VOL.23　　No.5
平成12年12月20日発行
ISSN　0285−9262

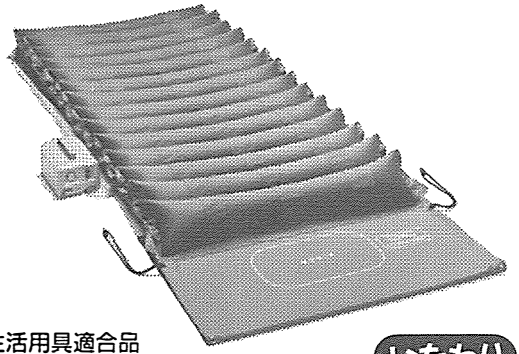
日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.23　NO.5

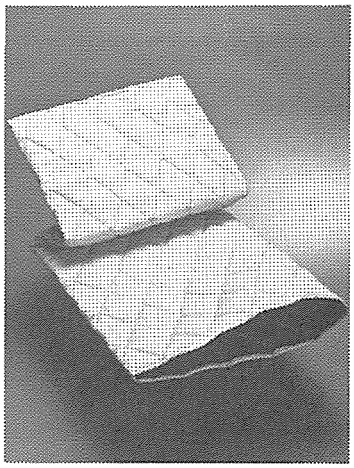
日本看護研究学会

お任せ下さい。
床ずれ予防の体位変換



厚生省日常生活用具適合品
RBエアーマット いたわり テイゾー

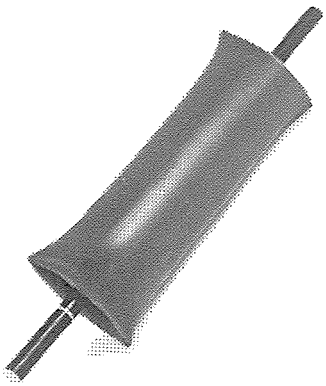
患者の体位交換や
移動が容易にできる



スライド
ヘルプ

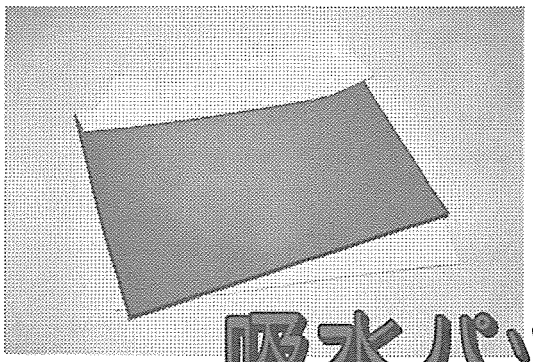
帝国臓器の
介護用品

患者さんの腰を
らくに持ち上げる



厚生省日常生活用具適合品
リフパッド

素早い吸水・吸湿と保水と防水と
失禁シーツとして。清拭時などにも



吸水パッド

帝国臓器製薬株式会社 特品部メディカルグループ
〒107-8522 東京都港区赤坂二丁目5番1号（東邦ビル） ☎(03)3583-8365(直通) FAX(03)3583-5609

会　　告 (1)

第27回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により、開催いたしますのでお知らせします。(第2回公告)

平成12年12月20日

第27回日本看護研究学会学術集会
会長　泉　　キヨ子

記

期　　日　平成13年7月27日(金)　28日(土)

場　　所　金沢市観光会館　他

〒920-0993　金沢市下本多町六番丁27

メインテーマ　新しい時代が問う看護研究の方向

プログラム

7月27日(金)

会長講演　「人間の持てる力を引きだすリハビリテーション看護学の追求」
泉　キヨ子(金沢大学医学部保健学科)

特別講演　「看護学の到達点と新世紀の課題－看護技術論の立場から－」
川島みどり(健和会臨床看護学研究所)

教育講演Ⅰ　「新しい時代における看護研究の方略－日米の看護研究比較をとおして－」
牧本　清子(大阪大学医学部保健学科)

教育講演Ⅱ　「臨床現場に活かせる看護研究」
Katsuko Tanaka, ARNP, CS, MN
Psychiatric nurse practitioner at Veterans Hospital Mental Health Services/Addictions Treatment Center.
Clinical faculty at University of Washington School of Nursing/graduate program.

シンポジウム1　「看護現象の着眼と研究の方法」
中山　洋子(福島県立医科大学看護学部看護学科)
質的研究の視点から　　現在交渉中
事例研究の立場から(案)

7月28日（土）

シンポジウム2　「看護学におけるエビデンス」

褥瘡ケア・研究からみたエビデンス

真田　弘美（金沢大学医学部保健学科）

臨床看護実践におけるエビデンス　－呼吸ケアをとおして－

宮下多美子（聖マリアンナ医部病院）

医療経営学からみたエビデンス　松下　博宣（株式会社ケアブレイズ）

看護行為のエビデンスに迫る　黒田　裕子

（日本赤十字看護大学看護学部看護学科）

ワークショップ1　「ＩＴが看護学および看護研究に及ぼす影響」

川口　孝泰（兵庫県立看護大学看護学部看護学科）

ワークショップ2　「看護実践と看護研究における看護倫理」

宮脇美保子（鳥取大学医学部保健学科）

参加費：会　員　9,000円

非会員　6月22日迄9,000円，6月23日以降10,000円（但し，学術集会雑誌代金は含まない。）

大学院生　会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

学　生　2,000円（但し，学術集会雑誌代金は含まない。）

懇親会費　6,000円

学術集会事務局：〒920-0942　石川県金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医学部保健学科看護学専攻内

第27回日本看護研究学会学術集会事務局

TEL　076-265-2552, 2558　　FAX　076-265-2513

E-mail　27kenkyu@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

第27回日本看護研究学会学術集会一般演題募集

第27回日本看護研究学会学術集会に一般演題を下記の要領により募集します。平成13年度の開催地は石川県金沢市です。開催日は，平成13年7月27日（金），28日（土）です。

発表形式は，口演または示説（ポスターセッション）とします。また，演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。なお，申し込み時には，募集要項をよくお読みいただき，お間違いのないようにお願いいたします。多数の方のご発表をお待ちしています。

平成12年12月20日

第27回日本看護研究学会学術集会
会長　泉　　キヨ子

一般演題募集要項

Ⅰ　演題申し込み資格

発表者・共同研究者はすべて本学会会員であることが必要です。演題申し込み・抄録原稿提出時に未入会の方がおりますと受理できませんので，未入会の方は平成13年3月2日（金）までに本部事務局へ入会の手続きをしてください。

本部事務局　〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1丁目2番10号
日本看護研究学会
TEL　043-221-2331　　FAX　043-221-2332

Ⅱ　演題申し込み方法

1）本誌23巻5号折り込みの，一般演題申込用3連私製葉書に，所定の事項と，表に宛名を書き，それぞれの葉書に切手を貼り，それらを封筒に入れ書留で会長宛に郵送してください。会員番号は共同研究者も含めて必ずご記入ください。

2）演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会等への二重投稿は謹んでください。

3）発表演題は，1題につき1組の演題申込用3連私製葉書を作成してください。発表者としての申し込みは，1人1題に限ります。

4）演題は下記の分類に該当するものを選び，その番号を葉書の所定欄に記入してください。ただし，演題数の都合で希望の分類が変更されることもあります。

1．基礎看護　2．看護技術　3．急性期看護　4．慢性期看護
5．リハビリテーション看護　6．小児看護　7．母性看護　8．地域看護
9．老年看護　10．精神看護　11．癌看護　12．感染看護　13．家族看護
14．ターミナル・ケア　15．看護管理　16．看護教育　17．看護診断
18．看護理論・倫理・哲学　19．看護史　20．看護工学
21．継続看護・在宅看護　22．国際看護

5）発表形式は，口演または示説（ポスターセッション）のどちらかを選択してください。

ただし，演題数の都合により一部変更することもありますのでご承知おきください。

A．口　演　　B．示　説

Ⅱ　抄録原稿

1）本誌23号5号折り込みの抄録原稿用紙を用い，この用紙の注意書きに従って，演題，発表者（○印付記），共同研究者およびそれぞれの所属と，本文には，目的，研究方法，結果，考察を記入してください。（演題発表後の発表趣旨の提出はなくなりました）。

2）抄録原稿はタイプまたはワープロを用いて記入してください。

3）抄録原稿は所定の用紙1部とコピー4部を含め，全部で5部お送りください。この原稿は，そのまま学会誌に学術集会号として印刷されますので，郵送の際には所定の折り目以外は付けないように注意してください。

Ⅲ　演題申し込み・抄録原稿締め切り日

演題申し込みと同時に抄録原稿を提出していただきます。

締切りは**平成13年3月2日（金）必着**。

Ⅳ　演題申し込み時の送付内容

下記のものを演題送付時に封筒に入れ書留で会長宛に郵送してください。

抄録原稿（原本1部・コピー4部）

一般演題用私製三連葉書

定型封筒（査読結果返信用のため封筒表に宛名を書き，80円切手をお貼り下さい。）

Ⅴ　演題申し込み・抄録原稿送付先

〒920-0942　石川県金沢市小立野5丁目11番80号
金沢大学医学部保健学科看護学専攻内
第27回日本看護研究学会学術集会事務局
会長　泉　キヨ子 宛
TEL　076-265-2552.2558　　FAX　076-265-2513

◇学術集会参加申し込み，宿泊等に関しては，3月上旬に以下の旅行社より資料を送付致します。

東急観光（株）金沢支店
〒920-0981　石川県金沢市片町2丁目1番1号
TEL　076-222-0109　　FAX　076-222-0147
「第27回日本看護研究学会学術集会」係　見篠，池田，木谷

会　　告 (2)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて，平成13年度奨学研究の募集を行います。応募される方は，規程，及び次頁募集要項に従って申請してください。

（第２回公告）

平成12月12月20日

日本看護研究学会

理事長　草　刈　淳　子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名　称）

本会を日本看護研究学会奨学会（研究奨学会と略す）とする。

第2条（目　的）

本会は日本看護研究学会の事業の一として，優秀な看護学研究者の育成の為に，その研究費用の一部を贈与し，研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

第3条（資　金）

本会の資金として，前条の目的で本会に贈与された資金を基金として，その金利をもって奨学金に当てる。

会計年度は，4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対　象）

日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者で，申請または推薦により，その研究目的，研究内容を審査の上，適当と認めた者若干名とする。

2）日本看護研究学会学術集会において，少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3）原則として，本人の単独研究であること。

4）推薦の手続きや様式は別に定める。

5）奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。

6）研究が継続され，更に継続して奨学金を希望する者は，改めて申請を行うこととする。

第5条（義　務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期3年以内に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

第6条（罰　金）

奨学金を受けた者の負う義務を怠り，また日本看護研究学会会員として，その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は，委員会が査問の上，贈与した奨学金の全額の返還を命ずることがある。

第7条（委員会）

本会の運営，審査等の事業に当たり，日本看護研究学会理事会より推薦された若干名の委員に

よって委員会を設ける。

2）委員会に委員長を置き，本会を総括する。

3）委員会は次の事項を掌務する。

① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告

② 奨学金授与者の選考，決定及び理事長への報告

③ 授与者の義務履行の確認，及び不履行の査問，罰則適用の決定及び理事長への報告

④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については，別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は，日本看護研究学会理事長が総会に報告する。

第9条

奨学金を授与する者の募集規程は，委員会において別に定め，会員に公告する。

第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付　則

1）昭和59年7月22日　一部改正（会計年度の期日変更）実施する。

2）平成6年7月29日　一部改正（会則全面改正に伴い）実施する。

3）平成8年7月27日　一部改正実施する。

4）平成11年7月30日　一部改正実施する。

日本看護研究学会奨学会
平成13年度奨学研究募集要項

1．応募方法

1）当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上，鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。

2）申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。

3）機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て，申請者の当該欄に記入して提出すること。

2．応募資格

1）日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。

2）日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。

3）原則として本人の単独研究であること。

3．応募期間

平成12年11月1日から平成13年1月20日の間に必着のこと。

4．選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は，応募締切後，規定に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し，その結果を理事長に報告，会員に公告する。

5．奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長　木　場　冨　喜（鹿児島純心女子大学教授）
委　員　中　島　紀恵子（北海道医療大学教授）
　　野　島　良　子（滋賀医科大学教授）
　　波多野　梗　子（愛知県立看護大学学長）
　　前　原　澄　子（三重県立看護大学学長）

6．奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

7．応募書類は返却しない。

8．奨学会委員会の事務は，下記で取り扱う。

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻1－2－10
日本看護研究学会
奨学会委員会
委員長　　木　場　冨　喜

（註1）　審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は，この研究に関する全ての発表に際して，本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。

（註2）　奨学研究の成果は，次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討，確認し理事長に報告するが，必要と認めた場合には指導，助言を行い，又は罰則（日本看護研究学会奨学会規定第6条）を適用することがある。

目　　次

ー原　著ー

在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の
生活管理意識の実態と関連要因の探索 …… 13
日本赤十字看護大学　黒田裕子
船山美和子

鉄欠乏性貧血が脂質代謝に及ぼす影響 …… 25
宮崎県立看護大学　田中美智子
長坂　猛
須永　清
琉球大学　辻野久美子
鹿児島純心女子大学　木場冨喜

訪問看護ステーション利用者の訪問看護および
ホームヘルプサービス利用要因と主介護者の健康関連QOL …… 33
東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科　古瀬みどり
東京大学医学部　熊野宏昭

起き上がり援助技術方法の違いが
看護者の生体負担に及ぼす影響 …… 43
神戸市看護大学　柴田しおり
片山　恵
吉岡隆之
兵庫県立看護大学　柴田真志
神戸市看護大学短期大学部　平田雅子

育児ストレス構造の研究 …… 55
静岡県立大学看護学部　清水嘉子
西田公昭

抗HIV薬の服薬アドヒアランスに関する研究 …… 69
国立国際医療センター　エイズ治療・研究開発センター　野々山未希子

ー研究報告ー

看護職者の災害時における子どもの心身のケアに関する研究 …… 81
神戸大学医学部保健学科　松田宣子
青森県立保健大学　新道幸恵
神戸大学医学部保健学科　高田昌代

手術室における対人距離の変化 …… 91
前愛知県立看護大学　石原麿奈美
愛知県立看護大学　鎌倉やよい
前愛知県立看護短期大学　一柳美稚子

CONTENTS

…… Original Paper ……

Finding Out an Awareness of Life Management and the Related Factors among Men with Ischemic Heart Disease at the Returning Home Period …… 13

The Japanese Red Cross College of Nursing: Yuko Kuroda
: Miwako Funayama

Effects of Iron Deficiency Anemia on Lipid Metabolism …… 25

Miyazaki Prefectural Nursing University: Michiko Tanaka
: Mou Nagasaka
: Kiyoshi Sunaga
Ryukyu University: Kumiko Tsujino
Kagoshima Immaculate University : Fuki Koba

Factors Related to the Utilization of Visiting Nurse and Home-help by Cared People Using Visiting Nurse Servise and the Health Related QOL of their Primary Caregiver …… 33

Department of Welfare and Social Work, Faculty of Medical Science & Welfare,
Tohoku Bunka Gakuen University: Midori Furuse
School of Medicine, The University of Tokyo: Hiroaki Kumano

Comparison of the Physiological Stresses on Nurses in Two Techiniques to Assist Clients to Sit Up …… 43

Kobe City College of Nursing: Shiori Shibata
: Megumi Katayama
: Takayuki Yoshioka
College of Nursing Art and Science Hyogo: Masashi Shibata
Kobe Junior College of Nursing: Masako Hirata

A Study on the structure of ChildCare stress …… 55

School of Nursing University of Shizuoka: Shimizu Yoshiko
: Kimiaki Nishida

Adherence of Antiretroviral Combination Therapy …… 69

AIDS Clinical Center, International
Medical Center of JAPAN: Mikiko Nonoyama

…… Research Reports ……

A Study of Post-disaster Mental and Physical Care of Children by Nurses …… 81

Faculty of Health Science,
Kobe University School of Medicine: Nobuko Matsuda
Aomori University of Health and Welfare: Sachie Sindou
Kobe University School of Medicine: Masayo Takada

Close Interpersonal Distance in the Operating Room …… 91

Formerly of Aichi Prefectural College of Nursing and Health: Manami Ishihara
Aichi Prefectural College of Nursing and Health: Yayoi Kamakura
Formerly of Aichi Prefectural Junior College of Nursing: Michiko Ichiyanagi

女性の看護学
母性の健康から女性の健康へ

編著／吉沢豊予子（長野県看護大学教授）　鈴木幸子（埼玉県立大学保健医療福祉学部助教授）

B5判　412頁　定価3,675円（本体3,500円）　ISBN4-8392-0914-6

Women's Health

女性を中心にすえた女性のための看護学

NEW

第Ⅰ章　女性を中心にすえた健康の概念
1　なぜ「女性の健康概念」が必要なのか
2　ウィメンズヘルスの発達
3　リプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方
4　日本・世界の女性および母子保健事情
第Ⅱ章　女性の理解
1　女性のライフサイクル
2　女性の成長・発達
3　母性性と女性性
4　女性と家族
5　女性の意思決定
6　女性のセクシュアリティと自己決定
第Ⅲ章　女性を取り巻く環境
1　女性を取り巻く環境とsocial-cultural-context
2　地球環境と女性の健康
3　少子・高齢社会と女性の健康
4　男性中心の社会と女性の健康
5　女性の健康に関連する母子保健施策および今後の課題
第Ⅳ章　女性のからだの特徴と健康
1　女性のヘルスプロモーション
2　ライフサイクルからみた女性の健康
3　女性と栄養
4　女性と運動
5　女性と月経
6　女性のセクシュアルヘルス
7　女性とメンタルヘルス
8　働く女性の健康
9　アルコール，喫煙，薬物と女性の健康
10　乳房の健康
11　妊娠・出産の選択
12　ハイリスク妊娠・分娩に関連する女性の健康問題
13　産む機能に関わる健康
14　生殖器以外の疾患をもつ女性の健康
15　不妊女性の健康問題
16　生殖医療技術と女性の健康
17　STDと女性の健康
18　障害者のセクシュアリティと健康
19　女性に対する暴力と健康
第Ⅴ章　女性の健康と看護の展開
1　フェミニズムの視点をもった看護実践への挑戦
2　女性の健康のアセスメント
3　女性のエンパワーメントに注目した援助方法
4　女性を中心にすえた看護の展開

フランクリンの英語で学ぶ看護
—Guide to Professional Nursing—

編著／Martha J. Franklin（静岡県立大学看護学部助教授）

B5判　424頁　定価2,940円（本体2,800円）　ISBN4-8392-0756-9

看護学生に最適の英語教材、待望の刊行!!

NEW

◎看護教育に携わってきたアメリカ人著者が，看護学生の英語教材として，看護の基本から最新の話題までを執筆している。本書英文・内容のレベルは，初級から上級へと，章が進むにつれて高度になるため，看護専門学校の学生から大学院の学生まで，学習者のレベルに合わせて使用できる。また，各章に設けられた「練習問題」を解くことにより，読解力だけでなくクリティカルシンキングの技法も身につけることができる。

- 医療・看護特有の英語訳が充実
- 各章末“コラム”でやさしい英語の医療場面での使い方を学習
- 各章冒頭に英文要旨を掲載。

本書の構成

Part1　Foundations of Nursing　看護の基礎
(Chapter 1～5)
Part2　Ethical Issues in Nursing　看護における倫理問題
(Chapter 6～13)
Part3　Nursing Practice　看護実践
(Chapter 14～19)
Part4　Current Topics in Nursing　看護における最新の話題
(Chapter 20～24)

株式会社 メチカルフレンド社
〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-4 ☎(03)3263-7666 FAX(03)3261-6602 振替00100-0-114708
E-mail:mfeigyou@mb.infoweb.ne.jp http://web.infoweb.ne.jp/medical-friend/

－原　著－

在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索

Finding Out an Awareness of Life Management and the Related Factors among Men with Ischemic Heart Disease at the Returning Home Period.

黒田裕子*　　船山美和子*
Yuko Kuroda　　Miwako Funayama

キーワード：虚血性心疾患，移行期，生活管理意識
Ischemic Heart Disease
the Returning Home Period
an awareness of life management

Ⅰ．はじめに

虚血性心疾患の有病者数は標準予測で1995年に110万人であったが，2020年には170万人に増加すると推測されている[1]。死亡順位においても，悪性新生物，脳血管疾患に次いで長い間第3位であったが，1997年には脳血管疾患を抜いて第2位になっている[2]。このような虚血性心疾患発症の背景には，生活習慣の欧米化やストレスフルな社会生活があるとされるが，積極的な予防策が講じられない限り，今後の増加を食い止めることができない，注目すべき生活習慣病の1つとなっている。

いっぽう，高度医療技術発展の恩恵を受け，虚血性心疾患患者の延命率はかつてないほどに上昇し，慢性化へと向かう患者が増加してきている。また，在院日数の短縮化の影響もあり，入院加療は短期となってきている。したがって退院後，自らの生活管理を実施していけるかどうかが患者に課せられた重要な問題となってきている。とりわけ虚血性心疾患における男性の罹患率，死亡率は女性の約4倍であり[3]，罹患平均年齢は50代後半と壮年期に相当し，重い社会的役割を担う時期でもある。したがって男性患者が退院後自らの生活管理を行いながら社会に復帰していくことには多大な努力が必要とされている。

このような患者の生活指導にあたる看護職者は以前よりいっそう，個別な生活を持つ患者に有効な指導内容が期待されている。とりわけ，患者が生活管理を現実の生活の様々な状況の中で実施しようと思っていること，すなわち，生活管理意識は，在宅移行期にある虚血性心疾患患者に対する生活指導において看護職者が判断すべき重要な視点と言える。しかしながら虚血性心疾患患者の，この時期に焦点を当て彼らの生活管理意識を探求した研究は過去には報告されていない。

そこで本研究は，在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識を，尺度化を試みたうえで明らかにすることを目的とする。さらに患者の生活管理意識に関連する要因を探索する。

＊ 日本赤十字看護大学　The Japanese Red Cross College of Nursing

Ⅱ．概念枠組み

急性期を脱し，在宅移行期にある虚血性心疾患患者の生活を概念化するうえでA．ストラウスらの慢性病者が出くわす８つの鍵となる問題を[4]，また，生活管理意識を概念化するうえでＤ．オレムのセルフケア能力の理論を土台として組み立て[5]以下のように概念化した。すなわち，在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識とは冠動脈バイパス術（Coronary Arthery Bypass Grafty，以下CABGと略す）をあるいは経皮的冠動脈形成術（Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty，以下PTCAと略す）を代表とする治療を終え在宅療養へと移行する時期にある40歳～65歳の男性患者が，自らの健康や安寧を維持していくために満たさなくてはならない食行動，療養行動，活動，自己概念，人生設計の領域における生活管理行動を，現実の個々の生活状況の中で実施しようと思っていることとした。

Ⅲ．生活管理意識尺度の作成

調査で用いる，在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識尺度（以下，生活管理意識尺度とする）を以下の手順で作成した。

尺度原案作成のために，CABGあるいはPTCAを終え退院を間近にした者で，研究協力に承諾の得られた男性12名の虚血性心疾患患者を対象として半構成的面接法を，1999年３月末～５月末にかけて実施した。12名の年齢範囲は54歳～62歳にあり平均年齢は58.08歳であった。疾患は，急性心筋梗塞３名，陳旧性心筋梗塞２名，労作性狭心症４名，狭心症３名であった。治療は，CABG ９名，PTCA ３名で，初回発症は再発者１名を除く11名であった。既往歴の無い者は３名，合併症で多かったのは高血圧，糖尿病，高脂血症であった。12名中１名は無職であったが，他は自営業，会社員，会社役員など，何らかの役割に就いていた。全員が妻帯者で１人以上の子供を持っていた。面接は12名に１回ずつ45分程度行い，退院後の生活についてを中心に自由に語ってもらった。

分析した結果（資料１），疾患経過や治療法の相違，職業や家族状況の相違などの個別的な要因，さらに精神的な安定感や不安の程度も生活管理意

資料１．面接の分析結果

退院後１ケ月は激しい運動などは避けたいとほぼ全員が言い，活動すると不整脈が出るので苦痛とする者も２名あった。仕事に復帰しなければならない者は病人だということで社会の圧力を人一倍感じストレスだと言い，３ケ月～６ケ月くらいは自宅療養で散歩などをして体力を徐々につけてから戻りたい。復帰したら迷惑をかけないように頑張りたいとしていた。男性の特徴からか，体力がなくなった，腕や足腰に力が入らない，姿勢や体位の急な変換ができない，そして，筋肉の衰えを強く感じており，元通りの生活，たとえば，車を運転する，オートバイに乗る，お風呂に入る，ゴルフをするなどがふつうにできるようになるまで不安があるとしていた。が，１日も早く身体を慣らせたい，動きの勘を取り戻したい，と前向きの言動がほとんどから聞かれた。食事については一番不安であるとする者，妻任せの者，妻には任せられないから自分が率先して行う者まであったが，一様にバランスを考えた食事をとる，薄味に慣れていく，塩分や動物性脂質は控える，またワーファリン服用者は納豆やほうれん草は食べないことなどを指導され決めていた。ただし外食を避けられない点については，野菜中心とする，油は避けたいとしていたが，付き合いを断るのは役割上困難だ，とする者もあった。飲酒や喫煙についてはこの機会に辞めたい，節煙，節酒をしたいと，いずれも身体によくない点を実感していたが，時間が経つと忘れるかもしれないとする者もあった。冠動脈バイパス手術後の者はとりわけ肋骨を切断していることでの身体バランスの不安定感，胸部や代用血管部の傷の痛みや引きつれ，バイパス耐用年数などに不安を感じており時間をかけて回復を待つしかないとしていた。今後の生活については全員が，今まで通りではなく生活のペースを落としたい，自分の身体をいたわりたい，セーブしないとだめ，もう無茶はできない，としていた。多くの者は今回のことで寿命は縮まったと捉えており，その分好きなことをして楽しく生きたい，逆に，うつ的な傾向を呈し希望が見えなくなっている者もあった。

資料2．内容分析の結果

分析した結果，70%以上の一致率があった項目は16／30項目であった。こらの中で表現上の問題が指摘された3項目は一部表現をわかりやすく変えたうえで，16項目についてはすべて採用とした。著しく一致率の低かった「仕事で無理をしそうだと思っている（7.7%）」，「標準体重近くにしようと思っている（15.4%）」，「旅行や乗り物は大丈夫かどうか医師に聞こうと思う（30.8%）」は削除した。一致率は低かったが修正したうえで残した項目は，「通院と仕事のサイクルを調整しようと思う（30.8%）」は表現を，「仕事を調整して定期的な通院を続けていこうと思う」として，活動ではなく療養行動に焦点を当たるようにした。「これからは」という表現が含まれていたために人生設計との混乱があった項目は，「これからは」という表現を抜いて，「自分の身体をいたわっていこうと思う」，「仕事の質を軽作業に変えようと思う」，「感情的にならないようにしようと思う」と簡潔に表現して採用することとした。また，「仕事に復帰するまでに体力をつけておこうと思う（42.3%）」，「体力がどのくらいで回復するか，注意していこうと思う（53.8%）」はいずれも低い一致率のために意味内容を整理し，「運動して体力をつけておこうと思う」，「体力回復のために運動をして足の筋肉をつけようと思う」と表現を変えて採用した。表現上の問題で低い一致率と考えられた「病院で良い体験をしたので今後生かしていこうと思う（53.8%）」は「病院での体験を今後生かしていこうと思う」と変えた。いっぽう，一致率以外で問題がある項目，「タバコは注意されてもやめられないと思う」は全員に該当しないとの指摘があり削除した。また，下位尺度の表現が「～行動」となっているのは尺度全体の生活管理意識との整合性がないと指摘があり検討した。また，下位尺度の療養行動という療養には食事や活動が含まれるとの指摘もあり検討した。結果，「～行動」という下位尺度の表現を，「～の領域」という表現に変え，療養ではなく服薬と通院に関する領域とした。

識に影響すると推測できた。これら面接から得られた主たるデータで，この時期にある男性患者の生活管理意識を特徴づけていると考えられた内容を尺度原案の項目プールとした。そしてこれらを，概念枠組みで組み立てた5領域を下位尺度として分類した。結果，原案段階では，①食行動10項目，②療養行動10項目，③活動10項目，④自己概念10項目，⑤人生設計10項目とし，5下位尺度50項目となった。この尺度原案に対し，項目表現の曖昧さ，項目内容の意味重複，そして，項目内容の概念的統合の可能性などを検討し，5下位尺度30項目へと修正した。

次に，医療保健学系の学識研究者2名，看護系の学識研究者7名，修士号以上の学位を持つ看護系大学院生5名，臨床経験5年以上の看護実践家3名の計17名を被験者として修正した上記尺度の内容分析を依頼し，13名から回答を得た（回収率76.5%；有効回答率100%）。調査期間は1999年6月中旬～7月中旬であった。結果（資料2），①食事領域7項目，②服薬と通院領域4項目，③活動領域4項目，④自己概念領域4項目，そして⑤今後の人生に関する領域4項目の合計5下位尺度23項目とした。

Ⅳ．研究方法

記述的な研究デザインとした。

1．対　象

設置主体が同一の全国にある18総合病院と都内の1総合病院に対し，調査目的と具体的方法及び質問紙について説明し協力を仰いだところ計17施設より承諾が得られた。この17施設に入院中及び外来通院中の40歳～65歳の者とした。また，CABGあるいはPTCAなどの急性治療を終え6カ月以内の虚血性心疾患男性患者で，調査協力への承諾が得られる者とした。しかし当条件ではとりわけ年齢制限で対象の確保が困難であったために，70代を5名含むこととし，26歳～76歳の年齢範囲で平均年齢57.1歳（SD 8.0）の男性113名とした。

2．調査期間

1999年7月末～同年9月末とした。

3．データ収集法

質問紙法を用いた。質問紙に含めた尺度は，上述の生活管理意識尺度（5下位尺度23項目；5段階評定の間隔尺度），Zungらの抑鬱傾向尺度20項目（A Self-Rating Depression Scale）[6]，そして，Rosenbergの自尊感情尺度10項目[7]の3尺度とした。これら2尺度は虚血性心疾患患者のクォリティ・オブ・ライフ及び生活管理行動の影響要因として報告されている[8][9]。また，今回実施した面接結果から対象の精神的な健康度や安定感が生活管理意識に影響していると推測され，含めることとした。デモグラフィック変数は，年齢，職業，管理職の有無，婚姻状況，同居家族数，入院回数，初診年月，疾患名，治療法，服用薬剤名，合併症名とした。この質問紙を協力の得られた上記17施設の看護部長あるいは担当看護婦長に送付し，対象への配布を依頼し，対象個別の返信用封筒による郵送法にて回収した。

4．データ分析法

SPSS for Windows 7.5Vを使用し，記述統計量，t検定，一元配置分散分析，ピアソン積率相関，因子分析，重回帰分析を算出した。

V．研究結果

質問紙314部を配布した結果，115部回収され（回収率36.6%），うち113部が有効回答であった（有効回答率98.3%）。回収率が低かったのは郵送法で回収したことに加えて，年齢と発症後6ヶ月以内という対象選択にあたっての条件が現実には厳しかったものと推測された。

1．生活管理意識尺度の洗練

生活管理意識尺度を以後の分析に使用していくにあたり予備調査が実施できなかったために，この113名を被験者として尺度の信頼性と妥当性の検討を行った。

まず23項目の記述統計量を算出し，歪度と尖度に著しい偏りがあり，高得点に集中していた6項目を削除した。その後，尺度全体と各項目の相関を算出し，ピアソン積率相関係数が.35以上の項目のみ（$p<.05$）を採用し，2項目を削除し計17項目とした。この17項目で因子分析を主因子法（バリマックス回転）で行った結果，5因子が抽出された。しかし第5因子は項目数が2項目と少なく，また4因子だけでも累積寄与率は47.98%とほぼ確保されたので最終的に4因子15項目とした。内部一貫性を示すCronbach's α係数は，下位尺度は$.55 \leq \alpha \leq .69$とやや低かったが全体で$\alpha=.80$と確保された[10]。各因子の命名は表1に示した通りである（表1）。

2．対象特性（表2）

表2に示した通り，地域別は関東が約4割を占めていた。年齢層は，60歳以下が約7割を占め，対象のほとんどは壮年期にあった。

初診からの罹患年数は，1999年9月現在を基点にして範囲は，0ヶ月～22.80年とバラツキがあり，平均2.18年（SD 4.0）であり，約6割が初診から6ヶ月以内の初発症者であった。

疾患は心筋梗塞と狭心症がほぼ同じ割合で，治療法は約半数がPTCAでCABGは3割弱であった。疾患と治療とのあいだで有意な関連はなかった（表3）。また，疾患及び治療と年齢3群及び罹患年数5群との関連を見た結果（表4，表5），年齢群とのあいだにも，罹患年数とのあいだにも有意な関連はなかった。しかし，心筋梗塞とPTCAは6ヶ月以内の者が多いことがわかった。

平均入院回数は，1.7回（SD 1.2），平均服薬数は，3.9個（SD 1.9）であった。

5割以上は服用中の薬剤種類は，末梢性交感神経抑制剤80名（72.1%），解熱鎮痛剤76名（68.5%），末梢血管拡張剤73名（65.8%），抗血栓剤60名（54.1%）であった。

表1．生活管理意識尺度の因子分析結果

No.	項目	抽出された因子（因子負荷量 .20以上） 1	2	3	4
4	病院の味付けを自分の舌（味覚）で覚えられたと思う	.78	−2.01E-02	6.210E-02	.16
21	病院で食べている食事から今後の食事内容が学べた	.71	.15	3.912E-02	9.058E-02
19	外食の際は，選り分けて食べようと思う	.60	.19	4.207E-02	−4.12E-02
6	野菜中心の食事内容にしようと思う	.58	.27	.25	7.130E-02
11	不規則な食生活はやめようと思う	.11	.83	.15	.14
20	今後は今までのような不規則な生活ではいけないと思う	.10	.70	.14	.35
12	カロリー計算をしていこうと思う	.20	.65	1.800E-02	9.195E-02
9	あまり感情的にならないようにしようと思う	.14	.43	.43	−.20
23	体力回復のために運動をして足の筋肉をつけようと思う	1.390E-02	8.669E-02	.74	9.087E-02
22	階段昇降で症状が出ないかどうかを気をつけようと思う	.38	.21	.66	−9.41E-02
10	今までは神経過敏だったと思う	−.103	−2.98E-02	.60	.34
17	退院後楽しみを持つためにも具体的な人生設計を持とうと思う	.13	.12	.52	−5.33E-02
15	仕事の質を軽作業に変えようと思う	3.728E-02	8.897E-02	.15	.81
18	これからは生活のペースを落とそうと思う	.29	.26	−.127	.58
16	自分の身体をいたわっていこうと思う	.13	.31	−.127	.46
	固有値	2.38	2.18	1.99	1.61
	寄与率	14.00	12.81	11.72	9.45
	累積寄与率	14.00	26.81	38.53	47.98
15項目全体 Cronbach's α = .80	Cronbach's α	.68	.69	.56	.60
	命名した下位尺度	あらため食事内容の	不規則な生活及び感情のコントロール	落ち着いた生活と体力の取り戻し	身体のいたわり

表2．対象特性（N＝113）

地域	
1．東北	20名（17.7%）
2．関東	42名（37.2%）
3．関西	19名（16.8%）
4．中四国	18名（15.9%）
5．九州	14名（12.4%）
年齢層	
1．55歳以下	39名（34.5%）
2．56歳〜60歳	39名（34.5%）
3．61歳以上	35名（31.0%）
疾患	
1．心筋梗塞	49名（46.2%）
2．狭心症	48名（45.3%）
3．その他	9名（8.5%）
不明	7名
治療	
1．CABG	27名（26.7%）
2．PTCA	47名（46.5%）
3．その他	27名（26.8%）
不明	12名
初診からの期間	
1．2ケ月以内	36名（33.6%）
2．3ケ月〜6ケ月	28名（26.1%）
3．7ケ月〜1年	14名（13.1%）
4．1年1ケ月〜2年	11名（10.0%）
5．2年1ケ月以上	18名（17.2%）
不明	6名
職業	
1．会社員	46名（41.9%）
2．自営業	16名（14.5%）
3．公務員	5名（4.5%）
4．引退	27名（14.6%）
5．その他	16名（14.6%）
不明	3名
管理職の有無	
1．就いている	48名（43.5%）
2．就いていない	39名（42.4%）
3．その他	13名（14.1%）
不明	21名
婚姻状況	
1．既婚（子供有り）	90名（82.6%）
2．既婚（子供無し）	8名（7.3%）
3．独身	9名（8.3%）
4．その他	2名（1.8%）
不明	4名

表3．対象者の背景（疾患と治療方法）（N＝113）

	CABG	PTCA	その他	不明	合計
心筋梗塞罹患者	14	27	7		48
狭心症罹患者	11	19	13		43
その他			6		6
不明				16	16
合計	25	46	26	16	113

表4．対象者の背景（年齢と疾患及び治療方法）（N＝113）

年齢群（歳）	疾患 心筋梗塞	狭心症	その他	不明	合計	治療方法 CABG	PTCA	その他	不明	合計
55以下	19	17	2		38	7	18	11		36
56−60	19	13	4		36	12	13	11		36
61以上	11	18	3		32	8	16	5		29
不明				7	7				12	12
合計	49	48	9	7	113	27	47	27	12	113

表5．対象者の背景（初診から罹患までの期間と疾患及び治療方法）（N＝113）

年齢群（歳）	疾患 心筋梗塞	狭心症	その他	不明	合計	治療方法 CABG	PTCA	その他	不明	合計
2ヶ月以内	22	8	2		32	6	21	6		33
3ヶ月から6ヶ月	10	15	1		26	10	10	5		25
7ヶ月から1年	6	8			14	5	6	2		13
1年1ヶ月から2年	5	4	2		11		3	7		10
2年1ヶ月以上	6	13	4		23	6	7	7		20
不明				7	7				12	12
合計	49	48	9	7	113	27	47	27	12	113

平均合併症数は，.6（SD .73）で，合併症が無い者は54名（47.8%）であった。

職業は会社員が，管理職の有無は就いている者が，ほぼ半数弱を占めていた。また9割が既婚者であった。

いっぽう，対象の自尊感情得点の平均値は29.56（SD 5.44）で15～40の範囲にあり全体的に低い傾向を示した[11]。抑鬱傾向得点の平均値は39.64（SD 8.15）で22～62の範囲にあり全体として高い傾向を示した[12]。両者は強い負の相関があり（r＝－.77，p＜.01），一般に報告されている傾向が顕著に示された[13]。

3．全体の生活管理意識（表6）

113名の生活管理意識尺度全体の平均値は，3.94（SD .57）ときわめて高くばらつきが少なかった。対象の生活管理意識は高得点領域に傾く分布をしており，意識は一様に高いことを伺わせた。

下位尺度の平均値は高い順に，＜不規則な生活及び感情のコントロール＞，＜落ち着いた生活と体力の取り戻し＞，＜身体のいたわり＞，＜食事内容のあらため＞であり，今回の対象が男性であることの特徴が反映していた。

項目は，「16．自分の身体をいたわっていこうと思う」，「9．あまり感情的にならないようにしようと思う」，「11．不規則な食生活はやめようと思う」，「23．体力回復のために運動をして足の筋肉をつけようと思う」，「22．階段昇降で症状がでないかどうかを気をつけようと思う」が高かった。これより，身体をいたわりながらも，感情をコントロールしつつ，症状管理に気をつけながら体力を回復させようとすることへの対象の意識の高さが表れていた。

いっぽう，生活管理意識尺度全体及び下位尺度間はいずれも有意な相関を示し，互いに密接に関連し合っていることを確認できた（表7）。

表6．生活管理意識尺度の全体と項目の平均値，標準偏差，得点範囲（N＝113）

下位尺度と項目		平均値(SD)	範囲
下位尺度1：食事内容のあらため		15.33（3.02）	5 －20
	下位尺度1の平均値	3.83（.76）	1.25－ 5
4．病院の味付けを自分の舌（味覚）で覚えられたと思う		3.69（1.06）	1 － 5
6．野菜中心の食事内容にしようと思う		4.13（.93）	1 － 5
19．外食の際は，選り分けて食べようと思う		3.57（1.16）	1 － 5
21．病院で食べている食事から今後の食事内容が学べた		3.96（1.06）	1 － 5
下位尺度2：不規則な生活及び感情コントロール		16.44（2.81）	8 －20
	下位尺度2の平均値	4.11（.70）	2 － 5
9．あまり感情的にならないようにしようと思う		4.40（.74）	2 － 5
11．不規則な食生活はやめようと思う		4.38（.92）	1 － 5
12．カロリー計算をしていこうと思う		3.56（1.17）	1 － 5
20．今後は今までのような不規則な生活ではいけないと思う		4.11（1.04）	1 － 5
下位尺度3：落ち着いた生活と体力の取り戻し		15.81（2.64）	7 －20
	下位尺度3の平均値	3.95（.66）	1.75－ 5
10．今までは神経過敏だったと思う		3.24（1.28）	1 － 5
17．退院後楽しみを持つためにも具体的な人生設計を持とうと思う		3.98（.92）	1 － 5
22．階段昇降で症状が出ないかどうかを気をつけようと思う		4.28（.95）	1 － 5
23．体力■復のために運動をして足の筋肉をつけようと思う		4.36（.86）	2 － 5
下位尺度4：身体のいたわり		11.61（2.48）	3 －15
	下位尺度4の平均値	3.87（.83）	1 － 5
15．仕事の質を軽作業に変えようと思う		3.68（1.34）	1 － 5
16．自分の身体をいたわっていこうと思う		4.48（.77）	1 － 5
18．これからは生活のペースを落とそうと思う		3.44（1.15）	1 － 5
	全体（15項目）合計の平均値	59.11（7.89）	29 －75
	全体（15項目）の項目平均値	3.94（.57）	1.93－ 5

表7．下位尺度間におけるピアソンの積率相関関係（N＝113）

	尺度全体	下位尺度1	下位尺度2	下位尺度3	下位尺度4
生活管理意識尺度全体		.74**	.79**	.66**	.68**
下位尺度1　食事内容のあらため			.43**	.29**	.30**
下位尺度2　不規則な生活及び感情のコントロール				.40**	.42**
下位尺度3　落ち着いた生活と体力の取り戻し					.25**
下位尺度4　身体のいたわり					

**p＜.01

表8．生活管理意識尺度全体及び下位尺度と服薬数（種別），合併症数，自尊感情，抑鬱感情とのピアソンの積率相関関係（N＝113）

	服薬数	抗血栓剤服薬の有無	合併症数	自尊感情	抑鬱感情
生活管理意識尺度全体	.22*	.20*			
下位尺度1　食事内容のあらため	.23*	.25**	.23*	.20*	
下位尺度2　不規則な生活及び感情のコントロール	.23*				
下位尺度3　落ち着いた生活と体力の取り戻し	.20*				.23*
下位尺度4　身体のいたわり					.20*

**p＜.01　*p＜.05

4．生活管理意識と関連要因との関係（表8）

尺度全体と弱いが有意な相関を示したのは服薬数，抗血栓剤内服の有無であった。すなわち，服薬数が多い者ほど，また，抗血栓剤を内服している者ほど意識が高かった。

下位尺度と弱いが有意な相関を示したのは以下の通りであった。＜食事内容のあらため＞では，服薬数と合併症の数が多く，自尊感情得点が高く，抗血栓剤を内服している者ほど高いという傾向が示された。また，＜不規則な生活及び感情のコントロール＞では，服薬数が多いほど高いという傾向が示された。次に，＜落ち着いた生活と体力の取り戻し＞は，服薬数が多く，抑鬱傾向得点が高い，すなわち抑鬱傾向の者ほど高いという傾向が示された。最後に＜身体のいたわり＞についても抑鬱傾向の者ほど高いという傾向が示された。

各項目と中等度または弱いが有意な相関を示したのは以下の通りであった。すなわち，「10．今までは神経過敏だったと思う」が，抑鬱傾向得点（r＝.38，p＜.01）及び自尊感情得点（r＝.25，p＜.01）と，「12．カロリー計算をしていこうと思う」は，薬剤数（r＝.28，p＜.01）及び合併症数（r＝.25，p＜.01）と，「21．病院で食べている食事から今後の食事内容が学べたと思う」は，自尊感情得点（r＝.24，p＜.05）及び薬剤数（r＝.24，p＜.05）と，「19．外食の際は選り分けて食べようと思う」は，合併症数（r＝.22，p＜.05）とのあいだに示された。

次に，生活管理意識尺度全体・下位尺度・項目得点を，対象の地域群，年齢群，疾患群，治療法群，初診からの罹患年数群，職業群，管理職の有無群，そして婚姻状況群で，t検定あるいは一元配置分散分析によって有意差を検定した。

結果，尺度全体ではいずれも有意差は見られなかった。

下位尺度では，＜落ち着いた生活と体力の取り戻し＞でCABG群がPTCA群に比し有意に高く（F＝6.64，p＜.05，Scheffeの検定），有意差はなかったが他の下位尺度についてもCABG群がPTCA群に比し高い平均値を示した。

さらに＜食事内容のあらため＞は，合併症有り群が無し群に比し有意に高かった（t＝－3.19，

p＜.01)。さらに，薬剤数4個以上群が，3個以下群に比し有意に高かったのは，＜食事内容のあらため＞（t＝－2.00，p＜.05）と＜落ち着いた生活と体力の取り戻し＞（t＝－2.08，p＜.05）であった。

項目では，「9．あまり感情的にならないようにしようと思う」，「10．今までは神経過敏だったと思う」が，CABG群がPTCA群より有意に高かった（F＝－3.11，p＜.05；F＝6.92，p＜.01，Scheffeの検定)。また有意差はなかったが，「病院の味付けを自分の舌（味覚）で覚えられたと思う」と「自分の身体をいたわっていこうと思う」の2項目以外の11項目において，CABG群がPTCA群より高い平均値を示した。

さらに，「23．体力回復のために運動をして足の筋肉をつけようと思う」が，7ヶ月～1年群が，1年1ヶ月～2年群より有意に高かった（F＝3.36，p＜.05，Scheffeの検定)。

5．生活管理意識への関連要因の影響

生活管理意識尺度全体及び下位尺度を基準変数に置き，上記分析で有意な関係にあった変数，すなわち，服薬数，合併症数，自尊感情得点，抑鬱傾向得点，抗血栓剤服用の有無（ダミー変数とした）の説明力を見るためのに重回帰分析（stepwise法を選択）を実施した[14]。結果，尺度全体に対し説明力をもったのは，抗血栓剤の有無のみであった（R^2＝.055，F＝5.03，p＜.05)。＜食事内容のあらため＞に対し説明力をもったのも，抗血栓剤の有無のみであった（R^2＝.079，F＝7.77，p＜.01)。さらに，＜落ち着いた生活と体力の取り戻し＞に対し説明力をもったのは，抗血栓剤の有無と服薬数であり，両者で12％の説明力を持っていた（R^2＝.12，F＝5.97，p＜.01)。他の下位尺度については有意な説明力は見られなかった。

Ⅵ．考　　察

本対象は心筋梗塞あるいは狭心症で，CABGあるいはPTCAの治療を受け，発症後6ヶ月以内の，壮年期にある男性という特徴を持っていた。過半数は役職に就いており，また家庭でも一家の主として経済的な基盤を確立する時期でもあろう。

このような特徴を持つ対象の生活管理意識は画一的に高い傾向を示した。虚血性心疾患の発症原因の1つにタイプA行動パタンが報告されているが[15,16]，急性罹患後ようやく在宅移行する時期，必死な思いでひたすら療養に専念しようとする姿が浮き彫りにされた。とりわけ今回の対象が壮年期男性であり，しかも移行期にあることより，今後は今までの不規則な生活を改めようとしている点や感情をコントロールしようとしている点，そして，身体をいたわりつつも少しずつ体力を回復させようとしていることも特徴として見られた。

虚血性心疾患患者は生涯に渡って数種類の薬剤服用を強いられる。これが反映してか，薬剤を多く服用している者ほど，さらに抗血栓剤を服用している者ほど生活管理への意識が高いことが明らかとなった。この疾患は急性期を過ぎると内服管理さえしていれば無症状に近い。しかし服薬を怠ると再発の危険，ひいては死が迫りくる。また，抗血栓剤の服用は食事内容はもとより，易出血性のために日常のあらゆる生活面の危険管理を強いられる。この疾患の特殊性と薬剤の影響が生活管理意識に密接に関連していたものと解せる。

いっぽう，今回対象の抑鬱傾向が全体的に高く，自尊感情は低かった。これは心臓という生命維持を危うくする臓器を死に匹敵するような強い痛みを体験して発症した衝撃に加え，発症後6ヶ月以内という移行期であったからだろうと考えられる。疾患と向き合いながらも不安が高いことが推測できた。虚血性心疾患が，急激に生命脅威を与える疾患であり，入院加療中も退院後も共通して不安が高いことはいくつか報告されている[17,18]。その

中でもRoseらは[19]，入院中と退院後3ケ月の心筋梗塞患者の不安と生活管理行動との関係を調査した結果，状態不安が高いほど喫煙行動の頻度が高いことを見出している。精神的な安定が保持されることが生活管理意識や行動の促進要因になり得ることが示唆される。しかしながら今回の結果からは自尊感情及び抑鬱傾向は共に生活管理意識の影響要因とは言えなかった。唯一，自尊感情が高い者，つまり，この病気に罹患したことに落ち込まず自己価値を存続させている者ほど，病院で学んだ食事体験を退院後の食事内容を改めようとしていることが示唆された。また，鬱的な傾向を示した者は，身体をいたわりながらも，今後は落ち着いた生活をしようとしていること，体力を少しずつ取り戻そうとしている点が示唆された。とりわけ自らの神経過敏な傾向を反省しようとしていることがこれら鬱的な傾向を示した者に顕著に見られた点は発見であった。このことは不安は強いながらも，虚血性心疾患という生命維持を危うくする疾患に罹患したことを受け入れて，回復に向けて療養に専念していこうとしていることを反映したと考えられる。

ところで，今回の対象で他の合併症がある者は，食事に対し真剣に取り組もうとしていることが，カロリー計算への意欲や外食への注意に反映されていた。この傾向は服薬数の多さとも関係していた。今回心臓を患ったことで食事について決意を新たにしていることを反映したと言える。

いっぽう，心筋梗塞と狭心症という疾患別で生活管理意識に相違は見られなかったが，治療法ではCABG群がPTCA群よりも意識が高い傾向にあった。GawはPTCA患者のみを対象として研究した結果，悲観血的治療法を受けたPTCA患者は疾患を安易に認知し，生活様式変容への動機づけを高めないと指摘している[20]。今回の結果もGawの研究を一部支持するものであった。CABGを受けた者は落ち着いた生活や体力回復，さらに感情コントロールに対する意識がとりわけ高かった。PCTAを受ける者は外科的侵襲がなく痛みなどの苦痛や時間がかからないことなどから生活管理意識への動機づけを低くさせていたのかもしれない。PTCAによる治療法は高度医療の進歩で昨今急増している。PTCAを受ける患者への生活管理に向けた指導をより強化していく必要があろう。

Ⅶ. 結　　論

本研究は113名という限られた対象であったが，生活管理意識の実態と関連要因を探索した。作成した尺度の信頼性や妥当性の検討は厳密な手続きを経ているとは言い難いが，在宅期移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因として以下が明らかとなった。

1．生活管理意識は一様に高かった。
2．壮年期の男性，さらに在宅移行期にあることを反映して，今後は今までのような不規則な生活を改めようとしていること，感情をコントロールしようとしていること，そして，身体をいたわりつつも少しずつ体力を回復させようとしていることが特徴として見られた。
3．服薬数の多さと抗血栓剤を服用していることが，生活管理意識に影響する要因として示唆された。
4．発症後6ケ月以内で在宅移行期にあることを反映して，抑鬱傾向は高く自尊感情が低かった。抑鬱傾向がある者は，身体をいたわりながらも今後は落ち着いた生活をして，体力を取り戻そうとしていた。いっぽう，自尊感情が高い者は，病院体験を生かし食事内容を改めようとしていた。
5．他の合併症を持つ者，また服用薬剤数が多い者は，とりわけ食事内容への取り組みの意識が高かった。
6．CABGを受けた者はPTCAを受けた者より

生活管理意識が高い傾向にあった。

本研究は日本赤十字看護大学平成9年度課題研究費の交付を受けて行われた。

要　約

在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者113名を対象として生活管理意識の実態と関連要因を調査した。生活管理意識尺度は虚血性心疾患男性12名の半構成的面接法の結果を項目プールとし，構成概念を土台として原案作成を実施，妥当性と信頼性を検討のうえ，最終的に4下位尺度15項目からなる尺度とした。これに自尊感情尺度，抑鬱傾向尺度，そしてデモグラフィック変数を含めて調査した。結果，対象の生活管理意識は一様に高かった。また，壮年期の男性であることや在宅移行期にあることを反映し，不規則な生活を改めようとしていること，感情をコントロールしようとしていること，身体をいたわりながらも少しずつ体力を■復させようとしていることが特徴として見られた。さらに，生活管理意識への影響要因として服薬数の多さと抗血栓剤を服用していることが明らかとなった。その他の関連要因として，合併症の有無，治療法，抑鬱傾向，自尊感情も示唆された。

Abstract

This study aimed to find out an awareness of life management and the related factors among men with ischemic heart disease at the returning period.

At the first step, the original scale for measuring an awareness of life management was developed. The semi-structured interview for twenteen subjects with ischemic heart disease at the returning period was conducted to develop this original scale. And these data were used as the pooled-items of this scale. Those items were divided out according to the conceptual framework which was based on Strauss's theory (1984／1987) and Orem's theory (1991／1995). Then the reliability and validity of this scale was tested. Finally this scale was completed to four sub-scales and fifteen items.

The descriptive research design was selected. One hundred thirteen subjects were responded. Data were collected by the questionnaires which were consisted of a). an awareness of life management scale in the original version, b). self-esteem scale (10-items version), c). a self-rating depression scale (20-items version) and d). a demographic date sheet.

As a result, an awareness of life management among these subjects was high equally. Particularly an awareness of changing their bad life style, controlling their emotion, taking care of their body condition and managing physical power was high. These finding were supposed that these subjects were all men, at the later adulthood and at the returning period.

Also, the number of medicine and the medicine of anticoagulant for internal use were not a little predicted to an awareness of life management. Other findings were as follows; a complication, a kind of therapy, their self-esteem and their state of depression were related to an awareness of life management.

文　献

1）行方令他：日本における疾病の将来予測と医療経済予測に関する研究，厚生の指標，45(1)，pp.12～18，1998.

2）厚生衛生協会編：国民衛生の動向，厚生衛生協会，東京，pp.46～53，1999.

3）児玉和紀他：虚血性心疾患，疫学ハンドブック，pp.94～103，南江堂，東京，1998.

4）Strauss, A. L., Cobin, J., et al.: Chronic Illness and The Quality of Life, St. Louis, 1984，南裕子他訳，慢性疾患を生きる，医学書院，東京，1987.

5）Orem, D. E.: Nursing: Concepts of Practice, Mosby-Year, St. Louis, 1991，小野寺杜紀訳，オレム看護論，医学書院，東京，1995.

6）Zung, W. K.: A Self-Rating Depression Scale. Archives of General Psychiatry, 12. pp.63～70，1995.

7）清水裕：自尊感情尺度，心理尺度ファイル（堀洋道他編），pp.67～69，恒内出版，東京，1994.

8）斉藤宗靖：虚血性心疾患とQOL，循環器とQOL（萩原俊男編），pp.39～50，医薬ジャーナル，大阪，1995.

9）Friedman, A., Roseman, R. H.: Type A Behavior and Your Heart, Meyer Friedman, New York, 1974，新里里春訳，タイプA，創元社，大阪，1993.

10）Polit, D. F., Hunger, B. P.: Nursing Research, Philadelphia, PA, Lippincott, 1999.

11）遠藤辰雄・井上祥治・蘭千寿編：セルフエスティームの心理学，ナカニシヤ出版，京都，1992.

12）小林重雄：SDS自己評価式抑うつ性尺度，心理テスト法入門（松原達哉編），pp.152～153，日本文化科学社，京都，1995.

13）上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック，西村書店，新潟，1993.

14）柳井晴夫・高木覚文編著：多変量解析ハンドブック，現代数学社，京都，1986.

15）弘崎繭生他：虚血性心疾患患者のストレスと療養生活適応について，第24回日本看護学会集録（成人看護Ⅱ），pp.37～39，1993.

16）保坂隆他：我が国における虚血性心疾患の行動特性，心身医学，29，pp.527～536，1989.

17）Buchanan, L., Cowan, M., Waldron, C., et al.: Measurement of Recovery from Myocardial Infarction Using Heart Rate Variability and Psychological Outcomes, Nur. Res., 42, pp.74～78，1993.

18）Artinian, N. T.: Stress Experience of Spouses of Patients Having Coronary Artery Bypass During Hospitalization and 6 week After Discharge, Heart. Lung., 20(1), pp.52～59，1991.

19）Rose, S. K., Conn, V. S., Rodeman, B. J.: Anxiety and Self-care Following Myocardial Infarction, Issues. Ment. Health. Nurs., 15, pp.433～444，1994.

20）Gaw, B. L.: Motivation to Change Lifestyle Following PTCA, Dimens. Crit. Care. Nurs., 11(2), pp.68～74，1992.

（平成12年3月21日受付）

－原　著－

鉄欠乏性貧血が脂質代謝に及ぼす影響

Effects of Iron Deficiency Anemia on Lipid Metabolism

田　中　美智子[1)]　　長　坂　　猛[1)]　　辻　野　久美子[2)]
Michiko Tanaka　　Mou Nagasaka　　Kumiko Tsujino

木　場　冨　喜[3)]　　須　永　　清[1)]
Fuki Koba　　Kiyoshi Sunaga

キーワード：鉄欠乏性貧血，脂質代謝，肝臓，脂肪肝
iron deficiency anemia, lipid metabolism, liver, fatty liver.

Ⅰ．はじめに

我が国を含む先進国では，成人女性の鉄欠乏性貧血はほとんど認められなくなったが，開発途上国では依然として深刻な病気の一つである。しかし，先進国でも，思春期女学生，若い女性や女性運動選手にとって，鉄欠乏性貧血は，健康管理上，重要な問題となっている[1)~4)]。特に女子学生を含む若い女性の貧血は，将来の妊娠・出産に備えて，見過ごすことができない問題である。

ところで，鉄欠乏性貧血では，血液中のヘモグロビンのみならず，鉄含有タンパクの合成が抑制されると言われている。そのため，血液による酸素運搬のみならず，組織における酸素利用能も制限されると報告されている[5)~8)]。また，低下した利用能を補うために循環器系への変化も認められている[9)~12)]。さらに，鉄欠乏性貧血による脂質代謝への影響についての報告も見られ，かつ，貧血による脂肪肝も認められている[13)~18)]が，それらの機序については明らかではない。

そこで，今■，鉄欠乏性貧血における脂質代謝について検討を行った。女性の鉄欠乏の影響は重大であると考えるが，先行研究[19)]で女性ホルモンによる脂質代謝への影響も認められているので，それらの影響を取り除くために今■は雄ラットを用いた。

Ⅱ．方　　法

21■齢のWistar系雄ラットを用いて本研究を行った。飼育期間中，エサはコントロール食（鉄含有量　約358ppm）もしくは鉄欠乏食（鉄含有量　約1.85ppm）の粉末飼料を用い，水は両群ともに蒸留水を6週間自由摂取させた。飼育室の温度及び湿度はそれぞれ約22℃及び50％に設定し，照明は12時間毎（明期　9：00～21：00，暗期　21：00～9：00）に点灯と消灯を繰り返した。実験動物はコントロール食を摂取したコントロール食群（n＝12）と鉄欠乏食を摂取した鉄欠乏食群（n＝12）の2群に分けられた。6週間飼育した後，ネンブタールの腹腔内注入による麻酔下で頸静脈より採血し，抗凝固剤入りの試験管と血清用

1）宮崎県立看護大学　Miyazaki Prefectural Nursing University
2）琉球大学　Ryukyu University
3）鹿児島純心女子大学　Kagoshima Immaculate University

の試験管に分注した。抗凝固剤入りの血液はヘモグロビン濃度（Hb）及びヘマトクリット値（Hct）の分析（Sysmex autoanalyzer K-4500, Toa, Japan）のために使用した。残りの血清用の血液は，遠心分離器（KUBOTA 5200）にて3000Gで15分間の遠心分離を行い，上澄みの血清を取り，血清中のグルコース，総タンパク，トリグリセライド，総コレステロール及びHDLコレステロールの分析に使用した。また，肝臓，心臓及び腎臓と生殖器の周りの脂肪を腹腔内脂肪とし，それぞれを摘出し，湿重量を測定した。湿重量測定後，一部の肝臓は生化学的分析のために液体窒素にて瞬間凍結し，酵素活性の分析まで－80℃で保存した。その後，肝臓を175mM KCl buffer（pH7.4）中でホモジナイズし，乳酸脱水素酵素（LDH）[20]，コハク酸脱水素酵素（SDH）[21]，クエン酸合成酵素（CS）[22]及びβ－ヒドロキシアシルCoA脱水素酵素（HOAD）[23]の活性および肝臓内のタンパク濃度[24]を測定した。残りの肝臓は病理組織学的検査を行うために，15%ホルマリン液にて固定し，ヘマトキシリン－エオジン（HE）染色[25]のために常法により脱水，パラフィン包埋後，薄切りし，染色を施した。また，一部の肝臓では脂肪沈着の状態を調べるために，脂肪染色[26]を行った。

結果は平均値±標準誤差で示し，統計処理は対応のないt-testにより分析した。P＜0.05を有意差ありとした。

Ⅲ．結　　果

表1にサンプリング時の体重と組織重量を示す。鉄欠乏食群の体重はコントロール群に比して有意に少なかった（図1，表1　P＜0.001）。飼育期間中，1匹の1日あたりの平均エサ摂取量（平均±標準誤差）は，コントロール食群で22.8±0.6g，鉄欠乏食群で10.5±0.3gであり，鉄欠乏食摂取でエサ摂取量の有意な抑制が認められた（P＜0.001）。肝臓，心臓及び腹腔内脂肪の絶対重量は鉄欠乏食を摂取することで，コントロール食群に比して，それぞれ有意差が認められたが，体重あたりの相対重量は心臓のみに有意な影響を認め，心肥大を呈した。

表1　体重及び臓器湿重量

	コントロール食群（n＝12）	鉄欠乏食群（n＝12）	P値
体重（g）	309±7	262±9	P＜0.001
肝臓（g）	8.7±0.3	7.3±0.3	P＜0.05
（%BW）	2.80±0.04	2.79±0.07	NS
心臓（g）	1.03±0.03	1.20±0.03	P＜0.001
（%BW）	0.333±0.003	0.464±0.018	P＜0.001
脂肪（g）	6.53±0.44	5.16±0.49	P＜0.05
（%BW）	2.10±0.11	1.94±0.14	NS

平均値±標準誤差。統計処理は対応のないt-testを行った。

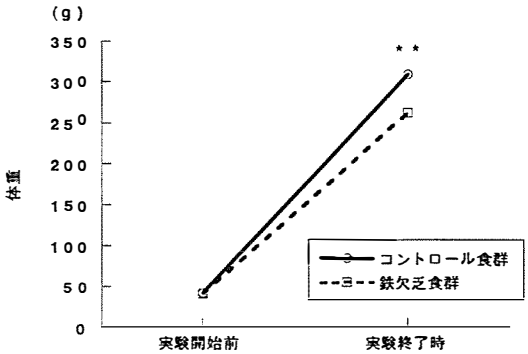


図1　実験開始前と終了時の体重変化
値は平均値±標準誤差を示す。
**：P＜0.001

Hb濃度及びHct値はコントロール食群が15.5±0.4g／dl及び45.6±0.9%，鉄欠乏食群は，4.4±0.4g／dl及び18.3±2.1%で，鉄欠乏食群が有意に低値を示し（P＜0.001，表2），鉄欠乏食摂取により顕著な貧血が誘発された。その他の血液性状では，血糖とトリグリセライドは，鉄欠乏状態で若干の増加を認めたが，有意な影響は認められなかった。鉄欠乏食群の血清中の総タンパク，HDLコレステロールおよび肝臓のタンパク濃度はコントロール食群に比して有意な減少を認めた。総コレステロールは鉄欠乏食摂取で減少傾向を認

表2　血液性状

		コントロール食群 (n＝12)	鉄欠乏食群 (n＝12)	p値
Hb	(g／dℓ)	15.5±0.4	4.4±0.4	p＜0.001
Hct	(%)	45.6±0.9	18.3±2.1	p＜0.001
血清グルコース	(mg／dℓ)	81.5±7.0	85.0±8.5	NS
血清総タンパク	(g／dℓ)	5.56±0.13	5.18±0.08	p＜0.05
トリグリセライド	(mg／dℓ)	416±23	469±23	NS
総コレステロール	(mg／dℓ)	69.3±3.7	60.0±2.8	p＜0.1
HDLコレステロール	(mg／dℓ)	53.0±3.9	35.8±4.9	p＜0.05
TC／HDL比		1.35±0.07	2.04±0.26	p＜0.05

平均値±標準誤差。統計処理は対応のないt-testを行った。TC／HDL比：総コレステロール／HDLコレステロール比。

表3　肝臓の酵素活性

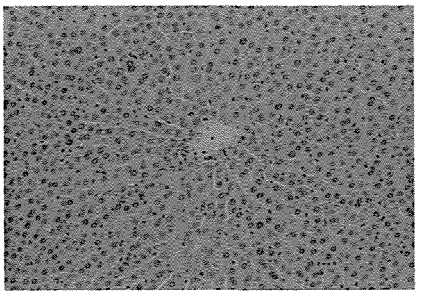
		コントロール食群 (n＝12)	鉄欠乏食群 (n＝12)	p値
肝臓タンパク濃度	(g／g wet wt.)	0.160±0.004	0.145±0.005	p＜0.05
LDH	(μmol／min／g wet wt.)	251±16	244±13	NS
CS	(μmol／min／g wet wt.)	13.4±0.8	11.7±0.5	p＜0.1
SDH	(μmol／min／g wet wt.)	28.2±1.9	22.7±1.6	p＜0.05
HOAD	(μmol／min／g wet wt.)	101±11	83±4	NS
LDH／CS比		19.4±1.7	20.6±1.5	NS
LDH／HOAD比		2.80±0.34	3.04±0.25	NS
HOAD／CS比		8.10±1.05	7.18±0.43	NS

平均値±標準誤差。統計処理は対応のないt-testを行った。

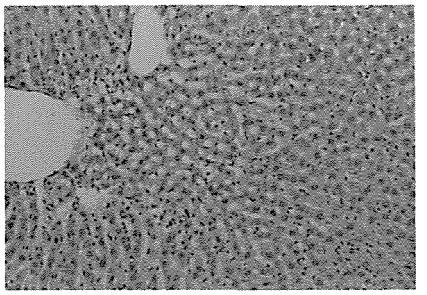
めたが，有意差は認められなかった。総コレステロールとHDL比は鉄欠乏食群でコントロール食群に比して有意な増加を認めた。

鉄欠乏食摂取により鉄含有酵素であるSDH活性の有意な減少（表3，p＜0.05）とCS活性の減少傾向（p＜0.1）が認められた。鉄欠乏食群のHOAD活性はコントロール食群に比して減少を認めたが，有意な変化ではなかった。LDH活性は鉄欠乏による影響を認めなかった。組織で行われる嫌気的代謝と好気的代謝の比率の指標としてのLDH／CS比とLDH／HOAD比は両群間に差が認められなかった。また，β酸化のクエン酸回路への関与の比率の指標としてのHOAD／CS比も鉄欠乏による影響を認めなかった。

写真1，2は肝臓のHE染色の写真を示す。鉄欠乏食群の肝細胞は萎縮し，かなり高度の空胞変性が認められた。また，核も変形萎縮し，核小体は不明瞭であった。同様に標本を脂肪染色したも

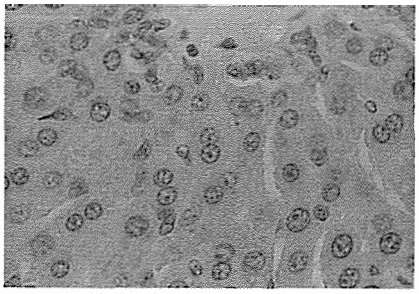


A

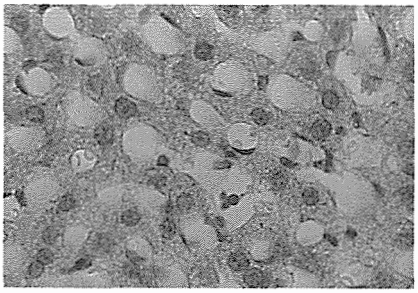


B

写真1　肝臓の病理組織学的所見（HE染色×100）
Aコントロール食群　B鉄欠乏食群

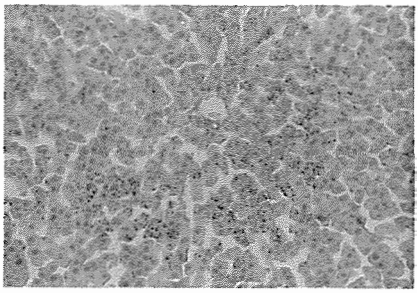


A

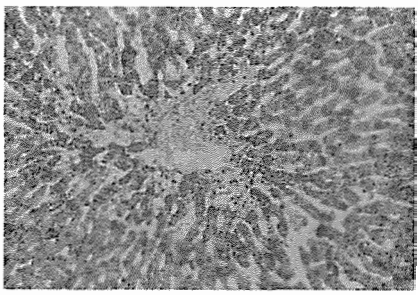


B

写真 2　肝臓の病理組織学的所見（HE 染色×400）
Aコントロール食群　B鉄欠乏食群

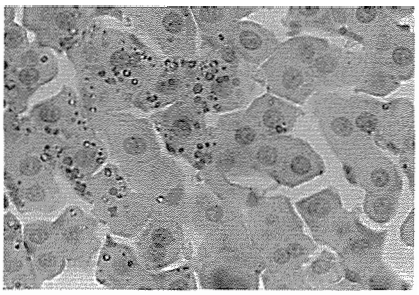


A

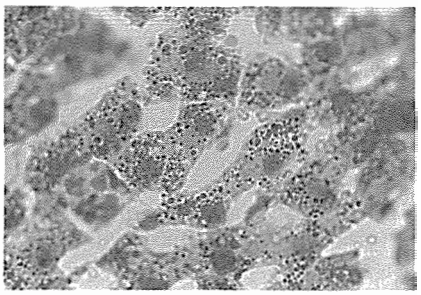


B

写真 3　肝臓の病理組織学的所見（脂肪染色×100）
Aコントロール食群　B鉄欠乏食群



A



B

写真 4　肝臓の病理組織学的所見（脂肪染色×400）
Aコントロール食群　B鉄欠乏食群

のを写真 3，4 に示す。コントロール食摂取に比べ，鉄欠乏食摂取では，脂肪の沈着が認められた。

Ⅳ. 考　　察

21日齢雄ラットを用いて，鉄欠乏性貧血が脂質代謝にどのような影響を及ぼすかについて検討を行った。

鉄欠乏食摂取では，Hb 濃度及びHct値の低値を認め，貧血状態を呈した。体重は鉄欠乏食摂取により成長の抑制が認められ，これはエサ摂取量の減少によるものと考えられる。我々の以前の研究[12]と他の研究者の先行研究[27)28)]で，鉄欠乏食摂取の場合，エサ摂取量の減少が認められており，今回の結果と一致している。さらに貧血時の成長抑制は，貧血自体によるものというより，エサ摂取量低下によるものという報告も認められるが，どうして貧血食を摂取させると摂取量が低下するからは明らかにされていない。しかし，食事摂取

エネルギーの抑制は循環グルコースレベルの上昇をもたらし，これよりエサ摂取量が低下する。より多くのグルコースの分解が生じ，そのため，鉄欠乏の動物は相対的にエネルギー欠乏が生じているという報告がある[27)-29)]。今回は血中グルコースに関しての変化は認められなかった。

肝臓及び腹腔内脂肪の絶対重量は鉄欠乏食摂取ではコントロール食摂取に比して減少したが，体重あたりの相対重量には変化が認められなかった。ところが，鉄欠乏食群の心臓は絶対重量，相対重量ともにコントロール食群に比して増加しており，心肥大を認めた。重度の貧血において心肥大が認められることは以前にも報告されており[9)~12)]，低下した酸素運搬量を補うための代償作用と考えられる。

肝臓での酵素活性については，鉄含有酵素であるSDH活性の有意な減少と同じくクエン酸回路の酵素であるCS活性の減少を認め，好気的代謝の抑制が示唆される。鉄欠乏食群のLDH／CS比とLDH／HOAD比は，コントロール群に比して若干の増加を認めたが，有意な変化は認められなかった。また，鉄欠乏食群のHOAD／CS比はコントロール食群に比して若干の減少を認めたが，有意な変化ではなかった。鉄欠乏性貧血により酸素運搬の抑制により，肝臓ではSDH活性やCS活性が減少することで，好気的代謝が抑制されており，エネルギー供給を嫌気的代謝に頼らざるをえない状況にあると考えられる。しかし，この場合，好気的代謝だけというより，代謝自体が全般的に抑制されており，LDH／CS比やLDH／HOAD比の変化が認められなかったものと考えられる。

さらに，鉄欠乏食摂取により肝臓では肝細胞が萎縮し，変性して空胞化したところに脂肪が沈着しており，脂肪肝様の所見が認められた。これは，エサ摂取量の不足が，糖質の不足をもたらし，肝外脂肪の分解が合成を上回り，腹腔内脂肪を減少させ，脂肪酸及びグリセロールとして，肝臓に運び込まれ，肝臓では糖新生を促進しようとする機構が働くと考えられる。しかし，鉄欠乏によるヘモグロビン合成阻害から酸素運搬量が低下し，加えて鉄含有タンパク質の合成が阻害されており，結果的に好気的代謝の抑制を生ずることになる。これによって，エネルギー源として使用されない遊離脂肪酸はエステル化され，トリグリセライドという形に再度合成され，肝臓内に脂肪として蓄積されたものと考えられる。一方，肝臓で合成されたトリグリセライドはリン脂質（コリン）及びタンパク質によって合成されるリポタンパク質に取り込まれてVLDLを形成し，肝臓から分泌される。しかし，これらのVLDLの合成阻害もしくは分泌障害が生ずることで，脂肪が肝臓に蓄積したことも考えられる[29)]。一般に脂肪肝では血清総コレステロール，トリグリセライド，遊離脂肪酸の高値とHDLコレステロールの低値が認められている。HDLコレステロールの低値は血中VLDLの減少に伴い，HDLコレステロールの産生が障害されたという報告[30)]が認められ，今回の結果に一致している。また，今回の結果では，鉄欠乏食群でコントロール食群に比して血清中の総タンパクの減少および肝臓のタンパク濃度の減少が認められており，かつHDLコレステロールの減少などからVLDL合成阻害の可能性が伺える。Masiniらの研究[31)]では，重篤な鉄欠乏性貧血は肝臓での脂肪蓄積と肝組織の酸化的リン酸化の阻害を生ずると報告しており，今回の結果と一致している。しかし，近年の報告では，m－アコニターゼの作用が注目されており，このm－アコニターゼは鉄欠乏によく一致して減少し，鉄欠乏で他のクエン酸回路の酵素が増加していても減少し，クエン酸回路の能力を減少する重要因子とする報告[32)]も見られる。今回の結果では，アコニターゼについては測定していないため言及できないが，CSの活性の減少が認められており，前述したよ

うに鉄欠乏による酸素運搬量の減少も関与していると考えられる。

今回は先に述べたように，女性ホルモンが脂質代謝に対して影響があるという報告[19]が認められたことより，雄ラットを用いて実験を行った。今後は，エネルギー摂取と消費の関係や性差などの検討をすることで生活習慣病や貧血時に起こりうる障害への予防を考える一助としていきたいと考える。

V．結　論

鉄欠乏食摂取により，貧血状態を呈し，エサ摂取量の減少及びそれに伴う成長の抑制が認められた。血清総タンパク，総コレステロール，HDLコレステロールおよび肝臓のタンパク濃度の低下が認められた。肝臓でのSDH及びCS活性の減少を認め，好気的代謝が抑制されたと考えられる。さらに，肝臓の病理組織学的所見で，鉄欠乏食摂取により，細胞の萎縮と空胞化を認め，空胞化した部分に脂肪の沈着が認められた。

以上のことから，肝臓でのエネルギー供給源不足から肝外組織の脂肪は分解に傾き，分解された脂肪酸とグリセロールは，肝臓に運び込まれるが，鉄欠乏状態により，好気的代謝が抑制され，エネルギー源として利用されなかった脂肪酸はトリグリセライドに再合成される。しかし，これを肝外に分泌する機構も障害されているため，トリグリセライドは肝臓に蓄積し脂肪肝となったと考えられる。

謝　辞

本研究において，肝臓の病理組織学的所見に関して助言をいただいた濱田良二郎先生に深く感謝致します。

要　旨

21日齢のWistar系雄ラットを2群に分け，それぞれに鉄欠乏食（鉄含有量　約1.85ppm）とコントロール食（鉄含有量約358ppm）を6週間自由摂取させ，鉄欠乏性貧血が脂質代謝にどのような影響を及ぼすかについて検討を行った。

鉄欠乏食群の体重はコントロール食群に比して抑制されており，これはエサ摂取量の減少からと考えられた。鉄欠乏食摂取により，ヘモグロビン濃度及びヘマトクリット値はコントロール食群に比して有意な低値を示し，顕著な貧血が認められた。また，血清総タンパク，HDLコレステロールおよび肝臓のタンパク濃度は鉄欠乏食群で有意な減少を認めた。さらに，クエン酸合成酵素及びコハク酸脱水素酵素の活性は鉄欠乏食群では，コントロール食群と比して有意な減少を認めた。鉄欠乏食群の肝臓の病理組織学的所見は，細胞の萎縮と空胞化を認め，脂肪染色により脂肪の沈着が認められた。

以上のことより，鉄欠乏食摂取による脂肪肝の発生機序は，クエン酸回路の抑制による肝外から流入する脂肪酸のβ－酸化の低下とそれに伴うエステル化（トリグリセライド化）の促進とタンパク不足による超低比重リポタンパクの合成阻害が原因となり，トリグリセライドの肝外への搬出が阻害されている可能性が示唆された。

Abstract

This study was conducted to investigate the effects of iron deficiency anemia on lipid metabolism in male Wistar rats. Iron deficiency anemia was induced by supplying a

diet containing approximately 1.85 ppm Fe. Control diet was supplemented with approximately 358 ppm Fe in the form of ferric citrate. Twenty-four rats were randomly separated into two groups; an iron deficient group and a control diet group.

The body weight and daily diet intake of the iron deficient group were significantly lower than those of the control diet group. The hemoglobin concentration and hematocrit level were significantly less in the iron deficient group. Serum total protein, HDL cholesterol and the activities of succinate dehydrogenase (SDH) and citrate synthase (CS) in the iron deficient group were significantly less than those in the control diet group. Atrophy in hepatocellular and lipid accumulation in the liver were observed in the iron deficient group.

We conclude that the inhibited synthesis of very low density lipoprotein resulted from the decreased protein and the suppressed oxidative phosphorylation due to less activities of SDH and CS contribute to lipid accumulation in the liver.

VI. 参考文献

1）松下敏夫：貧血の社会的要因，生活と貧血，pp.59－92，東京，1982

2）木場冨喜他：児童生徒の発育と血液性状に関する研究－身体発育と血色素量－，民族衛生，54(3)，110－121，1988.

3）木場冨喜他：児童生徒の発育と血液性状に関する研究－女子児童生徒について－，民族衛生，62(4)，197－207，1996.

4）大平充宣：鉄代謝と貧血，体育の科学，38，697－701，1988.

5）Ohira, Y., et al.: Oxgen consumption and work capacity in iron deficient anemic rats. J. Nutr., 111, 17－25, 1981.

6）Carrier, L-J., et al.: Perturbation of mitochondrial composition in muscle by iron deficiency. J. Biol. Chem., 261, 13827－13832, 1986.

7）Ohira, Y., et al.: Induction of an increase in mitochondrial matrix enzymes in muscle of iron deficient rats. Am. J. Physiol., 253, C636－644, 1987.

8）Tanaka, M., et al.: Effects of hypobaric-hypoxia and／or iron deficiency anemia on brain and muscle metabolism in rats. Progress in Mountain Medicine and High Altitude Physiology. Ohno, H., et al(ed). pp.466－467, Matsumoto, Japan, 1998.

9）Rossi, M. A., et al.: The effect of iron deficiency anemia in the rat on catecholamine levels and heart morphology. Cardiovas. Res., 15, 313－319, 1981.

10）Petering, D. H., et al.: Iron deficiency in growing male rats: a cause of development of cardiomyopathy. Ann. Nutr. Metab., 34, 232－243, 1990.

11）Medeiros, D., et al.: Dietary iron deficiency results in cardiac eccentric hypertrophy in rats. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 218, 370－375, 1998.

12）田中美智子他：鉄欠乏又は低圧曝露が血液性状及び骨格筋の酵素活性に及ぼす影響，登山医学，17，83－88，1997.

13）Mckay, R. H., et al.: Tissue effects of iron deficiency in the rat. Biochim. Biophys. Acta., 757(3), 352－358, 1983.

14）Stangl, G. I., et al.: Different degrees of moderate iron deficiency modulate lipid metabolism of rats. Lipids, 33(9), 889－895, 1998.

15) Masini, A., et al.; Dietary iron deficiency in the rat. Ⅱ. Recovery from energy metabolism derangement of hepatic tissue by iron therapy. Biophys. Acta., 1188(1-2), 53－57, 1994.

16) Bacon, B. R., et al.: Hepatic mitochondrial oxidative metabolism in rats with chronic dietary iron overload. Hepatology, 5(5), 789－797, 1985.

17) Sherman, A. R., et al.: Fatty acid patterns in iron-deficient maternal and neonatal rats. Lipids, 17(9), 639－643, 1982.

18) Sherman, A. R., et al.: Serum lipids in suckling and post-weanling iron-deficient rats. Lipids, 14(11), 888－892, 1979.

19) Seishima, M., et al.: Regulation of hepatic apolipoprotein synthesis in the 17 alpha-ethinyl estradiol-treated rat. J. Lipid. Res. 32(6) 941－951, 1991.

20) Pesce, A., et al.: Comparative enzymology of LDH. J. Biol. Chem. 239, 1753－1761, 1964.

21) Singer, T. P.: Determination of the activity of succinate, NADH, choline, and α-glycerophosphate dehydrogenases. Methods Biochem. Anal., 22, 123-175, 1974.

22) Srere, P. A.: Citrate synthase. Method Enzymol., 13, 3－5. 1969.

23) Bass, A., et al.: Metabolic deffirentiation of distinct muscle types at the level of enzymatic organization. Eur. J. Biochem., 10, 198－206, 1969.

24) Lowry, O. H., et al.: Protein measurement with the Folin phenol reagent. J. Biol. Chem. 193: 265－272, 1951.

25) 田中克己他：顕微鏡標本の作り方，pp. 1－161，裳華房，東京，1979.

26) 渡辺陽之輔他監修：脂肪染色，病理組織標本の作り方，慶応義塾大学医学部病理学教室編，pp.167－173，医学書院，東京，1998.

27) Dhur, A., et al.: Effects of decreased food consumption during iron deficiency upon growth rate and iron status indicators in the rat. Ann. Nutr. Metab., 34, 280－287, 1990.

28) Beard, J. L., et al.: Growth in iron-deficient rats. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 209, 65－72, 1995.

29) Henderson S. A., et al.: Glucose turnover and oxidation are increased in the iron-deficient anemic rat. Am. J. Physiol. 250: E414－D421. 1986.

30) 乾　由朗他：脂肪肝モデルと脂質代謝異常，肝疾患の脂質代謝，渡辺明治他編集，pp.61-69，中外医学社，東京，1994.

31) Masini, A., et al.: Dietary iron deficiency in the rat. Ⅰ.Abnormalities in energy metabolism of the hepatic tissue. Biochim. Biophys. Acta. 1188: 46－52, 1994.

32) Chen, O. S.,: Dietary iron intake modulates the activity of iron regulatory proteins and the abundance of ferritin and mitochondrial aconitase in rat liver. J. Nutr. 127: 238－248, 1997.

（平成12年4月5日受付）

－原　著－

訪問看護ステーション利用者の訪問看護および ホームヘルプサービス利用要因と主介護者の健康関連QOL

Factors Related to the Utilization of Visiting Nurse and Home-help by Cared People Using Visiting Nurse Servise and the Health Related QOL of their Primary Caregiver

古　瀬　みどり[1)]　　熊　野　宏　昭[2)]
Midori Furuse　　Hiroaki Kumano

キーワード：訪問看護ステーション，ホームヘルプサービス，健康関連QOL
visiting nurse service, home-help service, health related QOL

Ⅰ．はじめに

要介護高齢者の増加と介護保険の導入により，訪問看護，ホームヘルプなどの在宅ケアサービスが増加している。平成10年6月中の訪問看護ステーション利用者数は12万人を超え[1)]，要介護者の増加と訪問看護ステーション制度の地域における浸透具合がうかがえる。一方，ホームヘルプは，在宅ケアサービスの要とも言え，家事援助と介護の両面における支援体制づくりの更なる強化が求められている。

高齢化社会対策を背景に，在宅ケアサービス利用要因について，多くの研究[2)~9)]がなされるようになった。しかし，デイサービス，ショートステイ，入浴サービス等の利用については，市町村によってサービスが提供できる頻度も異なるという状況[10)]から，適切な比較検討が行われにくい。一方，訪問看護やホームヘルプは，利用者および介護者の希望や日常生活上のニーズによって，利用状況やサービスの内容が決定されることから，介護者の健康上のニーズを反映するものと思われる。

訪問看護とホームヘルプは，訪問サービス，介護支援という点で同じ役割を果たすが，これらの利用要因にはどのような違いがあるのだろうか。介護者の高齢化，健康状態の悪化時に訪問看護の利用が促進されるという報告もある[7)]。一方，訪問看護ステーション利用者の介護者を健康状態別に比較したところ，介護者の身体的側面，心理的側面，社会的側面それぞれに，健康度の有意な差が認められた[11)]。そのため，在宅ケアサービスの利用状況と，介護者の身体的・心理的・社会的健康度との関連も考慮すべきである。しかし，これまでの訪問看護・ホームヘルプサービスの利用要因に関する研究では，利用頻度とサービス内容との関連，また介護者の包括的健康度との関連について述べられてはいない。

そこで，本研究では，訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルプ利用要因を探

1）東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科　Department of Welfare and Social Work, Faculty of Medical Science & Welfare, Tohoku Bunka Gakuen University
2）東京大学医学部　School of Medicine, The University of Tokyo

るため，訪問看護の利用頻度とサービス内容，ホームヘルプの利用状況を把握し，介護状況との関連を検討した。更に，身体的・心理的・社会的健康を含んだ包括的健康関連QOL指標を用い，訪問看護ならびにホームヘルプの利用要因を，介護者の包括的健康度の面から検討した。

Ⅱ．方　法

1．対象者および調査の方法

対象は，宮城県2市町村2訪問看護ステーション利用者の主介護者74人である。調査期間は，平成10年1月から2月の2ケ月間である。調査内容は，包括的健康関連QOL調査としてのSF-36（MOS Short Form 36）日本語版[12)13)]，対象者の属性および介護の特徴である。調査の枠組は図1に記した。看護婦が訪問の際，介護者へSF-36の記入を依頼した。高齢や視力等の問題で，自己記入の困難な者25人に対しては，看護婦が聞き取り調査を行った。その際，聞き取り調査が含まれることによるバイアスを最小限にするため，プライバシーの保護と個人を評価するための調査ではないことを対象者全員に説明し，調査の同意を得た。なお，回答は無記名とした。

訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルプサービス利用要因

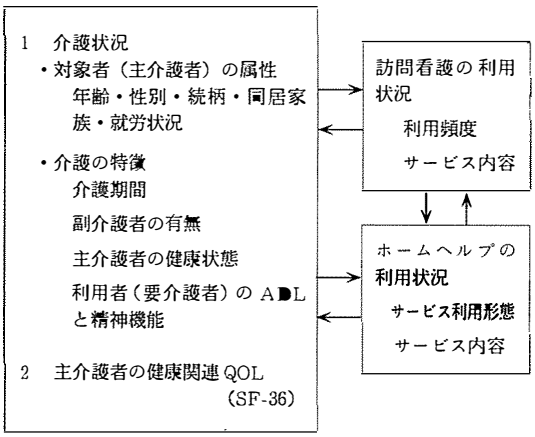


図1　調査の枠組み

2．調査内容

1）対象者の属性および介護の特徴（介護状況）

対象者の属性は，年齢，性別，続柄，同居家族の有無および就労状況である。また介護の特徴として，介護期間，ホームヘルプサービス利用の有無および利用状況，副介護者の有無，現在治療中の疾病や体調不良があるかどうかについて尋ねた。

要介護者のADLと精神機能は，厚生省による障害老人の日常生活自立度判定基準および痴呆性老人の日常生活自立度判定基準に従い，担当医もしくは看護婦が判定したものを用いた。障害老人の日常生活自立度判定基準は，ランクJ（何らかの障害は有するが日常生活はほぼ自立し独力で外出可）・ランクA（屋内での生活はおおむね自立しているが介助なしの外出は不可）を「自立・準寝たきり」とし，ランクB（屋内での生活は介助を要しベッド上での生活が主体であるが座位を保つ）・ランクC（1日中ベッド上で過ごす）を「寝たきり」として二分した。痴呆性老人の日常生活自立度判定基準は，ランクⅠ（何らかの痴呆を有するが日常生活はほぼ自立）・ランクⅡ（日常生活に支障を来すような症状・行動が多少あっても誰かが注意していれば自立可）を「ほぼ自立」とし，ランクⅢ（日常生活に支障を来すような症状・行動があり介護を要す）・ランクⅣ（日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁にみられ常に介護を要す）・ランクM（著しい精神症状・問題行動または重篤な身体疾患のため専門医療が必要）を「要介護」とし二分した。

同居家族は要介護者以外の同居者で，就労状況はパートや自営業を含む職業の有無とした。副介護者は，同居の有無を問わない血縁者とした。介護期間は，介護年数「2年未満」，「2～5年」，「5年以上」に分類した。

訪問看護の利用状況は，利用頻度を「週1回

未満」,「週1回」,「週2回以上」に三分した。看護婦が行う訪問看護サービスの内容は，調査時および調査前後の訪問時に看護婦が実施したと看護記録上記入のあった項目を選び，利用者に対する通常のサービス内容とした。

ホームヘルプの利用状況は，主として独居・高齢者世帯を中心として行われる家事援助や，要介護者の入浴介助などを行う，援助の時間に制限がない「滞在型」サービス，要介護者の安全確認，水分補給，体位交換や排泄援助などの介護を中心とした「24時間巡回型」サービス，両方のサービスを含んだ「滞在と巡回」の3つに分類した。またサービス内容は「家事援助」,「介護」,「家事援助と介護」に分類した。

2）SF-36

SF-36は36の質問項目から成り，身体機能，身体機能および精神状態の変化による役割制限，体の痛み，活力，全体的健康感，精神的健康，社会機能の8領域を測定する。これらは本人の健康に基づく機能状態と，これに起因する日常生活・社会機能の変化を測定するようつくられている。また，8つの下位尺度（表1）それぞれが100点満点に換算してスコア化され，健康状態が良いほど得点が高い。

表1　SF-36の8下位尺度

身体機能（physical functioninig＝PF）
身体機能の変化による役割制限（limitation of role-physical＝RP）
精神状態の変化による役割制限（limitation of role-emotional＝RE）
体の痛み（bodily pain＝BP）
活力（vitality＝VT）
全体的健康感（general health perception＝GHP）
精神的健康（mental health＝MH）
社会機能（social functioning＝SF）

3．統計分析

訪問看護の利用頻度およびサービス内容，ホームヘルプの利用状況と介護状況との関連については，カイ二乗検定を行い分析した。なお，訪問看護利用頻度およびホームヘルプの利用状況，続柄，介護期間の3値変数との関連を求めた検定については，期待度数5未満のセルが含まれていたが，有意確立10％未満を参考まで付記した。期待度数5未満のセルを含むその他の検定については，直接確立検定を行い有意確立を求めた。

訪問看護利用頻度およびホームヘルプ利用状況別の介護者のSF-36の比較には，ノンパラメトリックのKruskal-Wallis rank検定を行った。

Ⅲ．結　　果

1．介護者の属性と介護の特徴（介護状況）

表2は，対象者の属性と介護の特徴である。訪問看護の利用頻度として，週1回の利用が全体の約半数を占めていた。ホームヘルプサービスの利用者数は，全体の32.4％で，そのうち半数が滞在型の利用者であった（表3）。ホームヘルプのサービス内容は，全員が介護で，そのうち1名が介護の他に家事援助を利用していた。家事援助のみの利用者はいなかった。

訪問看護のサービス内容は，表4に記述した。病状観察は，利用者全体に対して行なわれていた。リハビリや散歩などの機能訓練，清拭や入浴介助などの清潔援助は，3分の2以上の利用者に行なわれていた。

2．訪問看護の利用頻度およびホームヘルプの利用状況と介護状況との関連

訪問看護の利用頻度と介護状況との間に特記すべき関連は認められなかった。ホームヘルプの利用状況では，65歳以上の介護者のみが，滞在型と24時間巡回型の両方のサービスを利用していた。（表5）

表2　対象者の属性と介護の特徴

調査項目	属性・特徴	人数（%）
年齢	平均±標準偏差	60.5±12.9歳
性別	男性	13（17.6）
	女性	61（82.4）
続柄	配偶者	33（44.6）
	子供（孫と姪2人を含む）	19（25.7）
	嫁	22（29.7）
家族	別居	17（23.9）
	同居	57（77.0）
就労	あり	13（17.6）
	なし	61（82.4）
副介護者	あり	33（44.6）
	なし	41（55.4）
健康状態	問題あり	51（68.9）
	特に問題なし	23（31.1）
要介護者の ADL[1]	自立，準寝たきり	42（56.8）
	寝たきり	32（43.2）
要介護者の精神機能[2]	ほぼ自立	29（39.2）
	要介護	45（60.8）
介護期間	2年未満	12（16.2）
	2～5年	35（47.3）
	5年以上	27（36.5）
訪問看護サービスの利用頻度	週1回未満	11（14.9）
	週1回	38（51.4）
	週2回以上	25（24.3）
ホームヘルプサービス	利用する	24（32.4）
	利用しない	50（67.6）

[1] 障害老人の日常生活自立度判定基準による
自立＝ランクJ，準寝たきり＝ランクA，寝たきり＝ランクB・C
[2] 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準による
ほぼ自立＝ランクⅠ・Ⅱ，要介護＝ランクⅢ・Ⅳ・M

表3　ホームヘルプのサービス形態別利用者数

利用形態	人数（%）
滞在型	12（50.0）
24時間巡回型	7（29.2）
滞在と巡回	5（20.8）

ホームヘルプサービス利用者数24人（全体の32.4%）

表4　訪問看護サービスの内容別利用者数

サービス内容	人数（%）
病状観察	74（100）
機能訓練	54（73.0）
清潔援助	49（66.2）
排泄（浣腸，摘便を含む）援助	30（40.5）
食事援助	7（9.5）
カテーテル管理	16（21.6）
創処置（褥瘡を含む）	4（5.4）
家族の健康管理・相談・指導	7（9.5）
本人の精神的援助	6（8.1）

訪問時の看護記録にサービス項目として記載されたもの
複数■答あり

3．訪問看護サービス内容と介護状況との関連

機能訓練は，要介護者の ADL が自立，準寝たきりの利用者に多く行われていた。清潔・排泄の援助は，要介護者の ADL と有意な関連がみられた。清潔・排泄の援助は，いずれも ADL 寝たきりに該当する要介護者の半数以上に提供されており，サービスを受けた要介護者の約9割が週1■以上の訪問看護利用者だった。要介護者に対する食事の援助は，介護者が就労している場合の約4割に行われていた。（表6）

カテーテル管理は，要介護者のADLと有意な関連がみられ，ADL 寝たきりの利用者で，カテーテル管理の必要度が高かった。また，カテーテル管理の必要な利用者で，要介護者と介護者の二人暮らしは1名のみであった。創処置が行なわれていた4名の利用者は，全員が ADL 寝たきりで，

表5　訪問看護利用頻度およびホームヘルプの利用状況と介護状況との関連　(%)

介護状況		訪問看護の利用頻度			ホームヘルプの利用状況		
		週1回未満 (N=11)	週1回 (N=38)	週2回以上 (N=25)	滞在 (N=12)	巡回 (N=7)	滞在と巡回 (N=5)
年齢	65歳未満	4 (36.4)	26 (68.4)	15 (60.0)	8 (66.7)	5 (71.4)	0 (0.0)
	65歳以上	7 (63.6)	12 (31.6)	10 (40.0)	4 (33.3)	2 (28.6)	5 (100)*
性別	男性	2 (18.2)	6 (15.8)	5 (20.0)	2 (16.7)	1 (14.3)	2 (40.0)
	女性	9 (81.8)	32 (84.2)	20 (80.0)	10 (83.3)	6 (85.7)	3 (60.0)
続柄	配偶者	7 (63.6)	14 (36.8)	12 (48.0)	5 (41.7)	2 (28.6)	4 (80.0)
	子供	1 (9.1)	9 (23.7)	9 (36.0)	3 (25.0)	4 (57.1)	1 (20.0)
	嫁	3 (27.3)	15 (39.5)	4 (16.0)	4 (33.3)	1 (14.3)	0 (0.0)
家族	別居	2 (18.2)	9 (23.7)	6 (24.0)	2 (16.7)	3 (42.9)	1 (20.0)
	同居	9 (81.8)	29 (76.3)	19 (76.0)	10 (83.3)	4 (57.1)	4 (80.0)
就労	あり	0 (0.0)	7 (18.4)	6 (24.0)	3 (25.0)	2 (28.6)	0 (0.0)
	なし	11 (100)	31 (81.6)	19 (76.0)	9 (75.0)	5 (71.4)	5 (100)
副介護者	あり	6 (54.5)	17 (44.7)	10 (40.0)	5 (41.7)	2 (28.6)	3 (60.0)
	なし	5 (45.5)	21 (55.3)	15 (60.0)	7 (58.3)	5 (71.4)	2 (40.0)
健康状態	問題あり	7 (63.6)	26 (68.4)	18 (72.0)	7 (58.3)	6 (85.7)	5 (100)
	特に問題なし	4 (36.4)	12 (31.6)	7 (28.0)	5 (41.7)	1 (14.3)	0 (0.0)
要介護者のADL	自立, 準寝たきり	7 (63.6)	24 (63.2)	11 (44.0)	4 (33.3)	2 (28.6)	2 (40.0)
	寝たきり	4 (36.4)	14 (36.8)	14 (56.0)	8 (66.7)	5 (71.4)	3 (60.0)
要介護者の精神機能	ほぼ自立	4 (36.4)	19 (50.0)	6 (24.0)	3 (25.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
	要介護	7 (63.6)	19 (50.0)	19 (76.0)	9 (75.0)	6 (85.7)	5 (100)
介護期間	2年未満	3 (27.3)	6 (15.8)	3 (12.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	1 (20.0)
	2～5年	3 (27.3)	20 (52.6)	12 (48.0)	7 (58.3)	5 (71.4)	2 (40.0)
	5年以上	5 (45.4)	12 (31.6)	10 (40.0)	3 (25.0)	2 (28.6)	2 (40.0)
訪問看護の利用	週1回未満				1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	週1回				8 (66.7)	3 (42.9)	2 (40.0)
	週2回以上				3 (25.0)	4 (57.1)	3 (60.0)

* P<.05

表6　訪問看護サービス（機能訓練・清潔援助・排泄援助・食事援助）と介護状況との関連　(%)

介護状況		機能訓練		清潔援助		排泄援助		食事援助	
		あり (N=54)	なし (N=20)	あり (N=49)	なし (N=25)	あり (N=30)	なし (N=44)	あり (N=7)	なし (N=67)
年齢	65歳未満	36 (66.7)	9 (45.0)	32 (65.3)	13 (52.0)	19 (63.3)	26 (59.1)	5 (71.4)	40 (59.7)
	65歳以上	18 (33.3)	11 (55.0)	17 (34.7)	12 (48.0)	11 (36.7)	18 (40.9)	2 (28.6)	27 (40.3)
性別	男性	9 (16.7)	4 (20.0)	8 (16.3)	5 (20.0)	4 (13.3)	9 (20.5)	0 (0.0)	13 (19.4)
	女性	45 (83.3)	16 (80.0)	41 (83.7)	20 (80.0)	26 (86.7)	35 (79.5)	7 (100)	54 (80.6)
続柄	配偶者	22 (40.7)	11 (55.0)	18 (36.7)	15 (60.0)	13 (43.3)	20 (45.5)	3 (42.9)	30 (44.8)
	子供	15 (27.8)	4 (20.0)	15 (30.6)	4 (16.0)	10 (33.3)	9 (20.5)	2 (28.6)	17 (25.4)
	嫁	17 (31.5)	5 (25.0)	16 (32.7)	6 (24.0)	7 (23.3)	15 (34.1)	2 (28.6)	20 (29.9)
家族	別居	10 (18.5)	7 (35.0)	8 (16.3)	9 (36.0)	6 (20.0)	11 (25.0)	3 (42.9)	14 (20.9)
	同居	44 (81.5)	13 (65.7)	41 (83.7)	16 (64.0)	24 (80.0)	33 (75.0)	4 (57.1)	53 (79.1)
就労	あり	10 (18.5)	3 (15.0)	10 (20.4)	3 (12.0)	6 (20.0)	7 (15.9)	3 (42.9)	10 (14.9)'
	なし	44 (81.5)	17 (85.0)	39 (79.6)	22 (88.0)	24 (80.0)	37 (84.1)	4 (57.1)	57 (85.1)
副介護者	あり	27 (50.0)	6 (30.0)	21 (42.9)	12 (48.0)	14 (46.7)	19 (43.2)	2 (28.6)	31 (46.3)
	なし	27 (50.0)	14 (70.0)	28 (57.1)	13 (52.0)	16 (53.3)	25 (56.8)	5 (71.4)	36 (53.7)
健康状態	問題あり	35 (64.8)	16 (80.0)	34 (69.4)	17 (68.0)	21 (70.0)	30 (68.2)	5 (71.4)	46 (68.7)
	特に問題なし	19 (35.2)	4 (20.0)	15 (30.6)	8 (32.0)	9 (30.0)	14 (31.8)	2 (28.6)	21 (31.3)
要介護者のADL	自立, 準寝たきり	34 (63.0)	8 (40.0)	23 (46.9)	19 (76.0)	8 (26.7)	34 (77.3)	3 (42.9)	39 (58.2)
	寝たきり	20 (47.0)	12 (60.0)	26 (53.1)	6 (24.0)	22 (73.3)	10 (22.7)	4 (57.1)	28 (41.8)
要介護者の精神機能	ほぼ自立	22 (40.7)	7 (35.0)	17 (34.7)	12 (48.0)	6 (20.0)	23 (52.3)	1 (14.3)	28 (41.8)
	要介護	32 (59.3)	13 (65.0)	32 (65.3)	13 (52.0)	24 (80.0)	21 (47.7)	6 (85.7)	39 (58.2)
介護期間	2年未満	8 (14.8)	4 (20.0)	7 (14.3)	5 (20.0)	4 (13.3)	8 (18.2)	0 (0.0)	12 (17.9)
	2～5年	25 (46.3)	10 (50.0)	22 (44.9)	13 (52.0)	15 (50.0)	20 (45.5)	4 (57.1)	31 (46.3)
	5年以上	21 (38.9)	6 (30.0)	20 (40.8)	7 (28.0)	11 (36.7)	16 (36.3)	3 (42.9)	24 (35.8)
訪問看護の利用	週1回未満	9 (16.7)	2 (10.0)	5 (10.2)	6 (24.0)*	2 (6.6)	9 (20.5)	1 (14.3)	10 (14.9)
	週1回	29 (53.7)	9 (45.0)	22 (44.9)	16 (64.0)	14 (46.7)	24 (54.5)	2 (28.6)	36 (53.7)
	週2回以上	16 (29.6)	9 (45.0)	22 (44.9)	3 (12.0)	14 (46.7)	11 (25.0)	4 (57.1)	21 (31.3)

' P<.10　* P<.05　** P<.01　*** P<.001

訪問看護を週2回以上利用していた。家族の健康管理・相談・指導は，同居家族，副介護者の有無と有意に関連していた。要介護者と二人暮らしの介護者，副介護者のいない介護者を中心に，サービスが提供されていた。利用者本人への精神的援助が行われたのは，6名中1名を除く全員が，精神機能ほぼ自立に該当する利用者であった。(表7)

4．介護者の包括的健康関連 QOL と訪問看護およびホームヘルプの利用状況との関連

SF-36の8下位尺度と訪問看護の利用頻度別に比較したところ，有意な差は認められなかった(図2)。ホームヘルプの利用状況については，有意な差が認められた。滞在型と巡回型の両方を利用している介護者が，SF-36の身体機能，身体機

表7　訪問看護サービス（カテーテル管理・創処置・家族の健康管理・本人の精神的援助）と介護状況との関連　(%)

介護状況		カテーテル管理		創処置		家族の健康管理，相談・指導		本人の精神的援助	
		あり (N=16)	なし (N=58)	あり (N=4)	なし (N=70)	あり (N=7)	なし (N=67)	あり (N=6)	なし (N=68)
年齢	65歳未満	13 (81.3)	32 (55.2)†	2 (50.0)	43 (61.4)	3 (42.9)	42 (62.7)	4 (66.7)	41 (60.3)
	65歳以上	3 (18.8)	26 (44.8)	2 (50.0)	27 (38.6)	4 (57.1)	25 (37.3)	2 (33.3)	27 (39.7)
性別	男性	2 (12.5)	11 (19.0)	0 (0.0)	13 (18.6)	3 (42.9)	10 (14.9)†	0 (0.0)	13 (19.1)
	女性	14 (87.5)	47 (81.0)	4 (100)	57 (81.4)	4 (57.1)	57 (85.1)	6 (100)	55 (80.9)
続柄	配偶者	5 (31.3)	28 (48.3)	2 (50.0)	31 (44.3)	6 (85.7)	27 (40.3)†	3 (50.0)	30 (44.1)
	子供	6 (37.5)	13 (22.4)	1 (25.0)	18 (25.7)	1 (14.3)	18 (26.9)	2 (33.3)	17 (25.0)
	嫁	5 (31.3)	17 (29.3)	1 (25.0)	21 (30.0)	0 (0.0)	22 (32.8)	1 (16.7)	21 (30.9)
家族	別居	1 (6.3)	16 (27.6)†	0 (0.0)	17 (24.3)	5 (71.4)	12 (17.9)**	2 (33.3)	15 (22.1)
	同居	15 (93.8)	42 (72.4)	4 (100)	53 (75.7)	2 (28.6)	55 (82.1)	4 (66.7)	53 (77.9)
就労	あり	3 (18.8)	10 (17.2)	0 (0.0)	13 (18.6)	0 (0.0)	13 (19.4)	2 (33.3)	11 (16.2)
	なし	13 (81.3)	48 (82.8)	4 (100)	57 (81.4)	7 (100)	54 (80.6)	4 (66.7)	57 (83.8)
副介護者	あり	8 (50.0)	25 (43.1)	1 (25.0)	32 (45.7)	0 (0.0)	33 (49.3)*	1 (16.7)	32 (47.1)
	なし	8 (50.0)	33 (56.9)	3 (75.0)	38 (54.3)	7 (100)	34 (50.7)	5 (83.3)	36 (52.9)
健康状態	問題あり	12 (75.0)	39 (67.2)	3 (75.0)	48 (68.6)	5 (71.4)	46 (68.7)	5 (83.3)	46 (67.6)
	特に問題なし	4 (25.0)	19 (32.8)	1 (25.0)	22 (31.4)	2 (28.6)	21 (31.3)	1 (16.7)	22 (32.4)
要介護者のADL	自立，準寝たきり	4 (25.0)	38 (65.5)**	0 (0.0)	42 (60.0)*	5 (71.4)	37 (55.2)	5 (83.3)	37 (54.4)
	寝たきり	12 (75.0)	20 (34.5)	4 (100)	28 (40.0)	2 (28.6)	30 (44.8)	1 (16.7)	31 (45.6)
要介護者の精神機能	ほぼ自立	4 (25.0)	25 (43.1)	0 (0.0)	29 (41.4)	4 (57.1)	25 (37.3)	5 (83.3)	24 (35.3)*
	要介護	12 (75.0)	33 (56.9)	4 (100)	41 (58.6)	3 (42.9)	42 (62.7)	1 (16.7)	44 (64.7)
介護期間	2年未満	4 (25.0)	8 (13.8)	0 (0.0)	12 (17.1)	3 (42.9)	9 (13.4)	1 (16.7)	11 (16.2)
	2～5年	7 (43.8)	28 (48.3)	2 (50.0)	33 (47.1)	3 (42.9)	32 (47.8)	3 (50.0)	32 (47.1)
	5年以上	5 (31.2)	22 (37.9)	2 (50.0)	25 (35.8)	1 (14.2)	26 (38.8)	2 (33.3)	25 (36.7)
訪問看護の利用頻度	週1回未満	2 (12.5)	9 (15.5)	0 (0.0)	11 (15.7)*	1 (14.2)	10 (14.9)	2 (33.3)	9 (13.2)†
	週1回	6 (37.5)	32 (55.2)	0 (0.0)	38 (54.3)	3 (42.9)	35 (52.2)	0 (0.0)	38 (55.9)
	週2回以上	8 (50.0)	17 (29.3)	4 (100)	21 (70.0)	3 (42.9)	22 (32.8)	4 (66.7)	21 (30.9)

† $p<.10$　* $p<.05$　** $p<.01$

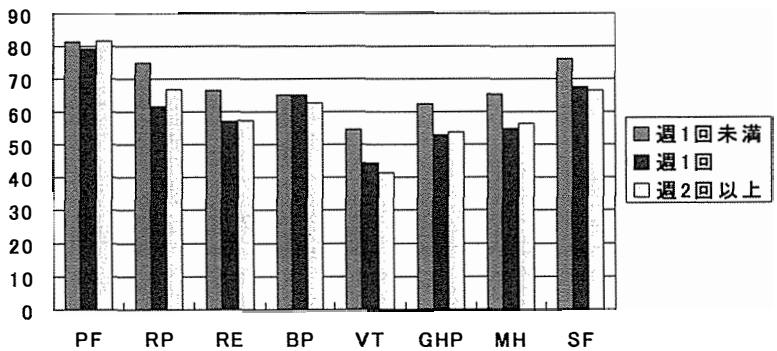


図2　訪問看護の利用頻度と SF-36

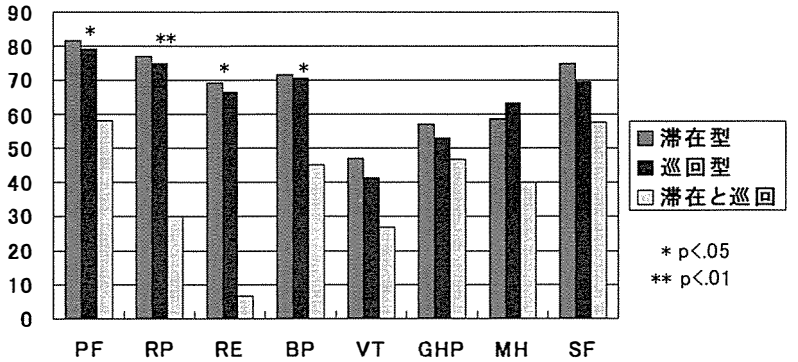


図3　ヘルパーの利用状況と SF-36

能の変化による役割制限，精神状態の変化による役割制限，体の痛みで，他の介護者よりも低得点にあり，最も低い健康状態を示した（図3）。

Ⅳ. 考　　察

訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルプのサービス利用要■を探るため，サービス利用状況を介護状況と介護者の健康関連 QOL の面から検討した。

訪問看護の利用頻度と介護状況および介護者の健康関連 QOL との間に有意な関連は認められなかった。看護婦が訪問時に提供するサービスのうち，要介護者に対する清潔・排泄の援助といった日常生活の介助は，要介護者の ADL と有意に関連し，介護上の指導や健康問題に関する家族看護は同居家族，副介護者の有無に有意な関連を示した。

本研究の対象者のうち，ホームヘルプ利用中の介護者は全員が，サービス内容として介護を利用していた。滞在型と24時間巡回型の両方のサービスを利用しているのは，介護者が65歳以上の場合のみであった。また，両方のサービスを利用している介護者は，滞在型のみ，24時間巡回型のみのサービスを利用している介護者よりも，健康関連 QOL の身体的健康度が低かった。

訪問看護の利用頻度と介護状況および介護者の健康関連 QOL との間に，関連の見られなかった点について述べたい。訪問看護のサービス内容は，病状観察，日常生活の介助，リハビリテーション，創傷等の処置，カテーテル管理，ターミルケア，要介護者ならびに家族への相談・指導などが中心となる。1回の訪問時間の基準は，30分から1時間30分とされている。そのため，訪問看護を頻繁に利用し，要介護者の日常生活の世話をしてもらうのではなく，要介護者や介護者自身の健康管理，または介護上の相談相手となることを医療従事者としての訪問看護に期待しての結果と考える。更に，個々のサービス内容と介護状況との関連を検討した結果，介護状況に応じた要介護者ならびに介護者へのケア提供がなされていた。しかし，訪問看護の利用頻度が，介護状況や介護者の包括的健康度と関連のみられなかった点から，訪問看護には，家族介護の直接的な介護力の一助を担うというのではなく，介護をコーディネートする役割を期待しているものと考える。

また，今回調査を実施した訪問看護ステーションでは，24時間対応制度は取られておらず，こうした制度の利用を含め分析することにより，家族介護者が抱える健康上の問題がより明確になるのではないかと考える。

次に，ホームヘルプの利用状況と介護状況および介護者の健康関連 QOL との関連について述べ

たい。本研究対象者でホームヘルプを利用している者の比率は，訪問看護ステーション利用者におけるホームヘルプ利用状況の全国平均[14]とほぼ一致していた。ある市町村におけるホームヘルプサービスの利用状況によれば，そのほとんどが家事援助で，ホームヘルプの介護援助の機能が生かされていないという現状[15]も報告されている。本研究では，対象が訪問看護ステーション利用者の主介護者ということもあり，ホームヘルプのサービス内容は全員が介護であった。しかし，滞在型，24時間巡回型のタイプ別に利用状況をみると，その両方を利用しているは，主介護者が65歳以上の場合のみであった。積極的にホームヘルプを利用し介護負担を軽減しようとするのではなく，できることは家族でやっていこうという介護者側の姿勢がうかがえる。

サービス利用形態別のSF-36の比較では，滞在型と24時間巡回型の両方を利用している介護者は，他の介護者よりも身体機能が低く，身体機能の変化による役割制限，精神状態の変化による役割制限，体の痛みが強い傾向にあった。更に，滞在型と巡回型の両方を利用している介護者が全員65歳以上であったこと，その5人全員が健康上の問題を持っていたことから，年齢と健康状態がホームヘルプサービスの利用要因であると言える。

在宅ケアサービス提供者は，要介護者本人のみならず，家族介護者の健康状態ならびに介護力を適切に評価し，介護者の健康管理に積極的に働きかけることが望まれる。

本研究は，特定の地域における2訪問看護ステーション利用の家族介護者から得られたデータである。そのため，サンプル数も少なく，一般化はできない。

平成12年4月より実施された介護保険制度によって，訪問看護やホームヘルプサービスの受給は，要介護者本人や家族の希望よりも，ADLを中心とした要介護度の認定によって決められるという事態となった。世間体を気にせずサービスが利用できるようになった家族介護者がいる一方で，認定の結果これまで利用していたサービスが利用できない，もしくは制限されるケースも多いと思われ，家族の介護負担の増加，健康状態の悪化が懸念される。そのため，介護保険導入後の介護状況およびサービス利用状況の実態把握は重要で，包括的健康関連QOL指標による家族介護者の健康調査を含め，継続研究することが今後の課題である。

V．結　論

訪問看護の利用頻度と介護状況および主介護者の健康関連QOLに有意な関連は認められなかった。看護婦が訪問時に提供するサービスのうち，要介護者に対する清潔・排泄の援助といった日常生活の介助は，要介護者のADLに関連し，介護上の指導や健康問題に関する家族看護は，同居家族がいない介護者，副介護者のいない介護者を中心に行われていた。

本研究対象者のうち，ホームヘルプ利用者は全員が介護サービスを利用していた。滞在型と24時間巡回型の両方のサービスを利用していたのは，介護者が65歳以上の場合のみであった。また，両方のサービスを利用している介護者は，滞在型のみ，24時間巡回型のみのサービスを利用している介護者よりも，包括的健康関連QOLの身体的健康度が低かった。

訪問看護サービスと明らかな関連のある利用要因は認められなかったが，介護者の年齢と健康状態が訪問看護ステーション利用者のホームヘルプサービス利用要因となっていた。

謝　辞

本研究において，調査にご協力いただいた対象者の皆様，しおかぜ訪問看護ステーション，郡山訪問看護ステーションの皆様に心より感謝いたします。

要　　約

訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルプのサービス利用要因を探るため，サービス利用状況と介護状況および主介護者の健康関連QOLとの関連について検討した。調査対象は，宮城県在住の74名の訪問看護ステーション利用者の主介護者である。

看護婦が訪問時に提供するサービスのうち，要介護者に対する日常生活の介助は，要介護者のADLに関連し，介護上の指導や健康問題に関する家族看護は，同居家族がいない介護者，副介護者のいない介護者を中心に行われていた。訪問看護の利用頻度別の介護状況および介護者の健康関連QOLの比較では，有意な差は認められなかった。

本研究対象者のうち，ホームヘルプ利用者の利用サービス内容は，全員が介護であった。滞在型と24時間巡回型サービスの両方を利用しているのは，介護者が65歳以上の場合のみで，両方のサービスを利用している介護者は，滞在型のみ，24時間巡回型のみを利用している介護者よりも，包括的健康関連QOLの身体的健康度が低かった。

訪問看護ステーション利用者の訪問看護利用要因として明らかに関連するものは認められなかったが，介護者の年齢と健康状態がホームヘルプサービスの利用要因となっていた。

Abstract

The purpose of this study is to investigate the factors associated with the utilization of visiting nurse and home-help services. The subjects were 74 primary caregivers using visiting nurse service who lived in Miyagi Prefecture. We studied the associations between the service utilization or caregiving status, and the health related quality of life (HRQOL) of primary caregivers.

Concerning service by visiting nurse, the care of daily life was significantly associated with the ADL of cared persons. Family care service such as consultation and caregiver's health improvement was provided for caregivers without other family members or secondary caregivers. We did not find the significant associations between the frequency of use of visiting nurse or caregiving status and the HRQOL of caregivers.

The aim of service utilization of the subjects using home-help was to obtain the caregiving assistance. It was only the caregivers 65 and over that used both services of long-time visits and round-the-clock care, and they scored lower than the other caregivers using home-help service on physical factors of HRQOL.

Although we could not clarify the related factors with the utilization of visiting nurse service, we found that caregiver's age and health status were associated with the utilization of home-help service in caregivers using visiting nurse service.

Ⅵ. 文　　献

1）厚生省大臣官房統計情報部：平成10年訪問看護統計調査，20－27，財団法人厚生統計協会，東京，1999.

2）Bass, D. M. et al.: Predicting the volume of health and social services: Integrating cognitive impairment into the modified Andersen framework, Gerontologist, 32(1),

pp.33－43, 1992.

3）横山美江他：要介護老人における在宅福祉サービス利用の実態および介護者の疲労状態との関連，老年社会科学，15(2)，pp.136－149，1994.

4）武田順子他：老人介護に携わる介護者の現状と在宅介護サービス，厚生の指標，43(10)，pp.17－22，1996.

5）山本則子他：老人病院通院患者家族の介護支援利用パターンとその関連要因，老年社会科学，19(2)，pp.129－139，1998.

6）Yamamoto, N. et al.: Service use by family caregivers in Japan, Social Science & Medicine, 47(5), pp.677－91, 1998.

7）山脇明美他：重症心身障害児（者）における在宅支援サービスの利用に関する研究，日本公衛誌，45(6)，pp.499－511，1998.

8）岡本恵美他：痴呆性老人とその介護者へのデイケアの意義－デイケアのある日とない日との比較から－，日本公衛誌，45(12)，pp.1152－1161，1998.

9）実沢千賀子他：在宅介護福祉サービス利用に関する影響要因の研究－在宅介護福祉サービスの利用に関する介護者の認識と支援体制の質的分析－，保健婦雑誌，51(5)，pp.384－389，1995.

10）佐藤秀紀：全■656市における在宅老人福祉サービス実績の類型化とその社会的要因，厚生の指標，46(7)，pp.3－11，1999.

11）古瀬みどり他：在宅介護者のHealth Related QOLの測定－訪問看護ステーション利用者の介護者と非介護者の比較－，看護研究，32(6)，pp.45－50，1999.

12）鈴鴨よしみ他：保健医療行動科学におけるQOL測定について－SF-36（The Mos Short Form 36）－，日本保健医療行動科学会年報，13，pp.219－238，1998.

13）福原俊一：MOS Short-Form 36-Item Health Survey：新しい患者立脚型健康指標，厚生の指標，46(4)，pp.40－45，1999.

14）厚生省大臣官房統計情報部：平成10年訪問看護統計調査，62－113，財団法人厚生統計協会，東京，1999.

15）後藤真澄他：ホームヘルプサービスはどう変わりうるか，取り巻く周囲や関係者がどう変わればいいのか，訪問看護と介護，2(12)，pp.862－866，1997.

（平成12年4月24日受付）

－原　著－

起き上がり援助技術方法の違いが看護者の生体負担に及ぼす影響

Comparison of the Physiological Stresses on Nurses in Two Techniques to Assist Clients to Sit Up

柴田しおり[1)]　柴田真志[2)]　片山　恵[1)]
Shiori Shibata　Masashi Shibata　Megumi Katayama

吉岡隆之[1)]　平田雅子[3)]
Takayuki Yoshioka　Masako Hirata

キーワード：生体負担，看護者，移動援助技術
physiological stress, nurse, transfer technique

Ⅰ．緒　言

看護技術は，対象者にとって安全で安楽な方法であるとともに実施する看護者にとっても安全で効率のよいものであることが望ましい。特に，体位変換や移動の援助は動作が大きく全身を使う技術であり，ボディメカニクスを考慮して行うことの重要性が教科書的な多くの著書において記され[1~4)]，その原則について解説されている。

紙屋らによって開発された「新しい体位変換のテクニック」[5)]は，力学的根拠に基づきかつ人間の自然な動きに着目したもので，従来の方法とは異なる画期的なものとして注目されている。実際に実施者・被実施者を体験すると双方にとって安楽な方法であることが実感されるが，生体負担への影響についての客観的評価に関する報告は非常に少なく，わずかにベッド上での引き上げ動作に関する看護者の生理的・心理的負担度について検討されているにすぎない[6)]。水平移動・仰臥位から側臥位への体位変換については，患者自身の身体の動きについて合理性の観点から分析が加えられている[7)]が，その他の移動援助動作については未だ検討されておらず，特に実施者（看護者）の生体負担についての報告は見られない。

そこで本研究は，移動援助技術の中から日常的に用いられる「仰臥位から長座位への体位変換」（起き上がりの援助）を取り上げ，2種類の技術方法を実施した時の看護者の生体負担を生理学的指標である酸素摂取量，心拍数および筋電図と主観的指標である主観的運動強度（rate of percived exertion：RPE）を用いて比較し，その生体負担の差異を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．被検者

体位変換に関する知識のない健康な女子大学生12名（平均値±SD：年齢18.0±0.7才，身長1.59±0.06m，体重53.4±9.0kg）に本実験に関す

1）神戸市看護大学　Kobe City College of Nursing
2）兵庫県立看護大学　College of Nursing Art and Science Hyogo
3）神戸市看護大学短期大学部　Kobe Junior College of Nursing

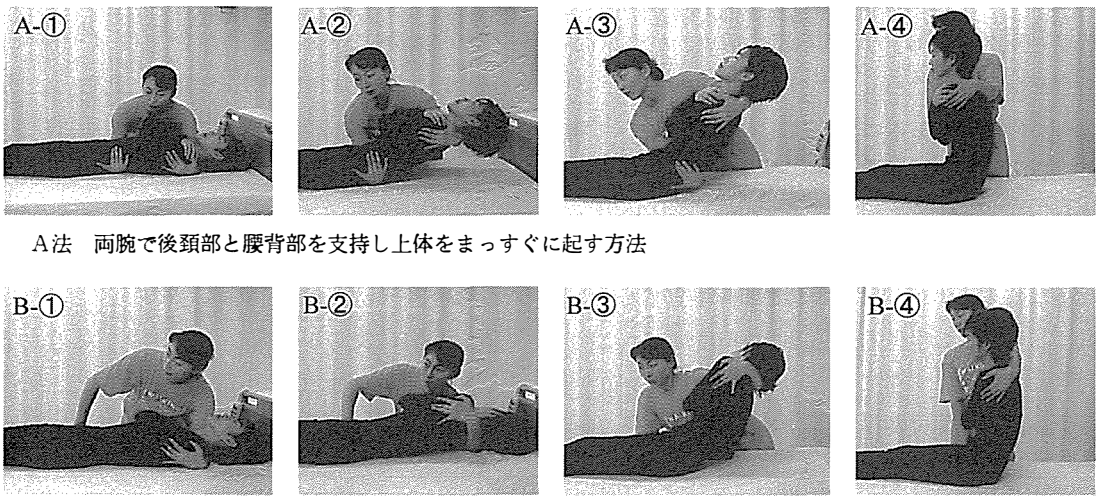
る詳細な説明を行い参加の同意を得た。すべての被検者は，看護者として後述する移動の援助を行った。また，模擬患者役として女子大学生１名（身長1.62m，体重54kg）を用い，ベッド上ですべての被検者の援助技術を差異なく受けるよう指示した。

2．移動の援助課題

援助課題として看護場面で日常的に行われている仰臥位から長座位への移動援助を用いた。各被検者には，ベッド臥床の模擬患者の右側に位置させ，臥位から座位へ移動させる援助を基礎看護技術の教科書[2,4]で取り上げられてきた方法（以下Ａ法とする）と紙屋ら[5]によって開発された方法（以下Ｂ法とする）の２つの方法で行わせた。図１に示したように，Ａ法は両腕と後頸部と腰背部を支持し上体を起こす方法であり，Ｂ法は左腕を後頸部に回し（Ｂ-①）肘を支点として（てこの原理）半側臥位にした後（Ｂ-②），右腕を支点にして模擬患者の上半身が弧を描くように回転させながら起す（Ｂ-③）方法であった。各被検者にはVTRと看護技術指導者のデモンストレーションによって両方法を教授した。なお，起き上がりの援助実施時のベッド高は，被検者の身長の45％とした。このベッド高は，仰臥位から長座位への移動援助における看護者の負担が最も少ないベッド高は看護者の身長の45％～50％程度とする先行研究[8,9]と，女性の重作業時の推奨作業域[10]がベッド高70～85cmとされていること（本研究の被検者の最低身長の45％がベッド高約70cmに相当）を考慮して採用した。

3．測定手順および分析方法

図２は本研究の測定手順を示している。各被検者には座位安静を５分間保たせた後，ベッド上に仰臥位をとった模擬患者に対して起き上がりの援助を実施させ，その時の生体負担を測定した。全身的な生体負担の指標には，酸素摂取量（oxygen uptake: $\dot{V}O_2$）および心拍数を，局所的な生体負担の指標には筋電図（electromyogram : EMG）を用いた。$\dot{V}O_2$や心拍数を全身的な生体負担の指標とするためには，同一動作を繰り返し行いその定常状態時の値を用いる必要がある。本研究に先行して行われた予備実験結果から概ね定常状態が得られた，試行間３秒間隔・連続20試行の条件を本研究の課題として採用し，両方法とも



Ａ法　両腕で後頸部と腰背部を支持し上体をまっすぐに起す方法

Ｂ法　左腕を後頸部に回し肘を支点として半側臥位にした後，右腕を支点にして患者の上半身を回転させながら起す方法

図１　本研究で用いた２つの起き上がり援助方法

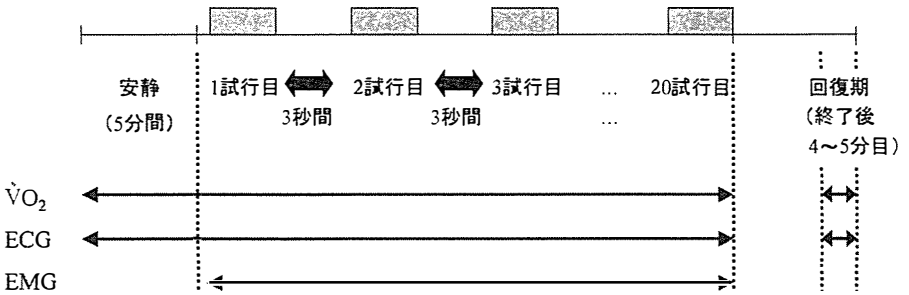


図2　本研究の測定手順

各被検者に行わせた。その際，疲労などの影響により毎試行の援助動作時間に差異が生じないように援助を行うよう各被検者に注意を与えた。また，主観的な生体負担の指標としてBorgの主観的運動強度（RPE）の修正スケール[11]を用い各方法の終了後に記入させた。

$\dot{V}O_2$および心拍数については起き上がりの援助課題実施後5分間の■復期も測定し，終了4～5分目の平均値を■復時の代表値とした。また順序効果が生じないよう両方法の順序はランダム順とし，疲労の影響をできるだけ排除するために方法実施間には少なくとも30分間以上の休憩を挟んだ。

心電図（electrocardiogram：ECG）は胸部双極誘導（CM5）で，EMGは電極間距離25㎜の表面筋電図法による双極誘導で，それぞれテレメータ式生体アンプ（WEB-5000，日本光電）を用いて時定数0.1秒および0.03秒で導出した。両信号は，A/D変換器（PS-9351，TEAC）を介して0.5 KHzでサンプリングし，on-lineでパーソナルコンピュータ（IBM PC/AT）に入力した。得られたECG信号から自作のアルゴリズム（HTBasic, TransEra）でRR間隔を算出し心拍数に変換した。課題実施中の心拍数および$\dot{V}O_2$データ（TEEM100，日本光電）は，各被検者ごとに20秒間ごとの平均値を求め，その最大値を代表値としてそれぞれ実施中心拍数および実施中$\dot{V}O_2$とし両法の比較に用いた。さらに援助課題実施中の心拍数データは，各被検者の予測最大心拍数（220-年齢）と安静時心拍数を用いて心拍予備（percent heart rate range：%HRR＝（作業時心拍数－安静時心拍数）/（最大時心拍数－安静時心拍数）×100)。）を算出し標準化した。安静時心拍数は個人差が大きく，また個人の体力（全身持久力）差によっても心拍数の上昇度が異なるため[12]，作業や運動中の心拍数を安静時心拍数からの増加率や絶対値変化量を用いて評価することは安静時心拍数が高い者ほど作業強度を過小評価し，低い者ほど過大評価する可能性が高く一般的ではない。しかし，安静時心拍数をベースライン（0％）に最大心拍数（100％）までの百分率で示した%HRRは，個人差や年令差を標準化しうる作業強度の指標になるだけでなく個人間比較が可能となるため，看護学分野[13, 14]を含む生理学的分野で広く用いられている方法である。実際，%HRRは，運動強度の指標である最大酸素摂取量（$\dot{V}O_{2max}$）の相対値と対応すると定義されており[15]，またRPEとの対応を見るためにも都合がよいことから本研究の援助実施中心拍数の分析データとして採用した。

EMG信号は，全波整流の後，両法における移動援助技術1試行ごとの筋電図積分値（integrated EMG：iEMG）を，同時にゴニオメータ（WEB-5000，日本光電）によって測定した模擬

患者の股関節角度変化を基準に算出した（図5参照）。初期効果を考慮し両法の2～4試行目（初期値）の平均iEMG値を各筋群ごとに求め，各筋群の負担度の指標とした。また，18～20試行目（終期値）の平均iEMG値を求め，初期値と比較することで筋疲労が著名な筋群を特定するのに用いた。本研究において，筋疲労は同一作業強度における筋収縮力の低下と定義し，初期値に対するiEMG値の有意な増大もって筋疲労とした。一般に最大下の同一作業強度における筋疲労時には，筋収縮力低下を補償するため既に動員されている筋線維の発火頻度の増加や新たな筋線維の動員がなされるためiEMG値の増加が観察されるからである[16, 17]。

また，被検筋は，本研究の体位変換技術に用いられると予想される主要な大筋群と予備実験における筋放電量が顕著であった筋群を採用し，左僧帽筋（left trapazius, middle: TM），左上腕二頭筋（left biceps brachii: LB），右上腕二頭筋（right biceps brachii: RB），左脊柱起立筋（left erector spinae: ES）および左大腿直筋（left rectus femoris: RF）の5種類の筋群に決定した。

なお，各被検者が行った援助技術動作の再現性を確認するために，2試行目と3試行目の援助動作時間（模擬患者の股関節角度変化から算出）と被検者ごとの各筋群のiEMG値の相関係数を求めた。さらに初期値（2～4試行目の平均値）と終期値（10～20試行目の平均値）の援助動作時間の平均値を比較し，疲労などが援助動作時間に影響を及ぼしていないか確認した。

4．統計処理

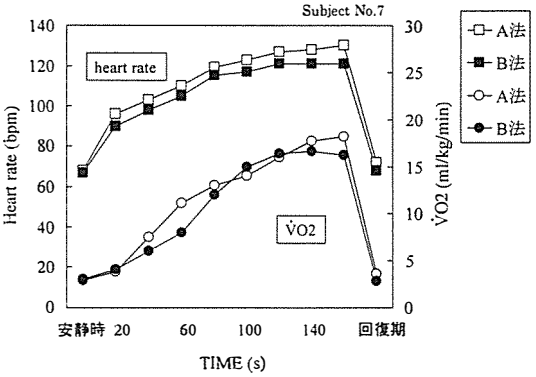
両方法間の全身的な生体負担（心拍数および$\dot{V}O_2$），局所的な生体負担（iEMG）および援助動作時間の比較は，対応のあるt検定を用いて行った。主観的負担度（RPE）の方法間の差は，Fisherの直接確率を求めて検定した。相関関係はピアソンの相関係数を用い検定した。いずれの場合も危険率は5％未満をもって有意とした。

Ⅲ．結　果

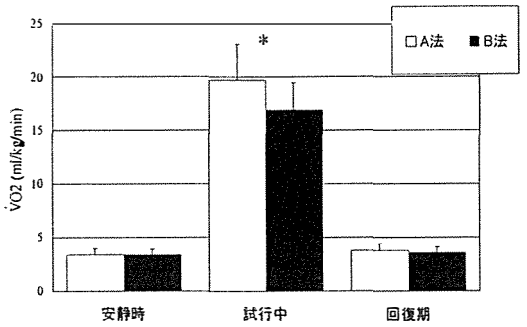
1．全身的な生体負担について

全身負担度の指標である$\dot{V}O_2$および心拍数の変化の典型例を図3に示した。$\dot{V}O_2$および心拍数は安静時から徐々に増加し，この例では概ね120s前後で定常状態を示している。$\dot{V}O_2$および心拍数の経時的変化は全被検者に共通して定常状態が得られるような振る舞いであった。

両法実施前の安静時$\dot{V}O_2$の平均値（A法：3.4±0.5，B法：3.4±0.5mℓ/kg/min）および安静時心拍数の平均値（A法：76.8±11.5，B法：76.9±11.3bpm）の間には有意な差は認められなかった（図4）が，A法実施中$\dot{V}O_2$（19.7±3.4mℓ/kg/min）および％HRR（46.0±2.8％）の平均値は，B法（$\dot{V}O_2$：16.9±3.1mℓ/kg/min，％HRR：37.0±3.2％）に比べ統計学的に有意に高値を示した（$\dot{V}O_2$：$t=2.424$，$p<0.05$，％HRR：$t=3.736$，$p<0.01$）。■復時$\dot{V}O_2$および心拍数の平均値は，A法（$\dot{V}O_2$：3.8±0.7mℓ/kg/min，心拍数：82.3±14.4bpm）とB法（3.6±0.6mℓ/kg/min，79.4±13.4bpm）の間に有意な差は見られなかった。また，A法およびB法のRPEの中央値は，それぞれ6（主観的に約60



■3　両法における$\dot{V}O_2$と心拍数動態の典型例



■4　両法における実施前安静時，実施中および後■復期の$\dot{V}O_2$の平均値の比較（n＝12）*p＜0.05

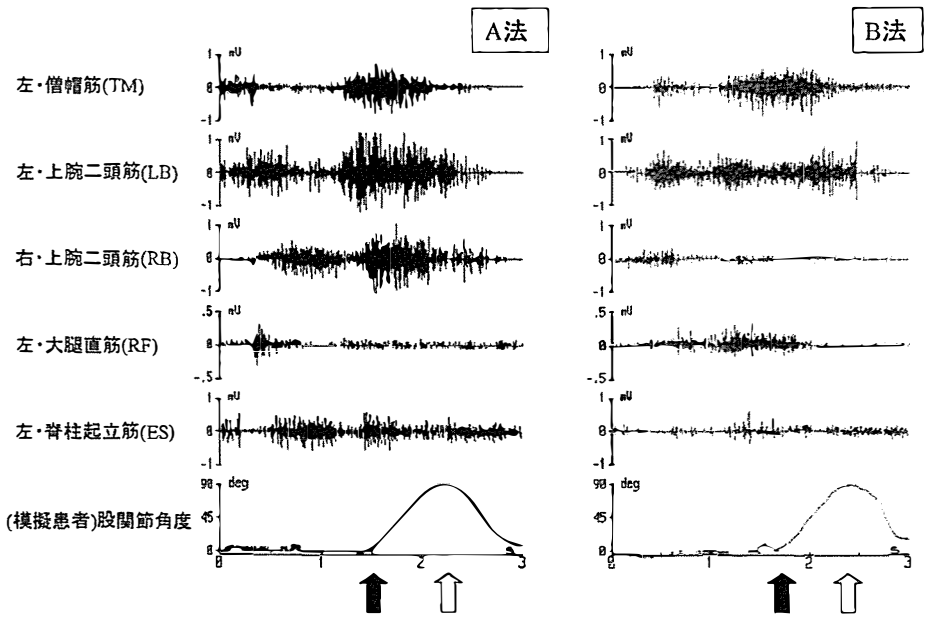
%VO_{2max}に相当），3.5（同35％）であり，A法の方が統計学的に高値を示した（Fisherの直接確率＝0.036，p＜0.05）。なお，すべての被検者の移動援助課題実施時間は両方法とも140～170sの間であった。

2．局所的な生体負担について

図5に両法のある1試行にある筋活動の典型例を示した。A法においては，模擬患者の股関節角度立ち上がり前後（図中黒矢印）から左右上腕二頭筋（LB，RB）の筋放電量が顕著であり，左僧帽筋（TM）とともに模擬患者が長座位姿勢に至るまで（図中白抜き矢印）活動量が多いことがわかる。左脊柱起立筋（ES）においては持続的な筋放電パターンを示し，左大腿直筋（RF）にはそれほど筋活動は見られない。一方，B法においては，肘を支点として模擬患者が半側臥位になる時点からTMの活動量が増加し，LBとともに試行終了まで筋放電量が持続している。右手を支点としているためRBはほとんど活動おらず，ESもA法に比べると放電量が少ないが，RFを効果的に利用して移動の援助を行っていることがわかる。

両法のiEMGの初期値を比較した結果（表1），A法のRBおよびESのiEMGは，B法より統計学的に高値を示した（RB：t＝5.079，p＜0.001，ES：t＝4.554，p＜0.001）。一方，RFでは，A法はB法より低値であった（t＝2.234，p＜0.05）。

方法別にiEMGの初期値と終期値を筋群ごとに比較した結果（表1），A法では，TMとLBにおいてiEMGの増加が観察された（p＜005）。B法においてはいずれの筋群においても初期値と終期



■5　両法の筋放電パターンの典型例

表1　両法における各筋群のiEMGの初期値と終期値

	A法		B法	
	初期値	終期値	初期値	終期値
TM	60.3 ± 33.3	68.3 ± 41.9*	55.1 ± 32.0	56.6 ± 20.7
LB	104.4 ± 43.3	114.7 ± 48.2*	84.4 ± 46.4	91.2 ± 45.9
RB	73.8 ± 31.8†††	67.8 ± 24.0	23.1 ± 14.7	24.5 ± 18.2
ES	69.9 ± 23.3†††	67.3 ± 21.0	39.0 ± 8.2	43.0 ± 12.8
RF	21.6 ± 7.7†	19.4 ± 5.8	31.2 ± 15.6	28.8 ± 15.6

A法 vs B法：†$P<0.05$，†††$P<0.001$　　（μV・s）
初期値 vs 終期値：*$P<0.05$

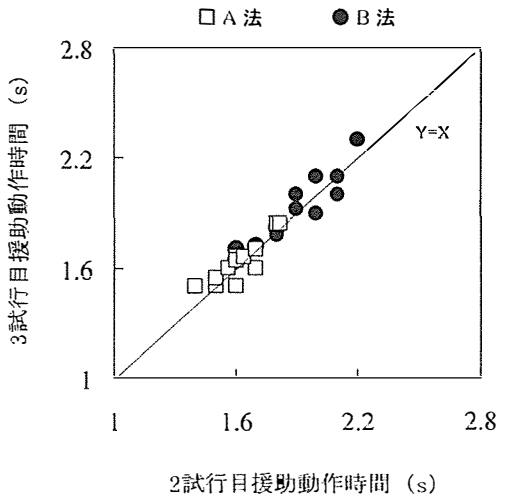


図6　両法の2試行目と3試行目の援助動作時間の関係
□：A法　r＝0.882**　●：B法　r＝0.915**
**$p<0.01$

値の間に差は認められなかった。

図6は，援助動作時間の2試行目と3試行目の関係を示している。援助動作時間は，両法において共に有意な正の相関関係（A法：r＝0.882，B法：r＝0.915）が認められた。また，方法・被検者別に，iEMG値の2試行目と3試行目の相関関係を検討したところ，相関係数はいずれの場合も0.966～0.999の範囲内で，いずれも1％水準で有意であった。これらのことは，援助動作が高い再現性で実施されたことを示すものである。また，援助動作時間の初期値と終期値を比較したところ，A法では延長する傾向（初期値：1.6±0.1s，終期値：1.7±0.1，t＝2.09，p＝0.061）が見られたものの，B法（1.9±0.2 vs 1.9±0.2　t＝0.858，$p>0.05$）同様有意な差は認められなかった。

Ⅳ．考　察

1．全身的な生体負担について

一般に，運動や作業実施中の$\dot{V}O_2$および心拍数は，負荷強度や作業強度と高い正の相関関係が認められているので全身的な生体負担を強く反映すると考えられる。しかしながら，両指標は，その時定数特性から極めて短時間で終了するような動作の評価には不向きである。特に心拍数においては，動作や作業の終了および中断によって急速な回復が見られるため，極めて短時間で終了するような動作を評価する場合には，定常状態が得られるような時間間隔で概ね120～180秒間程度持続するように動作や作業を繰り返す必要がある。実際，体位変換技術の生体負担に関する同様な研究[18]において，試行間が約20～25秒程度に設定されている場合では，実施前と実施後で看護者の心拍数にほとんど変化が見られないという結果が得られている。このことは，繰り返し動作の休息時間が心拍数の回復に十分であったことを示唆するものであり，このような場合の心拍数は体位変換技術実施時の全身的な生体負担の指標としては適切ではない。本研究では，移動の援助20試行の実施時間が140～170sの間であること，また多くの場合課題終了までに$\dot{V}O_2$および心拍数が定常状

態を示したことから，本研究で得られた$\dot{V}O_2$および心拍数の値は作業強度を概ね反映すると考えられた。

A法の実施中$\dot{V}O_2$および%HRRの平均値はB法に比べて約120%程度高く，その差は有意であった。また，被検者の主観的作業強度（RPE）においてもA法の方が有意に高く，これらの結果はB法に比べA法の作業強度が明らかに高かったことを示している。模擬患者頭部が描く軌跡はA法では直線的で最短距離になるのに対し，弧を描くB法の方が移動距離は延長される。しかし，B法に用いられる「てこの原理」には同一の結果を得るのに発揮する張力が少なくてすむという力学的有利性や運動の速度を増大するという利点があり[19]，このことが作業強度に影響を与えたと考えられた。また，B法では下肢筋群の積極的利用が明確に指示されており，実際大腿直筋（RF）の筋活動量もA法に比べ統計学的に高値を示した。最大下における同一負荷強度運動では，下肢運動に比べ上肢を用いた運動の方が心拍数および血圧が高値を示すことが多くの研究で報告されている[20~23]。同一酸素摂取量における上肢運動では下肢運動に比べ心拍数増加作用を持つエピネフリンや末梢血管収縮を促進し血圧上昇作用のあるノルエピネフリン濃度が有意に高くなることから[24,25]，上肢を主として用いる運動では交感神経が亢進しやすく，下肢の大筋群を用いる運動に比べ心拍数や血圧が高値を示すと考えられる。本研究におけるB法は，「てこの原理」による力学的特性だけでなく，下肢筋群を積極的に利用することで上肢筋の活動量を減少させ全身的な生体負担を軽減する効果も持ち合わせていると思われた。

さらに，松本ら[21]は，腕エルゴメータと脚エルゴメータを用いて上肢および下肢運動時の心筋負担度を比較したところ，上肢運動では下肢運動に比べ心筋酸素消費量が高まるばかりではなく，その消費・供給バランスが悪化し心筋の負担度が大きくなる可能性を示唆している。このことからも移動の援助を実施する場合には，可能な限り積極的に下肢筋群を使用することが生体負担を軽減させるために重要であると考えられた。

2．局所的な生体負担について

筋電図積分値（iEMG）は局所的な生体負担の指標として広く用いられている。これは張力発揮水準とiEMGの間に直線関係が認められ，しかも1kg以下の微弱な張力発揮においてもその関係が良好であることが示されているからである[26]。また，EMG法は歩行動作や自転車運動など身体全身を使用するような全身運動時においても，各筋群ごとにその活動量や筋持久性能力を評価できることがその利点として挙げられている[27,28]。

本研究における移動の援助動作における筋活動様式は，自転車エルゴメータなどの負荷制御が可能でごく限られた筋群によって遂行される作業様式と比較すると，上肢や下肢の多数の筋群を使用するため被検者（援助技術実施者）の動作再現性に依存するところが大きい。しかし，すべての被検者は短時間ながらVTRと看護技術指導者のデモンストレーションによる教授を受け十分な練習後測定を行っており，実際，2試行目と3試行目の各被検者の援助動作時間と同じく2試行目と3試行目の各被検者ごとの各筋群iEMG値の間には高い正の相関関係が認められた。このことは，高い再現性を持って援助動作が実施されていたことを示唆していると考えられるので，両法の筋活動量の比較が可能であると思われた。

両方法の筋活動量を比較すると，A法の右上腕二頭筋（RB）および左脊柱起立筋（ES）はB法に比べ有意に活動量が高く，反対に左大腿直筋（RF）は有意に低値であった。右腕は，A法では腰背部を支持し上体起しに直接関わっているのに対し，B法では右手掌を支点として体支持の役割を果たしているためB法におけるRBの張力発揮レベルが低値であることは容易に推測できる。

ESの放電量の相違は，被検者の上体の傾きおよび被検者と模擬患者の重心との距離に大きく影響を受けていると考えられる。ESは姿勢保持に関する伸筋であり，背骨（腰椎）を支点として体幹質量を牽引するので，上体の傾斜が大きくなるほど支点から体幹重心までの距離が延長しモーメントが増加するためその筋緊張度が高まる。また，そのモーメントは，被検者と模擬患者の重心との距離が長いほど大きくなるため，模擬患者を半側臥位にしモーメントを減少させることを考慮して考案されたB法ではESの負担度がかなり軽減されていると思われた。

一方，B法のRFはA法に比べ有意に高値を示した。B法では，被検者と模擬患者の重心の距離を短縮し膝関節角度を小さくすることでより下肢を積極的に利用するよう明示しており，被検者が意識して下肢を使用し移動の援助を行っていたためであると考えられた。

また，本研究では，起き上がりの援助を20回繰り返し行わせ，iEMGの初期値（2～4試行）と終期値（18～20試行）を比較し筋疲労が顕著な筋群を特定することを試みた。同一負荷強度の動的運動では筋疲労が生じないような軽負荷においてはiEMGは一定値を示すが，筋疲労が引き起こされるような負荷強度の運動では筋線維の収縮機能低下を補償するために運動単位の放電頻度増加，放電同期化あるいは新たな運動単位の動員が生じて運動が継続されるため，筋放電量の増加すなわちiEMGの増大が観察される[29~31]。このような疲労筋電図は，自転車運動[27]，ボート漕ぎ運動[28]および歩行運動[32]など複数の筋群が関与する運動時の各筋ごとの筋疲労評価に既に応用されている。本研究において，援助実施時間の初期値と終期値の間に有意な差がなかったにも関わらず，A法の僧帽筋（TM）および左上腕二頭筋（LB）で初期値に対する終期値のiEMGに増大が認められたことは，TMおよびLBに筋疲労が生じたためと推察できる。A法の援助実施中の%HRRで示した全身的な生体負担は約47%強度であり，一般的な全身性の作業では短時間で全身的に疲労が生じる強度ではない。しかし，A法では筋疲労の見られたTMおよびLBが，測定した他の筋群に比べ主動的役割を果たしていると考えられ，その生体負担はかなり高いと思われた。B法でいずれの筋群にもiEMGの増加は観察されなかったことは，B法が身体を効率的に使うことで局所的な生体負担を分散している結果であると考えられた。

3．本研究の課題と展望

本研究では，仰臥位から長座位への体位変換（起き上がりの援助）時に，A法に比べB法の方がより看護者の生体負担が軽減されることが示された。したがって，本研究結果からは，対象者がB法の適用外となるような身体条件（腰部からひねりを加えることが不適切であるなど）を持たない場合には，看護者にとって生体負担が少ない方法としてB法の選択が望ましいと言える。臨床において看護者が援助方法を選択する場合，その多くは看護者の判断に委ねられるため，看護者は看護技術を単なる方法ではなく基礎理論と共に体得していることが望ましい。そのためには看護の基礎教育において，なぜそれがよりよい方法であるかという根拠や原理を理解することが非常に重要であると思われる。本研究において，移動援助に関わる客観的なデータが得られたことは，臨床場面での看護技術の応用という点だけでなく，教育への活用と言う観点でも非常に有用であると考えられた。今後は，患者にとっての安楽性という視点からも客観的な指標を用いて移動援助技術の検討が望まれるだろう。

V．結　論

仰臥位から長座位への異なる2種類の方法による起き上がり移動援助実施時の看護者の生体負担を測定し，以下のことが明らかになった。

1．全身的な生体負担は，B法に比べA法の方が$\dot{V}O_2$，%HRR および RPE がいずれも有意に高く，生体負担が大きいことが示された。

2．両法のiEMG値の初期値を比較し，A法では上腕二頭筋や脊柱起立筋の活動が高く，一方B法では大腿直筋の筋放電量が大きかった。B法では上肢筋だけに頼るのではなく，下肢筋を積極的に使用していた。

3．方法ごとに iEMG 値の初期値と終期値を比較し，援助動作時間に有意な差が見られなかったにも関わらず，A法の左上腕二頭筋および僧帽筋に有意な増大を認め，筋疲労が生じていることが示唆された。

これらのことから，物理学的根拠に基づいた移動援助技術B法は，生理学的にも負担が少なく効率的であることが明らかになった。

Ⅵ. 謝　辞

本研究を遂行するにあたり適切な助言を頂いた神戸市看護大学渡邊智恵先生および前神戸市看護大学西田恭仁子教授に感謝の意を表する。また，本研究は神戸市看護大学共同研究費および平成10年度文部省科学研究費（課題番号10771367）の助成を受けて実施した。

抄　録

本研究の目的は起き上がり援助法の違いが看護者の生体負担に及ぼす影響を検討することであった。12名の女子大学生を被検者とした。被検者は2つの異なる方法の起き上がり援助を行った。ひとつは一般的にこれまで用いられてきた方法（A法）であり，もうひとつは力学的根拠に基づいて開発された方法（B法）であった。

起き上がり援助実施時に，酸素摂取量（$\dot{V}O_2$），心拍数および筋電図（左僧帽筋，左右上腕二頭筋，左大腿直筋および左脊柱起立筋）を測定し生体負担の指標とした。

$\dot{V}O_2$および心拍数はA法の方がB法に比べ有意に高かった。A法の右上腕二頭筋および脊柱起立筋の筋電図積分値（iEMG）はB法より有意に高く，一方大腿直筋の iEMG はA法が低値を示した。これらの結果は，B法の方がA法に比べ看護者の生体負担が低いことを示唆している。これは下肢の使用の仕方が大きく影響していると考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to compare the physiological stresses on nurses in two techniques to assist clients to sit up. Tweleve female college students served as subjects for this study. Each subject performed two different transfer techniques to assist client to sit up. One was traditional technique (A method), another was new technique according to body mechanics (B method). Oxygen uptake ($\dot{V}O_2$), heart rate, and myoelectric signals [left trapezius (TM), right biceps brachii (RB), left biceps brachii (LB), left rectus femoris (RF), and left erector spinae (ES)] were measured during performinig the transfer technique.

$\dot{V}O_2$ and heart rate in A method were greater significantly ($p<0.05$) than those in B method. Integrated EMG (iEMG) of RB and ES in A method were greater significantly ($p<0.001$) than those in B method, while iEMG of RF in A method was

lower ($p<0.05$) than that in B method.

These results suggest that physiological stresses in B method lower than A method. It was thought that the difference how to use the lower limb (RF) between both methods effects on the physiological stresses.

Ⅶ. 文　献

1）内藤寿喜子，他：新版看護学全書14基礎看護学2基礎看護技術，9－25，メジカルフレンド社，東京，1992

2）山崎智子監修：明解看護学双書Ⅱ，185－192，金芳堂，京都，1996

3）小玉香津子他編：看護必携シリーズ1看護の基礎技術Ⅰ，380－392，学研，東京，1995

4）氏家幸子：基礎看護技術（第3版），20－54，医学書院，東京，1990

5）紙屋克子監：新しい体位変換のテクニック第2巻（VTR），中央法規出版，1991

6）揚箸隆哉，小林千世，他：移動技術に関する生理的・心理的負荷量の検討，日本看護研究学会雑誌，22，15－23，1999

7）菱沼典子，春日美香子，他：体位変換の技術，Nursing Today 別冊「看護技術の科学と検証」（川島みどり他編），160－168，日本看護協会出版会，東京，1996

8）渡辺和子，細野貴美子，他：移動技術の効率性に関する研究－効率的なベッドの高さ－，人間工学，23，pp.264，1987

9）新田麗子，渡辺和子，他：看護における移動技術の介助者への影響に関する研究，神戸大学医療技術短期大学部紀要，3，53－59，1987

10）Etienne Grandjean（中迫他訳）：産業人間工学，pp. 41，啓学出版，東京，1992

11）アメリカスポーツ医学会編：運動処方の指針（原著第5版），48－49，南江堂，東京，1997

12）池上晴夫：運動処方，177－178，朝倉書店，東京，1991

13）内藤直子：夫立会い出産の助産学的意義－相対心拍数を指標として－，日本助産学会誌，8，11－22，1994

14）内藤直子，吉岡隆之，他：「夫立会い出産」の産婦のリラックスと相対心拍レベルに関する研究，大阪市立大学生活科学部紀要，41，223－231，1993

15）アメリカスポーツ医学会編：運動処方の指針（原著第5版），99－101，南江堂，東京，1997

16）Moritani, T. Muro, M. et al.: Electro mechanical changes during electrically induced and maximal voluntary contractions: surface and intramuscular EMG responses during sustained maximal voluntary contractions. Exp. Neurol. 88: 484－499, 1985

17）Moritani, T. Muro, M. et al.: Intramuscular and surface electromyogram changes during muscle fatigue, J. Appl. Physiol. 60: 1179－1185, 1986

18）伊藤　綾：高齢者の起居動作を自立へ向ける生活支援技術の検討，笹川医学医療研究財団報告書15（印刷中）2000

19）内藤寿喜子他著：新版看護学全書14基礎看護学2，19－22，メジカルフレンド社，東京，1992

20）Astrand, P. O. Ekblom, B. et al.: Intra-arterial blood pressure during exercise with different muscle groups, J. Apple. Physiol., 20, 253－256, 1965

21）松本珠希，篠原　稔，他：非観血的な心筋酸素消費・供給の相対的評価法，体育学研究，38，257－264，1993

22）Toner, M. M. Glickman E. L. et al.:

Cardiorespiratory responses to exercise distributed between the upper and lower body, J. Appl. Physiol., 54, 1403－1407, 1983

23) Wahren, J. Bygdeman, S.: Onset of angina pectoris in relation to circulatory adaptation during arm and leg exercise, Circulation 44, 432－441, 1971

24) Hooker, S. P. Wells, C. L. et al.: Differ ences in epinephrine and substrate responses between arm and leg exercise, Med. Sci. Sports Exerc., 22, 779－784, 1990

25) Hurley, B. F. Seals, D. R. et al.: Effects of high-intensity strength training on cardiovascular function, Med. Sci. Sports Exerc., 16, 483－488, 1984

26) 永田　晟著：筋と筋力の科学, 122－123, 不味堂出版, 東京, 1984

27) Housh, T. H. deVries, H. A. et al.: Electromyographic fatigue thresholds of the superficial muscles of the quadriceps femoris, Eur. J. Appl. Physiol., 71, 131－136, 1995

28) 柴田真志, 松本珠希, 他：全身運動時における各種筋群の疲労性作業閾値, Jpn. J. SPORTS Sci., 12, 525－529, 1993

29) Matsumoto T. Itoh, K. et al.: The relationships between anaerobic threshold and electromyographic fatigue threshold in college women, Eur. J. Appl. Physiol., 63, 1－5, 1991

30) Shibata, M. Shimura, M. et al.: Determination of the optimal walking speed for neural relaxation in healthy elderly women using EMG and EEG analyses, Eur. J. Appl. Physiol., 75, 206－211, 1997

31) Takaishi, T. Ono, T. et al.: Neuromuscular fatigue during prolonged pedalling exercise at different pedalling rates, Eur. J. Appl. Physiol., 69, 154－158, 1994

32) 柴田真志, 高石鉄雄：中高年者における最大歩行速度の個人差と各種筋群の筋持久力との関係, 小野スポーツ科学, 5, 101－111, 1997

（平成12年7月29日受付）

－原　著－

育児ストレス構造の研究

A Study on the structure of ChildCare stress

清水嘉子　西田公昭
Shimizu Yoshiko　Kimiaki Nishida

キーワード：育児，ストレス，構造
ChildCare, stress, structure

Ⅰ．はじめに

本研究の目的は母親の抱えている育児ストレスの構造を明らかにし，その構造と育児状況との関係を検討することにある。

従来，育児ストレスの問題は，育児不安あるいは育児ノイローゼに着目されて研究されてきた[1)~19)]。しかし，育児が原因だと推測できる母親のストレスは，不安や神経症といった内容にはとどまらない。児童虐待や夫婦間の葛藤ないし暴力といった深刻な事態も報告される現状を鑑みると，育児ストレスは，焦燥感や怒り，疲労感や空虚感など，ネガティブな感情にもっと幅広く注目して検討されるべきであると考える。また従来の視点からの育児に関する研究では，育児者である母親の気質やパーソナリティに注目する傾向が強かった。そのために，より広範な解決策である育児にかかわる自然・社会環境の改善などといった保健行政や地域サービスの支援をいかに効果的に進めていくかといった視点には，あまり注目されてこなかったと思われる。つまり，個人と環境といった複眼的視点でこの問題に取り組むことが重要であると考える。

このような視点での育児ストレスの研究は，いまだ十分なされているとは言いがたいが，いくつかの試みがなされるようにはなってきている。奈良間[20)]らは，Abidin の作成した育児ストレス尺度を邦訳してその信頼性および妥当性の検討を行っている。しかし，その研究でも指摘されているように，日米の社会的ならびに文化的事情が同じものとは言いがたく，その尺度の妥当性を検討する上でも，日本の育児ストレスを直接検討する必要がある。一方，日下部[2)]は，発達心理学的視点から育児ストレスの状況に着目し，独自のストレス尺度を作成しようと試みている。その研究では，ストレスの概念定義を避けて，「ストレス」という言葉に対する育児者の反応からストレス構造をとらえようという特徴がある。この方法は，ストレスという日常的に使われるようになった現状では一つの試みとして評価できるが，調査対象者の資質によって偏りを示す可能性があると思われる。またさらに，吉田[22)]らは，育児ストレスを生じさせる環境に注目した。彼らは育児中の母親が置かれた状況を長期閉鎖環境ととらえて，個人のプライベート空間の観点から育児ストレスの問題を扱

静岡県立大学看護学部　School of Nursing University of Shizuoka

う社会心理学的な検討を行おうとしている。すなわち母親がどの様なストレスを抱え，そのことがどのような不適応行動に結びつくのか，ストレスを緩和する有効な方法は何かについて明らかにする。そして，彼らはプライベート空間確保がストレスの緩衝効果をもつことを仮説とした検討を始めている。今，多くの体系的な研究が望まれている分野といえよう。

そこで本研究でも，まだ緒についたといえるこの問題について検討することにした。ここでは，Lazarus & Forkman[23]の心理的ストレス理論に立脚した調査研究を試みることにした。この理論に立脚した理由には，その特徴が，個人と環境との相互作用に注目していること，また，ストレスを幅広いネガティブ感情と見なしていることにある。この理論によると，「ストレスは，個人が環境からの要求に直面したときに，それが十分に重要で脅威や害をもたらすものと認知し，また対処努力をもたらすものと認知したときに，ネガティブな感情が喚起するとしている。さらに，その要求への対処がコントロール不可能であるとき，ストレスをもたらすと考えている。」

その感情に対する認知的評価とに注目した調査を行うことによって育児ストレスの構造を明らかにすることにした。また，同時に対象者の育児に対する社会的状況を調査することから，ストレスとの関係を検討することにした。

Ⅱ．研究方法

＜予備調査：質問項目の収集と作成＞

1．調査対象者：静岡県N保健センターの乳幼児健診・離乳食教室に参加予定者351名に質問紙を配布し，当日持参してもらう形式で169名の回答（回収率48%）が得られた。

2．調査時期：平成10年4月～6月

3．手続き：母親が，育児中に経験するネガティブな感情がいかなる事情のときに生じているかを自由記述法によって収集した。その際に，質問は，1）不安，恐怖，心配，2）怒り，いらいら，3）空しさ，悲しみ，4）疲れ，不満の4つに分け，各対象者がそれぞれ想起した内容を回答してもらった。

4．データの分析

収集したすべてのデータは，研究者2名によって，なるべく抽象度を統一するように留意しながら，一つの内容を意味する記述文に整理した。その結果，130項目が構成された。

＜本調査：評定尺度法を用いた質問紙法＞

1．調査時期：平成11年1月～3月

2．質問紙の構成：予備調査で集められた育児ストレスの経験を問う130項目を「あてはまる」から「あてはまらない」の5ポイント尺度で実施した。また本質問紙には，就労状況，家族形態，子供数，本人の年齢および末子の年齢といった育児状況を尋ねる項目を含めた。

3．調査対象者と実施方法：1）静岡県内S市保健センターの乳幼児健診・お母さん学級の参加者に質問紙を手渡し，趣旨および記入方法を説明した。その後，回答されたデータは対象者に郵送してもらった。この方法で，500部を配布し，297部を回収した（回収率59.4%）。2）静岡県内S市にある公私立の5つの保育園で2～4歳の在園児の母親に園を通して母親に配布した。その後，回答されたデータは，園に提出してもらった。この方法で，360部を配布して226部を回収した（回収率62.7%）。これらの結果，データは最終的に有効回答数は523名となった。

Ⅲ．結　　果

1．育児ストレスの構造分析

育児ストレスの経験を質問した130項目に対する回答につき，「あてはまらない」の反応を1とコードし，順次1ずつ高く割り当て対極の「あてはまる」の反応を5とコードした。なお，欠損値

は中間の値である3とコードした。そして，これらの項目に因子分析を行った。本分析では，主因子法を用いて解を求め，プロマックス回転を施した。その結果，固有値2.0以上で8因子解が抽出され，回転後の因子パターン，因子の解釈および因子間相関の係数値をTable 1に示した。

各因子の解釈は，以下のとおりである。まず，第1因子は，子供の行動を統制しようとしても意図どおりにできないことに対して，困惑したり，心配したり，怒ったりといったストレス反応を示していると解釈し，「子供に対するコントロール不可能感」と命名した。

第2因子は，母親が育児に対して，どの程度好意的に思っているか，あるいは得手不得手といった母親の一般的態度が示されていると解釈した。この因子は，その意識が原因と認知することで生ずるストレス反応と考え，「育児への苦手意識」と命名した。

次に第3因子は，夫の子育てへの協力や理解，夫の世話と子育ての負担，育児方針の食い違い，夫の小言や夫が子供好きではないこと，接する時間の短さ等に対する不満などから生じるストレスを示していると解釈した。そこでこの因子は「夫の育児態度に対する不満」と命名した。

また第4因子は，社会的な事件や現在の教育問題から我が子への影響を心配するものや住宅環境・公園・歩道等の物理的な環境への不満，子供が少なくなっている中での育児への不安などに因子負荷が高くなっていた。そこでこの因子は「育児環境の不備に対する不満」と命名した。

次の第5因子は，父母などの周囲の人との育児観の違いや非協力性，また逆に手出しされて子供を取られたような思い，あるいは他の母親の育児態度といった同性からのプレッシャー等に対する脅威を示していると解釈した。そこで「育児に対する周囲の協力や理解不足」と命名した。

次に，第6因子は，社会や行政からの配慮の低さや，社会から取り残された思い，育児に余裕のないこと，子供を預けることへの後ろめたさや心配，「母親」としての役割でしか認知されない等の「母」と「社会人」といったアイデンティティーの揺らぎから生じるストレスと解釈した。そこで，この因子は「アイデンティティーの喪失に対する脅威」と命名した。

また，第7因子は，子供の知的，言語的，運動的な成長や発達に対する不安の他，病気，体質，容姿，性格などの子供の成長に伴う不安などが示されていると解釈した。そこで，この因子は「子供の発達に対する懸念」と命名した。

さらに第8因子は，睡眠不足，疲れ，育児と家事との両立の厳しさや子供の高い活動レベルに合わせることへの困難から生じる身体的な問題として解釈した。そこでこの因子は「体力や体調の不良」と命名した。

Table 1　プロマックス回転後の因子パターンと因子間相関行列

項　　目	因子負荷量							
	1	2	3	4	5	6	7	8
自分の言うことをあまりにも聞かないと困ってしまう。	**0.74**	0.03	0.02	0.01	−0.09	−0.02	−0.01	0.07
暴れて動き回ったり，いたずらされると困ってしまう。	**0.73**	−0.14	−0.07	−0.01	0.01	0.05	−0.01	0.19
駄々をこねられて困ってしまうことが多い。	**0.66**	0.12	0.00	−0.04	−0.11	−0.06	0.01	0.15
誰かと喧嘩してなかなかやめてくれないと困ってしまう。	**0.63**	−0.04	0.00	−0.13	0.07	−0.01	0.01	0.12
何度しかっても言い聞かせても子供がわかってくれないことが多い。	**0.62**	0.15	0.02	−0.03	−0.06	0.04	0.05	−0.06
きちんと食事をとらないと困ってしまう。	**0.61**	−0.14	−0.02	−0.02	0.01	0.02	−0.03	0.17
子供の機嫌が悪くなると困ってしまう。	**0.60**	−0.04	−0.01	0.04	0.03	0.03	−0.03	0.26
子供があまりにも思いどおりにならない。	**0.58**	0.21	0.09	−0.02	−0.15	0.01	0.12	0.02
ものを散らかして片づけないと困ってしまう。	**0.56**	0.08	−0.01	0.02	−0.09	−0.11	−0.03	0.05
子供をしつけたつもりなのに，身についていなくて困ってしまう。	**0.55**	0.15	0.10	0.04	−0.15	−0.10	0.15	−0.10
なかなか寝つかないと困ってしまう。	**0.51**	−0.19	0.00	0.07	0.04	0.01	−0.09	0.42
子供に泣かれて困ることが多い。	**0.51**	0.12	−0.05	−0.11	−0.06	−0.02	−0.04	0.41

項　　目	因子負荷量							
	1	2	3	4	5	6	7	8
飲食，トイレや着替えなどの身の回りの事が上手にできないので困ってしまう。	0.50	−0.10	0.01	0.03	0.08	0.07	0.09	0.08
子供に憎まれたり腹を立てられたりするのがとても辛い。	0.50	0.06	−0.02	0.06	0.21	001	−0.13	−0.02
いつまで自分の言うことを聞いてくれるかが気がかりだ。	0.49	0.10	0.01	0.05	0.11	0.06	−0.03	−0.05
他の子に怪我をさせそうで心配だ。	0.47	0.02	−0.05	−0.02	0.13	0.02	0.01	0.00
子供が同じ事を何度も聞いてくると困ってしまう。	0.46	0.27	0.05	−0.14	−0.02	−0.02	−0.01	0.02
近所の人に子供の声がうるさいといわれないか心配である。	0.43	−0.04	−0.08	0.05	0.17	0.03	0.02	0.03
子供が親離れしていくと思うととても辛くなる。	0.42	−0.24	0.02	0.14	0.27	0.01	−0.13	−0.08
子供の物事や食べ物への好き嫌いが気がかりである。	0.41	−0.07	0.04	0.00	−0.05	0.03	0.31	−0.11
育児について期待していたことと現実との間にギャップを感じてしまうことが多い。	0.35	0.26	0.06	0.12	0.08	0.01	0.02	−0.01
子供に無視されてとても辛いことがある。	0.30	0.13	−0.01	−0.09	0.28	0.09	0.03	−0.09
専門職の人の忠告や育児書を読むと不安になる。	0.28	0.13	−0.08	0.16	0.10	0.12	0.12	−0.01
子供が病気したり異常が見られたりしたとき，どうしていいかわからない。	0.28	0.06	−0.05	0.08	0.11	0.07	0.18	0.13
体力的に子供の活動に合わせきれない。	0.28	0.21	0.06	−0.16	−0.12	−0.01	0.16	0.27
自分の食べ物の好き嫌いが子供に影響しないかと気がかりだ。	0.25	−0.07	0.04	0.18	0.17	−0.03	−0.03	−0.01
育児が自分には向いていないのではと思うことがある。	0.13	0.65	−0.03	0.05	−0.05	−0.06	−0.03	−0.02
自分が短気で子供が悪くないのに怒ってしまう。	0.20	0.62	−0.11	0.03	−0.07	−0.11	−0.10	−0.12
子育ての毎日同じ事の繰り返しに嫌気が差している。	−0.05	0.59	0.01	0.10	0.06	0.11	−0.09	0.15
子育ては大変だけれど楽しいと思える。	0.09	−0.59	0.00	0.38	0.01	−0.06	0.04	−0.06
精神的に不安定な状態のまま育児している。	−0.01	0.55	0.03	−0.15	0.05	0.01	0.18	0.24
感情が高ぶって思わず叩いてしまうときがある。	0.21	0.54	0.05	0.00	−0.12	−0.07	−0.07	−0.15
子供の気持ちを察するのが苦手な方だと思う。	0.20	0.54	0.00	0.02	0.04	−0.05	0.00	−0.05
子育てで疲れて感情がとげとげしている自分がいやになる。	0.16	0.53	−0.07	0.12	−0.11	0.02	−0.07	0.15
子供にどう接していいか分からない。	0.24	0.51	−0.02	−0.03	0.20	−0.02	0.03	−0.11
困ったことはその都度解決するようにしている。	0.00	−0.50	−0.05	0.35	−0.07	−0.04	0.02	0.06
育児のことを考えると，漠然とした不安を覚える。	0.12	0.50	0.00	0.24	0.05	0.05	0.03	−0.12
私の気持ちの切り替えが早いほうだ。	−0.08	−0.48	−0.01	0.25	−0.05	−0.09	0.09	0.01
子育てをしているうちに他人の気持ちを察せない人間になっていく気がする。	0.03	0.47	0.01	0.07	0.23	0.04	0.00	−0.07
育児の問題を直視せず逃げる自分を責めてしまう。	0.30	0.47	−0.06	−0.10	0.31	0.01	−0.11	−0.16
子育てについての良き相談者がいない。	−0.13	0.47	−0.08	−0.12	0.43	0.02	0.08	0.09
自分の育児が正しいかどうか自信がなくて不安になる。	0.24	0.46	−0.07	0.14	0.03	−0.03	0.00	−0.10
子供の世話で自分の自由がきかないのがとても辛い。	−0.03	0.45	−0.02	0.29	−015	0.00	−0.04	0.28
子供に愚痴をこぼしてしまう自分が情けない。	0.20	0.04	0.44	−0.03	0.22	−0.06	−0.09	−0.08
子供に愛情がうすれてきた。	0.13	0.44	0.03	−0.27	0.24	0.03	−0.05	0.03
子育てのために，外出を控えなければならないのがとても辛い。	−0.16	0.42	−0.09	0.31	0.01	0.07	−0.05	0.18
育児の先行きを考えて不安になることがある。	0.11	0.41	−0.03	0.06	−0.09	0.01	0.20	0.04
子供を育てて当たり前と思われるとむなしくなる。	0.14	0.39	0.03	0.26	−0.03	0.07	−0.13	0.08
子育てに手を抜いて，楽をしようとする自分を責めることがある。	0.23	0.31	0.00	0.12	0.14	−0.06	−0.06	−0.08
夫に満足している。	0.11	−0.29	−0.12	0.08	−0.09	0.07	−0.08	0.15
私はあきらめが早いほうだ。	0.05	−0.26	0.04	0.11	−0.11	−0.06	0.10	0.02
夫が子育てに協力的でない。	−0.01	−0.04	0.86	−0.09	0.00	−0.01	−0.03	0.03
夫は子供よりも自分の生活を中心に考えている。	0.02	−0.05	0.82	0.06	0.02	0.01	−0.10	−0.02
夫が私の育児生活の苦労を理解してくれない。	−0.02	0.06	0.80	0.00	−0.04	0.04	−0.04	0.09
夫は家事に非協力的である。	−0.01	−0.10	0.76	0.08	−0.11	0.05	−0.06	0.03
夫の子育ては不完全で，かえって迷惑なことをする。	−0.10	0.01	0.76	−0.01	0.08	0.04	0.06	−0.02
夫の世話に手がかかりすぎて子育ての邪魔になっている。	0.00	−0.09	0.67	0.06	0.06	−0.05	0.00	0.03
夫と子育ての教育方針において食い違いがある。	0.00	0.11	0.64	−0.06	0.01	0.05	−0.02	0.01
夫は子供好きではない。	0.03	0.01	0.62	−0.09	0.04	−0.01	−0.02	−0.06
子育てのことで夫に小言や批判めいたことを言われる。	0.00	0.14	0.58	−0.02	0.02	−0.01	0.00	−0.03
夫は仕事で忙しすぎて子供に関わる時間が少なすぎる。	0.00	−0.15	0.57	0.06	0.01	0.04	−0.04	0.11
夫は私を「母親」としてしか見てくれないのが辛い。	0.08	0.04	0.54	−0.01	0.09	0.02	0.02	0.03
子育てと家事との両立に周囲の理解がない。	−0.04	0.07	0.33	0.24	0.21	−0.04	0.09	0.02
教育環境が不備なので子供のゆく末に不安をもつ。	0.10	−0.20	0.00	0.61	0.05	−0.04	0.04	0.02
いつ不可解な事件や犯罪に，子供が巻き込まれるか心配である。	0.04	−0.34	0.05	0.59	−0.01	0.08	−0.03	−0.16
助成金などの育児のために金銭的配慮がもっと必要だ。	0.09	−0.02	0.01	0.59	−0.17	0.00	−0.03	−0.16
今後，子育てに充てられる家計が不足しそうで不安だ。	0.11	−0.04	0.06	0.57	−0.02	−0.04	0.04	−0.20
こちらの都合や条件に合うような託児所がたりない。	−0.04	−0.18	−0.03	0.57	0.05	0.02	0.03	0.10
子育ての本質をあまり理解していない政策になっていると思う。	0.05	−0.07	0.05	0.53	0.02	−0.09	−0.02	−0.01
住んでいる街は小さい子連れに不便な環境だと感じる。	−0.08	−0.17	−0.03	0.15	0.20	−0.09	−0.03	0.14
雨の日，晴れの日の遊び場，遊具がないので不満である。	0.01	−0.16	−0.12	0.51	0.20	0.01	−0.04	0.12
子供に対するいろいろな環境汚染の影響がこわい。	0.12	−0.29	−0.04	0.49	−0.13	0.04	0.02	−0.02
きちんとしつけていない周辺の子の悪い環境を受けそうで気がかりだ。	0.07	−0.18	0.00	0.49	0.16	0.06	0.06	0.03
子育てに充てる家計が不足している。	0.01	0.10	0.04	0.45	0.01	−0.02	0.09	−0.18
子育てについても，もっと大人と接する機会がほしい。	−0.15	0.34	−0.05	0.41	0.02	0.11	−0.06	0.01

項　　目	因子負荷量							
	1	2	3	4	5	6	7	8
子育てしながらでも社会に出て活動できる余裕がほしい。	−0.15	0.16	0.04	0.38	−0.05	0.11	−0.02	0.03
子育てから開放されて息抜きできる時間が少なすぎる。	−0.13	0.28	0.04	0.37	−0.10	0.06	−0.05	0.34
子供の世話で他のやりたいことができない。	−0.08	0.22	0.01	0.37	−0.14	0.01	0.01	0.34
子育てに余裕ができる頃に，自分がやりたいことやできることを考えると気がかりだ。	0.02	0.30	0.00	0.36	0.07	0.11	−0.04	−0.07
お年寄りは子育てにもっと協力してほしい。	−0.04	−0.01	0.03	0.36	0.26	−0.05	0.06	0.00
子どもを気軽に預けるところがない。	−0.21	−0.11	0.00	0.33	0.28	0.07	0.11	0.20
近所に子供が少ない。	−0.18	−0.02	−0.10	0.30	0.20	−0.05	−0.07	010
住まいが狭すぎる。	0.00	−0.10	0.05	0.29	0.06	0.06	0.03	−0.01
他の労働の負担を減らしてもっと育児に時間をかけたい。	0.07	0.01	0.09	0.26	0.03	−0.22	0.10	0.03
父母から子育ての助言がなく一緒に悩んでしまう。	0.07	0.11	0.01	−0.11	0.59	0.06	0.02	−0.01
子育てに関する昔ながらの地域や家の慣習を押しつけてくる。	0.04	−0.09	−0.02	0.13	0.57	−0.05	0.02	0.00
完全な子育てをすべきだという周囲からのプレッシャーをきつく感じる。	0.10	0.13	0.03	0.17	0.49	−0.07	−0.14	−0.02
父母にばかり子供がなついて自分はないがしろにされている気がする。	0.20	0.15	−0.05	−0.10	0.49	0.05	−006	−0.07
父母が■うるさく手を出して自分のペースで子育てができない。	0.03	0.04	0.06	0.10	0.48	−0.05	−0.05	−0.09
子育てを既に終えた周囲の女性の厳しい要求やプレッシャーを感じる。	0.12	0.03	0.01	0.11	0.46	−0.14	−0.05	−0.01
子育ての愚痴を聞いてくれる相手がいない。	−0.16	0.39	−0.04	−0.16	0.45	0.00	0.09	0.11
父母との間で子供の奪い合いになることがある。	0.09	0.02	0.11	−0.03	0.45	0.09	0.03	0.02
周囲に知人がいない中で子育てをすることが不安である。	−0.16	−0.01	0.09	0.20	0.44	−0.05	0.04	0.25
父母が子育てに協力的でない。	−0.09	−0.03	0.19	−0.03	0.44	−0.04	0.18	0.05
父母の忠告によって子育てに対する迷いが生じることがある。	0.08	0.03	0.07	0.20	0.39	−004	−0.07	−0.04
同じような境遇の知人が周囲にいない。	−0.16	0.23	−0.06	0.00	0.37	−0.08	0.10	−0.10
家の中で子供が騒いだり友達と遊ぶことを家族にいやがられる。	0.09	0.08	0.09	0.00	0.29	−0.17	0.10	−0.06
ついでとばかりに，やたらと他人の子供の世話までまわされて困ってしまう。	0.15	−0.15	0.01	−0.02	0.28	−0.05	0.03	0.09
子育てを手伝ってくれる人がいない。	−0.15	0.01	0.11	0.01	0.23	0.02	0.23	0.22
就労している母親に対する社会や行政の配慮が足りない。	−0.03	0.03	0.02	0.13	−0.02	−0.09	−0.06	−0.04
いつか子育てに余裕ができる頃に就職できるかが不安だ。	0.03	0.05	0.02	0.08	−0.02	0.86	0.02	0.00
子育てに専念しているために社会から取り残された気持ちになる。	0.00	0.12	0.09	0.04	−0.01	0.84	−0.01	0.04
子育てしながらでは就職できるところがないので困っている。	0.07	0.01	0.03	0.11	0.00	0.81	0.01	0.02
周囲の人に子供の母親としてしか見てもらえないのが辛い。	0.04	0.09	0.08	0.03	0.03	0.79	−0.04	0.05
子供を預けることにうしろめたさを感じる。	0.04	0.04	0.03	−0.05	0.12	−0.77	−0.05	0.08
子供を保育所や他人に預けなければならないのが心配だ。	0.07	0.00	0.01	0.01	0.13	−0.73	−0.03	0.04
家事や仕事が忙しすぎて育児に余裕がない。	−0.02	0.28	0.08	0.01	−0.08	−0.34	0.14	0.27
子供の知的能力に気がかりがある。	0.05	−0.05	−0.09	−0.01	0.00	0.07	0.83	−0.05
子供の言語能力に気がかりがある。	0.00	−0.07	−0.09	0.08	−0.02	0.05	0.76	−0.09
子供の運動能力に気がかりがある。	−0.06	0.03	−0.03	−0.08	0.04	0.08	0.72	−0.12
子供に持病や障害がある，あるいは病気がちである。	−0.03	−0.12	0.04	−0.02	0.02	−0.04	0.58	0.08
子供の体の体質に気がかりがある。	0.07	−0.21	0.04	0.14	−0.08	−0.07	0.55	0.03
子供の顔つきや容姿容貌に気がかりがある。	0.09	−0.05	−0.06	−0.07	0.15	−0.01	0.55	0.08
子供の性格に気がかりがある。	0.33	0.01	0.01	0.13	−0.09	0.02	0.48	−0.13
同じ年頃の子供の様子を知って我が子が劣っているのではと不安に思う。	0.27	0.04	−0.04	0.17	0.08	0.08	0.34	−0.14
子育てするには障害となる持病や身体に不自由がある。	0.09	−0.07	−0.03	−0.19	0.17	0.03	0.27	0.24
子供の人見知りが困る。	0.16	0.01	0.01	0.04	0.05	0.02	0.26	−0.01
次の子を妊娠中で不安定な状態のまま育児している。	0.13	−0.10	−0.04	−0.09	0.08	0.01	0.19	0.09
育児のために睡眠不足の日々が続いている。	0.08	−0.12	0.05	−0.04	0.03	0.00	−0.03	0.73
夜間，育児のために何度も起きなければならなくて困っている。	0.20	−0.16	−0.01	0.01	0.11	0.00	−0.08	0.64
育児で身体の疲れが溜まっている。	0.11	0.17	0.33	−0.03	−0.10	0.03	−0.03	0.64
疲れていてもおんぶや抱っこをしてやらねばならないことが多い。	0.34	−0.14	−0.04	0.13	0.08	0.02	−0.08	0.44
出産してから体調が整わない中で育児している。	0.08	0.00	0.10	−0.08	0.08	−0.01	0.07	0.44
他の労働と育児とのリズムがうまくとれないでいる。	0.04	0.22	0.05	0.01	−0.06	−0.20	0.22	0.27
第1因子：子供に対するコントロール不可能感								
第2因子：育児への苦手意識	0.59							
第3因子：夫の育児態度に対する不満	0.29	0.43						
第4因子：育児環境不備に対する不満	0.47	0.61	0.39					
第5因子：周囲の人々への協力や理解不足	0.37	0.44	0.35	0.40				
第6因子：アイデンティティー喪失への脅威	−0.01	0.05	0.13	0.13	0.07			
第7因子：子供の発達に対する懸念	0.48	0.48	0.21	0.37	0.32	−0.09		
第8因子：体力・体調の不良	0.25	0.42	0.29	0.47	0.29	0.13	031	

累積寄与率＝39%　N＝523

2．育児状況とストレスとの関係

対象者が置かれている育児状況の違いが，上記で見いだされた育児ストレスにどのように関係しているかを分散分析によって検討した。牧野[1)2)]によると，専業主婦・核家族・2歳未満の子供を持つ母親に育児不安が高くみられており，こうした要因は複雑に関係していると考えられることから本研究ではさらに母親の就労状況，家族形態，子供数，本人の年齢および末子の年齢の5要因から2次元の組み合わせを作って要因とし，また，8因子のそれぞれの因子得点を求めて従属変数とした。なお，欠損データは除外した。

脚注）本研究の有意差検定は因子分析結果の正当さを前提にして行っている。つまり，因子的真実性の原理に従うものであり，この研究の段階では，各因子を測定する下位尺度として十分に信頼性及び妥当性が確保できるように標準化されていないため，各因子に寄与する項目を選択して合計するという手法は用いていない。

1）第1因子「子供に対するコントロール不可能感」に影響する要因

子供数と末子の年齢の2要因に交互作用が認められた（$F=2.62$, $df=4/505$, $P<.05$），また，子供数と育児者の年齢の2要因にも交互作用が認められた（$F=3.945$, $df=4/505$, $P<.05$）。

この結果をFig. 1に示した平均値から解釈すると，子供に対するコントロール不可能感は，単純に子供の人数が増加するにつれて高まるのではなく，むしろ子供が一人の場合の方が2，3人の場合よりも低くなっている。また，子供が2，3人になると末子の年齢によって異なっており，3歳未満が2人以上いる場合特に，末子が0歳の時不可能感が高い。また，Fig. 2に示したように，本人の年齢が30歳未満の比較的若い人は子供の人数増加と対応してこのストレスは高まるが，30歳以上の母親では，逆に低まる傾向にあることがわかる。

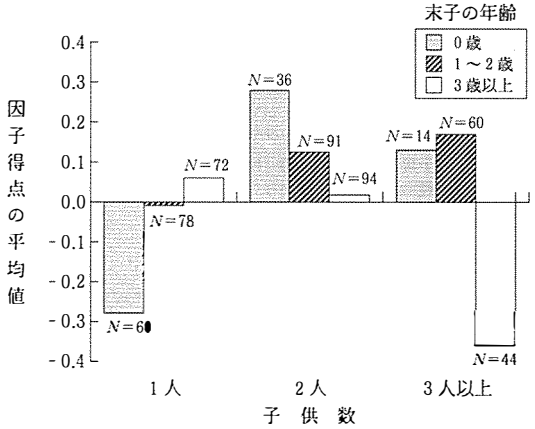


Fig. 1　子供に対するコントロール不可能感に影響する要因：子供数×末子の年齢

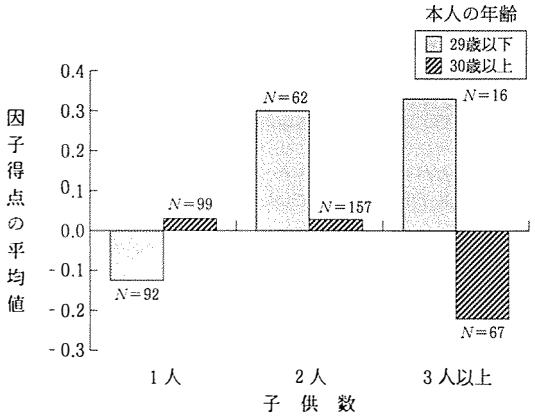


Fig. 2　子供に対するコントロール不可能感に影響する要因：子供数×本人の年齢

2）第2因子「育児への苦手意識」に影響する要因

子供数に主効果（$F=4.41$, $df=2/487$, $P<.05$），子供数と育児者の年齢の2要因に交互作用が認められた。また，就労状況と育児者の年齢の2要因にも交互作用が認められた（$F=4.62$, $df=2/456$, $P<.01$）。

この結果をFig. 3に示した平均値から解釈すると，まず育児への苦手意識は子供数が増えるに従って高まることがわかる。また，特にその傾向が比較的年齢の若い30歳未満の母親に顕著であることがわかる。またさらに，Fig. 4からわかるように，

育児への苦手意識は就労状況の違いと単純には関係しないが，母親の年齢が比較的若い場合に関係し，パートタイムで家庭外の労働をしている人に育児に苦手意識を抱いている人の多いことが示された。このことは苦手意識がある人がパートに出ているとも考えられる。

3）第3因子「夫の育児態度に対する不満」に影響する要因

就労状況の要因に主効果（$F=6.61$，$df=2/472$，$P<.001$），また家族形態の要因に主効果（$F=12.87$，$df=1/472$，$P<.001$）ならびに2要因の交互作用が認められた（$F=9.58$，$df=2/472$，$P<.001$）。また、育児者の年齢と子供数の2要因に交互作用が認められた（$F=3.84$，$df=2/487$，$P<.05$）。

これらの効果をFig. 5に示した平均値から解釈すると，専業主婦のように家庭内労働の占める割合が高いほど，このストレスが強いといえる。また核家族の方が複合家族よりもこのストレスが強いこともわかる。またさらに，特に専業主婦においてこのストレスが特に問題となっていることが示唆される。また，Fig. 6に示したように，このストレスは，3人以上の子供数を抱える比較的若いと見なせる30歳未満の母親に際だって高い状況

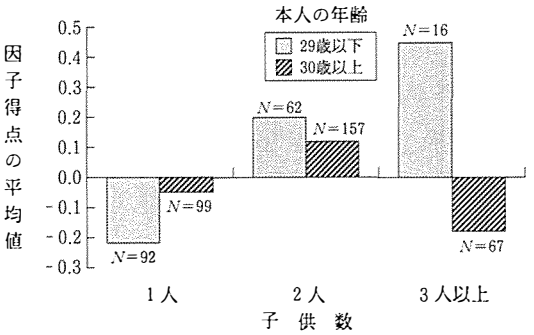


Fig. 3　育児への苦手意識に影響する要因：子供数×本人の年齢

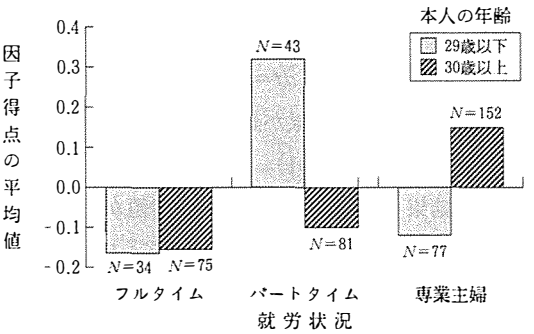


Fig. 4　育児への苦手意識に影響する要因：就労状況×本人の年齢

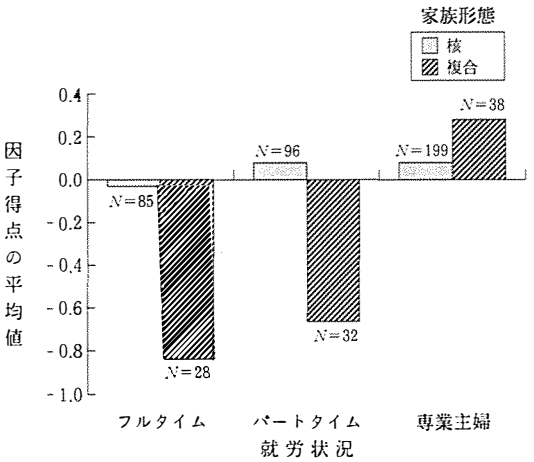


Fig. 5　夫の育児態度の不満に影響する要因：就労状況×家族形態

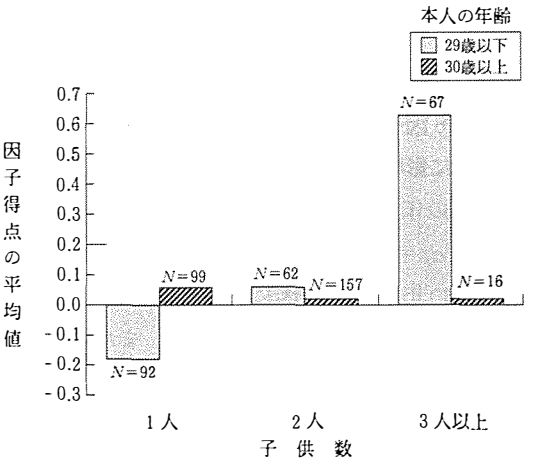


Fig. 6　夫の育児態度の不満に影響する要因：本人の年齢×子供数

にあることがうかがえる。

4）第4因子「育児環境の不備に対する不満」に影響する要因

末子の年齢の要因（F=4.94, df= 2 ／473, P<.005），および就労状況の要因に主効果が認められた（F=5.37, df= 2 ／473, P<.005）。

この結果をFig. 7に示した平均値から解釈すると，育児環境の不備に対する不満は，末子の年齢が低くなるにつれて高いことがわかる。そして就労状況では，専業主婦にこの育児ストレスに対する反応が高いことがわかる。

5）第5因子「周囲の人々への協力や理解不足」に影響する要因

育児者の年齢と子供数の2要因に交互作用が認められた（F=3.68, df= 2 ／487, P<.05）。また末子の年齢に主効果が認められた（F=14.95, df= 4 ／487, P<.001）。

この結果をFig. 8に示した平均値から解釈すると，周囲の人々への協力に対する不満は，母親の年齢が比較的高い30歳以上では子供数が2人以上の場合よりも1人の方が周囲の人々への協力や理解不足は高いことがわかる。一方，母親の年齢が29歳以下では，このストレスは子供2人の場合にもっとも高いことがわかる。またFig. 9に示したように，末子の年齢が低いほど周囲の人々への協力や理解不足が高いことがわかる。

6）第6因子「アイデンティティー喪失に対する脅威」に影響する要因

末子の年齢の要因に主効果が認められ（F=22.65, df= 2 ／489, P<.001），また末子の年齢と本人の年齢の2要因に交互作用が認められた（F=4.34, df= 2 ／489, P<.01）。また就労状況の要因にも主効果が認められた（F=1654.11, df= 2 ／489, P<.001）。

この結果をFig.10に示した平均値から解釈すると，アイデンティティー喪失に対する脅威は，末子の年齢が低いほど強く，特に29歳以下といっ

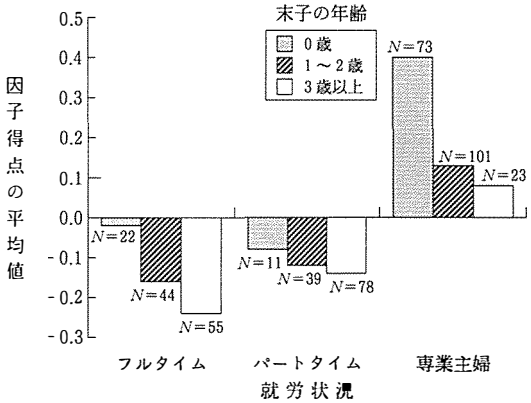


Fig. 7　育児環境不備の不満に影響する要因：末子の年齢×就労状況

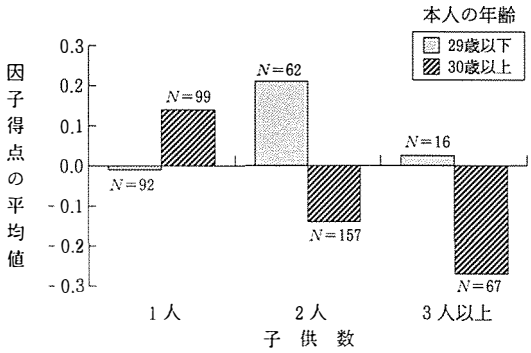


Fig. 8　周囲の人々への協力や理解不足に影響する要因：本人の年齢×子供数

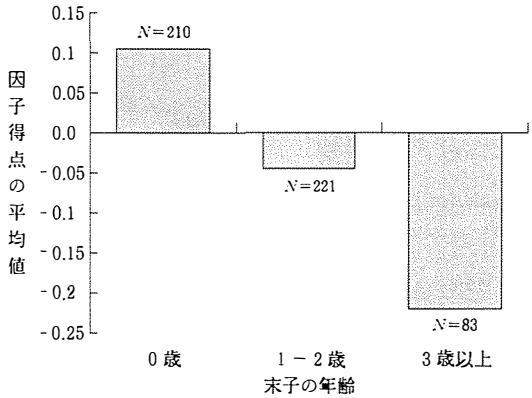


Fig. 9　周囲の人々への協力や理解不足に影響する要因：末子の年齢

た比較的若い母親に，このストレスの傾向が強く見られることがわかる。またFig.11に示したように，専業主婦は，フルタイムやパートタイムといった家庭外就労者に比べて，この育児ストレスが高いことがわかる。

7）第7因子「子供の発達に対する懸念」に影響する要因

いかなる要因の主効果および交互作用も認められなかった。このことから，このストレスは，育児において比較的社会状況に左右されない一般的なものであると示唆される。

8）第8因子「体力・体調の不良」に影響する要因

就労状況の主効果（$F=9.3$，$df=2/456$，$P<.001$），子供数の主効果（$F=4.58$，$df=2/487$，$P<.01$），および末子の年齢の要因に主効果が認められた（$F=31.34$，$df=2/505$，$P<.001$）。

この効果をFig.12に示した平均値から解釈すると，専業主婦，子供が1人，末子の年齢が低いほど体力不足・体調不良を訴えていることがわかる。

Ⅳ．考　　察

1）育児ストレスの構造

本研究での因子分析結果を日下部[21]，吉田ら[27]の報告と比較してみると，子供に対するコントロール不可能感（第1因子）は，日下部の抽出した「子供の聞き分けのないこと」や「子供の食行動における問題」という因子を包括すると考えられる。また育児への苦手意識（第2因子）は，吉田らの見いだした「自信欠如と自責」の因子，日下部の「子供への対応・しつけがわからないこと」因子に対応していると思われる。そして夫への育児態度に対する不満（第3因子）は，日下部の「夫の理解・非協力的態度」因子と一致する結果といえる。さらに育児環境の不備に対する不満

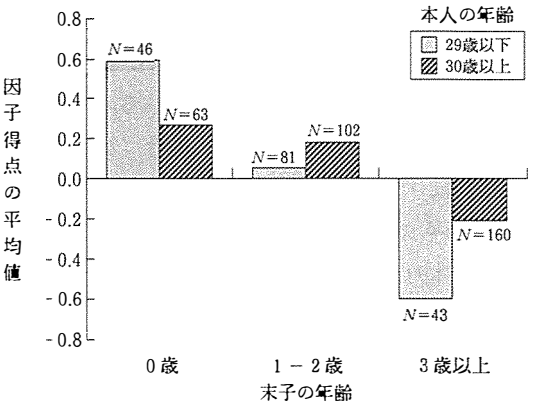


Fig. 10　アイデンティティ喪失への脅威に影響する要因：末子の年齢×本人の年齢

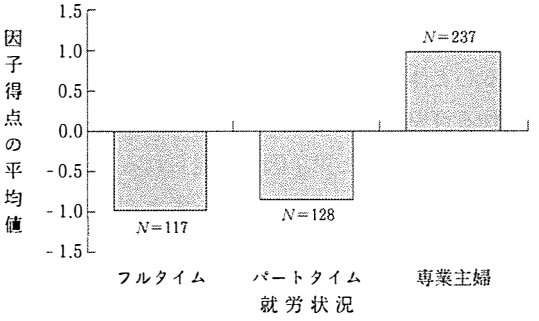


Fig. 11　アイデンティティ喪失への脅威に影響する要因：就労状況

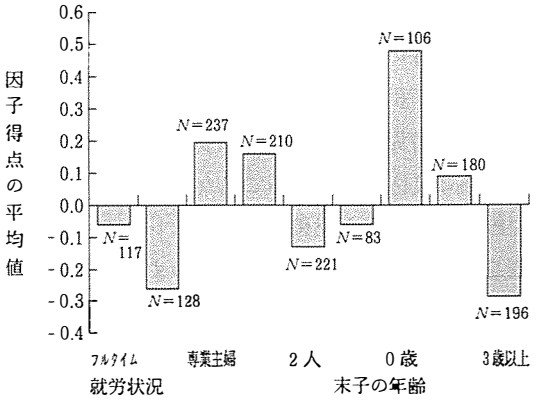


Fig. 12　体力不足・体調不良に影響する要因：就労状況，子供数，末子の年齢

（第4因子）や周囲の人々への協力や理解不足（第5因子）は，日下部の「一人きりで子育てしていること」を含む因子と考えられる。またさらにアイデンティティー喪失への懸念（第6因子）は，やはり吉田らの「社会的孤立感」，日下部の「社会からの独立」に一致する因子と思われる。そして体力・体調の不良（第8因子）は，吉田らの示す「疲労感」と関連する因子であると考えられる。以上の検討から，本研究で見いだした育児ストレス構造は，これらの先行研究とかなり共通した因子で構成されたといえよう。

また，各因子結果を総合的に見た場合，母親の育児ストレス要因として大きく分けて3つに分けてとらえることができる。1つは第1．2．6．8因子に見られる育児している結果母親自身に生じる心と体のストレスと，第3．4．5因子に見られる育児を取り巻く人・物・社会環境との間に生じるストレスと第7因子に見られる対象である子供に生じるストレスがあると考えられた。

2）育児ストレスに影響する状況的要因

本研究では，育児者の年齢，子供数，末子の年齢，就労状況，家族形態といった社会的状況が育児ストレスにいかに関係しているかを検討した。その結果，育児者を取り囲むそれぞれの要因が，単独で，あるいは複雑に交錯しあって育児ストレスの程度に関係していることが見いだされた。それらの関係の背景の考察を試みる。

まず，子供に対するコントロール不可能感には，子供数，育児者の年齢が関係することが示された。これらの要因が関係することから推察すると，育児経験の豊かさと兄弟関係がストレスの程度に影響を与えていると考えられる。つまり，経験の豊かな人にとっては，子供数が多いという状況，すなわち，兄弟を巧く使って自己の育児ストレスを高めないようにできるのかも知れない。また末子の年齢が高まると，子供が一人の場合だと，育児者は対応が困難になるのに対して，兄弟がいると子供同士で遊んだり面倒を見たりして，育児者はストレスをいくぶん緩和できると考える。

次に育児への苦手意識では，子供数が増えることや育児者の年齢が低いことと，このストレスが高いこととが関係していた。これらのことは，若年の母親では育児経験が比較的に不足する傾向にあり、それが育児に対する自信の低さや不安ないし戸惑いとなるからと解釈できよう。またこのストレスは就労状況および育児者の年齢と関係していた。つまり，比較的若年でかつパートタイム労働をしている者は，他の就労状況と比べて強いストレスを示す傾向が高かった。これは，育児に対する苦手意識がフルタイム労働を差し控えさせているのか，またはその逆かは不明である。つまり，育児に苦手意識が強い人は多重役割の負担がさらに大きくなるフルタイムではなく，パートタイム労働を選ぶ傾向にあると考えられよう。

次に，夫の育児態度に対する不満であるが，専業主婦にこのストレスが高いことが認められた。また核家族であること，育児者の年齢が若くして子供数が多いことがこのストレスの高いことと関係した。これらは，専業主婦が一日中家庭の中で子供と過ごしていることから生じるネガティブ感情の原因を夫の非協力や不完全な育児行為に帰することで発散させようとする傾向にあるからと解釈できる。特に子供が多いとその感情は高まるし，育児経験の少ない若年の母親にとってその傾向が強まるといえよう。また，核家族では夫が支援者としてもっとも頼りにされやすいため，育児者の協力要請も高くなると考えられる。あるいはまた，別の理由として，他の労働に従事していないことが夫側の理由になって，夫からの協力を得にくい実態にあると考えられる。

また，育児環境の不備に対する不満では専業主婦に高かった。その理由は，比較的に子供との生活時間が長いため，具体的に問題を認識しやすい状況にあると考えられた。また，末子の年齢の低

い育児者にこの認知は高い。このことから，年齢の低い子供にとって住みやすい環境が整っていないことに対する不満を感じやすい状況にあると示唆される。

さらに，周囲の人々への協力や理解不足では末子の年齢が低いほど高かったことから，低年齢の子供への育児者に対する支援不足が特にストレスの高低に影響していると解釈できよう。しかし，このストレスでは，育児者の年齢が低い場合と高い場合において子供数による違いを示しており，解釈の困難な複雑な結果を示した。今後のさらなる検討が望まれる。

またさらに，アイデンティティー喪失の脅威は，末子の年齢が低い専業主婦で比較的若い母親に高い傾向が見られた。このことは，出産を境に大きく生活パターンが変化して自己概念が揺らぎ，自分の人生の先行きが不安であったり，予測が困難な状態にあったりすることが原因と考えられる。なぜなら，専業主婦は閉鎖的で孤独な空間に引きこもりやすく社会参加が少ない。

そして，子供の発達に対する懸念は，一般的なストレスであることが示唆された。つまり，この育児ストレスはかなり避けがたいものと解釈できる。

最後に，体力不足・体調不良では，専業主婦，子供1人，末子の年齢の低い方が強く訴えていた。専業主婦に高いのは，体力不足や体調不良が原因で家庭外労働を希望していても従事できないでいるとも考えられる。逆に専業主婦として子供と接する時間が長いと考えられる中で，体力体調不足を実感するとも考えられる。また子供1人および末子の年齢のことから考えると，育児の経験不足が影響したり，兄弟交流のないことが育児者の身体的拘束を厳しくさせたりして，ストレスを高めていると思われる。

V．結　　論

本研究は，Lazarus & Forkmanの心理ストレス理論を参考に，育児ストレスの検討をおこなった。すなわち，育児者である母親が育児環境をいかに認知し，評価しているかに焦点を当てた。そして，趣旨に基づいた質問紙調査を育児中の母親に実施し，因子分析による検討から育児ストレスの構造を明らかにした。このストレスには8構造が抽出された。それらは以下のとおりであった。1）子供に対するコントロール不可能感，2）育児への苦手意識，3）夫の育児態度に対する不満，4）育児環境の不備に対する不満，5）周囲の人々への協力や理解不足，6）アイデンティティー喪失に対する脅威，7）子供の発達に対する懸念，8）体力・体調の不良が見いだされた。また，その構造にしたがって，各育児ストレスがいかなる社会状況と関連しているかを検討した。子供数，就労状況，家族形態，育児者や末子の年齢といった要因との関係が見いだされた。

因子分析を行うに際し，欠損値を3として扱ったことには問題がないとは言えないが，因子得点の算出上，欠損値を含むデータを省くことは，かなりのデータを損失することになり，分散分析に支障を来すため，やむを得ない措置であった。よって，結論の一般化には，今後さらなる検討が望まれよう。

VI．参考引用文献

1．牧野カツ子：乳幼児をもつ母親の生活と育児不安，家庭教育研究所紀要No. 3，1981
2．牧野カツ子：働く母親と育児不安，家庭教育研究所紀要No. 4，1981
3．松浦賢長他：4か月児をもつ母親の育児上の心配事に関する研究，母性衛生30(1)，pp.51－55，1989
4．松浦賢長他：10か月児を持つ母親の育児上の心配事とその対応－4か月児時点との比較・継

続調査を通して－母性衛生，30(1)，pp.56－61，1989

5．鈴木さち子他：母親が持つ育児上の心配事とその対応－4か月・10か月1歳半時点の継続調査を通して－母性衛生，32(3)，pp.280－284，1991

6．鈴木淑子：3か月児を持つ母親の育児不安について，小児保健研究，38(6)，pp.493－499，1980

7．福島道子他：母親の育児に対する社会的支援－都市的地域と農村的地域の比較から－小児保健研究，50(5)，pp.602－606，1991

8．飯島久美子：母親に対する育児に関するアンケート調査から－母親の就労，夫の協力，祖父母同居との関わりと母親の意識－小児保健研究，50(1)，pp.16－19，1991

9．外間登美子他：育児に関する実態調査成績－1か月児の母親のアンケート調査より－2か月児の母親のアンケート調査より－小児保健研究，54(3)，pp.411－414，pp.469－472，1995

10．猪野郁子：母親の育児の悩みと育児感情との関係－松江市在住の幼児を持つ両親の調査から－小児保健研究，44(4)，pp.473－477，1995

11．大日向雅美：最近の子供を愛せない母親の研究から見えてくるもの，家族研究年報，No.3，1995

12．大日向雅美：子供を愛せない母親に関する研究，東京財団女性事業次報報告，pp.86－87，1993

13．大日向雅美：育児に伴う母親の不安，小児看護，12(4)，pp.415－420，1989

14．Sandra Scarr And Marlene Eisenberg CHILD CARE RESEARCH: Lssues, Perspectives, and Results Annual. Rev. Psycho. pp. 613－441，1993

15．CHERYL TATANO BECK: A Meta-Analysis of Predicors of Postpartum Depression NURSING RESEARCH 45(5)，(SEPT／OCT)，pp.297－303，1996

16．Susan A. Esdaile: A Play-focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers The American Journal of Occupational Therapy 50(2)（Februray)，pp.113－123，1996

17．加藤道代他：宮城県大和町における0歳児を持つ母親の育児ストレスに関わる要因の検討，小児保健研究，57(3)，pp.433－440，1998

18．池亀卯女：母親たちの育児不安，保健婦雑誌，44(8)，pp.708－713，1998

19．立木茂雄他：関西学院大学社会学部　母親の説明スタイルと育児ストレスとの関係，1999. http://www-soc.kwansei.ac.jp/tatski/seminar2/sotsuron/honbun/1htm

20．奈良間美保他5名：日本版Parenting Stress Index（PSI）の信頼性・妥当性の検討，小児保健研究，58(5)，pp.610－616，1999

21．日下部典子他1名：育児に関わるストレッサーの構造に関する検討，ヒューマンサイエンスリサーチ，VOL8，pp.27－39，1999

22．吉田他5名：育児ストレス感尺度の作成－育児ストレスとプライベート空間機能(1)－，日本心理学会第63■大会発表論文集，pp.709，1999

23．リチャードラザルス他著：本明寛他訳，ストレスの心理学，実務教育出版，1996

24．石原邦夫他編：生活ストレスとは何かその理論と方法，垣内出版株式会社，pp.9－224，1985

25．西田公昭他1名：母親の育児ストレス研究(1)情動別ストレスの検討，日本看護研究学会誌22(3)，pp.303，1999

26．清水嘉子他1名：母親の育児ストレス研究(2)育児事情の検討，日本看護研究学会誌22(3)，pp.304，1999

（平成12年8月14日受付）

Abstract

This study analyzed the structure of childcare stress by means of questionnaire surveys. It examined the relationships between the structures and the caregivers social situations for childcare. In this study, by means of open questionnaire survey, 169 mothers were asked about situations in which they experienced negative feelings in childcare. By means of a rating scale based of the first survey, 523 mothers were asked how much they experienced childcare stresses.

Factor analysis showed that 8 structures of stress were found by using and named as follows; 1) Uncontrollable feelings for a child, 2) Negative attitudes to ward childcare, 3) Dissatisfied of husbands childcare, 4) Cognition of insufficient childcare environment, 5) Demands for childcare support, 6) Threat of self identity loss, 7) Apprehension for child development, 8) Poor physical condition Result showed that the factor scores were concerned with caregivers social situations, such as numbers of children, job style, family style, age of the youngest child, and mothers ages.

－原　著－

抗HIV薬の服薬アドヒアランスに関する研究

Adherence of Antiretroviral Combination Therapy

野々山　未希子
Mikiko Nonoyama

キーワード：HIV感染症，抗HIV療法，アドヒアランス
HIV, antiretroviral therapy, adherence

Ⅰ．緒　　言

HIV（human immunodeficiency virus）感染症は，HIVが生体の免疫機構の中心的役割をなすCD4陽性Tリンパ球（以下CD4）に侵入し，破壊することで，免疫機能低下をきたす進行性のウイルス疾患である。1981年に世界で最初のAIDS（acquired immunodeficiency syndrome）患者が報告され[1]，1985年に最初の抗HIV薬が発見された[2]。本邦でも1987年に最初の抗HIV薬が承認されたものの，この薬は一時的にHIV感染症の進行を抑制するだけで根治的作用はなく，感染から平均10年前後で死に至る「進行性致死性疾患」と定義されていた。

1997年以降，より強力な抗HIV薬であるプロテアーゼ阻害剤が開発・承認され，現在では数種類の抗HIV薬を組み合わせて使用する多剤併用療法が治療の主流となっている[3)4)]。さらにHIV／AIDSの基礎医学的解明の進歩や血中ウイルス量測定方法の確立，抗HIV薬耐性検査の開発などにより，HIV感染症患者の予後は飛躍的に改善し，「進行性難治性疾患」と定義されるようになってきている。

しかし，AIDS発症を遅らせることが可能となったとはいえ，未だHIV感染症を完治することはできない。現在では，血中ウイルス量によりHIV感染症の進行を予測できることがわかっており[5]，抗HIV薬を服用して血中ウイルス量をコントロールすることで，病気の進行を抑制することが治療の中心である。HIV感染症の治療は，単剤治療や2剤併用療法に比べ，新規薬剤であるプロテアーゼ阻害剤を含む3剤以上の薬剤による多剤併用療法の効果が高い[3)4)]が，その治療効果は服薬状況により大きく左右される[6)7)]。抗HIV薬は血中濃度が安定していないと早期に薬剤耐性を獲得しやすい性質を持つことから，内服量，回数，時間ともに正確な服薬が求められ，ウイルス学的な治療効果を継続するためには，91%以上の確実な服薬が必要である[6)7)]。

抗HIV薬は，一生継続して内服していくことが必要であり，予後が改善されたことは服薬期間が長期化されることにもなる。抗HIV薬は副作用を伴いやすく，服薬が長期化することで治療中断を希望する患者も出てくる。近年多剤併用療法が主流となり，抗HIV薬の服薬が複雑化したこ

国立国際医療センター　エイズ治療・研究開発センター　AIDS Clinical Center, International Medical Center of JAPAN

とや，薬剤耐性検査の開発により，HIV／AIDS医療の領域でも服薬アドヒアランスが重視されるようになった。服薬アドヒアランスが予後を左右することからも，患者は長期間にわたって継続的に高い服薬アドヒアランスを維持しなくてはならない。患者が良好な治療を継続できるように援助することは，看護者として重要な役割であり，そのためには患者が服薬アドヒアランスを維持できない理由を知らなくてはならない。海外からは，Mehta[8]やGerald[9]による抗HIV薬の服薬アドヒアランスに影響する要因の報告もされている。看護者として長期的な治療継続を支援するための適切な患者教育を行うには，本邦の患者の服薬アドヒアランスに影響する要因を把握する必要があると考える。

用語の定義

1．アドヒアランス

治療において，一般的にコンプライアンスの概念が使用されてきた。コンプライアンスとは，医療従事者が患者の健康のために必要であると考え勧めた指示に患者が応じ，それを遵守しようとすることと定義されている[8]。しかし，患者の知識・意識が向上し，インフォームドコンセントの概念も広がる中で，医療者側からの一方的な指示に従うのではなく，患者自身が治療方法を選択し，その責任の一端を担うという考え方がでてきた。1987年にStantonによってアドヒアランスの概念が医療の中で提唱され[10]，その後徐々に拡大してきている。

アドヒアランスは，患者が規定された治療計画を遵守するだけではなく，医療者とともに治療計画の検討に参加することで，患者自身の責任をも伴った概念である[8)9]。HIV感染症の領域においても，1987年頃よりアドヒアランスの概念が広がってきている。疾患や治療計画について単に説明することではなく，患者が理解できる言葉で説明しているかどうか，あるいは患者が納得して治療を選択しているかという，医療者と患者双方の責任を含めた概念として使用されている。

エイズ治療・研究開発センターでは，治療内容の決定や継続にあたり患者自身の意志や生活状況を含めて検討し，服薬継続中の患者には，継続的な評価及び指導・教育を行い，患者が主体的に治療を受けることを目標としている。本研究では，指示された服薬内容を遵守するだけではなく，治療内容を理解・納得した上で患者自身の意志と責任において行う服薬行動をアドヒアランスと定義している。

2．服薬状況

服薬中の薬剤のうち，抗HIV薬のみを対象とした服薬状況を「服薬状況」として示している。当センターでは，受診時に1ケ月毎の服薬状況について，飲み忘れの回数を確認している。患者には，服薬開始前から薬剤血中濃度や薬剤耐性についての説明を行い，服薬状況の把握の必要性を理解してから治療を開始している。さらに，毎回の検査結果を患者自身が記録することで，服薬状況とウイルス量のコントロールについての変化を自覚できるようになっている。

抗HIV薬の服薬にあたり，ウイルス学的な治療効果を期待するためには，91%以上の服薬継続が必要であると言われている[6)7]。当センターでは，91%以上の服薬が継続できない場合には，治療内容の変更も含めて患者と話し合いを行っている。また，継続的に50%以下の服薬状況である場合には，抗HIV薬の交叉耐性が起こり，未使用薬の効果が失われることが予想されるため，治療中断も検討している。従って，本研究では調査時点直前の1ケ月間の服薬状況を以下の3群に分けている。

① アドヒアランス不良

1ケ月平均の服薬状況が50%以下の状態

② アドヒアランスやや不良
1ケ月平均の服薬状況が90～51%の状態
③ アドヒアランス良好
1ケ月平均の服薬状況が91%以上の状態

Ⅱ．研究方法

1．調査期間

平成9年4月1日～平成10年6月30日

2．調査対象

当センター専門外来受診患者のうち，以下の条件を満たす患者を対象としている。

1）HIV抗体陽性であること
2）平成9年4月1日～平成10年3月31日の間の初回受診患者であること
3）初回受診後も当センター外来に受診していること

3．調査方法

1）初診時服薬状況

初診時問診票及び面接記録，医師診療記録から，当センター初診時直前の抗HIV薬服薬状況を把握する。

なお，当センターでは全患者に対し，初診時からコーディネーターと呼ばれる看護職員が服薬や生活面での指導を担当している。初診時には担当コーディネーターが問診・面接・患者教育を行う。すでに他院で服薬開始となっている場合には，この時点で聞き取った当センター受診直前の1ケ月間の服薬状況について，服薬できなかった，あるいはしなかった回数及び，その理由を確認し，記録したものを「初診時服薬状況」としている。

2）再診時服薬状況

初診時服薬状況の把握ができた患者について，面接記録及び医師診療記録から，平成10年6月30日までの最終受診時の服薬状況を把握する。外来受診時に主治医及び担当コーディネーターが行った問診の中から，前回受診時からの服薬できなかった，あるいはしなかった回数及び，その理由を抜き出し，「再診時服薬状況」としている。

3）服薬上の問題点

問診票及び，初診時及び再診時に担当コーディネーターが行った面接・指導記録，医師診療録から，HIV感染症による受診歴と受診行動，服薬歴と服薬行動，ライフスタイル，病気の受け止めに関する項目を抽出し，治療・服薬の継続を困難にする点を把握する。

Ⅲ．結　　果

1．調査対象

対象者数は255名で男性239名94%，女性16名6%である。初診時の年齢は20歳未満20名8%，20歳代97名38%，30歳代92名36%，40歳以上46名18%である。

当センター初診時の免疫状態は，日和見感染症発症のリスクの低いCD4数200／μ1以上が181名71%，日和見感染症発症予防治療を開始している200／μ1未満が70名27%，不明が4名2%である。HIV感染症の進行を予測する血中HIV-RNA量（ウイルス量）は，401コピー／ml以上が195名76%であり，治療効果良好とされる検出限界400コピー／ml以下が53名21%，不明が7名3%である。この時点でAIDSを発症していたケースは37名15%であり，未発症ケースは218名85%である。

初診時に就職していたケースは130名51%であり，無職あるいは学生が115名45%である。同居人がいるケースは148名58%であり，独居は66名26%である。HIV感染告知から初診までの期間は，60ケ月以下が139名55%であり，61～120ケ月が45名18%，121ケ月以上が21名8%，不明が50名20

%である。

2．初診時服薬状況

当センター初診時に，服薬を開始していたのは，255名中133名で，全体の52%であった。133名のうち単剤治療を受けているケースは8名6%であり，2剤併用療法を受けているケースは70名53%，3剤以上の多剤併用療法を受けているケースは55名41%であった（図1）。

初診時に服薬を開始していたケースのうち，その時点でのアドヒアランスを正確に把握できたのは116名である。これらのケースの服薬アドヒアランスを内服薬剤数別にみると，単剤療法患者のうちアドヒアランス良好であったのは8名中3名であり，2剤併用療法患者のうちアドヒアランス良好であったのは63名中38名，3剤以上の多剤併用療法患者では45名中30名であり，全体では116名中71名，61%であった（図2）。

3．再診時服薬状況

初診時服薬状況の把握ができたケースのうち平成10年6月30日までの最終受診時の服薬状況を把握できたのは255名中193名であった。再診時に服薬を開始していたケースは142名で，74%であった。このうち単剤治療を受けているケースは4名3%であり，2剤併用療法を受けているケースは31名22%，3剤以上の多剤併用療法を受けているケースは107名75%であった（図3）。

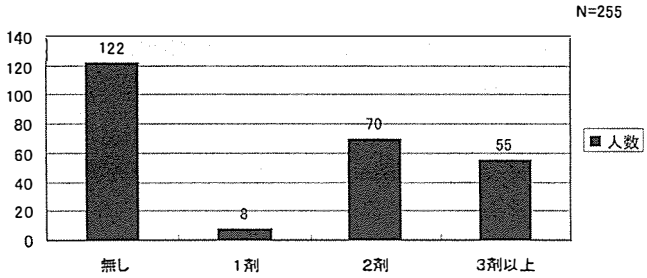


図1　初診時内服薬剤数別人数

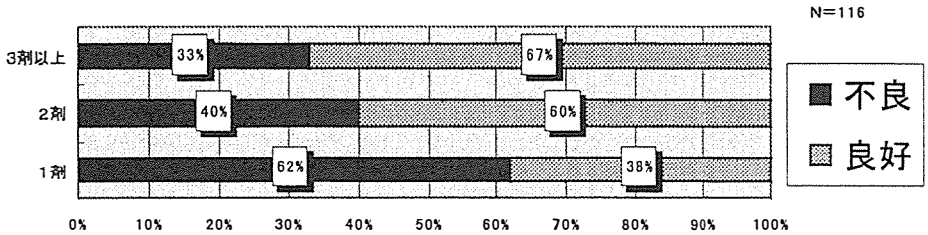


図2　初診時薬剤数別服薬アドヒアランス

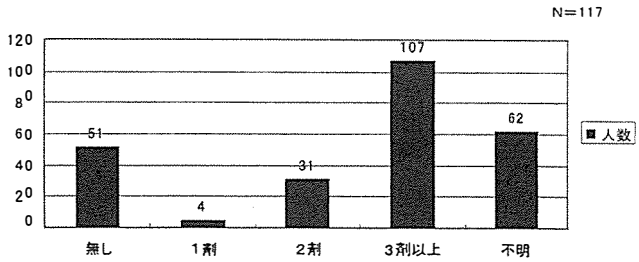


図3　再診時内服薬剤数別人数

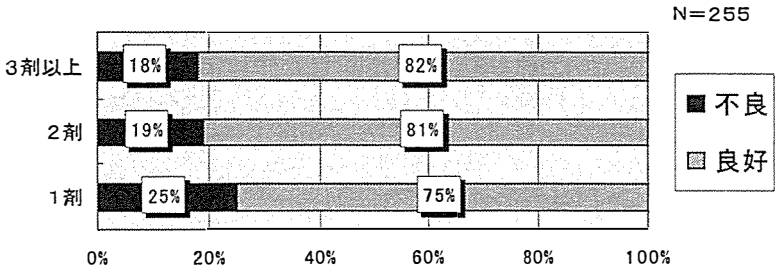


図4　再診時薬剤数別服薬アドヒアランス

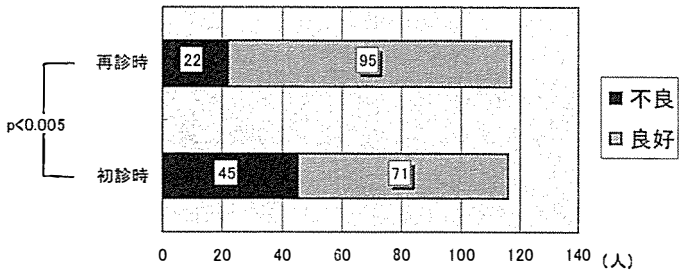


図5　服薬アドヒアランスの比較

再診時に服薬を開始しているケースの中でアドヒアランスを正確に把握できたのは142名中117名であった。これらのケースの服薬アドヒアランスを内服薬剤数別にみると，単剤療法患者のうちアドヒアランス良好であったのは4名中3名であり，2剤併用療法患者のうちアドヒアランス良好であったのは26名中21名，3剤以上の多剤併用療法患者では87名中71名であり，全体では117名中95名で，81%であった。22名19%のケースでは，再診時のアドヒアランスがやや不良もしくは不良であった(図4)。

図5は，初診時と再診時のアドヒアランスの比較を示している。初診時と再診時のアドヒアランスは，カイ二乗検定により$p<0.005$で有意差がみられた。

4．アドヒアランスに影響する要因

1）患者背景とアドヒアランス

初診時の「CD4数」「ウイルス量」「AIDS発症の有無」「内服薬剤数」「職業の有無」「同居人の有無」「告知からの期間」と初診時アドヒアランスについて，カイ二乗を用いて検定した。また，再診時の「CD4数」「ウイルス量」「AIDS発症の有無」「内服薬剤数」と再診時アドヒアランスについて，カイ二乗検定を行った。

初診時，再診時ともに，各項目において内服薬剤数が3剤以上と多いケースの方が，2剤以下のケースよりもアドヒアランス高い傾向が見られたが，統計的な有意差はみられなかった。「CD4数」など他の要因に関しても，統計的有意差はなかった。

2）アドヒアランスを低下させる要因

面接記録及び医師診療録より，抗HIV薬を服薬できなかった理由及び，服薬しなかった理由としてあげられていた項目を抽出し，KJ法により分類した。その結果，表1に示すように「薬剤の形態・特質」「副作用」「拒薬」「生活状況と服薬時間の不一致」「自己管理意識の不足」「教育・理解不足」「プライバシーの保持」の7項目に分類された。なお，分類に当たっては，

表1　服薬アドヒアランス低下理由

1．薬剤の形態・特質
＊形態が大きく飲みにくい
＊（ddIの）錠剤がかみ砕けない
＊薬がのどに張り付いて飲み込みにくい
＊薬の味が嫌い

2．副作用
＊嘔気・嘔吐により日常生活への支障がある
＊下痢・排尿回数の増加により仕事への支障がある
＊内服すると体調が悪い

3．拒薬
＊飲みたくないときに抜いている
＊服薬によって生活が制限されることがいや

4．生活状況と服薬時間の不一致
＊内服回数が多く，生活時間と合わない
＊食事が不規則なため食間薬が抜けてしまう
＊起床が遅く，午前中の内服ができない
＊生活が不規則なため内服し忘れる

5．自己管理意識の不足
＊家族が用意しないと服薬できない
＊内服薬の種類が多いため忘れる
＊外出の時に持っていかない

6．教育・理解不足
＊症状がないときに自己判断で減量している
＊薬剤の効果について理解していないため中断した
＊薬剤費が公費負担であり，無料だから捨てても気にならない
＊他患者の副作用を見て，イメージが悪くなったため内服を止めた
＊服薬量・方法を誤解していた
＊医療者から「内服できるときだけでいい」と説明された

7．プライバシー保持
＊職場や学校で人目につかない場所を見つけられない
＊家族に告知していないので，薬の保存ができない

研究者以外にもHIV感染症診療に携わる複数の医療者からスーパーバイズを受けている。

このうち「薬剤の形態・特質」の項目には，「形態が大きく飲みにくい」や「薬の味が嫌い」などが含まれている。これらの要因には薬剤自体の特性によるものであり，服薬後のうがいや間食などで対応できる場合と，薬剤の性質により対処できないものがある。

「副作用」の項目には「嘔気・嘔吐により日常生活への支障がある」や「下痢・排尿回数の増加により仕事への支障がある」などが含まれている。これらの要因も，副作用を抑制するための薬剤の処方や，服薬時間の工夫などで対処できる要因と，薬剤を変更しない限り改善できない要因の両方がある。

「拒薬」の項目には「飲みたくないときに抜いている」や「服薬によって生活が制限されることがいや」が含まれている。これらの要因は患者自身の疾患に対する理解や服薬意欲などに起因する要因である。

「生活状況と服薬時間の不一致」の項目には「内服回数が多く，生活時間と合わない」や「食事が不規則なため食間薬が抜けてしまう」「起床が遅く，午前中の内服ができない」などが含まれている。これらの要因も，患者本人の治療意欲や生活習慣に起因する要因が多い。

「自己管理意識の不足」の項目には「家族が用意しないと服薬できない」や「外出の時に持っていかない」など，患者と家族との関わりや，治療への主体性を示す要因が含まれている。

「教育・理解不足」の項目には「症状がないときに自己判断で減量している」や「他患者の副作用を見て，イメージが悪くなったため内服を中止した」「服薬量・方法を誤解していた」など，医療者側の教育不足や，定期受診時のフォローアップ不足に起因する要因が含まれている。さらに，「薬剤費が公費負担であり，無料だから捨てても気にならない」のように，患者本人の価値観による要因も含まれていた。

さらに，「プライバシー保持」の項目には「職場や学校で人目に付かない場所がない」や「家族に告知していないので，薬の保存ができない」など，HIV感染症であるがゆえの問題が含まれていた。

Ⅳ．考　　察

1．対象者の特性

本研究での初診時対象者のうち，男性が94％で女性は6％であった。同時期の本邦全体のHIV感染者男女比は73％対27％である[11]。調査時点での当センター受診患者のうち，半数強が非加熱製剤による薬害患者でり，約4割が男性同性愛患者であった。本研究では女性感染者の割合が低いものの，一般的にアドヒアランスに影響する要因とされている患者特性には，性別による違いは入っておらず[9]，本研究の対象者が特異な集団であるとはいえない。

また，本邦における非加熱製剤による薬害患者は，HIV感染から最低でも14年以上経過しており，一般的には性感染患者よりも病状が進行している場合が多い。しかし，本研究の対象者の中でAIDS発症患者は15％であり，感染経路による病期の偏りはみられなかった。

対象者の年令は20歳未満が8％，20代が38％，30代が36％，40歳以上が18％であった。平成9年10月末日現在での本邦のHIV患者・感染者数をみると，患者の58％を30代と40代が占めており，感染者では20代と30代が72％を占めている[12]。当センター受診患者の傾向は，本邦全体の傾向と合致しており，本邦でのHIV感染者データを代表するものと考える。

本研究では，初診時の「CD4数」「ウイルス量」「AIDS発症の有無」「内服薬剤数」「職業の有無」「同居人の有無」「告知からの期間」と初診時アドヒアランス及び，再診時の「CD4数」「ウイルス量」「AIDS発症の有無」「内服薬剤数」と再診時アドヒアランスについて，カイ二乗検定を行ったが，どの項目も統計的有意差はみられなかった。武田等は，HIV感染症患者の「自己判断による服薬中止」及び「受診中断」について，患者特性との関連をみている[13]。それによると「服薬中止・受診中断」と「CD4値」「通院時間」「診療や治療への満足度」「職業の有無」には有意差がないと報告している。本研究の対象者も「CD4値」「ウイルス量」「職業の有無」とは相関が無かった。

また武田等は，「服薬中止・受診中断」と「現在の体調」や「看護婦の対応に不満を持つ者」との間に相関があると報告している[13]。本研究では「現在の体調」と対応する項目として「AIDS発症の有無」をみているが，アドヒアランスとの相関はなかった。定期受診時に同じ医療者が関わり，繰り返し指導・教育を行うことで，患者と医療者との信頼関係を築くようにしてはいるものの，本研究の中で「医療者への不満」などの項目が抽出されなかったのは，患者から医療者への気兼ねがあることも考えられる。しかし，AIDS発症後の自覚症状を伴いやすい状況であっても，服薬意識を高め，効果的な治療行動を継続できるように援助することは可能であると考えられる。

2．服薬状況

初診時に服薬を開始していたのは133名であり，単剤治療が8名，2剤併用療法が70名，3剤以上の多剤併用療法が55名であった。その中でアドヒアランス良好であったのは，単剤治療患者のうち3名38％で，2剤併用療法患者では38名60％，3剤以上の多剤併用療法患者では30名67％であった。

再診時に再度開始していたのは142名であり，単剤治療が4名，2剤併用療法が31名，3剤以上の多剤併用療法が107名であった。その中でアドヒアランス良好であったのは，単剤治療患者のうち3名75％で，2剤併用療法患者では21名81％，3剤以上の多剤併用療法患者では71名82％であった。

アドヒアランスは，初診時・再診時ともに服薬薬剤数が多いほど上昇していることが観察された。Friedlandはアドヒアランスに影響する要因として，薬剤数や服薬回数，服薬の煩雑さなどをあげ，これらの要因がアドヒアランスを低下させるとし

ている[9]。本研究の対象者は，初診時・再診時ともに薬剤数や服薬回数が増え，より煩雑な服薬になる方がアドヒアランスは高かった。これは重症度の意識に関連するものと考えられ，煩雑な服薬であることよりも患者自身の意識と努力が勝ることを示していると思われる。

また，薬剤数毎のアドヒアランスを比較すると，単剤・2剤・3剤以上の順に上昇するものの，初診時と再診時には，アドヒアランス良好である割合に差が見られた。いずれの場合も，初診時に比べて再診時の方がアドヒアランス良好である割合が高かった。初診時に来院するHIV陽性者の意識よりも，服薬を継続する中で医療者が関わり，繰り返し指導・教育をすることで，はるかに強い治療意欲が固まっていく場合が多く，これらからも患者自身の主体性と治療意欲が服薬継続に強く影響していることが示唆される。

しかし，再診時にアドヒアランス良好であったのは，全体の81%であり，残りの19%の患者は治療継続に問題が残った。梅津等は，抗HIV薬関連の薬剤服用者を調査し，「最近1ケ月以内に自己判断で薬を中止したことがある者」が8.2%おり，「飲み忘れたことがある者」は55.7%になると報告している[14]。また早川等は，抗HIV薬及び日和見感染症に対する薬剤の内服薬自己管理指導を行い，20%の患者には指導の効果が得られなかったと報告している[15]。当センターでも定期受診毎に服薬状況を評価し，指導・教育を行っているが，他施設の状況からも，100%の患者のアドヒアランスを良好に保つことは困難であると考えられる。

3．アドヒアランスを低下させる要因

本研究で得られたアドヒアランスを低下させる要因は，以下の7項目に分類された。

＊薬剤の形態・特質
＊副作用
＊拒薬
＊生活状況と服薬時間の不一致
＊自己管理意識の不足
＊教育・理解不足
＊プライバシーの保持

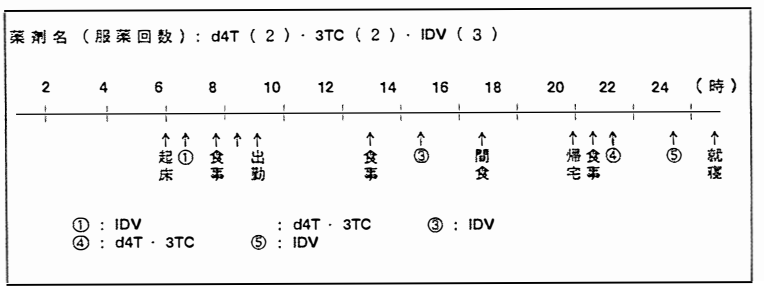
「薬剤の形態・特質」の項目には，「形態が大きく飲みにくい」や「薬の味が嫌い」などがあり，「副作用」の項目には「嘔気・嘔吐により日常生活への支障がある」や「下痢・排尿回数の増加により仕事への支障がある」などの要因が含まれていた。抗HIV薬は，骨髄抑制などの重篤な副作用を伴う薬剤が多く，ほとんどの患者が，下痢や嘔吐などの日常生活に支障を来す副作用を経験している。最も使用頻度の高いジドブヂンによる嘔気・嘔吐の出現頻度は40～50%である。さらに，70～80%の患者に下痢・軟便の見られるネルフィナビルや，きわめて高率に血尿や腎石症が出現するインジナビルなど，抗HIV薬の副作用は出現頻度が高い[16]。抗HIV薬の主な副作用を表2に示している。本研究の結果からも，治療意欲をなくすほどに薬剤自体の問題があることがわかる。一般的に，アドヒアランスは薬剤の種類やタイプ及び疾患のタイプ，症状の有無により変化すると言われている[8]。HIV感染症の治療には，一時的な服薬ではなく長期にわたり服薬継続が必要であり，薬剤の形態・特質の改良・改善が望まれる。

「拒薬」の項目には「飲みたくないときに抜いている」や「服薬によって生活が制限されることがいや」が含まれ，「生活状況と服薬時間の不一致」の項目には「食事が不規則なため食間薬が抜けてしまう」や「起床が遅く，午前中の内服ができない」などがある。抗HIV薬の服薬スケジュール例を図6に示している。抗HIV療法は，薬剤の組み合わせにより服薬回数が2回から8回となり，服薬継続が困難である組み合わせも多い。しかし，これらの要因からは，生活習慣と合わないというだけではなく，治療計画を理解していない，あるいは納得していない患者が少なくない現状を

表2　抗 HIV 薬 一 覧

一般名・商品名	形態・単位量	1回投与量・投与方法	血清中半減期 細胞内半減期	有害事象
NRTI				
ジドブジン（AZT, ZDV） レトロビル	カプセル （100mg）	100～200mg ／回 8時間毎 or 200～300mg／回 12時間毎	1.1時間 3時間	食欲不振・嘔気・嘔吐・頭痛 不眠症・筋肉障害・無力症 骨髄抑制（貧血・好中球減少症） 異常感覚
ジダノシン（ddI） ヴァイデックス	ドライシロップ （167mg 250mg） 錠剤 （25mg 50mg 100mg）	60kg↑ 200mg／回 60kg↓ 125mg／回 12時間毎 or 300～400mg ／回 24時間毎 空腹時	1.6時間 25～40時間	軟便・下痢・悪心・末梢神経障害 稀に膵炎
ザルシタビン（ddC） ハイビッド	錠剤 （0.375mg）	0.75mg ／回 8時間毎	1.2時間 3時間	口内炎・消化管潰瘍 末梢神経障害
スタブヂン（dT） ゼリット	カプセル （15mg 20mg）	60kg ↑ 40mg ／回 60kg↓ 30mg／回 12時間毎	1.0時間 3.5時間	末梢神経障害
ラミブジン（3TC） エピビル	錠剤 （150mg）	150mg ／回 12時間毎	3～6時間 12時間	稀に頭重感
NNRTI				
ネビラピン（NVP） ビラミュン	錠剤 （200mg）	400mg／回 12時間毎 ただし，最初の2週間は 200mg ／回 24時間毎	25～30時間	急性全身性発疹（入院を要する場合あり） 稀にStevens-Johnson症候群
デラビルジン（DLV） レスクリプター ＊日本では未承認	錠剤 （100mg）	400mg ／回を50ml 以上の水に溶く 8時間毎 600mg ／回	5.8時間	急性全身性発疹・頭痛
エファビレンツ（EFV） サスティバ・ストクリン ＊日本では未承認	カプセル （200mg）	24時間毎	40～55時間	めまい・精神症状・不眠・悪夢 急性全身性発疹
PI		800mg ／回		
インジナビル クリキシバン	カプセル （200mg）	12時間毎 空腹時，もしくは，低脂肪食と一緒に服用 体重50kg 以上	1.5～2時間	腎結石・嘔気・嘔吐・下痢 頭痛・無力症・発疹・金属味 ビリルビン値の上昇（わずか） 出血傾向増加（血友病）
リトナビル ノービア	カプセル （100mg） リキッド （600mg／7.5ml）	600mg×2回 体重50kg 以下 400mg×2回 できれば食物と一緒に服用 600mg／回	3～5時間	嘔気・嘔吐・下痢・肝炎・無力症 トランスアミナーゼ値の増加 トリグリセリドの増加 出血傾向増加（血友病）
サキナビル インビラーゼ	カプセル （200mg）	8時間毎 できれば大量の食事と一緒に食用 750mg／回 8時間毎	1～2時間	嘔気・嘔吐・下痢・頭痛 トランスアミナーゼ値の増加 出血傾向増加（血友病）
ネルフィナビル ヴィラセプト	錠剤 （250mg）	or 1250mg／回 12時間毎 食事もしくは軽食と一緒に服用	3.5～5時間	下痢・皮疹 出血傾向増加（血友病）

（1998年12月現在）



■6　抗HIV服薬薬スケジュール例

認めることが出来た。当センターでは，患者一人に対し担当医師の他にコーディネーターと呼ばれる看護職が担当者として決まっており，患者の理解度にあわせて繰り返し教育・指導を行っている。しかし，中にはHIV感染症自体の受け止めや，治療を開始・継続することへの納得ができておらず，効果的な治療が行えていない患者もいる。これらの患者に対しては，外来診療時だけではなく，時間外の面接や電話相談を行うことで意識の変化がみられ，行動変容につながることも多い。病気だけではなく生活全体を理解し，精神面も含めたケア・サポートをすることが治療態度を改善することに役立っており，今後ますます治療を担当する医師だけではなく，看護職の関わりが重要となると考える。

「自己管理意識の不足」の項目には「家族が用意しないと服薬できない」や「外出の時に持っていかない」などの要因があり，「教育・理解不足」の項目には「症状がないときに自己判断で減量している」や「他患者の副作用を見て，イメージが悪くなったため服薬を中止した」などの要因が含まれている。これらの要因からは，医療者側の教育不足や患者自身の治療の必要性に対する認識の甘さ，さらには家族への依存性の弊害があると思われる。

「プライバシー保持」の項目には「職場や学校で人目に付かない場所がない」や「家族に告知していないなので，薬の保存ができない」なとがある。本研究では「職業の有無」や「同居人の有無」とアドヒアランスとの間には相関が見られなかったものの，同居している家族との関係や職場環境がアドヒアランスに与える影響は大きいものと考えられる。また，家族にでさえ病名を隠して生活しているなど，HIV感染症特有の差別・偏見に由来する要因も含まれていた。本研究の対象者の「告知から初診までの期間」は，60ケ月以下が55%を占めている。対象者の多くが非加熱製剤による薬害患者であり，感染から15年前後経過していることからも，感染者本人でさえ自分の病名を知らずにいた時期が長いことがわかる。職場に病名を告げている感染者はほとんどおらず，性感染による患者の場合には，家族や友人にも感染を告知していないことが多い。プライバシーを保持しつつ，規則的な服薬を継続していくための工夫が必要であると考える。そのためには，感染者本人の意識や努力に任せるのではなく，医療者が一緒に考え，必要であれば家族や周囲の人々へも働きかけていくことが重要である。さらに，医療者が積極的に地域社会や職場での教育・啓発を行うことで，社会全体が感染者を受け入れやすい環境を整えることも重要であると考える。

V．結　　語

1）3剤以上の多剤併用療法患者は，単剤及び2剤併用療法患者よりもアドヒアランスが高い傾向がある。

2）感染者の特性とアドヒアランスには，有意な相関が見られなかった。

3）初診時と再診時のアドヒアランスの間には有意差があり，繰り返し服薬指導を行うことは服薬継続に有効である。

4）繰り返し服薬指導を行っても，アドヒアランス良好となった患者は81%であった。

付　　記

本研究は，第24回看護研究学会学術集会に発表したものを原著にまとめたものである。

要　　約

HIV感染症は，新規抗HIV薬の開発と多剤併用療法の発展，血中ウイルス量測定や抗HIV薬耐性検査の開発により予後が改善され，慢性疾患と定義されるようになった。しかし現状では，HIV感染症を完治することはできず，患者の服薬状況により予後が左右される。当センター受診患者の服薬状況を調査したところ，初診時にアドヒアランス良好であった割合は全体の61%であったが，再診時では81%と上昇した。また初診時・再診時ともに，内服薬剤数の多い患者の方が，内服薬剤数の少ない患者よりもアドヒアランスが高かった。長期的な服薬には，くり返して指導・教育を行うことと，患者本人の治療意欲が強く影響していた。さらに，アドヒアランスを低下させた要因について調査したところ，「薬剤の形態・特質」「副作用」「拒薬」「生活状況と服薬時間の不一致」「自己管理意識の不足」「教育・理解不足」「プライバシー保持」の7項目に分類された。

Abstract

HIV infection has recently belonged to one of the controllable diseases by development of the newly devised anti-HIV medications, advancement of the methods of the viral assay in the blood and else. The HIV infections are in the present situation however not so much curable because they depend upon the patients' attitudes of taking those medications. This study reveals that the patients who show good adherence are 61% of the first visiting patients and 81% of the second visiting patients. And regarding the composition of the kinds of drug the more the sorts of drug the better is the adherence than those of the fewer the sorts of drug. For the long planned medication strategy, the repeatedly emphasized instruction and education are needed and influence of the patients' self-consciousness towards the recovering is observed.

The seven factors of reducing the adherence are as follow :

1. configuration of the drug
2. adverse effect
3. negative volition of taking drugs
4. incoincidence of the schedule of taking drugs with daily life
5. absence of the self-consciousness for disease control
6. incomplete education and understanding of the remedy
7. influence of their privacy-keeping hehavior

VI. 文　　献

1) Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, et al : Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidasis in previously healthy homosexual men : evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. N Eng J Med 305 : 1425−1435, 1981.

2) Mitsuya H, Weinhold KJ, Furman PA, et al : 3'-azido-3'deoxythymidine : an antiviral agent that inhibits the infectivity and

cytopathic effect of HTLV-Ⅲ／lymphadenopathy-associated virus in vitro. PNAS USA 82：7096－7100, 1985.

3）Larder BA et al：Potential mechanism for sustained antiretroviral efficacy of AZT-3TC combination therapy. Science 269：696, 1995.

4）Brun-Vezinet F et al：HIV-1 viral load, phenotype, and resistance in a subset of drug-naive participants from the Delta trial. Lancet 350：983－90, 1997.

5）Mellows LW, Munoz A, Giorgi JV, et al: Plasma viral load and CD 4 lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. Ann Intern Med 126：946－954, 1997.

6）Myers MW et al：A randomized, double-blinded comparative trial of the effects of zidovudine, didanosine and nevirapine combinations in antiviral naive, AIDS-free. HIV-infected patients with CD 4 counts 200-600／㎣. 11 International Conference on AIDS. Vancouver, July 1996 [abstract MoB294]

7）Gulick RM et al：Potent and sustained antiretroviral activity of indinavir (IDV), zodovudine (ZDV), and lamivudine (3TC). 11 International Conference on AIDS. Vancouver, July 1996 [abstract ThB931]

8）Suprina Mehta et al.：Potential factors affecting adherence with HIV therapy. AIDS Vol.11, No.14：1665－1670, 1997.

9）Gerald H. Friedland：Adherence；The Achilles' Heel of Highly Active Antiretrociral Therapy. IMPROVING THE MANAGEMENT OF HIV DISEASE. Vol.5, June：13－15, 1997.

10）Stanton AL：Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. Journal of Behavioral Medicine. 10(4)：377－94, 1987.

11）厚生省エイズ動向委員会発表資料1998

12）厚生省結核・感染症サーベイランス事業結果報告資料1998

13）武田宣子他：HIV感染者／AIDS患者の療養スタイルに関する調査（2）受診行動，第11■日本エイズ学会総会抄録集，p181，1997.

14）梅津晶子他：HIV感染者／AIDS患者の療養スタイルに関する調査（3）服薬行動，第11■日本エイズ学会総会抄録集，p181，1997.

15）Kiyoko Hayakawa et al.：Education and guidance of Antiretroviral Therapy for the purpose of self-care. AIDS Reseach Newsletter. Dec. 1997. [abstract 209]

16）木村哲・高田昇監修：ご処方にあたって，萬有製薬株式会社，1997年

（平成12年8月14日受付）

－研究報告－

看護職者の災害時における子どもの心身のケアに関する研究

A Study of Post-disaster Mental and Physical Care of Children by Nurses

－災害時母親の認知した子どもの状態とニーズを通しての看護職者へのケアニーズ－

－Determination of Need for Post-disaster Nursing Care and Type of Care Desired by Mothers－

松田宣子[1)]　新道幸恵[2)]　高田昌代[1)]
Nobuko Matsuda　Sachie Sindou　Masayo Takada

キーワード：災害，PTSD，子ども
disaster, PTSD, children

Ⅰ．緒　言

災害時に母親自身が混乱している状態の中で，自分の生活の立て直しに苦慮しているために，子どもの精神面を思いやる余裕は少なく，さらに子どもは自らがもっている不安や恐怖を表出し難く，ストレスへの適切な対処ができていないと考えられる。そのため子どものストレスは深まり，心理的混乱が起こり，成長・発達に重大な影響を与えかねない。従って，災害発生と同時に子どもの心のケアが系統的に行われる必要がある。

地震災害後の子どものPTSDに関する調査や研究は，さまざまなところで行われており[1)～5)]，子どもに対する心のケアの必要性が指摘され，ケアの実践が報告されている。また災害時の母子保健対策に関する調査[6) 7)]では，乳幼児を持つ母親を対象に，育児面で困ったことや病気時の治療や，予防接種の状況などの報告が既になされている。今回の我々の研究は，前述したような先行研究のような災害時の子どものPTSDや心身の状態，母子保健上の問題把握とは異なり，災害を受けた子どもの心身の状態から，災害時に身近でケアを実践した看護職者の子どものケアニーズの把握と役割を明らかにしたいという視点を持って取り組んだ研究である。その際，母親の心理的状態が子どもの心身の状態に影響を与えていると考え，母親のPTSDを把握し，子どもへの影響についても合わせて検討を行った。すなわち本研究は母親が認知した子どもの心身の状態とその際の子どもへのケア，母親の心理的状態を通して，災害時に必要な子どものケアに対する看護職者へのケアニーズと役割を明らかにすることを研究目的とし，災害時における子どもへの適切なケアとケアシステムを検討することを目標とした。

1）神戸大学医学部保健学科　Faculty of Health Science, Kobe University School of Medicine
2）青森県立保健大学　Aomori University of Health and Welfare

Ⅱ．研究方法

1．調査対象

神戸市内の被災地にあった幼稚園7カ所，保育所2カ所に子どもが通っている母親515名

2．調査方法および内容

自己記入式質問紙調査で留置式とした。調査期間は平成7年10月下旬に各施設に配布し，平成7年11月下旬に回収した。配布数は515で，回収数は372であった。

調査項目は，対象者の特性，被災状況，母親のPTSD測定尺度（植本らが開発したPTSD測定尺度）[9]，生活上の困難度（生活する上での最低必要なもの），子どもの時期別避難状況や時期別心身の変化，健康状態またそれらに対してのケアに関する項目，自由回答の項目として，子どもの心身の健康のためによかったこと，子どもの健康のために母親が看護職者に望んでいること，期待していること，また子どもの健康のために看護職者以外に期待すること，などを設けた。

3．分析方法

植本らの開発したPTSD測定尺度[9]は，全16項目から成り，信頼係数は$\theta=0.881$と内部整合性が認められている。各項目の「ある」を1点，「なし」を0点とし，16項目を集計して総得点を出し，4分位点で高得点群，低得点群に分類し，分析した。

また生活上の困難度は，5項目（水汲み，食べ物，トイレ，入浴，洗濯）から成り，各項目ごとに「とてもつらかった」を4点，「まあまあつらかった」を3点，「つらかった」を2点，「余りつらくなかった」を1点のリカート尺度を用いて得点を配し，5項目を集計して総得点を出し，4分位点で高得点群，低得点群に分類し分析した。

分析には，統計ソフトHAIBAU 4を用い，x^2検定，t検定および一元配置分散分析をおこなった。

Ⅲ．研究結果

回収率は72.2%であった。

1．対象者の概要

居住地は，表1のように全員被災地であり，その中でも被災の最もひどかった神戸市中央区，東灘区で50%以上占めている（表1）。対象者の年齢は，表2のように30歳代が約70%で，20歳代は16.6%，40歳代12.5%であった（表2）。結婚の有無については，既婚者（離婚者，死別者も含む）が342（93.2%）で，未婚者は23（6.3%）であった。

子どもの数は，平均値2.09で，2人が171（47.5%）と最も多く，次いで3人が89（24.2%），1人が86（23.8%），4人が12（3.3%）の順であった。子どもの特性は，性別は，男子が402人（54.4%）で，女子が337人（45.6%）であった。

表1．対象者の居住地

N＝372

居住地		人	%
神戸市	中央区	106	28.8
	東灘区	94	25.5
	兵庫区	72	19.6
	灘区	47	12.8
	長田区	24	6.5
	須磨区	12	3.3
	垂水区	4	1.1
	西区	3	0.8
	北区	1	0.3
西宮市		4	1.1
明石市		1	0.3

表2．対象者（母親）の年齢

（N＝361）

年齢	人	%
20 ～ 29	60	16.6
30 ～ 39	255	70.6
40 ～ 49	45	12.5
50 ～	1	0.3

表3．子どもの年齢

（N＝751）

年　齢	人	%
0 ～ 3	155	20.6
4 ～ 6	356	47.4
7 ～ 9	149	19.9
10 ～	91	12.1

表4．対象者の被害状況

家屋の被害	362人	100%
有	310	85.6
無	52	14.4
家屋の被害状況	310人	100%
全　焼	11	3.5
全　壊	48	15.5
半　壊	107	34.5
一部損壊	137	44.2
その他	7	2.3
身体的被害	360人	100%
有	26	7.2
無	334	92.8
家族などでけがや亡くなった方の有無	362人	100%
有	90	24.9
無	272	75.1

子どもの年齢は，表3のように4～6歳が最も多く，次いで0～3歳，7～9歳の順であった（表3）。また幼稚園園児250人（33.3%），保育園児118人（15.7%），学童383人（51.0%）であった。

被災状況については表4のように，家屋の被害が85.6%みられた。そのうち全焼・全壊が15.5%みられ，半壊が34.5%であった。身体被害は少数にみられたが，ほとんどは無事であった。身近な家族や親戚でけがや亡くなられた方の有無については，「あり」との回答が90人（24.9%）あった（表4）。

またライフラインの復旧については，表5に示したとおりで，ガスの復旧がかなり遅くまでかかった（表5）。

以上のような対象者の概要，特に基本特性及び被害状況，避難状況などと母親のPTSD得点や生活困難度，子どもの身体症状や心の状態との関連について，t検定及び一元配置分散分析を行ったが，有意な差は認められなかった。

2．母親のPTSDの状況

母親のPTSDは各項目ごとにみると，■1のように「小さな音やゆれでもびくっとする」が88%と最も多く，次いで「不眠・浅眠」が71%，「急に地震の時のことが頭に浮かぶ」が55%，「不安を感じ緊張したことはある」が54%，「家人や友人と一緒にいないとこわい感じがする」が52%であった（■1）。

また，PTSDの総得点の平均値は，6.8（範囲1～16）であった。高得点群（H群）を9点以上の者とし，低得点群（L群）は3点未満の者とした。

3．震災時の生活上の困難度

震災時の生活上の困難度を項目ごとにみると■2に示したように，一番困難度の高いと答えたのが「食べ物」であり，次いで「水汲み」，「トイレ」，「洗濯」となっていた（■2）。

また，生活上の困難度の総得点の平均値は，13.48（範囲5～20）であった。高得点群（H群）は17点以上の者とし，低得点群（L群）は10点未満の者とした。

表5．ライフラインの復旧の時期（1995年）

復旧時期	1月下旬	2月上旬	2月中旬	2月下旬	3月上旬	3月中旬	3月下旬	4月以降
電気（人%）	173 (53.6)	11 (3.4)	2 (0.6)	3 (0.9)	0	0	1 (0.3)	133 (41.1)
水道（人%）	48 (14.9)	27 (8.4)	54 (16.8)	49 (15.2)	29 (9.0)	23 (7.1)	17 (5.3)	73 (22.3)
ガス（人%）	1 (0.3)	11 (3.4)	22 (6.8)	37 (11.5)	27 (7.5)	65 (20.2)	60 (18.6)	101 (31.4)

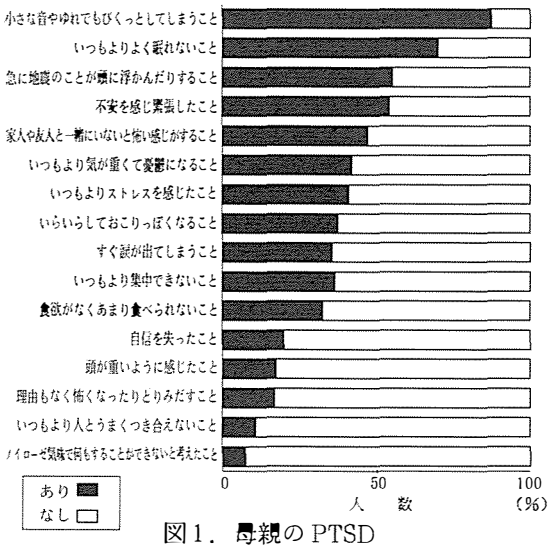


図1．母親のPTSD

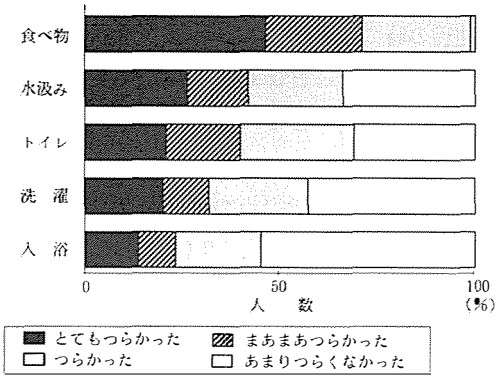


図2．震災時の生活上の困難と程度

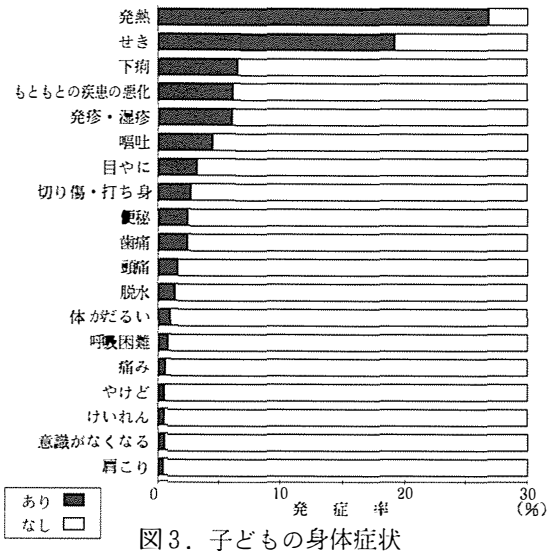


図3．子どもの身体症状

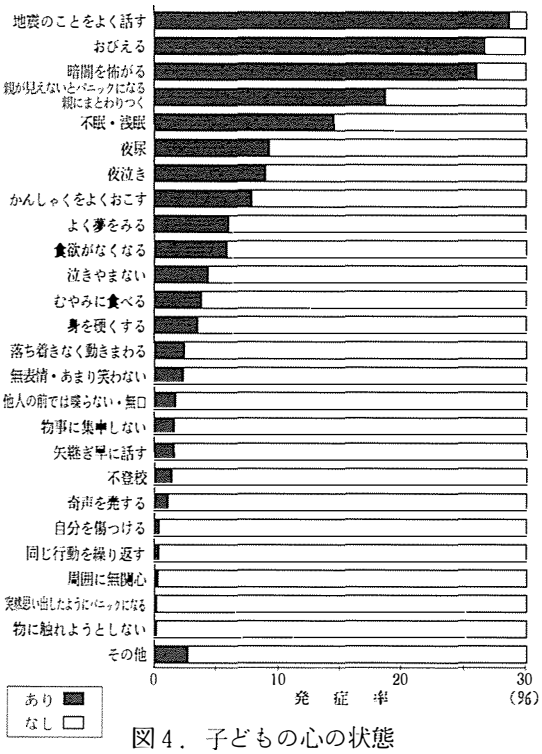


図4．子どもの心の状態

表6．子どもの避難場所

(N＝446)

非難場所	人	%
非難所	118	26.5
実家	186	41.7
親戚	100	22.4
友人	22	4.9
その他	20	4.5

4．子どもの避難状況

子どもを避難させた数は，446人（59.4%）であった。子どもの避難場所は，震災直後では表6のように夫又は妻の実家が186人（41.7%）と最も多く，次いで避難所118人（26.5%），親戚100人（22.4%），友人22人（4.9%），その他であった（表6）。

5．子どもの身体症状と心の状態

子どもの身体症状と心の状態は，図3，図4の

ように世帯別と子どもの数とで示した。身体症状は発熱が最も多く，次いで咳である。数は少ないが，脱水，呼吸困難，意識不明などの重篤な症状も見られた。心の状態について世帯数，子どもの数ともに「地震の話をする」が最も多く，次いで「おびえる」，「暗闇を怖がる」，「親にまとわりつく」，「不眠・浅眠」の順にみられる。子どもの身体症状，心の状態と年齢や性別，避難場所との関連については，一人っこ84人において関連をみたが，有意差はなかった（図3，図4）。

6．母親のPTSDと子どもの身体症状，心の状態との関連

母親のPTSD得点と子どもの身体症状と心の状態との関連が見られた項目を表7，表8に示した。母親のPTSDとの有意差（P<0.05）がみられたのは，子どもの身体症状の「発熱」，「咳」，「嘔吐」，「下痢」，「切り傷・打ち身」，「頭痛」であった。

表7．母親のPTSDと子どもの身体的症状　（N＝85）

身体症状	PTSD得点	身体症状の有無 有 人数（%）	無 人数（%）	x^2値	p値
発熱	H点	47（55.3）	38（44.7）	4.66	0.03
	L点	18（21.2）	67（78.8）		
咳	H点	35（41.2）	50（58.8）	12.64	0.00
	L点	14（16.5）	71（83.5）		
下痢	H点	14（16.5）	71（83.5）	5.03	0.02
	L点	4（4.7）	81（95.3）		
切り傷	H点	10（11.8）	75（88.2）	4.93	0.03
打ち身	L点	2（2.4）	83（94.5）		
頭痛	H点	6（7.1）	79（92.9）	2.38	0.12
	L点	1（1.2）	84（98.8）		

H：高得点群　L：低得点群

表8．母親のPTSDと子どもの心の状態との関連　（N＝85）

身体症状	PTSD得点	身体症状の有無 有 人数（%）	無 人数（%）	x^2値	p値
不眠	H点	28（32.9）	57（67.1）	25.30	0.00
浅眠	L点	2（2.4）	83（97.0）		
夜泣き	H点	14（16.5）	71（83.5）	3.79	0.05
	L点	5（5.9）	80（94.1）		
無表情	H点	7（8.2）	78（91.8）	3.28	0.07
笑わない	L点	1（1.2）	84（89.8）		
身を硬くする	H点	9（10.6）	76（89.4）	3.50	0.06
	L点	2（2.4）	83（97.6）		
おびえる	H点	35（41.2）	50（58.8）	20.73	0.00
	L点	9（10.6）	76（89.4）		
パニック	H点	31（36.5）	54（63.5）	26.80	0.00
	L点	3（3.5）	82（96.5）		
むやみに食べる	H点	8（9.4）	77（90.6）	2.67	0.10
	L点	2（2.4）	83（97.6）		
かんしゃく	H点	16（18.9）	69（81.2）	10.50	0.00
	L点	2（2.4）	83（97.6）		
暗闇を恐がる	H点	35（41.2）	50（58.8）	23.05	0.00
	L点	7（8.2）	78（91.8）		
よく夢をみる	H点	13（15.3）	72（84.7）	10.37	0.001
	L点	1（1.2）	84（98.8）		
地震のことを話す	H点	34（40.0）	51（60.0）	21.38	0.00
	L点	8（9.4）	77（90.6）		

H：高得点群　L：低得点群

表9　日常生活上の困難度（ストレス）と身体症状と心の状態との関連

（N＝185）

身体症状	PTSD得点	身体症状の有無 有　人数（%）	無　人数（%）	x^2値	p値
発　熱	H点	39（39.9）	61（61.0）	7.85	0.005
	L点	17（20.0）	68（80.0）		
咳	H点	29（28.7）	72（71.3）	5.72	0.016
	L点	12（14.2）	73（85.9）		
眼　脂	H点	8（8.0）	92（92.0）	3.26	0.07
	L点	1（1.2）	84（98.8）		
泣きやまない	H点	7（7.0）	93（93.0）	2.49	0.11
	L点	1（1.2）	84（98.8）		
親がいないとパニックになる	H点	22（22.0）	78（78.0）	4.28	0.03
	L点	9（10.6）	76（89.4）		

H：高得点群　　L：低得点群

また子どもの心の状態では，「不眠・浅眠」，「夜泣き」，「無表情・笑わない」，「身を硬くする」，「おびえる」，「親がみえないとパニックになる」，「むやみに食べる」，「かんしゃくを起こす」，「暗闇を怖がる」，「よく夢をみる」，「地震のことを話す」，などがあり，母親のPTSDと子どもの心の状態との関連の深さがうかがえた（表7，表8）。

7．日常生活上の困難度と子どもの身体症状と心の状態との関連

生活上の困難度と，子どもの身体症状と心の状態との関連がみられた項目を表9に示した。日常生活上の困難度との有意差（P＜0.05）がみられた項目は，身体症状として発熱，咳，眼脂，で心の状態では，「泣き止まない」と「親がみえないとパニックになる」の項目であった（表9）。

8．子どもの心身の健康に良かったこと

子どもたちの心身の健康のために良かったことについては，自由回答の内容を分析した結果，表10に示したとおりで，1）遊び，2）人との助け合いや交流，3）不自由な生活，4）母の対応，5）医療体制などの5つのカテゴリーに分けられた。そのカテゴリーの内訳の「遊び」には，特にボランティアの若い人々に遊んでもらったことや友達と遊んだことが含まれており，「人との助け合いや交流」では，家族や近所の人々とで助け合ったことなどから思いやり，やさしさに触れたことなどがあげられている。また「不自由な生活」では，子ども自身が水や食べ物の無い生活を体験し，物の大切さを実感したり，忍耐強くなったなど子ども自身の成長が含まれている。また「母の対応」では，子どものつまらない話でも聞いてあげたや子どもにいろいろな役割をもたせたことなどがあげられていた。「医療体制」では，避難所に長期間医師がいたこと，救護所が各所にあったことなどが記載されていた（表10）。

9．子どもの健康のために母親が看護職者に望んでいること，期待していること

子どもの健康のために母親が看護職者に望んでいること，期待していることについての自由回答の内容を分析した結果，表11に示したとおり1）震災直後からの治療，看護，2）心のケア，3）環境への対処法，4）病気などのアドバイス，5）災害時の医療情報など5つのカテゴリーに分けられた。そのカテゴリーの内訳は，「震災直後からの治療，看護」には，看護職者が早く現場にきて，応急手当をしたり，相談にのってほしいであった。また「心のケア」であるが，震災直後から2～3

表10. 子どもの心身の健康によかったこと（自由回答）

項目	内　　容
遊び	・ボランティアの若い人に遊んでもらったこと ・人形劇や音楽会など行われ，大変喜んだ ・近所の友達と遊んだこと ・絵を描くことにより，少しずつ心が変化してきた
人の助け合いや交流	・家族全員でいろいろと乗り越えてきたこと ・近所の人々と協力するなかで，子どもたちが自分の役割を見つけ，自然に大人の手伝いをしてくれたこと ・たくさんの人と一緒にいて，子どもたちは寂しい思いをしなかったこと ・多くの人々に気持ち良く迎えてもらえたこと ・多くの人々との交流から人間のやさしさや暖かさに触れたこと ・今までと違った幼稚園や学校に通って，新しい友達や先生との出会いがあったこと
不自由な生活	・物の有り難さがわかったこと ・我慢することを覚えた ・水汲みなど親や近所の人々と協力できたこと ・早寝の習慣がついた
母の対応	・子どものつまらない話でも聞いてあげた ・いろんな役割を与えたこと
医療体制	・避難所に長期間医者がいたこと ・救護所が各所にあり，親が安心できたこと

表11. 子どもの健康のために母親が看護職者に望んでいること，期待していること（自由回答）

項目	内　　容
治療と看護震災直後からの	・看護職者は震災直後早くきてほしい　安心できる存在であってほしい ・定期的に巡回して手当や健康チェックをしてほしい ・避難所で保健婦が子どもの健康に気をつけてほしい（非常に助かった）
心のケア	・震災直後から子どもの心のケアをしてほしい ・2～3週間過ぎてからも子どもの心のケアをしてほしい ・子ども一人ひとりの話を聞いてあげてほしい ・亡くなられた方のある家族に対しての，心のケアをしてあげてほしい
環境への対処法	・粉塵などの悪環境への対処のしかたを早くから教えてほしい
病気などのアドバイス	・身体症状（発熱や咳など）に対する手当のアドバイスをしてほしい ・子どもの心のケアのアドバイスがほしい
災害時の医療情報	・震災直後のけがや病気の手当をしてくれる場所や人などの情報がほしい ・医療機関の情報がほしい

週間後あるいは3～6カ月後と長期にわたってケアをしてほしい，などの記述があった。

「環境への対処法」には粉塵などによる健康への影響を心配して，どう予防すればよいか教えてほしい，マスクの着用も早く教えてほしかったという内容であった。また「病気などのアドバイス」については，心身の病気への適切な手当を教えてほしいという内容も含まれた。「災害時の医療情報」には，病気やけがの手当をしてくれる場所や医療機関の情報がほしいといった情報のニーズがあった（表11）。

10. 子どもの健康のために看護職者以外に期待すること

子どもたちの健康のために看護職者以外に期待することについての自由回答の内容を分析をした結果，表12に示したように，1）生活環境の整備，2）学校や幼稚園の早期開始，3）心のケアの機関，4）災害への対策，5）芸術の鑑賞，6）生活上の情報など6つのカテゴリーに分けられた。そのカテゴリーの内訳の「生活環境の整備」には，早期に仮設トイレや風呂の設置，安全な遊び場所の確保，などハード面の整備があげられた。「学校や幼稚園の早期開始」では，学校や幼稚園の教育の早期に開始されることにより，子どもの生活のリズムを整えることができ同時に友達や先生と

会い，子どもが安心できること，などがあった。また「心のケアの機関」では，心のケアを専門家から気軽で受けれる機関あるいは体制を作ってほしい，などの回答がみられた。「災害への対策」として学校や幼稚園などで避難訓練を充実して，日頃から災害への対応ができるようにしておいてほしい，などがあった。また「芸術の鑑賞」には音楽や芸術に触れさせたい，「生活上の情報」としてライフラインや福祉，行政と自治会との協力体制などの情報を入手したいなどが記述されていた（表12)。

表12．子どもの健康のために看護職者以外に期待すること　（自由回答）

項目	内　　容
生活環境の整備	・早期に仮設トイレや風呂を設置してほしい ・安全な遊び場所がほしい ・粉塵への対策
学校や幼稚園の早期開始	・学校をいつまでも避難所にせず，元の学校にもどしてほしい ・学校の先生方が避難所のお世話で忙しく，子どもの方へ手が回らず不満であった。 ・早く幼稚園など開始して，友達と会えたり，生活リズムを整えてほしい ・授業も宿題もきちんとしてほしかった
心のケアの機関	・カウンセリングを受けさせたい　そのような機関がほしい ・スポーツセンターの体育教師によるトレーニングがほしい ・心のケアの講演など話が聞きたい
災害への対策	・教育機関に対して震災時の避難訓練を充実してほしい
芸術の鑑賞	・音楽や芸術に触れ，心を落ち着かせたい
生活上の情報	・食料や水，薬などの情報を知らせ，安心させてほしい ・福祉や行政また自治会などとの情報の共有や協力体制がほしい

Ⅳ．考　　察

今回研究では，まず母親の目からみた被災した子どもの心身の状態が明らかにされていた。まず身体症状としては風邪などによる発熱や咳，下痢などがみられ，他の先行研究[4)5)]と同じ傾向を示していたが，呼吸困難や痙攣，意識不明など数は少ないが，子どもの生理的特性である急変に対する救急医療の必要な重篤な症状もあり，震災時の容易かつ速やかに活用できる救急機能を備えた医療体制の整備が必要であり，また母親の医療へのケアニーズにも明確にあげられていた。

また，被災した子どもの心の状態については，他の研究でも明らかにされているが[1)~4)]，今回の我々の研究結果でも，子どもの心の状態である「おびえる」，「暗闇を怖がる」，「不眠・浅眠」，「無表情」などを母親が細かく観察し，早期からの心のケアの必要性を強く実感しており，看護職者に対してニーズを述べていた。このことから災害直後から身近かで被災者のケアに関わる看護職者は，子どもの身体面のケアと同時に心のケアをしていくことが必要と考える。さらに長期化してくるため看護職者は，そのケアを継続的かつ効果的に行われるように，精神科医や臨床心理士，カウンセラーなど他の専門職者がチームを組むシステムづくりへのコーディネーター的役割が求められると考える。

さらに今回の研究で明らかになったことは，母親のPTSDと生活上の困難度，子どもの心の状態とは深く関わりあっていた。

つまり母親が精神的に不安定な状態は，子どもに大きな影響を与えることは，J．ボウルビィの母子関係の理論[10)]やバーバラM．ニューマンの生涯発達心理学[11)]などの母親と子どもの相互関係に関わる先行研究でも述べられているが，特に今回のように災害といった精神的パニックの状況下では，なおさら母親の精神不安定さから子どもに大きな影響を与えていると推測できる。以上のこと

から子どもへのケアを行う際，子どもへのケアだけでなく，同時に母親をも含めての心のケアやサポートを行ない，母親の精神状態の安定をはかることが子どもの心のケアにつながるという結論を得た。災害時ケアをしている看護職者は，子どものケアを行う際には，母親と子どもをケアの対象として捉え，特に母親の精神的サポートを行い安定させることを含めた母子を一体としてケアを行うことが必要である。

また，看護職へ望むこと（自由回答）については，震災直後からそばにいて安心できる存在であり，気軽に相談や指導，手当を受けたいという内容が多くみられた。

特に母親は，子どもの心のケアやアドバイスがほしいといった内容が多くあげられており，震災時における看護職者の役割が明らかに示されていた。

以上のことから震災時の子どもへの看護職者の役割は，災害直後から現場に行き，身近かで病気やけがの手当をしながら同時に母親と子どもの心のケアを行い，子どもの災害の心身への影響を最小限にすることの役割を担っていると考える。

また子どもの心のケアは長期的で専門的なケアが必要であり，専門家へのコーディネートし，引き継ぐ体制を作る役割がある。

V．結　　論

1．母親が認知した災害時の子どもの心身の状態が明らかになった。子どもの年齢，性別，利用施設の違いや避難場所など対象者の特性との関連はみられなかった。

2．母親の PTSD と子どもの心身の状態とは関連が認められた項目が，からだで6項目，心で11項目であった。このことから災害時の子どものケアには母親とともにケアの対象として捉えて我々看護職者はケアしていく必要がある。

3．日常生活上の困難度と子どもの心身の状態と関連が認められた項目は，からだで3項目，心で2項目と少なかった。

4．母親が子どもの心身の健康のためにして良かったことについて具体的に述べられており，その内容は今後の災害時の子どものケアに役立つと考えられる。

5．母親が被災した子どものために看護職者に望んでいることや期待していることが明らかになった。

1）震災直後からの治療・看護

2）心のケア

3）環境への対処法

4）病気の手当やアドバイス

5）適切な医療や看護に関する情報

要　　旨

本研究は，大震災後母親の認知した子どもの心身状態とその際の子どもへのケア，母親の心理的状態を通して，災害時に必要な子どものケアに対する看護職者へのケアニーズと役割を明らかにすることを目的として取り組んだ。研究対象者は神戸市内で被災にあった幼稚園及び保育所に通っている子どもを持つ母親515名である。研究方法は自己記入式質問紙調査で，項目は被災の状況，避難状況，子どもの心身の状態，母親の PTSD，生活の困難度とである。分析は HALBOW 4 にて統計的検討を行った。研究結果は回収率72％であった。結論は以下の通りであった。

1．母親の認知した災害後の子どもの心身の状態が明らかになり，被災直後からの心のケアの必要性をあげていた。

2．母親の PTSD と子どもの心身の状態との関連が明らかになった。

3．母親が看護職者に望んでいることは，心のケア，災害直後からの看護，環境への対処法，病気の手当のアドバイス，適切な医療などの情報であった。

Ⅵ. 文　　献

1）日本小児精神医学研究会編：震災時のメンタルヘルス－兵庫県南部地震（阪神大震災）における小児メンタルヘルスの対応マニュアルを中心として－，1995.

2）Eitan D.: The Post-Traumatic Response In Children And Adolescent, PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA. 117(2), pp.331－326, 1994.

3）清水将之：災害と子どもの心，看護実践の科学，(1)，pp.93－96，1996.

4）小柳憲司，冨田和巳：災害が心理・身体に及ぼす影響とその援助，第42回小児保健学会抄録集，pp.782－783，1995.

5）細野茂春：阪神淡路大震災後の学童における身体的・心理的反応に関する検討，第42回小児保健学会抄録集，pp.780－781，1995.

6）北山真次：阪神大震災における子どもの健康調査，激震地区と非激震地区の比較，第42回小児保健学会抄録集，pp.776－777，1995.

7）神戸大学医学部　小児科：第一回「阪神・淡路震災と子どもの保健・医療」研究報告書，1995.

8）永田耕司：一般健康質問票（General Health Questionaire）調査からみた保健婦と看護婦のメンタルヘルス，民族衛生59(4)，pp.186－195，1993.

9）植本雄治：阪神大震災が小中学生に及ぼした心理的影響（経時変化），特定研究「兵庫県南部地震に関する総合研究」平成8年度報告書，pp.297－305，1996.

10）J．ボウルビィ著，作田　勉監訳：ボウルビィ母子関係入門，星和書店，1981.

11）バーバラMニューマン，フィリップRニューマン著，福富護訳：生涯発達心理学，川島書店，1990.

12）本田雅子：災害時における子どもの心理状態とそのケアについて，第2回日本行動研修会，1996.

13）中井久夫編：1995年1月・神戸，みすず書房，1995.

14）南　裕子編著：阪神大震災　そのとき看護は，日本看護教育出版会，1995.

15）南　裕子編著：心を癒す，基本セルフケア看護，講談社，1996.

16）Linda Frattaroli: Support and Stress Management for Disastar Mental Health Staff, Diaster Response and Recovery, A Handbook for Mental Health Professionals, U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SURVICE, 1994.

17）太田宗夫，高橋章子著：災害看護，メチィカ出版，1996.

（平成12年6月6日受付）

－研究報告－

手術室における対人距離の変化

Close Interpersonal Distance in the Operating Room

石原 麿奈美[1)]　鎌倉 やよい[2)]　一柳 美稚子[3)]
Manami Ishihara　Yayoi Kamakura　Michiko Ichiyanagi

キーワード：対人距離，手術室，仰臥位，抑制，看護
interpersonal distance, operating room, supine position
restraint, nursing

Ⅰ．緒　言

人が人とコミュニケーションを図る際にどの程度の対人距離をとるのかについては，アメリカの文化人類学者であるHall, E. Tによって提唱されたproxemics（近接学）という概念が広く知られている。Hallは，スイスの動物心理学者であるHediger, H.の動物間での個体空間の概念をもとに，米国北東海岸に住む健康な成人の行動を観察し，社会的接触場面とそこでとられる平均的距離との関係から，人と人がとる物理的距離を密接距離，個体距離，社会距離，公衆距離の4つに分類した。また，Hallは密接距離を家族や恋人のようなごく親しい人との間でとられる距離，個体距離を親しい友人との間でとられる距離，社会距離を会社の上司や隣人との一般的な会話の際にとられる距離，公衆距離を演説や講義の場でとられる距離と定義し，両者の親密度が対人距離に影響を与えていると報告している。Sommer, R.は，proxemicsにおける距離の概念を空間としてとらえ，これをpersonal space（個人空間）と命名し，侵入者が入ってくることができないように，その人の身体を取り囲む見えない境界を持った泡のような領域と定義した[1)]。

proxemicsやpersonal spaceの概念をもとに多くの研究がなされてきたが，その研究方法としては3種類あげられる[1)]。第1は参加観察法，第2はミニチュアの人形や影絵として描かれた人物を，被験者自身と相手に見立て対人距離を投影させて測定する方法，第3は一定条件のもとで会話するために立ち止まる位置を実験的に測定する方法で，さらに被験者が止まっている相手に接近する方法（接近距離）と，相手が止まっている被験者に接近する方法（被接近距離）に分けられる。このうち，第1の方法で行われた研究では，Remland. M. Sら[2)]が日常の場面における対人距離を測定し，被験者の文化や性別，年齢は少なからず対人距離に影響を与えていると報告した。第2の方法で行われた研究では，Little, K. B.[3)]が好意を持った者同士の対人距離は密接になり，好意を持つ人には接近しやすい傾向にあると報告した。第3の方法で行われた研究では，田中[4)]が「近すぎて気詰まりな感じがする」という基準に

1）前愛知県立看護大学　Formerly of Aichi Prefectural College of Nursing and Health
2）愛知県立看護大学　Aichi Prefectural College of Nursing and Health
3）前愛知県立看護短期大学　Formerly of Aichi Prefectural Junior College of Nursing

よって，等角度8方向について接近距離と被接近距離を測定し，いずれも正面から後方へと身体の正中面に対しての角度が増大するにつれて対人距離が減少する傾向にあること，また，全ての方向において内向性の者は外向性の者より対人距離が長いと報告した。渋谷[5]は被接近距離の測定時，どの時点で被験者に心理的な動揺が起こるかを計測し，「それ以上近づきたくない」「不快に感じる」位置をpersonal spaceの境界線と考えた。菊沢[6]は対話時の最小距離と至適距離を求め，狩野[7]は接近距離が被接近距離より長く，親密度の影響は男性より女性のほうが大きいと報告した。橋本ら[8]は前後左右の4方向で測定された被接近距離から，会話に「ちょうどよい」と感じる距離は前後方向より左右方向のほうが短いこと，また，様々な床面積と天井の高さの部屋で測定された被接近距離から，小さな部屋では相手の接近に対して寛容になる傾向にあると報告している。

さて，看護の領域でも1980年代後半から欧米の看護専門誌や学会で，看護における環境問題について活発に議論されるようになった。日本でも環境看護学という言葉が使われはじめ，病室環境に関する研究が散見される。服部[9]は環境認知と精神状態および日常生活行動との関係について報告し，川口[10][11]は入院患者と看護婦との会話時に好ましいと感じる対人距離や，患者の個人空間について報告している。このように，生活空間としての病室環境において，患者の空間認知に基づくpersonal space，対人距離は重要な概念となることが考えられる。従来，personal spaceは侵入者を拒む境界，踏み込まれたくない領域であり，踏み込まれると気詰まりや不快の感情を伴うと考えられている。しかし，日常の看護場面では患者のpersonal spaceに踏み込む形で援助が提供されることが多い。さらに，手術室では麻酔導入までのあいだ患者が看護婦の手を握って離さない場面もみられるように，患者は病室よりもさらに短い対人距離を求めることが観察される。このように，患者が短い対人距離を求めていると看護領域では考えられているが，これらを支持する実証的研究は見あたらない。また，対人距離は両者間の親密度や社会関係などに影響を受けることが既に報告されているが，患者と看護婦のように一定の社会関係にあっても，個人がおかれている状況によって対人距離は変化することが推測される。本研究は，患者が看護婦に対して求める対人距離が手術室においてどのように変化するかを明らかにするために，病室と手術室の患者の状況を学生を被験者として実験的に設定して，対人距離が短縮されるかを検討した。

Ⅱ．研究方法

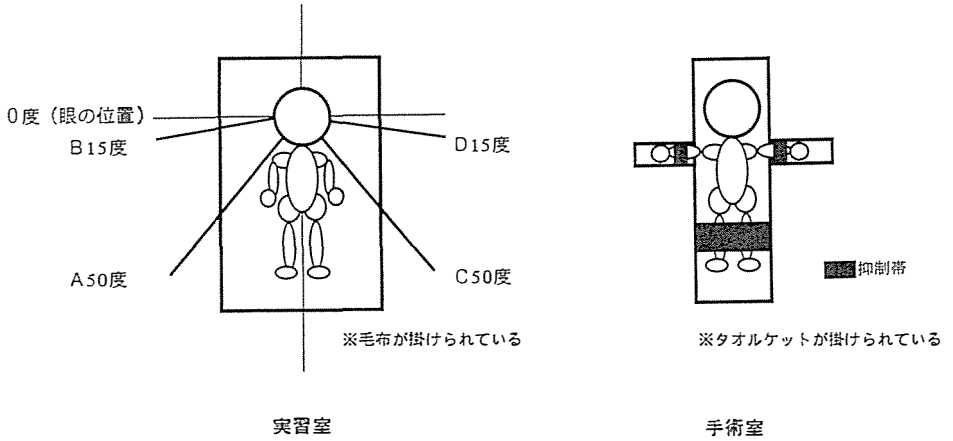
1．被験者

被験者は，手術室実習が予定され，研究参加の同意が得られた看護短期大学生27名（女性，平均年齢20.6歳）である。いずれも手術を受けた経験，手術室へ入室した経験はなかった。

2．測定条件

病室における患者の状況として大学内の実習室において立位対人距離と臥床対人距離を測定した。これに対する手術室における患者の状況として，病院手術室において臥床対人距離を測定した。教員Ｊが学生13名（Ｊ群）を，教員Ｋが学生14名（Ｋ群）を担当した。教員Ｊが測定直前の2週間，Ｊ群の学生に対して臨床実習指導を毎日行っていたのに対し，Ｋ群の学生は教員Ｋと面識はあったものの実際的に関わるのはこれが初めてであった。

本研究における立位対人距離とは，立位の実習担当教員（以下，教員）が立位の学生に対面して直線的に近づいた時，学生が会話をするのに最も望ましいと感じる位置における両者間の距離を表す。臥床対人距離とは，立位の教員がベッドに仰臥位で臥床した学生に対して直線的に近づいた時，



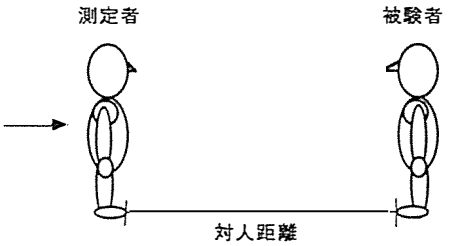
■1　臥床対人距離の測定 －4方向の設定－

学生が会話をするのに最も望ましいと感じる位置における両者間の距離を表す。

臥床対人距離の測定条件は，大学内の実習室（床面積126㎡，天井高3.5m）では，一般病棟で使用されるベッド（長さ195×幅85×高さ86cm）に被験者が仰臥位で手を自然に広げて臥床した状況を設定した。手術室では，病院の手術室（床面積30㎡，天井高3.0m）を使用し，被験者が実際の手術患者同様に仰臥位で両手首および両膝を抑制帯で固定されて手術台（長さ195×幅43×高さ86cm）に臥床した状況を設定した。

3．測定方法

実習室での測定は学生が手術室に初めて入室する前日に，手術室での測定は手術室に入室した当日に，いずれも教員と学生の2名以外の入室を禁じて行われた。また，測定は前後の測定に影響を受けないように，A方向，B方向，C方向，D方向（■1）の順に行われ，いずれの場合も測定方法はStop-distance法を用いた。これは，接近者が被験者に対して直線的にゆっくりと歩いて近づき，被験者が会話に最も適していると判断した位置における2者間の距離を測定する方法である。



■2　立位対人距離の測定

1）立位対人距離の測定

学生は身長を測定された後，測定方法を説明され，教員は学生に対して正面から対面して歩幅が一定にならないように直線的に近づき，両者のつま先とつま先の間を立位対人距離として測定した（■2）。

2）臥床対人距離の測定

学生に■1（角度は省略）を示して測定方法を説明し，学生の両眼が決められた線上にくるように仰臥位をとらせ，測定の間は両眼とも上下左右自由に動かしても構わないが頭は動かさないようにという教示を与えて臥床対人距離を測定した。設定されたA，B，C，Dの4方向の角度は，手術室での測定において学生が両手

表1　実習室における群別にみた対人距離

群	n	立位対人距離	臥床対人距離			
			A方向	B方向	C方向	D方向
J	13	89.4±25.2	73.2±7.3	61.4±13.8	76.3±8.3	56.2±9.9
K	14	85.4±21.5	77.4±11.0	58.2±9.3	81.2±14.9	65.3±14.4
F値	(1, 25)	0.18	1.34	0.50	1.55	3.58
p値		0.68	0.26	0.49	0.22	0.07

値＝mean±SD cm

首と両膝を手術患者同様に抑制帯で■定された場合に，広げた両腕の内側が15度であることや，臥床している患者が会話の際に好印象を持つ看護婦の立つ位置は，ベッドから50度で120cm 離れたところであるという川口らの報告[10]から，15度と50度に設定された。

4．分析方法

対人距離に影響する変動要■として，身長と教員の相違による影響が考えられた。そのため，身長の影響について，J群，K群ごとに学生の身長と立位対人距離との相関を比較した。次に，教員の相違について一元配置分散分析を用いて比較した。その上で，通常環境における立位対人距離と臥床対人距離，環境の相違による臥床対人距離をpaired t 検定を用いて比較した。いずれも5％水準を有意とした。

Ⅲ．結　　果

1．立位対人距離に対する身長による影響

J群の学生の身長は，平均159.2±4.4cmで149.5cmから164.5cmに分布し，立位対人距離は，平均89.4±25.2cmで55cmから124cmに分布した。また，K群の学生の身長は，平均155.1±4.1cmで146.5cmから160.5cmに分布し，立位対人距離は，平均85.4±21.5cmで48cmから135cmに分布した。教員JおよびKの身長は，いずれも163cmであった。そして，学生の身長と立位対人距離を比較した結果，J群（$r=-0.312$，$p=0.31>0.05$），K群（$r=0.003$，$p=0.68>0.05$）ともに相関関係が認められず，身長による影響はなかった。

表2　実習室における立位対人距離と臥床対人距離

立位対人距離	臥床対人距離		paired t 検定
87.3±23.4	A方向	75.3±9.5	$p<0.05$
	B方向	59.7±11.6	$p<0.01$
	C方向	79.3±12.3	$p=0.15$
	D方向	60.9±13.0	$p<0.01$

n＝27　値＝mean±SD cm

2．対人距離に対する教員の相違による影響

立位対人距離および各方向別の臥床対人距離をJ群とK群の間で一元配置分散分析を用いて比較した結果，有意差は認められず，教員の相違による影響はみられなかった（表1）。そのため，立位対人距離と臥床対人距離との関係を両群合わせて比較した（表2）。方向別にみると，A方向（$p<0.05$），B方向とD方向（$p<0.01$）の臥床対人距離は立位対人距離に対して有意に短かったが，C方向（$p=0.15>0.05$）では有意差が認められなかった。

次に，J群とK群の手術室における臥床対人距離を一元配置分散分析を用いて比較した結果，A方向［$F(1, 25)=0.49$，$p=0.49>0.05$］では有意差が認められなかったが，B方向［$F(1, 25)=19.23$，$p=0.00<0.01$］，C方向［$F(1, 25)=5.18$，$p=0.03<0.05$］，D方向［$F(1, 25)=27.78$，$p=0.00<0.01$］では有意差が認め

表3　手術室における群別にみた臥床対人距離

群	n	臥床対人距離			
		A方向	B方向	C方向	D方向
J	13	60.1±8.4	37.1±10.3	55.1±9.7	34.7±7.4
K	14	62.4±9.1	54.7±10.6	63.1±11.0	53.2±10.5
F値	(1, 25)	0.49	19.23	5.18	27.78
p値		0.49	0.00	0.03	0.00

値＝mean±SD cm

られた（表3）。以上から，実習室では教員による影響はみられなかったが，手術室ではB，C，D方向で教員による差がみられ，2週間の実習指導後に測定したJ群における対人距離が有意に短かった。

3．手術室における臥床対人距離の変化

実習室と手術室で測定された4方向における臥床対人距離を群別に示した（図3）。各方向別に実習室と手術室における臥床対人距離を各々比較した結果，J群では全ての方向において手術室の対人距離が実習室のそれと比較して有意に短く（$p<0.01$），K群ではB方向を除くA，C，D方向について有意に短かった（$p<0.01$）。なお，学生が仰臥位になったベッドおよび手術台の幅の違いによる臥床対人距離への影響については，実習

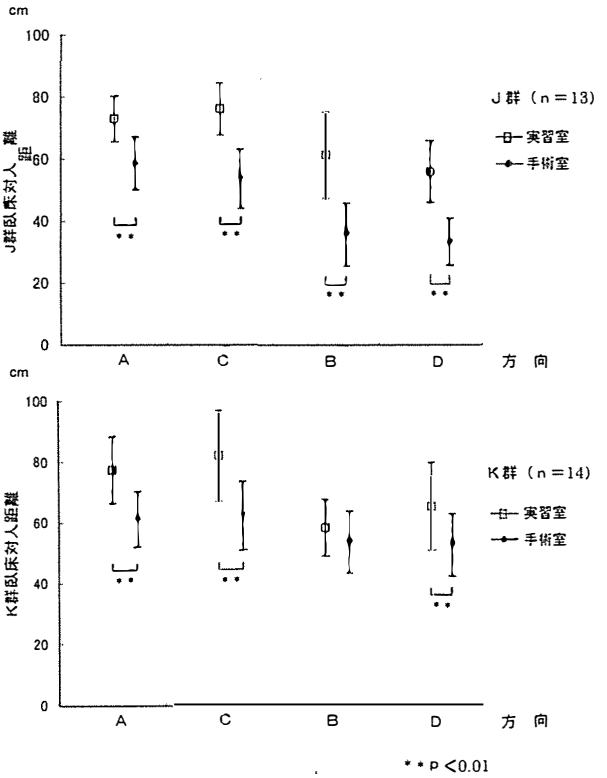


図3　環境別方向別にみた臥床対人距離

表4　方向別にみた最短距離と物理的な限界距離

測定環境	方向	物理的限界距離(cm)	実際の最短距離(cm)
実習室	A	53	55
	B	31	40
	C	53	55
	D	31	43
手術室	A	20	45
	B	9	23
	C	20	40
	D	9	24

室，手術室ともにいずれの方向においても，物理的限界距離が被験者における最短距離の測定値を下回ったことから，影響はみられなかったと判断した（表4）。

Ⅳ．考　　察

人は誰でも身体の周囲に侵入者を拒む境界を規定していると考えられ，これがpersonal spaceとして概念化されている。臨床における看護は，患者のpersonal spaceに侵入して実施されることが多い。そのため，患者の生活を援助する役割を担う看護にとって，このpersonal spaceは重要な概念となることが考えられる。これまでのpersonal spaceに関して心理学，建築学の領域では研究がなされてきたが，看護の領域での応用研究は緒に就いたところである。本研究は，患者の求める対人距離に関する基礎研究として，手術室における対人距離の変化を明らかにすることが目的である。

対人距離は，視覚的に判断されるものである。そのため，お互いの視線の角度が影響することが考えられ，学生の身長が立位対人距離に影響を与える可能性のあることが懸念された。しかし，結果からは立位対人距離と学生の身長との間に相関関係は認められなかった。次に実習室で測定された立位対人距離に対する教員の相違による影響を確認した。山根[12]は，対人空間距離感を対人心理的距離感と一体の心理現象であるとし，両者の性格といった個人的要因や，「面識性」「間柄」「仲」といった社会的・関係的要因によって規定されると述べている。そのため，通常の環境においては教員J，教員Kという個人の要素が反映されるよりも，むしろ「教員－学生」という社会的関係の距離を示すと考えられ，この立位対人距離がHallの定義[1]でいう社会距離（1.2～3.7m）に分類されることが予測された。しかし，結果からは個体距離（46cm～1.2m）に分類された。さらに，教員Jと教員Kに対する対人距離に差がみられなかったことから，通常の環境において，学生は臨床実習を指導する教員を個体距離の関係として捉えていることが考えられた。

次に，臥床することによって，対人距離はどのように変化するのであろうか。立位対人距離と同じ実習室で測定された臥床対人距離との関係を検討した。被験者の左50度（C方向）から近づいた臥床対人距離は立位対人距離と同様であったが，右50度（A方向）では短く，左右の方向で差がみられた。言い換えれば，学生は左前方よりも右前方から近づかれ，より短い距離が会話には適していると判断していた。この左右差について，臥床による影響を考えてみたい。先に，身長と対人距離に相関関係が認められなかったことを述べたが，その場合の教員学生間の身長差は1.6～16.5cmであった。臥床した場合，ベッドの高さが86cmであることを考えると，身長差は77cm程になる。菊沢[6]は，接近者が被接近者よりも身長が高い場合には対人距離が大きくなることを報告し，一般的にも臥床することは無防備な姿勢であることから，対人距離は長くなることが考えられた。しかし，結果は延長することなく，A方向では有意に短縮された。対人距離が視線の空間的な距離によって規定されると考えるなら，お互いの眼の高さの差が大きくなればなるほど床上で測定される臥床対人距離は短くなることになり，今回の結果は興味

深いところである。また，右15度（B方向），左15度（D方向）では，顔のほぼ横方向から近づかれることになる。これらの方向では，さらに短かったとの結果であり，橋本らの報告[8]と同様であった。

さて，手術室における臥床対人距離の変化を検討したい。まず，教員の相違による影響をみると，右50度（A方向）では臥床対人距離に教員による差がなかったものの，左50度（C方向），右15度（B方向），左15度（D方向）においてはJ群において短かった。J群における学生は，教員Jから測定前の2週間臨床実習指導を受けた関係にあった。実習指導を受けた学生と指導した教員との親密度の影響は，実習室ではみられないが手術室において現れる傾向にあると考えられた。さらに，実習室で測定された臥床対人距離は手術室においてどのように変化するのであろうか。被験者の右50度（A方向），左50度（C方向），左15度（D方向）から近づかれた臥床対人距離は，教員の相違にかかわらず手術室において短かった。一方，右15度（B方向）では教員による差がみられ，J群では手術室において短かった。これらから，学生が手術室においては，通常よりも近い距離で会話することを望んでいると考えられる。これは，手術室が学生にとって初めて入室した環境であったこと，身体を固定されて自由がきかないことで緊張や不安を感じやすい状態にあったことが影響していると考えられた。また，右15度（B方向），左15度（D方向）については，「教員が突然視界に飛び込んできた」「教員の顔が確認できたときには，すぐ近くに来ていた」と学生は感想を述べ，ほぼ対面する50度からの接近を望んでいることが伺われた。

V．結　　語

患者が看護婦に対して求める対人距離が手術室においてどのように変化するかを明らかにするために，病室と手術室の患者の状況を学生を被験者として実験的に設定して，対人距離が短縮されるかを検討した。病室の状況として大学内の看護学実習室において立位対人距離と臥床対人距離が，病院の手術室において臥床対人距離が測定された。対人距離は，Stop-distance法を用いて，教員が直線的に学生に接近し，学生が会話に適していると判断した時の両者間の距離である。臥床対人距離ではA方向（右50度），B方向（右15度），C方向（左50度），D方向（左15度）の4方向が設定された。

立位対人距離と臥床対人距離を比較した結果，臥床することによってA，B，D方向で対人距離が短縮された。臥床対人距離について，実習室と手術室を比較した結果，A，C，D方向で対人距離が短縮された。さらに，実習室においては教員による差を認めなかったが，手術室では実習指導によって学生と関わりのあった教員においてB，C，D方向で有意に短かった。

以上の結果から，臥床することが対人距離を短縮させること，手術室では人は普段よりもさらに短い対人距離での関わりを望み，両者間の親密度が短縮の程度に影響を与えることが示唆された。

要　　旨

本研究の目的は手術室における対人距離の変化を検討することである。被験者は，看護短期大学の女子学生27名であり，大学内の実習室と病院の手術室において，対人距離がStop-distance法によって測定された。対人距離には，立っている被験者に近づく立位対人距離と，ベッドに臥床する被験者に近づく臥床対人距離が含まれた。後者では，A方向（右50度），B方向（右15度），C方向（左50度），D方向（左15度）の4方向から被験者に近づいた。臥床対人距

離を実習室と手術室で比較した結果，A，C，D方向で手術室において有意に短かった。さらに，実習室における臥床対人距離では教員による差を認めなかったが，手術室では差を認め，実習指導によって学生と関わりのあった教員においてB，C，D方向で有意に短かった。以上の結果から，手術室では患者は普段よりも短い対人距離を望むことが示唆された。

Abstract

This study aimed to compare the interpersonal distance between a hospital ward or bedroom and an operating room. The subjects were 27 female students, and their interpersonal distance was measured with the Stop-distance method in the nursing practice room of the college and in the hospital operating room. Interpersonal distance here means the distance of a teacher from a standing student, or the distance of a teacher from a student lying supine. The latter was measured from 4 directions, with A at an angle of right 50 degrees, B at an angle of right 15 degrees, C at an angle of left 50 degrees, and D at an angle of left 15 degrees. As a result, comparison showed that the interpersonal distance was less in the operating room than in the practice room, in the A, C and D directions. The difference in interpersonal distance when lying surpine was also not significant in the practice room between two teachers, whereas it was significant in the operating room. The relationship between the teacher and the student affected the interpersonal distance, and it was shortened significantly in the B, C and D directions. These results suggested that patients want less interpersonal distance in the operating room than usual.

文　献

1）空間認知の発達研究会編：空間に生きる
—空間認知の発達的研究—，北大路書房，1995.

2）Remland，M.S. et al.：Interpersonal Distance, Body Orientation, and Touch：Effect of Culture, Gender, the Journal of Social Psychology, 135(3), 281－297, 1995.

3）Little, K.B.：Personal Space, Journal of Experimental Social Psychology, 1, 237－247, 1965.

4）田中政子：Personal Spaceの異方的構造について，教育心理学研究，21(4)，19－28，1973.

5）渋谷昌三：パーソナル・スペースの形態に関する一考察，山梨医科大学紀要，2，41－49，1985.

6）菊沢康子：住空間における対人距離（第1報）個人的属性の影響，家政学雑誌，35(2)，64－69，1985.

7）狩野素朗：「近づく場合」と「近づかれる場合」および親密性が個人空間におよぼす効果，九州大学教育学部紀要（教育心理学部門），38(1)，1－10，1993.

8）橋本都子ほか：実験による対人距離からみた心理的領域の平面方向の拡がりに関する考察，日本建築学会計画系論文集，485，135－142，1996.

9）服部朝子：病室や病院環境に対する患者の認知，看護研究，24(2)，21－40，1991.

10）川口孝泰：課題2　個人空間と患者のテリトリー〔後編〕，看護教育，36(8)，748－752，1995.

11）川口孝泰：課題4　ベッドサイドのコミュニケーション〔後編〕，看護教育，36(11)，992－996，1995.

12）山根一郎：対人心理的距離のモデル化，椙山女学園大学研究論集，26（社会科学篇），1－13，1995.

（平成12年10月11日受付）

辛らーい床ずれ・病臭の解消に！

特許　エアー噴出型

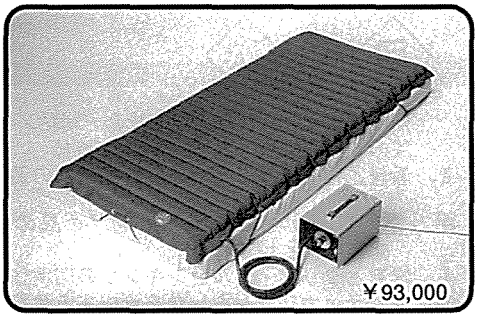
サンケンマット®

大臣賞　受賞品

床ずれ治療に噴気型のパイオニア

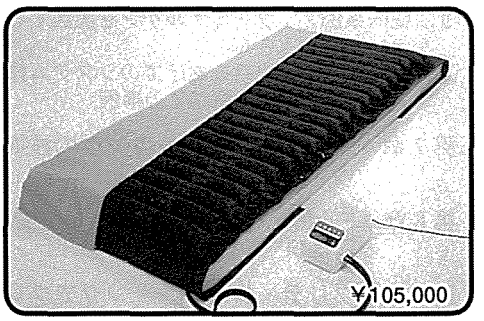
特許：エアー噴出型

サンケンマット　ギャヂタイプ



特許：エアー噴出・波動型（エアーセルタイプ）

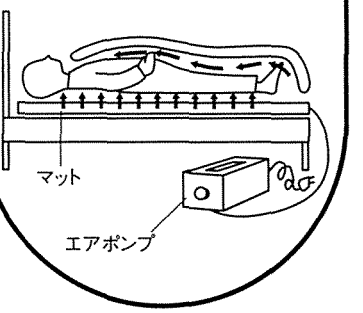
ハッピーウェイブ　電子機能が自動調節



（製品についてのお問い合せは、お気軽にお電話下さい。）

ユニークな原理（特許）

- ●噴出するエアーが患部を乾燥させ、細菌の繁殖をとめます。
- ●重症の床ずれ、病臭ほど威力を発揮します。
- ●体位交換が楽になり、看護の労力を軽減します。



厚生省日常生活用具適格品エアーパッド

サンワカケン

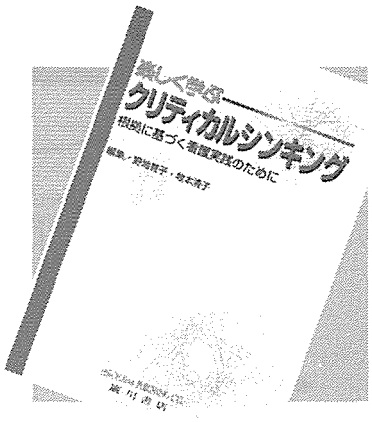
三和化研工業株式会社

本社　〒581-0039　大阪府八尾市太田新町2丁目41番地　TEL.0729(49)7123㈹　FAX.0729(49)0007

楽しく学ぶ クリティカルシンキング
—根拠に基づく看護実践のために—

札幌医科大学保健医療学部看護学科教授　野地 有子
大阪大学医学部保健学科教授　牧本 清子　編集

B5判　180頁　2,200円



◆クリティカルシンキングの一般的な定義と看護における定義についてわかりやすく解説した.
◆看護におけるクリティカルシンキングの必要性・重要性が理解しやすい.
◆日本における看護場面のクリティカルシンキングの事例を多く取り上げたので，クリティカルシンキングの実践について学べる.
◆イラストや図・表を多く取り入れ，初心者にもわかりやすくした.
◆映画の鑑賞を活かしながらクリティカルシンキングの態度や環境について楽しく学べるようにした.

主要目次

第1章　クリティカルシンキングを知ろう
クリティカルシンキングとは／クリティカルシンキングを導入した看護教育の例／定義と看護における動向／全米クリティカルシンキング評議会の定義／デイファイ法にみるクリティカルシンキング

第2章　看護にクリティカルシンキングが必要なわけ
米国で必要とされる背景／日本の看護教育における必要性／日本ではどのように活用されるべきか？

第3章　クリティカルシンキングの思考方法について学ぼう
Ⅰ．ルーベンフェルドの5つの思考方法
想起／習慣／探究／新しい発想と創造性／自己の思考方法について知る
Ⅱ．クリティカルシンキングの要素
好奇心／客観性／偏見のない開かれた心／柔軟性／懐疑性／知的誠実さ／他者の思考に対する尊重／決断力／視点・観点
Ⅲ．自分を知ること，他の人を知ること
Ⅳ．映画で学ぶクリティカルシンキング

第4章　クリティカルシンキングを使って看護過程を展開しよう
Ⅰ．看護過程におけるクリティカルシンキングのスキルと戦略（方法）
関連性／比較・対照／分類／資料の信頼性／真実の正確性を探究する／証拠を探究する／事実・価値判断／明文化されていない前提／分析／論理的矛盾を発見する／論議／画一化をさける／偏りを知る／視点・観点をもつ／統合・総括／予測（結果の予測）意思決定／問題解決／評価
Ⅱ．看護過程とクリティカルシンキングの活用法

第5章　クリティカルシンキングを高める環境作りをしよう
Ⅰ．学習とクリティカルシンキングの環境作り
Ⅱ．クリティカルシンキングを育成する教育方法
Ⅲ．成人保健の授業実践を通して学ぶクリティカルシンキング

第6章　クリティカルシンキングができるナースになろう
Ⅰ．臨床事例1：内視鏡検査室における援助
Ⅱ．臨床事例2：ターミナルケアを実践する“熱血ナース”のIさん
Ⅲ．臨床事例3：病院をあげてのシステム作り—シアトルの退役軍人病院での事例

第7章　クリティカルシンキングの技術・能力の測定方法を知ろう

第8章　Evidence-based Medicine（EBM，根拠に基づく医療）とクリティカルシンキング

第9章　クリティカルシンキングでグレート・ナースをめざそう
看護におけるパラダイム・シフト／これからの看護に求められるもの／クリティカルシンキングでグレートナースをめざそう

用語解説

消費税が加算されます.

廣川書店
Hirokawa Publishing Company
113-0033　東京都文京区本郷3丁目27番14号
電話03 3815 3652 FAX03 3815 3650

日本看護研究学会会報
第 54 号
（平成12年12月20日発行）
日本看護研究学会事務局

目　次

評議員選挙の開票を終えて …… 1
平成12年度第2回理事会議事録 …… 3
平成12年度評議員会議事録 …… 7
第26回日本看護研究学会総会議事録 …… 15
平成11年度第1回理事会議事録 …… 20
平成11年度第2回理事会議事録 …… 29
平成11年度評議員会議事録 …… 32
第25回日本看護研究学会総会議事録 …… 37

評議員選挙の開票を終えて

日本看護研究学会評議員選挙管理委員会
委員長　大森武子
委　員　阿部テル子
委　員　大谷眞千子

平成12年3月20日付けの会告により公示されました，本会評議員選出のため上記3名が選挙管理委員を委嘱され，選挙管理委員会を組織致しました。

平成12年6月20日付の会告により，評議員選挙の投票締切り日を平成12年10月1日と定め，上記同会告の通り地区別評議員定数は北海道9名，東北10名，関東10名，東京23名，東海25名，近畿・北陸29名，中国・四国18名，九州14名，総数138名の評議員選出の準備に臨みました。

提出して戴きました会員登録カードを基に会員名簿を整理し，選挙人，被選挙人の名簿作成作業に当たりました。この過程におきまして，会員の移動，登録カードの未到着，内容の不完全さ等も手伝い会員名簿作成に時間を要しましたが，投票に必要な用紙等諸準備は，事務局のご努力により滞ることなく経過し，2,732名への発送を終了することが出来ました。

10月7日選挙管理委員と伊藤副理事長，大串総務担当理事立会いの上，開票をアルバイト16名の協力を得て行いました。有権者総数2,732票に対し，投票総数1,001票，うち無効投票4票，有効投票997票で投票率は，36.6%でした。前回平成9年度47.3%で上昇が見

られましたが，前々回平成6年度38.4%を下回る結果となってしまいました。

地区別開票結果は表の通りで，白票が6通ありました。今回の選挙においては，任期6年の役員経験者が多く被選挙人名簿から削除された事もあってか，投票する該当者がいない等の声が事務局に寄せられていました。規定に基づき各地区別定数枠内の評議員該当者，及び次点者を明示し名簿を作成し理事長に提出致しました。評議員の決定は，所定の手続きを経て後日，会告により公表される予定です。

尚今回の選挙におきまして，従来の投票用返信封筒に切手を貼る方式から，受取人払い方式に変更致しました結果，経費削減につながった事を付け加えさせていただきます。

平成12年度評議員選挙状況（平成12年10月1日施行）

	選挙人数	住所不明	退　会	投票総数	投票率	有　効	無　効	評議員定数	備　考
北海道	175			91	52.0%	90	1	9	
東　北	198		1	93	47.0	92	1	10	
関　東	195			70	35.9	69	1	10	
東　京	458		1	152	33.2	151	1	23	白票1
東　海	496	1		158	31.9	158	0	25	白票1
近畿北陸	572	1	1	182	31.8	182	0	29	白票2
中国四国	366			136	37.2	136	0	18	白票2
九　州	272			119	43.8	119	0	14	
合　計	2,732	2	3	1,001	36.6	997	4	138	

平成12年度第2回理事会議事録

日　程　平成12年7月26日（水）午後3時～午後5時
場　所　千葉市幕張メッセ国際会議場　202
出　席　伊藤，石井，泉，大串，川口，川島，河合，草刈，木場，田島，中島，野島，早川，
　　前原，山口　各理事
　　鵜沢，大谷各監事
欠席者　金川，近田，波多野　各理事
事務局　高橋，吉川

理事長挨拶のあと，審議事項に入る前，事務局の新任，吉川菜穂子さんの紹介。

審議事項

1．学会賞について（前原学会賞委員長・川口・中島学会賞委員）

規定，細則（案）の資料に基づき説明。平成13年度を目途に進めている。平成12年度評議員会，総会で承認を得て，平成13年度推薦・選考し，平成14年度に該当者を決定まで予定している。

予算は，理事会で検討する。選考委員は公表する方向で考えている。

常任理事会でタイムスケジュールを決め，文言の訂正，修正後，再度学会賞委員会に戻すことを評議員会に提案。

2．編集委員会メンバーの構成について（山口委員長）

4月の第1回理事会でメンバーについて承認を得たが，委員会規定を今回改正・追加することの提案承認を得たい。

（改正部分）

規定第3条（委員会）

本会の運営は，日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出する。任期は役員任期期間とし，再任を妨げない。

2）委員長は理事とし，理事委員の中から互選する。委員長は本会を総務する。

（追加部分）

3）委員長は評議員・会員の中から若干名の委員を推薦し，理事会の承認を得る。任期は役員任期期間とし，再任を妨げない。

承認

3．第27回（平成13年度）学術集会について（泉キヨ子会長）

日　程　平成13年7月27日（金）•28日（土）

場　所　金沢市観光会館

参加費　9,000円でお願いしたい。

承認

4．第28回（平成14年度）学術集会長選出について（草刈理事長）

北里大学，池田明子氏を推挙したい。

（平成12年度第1回理事会でお名前の挙がった方は，辞退された。）

承認

5．その他

1）文部省科学研究費審査委員推薦について（大串総務担当理事）

前回の推薦時（平成11年度）に早川理事より選考する案をつくるよう依頼があったが，その件について選出方法として，

理事，評議員の中から条件に合った人を選出する。選考するのは，理事長，総務担当理事，渉外担当理事があたるということで，いかがか。

承認

2）議事録の雑誌掲載について（大串総務担当理事）

平成11年度第1回理事会，第2回理事会，評議員会，総会各議事録の学会雑誌への掲載もれがあった。今後，遅ればせながら，追加掲載していきたい。

承認

3）事務局の人事について（大串総務担当理事）

中嶋和子さんが一身上の都合で，昨年から本人の退職申出があった。ご両親の介護が必要となり，結果的に業務が滞るということで退職。代わって7月1日より正式に吉川菜穂子さんを，業務内容・時間・時給についてご本人の了解を得て採用した。

尚，中嶋和子さんに，感謝状と金一封をさしあげることを提案したい。

承認

報告事項

1．名誉会員の推薦について（大串総務担当理事）

平成12年度第1回理事会において，「役員に評議員も含むのか」という質問があったが，含まない。しかし，吉田時子先生の場合，世話人時代からの実績があり，問題なく名誉会員として推薦できると考える。

今回，本学会の名誉会員では看護界から初めてとなられる。

承認

2．委員会報告

1）編集委員会（山口委員長）

4月理事会以降の投稿原稿の経過

平成11年度総投稿数45編中，2／3が決着がつき，1／3が現在査読あるいは返却中。

平成12年度について現在19編。投稿数は増加しているが，滞りなく進めている。

第1回理事会において新たに年4回の投稿締切日を設け，承認を得，23巻2号（6月20日発行）において，新しい投稿規定に追加し，執筆要項を含めて掲載した。新規程掲載後第1回（7月10日）締切日に合わせて新規の投稿があり，それに合わせて第2回編集委員会が開催された。

7月27日（木）委員会はじめての試みとして，査読委員も含めて編集拡大委員会を計画している。

2）奨学会委員（木場委員長）

a．平成12年度奨学金授与者

東京慈恵会医科大学　長谷部佳子氏（奨学金20万円）

b．平成11年度奨学会研究発表者

聖隷クリストファー看護大学　豊島由樹子氏

c．奨学会研究応募者の選考に関し，選考を公表していないが，今後，応募資格条件等を明確にしたい。

本委員会は，今期で終わるので，次期役員に引き継ぐために，倫理的な手続き，看護学の評価等も含めて，検討したい。

d．これまでの応募書類を検討し，文部省科学研究費の申請書類を参考に，様式も含めて検討したい。

3．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）第3回看護学系学会連絡協議会は，本年度日本看護研究学会が当番となり，受付，会場づくり，司会等を行った。

日　程　平成12年6月3日（土）13：00〜15：00

会　場　日本赤十字看護大学

本学会より草刈理事長，伊藤副理事長，大串総務担当理事，国島会計担当理事，早川渉外担当理事出席

2）日本学術会議第18期で，看護系学会が研連となったが，現在，まだ会員は出せない。今回，正式に認められるにあたり，医薬研連の大きなバックアップがあったので，お礼状を出しておいた方が良いと，学術会議の事務局の方よりアドバイスをいただいた。近日中に出す予定。

3）大学評価委員会専門委員及び評価員候補者の推薦について依頼があったが，これについて理事長に一任でよろしいか。

承認

4．将来構想検討ワーキングについて（早川担当理事）

メンバー個人の承認を得た。すぐに活動は困難なので，とりあえず発足ということでご了解を得たい。

承認

会計より

支出については，今年度は予備費より支出とする。

承認

伊藤総務担当理事

次回の理事会への引き継ぎをするのか，現理事の諮問機関として発足したが。

早川理事

次期理事会へ引き継ぎ，将来構想ワーキングで検討は続けていく方針でいかがか。

承認

5．その他

1）演題発表の取り消しの取り扱いについて（大串総務担当理事）

第25回学術集会で2題発表とりやめについては，すでに会報で報告済み。しかし，今後について二重投稿，又は本人のアクシデントによる場合等々，研究者の倫理の問題や，たまたま発覚する場合とそうでない場合がある等，検討すべき問題を含んでいる。

今後の予防策としては，総会の報告事項の最後に，二重投稿を慎むよう警告する。

投稿，一般演題申込時の用紙にその一項目をつけては。又は，発覚した時のペナルティーを記入してはいかがか。

二重投稿の場合，倫理に違反しているので，除名扱い等，警告文を雑誌に掲載する方法，総会において口頭で警告をする。

今後，投稿者，一般演題申込者（共同研究者も含む）の会員番号の照会徹底をはかることの確認。

承認

平成12年度評議員会議事録

日　程　平成12年７月26日　午後４時～午後７時
場　所　千葉市幕張メッセ国際会議場「１０１」
出　席　47名　委任状　44名
　　未回答　７名
　　過半数以上の出席，委任状により評議員会成立
議　長　草刈理事長

　　理事長挨拶のあと審議に入る

Ⅰ　平成11年度報告について
　１．事業報告（大串総務担当理事）
　　１）年１回の学術集会を行った。（第25回　浜松市）
　　２）機関誌を発行した。（22巻１号～５号）
　　３）奨学会を運営した。（聖隷クリストファー看護大学　豊島由樹子氏）
　　４）地方会を運営した。（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州）
　２．会計報告
　　本学会報告（田島会計担当理事）
　　資料に基づき説明　学会誌23巻３号 p.420
　　奨学会会計報告（木場委員長）
　　資料に基づき説明　学会誌23巻３号 p.422
　３．監査報告（大谷監事）
　　報告

一括拍手承認

Ⅱ　平成12年度事業計画案について（大串総務担当理事）
　１）年１回の学術集会を行う。（第26回　千葉市に於いて）
　２）機関誌を発行する。（23巻１号～５号）
　３）奨学会を運営する。
　４）地方会を運営する。
　５）評議員・理事選挙を行う。
　　学会誌23巻１号会告　理事長名で選挙の告示
　　選挙管理委員会の告示

委員長　大　森　武　子氏

委　員　阿　部　テル子氏

委　員　大　谷　眞千子氏

任期は平成12年度評議員・理事選挙業務の完了まで

学会誌23巻2号会告　理事長名で評議員定数の告示

学会誌23巻2号会告　選挙管理委員会委員長名で投票締切日の告示

平成12年10月1日（当日消印有効）

拍手承認

Ⅲ　予算関連事項

1）　日本看護研究学会将来構想検討ワーキンググループについて（早川理事）

・昨年の評議員会に於いて，当学会も25年を経，4半世紀ということで，今後の方向性，改善すべき点，軌道修正の必要性等を検討する。

・看護系学会が増えている現在，本学会がその中でどのような役割を果たせるか。

・機構的な改善を検討する。

以上のようなことを検討する目的で，理事長直属の作業部会として発足することが理事会で承認された。

・メンバーについては，全国的にバランスを考慮し，下記のメンバーに依頼し，理事会で承認を得た。尚，メンバーの方には，内諾を得ている。

大串　靖子氏（弘前大学）　　尾崎フサ子氏（新潟大学）

川■　孝泰氏（兵庫県立看護大学）　泊　　祐子氏（滋賀医科大学）

東　サトエ氏（鹿児島大学）　　安酸　史子氏（岡山大学）

早川　和生氏（大阪大学）

拍手承認

Ⅳ　平成12年度予算案について（田島会計担当理事）

訂正箇所

平成12年度会計支出案項目13「備考」　第26回　→　第27回に訂正

会計資料に基づき説明。

尚，予備費より支出予定として

・日本学術会議に係る看護系学会連絡協議会の平成12年度本学会が当番学会にあたるためその会議費用等。

・将来構想検討ワーキングに係る費用。

拍手承認

Ⅴ　第27回（平成13年度）学術集会事業計画について（泉　キヨ子会長）

期　日　平成13年7月27日（金）28日（土）

参加費　9，000円

拍手承認

Ⅵ　第28回（平成14年度）学術集会長の選出について

北里大学看護学部教授　池田　明子氏　を理事会で推挙。

拍手承認

Ⅶ　学会賞について（川口孝泰（理事）委員）

規定案配布

資料読み上げ説明。

「第9条の学会賞受賞者は……」の“受賞”は“授賞”にという訂正があったが，確認の上“受賞”で規定を定める。

第4条　資格について

学会賞→学会に対しての貢献度の意味も含む。

奨励賞→若手を育てるという意味を考えて，推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者，当該年度に本学会学術集会で優れた研究発表をした者に対しての賞。

総会で承認を得て，実際の運営についてもう少し検討が必要となるが，この規定で運用したい。

拍手承認

Ⅷ　名誉会員の推薦について（大串担当理事）

会則第3章第10条により，吉田時子先生を名誉会員として推薦したい。

本学会における先生の略歴：学会設立時，世話人のお一人としてご尽力

学会となり昭和57年～平成3年まで評議員

平成4年～平成7年まで理事

平成7年～現在まで評議員

看護学教授として，はじめての名誉会員になられる。

拍手承認

Ⅸ　その他

1）雑誌編集委員会規定の改正について（山口編集委員長）

委員会の機能を高めるため，システムについてこの2年半，検討してきた。結論として，現在の理事だけで構成する委員会メンバーに問題があるということから，理事以外のメンバーも編集委員として加えることを理事会で承認された。

以下の通り委員会規定の第3条が改正・追加された。

（改正部分）

規定第３条（委員会）

本会の運営は，日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出する。任期は役員任期期間とし，再任を妨げない。

２）委員長は理事とし，理事委員の中から互選する。委員長は本会を総務する。

（追加部分）

３）委員長は評議員・会員の中から若干名の委員を推薦し，理事会の承認を得る。任期は役員任期期間とし，再任を妨げない。

２）文部省科学研究費審査委員の選出方法について（大串総務担当理事）

平成11年度より，本学会からも審査員候補者を出せるようになり，初年度については，候補者を選出するまでの期間が短いため，理事会の承認を得て，理事長，総務担当理事，渉外担当理事で人選をし，直接本人に依頼し，選出していた。

次年度より選出方法を決めることを検討していたが，下記の方法で審査委員の条件にあう人を推薦する。

ａ．学長・学部長である人は除く。

ｂ．他の学会から候補者として選出された人は除く。

ｃ．年齢制限を設け，60歳未満とする。

ｄ．期間中，海外出張等で不在となる場合は除外する。

ｅ．理事，評議員の中から選出する。

尚，選出するメンバーは，原則的に秘密厳守であるため，公けに検討できない。理事長，総務担当理事，渉外担当理事が人選し，直接本人に依頼し，選出する。

拍手承認

報告事項

１．会員数の動向について（大串総務担当理事）

平成12年７月21日現在	会員総数		４１３２名
	内　訳	一　般	４０３２名
		理　事	１９名
		評議員	７９名
		名誉会員	２名

２．各委員会報告について

１）編集委員会（山■委員長）

ａ．年５回の雑誌発行

ｂ．論文の投稿数が平成10年度に比べ1.5倍に増え，平成11年度45編，約２／３が結論が出

て，1／3について現在，査読中，返却中である。平成12年度受付は平成12年7月10日現在　19編。

c．原稿投稿規定，執筆要項が23巻2号より改正されたものが掲載。投稿の締切日を年4回とした。

d．今回，学術集会中の7月27日編集拡大委員会を計画。投稿規定等の改正に伴い，査読委員への説明と，今後査読に関する改善すべき点について，意見を交換する予定。

2）奨学会委員会（木場委員長）

平成12年度奨学会研究の応募者　2名　1名採用。

東京慈恵会医科大学　長谷部　佳子氏

総会終了後奨学金を授与する。

平成11年度奨学会研究発表が，7月27日行われる予定。

聖隷クリストファー看護大学　豊島　由樹子氏

今後，奨学会研究の応募の条件，選考方法を検討し，次期奨学会委員会に引き継ぎたい。

3）日本学術会議関連事項（早川渉外担当理事）

a．平成12年6月2日，第18期会員選挙に本学会より草刈理事長と出席。2票を投票した。看護系学会としては，2票は本学会だけで，会員数の多いことが認められたのではないか。

b．平成12年6月3日，第3回看護系学会連絡協議会が日本赤十字看護大学に於いて，本学会が当番学会で行われた。

日本学術会議の動き，看護専門委員会の活動について，樋口康子看護専門委員長より報告があり，今後に向けて話し合われた。

平成13年度当番学会は日本がん看護学会。

c．平成12年7月18日日本学術会議において看護専門委員会が行われ，第132回総会の報告があった。

第18期が，平成12年7月25日発足となり，看護学が専門委員会から看護学研連に昇格された。

現在（第18期），看護系学会は日本学術会議に11学会が登録されている。今回の昇格は異例であると事務の方から伺った。

3．第26回学術集会経過報告について（草刈淳子会長）

事前申込みが1,000名を超えた。総婦長制度となり50年，本学会の名誉会員に看護系より，はじめて吉田時子先生がなられ大変喜ばしい。

7月27日28日の学術集会を成功させたいので，ぜひご協力いただきたい。

4．地方会について

1）北海道地方会（中島理事）

平成12年度地方会補助金がアップし，15万円となりありがたい。

平成11年度事業

a．第10回日本看護研究学会北海道地方会学術集会・総会を開催した。

会　　期　平成11年6月5日

会　　場　札幌医科大学医学部附属病院研究棟2階第1講義室

実行委員長　深山　智代氏（北海道医療福祉大学）

b．特別講演（参加人数82名）

会　　期　平成11年10月13日

会　　場　札幌医科大学臨床講堂

演　　者　Dr.J.Johnson（北海道医療大学大学院看護福祉学研究科教授）

盛会に行われた。

c．地方会ニュースの発行

5月，11月地方会会員に2回発行した。

平成12年度事業

a．第11回日本看護研究学会北海道地方会学術集会・総会を開催する。

会　　期　平成12年6月10日

会　　場　北海道大学医学部臨床大講堂

学術委員長　木原　キヨ子氏（札幌医科大学保健医療学部）

盛会に行われた。

2）東海地方（山口理事）　地区会員数　670名

平成11年度事業

a．第25回日本看護研究学会学術集会（田島会長）・総会を開催。地方会も協力した。

会員に対するご協力のお礼

b．第4回日本看護研究学会東海地方会学術集会・総会を開催した。

会　　期　平成12年1月29日

会　　場　横浜市社会福祉センターホール

学術集会長　川口緋紗子氏（横浜市立大学短期大学部）

参加人数　300名

平成12年事業

a．第5回日本看護研究学会東海地方会学術集会・総会を開催する。

会　　期　平成13年1月27日

会　　場　三重県立看護大学

学術集会長　川野　雅資氏（三重県立看護大学）

3）近畿・北陸地方会（川口理事）

中国・四国地区と交代でセミナー，学術集会を行っている。

平成11年度事業

a．第９回ＮＥＷ看護学セミナーを開催した。（近畿・北陸主催，中国・四国協賛）

会　　期　平成11年８月28日～29日

会　　場　兵庫県立看護大学

プランナー　近田　敬子氏（兵庫県立看護大学）

b．第13回地方会学術集会・総会を開催した。（中国・四国主催，近畿・北陸協賛）

会　　期　平成12年３月20日

会　　場　山口県立大学看護学部

プランナー　野口多恵子氏（山口県立大学看護学部）

c．ニューズレター第１号を発行。

平成12年度事業

a．第10回ＮＥＷ看護学セミナーを開催する。（中国・四国主催，近畿・北陸協賛）

会　　期　平成12年10月７日～８日

会　　場　徳島大学医療短期大学部４階大講堂室

プランナー　道重　文子氏（徳島大学医療技術短期大学部）

b．第14回地方会学術集会・総会を開催する。（近畿・北陸主催，中国・四国協賛）

会　　期　平成13年３月25日

会　　場　京都府立医科大学

実行委員長　西田　直子氏（京都府立医科大学医療技術短期大学部）

c．ニューズレター第２号を発行。

d．地方会事務局の担当が大阪大学医学部保健学科，平河勝美氏に変更になった。

４）中国・四国地方会（安酸史子評議員・世話人代表）

平成11年度事業

a．第９回ＮＥＷ看護学セミナーを開催した。（近畿・北陸主催，中国・四国協賛）

会　　期　平成11年８月28日～29日

会　　場　兵庫県立看護大学

プランナー　近田　敬子氏（兵庫県立看護大学）

b．第13回地方会学術集会・総会を開催した。（中国・四国主催，近畿・北陸協賛）

会　　期　平成12年３月20日

会　　場　山口県立大学看護学部

プランナー　野口多恵子氏（山口県立大学看護学部）

c．ニューズレター第７号を発行（平成11年６月２日）

平成12年度事業

a．第10回ＮＥＷ看護学セミナーを開催する。（中国・四国主催，近畿・北陸協賛）

会　　期　平成12年10月７日～８日

会　　場　徳島大学医療短期大学部４階大講堂室

プランナー　道重　文子氏（徳島大学医療技術短期大学部）

b．第14回地方会学術集会・総会を開催する。（近畿・北陸主催，中国・四国協賛）

会　　期　平成13年３月25日

会　　場　京都府立医科大学

実行委員長　西田　直子氏（京都府立医科大学医療技術短期大学部）

c．ニュースレター第８号を発行。

5）九州地方会（木場理事）

学生の部を作り，発表の場を設けた。

平成11年度事業報告

a．第４回日本看護研究学会九州地方会学術集会・総会を開催した。

会　　期　平成12年３月18日

会　　場　佐賀医科大学医学部看護学科棟

実行委員長　松岡　緑氏（佐賀医科大学医学部看護学科）

平成12年度事業計画

a．第５回日本看護研究学会九州地方会学術集会・総会を開催する。

会　　期　平成13年３月18日

会　　場　宮崎県立看護大学

実行委員長　須永　清氏（宮崎県看護大学）

b．平成12年度ニュースレター２回発行予定。

c．世話人代表を久留米大学医学部看護学科　河合千恵子理事が平成12年度より担当。

5．その他

1）学術集会で発表されなかった一般演題の扱いについて（大串総務担当理事）

22巻４号の会報ですでにお知らせしてあるが，今後の対策として考えた結果，今回，たまたま発覚した場合で，水面下では今後もあり得るので，今回に限り処罰するのは片手落ちとなる。今後の予防策として理事長名で警告という意見も出たが，学会としての品位が下がることも考慮し，様子をみる。しかし，口頭で明日行われる総会において警告，研究者倫理として二重投稿した場合，会則第９条除名を適用することもあり得ることを報告。又，演題募集要項の中に「二重投稿をしていない」という項目を設ける，という意見も出された。

2）事務局員の異動について（草刈理事長）

中嶋和子さんが６月30日ご両親の介護のため退職。新しく吉川菜穂子さんが担当することになり，６月30日，草刈理事長，大串総務担当理事立ち会いのもと引き継ぎが行われた。

中嶋さんの長年の本学会への貢献に対し，感謝状，金一封を贈ることが理事会に提案され了承された。尚金額については，他の例を調べ，理事会に諮り決定したい旨，報告があった。

3）事務局にメールの検討をという提案があった。

対処していくよう進めている。

平成12年8月28日　中嶋和子さんに草刈理事長から感謝状が授与されました

第26回日本看護研究学会総会議事録

日　　時　平成12年7月28日　午前11時25分～12時25分

場　　所　千葉市幕張メッセコンベンションホール

議　　長　草刈淳子（理事長）第26回学術集会長（但し，理事長と学術集会長が同じであるため，学会長が議長にあたり，伊藤暁子副理事長に理事長の任をお願いすることを確認の上進行。）

出 席 者　　１４１名

欠席委任状　　９７５名　　計1，１１６人

無 回 答　３，０１６名

会員数（4,132名）の１／10以上の出席（委任状を含む）があり，成立することを確認。

理事長挨拶の後，審議に入る。

議事に入る前に議題（23巻3号419頁）の追加について，以下の６．７．の追加が提案され，了承された。

６．学会賞について

７．名誉会員について

８．その他　とする。

審議事項

1．平成11年度報告について

1）事業報告：大串総務担当理事より事業計画に基づき説明。

2）会計報告：田島会計担当理事，資料に基づき説明。

木場奨学会委員長，資料に基づき説明。

3）監査報告：大谷監事より報告。

平成11年度一括拍手承認

2．平成12年度事業計画案について

大串総務担当理事より，事業計画案に基づき説明。

拍手承認

3．平成12年度予算案について

田島会計担当理事，資料に基づき説明。

議長が予算案の審議の前に将来構想検討ワーキンググループの件について報告の後，予算案について提案と審議。

伊藤副理事長より上記について報告あり。

（会員意見）：繰越金について。昨年度決算の繰越額，平成12年度の繰越額をみると，年々増加しているが，この扱いについて，事業等を考えていただきたい。又，基金の方へまわすこと等，これだけの繰越額を一般会計の中に残すことは良くない。

伊藤副理事長：その辺の含みもあり，学会賞・奨励賞，又，将来構想について検討の上，事業として考えていきたい。貴重なご意見をいただいたので，今後さらに検討したい。

上記審議の後，平成12年度予算案について審議。

拍手承認

4．評議員，理事選挙について（大串総務担当理事）

会則17条に基づき，平成12年度選挙が行われる。すでに，会告によって，告示が23巻1号・2号に於いて行われている。

拍手承認

5．第28■（平成14年度）学術集会会長選出について（伊藤副理事長）

会則第6章第19条により，理事会で推薦し，評議員会で承認を得，北里大学　池田明子教授を推薦する。

拍手承認

6．学会賞について（伊藤副理事長）

日本看護研究学会学会賞・奨励賞規定（案）により経過説明，提案説明を行う。

当学会は，若手研究者にこれまで力を注いできた経緯がある。以前より学会賞を設けてはという声があった。今回，前原理事を委員長として中島理事，川口理事の３名で学会賞等について検討していただき，理事長に諮問していただいた。理事会，評議員会で審議した上で，今回提案させていただいた。

川口理事，日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程（案）について説明。

伊藤副理事長より補足発言

総会に提案するにあたり，規定そのものは理事会で変更できるが，このように具体的にお示しした方が，ご理解いただけると考えた上で提案した。

主旨と考え方をご審議いただき，文言等は決定的なものがあれば言っていただきたい。

具体的に施行するには細則についても幾つか決めなければならない。現実に運用するには，問題のない，無理のない形で合理的に価値ある方法で展開できるよう，修正していくこともあるということを補足させていただきたい。今回の総会で議決を得た後，平成13年度より施行したい。

会員意見：今まで本学会に約20年の歴史をもつ奨学会との関係はどうなるのか。審査対象の学会賞と奨励賞の文言が類似している。将来一本化する意志があるのか。判り易い形で奨励したり，表彰することは大事だと考える。

伊藤：奨学会とは別事業と考えている。奨学会は，若手研究者を奨励するということで発足した。理事会で統一見解をみたのは，奨学会については，これから研究する方への資金援助。奨励賞は，過去の業績について審議し，奨励することで，性格は異なる。

前原：奨励賞というのは，若手研究者に対して，結果に対する賞ということ。奨学会は，助成していくという考え方で規定を考えた。

拍手承認

7．名誉会員について（大串総務担当理事）

会則第10条（名誉会員）の会則により，前聖隷クリストファー看護大学学長，現評議員吉田時子氏を推挙したい。本学会の母体となった日大学協議会において学会設立の必要性が討議された時点よりメンバーのお一人であり，世話人会で世話人として研究会の設立準備から，会則の規定，運営に至るまで多方面にわたって本学会にご尽力された。

昭和57年～平成３年　評議員

平成４年～平成７年　理　事

平成７年～現在　　評議員

これまでのご貢献に対し，理事会，評議員会に於いて名誉会員として決定された。

拍手承認

報告事項

1．学会員の動向について（大串総務担当理事）

平成12年7月21日会員数	総　数	4，132名
内　訳	一　般	4，032名
	理　事	19名
	評議員	79名
	名誉会員	2名

2．委員会報告

1）編集委員会報告（山口委員長）

a．学会誌の編集に関し，平成11年度投稿総数45編。その内2／3結論が出て，順次掲載される予定。会員の皆様に査読の労をいただいていることへのお礼。

b．委員会のシステムについて規定の変更（434頁参照）

第3条（委員会）第3項が追加，主旨は，理事のみで編成されている現在，評議員，会員を加えて委員会を構成していく。

c．原稿の投稿規定，執筆要項が新しくなり，すでに6月20日発行，23巻2号から掲載。

・投稿のための表紙を設けた。

・論文の種別の変更。（投稿者は原著論文に関して，質的研究，量的研究のカテゴリーに分けて投稿する。）

・原稿の締切日を年4回とし，そこで一括して受理をし，委員会で査読者を決定する。より円滑な査読，あるいは，採否の決定，掲載までの時間的な短縮などを考慮して変更した。新しい投稿規定，執筆要項を確認の上，投稿していただきたい。

d．査読委員を含む拡大編集委員会を昨日（7月27日）初めて行った。20名の査読委員，編集委員7名の出席を得，これまでの査読システム，問題点について話し合いをもつことができた。有意義な意見をいただいたので，今後の委員会活動に活かしていきたい。

2）奨学会委員会報告（木場委員長）

平成11年度授与者の豊島由樹子氏の研究発表が昨日行われ，評価として充分ということで，あと論文を発表する義務が残っているが，その点も含めて今後の論文で深めてもらうことになる。前例に従い，総会終了後，理事長より表彰状を授与されることになる。

平成12年度奨学会研究に2名の応募があり，選考の結果

東京慈恵会医科大学医学部看護学科　長谷部　佳子氏

テーマ「温罨法が就床中の生体に与える影響に関する基礎的・応用的研究」

に決定した。

この後，理事長より奨学金の授与が行われる。本年度より奨学金が20万円に変更。

3）日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

a．平成12年3月7日平成13年度科学研究員候補者推薦に関する話し合いがあり，日本学術会議第7部が医療関連にあたる。その部の副会長高石会員より説明があり，本学会も主旨にそって候補者の推薦をしている。

b．平成12年6月2日日本学術会議に於いて，18期（7月25日発足）の会員選挙が行われ，草刈理事長と早川が出席，投票した。本学会は医薬研連（研究連絡委員会）に属し，1人の会員を出すために投票をした。

看護系の学会で2票の投票権をもらったのは，本学会だけである。会員数が考慮されたようだ。

c．平成12年7月18日，看護学専門委員会が日本学術会議で行われ，17期から18期に申し送る事項について日本学術会議の鳥山会員より以下の報告があった。第18期では看護学専門委員会を昇格させて看護学研究連絡委員会とすることが認められた。

3．第3回看護学系学会連絡協議会が日本赤十字看護大学で開催（早川渉外担当理事）

6月3日，本学会は当番学会であったため，その任を務めた。今年は21の看護系学会が参加。日本学術会議18期の登録状況，日本学術会議全体の動きの説明，看護学専門委員会の活動について検討された。

平成13年度の当番学会は，日本がん看護学会があたる。

4．その他（伊藤副理事長）

1）将来構想検討ワーキンググループについて，早川理事より説明

昨年来から話題にあがっていたが，本学会も半世紀を過ぎ，現在の学会の問題点，課題，将来に向けて考え，検討するための作業部会（ワーキンググループ）として発足。

メンバー7名，平成12年度より検討のための作業を開始する予定。

2）学会発表の一般演題発表取り消しの取り扱いについて（大串総務担当理事）

第25回学術集会に於いて2題の発表取り消しがあった。この件につき第25回学術集会会務報告で会報に掲載済み。今後二重投稿等の場合，会則第9条（除名）を適用することもあり得ることの報告。又，演題募集要項の中に「二重投稿をしていない。」という項目を設ける方法を考えている。

・総会終了後，第27回（平成13年度）学術集会会長　泉　キヨ子氏挨拶

・名誉会員の称号及び記念品授与　吉田　時子氏

・奨学会研究発表の表彰及び奨学金授与

1．平成11年度奨学会研究者表彰　豊島　由樹子氏

2．平成12年度奨学会研究奨学金授与　長谷部　佳子氏

平成11年度第1回理事会議事録

日　　程　平成11年4月24日（土）午後1時～午後6時
場　　所　医学書院　会議室
出 席 者　伊藤，石井，泉，大串，金川，川口，川島，河合，草刈，木場，田島，中島，野島，早川，前原，山口各理事，鵜沢，大谷各監事
欠 席 者　紙屋，近田，波多野各理事
事 務 局　高橋，中嶋
議　　長　草刈理事長

理事長挨拶後，審議に入る。

審議事項

1．平成10年度関係について

1）事業報告（伊藤総務担当）

1．年1回の学術集会を開催した。（第24回・弘前市）
2．機関誌を発行した。（21巻1号～5号）
3．奨学会を運営した。（該当者無し）
4．地方会を運営した。（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州）

承認

2）会計報告

1．日本看護研究学会会計（田島会計担当）
資料により説明
支出の部
3．委員会運営費の編集委員会の予算オーバーは，査読依頼の通信費及び会議回数増のため。
4．印刷費のその他の予算オーバーは，未納者の会員継続，退会の確認のための葉書及び印刷代。
5．事務局運営費家賃の予算オーバーは，共益費を計上していなかったため。

2．日本看護研究学会奨学会会計（木場奨学会委員長）
資料により説明

3）監査報告（大谷監事）

1．日本看護研究学会監査
平成11年4月24日監査終了，適正と認める。

2．日本看護研究学会奨学会監査

平成11年4月24日監査終了，適正と認める。

以上，審議の上平成10年度会計は承認された。

2．平成11年度関係について

1）事業計画案について（伊藤総務担当）

1．年1回の学術集会を開催する。(第25回・浜松市)

2．機関誌を発行する。(22巻1号～5号)

3．奨学会を運営する。(2件応募，1件採用された。)

4．地方会を運営する。(北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州)

承認

2）予算案について（田島会計担当）

1．日本看護研究学会会計

資料により説明

会計支出予算案の3．地方会運営費の配分を下記の通りとする。

但し，配分方法については，今後の会計収入状況などにより，流動的であることを前提とする。

300人以下＝10万円，301人～600人＝15万円，601人以上＝20万円とする。

北海道(255)人＝10万円，東海(646人)＝20万円，近畿北陸(804人)＝20万円

中国四国(503人)＝15万円，九州(414人)＝15万円

項目7．事務局運営費の光熱費を事務所拡張に伴い20万円とする。

項目7．事務局運営費の什器備品費をエアコン・雑誌保管庫を購入のため20万円とする。

合計2,087,000円とする。

項目12. 予備費を300万円とする。

項目13. 次期繰越金を6,267,951円とする。

小計の欄は会計担当理事が検討する。

承認

3．第26回学術集会事業について（草刈会長）

会　　期　平成12年7月26日常任理事会・理事会・各委員会・評議員会

平成12年7月27日・28日学術集会

場　　所　千葉県幕張メッセ国際会議場

参 加 費　7月の理事会に提案する。

承認

4．第27回学術集会会長の選出について（草刈理事長）

金沢大学　泉　キヨ子理事を理事会として推挙する。

承認

5．その他

1）選挙規程の見直しについて（伊藤・大串各総務担当）

前回理事会の継続事項

理事長の諮問機関として，伊藤・大串・田島各理事で，メリット，デメリットを検討した結果，大幅の改正をしないで，最小限の会則改正を提案する。

結果

現理事は，全員6年間評議員であるため平成13年の評議員改選において，一人も残らない状況である。

ついては，伝統ある学会を継承する意味で，新理事長が必要と感じた場合のために，会則12条3）に追加し，平成11年度評議員会・総会に提案する。

追加（案）

会則第4章　役員

第12条（役員の選出）

役員の選出は，次の通りとする。

1）省略（変更なし）

2）省略（変更なし）

3）（追加項目）理事長は理事会の承認を得て，2名以内を理事に委嘱することが出来る。

承認

尚，その際に以下のようなことが話し合われた。

本学会の理事の選挙方法は，評議員が理事を選出している。この際，地区別の理事数は総数を20名以内とし，地区の評議員数に応じて定数を決め，ひとつの地区に偏らないように配分している。突発的な事情などにより，任期中に地区の理事がゼロになった場合，現行では，欠員を補充しないことになっており，地方会の活動に支障があるのではないかとの懸念について，ゼロになった地区の次点者を繰り上げるという意見などが出されたが，以下の理由により現行通り補充しないこととする。

a．地方会のない地区もある。

b．理事の総数を増やさない。（異動で，ゼロになった場合，異動先で理事を続けるため，補充分が増員となる）

c．理事の異動からでてきた発想である。

d．時期尚早である。

e．従来から理事の場合，次点者を設けていない。

2）学会賞について（草刈理事長）

村越，土屋，佐々木，各理事の時代からの検討事項である。第25回学術集会（平成11年度）を目途に検討していたが間に合わないので，2001年には行いたい。ついては，理事長の諮問機関として下記委員を指名し，検討していただくこととしたい。（2000年の総会に提案）

委員長　前原澄子理事

委　員　中島紀恵子，川口孝泰各理事

尚，奨学会事業とは，別のものとして進めることは，当初からの了解事項であったが，改めて確認された。

承認

3）学術集会一般演題応募資格について

a．学生が会員になれるのか

以前学生については，特例的に発表年度の会費を納入し，発表の時点で会員であればよかった。理事長制（平成4年）以後は学生でも申し込み時（発表年度の前年）に会費を納入することとなった。このときには，学生は不可との意見は特に出ていなかった。共同研究者も，申し込み時に会費を納入していれば全て会員として演題申し込みができる状況である。

b．本論が演題として応募できるのか

本学会は四大学看護研究会で発足した経緯があり，以前は演題数も少なかったので学生も認めていた。研究内容の面からみて発想のユニーク性もあった。

理事会での意見

1．この件について，関連した意見として，過去の理事会でも，「会員になって2・3年後に演題を申し込める」としてはとの意見が出されていた。平成8年度第22回学術集会（広島）でも一度論議されている。

看護系大学も増え，以前とは研究に対する考え方が変わってきているので，現状もふまえて，今後新たに考えていくことにしてもよいと思われる。

2．別枠で学生セッションを設けて育てていくのはどうかという意見も出されたがこれに対して，会員でない人が発表するのはどうかという意見が出された。

3．現在，編入学などで学生になる人もあり，特定が難しい。しかし今回該当する学生については辞退させているという実態がある。

4．学生には若い人なりのユニークな意見もあり演題に取り上げて頂きたいという意見もある。

5．学術研究団体との関連でいえば，第7部関係の学術研究団体にあっては，「構成員は2年以上の研究歴を有し，その学問分野で業績が一編以上ある者に限定する。」とある。

6．会則では，「看護学を研究する者」とあり，この解釈が困難である。

7．内規でも明記しないと評議員が推薦の時に判断できなくて困る。

承認

報告事項

1．会員の動向について（大串総務担当）

平成11年4月1日現在　　3，659名

内訳	一　般	3，558名
	理　事	19名
	評議員	80名
	名誉会員	2名

（北海道255名，東北242名，関東251名，東京542名，東海646名，近畿・北陸804名
中国・四国503名，九州414名）

2．日本学術会議関連報告について（早川渉外担当）

1）文部省科学研究費補助金審査委員推薦候補者推薦学術協会依頼先になるための要望書を提出する。

2）看護学専門委員会として，看護系の中から会員を正式に出せるよう看護系の学会が沢山登録するように未登録の学会に働きかける。10の看護系学会が登録できれば運動しやすい。運動の差出人が「日本看護科学学会」になっているので，差出人を学術会議の「看護専門委員会」に変更していただくように樋口先生に申し伝えた結果，了承され，後日知らせることとなった。委員会は，日本科学学会主催（日赤看護大学）で1■開催された。今年度も草刈理事長と出席する。

3）省庁編成による日本学術会議のあり方を未来構想懇親会で政府に任せるのではなく，自分たちで検討し，提案していく方向になっている。

未来構想懇親会の中では，下記のような意見がでていると鳥山委員（看護専門委員会オブザーバー）の情報がある。

学際的な学会

1．外国人を学会員に（国際性）

2．女性を増やす

3．地域性＝地域毎にアクティブに活動している組織

3．各委員会報告について

1）編集委員会報告（山口委員長）

1．編集委員会及び規定の見直しについて

7月の理事会に提案できるよう検討している。委員の出席率が悪いため，雑誌の編集

などは今の時点では困難である。それも含めて検討する。

2．第25回学術集会の中の「研究メンバーを募る会」に，山■桂子の名前で委員会活動を行う。

3．英文投稿について

査読ができない。今後前向きに検討する。

4．機関誌の文字の大きさを22巻4号より「8ポイント」から「9ポイント」に大きくする。

5．査読委員の委嘱状について

理事長名で出していただきたい。任期は役員任期と同じ。

2）奨学会委員会報告（木場委員長）

1．平成11年度奨学研究応募は2名であった。投票の結果1名選出された。

平成11年7月31日総会後に奨学金を授与する。

豊島　■樹子氏　聖隷クリストファー看護大学大学院

題名　「脳卒中後遺症をもつ患者・家族の外泊における意味と看護の関わり」

2．奨学金の金額の検討について

このことについては，昨今の金融状況により基金の利息のこともあるので，金額については今後検討する。

4．第25会学術集会経過報告について（田島会長）

1）発表演題328題で全館借りきって，9会場で行う。

倫理上の問題に関する発表を受け付けたので，当日どんな反応があるか

2）学生と判明した人には辞退させた。しかし移行期であるので判明できない場合があるかもしれない。

3）英語版の演題がある。

5．地方会活動報告について

1）北海道（中島理事）

平成10年度事業

1．第9回学術集会

日　　程　平成10年6月6日（土）

場　　所　武田薬品札幌支店

実行委員長　皆川智子氏（札幌医科大学保健医療学部看護学科）

内　　容　参加者＝58名，一般演題＝2群5演題

特別講演＝ライダー島崎玲子氏「看護の質とその評価」

2．北海道地方会ニュース3号発行

平成11年度事業

1．第10回学術集会

日　　程　平成11年6月5日（土）

場　　所　札幌医科大学医学部附属病院病院研究棟2階第一講義室

学術集会長　深山智代氏（北海道医療大学看護福祉学部教授）

2．事　務　局　北海道医療大学看護福祉学部

会　　長　中島紀恵子　理事（北海道医療大学看護福祉学部）

事務局員　　桑原ゆみ（北海道医療大学看護福祉学部）

2）東海（山口理事）

平成10年度事業

1．第3回学術集会

日　　程　平成11年1月31日（日）

場　　所　今池ガスホール

学術集会長　山口桂子氏（愛知県立看護大学）

内　　容　参加者＝110名，一般演題＝4群15題

シンポジウム「再考・アセスメント・看護診断につなげるために－」

平成11年度事業

1．第4回学術集会

日　　程　平成12年1月予定

場　　所　横浜市社会福祉センターホール

学術集会長　川口緋紗子氏（横浜市立看護短期大学部）

内　　容

2．事　務　局　名古屋大学医学部保健学科

会　　長　田島桂子理事（聖隷クリストファー看護大学）

事務局員　　渡邊順子（名古屋大学医学部保健学科）

3）近畿・北陸（川口理事）

平成10年度事業

1．世話人代表選挙

平成10年11月1日告示　11月15日投票締切り　12月7日開票

開票結果　投票数233　投票率29.4%

任期　平成11年4月1日～平成14年3月31日

世話人代表　川口孝泰氏（兵庫県立看護大学）

2．第8回NEW看護学セミナー（中国・四国地方会主催，近畿・北陸地方会協賛）

日　　程　平成11年9月5日（土）～6日（日）

場　　所　岡山県立看護大学

プランナー　安酸史子氏（岡山県立看護大学）

3．第12回学術集会（近畿・北陸地方会主催，中国・四国地方会協賛）

日　　程　平成11年3月28日（日）

場　　所　滋賀医科大学看護学科

実行委員長　泊　祐子氏（滋賀医科大学看護学部）

平成11年度事業

1．第9回NEW看護学セミナー（近畿・北陸地方会主催，中国・四国地方会協賛）

時　　期　平成11年8月28日（土）～29日（日）

場　　所　兵庫県立看護大学

プランナー　近田敬子氏（兵庫県立看護大学）

講　　師　平田雅子氏（神戸市立看護大学看護短期大学部）

テ　ー　マ　「“なぜ”からはじめる看護」

2．第13回学術集会（中国・四国地方会主催・近畿・北陸地方会協賛）

日　　程　平成12年3月20日

場　　所　山口県立大学看護学部

実行委員長　野口多恵子氏（山口県立大学看護学部）

3．事　務　局

世話人代表　川口孝泰理事（兵庫県立看護大学）

事務局員

4）中国・四国（野島理事）

平成10年度事業報告

1．世話人代表選挙

告　示　平成10年11月9日　投票締め切り11月30日　開票日12月9日

投票率　36.8%

世話人代表　安酸史子評議員（岡山県立看護大学）

任　期　平成11年4月1日～平成14年3月31日

2．第8回ＮＥＷ看護学セミナー

日　　程　平成10年9月5～6日

場　　所　岡山県立大学

コーディネーター　安酸史子氏（岡山県立看護大学）

テ　ー　マ　「ヘルスプロモーションと健康教育」

内　　容　講演2題と事例を用いたグループワーク

参　加　者　98名

3．第12回地方会学術集会（近畿・北陸地方会主催，中国・四国地方会協賛）

日　　程　平成11年8月28日（日）

場　　所　滋賀医科大学

実行委員長　泊　祐子氏（滋賀医科大学）

4．第6号ニューズレター発行（平成10年5月30日）

平成11年度事業

1．第13回地方会学術集会（中国・四■地方会主催，近畿・北陸地方会協賛）

2．第9回NEW看護学セミナー（近畿・北陸地方会主催，中国・四国地方会協賛）

3．第7号ニューズレター発行

4．事務局

世話人代表　安酸史子評議員（岡山県立看護大学）

事務局員　　中西純子氏（愛媛県立医療技術短期大学）

5）九州（木場理事）

平成10年度事業

1．第3回学術集会・総会

日　　程　平成11年3月20日（土）

場　　所　久留米大学医学部教育1号館

内　　容　研究発表・講演

実行委員長　阿蘇品スミ子氏（久留米大学医学部看護学科）

ニューズレター発行

平成11年度事業

1．第4回学術集会・総会

日　　程　平成12年3月予定

場　　所　佐賀医科大学

実行委員長　松岡　緑氏（佐賀医科大学）

2．事　務　局　鹿児島純心女子大学

世話人代表　木場冨喜理事

事務局員

6．その他

事務局にEメールが入り，当面は理事だけで交信することが了承された。

平成11年度第2回理事会議事録

日　　程　平成11年7月30日（金）午前11時～午後1時
場　　所　アクトシティ浜松　オークラ「メイフェア」
出 席 者　伊藤，石井，泉，大串，金川，紙屋，川島，川口，河合，木場，田島，近田，中島，野島，早川，前原，山口　各理事
　　大谷監事
欠 席 者　草刈，波多野　各理事，鵜沢監事
事 務 局　高橋，中嶋

草刈理事長公務のため，欠席につき，伊藤副理事長挨拶のあと審議に入る。

議題1．看護学生の入会及び演題申込み資格について（伊藤副理事長）

・学生を会員として認めるかどうか，学生時代の論文を一般演題として申し込めるかどうか。
・現在，評議員の推薦を得て入会申込みを行っているが，評議員が推薦するにあたり，注意事項を内規に定めるかどうか。大学院生については入会可能であるが，看護学生の入会については整理したい。
・「看護学を研究する者」に学生は該当しないことの確認。
・現状として，編入学の学生もあることを考慮し，「学生は入会資格なしとし，しかし，すでに入会している人は，その限りではない。」
・すでに入会している人に関しては，学生になった場合も継続できるという条件をつける。

承認

その他

1．会費の件について（田島会計担当理事）

4月の理事会において，全員7,000円の会費にというご提案の件は，今回の評議員会には，提案しない。今年度の会計支出をみて，平成10年度の総会に向けて，提案していきたい。

承認

報告1．学会賞の件について（前原学会賞委員長）

奨学会委員会の中で話し合われた学会賞の件についての経緯の説明のあと，学会賞と奨励賞のどちらの方向性をとるのか，理事会で決めていただきたい。

後日，書面で理事会にお伺いすることでよろしいか。

承認

2．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）看護系学会連絡協議会が5月29日行われて草刈理事長，早川理事が出席した。

今回は，日本看護科学学会主催で行われたが，次回（平成12年度）については，本学会が担当することになった。

2）科学研究費補助金の審査委員候補者の推薦に係る件について

今回は，提出期限が8月20日となっているため，人選を草刈，伊藤，大串，早川で担当することの了解を得たい。

今後は，もっとオープンに基準を決めて推薦していきたい。

今回は，理事，評議員の方に個別に依頼し，推薦をすることでお願いしたい。

承認

8月10日頃までに人選し，個別に依頼をするので依頼があった場合，ご受諾下さるようお願いしたい。（伊藤副理事長）

3．委員会報告

1）編集委員会（山■編集委員長）

(1) 投稿原稿の経過について（4月理事会以降）

平成9年度未処理　3編中　2編　採用
1編　返却中

平成10年度未処理　11編中　投稿総数28編
1編　採用
6編　返却中
2編　査読中
2編　辞退

平成11年度　投稿数　16編（平成11年7月現在）
8編　返却中
8編　査読中

(2) 投稿規定，執筆要項，査読マニュアルについて検討中，来年の4月の理事会に提案したい。

(3) 22巻4号より文字の大きさを8ポイントから9ポイントに変更することにより，現在の投稿規定の制限頁数が10頁から12頁に自動的に増えることについて，ご了解いただきたい。

(4) 今学術集会中に，「学会誌への意見」を広く会員から聞くためにミニシンポジウムを企画した。過去5～6年の本学会誌への投稿の採否の状況，原著の内容，分類による比較等を行う。

(5) 編集委員会の構成員について

平成12年度の選挙に伴い，委員会で話し合って理事会に提案していきたい。

(6)　4月の理事会で査読委員に委嘱状を送付する件について，まだ実施していない。早急に送るよう，相談の上すすめたい。

承認

2）奨学会委員（木場奨学会委員長）

(1)　平成12年度奨学会研究の募集を22巻4号で会告

イ）奨学金について，現在15万円を20万円にアップしていただきたい。

ここ2年該当者がいないため，基金をとりくずすまでにはないが，今後は基金をとりくずさないよう，本部より補填していただきたい。

承認

ロ）規定について一部改正したい。

現：第5条（義務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を次年度，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

新：第5条（義務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期3年以内に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

承認

ハ）選考の規定について，それぞれ基準を設けて，今後は会告において公表しながら募集していきたい。

承認

4．その他

1）第26回学術集会について（草刈淳子学術集会長欠席のため，伊藤副理事長報告）

参加費について

参加費を8,000円から，ある時期を決めてその後は，9,000円としたい。

承認

日　　程　　平成12年7月27日（木）28日（金）2日間

場　　所　千葉市幕張メッセ国際会議場

2）21世紀に向けて，本学会の将来構想について（早川理事担当）

この学会も発足し，25年を経過している。渉外を担当していて，他の学会と比べると，のんびりしている感がある。

平成13年度より理事も総入れ替えのことも含めて，21世紀に向けて自己評価，総括をする時期ではないか。看護の学会も増えてきたが，全体を視野に入れて今後の在り方を考えることを提案したい。

補足説明（伊藤副理事長）

この学会の方向性，学会賞委員長前原理事の提案や，組織，会計も含めて広く意見を聞くために，委員会をと考えている。

かつて地区割検討委員会の時は，理事，評議員で検討した経緯があるが，理事・評議員に関係なく，役員改選になっても，このことを検討するプロジェクトづくりをするか，それとも委員を選出するか，

本日，理事長欠席のためこの判断を常任理事会に一任していただけるか。

承認

平成11年度評議員会議事録

日　　時　平成11年7月30日　午後1時10分～2時40分
場　　所　オークラアクトシティ浜松「チェルシー」浜松市
出 席 者　57名　委任状38名　未回答4名
議　　長　伊藤副理事長（草刈理事長公務のため欠席）

伊藤副理事長の挨拶

審議事項

1．平成10年度報告について

1）事業報告（大串総務担当理事）

1．年1回の学術集会を行った。（第24回　弘前市に於て）

2．機関誌の発行をした。（21巻1号～5号）

3．奨学会を運営した。（該当者なし）

4．地方会を運営した。（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州の5地区）

拍手承認

2）会計報告

1．本学会会計報告（田島会計担当理事）

22巻3号422頁～423頁　平成11年度収支報告に基づき説明

2．奨学会会計報告（木場奨学会委員長）

23巻3号424頁　奨学会会計報告に基づき説明

3．監査報告（大谷監事）

報告

一括拍手承認

2．平成11年度事業計画案について（大串総務担当理事）

1）年1回の学術集会を行う。（第25回　浜松市に於て）

2）機関誌を発行する。（22巻1号～5号）

3）奨学会を運営する。（豊島由樹子氏　聖隷クリフトファー看護大学）

4）地方会を運営する。（北海道，東海，近畿・北陸，中国・四国，九州）

拍手承認

3．平成11年度予算案について（田島会計担当理事）

22巻3号426頁予算案に基づき説明

拍手承認

4．第27回（平成13年度）学術集会長選出について（伊藤副理事長）

金沢大学　泉　キヨ子氏を理事会として推薦する。

拍手承認

5．その他

1）選挙規定の見直しについて（大串総務担当理事）

平成12年度評議員選挙に向けて，大幅に評議員が変わることへの懸念から，昨年よりワーキンググループ（伊藤，大串総務担当理事，田島会計担当理事）で検討し，常任理事会でさらに　検討した結果，大幅な改正はしないで，会則第4章役員第12条（役員選出）3）として追加することを提案。

（役員の選出）

1）変更なし

2）変更なし

3）追加項目

上記2）で選出した理事の他に，理事長は理事会の承認を得て，会員の中から2名以内を指名して理事を委嘱することができる。

「評議員の中からではなく，会員の中からか」という質問。

－評議員も含む会員の中からという意味で確認。

拍手承認

2）入会及び演題申込み資格について（大串総務担当理事）

歴史的にみると，本学会は，今まで特例的に学生の入会，発表を認めていた経緯がある。今回，改めてみなおす時ではということで，話し合いの結果，学生については，「看護学を研究する者とは認められない。」という結論になり，学生の入会及び一般演題の申し込みは今後できないことに理事会で決定した。

「但し，学生になる前に会員であった場合は，この限りでない。」ということで提案。

大学院生の入会については，入会を認める。学生の発表の場を設けてほしいという提案

もあったが，発表できる時期まで待って発表をするよう指導することで，学生については，提案通りとする。

拍手承認

◎評議員の方は，入会申込者の推薦の時，学生かどうか，ご確認をいただきたい。

報告事項

1．会員の動向について（大串担当理事）

平成11年4月1日現在　会員総数　3,659名

内　訳　一　般　3,558名

理　事　19名

評 議 員　80名

名誉会員　2名

平成12年度新入会平成12年7月27日現在　127名

2．委員会報告について

1）編集委員会　（山口委員長）

(1)　投稿原稿の経過について（4月理事会以降）

平成9年度未処理　3編　内訳　2編　採用

1編　返却中

平成10年度　投稿総数28編

未処理　11編　内訳　1編　採用

6編　返却中

2編　査読中

2編　辞退

平成11年度　投稿総数16編（平成11年7月現在）

8編　返却中

8編　査読中

(2)　投稿規定，執筆要項，査読マニュアルについて検討中，来年の4月の理事会に提案したい。

(3)　22巻4号より文字の大きさを8ポイントから9ポイントに変更することにより，現在の投稿規定の制限頁数が10頁から12頁に自動的に増えることについて，ご了解いただきたい。

(4)　25回学術集会の「研究メンバーを募る会」のコーナーで8月1日“あなたは学会誌が待ち遠しいですか？”と題してミニシンポジウムを行う。出席のお誘い。

2）奨学会委員会（木場委員長）

・奨学会応募　平成11年度1名決定

豊島由樹子氏　聖隷クリストファー看護大学

・平成12年度の募集について，22巻4号に会告。

・平成12年度より奨学金を現在15万円から20万円に変更。

・規定の第5条（義務）の改正。

現行：第5条（義務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を次年度，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

改正：第5条（義務）

この奨学金を受けた者は，対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に，日本看護研究学会学術集会において口頭発表し，更に可及的早い時期3年以内に日本看護研究学会会誌に論文を掲載し公刊する義務を負うものとする。

承認

選考の規定について，それぞれ基準を設けて，今後は会告において公表しながら募集していきたい。

承認

3．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）第2回看護系連絡協議会が5月29日，日本赤十字看護大学で行われ，草刈理事長と出席。来年の第3回看護系連絡協議会は，本学会が担当することになった。

2）文部省科研費審査員を本学会から推薦できるようになった。本年4月に要望書を提出し，働きかけをしていたのが認められた。

評議員，理事の中から条件に合う方を推薦するにあたり，依頼があった場合，ご受諾いただきたい。

今回は，締切が迫っているので，理事長，総務担当，渉外担当理事で決めさせていただくが，今後は推薦する方法を決めていきたい。

3）日本学術会議は，現在省庁再編のため，今後総務省の下に位置づけられる方向。見守っていきたい。

4．第26回学術集会（平成12年度）　（草刈会長欠席のため伊藤副理事長）

日　時　平成12年7月27日（木）・28日（金）

場　所　幕張メッセ国際会議場（千葉市）

参加費　8,000円　ある時期より9,000円としたい。

5．地方会　（平成11年第1回理事会議事録，以後の報告）

1）北海道地区（中島理事）

・第10回日本看護研究学会北海道地方会学術会議開催

・平成11年6月5日　当日総会に於いて会則一部改正

・ ニューズレター　年2回発行予定

2）東海地区（田鳥理事）

・平成11年度事業

第4回学術集会

日　　程　平成12年1月に予定

学術集会長　川口緋紗子氏（横浜市立看護短期大学）

3）近畿・北陸地区（川口理事）

・平成10年度事業

第12回学術集会

日　　程　平成11年3月28日（日）

場　　所　滋賀医科大学

実行委員長　泊　祐子氏（滋賀医科大学）

大変盛況であった。

・平成11年度事業

第9回看護学セミナー

日　　程　平成11年8月28日，29日

場　　所　兵庫県立看護大学

プランナー　近田敬子氏（兵庫県立看護大学）

・第13回学術集会を平成12年3月に山口県立大学看護学部　野口多恵子氏を会長に山口市で予定。

・平成11年度より地方会補助金が増額されたので，ニューズレター発行を予定している。

4）中国四国地区（安酸史子（世話人代表）評議員）

会員500名を超え，補助金もアップされ，ニューズレター発行を予定している。

近畿・北陸地区との活動を従来通り行う。

5）九州地区（木場理事）

・平成10年度事業

第3回学術集会・総会

日　　程　平成11年3月20日（土）

場　　所　久留米大学

実行委員長　阿蘇品スミ子氏（久留米大学）

・平成11年度事業

第4回学術集会

日　　程　平成12年3月予定

場　　所　佐賀医科大学

実行委員長　松岡　緑氏（佐賀医科大学）

・ニューズレター年1回発行予定。

6．学会賞について　（前原学会賞委員長）

平成10年度総会のあと，理事長の諮問機関として設置，検討することになり，他学会の情報を集め，書面にて理事の回答を得た上であらためて，評議員会，総会へ提案していきたい。

（伊藤副理事長）

平成12年度の総会に提案していただくことで，3名の理事　川口，中島，前原理事に何かご意見があれば，伺いたい。

最終的には，理事長の了解を得て，という運びになることの確認。

承認

7．理事・評議員会費の件について（田島会計担当理事）

これまで，この会の運営について，理事，評議員の会費の差額分でもちこたえてきた経緯がある。予算的に繰越金も増えているので，一般と同額でまかなえると考える。一般と同じ一律7,000円とすることで，来年の総会に提案していくよう検討したい。

承認

8．21世紀に向けて，本学会の将来的ビジョンについて（伊藤副理事長）

常任理事会，理事会で早川理事より「この学会も発足して25年を経過している。渉外を担当していて，他の学会と比べると，のんびりしている感がある。」との提案を受けて，今後具体的にどう活動していくか，検討することが承認された。委員会（奨学会，編集），学会賞についての方向性等，又，日常の課題がステップアップするよう委員会を発足したい。尚，この会に参加したいという方はぜひ声をあげて欲しい。

人選については，検討中。

この提案について。　承認

意　見

学生への対応として将来的構想の中にぜひ含めて検討していただきたい。

学生は貴重な「たまご」ですので，ぜひ考えていただきたい。

第25回日本看護研究学会総会議事録

日　時　平成11年7月31日午前9時～10時

場　所　アクトシティ浜松大ホールコングレスセンター

議　長　第25回学術集会会長　田島桂子

出席者　163名　委任状　953名　平成11年度会員数3657名

会員数の1／10出席（委任状含む）成立。

未回答　2,541名

理事長挨拶のあと，議事に入る。

審議事項

1．平成10年度報告について

1）事業報告（大串理事）

1．学術集会を行った。(第24回・弘前市に於て)

2．機関誌を発行した。(21巻1号～5号)

3．奨学会を運営した。(該当者なし)

4．地方会を運営した。

拍手承認

2）会計報告　会計報告の前に，議長が会計担当理事のため，会計報告に関する報告時は，議長を伊藤副理事長に交代することの確認。

・田島会計担当理事　資料に基づき説明。

人件費について赤字分については，今後検討する。

・木場奨学会委員長　資料に基づき説明。

3）監査報告

・大谷監事より報告

一括拍手承認

2．平成11年度事業計画案について

大串総務担当理事より事業計画案に基づき説明

3．平成11年度予算案

・田島会計担当理事　予算案に基づき説明。

a．総会補助費は実績を支出する。

b．地方会補助金について，数年来値上げの要求があり，4月の理事会に於いて値上げの承認を得て，会員数に応じ予算案に計上した。

拍手承認

4．第27回（平成13年度）学術集会長の選出について（草刈理事長）

泉　キヨ子理事　金沢大学医学部保健学科

拍手承認

5．会則変更について　（伊藤副理事長）

平成12年度評議員・理事選挙にあたり，今回大幅に役員の交代が予想されることについて，昨年の総会において，選挙規定のみなおしも必要ではということで，常任理事会，理事会，評議員会で審議した結果，今回会則の改正を提案したい。

第4章第12条（役員の選出）

追加項目として

3）上記2）で選出した理事の他に，理事長は理事会の承認を得て，会員の中から2名以内を指名して理事を委嘱することができる。

拍手承認

報告事項

1．学会員の動向について（大串総務担当理事）

平成11年4月1日現在　会員総数　3,659名

内訳	一般	3,588名
	理事	19名
	評議員	80名
	名誉会員	2名

2．委員会報告

1）編集委員会（山田委員長）

1．平成10年度，11年度投稿原稿の経過説明

2．投稿規定，執筆要項の見直しをし，平成12年度に向けて検討中。

3．学会雑誌の活字の大きさを従来8ポイントであったが，22巻4号より9ポイントとする。従って投稿規定にある論文種別毎の頁数が以下のように変更となる。

	現行		改正
原著	10頁	→	12頁
総説	10頁	→	12頁
論談	2頁	→	3頁
事例報告	3頁	→	4頁
その他	2頁	→	3頁

4．第25回学術集会の開催中の8月1日，午前10時30分より51会議室において，「学会誌を魅力的なものにしたい」という考え方から，「研究テーマを募る会」の中でミニシンポジウムを開催，参加の呼びかけ。

今回，学会誌についてのアンケートも実施，あわせてご協力の依頼。

2）奨学会委員会（木場委員長）

1．平成10年度は，応募はあったが該当者なし。

2．平成11年度は2名応募，1名に奨学金の授与を総会終了後，行う。

3．平成12年度の奨学会研究の募集について，22巻4号で会告する。

4．奨学金現行15万円を，平成12年度より20万円とする。

3．日本学術会議関連事項について（早川渉外担当理事）

1）第2回看護系学会連絡協議会が日本赤十字看護大学に於いて，5月29日行われ，草刈理事長と出席。

未登録の看護系の学会に18期の登録申請を促すという目的もあり行われた。

来年，平成12年度については，当番学会として日本看護研究学会が担当することになっている。

2）看護学専門委員会が6月8日，日本学術会議に於いて行われ，現在，省庁再編ということで日本学術会議そのものの在り方，又看護学専門委員会が正規の学術会議選出の会員が存在する研連として登録する方策について議論された。

3）文部省科学研究費審査員の候補者の推薦■体として本学会も認めてもらえるよう，要望書を提出したところ，日本学術会議より連絡があり，審査員の推薦用紙が届いた。16名を推薦し本学会より候補者を出すことになった。

4．学会賞について（草刈理事長）

学会賞について，奨学会とは別に設立してはいかがという提案が以前よりあった。しかし具体的に今までできなかった経緯がある。第25回という歴史的な節目に間に合えばと進めていたが，やはり整理しなければならない問題があり，この度理事長の諮問機関として，委員が組織され，他の学会等の実態を参考に検討中である。平成12年度の総会に於いてご報告できるよう進めている。

5．学生の会員資格について（伊藤副理事長）

本学会の会員資格については，「看護学を研究する者」という一項目があり，学生も加入可能であったが，学生については，「看護学を研究する者」に該当しないのではないかという見解もあり，今回，理事会・評議員会を経て，結論がでた。

「看護大学，短期大学，専門学校で学ぶ学生については，会員として入会資格がない。」ということを明確にしたい。

但し，編入学も随分増えているので，「すでに会員になっている場合は，その限りではない。」ということでご了解をいただきたい。

尚，「入会申込書記入の説明」に追加し，文言等は慎重に行いたい。

6．第26回（平成12年度）日本看護研究学会学術集会について（第26回学術集会長　草刈淳子）

日　程　平成12年7月27日（木）～28日（金）

場　所　千葉市幕張メッセ国際会議場

この後，平成11年度日本看護研究学会奨学会奨学金授与式が行われた。

聖隷クリストファー看護大学　豊島　由樹子氏

第5回日本看護研究学会東海地方会学術集会（第2報）

1．日　　時：平成13年1月27日（土）　9時30分～16時
2．場　　所：三重県立看護大学（TEL　059-233-5600）
　　三重県津市夢が丘1-1-1　近鉄・JR「津」駅下車　バス10分
3．プログラム
◆ 基調講演：「ルーラルナーシングーその概念と方策」
　　テネシー州立大学　Judith　Wakim　教授
◆ シンポジウム　　司会　三重県立看護大学　村本　淳子　教授
テーマ：ルーラルナーシング
　　ルーラルナーシングとは，都市型の看護とは異なり保健，医療，看護，福祉などの構成員が極めて少ないコミュニティでの看護で，そこでは，看護職員がプライマリケアを提供し，高いレベルの看護診断能力とケア技能を提供する。そして，それらは，その地域の文化や自然，環境，生活習慣に密接したものである。
シンポジスト　テネシー州立大学　Judith　Wakim　教授
　　テネシー州立大学　Dr.Ann　Ch'ien　氏
　　三重県立看護大学　川野　雅資　教授
◆ 総　　会
◆ 一般演題発表
4．一般演題募集要項
1）締め切り　　平成12年11月6日（月）必着
2）応募資格　　演題発表者は全て日本看護研究学会の会員に限ります。
3）方　　法　　以下の3点を一括して，下記の地方会事務局に送付してください。
① 演題発表申し込み書（同封のもの）　1枚
② 抄録原稿　3部（書類は裏面参照・折らないでください。）
③ 官製ハガキ　1枚（表に発表者の住所・氏名を記入し，裏は白紙のままにして下さい。）
　＊後日，採否および発表形態（口演・示説）を通知します。
5．事前参加申し込み
1）締め切り　　平成12年12月4日（月）までに申し込まれた場合は事前に抄録集を郵送します。
2）参 加 費　　会員　3,000円　　非会員　4,000円
　　会員の方は，通信欄に会員番号を記入して下さい。

郵便振替：００８６０－５－５７４１７
加入者名：日本看護研究学会東海地方会事務局

※当日参加は可能です。参加費は当日お支払い下さい。抄録集は当日お渡しします。

日本看護研究学会東海地方会事務局
〒461-8673　名古屋市東区大幸南1-1-20　名古屋大学医学部保健学科内
TEL＆FAX　052-719-1574（渡邊順子）watanabe@met.nagoya.u-ac.jp

平成12年11月

会員ならびに関係各位

日本看護研究学会近畿・北陸／中国・四国地方会
第14回学術集会開催のご案内

日本看護研究学会近畿・北陸／中国・四国地方会では今年度の学術集会を下記のように計画いたしました。今回は「21世紀の看護における情報化の課題と展望」をテーマに意義のある学会にしたいと考えております。看護教育や実践の場でご活躍の会員ならびに非会員の皆様方の多数のご参加を心からお待ち申し上げます。

日本看護研究学会近畿・北陸／中国・四国地方会
第14回学術集会実行委員長　西　田　直　子

日　　時：平成13年3月20日（火曜日）（祝日）9:20～16:00
場　　所：京都府立医科大学医療技術短期大学部
京都市上京区清和院口寺町東入中御霊町410番地　TEL　075-212-5421
参 加 費：会員4000円／非会員5000円／学生1000円
特別講演：21世紀の看護情報化における課題と展望
宇都由美子　（鹿児島大学医学部保健学科地域看護・看護情報学講座）
パネルディスカッション：「看護における情報化の問題と課題」
浅野弘明　（京都府立医科大学医療技術短期大学部）
池上峰子　（神戸大学医学部附属病院看護部・医療情報部）
川合政恵　（島根県立中央病院看護部）
佐藤智恵子(京都大学医学部附属病院看護部)
参加申込方法：郵便払込先　口座番号　００９２０－１－１９１０９
口 座 名　第14回日本看護研究学会地方会
事前参加払込期限：平成13年2月9日（金）（学会当日も可）
演題発表：66題の演題申し込みがありました。
＊演題申し込みは締め切りました。
＊抄録の提出期日は平成13年1月9日(必着)ですのでよろしくお願いします。

★学会に関する情報は、京都府立医科大学医療技術短期大学部のホームページでもご覧になれます。 http://ss.cmt.kpu-m.ac.jp/jsnrak14/

★学会に関するお問い合わせ先

〒602-0857　京都市上京区清和院口寺町東入中御霊町410
京都府立医科大学医療技術短期大学部
日本看護研究学会第14回近畿・北陸／中国・四国地方会　事務局
西田直子　075-212-5441, naokonis@cmt.kpu-m.ac.jp,　FAX:075-212-5423(代)

第５回　日本看護研究学会九州地方会のお知らせ

第５回日本看護研究学会九州地方会を下記の要領により、宮崎市にて開催いたしますのでお知らせいたします。

平成１２年１０月２日
第５回日本看護研究学会九州地方会
実行委員長　　須永　清

記

期　日　：　平成１３年３月１８日（日）９：３０～１７：００
場　所　：　宮崎県立看護大学
　　〒８８０－０９２４　宮崎市郡司分乙２２０３　Tel（０９８５）５９-７７１１
内　容　：　総会・研究発表会（一般演題）
　　特別講演
　　「　看護の専門性の基盤　」
　　講師　宮崎県立看護大学　学長　薄井　坦子先生
会　費　：　参加費　会員　２，５００円　非会員　３，０００円　学生　５００円
　　お弁当代　１，０００円
昼食を兼ねた懇親会　：　１２：３０～１４：００　懇親会費：２，０００円
参加費振り込み：同封の振込用紙で平成１３年２月までに振り込みをお願い致します。
　　１枚の振込用紙で１名の申込みとして下さい。

＊大学のまわりにはお店が少ないので、昼食を兼ねた懇親会を計画致しております。お弁当も準備致しますが、懇親会の方に是非御参加下さい。

（九州地方会の問い合わせ）
〒８８０－０９２４　宮崎市郡司分乙２２０３
宮崎県立看護大学
第５回日本看護研究学会九州地方会
Tel　　(0985) 59-7710 (須永研究室)
Tel &Fax (0985) 59-7711 (田中研究室)
E-mail　kango@mpu.ac.jp

第20回人間科学研究国際会議のお知らせ

東京で、第20回人間科学研究国際会議Twentieth International Human Science Research Conference が開催されます。「次世代への心遣い」 "Caring for the Next Generation" を主題といたします。この国際会議は、これまでの19年間、北米と欧州で、毎年交替で、開かれてきました。アジアで開催されるのは、今回が初めてです。

人間科学研究のための真に国際的かつ学際的な会議です。いわゆる「質的研究」方法論を基礎に、現象学、解釈学、記号学などのアプローチを採る世界中の研究者の親密な集まりです。参加する研究者たちの領域は、心理学、教育学、哲学、心理療法、精神病理学、看護科学、社会学、言語学、文学研究、芸術研究、建築学、歴史学、地理学、政治学、など多彩です。全世界から集う、多領域の研究者との率直で親密な対話から、参加者が刺激的で啓発的な洞察を得られることが期待されます。参加者の共通の関心は、人類の未来と人間科学研究を通じての人類の未来への貢献です。

今回は、会議の主題に相応しく、また、ご厚意により、会場を国立オリンピック記念青少年センターに定めることができました。会期中の宿泊と食事の用意もいたしました。若い研究者とその卵の方々が、昼夜の公式・非公式の交流を通じて、人類の将来への貢献に向けた、真に国際的な会議を経験される機会となることを、心から願っております。

記念講演者には、現在のところ、Amedeo P. Giorgi　教授, Wade F. Horn博士, ほかを予定し現在交渉中です。　なお、会議での使用言語は、すべて英語です。

第20回　人間科学研究国際会議：主題「次世代への心遣い」
開催期間：2001年８月19日から22日
開催場所：東京代々木、国立オリンピック記念青少年総合センター
詳細についてのお問い合わせは：

人間科学研究国際会議　日本実行委員会　代表者　吉田章宏・村瀬嘉代子
〒170－8470　東京都豊島区西巣鴨　３－20－１
大正大学、カウンセリング研究所
E-mail:IHSRC@mail.tais.ac.jp
Website:http://www.tais.ac.jp/ihsrc/

第935回　運営審議会の概要（平成12年5月29日）

第935回運営審議会は、平成12年5月29日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

(1) 少子社会の多面的検討特別委員会報告「少子社会の現状と将来を考える」について
(2) 社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告「社会サービスに関する研究・教育の推進について」について
(3) 癌・老化研究連絡委員会老化専門委員会報告「老年学・老年医学の教育・診療・研究システム整備の必要性」について
(4) 化学研究連絡委員会、材料工学研究連絡委員会及び物質創製工学研究連絡委員会有機材料専門委員会報告「高分子科学研究体制の整備・構築について」について
(5) 核科学総合研究連絡委員会核融合専門委員会報告「核融合炉工学の再構築と体系化について」について
(6) 国際関係法学研究連絡委員会報告「国際関係法学の教育研究環境について」について
(7) 物理学研究連絡委員会物性物理専門委員会報告「物性研究拠点整備計画の具体化に向けて」について
(8) 人間と工学研究連絡委員会医用生体工学専門委員会及び医療技術開発学研究連絡委員会報告「医用生体工学研究機構（仮称）の設立について」について
(9) 人間と工学研究連絡委員会医用生体工学専門委員会報告「医用生体工学における重要研究・開発課題の提案―緊急に解決すべき課題―」について
(10) 人工物設計・生産研究連絡委員会設計工学専門委員会報告「未来に調和した人工物設計・生産学術研究の推進」について
(11)「生理学研究連絡委員会報告―生理学の現状と展望に関する調査―生理学研究連絡委員会　関連学会員に対するアンケート調査報告―」について
(12)「地域医学研究連絡委員会報告―我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点―保健医療福祉の連携をいかに構築するか―」について
(13)「体力科学研究連絡委員会報告―21世紀における体力科学の将来展望」について
(14)「予防医学研究連絡委員会―次世代の健康問題と予防医学の将来展望」について

2　平成12年度代表派遣について（8月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) 国際平和研究学会会議
（8月5日～9日、タンペレ／フィンランド）
(2) 第18回国際宗教学会学術大会議
（8月5日～12日、ダーバン／南アフリカ）
(3) 第19回国際歴史学会議
（8月6日～13日、オスロ／ノルウェー）
(4) 国際地球化学・宇宙化学協会2000年総会
（8月6日～13日、オスロ／ノルウェー）
(5) 国際地質科学連合第11回総会・評議会
（8月6日～17日、リオデジャネイロ／ブラジル）
(6) 第31回万国地質学会議
（8月6日～22日、リオデジャネイロ／ブラジル）
(7) 第24回国際天文学連合総会
（8月7日～19日、マンチェスター／イギリス）
(8) 第21回国際林業研究機関世界大会
（8月7日～12日、クアラルンプール／マレーシア）
(9) 米国社会学会第95回大会
（8月12日～16日、ワシントン／アメリカ）
(10) アメリカ会計学会年次大会
（8月13日～16日、フィラデルフィア／アメリカ）
(11) 第29回国際地理学会議
（8月14日～18日、ソウル／大韓民国）
(12) 国際地理学協会理事会
（8月18日～20日、北京／中国）
(13) 第21回国際昆虫学会議
（8月20日～26日、イグアス／ブラジル）
(14) 第36回国際アジア・北アフリカ研究会議
（8月27日～9月2日、モントリオール／カナダ）
(15) 第60回国際薬学会議
（8月27日～31日、ウィーン／オーストリア）

3　その他

日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議

(1) 第11回英国科学実験講座「クリスマス・レクチャー2000」
●岩手会場
日　時：平成12年7月26日（水）～27日（木）
場　所：岩手県立大学講堂
●東京会場

日　時：平成12年8月1日（火）～2日（水）
場　所：早稲田大学・国際会議場
(2) 第2回教育シンポジウム「科学と技術の心・技・体―研究開発の新展開と社会的理解に向けて―」
日　時：平成12年7月23日（日）
場　所：中央大学理工学部

第939回　運営審議会の概要（平成12年6月26日）

第939回運営審議会は、平成12年6月26日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

(1) 基盤情報通信研究連絡委員会モバイル・グローバル通信専門委員会報告「移動通信の国際化に向けた研究開発のあり方」について
(2) 第3常置委員会報告「新たなる研究体制の確立に向けて」について
(3) 学術の社会的役割特別委員会報告「学術の社会的役割」について
(4) 太平洋学術研究連絡委員会地域学研究専門委員会報告「地域学の推進の必要性についての提言」について
(5) 情報学研究連絡委員会学術文献情報専門委員会報告「電子的学術定期出版物の収集体制の確立に関する緊急の提言」について
(6) 物理学研究連絡委員会報告「物理教育・理科教育の現状と提言」について
(7) 物質創製工学研究連絡委員会金属材料専門委員会報告「材料の21世紀へのストラテジー―金属系材料の視点からみた提言―」について
(8) 第4部報告「分子レベルの構造生物学の推進に向けて」について
(9) 第6常置委員会報告「―国際的環境条件の変化と国際学術交流の課題―」について
(10) 電気工学研究連絡委員会及びエネルギー・資源工学研究連絡委員会電気エネルギー専門委員会報告「電気エネルギーに関わる大学院の研究・教育の連携の構築について―『電気エネルギー大学院総合協力機構』構想―」について
(11) 社会・産業・エネルギー研究連絡委員会報告「『エネルギー学』の確立をめざして」について
(12) 癌・老化研究連絡委員会癌専門委員会報告「医学部学生の腫瘍学教育の充実と改革の必要性について」について

2　広報協力学術団体の指定について

次の7団体を指定することを了承しました。

(1) 神奈川体育学会
(2) 日本大学　桜門ドイツ文学会
(3) 日本ダルクローズ音楽教育学会
(4) 国際ゴンドワナ研究連合
(5) プラズマ応用科学会
(6) (社) 日本臨床衛生検査技師会
(7) 西日本歯科矯正学会

3　平成12年度代表派遣について（9月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) 国際租税法協会第54回年次大会
（9月3日～8日、ミュンヘン／ドイツ）
(2) 第9回国際成長学会議
（9月3日～6日、トリノ／イタリア）
(3) バイオテクノロジー2000第11回国際バイオテクノロジーシンポジウム及び展示会
（9月3日～8日、ベルリン／ドイツ）
(4) 第16回労働法社会保障法世界会議
（9月4日～7日、エルサレム／イスラエル）
(5) 国際教育史学会第22回大会
（9月6日～9日、アルカラ・ド・ヘナーレ／スペイン）
(6) 第8回国際先天代謝異常学会
（9月13日～17日、ケンブリッジ／イギリス）
(7) 2000年非線型理論とその応用国際シンポジウム
（9月18日～21日、ドレスデン／ドイツ）
(8) ドイツ法曹大会（第63回大会）
（9月26日～29日、ライプチッヒ／ドイツ）

4　その他

(1) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議
①日本生理人類学会市民公開シンポジウム「21世紀を“快適”に生きるには」
日　時：平成12年11月2日～5日

場　所：TFT ホール

②第26回全国語学教育学会年次国際大会と教材展

日　時：平成12年7月8日

場　所：静岡県コンベンションアーツセンターグランシップ

(2) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国際会議

・国際シンポジウム「ロディニア、ゴンドワナ超大陸の形成・分裂とアジア大陸の成長」

日 時：平成13年10月26日～30日

場　所：大阪市立大学学術情報センター

第940回　運営審議会の概要（平成12年7月17日）

第940回運営審議会は、平成12年7月17日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1　対外報告

次の報告について、担当部長及び委員長から説明があり、対外報告として了承しました。

(1)　林学研究連絡委員会報告「新たなわが国の森林情報システムの構築に向けて」

(2) 第6部報告「生物資源とポスト石油時代の産業科学―生物生産を基盤とする持続・循環型社会の形成をめざして―」

(3) 工学共通基盤研究連絡委員会計測工学専門委員会報告「計測工学の体系化について―計測工学の役割と教育・研究の課題及び提言―」

(4) エネルギー・資源工学研究連絡委員会リサイクル工学専門委員会報告「リサイクル工学」

2　平成12年度民間学術研究機関補助金の交付についての答申

文部大臣から諮問のあった審査の方針及び対象の範囲について、答申することを了承しました。

3　平成13年度科学研究費補助金（二段審査に係るもの）の審査委員候補者の推薦について

日本学術振興会理事長からの依頼について、第4常置委員会の審議結果に基づき、審査委員候補者を推薦することを了承しました。

4　平成12年度代表派遣について（10、11月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

(1) 科学技術データ委員会（CODATA）総会及び会議
（10月15日～21日、バベノ／イタリア）

(2) カナダ国際法学会第29回年次大会
（10月15日～18日、オタワ／カナダ）

(3)　第12回アジア太平洋国際会計会議
（10月21日～24日、北京／中国）

(4)　第46回国際純粋・応用生物物理学連合執行委員会
（10月27日～29日、レホボト／イスラエル）

(5) 第11回国際内分泌学会
（10月29日～11月3日、シドニー／オーストラリア）

(6) 法学国際協会大会
（11月1日～4日、ニューオリンズ／アメリカ）

(7) 科学能力開発事業計画（PCBS）会議
（11月1日～4日、北京／中国）

(8) 国際生物科学連合第27回総会
（11月8日～12日、ナポリ／イタリア）

(9) 米国スラブ研究促進学会第32回年次大会
（11月9日～12日、デンバー／アメリカ）

(10) 国際社会科学団体連盟（IFFSO）執行委員会（第17回）
（11月14日～16日、マニラ／フィリピン）

(11) アジア太平洋植物組織培養・アグリバイオテクノロジー会議
（11月20日～24日、シンガポール／シンガポール）

5　その他

(1) 日本学術会議が後援名義の使用を了承した国内会議

①人間―生活環境系シンポジウム

日　時：平成12年11月5日～6日

場　所：徳島大学長井記念ホール

②第38回日本伝熱シンポジウム

日　時：平成13年5月23日～25日

場　所：大宮ソニックシティ

③情報科学技術研究集会（第37回）

日　時：平成12年10月12日～13日

場　所：大阪国際交流センター

④第4回ロボットグランプリ

日　時：平成12年11月4日～5日

場　所：川崎市とどろきアリーナ

(2) 日本学術会議が後援名義の使用を承認した国際会議

・第34回大平洋小児外科学会議

日　時：平成13年4月4日～8日

場　所：京都市

日本看護研究学会雑誌投稿規定

1．投　稿　者

本誌投稿者は，著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2．投稿の種類と内容

投稿内容は，看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は，投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究，カテゴリーⅡ：質的研究，カテゴリーⅢ：その他）
学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。
投稿時にカテゴリーⅠ，Ⅱ，Ⅲ，のいずれかを選択する。

■研究報告
学術上および技術上価値ある新しい研究成果で，前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが，これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告
技術的な問題についての実践結果の報告で，その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総　　説
特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

■資料・その他

投稿者は，投稿時に上記論文種別のいずれかを申告する。

3．原稿の送付

投稿原稿は，所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上，本文，図表，写真等，を綴じたオリジナル原稿，およびオリジナル原稿のコピー２部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10
日本看護研究学会　編集委員会　委員長　山口　桂子　宛

（封筒の表には，「日看研誌原稿」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

4．原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年４■（４月，７月，10月，１月，各月の10日）とし，各■ごとに受理手続きを行う。

5．投稿の採否

寄稿の採否は，規定の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合に

は，不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。
なお原稿は原則として返却しない。
なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総　説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
技術的価値性・有用性	○	○		○	
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正
校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。
なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料
原稿が刷り上がりで，12頁以下（400字詰原稿用紙45枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。
図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。
別刷については，あらかじめ著者より申し受けて有料で印刷する。料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著作権
会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項
別に定める。

この規定は，昭和59年12月１日より発効する。

付　則
1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成12年４月22日　一部改正実施する。

原　稿　執　筆　要　項

1．原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図，表を引用するときには必ず出典を明記すること。

1）所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをＡ４判に拡大コピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式）の論文題名，およびキーワード（５語以内）著者氏名，所属団体・部署とその英訳，原稿枚数，別刷部数を明記する。

2）本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし，書式はＡ４判の用紙に文字数800字（40字詰め20行），左右余白30mm，上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。

3）英文抄録は200語以内Ａ４判の用紙にダブルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。

4）和文抄録は400字以内とする。

5）図表は一つずつＡ４用紙に配置し，それぞれに通し番号を付して図１，表１などとする。

6）図表は，白紙または青色の方眼紙に，黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が３名以上の場合は筆頭者２名のみをあげ，○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題，雑誌名，巻（号），始ページ－終ページ，発行年（西暦）

－例－

1）日本太郎，看護花子，他：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴，日本看護研究学会雑誌，2(1)，32-38，1998

2）Nihon, T. Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号）著者名：書名，引用箇所の始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

3）研究太郎：看護基礎科学入門，23-52，研究学会出版，大阪，1995

③編集者の場合：

番号）著者名：表題，編集者名（編）：書名，始ページ－終ページ，出版社，出版地，発行年（西暦）

－例－

4）研究花子：不眠の看護，日本太郎，看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ，123-146，研究学会出版，東京，1998

5）Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUS および INTERNATIONAL NURSING INDEX に従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI 単位系（m，kg，S，A など）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

所定の原稿用紙 2 枚が刷り上がり 1 ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。

(1) 原著論文　　12 ページ
(2) 研究報告　　12 ページ
(3) 技術・実践報告　　8 ページ
(4) 総　　説　　8 ページ

3．フロッピーディスク

原則として，原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5インチフロッピーで MS-DOS 上のテキストファイルが望ましい。ラベルには著者，表題，使用機種，使用ソフトウェアを明記すること。

この規定は，昭和59年12月 1 日より発効する。

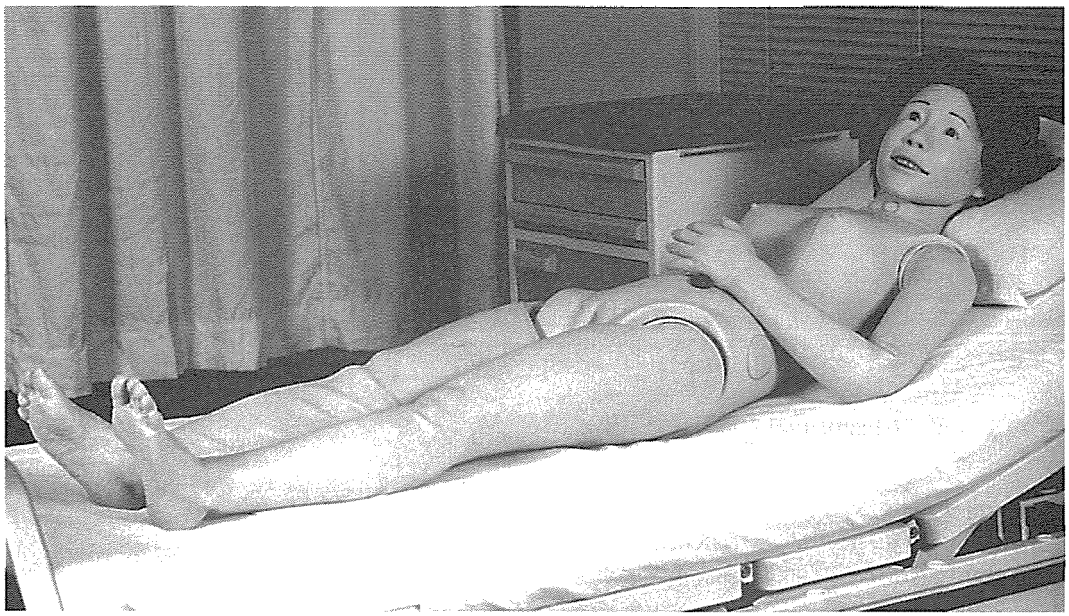
付　　則

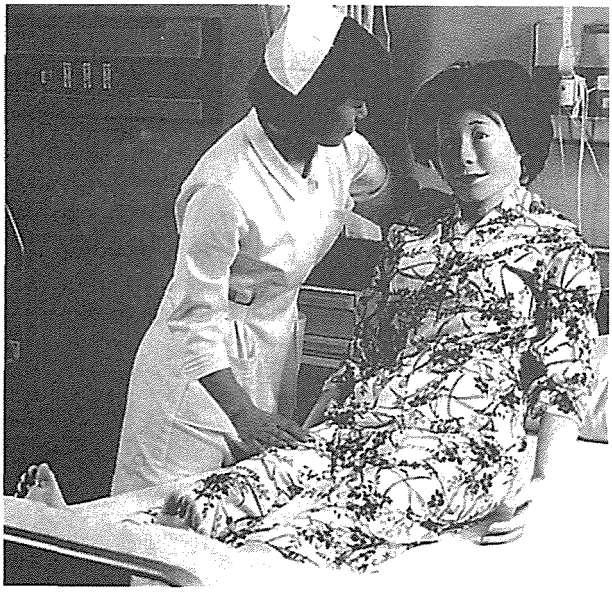
1）平成 5 年 7 月30日　一部改正実施する。
2）平成 9 年 7 月24日　一部改正実施する。
3）平成10年 7 月30日　一部改正実施する。
4）平成12年 4 月22日　一部改正実施する。

KYOTO KAGAKU co.,LTD

座ることもできる手足につなぎめのない
扱いやすく新しいタイプの万能型看護実習モデル。

万能型実習モデル“さくら”





実習項目
① 体位変換
② 運動介助
③ 寝衣交換
④ 口腔内の清潔・義歯の脱着
⑤ 前身清拭
⑥ 洗髪
⑦ 胃洗浄
⑧ 腸洗浄
⑨ 人工肛門ケア
⑩ 気管切開患者のケア　等

2000年版医学・看護教育用モデル・
シミュレータ／VTR総合カタログ進呈

株式会社 京都科学
本社工場:京都市伏見区下鳥羽渡瀬町35-1　電話 本社:075-605-2510 Fax 075-605-2519
東京支店:東京都文京区小石川5丁目20-4　電話 東京:03-3817-8071 Fax 03-3817-8075
KYOTO KAGAKU co.,LTD　http://www.kyotokagaku.co.jp

（注）

1．論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）。の順に掲載した。

2．著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の巻（号）はゴチック体にした。

3．事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1．論　文　目　録

第23巻

［原著］

今本喜久子，大徳真珠子，新穂千賀子：摘出踵骨の骨密度における運動習慣の影響，The Effects of Regular Exercise on the Bone Mineral Density of the Calcaneus in vitro, 23(1), pp.63－72, 2000.

磯谷文衣，工藤せい子，山辺英彰，斉藤洋子，鳴海肇子：糖尿病性腎症患者の受診態度と性格特性の関連について，Relationship between Compliance to the Treatment and Personality in Patients with Diabetes Mellitus, 23(1), pp.73－82, 2000.

田中美智子，長坂　猛，有松　操，椎野志保，辻野久美子，木場富喜，石川稔生，須永　清：明暗サイクル逆転が母胎に及ぼす影響，Effects of Reversed Light-Dark Cycle on Pregnant Mice and their Fetuses, 23(1), pp.83－91, 2000.

横山美江：障害のある多胎児を育てる母親の精神的負担と支援の現状，Emotional Distress among the Mothers of Handicapped Multiple Birth Children and Community Health Services, 23(2), pp. 9 －18, 2000.

木村紀美，大串靖子，阿部テル子，鈴木光子，米内山千賀子，工藤せい子，花田久美子，葛西敦子：研究活動に関する看護職員の意識の因子 －北海道・東北6県について－，The Factor in Nurses' Attitudes for Carrying out the Research of Nursing －In Hokkaido and the Area of Northeast Japan－, 23(2), pp.19－28, 2000.

山崎登志子：バーンアウト傾向と性格特性，ソーシャル・サポートとの関係－病院規模による比較－，The Relation among Burnout, Personality Trait and Social Support of Nurses Investigated at Three Different Sized Hospitals, 23(2), pp.29－41, 2000.

白尾久美子：看護実践からみた術前看護の明確化，Clarification of Elements of Pre-Operative Nursing through a Survey on Nursing Practice, 23(2), pp.43－54, 2000.

吉田聡子，佐伯由香：香りが自律神経系に及ぼす影響，Effects of Fragrances on Autonomic Nervous System, 23(4), pp.11－17, 2000.

山崎登志子，久米和興：精神障害者小規模作業所への通所目的と自立援助についての一考察，A Study

on the Purpose of Attending Sheltered Workshops for Mentally Handicapped People and the Support for their Social Independence, 23(4), pp.19－29, 2000.

丸橋佐和子：特定機能病院退院後中高年齢患者の主介護者の心身の健康状態と影響要因, Physical and Mental Health Problems and Related Factors of Main Care-Givers of Middle-Aged and Elderly Patients who have been Discharged from a Specialized Care Facility, 23(4), pp.31－42, 2000.

江藤真紀, 久保田新：在宅健常高齢者の転倒に影響する身体的要因と心理的要因, Physical and Psychological Factors of Accidental Falls in the Elderly, 23(4), pp.43－58, 2000.

嶺岸秀子, 古屋　健：精神看護実習が看護学生の精神障害者イメージ, 看護態度, および事例アセスメントに及ぼす影響, The Effects of Phychiatric Clinical Nursing Practicum on Nursing Students' Images of Mental Disorders, Attitudes to Psychiatric Nursing, and Case Assessments, 23(4), pp.59－72, 2000.

黒田裕子, 船山美和子：在宅移行期にある虚血性心疾患男性患者の生活管理意識の実態と関連要因の探索, Finding Out an Awareness of Life Management and the Related Factors among Men with Ischemic Heart Disease at the Returning Home Period, 23(5), pp.13－23, 2000.

田中美智子, 長坂　猛, 辻野久美子, 木場冨喜, 須永　清：鉄欠乏性貧血が脂質代謝に及ぼす影響, Effects of Iron Deficiency Anemia on Lipid Metabolism, 23(5), pp.25－32, 2000.

吉瀬みどり, 熊野宏昭：訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルプサービス利用要因と主介護者の健康関連QOL, Factors Related to the Utilization of Visiting Nurse and Home-help by Cared People Using Visiting Nurse Servise and the Health Related QOL of their Primary Caregiver, 23(5), pp.33－42, 2000.

柴田しおり, 柴田真志, 片山　恵, 吉岡隆之, 平田雅子：起き上がり援助技術方法の違いが看護者の生体負担に及ぼす影響, Comparison of the Physiological Stresses on Nurses in Two Techiniques to Assist Clients to Sit Up, 23(5), pp.43－53, 2000.

清水嘉子, 西田公昭：育児ストレス構造の研究, A Study on the Structure of ChildCare Stress, 23(5), pp.55－67, 2000.

野々山未希子：抗HIV薬の服薬アドヒアランスに関する研究, Adherence of Antiretroviral Combination Therapy, 23(5), pp.69－80, 2000.

［研究報告］

宮本　愛，山辺英彰：在宅療養に対する意識と看護に求める役割・援助，Inhabitants' Thoughts and Expectations on Nursing Care at Home, 23(4), pp.73－83, 2000.

松田宣子，新道幸恵，高田昌代：看護職者の災害時における子どもの心身のケアに関する研究，－災害時母親の認知した子どもの状態とニーズを通しての看護職者へのケアニーズ－，A Study of Post-disaster Mental and Physical Care of Children by Nurses, － Determination of Need for Post-disaster Nursing Care and Type of Care Desired by Mothers －, 23(5), pp.81－90, 2000.

石原磨奈美，鎌倉やよい，一柳美稚子：手術室における対人距離の変化，Close Interpersonal Distance in the Operating Room, 23(5), pp.91－98, 2000.

［資料］

川口孝泰，小西美和子，山口桂子，川島みどり，石井トク，泉キヨ子，金川克子，紙屋克子，河合千恵子，近田敬子：学会誌掲載論文からみた今後の看護研究活動の課題 －学術学会2誌の比較・分析より－，23(4)，pp.85－91，2000.

2. 論文著者索引

あ

阿部テル子 23(2) 19
有松 操 23(1) 83

い

石井 トク 23(4) 85
石川 稔生 23(1) 83
石原麿奈美 23(5) 91
泉 キヨ子 23(4) 85
磯谷 文衣 23(1) 63
一柳美稚子 23(5) 91
今本喜久子 23(1) 63

え

江藤 真紀 23(4) 43

お

大串 靖子 23(2) 19

か

葛西 敦子 23(2) 19
片山 恵 23(5) 43
金川 克子 23(4) 85
鎌倉やよい 23(5) 91
紙谷 克子 23(4) 85
河合千恵子 23(4) 85
川口 孝泰 23(4) 85
川島みどり 23(4) 85

き

木村 紀美 23(2) 19

く

工藤せい子 23(1) 73
23(2) 19
熊野 宏昭 23(5) 33
久保田 新 23(4) 43
久米 和興 23(4) 19
黒田 裕子 23(5) 13

こ

小西美和子 23(4) 85
木場 冨喜 23(1) 83
23(5) 25

さ

斉藤 洋子 23(1) 73
佐伯 由香 23(4) 11

し

椎野 志保 23(1) 83
柴田 しおり 23(5) 43
柴田 真志 23(5) 41
清水 嘉子 23(5) 55
白尾久美子 23(2) 43
新道 幸恵 23(5) 81

す

鈴木 光子 23(2) 19
須永 清 23(1) 83
23(5) 25

た

大徳真珠子 23(1) 63
高田 昌代 23(5) 81
田中美智子 23(1) 83
23(5) 25

ち

近田 敬子 23(4) 85

つ

辻野久美子 23(1) 83
23(5) 25

な

長坂 猛 23(1) 83
23(5) 25
鳴海 馨子 23(1) 73

に

新穂千賀子 23(1) 63
西田 公昭 23(5) 55

の

野々山未希子 23(5) 69

は

花田 久美子 23(2) 19

ひ

平田 雅子 23(5) 43

ふ

船山美和子 23(5) 11
古瀬みどり 23(5) 33
古屋 健 23(4) 59

ま

松田 宣子 23(5) 81
丸橋佐和子 23(4) 31

み

嶺岸 秀子 23(4) 59
宮本 愛 23(4) 73

や

山崎登志子 23(2) 29
23(4) 19
山辺 英彰 23(1) 73
23(4) 73
山口 桂子 23(4) 85

よ

吉岡 隆之 23(5) 43
吉田 聡子 23(4) 11
横山 美江 23(2) 9
米内山千賀子 23(2) 19

3. 事 項 索 引

あ

アドヒアランス 23(5) 69
アロマテラピー 23(4) 11

い

育児 23(5) 55
移行期 23(5) 13
移動援助技術 23(5) 43

う

運動習慣 23(1) 63

え

HIV感染症 23(5) 69

か

看護 23(5) 91
看護教育 23(4) 59
看護研究 23(2) 19
看護者 23(5) 43
看護者のバーンアウト傾向 23(2) 29
看護態度 23(4) 59
看護婦研究意識 23(2) 19
看護婦研究意識の4因子 23(2) 19
肝臓 23(5) 25

き

仰臥位 23(5) 91
虚血性心疾患 23(5) 13

け

健康関連QOL 23(5) 33

こ

抗HIV療法 23(5) 69
構造 23(5) 55
高齢者 23(4) 43
個人的要因 23(2) 29
骨密度 23(1) 63
子ども 23(5) 81

さ

災害 23(5) 81
在宅療養 23(4) 73

し

実施への影響要因 23(2) 43
脂質代謝 23(5) 25
脂肪肝 23(5) 25
社会的自立 23(4) 19
尺度構成 23(2) 43
住民の意識 23(4) 73
主介護者 23(4) 31
踵骨 23(1) 63
手術室 23(5) 91
術前看護の項目 23(2) 43
障害児 23(2) 9
小規模作業所への通所目的 23(4) 19
自律神経機能 23(4) 11
事例アセスメント 23(4) 59
心身の要因 23(4) 43

す

ストレス 23(1) 83
23(5) 55

せ

生活管理意識 23(5) 13
精神看護実習 23(4) 59
精神障害者 23(4) 19
精神障害者イメージ 23(4) 59
生体負担 23(5) 43
成長抑制 23(1) 83

た

対人距離　23(5)　91
多胎児　23(2)　9

て

鉄欠乏性貧血　23(5)　25
転倒　23(4)　43

と

糖尿病　23(1)　73
特定機能病院　23(4)　31

に

妊娠　23(1)　83

は

母親　23(2)　9

ひ

病院の規模　23(2)　29

ほ

訪問看護　23(4)　73
訪問看護ステーション　23(5)　33
ホームヘルプサービス　23(5)　33

よ

抑制　23(5)　91

欧文

accidental fall 23(4) 43
adherence 23(5) 69
an awareness of life management 23(5) 13
antiretroviral therapy 23(5) 69
aromatherapy 23(4) 11
attitude to psychiatric nursing 23(4) 59
autonomic nervous function 23(4) 11
bone mineral density 23(1) 63
burnout among nurses 23(2) 29
calcaneus 23(1) 63
childcare 23(5) 55
children 23(5) 81
Diabetes Mellitus 23(1) 73
disaster 23(5) 81
elements of pre-operative nursing 23(2) 43
fatty liver 23(5) 25
four factors of nurses' attitudes regarding the research 23(2) 19
GHQ 23(4) 31
handicap 23(2) 9
health related QOL 23(5) 33
HIV 23(5) 69
home-help service 23(5) 33
image of mental disorder 23(4) 59
influencing factors on nursing care 23(2) 43
inhabitants' thoughts 23(4) 73
interpersonal distance 23(5) 91
Iron Deficiency Amemia 23(5) 25
Ischemic Heart Disease 23(5) 13
lipid metabolism 23(5) 25
liver 23(5) 25
main care-givers 23(4) 31
mentally handicapped people 23(4) 19
mother 23(2) 9
MHLC (Multidimensional Health Locus of Control scale) 23(1) 73
multiple births 23(2) 9
nurse 23(5) 43
nurse education 23(4) 59
nurses' attitudes regarding the research 23(2) 19
nursing 23(5) 91
nursing care at home 23(4) 73
nursing case assessment 23(4) 59
nursing research 23(2) 19
operating room 23(5) 91
personal factors 23(2) 29
physical and psychological factors 23(4) 43
physiological stress 23(5) 43
pregnancy 23(1) 83
psychiatric clinical nursing practicum 23(4) 59
PTSD 23(5) 81
regular exercise 23(1) 63
restraint 23(5) 91
retardation of growth 23(1) 83
scaling 23(2) 43
size of hospital 23(2) 29
social independence 23(4) 19
specialized care facility 23(4) 31
stress 23(1) 83
23(5) 55
structure 23(5) 55
supine position 23(5) 91
the elderly 23(4) 43
the purpose of attending sheltered workshops 23(4) 19
the Returning Home Period 23(5) 13
TEG (Todai-shiki Egogram) 23(1) 73
transfer technique 23(5) 43
visiting nurse service 23(5) 33
visiting nursing care 23(4) 73

事 務 局 便 り

1．平成12年度も残り少なくなりました。引き続き，平成13年度も会員を継続される方は，平成13年度の会費をお納め下さいますようご案内致します。

尚，平成13年度より会費は下記の通りとなります。

記

会　費　　7，000円

支払い方法　　郵便振込

口座番号　　00100－6－37136

加入者名　　日本看護研究学会事務局

お振込の際，会員番号を必ずご記入下さい。

会員番号は，封筒のラベルに明記してあります。

2．平成12年度会費の未納の方が約1,000名おります。平成12年度は，平成11年度会費納入の上，退会申出のない方に，平成12年度発行雑誌23巻1号から5号までを発行毎にお送りしております。未納の方は，至急お振り込み下さい。

平成13年度も継続される場合，併せて14,000円をお振り込み下さいますようご案内致します。

行き違いの節は，お許し下さい。

3．　**送付先**変更の場合は，お早めに葉書又は，FAX（043－221－2332）でお知らせ下さい。楷書で，難しい呼び名の場合，ふりがなをご記入下さい。

4．下記の方が住所不明です。ご存じの方は，本人，または事務局までご連絡をお願い致します。

ひ－114 **平松　恵子**　　ふ－060 **藤原　弘美**　　や－351 **山口　愛子**

ゆ－006 **湯川　倫代**

日本看護研究学会雑誌

第23巻　5号

会員無料配布

平成12年11月20日　印刷

平成12年12月20日　発行

発行所　**日本看護研究学会**

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1－2－10

☎　043－221－2331

FAX　043－221－2332

発行責任者　草刈淳子

印刷所　（株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1－10－6

☎　043－233－2235

FAX　043－231－5562

編集委員

委員長　山口　桂子（愛知県立看護大学）

副委員長　川島みどり（健和会臨床看護学研究所）

石井　トク（岩手県立大学看護学部）

泉　キヨ子（金沢大学医学部保健学科）

金川　克子（石川県立看護大学）

紙屋　克子（筑波大学社会医学系医科学研究科）

河合千恵子（久留米大学医学部看護学科）

川口　孝泰（兵庫県立看護大学）

近田　敬子（兵庫県立看護大学）

入会申込書記入の説明

・大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。ただし，学生である以前に本学会会員である場合はこの限りでありません。

・入会する場合は評議員の推薦をえて，この申込書を事務局（〒260-0856　千葉市中央区亥鼻１－２－10 日本看護研究学会）宛に郵送し，**入会金３,０００円と年会費７,０００円，合計１０,０００円を郵便振替　００１００－６－３７１３６**　日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。

・氏名の「ふりがな」を忘れないでご記入下さい。

・ご記入の際，すべて楷書でお願いいたします。

専門区分の記入について

・専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

地区の指定について

・勤務先又は，自宅住所のいずれかに○印を付けて地区登録して下さい。尚，地区の指定がない時は，勤務先の地区にいたします。

（きりとり線）

入　会　申　込　書

日本看護研究学会理事長　殿　　申込年月日　平成　　年　　月　　日

貴会の趣旨に賛同し会員として＿＿＿＿年度より入会いたします。

ふりがな		専門区分	看護学・医学・その他（　　）
氏名		生年	西暦　　年
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	〒		
自宅	TEL	FAX	
推薦者氏名	印	会員番号　－	
推薦者所属			
事務局記入	年度入会　会員番号　－		
	受付　年　月　日　巻　号～　送付		

地区割

地区名	都道府県名
北海道	北海道
東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
東京	東京，埼玉，山梨，長野
東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
九州	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖縄

書類等送付先はどちらを希望されますか（勤務先・自宅）

日本型リスクマネジメントを提案　新刊

ヘルスケア リスクマネジメント

医療事故防止から診療記録開示まで

中島和江　大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学
児玉安司　三宅坂総合法律事務所

医療は医学であると同時に，統計であり倫理でもあり，そして法律に規制されながら行うビジネスである。本書は米国での医療事故防止のための試行錯誤や，公衆衛生学的手法に学び，法律，経済，倫理など多くの視点から医療事故の問題に迫り，日本におけるリスクマネジメントを提案するものである。多発する医療事故の防止のため病院管理者をはじめとする医療従事者必読の書。

❒主要目次

第1章　医療事故に関する科学的知見
1.医療事故の定義　2.医療事故の実態　3.ハイリスクエリア：手術に関する医療事故　4.ハイリスクエリア：薬剤による医療事故　5.医療事故の原因　6.医療事故の直接原因としてのヒューマンエラー　7.医療事故防止のためのアプローチ
第2章　米国の病院における医療事故防止方策
1.事故防止に関係する活動　2.事故防止の手法　3.事故やニアミスの根本的原因分析　4.米国の病院におけるシステムの改善方法
第3章　わが国の医療機関におけるリスクマネジメント
1.病院の安全管理体制に関する動向　2.日本型リスクマネジメント　3.「事故防止」と「事故対応」の両システムの構築　4.事故およびニアミス報告制度の課題　5.分析，予防方策の立案・実施，フィードバック　6.今後の課題
第4章　医事紛争からのレッスン
1.医事紛争の教訓を生かす工夫の必要性　2.米国における医事紛争の現状　3.医事紛争の本質的問題　4.コミュニケーションの問題　5.インフォームド・コンセントに関する問題　6.わが国におけるコミュニケーションの重要性の再考
第5章　診療情報管理
1.診療情報管理とは　2.わが国における診療記録の開示　3.わが国の診療記録開示に関する法的側面　4.米国における診療記録の開示　5.診療記録の記載方法　6.わが国における課題

●B5　頁224　2000　定価(本体2,800円＋税) 送料実費
[ISBN4-260-33100-0]

既刊

実例に学ぶ医療事故

押田茂實／児玉安司／鈴木利廣

医療は常に「事故」と切り離して考えることができない。本書は，長年法医学の立場から医療事故に携わった医師と弁護士が，リスクマネジメントを意識しなければならない管理者のためにまとめた概説書である。具体的な事例に加え，予防対策のための問題と解答も掲載し，現場ですぐに役立つように作られている。

●A5　頁130　2000
定価(本体2,000円＋税) 送料実費
[ISBN4-260-33072-1]

医学書院　〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替 00170-9-96693