脳卒中患者の家族の不確かさが高く、また患者の病期が家族の抱く不確かさに関連していることが明らかになった。それによれば、家族の不確かさは、入院「2 日目」が最も高く、「3-13 日」には一旦は低下するものの、「14 日目以降」に再び上昇するという特徴を示していた。「2 日目」の不確かさの上昇は発症の衝撃によるものと考えられた

ため、急性期を脱した脳卒中患者の家族に焦点を当てることで、脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさに関連する要因を明らかにすることが可能になると考えた。

わが国における脳卒中患者の救急車で受診率が 56.7%であるという最新のデータは(板橋, 2015)、脳卒中が急性発症を特徴とする疾患であることを示している。また、脳卒中は発症 7 日以内の急性期死亡が 53.7%を占めるという報告からは(高野, 永田, 2015)、発症後しばらくは生命の危機に直面する疾患であると考えられる。この時期の家族は、生命の存続に対する願いと不安を抱き(鎌田, 中川, 2004)、患者が生き抜くことをひたすら望む体験をしてことが明らかにされている(樽松, 黒田, 2006)。Theresa (2005)によれば、家族の関心事はまずは患者の生死にかかわることであり、その後はどうなるのかといったことまでは考えられなかったことが明らかにされている。脳卒中は、その後も脳浮腫や脳血管攣縮といった重篤な合併症を起こす場合も多く(馬場, 2009; 熊切, 塩川, 小林, 2016)、再び生命を脅やかしたり、症状の悪化を招くことがある。古賀, 井上(2007)は、このような状況下の家族の心理状況を、生命危機継続の不安と回復の実感を併せ持つ、「アンビバレンスな状態」と表現している。このような合併症は発症後 14 日以内に生じる場合が多いことから、発症から 14 日までは急性期として捉えられる時期である。一方、発症 14 日目以降は、患者は積極的治療が終了して生命の危機を脱し、集中治療室から急性期病棟に治療の場を移すなど、急性期を脱した時期となる。古賀, 井上(2007)によれば、この時期の患者の家族の思いは、上述した生命危機に関する内容から、「十分な治療継続への不安」へと変化することが明らかにされている。発症後 14 日目以降の患者の家族を対象とした平原, 鈴木(2008)の調査においても、家族の不安は生命存続から回復に関するものへと変化していた。

以上より、積極的治療が終了し生命の危機を脱した発症後 14 日目以降の脳卒中患者は急性期を脱した時期であり、家族は、意識障害などの後遺症を残した患者を前に、新たな不確かさを抱くと考えられる。

これまでの家族支援に関する多くの研究では、重症・救急および自宅退院前の時期にある家族のニーズと(山勢, 山勢, CNS-FASE 開発プロジェクトメンバー, 2003a, 2003b; 梶尾, 森山, 2010)、支援について興味注がれており(藤本ら, 2010; 諸伏, 近, 中家, 1985; 松元, 田畑, 小野, 1985; 安藤, 1986; 小野, 2006)、急性期を脱した時期の家族に対する支援の内容は明らかになっていないことが課題である。よって、この時期の家族に焦点を当て、不確かさの視点から脳神経疾患患者の家族を理解し支

援を検討することは、非常に意味があると考ええる。

## 2. 家族の不確かさに関連する要因の検討

家族が患者の病気に関して抱く不確かさをに関連する要因を明らかにするために、家族の不確かさに関連する要因のうち、家族の置かれた状況を明らかにするという理由で、Mishel(1988)の「不確かさ認知モデル」のうち、刺激要因 (Stimuli frame) および構造刺激要因 (Structure Providers) の 2 つを取り上げることが有用であると考ええる。急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象とする場合には、これら 2 つの要因は、具体的にどのような内容をさすのかを検討し、不確かさとの関連を検討する変数として探索する。

### 1) 刺激要因 (Stimuli Frame) の内容検討

#### (1) 症状のパターン (Symptom pattern)

症状のパターンとは、症状の種類、程度、頻度、継続性などの一定性をさし、症状のパターンが一定であるほど不確かさは低くなる (Mishel, 1988)。

COPD 患者を対象とした Karin ら (2013) の調査では、呼吸困難の程度や酸素の使用の有無は不確かさの中でも病状に関する曖昧さと中程度の正の相関があったと報告されている。筋線維症患者を対象とした調査では、症状による活動への影響の変動が大きいほど不確かさが高くなることが明らかにされている (Cheryl, Mary, Janice, Louis, Joan, 2009)。この 2 つの調査は患者を対象としたものであるが、脳卒中患者に特徴的な意識障害や運動機能障害などの症状を同時に発症し (高松ら, 2015) その症状の出方や程度も多種多様であるという特徴があるために、家族は患者の病状を把握が困難で、曖昧さが増強すると考える。研究 1 において、患者の意識レベルと生活動作の程度に問題があると認識している家族は不確かさが高かったという結果より、急性期を脱した患者の家族の場合にもこの 2 つの要因は不確かさに関連する要因になると予測される。脳卒中患者の家族の場合、急性期を脱したこの時期は、積極的治療が終了するのが標準的である。そのため、家族にとって、発症以降期待通りに改善されない患

者の症状は、回復への限界と期待という相容れない思いを家族に生じさせる（平原, 鈴木, 2008 ; 古賀, 井上, 2006 ; 樽松, 黒田, 2006）。したがって、急性期を脱した時期の患者の意識レベルと生活動作の程度は、家族の患者の病状把握の曖昧さや変化したコミュニケーション方法による関係性の変化、および今後の見通しのつけにくさが顕在化させることが推測され、家族の不確かさに影響する要因であると考ええる。

### **(2) 出来事の熟知度 (Event familiarity)**

出来事の熟知度とは、環境、医療者、治療などに慣れ親しんだ程度をさし、出来事の熟知度が高いほど不確かさは低くなる (Mishel, 1988)。急性期を脱した患者の家族は、緊急入院時に集中治療室に入院した場合でも、その後一般の急性期病棟に転棟して治療を開始し 1 週間以上が経過していると考えられる。入院当初や集中治療室から移動してきた当初と比較すると、医療者や治療環境などに慣れる機会が多いと考えられる。特に、医療者から直接話を聞く機会が多いのは、患者から最も頼られていると認識している家族や面会頻度の多い家族であると考えられることから、出来事の熟知度を示す指標となると考える。

### **(3) 出来事の一致度 (Event congruency)**

出来事の一致度とは、その人が予期したことと実際に起こったことの一致度をさし、出来事の一致度が高いほど不確かさは低くなる (Mishel, 1988)。

脳卒中は突然の発症を特徴とするため (高松ら, 2015)、あらかじめ予期できない状況に置かれる場合が多いことが予測される。研究 1 では、入院時に今の患者の状況の予測でできたかどうかについて「脳卒中」と「その他の疾患」との場合とを比較した結果、「脳卒中」患者の家族の方が、現状の予測ができなかったと回答した家族の割合が多いことが明らかになった。さらに、急性期を脱したこの時期は、それまで回復を期待して受けていた治療が終了してもなお後遺症として様々な症状を残している状況であることから、本対象は、出来事の一致度が低い集団であると考えられる。

## 2) 構造提供要因 (Structure Providers) の内容検討

### (1) 医療者への信頼

医療者への信頼とは、「患者が医療提供者に対して持つ信用や信頼」と説明される (Mishel, 1988)。Mishel & Carrie (1998) が不確かさのとの関連について検証を行った際には、“Psychosocial Adjustment to Illness Scale : PAIS” の中の、“Health care Orientation : HCO” を指標として用いている。PAIS は、様々な疾患に対する患者自身の適応性を評価するために開発された尺度である (Derogatis LR, 1986)。HCO の 8 項目は、患者自身の健康管理に対する態度を問うものであり、その中には医療の質や医療への満足について問う項目が含まれている。研究 1 においても、医療への満足と脳神経疾患患者の家族の不確かさに関連があることが明らかにされている。急性期を脱した脳卒中患者の家族の場合にも、医療者への信頼と不確かさとは関連がみられる可能性が大きいと考える。

対人的信頼について、Rotter (1967) は、他者の用いる言語、約束、話し言葉や書き言葉に表された陳述を当てにできるという期待であると述べている。医療者への信頼は、ここでは、家族が医療者の姿勢に対して抱く期待が満たされているという認識であると定義する。よって、急性期を脱した脳卒中患者の家族に焦点を当てた場合には、この時期の家族が医療者にどのような事を期待しているのかを検討する必要がある。

この時期の家族は、これまでと変化した患者の存在に戸惑いながらもそれを受け入れようと努力しており (平原, 鈴木, 2008 ; 古賀, 井上, 2007)、その現状の把握をするために、面会に来ることができない時間帯の患者の様子や日々のささいな変化に関する情報を欲していた (飯塚, 2017 ; 峠, 2008 ; 鎌田, 中川, 2004)。また今後の生活の再構築に伴って、今後の患者の経過に対する見通しや (Debbie & Janet, 2004)、家族自身ができること (Louis & Mike, 2002)、今後の介護の方法などの情報を必要としていることが明らかになっている (梶尾, 森山, 2010 ; 峠, 2008 ; 鎌田, 中川, 2004)。家族は、医療者とのパートナーシップを持ちたいが気づいてもらえないという経験もしている (Louise & Mike, 2002)。これらの結果から、家族は医療者からの情報提供を期待していると考えられる。さらに

この時期に特徴的なのは、ニーズを先取りしたケアである（梶尾, 森山, 2010）。意思疎通の図れず患者からの情報が少ない中で、家族が求める前に、医療者が必要な情報を患者や家族に提供しようとする姿勢であり、積極的な情報提供への期待であると考えられる。したがって、家族が積極的な情報提供への期待が満たされると認識していることが、医療者への信頼の指標となると考える。

また、急性期を脱した患者の家族は、意識障害や運動機能障害など、何らかの後遺症を残しているという点である。家族は、たとえ患者に後遺症が残ったとしても、他の患者と同様に声をかけ、日常生活を丁寧に整えられもらうことを望んでいる（飯塚, 2017；梶尾, 森山, 2010）。面会に訪れる家族が、実によく医療者の言動を観察していることは、看護師であれば実際に体験していることである。積極的治療が終了したこの時期の家族は、患者の後遺症が回復する希望を持ち続けている（平原, 鈴木, 2010；古賀, 井上, 2007）。これらは、医療者が患者を人として十分に尊重した関わりをすることへの期待であると考えられる。

以上より、急性期を脱した患者の家族にとって、医療者の積極的な情報提供と、患者を十分に尊重した関わりに関する期待が満たされているという認識を、医療者への信頼の指標とすることとする。ただし、Mishel(1988)が「医師の能力や名声は不確かさに直接的に働く」と述べるように、同じ医療者であっても、特に積極的治療を脱した時期の医師と看護師に抱く家族の期待は異なることが考えられる。

## (2) ソーシャルサポート

Mishel(1998)は、理論の中で、ソーシャルサポートの定義として、「出来事を意味づけるためのフィードバックを得ることで様々な生活上の危機における不確かさを防ぐ」（Wortman & Dunkel-Schetter, 1979）という説明を用いている。

ソーシャルサポートには、様々な定義があるが（Norbeck, 1986；Caplan, 1974；Cobb, 1976）、宮崎, 児玉, 佐々木（1999）は、「先行研究を概観すると、名称は違うが、大別して道具的サポートと情緒的サポートに分かれるという事は大筋で一致しているように思われる」と述べている。脳卒中患者の家族を対象とした玉城ら（2004）の研究では、介護負担感や自身の健康に対する不安は、急性期よりも急性期



を脱した後の方が大きくなることを明らかにしている。患者の発症により、家族の家庭内および社会的役割の変化が起こるため、家族は実質的な支援を必要としていると考える。さらに家族は、患者の病気の発症に関して、自分のこれまでの対応を振り返り、後悔の念を抱いたり（梶尾, 森山, 2010）、患者が自分にとって身近な存在であるほど喪失感を感じ、今までと変わってしまった患者の存在の意味を考えるとといった情緒的葛藤を抱いている（樽松, 黒田, 2006）。そのため、情緒的なサポートも必要としていると考える。Carmen et al. (2006) によれば、ハイリスク妊婦が認識するソーシャルサポートは不確かさと中程度の負の相関があること、出来事のポジティブな解釈と弱い正の相関があることが明らかにされている。また、心疾患を持つ患者の家族を対象とした調査では、家族のサポートの欠如があるほど不確かさが高くなることが明らかにされている（Karen et al., 2013）。よって、急性期を脱した脳卒中患者の家族においても、身近な人から得られる生活上の実質的な支援と情緒的な支援は不確かさに影響する要因であると考ええる。

なお、Mishel & Carrie(1998)は、不確かさとソーシャルサポートとの関係について検証を行った際に、「Norbeck Social Support Questionnaire」(Norbeck, 1986)を用いている。この尺度は3つの下位尺度（①全体的機能、②全体的ネットワーク、③全体的喪失）からなるが Mishel が用いたのはこの中の①全体的機能であった。この尺度は信頼性・妥当性ともに検証された尺度であるが、その調査内容は関係持続期間や接触頻度などの詳細にわたり、また専門家の支援も含まれている。この尺度に関しては、南ら（1990）により、文化の特徴にも考慮した日本語版の作成も試みられているが、看護師の仕事に関係する研究のために開発されたことから、原版に仕事に関する助力の項目などが付加されており、疾患をもつ患者の家族に用いることは困難であると考ええる。わが国におけるソーシャルサポートを測定するための尺度には、学生や高齢者用、中高年を対象とした尺度など（宮崎ら, 1999；野口, 1991；岩佐ら, 2007）がある。このうち、岩佐ら（2007）の尺度は、Gregory, Nancy, Sera, Gordon（1988）が開発した、中高年を対象とした“Multidimensional Scale of Perceived Social Support”の日本語版である。この尺度は、ソーシャルサポートを肯定的なもの、知覚されたものとして捉えており、下位尺度に「家族のサポート」「大切な人のサポート」「友人のサポート」の3つをもつ。研究1において、脳卒中患者の家族の平均年齢が57.7歳であったこと、

「大切な人のサポート」は、現代の多様化した家族関係に対応できることから、脳卒中患者の家族が回答しやすい尺度であると考ええる。

### (3) 教育

Mishel (1988) によれば、高校教育の有無で不確かさの程度が異なるという報告があるとされる。その後の研究では、この報告を支持する結果 (Seyyed & Zohreh, 2011) と、有意な差を認めなかったとする報告がある (Alvin et al., 2011 ; Tipaporn, Nitaya, Lassawan, & Samaporn, 2006)。Mishei (1988) が理論の中で説明しているのは、最終学歴そのものではなく、病気に対する知識の把握と理解に影響する知識レベルであり、状況に正確な意味づけを行う能力 (providing meaning and context) である。

わが国における平成 25 年の中学卒業者の進学率は 98.4% (総務省統計局, 2015) と非常に高い。よって最終学歴は家族の知識量を推測するために重要な指標ではあるものの、その他にも、脳卒中患者の家族に特有の、病気に関する不確かさに影響する要因を考慮する必要があると考える。Catarina et al. (2010) によれば、脳卒中患者の家族は、入院中、患者の治療、検査、病状の経過等に関する情報を必要としていたことが明らかにされている。よって、患者の病状の把握や今後の成り行きを把握、整理するために必要な、疾患についての知識および今後の介護に関する知識の有無が教育の指標になると考える。

以上より、脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさに関連する要因を明らかにするために、急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象とし、Mishel (1988) が不確かさの要因として説明する、刺激要因 (Stimuli flame) および構造刺激要因 (Structure Providers) の枠組みを利用することが可能であると考えた。

## Ⅱ．研究目的

急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象に、研究 1 で作成した MUIS-FM-J を用いた横断的調査を行い、家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにすることを目的とする。

## Ⅲ．研究の意義

本研究は、脳神経疾患患者の家族を不確かさの認知という視点から捉え、不確かさに関連する要因を明らかにすることで、看護支援の方向性を検討しようという試みである。

本研究では、急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象とするため、そのような脳神経疾患患者の家族が本当に高い不確かさを抱いているのかを明らかにすることができる。また、家族が置かれたどのような状況が不確かさに関連するのかを明らかにすることができるため、家族はどのように不確かさを抱き、どのような家族が不確かさを抱きやすいのかについての示唆を得ることが可能となる。それにより、支援対象として関心を向けるべき家族の特徴を、看護師間で共有することが可能になると考える。

また、病気に関する不確かさに関連する要因が明らかになれば、不確かさを認知する時点での介入という、これまでにない視点から家族への看護の方向性を検討することが可能になると考えられる。病気に関する高い不確かさは、不適応としての強い不安や抑うつと関連することが明らかになっている。そのため、脳卒中患者の家族においても、不確かさの視点から看護介入を検討できれば、家族の不適応を防ぐことに寄与するとともに、家族支援を担う看護師のケアの質の向上につながると考える。

## **IV. 本研究における用語の操作的定義**

### **1. 急性期を脱した脳卒中患者**

脳卒中とは、急激には発症する脳血管障害のうち、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の 3 つを含む疾患群である（篠原, 中山, 2016）。また、脳卒中の合併症の発症率が高く積極的治療が行われる時期は一般的に発症後 14 日以内である。そのため、急性期を脱した状態とは、発症後 14 日以上経過し、かつ生命の危機を脱し積極的治療が終了したと医師が判断した状態をさす。

### **2. 医療者への信頼**

患者の家族が、医師および看護師の姿勢に対して抱く期待が満たされているという認識をさす。この期待には、必要な情報を、家族が求める前に積極的に与えようとしてくれること、患者を人として十分に尊重して関わってくれることの 2 つが含まれる。これらの期待が満たされていると認識しているほど医療者への信頼は高くなる。

### **3. ソーシャルサポート**

医療者以外の身近な人から得られる実質的かつ情緒的な支援であり、家族のサポート、友人のサポート、大切な人のサポートからなる。情報提供や、情報のフィードバックを通して家族の情報の把握と整理を助けるとともに、実質的かつ情緒的なサポートにより現状を把握し状況変化に対応していくための資源となる。

### **4. 教育**

患者の病状と今後の介護についての状況把握のために必要な知識をさす。患者の病気や介護に関する知識は、家族が患者の病状把握と情報の整理を助けるための資源となる。また、最終学歴は、これまでに教育を受けた年数の長さを表し、状況の把握や整理の知識量が多いことを示す。

## V. 研究の概念枠組み

研究 2 の概念枠組みを図 2 に示した。

Mishel (1988) の理論によれば、人は、病気、治療、入院といった病気に関する出来事の把握や整理がうまくできない場合に病気に関する不確かさを認知する。「不確かさ認知モデル」には、病気に関する不確かさに直接に影響する要因として刺激要因 (Stimuli Frame) と構造提供要因 (Structure Providers) の 2 つがあることが明らかにされている。これら 2 つの要因は、そのとき対象者が置かれた状況を示すものである。

脳神経疾患に特有の症状には、意識障害に伴う意識レベルの低下と運動機能障害による生活動作の低下がある。症状のパターンは、それが一定であるほど不確かさは低くなる (Mishel, 1988 ; Mishel & Carrie, 1988)。そのため、意識レベルや生活動作の程度は、全く問題がないか、あるいはそれ以上悪くならないほど状態が悪い場合よりも、今後良くなるのかあるいはさらに悪くなるのかがわからないような場合に、家族の不確かさはより高くなる可能性がある。また、家族が治療や医療者を含む医療システムにいかに慣れているかという出来事の熟知度の程度によって、病気に関する不確かさの程度は変化する (Mishel, 1988 ; Mishel & Carrie, 1988)。家族の面会頻度や、患者から最も頼られる存在かどうかは、医療者と接する機会を左右する要因であることから、出来事の熟知度を示す指標として病気に関する不確かさと関連することが予測される。

本研究では、脳神経疾患患者の家族に特有の不確かさと関連する要因を明らかにするために、急性期を脱した脳卒中患者の家族を家族に焦点をあて、刺激要因 (Stimuli Frame) と構造提供要因 (Structure Providers) の枠組みを利用し、各要因と家族の不確かさとの関連を明らかにする。刺激要因 (Stimuli Frame) には、症状のパターン、出来事の熟知度、出来事の一貫性の 3 つの要因が含まれる。脳卒中患者は、急性発症を特徴とするため、家族は入院当初から治療や患者の病状に対する状況把握と見通しが困難である。加えて、この時期の家族は、積極的治療を終えてもなお後遺症を残した患者を改めて受け入れなくてはならないという葛藤の時期にあるという特徴を持つ。よって、そのような家族は、入院時あるいは治療中に抱いていた回復への期待と現在の患者の病状が一致しているとは考え難く、出来事の一貫性はそもそも

低い状態にある集団であると考えられる。そのため、この要因は、看護師が高い不確かさを抱く家族を見分ける特徴とはなりにくく、また、効果的な介入の示唆を得る有用な要因とはならないと考え、本研究の概念枠組みに出来事の一致度に関する項目は加えないこととした。

病気に関する不確かさを緩和する要因である構造提供要因（Structure Providers）には、医療者への信頼、ソーシャルサポート、教育の3つが含まれ、これらを有するほど家族の不確かさは緩和される（Mishel, 1988 ; Mishel & Carrie, 1988）。急性期を脱した脳卒中患者の家族は、自分たちが求める前に必要な情報を提供しようとする医療者の積極的な情報提供と、患者を十分に尊重した関わりをして欲しいという、医療者への期待を持っている。信頼とは、他者を当てにできるという期待であることから、医療者に対して抱く期待が満たされているという認識している家族は、医療者への信頼が高く、病気に関する不確かさと関連すると予測される。ただし、Mishel(1988)が「医師の能力や名声は不確かさに直接的に働く」と述べるように、同じ医療者であっても、特に積極的治療を脱した時期の医師と看護師に抱く家族の期待は異なることが考えられる。

ソーシャルサポートもまた不確かさを緩和させる重要な要因である。ソーシャルサポートを有する人は、主に出来事の意味づけのフィードバックを得ることで情報を整理しやすくなり、また実質的・情緒的サポートを得ることは状況への対処に役立つため、病気に関する不確かさは緩和される（Karen, 2013 ; Mishel, 1988）。医療者以外の身近な人として、家族、友人、大切な人から得られるサポートの高さは、脳卒中患者においても、病気に関する不確かさは関連する要因であると予測される。

教育とは、家族が患者の病状の把握と情報の整理を助ける知識であり、それを有する人ほど不確かさは低くなる（Mishel,1988）。そのため、障害を残した患者の家族の場合には、患者の病気に関する知識と今後の生活への見通しをつけるための介護に関する知識が、状況理解を助ける要因となり、病気に関する不確かさと関連すると予測される。また、状況を理解には、その人の知識量が関係する。病気に関する不確かさは、教育年数により違いがあるという報告があることから（Mishel,1997）、知識量を知るための一つの指標である最終学歴は、病気に関する不確かさと関連すると予測される。

## VI. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、自記式アンケート用紙を用いた横断的研究デザインである。

### 2. 研究対象

#### 1) 対象者

本研究では、東北地方および東海地方の計 5 つの総合病院において、急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象とした。

なお、調査対象となる家族は 1 名の患者に対して 1 名とし、以下の基準に沿って選定した。

#### (1) 適格基準

- ① 脳卒中（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）のための積極的治療が終了したと医師が判断した患者の家族
- ② 意識障害および/もしくは機能障害が残存している患者の家族
- ③ 療養の場の変更について医師から説明のあった家族
- ④ 現在の病棟での入院期間が 7 日以上経過している患者の家族
- ⑤ 面会に訪れた家族で、研究への協力に同意の得られた家族（患者に意識障害がない場合には、患者の同意も得られた家族）

#### (2) 除外基準

- ① 生命が危機的状态にあると医師が判断している患者の家族
- ② 回復期リハビリ病棟へ移行できる入院日数（60 日）を越えた患者の家族
- ③ 患者および家族もしくはどちらかが 20 歳未満で成人していない者
- ④ 認知状態・精神状態に問題があり、調査を依頼しないほうが良いと医師や看護師が判断した家族

## 2) 対象者数の算出根拠

本研究の分析で使用予定の重回帰分析に必要なサンプル数を算出した。重回帰分析では、 $n \geq 10 \times p$ （独立変数）という条件が最良であるが、研究デザインによって  $n$  を大きくできない場合には、 $n \geq 2 \times p$  もしくは  $n \geq 3 \sim 4 \times p$  の基準を満たすことが理想であると説明される（対馬，2008）。本研究は、脳卒中患者のうち、特定の時期かつ後遺症という基準を満たし、また、面会に来る家族に依頼を限定して行うことから対象者を大きく設定することは困難であると考えた。研究の概念枠みに示した独立変数は 14 であるため、 $n \geq 3 \sim 4 \times p(14)$  として算出し、必要サンプル数は 56 名以上に設定することとした。なお、患者の家族を対象とした先行研究での調査票回収率はおおよそ 36% から 66% であるという情報（伊藤，2009；宮谷ら，2002）を基に、本研究の回収率を約 40% と予測した。さらに、確実な対象者数確保のために有効回答率を約 30% と予測し、約 200 名の患者家族に質問紙を配布する予定とした。

## 3. 調査期間

本研究の調査期間は、平成 27 年 12 月～平成 28 年 7 月であった。

## 4. 調査内容

無記名式自記式アンケート用紙にて、以下の内容を調査した（資料 2、7、8、9）。

### 1) 家族の病気に関する不確かさ

研究 1 で作成した MUIS-FM-J を用いた（資料 2）。MUIS-FM-J は 31 項目からなる。各質問項目に対して「かなりそう思う」から「全くそう思わない」の 5 件法で回答を得て、順に 5～1 点を割り当て合計点を算出する。質問項目には逆転項目が 11 項目含まれており、これらは値を反転させる。得点範囲は 31～155 点で、得点が高いほど、家族の病気に関する不確かさが高いことを意味する。MUIS-FM-J の信頼性と妥当性は、研究 1 の調査により確認されている。

### 2) 医療者への信頼

本調査では、家族が抱く期待を、医師の積極的な情報提供、看護師の積極的な情報提供、医師の患者を十分に配慮した関わり、看護師の患者を十分に尊重した関わりと



し、4 項目それぞれで確認する（資料 7）。各質問項目について、「かなりそう思う」から「全くそう思わない」の 5 件法で回答を得て、順に 5～1 点を割り当て項目ごとに点を算出する。医師および看護師それぞれの姿勢に対して抱く期待が満たされていると認識しているほど医療者への信頼が高いと解釈する。

なお、各項目に関する質問文の表現は、質問の意図が伝わるよう、脳神経外科での看護経験のある看護部長 5 名および大学教員 2 名、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 1 名に確認してもらい、表現を修正して表面妥当性を確保した。また、実際に脳卒中により入院中の患者がいる家族 2 名の協力を得て回答してもらった結果、答えにくさはなかったため、そのまま使用することとした。

### 3) ソーシャルサポート

Gregory D. Zimet et al. (1988) が開発し、岩佐ら (2007) が作成した、日本語版ソーシャルサポート尺度 (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) を使用した (資料 8)。この尺度は、12 の項目からなり、家族のサポート、大切な人のサポート、友人のサポートの 3 因子、各 4 項目の質問からなる。各質問項目に対して「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の 7 件法で回答を得て、順に 7～1 点を割り当て、因子ごとの合計得点を算出する。得点範囲は各因子ともに 4～28 点で、得点が高いほどソーシャルサポートが高いことを意味する。日本語版尺度の Cronbach の  $\alpha$  係数は、尺度全体が 0.91、家族のサポートが 0.94、大切な人のサポートが 0.88、友人のサポートが 0.90 であり、信頼性は確保されている。また、妥当性の検証としては、尺度全体および下位得点と、親友の人数、親子関係の満足度、夫婦関係満足度のすべての変数間で弱～中程度の正の相関がみられ、またソーシャルサポートが高いものが低いものよりも精神的健康 (GHQ: General Health Questionnaire) 得点が低く、精神的健康が良いことという結果から、尺度の妥当性も確保されている。

なお、本尺度に関しては、作成者の使用許可を得た。

### 4) 教育

患者の病状と今後の介護についての状況把握のために必要な知識の量を測定する指標として、本調査では、今回の病気に関する講習会等への参加、介護に関する講習会等への参加、最終学歴について、2 項式または多項式で回答を得た (資料 9)。

## 5) 対象者の背景

対象者である家族の基本属性として、年齢、性別、患者との関係、患者との生活形態、同居人数を確認した。さらに出来事の熟知度を確認するために、患者から最も頼られる存在かについてと、面会頻度に関する質問を設定した。また、入院中の家族の特性として、年齢、入院日数、性別、疾患の種類、療養の場の変更に関する説明の有無、療養の場の変更先、同居人数を確認した。症状のパターンを確認するために、患者の意識レベルと生活動作の程度についての質問を設定した。意識レベルは覚醒状態を示す JCS (Japan Cima Scale) を参考に、「常にはっきりしている」「はっきりしている時とそうでないときがある」「常にはっきりしていない」の 3 段階とした。生活動作は、脳卒中患者の機能自立度を評価するための指標である日本版 modified Rankin Scale (mRS) を参考に（篠原, 峰松, 天野, 大橋, mRS 信頼性研究グループ, 2007）家族が回答しやすいよう、「全く症状はない」「症状はあるが自分の身の回りのことは介助なしに行える」「何らかの介助は必要だが、歩行は介助なしに行える」「歩行・食事・トイレなどに介助が必要である」「寝たきりの状態であり、常に誰かの介助と見守りが必要である」の 5 段階とした。以上の質問は、数値の記入、二項または多項選択肢による形式で回答を求めた（資料 9）。

## 5. 調査の方法と手順

- (1) 調査の実施にあたり、各対象施設の責任者に対し研究依頼および研究の説明を文書及び口頭で行い、研究協力の同意を得た（資料 10）。
- (2) 各施設で同様の対象者の選定と依頼が行えるように作成した調査依頼マニュアルを使用し（資料 11）、各施設の調査病棟の調査協力者に、対象者への調査依頼の方法と手順について説明を行った。
- (3) 各病棟の調査協力者に、調査対象に合致する方を選定していただき、対象者である家族（患者の意識に障害がない場合は、患者の同意も得る）に研究の説明を文書および口頭にて行い（資料 12）、同意が得られた方へ無記名式自記式アンケート用紙を配布していただいた。なお、面会家族が複数人いた場合には、その中で協力に応じてくださる方を 1 名決めていただき、説明と同意を得ていただいた。

- (4) アンケートは郵送法による任意提出とし、返送をもって研究参加の同意とみなした。

## 6. 分析方法

アンケート調査により回収したデータの分析には、統計ソフト SPSS Version 22 を使用し、有意水準 5%とした。

- 1) 対象とした家族の背景および背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の傾向を確認するために、記述統計を行った。
- 2) 次に対象者属性の違いによる MUIS-FM-J 平均得点の差を確認するために、2 群比較には対応のない  $t$  検定を、3 群以上の比較には一元配置分散分析 (ANOVA) を用いて確認した。
- 3) 研究の概念枠組みにおいて不確かさに関連すると予測した各変数について、家族の病気に関する不確かさとの関連を確認するために、単変量解析を行った。
  - (1) 医療者への信頼に関する各変数の得点とソーシャルサポートの各得点については、家族の病気に関する不確かさ得点との相関を確認するために Spearman の順位相関係数を算出した。
  - (2) その他の変数の分析には、2 群比較には対応のない  $t$  検定を用いた。3 群以上の比較には一元配置分散分析 (ANOVA) を用いた。その際、教育に関する質問では、病気に関する講習会等への参加、介護に関する講習会等への参加については「あり」と「なし」の 2 群に分類した。最終学歴については、記述統計の確認により、「大学院」と回答した者はなく、その他の自由記載にあった「短大」と「大学」と回答した者の得点が類似していたことから、「中学」「高校」「専門学校」「短大・大学」の 4 群に分類した。意識レベルは、「常にはっきりしている」「はっきりしている時とそうでない時がある」「常にはっきりしていない」の 3 群に分類した。生活動作については、記述統計の確認により得点が明らかに高かった「全く症状はない」と「症状はあるが身の周りのことはできる」を「介助不要」とし、さらに、同様の得点傾向を示した「何らかの介助は必要だが、歩行は介助なしに行える」と「歩行・食事・トイレなどに介助が必要である」を「何らかの介助が必要」、さらに明らかに得点の低かった「寝た

きりの状態で常にだれかの介助が必要」を「寝たきり」とし、3 群に分類した。

面会頻度は「毎日」「3-4 回/週」「1-2 回/週」の 3 群に分類した。患者から最も頼られる存在は、「そう思う」と「そう思わない」の 2 群に分類した。

- 4) 次に、家族の病気に関する不確かさに影響する要因とその影響の強さを確認するために、家族の病気に関する不確かさを従属変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行い、標準偏回帰係数を算出した。投入した独立変数は、医師の積極的な情報提供、医師の患者を十分に尊重した関わり、看護師の積極的な情報提供、看護師の患者を十分に尊重した関わり、家族のサポート、友人のサポート、今回の病気の講習会等への参加経験、介護の講習会等への参加経験、最終学歴、患者の意識レベル、患者の生活動作、面会頻度、患者から頼られる存在の計 13 項目である。なお、投入した独立変数の中には、単変量解析で有意な相関や平均値の差の見られないものもあったが、本調査では理論上、不確かさに影響する可能性があるかと判断し、全ての変数を投入した。なお、2 値をとる独立変数はダミー変数として投入した。また、記述統計の結果で順序性がみられず特徴的な得点分布がみられた患者の意識レベルでは、「常にはっきりしている」を reference(参照カテゴリー)とする 2 つのダミー変数を作成し、面会頻度においては、「1-2 回/週」を reference(参照カテゴリー)とする 2 つのダミー変数を作成して投入した。

## 7. 倫理的配慮

### 1) 対象者の人権擁護

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の審査を受け、承認を得た（通知番号 第 1011 号）。その後、研究対象施設の倫理委員会で承認を得て調査を実施した。その際には、研究対象施設の倫理委員会の承認文書の交付を受けた。また、倫理委員会が開催されない施設においては、施設長からの研究協力承諾書の受領および本学の研究承諾書の交付を受けた上で調査を実施した。また、今回の調査では、調査依頼およびアンケート用紙配布を各施設の調査協力者に行っていただくこととしたため、調査協力者は、各施設における倫理講習会を受けている事を確認した。

## 2) 対象者の理解を求め同意を得る方法

対象者に対しては、説明文書(資料 12)を用いて口頭で以下の内容を説明し、研究協力の同意を得た。また、入院中の患者に意識障害がない場合には、その方にも説明を行い、同意が得られた場合にアンケート用紙を配布した。

- (1) 本研究の目的と方法
- (2) 病院の責任者の同意を得た上で調査を実施していること
- (3) 調査への協力は自由意思であり、研究に協力しなくても対象者および入  
中の方が不利益を受けることは決してないこと
- (4) 調査以外の目的でデータを使用しないこと
- (5) 結果は学会や論文で発表するが、アンケートは無記名であり施設名や個  
人名が特定されることはないこと
- (6) データは研究者が厳重に管理し、「国立大学法人筑波大学研究公正規則」  
に則り、論文発表後 10 年間の保管の後にデータを消去すること
- (7) アンケートの返却は病院の職員を介さない研究者への直接の郵送方法と  
し、返送をもって同意とみなすこと

## 3) 研究によって生じる対象への不利益に対する配慮

- (1) アンケートへの回答に伴う時間的負担への配慮

対象者に対し、アンケート回答の所要時間は 20 分程度であることを文書および口頭で伝えた上で協力の同意を得た。また、アンケートの回答および返信までに 1 週間という期間を設ける事で、限られた時間で面会に来ている家族にも負担とならないよう配慮した。

- (2) 精神的苦痛への配慮

対象者は、急性期を脱した脳卒中患者の家族であり、アンケートへの回答により不安が増強することもある場合を考慮し、調査依頼の際には精神状態が落ち着いていると判断される方を選定して頂くよう調査協力者に十分に説明した。また、質問紙への回答は調査の説明および依頼を行った調査責任者や病棟看護師への報告の義務はなく、研究者への直接の返信である旨を強調して説明して頂くこと、調査に関する意見や質問がある際には、研究者へ

直接連絡できる旨の説明を行って頂くよう依頼した。説明文書に研究者の連絡先を明記した。

#### 4) データ管理方法

アンケート用紙は全て研究者の所属大学への返信とし、データを入力する段階で全て番号化を行った。データの入力、保存に際しては、アンケートによって得られた情報が漏えいしないよう、インターネット環境に接続できない研究専用のノートパソコンを使用した。また、全てのデータには、研究対象施設および研究テーマは記載しないようにした。データの保存媒体である USB メモリーにはパスワードを設定し、セキュリティロックをかけ保存した。アンケート用紙および研究専用のパソコンと USB メモリーは、研究者の研究室である順天堂大学保健看護学部共同研究室 3 の鍵のかかる棚に施錠して保管した。データは、「国立大学法人筑波大学研究公正規則」に則り、論文発表後、10 年間保管後に消去、破棄する予定である。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. アンケートの回収状況

対象者の選定基準に該当した 146 名に質問紙を配布し、75 名より回答を得た（回収率 51.4%）。質問への回答に欠損や重複があるもの、また対象者の適格基準に該当しない者を除外し、分析に使用できたのは 62 部（有効回答率 42.5%）であった。

#### 2. 対象者の属性

62 名の対象者属性のうち、家族の特性を表 8 に示した。家族の平均年齢は 58.4 歳（SD=12.7、範囲 23-80）で、男性が 23 名（37.1%）であった。患者から見た関係は、こどもが 27 名（43.5%）で最も多く、次いで配偶者が 22 名（35.5%）であった。患者との生活形態は同居が 48 名（77.4%）、世帯人数では 3 人以上が最も多く 43 名（69.4%）であった。出来事の熟知度の指標である、面会頻度は「毎日」と答えた者が最も多く 36 名（58.1%）、患者から最も頼られる存在では、「そう思う」が 53 名（85.5%）を占めていた。

家族が回答した入院中の患者の特性を表 9 に示した。患者の平均年齢は 75.3 歳（SD=12.1、範囲 40-97）で、入院日数は平均 27.5 日（SD=12.1、範囲 14-60）、現在の病棟での入院日数は平均 24.3 日（SD=12.9、範囲 7-60）であった。性別は男性が 33 名（53.2%）で、疾患の種類では脳梗塞が 33 名（53.2%）で最も多かった。療養の場の変更に関する説明は「あり」と回答した人が 48 名（78.7%）で、変更先では、多施設のリハビリ病棟が 28 名（58.3%）で最も多かった。患者の同居人数は 3 人以上が最も多く 41 名（66.2%）であった。次に 2 名が 18 名（29.0%）で多く、1 人暮らしは 3 名（4.8%）であった。症状のパターンの指標である患者の意識レベルは、「はっきりしていない時とそうでない時がある」が 25 名（40.3%）、患者の生活動作は「寝たきり状態で常に誰かの介助が必要」が 25 名（40.3%）で最も多かった。

次に、対象者属性の違いによる MUIS-FM-J 得点を算出し、平均値の差の検定を行った結果を表 10 に示した。「患者性別」のみ有意な差を認め、患者が「女性」より「男性」の場合の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった（ $t = 3.27, p < .01$ ）。なお、患者が男性の場合の家族の性別、患者から見た関係、患者との生活形態、家族同居人数の

違いによる MUIS-FM-J 得点の差を確認したが、いずれも有意な差を認めなかった。

### 3. 各変数の得点分布

今回の対象者における各変数の平均点ならびに MUIS-FM-J と各ソーシャルサポート尺度の Cronbach の  $\alpha$  係数を表 11 に示した。MUIS-FM-J の平均得点は 91.7 点 ( $SD=14.7$ , 範囲 58-127) で、Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.88 であった。医療者への信頼では、医師の積極的な情報提供は平均得点 3.3 点 ( $SD=1.0$ )、医師の患者を十分に尊重した関わりは平均得点 3.8 点 ( $SD=0.8$ ) で、看護師の積極的な情報提供は平均得点 3.7 点 ( $SD=0.8$ )、看護師の患者を十分に尊重した関わりは平均得点 4.2 点 ( $SD=0.6$ ) であった。また、ソーシャルサポートのうち、家族のサポートは平均得点 22.5 点 ( $SD=4.3$ , 範囲 6-28) で、Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.89 であった。友人のサポートは平均得点 19.4 点 ( $SD=5.1$ , 範囲 4-28) で、Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.94、大切な人のサポートは平均得点 22.6 点 ( $SD=5.1$ , 範囲 4-28) で Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.87 であった。

尺度全体の分散の確認では、MUIS-FM-J ( $D=0.10$ ,  $p=.18$ ) は Kolmogorov-Smirnov の検定において正規性を認めたが、家族からのサポート ( $D=0.12$ ,  $p=.02$ )、友人のサポート ( $D=0.12$ ,  $p=.02$ )、大切な人のサポート ( $D=0.10$ ,  $p=.01$ ) では正規性は認められなかった。

### 4. 各変数と家族の病気に関する不確かさと関連

医療者への信頼の指標となる各変数得点と MUIS-FM-J 得点との相関を表 12 に示した。MUIS-FM-J 得点は、医師の積極的な情報提供との間で  $\rho=-.28$  ( $p<.05$ ) の弱い負の相関、医師の患者を十分に尊重した関わりとの間では  $\rho=-.40$  ( $p<.01$ ) の中程度の負の相関関係を示した。また、MUIS-FM-J 得点は、看護師の積極的な情報提供との間で  $\rho=-.35$  ( $p<.05$ )、看護師の患者を十分に尊重した関わりとの間で  $\rho=-.27$  ( $p<.05$ ) の弱い負の相関関係を示した。

ソーシャルサポートの各変数の得点と MUIS-FM-J 得点の相関を表 13 に示した。MUIS-FM-J 得点は、家族のサポート得点との間で  $\rho=-.28$ , ( $p<.05$ )、大切な人のサポート得点との間で  $\rho=-.28$  ( $p<.05$ ) の弱い負の相関を認めたが、友人のサポートでは有意な相関を示さなかった ( $\rho=-0.21$ ,  $p>.05$ )。また、ソーシャルサポートの各尺度間の相関係数を確認したところ、家族のサポートと大切な人のサポートの間で



$\rho = .92$  ( $p < .01$ ) の強い正の相関を認めた。そのため、以後の重回帰分析では多重共線性を考慮し、家族のサポートのみを変数として残すこととした。

教育の各変数と MIUS-FM-J 得点との平均値の差の検定の結果を表 14 に示した。教育に関する項目はいずれも MUIS-FM-J 得点と有意な差を認めなかった。しかし、今回の病気に関する講習会等への参加経験では、「なし」と答えた人よりも「あり」と答えた人の方が MUIS-FM-J 得点は高い値を示した。介護に関する講習会等への参加経験では、「あり」と答えた人より「なし」と答えた人の方が MUIS-FM-J 得点は高い値を示した。また、最終学歴では、就学年数が長いほど MUIS-FM-J 得点は低くなるという傾向を示した。

症状のパターンと出来事の熟知度に関する各変数と MUIS-FM-J 得点の平均値の差の検定の結果を表 15 に示した。症状のパターンである患者の意識レベルでは、「はっきりしている時とそうでない時がある」場合に MUIS-FM-J 得点が最も高く、次いで、「常にはっきりしない」場合に MUIS-FM-J 得点が高くなっていたが、3 群間平均値の比較では有意な差は認めなかった。患者の生活動作は、3 群の平均値の比較では有意な差は認めなかったが、「寝たきり」よりも「何らかの介助が必要」から「介助不要」になるほど MUIS-FM-J 得点が高くなっていた。出来事の熟知度の指標である面会頻度は、3 群の平均値の比較では有意な差は認めなかったが、MUIS-FM-J 得点は「3-4 回/週」の場合に最も高く、次いで「毎日」の場合が高かった。患者から最も頼られる存在は、「そう思う」と回答した人より「そう思わない」と回答した人の方が MUIS-FM-J 得点が有意に高かった ( $t = -2.20, p < .05$ )。

## 5. 家族の不確かさに影響する要因

### 1) 重回帰モデルの適合度

重回帰式の分散分析表を確認したところ、モデル全体の  $F = 7.36$  ( $p < .001$ ) で、自由度調整済み決定係数  $R^2$  は .362 であった (表 16)。各独立変数の VIF は 1.04~1.58 の範囲であった。残差の分析では、Shapiro-Wilk の分析により正規性を確認し ( $W = 0.99, p = .84$ ) 中心化された t 値の確認では、残差の大きさが  $\pm 3$  を超えるケースは存在しないことを確認した。また、標準化残差の正規確率プロットを確認したところ、ほぼ線上に並んでいた。

## 2) 家族の不確かさに影響を与える要因

表 16 は、家族の不確かさに影響する要因とその影響力を確認するために重回帰分析を行った結果を示したものである。結果、医師の患者を十分尊重した関わり、患者の意識レベル、患者の生活動作、患者から頼られる存在の 4 つが有意な変数として認められた。標準偏回帰係数を確認したところ、正の影響を認めた要因は、患者の意識レベルと患者の生活動作 ( $\beta = .377$ ,  $p = .002$ ) であった。意識レベルは、「常にはっきりしている」場合と比較して、「はっきりしている時とそうでない時がある」場合 ( $\beta = .475$ ,  $p = .000$ ) と、「常にはっきりしていない」場合 ( $\beta = .399$ ,  $p = .004$ ) に、家族の不確かさに影響していた。一方、負の影響を認めた要因は、医師の患者を十分尊重した関わり ( $\beta = -.392$ ,  $p = .001$ ) と、患者から頼られる存在 ( $\beta = -.325$ ,  $p = .005$ ) であった。

## VI. 考 察

### 1. 対象者の背景について

本調査の対象となった家族は、配偶者 22 名、こども 27 名を合わると 49 名で、全体の 79.0% とほぼ大半を占めていた。また、患者と同居している家族は 77.4%、患者から最も頼られる存在と認識している家族は 85.5% であったことから、本調査の対象となった家族は、代理意思決定者となるような患者と親しい関係の者が多かったと考えられた。この結果は、対象者選定において、面会時に協力可能な方の申し出をうけて行った依頼手順が影響した可能性がある。患者の平均年齢は 75.3 歳であり、脳卒中の好発年齢である 60 代～80 代（荒木, 小林, 2016）の範囲内にあった。また、今回の結果では、脳梗塞 53.2%、脳出血 35.1%、くも膜下出血 11.3% の割合であったが、2013 年の脳卒中データベースにおける割合順位と同様であり（荒木, 小林, 2016）、おおよそ一般的な脳卒中患者の傾向を反映した結果であった。今回の調査では、選定基準として意識障害などの後遺症を残した脳卒中患者の家族を適格基準とした。実際、患者の意識レベルおよび生活動作に問題があると認識している家族の割合が高く、療養の場の変更先では、自宅よりもその他の施設と回答したのが 91.7% を占める結果となっていた。患者の日常生活への問題の程度が自宅退院の可否に関係するという戸島, 西谷, 荻島（2001）の報告と同様の結果であり、後遺症を残した脳卒中患者の一般的な傾向を反映した結果であったと考える。

なお、今回の結果では、患者が女性の場合よりも男性の場合の方が家族の不確かさは高い結果であった。男性は女性に比べ、他者への依頼を躊躇し問題を抱え込む傾向にあり（津止, 斎藤, 2007）、家族にも自分の病状や状況を詳細に説明しない傾向があると考えた。また、わが国の伝統的な家族は「いえ」制度として特徴づけられるため（関井, 2004）、家長である男性の発症や入院による不在が家族の不確かさを生む要因になっていた可能性がある。しかし、研究 1 で行った調査では、74 名の脳卒中患者の性別は MUIS-FM-J 平均得点に有意な差は認めず、むしろ女性の場合に高い得点を示していた。また、認知症患者の家族と ICU から転棟する患者の家族を対象に行った調査においても、患者の性別による不確かさ得点に有意な差はなかったことが示されている（Ruth & Guarino, 2011 ; Marion &

Mary, 2004)。したがって、脳卒中患者の性別による家族の病気に関する不確かさの程度の差の有無や理由については、今後さらに検証していく必要があると考えられる。

## 2. 脳神経疾患患者の家族が抱く不確かさの高さ

急性期を脱した脳卒中患者を対象とした今回の調査における MUIS-FM-J の平均点は 91.7 (SD=14.7、範囲 58-127) であった。研究 1 で脳神経疾患患者の家族を対象とした際の MUIS-FM-J の平均点は 85.9 点 (SD=17.7)、そのうち脳卒中患者の MUIS-FM-J の平均点は 88.8 点 (SD=16.3) であった。Managing Uncertainty in Illness-Family Member form の開発以降、Mishel のデータバンクには、16 件の調査の蓄積があり、がん患者の家族 5 件、心筋梗塞患者の家族 4 件で、その他アルツハイマー、認知症、腎性疾患患者の家族を対象とした不確かさ得点の平均点は、69.3~89.0 点である (Mishel, 1997)。近年の研究では、集中治療室移動前後の家族の不確かさ得点は平均 77.3~79.0 点 (Marion & Mary, 2004)、在宅療養している心疾患患者の介護者の不確かさの平均得点は 82.3 点 (Karen et al., 2013) であったことが報告されている。本尺度にカットオフポイントがないが、本調査の対象者は高い不確かさを抱いている可能性が示唆された。

## 3. 家族の不確かさに関連すると予測した要因との関連

今回の調査では、急性期を脱した脳卒中患者の家族の不確かさに関連する要因を明らかにするために、Mishle(1988)の「不確かさ認知モデル」に基づいて予測される要因を抽出した。各要因と家族の不確かさとの関連について、以下に考察を述べる。

### 1) 刺激要因との関連

#### (1) 症状のパターンとの関連

まず、患者の意識レベルは、「常にはっきりしている」、「はっきりしている時とそうでない時がある」、「常にはっきりしていない」の 3 群に分類して MUIS-FM-J 得点の差の検定を行ったが、有意な差は認めなかった。しかし、本対象では、「はっきりしている時とそうでない時がある」場合に最も MUIS-FM-J 得点が高かった。田中 (2010) は、意識障害のある患者の家族を対象に調査を行い、家族は、患者のわずかな反応から病

状を思いめぐらせていたことを明らかにしている。くも膜下出血で意識障害を残した患者の家族を対象とした調査では、家族は、患者のわずかな動きを見て「もしかしたらわかっているのかも」という思いと「たぶん、本当にタイミング」という思いの間に揺れ動き、それが患者の意図的な反応なのかどうかを決めかねていた(飯塚, 2017)。患者の「常にはっきりしない」状態は、症状のパターンとしては固定しているために、「はっきりしている時とそうでない時がある」場合のほうが、家族は病状の把握が困難で家族の不確かさがより高くなったと考える。この結果は、病気に関する不確かさが、病状に関する曖昧さを含むという Mishel (1988) の理論の特徴をよく表していると考ええる。

次に、患者の生活動作は、「介助不要」、「何らかの介助が必要」、「寝たきり」の3群の MUIS-FM-J 得点の差の検定では有意な差は認めなかった。しかし、今回の対象では、介助が不要になるほど MUIS-FM-J 得点が高くなっていた。平原, 鈴木 (2008) は、急性期を脱した患者の家族が、「医療下でひとまず安心する」という体験をしていたことを明らかにしている。患者は生きるか死ぬかという不明瞭な時期を乗り越え、症状のパターンが固定したために、「寝たきり」患者の家族の不確かさが最も低くなったと考える。「何らかの介助が必要」な状況は、患者の意識レベルと同様に、家族には病状に関する曖昧さを高める状況であったと考える。医療者は、たとえ生活動作に障害が残っても、急性期を脱すれば安定した状態として捉えることが一般的であるが、家族は、本当にもう回復につながる治療がないのかという不安を持っており(古賀, 井上, 2007)、病気の重症度についての情報の不足や不一致が生じる状況を招いていた可能性がある。さらにこの時期は、積極的な治療からリハビリテーションへと医療の重点が移行することが特徴である。Catarina et al. (2010) は、脳卒中症後 4 週間を経過した患者の家族を対象に調査を行い、家族には、患者自身に関する情報のニーズとして、治療状況と病状の他に、リハビリテーションについてのニーズがあったことを明らかにしている。家族にとっては、リハビリテーションという新たな治療やケアシステムの複雑さが加わるために、不確かさが高くなった可能性も考えられる。今回、不確かさが最も高かったのは「介助不要」な患者の家族であった。この結果は、症状の有無や症状による活動への影響が不確かさに関連していたという先行研究の結果と異なる (Karin et al., 2013 ; Cheryl et al., 2009)。「介助不要」な状態は、症状のパターンが一定であるために家族の不確かさは「何らかの介助が必要」

な場合より高くないという推測とは異なる結果であった。「介助不要」であっても 14 日以上入院している家族は、再発への不安や家族内での管理の困難さを感じていた可能性もある。しかし、今回の調査では、「介助不要」と認識していた家族は 3 名と少数であったことから、症状がなくても家族が高い不確かさを抱く理由については、より詳細な調査を要する。

## (2) 出来事の熟知度との関連

まず、面会頻度は、「毎日」「3-4/週」「1-2 回/週」の 3 群に分類し MUIS-FM-J 得点の差を確認したが、有意な差は認めなかった。しかし、「毎日」面会している家族よりも「3-4 回/週」の家族の不確かさ得点が最も高く、「1-2 回/週」の家族の不確かさ得点が最も低かった。「毎日」面会している家族は、治療環境や医療者に接して直接情報を得る機会が多いため、情報を得やすく、「3-4 回/週」の家族よりも不確かさが低くなったと考える。「1-2 回/週」の家族は、治療環境や医療者に接する機会は少ないが、「毎日」面会に来る患者と比べると、患者に対するコミット度が高くなかった可能性がある。Young-Eun, Kmoyama, Okabe, Nakajima (2012) の家族介護者における調査では、規範的なコミットメントおよび感情的なコミットメントは自宅介護の継続に関連していたことが明らかにされている。意思決定者とならないような家族、または情緒的関係の強くない家族は、患者とのコミット度が低いために情報を必要とせず不確かさが最も低いという結果となった可能性が考えられる。

次に、患者から最も頼られる存在であると認識している家族の方が不確かさは低くなることが明らかになった。患者から最も頼られる存在であると認識している家族は、後遺症を残した患者の代理意思決定者としての自覚を持つ者である可能性が高い。代理意思決定者となる家族は、医師から患者の病状や治療に関する説明を聞く機会や、看護師から患者のその日の様子などを聞く機会が多いために、現状の把握を可能にし、不確かさが低くなったと考えられる。

## 2) 構造提供要因との関連

### (1) 医療者への信頼との関連

医療者への信頼の指標として用いた、医師の積極的な情報提供、医師の患者を十分に尊重した関わり、看護師の積極的な情報提供、看護師の患者を十分に尊重した関わりは、いずれも家族の不確かさと弱いもしくは中程度の有意な正の相関関係を認めた。Mishel & Carrie (1988) が医療者への信頼と不確かさの関連検証をした際に用いた尺度は「医療の質」や「医療への満足」などを問うもので、不確かさとは  $r = -.59$  の中程度の正の相関を示している。脳神経疾患患者の家族を対象とした研究 1 では、「医療への満足」と認識している家族ほど不確かさが低いことが明らかにされている。今回の調査では、医療への満足といった抽象的な質問ではなく、医師や看護師の関わり方という内容でも病気に関する不確かさとの関連が見いだせたことは非常に重要な意味をもつと考える。Luhman (1979) によれば、信頼は複雑さに対処する方法である。信頼が必要とされるのは社会的不確実性が大きい状況下であるため (山岸, 1998)、今回対象者となった家族は、医療者の関わりから信頼を感じとり、病気に関する不確かさを低くした可能性がある。

### (2) ソーシャルサポートとの関連

Mishel (1988) によれば、ソーシャルサポートは、身近な人々から得られる情報によって、刺激要因 (Stimuli Frame) を緩和させる要因であるという特徴をもつ。今回の調査では、家族、友人、大切な人のサポートのうち、家族と大切な人のサポートが、家族の不確かさと負の相関関係を認めた。しかし、家族のサポートと大切なサポートは非常に高い相関を認めたことから、本調査の対象者は、家族と大切な人で同じ人を思い起こしていた可能性がある。家族とは、与えられた影響に対処し適応しながら均衡を回復していく働きを持つ集団であるといわれる (石原, 2004)。家族の一員である患者が後遺症を残したような場合、常に新しいバランスを確立しようと努力する家族にとって (Louise & Mike, 2002)、他の家族成員からのサポートは大きな資源となることから先行研究の結果同様 (Karen et al., 2013 ; Carmen et al., 2006) に確認された。まとめるとしての家族が持つ回復および再組織化の力は、近年では、「家族レジリエンス (Family Resilience)」 (Walsh, 2006) や「家族耐久力 (Family Hardiness)」 (McCubbin et al., 1998)

などの概念として捉えられ、わが国でも、それらを活かした支援の重要性に関する研究がなされるようになってきた（永富, 法橋, 2015 ; 瓜生, 野嶋, 2015 ; 得津, 2007 ; Clark, 2002）。今後は、家族のもつ資源という視点から、多様化する家族のサポート力をより詳しく探っていくことで、不確かさ管理への更なる示唆を得ることが課題であると考ええる。

### (3) 教育との関連

今回、病気に関する不確かさを緩和する要因のうち、教育を示す資料とした患者の病気に関する講習会等への参加経験、介護の講習会等への参加経験の有無はおよび最終学歴は、いずれも、家族の不確かさと有意な関係を認めなかった。しかし、病気に関する講習会等への参加経験では、「なし」と回答した人より「あり」と回答した人の方が病気に関する不確かさ得点は高い値を示したのが特徴的であった。今回の調査では、講習会等への参加の有無を確認をただけなので、家族がどのような知識を得たのか、また、家族がどの時期にその講習会に参加したのかは調査していないという限界がある。市民を対象とする講習会は、脳卒中予防の啓発活動として行われる場合が多く、脳卒中によって起こる症状や生活への影響とともに、危険因子、予防法、早期発見方法と発見時の対処法などが紹介されている（田口ら, 2015 ; 鈴木, 唐澤, 根本, 2014 ; 齋藤, 2013）。これらの知識は予防活動には意義があるが、実際に発症して後遺症を残した患者の家族にとっては、脳卒中が寝たきりを招くような怖い病気であるという印象だけが残った可能性もある。Catarina et al. (2010)の調査によれば、脳卒中サバイバーの家族は、脳卒中を身近に知ってはいたものの、発症後に情報が足りないことに気づき、必要な情報を得ることに強い関心を抱くという体験をしていることが明らかになっている。不確かさを低くするような知識の内容については、家族が、家族自身ができることや（Louise & Mike, 2002）、今後の介護の方法などの情報を必要としている（梶尾, 森山, 2010 ; 峠, 2008、鎌田, 中川, 2004）という情報をもとに、今後より詳細に探っていく必要がある。



#### 4. 家族の不確かさに影響する要因とその影響力

##### 1) 重回帰モデルの有効性

重回帰式の分散分析表を確認したところ、モデル全体の  $F=7.36$  ( $p<.001$ ) であり、求めた重回帰式は予測に役立つと判断された。重回帰式の適合度を示す指標として確認した自由度調整済み決定係数  $R^2$  は.362 であった。決定係数については、社会調査データはノイズが大きいことがあり、場合によっては.20 を超えていれば大きいということもあるとされる（村瀬, 高田, 広瀬, 2007）。本調査の場合も、独立変数は医療者への信頼、ソーシャルサポート、教育、あるいは家族の認識といった社会調査データであることから、重回帰式の適合度は悪くないと判断された。VIF は 1.04~1.58 の範囲であり、多重共線性を考慮すべき変数は含まれていないと判断した。残差の分析では正規性が確認され、また標準化残差の正規確率プロットの確認ではほぼ線上に並んでいたことから、重回帰式の妥当性に特に問題はないと判断された。

##### 2) 家族の不確かさに影響する要因

重回帰分析の結果、今回は医師の患者を十分尊重した関わり、患者の意識レベル、患者の生活動作、患者から最も頼られる存在の 4 つが有意な変数として認められた。不確かさの刺激要因であるこれらの要因が影響することは妥当な結果である。特に、患者の症状や家族の置かれた状況そのものが不確かさに影響することが示唆されたため、看護師は高い不確かさを抱きやすい患者の症状の特徴や家族関係などを認識し、家族をケアの対象者として関わる必要がある。

## VII. 結 論

本研究は、急性期を脱した脳卒中患者の家族を対象とし、Mishel の「不確かさ認知もモデル」に基づいて家族の不確かさに関連する要因を検討した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. 急性期を脱した脳卒中患者の家族は高い不確かさを抱いていることが確認された。
2. 患者から最も頼られる存在と認識している家族は認識していない家族と比較し不確かさ得点が低かった。
3. 医療者への信頼の指標である医療者の姿勢への期待では、医師および看護師から「積極的な情報提供」を受けているという認識と不確かさとの間に弱い負の相関が認められた。「患者を十分に尊重した関わり」をしているという認識と不確かさとの間には、医師に対する認識で中程度、看護師に対する認識で弱い負の相関が認められた。
4. ソーシャルサポートのうち、家族のサポートと不確かさとの間には弱い負の相関が認められた。
5. 不確かさに関連すると予測した 13 の要因のうち、医師の患者を十分尊重した関わり、患者の意識レベル、患者の生活動作、患者から頼られる存在の 4 つが家族の不確かさに影響する有意な変数として認められた。

## 第4章 総合考察

### I. 脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさ

本研究では、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにし、脳神経疾患患者の家族は本当に高い不確かさを抱いているのか、どのように不確かさを抱いているのか、どのような家族が不確かさを抱きやすいのかについての示唆を得たので、以下に述べる。

脳神経疾患患者の家族に関する先行研究からは、家族が不確かさと言われる体験をしていることが推察されたが、家族が本当に高い不確かさを抱いているのかどうかは不明であった。今回の調査では、研究1で対象とした脳神経疾患患者の家族の不確かさは高い傾向にあった。研究2では、脳神経疾患の特徴である意識障害や運動機能障害などの後遺症を残す患者の家族を対象とするために急性期を脱した患者の家族に焦点を当てたところ、これまでさまざまな疾患の家族に対して行われてきた不確かさ得点の範囲を超えており (Karen et al., 2013; Marion & Mary, 2004; Mishel, 1997) 脳神経疾患患者の家族は、高い不確かさを抱いていることが明らかになった。

脳神経疾患患者の家族の不確かさは、患者の病期に強く影響を受けて変化するものであり、家族は常に不安を伴いながら不確かさを抱いていた。また、家族は医師や看護師との関係、患者以外の家族との関係に影響を受けながら不確かさを抱いていた。

患者の症状は、家族の不確かさに大きく影響を与えるものであった。患者の意識レベルや生活動作は、それらが今後どのように変化していくのかが判断できないようなパターンを示す場合に、家族の不確かさは高くなると考えられた。患者から最も頼られている存在と認識している家族は、医療者からの情報を得やすいために不確かさを抱きにくいと考えられた。しかし、面会頻度が週に1-2回と少ない家族の不確かさは低く、医療者や治療環境にどの程度慣れているかだけでなく、患者にどの程度コミットしているのかによって、家族の不確かさは変化することが示唆された。

## Ⅱ． 看護実践への示唆

看護師は、日々変化する患者の状態や日常の看護業務に追われていく中で、時に家族の存在をケアの対象である患者の背景として漠然と捉えてしまう場合も少なくない（若狭, 2003）。急性期の脳外科病棟の看護師も、たとえ患者が生命の危機は脱しても、急な病状変化や再発の兆候を見逃さないよう頻回な観察や診療の補助を行うと同時に、後遺症により生じた生活上の困難を持つ複数の患者に対する生活の援助を行っており、決して時間的余裕をもって対応しているとは言い難い。今回、急性期を脱した脳卒中患者の家族が高い不確かさを抱く傾向にあることを明らかにできたことは非常に意味のあることである。看護師は病気に関する不確かさという視点から、高い不確かさを抱く脳神経疾患患者の家族を看護の対象として再認識することの必要性が示唆された。

また、本調査で確認した意識レベルや生活動作の程度は、あくまで家族が評価した患者の症状である。急性期病棟の看護師は、「無意識のうちに意識を「量」（水準）で表現」し（馬場, 2009）、また、運動機能は、「一般的には、6段階表示法〔徒手筋力テスト(manial muscle tesing: MMT)〕で評価し、記載する」（菱刈, 2009）ことで、医療者同士の共通認識を図り、患者の状態変化を見逃さないよう努める。看護師は、重症度という客観的指標で患者の状態を評価することが多い。しかし、今回の結果で示されたように、病気に関する不確かさという視点からは、患者の重症度が問題なのではなく、はっきりしない曖昧な状況が問題となることを理解する必要性が示唆された。

今回の調査では、家族への積極的な情報提供や患者を尊重した看護師の関わりと不確かさとの関連が明らかになった。家族は、看護師が患者の様子を伝えてくれたり、患者のケアを丁寧にしてくれることを求めているが、言えないという体験をしている（飯塚, 2017）。看護師は、家族が病状を把握が困難であること、患者との関係性の変化に戸惑っていることを忘れず、自ら積極的に関わることが大切であると考え。また、今回の調査では、患者から最も頼られていると認識しているかどうかは病気に関する不確かさに影響していた。そのため、看護師は、代理意思決定者である家族のみに関心を注ぐのではなく、家族一人ひとりがどのような状況にあるのかを理解して関わる必要性が示唆された。野嶋（2007）が述べるように、「家族を生きている複雑系システム」と捉えるならば、家族一人ひとりの状況を理解することは、家族のサポートを引き出し、家族単位で患者の病気に対処する力を引き出す支援につながると考える。

### Ⅲ. 本研究の限界と課題

本研究は、研究 1 および 2 とともに、脳神経外科および脳神経内科を有する関東および東北地方の 5 つの総合病院において調査を行ったため、一部地域の家族に限定された結果であるという限界がある。また、対象とする家族を面会に訪れた者のうち自らが家族と認識する者としたことにより、実際には婚姻関係にない親密な友人やパートナーが含まれていた可能性は否定できない。

また研究 1 の日本語版尺度の信頼性の検討では、状況変化の大きい患者の特性上、再テスト法の実施は不適切と判断し安定性の確認は行わなかったため、さらなる調査の必要がある。以上の課題はあるものの、家族を対象とした不確かさを測定する日本語版尺度の完成の意義は大きい。原版と同様の質問項目をもつ尺度は、わが国における様々な疾患をもつ患者の家族の不確かさについて国際的に比較していく際にも非常に有用であると考ええる。

研究 2 では、入院 14 日以上経過し、積極的治療を終了した患者の家族に対象を限定したことから、対象者数を十分確保できたとは言えないという限界を有する。そのため、相関関係の検出やモデルの影響力を左右している可能もある。さらに、本調査では、家族の背景である患者の性別において不確かさ得点の差を認めたものの、対象数の不十分さから患者の性差による影響要因の抽出は行っていない。そのため、今後はさらに対象数を増やして調査を行い、患者の性別の違いによる家族の不確かさの相違を検証する必要がある。同様に、その他の対象者属性と家族の病気に関する不確かさとの関連についても、今後対象者数を増やして検証する必要がある。また、今回は急性期を脱した脳卒中患者に焦点を当てたことから、今回の結果が全ての脳神経疾患患者に当てはまるとは言えないという限界はある。

以上の限界はあるものの、脳神経疾患患者の家族として特徴的な急性期を脱した脳卒中患者の家族が病気に関する高い不確かさを有していることが明確になり、その関連要因の一部を明らかにできたことの意義は大きい。今後は、今回の結果を脳神経疾患患者とその家族に関わる看護師に周知し、看護師が家族看護の重要性についての認識を高めるための方略を検討することが課題であると考ええる。同時に、家族の不確かさに関連する看護師の関わり方や、家族成員同士のサポート力を引き出す方法を、更に具体的に調査、検討することが必要であると考ええる。

## 第 5 章 結論

本研究は、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさを測定できる日本語版尺度を作成し、信頼性と妥当性を検討した。さらに、脳神経疾患患者の家族が患者の病気に関して抱く不確かさに関連する要因を明らかにするために、作成した日本語版尺度を使用し、Mishel の不確かさ認知モデルで明らかになっている要因について、家族の不確かさとの関連を検討した。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 作成した日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form(MUIS-FM-J)は、信頼性と妥当性を有していると判断された。
2. 脳神経疾患患者の家族は、高い不確かさを抱えていることが確認された。
3. 不確かさに関連する要因として、患者から最も頼られる存在と認識している家族は認識していない家族より不確かさ得点が低かった。
3. 医療者への信頼の指標である医療者の姿勢への期待では、医師および看護師から「積極的な情報提供」を受けているという認識と不確かさとの間に弱い負の相関が認められた。「患者を十分に尊重した関わり」をしてきているという認識と不確かさとの間には、医師に対する認識で中程度、看護師に対する認識で弱い負の相関が認められた。
4. ソーシャルサポートのうち、家族のサポートと不確かさとの間には弱い負の相関が認められた。
5. 不確かさに関連すると予測した 13 の要因のうち、医師の患者を十分に尊重した関わり、患者の意識レベル、患者の生活動作、患者から最も頼られる存在の 4 つが家族の不確かさに影響する有意な変数として認められた。

## 文 献

- Ann Sophie Ågård , Ingegerd Harder. (2006) Relatives' experiences in intensive care – Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing*, 23, 170-177.
- Alvin C. Goh, Marc A. Kowalkowski, Donald E. Baily Jr, Meredith W. Kazer, Sara J. Knight, David M. Latini. (2011) Perception of cancer and inconsistency in medical information are associated with decisional conflict: a pilot study of men with prostate cancer who undergo active surveillance, *BJU INTERNATIONAL*, 110, 20-56.
- 安藤フミ子. (1986) 主介護者と患者との人間関係を考慮に入れた, 退院指導の関わり. *看護学雑誌*, 50 (5), 512-516.
- 荒木信夫, 小林祥泰. (2015) 急性期脳卒中の実態 1 病型別・年代別頻度. 小林祥泰 編 (2015) *脳卒中データバンク 2015*. (pp18-19), 東京: 中山書店.
- 馬場元毅. (2009) *JJN ブックス 絵で見る脳と神経 仕組みと障害のメカニズム* 第3版. 東京: 医学書院.
- Camen Giurgesu, Sue Penckofer, Marcia C. Maurer, Freb B. Bryant. (2006) Impact of Uncertainty, Social Support, and Prenatal Coping on the Psychological Well-being of High-risk Pregnant Women, *Nursing Research*, 55(5), 356-365.
- Caplan, G. (1974) *Support system and community, mental health*, New York: Behavioral Publication.
- Catrina Wallengren, Kerstin Segesten, Febe Friberg. (2010) Relatives' information needs and the characteristics of their search for information – in the words of relatives of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2888-289.
- Cherly Anema, Mary Johnson, Janice M. Zeller, Louis Fogg, Joan Zetterlund . (2009) Spiritual Well-Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty, and Psychological Adaptation. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 8-22.
- Clark P.C. (2002) Effect of individual and family hardness on caregiver depression and fatigue. *Research in Nursing & Health*, 25(1), 34-48.
- Cobb, S. (1976) Social Support as a Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Debbie Hunt & Jonathan A. Smith. (2004) The personal experience of carers of stroke survivors: an interpretative phenomenological analysis . Disability and Rehabilitation, 26(16), 1000-1011.
- Donald E. Bailey, Jr., Janet L. Stewart. (鈴木真知子訳) (1991) マール・ミシェル 病気における不確実性. Ann Marriner-Tomey (都留伸子監訳) (1991) 看護理論家とその業績 第2版. 東京：医学書院.
- Donald E. Baley, Jr., Lawrence Landerman, Julie Barroso et al. (2009) Uncertainty Symptoms, and Quality of Life in Persons With Chronic Hepatitis C . Psychosomatics, 50(2), 138-146.
- Dena Schulman-Green, Elizabeth Ercolano, Michael Dowd, Peter SchWriz, Ruth Mccorkle . (2008) Quality of life among Women after surgery for ovarian cancer. Palliative and Supportive Care, 6, 239-247.
- Fedele D. et al. (2009) Health-related Quality of Life in College Students with and Without Childhood-Onset Asthma, Journal of Asthma, 46, 835-840.
- 藤本佐希子, 川下貴志, 伊藤有沙 他. (2010) ICU における看護援助検討—CNS-FACE 家族アセスメントツールを用いた看護師の認識の変化—. 日農医誌, 59 (4), 509-212.
- Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet, Dordon K. Farley. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support . Journal of personality Assessment, 52(1), 30-418.
- Grootenhuis M.A., Last B.L. (1997) Parents' emotional reactions related to different prospects for the survival of their children with cancer. Journal of Psychosocial Oncology, 15, 43-61.
- 畠山とも子. (2006) 家族とのコミュニケーション, 家族看護, 4 (1), 30-34.
- 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良、曾我祥子、Charles D. Spielberger. (2000) 新版 STAI マニュアル, 東京：実務教育出版,
- 平原直子, 鈴木和子. (2008) 生命の危機を乗り越えたくも膜下出血患者を抱える家族の体験. 家族看護学研究, 13 (3), 103-113.



- 菱刈美和子. (2009) 脳神経の見方 Q 13 運動障害、失調、失行、失認、感覚障害について教えてください. 森田明夫 編 (2009) これだけは知っておきたい脳神経外科ナースング Q & A (pp32-33). 東京：総合医学社.
- 飯島明. (2010) 脳血管障害. 松谷雅生、藤巻高光 監修. (2010) 脳・神経・脊髄イラストレイテッドー病態生理とアセスメント (pp86-87). 東京：学研メディカル秀潤社.
- 飯塚麻紀. (2017) くも膜下出血により意識障害を残した患者と生きる家族の体験, 日本家族看護学会誌, 22 (2) 掲載予定.
- 飯塚麻紀, 水野道代. (2014) 日本版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form (病気に関する不確かさ尺度-家族用) の信頼性および妥当性の検討. 日本看護科学学会, 34, 245-254.
- 石川慎一郎. (2009) 因子分析における因子抽出法間の比較ー日本人英語学習者の語彙学習方略データを利用してー. 統計数理研究所共同研究レポート, 232, 25-38.
- 石原邦雄. (2004) 改訂版家族のストレスとサポート. 東京：放送大学教育振興会.
- 板橋 亮、古井英介、篠原悟. (2015) 急性脳卒中の実態 4 脳卒中の病型別・重症度別来院方法と発症ー来院時間. 小林祥泰編 (2015) 脳卒中データバンク 2015 (pp24-25). 東京：中山書店
- 伊藤良子. (2009) 入院児に付き添う家族の入院環境に対する満足度ー質問紙による調査からー. 日本小児看護学会誌, 18 (1), 24-30.
- 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, 稲垣宏樹, 河合千恵子, 大塚理加, 小川まどか, 高山緑, 藺牟田洋美, 鈴木隆雄. (2007) 日本版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性ー中高年を対象とした検討ー. 厚生指標, 54 (6) , 26-34.
- 岩崎美和. (2012) 看護を学ぶにあたって. 武村信彦. (2012) 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 脳・神経 成人看護学⑦. 東京：医学書院.
- Judith N.Lasker, Ellen D.Sogolow, Jennifer M.Olenik, David A.Sass, Robert M.Weinrieb. (2010) Uncertainty and Liver Transplantation: Women with Primary Biliary Cirrhosis Before and After Transplant. Women & Health, 50, 359-375.

- 梶尾みゆき，森山美知子．（2010）脳血管障害発症後 3 カ月における患者の心理的ケアニーズ．家族看護学研究，16（2），71-80.
- 鎌田梨愛、中川雅子．（2004）脳血管疾患により緊急入院した患者の心理と情報提供に関する二ード．三重看護学会誌，6，121-136.
- Karen Harkness, Heather Arthur, Robert McKelvie. （2013）The Measurement of Uncertainty in Caregivers Patients With Heart Failure. Journal of Nursing Measurement, 21(1), 23-42.
- Karin F. Hoth, Matthew Strand, Robert A. Sandhaus et al. (2013) Prospective Impact of Illness Uncertainty on Outcomes in Chronic Lung Disease. Health Psychology, 32(11), 1170-1174.
- 笠原嘉．（1993）不安．加藤正明 編（1993），精神医学事典 新版．東京：弘文堂.
- 古賀雄二，井上智子．（2007）意識障害患者の ICU 退室時に生じる家族の困難と看護支援に関する研究．日本クリティカル看護学会誌，3（2），34-42.
- 小此木啓吾．（1979）対象喪失—悲しむということ—．東京：中央公論社.
- 厚生労働省．（2010）国民生活基礎調査．介護の状況．  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/>
- 厚生労働省．（2014）国民生活基礎調査．世帯数と世帯人数の状況．  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>
- 熊切敦，塩川芳昭，小林祥泰．（2015）くも膜下出血の実態 5 脳血管攣縮の頻度と予後．小林祥泰 編（2015）脳卒中データバンク 2015（pp162-165）．東京：中山書店．
- 樽松久美子，黒田裕子．（2011）救急・集中治療を要する重症意識障害患者に対する家族成員の認識プロセスと看護支援の探求，日本看護化学学会誌，31（1），36-45.
- 樽松久美子，黒田裕子（2006）意識障害患者の家族がたどる心理社会的な体験の記述と看護支援—突然に発症したくも膜下出血患者の配偶者の一事例に基づく探求—．日本クリティカルケア看護学会誌，2（2），89-97.
- Louise Brereton, Mike Nolan. （2002） Seeking'a key activity for new family carers of survivors. Journal of Clinical Nursing, 11,22-31.
- Luhman N. （1979） Trust and power,. New York : John Wiley.

- Malley P, Favaloro R, Anderson B, et al. (1991) Critical care nurse participation of family needs. *Heart & Lung*, 20, 189-211.
- Marion L. Mitchell, Mary Courtney. (2004) Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Nursing*, 20, 223-231.
- Marika E de Boer, Marja Depla, Joanna Wojtkowiak. et. al. (2015) Life-and-death decision-making in the acute phase after a severe stroke: Interviews with relatives. *Palliative Medicine*, 29(5), 451-457.
- 松元イソ, 田畑さよ子, 小野知子. (1985) 脳卒中患者の家族に対する退院指導の効果. *看護学雑誌*, 49 (9), 1022-1025.
- McCubin H. I., Thompson E. A., Thompson A. I., et al. (1988) *Stress, Coping and Health in Families-Sence of Choherence and Resiliency*. SAGE Publications.
- Merle H. Mishel. (1988) Uncertainty in Illness. *IMAGE Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Merle H. Mishel, Carrie Jo Braden. (1988) Finding Managing: Antecedents of Uncertainty in Illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-103.
- Merle H. Mishel. (1981) The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30, 258-263.
- Merle H. Mishel. (1983) Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32(6), 324-330.
- Merle H. Mishel. (1997) *Uncertainty in illness scale manual*. University of North Carolina School of Nursing, Chapel Hill, NC..
- 宮谷恵, 小宮山寛子, 鈴木恵理子. (2002) 患児の家族による医療的ケアの習得に関する調査—習得の経緯と家族の思いについて—. *日本小児看護学会誌*, 11 (1), 44-50.
- 南裕子, 井部敏子, 太田喜久子, 片田範子, 上泉和子, 山本あい子, 小代聖香, 西尾鏡子, 古谷しおり. (1990) ノーバック・ソーシャルサポート質問紙 日本版における概念妥当性の分析, *日本看護学会誌*, 10 (1), 55-62.
- 宮崎隆穂, 児玉正博, 佐々木雄二. (1999) 知覚されたソーシャルサポート尺度の計量的心理学的特性の検討. *筑波大学心理学研究*, 21, 187-195.

- 森谷利香, 鈴木純恵. (2008) Mishel のモデルに基づいた「不確かさ」の看護研究の分析—海外分家らみえた難病患者の「不確かさ」への課題. 日本難病看護学会, 13 (2), 166-176.
- 村瀬洋一, 高田洋, 広瀬毅士. (2007) SPSS による多変量解析. 東京: オーム社.
- 諸伏悦子, 近千恵子, 中家百合香. (1985) 病院から地域へ: 看護の立場から見た脳卒中患者の退院指導. 総合リハビリテーション, 13 (8), 577-584.
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代 他 (2006) Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討 尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版の作成まで. がん看護, 11 (6), 723-729.
- 永富宏明, 法橋尚宏. (2015) 低修正体重で生まれた三十学時を持つ家族の家族レジリエンスとその影響因子. 家族看護学研究, 21 (1), 14-24.
- 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (2015) 脳卒中治療ガイドライン 2015. 東京: 協和企画.
- 西村あをい, 稲葉祐, 小林千代枝. (2008) 先天性疾患児と後天性疾患児の母親の育児ストレスの比較. 順天堂大学医療看護学部医療看護紀要, 4 (1), 29-33.
- Norbeck, J. S. (1986) ソーシャルサポートに関する看護の国際的研究の動向 基本的概念と方法論上の問題点について. 看護研究, 20 (2), 12-23.
- 野川道子. (2004) Mishel の病気の不確かさ尺度 (Community Form) 日本語版の信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学学会誌, 23 (3), 39-48.
- 野川道子. (2012) 療養の場を問わず使用できる病気の不確かさ尺度の開発. 日本看護科学学会誌, 32 (1), 3-11.
- 野川道子. (2010) Misshel の病気の不確かさ理論. 野川道子編 (2010) 看護実践に活かす中範囲理論, 東京: メヂカルフレンド社.
- 野口裕二. (1991) 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. 社会老年学会, 34, 37-48.
- 野嶋佐由美. (2007) 家族の力を支える看護, 家族看護, 5 (1), 6-12.
- 小野美喜. (2006) 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス. 日本看護研究学会誌, 29 (1), 97-104.

- 大岡良枝. (1999) 主要神経症状の観察と看護. 宮崎和子 (1999) 看護観察のキーポイントシリーズ 改訂版 脳神経外科. 東京：中央法規出版.
- Regina LT Lee , Esther SB Mok . (2010) Seeking hermomy in the prevision of care to the stroke-impaired views of Chinese family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1436-1444.
- Rotter J. (1967) Anew scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35, 651-665.
- Ruth Palan Lopez, A.J.Guarino. (2011) Uncertainty and Decision Making for Residents with Dementia. *Clinical Nursing Research*, 20(3), 228-240.
- 齋藤健. (2013) 地域公開講座の開催 地域で生活する脳卒中患者・家族を支える取り組み. *Brain Nursing*, 29 (12) , 66-69.
- 関井友子. (2004) 家族とは. 岡堂哲雄 編 (2004) 系統看護学講座 基礎分野 家族論・家族関係論 (pp2-20). 東京：医学書院.
- Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin, Zohren Vanaki. (2012) Validation of the Lranian version of the Uncertainty on Illness Scale-Famuly form, *Journal of Research Nursing*, (16)1,53-62.
- 篠原幸人, 峰松一夫, 天野隆弘, 大橋晴雄, mRs 信頼性研究グループ. (2007) modified Rankin Scale の信頼性に関する研究ー日本語版判定基準書および問診表の紹介ー, *脳卒中*, 29, 6-13.
- 篠原幸人, 中山健夫. (2016) 知りたいこと聞きたいことがわかる！患者さん・介護する方々と医療従事者をつなぐ脳卒中ガイドライン. 東京：東京医学社.
- 鈴木和子, 渡辺祐子. (2007) 家族看護学. 東京：日本看護協会出版会.
- 鈴木久美子. (2007) 脳・神経機能障害と日常生活. 野口美和子, 中村美鈴 (2007) 新体系看護学全書 別巻 8 機能障害から見た成人看護学④ 脳・神経機能障害/感覚機能障害. 東京：メジカルフレンド社.
- 鈴木孝典, 唐澤秀治, 根本文夫. (2014) アンケート調査から見えた虚血性脳卒中に対する市民理解とプレホスピタルケアの問題点. *日本神経救急学会雑誌*, 26, 15-19.

Spielberger G.D. (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, STAI-form Y.  
Palto Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

田口芳治, 高嶋修太郎, 堀江幸男, 青木賢樹, 松田博, 田中耕太郎. (2015) 一般市民  
における心房細動の認知度調査, 脳卒中, 37, 228-231.

玉城智美, 砂川洋子, 照屋典子. (2004) 初発脳卒中患者を抱える主介護者の負  
担感と関連要因の検討ー急性期・亜急性期における比較ー.  
Ryukyu Med J, 23(3), 97-103.

高木初子. (2007) 脳・神経機能の把握と看護. 野口美和子, 中村美鈴. (2007) 新体  
系看護学全書 別巻8 機能障害から見た成人看護学④ 脳・神経機能障害/感  
覚機能障害. 東京: メジカルフレンド社.

高松和弘, 福嶋朋子, 下江豊. (2015) 急性脳卒中の実態 5 脳卒中の病型別に見た初発  
神経症状の頻度. 小林祥泰 編: 脳卒中データバンク 2015 (pp26-27). 東京:  
中山書店.

高野大樹, 永田乾. (2015) 急性期脳卒中の実態 10 脳卒中急性期死亡例の解析. 小林  
祥泰 編 (2015) 脳卒中データバンク 2015 (pp36-37). 東京: 中山書店.

武村信彦. (2012) 症状とその病態生理. 武村信彦 (2012) 系統看護学講座 専  
門分野Ⅱ 脳・神経 成人看護学⑦. 東京: 医学書院.

田中晶子. (2010) 急性期意識障害患者と家族の関わりから明らかになった救急看護師  
の看護援助. 日本看護研究学会誌, 33 (2) , 103-112.

戸島雅彦, 西谷幹雄, 萩島良治. (2001) 脳梗塞急性期入院の入院期間と退院先に影響  
する要因. リハビリテーション医学, 38, 268-276.

Theresa Green. (2015) Aggressive surgical interventions for severe stroke: impact on Quality  
of life, caregiver burden and family outcomes. Canadian Journal of Neuroscience  
Nursing, 37(2), 15-25.

Tipaporn Wonghongul, Nitaya Dechaprom, Laddawan phumivichuvate, Samaporn  
Losawatkul. (2006) Uncertainty Appraisal Coping and Quality of Life in Breast  
Cancer Survivors, Cancer Nursing, 29(3), 250-257.

得津慎子. (2007) 家族支援にあたって家族レジリエンスに着目することの有用性: 「家  
族が立ち直る力」についての知的障害児・者施設ベテラン職員のフォーカスグル  
ープインタビューを通して. 関西副子科学大学紀要, 11, 55-67.

- 峠美恵子. (2008) 急性期にある高齢脳卒中患者を持つ家族のストレスに関する研究. 日本保健科学学会誌, 10 (4), 224-232.
- 対馬栄輝 (2008) SPSS で学ぶ医療系多変量データ解析. 東京: 東京図書株式会社.
- 津止正敏, 斎藤真緒. (2007) 男性介護者白書—家族介護者支援への提言. 京都: かもがわ出版.
- 瓜生浩子, 野嶋佐由美. (2015) 高次脳機能障害者とともに生きる家族の二人三脚で闘う Family Hardiness. 家族看護研究, 21 (1), 25-37.
- 若狭紅子. (2003) 家族の意思決定をめぐる看護師のジレンマ. 家族看護家族看護, 1 (1), 36-40.
- 渡辺裕子. (2004) 看護像の形成 渡辺式看護アセスメントモデルを通して. 家族看護, 2 (2), 6-20.
- Walsh, F. (2006) Strengthening family resilience (2<sup>nd</sup> ed). New York: Guilford Press.
- Wortman, C. B., Dunkel-Schetter, C. (1979) Interpersonal relationship and cancer: Atheroretical analysis., Journal of Social Issues, 35, 120-155.
- 山岸俊男. (1988) 信頼の構造. 東京: 東京大学出版会.
- 山勢博彰, 山勢義江, CNS-FASE 開発プロジェクトメンバー. (2003a) CNS-FACE プロジェクトメンバー: 重症救急患者家族アセスメントツールの開発—完成版 CNS-FACE の作成プロセス—. 日本集中治療医学会雑誌, 10 (1), 9-16.
- 山勢博彰, 山勢義江, CNS-FASE 開発プロジェクトメンバー. (2003 b) CNS-FACE による重症患者家族のニーズとコーピングの分析. 日本集中医療学会雑誌, 10, 252.
- 横堀知美, 岡野英里, 角真代 他. (2008) 2 型糖尿病患者への家族介入に対する看護師の認識. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 12 (8), 128-135.
- Young-Eun Chang, Yoshinori Koyama, Kazumitsu Okabe, Kazuo Nakajima. (2012) The Relationship between Caregiving Commitment and the Will to Continue Caregiving for the Family Caregiver of Frail Elderly at Home, The Journal of Japan Academy of Health Science, 15(3), 152-12.

## 謝 辞

本研究をまとめるにあたり、ご協力いただきました全ての皆様心より感謝申し上げます。

調査におきましては、脳神経疾患ならびに脳卒中の発症という大変な状況の中、快く研究協力を受け入れ、アンケートに回答してくださったご家族の皆様に深謝いたします。また、対象者の選定および調査依頼に際し、多大なご尽力をくださいました、対象施設の看護部長、病棟師長の皆様のご支援があり、調査を終えることができました。また、皆様には、調査中にも脳卒中患者および家族への看護に対する貴重なご意見や励ましのお言葉をいただき、研究を継続する上でたくさんの活力をいただきました。心より感謝申し上げます。

また、本研究の着想、研究計画書の作成から論文作成まで一連の過程を通して、何度も挫けそうになる私を支え、ご指導いただきました筑波大学の水野道代先生、笹原朋代先生に深く感謝申し上げます。

最後に、常に励まし続けてくれた友人や研究室の仲間、温かく見守り支援してくれた家族や職場の方々の存在がなければ、博士論文を完成させることはできませんでした。心より感謝申し上げます。



図 表

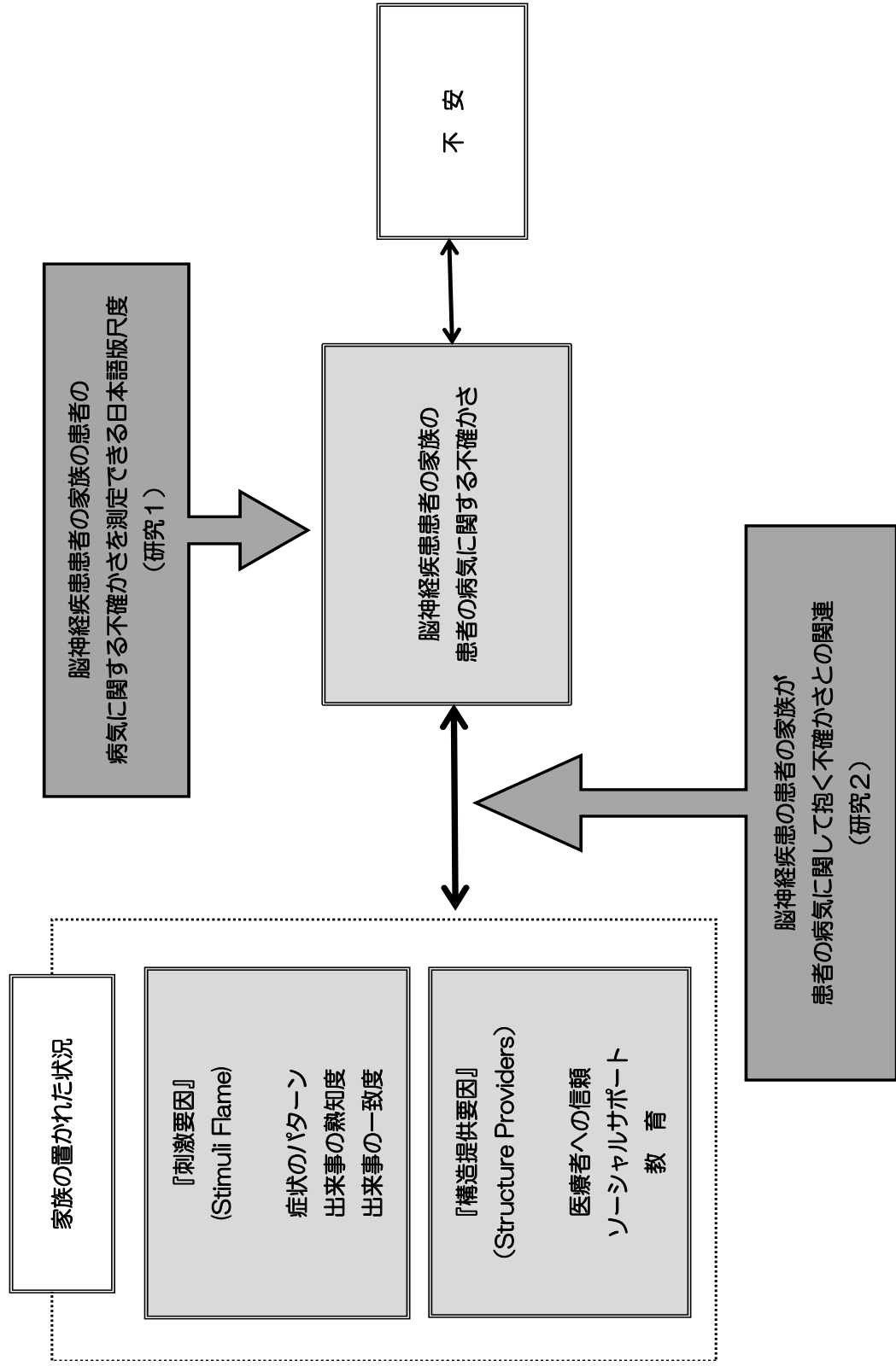


図 1. 研究の概念枠組み

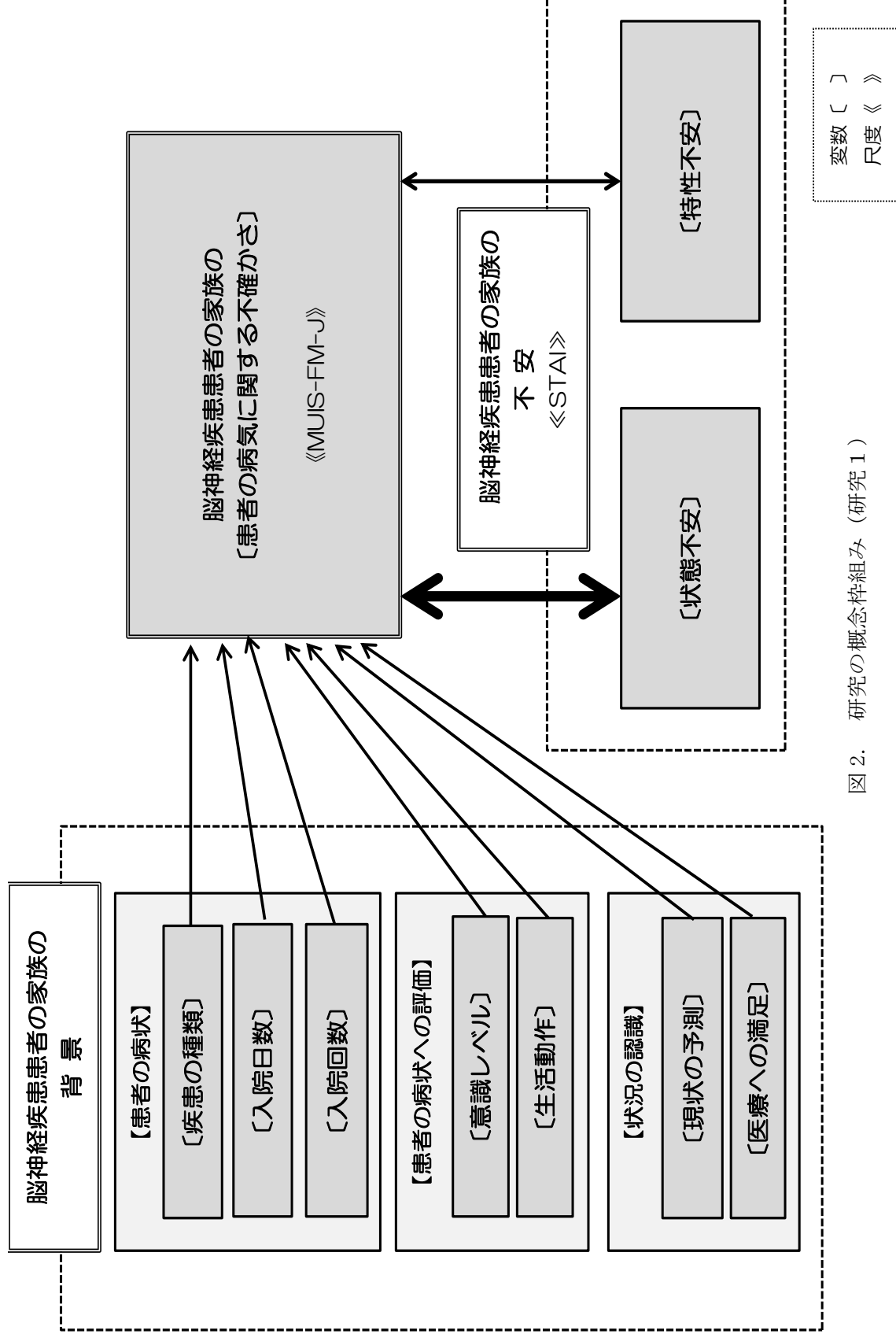


図 2. 研究の概念枠組み (研究 1)

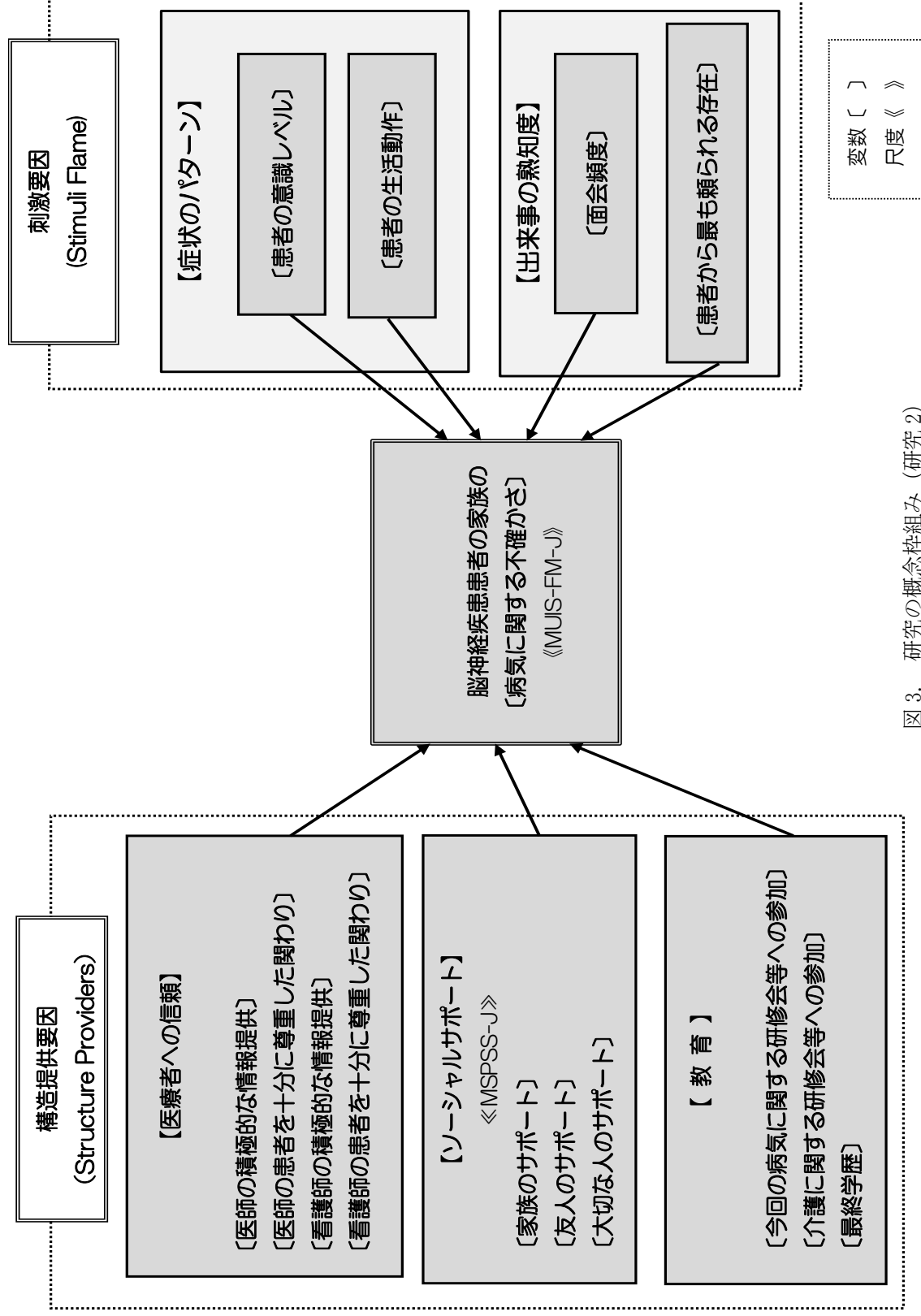


図 3. 研究の概念枠組み (研究 2)

表 1. 対象者の属性 (家族の特性)

		N=133	
家族特性			
		平均（S D）	範囲
年齢（歳）		57.7（13.1）	22-86
		n	%
性別	男性	43	30.1
	女性	90	69.9
患者から見た関係	配偶者	61	45.9
	子ども	48	36.1
	親	9	6.8
	きょうだい	6	4.5
	嫁	6	4.5
	孫	2	1.5
	その他（甥）	1	0.7
患者との生活形態	同居	88	66.2
	別居	45	33.8
現状の予測	できた	60	45.1
	できなかった	73	54.9
医療への満足	満足	102	76.7
	不満足	28	21.1
	無回答	3	2.2
患者から最も頼られる存在か	そう思う	117	88.0
	そう思わない	16	12.0
病状説明への立ち合い	あり	127	95.5
	なし	6	4.5

表 2. 対象者の属性（入院中の患者の特性）

N = 133			
患者特性			
		平均（S D）	範囲
年齢（歳）		68.5（16.1）	26-95
入院日数（日）		17.3（20.9）	2-125
		n	%
性別	男性	75	56.4
	女性	58	43.6
脳神経疾患での入院回数	初回	86	64.7
	2回目以降	47	35.3
疾患の種類	脳梗塞	38	28.6
	脳卒中		
	脳出血	24	18.0
	くも膜下出血	12	9.0
	脳腫瘍	32	24.0
	未破裂動脈瘤	5	3.8
	その他の疾患		
	慢性硬膜下血腫	5	3.8
	外傷性くも膜下血腫	2	1.5
	脳挫傷	2	1.5
同居人数	その他	5	3.8
	無回答	8	6.0
	1人	18	13.5
	2人	39	29.4
3人以上		74	55.6

表 3. MUIS-FM-J の項目分析

N=144			
質問項目	項目平均	標準偏差	I-T相関
1. 何がどう悪いのかわからない	2.55	1.21	0.63
2. 答えの見えない疑問がたくさんある	2.92	1.24	0.63
3. 病気がよくなっているのか、悪くなっているのか、確信が持てない	2.85	1.28	0.71
4. 痛みがどう悪化していくのか、はっきりしない	2.72	1.16	0.53
5. 家族について受けた説明に対する私の印象は、はっきりしないというものだ	2.47	1.13	0.54
6. 一つ一つの治療の目的は、私にははっきりしている(＊)	2.38	0.96	0.39
7. 家族になされることが、いつになったら期待できるのかわからない	2.81	1.18	0.63
8. 症状は、予測なく変化を続ける	3.01	1.20	0.57
9. 私が説明を受けたことは、全て理解している(＊)	2.30	0.95	0.61
10. 医師が話すことは、色々な意味にとれそうだ	2.86	1.09	0.53
11. 病がどのくらいで終わるのか、予測できる(＊)	3.38	1.21	0.42
12. 治療は、理解するにはあまりに複雑である	2.61	1.10	0.61
13. 受けている治療あるいは薬が、家族にとって必要なものを見分けることは難しい	2.95	1.17	0.52
14. たくさんの異なる種類のスタッフがいて、だれが何をする役割の人なのか、はっきりしない	2.59	1.12	0.50
15. 病気の先が読めないで、私は、将来を考慮して準備することができない	2.86	1.19	0.69
16. 病気の経過は変化を続けている。調子の良い日もあれば、悪い日もある	3.61	1.03	0.42
17. 退院したら、どのように私は、家族の世話をしていくのか、漠然としている	3.13	1.27	0.69
18. ご家族に何が起こるのか、はっきりしない	3.45	1.20	0.69
19. 調子よく過ごす日になるのか、悪い日になるのか、たいていは分かる(＊)	3.19	0.98	0.37
20. 検査結果は矛盾が多い	2.26	0.85	0.60
21. 治療効果は未確定だ	2.67	1.06	0.64
22. どれくらいで、私自身で世話をすることができるようになるのかは決め難い	3.19	1.20	0.62
23. 病気の経過を大体は見通すことができる(＊)	2.90	1.11	0.43
24. 治療の影響によって、できることと、できないことが、しょっちゅう変わってしまう	2.55	0.94	0.55
25. 他に悪いところは何も見つからないことを確信している(＊)	3.08	1.21	0.27
26. 医師たちは、特定の診断を下してはいない	2.20	1.20	0.46
27. 身体的な苦痛は予測できる。つまり、その苦痛がいつ良くなるとか、悪くなるということが分かる(＊)	3.35	0.95	0.28
28. 診断は確定的で変わることはない(＊)	2.71	1.15	0.42
29. 必要時には、そこにいる看護師に、私は頼ることができる(＊)	2.10	0.88	0.40
30. 病気の重さは、すでに確定している(＊)	2.29	1.06	0.21
31. 医師や看護師は、日常的な言葉を使ってくれるので、言っていることは理解できる(＊)	1.99	0.87	0.37
MUIS-FM-J平均得点（標準偏差）〔範囲〕	85.9	(17.7) [47-129]	
尺度全体のCronbachのα係数		0.91	

(＊)は逆転項目、得点はすでに逆転済み

表 4. STAI の各尺度得点と MUIS-FM-J 得点との相関

N=133		
変 数	1	2
1 状態不安		
2 特性不安	0.54 ***	
3 MUIS-FM-J	0.66 ***	0.34 ***

Pearson の積率相関係数： \*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$



表 5. 対象者の背景の違いによる MUIS-FM-J 得点の差

				N=133
		n	%	MUIS-FM-J 平均値 (SD)
疾患の種類 <sup>a</sup>	脳卒中	74	55.6	88.8 (16.3)
	その他の疾患	51	40.8	81.6 (20.1)
入院日数 <sup>b</sup>	2日目	8	6.0	100.8 (11.0)
	3-13日目	79	59.4	81.3 (17.8)
	14日目以降	44	33.1	91.9 (16.5)
脳神経疾患での 入院回数 <sup>a</sup>	初回	86	68.8	86.1 (17.5)
	2回目以降	47	37.6	86.0 (19.0)
意識レベル <sup>b</sup>	常にはっきりしている	53	39.8	78.0 (17.2)
	はっきりしている時とそうでない時がある	61	45.9	89.9 (17.8)
	常にはっきりしていない	19	14.3	96.3 (18.5)
生活動作 <sup>b</sup>	全く不便なく生活している	9	6.8	72.2 (18.1)
	あまり不便はないと思う	22	16.5	73.1 (17.5)
	まあまあ不便はあると思う	37	27.8	87.6 (16.8)
	自分では活動できない	65	48.9	91.5 (15.8)
現状の予測 <sup>a</sup>	できた	60	45.1	80.3 (17.7)
	できなかった	73	54.9	90.8 (16.9)
患者への医療に 関する満足 <sup>a</sup>	満足	102	78.5	82.3 (17.5)
	不満足	28	21.5	100.0 (12.7)

無回答は除く

a: 対応のない t 検定, b: 一元配置分散分析 (ANOVA) ANOVAで有意差があった場合には多重比較 (Tukey法) を行った

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

表 6. 疾患の種類による対象者属性の割合の比較

		N = 133		
対象者の背景		脳卒中 (n=74)	その他の疾患 (n=51)	p 値
		n (%)	n (%)	
家族性別 <sup>a</sup>	男性	22 (29.7)	21 (41.2)	.19
	女性	52 (70.3)	30 (58.8)	
患者から見た関係 <sup>b</sup>	配偶者	28 (37.8)	31 (60.8)	.01 **
	こども	33 (44.6)	10 (19.6)	
	その他	13 (17.6)	10 (19.6)	
患者との生活形態 <sup>a</sup>	同居	45 (60.8)	38 (74.5)	.11
	別居	29 (39.2)	13 (25.5)	
患者から最も頼られる存在か <sup>a</sup>	そう思う	64 (86.5)	46 (90.2)	.53
	そう思わない	10 (13.5)	5 (9.8)	
病状説明への立ち合い <sup>a</sup>	あり	70 (94.6)	50 (98.0)	.64
	なし	4 (5.4)	1 (2.0)	
現状の予測 <sup>a</sup>	できた	30 (40.5)	30 (58.8)	.04 *
	できなかった	44 (59.5)	21 (41.2)	
医療への満足 <sup>a</sup>	満足	57 (77.0)	40 (78.4)	.63
	不満足	16 (21.6)	9 (17.6)	
患者性別 <sup>a</sup>	男性	39 (52.7)	30 (58.8)	.50
	女性	35 (47.3)	21 (41.2)	
同居人数 <sup>b</sup>	1人	10 (13.5)	6 (11.8)	.87
	2人	24 (32.4)	15 (29.4)	
	3人以上	40 (54.1)	30 (58.8)	

無回答は除く

a :  $\chi^2$  検定, b : Fisher の正確確率検定, \* p<.05, \*\* p<.01

表 7. 疾患の違いで属性の割合に差を認めた項目の MUIS-FM-J 得点の差

		N=133	
		n (%)	MUIS-FM-J平均点 (SD)
患者との関係			
配偶者 (n=59)	脳卒中	28 (47.5)	94.4 (12.9)
	その他の疾患	31 (52.5)	81.4 (23.0)
こども (n=43)	脳卒中	33 (76.7)	86.2 (16.9) n.s
	その他の疾患	10 (23.3)	86.2 (12.2)
その他 (n=23)	脳卒中	13 (56.5)	81.6 (19.2) n.s
	その他の疾患	10 (43.5)	77.2 (17.3)
現状の予測			
できた	脳卒中	30 (50.0)	83.7 (17.8) n.s
	その他の疾患	30 (50.0)	76.9 (17.3)
できなかった	脳卒中	44 (67.7)	91.9 (14.8) n.s
	その他の疾患	21 (32.3)	88.0 (22.4)

無回答は除く

対応のない t 検定, \*p<.05, \*\* p<.01

n.s.: no significant

表 8. 対象者の背景（家族の特性）

N=62			
個人特性			
		平均（S D）	範囲
年齢（歳）		58.4（12.7）	23-80
		n	%
性別	男性	23	37.1
	女性	39	62.9
患者から見た関係	配偶者	22	35.5
	子ども	27	43.5
	その他	13	21
患者との生活形態	同居	48	77.4
	別居	14	22.6
同居人数	1人	2	3.2
	2人	17	27.4
	3人以上	43	69.4
面会頻度	毎日	36	58.1
	3-4回/週	17	27.4
	1-2回/週	9	14.5
患者から最も頼られる存在か	そう思う	53	85.5
	そう思わない	8	12.9
	無回答	1	1.6

表 9. 対象者の背景（入院中の患者の特性）

N = 62			
入院中の患者の特性			
		平均 (S D)	範囲
年齢 (歳)		75.3 (12.1)	40-97
入院日数		27.5 (12.1)	14-60
現在の病棟の入院日数		24.3 (12.9)	7-60
		n	%
性別	男性	33	53.2
	女性	29	46.8
疾患の種類	脳梗塞	33	53.2
	脳出血	22	35.1
	くも膜出血	7	11.3
療養の場の変更に関する説明	あり	48	78.7
	なし	13	21.3
	無回答	1	1.6
療養の場の変更先 （「あり」と回答した48名）	自宅	3	6.3
	同施設リハ	7	14.6
	他施設リハ	28	58.3
	療養病院	7	14.6
	複数	2	4.2
	無回答	1	2.1
同居人数	1人	3	4.8
	2人	18	29.0
	3人以上	41	66.2
患者の意識レベル	常にはっきりしている	21	33.9
	はっきりしている時とそうでない時がある	25	40.3
	常にはっきりしていない	13	21.0
	無回答	3	4.8
患者の生活動作	全く症状はない	2	3.2
	症状はあるが身の周りのことはできる	1	1.6
	何らかの介助は必要だが、歩行は介助なしにできる	11	17.7
	歩行・食事・トイレなどに介助が必要である	23	37.1
	寝たきりの状態で常に誰かの介助が必要	25	40.3

表 10. 対象者属性の違いによる MUIS-FM-J 平均得点の差

N=62			
	n	%	MUIS-FM-J平均得点 (S D)
家族性別 <sup>a</sup>			
男性	23	37.1	91.6 (16.4) n. s
女性	39	62.9	91.9 (13.7)
患者から見た関係 <sup>b</sup>			
配偶者	22	35.5	90.0 (13.8) n. s
子ども	27	43.5	93.5 (13.4)
その他	13	21.0	91.1 (15.5)
患者との生活形態 <sup>a</sup>			
同居	48	77.4	91.8 (14.5) n. s
別居	14	22.6	91.6 (13.7)
家族同居人数 <sup>b</sup>			
1人	2	3.2	96.5 (5.0) n. s
2人	17	27.4	82.4 (15.8)
3人以上	43	69.4	91.3 (14.7)
患者性別 <sup>a</sup>			
男性	33	53.2	97.1 (12.6)
女性	29	46.8	85.7 (14.7) ] **
疾患の種類 <sup>b</sup>			
脳梗塞	33	53.2	92.2 (12.3) n. s
脳出血	22	35.1	91.3 (17.3)
くも膜出血	7	11.3	90.9 (18.3)
療養の場の変更に関する説明 <sup>a</sup>			
あり	48	78.7	90.5 (15.1) n. s
なし	13	21.3	93.5 (12.7)
療養の場の変更先 (「あり」47名：無回答除く) <sup>b</sup>			
自宅	3	6.4	92.0 (9.8) n. s
同施設リハ	7	14.9	100.7 (18.1)
他施設リハ	28	59.6	85.9 (13.7)
療養病院	7	14.9	95.1 (17.2)
複数	2	4.3	93.5 (6.3)
患者同居人数 <sup>b</sup>			
1人	3	4.8	88.0 (15.9) n. s
2人	18	29.0	91.4 (15.1)
3人以上	41	66.2	92.1 (14.8)

無回答は除く

a : 対応のない t 検定,    b : 一元配置分散分析,    \*   p<.05   \*\*   p <.01

n.s. : no significant

表 11. 各変数の平均点および Cronbach の  $\alpha$  係数

N = 62			
変 数	平均 (S D)	範 囲	Cronbachの $\alpha$ 係数
家族の不確かさ	91.7 (14.7)	58-127	0.88
医療者への信頼			
医 師			
積極的な情報提供	3.3 (1.0)	1-5	
患者の十分に尊重した関わり	3.8 (0.8)	1-5	
看護師			
積極的な情報提供	3.7 (0.8)	2-5	
患者の十分に尊重した関わり	4.2 (0.6)	3-5	
ソーシャルサポート			
家族のサポート	22.5 (4.3)	6-28	0.89
友人のサポート	19.4 (5.1)	4-28	0.94
大切な人のサポート	22.6 (5.1)	4-28	0.87

表 12. 医療者への信頼と MUIS-FM-J 得点との相関

N=62				
変 数	1	2	3	4
1 医師の〔積極的な情報提供〕				
2 医師の〔患者を十分に尊重した関わり〕	.57 **			
3 看護師の〔積極的な情報提供〕	.38 **	.33 *		
4 看護師の〔患者を十分に尊重した関わり〕	.15	.33 *	.41 *	
5 家族の不確かさ	-.28 *	-.40 **	-.35 *	-.27 *

Spearmanのロー： \*p<.05 , \*\*p<.01



表 13. ソーシャルサポートと MUIS-FM-J 得点との相関

N=62			
変 数	1	2	3
1 家族のサポート			
2 友人のサポート	.58 **		
3 大切な人のサポート	.92 **	.61 *	
4 家族の不確かさ	-.28 **	-.21	-.28 *

Spearmanのロー： \* p<.05 , \*\*p<.01

表 14. 教育の違いと MUIS-FM-J 得点の差

N=62				
	n	%	MUIS-FM-J平均点 (SD)	
病気の講習会等への参加経験 <sup>a</sup>				
あり	7	11.3	97.1 (7.7)	n. s
なし	55	88.7	91.1 (15.2)	
介護の講習会等への参加経験 <sup>a</sup>				
あり	12	19.4	90.1 (8.0)	n. s
なし	50	80.6	92.1 (19.9)	
最終学歴 <sup>b</sup>				
中学	7	11.3	97.3 (12.3)	n. s
高校	29	46.8	93.7 (15.4)	
専門学校	12	19.4	91.1 (13.6)	
短大・大学	13	21.0	87.5 (15.5)	

無回答は除く

a : 対応のない t 検定,    b : 一元配置分散分析(ANOVA)

n.s. : no significant

表 15. 症状のパターンと出来事の熟知度に関する変数の MUIS-FM-J 得点の差

N=62

変 数	n	%	MUIS-FM-J平均点 (SD)
患者の意識レベル <sup>b</sup>			
常にはっきりしている	21	33.9	87.3 (16.0) n. s
はっきりしている時とそうでない時がある	25	40.3	95.3 (13.9)
常にはっきりしていない	13	21.0	92.6 (13.7)
生活動作 <sup>b</sup>			
介助不要	3	4.8	10.5.7 (1.5) n. s
何らかの介助が必要	34	54.8	92.2 (15.0)
寝たきり	25	40.3	89.4 (14.3)
面会頻度 <sup>b</sup>			
毎日	36	58.1	91.1 (15.9) n. s
3-4回/週	17	27.4	95.2 (13.4)
1-2回/週	9	14.5	88.0 (11.7)
患者から最も頼られる存在 <sup>a</sup>			
そう思う	53	85.5	90.1 (13.8)
そう思わない	8	12.9	102.0 (17.6)

無回答は除く

a : 対応のない t 検定,    b : 一元配置分散分析(ANOVA),    \* p < .05    \*\* p < .01

n.s. : no significant

表 16. 家族の不確かさに影響する要因とその影響力

N = 62		
変 数	標準偏回帰係数 $\beta$	有意確率 p
医療者への信頼		
医師の積極的な情報提供	-.097	.475
医師の患者を十分に尊重した関わり	-.392	.001 **
看護師の積極的な情報提供	-.147	.200
看護師の患者を十分に配慮した関わり	-.052	.663
ソーシャルサポート		
家族のサポート	-.195	.095
友人のサポート	-.106	.388
教育		
病気の講習会等への参加経験 (0=なし)	-.066	.558
介護の講習会等への参加経験 (0=なし)	.090	.414
最終学歴	-.142	.230
症状のパターン		
生活動作	.377	.002 **
意識レベル (reference: 常にはっきりしている)		
はっきりしている時とそうでない時がある	.475	.000 ***
常にはっきりしていない	.399	.004 **
出来事の熟知度		
面会頻度 (reference: 1-2回/週)		
毎日	-.030	.806
3-4回/週	-.006	.958
患者から最も頼られる存在 (0=そう思わない)	-.325	.005 **
R	.648	
R <sup>2</sup> 乗	.419	
調整済みR <sup>2</sup> 乗	.362	

重回帰分析 (ステップワイズ法) : \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

# 資料



# アンケート用紙

アンケートは、この用紙と同封した複写式の  
用紙の 2 種類です。

\* この用紙には、両面に質問が記載されています。

\* 複写式の用紙は、切り取らずに回答・ご返送ください。



資料 2. 研究 1・2 アンケート用紙 (MUIS-FM-J)

病気に関する不確かさ尺度

それぞれの文章をよく読んで、その内容についてじっくりお考えください。  
入院中のご家族について、あなたがどのように感じているかについてうかがいます。  
 各文章について、あなたの今日の思いにもっとも近いものを、表の右上にある回答肢から1つだけ選び、横にならぶ数字に○をつけてください。

		かなり そう思う	そう思う	どちら とも いえない	そう 思わない	全くそう 思わない
1	何がどう悪いのかわからない	5	4	3	2	1
2	答えの見えない疑問がたくさんある	5	4	3	2	1
3	病気が良くなっているのか、悪くなっているのか、確信が持てない	5	4	3	2	1
4	痛みがどう悪化していくのか、はっきりしない	5	4	3	2	1
5	家族について受けた説明に対する私の印象は、はっきりしないというものだ	5	4	3	2	1
6	一つ一つの治療の目的は、私にははっきりしている	5	4	3	2	1
7	家族になされることが、いつになったら期待できるのかわからない	5	4	3	2	1
8	症状は、予測なく変化を続ける	5	4	3	2	1
9	私が説明を受けたことは、全て理解している	5	4	3	2	1
10	医師が話すことは、いろいろな意味にとれそうだ	5	4	3	2	1
11	病がどのくらいで終わるのか、予測できる	5	4	3	2	1
12	治療は、理解するにはあまりに複雑である	5	4	3	2	1
13	受けている治療あるいは薬が、家族にとって必要なものなのかを見分けることは難しい	5	4	3	2	1
14	たくさんの異なる種類のスタッフがいて、誰が何をする役割の人なのか、はっきりしない	5	4	3	2	1
15	病気の先が読めないので、私は、将来を考慮して準備する事ができない	5	4	3	2	1

		かなり そう思う	そう思う	どちら とも いえない	そう 思わない	全くそう 思わない
16	病気の経過は変化を続けている。調子の良い日もあれば、悪い日もある	5	4	3	2	1
17	退院したら、どのように私は、家族の世話をしているのか、漠然としている	5	4	3	2	1
18	ご家族に何が起こるのか、はっきりしない	5	4	3	2	1
19	調子よく過ごす日になるのか、悪い日になるのか、たいていは分かる	5	4	3	2	1
20	検査結果は矛盾が多い	5	4	3	2	1
21	治療効果は未確定だ	5	4	3	2	1
22	どれくらいで、私自身で世話をすることができるようになるのかは決め難い	5	4	3	2	1
23	病気の経過を大体は見通すことができる	5	4	3	2	1
24	治療の影響によって、できることと、できないことが、しょっちゅう変わってしまう	5	4	3	2	1
25	ほかに悪いところは何も見つからないことを確信している	5	4	3	2	1
26	医師たちは、特定の診断を下してはいない	5	4	3	2	1
27	身体的な苦痛は予測できる。つまり、その苦痛がいつ良くなるとか、悪くなるということが分かる	5	4	3	2	1
28	診断は確定的で、変わることはない	5	4	3	2	1
29	必要時には、そこにいる看護師に、私は頼ることができる	5	4	3	2	1
30	病気の重さは、すでに確定している	5	4	3	2	1
31	医師や看護師は、日常的な言葉を使ってくれるので、言っていることは理解できる	5	4	3	2	1

次のページ以降も質問が続きます。引きつづきご回答ください。



資料 3. 研究 1 アンケート用紙（対象者の背景）

入院中のご家族とあなたご自身に関する質問

I. 入院中のご家族についておたずねします。  
あてはまるものに○または数値などをご記入ください。

1	入院されている方の性別	男性 ・ 女性
2	入院されている方の年齢	歳
3	本日、入院して何日目ですか	日目
4	入院されている方は、何人暮らしですか	人
5	脳神経疾患で入院されるのは何回目ですか？（診断名が異なる場合も含む）	回目
6	今回の入院の原因となった、病名を教えてください 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ クモ膜下出血 ・ 脳腫瘍 ・ その他（ ） ・ わからない	

II. あなたご自身の現在の状況や考えについておたずねします。  
よりあてはまると思うものに○、または数値などをご記入ください。

1	あなたの性別	男性 ・ 女性
2	あなたの年齢	歳
3	あなたは、入院されている方と同居されていますか	はい ・ いいえ
4	あなたからみて、入院されている方は、どのような関係にあたりますか 夫婦 ・ 親 ・ 義親 ・ きょうだい ・ 子供 ・ 義子 ・ 祖父母 ・ 孫 ・ その他（ ）	
5	あなたの身内やお知り合いに、今回入院された方と、同じ病気をされた方はいますか	はい ・ いいえ
6	あなたは、自分を、入院されている方からもっとも頼られる存在だと思えますか	はい ・ いいえ
7	あなたは、入院中の方について、医師からの病状説明に立ち会ったことがありますか	はい ・ いいえ
8	あなたは、入院されている方の今の状況を、入院時に予測することが出来ましたか	はい ・ いいえ
9	あなたが知る、入院されている方の今の生活動作について教えてください 全く不便なく活動している ・ あまり不便はないと思う ・ まあまあ不便はあると思う ・ 自分では活動できない	
10	あなたが知る、入院されている方の意識の状態について教えてください 常にはっきりしている ・ はっきりしている時とそうでない時がある ・ 常にはっきりしていない	
11	あなたは、入院されている方が受けている医療に関して、満足できていますか	はい ・ いいえ
12	あなたには、入院している方のお世話に関して、ねぎらってくれる人がいますか	はい ・ いいえ
13	あなたは、入院されている方の病気や症状などについて、自ら積極的に情報を集めていますか	はい ・ いいえ

質問は、これで全て終了です。ご協力ありがとうございました。

資料 4. 研究 1 研究協力依頼（施設用）

平成 25 年●月●日

●●病院

●●長 ●● ●● 殿

アンケート調査へのご協力をお願い

●●の候、皆様におかれましては、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、『日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form（病気に関する不確かさ Managing 尺度-家族用）の信頼性および妥当性の検討』というテーマで、入院患者様のご家族を対象に、調査を実施したいと考えております。

入院による突然の状況変化は、予期しない出来事である場合も多く、患者の家族は様々な問題に直面します。中でも、患者の病気に対する不確かさに対応することは、家族にとって大きなストレスとなりうる重大な問題であり、結果として、患者への対応から家庭生活などの問題が生じる場合もあります。そのため、看護師が、患者の病気に関する状況を家族がどの程度不確かなものとして認識しているかを把握することは、家族に対するアセスメントの向上とともに、患者および家族に対する効果的な支援を可能にするものと考えます。

米国では、Mishel（1988）が不確かさの認知から評価、対処、適応に至る過程を「病気の不確かさ理論」として発表し、「不確かさ」を測定するための尺度（Uncertainty in Illness Scale）を開発しており、我が国の看護にも広く紹介されています。しかしこの家族用尺度については、日本語版に翻訳されたものはまだありません。そこで今回は、入院中の患者のご家族に「不確かさ」に関するアンケートを取らせていただくことで、この尺度の日本語版を作成することを目的としています。

なお、本調査への協力は任意であり、個人のプライバシーには最大限の配慮を致しますこととお約束いたします。また、本調査は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て行われます。

本調査の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただけますよう何卒お願い申し上げます。

本調査に関するご意見、ご質問等がございましたら、以下の連絡先にご連絡ください。

【研究責任者】 筑波大学医学医療系 教授 水野道代

【連絡先】 〒305-8571 茨城県つくば市天王代 1-1-1

筑波大学 医学医療系 保健医療学域

TEL：029-●●●-●●●●● e-mail：●●●●@md.tsukuba.ac.jp

資料 5. 研究 1 研究協力依頼書（対象者用）

アンケート調査（日本語版 Managing Uncertainty in Illness Scale-Family Member Form

（病気に関する不確かさ Managing 尺度-家族用）の信頼性および妥当性の検討）

へのご協力をお願い

私たちは、脳神経外科病棟に入院中の患者やご家族の皆さまが、少しでも不安やストレスの少ない状態で過ごせるようお願い、日々の看護ケアを考えております。

そのため今回のアンケートでは、皆さまが病気になったこの方の入院によってどのような体験をされ、どの程度の不安を感じているのか、また入院されている方の病気に関してどのように感じているのかについてお尋ねしたいと考えています。

今回は、以上の事柄をお尋ねするために、2種類のアンケート用紙を用意しました。回答に要するお時間は約 20 分です。このアンケートへの回答は皆さまの自由意思によるものです。今回の調査でお約束する点を下記にまとめました。内容をお読みいただき、ご同意いただけましたら、**1 週間以内にお答えいただき、無記名でポストにご投函してください。**

なお、アンケート用紙の返送をもって同意いただけたものとさせていただきます。

《今回の調査においては、以下の点についてお約束いたします》

- ◆ 病院の責任者のご理解と同意を得た上で調査を実施いたしております。
- ◆ 研究への協力は、あくまでご本人の自由意思によるものです。
- ◆ 調査の協力に同意しなくても、回答者ご本人もしくは患者様の診療や看護ケアに影響が生じることは決してございません。
- ◆ 研究者は、調査目的以外でデータを使用することはありません。
- ◆ アンケートは無記名です。氏名などの個人情報をご記入することのないようご注意ください。
- ◆ 郵送いただきましたアンケート用紙は、研究者の責任のもと厳重に保管いたします。
- ◆ アンケートの結果は、統計的に処理を行いますので、個人が特定されることはございません。
- ◆ 分析が終了いたしましたら、アンケート用紙及びデータを消去・破棄いたします。
- ◆ アメリカのアンケート用紙開発者に対し、結果を提供いたします。
- ◆ 論文発表終了後には、アンケート用紙およびデータを消去・破棄いたします。

大変な状況でのご協力で心より感謝いたします。

調査説明者： 飯塚 麻紀

□本調査に関するご意見、ご質問等がございましたら下記までご連絡ください□

【研究責任者】 筑波大学 医学医療系 教授 水野道代

【連絡先】 TEL/FAX :

e-mail : @md.tsukuba.ac.jp

# アンケート用紙

アンケートは、この冊子 1 部です。

\* この冊子には、両面に質問が記載されています（全 6 ページ）。

\* 最初のページから回答し、全ての質問にお答えください。



資料 7. 研究 2 アンケート用紙 (医療者への信頼)

「家族に安心感を与える医療者の姿勢」に関する質問

ここには、患者やご家族であるあなたに対する医療者の姿勢に関する項目が挙げてあります。  
現在、主に関わっている医師・看護師たちを思い浮かべ、今のあなたの気持ちに最も近いものを、  
表の右上にある解答肢から1つだけ選び、横に並ぶ数字に○をつけてください。

1. 医師の姿勢に関する、あなたの思い

		かなり そう思う	そう思う	どちらとも いえない	そう 思わない	全くそう 思わない
1	医師は、私と患者に必要な情報を、私が求める前に積極的に与えようとしてくれている	5	4	3	2	1
2	医師は、家族である私たちを気づかってくれている	5	4	3	2	1
3	医師は、患者に対して、人として十分に尊重した関わりをしている	5	4	3	2	1
4	医師は、患者が回復するよう最大限の努力をしている	5	4	3	2	1
5	医師たちは、私と患者に対して統一した関わりをしている	5	4	3	2	1

1. 看護師の姿勢に関する、あなたの思い

		かなり そう思う	そう思う	どちらとも いえない	そう 思わない	全くそう 思わない
1	看護師は、私と患者に必要な情報を、私が求める前に積極的に与えようとしてくれている	5	4	3	2	1
2	看護師は、家族である私たちを気づかってくれている	5	4	3	2	1
3	看護師は、患者に対して、人として十分に尊重した関わりをしている	5	4	3	2	1
4	看護師は、患者が回復するよう最大限の努力をしている	5	4	3	2	1
5	看護師たちは、私と患者に対して統一した関わりをしている	5	4	3	2	1

資料 8. 研究 2 アンケート用紙（ソーシャルサポート）

日本版ソーシャル・サポート尺度

ここには、あなたとあなたの身近な人々との関係を言い表す項目が挙げてあります。各項目を読んで、あなたの今の気持ちに最も近いものを、表の右上にある解答肢から1つだけ選び、横に並ぶ数字に○をつけてください。

		そう 思う	そう 思う	そう 思う	どちらとも いえ	あまり 思わ	思わ ない	全く 思わ
1	私には困った時にそばにいてくれる人がある	7	6	5	4	3	2	1
2	私には喜びと悲しみを分かちあえる人がある	7	6	5	4	3	2	1
3	私の家族は本当に私を助けてくれる	7	6	5	4	3	2	1
4	必要なとき、家族は私の心の支えとなるよう手を差し伸べてくれる	7	6	5	4	3	2	1
5	私には真の慰めの源となるような人がある	7	6	5	4	3	2	1
6	私の友人たちは本当に私を助けてくれようとする	7	6	5	4	3	2	1
7	色々なことがうまくいかない時に、私は友人たちをあてにすることができる	7	6	5	4	3	2	1
8	私は家族と自分の問題について話し合うことができる	7	6	5	4	3	2	1
9	私には喜びと悲しみを分かちあえる友人がある	7	6	5	4	3	2	1
10	私には私の気持ちについて何かと気づかってくれる人がある	7	6	5	4	3	2	1
11	私の家族は私が何か決めるときに、喜んで助けてくれる	7	6	5	4	3	2	1
12	私は自分の問題について友人たちと話すことができる	7	6	5	4	3	2	1

次のページ以降も質問が続きます。引きつづきご回答ください。

資料 9. 研究 2 アンケート用紙（対象者の背景）

あなたご自身に関する質問

あなたご自身の現在の状況やお考えについておたずねします。  
あてはまると思うものに○、または数値などをご記入ください。

1	あなたの性別	男性 ・ 女性
2	あなたの年齢	歳
3	あなたは、入院されている方と同居されていますか	はい ・ いいえ
4	あなたは、何人暮らしですか	人
5	あなたからみて、入院されている方は、どのような関係にあたりますか 夫婦 ・ 親 ・ 義親 ・ きょうだい ・ 子供 ・ 義子 ・ 祖父母 ・ 孫 ・ その他（ ）	
6	あなたは、入院されている方からもっとも頼られる存在ですか	はい ・ いいえ
7	あなたは現在、どのくらいの頻度で面会に来られていますか 毎日 ・ 3～4回／週 ・ 1～2回／週 ・ それ以上 ・ 今回が初めて	
8	今回のご家族の入院で、あなたご自身のこれまでの役割に変化はありましたか ⇒ 「はい」と答えられたかたにお尋ねします。それはどのような役割ですか 仕事上の役割 ・ 家庭内の役割 ・ どちらも ・ その他（ ）	はい ・ いいえ
9	今回のご家族の入院で、あなたの経済的なご負担は増えましたか	はい ・ いいえ
10	あなたは、今回のご家族の病気に関する講習会等に参加したことがありますか	はい ・ いいえ
11	あなたは、介護に関する講習会等に参加したことがありますか	はい ・ いいえ
12	あなたの最終学歴を教えてください 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院 ・ その他（ ）	

入院中のご家族に関する質問

入院中のご家族についておたずねします。

あてはまるものに○または数値などをご記入ください。

1	入院されている方の性別	男性 ・ 女性
2	入院されている方の年齢	歳
3	本日、入院して何日目ですか	日目
4	この病棟に入院して何日目ですか	日目
5	入院されている方は、何人暮らしですか	人
7	今回の入院の原因となった、病名を教えてください 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ クモ膜下出血 ・ その他（ ） ・ わからない	
10	医師より、今後ご家族の療養の場を変更する必要があると説明されましたか ⇒ 「はい」と答えられたかたにお尋ねします。それは次のうちどれですか 自宅への退院 ・ 同じ病院のリハビリ病棟 ・ 他の施設のリハビリ病棟 ・ その他（ ）	はい ・ いいえ
11	家族の現在の状態について、あなたが最も当てはまると思うもの1つにQをつけてください。 1. 全く症状はない 2. 症状はあるが自分の身の回りのことは介助なしに行える 3. 何らかの介助は必要だが、歩行は介助なしにできる 4. 歩行・食事・トイレなどに介助が必要である 5. 寝たきりの状態であり、常に誰かの介護と見守りが必要である	

質問は以上です。

このアンケート用紙は、返信用封筒に入れて投函してください。

大変な状況でのご協力に、心より感謝申し上げます。



## 資料 10. 研究 2 研究協力依頼書（施設）

平成●●年●月●日

●●病院

●●長 ●● ●● 殿

### アンケート調査へのご協力をお願い

●●の候、皆様におかれましては、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

この度、『急性期を脱した脳血管疾患患者の家族が抱く不確かさに関連する要因』というテーマで、入院患者のご家族を対象に、調査を実施したいと考えております。

入院による突然の状況変化は、予期しない出来事である場合も多く、患者の家族は様々な問題に直面します。中でも、患者の病気に対する「不確かさ」に対応することは、家族にとって大きなストレスとなりうる重大な問題となります。そのため、看護師が、患者の病気に関する状況を家族がどの程度不確かなものとして認識しているのか、またその不確かさを生み出す要因を把握することは、家族に対するアセスメントの向上とともに、患者および家族に対する効果的な支援を可能にするものと考えます。

米国では、Mishel (1988) が「病気の不確かさ理論」を発表し、「不確かさ」を測定するための尺度 (Uncertainty in Illness Scale) を開発し、我が国の看護にも広く紹介されています。我々は、この尺度を翻訳して「日本語版不確かさ尺度—家族用」を作成し、脳神経疾患患者の家族を対象に調査を行うことで、その使用可能性を確認いたしました。そこで今回は、その調査において不確かさが高かった、脳血管疾患患者の家族、および発症後 14 日以降の患者の家族を対象に、この尺度を使用し、脳血管疾患により入院中の患者のご家族にアンケートを取らせていただくことで、不確かさに関連する要因を明らかにすることを目的としています。

なお、本調査への協力は任意であり、個人のプライバシーには最大限の配慮を致しますこととお約束いたします。また、本調査は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て行われます。

**本調査の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただけますよう何卒お願い申し上げます。**

本調査に関するご意見、ご質問等がございましたら、以下の連絡先にご連絡ください。

【研究責任者】 水野道代：筑波大学 医学医療系 教授

【連携研究者】 飯塚麻紀：筑波大学 人間総合科学研究科看護科学専攻 博士後期課程大学院生  
(兼) 順天堂大学 保健看護学部 成人看護学領域 講師

**《連絡先》 飯塚麻紀**

〒411-8787 静岡県三島市大宮町 3-7-33

順天堂大学 保健看護学部 成人看護学領域

TEL: ●●●-●●●-●●●● (代表) e-mail: ●●●@juntendo.ac.jp

## 調査依頼マニュアル

急性期を脱した脳血管疾患患者の家族が抱く  
不確かさに関連する要因

### 調査協力を依頼する対象

本調査では、以下の方が対象者となります。

- 脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）による入院で 14 日以上経過し、積極的治療が終了したと医師が判断した患者の家族
- 意識障害および／もしくは機能障害が残存している患者の家族
- 現在の病棟での入院期間が 7 日以上経過している患者の家族

※詳しくは、別紙 1【研究対象者（適応基準／除外基準）】でご確認ください。

### 調査依頼用紙およびアンケート紙を配布する時期

アンケートは、患者の入院後 14 日目以降に回答いただけるよう、ご家族の面会時に依頼・配布してください。

\* 本調査では、最終的に約 60 名の方からの回収を目指しております。

（回収率予測：40%、有効回答率予測：30% ⇒ 必要配布数約 200 名）

・ 調査予定施設数：5 施設 ⇒ 1 施設：7 名へ配布／月

そのため、データ収集期間は余裕をもたせて、約 8 ヶ月予定しております。（H27.12 月～H27.8 月）

予定期間内であっても、必要な数の回収が確認された時点で、調査の終了といたします。

### 配布物（調査セット）

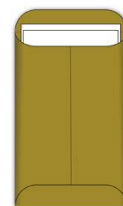
調査用紙は専用封筒（調査セット）に袋詰めされています。

調査セット：【1】アンケート調査へのご協力をお願い 1 部

【2】アンケート用紙 1 部

「病気に関する不確かさ Managing 尺度—家族用」、  
「医療者に対するニーズの充足に関する質問」  
「日本版ソーシャル・サポート尺度」  
「入院中のご家族とあなた自身に関する質問」

【3】返信用封筒 1 枚（返信料不要）



## 研究への依頼方法

入院中の患者に面会に来た家族に対し、以下の手順で研究への依頼を行ってください。

## 研究への依頼方法

研究への協力の意思があるかないかの確認を行った後、次の手順で調査セットを配布してください。

なお、患者に意識障害がない場合には、患者と家族の両者に対して以下の説明をしてください。

1. 「脳卒中で入院された患者さんのご家族に、研究への協力をお願いしています」  
「この研究は、筑波大学の看護の研究者が行っているものです」  
「入院中の大変な時期のお願いで大変恐縮ですが、今後よりよい看護を提供できるよう、ご協力いただけないでしょうか」  
「患者さんではなくご家族にアンケートにお答えいただくものですが、ご協力いただけますか」

---

この段階で関心がない、負担であるとはっきり言われた方、また家族が同意しても患者が 反対する場合にもそれ以上の説明は不要です。

2. 「どのようなアンケート？」とようように、少しでも関心を示された方には、調査セットの中の 【1】 「アンケート調査への協力のお願い」を提示して、用紙に記された内容の説明を行ってください。  
この際、【1】「アンケート調査への協力のお願い」の下段にある「説明者氏名」の欄に、説明してくださった方の氏名を記載してからお渡しください。

## ※以下の質問を受けた場合の回答について

- 「不確かさ」とは何か：  
「入院されている方の病気（診断、病状、今後の経過など）に関して、ご家族であるあなたが感じる、あいまいさや見通しのつきにくさなどのことです。」
- 研究の目的：  
「今回の調査は、皆様の感じている不確かさに関連している要因を明らかにすることが目的です。それによって、今後皆様の不安を少しでも軽減することが最終的な目的です。」
- その他の質問、疑問等について：  
「【1】「アンケート調査へのご協力のお願い」に記載されている研究者へ直接ご連絡ください。」

3. 説明後に、患者もしくはご家族が拒否された場合には、調査セットを配布する必要はありません。
- それ以外の方には、次の説明を加えて渡してください。

#### \* アンケートの回答順番

- アンケートの用紙は冊子になっています。1 ページ目から順番に回答するよう伝えて下さい。また、必ずすべての項目に回答いただけるよう重ねて依頼してください。

#### \* 回答後の返信方法について

- 返信用封筒には、切手を貼る必要はないこと
- 回答し返信するかどうかは自由であり、看護師に報告する必要はないこと

#### \* それ以外の質問や疑問等についての対応

- アンケートに関しての質問や疑問は、【1】「アンケート調査へのご協力をお願い」に記入してある研究者に直接ご連絡すること

### 配布物（調査セット）の配布数の記録

本研究では、アンケート回収率の把握のために、配布数の記録も行います。

※お手数ですが、別紙2【アンケート配布数チェック表】に配布数の記入をお願いします。

※このチェック表は、研究中は定期的に、また研究終了時に、研究者が直接回収に伺います。

お忙しい中のご協力に、心より感謝いたします。



【研究責任者】 水野道代：筑波大学 医学医療系 教授

【連携研究者】 飯塚麻紀：筑波大学 人間総合科学研究科看護科学専攻 博士後期課程  
大学院生  
(兼) 順天堂大学 保健看護学部 講師

《連絡先》 飯塚麻紀

〒411-8787 静岡県三島市大宮町 3-7-33

順天堂大学 保健看護学部 成人看護学領域

TEL：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (代表)

資料 12. 研究 2 研究調査依頼書（対象者用）

アンケート調査へのご協力をお願い

研究課題名：「急性期を脱した脳血管疾患患者の家族が抱く不確かさに関連する要因」

私たちは、入院中の患者およびそのご家族の皆さまが、少しでも不安やストレスの少ない状態で過ごせるようお願い、日々の看護ケアを考えております。

今回のアンケートでは、皆さまがご家族の入院によってどのような体験をされ、またご家族の病気に関してどのように感じているのかについてお尋ねしたいと考えています。

今回は、以上の事柄をお尋ねするために、アンケート用紙を用意いたしました。回答に要するお時間は約20分です。下記の内容に同意いただけましたら、1週間以内にお答えいただき、無記名でポストにご投函してください。

なお、アンケート用紙の返送をもって研究参加に同意いただいたものとさせていただきます。

《今回の調査においては、以下の点についてお約束いたします》

- ◆ 病院の責任者のご理解と同意を得た上で調査を実施いたしております。
- ◆ 研究への協力は、あくまで回答者ご本人の自由意思によるものです。
- ◆ 調査の協力に同意しなくても、回答者ご本人もしくは入院中のご家族の診療や看護ケアに影響が生じることは決してございません。
- ◆ 研究者は、調査目的以外でデータを使用することはありません。
- ◆ アンケートは無記名です。氏名などの個人情報を記入することのないようご注意ください。
- ◆ 無記名のため、ご返送いただいた後は返却や内容の提示が不可能となる旨をご了承ください。
- ◆ 郵送いただきましたアンケート用紙は、研究者の責任のもと厳重に保管いたします。
- ◆ アンケートの結果は、統計的に処理を行いますので、個人が特定されることはございません。
- ◆ 本調査結果は、学会、論文等で発表いたします。
- ◆ アンケート用紙およびデータは、「国立大学法人筑波大学研究公正規則」に則り、論文発表後10年間の保管の後、消去・破棄を致します。

大変な状況でのご協力で心より感謝いたします。

〔研究説明者〕

□本調査に関するご意見、ご質問等がございましたら下記までご連絡ください□

【研究責任者】 水野道代：筑波大学 医学医療系 保健医療学域 教授

【連携研究者】 飯塚麻紀：筑波大学 人間総合科学研究科看護科学専攻 博士後期課程  
大学院生 （兼）順天堂大学保健看護学部 講師

《連絡先》 飯塚麻紀

〒411-8787 静岡県三島市大宮町 3-7-33 順天堂大学保健看護学部 成人看護学領域

TEL：  （代表） e-mail： @juntendo.ac.jp