

VOL.25 No.1
平成14年3月20日発行
I S S N 0285—9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.25 NO.1

日本看護研究学会

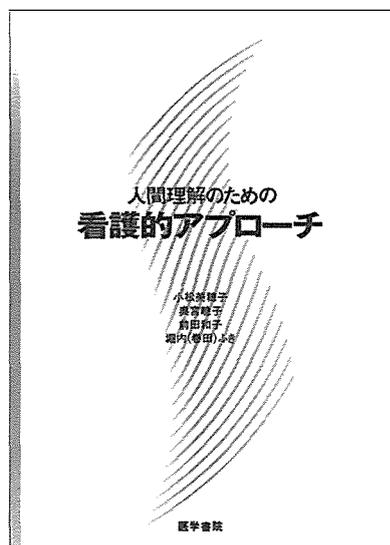
人間理解のための 看護的アプローチ

新刊

小松美穂子・奥宮暁子・前田和子・堀内(巻田)ふき

看護者が対象を心理・社会的な面からアセスメントするには心理学や社会学から発した用語を共通言語として理解しておく必要がある。本書では、①自己概念、②セルフケア、③役割、④ストレスとコーピングという4つのキーワードを中心に、それらの持つ意味と臨床的評価を概説。人間の健康問題を理解するのに不可欠な知識を解説する。

●A5 頁232 図10 表15 2001年
定価(本体2,600円+税) 送料実費 [ISBN4-260-33164-7]



目次

第1章 自己概念

1.はじめに 2.自己概念と自尊心 定義とその意義/自己概念の発達プロセス/自己概念と自尊心のアセスメント/防衛的高自尊心について 3.アイデンティティ(同一性) 定義/アセスメント 4.ボディイメージ 定義/発達プロセス/アセスメント 5.臨床への応用 自尊心を育てる病院環境/小児への一般的看護介入/成人および高齢者への一般的介入の原則 6.事例 A.小児看護の事例/B.母性看護の事例/C.成人看護の事例/D.老人看護の事例 7.終わりに

第2章 セルフケア

1.はじめに 2.セルフケアという用語の定義と解釈 3.セルフケアの歴史 4.看護におけるセルフケア ナイチンゲールのセルフケア/オレムのセルフケア理論 5.セルフケアに影響を及ぼす因子 発達状態による身体機能/精神心理的発達機能/疾病や障害による機能状態/環境要因およびサポート/社会・文化的要因 6.セルフケアの考え方・とらえ方 専門家の援助と区別して考える立場 7.臨床への応用 アセスメント/セルフケア能力の測定/アセスメントにおける注意事項 8.看護介入について A.小児におけるセルフケアの事例/B.成人におけるセルフケアの事例/C.看護介入時の注意事項

第3章 役割

1.はじめに 2.基本的用語の定義と解釈 地位と役割/役

割期待と役割認知/役割取得/役割行動/役割ストレス/役割葛藤/役割変化と役割移行 3.家族のとらえ方と家族役割 家族システム/現代家族の多様性と家族役割/家族発達課題と家族役割/家族の特徴と家族役割 4.家族役割アセスメントと看護介入 予測される家族役割変化/状況危機と役割変化 5.事例 1.親役割に関する事例/2.障害児の母親役割に関する事例/3.状況危機によって家族役割が変化した事例/4.在宅介護になり親子の役割が変化した事例/5.妻の病気によって役割変化が起こった事例 6.個人の社会的役割と病者行動 役割と保健行動/労働・職場における役割とストレス/病者(患者)役割行動/医療者-患者役割関係/障害者役割行動 7.病者役割行動のアセスメントと看護介入 事例 1.病者役割の成人事例/事例2.家族役割に執着する成人事例

第4章 ストレスとコーピング

1.はじめに 2.用語の背景と定義 ストレス/ストレスの感じ方(評価)/対処(コーピング)/適応/ストレス反応 3.ライフサイクルとストレス 妊娠・出産・産褥期のストレス/小児期のストレス/成人期のストレス/老年期のストレス 4.臨床への応用 ストレスコーピングにおけるアセスメントと看護介入/看護介入 5.コーピング障害の行動として考えられる事例 A.老年看護の場合/B.母性看護の場合/C.小児看護の場合/成人看護の場合



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

会 告 (1)

平成13年度日本看護研究学会雑誌24巻1号会告(4)において、平成13年度学会賞・奨励賞の募集を行い、規程、細則に基づいた選考の結果、奨励賞の授賞者が下記の通り決定しました。

平成14年3月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

記

授賞者氏名：野々山未希子氏

対象論文：抗HIV薬の服用アドヒアランスに関する研究

Adherence of Antiretroviral Combination Therapy

日本看護研究学会雑誌23巻5号 pp.69-80, 2000.

所 属：国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

職 名：患者支援調整官

会 告 (2)

第28回日本看護研究学会学術集会を、パシフィコ横浜にて開催いたします。

日程、プログラムは下記に示すとおりです。全国から多くの皆様ご参加下さることを心からお待ち申し上げます。(尚、最新の情報は学術集会のホームページを御覧下さい。<http://www.nrs.kitasato-u.ac.jp/linkage/>)

平成14年3月20日

第28回日本看護研究学会学術集会
会長 池田明子

記

会 期 2002年8月8日(木)、9日(金)
会 場 パシフィコ横浜(国立大ホール・国際会議センター)
〒220-0012 横浜市西区みなとみらい1-1-1

メインテーマ リンケージ：看護実践の拠りどころとなる研究

第1日目 8月8日(木) 10:00~17:00

10:00~ 会長講演

「看護実践・教育における対人関係論の活用 ~40年間の歩みをふり返って~」

池田 明子(北里大学看護学部)

11:00~ 特別講演

「脳化社会とエコロジー」

養老 孟司(北里大学大学院)

13:00~ <総会>

14:00~ 演題発表 示説・■演

14:30~ 交流セッション

「看護におけるコンピューターの活用」

プレゼンター：柏木 公一(東京大学医学部付属病院)

前田 樹海(長野県看護大学)

柳田 征宏(社団法人 日本看護協会)

【学術集会参加費事前払込みのご案内】

学術集会および懇親会参加費は郵便局にて事前払込みをお願いいたします。

＜参加申し込み方法＞

第28回学術集会参加事前振込用紙は、平成14年3月20日発行の第25巻 1号に同封の振込用紙をご利用下さい。尚、振込先は 第28回日本看護研究学会学術集会 00170-3-116875 です。

＜参加費＞

平成14年6月28日（金）まで

会 員：9,000円

非会員：9,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

学 生：2,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

懇親会：6,000円

* 大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

平成14年7月1日（月）以降

会 員：10,000円

非会員：10,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

学 生：3,000円（但し学術集会雑誌代金は含まない）

懇親会：6,000円

* 大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

＜参加手続き等に関してご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい＞

〒228-0829

神奈川県相模原市北里2-1-1

北里大学看護学部内

第28回日本看護研究学会学術集会事務局

FAX 042-778-9814

E-mail kenkyu28@nrs.kitasato-u.ac.jp

「実践に役立つ研究の面白さ、楽しさ、難しさ」

コーディネーター：寺町 優子（東京女子医科大学看護学部）

「クリティカル領域での看護実践モデル」

コーディネーター：別府 千恵（北里大学病院）

「慢性疾患領域での看護実践モデル」

コーディネーター：菊一 好子（北里大学東病院）他

* 交流セッションの企画への参加を希望される会員の方を募集しております。

（学術集会事務局までお問い合わせ下さい。）

14:30～ 教育講演 I

「看護研究における倫理的課題」 グレック美鈴（岐阜県立看護大学）

司会：小山 幸代（横浜市立大学看護短期大学部）

16:00～ 鼎 談

「看護専門職を育てる効果的なシステム」

高嶋 妙子（日本看護協会看護婦看護士職能理事）

竹股喜代子（亀田総合病院看護部長）

田中由紀子（横浜市立市民病院看護部長）

司会：倉田トシ子（山梨県立看護大学短期大学部）

18:00～19:30 <懇親会>

第2日目 8月9日（金）9:30～16:30

9:30～ 教育講演 II

「質的研究の方法論を問う ～グラウンデッド・セオリーに焦点を当てて～」

木下 康仁（立教大学社会学部）

司会：黒田 裕子（日本赤十字看護大学）

9:30～ 演題発表 示説・口演

10:40～ 教育講演 III

「生活援助技術の開発 ～研究成果と実践への活用～」

紙屋 克子（筑波大学大学院）

司会：野々村典子（茨城県立医療大学保健医療学部）

13:30～ シンポジウム

「実践・教育・研究のリンケージ」

シンポジスト：石川真里子（東京女子医科大学看護学部）

宇佐美しおり（熊本大学医療技術短期大学部）

北野 庸子（東海大学健康科学部社会福祉学科）

佐藤英佐子（三重大学医学部看護学科）

司会：大島 弓子（山梨県立看護大学）

岡崎寿美子（北里大学看護学部）

閉 会

目 次

第27回日本看護研究学会講演記事（1）

会長講演

- 人間の持てる力を引き出すリハビリテーション看護学の追究 11
金沢大学医学部保健学科 泉 キヨ子

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－ 21
川 島 みどり

教育講演

- 新しい時代における看護研究の方略
－■米の看護研究比較をとおして－ 31
大阪大学医学部保健学科 牧 本 清 子

－ 原 著 －

- 成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動に関する研究
－さがしもとめる－ 35
愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻臨床看護学 大 野 道 絵
愛媛大学医学部看護学科臨床看護学 阪 本 恵 子
白 石 聡

- 総合病院に勤務する看護婦のキャリア志向とその関連特性に関する研究 45
東邦大学医療短期大学 浅 野 祐 子

- 受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめ 57
千葉大学教育学部 岡 田 加奈子
岡山大学医学部 川 田 智恵子
■立公衆衛生院保健統計人口学部 畑 栄 一
大阪府立健康科学センター健康生活推進部 中 村 正 和

臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響について (I)			
ー自己能力評価からー			69
	金沢大学医学部保健学科	木村 留美子	
	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域	南家 貴美子	
		河田 史宝	
気管支喘息患者の QOL についての検討			77
	弘前大学医学部附属病院	石岡 薫	
	弘前大学教育学部看護教育学科	工藤 せい子	
		富澤 登志子	
		山辺 英彰	
	弘前大学医学部第2内科	高梨 信吾	
在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発			87
	愛知県立看護大学	深田 順子	
		鎌倉 やよい	
	千葉大学看護学部	北池 正	
		野尻 雅美	
レクリエーション療法の効果に関する看護者の認知構造			101
	岡山県立大学保健福祉学部	國方 弘子	
		中嶋 和夫	
		高木 永子	
		高井 研一	
ー 研究報告 ー			
地域消防団における若年男性の高尿酸血症とマルチプルリスクファクター 症候群の関与			111
	名古屋大学医学部保健学科	藤井 千恵	
		榊原 久孝	

CONTENTS

..... Original Paper

A Qualitative Study of the Behaviours of the Participants with Atopic Dermatitis in Adult – Looking for –	35
Ehime University Graduate School of Health Sciences Department of Clinical Nursing: Michie Ohno Faculty of Health Sciences Ehime University School of Medicine Department of Clinical Nursing: Keiko Sakamoto : Satoshi Shiraishi	
Nurses' Career Orientation and Related Factors – A Survey at Large General Hospitals –	45
College of Health Professions, Toho University: Yuko Asano	
Response to the Smoking Related Lecture by Participating Student Nurses	57
Chiba University: Kanako Okada Okayama University: Chieko Kawata National Institute of Public Health: Ei-ichi Hata Osaka Medical Center for Health Science and Promotion: Masakazu Nakamura	
The influence of clinical experience and age on nurse self-evaluation, in the context of self-competence (Part 1)	69
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University: Rumiko Kimura Division of Health Sciences Nursing, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University: Kimiyo Nanke : Hitomi Kawata	
Study on quality of life in patients with bronchial asthma	77
Hirosaki University Hospital: Kaoru Ishioka Department of Nursing Education, Faculty of Education, Hirosaki University : Seiko Kudo : Toshiko Tomisawa : Hideaki Yamabe Second Department of Internal Medicine, Hirosaki University School of Medicine : Shingo Takanashi	

Development of Dysphagia Risk Assessment Scale for Elderly Living at Home	87
<p style="margin-left: 100px;">Aichi Prefectural College of Nursing & Health: Junko Fukada : Yayoi Kamakura Chiba University , School of Nursing: Tadashi Kitaike : Masami Nojiri</p>	
Psychiatric Nurses' Perception of the Effect of Recreation Therapy in Psychiatric Nursing	101
<p style="margin-left: 100px;">Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University: Hiroko Kunikata : Kazuo Nakajima : Nagako Takagi : Kenichi Takai</p>	
<p>..... Research Report</p>	
Hyperuricemia and Multiple Risk Factor Clustering Syndrome among Young Males in a Community Fire Brigade	111
<p style="margin-left: 100px;">School of Health Sciences, Nagoya University: Chie Fujii : Hisataka Sakakibara</p>	

第 27 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (1)

平成13年7月27日(金)・28日(土)

会長 泉 キヨ子

於 金沢市観光会館
金沢市下本多町6-27

人間の持てる力を引き出すリハビリテーション看護学の追究

Scientific Pursuit of Rehabilitation Nursing to Maximize Human Potential

金沢大学医学部保健学科 泉 キヨ子

はじめに

第27回の学術集会のメインテーマを『新しい時代が問う看護研究の方向』とした。本学会は、看護学の専門分野を限定せずに看護学全般の研究を対象とする学会として、わが国の看護学会のなかで最も歴史が長く、会員数も4,000人以上と多い学会である。このような伝統ある学会の今世紀最初の学術集会長を拝命し、新しい時代は看護の原点を見つめ直して、より専門性を発揮していく方向に向かっていきたいと考えた。そこには看護における《温故知新》を大切にしたいという思いがあった。今世紀は保健医療福祉の協働によるアプローチが求められており、このような時代に看護が専門職としての力量を発揮していくには、看護実践を科学的基盤に基づくケアにしていく研究や今まで無意識で行ってきた看護現象をていねいにみつめて、その意味を他者にも説明でき、社会に認知されるような研究が必要と考える。

1. 今世紀におけるリハビリテーション看護

わが国は世界に先駆けて急速な高齢化が進行している。さらに疾病の慢性化、医療におけるハイテクノロジーの進歩などから、疾病や障害を持ちながら生活する人々が増加している。このような高齢者・障害者の保健医療福祉の面から、リハビリテーションに対する関心が高まっている。リハビリテーションとは障害を持った人々の人間らしく生きる権利の回復を指す。生活の再構築、全人

間的復権を意味する。リハビリテーションは障害を持った人の生活の再構築を達成するためにかかわっていく多面的なアプローチであり、その人の‘生活’にかかわる看護者の働きかけは重要と考える。しかし、臨床現場の多くはリハビリテーションを「機能回復訓練」と同義語で使っている。そのため、理学療法や作業療法を「リハビリをしている」「リハビリに行く」などの表現で言い交わされており、患者ばかりでなく、看護者も日常的に使っている。このことは、リハビリテーションの中心は理学療法士や作業療法士による機能訓練が中心であり、病棟などの生活の場における看護者の働きかけが少ないように患者や他の関係者にとられても仕方ない。

2001年、WHO（世界保健機構）の障害の概念が改訂された（図1）。これまで障害とは疾病によっておこる機能障害、能力障害、社会的不利と

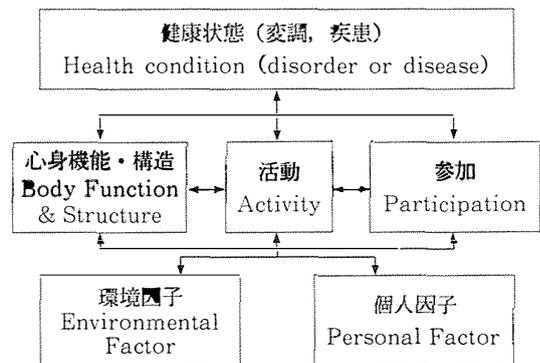


図1 WHO 障害構造モデル改訂版 (ICIDH-2)

され、障害を持ったことで「何ができなくなるか」という視点から広く定着してきた。しかし、今世紀は障害そのものを健康状態と位置づけ、環境因子と個人因子の背景因子と心身機能・構造、活動、参加による3つの機能の相互作用あるいは複合的な関係であるとしている。すなわち、障害とは健康に関連した人と環境との相互作用による多次元の現象としている。これまでの能力障害は「活動」に、社会的不利は「参加」に変更され、肯定的な表現になったことで、「できないこと」より、「できること」に視点があると考えられる。従って、今世紀は高齢者や慢性疾患なども含めて障害を持った人々が自分の望む地域で活動し、望む生活が続けられるように生活全体の質を高めていくケアが必要であろう。そのためには、リハビリテーション看護やリハビリテーションに関わる専門職者間の協働によるチームアプローチが必要である。

リハビリテーション看護について眞塚は、「リハビリテーションは障害を持つ人の社会生活自立のための様々な援助活動であり、ナースはチームメンバーとして、その活動の初段階である発病当初・治療開始時点から関与し、現有機能維持のための援助に努め、患者の行う障害された機能の回復のための訓練が障害なく続けられるように援助する。また、その回復過程において、障害を持つ人自身が、自分の人格を認め、尊重し、誇りある生活が送れるよう手助けを行うこと」としている。つまり、看護は患者の機能回復訓練を生活の場に取り入れ、セルフケアができるように生活を調整していく働きかけが重要である。さらに障害を持つ人たちが社会の中で自分の可能性をどう発揮していけるのか、ともに考えサポートしていくことである。私は学上課程では「リハビリテーション看護学」を、修上課程では「高齢者・リハビリテーション看護学」に関わっている。修上課程はまだ2年目でスタートして間もないが、この分野の研究を発展させたいと願っている。

そこで、「高齢者・リハビリテーション看護学」に関係している研究として、最近5～6年間、私が行っている研究として、転倒に関する研究を紹介したい。

2. 転倒に関する研究を通して

転倒はすべる、つまずく、踏み外すなどにより起こるが、高齢者の臨床現場ではベッドサイドでの転倒が多く、ベッド（または車椅子）から車椅子（ベッド）やポータブルトイレへの移乗時にずり落ちて、うずくまるように倒れていることも多い。そこで、転倒の定義は、「自分の意思からではなく、身体の足底以外の部分が床についた状態」として、ベッドからずり落ちることから転落までを指して使用している。転倒は骨折を起こすと、とくに大腿骨頸部骨折等の場合に、安静を余儀なくされ、それが廃用症候群を引き起こし、時には寝たきりの原因になる。また転倒によって、骨折などの怪我がなくても、転倒経験が高齢者の自信を失わせ、自尊心の低下や孤独感に追い込んでいく。このことについては、高齢者の転倒恐怖感として、自己効力感が低下して、ADLの低下や閉じこもりなども報告されている。いずれにしろ転倒はこれらの人々のQOL低下を招くので、早期に転倒の危険因子を予測した看護の立場からの取り組みが求められている。とくに入院および施設入所高齢者の大部分は歩行障害や視力、知的障害を有した転倒のハイリスク者なので、転倒のリスクマネジメントは看護者の重要な役割である。

看護業務は大きく「療養上の世話」と「診療の補助」に分けられるが、「療養上の世話」における事故の半数以上は転倒・転落事故である。転倒は転倒者側と環境側の要因がさまざまに絡み合っているため、ハイリスク要因を入院時や入院後定期的に看護者がチェックして、ハイリスク者を予測できるスコア化された簡便なアセスメントツールが必要であると考えている。

そこで、入院高齢者の転倒予測として、先行研究と我々の研究結果をベースにスコア化した簡便なアセスメントツールの開発を試みている。この研究は現在も進行中である。

1) 転倒予測のアセスメントツールに関する研究

開発した転倒予測のアセスメントツール(表1)のリスクファクターは、先行研究を通して転倒経験、知的活動、視力障害、排泄介助、ベッドからの移動介助、移動レベル、ナースの直感、引き金

表1 アセスメントツールの項目とスコア

		スコア
1. 転倒経験	なし	0
	あり	2.5
2. 知的活動	特に問題ない	0
	混乱してる、部分的に忘れる、過大評価する、他	1
3. 日常生活に影響を及ぼすような視力障害	なし	0
	あり	0.5
4. 排泄の介助	なし	0
	あり	1
5. ベッドから車椅子(またはその反対)への移動	自立	0
	介助が必要	1
6. 移動レベル	自立またはベッド上安静	0
	歩行補助具を使用	0.5
	車椅子	1
7. ナースの直感	なし	0
	あり	1
8. トリガー ¹⁾	なし	0
	あり	1
総得点		点

1) 入院、転棟・転室、薬の変更、発熱、盆踊りやクリスマスなどの施設の行事、家族の変化など患者の心を騒がす出来事や身体の変化を指す

になる出来事(以下トリガー)の8項目を考えた。すなわち、転倒者側の要因として転倒経験、知的活動、視力障害を取りあげた。これらについては看護者の判断を容易にするため、転倒経験は最近1~2年の間に転倒したものとし、知的活動ありの内容には、混乱している、部分的に忘れる、過大評価するなどの例をあげた。視力障害は高齢者の大部分は老眼や白内障で何らかの視力障害があると考えられるので、ここでは日常生活に影響を及ぼすような視力障害の有無で区別した。次に、介助の有無として、排泄介助、移動介助の項目を考えた。これはこれまでの研究結果から転倒は排泄行為と関係することや多くの転倒場所はベッドサイドで車椅子やポータブルトイレなどの移乗時に多いので、重要と考えた。また、移動能力レベルとしては、自立、歩行補助具、車椅子の3つのレベルに分けた。さらに看護者の判断をツールに入れるために、ナースの直感の項目を加えた。これは転倒の看護者の判断予測は50~60%であるという我々のこれまでの結果をもとに考案した。ここではこの直感の精度をあげるために、部長、主任などの熟練者にした。最後に引き金になるできごととして、トリガーを項目に加えた。それは同じようなハイリスク者でも転倒する場合としない場合にその時に引き金になる出来事(例えば、入院して間もない、病棟が変わる、部屋が変わる、薬が変わる、発熱している、家族の変化など)があることをこれまで報告しているので、トリガーも重要な因子であるとした。ツールの項目には点数をつけ、重みづけを行った。最も配点の高いものとして、転倒経験のある人は2.5点とし、経験なしは0点にした。視力障害のある者と歩行器などの歩行補助具使用者は0.5点とした。知的活動、排泄介助、移動介助、移動レベル(車椅子)、ナースの直感、トリガーについては、ありは1点、ないは0点とした。このツールを新しく入院した人にチェックした。入院時はトリガーに含まれるの

で、トリガーを除く7項目で検討した。すなわち、最高点は8.0点、最低点は0点の範囲である。

このアセスメントツールを研究協力が得られた一般病院と療養型病床群および老人保健施設の10施設に1999年10月～12月の3ヶ月の間に新たに入院（または入所）した65歳以上の高齢者746人を対象にその病棟の婦長、主任などの熟練者につけてもらった。またこの期間中対象者が転倒した場合は転倒に関わった看護者に転倒調査表の記載を依頼した。この期間中はどの施設も転倒防止を心がけて、通常の勤務を行った。その結果、746人中、転倒者は93人、非転倒者は653人であり、10施設に入院した高齢者の12.5%が転倒していた。転倒のハイリスクを識別するために最適な合計点のカットオフポイント（cut off point）を感度と特異度の交差する点でみたところ（図2）、感度と特異度の交差するところは5点であった。カットオフポイントが5点の場合、感度68%、特異度74%であった。これにより、このアセスメントツールは、臨床で使用可能であると考えられる。これはあらかじめ重みづけをした結果であるが、今回の患者の転倒予測因子としてツールの7項目それぞれの相対危険比を示した（表2）。ナースの直感がある者の相対危険比（RR）がナースの直感がない者に比べて、6.5倍と最も高く、次いで転倒経験ありが転倒経験なしに比べて4.6倍と高くでた。

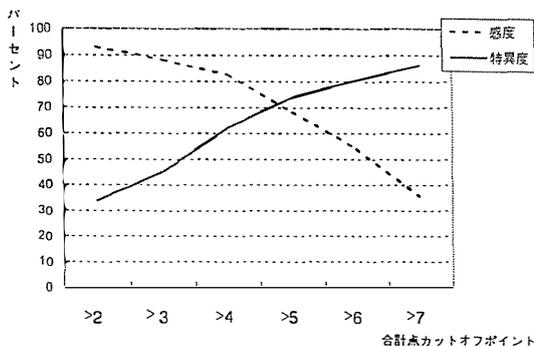


図2 アセスメントツール合計点の転倒予測の感度と特異度

表2 転倒予測因子の相対危険比

n = 746

	項目	区分	転倒者		非転倒者		RR
			n	%	n	%	
対象の概要	年齢別	75歳未満	16	7.8	188	92.2	1.0
		75～84歳	45	13.1	299	86.9	1.7
		85歳以上	32	16.2	166	83.8	2.1
	麻痺の有無	あり	27	12.5	189	87.5	1.0
		なし	64	12.6	443	87.4	1.0
	アセスメントツールの項目	転倒経験	あり	19	4.6	394	95.4
なし			67	21.1	251	78.9	4.6
知的活動		なし	25	6.9	337	93.1	1.0
		あり	68	17.9	311	82.1	2.6
視力障害		なし	75	11.5	577	88.5	1.0
		あり	18	19.6	74	80.4	1.7
排泄介助		なし	6	6.0	327	94.0	1.0
		あり	72	18.1	325	81.9	3.0
移動介助		なし	34	8.4	369	91.6	1.0
		あり	17	17.0	284	83.0	2.0
移動レベル		歩行/ベッド	13	5.0	247	95.0	1.0
		補助具歩行	19	14.6	111	85.4	2.9
		車椅子	61	17.2	293	82.8	3.4
ナースの直感		なし	6	2.6	221	97.4	1.0
	あり	87	16.8	431	83.2	6.5	

RR：相対危険比

同様に移動レベルでは、車椅子の人が3.4倍であり、歩行補助具使用は2.9倍であった。排泄介助ありの転倒のリスクは3倍、知的活動は2.6倍であり、移動介助は2倍であった。さらに、転倒予測因子の調整オッズ比を求めた（表3）。変数の選択としてナースの直感、転倒の危険因子ではないため除外した。また今回示さないが、ツール項目の排泄介助と移動介助は相関係数が高いので、排泄介助のみをモデルに加え、分析を行なった。転倒経験、知的活動、視力障害、排泄介助、移動レベルを強制投入したロジスティック重回帰の結果を示した。回帰係数で有意水準に達したものは、転倒経験と移動レベルであった。特に、転倒経験はオッズ比が3.88と高かった。このことから、転倒経験が転倒予測因子として大きく関与しており、これまでは2.5点の重み付けをしていたが、今後4点としてもよいのではないかと考え、転倒経験

表3 ロジスティック重回帰による調整オッズ比

項目	回帰係数	標準誤差	危険率	オッズ比
転倒経験	1.357	0.283	0.000	3.883
知的活動	0.551	0.292	0.059	1.735
視力障害	0.146	0.329	0.657	1.157
排泄介助	0.580	0.335	0.084	1.786
移動レベル				
歩行レベル(1) ¹⁾	-0.699	0.352	0.047	0.497
歩行レベル(2) ²⁾	0.263	0.353	0.456	1.301

- 1) 歩行補助具を使用
2) 車椅子を使用

の重みづけを4点として現在使用している。また、ナースの直感について内容の分析をしている。さらには評定者間の一致、トリガーと転倒との関係、項目の精選、についても検討していきたいと考えている。

2) 転倒場面に遭遇した看護者の認識の特徴を通して相手の持てる力を引き出す看護へ

転倒予防の看護には、誰もが使えて予測可能なアセスメントツールの開発と、転倒それ自体はそれぞれの患者の能動的な行動の結果起こるので、その時々で個別な患者の転倒状況を看護者がどのように捉え、対処しているのかを明らかにすることが重要であると考えます。そこで、日頃の看護実

践のなかで、転倒事例に関わった看護者が対象者のどのような事実に着目し、どのように思い、判断する傾向があるのかを転倒に遭遇した看護者の認識の特徴として検討した。

この研究は、研究協力を得た看護者に転倒場面に遭遇した時、なるべく早くに、①転倒前に持っていたその患者の転倒予測に関連したイメージ、②転倒直後の状況、③転倒直後の看護者の思いや行動、④転倒後改めてこの転倒について考えたことを転倒後の思いとして、これらについて詳しく記載してもらい、分析した。

最初の事例(表4)は、リハビリテーション患者の転倒場面に遭遇した看護者の認識の特徴を分析した。ここでのリハビリテーション患者とは機能回復訓練をしている患者である。事例Aは、24歳の男性であり、交通事故による外傷性クモ膜下出血になり、左片麻痺がある。転倒状況は、一人でベッドから車椅子への移乗時に通常用いるベッド柵を使用せずに移ろうとしたところ、ゆっくりしりもちをつくように転倒したという場面である。転倒後の患者の反応としては「今日はずかまらずに立ってみようと思った」といった。この患者に対する看護者の認識を見てみると、転倒前に持っていたイメージとしては、「入院当初よりよく転倒していた、はやく歩きたいとの思いが強く、無

表4 リハビリテーション患者の転倒事例に遭遇した看護者の思考とその特徴¹⁾

事例	対象の特徴と転倒状況	看護者の転倒前のイメージ	看護者の転倒直後の思いと行為	看護者の転倒後の思い	看護者の認識の特徴
A	24歳、男性、外傷性クモ膜下出血、片麻痺 ☆一人で車椅子へ移乗時に通常用いるベッド柵を使用せず、ゆっくり尻もちをつくように転倒した。 「今日はずかまらずに立ってみようと思った」という。	入院当初よりよく転倒していた。 早く歩きたいとの思いが強く、無茶な行動が多い。 自己のADLレベルの認識が乏しい。	無理な移動が原因か？ 着いたため、自立へのあせりがあるんだろう ↓ 全身状態を観察し、移動時はベッド柵の使用を指導	入院時より何回も転倒していた。移乗についてPT・OTの再指導が必要である。 病棟内でも時々移乗動作を観察し、指導が必要である。	患者の身体状態に対する認識不足と、訓練および生活の場での指導の必要性

1) 日本看護科学学会誌, 16(2), 1996, 303, 表1より抜粋

茶な言動や行動が多い。自己のADLレベルの認識が乏しいのではないかと、思っていた。転倒直後の思いと行為をみると、「入院時よりはやく歩行したいという気持ちが強く、無理な移動が転倒の原因と思われる。若いということもあり、ADL自立に向けてあせりがあるのだろう、と思い、ベッドに介助ですわらせ、全身状態を観察し、立位保持が安定するまで、ベッド欄につかまって移乗するように指導しなくては」と考えている。さらに、看護者の転倒後の思いは、「入院時より何回も転倒していた。移乗についてPT (Physical Therapist 理学療法士)、OT (作業療法士 Occupational Therapist) の再指導が必要だ、また病棟内でもときどき移乗動作を観察した指導が必要である」としている。

ここで、この看護者の行為と思考の特徴をみると、転倒部位を確認して処置をするなどでその状況では患者を整えていたが、その転倒に直面した患者の思いを引き出さず、看護者の側から推測や判断で対策をたてたり、漠然とした再発防止対策や反省をしていた。これについてはこれ以外の場面でも類似の場面がよくみられた。

そこでこの患者が「今日はずかまらずに立ちまようと思った」この思いをなぜ引き出せなかったのかについて考えてみると、この看護者は看護者の位置から転倒場面を推測・判断して、「移乗についてPT、OTの再指導が必要だ、もっと指導をしなくては」と対策や指導を考えていたことが理解できる。これにはもっと、転倒者側の位置から、患者の思いや身体状態および周囲の状況を描くことが必要と考える。すなわち、リハビリテーションに関連した患者は人生の半ばで片麻痺などの障害をもつことになるので、患者は自分の現在の身体感覚についてギャップが大きいといえる。その看護は、患者自身がどう取り組んでいけばよいかについて、患者の思いを確かめながら働きかけることが大切である。これについて、若い患者

ばかりでなく、増えている高齢患者の場合も、これまで当たり前で自分でできたことができないのが認められず、自分で確かめるためにも介助を求めず、一人で行って転倒したケースがよくある。また、理学療法室などの機能訓練の場でできたことが、病室でもできるに違いないと思って一人で行った結果、転倒したという場面も数多くみられている。

次に、転倒を繰り返す入院老人の転倒場面に遭遇した看護者の認識の特徴(表5)について述べる。事例Bは、65歳の女性、パーキンソン病で期間中6回転倒した。転倒による損傷は打撲が2回で、あとは損傷がなかった。6回転倒のうち5回はベッドサイドでの転倒であり、転倒に遭遇した看護者は4人であった。この事例に対する看護者の転倒前のイメージをまとめると、「パーキンソン病から歩行や他の行動が不安定であり、慌てやすく、できないことでも待たないでやってしまう人」として、4人の看護者共に転倒しやすい患者であると予測していた。転倒直後に3人の看護者は「やっぱり」、「またやっちゃった!」、「怪我なくてよかった!」としている。転倒後の思いとしては「もう少し慎重な行動をとってほしい」「自分の意志で行動されるので、やむをえない状況」「調子がよくないとき、よく転倒する」などがみられた。これを考えると、これらの看護者は、「不安定で転倒の危険性も十分考えられたが、自分の意思で行動するので、やむを得ない状況」とか、「転倒回数が多いので、注意が必要だが、自立心もあり、できるだけ本人の気持ちを尊重したい」としていた。すなわち、これら3人の看護者についての認識の特徴は《患者の意志を優先する傾向》といえる。他のひとりの看護者(5回目)は「ポータブルトイレに座ろうと下着を下ろした後、向きを変え、トイレ横の床頭台につかまってしまい、床頭台が動き、もたれるように座り込んだ」として、そのときの状況を思い描いていた。そし

表5 転倒を繰り返す入院高齢者(事例B)の転倒場面に遭遇した看護者の特徴¹⁾

回数	転倒状況	看護者の転倒前のイメージ	看護者の転倒直後の思いと行動	看護者の転倒後の思い	看護者の思考の特徴
1	1/23 19:00 ベッドサイドで床頭台のなかの衣類を取りだそうとして、膝が崩れ、お尻をついて座込んでナースコールしてくる	A■Lが徐々に低下しつつあるな 歩行の前屈姿勢が強くなってきたな	あっ またこけたんだ 調子わるいな 急いでベッドに座らせ、どこを打ったか聞くが、患者は「どこもうってない、なんともない」	床頭台を開けるといってもない動きにもバランスを崩すようになってきたな	身体状態に関する判断から身体機能を再評価
2	2/14 22:00 夕食後、手にコップと箸を持って病室の手洗いに行こうとして、歩行途中につま先だちの歩行になり、膝が崩れるようにして転ぶ	動きのすべてにあふっかしい人	またやってしまった ↓ ナースセンターまで歩いてくる 切り傷部をガーゼ処置	歩行失調ひどくなっているの、物はもたない、壁づたい等、もう少し慎重な行動をとってほしいな	身体状態に関する判断から患者への期待
3	3/13 11:00 ディルムからベッドに戻ろうとしていたベッドサイドに前かがみになって転倒している	動きがよかったり、全く動けなかったりと波がある	やっぱり転倒した ↓ 介助してベッドへ	不安定な歩行しているなど思ったが、昼食前の慌しい時でつい見過ごしてしまったが、介助すれば防げる転倒であった	身体状態に関する判断から看護者側の配慮不足
4	3/17 8:00 食事、洗面を終えベッドに入るため床頭台の横に杖を置こうとした時にふらつき、膝まづいてしまう	精神状態の不安定さがまだ継続している 歩行レベルはかなりまちまちである	食堂での立ち上がり時にもすくみ足となり、不安定だなあと感じていたので、「あーやっぱり」との思いがあった ↓ 打撲部位の確認と創処置して、転倒時の状況を本人に確認	朝食後、椅子からの立ち上がりに介助を求めている、歩行誘導時にもすくみ足であったので、転倒の可能性も十分考えられた しかし、■分の意志で行動されるので、やむをえない状況かなとも思われた	身体状態に関する判断と患者の意志優先
5	5/13 6:00 ベッドサイドのポータブルトイレの横に座込んでいる 左手が床頭台と壁にはさまれるようになっている	歩行は不安定	ポータブルトイレに座ろうと下着を下ろした後、向きを変え、ポータブルトイレ横の床頭台につかまってしまい、床頭台が動き、そのままたれるように座込んでしまった ↓ ポータブルトイレに手すり台をつける(ベッドの位置も考えられるが)	2日前に部屋を変更しており、それまでは移動時コールすることが多かったが今回はしなかった ちょっとした環境の変化はいろいろな影響を与えるのではないかな	環境の変化の影響
6	6/30 7:10 ベッドの太い欄につかまって床に座込んでいる 「助けてー」と助けを求めている	歩行は不安定	けがなくて、良かった ↓ 転倒の原因を本人から聞き取り、現場検証した	本人は移動時ベッドは動いたというが、ベッド、車椅子ともブレーキがかかっている、動いたとしたらキャスターが回転したか、すべったかが考えられる	原因探索

1) 金沢大学医学部保健学科紀要, 20巻, 81, 表8より抜粋

て、転倒後の思いとして、「2日前に部屋を変更した。それまではナースコールを押していたのに。ちょっとした環境の変化が影響を与えるのだ」としていた。このことは、転倒状況を患者の側から思い描いて、転倒にいたるプロセスをていねいに辿っていることがわかる。この分析から、繰り返し転倒場面に遭遇した看護者の思考の特徴として、最初にあげた3人から共通してみられることは、

1. 転倒場面が十分に描けていなく、転倒状況にいたるプロセスに注目していない
2. 老人の「やる気」につながる意志を優先させて援助していること、が理解できる。この理由を考えると、この事例の場合、転倒後の損傷が少ないこと、損傷があっても比較的軽傷であること、看護者として老人の動きを抑制することの懸念があること、などが考えられた。

以上、2事例を通して転倒場面に遭遇した看護者の特徴としては、その場面が十分に描けていなく、転倒状況にいたるプロセスや転倒状況に対する関心の少ないことが考えられた。このことは、転倒の経過を断片的、部分的に取り上げると、個々の転倒場面の情報がスタッフの共通のケアや対策として次回に活かされにくいので、もっと過程として捉えるところが重要であるといえる。さらに転倒に遭遇した看護者が、看護者の位置からだけでなく、転倒者の位置から転倒状況を描くことによって、身体状況だけでなく、思いや判断などの認識や周囲の状況が広がりをもって再現できると考える。すなわち、もっと『対象者の主観を感じとること』、それは別の言い方をすれば、『人間を認識ある人とみること』が大切ではないかと考える。看護者は、専門職として医療者側の視点から一方的にケアを提供するのではなく、受け手の視点にたって、相手の気持ちや状況をよく確かめてからケアをすることにより、これらの人々が自分の状態を受け入れたり、前向きに取り組めるような力を引き出すようになるかと考える。これを私は

もてる力を引き出すことであるとしたい。

3. 新しい時代が問う看護研究の方向を求めて

フロレンス・ナイチンゲールは、「看護婦とは、自分自身は決して感じたことのない他人の感情のなかへ自己を投入する能力（power of throwing yourself into others' feelings）を、これほど必要とする仕事はほかに存在しないのである」と「看護覚え書」のなかで述べている。彼女が40歳のときである。このことは、先ほどの主観を感じとることについてであり、また、対象者の位置から、その思いや周囲の状況を描くことではないだろうか。さらにナイチンゲールは「健康とは、よい状態をさすだけでなく、持てる力を十分活用できている状態（Health is not only to be well, but to be able to use well every power we have）」と73歳に書かれた「病人の看護と健康を守る看護」で述べている。これこそ、よりよく生きるということの本質であり、看護の目指すところでもある。

中村雄二郎は「科学の知」と「臨床の知」について対比している。「科学の知は普遍性、論理性、客観性」をそなえた近代科学の原理を指す。これは、いつ、どこにも、主張が首尾一貫しており、個々人の感情や思いから独立して存在していることである。科学研究は現在もこの視点が求められている。一方、実際の現実はいっときさまざまな側面あるいは多義性をそなえている。そこで、「臨床の知とは、個々の場所や時間のなかで、対象の多義性を十分考慮に入れながら、それとの交流のなかで事象を捉える方法」としている。これは、対象者の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、変化していく状況を予測してケアし、その人らしさを大切する看護学には重要な視点である。これには経験や直感も重視される。

私はこのような見地から、新しい時代が問う看護研究の方向を図3のように考えた。私達は看護者のケア能力を高めるために、対象の主観に迫る

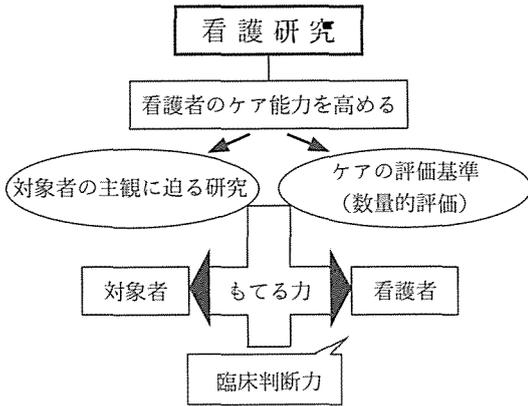


図3 看護研究の方向

研究とどのような看護者もある基準までよいケアができるようなケアの評価基準など数量的評価研究をそれぞれ発展させながら、時には相互につながり合わせて追究させていくことではないかと考える。従って、今後は、ますますエビデンスに基づいたケアが重要になり、研究成果は日々の看護実践に適用していかなければならない。そうして、ケアの受け手だけでなく、ケアする側もそれぞれの持てる力を発揮して、相手の主観を感じとれる研究の追究を通し、生活の視点から真に患者と家族の立場に立つ看護学をめざしたいと考える。これには今後の看護研究の果たす役割が大きいと考える。

21世紀を迎えた今、世界には1,100万人の看護職者がいる。それぞれの立場でこの新しい時代に世界をより健康に導きつづける担い手として前進したいものであると念じている。

最後に、1893年ナイチンゲールが73歳のとき「病人の看護と健康を守る看護」の中の一説を紹介して終わりたい。“将来”について述べている。

私は老いているので、この目でみることはないであろうが一さらに道は開けてくるだろう。すべての幼児、すべての人たちが健康への最善の機会を与えられるような方法、すべての病人が回復への最善の機会を与えられるような方法が学習され、

実践されるように！

文献

- 1) World Health Organization: ICIDH-2 International Classification of functioning Disability and Health, FINAL DRAFT FULL VERSION, 2001
- 2) 貝塚みどり, 大森武子他: QOLを高めるリハビリテーション看護, 19, 医歯薬出版株式会社, 東京, 1995
- 3) 泉キヨ子, 平松知子他: 入院老人の転倒予防に関する看護的研究—転倒場面に遭遇した看護者の思考の特徴, 金沢大学医学部保健学科紀要, 第20巻, 127-130, 1996
- 4) 泉キヨ子, 平松知子他: 入院老人の転倒予防に関する看護的研究—転倒を繰り返す老人の転倒場面に遭遇した看護者の思考の特徴 (第2報), 金沢大学医学部保健学科紀要, 第20巻, 75-83, 1996
- 5) 泉キヨ子, 平松知子他: リハビリテーション患者の転倒予防の看護に関する研究—転倒場面に遭遇した看護者の行為と思考の特徴—, 日本看護科学会誌, 16(2), 302-303, 1996.
- 6) 泉キヨ子, 他: 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの開発 (第1報), 金沢大学つるま保健学会誌, 25(1), 45-53, 2001
- 7) 泉キヨ子, 牧本清子他: 入院高齢者の転倒予測に関するアセスメントツールの評価, 第21回日本看護科学学会学術集会講演集, 185, 2001
- 8) 中村雄二郎: 臨床の知とは何か, 岩波新書, 東京, 1992
- 9) F. ナイチンゲール 湯楨ます (監修): ナイチンゲール著作集 第1巻, 365, 現代社, 東京, 1988
- 10) F. ナイチンゲール 湯楨ます (監修): ナイチンゲール著作集 第2巻, 125-155, 現代社, 東京, 1988

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

はじめに

新しい世紀の最初の1年目という意義深いこの学術集会にあたり、特別講演の場を与えられた光栄以上に責任の重みを痛感してこの壇上に上った。新しい世紀の始まりの今だからこそ看護における「温故知新」がとりわけ大切であるとの、本学術集会会長のお考えにあらためて共感した次第である。看護婦50年というだけではなく、文字通り高齢社会の構成員となった今、このような大役を与えられたことは、「未だ働け、もっと働け」という、会長はじめみなさまの温かいエールであると受けとめなければならないだろう。

とはいえ、看護学の到達点と新世紀の課題などと、大それたテーマを掲げたものの、実際に今看護学が何処にいるのか、何処に行こうとしているのかについて、はっきりと述べるだけの力量を持ち合わせない。果たして世界の看護界で合意する看護学があるのかどうかさえ疑問である。ただ、多くの看護理論家らが、それぞれの研究成果を駆使して看護理論の展開をしていることは、各種文献を通じて理解できる。

なかでも、米■における看護理論開発が注目されるが、これらの理論は、時代的背景による特徴の他、看護の対象となる人間の探求を中心に述べたもの、看護の方法に焦点を当てたもの、他領域理論を看護に応用したものから抽象度の極めて高いものまで、実に広範に及びさまざまな切り口から看護の世界に接近している。これらが看護学の

体系化や構築にとってどのような位置づけとなるかについては、今後さらなる討論と検証を重ねなければならないだろう。

目をわが■の看護に向ければ、近年の急速な高等教育の進展で、ついに4年制大学は90に達し、看護系学会・研究会も急増して、学術会議への登録を承認された看護系学会は平成11年には11組織にのぼり、独自の研連を持つに至った。激しい風雨でぬかるんでいた悪路が、ようやく歩ける道になった恩恵は、多くの看護職者共通のものであろう。学問に終わりのないことを恩恵ば、道は、決して平坦ではない。これからの険しく長い道のりは十分予想されることである。現在の状態は一応新しい装備は整ったという段階で、これからどう歩くかについての正しい指針と見通しが必要であり、その指針となる理論をつくるための研究が求められているといえよう。

<理論は何に役立つか>

その理論は、現象間の関係や一面的な事象間の関係ではなく、事実・現象・法則などの間に成立する普遍的で全体的な関係を反映していること、抽象的、普遍的ではあるけれども、物事の本質を反映しているという意味で、看護の世界の現実に即したものであるべきだと恩恵。つまり求められているのは、実践の指針になり得る理論、質の高い実践に一步を踏み出す力を与えてくれる理論である。

つまり、看護という極めて具体的で実践的な領域での真の理論は、実践に対する確信を与え、看護の将来に見通しを与え、全体を知ることによって部分を、部分を知ることによって全体を見ることが可能な創造力を与えてくれること。また、正しい判断力、抽象する力を与えてくれること。そのほか、総合する力や物事の本質をえぐり出す力など、看護実践の質に影響する力を与えてくれると思う。その理論化のスタートラインともなる看護研究は、質の高い看護実践をよりどころにしているとさえ言え、既に明らかにされた研究成果や先人たちの経験を利用することを妨げるものではない。むしろこれらを活用して質の高い実践に一步を踏み出す力を与えてくれるのだと思う。

そこで、急成長の結果の無理やひずみを極力廃しつつ、技術論の立場からの問題提起をすれば、今必要なことは、教育も臨床もそして管理も、看護実践そのものに価値をおくという基本を忘れてはならないということである。当事者の熱意により滑り出した高等教育ではあるが、その理念に基づき、より幅広く看護を考える反面、「それ（実践・技術）ばかりではなく」という言葉により、技術教育を軽んじる傾向があるのではないかと思うからである。

実践や技術を重く見ないということは、長年にわたって先人看護婦らが編み出してきた看護の方法と経験知が、どのように現在の看護学のなかに生きているか、活かされているかを正しく認識しようとする力を弱めるものにもなる。新しい理論構築を名目に過去の看護経験の遺産を軽視したり棄却することだけは避けなければならないと思う。看護実践の変遷を、科学史・技術史の立場からとらえれば、現在の科学で根拠不明であるから非科学的である、として切り捨ててよいはずはなく、むしろ、経験の蓄積を抜きに看護学はあり得ないという認識こそ大切であると思う。

何よりも強く求められるのが、わが国独自の文

化に根付いた独創的発想である。戦後早くにノーベル賞を受賞された湯川秀樹（1970）が、「真理の探究に価値をおく学問のあり方」について、理論物理学者らと論じられていたなかに、「オリジナルなものを尊重するという立場が大変弱かった」と、わが国のアカデミズムの大きな欠陥は明治以来に遡ることが出来ると指摘している。20世紀初頭、急速に西欧的な学問が入ってきたため、形はアカデミズムになったように見えても、もっとも重要なオリジナリティ抜きにのびのびとしたものが身につき、それが現在に続いているというのだ。そして■本のもを評価せず、外国のものならありがたがるという傾向は、学問の植民地性であるとまで言っている。

看護が人々の生活のなかから生まれた専門職であるということを再認識すれば、対象となる人々の文化や暮らしに根付いた発想を抜きにはできない。本学会の川村理事長（2000）も、学術集会の意義を「知識の生産過程」と位置づけ、「知識創造（生産）のサイクルを効率的に回転させていく力としては、わが国独自の文化を反映させた研究のツールや理論体系が必要」と述べ、続いて「それにもかかわらずそのような研究や理論が未だに少ない」と指摘している。

ようやく高等教育が軌道に乗り、専門職としての地位を得つつある看護の世界で、その専門性のよりどころとなる知識体系構築のための研究も毎年さかんとなり、その水準も高まりつつあることは喜ばしいが、先学者らの意見を謙虚に受け止めた上で、改めて看護研究は何のために、誰のために行うのか、看護学の発展は何に寄与できるのか、看護学によって立つ基盤は何処にあるのかを問わないわけには行かない。

ところで、看護学の範囲として、①人間の生命の尊厳 ②人間と人間を取りまく自然・社会環境 ③あらゆる健康レベルにおける個人の身体・精神心理面の変化ならびに健康を左右する社会的要■

④生活を営む個体レベルの生活行動などが挙げられている。これらを理解する上では、既に確立している諸科学の成果を統合し、併せて必要な支援の方法もその範■にふくめられよう。また、「看護学とはヒューマンケアを研究する科学である」—(千葉大学看護学部設立の趣旨)との見解もあり、その切り■の多様性からも、看護学構築への接近は一樣ではない。学問のスタートに立ったばかりであるゆえに、先発の学問構築の過程を学び、看護独自の的方法論を生み出すため、後発のデメリットをメリットに変え得る、新しいパラダイムのもとで学問化をめざすべきではないだろうか。

<技術の体系としての看護学>

そのためにも、看護学は科学の体系なのか、技術の体系なのかについてはもっと深く議論すべきではないかと思つづく。これまでに開発された理論のうちでも、ごく初期の理論では、看護実践に焦点を合わせた論述が多く見られ、技術(art)を強調してのべられていた。しかし、科学志向になってからは、どちらかといえば対象(人間)に焦点を合わせたものが多いようである。看護学が科学の体系とする場合でも、それが基礎科学なのか応用科学か実践科学なのかについても考える必要がある。

私は、一応「看護学は技術の体系である」として、私自身の看護婦の歩みのなかで経験したことから得た経験■と、これを仮説にした実践と研究の可能性について考え、看護学を技術の体系であるとして、その基礎は実践であるとの主張をしてきた。そこで看護実践の構造について共通に認識しておきたい。

* 看護実践の構造

どのような実践であれ、人間の実践には何れも共通の要素があり、看護も例外ではない。看護実践の場合、先ず実践の主体は看護者である。看護者自身が、自らの身体的諸器官ならびにその延長

である道具や器械や機械システムを用いて対象に働きかけるのである。臨床看護にしぼって考えると、実践の対象は、病人、障害者、高齢者、妊産婦、乳幼児等である。そして、これらの人々の身体面、精神・心理面ならびに生活行動面の、よりよい変化をめざして働きかける過程が看護実践である。つまり、実践を構成するのは、実践主体と、実践の対象と、めざす変化と働きかける過程の4要素である。

(1) 実践主体とは

実践を行う人のことである。その実践の種類によって異なるが、法的に言えば、看護実践主体は看護職者であるが、純粋に実践の立場から言えば、看護を行う人といえるだろう。

(2) 実践の対象

看護実践の対象は、各発達段階のあらゆる健康レベルの人間である。臨床看護の対象は、病人、障害者、高齢者、妊産婦、乳幼児等で、これらの身体・精神心理・社会・生活行動面を対象にする。

(3) めざす変化(■標)

看護を必要とする人々は、何らかの解決を必要とする健康上の問題を持っている。あるいは、疾病や障害による苦痛や不快、不能にからむ不安を持つ人々である。このような問題は、患者その人にとって、また看護を提供する者にとっても気がかりなことである。そこで、その状態を、少しでも健康なレベルに近づける、或いは苦痛や不安を和らげることをめざして種々の働きかけを行う。その場合、やみくもにただ何かをすればよいというわけではない。あるいは、同情や感情移入のみでも■標の達成はできない。人間的な共感と科学的な思考によって、対象の解決しなければならぬ問題を査定し働きかけるわけである。

(4) 働きかける過程とは

働きかけるという用語は、看護学の領域でしばしば介入(intervention)という表現が用いられている。対象者に内在する力を発揮させるために

積極的に関わることを言う。本来過程とは、ある点から他の点へと前進していく連続したひとつの方向一進行の道筋をいい、この過程は、1回で完結する場合は少なく、結果は、次の過程の情報となって循環することになる。看護過程という考え方の生まれた背景は、仕事中心（機能別）から患者の個別性を考慮に入れた患者中心への転換による結果であるといわれている。

*看護実践の基礎となる看護哲学

さきに、「よりよい変化をめざす」と述べたが、この「よりよさ」を決めるものこそ、看護実践者の哲学、すなわち、生命観、人間観、健康観、看護観等である。たとえば、食欲がなくて意気消沈している対象に対する場合、狭義の医療依存的な看護職者は、先ず「医師に報告して輸液の指示を受けよう」とするだろう。一方、時間がかかってもその患者の可能性を重視する看護職者は、「何か一口でも経口的に摂取することで闘病意欲が向上する」と考えて実践するだろう。このように、看護観の違いによって、めざす目標も行う行為も異なって来る。これはまた、業務優先、効率性優先の姿勢と、時間をかけても対象に寄り添うケアを行いたいとの相違かも知れない。

注意をしなければならないのは、看護職者の哲学のみで変化の様相が決定するのではないということである。つまり、看護の受け手も1人の人間であり、自分自身の哲学（人生観、病気観など）を持っているので、どのような看護を受けたいか、その結果どうありたいかについて、自分なりの考えを持ち、これから受ける看護の結果をイメージしていることを忘れてはならない。

さて、そこで、長年にわたり先人達が編み出した有形・無形の蓄積を掘り起こし、これを言語化して看護界全体が共有し得る財産にしていくことは、個々の主観的なわざ一技能を、社会的なわざ一技能にしていく上でも欠かせない。同時に、

蓄積された経験知を仮説にしてエビデンス探索研究をすることは、これからの看護を社会的な機能として確立する上でも極めて重要であると思う。だが、「実践は大切」「実践を踏まえた理論の構築」ということが言葉で語られることは多いが、それがどのようにして行われて行くかについてのイメージはなかなか作れないようである。現場の看護実践は、全くコントロールされないありのままの現実ぐるみの実践であることから、その場に身をおいても見えにくく、客観的に観察してもとらえきれない状況があると思われる。

そこで、私自身が看護婦として歩み続け、その過程で学んだ語り切れない多くの事象から、看護学構築への手がかりになりそうな印象深い経験を中心に問題を提起してみようと思う。導入として最初に働いた小児病棟時代、未熟な実践ではあっても経験の質がものを言う体験を述べ、次に、外来耳鼻咽喉科の看護婦時代の実践を通して、看護の本質に接近し得る可能性について語り、最後に、目下進行中の「看護音楽療法」と名付けている看護実践を通して、これからの看護のありようについて示唆されることを話してみようと思う。

<経験の質ということ>

1951年に新人として小児病棟の看護婦になった私は、新生児を囿む乳幼児、学童らの世話を無夢中で行う日々を送っていた。戦後間もなくのことで、栄養失調症をはじめ、急性感染症が主流を占めたが、その他、医学書をひもといて知識を得なければならない疾患の病児たちが多く入院していた。当時の占領軍の指導による母子分離策の一環として、付き添いのつかない看護体制のもと、現在では想像もつかないような少数の人員と看護体制のもとでケアをした。それぞれの発達過程や個性に応じた多様な反応から学んだことも多くあり、それはそれで印象深いだが、何よりも、劣悪な環境と設備のもとで限られた材料を用いて、さま

ざまな工夫や努力をしたことを思い出す。電解質の知識などなく、輸液技術はまだ確立していない時代、毎日の排泄物に目をこらし、水分収支、体重増減をツールにして健康レベルや発育の評価を行いながら、夢中で働いた。長時間、時には16時間続きの勤務終了後、「今日、この子達は幸せな療養生活を送っただろうか」と、振り返り時の達成感のために、刻々の看護を骨身惜しまず行ったことが思い出される。

看護学の専門書類は皆無といって良い時代であったため、主観的には一生懸命でも、知識は少なく経験量はごく浅いために、実践の結果についての意味の解明すら十分にはできなかった。ただ、この時の純粹でひたむきな看護経験の質は、その後の何れの場合よりも密度濃く、得たものも多くあったように思う。何よりも実践を通して新鮮な感性に焼き付いた印象は、今も昨日の出来事のように鮮やかに再現できる。だからこそ、その成果が、その後数十年に及ぶ私の看護婦歴のなかで、看護を思索するうえでのヒントとなって息づき、看護実践の技術化をめざす上で極めて重要に位置づいていることは明らかである。誤解しないで欲しいのは、その時一生懸命何かをしたからそれを高く評価するというのではない。何のためにそれを経験したのか、それがどのような質の経験であったかが最も重要である。

ここでの経験知は、全身の清潔をはかることで食欲が増し、コミュニケーションが広がった少女へのケアを通して、人間の生活行動面のそれぞれは、独立した営みではあるが相互に関連していることを、1つの例としてあげることが出来る。このことは、20数年後に、見当識レベル低下の高齢者への看護にも通じるものであったことから、経験は■を重ねれば良いのではなく、それを行った状況を含めて再現性のある経験こそ意味があるということを強調しておく。

経験知とは、「対象との能動的な関わりによっ

て得た対象の反応と、自らの実践との因果関係を知る」ことを言う。この場合根拠は定かでなくとも確かにこうすればこうなるという因果を法的に把握できるため、技術論ではこれを経験法則といい、技術の本質規定においての客観的法則性に含まれるものと言える。未熟な看護婦時代、未分化ではあっても、質的に見て意味のある経験は、それなりの経験的知識（経験法則）となって、科学的に実証し得る仮説を提示できるレベルにさえあることに注目したい。

＜全体像の把握の意味と看護の本質＞

次に、耳鼻咽喉科外来の繁忙な日々で会得した看護の本質についてである。卒後10年という看護婦としても油の乗り切った時期に耳鼻咽喉科に配置転換を命じられた私は、第一子出産直後という、人生のなかでの非常に大きな転機の時期とも重なった。職業としての看護と家庭生活の両立は緒についたばかりである上、育児環境が全く整備されていない状況下で、1つ1つ乗り越えなければならぬことの多くある日々の連続でもあった。それまで皆無であった看護理論書（F. ナイチンゲル、V. ヘンダーソン、アイダ J. オーランド、ウィーデンバック、アブデラら）が次々と翻訳紹介された時期でもある。

「外来に看護があるかないか」を問われる以前の、雑用に使われる看護業務の印象が強い外来は、それまでの私の選択肢にはなかった職場であった。とりわけ耳鼻咽喉科は、光源を医師の額帯鏡に反射させ、診察部位を焦点化させながらの診療で、患者と医師とのあいだに看護婦の介入する余地は全くないとの先入観もあって、意に添わないまま新しい職場に就いた。■早霧中とか■中模索といった言葉そのままに、見たこともない器械名を憶え、古典的な医師・看護婦関係を引きずった職場環境のなかで、看護の役割自体に疑念を抱きながら、綿棒を巻き器械を洗い、手術の準備や後かたづけ

をする日々であった。しかし、小児病棟時代に味わった看護の喜びを外来で体験できないはずはないと発奮し、「今日私が看護婦としてできることは何か」を自らに毎日問いながら職場に入ろうと決心、1日の終わりには「今日私が看護婦として何をしたか」を問うことを自らに課しこれを実行した。その結果ここで私が得たものは本質的な看護の役割についての問題意識であり、看護学的視点と医学的視点の相違を明らかにしたことであった。

耳鼻咽喉科の看護の役割を要約すると次のようである。

耳鼻咽喉科を受診する人々は「耳、鼻、咽頭、喉頭、気管、食道等」に異常や不快や苦痛を感じて来院し、医師は額帯鏡の小さな穴や内視鏡下に局所の変化を直視して診断する。これに対して看護婦は、局所に異常感のある人の全体像に接近し、生活行動面の不自由や不具合、社会心理的な面を含む不快や不能についてのアセスメントを行い、その人が自身の生活の場で実行可能な生活の仕方を具体的にアドバイスする。上記の役割遂行の過程で意識的に実践したことないしは研究により明らかにしことを簡単に述べると次のようである。

1. 耳鼻咽喉科は小さな科であり、耳鼻咽喉疾患といえば、感覚器官の局所的な病変をイメージしがちである。感覚器官はそれなりに重要だが、それ以上に、これらの器官が人間の生命の維持ならびに、人間らしい生活を行う上での重要な器官でもあることに気づいた。つまり、人間が他の哺乳動物との決定的な違いである直立二足歩行を維持するための平衡感覚は内耳の機能であることに始まり、鼻腔と喉頭そして気管は呼吸の入口であり、感染をはじめ身体異常の徴候の最初に出現する器官でもある。口腔と咽頭、食道は経口摂取の通路として欠かせず、耳（聴覚）、喉頭（声帯）は、人間特有のコミュニケーションに必須の、聞くことと話すことに不可欠な器官である。このよ

うに、人間が人間であることを支え維持するための基本となる器官が、この小さな診療科の対象であることに気づき、独自の看護の機能を発揮できる優れた領域であることを知ったのであった。このような記述は耳鼻咽喉科学書にもあまり記載されていない。

2. 鼻閉や片側難聴などのごく軽微な症状でも、それが日常生活に及ぼす影響や不安は、個々の患者の訴えのなかに潜んでいて、決して局所的な病変のレベルで解決し得ないことを、患者との関わりのなかで無数に教えられた。

3. 成人の難聴患者の抱える問題を探索する研究では、乳幼児の急性中耳炎と成人の難聴との因果関係を知り、診療を円滑に運ぶことのみが外来看護婦の役割ではないこと、プライマリヘルスケアの専門的实践者としての外来看護のもう一つの役割を自覚した。すなわち、最初に外来受診したときの看護婦の対応の如何により、進路や職業選択など、一生を左右するような場合もあり得るということである。

4. 初診の幼児患者への働きかけでは、どのように幼くても、自尊心を傷つけることのないやり方で診療を受けることができれば、その後の主体的な受療行動につながることを実証した。このことは、外来だけではなく手術前のオリエンテーション技術や、インフォームド・コンセントのサポートにも通じるものではないだろうか。

5. 症状の背景にある社会的要因を、初診時のインタビューで知ることは、その後の対象への的確な保健指導、自立支援にとって極めて有用であることから、従来の病歴の枠組みではなく、ライフヒストリーを看護の立場から記述することの重要性を明らかにできた。例えば、慢性的な鼻炎で色のついた鼻汁の絶えない子供が住んでいる環境は、洗濯物も外には出せない程の排気ガス公害地域であったことなど、環境への関心を抜きに外来看護はあり得ないということである。この他畜産

的反応を示す患者へのアプローチにより、行動変容をもたらす患者・看護関係のダイナミクスを研究的に明らかにした。

以上は、日々の外来看護実践で知り得た経験知、ならびに研究的に取り組んで明らかにしたことのごく一部である。まだ、仮説的な結論とも言える部分を含むが、先に述べた小児看護の経験と併せて、そこから得た法則性はその後のさまざまな看護場面で活用できた。これらは、ともすると診療の介助に追われて看護の本質を見失いがちであった外来看護の価値を認識する上で極めて大きな発見であったし、保助看法における二大看護業務の何れにおいても看護の主体的な役割のあることを知る上でも役立った。

何よりも、これらの経験は、看護の直面する厳しい諸条件が同時進行する中で得られた点を忘れてはならないであろう。その条件とは、対医師との関係をはじめ、古い価値観に必要以上にとらわれた上司の意思決定を無視できない看護婦の立場、その上、医療の諸矛盾による解決しなければならない、問題山積の医療現場の状況丸抱えでの経験であったことである。問題は、外来看護上のそれというより、医療・看護体制上の問題が多くを占めた。戦後の1つのピークに達した看護婦不足が社会問題化した時期でもあり、「外来に看護婦は不要」論まで看護部内から生まれ、患者の安全性を維持する上で譲れない最低人員を確保するための、現場のミドルマネージメントの苦労は毎日のものであった。必要な器具や薬剤調達すら、古い官僚的なしくみとのたたかいはできなかつたのである。

そうした条件下であったが、よりよい看護を提供する責務を果たし、その基礎となる看護の独自性を追及するために自問自答する日々が続いた。問題解決により得られるサービス改善をイメージすることは、仮説的発想を鍛え、根拠を踏まえた改善策を提示するための研究につながった。専門

職の目から見て理に叶った方法を実践するための障害には、問題解決を見るまで引き下がらなかった。また、外来診療が医師だけのものではないことを示す行動として、外来看護婦の能力として求められる「不特定多数の患者の中から援助を必要とするニーズを知る」方策についても、限られた時間のなかでのインタビューにより、得られた情報が診療活動の主体者である医師の診断にも有用であることを示すことができた。このことは、POS導入に先立って異職種間でのカルテの共有を■る道に通じたといつてよい。

この他、都内同規模病院の耳鼻咽喉科での診療・看護手技についても情報を集め、医師たちとの討論により、かなり整理、改善することができ、この成果を著者としてまとめた。この作業を通じて医師とは、対等で協働的な関係を生みだし、看護婦として1人の患者を総合的に理解する視点を確かなものにした。こうして耳鼻咽喉科外来における看護の専門性についての確信を得て、これを、一般外来看護にも普遍化することができたと思っている。

以上のような成果は、外来での看護実践から自然発生的に生まれたわけではない。技術論をふまえて看護学構築の道筋について考えていた私は、長年の諸先輩が築いた有形無形のわざの蓄積を、看護界共有の財産とするために言語(意識)化し、知識化する必要があることを、繁忙な外来看護の毎日のなかでも捨てずにいた。だからこそ、日々の業務と保育所の送迎を両立させながら、可能な限り新しく出版される理論書に目を通し、専門誌を読み、併せて看護技術論の学習を行った。看護婦の自主的学習集団東京看護学セミナーを発足させたのも、この耳鼻咽喉科の看護婦時代であった。学べば学ぶ程に、看護婦個々の経験を如何に意識化するかを抜きに看護学の構築はあり得ないと思われたからである。

学的基盤は、仮説から学説、そして複数の学説

が理論を構築して体系化されて整えられる。看護学を真に実践の学とするなら、先ず、対象から真摯に学び対象に還元できる理論をめざすことになる。その前段階が実践の記述ということで、経験を流さずその状況を再現する記述を通して、より質の高い経験とそこから導かれた知識、すなわち経験法則が引き出されるのである。技術の本質規定からいえば、個々の看護婦の経験のなかから編み出された目標達成に有効な法則活動は、主観的な法則性であって自らの身体の一部に記憶され意識的に適用する。だが、これはあくまでも個人的なレベルのわざであって、他人には伝達不能である。つまり、カンやコツのレベルのわざは、より優れて確かなわざであろうとも、これを言葉で表出することはできない。そこで、その経験がある目標達成に有効であれば、その言語化を図ることは必須の課題でもある。

そうはいうものの、現代の看護界の直面するもう1つの問題は、個々の看護婦らには膨大な経験量がありながら、経験的知識はそう豊富ではないことである。エキスパート看護職者らでさえ、自らの経験を語ることにあまり積極的ではない。その表出を妨げているのは、経験自体が中村の言う「擬似経験」であることから来ているのだろうか。その背景に、長年看護が背負い続けてきた宿命とも言える過密で多忙な日々があることも忘れてもならないと思う。慢性の看護婦不足が、行ったことの意味を振り返る余裕のない状況を正当化してきた歴史的事実。さらに、反復性についての確証に至らない経験、すなわち1回限りの経験への自信のなさが、「経験を語る」ことへの躊躇になっているのではないだろうか。1回の経験でも真実は真実。そしてここに、今日の質的研究の意味が存在するとも言えると思う。

＜看護学構築への課題と展望－看護音楽療法からの示唆＞

しかし、時代は刻々と進み、経験のみにこだわっている訳にもいかない。新しい道を開拓するための次なる道にも挑む必要がある。そこで、目下進行中の研究的実践、「看護音楽療法」から、看護学構築に向かう課題と、新しい時代への展望について考えてみたい。「看護音楽療法」は、今年(2001)5月で満5年、セッション数では140回、場面数で数えると恐らく1000回を越えるであろう。看護音楽療法とは、「患者の情感に働きかける音楽空間のなかで、その患者個別の身体リズムを取り入れつつ他動的に援助して身体を動かし、歩き、瞑想やリラクゼーション、マッサージ等により苦痛を緩和して心身の活性化を図る全人的アプローチ」(川島-1999)である。

在宅で療養する高齢パーキンソン病患者の、日常生活行動の不自由さに注目して、5年前に野田療とともに実施した音楽運動療法に端を発して、その後改変した看護独自のコンプリメンタリセラピーである。実施当初から難病のQOL研究の一環として取り組み、毎年その成果を報告してきたので、その詳細はここでは述べない。その過程で得た知見並びに、看護的な関わりから見えてきたもの、それはまさに看護の技術化に向かう展望と方向を指し示していると思う。わが国のパーキンソン病患者は10万人に100名、65才以上では200人の発症率とも言われている。これは、脳血管障害に次ぎ高率の発症である。身体固縮と不随意的振戦、無動など、どの症状をとっても日常生活行動の不自由を伴い、気分が滅入って閉じこもりがちとなり、寝たきりになる率も高い。ドパミン療法による薬剤治療以外にこれといった治療法がなく、国の特定疾患に指定されている神経難病の1つである。在宅のパーキンソン病患者のQOLに影響する因子として①疾患特有の症状の軽重 ②その結果としての生活行動不自由の程度 ③上記に関

連した社会的人間関係などがある。

私は、QOLの概念を「人間らしい生活の質」と考え、「人間が人間として豊かに生きたいという欲求の実現と、そのことを維持継続することによって内面的な充実感を持っていきっていくことである」とした。セッションの評価は、それぞれの患者の前・中・後の状態をVTRに収録し、一定のフォーマットに基づいた記録と、チームメンバーの事後評価記録を統合して行っているが、当初は、毎週実施したこともあってか、劇的な変化が見られ、不浴とされているパーキンソン病の諸症状が、本セラピーによってかなり改善することも可能ではないかとさえ思えた。能面のような表情で、手指の震動と歩行障害があり、気分も沈みがちで「外に出るのも人に会うのもいや」と言っていた79才の女性は、22回のセッションで「まるで薄皮をはぐみたい気分がよい」と言い、本セラピーの結果、トイレでのパンツの着脱がスムーズになったことや、入浴時に自力で背中が洗えることを喜んだ。縄跳びを連続9回飛べた記録には、スタッフも歓声を上げたほどであった。日常生活のあれこれに対しても積極的な姿勢がうかがわれた。

しかし、国から特定疾患とされている神経難病である。治癒しない前提のもとでの医療は、反復する与薬に終始し、患者の訴えに対して、その場限りの対応に終わっていることは、多くの医療施設に共通である。「便秘」という症状1つとって見ても、医師は、パーキンソン病由来の便秘ないしは一般的な便秘として下剤の投与を行う。便秘の背景となっている食事や水分摂取の質と量に影響する諸要因、例えば摂食機能の低下や、介護力問題、ないしは経済事情にまで心を配る医師は皆無とってよい。

1月1回の神経内科受診によって得られる医師の評価と、「看護音楽療法」時のスタッフ評価とのズレは厳然としてあった。むしろそこから言え

ることは、病気の進行や病状の改善にはつながらなくとも、患者の意欲や生活に向く姿勢の変化があるという事実を、看護実践の効果として評価できるのではないかと考察した。看護音楽療法は、決して訓練ではなく、楽しく身体と心を開くアプローチである。すなわち、快適な音楽空間のもとで患者の全存在を受け入れ、傾聴し、不安定な姿勢を支持しながらともにリズムに乗って快適な時を共有するなど、どれをとっても「ホリスティックなパラダイムに一致したケアリングの関係性」がそこにはある。古くから看護の領域で活用されているマッサージやタッチなどが、震動や固縮緩和に役立つための具体的方法については課題を残しながらも、ともすると陥りがちな、効率優先、訴え軽視の傾向とはまったく異質の空間と相互作用は、これからの看護の方向を示唆するものであるとの実感につながった。

何よりも、本セッションによって、現代医療の進歩によっても解決できない患者の苦痛や不快や不能を、音楽演奏下での看護ケアにより軽減でき、意欲的で前向きな生活につながり可能性を秘めているということは、新しい時代に向かう新しい看護の役割への期待に通じるのではないだろうか。今後、「何がどうよかったのか」「変化をどのように把握することができるのか」を明らかにして、人間が人間らしく生きていくことを可能にする看護支援の有用性の幅を、いっそう厚くしていきたいと考えている。

看護音楽療法5年にして私たちが立っている場は、技術が新しく生まれた時代の極めて未分化な状況の再現とも言える。つまり、看護音楽療法は、ピアニストの奏でる音楽環境のもとで、看護婦自身の身体そのものをツールとしてのアプローチにほかならない。「触れ」「撫で」「抑え」「握る」などの体温の通じ合う接触を通して、動きかける存在としての看護職者と、受け手である対象の全人格との関わり合いがそこにはある。これは、進歩

の極限に達しつつある医療技術に対する alternative な技術としての一歩であるといえ、人間が人間をケアすることを最大の価値とする医療の方向を指し示すとはいえないだろうか。

高齢社会は、障害が普遍化する時代であるといわれている。そのような社会、時代を見すえれば、看護がどこに行くのか、その確かな1つの道が示唆される。それは病気モデルから障害モデルへの転換ということである。どのような重い障害があっても、「その人の可能性に働きかけて、生き生き充実感をもって生きていくことを可能にする理論」の構築と体系化をめざすことであるといえよう。泉会長の言葉を借りれば「人間の持てる力を引き

出す」看護学の追求ということである。そのことはまた、現代医学では治癒不能とされている人々にも通じる、優れて看護的なアプローチといえると思う。先端技術は、想像もつかないほどの成果を生む反面、これによる人間疎外も問題になっている。これからの時代は、人が人に優しく働きかけることを通して、病気や障害と共存しつつ、個々のQOLを高めるために、看護が存分に役割を果たす時であると思う。進歩の方向性を見誤ることなく、社会の人々によって選択され得る技術として、そのエビデンス探求を含めた精錬がいっそう必要である。

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 —

大阪大学医学部保健学科 牧本清子

米国における看護研究の発展は、研究数の増加、研究規模の増大、医療へのインパクトなどにみることができる。近年の看護研究の動向としては、臨床のケアの質の評価や経済効率についての研究に注目が集まってきている。日本では看護系大学の大学院が年々設置され、訓練された研究者数は増えてきている。しかし看護研究の質と数は充分とは言えず、医療に与えるインパクトも限られている。ここでは米国の看護研究の発展と歴史を振り返り、21世紀における日本の看護研究を進展させる方略の示唆とした。

1. 米国の看護研究の歴史的発展

1. 看護教育の発展

看護研究の発展は、看護教育の発展と関連している。米国は1923 Goldmark 報告で、大学における看護教育を推進する動きがでて、1929年にはYale 大学で看護学修士が取得できるようになった。1950年代に、病院付属の看護学校から大学へ、看護教育の場が移行し、1970年代には看護学の博士課程が増加するようになった。米国は国の歴史は短い、大学における看護教育の歴史は長い。

2. 看護研究の発展と看護研究機関の設立

米国における看護研究は、1920年代の事例研究から始まり、1950年代のオペレーションリサーチ、1960年代の教育の領域（RNの準備）の研究、1970年代の臨床研究へと発展してきた。これらの

看護研究の発展に寄与したものは、学術雑誌の発行と研究機関の設立で、研究の重点領域の設定、学際的な看護研究の推進、研究費の獲得などに貢献してきた。

主な研究機関の設立は：

1932年 Association of Collegiate Schools of Nursing 設立

1950年代 看護の研究機関や教育諮問機関が設立され、研究成果の普及に貢献した。

1985年 NIHのセンター National Center for Nursing Research の設立が立法化された。1993年には、National Institute of Nursing Research (NINR) となり、他の25の国立研究機関と肩を並べるようになり、予算も飛躍的に増加した。

NINR の1999年度の予算は \$ 90,000,000 で、その内訳は：

74% 学際的研究

7% Pre, Post-doc訓練

6% 研究の管理とサポート

5% 特定研究領域

2% 学内研究。

学際的研究の予算が大半を占めることや、Pre, Post-doc の訓練の予算も1割近くを占めている。

3. 学術雑誌の貢献

看護専門の学術雑誌は、看護研究の発表の場を提供する役割を果たしてきた。最初の看護研究の

学術雑誌は、Nursing Researchで1952年に創刊された。臨床看護研究が増えてくると、研究の成果をまとめ、研究の方向性を示唆するreviewが必要となり、1979年にAnnual Review of Nursing Researchが創刊された。1980年代にはCancer Nursingなど多くの臨床看護研究の学術雑誌が相次いで出版されるようになった。

4. 米国の看護大学の研究センター・研究機関の設立

初期の看護学部の研究機関としては、1953年にコロンビア大学に設立された、Institute for Research and Service in Nursing Educationである。研究費の増加に伴い、大学の研究機関の設立も増え、ワシントン大学の看護学部には9 (<http://www.son.washington.edu/centers/>)、ペンシルバニア大学看護学部には6の研究センター (<http://www.nursing.upenn.edu/research/Centers.htm>)がある。

大きな研究センターとしては、カリフォルニア大学サンフランシスコ校で、看護学部がInstitute for Health and Agingを1985年に設立した。これは大学による総合研究機関で、1999～2000年の会計年度には\$11,700,000の予算を取得している。内訳は国が29%、州政府から59%、企業などその他が12%である (<http://nurseweb.ucsf.edu/iha/facts-iha.htm>)。

Ⅱ. 日米の医療経済・文化の相違と看護研究

日本の医療は国民皆保険制度のもと、医療サービスを平等に提供することに重きをおいている。一方、米国の医療は医療保険を持つ人に対する医療サービスの提供であり、保険会社や病院経営者の影響力が強い。看護研究で患者の満足度やケアの質についての研究は、米国の保健制度の反映でもある。米国で、1980年代半ば医療費高騰の予防

策として老人健康保険（メディケア）にDRG/PPS（診断群別、定額医療費支払い制度）が導入された。看護科の要素はDRGの中に含まれておらず、看護ケアの医療への貢献を示すためにアウトカムの測定に関する研究を推進し、Minimum Data Setに看護料の要素を導入することに成功した。また、病院の医療コスト削減のため、在院日数を短縮化するためのクリティカルパスの開発なども重点的に行われるようになった。日本は米国の研究成果や医療制度などを取り入れる傾向があるが、経済効率を最優先する米国の文化のもとで構築された成果を、批判的に吟味し導入する必要があると思われる。

Ⅲ. ストラテジーのまとめ

American Association of Colleges of Nursing (1999)が研究の発展に必要なものとして、下記の条項を挙げている：

1) Create research culture, 2) 研究者の育成のための質の高いプログラム, 3) 研究のインフラ整備, 4) 研究予算の確保, そして 5) 研究成果の普及である。研究のインフラの一環として、教員や学生への指導とサポートシステムがある。研究の盛んな大学ほど、研究方法や統計処理の相談、論文の編集、研究費申請書の指導などを行うシステムが整っている。

Ⅳ. 日本での看護研究発展の方略

看護の研究機関の設置、研究費の確保、研究環境の整備、研究成果を臨床に還元していくシステムの構築などが必要である。日本は研究費そのものが少ないため、社会的ニーズの高いものや看護学の発展に寄与するような領域を重点的に予算配分するなどの配慮も必要であろう。研究者の育成は、海外から指導者を招聘したり、海外でPost docの訓練を行ったり、国際共同研究を推進することであろう。

ま と め

日本経済の発展と共に国民の教育レベルが向上し、医療に対する期待も高くなり、医療訴訟も増加傾向にある。その上、急速な在院日数の短縮化や医療の標準化が、日本に導入されようとしている。このような状況で、医療における看護の重要性をデータで示し、医療の質の改善に貢献していくような看護研究を行っていく必要がある。そのためには、学際的研究を奨励し、Evidence（科学的根拠）の吟味と蓄積、アウトカムの測定、ケア

の質の評価、コスト・ベネフィット分析などを積極的に看護研究に取り入れる必要がある。

参考文献

1. Burns N. and Grove SK. The Practice of Nursing Research. 4th Edition. W. B. Sanders Company, Philadelphia, U. S. A., 2001.
2. Abdellah FG, Levine E. Preparing Nursing Research for the 21st Century. Springer Publishing Company, New York, 1994.

辛らーい床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー噴出型

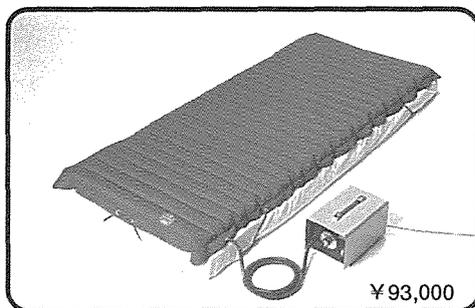
サンケンマット®

大臣賞 受賞品

床ずれ 治療に 噴気型の パイオニア

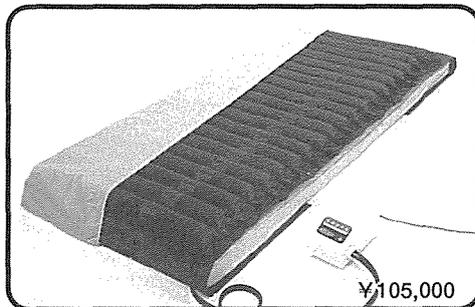
特許: エアー噴出型

サンケンマット ギャチタイプ



特許: エアー噴出・波動型 (エアーセルタイプ)

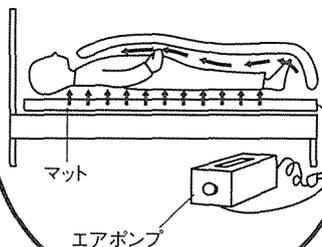
ハッピータイプ 電子機能が自動調節



(製品についてのお問い合わせは、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(代) FAX.0729(49)0007

成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動に関する研究

—さがしもとめる—

A Qualitative Study of the Behaviours of the Participants
with Atopic Dermatitis in Adult —Looking for—

大野 道 絵¹⁾ 阪 本 恵 子²⁾ ■ 石 聡²⁾
Michie Ohno Keiko Sakamoto Satoshi Shiraishi

キーワード：成人型アトピー性皮膚炎，行動，さがしもとめる
atopic dermatitis in adult, behaviours, looking for

I. はじめに

近年増加している成人型アトピー性皮膚炎は、治療が難しく慢性の経過をたどる事が多い¹⁾。主な症状である、掻痒感や顔面・頸部など露出部の発赤、丘疹、苔癬化病変、色素沈着は、生産年齢に属する患者が社会活動を営んだり、対人関係を作りにくい原因となる。

これらの疾患の特徴から、多くの患者は受診する病院を転々と変え、様々な治療法を試したり、正規の医療機関以外で行なわれている種々の民間療法を試す傾向がみられる。このような行動は患者の社会的活動に大きな影響をもたらし、経済的負担も大きく、時に症状を悪化させる場合もある。

PubMed と医学中央雑誌1975年1月～2000年8月で文献レビューを行った結果、アトピー性皮膚炎患者の受診行動や民間療法に焦点を当てた報告はいくつか見られるが、いずれも医師の立場から行った実態調査^{2)～4)}であり、「患者の行動の決定に影響を与えているものはなにか」「患者がその

ような行動をとるのはどのような思いや経験からなのか」という、基本的な事を明らかにした文献は見られなかった。

これらを明らかにすることにより、看護者はより深い対象理解をし、さらにより深く対象者と関わることができる考える。

そこで、

1. 成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者が、自分に合う治療法や民間療法などを見つけるためにとる、すべての行動の決定に影響を与える因子を抽出する
2. 対象者が上述の行動をとるに至る経験の過程から、対象者の行動の仮説的モデルを帰納的に構築する

ことを目的として研究を行った。このうち、目的1についてはすでに報告した³⁾。これにより、成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動に影響を与える因子としては、1. 周りからの働きかけ、自らの働きかけ、の2つの下位因子から成る、情

1) 愛媛大学大学院 医学系研究科看護学専攻 臨床看護学 Ehime University Graduate School of Health Sciences ■Department of Clinical Nursing

2) 愛媛大学医学部看護学科 臨床看護学 Faculty of Health Sciences Ehime University School of Medicine ■Department of Clinical Nursing

報 2. 個人的環境, 病院環境, 入手のしやすさ, 経済性の4つの下位因子から成る, 都合 3. 軽快・変化無し・増悪, 速効性の2つの下位因子から成る, 効果の自己判定の3つが明らかになった。これらの因子は, 看護婦が対象者を理解する上で, 一つの重要な視点を与えることができた。

そこで, 今回は, 対象者の行動の決定にはこれらの影響因子があることを踏まえ, さらに対象者の思いや経験の過程から, 目的2. 対象者の行動の仮説的モデルを帰納的に構築したので報告する。

Ⅱ. 用語の定義

行動

成人型アトピー性皮膚炎の患者は, 1カ所の病院へ長期間通院する場合もあれば, すぐに病院を変わったり, 様々な民間療法を試す場合もあり, その行動は一定ではない。

本研究における「行動」とは, 患者が, 自分の症状・気持ちがあくくでも楽になるように, 自分に合う治療法や民間療法などを見つけるためにとる, すべての行動をさす。

民間療法

民間療法とは, アトピー性皮膚炎の治療を目的として, 主として正規の医療機関以外の施設または個人により行われている行為¹⁾で, 温泉, 入浴剤, 酸性水, 漢方, 特殊な化粧品, お茶, 健康食品, 断食, 気功などがある。

これらは企業などによる営利目的のものがほとんどであるが, 一部の医療機関で行われているものや, 企業活動が医師によって後援されているものもある。また, 世間一般に, お年寄りの知恵的なもの²⁾として善意で扱われているものもある。

本研究では, これらをすべて民間療法とする。

Ⅲ. 研究方法

本研究は, 対象者にインタビューを行い, それによって得られた言葉をデータとして使用し, 一

定の手順を踏んで分析を行った(具体的な手順については後述の3. 分析手順を参照)。

この対象者の言葉という質的なデータを使用する質的研究方法は, ある現象から人間の経験の本質を明らかにしようとする研究領域である³⁾。本研究で, 対象者の行動モデルを明らかにするためには, それを説明する変数も理論もほとんど明らかでない領域であるため, 帰納的な質的研究を行うことが適切であると考えた。

1. 面接方法

面接対象は, A大学病院皮膚科に成人型アトピー性皮膚炎の診断で治療中の者で, そのうち, 過去にアトピー性皮膚炎での入院経験を持つ者を原則とし, 研究の了承が得られた10名に個人面接を行った。

対象は男性7名, 女性3名, 平均年齢28.5歳(21~36歳), 平均入院回数2.5回(1~10回)であった。

データ収集期間は1999年1~10月, そのうち1~6月は随時インタビューを行い, 対象者の背景を理解し, 7~10月に半構成的インタビューを行った。インタビューはデータ分析結果が飽和状態に達するまで続け, その1人あたり平均回数は4.7回(2~7回), 平均時間は140分(60~230分)であった。

なお, データ収集はA大学病院皮膚科外来の予診室または皮膚科病棟の指導室で行い, 対象者のプライバシーの保護に努めた。

2. 面接内容

面接は事前に対象者に記入してもらった事前調査紙(資料1)をもとに半構成的インタビューを行った。事前調査紙には, 対象者が現在までに自分自身で決断して受診した病院および行なった民間療法を, 経時的にすべて記入してもらった。それら1つ1つについて, 「なぜそこに行ってみよう(それをしてみよう)と思ったのか話して下さい」「どのような思いからそこへ行った(それを

成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動に関する研究

資料 1.

受診行動・民間療法についての事前調査	年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法																					
<p>あなたが今まで、アトピー性皮膚炎の治療のために行った病院と、おこなった民間療法を教えてください。（民間療法とは、アトピー性皮膚炎の治療を目的として、主として正規の医療機関以外の施設または個人により行なわれる行為を指します。）ただし、小さい頃に、あなたの意志でなくご両親に連れられて受診したり、試した民間療法は除きます。ご自分で判断した年齢から記入して下さい。</p> <p>また、1度しか受診していないような病院や、すぐに中止した民間療法なども、記憶されている限りご記入下さい。病院名がわからない時は、「A皮膚科」「B大学病院」などとご記入下さい。</p> <p>下の記入例を参考に、ご記入下さい。</p> <p><記入例></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">年齢（学校、職業）</th> <th style="width: 30%;">病院・医療機関</th> <th style="width: 50%;">民間療法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16歳（高校）</td> <td>愛媛大学病院皮膚科</td> <td></td> </tr> <tr> <td>19歳（大学）</td> <td>A皮膚科医院</td> <td>酸性水 （2カ月だけ）</td> </tr> <tr> <td>20歳（大学）</td> <td>通院中止</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22歳（大学）</td> <td></td> <td>健康食品 健康食品中止</td> </tr> <tr> <td>23歳（会社員）</td> <td>B皮膚科泌尿器科 C皮膚科 （1回だけ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25歳（会社転勤）</td> <td>D大学病院皮膚科 （1カ月入院）</td> <td>入浴剤使用</td> </tr> </tbody> </table>	年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法	16歳（高校）	愛媛大学病院皮膚科		19歳（大学）	A皮膚科医院	酸性水 （2カ月だけ）	20歳（大学）	通院中止		22歳（大学）		健康食品 健康食品中止	23歳（会社員）	B皮膚科泌尿器科 C皮膚科 （1回だけ）		25歳（会社転勤）	D大学病院皮膚科 （1カ月入院）	入浴剤使用			
年齢（学校、職業）	病院・医療機関	民間療法																						
16歳（高校）	愛媛大学病院皮膚科																							
19歳（大学）	A皮膚科医院	酸性水 （2カ月だけ）																						
20歳（大学）	通院中止																							
22歳（大学）		健康食品 健康食品中止																						
23歳（会社員）	B皮膚科泌尿器科 C皮膚科 （1回だけ）																							
25歳（会社転勤）	D大学病院皮膚科 （1カ月入院）	入浴剤使用																						

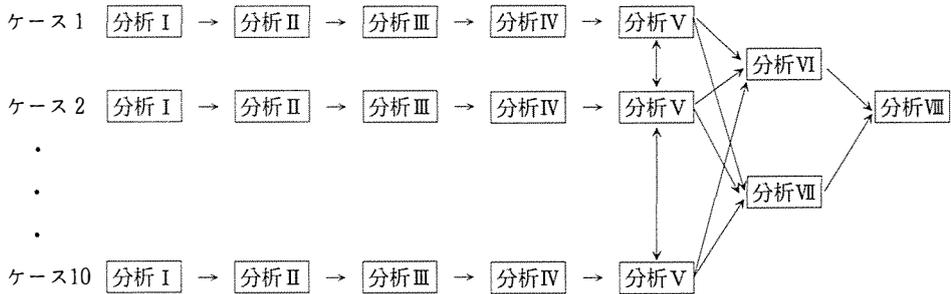


図 1. 分析手順

した) のですか」などの質問をし、対象者それぞれの状況を引き出すようにした。

3. 分析手順

面接内容は、対象者の許可を得て、すべてテープ録音し、それを逐語的に書き起こしたものをデー

タとして使用した。分析の手順は以下に示す通りである（図 1）。

- 分析の対象とした各事例のデータを繰り返し読み、コード化を行った。その際には、対象者の言葉を丹念に引き出した（分析 I）。

- コードの中から、対象者が行動をとるに至る経験の過程を表しているものを抽出し（分析Ⅱ）、コードの修正を行った（分析Ⅲ）。
- 修正したコードをそれぞれ比較し、同様の現象を示すコードを分類してまとめ、より抽象的なレベルで名称をつけ、カテゴリー化を行った（分析Ⅳ）。
- 事例ごとに、カテゴリー同士の関係を症状の経過に基づいて位置づけをした（分析Ⅴ）。
- 10事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、さらに抽象化したカテゴリー（分析Ⅵ）と、カテゴリー全体の中心的なテーマである中核となる変数（分析Ⅶ）を抽出した。
- 抽出したカテゴリーと中核となる変数を構造化し、行動モデル（分析Ⅷ）を明らかにした。

なお、これらの分析の結果については、指導者より定期的にスーパービジョンを受け、両者の合意が得られるまで検討し、信頼性と妥当性を確保するよう努力した。

IV. 結果・考察

対象者の経験の過程から得られた行動モデル：

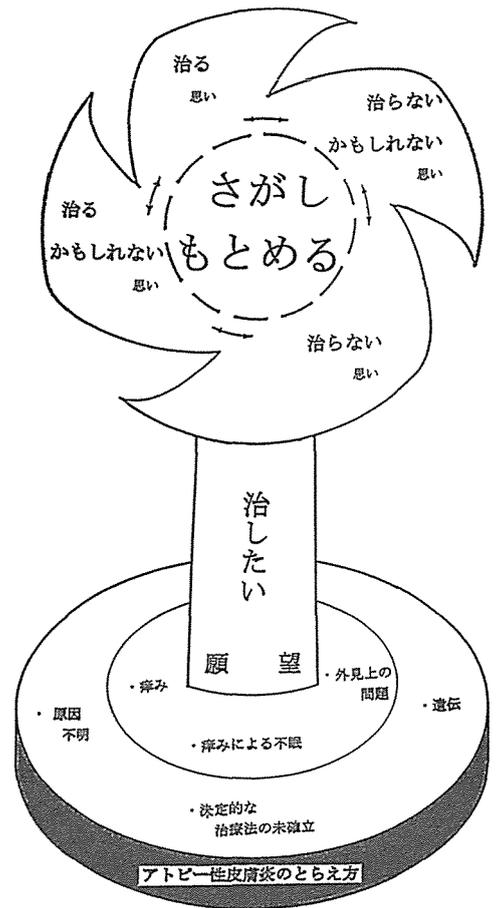
さがしもとめる

対象者の経験の過程から得られた行動モデルは、「アトピー性皮膚炎のとりえ方」、「願望：治したい」、「思い：治る・治るかもしれない・治らない・治らないかもしれない」という3つのカテゴリーと、それらを結びつける、「さがしもとめる」という中核となる変数から成り立っている（図2）。

1) 中核となる変数

対象者の行動の中核となる変数は、「さがしもとめる」である。中核となる変数は、問題となる現象の過程の、中心テーマを表すものである¹³⁾。

「さがしもとめる」は、データの分析の結果出てきたものであり、対象者の経験の過程から得られた、対象者の行動そのものを表すテーマである。対象者は、自分の症状や気持ちが少しでも楽にな



■ 2. 成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の経験の過程から得られた行動モデル：さがしもとめる

るように、自分に合う治療法や民間療法などを見つげるために「さがしもとめる」のである。

対象者の経験の過程から得られた行動モデルは、風車によって表される。「アトピー性皮膚炎のとりえ方」、「願望：治したい」、「思い：治る・治るかもしれない・治らない・治らないかもしれない」という3つのカテゴリーは互いに関連があり、他のカテゴリーの側面を共有するものである。3つのカテゴリーを表している、風車の土台、柱、そして羽根は、羽根の中心に位置する「さがしもとめる」によって互いに結びついている。

2) 各カテゴリー

① アトピー性皮膚炎のとらえ方

対象者は、アトピー性皮膚炎を、‘原因不明’で、‘遺伝’的な側面を持ち、‘決定的な治療法が未確立’な病気ととらえている。

「アトピーの原因は体質じゃないんですかね。ずっと原因が分からない病気だと言われ続けてきたから。」 (ケース3, 26歳 男)

「頭の中に遺伝の病気っていうのがあるからねえ。遺伝だからしょうがないっていう面もあるねえ。」 (ケース10, 34歳 男)

「子供が産まれて、もしアトピーやったら、かわいそうやと思うよ。自分だけでいいわ。子供までは苦労かけたくないわ。」 (ケース1, 36歳 男)

「アトピーの場合は、これさえやってれば大丈夫ってものがないよね。基準になるものがない。」 (ケース2, 36歳 男)

これら対象者のアトピー性皮膚炎のとらえ方は、疾患の曖昧さを表すものである。対象者はアトピー性皮膚炎を、自分の行動が原因で起こっているわけでもなく、また簡単に体質や遺伝という言葉で片づけられ、決定的な治療法もない病気であるととらえている。対象者はアトピー性皮膚炎を、はっきりとした意味づけや基準の下にとらえることができず、曖昧なままであり、彼らの行動はそれを土台に起こっている。

アトピー性皮膚炎の発生機序、病因論に関しては、従来より様々な考え方が提唱されているが、いまだに万人が納得しうるものはなく、また遺伝性についても結論は得られていない¹⁴⁾。病院における治療の基本方針は、抗原からの回避、スキンケア、刺激となる増悪因子の除去、外用薬・内服薬による薬物治療、であると言われている¹⁵⁾。しかし、これらはアトピー性皮膚炎を完治させるものではなく、あくまでも症状の発現を抑えたり、既に出ている症状を抑える、コントロールの為のものであって、決定的な治療ではない。

対象者は、アトピー性皮膚炎と共に生活してきた過程において、上記のような曖昧な事を病院で、民間療法で、そしてまた周りの人々から言われ続ける。この曖昧さは、疾患の軽快・治癒に関し、期待と諦めを同時に彼らに抱かせる。

また、対象者のほとんどが生産年齢に属する人々であるということも、大きな意味を持つ。対象者は自分がアトピー性皮膚炎であることは、両親からの遺伝的な側面を持ち、しょうがないととらえている。しかし、もし自分に子供が出来た場合、再びその体質が遺伝してしまうのではないかという恐れも持っている。

対象者は成人型アトピー性皮膚炎の多彩な症状のなかで、‘痒み’‘痒みによる不眠’‘外見上の問題’の3つに特に属している。

「もう、せめて普通の生活ができればいい、痒みがなかったらそれでいいわと思う。夜は寝れて朝起きて、仕事に行ける、それだけでいい。」

(ケース7, 36歳 女)

「痒いのが1番つらいよ。掻いたら顔はぐじゅぐじゅになるし。痒みをどうにか止められんかなあ。」

(ケース1, 36歳 男)

「やっぱり顔が1番気になります。冬は長袖で体は隠せたんですけど、半袖になると腕とか見られるし、顔はもうずっと赤かったり、化粧も全然できなくて人の目線がすごく嫌だったんですよ。いつも買い物に行くのも下を向いて歩いたり、家でも鏡見たくなくて、電気も消したりして……。」

(ケース8, 21歳 女)

対象者は、アトピー性皮膚炎の特徴を、原因不明・決定的な治療法の未確立・遺伝ととらえ、その上で、痒み・痒みによる不眠・外見上の問題という3つの特徴的な症状が長年治まらないことを、自分で実際に経験し、それを土台として行動を起こしている。

アトピー性皮膚炎が他の慢性疾患とは大きく異

なる点は、ここにある。3つの特徴的な症状はすべて、対象者自身の努力ではコントロールすることができず、長く続き、また繰り返す。さらに、それは対象者の個人的な生活のみならず社会的な生活までおびやかすのである。

深刻な痒みを訴える患者は不眠に陥る傾向があり、物事に集中できず、感情的にイライラする。それは、彼らの症状をさらに悪化させる悪循環を引き起こすと言われている¹⁶⁾。対象者は仕事や学業に集中できない事、痒みによる不眠や、痒み止めを服用すると、朝起床する事が困難となったり、頭がボーっとして仕事を続けられない事などを訴えた。

顔、首、手足など露出部の潮紅や色素沈着は、深刻な美容的問題の原因となり、患者へのダメージは社会的活動を減少させ、また男性においても女性においても将来への不安や失望を引き起こすとされている¹⁷⁾。今回の対象者も、男女ともほとんどの対象者が外見上の問題を訴えたが、年齢、結婚しているかしていないか、職業上人と触れ合うかどうかということでは訴えに若干の差があった。これは今後、さらに追求していくべき部分である。

② 願望：治したい

対象者は、アトピー性皮膚炎を原■不明・決定的な治療法の未確立・遺伝的な■を持つ疾患であるととらえ、さらに、様々な症状が治まらないことから、治したいという「願望」が対象者に生まれる。治る・治らないということがわからないことと、■々困らされる痒み・痒みによる不眠・外見上の問題という3つの特徴的な症状は、どうしても治したい、という強い願望を対象者に起こさせる。そして、それはどの対象者にも常にあり、ゆるぎないものである。

「どうにかして治したいのは治したい。だから、どこかに治る方法がないかなって、いつも考えてる。この病気、絶対に治したいっていう気持ちがある

んよ。」 (ケース1. 36歳 男)

「肌の事を気にせず暮らしたい。シーツは毎日洗って……とかそういうのに縛られたくない。ある程度日常生活にはなってるけど、そういうのに縛られたくない。ぱーっと海にも遊びに行きたいし、あちこち遊びにも行きたい。」

(ケース6. 24歳 男)

「とにかく、やっぱり顔だけでも、ちょっとだけでも良くなったらいいなあと思って。」

(ケース8. 21歳 女)

治したいという願望は、対象者の行動においては、常に変わず存在するものである。対象者は自分の考えで拒否する治療法・民間療法以外でなければ、どのような手段を講じてでも、とにかく治したいという願望を持つ。これは、病院を受診する目的と、民間療法を試みる目的は異なるのではないかと考えていた著者の予想に反するものであった。対象者の行動を、病院を受診する行動と民間療法を試す行動とに分けて考えるべきではない。

治したいという願望は、アトピー性皮膚炎に限らず何らかの症状がある疾患では、必ず存在すると考えられる。しかし、特にアトピー性皮膚炎においては、先に述べた疾患の持つ曖昧さや、身体的だけでなく精神的・社会的にも負担をもたらすような疾患であるというその特徴から、治したいという願望が特に強いと思われる。今回の成人型アトピー性皮膚炎の対象者においては、そのほとんどが民間療法を直接の治療目的で行っており、この事からも治したいという願望の強さがうかがえる。

また、治したいという願望の目標は、人によって異なる。とにかく痒みを止めたい人、顔だけでもきれいになりたい人など、その治したいという部分や程度が人によって異なる。それは土台となっているアトピー性皮膚炎のとらえ方と症状の程度が異なるからである。目標は異なるが、人それぞれに「治したい」という願望は必ず存在し、その

結果行動を起こしている。

③ 思い：治る・治るかもしれない・治らない・治らないかもしれない

アトピー性皮膚炎のとらえ方、そして治したいという願望から、対象者には‘治る’‘治るかもしれない’‘治らない’‘治らないかもしれない’という4つの「思い」が出てくる。対象者にはこの4つの思いが同時に存在し、葛藤が起こる。

「昔は治ると思っただけで、今はもう治らん。この病気は治らん、どこへ行っても。もう、治ると思っただけで、完璧に……(中略)……でも、いつになったら治るんやろ。」

(ケース1, 36歳 男)

「諦めて言ってもね、完全な諦めじゃなくてさ、どんな病気だって新しい治療法はできる。ガンだって。だから今はこのままでもって言う諦めはあっても、このままずっと治らないっていう諦めではないわけよ。なんか、新しい治療法ができて治るんじゃないかなって。」(ケース2, 36歳 男)

「病院で、もう、アトピーとは一生つきあっていかなきゃいけないって言われて、ああそうかって思っただけで、分かったんだけど、でも、民間療法で治るって言われたら、もうそれだったら、信じてしまう。」

(ケース3, 21歳 女)

これらの思いは、土台である対象者自身のアトピー性皮膚炎のとらえ方とも密接につながっている。原因不明・遺伝・決定的な治療法の未確立、という曖昧さは、対象者に治らない・治らないかもしれないというあきらめを抱かせる。しかし、その曖昧さゆえに、いつか原因が分かるのではないか、何かによって遺伝した体質を変えることが出来るのではないか、決定的な治療法がどこかにあるのではないか、という治る・治るかもしれない期待も同時に抱かせる。

対象者は少しの症状の変化によって敏感に治したいという願望を変化させ、またそれによって、治る・治るかもしれない・治らない・治らないか

もしれないという思いを変化させる。彼らはこれらの思いを同時に抱き、葛藤する。葛藤の結果、何かを「さがしもとめる」行動を起こす。

対象者は期待とあきらめを同時に抱き、その上でさがしもとめる行動を起こすため、その思いと行動は必ずしも一致するものではなく、矛盾することが多い。さらに、対象者は自分の思いと行動が矛盾している事も理解しており、その矛盾に苦しんでいるが、そうせざるを得ない現状がここにある。

また、何らかの「さがしもとめる」行動を起こした後も、アトピー性皮膚炎のとらえ方の変化や症状の変化から治したいという願望、そして4つの思いが対象者に湧き起こる。すると対象者には再び葛藤が起こり、「さがしもとめる」行動を起こす。その繰り返しである。

V. 実践への示唆

対象者は成人型アトピー性皮膚炎を、原因不明、決定的な治療法の未確立、遺伝が関与する疾患ととらえていることや、痒みや痒みによる不眠に苦しみ、さらに思春期や成人期に外見上の問題を抱えることを考慮すれば、彼らが「さがしもとめる」行動を起こすのは当然のことである。しかし、対象者には、著者が先に明らかにした、対象者の行動の決定に影響を与える因子である、情報、都合、効果の自己判定などが複雑にからみつき、その行動の実際の選択と、それによって起こる結果を複雑なものにしている。対象者の行動は「治したい」というもっともな願望を柱としているが、医療者が考えているほど軽く、単純なものではない。

看護婦を含めて医療者の多くは、対象者が持つ、治したいというゆるぎない強い願望や、治る・治らないという相反する思いの葛藤に気付いていない。この願望や思い、葛藤が、成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者に特有なものとして受け止め、真に理解する意識を持たなければ、「さがしもと

める」行動を安易に否定してしまうことになる。治る・治らないという思いと、自分の実際の行動との矛盾に気付く、苦しみ、それでも「さがしもとめる」行動を繰り返す対象者を否定することは、彼らの心を医療者から遠ざける。医療者はまず、対象者の「さがしもとめる」行動を認めるべきであろう。

しかし、行動の土台となる対象者のアトピー性皮膚炎への理解が不正確なものである場合や、また世の中に氾濫している虚偽の情報により、「さがしもとめる」行動が誤った方向へ向かい、さらなる症状の悪化を来したり、経済的な負担を負う対象者は少なくない。医療者は対象者を、正しい「さがしもとめる」行動に導かなくてはならない。そのために医療者がなすべきことは、対象者の「さがしもとめる」行動を認めた上で、その行動の土台となる、成人型アトピー性皮膚炎の正しいとらえ方を、対象者が正確な知識によって確立

できるように、対象者個人個人に合った教育・指導をしていくことである。

VI. 結 論

対象者の経験の過程から得られた行動モデルは、「対象者のアトピー性皮膚炎のとらえ方」、「願望：治したい」、「思い：治る、治るかもしれない、治らない、治らないかもしれない」、という3つのカテゴリーから構成され、「さがしもとめる」という中核となる変数で互いに結びついている。

本研究にあたり、インタビューにご協力いただいた皆様、愛媛大学病院皮膚科スタッフの皆様に心より御礼申し上げます。

また、終始一貫してご指導を賜りました愛媛大学医学部看護学科 臨床看護学講座 成人看護学の教官の皆様に深謝いたします。

要 旨

成人型アトピー性皮膚炎を持つ人々は、治療が難しく、慢性の経過をたどるという疾患の特徴から、病院を転々と変え、様々な治療法を試す。また、正規の医療機関以外の施設または個人により販売される水、入浴剤、石鹸、漢方、健康食品などの民間療法を試す傾向が見られる。本研究はこれらの対象者の行動について、対象者の経験の過程から、対象者の行動の仮説的モデルを帰納的に構築することを目的とする。

研究方法は、対象者にインタビューを行い、得られた言葉をデータとして使用し、分析を行った。対象者は成人型アトピー性皮膚炎を持つ男性7名、女性3名で、半構成的インタビューによりデータを得た。分析手順は、コード化、コードの修正、カテゴリー化、中核カテゴリーの発見、など8段階を踏んだ。

分析の結果、対象者の経験の過程から得られた行動モデルは、

- 1) アトピー性皮膚炎のとらえ方
- 2) 願望：治したい
- 3) 思い：治る・治るかもしれない・治らない・治らないかもしれない

という3つのカテゴリーから構成され、「さがしもとめる」という中核となる変数で結びついていた。

Abstract

Atopic dermatitis in adult is a disease of chronic or chronically relapsing dermatitis and difficult to cure. The participants with atopic dermatitis in adult tend to change hospitals from place to place to test various cures. And they use various folk remedies including water, bath powder, soap, herbal medicine, and health food.

The purpose of this study was to clarify the behavioural model of experience of participants.

This study was qualitative research, and data were generated from semi-structured interview. 10 participants were selected: seven men and three women. The procedure of analysis from verbatim transcriptions of interviews and field notes contained eight phases.

From the data analysis, the behavioural model was revealed “looking for” as a core variable, which included three categories: Participant's acceptance of atopic dermatitis; Desire of getting well; Feelings that conflict with “will be cured”, “may be cured”, “will not be cured” and “may not be cured”.

VII. 引用文献

- 1) 西本正賢：成人の経過とその特徴，皮膚臨床，40(6)，pp.926-929，1998.
- 2) 秀 道広他：成人アトピー性皮膚炎に対する民間療法，アレルギーの領域，5(4)，pp.425-429，1998.
- 3) 土岐尚親：アトピー性皮膚炎患者の病気理解度及び受診行動に関するアンケート調査について，広島医学，43(11)，pp.1934-1937，1990.
- 4) 竹原和彦：アトピー性皮膚炎－民間療法をどう考えるか，臨皮，51(5)，pp.111-114，1997.
- 5) 竹原和彦：アトピービジネスを考える，日本臨床皮膚科医学会雑誌，61，pp.176-180，1999.
- 6) 遠藤 薫：アトピー性皮膚炎の民間療法とQOL，アレルギーの領域，5(4)，pp.458-462，1998.
- 7) 中村 悟他：難治性アトピー性皮膚炎患者の施行してたいわゆる民間療法，臨皮，51(3)，pp.201-203，1997.
- 8) 蕪城裕子他：アトピー性皮膚炎患者におけるアトピービジネスに対する意識調査，日皮会誌，110(8)，pp.1277-1282，2000.
- 9) 大野道絵他：成人型アトピー性皮膚炎を持つ対象者の行動の決定に影響を与える因子に関する研究，日本看護研究学会雑誌，24(2)，2001.
- 10) 前掲2) p.426.
- 11) 前掲4) p.111.
- 12) Strauss. AL. et al: Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage Publications Inc, 1990, 南裕子監訳, 質的研究の基礎 グラウンデッドセオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999.
- 13) Agatha A. Quinn: A theoretical model of the perimenopausal process, Journal of Nurse-Midwifery, 36(1), pp.25-29, 1991.
- 14) 片山一朗：遺伝，皮膚臨床，40(6)，pp.876-879，1998.
- 15) 佐藤貴浩，西岡 清：一般的な治療の基本方針，皮膚臨床，40(6)，pp.952-953，1998.
- 16) Shirata K, Nishitani Y et al: The importance of mental support to the patients with adult atopic dermatitis, Osaka City Medical Journal, 42(1), pp.45-52, 1996.
- 17) Shirata K, Nishitani Y et al: Study on the mental health of patients with atopic dermatitis in adults, Osaka City Medical Journal, 41(2), pp.75-83, 1995.

〔平成13年6月27日受付〕
〔平成13年10月19日採用決定〕

MEDICAL EDUCATION SIMULATORS What's NEW?



特願2000-332437号

呼吸音聴診シミュレータ

ミスターラング
Mr. Lung

監修・指導
産業医科大学 呼吸器科
教授 城戸優光
講師 吉井千春



モデル背部でも
患者さんにそっくりの
fine crackleが聴かれます。

等身大のモデル体内に内蔵された15基のスピーカが患者さんから録音した肺音を再現。肺音の分類教育にふさわしい本邦初のトレーニング機器です。



生体シミュレータ"Ichiro"と併せてご使用いただくと呼吸音35症例に加え、心臓病88症例が実際の患者さんのようにシミュレーションできます。高度なプライマリケアの獲得に！

詳細は 京都本社 075-605-2510 東京支店 03-3817-8071 教育機器部へお問い合わせください。



株式会社 京都科学

<http://www.kyotokagaku.co.jp>

e-mail: kyoiku@kyotokagaku.co.jp

総合病院に勤務する看護婦のキャリア志向と その関連特性に関する研究

Nurses' Career Orientation and Related Factors

—A Survey at Large General Hospitals—

浅野 祐子

Yuko Asano

キーワード：キャリア志向，看護，スペシャリスト，ジェネラリスト
career orientation, nursing, specialist, generalist

I. はじめに

医療技術の高度化や慢性疾患の増加に伴い、看護実践における専門的な能力がますます求められるようになってきた。これらの社会的要請や看護職自身の専門職志向の高まりを受けて、1996年より日本看護協会による専門看護師、認定看護師の認定が開始された¹⁾のをはじめとして、看護職も専門分化 (specialization) の動きが進んでいる。

専門看護師のモデルとなった CNS (Clinical Nurse Specialist) 制度を有する米国²⁾では、CNSに限らず、看護婦が特定の分野を専攻 (specialize) することは珍しくない²⁾。また大規模な病院ではユニット (病棟単位) ごとに採用が行われるため、特別の事情がなければ他のユニットに異動するという事はないという³⁾。これに対し小規模な病院やクリニックに勤める看護婦は “cross-trained” あるいは “multi-skilled” といわれるジェネラリストになる⁴⁾が、専門領域における知識レベルの維持を困難にし「質の低下」をもたらす⁵⁾といわれることもあるようである。

一方、日本の総合病院では、部署異動により経

験を積ませ、ジェネラリストが育成されることが多い。ジェネラリストの評価は低くはなく、経験年数、実践能力とともに、様々な診療科を経験していることが、ベテランナースの評価の一部となることもある。しかし、人材育成としてのローテーションの目的には「多能工化」や「適性の発見」がある一方で、問題点として専門性の蓄積が阻害されることが挙げられている⁶⁾。

看護職に限らず、個人がキャリアの上で目指す方向には、スペシャリスト、ジェネラリストを含め様々なものがあるはずである。キャリアは、職業経験、経歴といった客観的側面だけでなく、意志・志向という主観的側面からとらえられる必要がある。この志向という側面、すなわち個人がキャリアのうえで進もうとする方向、キャリアのうえで基本的に重視する事柄は「キャリア志向」(career orientation) とよばれる⁷⁾。

Gouldner は、大学職員 (教育、研究、管理部門) のインタビューの結果、個人の所属集団と準拠集団の分離の有無によってキャリア志向を「ローカル」と「コスモポリタン」の2つに分類

した^{8,9)}。すなわちローカルは組織への忠誠心が高く組織内での昇進に関心を寄せる組織人志向の強い人たちであり、コスモポリタンは専門技術への関心が高く、準拠集団は組織外にある職業人志向の強い人たちである。Gouldner以降、キャリア志向に関わる研究は、この体系化された二大志向のコンセプトに影響を受けた二分類のものが多く登場した。

太田は専門性の高い職種（研究者、建築士など）および複数の学部の学生のデータについて、キャリア志向に関する項目の因子分析を行い、Gouldnerの「コスモポリタン」と「ローカル」にはほぼ対応する「プロフェッショナル志向」と「組織人志向」の2因子を抽出した⁷⁾。

Scheinはキャリア志向をより多様な広がりをもたせてとらえ、経営大学院卒業後10～12年の男性に対する調査の結果から、彼らの「キャリア・アンカー」(career anchors)を「管理」、「技術・職能」、「安定・保障」、「自律性」、「創造性」の5つに分類した¹⁰⁾。Scheinのキャリア・アンカーは、それ以前の二分類に比較すると広義で、実証研究においても現実妥当性があるとされ¹¹⁾、看護職を対象とした研究への適用が試みられた例もある¹²⁾。

看護職は組織参入の時点から全員が有資格者という意味での「専門職」(本稿で用いる「専門職」は「プロフェッション」の意味ではない)であるということを考慮すると、キャリア志向が企業人のものと異なることは当然である。例えば企業人にとっては、スペシャリストに対するジェネラリストは、将来的にはジェネラル・マネジャー(管理職)を目指す人を一般に意味するが、看護職にとってスペシャリスト(特定の専門分野を持つ看護婦)に対するジェネラリストは、必ずしも管理職を意味しないであろう。また、企業におけるキャリア研究の場合、男性のみを対象としているか、女性が対象の場合でも「男性のなかで働く女性」ということになるが、看護職の場合はほとんどが

女性であるという点でも異なることが予想される。

企業の従業員を対象とした先行研究では、キャリア志向の意義として、業績、モチベーション、職務満足などの成果変数に対する作用(モデレータ効果)が挙げられている¹³⁾。言い換えれば、タスク(仕事)と個人の相互作用から生じる成果は、キャリア志向によって条件づけられる。キャリア志向が適切に把握され、それに適合したタスクが与えられることが、個人にとっては達成感、職務満足の向上につながり、組織にとっては人材開発の有効性を高めるというメリットがあると考えられる。

このようなキャリア志向の意義は、看護職にもあてはまるであろう。「専門職」であるとともに組織人でもある看護職が、組織あるいは社会の中でどのようなキャリアを形成していくことを望んでいるのか、キャリアの上で何を求めているのか、を把握することは、看護職個人のキャリア発達や、組織における「看護の質」の向上を考えるうえで、重要である。

そこで本研究では、総合病院に勤務する看護婦を対象とした調査を行い、以下の2点について明らかにすることを目的とした。

第一の目的は、看護職のキャリア志向の分布と、各志向を持つ者の意向や考え方について検討することである。そして、企業人のキャリア志向との比較の上で、看護職におけるキャリア志向をはじめとするキャリアの主観的側面の特徴を見出すことである。

第二の目的は、看護職という集団のなかでも、キャリア志向が異なることによって、自己学習活動、能力の自己評価、キャリア満足などがどのように異なるかを検討することである。

II. 方 法

1. 対象者

調査の対象は東京都内の4つの総合病院(うち

大学病院3, 一般総合病院1, いずれも400床以上)に正職員として勤務し, 看護職としての経験年数が5~15年前後までの女性とした。対象者の経験年数を5年以上とした理由は, 将来の方向性についての何らかの考えを持つようになる時期であると考えたためである。また経験年数15年前後を上限とした理由は, それ以上になるとすでに管理職になっている者の割合が増え, 「キャリア志向」等の設問には適さないと考えたためである。

2. 調査方法

前述の対象者, 計417名に対し, 1999年10月~11月に所属部署の部長を通して無記名の自記式調査票による調査を実施し, 郵送回収または密封の上病院内で回収した。

4病院より回収された計352票のうち, 男性, 経験年数が20年を超えるもの, 無回答の多いものを除く344票(有効回収率82.5%)を分析に使用した。

3. 調査項目

(1) キャリア志向(最もあてはまるものをひとつだけ選択)

キャリア志向は, 「管理・昇進」, 「スペシャリスト」, 「ジェネラリスト」, 「安定性」, 「自律・独立」, 「他者への奉仕」の6分類とした。この分類は, Schein¹⁰⁾が導き出した5つのキャリア・アンカーを参考にし, 看護職の特性を考え, 次の6分類とした。

「管理・昇進」志向とは, 管理業務に興味を持ち, 管理職を目指して昇進することを望む志向である。

スペシャリストについては大学院レベルの教育課程修了を要件とする定義¹³⁾もあるが, 本研究においては「スペシャリスト」志向とは, 「看護のなかでも特定の分野に興味を持ち, 専門になりたいと思っている者」とし, 学位等の条件はつけなかった。

「ジェネラリスト」志向とは, スペシャリスト

のような専門分野を持たず, 幅広い分野を経験して看護のジェネラリストを目指す志向とした。

「安定性」志向は, 安定性を重視し, 地位や配属部署にはこだわらず, 与えられた範囲で仕事と責任を果たしていく, という志向とした。

「自律・独立」志向とは, 独立開業を目指す, あるいは組織の中であっても, 個人の裁量に任せられる自律性の高い仕事をするを望む志向とした。

「他者への奉仕」志向は, Scheinが「ソーシャルワークや医療など人を助ける仕事に就く者」や「女性」の場合にありうるアンカー¹⁰⁾として挙げているもので, 本研究では「昇進や専門性といったことよりも, 人を助けたい, 人の役に立ちたいという欲求から看護の仕事をしている」志向とした。

なお, この調査項目は回答者のタイプ分類を目的としたため, あえて最もあてはまるものを一つだけ選択するかたちでの回答を求めた。以後の分析では, この項目における回答を, 「選択されたキャリア志向」とする。

(2) 仕事に関する意向

一人の人間の中で一つのキャリア志向が形成されたら残りの志向は全て無であるということはありません。相対的にある志向が重視され, ある志向が軽視されていると考えたほうがより自然である¹¹⁾。そこで「キャリア志向」の各カテゴリーに対応する項目を含めた15項目を設け, さまざまな次元の考え方を個人がどの程度もっているかを質問した。項目は, 先行研究^{7, 10)}を参考に作成し, 回答はそれぞれについて「そう思う」~「そうは思わない」の4段階とした。

(3) 獲得した能力の自己評価

看護職としてのこれまでの経験を経て獲得してきた能力について, 対象者の所属部署に限定されないような6項目を設け, それぞれについて「強く思う(4点)」~「思わない(1点)」の4段階での回答を求めた。現在の職場で発揮している能力3項目, 他所(他部署, 他の病院)での通用性

について3項目を設定したが、後者については因子分析の結果で次元性の確認できた2項目のみ分析に使用したため、計5項目となった。

(4) キャリア満足

看護職としてのこれまでの経歴全般の4側面についての満足度を「大変満足(4点)」～「大変不満(1点)」の4段階での回答を求めた。項目は、山本¹⁴⁾の「キャリア満足」の項目を参考にし、独自のものとして「自分の適正や希望にあった職場で働いてくることができたかどうか」という面での満足度をたずねた。4項目の主成分分析の結果、固有値が1.92で全分散の48%を説明する主成分が一つ抽出され、また4項目のCronbachの α 係数は0.63であったため、次元性と内的整合性がほぼ確保できていると考え¹⁵⁾、単純に加算して「キャリア満足」(4～16点)とした。

(5) 自己学習活動(研修, 教育等)

病院外の研修や講習の受講状況(最近1年間)、看護・医療関連の資格や学位の取得の有無、学会所属の有無、および看護・医療関連の雑誌購読についてたずねた。

(6) 施設間移動, 院内異動の経験の有無

施設間移動とは、勤務先をかわることで、いわゆる「転職」ともいわれるものである。本研究では、病院以外の勤務先も含めた施設間移動経験および回数とした。

院内異動とは、同一病院内での部署異動(ローテーション)のことであるが、本研究では、現在勤務している病院での院内異動経験のみに限定した。

(7) 属性

職務に関する属性として、看護職としての通算経験年数、現病院での勤続年数、職位を、個人属性として、出身学校、年齢、同居家族(婚姻状態を含む)を用いた。

4. 分析方法

「選択されたキャリア志向」と属性などの名義

尺度との関連は、クロス集計を行なった。

自己学習活動などを「選択されたキャリア志向」別に比較する場合には、通算経験年数の影響を取り除くために調整を行なった。調整方法は、通算経験年数を「5～7年」、「8～10年」、「11年以上」の3段階に分け、回答者全体の通算経験年数の構成を基準として、「選択されたキャリア志向」ごとの経験年数構成の違いを補正した。

キャリア満足と獲得した能力の自己評価の各項目の関連については、属性を制御した偏相関分析を行なった。

統計学的処理には統計パッケージSPSSを使用した。

5. 回答者の特徴

回答者の平均年齢は30.47(S.D.3.46)歳、通算経験年数は平均8.64(S.D.3.09)年、現病院での勤続年数の平均は6.75(S.D.3.36)年であった。

現在の職位は一般スタッフが276名(80.5%)、主任、副婦長などが計62名(18.1%)で、婦長以上の役職を持つ者はなかった。所属部署は病棟が221名(64.4%)、ICU/CCUが38名(11.1%)、その他、外来、手術室、検査部などであった。施設間移動経験者は127名(37.7%)で、経験年数が長いほどその割合は増加していた。現在の病院で院内異動を経験した者は182名(54.7%)であり、勤続年数とともに異動経験者割合は増加した。異動経験者割合が半数をこえるのは、勤続5～6年ころであった。

回答者の全員が正看護婦の免許を持っていた。看護基礎教育を受けた学校は、看護専門学校3年課程が168名(48.8%)、看護短大が84名(24.4%)、看護大学または大学看護学部が2名(0.6%)、専門学校または短大の2年課程が90名(26.2%)であった。

最終学歴は、専門学校卒が206名(59.9%)、短大卒が68名(19.8%)、大学卒(在学中を含む)が69名(20.1%)、大学院卒が1名であった。

同居家族の構成は、独り暮らしが207名(62.3%)、夫と2人暮らしが48名(14.0%)、子どもがいる者が40名(11.6%)、親元で暮らしている者が28名(8.1%)であった。

Ⅲ. 結 果

1. 回答者のキャリア志向

(1) 「選択されたキャリア志向」の分布

特定分野を専門とする「スペシャリスト」を志向する回答が最も多く113名(32.8%)、ついで「安定性」志向が82名(23.8%)、「他者への奉仕」志向61名(17.7%)、「ジェネラリスト」志向57名(16.6%)、「自律・独立」志向26名(7.6%)であった。「管理・昇進」志向を選択した者は5名(1.5%)であった。

「選択されたキャリア志向」を属性別にみたものを表1に示した。年齢との関係では、30歳以上の者は29歳以下の者に比べ「スペシャリスト」志向の割合が高く、「安定性」志向の割合は低い傾向がみられた。

(2) 「選択されたキャリア志向」別にみた自己学習活動

研修受講、資格・学位取得、学会所属、雑誌購読(以下、これらを自己学習活動とする)の割合を「選択されたキャリア志向」別にみたものを表2に示した。分析方法で述べたとおり、通算経験年数による調整を行なった。「スペシャリスト」志向を選択した者は他の志向の者に比べて、自己学習活動を行なっている割合が高かった。その割合が逆に少なかったのは「安定性」志向、「他者への奉仕」志向であった。

2. 仕事に関する意向

「仕事に関する意向」15項目について、因子分析などを参考に分類を試みた結果、「管理・昇進」、「転職・独立」、「多分野を経験したい(以下、多分野)」、「専門性」の4項目群(各群2項目)が抽出された。各項目について「そう思う」または「まあ思う(以下「思う)」と回答した者の割合、およびそれを「選択されたキャリア志向」別にみた結果を表3に示した。

表1 属性別にみた「選択されたキャリア志向」

属 性	キ ャ リ ア 志 向						計
	「管理・昇進」	「スペシャリスト」	「ジェネラリスト」	「安定性」	「自律・独立」	「他者への奉仕」	
年 齢							
25 ～ 29 歳	1(0.6%)	43(26.2%)	26(15.9%)	48(29.3%)	13(7.9%)	33(20.1%)	164(100%)
30 歳 以上	4(2.2%)	70(38.9%)	31(17.2%)	34(18.9%)	13(7.2%)	28(15.6%)	180(100%)
職 位 ^{a)}							
一般スタッフ	3(1.1%)	84(30.4%)	49(17.8%)	64(23.2%)	22(8.0%)	54(19.6%)	276(100%)
主 任, 等	2(3.2%)	25(40.3%)	8(12.9%)	17(27.4%)	4(6.5%)	6(9.7%)	62(100%)
出身学校							
専門3年課程	2(1.2%)	56(33.3%)	29(17.3%)	38(22.6%)	15(8.9%)	28(16.7%)	168(100%)
短大3年課程	2(2.4%)	23(27.4%)	10(11.9%)	27(32.1%)	6(7.1%)	16(19.0%)	84(100%)
看護系大学	—	—	—	1(50.0%)	1(50.0%)	—	2(100%)
2 年 課 程 ^{b)}	1(1.1%)	34(37.8%)	18(20.0%)	16(17.8%)	4(4.4%)	17(18.9%)	90(100%)
婚姻状態							
独 身	2(0.8%)	87(35.7%)	38(15.6%)	55(22.5%)	20(8.2%)	42(17.2%)	244(100%)
既 婚	3(3.4%)	24(27.3%)	16(18.2%)	23(26.1%)	5(5.7%)	17(19.3%)	88(100%)
全 体	5(1.5%)	113(32.8%)	57(16.6%)	82(23.8%)	26(7.6%)	61(17.7%)	344(100%)

注：(a) 「エキスパートナース」は職位に関する分析から除外した

(b) 短大または専門学校2年課程(「進学コース」)

総合病院に勤務する看護婦のキャリア志向とその関連特性に関する研究

表2 「選択されたキャリア志向」別にみた自己学習活動

キャリア志向	院外研修 ^(a)		学位・資格 ^(b)		学会所属 ^(c)		雑誌購読 ^(d)		N ^(注2)
	人数(%)	[調整後%] ^(注3)	人数(%)	[調整後%]	人数(%)	[調整後%]	人数(%)	[調整後%]	
管理・昇進	3(60.0%)	—	2(40.0%)	—	4(80.0%)	—	4(80.0%)	—	5
スペシャリスト	80(70.8%)	[70.2%]	53(46.9%)	[47.5%]	55(49.1%)	[49.2%]	74(66.1%)	[65.3%]	111~112
ジェネラリスト	35(61.4%)	[62.0%]	19(33.3%)	[34.6%]	24(42.1%)	[43.8%]	26(45.6%)	[48.1%]	56
安定性	43(53.1%)	[52.5%]	12(14.6%)	[15.2%]	25(30.5%)	[29.7%]	29(35.4%)	[34.8%]	80~81
自律・独立	17(65.4%)	[64.3%]	15(57.7%)	[58.9%]	9(34.6%)	[36.8%]	11(42.3%)	[48.0%]	25
他者への奉仕	29(49.2%)	[47.8%]	16(26.7%)	[29.8%]	15(24.6%)	[25.6%]	30(49.2%)	[52.4%]	58~60
全体	207(60.7%)	—	117(34.1%)	—	132(38.5%)	—	174(50.7%)	—	336~338

注1:(a) 最近1年間に病院外で主催された研修をひとつでも受けた者

(b) 専門看護師・認定看護師, 医療系国家資格, 学会認定資格, 大学の学位のいずれかを取得している者

(c) 看護・医療関係の学会に所属している者

(d) 看護・医療関係の雑誌を定期的に読んでいる者

注2: 項目ごとに無回答の数の差があるため, 項目により全体数(N値)が異なる。

注3: 「管理・昇進」を除く5つのキャリア志向に関しては, 運算経験年数を「5~7年」, 「8~10年」, 「11年以上」の3段階に分け, 各キャリア志向における運算経験年数の構成割合が回答者全体のものと同一であると仮定して調整した割合も算出した。

表3 「選択されたキャリア志向」別にみた「仕事に関する意向」

キャリア志向	N	「仕事に関する意向」の項目																	
		「管理・昇進」		「転職・独立」		「多分野」		「専門昇進」		2	5	6	9	10	11	12			
		3	13	14	15	1	4	7	8										
		管理職に昇進したい	組織内で人を動かすリーダー的な責任ある地位につきたい	組織内で人を動かすリーダー的な責任ある地位につきたい	将来は組織に属するのではなく看護をいかして独立したい	将来は組織に属するのではなく看護をいかして独立したい	幅広い分野(診療科等)を経験したい	専門分野を限定せず, 多分野が得意な看護婦になりたい	昇進して管理職になるよりも自分の専門分野を深めたい	他の病院でも通用するような専門領域をもちたい	気持よく仕事ができる	数年ごとに異動したほうが新しい	趣味や家庭を中心とした生活を送りたい	現在の仕事に最もやりがいを感じるのは人の役に立てるといふ点だ	組織で働く以上, 希望でない置換があるのも仕方ないことだ	仕事の内容よりも労働条件(拘束時間, 夜勤等)のほうが重要だ	続けたい	できればひとつの病院で長く働きたい	病院内よりも広く社会的に評価されたい
管理・昇進	5	(100.0)	(80.0)	(80.0)	(20.0)	(20.0)	(80.0)	(40.0)	(60.0)	(100.0)	(40.0)	(60.0)	(60.0)	(80.0)	(20.0)	(60.0)	(80.0)		
スペシャリスト	113	(100.0)	(12.4)	(30.1)	(35.4)	(22.1)	(61.1)	(31.9)	(96.5)	(96.5)	(45.1)	(75.0)	(69.0)	(51.3)	(30.1)	(65.5)	(57.5)		
ジェネラリスト	57	(100.0)	(7.0)	(21.1)	(37.5)	(21.4)	(86.0)	(78.9)	(91.2)	(89.5)	(68.4)	(77.2)	(71.9)	(64.9)	(55.4)	(61.4)	(43.9)		
安定性	82	(100.0)	(6.1)	(11.0)	(43.2)	(9.8)	(63.4)	(51.2)	(85.4)	(82.9)	(50.0)	(86.6)	(81.7)	(54.9)	(50.0)	(67.1)	(40.2)		
自律・独立	26	(100.0)	(15.4)	(38.5)	(76.9)	(73.1)	(53.8)	(42.3)	(88.5)	(92.3)	(38.5)	(80.8)	(61.5)	(65.4)	(46.2)	(61.5)	(73.1)		
他者への奉仕	61	(100.0)	(1.6)	(14.8)	(60.7)	(19.7)	(75.4)	(60.7)	(83.6)	(82.0)	(54.1)	(78.7)	(93.4)	(59.0)	(41.0)	(59.0)	(42.6)		
全体	344	(100.0)	(9.3)	(22.7)	(45.0)	(22.4)	(68.0)	(50.3)	(89.5)	(89.2)	(51.2)	(79.0)	(76.2)	(57.3)	(42.0)	(63.7)	(50.0)		

注: 無回答(最大2名)を除き, 「そう思う」または「まあ思う」と回答した人数(上段)と割合(下段, 単位は%)。

「仕事に関する意向」の項目上部の番号は, 調査票中の設問番号である。

回答者全体についてみると、専門性に関する2項目「(7)昇進して管理職になるよりも自分の専門分野を深めたい」,「(8)他の病院でも通用するような専門領域をもちたい」(括弧内の数字は調査票中の設問番号)で、全体の約9割が「思う」と回答していた。一方、「(1)幅広い分野を経験したい」も7割近くが「思う」と回答していた。割合が低かった項目は「(3)管理職に昇進したい」で、「思う」と回答した者は1割に満たなかった。

「選択されたキャリア志向」別にみると、「転職・独立」項目群では「自律・独立」志向、「多分野」項目群では「ジェネラリスト」志向の者が最も「思う」割合が高かった。「管理・昇進」項目群では「管理・昇進」志向の他、「スペシャリスト」志向、「自律・独立」志向で高い傾向があった。「専門性」項目群では「スペシャリスト」志向だけでなく、全ての志向で「思う」と回答した人の割合がきわめて高かった。奉仕性を表す「(6)やりがいとは人の役に立てること」という項目は全

体に割合が高かったが、特に「他者への奉仕」志向では90%以上が「思う」と回答していた。「安定性」志向と対応すると予想していた項目「(11)ひとつの病院で働き続けたい」は、「選択されたキャリア志向」間の差は認められなかった。準拠集■が組織外にあることを表す「(12)病院内よりも広く社会的に評価されたい」は、「自律・独立」志向が高かった。その他の項目では「(2)数年ごとに異動したほうが新たな気持ちで仕事ができる」と「(10)仕事内容よりも労働条件のほうが重要だ」において、「ジェネラリスト」志向でそう思う割合が高かったのが特徴的であった。

3. 獲得した能力の自己評価およびキャリア満足について

キャリア満足(4項目合計点)と獲得した能力の自己評価の各項目の「選択されたキャリア志向」ごとの平均値と分散分析、多重比較の結果を表4に示した。

キャリア満足は、「選択されたキャリア志向」

表4 「選択されたキャリア志向」別にみたキャリア満足、獲得した能力の自己評価の平均スコア

キャリア満足 (range)	獲得した能力の自己評価						N
	1 病院全体の仕事を任されている	2 後輩指導・リーダーシップ	3 業務上の工夫・改善	4 他の部署でもやっていたりける	5 他院でも通ずる		
(4~16)	(1~4)	(1~4)	(1~4)	(1~4)	(1~4)	(1~4)	
管理・昇進	11.80±1.92	2.00±1.00	3.40±0.89	3.60±0.55	3.00±1.00	3.00±0.71	5
スペシャリスト	11.04±1.48	1.92±0.96	2.80±0.85	2.88±0.75	2.51±0.86	3.03±0.76	112~113
ジェネラリスト	10.65±1.62	1.71±0.89	2.71±0.95	2.79±0.73	2.78±0.63	2.80±0.62	55~57
安定性	10.81±1.58	1.59±0.77	2.46±0.85	2.54±0.82	2.28±0.81	2.57±0.72	81~82
自律・独立	11.62±1.33	1.54±0.90	2.58±0.90	2.85±0.92	2.73±0.83	3.04±0.60	26
他者への奉仕	10.98±1.78	1.46±0.79	2.52±0.77	2.28±0.73	2.15±0.75	2.70±0.69	60~61
全体	10.96±1.59	1.70±0.89	2.65±0.87	2.68±0.81	2.46±0.82	2.82±0.73	341~343
一元配置	df=(4,332)	df=(4,333)	df=(4,333)	df=(4,333)	df=(4,331)	df=(4,332)	
分散分析結果	F=1.917	F=3.543	F=2.235	F=7.151	F=6.578	F=5.943	
	p=0.107	p=0.008	p=0.065	p<0.001	p<0.001	p<0.001	

注1：すべて数値が大きいほど、満足度が高い、または自己評価が高いことをあらわす。

注2：選択者の少ない「管理・昇進」志向は分散分析および多重比較の対象から除外した。

注3：—— p<0.05 (多重比較; Tukey HSD)

表5 「選択されたキャリア志向」別にみたキャリア満足と獲得した能力の自己評価との関連（偏相関分析）

獲得した能力の自己評価 ^(a)	全 体 (n=321)	キ ャ リ ア 志 向 ^(b)			
		スペシャリスト (n=102)	ジェネラリスト (n=48)	安定性 (n=72)	他者への奉仕 (n=53)
1 病院全体の仕事を任されている	0.122*	0.230*	0.132	-0.002	0.076
2 後輩指導・リーダーシップ	0.189**	0.213*	0.019	0.302**	0.213
3 業務上の工夫・改善	0.223***	0.310**	0.191	0.272*	0.063
4 他の部署でもやっていると	0.082	0.132	0.282*	0.077	0.026
5 他院でも通用する	0.261***	0.141	0.409**	0.261*	0.318*

注：(a) 通算経験年数，婚姻状態（既婚・未婚），職位（一般スタッフ・主任等）を制御したときの「獲得した能力の自己評価」各項目と「キャリア満足」との偏相関係数を示している。

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(b) 「管理・昇進」志向，「自律・独立」志向は人数が少ないため分析から除外した。

による有意差は認められなかった。獲得した能力の自己評価については，多重比較の結果は表に示した通りであるが，全体的に「スペシャリスト」志向と「自律・独立」志向の者が高く，「安定性」志向，「他者への奉仕」志向の者は低い傾向があった。

次に，獲得した能力の自己評価とキャリア満足の関係が，「選択されたキャリア志向」により異なるかどうかを検討した。選択した者が少なかった「管理・昇進」志向（5名），「自律・独立」志向（26名）を除いた4つの志向について比較した。

回答者を「選択されたキャリア志向」別に分け，獲得した能力の自己評価各項目とキャリア満足との関連について，属性（年齢，婚姻状態，職位）を制御変数とした偏相関分析を行なった結果を表5に示した。「スペシャリスト」志向では「業務上の工夫・改善ができる」こと，「ジェネラリスト」志向，「他者への奉仕」志向では「他の施設でも通用する」こと，「安定性」志向では「後輩指導・リーダーシップ」が，キャリア満足と最も強く関連（いずれも正の関連）していた。

IV. 考 察

1. 「選択されたキャリア志向」の分布

管理職希望者が少ないということは，先行研究^{12,19)}での結果と一致していた。

回答者の3人に1人が「スペシャリスト」志向を選択していた。キャリア志向の分類や設問は本研究と多少異なるが，公立大学病院における調査¹²⁾では，「スペシャリスト」志向は17%のみで，「安定性」（45%）と「他者への奉仕」（29%）に回答が集中していたという。今回の調査地であった東京と，地方との違いも一因であると考えられる。他には比較の対象となるデータがないが，おそらくキャリア志向の分布割合は，調査地や対象施設の性格により異なるものと考えられる。

また，施設内の制度の違い（「エキスパートナース」の認定がある等）によって，「スペシャリスト」という言葉から回答者がイメージするものが異なる可能性も考えられた。

本研究で独自に設定した「ジェネラリスト」志向を選択した者は16.6%であった。この志向の者の「仕事に関する意向」における特徴をみると，「数年ごとに異動したほうが新たな気持ちで仕事ができる」，「仕事の内容よりも労働条件が重要だ」と思う者が多い。また，企業においては，

複数の部門を経験することによってジェネラル・マネジャーに昇進していく⁶⁾といわれるが、今回の対象者では、「ジェネラリスト」志向の者の昇進への関心は薄い。これらのことから、本研究の対象において、「幅広い分野を経験したい」ことの意味には、「(自己成長のために) 経験の幅を広げる」ということのほかに、配属先にはこだわらないという考えや、単調感の軽減などが含まれている可能性がある。

属性との関係では、年齢が高い者に「スペシャリスト」志向が、若い者に「安定性」志向が多い傾向があった。今回の対象のような先進医療を行う大規模病院では「スペシャリスト」のような志向をもった者がより長く勤め続ける（つまりその他の志向の者が退職していく）ということが考えられる。そうだとすると、経験を積んだ「スペシャリスト」志向のスタッフをどのように管理、処遇していくかが、これらの職員のキャリア満足の上昇、病院全体の看護の質の向上のために大切になってくるだろう。自由記入欄に「結婚しているために、仕事上の重要な役割をまかせてもらえない」（1名）、「育児休暇明けに（希望はしていないが）外来や検査部門に異動になっていた」（3名）と記載している例もあり、組織側の「配慮」がモチベーションの低下という逆効果をもたらしかねないとも考えられた。

2. 「選択されたキャリア志向」と「仕事に関する意向」の関連について

「仕事に関する意向」の因子分析の結果抽出された4因子は、概ね予想通りのもので、各項目群において概念的に対応するキャリア志向の選択者が最も高いスコアを示していた。ただし「専門性」項目群では、「スペシャリスト」志向の者が最も高かったものの、その他の志向の者も含めて全体的に「思う」に回答が集中したため、スコアがきわめて高かった。また「多分野」と「専門性」の項目群は相反する概念と想定していたが、この両

者に「思う」と回答した者が多かった。「看護（全体）」を「専門」と捉える考え方との混同を避けるようワーディングには留意したが、個人により「専門領域」の解釈がさまざま、それらがすべて「専門性」項目群に賛成する回答となったと考えられる。また、実際には「専門領域」を特定できていない者もいる可能性があり、「専門領域」を具体的に問う項目を設けることにより、弁別性が高められるのではないかと考える。

キャリア志向で「管理・昇進」志向を選択した者は少なかったが、「仕事に関する意向」で「管理・昇進」の項目をみると「スペシャリスト」志向、「自律・独立」志向でもこの意向が高い傾向があった。これらの共通項としては、上昇志向や、他者からの評価を得たいという欲求が考えられる。企業における研究¹³⁾と異なり、「スペシャリスト」志向や「自律・独立」志向と「管理・昇進」への意向が相反するものとならない点、また「ジェネラリスト」志向と「管理・昇進」の意向の関連性が弱い点は看護職の特徴といえるだろう。

3. 「選択されたキャリア志向」と自己学習活動との関連について

「選択されたキャリア志向」と自己学習活動との関連で、「安定性」志向や「他者への奉仕」志向において活動割合が低いことは予想されたことであった。しかし、「スペシャリスト」志向においてすべての自己学習活動の割合が高かったのに対し、「ジェネラリスト」志向では高くない（ほぼ全体平均レベル）という対照的な結果であったことは、特筆すべきことである。これについては、「専門領域」という目標を定めている「スペシャリスト」志向に比べると、「ジェネラリスト」志向の者は、仕事異動のたびに目標がドリフトし、目標が定まっていなかったために自己学習をすることが少ない、という解釈が可能である。組織主導の院内異動により、主体性のない「ジェネラ

リスト」志向が形成されたとすれば、これまで多くの病院で行われてきた人材育成目的での院内異動は、再検討を要すると考える。

4. 獲得した能力の自己評価とキャリア満足との関連について

属性を制御した偏相関分析の結果、「スペシャリスト」志向においては、他で通用するかかどうかということよりも、「業務上の工夫や改善ができる」など現在の職場で発揮する能力がキャリア満足に関連していた。これは組織外に準拠集■がある「コスモポリタン」⁸⁾とは異なり、「組織内スペシャリスト」の性格を帯びている。また逆に「ジェネラリスト」においては「他院でも通用する」ことがキャリア満足に関連していた。この場合の「通用する」というのは、知識や技術がそのまま活かせる「汎用性」というよりは、他施設においてどの分野でも適応できるという「適応性」、「柔軟性」を意味すると解釈した。

しかし今回独立変数とした「獲得した能力」が網羅できていなかった可能性がある。またキャリア満足に関連するのは「獲得した能力」だけではないと考えられ、今後はさらに多くの要因を考慮に入れた研究が期待される。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究における調査対象は大規模な総合病院、大学病院で、経験年数5年以上というかなり限定された集■であり、結果のすべてを一般化することはできない。しかし他の職種と比較した看護職のキャリア志向の特徴を見出すことができたという点で意義があったと考える。また、新卒者の多くが第一の職場とするこのような大規模病院での研究結果は、キャリア初期における人材管理のあり方を考えるうえで役立つものと考えられる。

「専門性」に関する項目では弁別性がなく、今後の調査ではワーディングの変更などの改善が必要である。

今後は、さらに病院の人事管理方針や職場の人間関係などキャリア志向に影響を与えうる要因などについても検討が必要であろう。

V. 結 論

- (1) 看護職のキャリア志向の特徴は、「スペシャリスト」志向や「自律・独立」志向と「管理・昇進」の意向が相反するものとならない点、また「ジェネラリスト」志向と「管理・昇進」の意向の関連性が弱い点であった。
- (2) 「スペシャリスト」志向の者は、自己学習活動に積極的であったが、それに比較すると「ジェネラリスト」志向では、自己学習活動を行なっている者が少なかった。
- (3) 「スペシャリスト」志向の者は、組織外での通用性よりは現職場で発揮している能力への評価がキャリア満足と関連しており、組織と結びついた「スペシャリスト」である可能性が示唆された。一方、「ジェネラリスト」志向の者は、他施設でも通用するという「適応性」や「柔軟性」がキャリア満足と関連していた。

謝 辞

本研究は、文部省科学研究費基盤研究(B)(1) (課題番号：11410042) からの助成により行われた。

本研究の計画から論文作成までご指導いただきました東京大学大学院医学系研究科 山崎喜比古助教授に心より感謝申し上げます。また、調査にご協力くださいました4病院の看護部の皆様、対象者の皆様に深く御礼申し上げます。

要 約

看護職のキャリア志向の分布と特徴を見出すために、総合病院に勤務する経験年数5年以上の女性看護職員に自記式質問紙による調査を行なった。有効回答数は344名(82.5%)であった。キャリア志向はScheinのキャリア・アンカーを参考とし「管理・昇進」、「スペシャリスト」、「ジェネラリスト」、「安定性」、「自律・独立」、「他者への奉仕」の6分類とした。「スペシャリスト」志向が32.8%と最も多く、自己学習活動にも積極的であったが、組織外での通用性よりは現職場で発揮している能力への評価がキャリア満足と関連しており、組織と結びついたスペシャリストの傾向があった。16.6%の者が選択した「ジェネラリスト」志向は、「スペシャリスト」志向に比較すると自己学習活動が少なく、仕事内容より労働条件を重視する傾向があり、他施設でも通用するという「適応性」、「柔軟性」がキャリア満足と関連していた。

Abstract

A survey by self-administered questionnaire was conducted at four large general hospitals in Tokyo to find out the characteristics of career orientation among nurses. The subjects were female staff nurses who had more than five years of clinical experience. 344 (82.5%) valid responses were obtained. Referring Schein's "Career Anchor," career orientation in this study was classified into six categories; "managerial/administrative," "specialist," "generalist," "job security," "autonomy/independence" and "dedication to others." The most prevalent orientation was the "specialist" (32.8%), followed by the "generalist" (16.6%) orientation. "Specialists" had more learning motivation than others. Among "specialists," self-ratings of on-site working abilities were more closely related to career satisfaction than universal competence, which implied they had strong identity ties with the organization. Among "generalists," on the other hand, universal competence was more closely related to career satisfaction, and working condition had greater importance than job contents, which meant they put emphasis on "adjustability" to any organization.

VI. 文 献

- 1) 岡谷恵子, 鈴木文江, 他: 専門看護師導入に関する看護職のニーズ調査, インターナショナル・ナーシング・レビュー, 19(4), 21-29, 1996.
- 2) Thompson Rice, T.: Nursing in the '90's-Challenges and Opportunities. In Peterson's Guide to Nursing Programs, 15-21, Peterson's Guides, Princeton, NJ, 1994.
- 3) 日本看護協会出版会編: 病院看護部の未来—スマートな組織と人づくり, 看護, 49(14), 125-127, 1997.
- 4) Mueller, J., Stoeger, M.: These Nurses Do It All, RN, 58(5), 41-42, 1995.
- 5) Sorrells-Jones, J., Weaver, D.: Knowledge Workers and Knowledge-Intense Organizations, Part 1, JONA, 29(7/8), 12-18, 1999.
- 6) 雇用職業総合研究所編: キャリア・ディベロップメントに関する文献研究(職研シリーズVI-5), 18-68, 雇用職業総合研究所, 1989.
- 7) 太田 肇: プロフェッショナルと組織—組織と個人の間接的統合—, 81-96, 同文館, 1993.
- 8) Gouldner, A.W.: Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social

- Roles - I, Administrative Science Quarterly, 2, 281-306, 1957.
- 9) Gouldner, A. W. : Cosmopolitans and Locals : Toward an Analysis of Latent Social Roles - II, Administrative Science Quarterly, 2, 444-480, 1958.
- 10) Schein, E. H. : Career Dynamics: Matching Individual and Organizational Needs, 1978, 二村敏子・三善勝代訳, キャリア・ダイナミクス, 白桃書房, 1991.
- 11) 平野光俊 : キャリア・ディベロップメントーその心理的ダイナミクスー, 文眞堂, 1994.
- 12) 坂■桃子 : 看護職のキャリア・ディベロップメントに関する実証的研究ーキャリア志向のタイプと形成時期ー, 日本看護管理学会誌, 3(1), 73-75, 1999.
- 13) 稲岡文昭 : スペシャリストの雇用とその条件ー将来展望, 看護, 36(3), 17-24, 1984.
- 14) 山本 寛 : 勤労者のキャリア意識とキャリア上の決定・行動との関係についての研究, 経営行動科学, 9(1), 1-11, 1994.
- 15) Cortina, J. M. : What is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. Journal of Applied Psychology, 78, 98-104, 1993.
- 16) 中山洋子, 粟生■友子, 他 : 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究ー組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討ー, 聖路加看護大学紀要, 23, 1-14, 1997.

〔平成13年9月18日受 付〕
〔平成13年11月16日採用決定〕

受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめ

Response to the Smoking Related Lecture by Participating Student Nurses

岡 田 加奈子¹⁾ 川 田 智恵子²⁾ 畑 栄 一³⁾
Kanako Okada Chieko Kawata Ei-ichi Hata

中 村 正 和⁴⁾
Masakazu Nakamura

キーワード：看護学生，喫煙行動，受けとめ，喫煙防止教育，禁煙支援
Student Nurse, Smoking behavior, Response, Smoking Prevention Education,
Smoking Cessation Support

I. はじめに

近年の我が国における看護婦の喫煙者率は高く^{1~3)}、同年代の女性の喫煙者率の1.4倍と推定されている⁴⁾。しかし、喫煙はその依存性のために、いったん開始して常習化してしまうとやめることが非常に困難であることが、多くの研究によって裏付けられている^{5~7)}。そのため喫煙が常習化する以前の看護学生をターゲットにした教育が重要となってくる。

また、諸外国ではすでに禁煙支援が看護婦の重要な役割となっている^{8, 9)}ことから、将来は自らが禁煙支援の実施主体となる可能性が高く、自らの喫煙行動がその阻害要因となることから¹⁰⁾喫煙防止・禁煙支援の必要性がとりわけ高い対象と考えられる¹¹⁾。

看護学生を対象とした「喫煙に関する教育」は、いくつか試みられてはいるが、評価を行い、それ

を教育プログラムの改訂に役立てているものは非常に少ない^{12~14)}。

そこで、著者らは多方面の協力を得て、「看護学生を対象とした喫煙に関する教育プログラム」を開発し、その後評価・改訂を繰り返してきた^{15, 16)}。そして、「授業」と「周囲の喫煙者に対する禁煙の呼びかけ」から成り立つ、最終的なプログラム¹⁷⁾を作成した。

「授業」の場合、対象全体を1つの集団としてみなすことが多い。しかしながら、このような教育を行う場合、喫煙行動の違いによって授業に対する「受けとめ」が異なることが考えられる。喫煙行動による「受けとめ」の違いを明らかにすることは、授業の改善の方向性を検討することのみならず、教育プログラムによる喫煙行動への効果を考察する上で役立つと考えられる。

そこで本論では、「喫煙に関する授業」の部分

1) 千葉大学教育学部 Chiba University

2) 岡山大学医学部 Okayama University

3) 国立公衆衛生院 保健統計人文学部 National Institute of Public Health

4) 大阪府立健康科学センター 健康生活推進部 Osaka Medical Center for Health Science and Promotion

受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめ

をとりあげ、一つには受講者の「受けとめ」ともいべき、授業に対して興味深かった部分と印象、及び受講後の喫煙に対する自己認識を喫煙行動別に明らかにすること、二つ目には、さらにそれを基に授業の改善の方向性を検討することを目的とした。

Ⅱ. 方 法

1. 対象及び時期

C県内3年制看護学校・看護短期大学6校及び進学課程1校、計7校に在籍する1～3年の看護学生女子813名中、調査及び授業を受けた674名

(20.6±1.7歳)を本研究の対象とした。時期は1994年4～6月であった。調査は、授業を受ける前2週間以内に「事前調査」を、授業直後に「直後調査」を行った。

2. 調査方法及び内容

調査内容は、「事前調査(資料1)」では喫煙行動等、「直後調査(資料2)」では「喫煙に関する授業」に対して興味深かった部分と印象(興味深さ、楽しさ、理解しやすさ、好感度等)、及び受講後の喫煙に対する自己認識(自己問題認識、喫煙に対する自己意思の明確化)であった。

資料1 事前調査票(表紙と、喫煙行動の部分のみ抜粋)

学校生活と喫煙に関する調査(前)

この調査は、学校生活と喫煙についてお聞きするもので、試験ではありません。
先生をはじめ、学校関係者等がこれを見ることはありません。あまり深く考えずに、
正直に思った通り書いて下さい。順番に答えて、とぼしたり、後戻りしたりしないで下さい。
まわりの人とは、相談しないで下さい。

看護学生の喫煙に関する研究班
○○大学 ○○○○

答はすべて、右の□の中に数字を書いて下さい。

ここにシールを
貼って下さい

【質問】 この1週間にタバコを吸いましたか。あてはまるものを一つだけ選んで、□に数字を入れて下さい。

1. 吸っていない
2. 1本吸った
3. 2～9本吸った
4. 10～19本吸った
5. 20～29本吸った
6. 30本以上吸った

資料2 直後調査票

I. 授業で、どの部分が興味深いところでしたか？あてはまる部分には、右の□に幾つでも○をつけてください。

1. 講義の部分

- 1) 若い女性の喫煙のプロセス
- 2) タバコと運動能力
- 3) タバコと頭の働き（赤青黄色など正しく言えるか）
- 4) 皮膚の老化
- 5) 他人への影響（血圧・脈拍）
- 6) タバコの中の有害成分・副流煙
- 7) 嫌煙権・分煙
- 8) 喫煙のルールづくり
- 9) タバコと胎児
- 10) タバコの広告
- 11) 若い女性の喫煙者率
- 12) 日本の喫煙防止対策
- 13) 医療従事者の喫煙

2. グループディスカッションの部分

具体的に書いて下さい。

3. 講義の部分

- 14) 喫煙を開始するきっかけ
- 15) 喫煙を開始するきっかけに対処する方法
- 16) 自分はどうしたら吸わない、吸い始めないことができるか
- 17) 友人が喫煙者である時の対応のしかた
- 18) タバコを吸っている人の気持ち
- 19) 医療従事者の役割

4. 禁煙用自主学習教材（禁煙セルフヘルプガイド等）の部分

番号が書いてあるシールを貼る

II. 次に印象を伺います。次のそれぞれについて、5つの選択肢の中からあてはまる番号を□の中に書いて下さい。

- 選択肢 ①大いにそうである
 ②ややそうである
 ③どちらともいえない
 ④ややそうでない
 ⑤全くそうでない

1. 講義の部分

- 1) 興味をもてた
- 2) おもしろかった
- 3) わかりやすかった
- 4) 講義に好感をもてた
- 5) 自分の問題として感じられた
- 6) 喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた

2. グループディスカッションの部分

- 1) 興味をもてた
- 2) おもしろかった
- 3) わかりやすかった
- 4) 話しをしやすい話題だった
- 5) 自分の問題として感じられた
- 6) 喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた
- 7) 同じグループの人と好感をもてた
- 8) 発言しやすかった

3. 禁煙用自主学習教材（禁煙セルフヘルプガイド等）

- 1) 興味をもてた
- 2) おもしろかった
- 3) わかりやすかった
- 4) 好感をもてた
- 5) 自分の問題として感じられた
- 6) 喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた

ありがとうございました。

また、すべての調査は調査票を用いた集合調査で、無記名式であった。調査票の回収は、何も書いていない大封筒に入れ、密封し行った。ただし、調査結果を個人ごとに対応させての分析を可能にするために同一の番号を複数枚打った番号シールをランダムに渡し、その番号の一枚を事前調査票にはり、残りの番号シールのみを自分の名前を書いた小封筒に入れ密封し、回収するといった方法をとった。直後調査の時には、番号シールのみの入った小封筒を本人に返し、番号シールを一枚同じように調査票にはってもらった。

また、調査者は原則として、訓練を受けた学校外都者4名のいずれかで、調査方法を明記した調査マニュアルに従い、実施した。調査に先立ち、調査者が対象者に対し、学校関係者には調査票及び個々の結果を絶対に示さないこと、成績とは全く関係のないこと、拒否する権利があること等を説明した。授業は、基本的には特別講義で組まれており、基本的には自由意志によるものとした。また、授業のグループディスカッションでは、自らの喫煙行動を明かさず、一般論として発言してもよい旨を事前に伝えた。

教育プログラム及び調査については、説明を行った後で承諾を得られた者に対し、実施した。

また、調査中は調査者及び対象者以外は調査室に入らず、調査者は机間巡視を禁止されていた。

3. データの分析方法

分析は、東京大学大型計算機センタープログラムパッケージSASおよびマイクロソフトウィンドーズ版SPSSを使用した。有意水準については、 $p < 0.05$ または $p < 0.01$ を採択した。

4. 喫煙者の定義

喫煙者の定義は過去の様々な定義を検討し、年齢を考慮して過去1週間の喫煙行動を採用した¹⁸⁻²⁵⁾。本数については予備分析の結果、看護学

生については、過去1週間に1本から29本を吸った者(以下、週(1~29本)喫煙者とする)と30本以上吸った者(以下、週(30本<)喫煙者とする)が最適な分類として選択された。

5. 教育プログラム

教育プログラムは、日本及び諸外国の喫煙防止及び禁煙教育教材自身とその効果を検討し²⁶⁻²⁸⁾、日本の看護学生の特性²⁹⁾を考慮して、開発を行った。そして、開発したプログラムの実施・評価・改訂を繰り返した後に最終プログラムを決定した¹⁷⁾。

教育プログラムは、本論の評価の対象である、1授業時間(80分)の「喫煙に関する授業」と、その後実施する「禁煙用自主学習教材を用いて周囲の喫煙者に禁煙の呼びかけを行う宿題」から成り立っていた。

教育プログラム全体では大きく2つの目的を設定した。一つ目は、看護学生自身に関する目的で、看護学生の喫煙者率が上昇しないもしくは低下することで、主に「授業」の目的と一致していた。二つ目は、看護学生が周囲の喫煙者に対して行う教育に関する目的で、基本的には、将来看護婦になった時に禁煙支援ができることをめざして、本教育プログラムでは、周囲の喫煙者に対して「禁煙の呼びかけ」をできることを目的とした。また、呼びかけを受けた喫煙者の禁煙関心度を高め、喫煙者率を下げること、さらに喫煙者率の高い看護学生が禁煙を呼びかけることにより、看護学生自らの喫煙行動にも影響を与えることも間接的な目的とした。

授業は80分で、①講義、②喫煙に関するグループディスカッション、③禁煙用自主学習教材の配布・説明の3つから成っていた。すべての授業は、授業実施者による差が生じないように同一の授業者が、授業者の活動のすべてが書かれている授業プログラムにそって実施した。

教育プログラムの中の授業に関する特徴の第1は、非喫煙者でも自分の問題としてできるだけ考えられるように、喫煙者になるまでの過程³⁰⁾という同年代の喫煙女性の出演しているビデオを作成し、授業の最初に取り入れたことである。

第2には、着者に身近な持久力などの短期的影響や血圧などの急性影響を強調した点と、女子学生にはより身近な問題であると考えられ、予備調査でも印象に残ったと答えた者が多かった³¹⁾「タバコと胎児」、「タバコと頭の働き」を取り入れた点である。

第3には、方法上の特徴で、1つめは予備調査で興味深いと答えたものが多かったビデオ教材(喫煙時の血管の様子、血圧の上昇、タバコと胎児、タバコと頭の働き等)を使用する部分を多くした点である。2つめは、グループディスカッションを入れた点である。これはひとつには、自分の喫煙行動やその可能性を客観的に振り返り、その促進要因とそれに対する行動を自分で発見、決定していくプロセスを本人が考えるだけでなく友人とのディスカッションの中から見出すことが目的である。さらに、非喫煙者にとっては考えにくい喫煙者になるまでの過程や喫煙者の心理を、一方、喫煙者には考えにくい非喫煙者の心理を相互に学ぶ機会を持つことも目的である。

また、本論では対象とはならなかったが、授業以外では禁煙用自主学习教材を使用して³²⁾の人に「禁煙の呼びかけ」を行うことも特徴の一つである。本教材は、禁煙関心度別に自己学習できる小冊子「禁煙セルフヘルプガイド³³⁾」と喫煙・禁煙行動観察誌、ニコチン依存度テストから成り立っていた。禁煙セルフヘルプガイドは、禁煙関心度別に内容が構成されており、喫煙者の禁煙関心度に応じて内容が選択できるようになっている。

禁煙の呼びかけは、喫煙者に対して禁煙用自主学习教材を使用してみたいかどうかを聞き、希望する人がいるまで何人でも捜すようにした。

III. 結 果

1. 授業の各項目に対し「興味深かった部分」

事前調査時の喫煙行動別、授業の各項目ごとに興味深かったと答えた者の割合を表1に示した。全体としてみると、「タバコと頭の働き」、「タバコと胎児」の部分は、事前調査時にどのような喫煙行動であっても、約半数がそれ以上の者が興味深いと回答していた。

また、事前調査時の喫煙行動別に見ると「医療従事者の喫煙」については、非喫煙者と週(1~29本)喫煙者の半数以上が興味深いと回答していた。一方、週(30本<)喫煙者は有意に少なかった。また、割合は低い「タバコの広告」も同様の傾向を示していた。

「他の人への影響」、「友人が喫煙者である時の対応のしかた」、「嫌煙権・分煙」の項目は、喫煙行動別に有意に差が見られ、非喫煙者が最も興味を持った者が多く、反対に週(30本<)喫煙者が最も少なかった。また、「喫煙を開始するきっかけ」は有意に3群に差がみられ、週(1~29本)喫煙者に興味深いと答えたものが多かった。

2. 授業に対する印象、及び受講後の喫煙に対する自己認識

また、授業に対する印象、及び受講後の喫煙に対する自己認識を質問し、各質問項目に対し「おおいにそうである」から「全くそうでない」までの5段階の選択肢から選んでもらった。その結果、「おおいにそうである」「ややそうである」の肯定的選択肢を選んだ者の事前調査時の喫煙行動別割合を表2に示した。

どの喫煙行動レベルの者も、講義に対して「わかりやすかった」と回答している者が約7割以上、「好感が持てた」と回答した者が半数以上と多かった。

事前調査時の非喫煙者では、「自分の問題として感じられた」と答えた者が、講義23.0%、グルー

受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめ

表1 項目別 興味深かったと答えた者の割合

質問項目				P
	N=562 非喫煙者	N=55 週(1~29本) 喫煙者	N=57 週(30本<) 喫煙者	
講義の部分				
△若い女性の喫煙者へのプロセス	29.72	20.00	21.05	0.142
△タバコと運動能力	23.67	23.64	21.05	0.906
△タバコと頭の働き	65.84	61.82	56.14	0.309
△皮膚の老化	37.01	52.73	38.60	0.073
△他の人への影響(血圧・脈拍)	63.17	47.27	33.33	0.001**
タバコの中の有害成分・副流煙	46.09	40.00	36.84	0.309
嫌煙権・分煙	21.35	10.91	5.26	0.004**
喫煙のルールづくり	11.74	10.91	1.75	0.069
△タバコと胎児	51.42	47.27	49.12	0.809
タバコの広告	40.75	38.18	17.54	0.003**
若い女性の喫煙者率	30.25	23.64	35.09	0.412
日本の喫煙防止対策	10.14	7.27	3.51	0.224
医療従事者の喫煙	53.74	56.36	36.09	0.022*
喫煙を開始するきっかけ	27.22	36.36	15.79	0.047*
喫煙を開始するきっかけに対処する方法	27.40	38.18	24.56	0.196
自分はどうしたら吸い始めない・吸わないことができるか	24.02	14.55	21.05	0.263
友人が喫煙者である時の対応のしかた	34.52	21.82	5.26	0.001**
タバコを吸っている人の気持ち	35.41	25.45	24.56	0.103
医療従事者の役割	27.58	34.55	22.81	0.373
グループディスカッションの部分	12.28	18.18	5.26	0.110
禁煙用自主学习教材の部分	34.52	38.18	31.58	0.762

χ²検定による。

P<0.01に**を、P<0.05に*を示した。

喫煙行動別に「興味深かった」と答えた者の割合を示した。

△方法にビデオを用いた部分

プディスカッション24.1%、禁煙用自主学习教材22.1%と、授業のどの部分でも他の喫煙行動レベルの者と比べて有意に少なかった。

一方、週(1~29本)喫煙者では「自分の問題として感じられた」と答えた者が週(30本<)喫煙者よりやや、非喫煙者よりはるかに、講義・グループディスカッション・禁煙用自主学习教材のどの部分でも最も多かった。

週(30本<)喫煙者で「興味もてた」「おもしろかった」と答えた者は、非喫煙者、週(1~29本)喫煙者に比べ、講義とグループディスカッションで有意に少なかった。ただし、禁煙用自主学习教材では有意差はなく、半数の者が興味を持ち、44.4%の者が「おもしろかった」と答えていた。しかし、禁煙用自主学习教材に対しては、「好感もてない」者が週(30本<)喫煙者で、

表2 「授業に対する印象」及び「喫煙に対する自己認識」(肯定的回答をした者の割合)

質 問 項 目	N=553			P
	非喫煙者	N=51 週(1~29本) 喫煙者	N=54 週(30本<) 喫煙者	
講義の部分				
興味をもてた	66.37	66.67	44.44	0.005**
おもしろかった	62.57	62.75	38.89	0.003**
わかりやすかった	80.65	78.43	68.52	0.107
講義に好感をもてた	68.84	66.67	53.70	0.076
自分の問題として感じられた	22.97	66.67	58.18	0.001**
喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた	55.09	43.14	25.93	0.001**
グループディスカッションの部分				
興味をもてた	47.38	49.02	24.07	0.004**
おもしろかった	48.46	52.94	27.78	0.010*
わかりやすかった	49.73	49.02	33.30	0.07
同じグループの人と好感をもてた	60.76	56.86	33.33	0.001**
発言しやすかった	57.69	52.94	38.89	0.027*
話しをしやすい話題だった	53.89	52.94	42.59	0.284
自分の問題として感じられた	24.05	60.78	44.44	0.001**
喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた	49.82	43.14	22.22	0.001**
禁煙用自主学习教材				
興味をもてた	56.04	52.94	50.00	0.654
おもしろかった	45.05	41.18	44.44	0.867
わかりやすかった	51.01	56.86	38.89	0.150
好感をもてた	47.71	45.10	27.78	0.020*
自分の問題として感じられた	22.12	54.90	45.45	0.001**
喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた	45.96	43.14	29.63	0.069

χ^2 検定による。P<0.01に**を、P<0.05に*を示した。

「おおいにそうである」から「全くそうでない」までの5段階の選択肢のうち、「おおいにそうである」「ややそうである」の肯定的選択肢を選んだ者(肯定的回答をした者)の喫煙行動別割合を示した。

他の行動レベルの者に比べ多かった。また、グループディスカッションでは「同じグループの人と好感をもてた」、「発言しやすかった」と回答した者も、週(30本<)喫煙者は有意に少なかった。また、講義・グループディスカッションでは有意に、禁煙用自主学习教材では有意ではなかったものの「喫煙に対する自分の意思がよりはっきりしてきた」と回答した者が著しく少なかった。

IV. 考 察

1. 授業の受けとめの全体的な傾向

講義に対しては、どの喫煙レベルの者も「わかりやすかった」と回答している者が多かったことより、本授業は理解を促す内容・方法であったと考えられる。

項目別では、すべての喫煙行動レベルの看護学生の約半数かそれ以上が興味深いと答えた項目が

2つあった。教育プログラムの特徴の第2で述べたが、内容をとりいれた意図どおりに「タバコと頭の働き」は学生ということで、「タバコと胎児」は女性ということで興味をもったと思われる。さらにこれらの部分では教育プログラムの特徴の第3で述べたように、ビデオ教材を用いたことが効果を高めたとはいえよう。より身近の問題への興味が強く、これらの内容を看護学生の喫煙に関する教育内容に含むことが重要であると考えられる。

従来、青少年に関しては「社会影響に対処する方法」を教育にとりいれると喫煙行動開始防止に効果的であると言われていた³²⁾が、今回は「喫煙を開始するきっかけに対処する方法」に興味を持った者が非喫煙者で27.4%、週（1～29本）喫煙者で38.2%にすぎなかったため、さらに強調することが大切であろう。

2. 喫煙行動別授業への受けとめと授業の改善の方向性

1) 非喫煙者

事前調査時の非喫煙者は、他の喫煙行動レベルの者に比べ有意に、「他の人への影響」、「友人が喫煙者である時の対応のしかた」、また、割合は多くはないが「嫌煙権・分煙」の本授業項目に興味を示した。これは、非喫煙者は自分自身が受動喫煙の被害者になる可能性が高く、受動喫煙による苦痛意識が高い³³⁾ことが影響していると考えられる。しかしながら、「自分の問題として感じられた」という回答が、授業、グループディスカッション、禁煙用自主学習教材のどの部分でも、他の喫煙行動レベルの者に比べて有意に少なかった。日本の女性のこの年代の喫煙者率の上昇を考えると³³⁻³⁶⁾、非喫煙者が自分の問題として受けとめ、喫煙を開始しないための喫煙防止教育が大切である。本授業では、教育プログラムの特徴の第1で述べたように、急速に常習喫煙者になった同年代の女性が出演している「喫煙者になるまで」とい

うビデオを作成し取り入れた。しかしながら、自分の問題として感じられなかった者が多かった結果から、プログラム改善の方向性が示されたといえよう。

2) 週（1～29本）喫煙者

週（1～29本）喫煙者が「喫煙を開始するきっかけ」に興味をもった者が多かったことは、喫煙を開始してまもないことが理由の一つとして考えられ、身近な問題であることが推察できる。また週（1～29本）喫煙者は、週（30本<）喫煙者よりもやや、また、非喫煙者よりもはるかに「自分の問題として感じられた」と答えた者が多かったことは、この教育プログラムが週（1～29本）喫煙者の者に最も適していることを示していると考えられる。しかし、自分の問題として感じられた者も54.9～66.7%にとどまったため、さらに、喫煙常習者になるハイリスクグループであるという自覚を促す、この喫煙行動レベルの者に身近な内容を盛り込むことが大切であると考えられた。

3) 週（30本<）喫煙者

週（30本<）喫煙者では、講義及びグループディスカッションに「興味もてた」、「おもしろかった」との回答が有意に少なく、講義中の「医療従事者の喫煙」に興味を示した者も有意に少なかった。これはいわゆる認知的不協和の機序³⁷⁾により、自己の喫煙行動と共存しえない教育内容が心理的に拒絶されたことが考えられる。その結果、講義、グループディスカッションでは有意に、禁煙用自主学習教材では有意ではなかったものの、「喫煙に対する自分の意思がはっきりしてきた」と答えた者が他の行動レベルの者より少なかったという結果になったと思われる。

自己の行動に密接に関係する禁煙用自主学習教材に対しては、他の喫煙行動レベルの者とほぼ同程度の割合の者が「興味もてた」、「おもしろかった」と回答しており、この部分さらに深めることにより、他人に対する禁煙の呼びかけや支援のみ

ならず、自己の禁煙行動にも影響を与える可能性があると考えられる。

しかし、講義に対しては半数以上の者が好感をもっているのに対し、禁煙用自主学习教材には27.8%であったという問題点も残った。つまり、禁煙用自主学习教材に対し、「興味はあるが好感はもてなかった」ということであり、教材の内容等に検討の余地が残されたと考えられる。

グループディスカッションに対しては、「同じグループの人と好感がもてた」、「発言がしやすかった」と答えた者が、他の行動レベルに比べ有意に少なかった。これは、看護学生の多くの者が非喫煙者であるという中で、週（30本<）喫煙者は「好感が持てず、発言し難かった者」が多かった状況が伺われる。

V. 結 論

1. 講義は、どの喫煙レベルの者に対してもわかりやすく、理解を促す内容・方法であったと考えられた。
2. 非喫煙者は、自分自身が受動喫煙の被害者になる可能性が高く、受動喫煙による苦痛意識が高かった。しかしながら、「自分の問題として感じられた」という回答は少なく、プログラム改善の方向性が明らかになった。
3. 週（1～29本）喫煙者は、週（30本<）喫煙者よりもやや、また、非喫煙者よりもはるかに「自分の問題として感じられた」と答えた者が多かった。この教育プログラムが週（1～29本）喫煙者の者に最も適していると考えられた。
4. 週（30本<）喫煙者では、講義及びグループディスカッションに「興味もてた」、「おもしろかった」との回答が有意に少なく、いわゆる認知的不協和の機序により、自己の喫煙行動と共存しえない教育内容が心理的に拒絶されたことが考えられた。
自己の行動に密接に関係する禁煙用自主学习教材に対しては、「興味はあり、おもしろかったが、好感はもてなかった」という結果で、教材の内容等に検討の余地が残されたと考えられた。
5. つまりまとめると、講義はどの喫煙レベルの者に対してもわかりやすく、理解を促す内容・方法ではあった。しかし喫煙行動別では、非喫煙者にとっては、自分の問題としては感じられない、週（30本<）喫煙者にとっては、心理的に拒絶されたり、好感が持たれなかったりする部分がみられ、授業の改善の方向性が示された。一方、週（1～29本）喫煙者にとっては、自分の問題として感じられた者が多く、本授業の対象としては最適と考えられた。

謝 辞

大阪府成人病センターの大島明先生、中川雅史先生に本研究にご助言を頂きましたことを感謝いたします。また、教育プログラム開発・改訂過程で看護研究学会奨学会より奨学金を、本研究に対して厚生省「喫煙関連がんの一次予防のための喫煙習慣への介入に関する研究」班より研究助成を頂きましたことをお礼申し上げます。

要 旨

目的：本研究の目的は、受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめともいうべき、授業に対して興味深かった部分と印象、及び受講後の喫煙に対する自己認識を喫煙行動別に明らかにすること、さらにそれを基に授業の改善の方向性を検討することである。方法：看護学生女子674名を対象に、1994年4～6月に、調査票を用いた集団調査を実施した。内容は、

事前調査（授業前2週間以内）では喫煙行動等、直後調査（授業直後）では、授業に対して興味深かった部分と印象等であった。結果及び考察：非喫煙者は受動喫煙による苦痛意識が高いが、喫煙を自分の問題としては考えられない者が多かった。週（1～29本）喫煙者は、自分の問題として考えられた者が多く、本授業が最も適している対象であることが考えられた。週（30本<）喫煙者は、興味をもてず、おもしろくなかった者が多く、いわゆる認知的不協和の機序により、自己の喫煙行動と共存しえない教育内容が心理的に拒絶されたことが考えられ、授業の改善の方向性が明らかになった。

Abstract

<Purpose> The purpose of this study was to show the response of smoking related lesson by those student nurses who participated in it. <Methods> This study was conducted in 1994. The sample size was 674 female students from nursing colleges. Self-administered multiple choice questionnaires were used for the pre-test (1-2 weeks before the lesson) and the immediate-after test (just after the lesson). <Results and Discussion> Many of the non-smokers (no cigarettes per week) stated that they were annoyed by passive smoking, but they also stated "Smoking is not my concern" in the immediate-after test. Many of the occasional smokers (1-29 cigarettes per week) stated "Smoking is my concern" in the immediate-after test, so it appears that this lesson is suitable for the occasional smokers. Many of the habitual smokers (30 or more cigarettes per week) were not interested in this lesson. They psychologically rejected the lesson's content as it went against their smoking behavior.

引用文献

- 1) Adriaanse, H. Reek, J. V., et al. : Nurses' smoking worldwide. A review of 73 surveys on nurses' tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988, International Journal of Nursing Studies, 28(4), 361-375, 1991
- 2) 森 亨 : 医療従事者の喫煙, 日本公衆衛生雑誌, 40(2), 71-73, 1993
- 3) 大井田隆, 尾崎米厚, 他 : 看護婦の喫煙行動に関する調査研究, 日本公衆衛生雑誌, 44(9), 694-701, 1997
- 4) 小林友美子 : 看護婦の喫煙問題, 日本医師会雑誌, 110(9), 1171-1174, 1993
- 5) 厚生省編 : 喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する報告書, 健康・体力づくり事業財団, 5-13, 保健同人社, 東京, 1993
- 6) 小川 浩, 宮里勝政 : たばこ依存症の臨床, からだの科学, 183, 73-76, 1995
- 7) 宮里勝政 : ニコチン依存の治療, 臨床精神医学, 24(9), 1153-1157, 1995
- 8) O'connell, K. A. : Smoking Cessation, Bulechek, G. M. & McCloskey, J. C. : Nursing Interventions, 472-481, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1993
- 9) Rienzo, P. G. : Nursing care of the person who smokes, 141-148, Springer Publishing Company, New York, 1993
- 10) Dalton, J. A. & Swenson, I. : Nurses and Smoking : Role Modeling and Counseling Behaviors, Oncology Nursing Forum, 13(2), 45-48, 1986

- 11) 岡田加奈子：喫煙に関する看護婦の役割と看護学生に対する教育，千葉大学教育学部 紀要，43(Ⅲ)，75-81，1995
- 12) Royce, J. M., Gorin, S. S., et al. : Student nurses and smoking cessation, *Advances in Cancer Control, Screening and Prevention Research*, 49-71, 1990
- 13) Rowe, K. : A programme designed to help nurses to give up smoking, *International Nursing*, 158-159, 1995
- 14) 寺山和幸, 吉田京子, 他 : ヘルス・アクティブな看護婦(士) 育成のための看護学生のライフスタイル研究 (2), -喫煙防止教育プログラムの実施とその後の喫煙状況-, 地域と住民, 15, 41-48, 1997
- 15) 岡田加奈子 : 看護学生を対象とした「喫煙に関する教育プログラム」, *看護教育*, 38(6), 414-421, 1997
- 16) 岡田加奈子 : 看護基礎教育における「健康教育」授業の一試案-健康教育受講経験 と計画立案をとりいれた学習-, *保健の科学*, 35(1), 68-74, 1993
- 17) 岡田加奈子, 川田智恵子 : 看護学生に対する喫煙に関する教育プログラムの検討, *日本看護研究学会雑誌*, 17, 64-65, 1994
- 18) Laoyae, J. A., Creswell, W. H., et al. : A cohort study of 1205 secondary school smokers, *Journal of School Health*, 42, 47-52, 1972
- 19) International Union Against Cancer : Standardization of Measurement of Smoking Rates, *Preventive Medicine*, 7, 260-268, 1978
- 20) Gillies, P. : Accuracy in the measurement of the prevalence of smoking in young people, *Health Education Journal*, 44(1), 36-38, 1985
- 21) Report of WHO meeting held in Helsinki, Finland. 29 November - 4 December 1982. : Guidelines for the conduct of tobacco smoking surveys of the general population, 1983
- 22) 野津有司 : 青少年の喫煙行動に関する調査研究第1報-高校生の喫煙率及び喫煙状況について-, *学校保健研究* 26(12), 571-579, 1984
- 23) Hill, D. J., White, V. M., et al. : Tobacco and alcohol use among Australian secondary school children in 1987, *The Medical Journal of Australia*, 152, 124-128, 1990
- 24) 川畑徹朗, 皆川興栄, 他 : 青少年の喫煙行動測定 of 標準化-喫煙者の概念規定-, *学校保健研究* 31(8), 377-383, 1989
- 25) 川畑徹朗, 皆川興栄, 他 : 青少年の喫煙行動の定義の標準化-日本青少年喫煙調査 (JASS) の結果より-, *日本公衆衛生雑誌*, 38(11), 859-867, 1991
- 26) 野津有司, 角田文男 : 喫煙防止教育プログラム開発に関する研究の動向, *日本公衆衛生雑誌*, 39(6), 307-318, 1992
- 27) 小川 浩 : 行動保健医療の実際(2)-禁煙教育指導プログラムを中心に-, 長谷川浩, 宗像恒次 : 人間と医療を考える, 第3巻, 行動科学と医療, 216-242, 弘文堂, 東京, 1991
- 28) 小川 浩, 田島和雄, 他 : 医療現場における禁煙指導の実践と効果, *癌の臨床*, 39(4), 435-441, 1993
- 29) 岡田加奈子 : 女子短期大学生の喫煙行動の実態及び関連要因の検討, *帝京平成短期大学紀要*, 2, 37-44, 1992
- 30) Leventhal, H. & Cleary, P. D: The Smoking Problem. A Review of the Research and Theory in Behavioral Risk Modification, *Psychological Bulletin*, 88(2), 370-405, 1980
- 31) 中村正和, 大島 明 : 禁煙セルフヘルプガイド, 法研, 東京, 1992

受講した看護学生の「喫煙に関する授業」への受けとめ

- 32) Orlandi, M. A., Liberman. L. R., 他：日本における喫煙防止活動の方向性－KYB教育プログラムの日本への適用, 学校保健研究, 31(8), 368－376, 1989
- 33) 柳生善彦, 山本公弘：学生における受動喫煙に対する苦痛意識と父母の喫煙状況, 学校保健研究, 37, 479－483, 1996
- 34) 岡田加奈子：一般学生と看護学生の喫煙行動と禁煙教育, 帝京平成短期大学紀要, 3, 55－62, 1993
- 35) 大井田隆, 尾崎米厚, 他：看護専門学校と看護大学の学生における喫煙行動の比較, 日本衛生学雑誌, 54, 539－543, 1999
- 36) 尾崎米厚, 木村博和, 他：わが国の中・高校生の喫煙実態に関する全国調査（第2報）生徒の喫煙に関連する要因, 日本公衆衛生雑誌, 40, 959－968, 1993
- 37) Festinger, L. : A theory of cognitive dissonance, Stanford University Press, California, 1957, 末永俊郎監訳, 認知的不協和の理論, 誠信書房, 東京, 1965

〔平成13年8月21日受付〕
〔平成13年11月18日採用決定〕

臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響について (I)

— 自己能力評価から —

The influence of clinical experience and age on nurse self-evaluation,
in the context of self-competence (Part I)

木村 雷美子¹⁾ 南家 貴美子²⁾ 河田 史宝²⁾

Rumiko Kimura Kimiyo Nanke Hitomi Kawata

キーワード：看護婦，臨床経験，自己評価，自己能力
nurses, clinical experience, self-evaluation, self-competence

I. はじめに

近年、仕事に生き甲斐や自己実現を求める女性が増加し、仕事に対する女性の意識や価値観に変化が生じてきている^{1, 2)}。看護の領域では、1948年に制定された保健婦助産婦看護婦法により、看護業務を“療養上の世話”と“診療の補助”に大別し、教育においては、看護学を医学の大系の中に従属して位置付けた。このことにより看護婦の業務は“診療の補助”に重点が置かれその後の看護学の発展を遅らせてしまった。しかし、近年の医療の高度化や慢性疾患および在宅患者の増加は、看護の領域にも変革を迫り、高度な専門的技術に裏付けられた自主的で主体的な判断と適切な看護実践という、看護の専門性・自律性が問われるようになってきた³⁾。このような社会的要請やそれに伴う職業意識の変化を背景に、看護の現場で働く人々の学習意欲は高まり、専門職としての勉強会や看護研究のための学習会に参加し、専門職業人としてのキャリアの発達^{4, 5)}に積極的に取り組む看護婦が増加してきた。キャリアの発達

は職業人としての自己認識や成熟度、達成感などの変更を促し、調整されながら進んでいく自己概念の変化をともなう一連の移行過程である^{6~10)}。

そこで、本研究は、このような職業人としてのキャリアの発達に看護婦の体験や経験がどのように影響しているのか、自己概念の一つである自己能力評価について、年齢と臨床経験年数との関係から調査した。

II. 調査方法

1. 調査時期と対象

2000年7月と11月に看護研究の学習会に参加した北陸地区と関東地区の看護婦550名のうち、研究への協力が得られた者を対象に調査を行った。有効回答数は、478名(89.6%)であった。

2. 調査方法

調査は自記式質問紙調査法にて行った。質問項目は、表1に示す、若林ら¹¹⁾が作成した職業生活上必要とされる諸能力から構成された自己能力評価尺度22項目を用いた。それぞれの調査項目は

1) 金沢大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

2) 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学領域 Division of Health Sciences Nursing, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

表1 自己能力評価尺度

1. 与えられた仕事の内容を十分に理解し、責任を持ってやり遂げる能力
2. 相手の気持ちを察し、その人の気持ちになり振舞うことができる能力
3. ある企画を思いつき、その達成のためにいろいろな情報を集めたり、計画を立案する能力
4. 人々の心を動かし、一定の目標に向けて皆の力を結集させる能力
5. 独特な発想に基づき、皆と違った考え方や方法、独自のアイデアを生み出す能力
6. 手早く物事をやり遂げ、限られた時間で最大の効果を発揮できる能力
7. 皆が気づかない問題点を指摘し、物事の成り行きを正しく評価する能力
8. 自分とは違った意見や方法でも拒否せず、それらを十分に検討し良いところは取り入れる
9. 社会人としての決まりや常識を良くわきまえ、状況に応じて柔軟に対応できる能力
10. エネルギーのいる仕事、忙しい仕事に耐えられる体力・気力
11. いろいろな意見や情報を統合し、何が問題かこれからどうすべきかを的確に判断する能力
12. 自ら進んで自分を試す機会を求めたり、与えられた機会には積極的に挑戦する態度
13. 細かい仕事や反復作業を長時間コツコツと行う能力
14. いろいろな人と接することを心がけ、広い人間性を維持していく能力
15. 細かいところまで神経が行き届き、物事に注意深く対処する能力
16. 嫌なことがあっても落ち込んだり、感情的になったりせずに平常心を保って対応できる能力
17. 込み入った仕事をきちんと仕上げたり、言われたことは期日までに確実にやり遂げる能力
18. 他の人と協調し、お互いに助け合って仕事をやっていく能力
19. 人前で物事を要領よく、筋道を立てて話す能力
20. 問題が生じた時、他の人と折衝したり話し合ったり、また必要な時には説得したりして問題の解決を促進する能力
21. タイプの違ういろいろな仕事をてきぱきと処理し、仕事のやり遅れややりっ放しをしないこと
22. 自分の感情を押さえ、相手の気持ちになって考え、その人の欲しているところを理解する能力

「非常によく当てはまる」3点、「当てはまる」2点、「やや当てはまる」1点、「どちらともいえない」0点、「あまり当てはまらない」-1点、「当てはまらない」-2点、「全く当てはまらない」-3点の7段階の評定尺度を設け、得点化できるようにした。得点が高いほどその項目の能力が高いと自己評価していることを示している。

3. 分析方法

統計解析プログラムパッケージ「SPSS for Windows 10.0J」を使用し分析を行った。自己能力評価尺度22項目で因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行い、因子の抽出をおこなった。年代を20歳代、30歳代、40歳代以上の3群に、経験年数を5年未満、5年以上15年未満、15年以上の3群に分類し、抽出されたそれぞれの因子について因子得点を算出し、一元配置分散分析にて群内の因子得点の比較を行った。下位検定はt検定によりおこなった。

■. 結 果

1. 対象者の背景

男性の参加者は478名中10名(2.1%)と少数であったため、男女を分けずに分析を行った。また、有効回答数478名の中で、学校卒業後直ちに就職し、そのまま継続して職歴を重ねてきたとは考えられない、年齢に対して極端に臨床経験年数の短い12名は分析の対象から除外し466名を分析の対象とした。

表2に対象者の年代と経験年数を示した。学会への参加者は、20歳代が最も多く262名(56.2%)、30歳代が104名(22.3%)、40歳代が86名(18.5%)、50歳代が14名(3.0%)と年代が高くなるにつれて減少していた。臨床経験年数別では、経験年数3年未満が103名(22.1%)、3年以上から5年未満が98名(21.0%)、5年以上10年未満が92名(19.7%)、10年以上15年未満が51名(10.9%)、15年以上が122名(26.2%)であり、

臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響について(Ⅰ)

表2 対象者の年代別・経験年数別背景

	年 代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	合 計
臨 床 経 験 年 数	3年未満	103(21.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	103(22.1)
	3年以上5年未満	98(21.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	98(21.0)
	5年以上10年未満	61(13.1)	31(6.7)	0(0.0)	0(0.0)	92(19.7)
	10年以上15年未満	0(0.0)	47(10.1)	3(0.6)	1(0.2)	51(10.9)
	15年以上	0(0.0)	26(5.6)	83(17.8)	13(2.8)	122(26.2)
	合 計	262(56.2)	104(22.3)	86(18.5)	14(3.0)	466(100.0)

人数(%)

表3 自己能力評価の因子分析(N=466)

	因子負荷量	寄与率(%)
<第1因子：協調性>		15.31
相手の気持ちを察し、その人の気持ちになり振舞うことが出来る能力	0.72	
自分の感情を押さえ、相手の気持ちになって考え、その人の欲しているところを理解する能力	0.70	
他の人と協調し、お互いに助け合って仕事をやっていく能力	0.70	
社会人としての決まりや常識を良くわきまえ、状況に応じて柔軟に対応できる能力	0.62	
自分とは違った意見や方法でも拒否せず、それらを十分に検討し良いところは取り入れる	0.56	
細かいところまで神経が行き届き、物事に注意深く対処する能力	0.53	
いろいろな人と接することを心がけ、広い人間性を維持していく能力	0.49	
細かい仕事や反復作業を長時間コツコツと行う能力	0.49	
<第2因子：確実性>		13.85
手早く物事をやり遂げ、限られた時間で最大の効果を発揮できる能力	-0.73	
タイプの違ういろいろな仕事をきばきと処理し、仕事の遅れややりっ放しをしないこと	-0.68	
込み入った仕事をきちんと仕上げたり、言われたことは期日までに確実にやり遂げる能力	-0.64	
与えられた仕事の内容を十分に理解し、責任を持ってやり遂げる能力	-0.59	
皆が気づかない問題点を指摘し、物事の成り行きを正しく評価する能力	-0.53	
いろいろな意見や情報を統合し、何が問題かこれからどうすべきかを的確に判断する能力	-0.51	
<第3因子：企画力>		13.14
ある企画を思いつき、その達成のためにいろいろな情報を集めたり、計画を立案する能力	0.78	
独特な発想に基づき、皆と違った考え方や方法、独自のアイデアを生み出す能力	0.75	
人々の心を動かし、一定の目標に向けて皆の力を結集させる能力	0.67	
<第4因子：論理性>		7.79
人前で物事を要領よく、筋道を立てて話す能力	-0.65	
問題が生じた時、他の人と折衝したり話し合ったり、また必要な時には説得したりして問題の解決を促進する能力	-0.63	
<第5因子：物事に挑戦する能力>		6.62
エネルギーのいる仕事、忙しい仕事に耐えられる体力・気力	-0.75	
自ら進んで自分を試す機会を求めたり、与えられた機会には積極的に挑戦する態度	-0.57	
	累積寄与率(%)	56.71

経験年数15年以上の参加者が最も多かった。年代と経験年数との関係では、20歳代の全員が経験年数10年未満であり、30歳代は5年以上から15年以上と幅広く、40歳代と50歳代ではほとんどが15年以上であった。

2. 自己能力評価の因子構造

自己能力評価尺度22項目を用いて因子分析を行い(主因子法、バリマックス■転)、看護婦の自己能力評価因子の検討を行った。0.5以上の因子負荷量を持つものを採用し表3に示した。5因子

が抽出され、第1因子は相手の気持ちを察し、相手の気持ちになって考え、助け合いながら仕事をおこなっていく項目から「協調性」、第2因子は責任を持って仕事を確実にやり遂げる項目から「確実性」、第3因子は物事を企画し目標に向けて努力する項目から「企画力」、第4因子は物事を要領良く筋道を立てて話したり問題解決を促進する項目から「論理性」、第5因子は与えられた機会に積極的に挑戦する項目から「物事に挑戦する能力」と命名した。5因子の累積寄与率は56.71%であった。

3. 年代と自己能力評価について

人数の割合を考慮し、年代を20歳代(56.2%)、30歳代(22.3%)、40歳代以上(21.5%)の3群に分類し、看護婦の自己能力評価因子についてそれぞれの因子得点の比較を行った。「確実性」($F(2,463)=11.35, p<0.001$)、「企画力」($F(2,463)=6.00, p<0.05$)、「論理性」($F(2,463)=3.89, p<0.05$)の3因子で有意差を認め、有意差を認めた3因子について下位検定を行ったところ、図1に示すように「確実性」は20歳代と30歳代($t=2.84, p<0.01$)、および20歳代と40歳代以上($t=$

4.46, $p<0.001$)の間に有意差を認め、年代が高くなるほど因子得点も高くなっていった。「企画力」は20歳代と40歳代以上($t=3.47, p<0.01$)、および30歳代と40歳代以上($t=2.44, p<0.05$)の間に有意差を認め、年代が高くなるほど因子得点も高くなっていった。「企画力」は20歳代と30歳代では負の因子得点であった。「論理性」は20歳代と40歳代以上($t=2.75, p<0.05$)で有意差を認め、40歳代以上の因子得点が最も高かった。「論理性」は20歳代と30歳代では負の因子得点であった。

4. 経験年数と自己能力評価について

人数の割合や年代との重なりを考慮し、経験年数を5年未満(43.1%)、5年以上15年未満(30.7%)、15年以上(26.2%)の3群に分類し、経験年数間で自己能力評価因子の因子得点の比較を行った。「確実性」($F(2,463)=11.22, p<0.001$)、「企画力」($F(2,463)=13.98, p<0.001$)、「論理性」($F(2,463)=4.08, p<0.05$)、「物事に挑戦する能力」($F(2,463)=3.77, p<0.05$)の4因子で有意差を認めた。下位検定の結果、図2に示すように「確実性」は経験年数5年未満の者と15年以

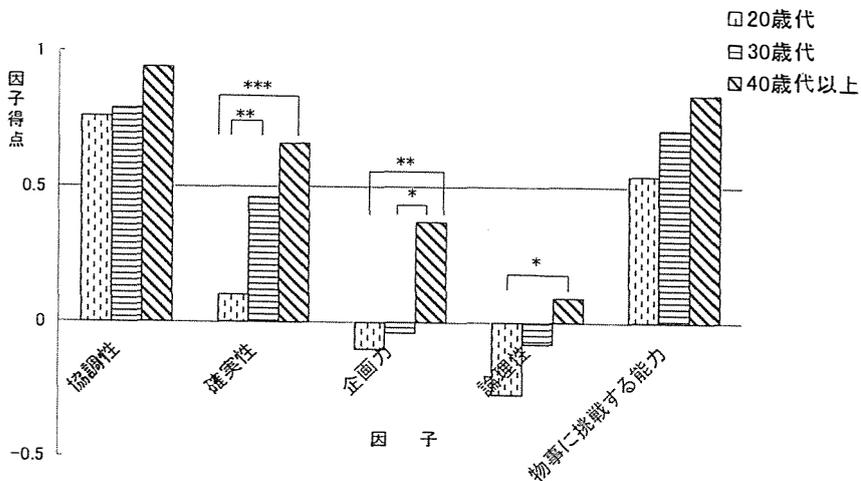
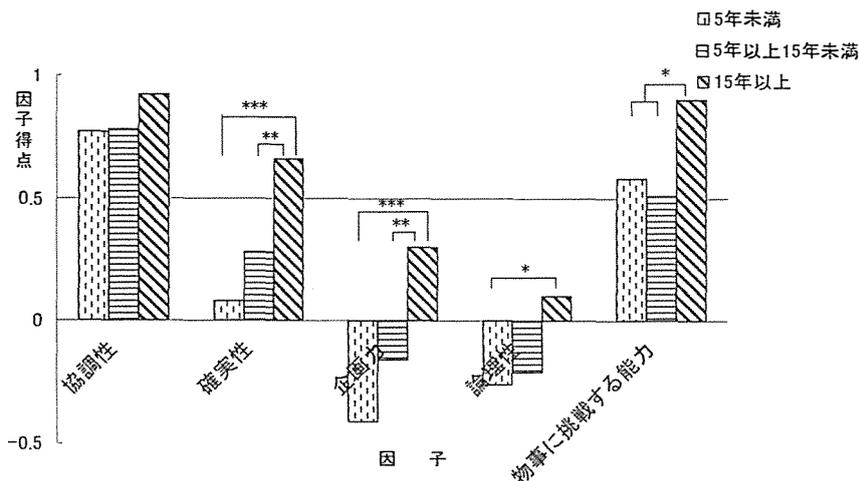


図1 自己能力評価因子の年代別比較

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$



■ 2 自己能力評価因子の経験年数別比較
*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

上の者 ($t = 4.83$, $p < 0.001$), および経験年数 5 年以上15年未満の者と15年以上の者 ($t = 2.92$, $p < 0.01$) の間に有意差がみられ, 経験年数15年以上の者の得点が高かった。「企画力」は, 経験年数5年未満の者と15年以上の者 ($t = 5.38$, $p < 0.001$), および経験年数5年以上15年未満の者と15年以上の者 ($t = 3.1$, $p < 0.01$) の間に有意差がみられ, 経験年数15年以上の者の得点が高かった。「企画力」は経験年数5年未満の者と5年以上15年未満の者では負の因子得点であった。「論理性」は経験年数5年未満の者と15年以上の者 ($t = 2.76$, $p < 0.05$) の間に有意差がみられ, 経験年数15年以上の者の得点が最も高かった。「論理性」は経験年数5年未満の者と5年以上15年未満の者では負の因子得点であった。「物事に挑戦する能力」は経験年数5年未満の者と15年以上の者 ($t = 2.42$, $p < 0.05$), および経験年数5年以上15年未満の者と15年以上の者 ($t = 2.68$, $p < 0.05$) の間に有意差がみられ, 経験年数15年以上の者の得点が高かった。

IV. 考 察

学習会への参加者は, 年代では20歳代が最も多く, 経験年数は15年以上, 次いで3年未満が多かった(表2)。このように, 20歳代の看護婦が最も研修会への参加が多い理由は, 就職後の早い時期から看護研究に取り組む機会を設けている施設の増加や, 社会の要請により看護の質の充実や業務改善を目的とした看護研究に取り組む施設が多くなったこと¹²⁻¹⁵⁾が考えられる。また, 看護の専門職に就く学生は教育機関に入学した時から職業レディネスが高いことが報告されており¹¹⁾, 職業教育によりこの傾向は一層高められ, 高レディネス者の中には職務挑戦の志向性も強い者が多いことや一年目の看護婦の自己教育力の高さややる気はこれまでも報告されているところである^{16, 17)}。経験年数では15年以上の経験を持つ者の割合が高くなっていった。彼らは婦長や主任あるいは中堅としての教育・指導的立場に立たされている場合が多く, このような職務上の要求や必要に迫られて学習会へ出席していることが考えられる。

看護婦の自己能力評価因子としては「協調性」「確実性」「企画力」「論理性」「物事に挑戦する能

力」の5因子が抽出された(表3)。看護婦は性、年齢に関係なく、さまざまな人格を持つ人やその家族と対峙し、患者の状況も刻々と変化する中で業務を遂行する。また医療スタッフとも協調しながら、責任を持って確実に仕事を行うことが求められている。そして、より良い看護を提供するために患者教育や指導、看護計画に患者を参画させることが出来るよう、取り組みの内容を論理的に説明する能力も必要とされる。そのために、常に新しい知識や技術を習得しそれを臨床の場で活かしながら問題を解決する方法を企画する能力も要求される。このような看護婦の業務の特殊性を考えたとき、本結果で得られた5因子は看護婦の職業能力として重要な要因であると考えられる。

このような看護婦の職業能力を示す5因子を年代と臨床経験年数からそれぞれに比較すると、「確実性」因子は年代が高くなるにつれて高得点を示し、経験年数別では経験年数が長くなるにつれて高得点を示していた。つまり、年齢の高い者ほど多くの経験に直面し、これらの体験の積み重ねによって職務を確実に遂行する力も養われ、それがこの自己評価を高くしたのと考えられる。「企画力」因子は40歳代以上の者の得点が高く、経験年数別では経験年数15年以上の者の得点が高かった。このように、ここでも物事を企画しそれを成功へ導くような力は経験を積み重ねていくことにより獲得される¹⁹⁾といった結果が本研究からも明らかとなった。また「企画力」は柔軟な思考との関連も深いと考えるが、20歳代および30歳代では負の得点を示したことを考えると、思考の柔軟性には年代の若さよりも、多くの体験を持つことによってその時々状況に適した問題解決の方法論を多く持っている者に高いことが示唆されたのと考えられる。「論理性」因子は40歳代以上が20歳代より高得点で、経験年数別では経験年数15年以上が経験年数5年未満より高得点を示していた。つまり、物事を論理的に説明する力は経験だけで

は獲得されにくく、臨床経験4年～15年の看護婦でも知識を論理的に展開することは難しいとされているが^{18, 19)}、本調査においても同様の結果が得られた。特に年代が若く経験も浅い看護婦は論理性よりも現場の状況に慣れること、患者を理解することなどに力を注ぎ、自らの看護行為を論理的に説明するようになるまでには多くの時間が必要であると考えられる。「物事に挑戦する能力」因子は年代による相違は認められなかったが、経験年数による相違を認め、経験年数15年以上の者の自己評価が高かった。このような、物事に挑戦する能力は、個人の仕事に対する興味や関心の強さによるところが大きいと考えられるが、これらは年齢を重ねることで生じるものではなく、臨床の場での体験がその人の仕事への意欲を高め、物事に挑戦する意欲をさらに高めているものと考えられる。こういった自己教育力を高めるきっかけとなるものは、役職に就くこと²⁰⁾などもそのひとつと考えられ、これらのことが経験年数15年以上の者の得点を高くしたのと考えられる。

このように年代や経験年数によって自己能力評価因子の得点には相違が見られ、年代や経験年数が高くなるにつれて自己能力評価が高くなっていった。特に経験年数から自己能力評価因子を比較すると「確実性」「企画力」「論理性」「物事に挑戦する能力」の4因子に相違を認め、その中でも経験年数15年未満と15年以上の相違は明らかであった。キャリアの発達は経験10年²¹⁾から促進される¹⁹⁾、との報告もあるが、多くの体験や経験を積み重ねる中で身についた問題解決の能力によって裏付けられた自信は自己評価を高め、自己概念の変更をきたし、またこれらが相互に影響し合う中でさらに職業上の発展を促す。そしてそれがさらに個人の適応を推し進めながらキャリアの発達を一層促進しているものと考えられる。

V. ま と め

看護職は他職種に比べて早期に職業レディネスが形成されると言われているが、職業人となった後も年齢や経験を重ねることで、職業上必要とされる能力はさらに高まり、職業人としての自信が形成され、この自信が職業活動を推し進め、看護婦としてのキャリアの発達に影響していることが示唆された。近年ますます女性の職業に対する意識は高まり、キャリアの発達を目指す看護婦は増

加することが予想される。しかし、その一方で熱心なあまりバーンアウトする看護婦も少なくはない。そこで、職業人として必要なキャリアの発達を促進できるような職場の環境作りも望まれる。

今回の調査では、学習会に参加した看護婦を対象としたため、もともと自己教育力が高い集■であった可能性も否めない。そのため今後、対象を広げて検討していくことも必要であると考えられる。

要 約

看護婦の体験や経験が看護婦としてのキャリアの発達にどのように影響しているのか、年齢と経験年数から自己能力評価について調査を行った。

1. 看護研究の学習会の参加者は年代では20歳代(56.2%)、経験年数では15年以上(26.2%)の者が最も多かった。
2. 看護婦の自己能力評価の因子構造として、「協調性」「確実性」「企画力」「論理性」「物事に挑戦する能力」の5因子が抽出された。
3. 自己能力評価因子の年代別比較では「確実性」「企画力」「論理性」の3因子に有意差を認め、いずれも年代が高いほど因子の得点が高く、自己の能力を高く評価していた。
4. 自己能力評価因子の経験年数別比較では「確実性」「企画力」「論理性」「物事に挑戦する能力」の4因子に有意差を認め、いずれも経験年数が長いほど因子の得点が高く、経験を重ねることによって自己の能力を高く評価していた。

Abstract

This study was performed in order to determine the influence of clinical experience and age on nurse career development, as viewed from the self-evaluation of "ability".

1. Subjects who participated in this study ranged in age from their 20's (56.2%) to their 50's, most of them having experience of more than 15 years.
2. Factor analytic studies of self-evaluation of ability extracted five factors.
The factors were: cooperation, reliability, planning, logic, and perseverance.
3. Based on a comparison of the age groups, three factors showed recognizable differences: reliability, planning, and logic. The three factors showed higher scores for the older age group.
4. Based on a comparison of the number of years of clinical experience, recognizable differences were found in four factors: reliability, planning, logic, and perseverance. These factors showed higher scores for those with longer clinical experience.

引用・参考文献

- 1) 女性労働白書, 働く女性の実情, 労働省女性局, 38-55, 1999
- 2) 宗方比佐子: キャリア選択と職業観—女子学生にみる—, 現代のエスプリ, 311, 112-125, 1995
- 3) 草刈淳子: 専門職(プロフェッション)の概念と専門職化が進み始めた看護職, インターナショナル・ナースング・レビュー, 18(1), 4-10, 1995
- 4) 若林 満: キャリア形成とモチベーション, 西田幸三, 若林満他(編): 組織の行動科学, 有閣社, 1981
- 5) 若林 満, 鹿内啓子他: キャリア発達と職業自己像—女性専門職の場合—, 名古屋大学教育学部紀要, 第29巻, 137-155, 1982
- 6) Schein, E. H.: Organizational psychology, 3rd ed Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. 松井資夫訳, 組織心理学, 岩波書店, 1981
- 7) Super, D. E.: The psychology of careers. New York: Harper, 1957 日本職業訓練協会訳, 職業生活の心理学, 誠心書房, 1960
- 8) Sovie M. D.: Fostering professional nursing carrers in hospitals, J. of Nurs. Adm., 12(12), 5-10, 1982
- 9) パトリシア・ベナー, 井部俊子訳: ベナー看護論, 達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 1999
- 10) 鶴田早苗: ナースのキャリア発達と女性のライフサイクル, 看護展望, 13(12), 50-51, 1988
- 11) 若林 満, 後藤宗理他: 職業レディネスと職業選択の構造—保育系, 看護系, 人文系女子短大生における自己概念と職業意識との関連—, 名古屋大学教育学部紀要, 30: 63-98, 1983
- 12) 永澤直美: 身近なところに看護研究のテーマが, 看護展望, 58(1), 66-69, 1994
- 13) 水附裕子, 宮下京子: 「なぜ」の疑問から始まる看護研究, 看護展望, 58(2), 158-161, 1994
- 14) 中村シノブ, 有吉百合子他: 質の向上を目指して看護研究に取り組む, 看護展望, 58(4), 348-351, 1994
- 15) 花田久美子他: 看護職の研究活動の現状についての調査(1)—東北・北海道における研究活動の現状, 日本看護研究学会雑誌, 21(3), 9, 1998
- 16) 目時のり, 平沢貞子他: 看護研究が臨床看護婦の自己教育力に及ぼす影響, 第28回看護管理, 25-27, 1997
- 17) 本藤実千代: 看護婦の自己教育力—職位および経験年数別による比較—, 第30回看護管理, 156-158, 1999
- 18) 柳沢篤子, 山崎章恵他: 看護実践能力の獲得に関する研究(その2)—経験年数による分析—, 日本看護科学会誌, 14(3), 360-361, 1994
- 19) 加治屋祐子, 平沢美春他: 臨床実践能力自己評価に基づく中堅スタッフの学習ニーズ, 第31回看護管理, 87-89, 2000
- 20) 中西和美, 中島すま子: 看護婦の自己教育力と職場適応に関する研究—経験年数・配属期間・職位との関連—第31回看護管理, 39-41, 2000

{平成13年9月20日受付}
{平成13年11月18日採録決定}

気管支喘息患者の QOL についての検討

Study on quality of life in patients with bronchial asthma

石 岡 薫* 工 藤 せい子** 冨 澤 登志子**
Kaoru Ishioka Seiko Kudo Toshiko Tomisawa

山 辺 英 彰** 高 梨 信 吾***
Hideaki Yamabe Shingo Takanashi

キーワード：気管支喘息，QOL，自己管理
bronchial asthma, QOL, selfcare

I. 緒 言

気管支喘息（以下，喘息）は，発作と寛解を繰り返す慢性疾患の一つであり喘息患者の療養生活は長期にわたる¹⁾。気管支喘息治療ガイドライン²⁾の治療目標には，「症状をコントロールして発作のない日常生活を保ち，QOLを高めること」が明示されており，喘息患者のQOLの評価及びその向上にむけた治療・看護が必要であるといえる。また，喘息患者の自己管理は症状のコントロールにおいて重要であるが³⁾，こうした保健行動は個人の価値観に関連があると考えられている⁴⁾。そこで，本研究では喘息患者のQOLを把握し，喘息患者の属性，喘息に関する背景，喘息患者の健康観，自己管理の有無がQOLに影響を与えているか否かを明らかにすることを目的とし検討した。

II. 研究方法

対象は，弘前大学医学部附属病院第2内科外来に通院中の喘息患者56名であった。調査は質問紙によるアンケート調査で，平成12年7月下旬から8月にかけて実施した。

1. 喘息患者の背景

アンケートでは，性別，年齢，職業，同居家族とその協力の有無，相談相手，家庭内での役割の有無，経済面，発症年齢，入院経験の有無を調査した。また，喘息の重症度と病型，現在の病状については担当医から情報を得た。

2. QOL

QOLの評価には，英⁵⁾のHylandら⁵⁾が作成したThe Living with Asthma Questionnaireの日本語訳の質問紙⁶⁾を一部修正したもの（資料1）を用い，過去2ヵ月間の状態についての⁷⁾回答を得た。この質問紙はHylandら⁵⁾が喘息患者に対して実施し，その妥当性を検討し信頼性が高いこと

* 弘前大学医学部附属病院 Hirosaki University Hospital

** 弘前大学教育学部看護教育学科 Department of Nursing Education, Faculty of Education, Hirosaki University

*** 弘前大学医学部第2内科 Second Department of Internal Medicine, Hirosaki University School of Medicine

気管支喘息患者の QOL についての検討

資料 1 QOL 質問紙

次の文章を読んで、この 2 ヶ月間のあなたの状態によくあてはまるものには(A)、どちらかというあてはまるものには(B)、全くあてはまらないものには(C)、なんともいえないものには(D)に○をして下さい。

- | | |
|--|--|
| 1. やりたいスポーツはなんでもできる (A, B, C, D) | 34. 喘息の為に睡眠が妨げられる (A, B, C, D) |
| 2. 友人の家に招待されると発作が起きるのではないかと心配である (A, B, C, D) | 35. 日曜大工のようなことをするのは困難である (A, B, C, D) |
| 3. 喘息の為に休日にできることが制限されてしまう (A, B, C, D) | 36. 風邪をひいてもたいしたことはない (A, B, C, D) |
| 4. ぐっすりと眠ることができる (A, B, C, D) | 37. 自分と同年齢の人と同様に走ることができる (A, B, C, D) |
| 5. 喘息を悪化させることはしないよう十分注意している (A, B, C, D) | 38. 特に問題なく飲み屋に行くことができる (A, B, C, D) |
| 6. 買い物したものを持ち運ぶには簡単である (A, B, C, D) | 39. 夜になると咳が多くてがちである (A, B, C, D) |
| 7. 私の家族は、私の喘息の為にストレスを感じていると思う (A, B, C, D) | 40. 喘息の為にやりたくてもできない仕事がある (A, B, C, D) |
| 8. 吸入器を持っているかいつも注意している (A, B, C, D) | 41. 風邪をひいている人を避けがちである (A, B, C, D) |
| 9. 病気をもっている自分のからだを腹立たしく思う (A, B, C, D) | 42. 立ち止まらずに階段を登ることができる (A, B, C, D) |
| 10. 自分の喘息のことを考えたことは一度もない (A, B, C, D) | 43. 喘息が悪化するのでもいつも平常心を養つようと心がけている (A, B, C, D) |
| 11. 喘息の為に、以前約束していたことができずに皆を失望させることがある (A, B, C, D) | 44. 喘息の為に無力感を感じる (A, B, C, D) |
| 12. 他の人と同じように走ることができる (A, B, C, D) | 45. 夜出かけても喘息の為に他の人よりも早く帰宅しなければならない (A, B, C, D) |
| 13. 休日に出かけて、喘息が悪化するのではないかと心配することはない (A, B, C, D) | 46. 喘息が仕事にさしつかえることはない (A, B, C, D) |
| 14. 夜はたいい吸入器が必要となり目を覚ます (A, B, C, D) | 47. 風邪をひくと他の人より長引きがちである (A, B, C, D) |
| 15. 庭仕事のような肉体労働は困難である (A, B, C, D) | 48. 途中で一歩、二歩立ち止まれば一階くらいは登れる (A, B, C, D) |
| 16. 風邪の初期症状に他の人よりも敏感である (A, B, C, D) | 49. 喘息の為に自分は無能であると思う (A, B, C, D) |
| 17. 家の周りを散歩するのも大変な時がある (A, B, C, D) | 50. 自分には明るい将来がある (A, B, C, D) |
| 18. 喘息が自分の身近な人の生活に悪影響を与えていとは思わない (A, B, C, D) | 51. 喘息がひどい時は、仕事をするができない (A, B, C, D) |
| 19. 吸入器を忘れてもたいしたことはない (A, B, C, D) | 52. 行きたい所はあるが喘息の為にに行くことができない (A, B, C, D) |
| 20. 自分が喘息患者だからといって、不幸であるとは思わない (A, B, C, D) | 53. 吸入器を使用することは、本当に煩わしいと思う (A, B, C, D) |
| 21. 喘息よりもっと辛い事がたくさんあると思う (A, B, C, D) | 54. 喘息薬を飲まなければならないことは本当に煩わしいと思う (A, B, C, D) |
| 22. タバコの煙がっぱいの所では外食したくない (A, B, C, D) | 55. 自分の人生は自分の責任である (A, B, C, D) |
| 23. 参加できないスポーツがあるので残念に思う (A, B, C, D) | 56. 喘息の為に、精神的に性的不満を感じることもある (A, B, C, D) |
| 24. スポーツに参加できないので、欲求不満である (A, B, C, D) | 57. 10年後、自分がどうなっているか心配である (A, B, C, D) |
| 25. 他の人と同じように休日を過ごすことができる (A, B, C, D) | 58. 将来のことを考えると、パニックになる (A, B, C, D) |
| 26. 家事をすることは簡単である (A, B, C, D) | 59. 喘息に悩まされている (A, B, C, D) |
| 27. 喘息がある為に、風邪をひくとぐったりする (A, B, C, D) | 60. 喘息の為に、気分が落ち込むことがしばしばある (A, B, C, D) |
| 28. 坂道を登るときは時々立ち止まらなければならない (A, B, C, D) | 61. 何か緊張するような状況に出くわしても、その緊張を容易に解くことができる (A, B, C, D) |
| 29. 自分の体が自分のものでないようである (A, B, C, D) | 62. 発作がある時以外は決して喘息に影響されることはない (A, B, C, D) |
| 30. 次の喘息発作がいつ来るかわからないので心配である (A, B, C, D) | 63. 喘息のことで、心を悩ましたことはない (A, B, C, D) |
| 31. 吸入器を使用する際には、トイレなど他の人から見えぬ所へ行き使用することができる (A, B, C, D) | 64. 自分の喘息は重大な体の病気とはいえない (A, B, C, D) |
| 32. 発作のときに気が動転する (A, B, C, D) | 65. 自分の喘息と闘っていく自信がある (A, B, C, D) |
| 33. 喘息の為に、言い訳をして友人との付き合いを断わる必要はない (A, B, C, D) | 66. 喘息薬の体への副作用が心配である (A, B, C, D) |
| | 67. ストレスは喘息発作を起こすと思う (A, B, C, D) |
| | 68. 喘息発作が起きると腹立たしくなる (A, B, C, D) |

を報告している。わが国において妥当性と信頼性については検討されてはいないが、QOLの5つの要素である1) 社会的役割の遂行、2) 各個人の生理的な状態、3) 各個人の感情の状態、4) 知的能力、5) 快適さ、などに対する満足度を評価できるものとして選択した。質問の内容は社会性・余暇、スポーツ、休暇、睡眠、仕事と関連事項、風邪、活動性、他者への影響、薬物使用、性、不快な状態と態度の11項目で合計68問からなる。それぞれの質問は、肯定的な内容と否定的な内容の質問からなり、「よくあてはまる」「どちらかというにあてはまる」「あてはまらない」「なんともいえない」の4段階で評価する。否定的な内容の質問に対し「よくあてはまる」を選択した場合は3点、「どちらかというにあてはまる」では2点、「あてはまらない」では1点とし、肯定的な内容の質問については逆の配点となる。また「なんともいえない」については両者とも0点とする。各質問の合計点数を総質問数の68で割った値を算出し、高得点なほどQOLが低下していることを示す。

3. 健康観

健康観の評価には、Wallston (1978年)ら⁷⁾によって開発された Multidimensional Health Locus of Control Scale (以下、MHLC) を使用した。これは、個人が自分の健康を、自分のコントロール下にあると考える IHLC (Internal Health Locus of Control) か、重要な他者のコントロール下にあると考える PHLC (Powerful Other Health Locus of Control)、あるいは、運に支配されているものとする CHLC (Chance Health Locus of Control) かにについて尋ねるものであり、1つの次元ごとに6問、合計18問からなっている。健康の信念に関する記述に異議があるか合意するかを6段階尺度を用いて調査し、1点から6点に得点化するものであり、IHLC、PHLC、CHLCそれぞれの最高得点は36点となる。

3つの次元のうち、最も得点が高いものが個人の統制傾向を示す。個々の喘息患者を IHLC、PHLC、CHLC のいずれかに分類するとともに、IHLC、PHLC、CHLC それぞれの平均値を求めて検討した。

従来の HLC (Health Locus of Control) では健康管理の主体を内省的 (Internals) にするか外省的 (Externals) として区別されてきたが、MHLCは18項目の質問で多方面から個々の健康観を捉えることができる。喘息患者を含む慢性疾患患者の QOL を高めるためには個々の健康観の特性を知り関与することが重要である。

4. 自己管理

自己管理については、自己管理をしているか否かについて問い、自己管理をしている喘息患者には、現在実施している自己管理についてその内容を記述してもらった。

5. 倫理的配慮

病棟部長、外来看護職、喘息外来担当医師に研究の主旨を説明し同意を得た。次に喘息患者については診察終了後、調査協力を依頼し同意を得た後実施した。また、同意が得られても質問紙を読むことが困難であったり時間を要すると判断した患者については聞き取りを行った。

6. 統計処理

統計処理には統計ソフト Statview 5.0 を使用し、2群間の平均値の差の検定には t-検定、3群以上の平均値の差の検定には分散分析、百分率の差の検定には χ^2 検定を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

III. 研究成績

1. 喘息患者の背景

性別は男性22名、女性34名、年齢は19~79歳で正規分布を示し、平均年齢50.3±15.8歳であった。病型はアトピー型34名、非アトピー型22名、重症度はⅠが1名、Ⅱが18名、Ⅲが29名、Ⅳが8名であった。なお、重症度は厚生省免疫アレルギー研

気管支喘息患者のQOLについての検討

表1 患者の背景

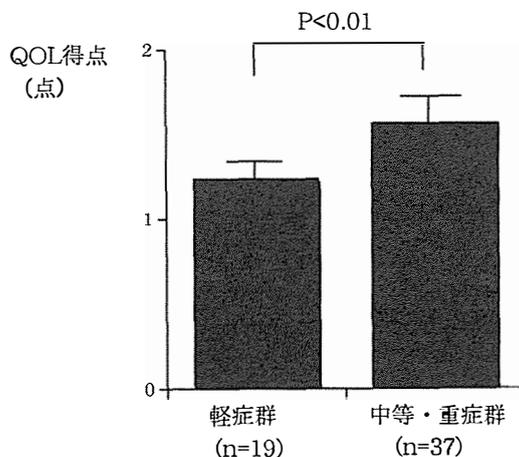
属	性別	男性	22名	39.3%	
		女性	34名	60.7%	
	平均年齢	50.3±15.8歳			
	職業	有	29名	53.6%	
		会社員	7名		
		公務員	5名		
		農業	5名		
		自営業	4名		
		その他	8名		
		無	27名	46.4%	
	同居家族	有	52名	92.9%	
		無	4名	7.1%	
		家族の協力	有	51名	91.1%
			無	3名	5.4%
無回答	2名				
相談相手	有	52名	92.9%		
	無	医師	26名		
配偶者		26名			
両親		11名			
看護婦		4名			
(複数回答)					
無	4名	7.1%			
家庭内の役割	有	48名	85.7%		
	無	8名	14.3%		
経済面	困っている	6名	10.7%		
	少し不自由	26名	46.4%		
	困っていない	24名	42.9%		
喘息に関連する背景	病型	アトピー型	34名	60.7%	
		非アトピー型	22名	39.3%	
	重症度	I	1名	1.8%	
		II	18名	32.1%	
		III	29名	51.8%	
		IV	8名	14.3%	
	現状	安定	43名	76.8%	
		不安定	13名	23.2%	
	平均罹病期間	12.1±11.9年			
	入院経験	有	24名	42.9%	
無		32名	57.1%		

究班の「喘息予防・管理ガイドライン」による分類で、Iは軽症間欠型、IIは軽症持続型、IIIは中等症持続型、IVは重症持続型である。罹病期間は最短が1年未満、最長が57年であり平均12.1±11.9年であった。現在の病状は、安定している者が43名、不安定な者が13名であった。その他の喘息患者の背景は表の通りであった(表1)。

2. QOLと喘息患者の背景との関連

対象全体のQOL得点は、1.45±0.39点であった。喘息患者の属性によるQOL得点の比較では、年齢では高齢化するほどQOL得点が高くなる傾向がみられたが有意な差はなかった。また、その他の属性とQOLには関連はみられなかった。その他、職業の有無において男女間に有意な差はみられなかった。

喘息に関する背景では、重症度のIとIIを軽症群、IIIとIVを中等・重症群と2群に分けて比較したところ、軽症群は1.24±0.06点、中等・重症群は1.56±0.07点であり、中等・重症群の方が有意に得点が高く、すなわちQOLは低かった(p<0.01)(図1)。また、現在の病状においても安定群は1.42±0.05点、不安定群は1.55±0.14点であり、不安定群の方が得点は高かったが有意な差はみられなかった。その他、病型、入院経験の有無



■ 1 重症度とQOL

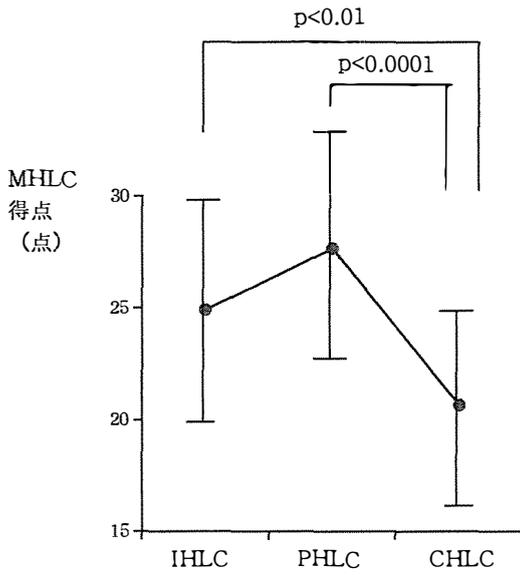


図2 全体のMHLC得点 (n=49)

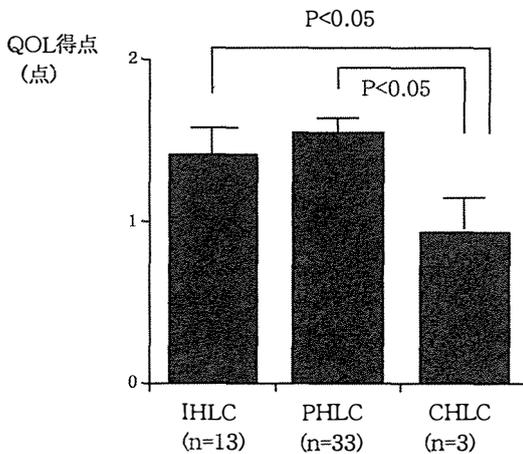


図3 MHLCとQOL

によるQOL得点にも有意な差はなかった。

3. QOLとMHLCとの関連

対象全体のMHLCの得点は、IHLCが24.9±5.7点、PHLCが27.7±5.0点、CHLCが20.7±4.8点でPHLCの得点が有意に高く喘息患者はPHLC統制傾向を示した。また、IHLCはCHLCより有意に得点が高かった(図2)。喘息患者をIHLC、PHLC、CHLCの3群に分類すると

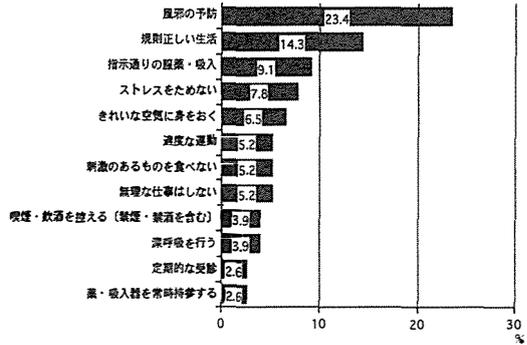


図4 自己管理の内容 (n=41, 複数回答で回答数は56)

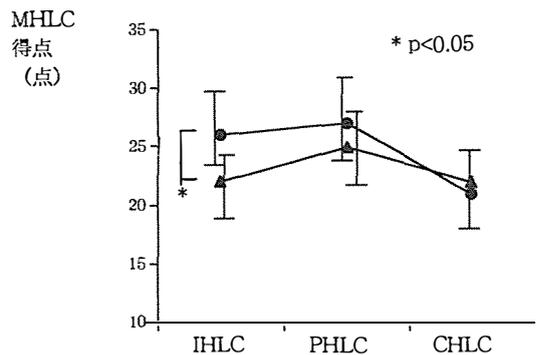


図5 自己管理の有無とMHLC得点
●自己管理有り群 (n=41)
▲自己管理無し群 (n=15)

QOL得点は、それぞれ1.41±0.10、1.54±0.06、0.93±0.15点であり、CHLCではIHLC、PHLCより有意に得点が低かった(p<0.05)(図3)。

4. QOLと自己管理との関連

自己管理の有無については、有り41名(73.2%)、無し15名(26.8%)であり、自己管理内容には風邪の予防、規則正しい生活などの■答があった(図4)。自己管理とQOLの関連について、自己管理有り群と無し群でQOL得点の比較をしたが、有意な差はみられなかった。MHLCとの関連では、自己管理有り群は無し群よりも、IHLCにおいて有意に高得点を示した(p<0.05)(図5)。

IV. 考 察

喘息は慢性疾患の一つであり、喘息患者のQOLの評価及びその向上に向けた援助が必要である。また、喘息患者の自己管理も症状のコントロールにおいて重要であり、積極的な自己管理への援助も必要である。そこで本研究では喘息患者のQOLとそれに影響を与えると考えられる喘息患者の背景、健康観、自己管理の有無などとの関連について検討した。対象全体のQOL得点は 1.45 ± 0.39 点であり、これは本研究と同様のQOL質問紙を用いた真島ら⁶⁾の結果とほぼ一致していた。

QOLの得点の高低と喘息患者の属性との関連はみられなかった。性別については、真島ら⁶⁾は女性患者でQOLが低下していると報告しており、Hylandら⁵⁾は逆に男性の方がQOLが低下しているとし一定ではない。その理由については明らかではないが、真島ら⁶⁾は仕事や家事など、男女間での社会的役割の違いが影響している可能性を指摘している。本研究では、職業の有無において男女間に差はみられなかったが、家事についてはやはり女性の関与が大きく、女性は職業の有無に関わらず、家庭内において家事という役割を果たさなければならないことが影響していることも考えられる。一方男性では、無職の者は家庭内においても役割の無い者が多かった。従って、男女間における社会的役割の違いが伺えたが、今回は性別によるQOLに有意な差はみられず、今後、多面的な方向から男女の違いを検討し、QOLとの関連を明らかにすることが必要であると考えられた。また、年齢については真島ら⁶⁾もその関連はなかったことを報告しているが、宗田ら⁸⁾の研究では、高齢化に伴いQOLが低下することが報告されている。このような相違がみられたことはQOLを評価する質問紙の違いなどが考えられるが、本研究でも有意ではないものが高齢化に伴いQOLが低下する傾向がみられ、加齢が身体諸機能の低下や社会的役割の変化をもたらすことから

も、年齢を考慮にいったQOLの評価は必要であると推察された。

本研究では、喘息の病状の安定群と非安定群でQOLに有意差はみられなかった。鈴木ら⁹⁾は調査期間の発作の有無がQOLに関連することを報告している。現在の病状とQOLの関連については、先行研究においてもその結果は一致しておらず明らかではない。しかし今回、安定、不安定において有意な差がみられなかったことは、病状が安定していても発作への不安などが影響することも推察でき、また一方で喘息の症状を考慮すると、現状が悪いほどQOLが低下することも考えられる。今回は安定、不安定の例数に偏りがあったこともふまえ、今後も検討が必要であるが、喘息発作による心身両面の苦痛から、病状の影響を考慮に入れることは必要であると考えられる。また、重症度においては、軽症群よりも中等・重症群の方がQOLが低下しており、宗田ら⁸⁾も同様の結果を報告している。これについては、重症度が呼吸機能の低下や、発作の頻度及び日常生活の障害の程度などから分類される²⁾ことを考慮すると、重症度がQOLに影響を与えることは十分合理的である。しかし、重症でありながらもQOLが高い者や、逆に軽症でありながらQOLが低い者もあり、これは喘息患者の背景が影響を与えていることを示唆すると考えられた。これについて深野木ら¹⁰⁾は、満足度の高い症例に共通することとして、家族などの情緒的支援があることや、社会及び家庭内での役割が明確であることなどを報告している。本研究では、このような喘息患者の背景とQOLには有意な相関はみられなかったものの、重症でありながらQOLが高かった者は、非発作時は健康人と何ら変わらない生活を送れる、という前向きな姿勢をみせる者や、他者に比較し多くの相談相手を持つ者などがおり、こうした背景がQOLを高める一要因となったのではないかと推察された。従って、重症度に応じたQOLの評価

をするとともに、喘息患者個々の背景を捉え、個別的な支援をしていく必要があると考えられた。その他、罹病期間や病型などではQOLに差はみられず鈴木ら⁹⁾や真島⁶⁾らと同様の結果であった。

次に、MHLCとQOLの関連についてはCHLCがIHLC、PHLCに比較し有意にQOLが高かった。これについて宗像⁴⁾は、現存する流れに身をまかせる人は自分のできうる無理のない行動を守るとしており、CHLCにも同様の傾向があると考えられた。その結果、現状に対する満足感も得られやすく、QOLを高めているのではないかと考えられた。しかし、宗田ら⁸⁾は医療に依存的である症例においては満足度は低いと報告している。依存的という点ではCHLCもこれに属するとはいえ、本研究とは逆の結果となるが、今回はIHLC、PHLC、CHLCの例数に偏りがあったことも含め、QOLと個人の健康観の関連についてはさらに検討の必要があると考えられた。

次に、自己管理に関連する因子として喘息患者の背景や健康観であるMHLCとの関連を検討したが、患者の背景による差はなく、MHLCにおいて自己管理有り群は無し群よりIHLCが有意に高得点であった。宗像⁴⁾は、健康問題の解決が自らの主体的な努力の有無によるところが大きいと考える人は、積極的に保健行動をとるが、医療従事者や効果的な薬剤、幸運などの自己に外在するものによると考える人は保健行動に消極的であると述べているが、このことに合致する結果と思われる。

本研究の対象全体のMHLCではIHLCやCHLCに比べPHLCが有意な統制傾向にあり、これは喘息患者が自己抑制的で自信に欠け、依存性が強い傾向があるという報告¹⁾と一致している。従って、喘息患者の依存傾向を考慮にいれながら、個々の健康観を把握し自主性を高めることが必要であると考えられた。しかしながら、本研究の対象はPHLC傾向であるにも関わらず、自己管理をして

いる者が全体の73.2%を占めていた。これらの殆どに共通していたことは、家族から、治療に対する協力が得られていたことであった。宗像⁴⁾は、このような他者への依存が強い傾向の患者では、家族や職場への働きかけを行い周囲の支援を活用する必要がある、としており、患者は周囲の支援が得られないとセルフケア行動の意欲は低下しやすい、と述べている。従って、積極的な自己管理への援助においては患者の自主性の強化に加え、患者を取り囲む周囲への働きかけが必要であり、また看護者自身も患者の心理的側面において支えとなる必要があると考えられた。

最後に、自己管理とQOLの関連について検討した。慢性疾患の保健行動には「生きがい」の有無に影響されるところが大きいことが証明されてきている⁴⁾。そして、この「生きがい」は充実感が得られる■常生活の時事物、と定義される¹²⁾ことより、QOLの向上が積極的な自己管理に関連するのではないかと考え検討したものである。しかし、自己管理の有無とQOLには有意な関連はみられず、QOLが「生きがい」の他様々な因子により構成されていることが影響したのではないかと考えられた。また、本研究においては自己管理の有無と現状には有意な相関はみられなかったが、一般的に、発作の原因を知り自己管理を正しく行うことで発作を予防することが可能であるとされている¹³⁾。従って、自己管理がQOLを向上させる一因子となることも考えられ、両者の関連については今後も検討が必要であると考えられた。

以上、喘息患者のQOLに影響を与える要因について検討したが、QOLにおいては重症度に応じた評価、ならびに喘息患者の背景を捉えた個別的な支援が必要であることが考えられた。また、自己管理においては、喘息患者個々の健康観を把握し自主性を高めるとともに、喘息患者を取り囲む周囲への働きかけや看護者による心理的側面の支えが必要であると考えられた。

V. 結 語

喘息患者のQOLと喘息患者の背景、健康観、自己管理の有無などとの関連について検討し、以下の結果が得られた。

1. 喘息患者のQOLと喘息患者の属性には関連がみられなかった。
2. 喘息に関する背景では、重症度において軽症より中等・重症の患者が有意にQOLが低下し

ていた。

3. 対象全体のMHLCはPHLCが有意であった。MHLCとQOLの関連では、CHLCはIHLC、PHLCよりも有意にQOLが高かった。
4. 自己管理とQOLに関連はみられなかったが、MHLCとの関連では、自己管理の有る患者は無い患者に比較し、有意にIHLCの得点が高かった。

要 約

気管支喘息は発作と寛解を繰り返す慢性疾患であり、喘息患者のQOLを評価することは重要である。また、患者の自己管理も症状のコントロールに必要な不可欠であり積極的な自己管理へ向けた援助が必要である。本研究では喘息患者のQOLを評価し、喘息患者の属性、喘息に関する背景ならびに喘息患者の健康観、自己管理の有無との関連について検討した。その結果、QOLは重症度と健康観に関連し、重症度は悪化するほどQOLの低下がみられ、喘息患者個々の重症度に応じたQOLの評価が必要であると考えられた。健康観では、健康が運により支配されているとする人でQOLが有意に高く、このような健康観では現状に身をまかせることで満足感も得られやすいことが考えられた。また、自己管理の有る患者は無い患者に比較し、健康が自らのコントロール下にあるとする傾向が強く、患者の自主性を高めることは自己管理を確立させるうえで重要であると考えられた。

Abstract

Bronchial asthma is a chronic disease that repeats attack and remission. So it is important to appraise QOL in patients with asthma. The patients' selfcare is also important for controlling their conditions, and it is necessary to support their positive selfcare. This study was designed to examine the relationship among patients' background, health concept, QOL, and the state of selfcare which they usually employ to know the factors influencing QOL. As a result, QOL was related to the disease severity and the patients' health concept. The more severity got worse, the more QOL lowered. So it is necessary to appraise QOL according to the individual severity of the disease. The patients having health concept that health is controlled by chance had high QOL. The patients having this health concept may easily find satisfaction by leaving themselves to chance. The patients who have selfcare tended to think that health is controlled by oneself as compared with the patients who do not have selfcare. It is important to enhance the self-reliant mind of patients for establishing selfcare.

VI. 文 献

- 1) 嶺岸秀子, 他: 気管支喘息患者の看護に必要な知識. EN看護学生版, 4(7), 24-29, 1995
- 2) 牧野荘平, 他: 成人喘息の診断と治療, アレルギー疾患治療ガイドライン 95年改正版, ライフ・サイエンス・メディカ, 1995
- 3) 岩崎佐智子: 看護婦の立場から-気管支喘息の看護と教育-. アレルギーの領域, 3(12), 45-49, 1996
- 4) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気. 106-116, メヂカルフレンド社, 東京, 1999
- 5) Hyland M. E.: A scale for assessing quality of life in adult asthma sufferers. JP sychosom Res 35, 99-110, 1991
- 6) 真島一郎, 他: 気管支喘息患者の Quality of life (QOL) についての検討. 心身医学, 35(7), 602-607, 1995
- 7) Wallston K. A.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, Health Education Monographs, 6(2), 160-170, 1978
- 8) 宗田 良, 他: 気管支喘息における QOL の検討. 呼吸器心身医学, 14, 40-44, 1997
- 9) 鈴木 順, 他: 気管支喘息の QOL に関する検討. 呼吸器心身医学, 10, 26-29, 1993
- 10) 深野木智子, 他: 在宅酸素療法患者の Quality of life に関連する要因の分析. 日本看護科学会誌, 11(1), 9-21, 1991
- 11) 桂 戴作, 他: 気管支喘息に関する心因の疫学的研究 (第1報). 心身医学, 24, 343, 1984
- 12) 桂 敏樹, 他: 中高年の主観的幸福感と価値観の充足との関連に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 17(3), 31-35, 1994
- 13) 佐々木隆子: 喘息患者の看護のポイント. 看護技術, 46(5), 38-45, 2000

〔平成13年9月26日受付〕
〔平成13年11月18日採用決定〕

在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発

Development of Dysphagia Risk Assessment Scale for Elderly Living at Home

深 田 順 子¹⁾ 鎌 倉 やよい¹⁾ 北 池 正²⁾
Junko Fukada Yayoi Kamakura Tadashi Kitaike

野 尻 雅 美²⁾
Masami Nojiri

キーワード：嚥下障害，リスク評価，尺度開発，在宅高齢者
dysphagia, risk assessment, development of scale, elderly living at home

I. 緒 言

我が国は1994年に高齢社会となり超高齢化が進むなか、長くなった老後をいかに健康で自立して暮らすことができるかが問われ、食べることは“最後まで口から食いたい”という思いを誰もが抱いている。しかし、口から食べるという摂食行為に含まれる嚥下に関して65歳以上の在宅高齢者の12.7%に“ご飯を食べてむせる”症状があり、加齢に伴いその発現率が増加すると¹⁾報告されている。また、嚥下困難を自覚しない高齢者56名に対し嚥下造影を施行した結果、口腔期に63%、咽頭期に25%、下咽頭食道接合部に39%、食道期に36%の異常があった²⁾という報告からも、在宅高齢者は嚥下障害のリスクをもって生活していると考えられる。そして、嚥下障害を放置することは、低栄養、脱水、窒息といった生命維持を脅かす問題を導く。さらに嚥下障害による死亡は、日本病理剖検報の誤嚥性肺炎総症例の78.2%が60歳以上である³⁾ように、65歳以上の死亡原因第4位肺炎及び気管支炎と密接に関係する。

これらより、在宅高齢者の加齢に伴って起こる嚥下障害への対応が社会的に必要であると考えられる。しかし、日本における現状では、食生活は家族内で処理される問題として考えられがちである。さらに、介護認定調査票は「嚥下ができるか、見守りか、できないか」の項目のみであり、詳細な嚥下障害の評価は各地方自治体にまかされているものの、嚥下障害の予防や早期発見に関する社会的支援が遅れていると考えられる。また高齢者や家族は、共に嚥下障害に気づいていない場合が多く、気づいたとしても“年をとっているからしかたがない、時々むせるけれど食べるので問題がない”と老化による避けられない症状とあきらめ、問題視されにくい。本研究では嚥下障害のリスクがある在宅高齢者を早期に発見し、早期に援助するために、在宅高齢者に対する嚥下障害のリスクを評価するための自記式尺度（以後、嚥下障害リスク評価尺度と表す）を開発することを研究目的とする。

1) 愛知県立看護大学 Aichi Prefectural College of Nursing & Health

2) 千葉大学看護学部 Chiba University, School of Nursing

Ⅱ. 研究方法

1. 嚥下障害リスク評価尺度の作成 (図1)

嚥下を含む摂食行動は、先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期に分類⁴⁾され、嚥下障害もこの5期に分類し検討されている。本研究では、自記式評価尺度の開発を目的とするため、感情失禁、痴呆等によって食物の認知が障害される先行期の嚥下障害を除き、特に嚥下3期である口腔期・咽頭期・食道期の嚥下障害に焦点をあてた。また、Logemann⁵⁾は、嚥下メカニズムに対する老化の影響を老化のプロセス自体による第1の影響、高齢者の疾病経過による第2の影響、環境・社会・心理的要因に関連する第3の影響に分類している。本研究では、第1・第2の影響に焦点を当て、老化や疾病の影響による嚥下障害を準備・口腔期、咽頭期、食道期に分けて考えた。また、嚥下障害は、誤嚥や誤嚥性肺炎、低栄養を続発する危険があるため、これらを含めた評価尺度を考えた。

次に、文献^{6~12)}を参考にし、老化や疾病による準備・口腔期、咽頭期、食道期の嚥下障害各々に対し自覚症状として現れる障害を評価尺度に含め

た。準備期の嚥下障害には口腔期に影響する口腔内乾燥、口唇の閉鎖不全、食塊形成不全を、口腔期の嚥下障害には咽頭への送り込み障害、舌と頬の協調運動の低下を評価尺度に含めた。咽頭期の嚥下障害には、鼻咽腔閉鎖不全、声門閉鎖不全、咽頭期惹起遅延、咽頭クリアランスの低下(喉頭蓋谷、梨状窩、喉頭前庭の食塊貯留)、食道期の嚥下障害には、胃食道逆流、食道内の食塊貯留、食道炎を評価尺度に含めた。誤嚥には、高齢者が食事の場を振り返って誤嚥の状況を捉えやすいようにLogemann¹²⁾の分類に従い、嚥下前誤嚥、嚥下中誤嚥、嚥下後誤嚥を評価尺度に含めた。誤嚥性肺炎には肺炎を、低栄養には体重減少と食事摂取量減少を評価尺度に含めた。

そして、嚥下障害や誤嚥による症状は食物の種類によって変化するため、水分やごはんによる変化も含めて質問項目を文献^{1, 13~16)}を参考にし24項目作成した。準備・口腔期の嚥下障害(Preparatory-oral Dysphagia)ではO1~O4の4項目、咽頭期の嚥下障害(Pharyngeal Dysphagia)ではP1~P7の7項目、食道期の嚥下障

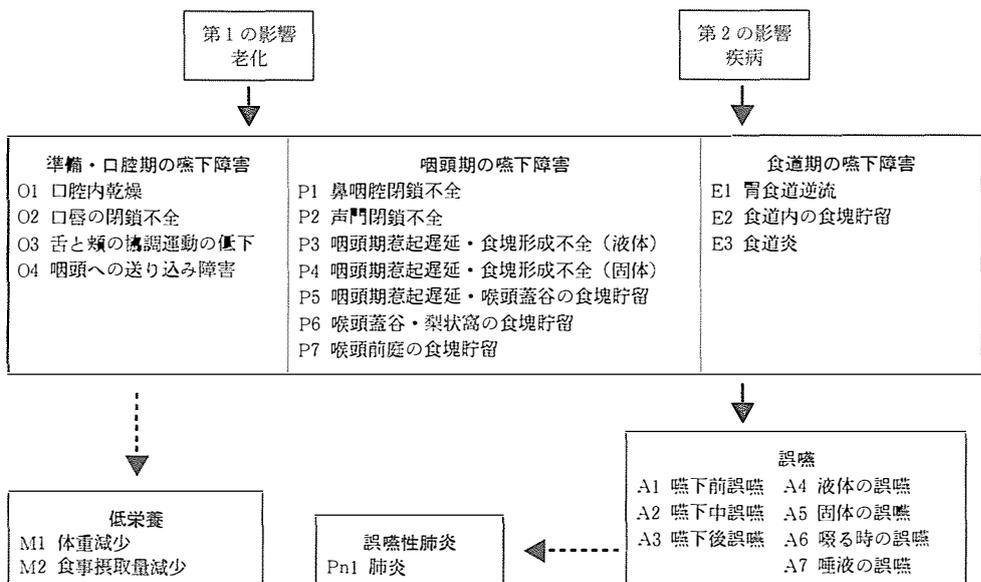


図1 尺度の構成概念と質問項目

害 (Esophageal Dysphagia) ではE1～E3の3項目、誤嚥 (Aspiration) ではA1～A7の7項目を尺度とし、「いつもある、時々ある、まれにある、ほとんどない」の4段階尺度とした。嚥下障害に続発する誤嚥性肺炎 (Aspiration Pneumonia) ではPn1の1項目、低栄養 (Malnutrition) ではM1～M2の2項目を尺度し、「はい、いいえ」の2段階尺度とした。

2. 研究対象と研究手続き

研究対象は、研究者の指示に従い協力できる愛知県尾張旭市に住む60歳以上の高齢者とした。

研究手続きは、初めに嚥下障害リスク評価尺度に対する理解や発現率などによる項目選定のために構造化面接調査を行い、次に嚥下障害リスク評価尺度の妥当性と信頼性を確認するために自記式調査を行った。至適基準には3oz水飲みテスト¹⁷⁾を行った。研究手続きの詳細を以下に示す。

1) 研究参加の手続き

構造化面接調査および3oz水飲みテストでは、研究対象に研究目的、研究方法、拒否しても不利益を被らないことなどを書面を用いて説明し、研究参加を承諾する同意書によって同意を得た。自記式調査では、同様な内容を調査票の一面に示し、返信があった者を研究参加の同意が得られたとした。

2) 構造化面接調査

構造化面接調査を、在宅高齢者と属性が類似する養護老人ホーム入所者53名、デイサービス利用者28名、合計81名(以後、施設高齢者と表す)に行った。再テストをその面接の約3～4週間後に協力が得られた73名に行った。

3) 自記式調査

先の構造化面接調査によって選定された項目の自記式調査を、シニアクラブに所属する2,508名に対し行った(以後、在宅高齢者と表す)。まず調査目的などをシニアクラブ連合会で説明し同意が得られた後、会長を通して調査用紙を会員へ配

付し、返信用封筒にて回答を返送する方法をとった。回答は原則として高齢者本人とし、健康上の理由から本人が回答できない場合には、近親者が本人の意見をできるだけ正確に反映できるように質問紙に記載する方法をとった。そして再テストを、調査用紙配布後1～2ヶ月後に3oz水飲みテストの協力が得られた90名に行った。

4) 3oz水飲みテスト

至適基準として3oz水飲みテスト¹⁷⁾(以後、水飲みテストと表す)を行った。水飲みテストは、90mlの水を休まずに続けて全量飲むテストで、テスト中やテスト1分後までに誤嚥に伴う咳嗽がある、あるいはテスト後に湿性嗝声がある場合に「リスクあり」と判定する。その水飲みテストを、施設高齢者81名に対して面接調査の1週間後に、在宅高齢者では自記式調査時に協力依頼し実際に協力が得られた90名に対して調査用紙配布後1～2ヶ月後に行った。

水飲みテストの測定には、リスクの判定とその信頼性を評価するために判定基準である誤嚥時の咳嗽音、湿性嗝声、さらに頸部聴診による嚥下前後の呼吸音を8ch標準MacLabシステム、PowerLab System Ver 3.6/s、GPamp (AD Instruments社)を使用し、ノート型パーソナルコンピュータに入力した。そして、咳嗽音などは、右頸部で嚥下時の喉頭挙上運動を妨げず、頸動脈の拍動の影響が少なく呼吸音が聞こえやすい部位に心音マイクロフォンを■定し、GPampを介し、range100mv、周波数帯域DC～5kHz、sampling speed 4K/sでコンピュータに入力された。

測定は、食後1時間経過した時間帯に、義歯使用者には義歯を装着させ、静かな環境下で椅座位で行った(温度25.0±2.0℃)。まず、安静時の呼吸と“ah”の発声を記録した。次に「口からカップを離さずに、休まずに続けて自分のペースで全量飲むこと、飲み終わった後に“ah”と発声すること」「途中でむせたり、続けて飲むことがで

きない場合は中止しても良いこと」を説明した。そして、記録を再開しカップの水（常温水90ml）を飲むように指示し、飲み終わって（口からカップを離し喉頭が下降した状態）から1～2回の呼吸後に湿性嘔声の有無を判定するために“ah”と発声させた。また、誤嚥の有無を判定するために嚥下後1分間記録を続けた。

水飲みテストの判定は、コンピュータに入力された記録を off-line で再生し、判定基準の音の有無を2名の評定者で判定した。評定者内の信頼性は、判定間隔を1週間とし2回判定した。評定者間の信頼性は、研究者と第3者（嚥下障害患者病棟での臨床経験5年の看護婦）で判定した。評定者内・評定者間の信頼性を示す kappa 係数は、ともに0.85であった。

5) 神経学的検査

神経学的検査を、評価尺度の項目選定を補助するために嚥下の際に働く口腔、咽頭、喉頭の感覚と運動を司る脳神経（V, VII, IX, X, XII）の障害の有無について協力が得られた施設高齢者57名に対し3回水飲みテスト後に行った。

3. 分析方法

自記式調査では、回収された858名（回収率34.2%）のうち、年齢、性別、嚥下障害リスク評価尺度に対し全て記入があった658名（有効回答率76.7%）を分析対象とした。

嚥下障害リスク評価尺度は、「いつもある」：3点、「時々ある」：2点、「まれにある」：1点、「ほとんどない」：0点と Likert 尺度構成法的に頻度に応じて尺度値をあてはめ、統計処理をした。統計処理には、統計解析用ソフト SPSS (Ver 9.0 for Windows) を使用し、有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象の属性

平均年齢±SD は、面接調査対象の施設高齢者では78.0±7.6歳、自記式調査対象の在宅高齢者

では74.9±6.7歳であった。性別は、女性が施設高齢者では51名（63.0%）、在宅高齢者では382名（58.1%）で男性より多かった。

嚥下障害の原因となる脳卒中、呼吸疾患、胃腸疾患、パーキンソン病などの既往がある者は、施設高齢者では20名（24.7%）、在宅高齢者では256名（38.9%）であった。口腔内乾燥、覚醒度の低下など嚥下に影響する抗高血圧薬、精神安定薬、睡眠薬などを内服する者は、施設高齢者では45名（55.6%）、在宅高齢者では331名（50.3%）であった。

施設高齢者、在宅高齢者ともに、日常生活行動が自分でできる者は95%以上、主食がご飯の者が80%以上、義歯を使用する者が約70%であった。

2. 嚥下障害リスク評価尺度の項目の選定

1) 質問項目の平均得点・発現率、理解度および再現性による検討（表1）

面接調査において質問項目の平均得点や発現率が低い、項目の意味が理解しにくい、項目の内容が嚥下障害以外の原因による訴えが多い、再テストによる再現性が低い条件をもつ項目を削除対象として考えた。

各項目の平均得点は、0.02～0.49の範囲にあり、0.10以下の項目は、「P1：食べ物や水分が鼻にあがる」、「P6：食べ物のがどに 残る感じがする」、「P7：食事中や食後にガラガラした声に変わる」、「O4：食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る」であった。「いつもある」「時々ある」「まれにある」あるいは「はい」と回答した割合は、2.5～42.0%の範囲にあり、5%以下の項目はP1、O4、P6、P7、「Pn1：肺炎にかかったことがある」、「M2：食事の量が半分以下に減る」であった。Pn1、M2は、ほとんど発現率がなかったので削除項目として検討した。「P1：食べ物や水分が鼻にあがる」では平均得点と発現率が最も低く、神経学的検査での発声時の軟口蓋挙上の偏位と関連はなかった。しかし鼻咽腔閉鎖不全を示す状態で、

在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発

表1 施設高齢者における嚥下障害リスク評価尺度の平均得点と発現数(率)(N=81)

質問項目	平均	±SD	いつもある	時々ある	まれにある	ほとんどない
[準備・口腔期の嚥下障害: preparatory-Oral dysphagia]						
O1 口がバサバサしていると感じる	0.49	1.00	8 (9.9)	6 (7.4)	4 (4.9)	63 (77.8)
O2 口から食べ物がこぼれる	0.26	0.59	1 (1.2)	3 (3.7)	12 (14.8)	65 (80.2)
O3 食べ物を飲み込んだ後に歯と頬のすき間に食べ物が残る	0.77	1.04	8 (9.9)	12 (14.8)	14 (17.3)	47 (58.0)
O4 食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る	0.09	0.39	0 (0.0)	3 (3.7)	1 (1.2)	77 (95.1)
[咽頭期の嚥下障害: Pharyngeal dysphagia]						
P1 食べ物や水分が鼻にあがる	0.02	0.16	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.5)	79 (97.5)
P2 声がかすれる	0.30	0.75	3 (3.7)	5 (6.2)	5 (6.2)	68 (84.0)
P3 水分が飲み込みにくい	0.12	0.53	2 (2.5)	1 (1.2)	2 (2.5)	76 (93.8)
P4 ご飯が飲み込みにくい	0.22	0.69	3 (3.7)	3 (3.7)	3 (3.7)	72 (88.9)
P5 食べ物がのどにひっかかる感じがする	0.17	0.52	0 (0.0)	5 (6.2)	4 (4.9)	72 (88.9)
P6 食べ物がのどに残る感じがする	0.05	0.22	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.9)	77 (95.1)
P7 食事中や食後にガラガラした声に変わる	0.06	0.29	0 (0.0)	1 (1.2)	3 (3.7)	77 (95.1)
[食道期の嚥下障害: Esophageal dysphagia]						
E1 食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻る	0.23	0.60	1 (1.2)	4 (4.9)	8 (9.9)	68 (84.0)
E2 食べ物が胸につかえる感じがする	0.15	0.48	0 (0.0)	4 (4.9)	4 (4.9)	73 (90.1)
E3 胸やけがする	0.32	0.77	3 (3.7)	6 (7.4)	5 (6.2)	67 (82.7)
[誤嚥: Aspiration]						
A1 食べ物を飲み込もうとする前にむせたりせき込む	0.19	0.48	0 (0.0)	3 (3.7)	9 (11.1)	69 (85.2)
A2 食べ物を飲み込む時にむせたりせき込む	0.41	0.67	0 (0.0)	8 (9.9)	17 (21.0)	56 (69.1)
A3 食べ物を飲み込んだ後にむせたりせき込む	0.12	0.40	0 (0.0)	2 (2.5)	6 (7.4)	73 (90.1)
A4 水分を飲み込むときにむせる	0.38	0.68	1 (1.2)	6 (7.4)	16 (19.8)	58 (71.6)
A5 ご飯を飲み込むときにむせる	0.16	0.49	0 (0.0)	4 (4.9)	5 (6.2)	72 (88.9)
A6 汁物をすするときにむせる	0.11	0.39	0 (0.0)	2 (2.5)	5 (6.2)	73 (90.1)
A7 夜中に咳で目が覚める	0.12	0.40	0 (0.0)	2 (2.5)	6 (7.4)	73 (90.1)
[誤嚥性肺炎: Pneumonia・低栄養: Malnutrition]						
Pn1 肺炎にかかったことがある			はい	いいえ		
			0 (0.0)	81 (100.0)		
M1 体重が減る			8 (9.9)	73 (90.1)		
M2 食事の量が半分以下に減る			2 (2.5)	79 (97.5)		

注) 平均, SDは、「いつもある」を3点, 「時々ある」を2点, 「まれにある」を1点, 「ほとんどない」を0点としたときの平均得点と標準偏差を示す。()内の数字は, 総数(N)に対する割合(%)を示す。

少数の反応があったため削除項目とはしなかった。「O4: 食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る」に対し「時々ある・まれにある」と回答した4名のうち1名に神経学的検査で舌の運動障害があった。また、「P6: 食べ物がのどに残る感じがする」「P7: 食事中や食後にガラガラした声に変わる」に対し「時々ある・まれにある」と回答

した各4名のうちP6では2名, P7では3名が, 水飲みテストで湿性腹声があった。よってO4, P6, P7は, 神経学的検査との関連があり削除項目としなかった。

質問項目に対する研究参加者の理解では, 「P2: 声がかすれる」「A7: 夜中に咳で目が覚める」が, 風邪の症状との区別がしにくく表現を修正する必

要があった。

「O3：食べ物を飲み込んだ後に歯と頬のすき間に食べ物が残る」は、平均得点や発現率が高いが、義歯の適合具合によって症状が出現すると回答した者が多かった。「A6：汁物をすするときにむせる」は、汁物を飲むときに嚙る動作をしないなど食習慣が関与していた。「M1：体重が減る」「M2：食事の量が半分以下に減る」は、風邪などが原因で体重や食事摂取量が減少していた。これらは、義歯の適合具合、食習慣、風邪などによる訴えでもあり、嚥下障害のリスクを判定するには不適當であると考え、削除項目として検討した。

面接調査の再テストと初回テストとの一致率が70%未満であった項目は「A2：食べ物を飲み込む時にむせたりせき込む」63.0%、「O3：食べ物を飲み込んだ後に歯と頬のすき間に食べ物が残る」65.8%、「P2：声がかすれる」67.1%、「A4：水分を飲み込むときにむせる」68.5%であった。O3は、義歯の適合具合が影響し再現性が低かったと考えられた。A2は、嚥下の前・中・後のどの時期で誤嚥するのか区別しにくいことが影響し、P2は、風邪の症状との区別がしにくく再現性が低くなったと考えられた。

以上よりO3、A6、Pn1、M1、M2の5項目を削除項目とし、19項目を自記式調査項目とした。A2はいつ誤嚥したかの区別をつけるために、飲み込もうとする前、飲み込む時、飲み込んだ後の部分に波線を引き強調させた。P2、A7は「風邪をひいていないのに」という文章を追加して表現を修正した。

2) 内容的妥当性による検討

自記式調査に対する因子分析（主因子法）では、共通性が「P2：風邪をひいていないのに声がかすれる」で0.275、「A7：風邪をひいていないのに夜中に咳で目が覚める」で0.234と0.3未満であり、削除項目とした。

GP（good-poor）分析では、P2、A7を削除し

た17項目の合計得点の平均値3.1を基準に上位群166名（25.2%）、下位群492名（74.8%）に分け、各項目に関してWilcoxonの順位和検定を行い、全項目が上位群と下位群とでは有意に差があった。

I（項目item）- T（全体total）相関分析では、P2、A7を削除した17項目の合計得点と各項目との相関係数を求め、全項目で相関係数は、0.5～0.75の範囲にあった。

以上より、P2、A7を除いた17項目は、内容的妥当性があると判断し嚥下障害リスク評価尺度の項目とした。

3. 嚥下障害リスク評価尺度の構成概念妥当性（表2）

尺度の構成概念は、準備・口腔期の嚥下障害、咽頭期の嚥下障害、食道期の嚥下障害、誤嚥、誤嚥性肺炎、低栄養であったが、選定された17項目では誤嚥性肺炎と低栄養は削除された。自記式調査に対し因子分析（主因子法、バリマックス回転）した結果、4因子が抽出された。第1因子は、A1～A5と誤嚥に関する5項目、第2因子は、P1、P5～P7と咽頭期の嚥下障害で特に咽頭クリアランスの低下を表す4項目であった。第3因子は、O1、O2、O4と咽頭への送り込み障害に影響する準備・口腔期の嚥下障害に関する3項目とP3、P4と咽頭期惹起遅延を表す咽頭期の嚥下障害に関する2項目が含まれた。しかし、P3、P4、の第3因子と第2因子の因子負荷量は、共に高い値を示した。第4因子は、E1～E3と食道期の嚥下障害を表す3項目であった。以上より、第1因子：誤嚥、第2因子：咽頭クリアランスの低下、第3因子：咽頭への送り込み及び咽頭期惹起の障害、第4因子：食道期の嚥下障害と命名した。

項目全体の合計得点と各因子を構成する項目の合計得点との相関は、第1因子では $r=0.84$ 、第2因子では $r=0.84$ 、第3因子では $r=0.85$ 、第4因子では $r=0.69$ であった。

在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発

表2 嚥下障害リスク評価尺度の因子構造（主因子 バリマックス回転）

質問項目	抽出因子				共通性
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
A2 食べ物を飲み込む時にむせたりせき込む	0.828	0.153	0.187	0.133	0.762
A3 食べ物を飲み込んだ後にむせたりせき込む	0.700	0.117	0.299	0.148	0.615
A1 食べ物を飲み込もうとする前にむせたりせき込む	0.682	0.300	0.155	0.048	0.582
A5 ご飯を飲み込むときにむせる	0.577	0.367	0.301	0.136	0.577
A4 水分を飲み込むときにむせる	0.538	0.277	0.279	0.197	0.483
P6 食べ物がのどに残る感じがする	0.222	0.751	0.238	0.254	0.734
P5 食べ物がのどにひっかかる感じがする	0.249	0.631	0.291	0.270	0.617
P7 食事中や 食後にガラガラした声に変わる	0.257	0.469	0.123	0.197	0.340
P1 食べ物や水分が鼻にあがる	0.341	0.384	0.331	0.119	0.388
O4 食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る	0.182	0.296	0.659	0.130	0.572
P4 ご飯が飲み込みにくい	0.312	0.448	0.596	0.144	0.674
P3 水分が飲み込みにくい	0.275	0.491	0.524	0.120	0.606
O2 口から食べ物がこぼれる	0.208	0.047	0.485	0.140	0.300
O1 口がパサパサしていると感じる	0.223	0.191	0.419	0.225	0.312
E3 胸やけがする	0.087	0.087	0.133	0.732	0.568
E1 食べ物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくる	0.130	0.198	0.104	0.640	0.477
E2 食べ物が胸につかえる感じがする	0.135	0.343	0.263	0.548	0.505
固有値	2.90	2.40	2.16	1.66	
寄与率 (%)	17.1	14.1	12.7	9.8	
累積寄与率 (%)	17.1	31.1	43.9	53.6	

4. 嚥下障害リスク評価尺度の信頼性（表3）

内的整合性による信頼性を示す Cronbach's α 係数は、17項目全体では0.90で、各因子では0.74~0.87の範囲にあった。

再テスト法による信頼性は、面接調査対象の施

設高齢者（73名、年齢77.7±7.6歳）と自記式調査対象の在宅高齢者（90名、年齢74.6±6.8歳）における項目全体の合計得点、各因子を構成する項目の合計得点、各項目の得点に関し、初回テストと再テストの間の相関係数より検討した。項目

表3 嚥下障害リスク評価尺度の信頼性

	内的整合性	再テスト法	
	α 係数 N=658	施設高齢者 N=73	在宅高齢者 N=90
第1因子 誤嚥	0.87	0.54	0.49
第2因子 咽頭クリアランスの低下	0.78	0.58	0.51
第3因子 咽頭への送り込み及び咽頭期惹起の障害	0.76	0.72	0.69
第4因子 食道期の嚥下障害	0.74	0.78	0.60
合計得点	0.90	0.82	0.62

注) 再テスト法では、因子を構成する項目の合計点数における初回テストと再テストの相関係数を示す。

全体の合計得点では、施設高齢者 $r=0.82$ 、在宅高齢者 $r=0.62$ であった。各因子の合計得点では、施設高齢者 $r=0.54 \sim 0.78$ 、在宅高齢者 $r=0.49 \sim 0.69$ の範囲にあり、第1因子・第2因子が $r=0.6$ 以下と他の因子と比べて相関が低かった。

各項目で $r=0.3$ 以下の項目は、施設高齢者、在宅高齢者ともに「P7：食事中や食後にガラガラした声に変わる」、「A1：食べ物を飲み込もうとする前にむせたりせき込む」、「A2：食べ物を飲み込む時にむせたりせき込む」であった。さらに施設高齢者では「O4：食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る」、「P1：食べ物や水分が鼻にあがる」が、在宅高齢者では「A3：食べ物を飲み込んだ後にむせたりせき込む」であった。

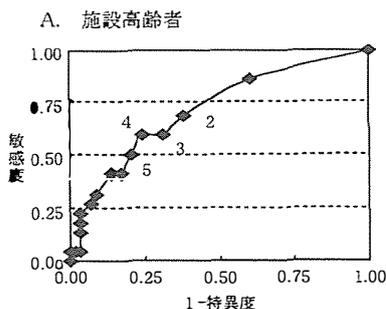
5. 嚥下障害リスク評価尺度の感度と特異度

水飲みテストの結果は、施設高齢者では誤嚥があった者が9名、湿性嘔声があった者が3名、誤嚥と湿性嘔声があった者が9名、全量飲めなかった者が2名であった。全量飲めなかった者のうち

1名は胃切除後の胃食道逆流により全量飲めず、原因不明の微熱が続き誤嚥性肺炎が疑われ「リスクあり」とした。残り1名は判定不能として対象から削除した。合計22名(27.5%)が「リスクあり」と判定された。在宅高齢者では、水飲みテストで誤嚥があった者が9名、湿性嘔声があった者が9名、誤嚥と湿性嘔声があった者が3名、合計21名(23.3%)が「リスクあり」と判定された。

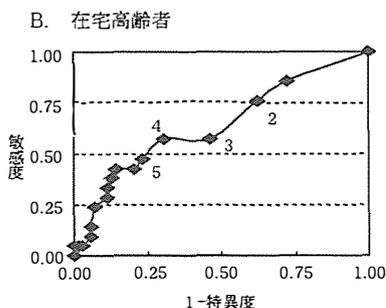
嚥下障害リスク評価尺度の17項目の合計得点を算出すると、最低が0点、最高が51点となる。合計得点の平均値±SDは、施設高齢者では 3.5 ± 4.8 (範囲：0～22)、在宅高齢者では 4.1 ± 5.0 (範囲：0～24) でともに0～2点に集中する分布であった。

水飲みテストの結果と評価尺度の合計得点からY軸を感度、X軸を1-特異度としたROC曲線(Receiver Operator Characteristic curve：受診者動作特性曲線)を作成した。施設高齢者では、cut-off pointを2点とした場合、感度と



評価尺度	3oz水飲みテスト (至適基準)		合計
	リスクあり	リスクなし	
4点以上 リスクあり	13 (16.3)	14 (17.5)	27 (33.8)
4点未満 リスクなし	9 (11.3)	44 (55.0)	53 (66.3)
合計	22 (27.5)	58 (72.5)	80 (100.0)

感度=59.1% 特異度=75.9%



評価尺度	3oz水飲みテスト (至適基準)		合計
	リスクあり	リスクなし	
4点以上 リスクあり	12 (13.3)	21 (23.3)	33 (36.7)
4点未満 リスクなし	9 (10.0)	48 (53.3)	57 (63.3)
合計	21 (23.3)	69 (76.7)	90 (100.0)

感度=57.1% 特異度=69.6%

注) () 内の数字は、施設高齢者、在宅高齢者の各総数nに対する割合を示す。

2 ROC曲線と感度・特異度

特異度はともに60%以上となるが、ROC曲線(図2A)からみると4点がROC曲線の左上の頂点により近い位置にあり理論的に最適な位置¹⁸⁾に近かったため、cut-off pointを4点とした。在宅高齢者ではcut-off pointが2点の時、敏感度は76.2%と高くなるが、特異度は37.7%と低かった。次に敏感度が高い3点と4点では、4点の方が特異度が69.6%と高かった。また、ROC曲線(図2B)からみると4点がROC曲線の左上の頂点により近い位置に近く、cut-off pointを4点とした。

cut-off pointを4点としたとき、施設高齢者の敏感度は59.1%、特異度は75.9%で、在宅高齢者の敏感度は57.1%、特異度は69.6%であった。

IV. 考 察

高齢社会において、高齢者が健康に自立して、より活動的に充実した生活を送ることが望まれる。食べることの自立はそのための必要条件のひとつといえる。しかし、高齢者は疾病に加えて加齢に起因する嚥下障害のリスクがあり、個人差が大きい。そのため在宅高齢者の嚥下機能の低下を早期に見極め、早期に援助することが、高齢者の生活の質の向上の視点から必要である。さらに2000年に介護保険制度が開始され、介護認定調査票の項目に「嚥下」が含まれるものの判断に困るという声が聞かれ、嚥下障害のリスクをスクリーニングするための尺度が社会的要請となっている。

現在、脳血管障害や神経疾患患者を対象としたスクリーニング法^{13, 19~23)}が研究されているが、在宅高齢者を対象とした研究はない。これまでに報告された脳血管障害や神経疾患患者を対象としたスクリーニング法に関して、高齢者への適用の可能性、安全性、精度について以下に検討する。嚥下中の症状や口唇、舌、喉頭などの機能検査を行う臨床アセスメント^{19~23)}は、誤嚥に関する精度はSpaingard, M. L. ら¹⁹⁾ : 敏感度42%・特異度91

%, Mari, F. ら²⁰⁾ : 敏感度74%・特異度74%, Logemann, J. A. ら²¹⁾ : 敏感度78%・特異度58%であり、非侵襲的で安全である。しかし、30分以上の時間を要するために在宅高齢者すべてに実施することが難しい。

次に臨床アセスメントより簡便な方法として30ml水飲みテスト²²⁾、反復唾液嚥下テスト²³⁾がある。これらは、臨床アセスメントよりも時間を要しないため在宅高齢者への適用の可能性があり、水を使用するために安全であると考えられる。しかし、30ml水飲みテストの判定基準は、30mlの水を1■の嚥下反射で5秒以内に誤嚥なく嚥下できるかである。健康正常者に20ml以下の水を嚥下させたときに分割嚥下が発現する報告^{24~26)}や、健康正常者では20mlまでは1回で嚥下できるという報告²⁷⁾から検討すると、テストの判定基準には疑問が残る。反復唾液嚥下テストは咽頭期惹起に注目した機能検査であるため、咽頭期以外の嚥下障害のスクリーニングには問題が残ると考える。さらに、臨床アセスメントや水飲みテストなどの判定は、専門職としての訓練が必要であるため、現状では評定者内・評定者間の信頼性の問題が残される。

藤島らの問診による方法¹⁵⁾は、肺炎の既往、栄養状態、口腔期、咽頭期、食道期の嚥下障害が反映される質問紙を用いて問診するため安全であり、 α 係数0.85、敏感度92.0%、特異度90.1%と精度が高く、臨床アセスメントよりも在宅高齢者への適用の可能性が高い。しかし、高齢社会において在宅高齢者が自らの嚥下機能を評価し、■常の食事行動を維持・修正するなどのセルフケアができ、健康で自立して暮らすためには、問診ではなく自記式の尺度が必要であると考えられる。

以上から、現在報告されている脳血管障害や神経疾患患者を対象としたスクリーニング法は、在宅高齢者の嚥下障害のリスク評価に使用するには不十分であると考えられる。また、嚥下障害リスク評価尺度は、誤嚥のみならず口腔期、咽頭期、

食道期の嚥下障害、嚥下障害に続発する肺炎および低栄養を含んだ片寄りのない総合的な尺度が必要であると考え。今回、在宅高齢者に対する嚥下障害リスクを評価する自記式尺度を開発することは、嚥下障害のリスクありと判定する境界点 cut-off point によってリスクがある在宅高齢者の早期発見を可能にする。さらに、高齢者が自分の嚥下機能を評価尺度の点数によって自覚し、■ 常の食事行動を維持・修正するなどのセルフケアができるように導いたり、嚥下造影などの精密検査を勧め、その結果をもとに声門上嚥下や頸部の代償による嚥下方法、食物形態の変更などを指導することなども可能であると考え。

嚥下障害リスク評価尺度は、因子分析、GP 分析、I-T 相関分析による内容的妥当性から17項目が選択された。因子分析によって抽出された4因子である第1因子：誤嚥、第2因子：咽頭クリアランスの低下、第3因子：咽頭への送り込み及び咽頭期惹起の障害、第4因子：食道期の嚥下障害は、嚥下障害リスク評価尺度の構成概念である誤嚥性肺炎と低栄養を除いた準備・口腔期の嚥下障害、咽頭期の嚥下障害、食道期の嚥下障害、誤嚥によって説明することが可能であった。さらに、項目全体の合計得点と各因子を構成する項目の合計得点との相関は、 $r = 0.69 \sim 0.85$ と相関が高いことから、構成概念妥当性があると考えられる。

嚥下障害リスク評価尺度17項目全体の信頼性は、内的整合性を示す Cronbach's α 係数では0.90で、個人に重要な測定資料に用いられるのに必要な0.90²⁰⁾に到達している。再テスト法による信頼性では、自記式調査において $r = 0.62$ を示し安定性が高かった。

これらから本研究の嚥下障害リスク評価尺度は、尺度全体として構成概念妥当性と信頼性があると考られ、嚥下障害に関連する症状を自覚し、自ら質問紙に記入したり、近親者に訴えることが可能な高齢者に適用できると考える。さらに、嚥下障

害リスク評価尺度を自記式で行った場合の所要時間は10分程度であることから、在宅高齢者への適用可能性は高い。質問紙への回答であるため安全であり、判定が簡便であると考え。

しかし、一方で嚥下障害リスク評価尺度の各因子での信頼性は、 α 係数では0.74~0.87とグループレベルで比較をする上で必要な0.7²⁰⁾に到達したが、再テストでは第1因子と第2因子が面接調査、自記式調査ともに $r = 0.60$ 以下でやや安定性に問題が残った。この主な原因は、面接調査、自記式調査といった方法による相違というよりも、各項目での相関が $r = 0.3$ 以下の項目があることが関係すると考えられる。第1因子では「A1：食べ物を飲み込もうとする前にむせたりせき込む」「A2：食べ物を飲み込む時にむせたりせき込む」「A3：食べ物を飲み込んだ後にむせたりせき込む」が含まれ、第2因子では「P1：食べ物や水分が鼻にあがる」「P7：食事中や食後にガラガラした声に変わる」が含まれた。A1~A3では、嚥下の前・中・後のどの時期に誤嚥が起きるのか区別がしにくく、P1、P7では高齢者が実際にこれらの症状の体験がなく、イメージしにくかったことが関係すると考えられる。今後、信頼性を高めるために、A1~A3は嚥下の前・中・後の区別の必要性を検討し、P1、P7はどのような時にこのような嚥下障害の症状が起きるかなどの知識の普及が必要であると考えられる。

さらに、水飲みテストの結果と嚥下障害リスク評価尺度の合計得点からROC 曲線を作成し、cut-off point を4点とした。これは、嚥下障害リスク評価尺度の合計得点が4点以上であれば「嚥下障害のリスクあり」、4点未満であれば「嚥下障害のリスクなし」と判定される。しかし、cut-off point を4点とした時の施設高齢者の敏感度は59.1%、特異度は75.9%、在宅高齢者の敏感度は57.1%、特異度は69.6%であった。前述したベッドサイドでの臨床アセスメントの精度^{20, 21)}

と比較すると、施設高齢者、在宅高齢者ともに特異度は同等のレベルであった。しかし、敏感度はやや低く、臨床に適用するには以下の課題が考えられる。それは、前述した再テストによる信頼性が低い項目があること、「今までそのような症状を気にすることはなかった」と嚥下障害に関連する症状の知識が少ないことが関係すると考えられる。また、本尺度は■腔期、咽頭期、食道期の嚥下障害に焦点をあてたが、その前段階である準備期の咀嚼機能の低下に関する項目が含まれていないことが関係すると考えられる。咀嚼機能が低下することによって、嚥下しやすい食塊が形成されず、その後の嚥下に影響すると考えられる。今後、臨床に適用できるレベルに敏感度をあげるには、咀嚼機能の低下を含めた尺度項目の修正や表現の検討、加齢に伴う嚥下障害に関する知識の普及などが必要であると考えられる。

V. 結 語

在宅高齢者に対する嚥下障害のリスクを評価する尺度を開発することを研究目的とした。

尺度は、老化や疾病による摂食・嚥下障害のうち先行期を除いた準備・口腔期、咽頭期、食道期の嚥下障害と嚥下障害に続発する誤嚥、誤嚥性肺炎、低栄養から構成され、24項目4段階の尺度を作成した。初めに項目選定のために施設高齢者81名に対し構造化面接調査を行った。次に妥当性と信頼性を確認するために在宅高齢者2,508名に対

し自記式調査を行い、658名の有効■答があった。至適基準には3oz水飲みテストを行い、以下の結果を得た。

1. 面接調査や自記式調査による内容的妥当性の検討によって17項目が選定された。そして、因子分析により第1因子：誤嚥、第2因子：咽頭クリアランスの低下、第3因子：咽頭への送り込み及び咽頭期惹起の障害、第4因子：食道期の嚥下障害が抽出され、構成概念妥当性を確認した。
2. 尺度全体では内的整合性を示すCronbach's α 係数は0.90で、再テスト法による信頼性は、施設高齢者 $r=0.82$ 、在宅高齢者 $r=0.62$ で信頼性を確認した。
3. 尺度の合計得点と3oz水飲みテストの結果によるROC曲線からcut-off pointを4点とし、施設高齢者では敏感度は59.1%、特異度は75.9%、在宅高齢者では敏感度は57.1%、特異度は69.6%であった。

謝 辞

本研究の調査実施にあたりご協力をいただきました愛知県がんセンターの富永祐民総長ならびに愛知県尾張旭市民生部保健医療課の耳塚薫子課長、堀部茂樹課長補佐、シニアクラブ会員、養護老人ホーム入所者、デイサービス利用者の皆様に厚くお礼申し上げます。水飲みテストの評価にご協力くださいました愛知県がんセンターの浅田美江様に深く感謝いたします。

要 約

在宅高齢者に対する嚥下障害のリスクを評価する尺度を開発することを研究目的とした。尺度は、先行期を除いた老化や疾病による準備・口腔期、咽頭期、食道期の嚥下障害と嚥下障害に続発する誤嚥、誤嚥性肺炎、低栄養から構成され、24項目4段階の尺度を作成した。項目選定のために施設高齢者81名に構造化面接調査を、妥当性と信頼性の確認のために在宅高齢者658名に自記式調査を行った。至適基準には3oz水飲みテストを用いた。

尺度項目は、内容的妥当性の検討によって17項目が選定された。妥当性は、因子分析によ

て検討し、誤嚥、咽頭クリアランスの低下、咽頭への送り込み及び咽頭期惹起の障害、食道期の嚥下障害の4因子が抽出された。信頼性は、内的整合性と再テスト法によって検討し、尺度全体のCronbach's α 係数は0.9で、再テスト法では $r=0.62$ であった。Cut-off pointは、ROC曲線から検討した結果4点とし、敏感度は57.1%、特異度は69.6%であった。

以上より、本尺度17項目は妥当性や信頼性があることが確認された。

Abstract

The purpose of this study was to develop a dysphagia risk assessment scale for elderly persons living at home. The scale was constructed dysphagia by aging and disorders: "preparatory-oral dysphagia," "pharyngeal dysphagia," "esophageal dysphagia," and sequelae to dysphagia: "aspiration," "aspiration pneumonia," and "malnutrition", containing of 24 items. A structured interview of 81 elderly in an institution was used to select appropriate survey items. A self-reporting investigation of 658 elderly persons living at home was used to examine the scale validity and reliability. The 3-oz water swallow test was conducted as the gold standard. The results were as follows.

Seventeen items were selected from the results of an internal consistency analysis. Construct validity was analyzed by factor analysis. The four factors obtained from the analysis were called "aspiration," "pharyngeal clearance problems," "impairment of propelling the bolus and triggering pharyngeal swallow," and "esophageal dysphagia." Reliability was analyzed by internal consistency and test-retest. Cronbach's α was 0.90 and test-retest correlation was 0.62 as for overall scores. The cut-off point was put at 4 points according to Receiver Operator Characteristic curve. The sensitivity was 0.571 and the specificity was 0.696.

Based on the above-described results, the scale has sufficient validity and reliability.

文 献

- 1) 鎌倉やよい, 岡本和七, 他: 在宅高齢者の嚥下状態と生活習慣, 総合リハ, 26(6): 581-587, 1998.
- 2) Ekberg, O., Feinberg, M. J.: Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. AJR, 156: 1181-1184, 1991.
- 3) 一和多俊男, 長尾光修: 誤嚥性肺炎の疫学, Geriatr Med, 35: 129-133, 1997.
- 4) Leopold, N. A., Kagel, M. C.: Swallowing, ingestion and dysphagia: a reappraisal. Arch Phys Med Rehabil, 64: 371-373, 1983.
- 5) Logemann, J. A.: Effects of aging on the swallowing mechanism. Otolaryngol Clin North Am, 23: 1045-1056, 1990.
- 6) Elliott, J. L.: Swallowing disorders in the elderly: a guide to diagnosis and treatment. Geriatrics, 43: 95-113, 1988.
- 7) Sonies, B. C.: Oropharyngeal dysphagia in the elderly. Clin Geriatr Med, 8: 569-577, 1992.
- 8) 丘村 熙, 稲木匠子, 他: 高齢者の嚥下機能-咽頭食道造影よりの観察, 気管食道会報, 42: 116-120, 1991.
- 9) Dejaeger, E., Pelemans, W., et al.: Manofluorographic analysis of swallowing in the elderly. Dysphagia, 9: 156-161, 1994.

- 10) Sheth, N., Diner, W. C. : Swallowing problems in the elderly. *Dysphagia*, 2 : 209-215, 1988.
- 11) Feinberg, M. J., Ekberg, O. : Videofluoroscopy in elderly patients with aspiration : importance of evaluating both oral and pharyngeal stages of deglutition. *AJR*, 156 : 293-296, 1991.
- 12) Logemann, J. A. : Evaluation and treatment of swallowing disorders, second edition, pp.77, PRO-ED, Texas, 1998.
- 13) 藤島一郎, 大熊るり, 他 : 摂食・嚥下障害に対する質問紙の開発 厚生省厚生科学研究費補助金総合研究 平成10年度研究報告, 2000.
- 14) Nathadwarawala, K. M., Nicklin, J. et al. : A timed test of swallowing capacity for neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 55: 822-825, 1992.
- 15) Groher, M. F. 著, 藤島一郎 (監訳) : 嚥下障害—その病態とリハビリテーション, pp.116-120, 医歯薬出版, 東京, 1997.
- 16) Sonies, B. C., Parent, L. J., et al. : Durational aspects of the oral-pharyngeal phase of swallow in normal adults. *Dysphagia*, 3 : 1-10, 1988.
- 17) DePippo, K. L., Holas, M. A., et al. : Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*, 49 : 1259-1261, 1992.
- 18) 深尾 彰 : 4 健康診断 (査) と検診, 大野良之 (編) : TEXT 公衆衛生・予防医学, pp. 212-221, 南山堂, 東京, 1996.
- 19) Splaingard, M. L., Hutchins, B., et al. : Aspiration in rehabilitation patients : videofluoroscopy vs bedside clinical assessment. *Arch Phys Med Rehabil*, 69 : 637-640, 1988.
- 20) Mari, F., Matei, M., et al. : Predictive value of clinical indices in detecting aspiration in patients with neurological disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 63 : 456-460, 1997.
- 21) Logemann, J. A., Veis, S., et al. : A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 14 : 44-51, 1999.
- 22) 窪田俊夫, 三島博信, 他 : 脳血管障害における麻痺性嚥下障害—スクリーニングテストとその臨床応用について—, 総合リハ, 10(2) : 271-276, 1982.
- 23) 才藤栄一 : 分担課題「摂食機能減退の診断方法の開発」; 平成8年度厚生省・健康政策調査研究事業個人の能力に応じた「味わい」のある食事内容・指導等に関する研究, 37-58, 1997.
- 24) 鎌倉やよい, 深田順子, 他 : 嚥下と呼吸の協調への量と温度の影響, 摂食嚥下リハ会誌, 4(2) : 38-46, 2000.
- 25) Dziadziola, J., Hamlet, S., et al. : Multiple swallows and piecemeal deglutition ; observations from normal adults and patients with head and neck cancer. *Dysphagia*, 7 : 8-11, 1992.
- 26) Fanucci, A., Cerro, P., et al. : Ultrasonographic evaluation of piecemeal deglutition in normal adults. *Dento-maxillo-facial-radiol.* 26 : 354-356, 1997.
- 27) Ertekin, C., Aydogdu, I., et al. : Piecemeal deglutition and dysphagia limit in normal subjects and in patients with swallowing disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 61 : 491-496, 1996.
- 28) D. E. ポーリット, B. P. ハングラー著, 近藤潤子 (監訳) : 看護研究 原理と方法, pp. 241-247, 医学書院, 東京, 1994.

〔平成13年10月9日 受 付〕
〔平成13年11月18日 採用決定〕

リラクゼーション法の理論と実際

ヘルスケア・ワーカーのための行動療法

五十嵐透子 著

B5判・178頁・定価(本体2,600円+税)

ISBN4-263-23331-0



“こころ”と“からだ”のセルフ・コントロールを望むすべての人々に贈る行動療法の入門書。リラクゼーション法の実践にあたって活用しやすいものを、それぞれの方法の根拠と具体的な手順を豊富なイラストを取り入れながらわかりやすく解説。臨床心理・地域保健関係スタッフ必携の書。

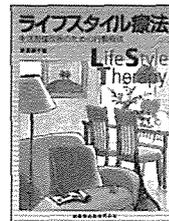
ライフスタイル療法

生活習慣病のための行動療法

足達淑子 編著

A4変型判・168頁・定価(本体2,600円+税)

ISBN4-263-70262-0



「行動療法」が誰にでも有用であるという意味をこめ、新しく「ライフスタイル療法」という用語を提唱。生活習慣へのアプローチが健康増進と疾病コントロールに重要であることを踏まえ、実践例を示し解説。看護婦・栄養士のための患者指導に役立つ実践書。

◆新しい保健医療のニーズに対応した、学習と実践領域としての「遺伝看護」を解説!

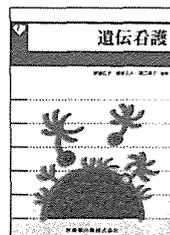


最新刊

安藤広子・
塚原正人・溝口満子 編集

B5判・208頁・定価(本体2,400円+税)

ISBN4-263-23340-9



さまざまな遺伝的な問題を持つ人々に、これからはどのような援助ができるか、看護実践例を示し、新しい実践領域としての「遺伝看護」を解説。ケアを提供する現場スタッフの行動指針となる啓蒙書。

◆看護教育の新カリキュラムに沿った最新テキスト!

人体の構造と機能

最新刊

佐藤昭夫・佐伯由香 編集

B5判・416頁・定価(本体2,800円+税)

ISBN4-263-23334-4



解剖学、生理学、生化学の内容を極力融合させ、ガイドラインに沿って統合的にわかりやすく記述。学生が理解し、覚えやすいように、模式図、表を多用し、基本的に重要な部位は太字で明示。看護師国家試験出題内容を網羅。



医歯薬出版株式会社 / ☎113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 / TEL. 03-5395-7610
FAX. 03-5395-7611

●郵送によるご注文は、医歯薬出版発行図書通信販売代行店の(株)東京メール・サービス ☎03-5976-0631でうけたまわっております。

レクリエーション療法の効果に関する看護者の認知構造

Psychiatric Nurses' Perception of the Effect of Recreation Therapy
in Psychiatric Nursing

■ 方 弘 子 中 嶋 和 夫 高 木 永 子
Hiroko Kunikata Kazuo Nakajima Nagako Takagi

高 井 研 一
Kenichi Takai

キーワード：レクリエーション療法，効果，精神科看護，共分散構造方程式モデル
recreation therapy, effect, psychiatric nursing, structural equation model

I. 緒 言

今日、障害者や高齢者施設では、レクリエーション活動が積極的に導入されている。看護実践では、古くからその重要性が指摘され^{1, 2)}、とくに精神科領域では看護者が中心となったレクリエーション療法が展開されてきた³⁾。レクリエーション療法の効果に関する従来の研究を概観すると、それは「自己概念の変化」^{4, 5)}、「リラクセス効果」^{6, 7)}、「A・D・Lの改善」⁸⁾、「自己効力の向上」⁹⁾、「不安の低下」^{5, 6, 10, 11)}、「ローカス・オブ・コントロールの向上」^{12, 13)}、「自尊心の向上」^{6, 10, 12)}、「社会性の向上」^{8, 14, 15)}、「well-being 及び主観的幸福感の向上」^{16, 17)}の側面から検討されてきたが、必ずしも一致した見解に至っていない。このことは、レクリエーション療法の効果に関する基本的な概念枠組みを再整理し、看護者が共通した基盤の中でレクリエーション療法の効果を検討していかなければならないことを意味している。

本調査研究は、精神科看護領域で展開されているレクリエーション療法の効果測定尺度の開発に

必要な資料を得ることをねらいとして、精神科看護者のレクリエーション療法の効果についての認知構造を明らかにすることを目的とした。なお本研究では、レクリエーションを、病院などの施設が企画運営するさまざまな種類のレクリエーションの総称として用いることにする。

II. 方 法

平成11年度に日本精神科看護技術協会に加盟する全■の1615施設のうち、学校、精神保健福祉センターなど精神科病棟をもたない施設を除く1216施設から、系統抽出法で無作為に200施設を抽出した。さらに、それら200施設のうち事前に協力の了解が得られた97施設を調査施設とした。前記97施設の看護部長または総看護婦長には、筆者が施設ごとに設定した数の調査対象（日本精神科看護技術協会加盟人数に比例した看護者数）の無作為抽出、調査票の配布、秘密厳守のために密封をほどこした調査票の回収について依頼した。調査期間は、平成12年7月の1ヶ月であった。

調査項目は、対象の属性と背景（性別、年齢、最終学歴、資格、職位、精神科看護者としての経験年数、レクリエーション指導資格の有無など18項目）、ならびにレクリエーション療法に関する効果の認知とした。レクリエーション療法に関する効果の認知に関連するアイテム・プールは、1) 香川県内の精神科病棟に勤務するエキスパートナース11名（看護婦長または副看護婦長）に対するインタビューで得たデータ、2) 精神科看護者30名の自由記載式質問より収集したデータ、ならびに3) レクリエーション関係の研究業績43件を基礎に作成した。アイテムは内容分析の手法を用いて整理し、抽出した内容を一文が一意見単位になるように分けながら一文を分析単位とし、最終的に42項目で構成した。なお、前記内容分析には、著者、精神看護の大学教官1名と精神科医師1名の計3名が参加した。調査項目に対する回答と得点化は、「1点：そう思わない」「2点：そう思う」「3点：強くそう思う」とした。

レクリエーション療法の効果に関する看護者の認知を構成している因子の抽出には、探索的因子分析を用い、また抽出された因子で構成された一次元性を備えた因子構造モデルのデータに対する適合度は、共分散構造方程式モデルで検討した。なお、探索的因子分析に先だち、前記認知構造モデルに使用するための項目選択を以下の手順で行った。まず第一に、識別性の高い項目を得るため、項目別の回答頻度に注目し、周辺度数が「そう思わない」もしくは「強くそう思う」のいずれかの頻度が40%以上となっている項目を削除した。第二に、質問項目の内部一貫性を高める目的から同時複数項目削減相関係数法に従い、当該項目得点と当該項目の得点を除く合計点との相関係数 Corrected Item-Total Correlation（以下、CITCと略す）が低い項目を削除した。第三に、前記分析で残った項目を主成分分析に投入し、第1主成分の因子負荷量が低い項目から削除する方法を採

用した（同時複数項目削減主成分分析）。その後、前記手続きで選択された質問項目を用い、最尤法による得点を利用したプロマックス回転で因子解を求め、■有値が1以上の因子で、かつ絶対値が0.3以上の因子負荷の推定値を参考に因子の解釈を試みた。因子構造モデルは二次因子モデルとして構築し、データへの適合度を検討した。適合度の判断¹⁰⁾には χ^2 値/df比、説明力の指標としての適合度指標 GFI, RMSEA を採用し、また安定性の程度として修正適合度指標 AGFI を用いて検討した。GFIは一般に0.9以上、また RMSEA は0.08以下であれば、そのモデルが実際のデータをよく説明していると判断される。なお、パス係数の有意水準は、棄却比 Critical Ratio（以下、C.R.と略す）で判断した。また、モデルの観測変数の信頼性係数はクロンバックの α 信頼性係数で求めた。以上の解析では統計ソフトとして、探索的因子分析には「SPSS10.0J」を、確証的因子分析には「AMOS Version 4.0」を用いた。統計解析には、回収された931名（回収率78.2%）のうち質問項目に欠損値がない730名を用いた。

III. 結 果

1. 属性と背景の分布

集計対象の属性と背景の分布を表1に示した。性別は男性が3割を占め、看護者が所属する設置主体は7割が民間病院であり、7割が精神科単科病院に勤務していた。これら属性と背景の分布は「日本精神科看護技術協会」加盟の全■の精神科関連1216施設と大きく異なるものではなかった。

2. レクリエーション療法の効果に関する看護者の認知を構成する因子の抽出

レクリエーション療法の効果に関する回答分布を表2に示した。レクリエーション療法の効果に関する42項目の質問のうち、周辺度数が40%以上の11項目を削除した。前記分析で残った項目のCITCは全ての項目が0.3以上を満たしていた。た

レクリエーション療法の効果に関する看護者の認知構造

表1 対象者の属性等の■答分布

年齢(歳)	20~29	150 (20.5)	設置主体	■立	72 (9.9)	
	[40.0±10.6] 30~39	190 (26.0)		都道府県立	54 (7.4)	
	40~49	241 (33.0)		市町村立	68 (9.3)	
	50~59	127 (17.4)		■赤	8 (1.1)	
	60以上	22 (3.0)		共済組合	3 (0.4)	
性別	男性	230 (31.5)	民間病院	519 (71.1)		
	女性	500 (68.5)	その他	6 (0.8)		
最終学歴	看護系4年制大学	3 (0.4)	病院の形態	総合病院	160 (21.9)	
	看護短大3年課程	19 (2.6)		精神科単科病院	530 (72.6)	
	看護短大2年課程	13 (1.8)		その他	40 (5.5)	
	看護学校3年課程	257 (35.2)	勤務病棟	急性期病棟	179 (24.5)	
	看護学校2年課程	164 (22.5)		慢性期病棟	234 (32.1)	
	高等学校専攻科	52 (7.1)		社会復帰病棟	92 (12.6)	
	准看護婦学校	208 (28.5)		療養期病棟	97 (13.3)	
	その他	14 (1.9)		その他	128 (17.5)	
資格	看護婦(士)	492 (67.4)	病棟の形態	閉鎖病棟	381 (52.2)	
	准看護婦(士)	232 (31.8)		開放病棟	262 (35.8)	
	保健婦・助産婦	6 (0.8)		混合病棟	87 (11.9)	
職位	婦長	76 (10.4)	実習指導役割	あり	183 (25.1)	
	婦長補佐	62 (8.5)		なし	547 (74.9)	
	看護婦(士)	360 (49.3)	レクリエーション指導	指導資格あり	27 (3.7)	
	准看護婦(士)	232 (31.8)		レクリエーション・インストラクタ	15	
精神科経験年数	[10.6±8.4]	1年未満		33 (4.5)	レクリエーション・コーディネータ	2
		1~3年		100 (13.7)	福祉レクリエーション・ワーカー	1
		4~9年		197 (27.0)	グループレクリエーション・ワーカー	1
		10年以上		322 (44.1)	余暇生活相談員	0
					余暇生活開発士	0
病棟の看護方式	プライマリナーシング	41 (5.6)	その他	8		
	チームナーシング	183 (25.1)	指導資格なし	703 (96.3)		
	継続受持ち制	120 (16.4)				
	機能別	106 (14.5)				
	併用型	249 (34.1)				
	その他	31 (4.2)				
看護婦(士)	経験年数	[16.5±9.8]	1年未満	11 (1.5)		
			1~3年	45 (6.2)		
			4~9年	107 (14.7)		
			10年以上	521 (71.4)		

表2 効果判定に用いる項目の■答分布

項 目	そう思わない (%)	そう思う (%)	強くそう思う (%)
1. 睡眠状態が改善する	132 (18.1)	548 (75.1)	50 (6.8)
2. 動作が活発になる	172 (23.6)	514 (70.4)	44 (6.0)
3. 行動の意欲が向上する	103 (14.1)	553 (75.8)	74 (10.1)
4. 精神病症状が改善する	241 (33.0)	451 (61.8)	38 (5.2)
5. 現実検討能力が向上する	253 (34.7)	447 (61.2)	30 (4.1)
6. 不安が軽減する	298 (40.8)	407 (55.8)	25 (3.4)
7. 抑うつ気分が改善する	275 (37.7)	430 (58.9)	25 (3.4)
8. 喜怒哀楽の表現力が向上する	175 (24.0)	492 (67.4)	63 (8.6)
9. 精神的にリラックスする	100 (13.7)	525 (71.9)	105 (14.4)
10. 活動を成し遂げたことにより自信が高まる	130 (17.8)	483 (66.2)	117 (16.0)
11. 患者同士の交流が増える	61 (8.4)	499 (68.4)	170 (23.3)
12. 他の患者との協調性が向上する	129 (17.7)	499 (68.4)	102 (14.0)
13. 患者同士の人間関係がよくなる	152 (20.8)	507 (69.5)	71 (9.7)
14. 患者一看護者関係が深まる	59 (8.1)	523 (71.6)	148 (20.3)
15. 帰属意識がもてるようになる	258 (35.3)	450 (61.6)	22 (3.0)
16. 食欲がでる	183 (25.1)	482 (66.0)	65 (8.9)
17. 言動にまとまりがでる	407 (55.8)	304 (41.6)	19 (2.6)
18. 判断能力が向上する	305 (41.8)	402 (55.1)	23 (3.2)
19. 気分が安定する	215 (29.5)	481 (65.9)	34 (4.7)
20. 自分の感情への気づきが深まる	331 (45.3)	365 (50.0)	34 (4.7)
21. 気分転換になる	11 (1.5)	435 (59.6)	284 (38.9)
22. 感情を発散させる	99 (13.6)	494 (67.7)	137 (18.8)
23. 自尊心が高まる	316 (43.3)	397 (54.4)	17 (2.3)
24. 自分の行動が結果を引き起こすと考えるようになる	362 (49.6)	346 (47.4)	22 (3.0)
25. 基本的な生活習慣が改善する	246 (33.7)	428 (58.6)	56 (7.7)
26. 生活のリズムが改善する	188 (25.8)	469 (64.2)	73 (10.0)
27. 問題行動が減少する	343 (47.0)	368 (50.4)	19 (2.6)
28. ルールを守るようになる	247 (33.8)	451 (61.8)	32 (4.4)
29. 記憶力が■復する	452 (61.9)	264 (36.2)	14 (1.9)
30. 問いかけに対し応答が■くなる	387 (53.0)	321 (44.0)	22 (3.0)
31. 自発性が高まる	207 (28.4)	476 (65.2)	47 (6.4)
32. 集中力が向上する	223 (30.5)	468 (64.1)	39 (5.3)
33. 持続力が向上する	218 (29.9)	469 (64.2)	43 (5.9)
34. 健康な側面を発揮する	67 (9.2)	522 (71.5)	141 (19.3)
35. 活動に対する興味関心が向上する	125 (17.1)	522 (71.5)	83 (11.4)
36. 社会的偏見を気にしなくなる	480 (65.8)	235 (32.2)	15 (2.1)
37. 患者と看護者が対等な関係になれる	199 (27.3)	456 (62.5)	75 (10.3)
38. 関心のある活動の技能を高める	96 (13.2)	530 (72.6)	104 (14.2)
39. 体力が向上する	181 (24.8)	468 (64.1)	81 (11.1)
40. 便秘が改善する	259 (35.5)	425 (58.2)	46 (6.3)
41. 生き生きと活気が満ちるようになる	187 (25.6)	468 (64.1)	75 (10.3)
42. 他の患者が改善する姿に希望をもつ	304 (41.6)	388 (53.2)	38 (5.2)

だし項目削減をねらいとして、0.5以下となっていた「項目1：睡眠状態が改善する」「項目7：抑うつ気分が改善する」「項目9：精神的にリラックスする」「項目16：食欲が出る」「項目21：気分転換になる」「項目37：患者と看護者が対等な関係になれる」「項目40：便秘が改善する」の7項目を削除した。続いて残った24項目を主成分分析に投入した。第1主成分の因子負荷量は全て0.5以上であったが、項目削減のねらいから、因子負荷量が0.6未満であった「項目2：動作が活発になる」「項目3：行動の意欲が向上する」「項目8：喜怒哀楽の表現力が向上する」「項目19：気分が安定する」「項目22：感情を発散させる」「項目25：基本的な生活習慣が改善する」「項目34：健康な側面を発揮する」「項目38：関心のある活動の技能を高める」の8項目を削除した。

以上の手続きで選択された16項目に対し、斜交回転（プロマックス法）で因子解を求めたところ、■有値が1.0以上の因子が2個抽出された（表3）。第1因子には、「項目32：集中力が向上する」「項目33：持続力が向上する」「項目31：自発性が高

まる」「項目28：ルールを守るようになる」「項目41：生き生きと活気が満ちるようになる」「項目26：生活のリズムが改善する」「項目35：活動に対する興味関心が向上する」「項目39：体力が向上する」「項目10：活動を成し遂げたことにより自信が高まる」「項目5：現実検討能力が向上する」「項目4：精神病的症状が改善する」の11項目が所属していた。なお、因子所属が不明確な「項目10：活動を成し遂げたことにより自信が高まる」（第一因子の因子負荷量が0.377、第二因子の因子負荷量が0.311）、「項目5：現実検討能力が向上する」（第一因子の因子負荷量が0.360、第二因子の因子負荷量が0.294）、「項目4：精神病的症状が改善する」（第一因子の因子負荷量が0.322、第二因子の因子負荷量が0.274）の3項目を除くなら、この因子は「活動性」因子と解釈できた。第2因子には、「項目12：他の患者との協調性が向上する」「項目11：患者同士の交流が増える」「項目13：患者同士の人間関係がよくなる」「項目14：患者-看護者関係が深まる」「項目15：帰属意識がもてるようになる」の5項目が所属していた。ただし、

表3 レクリエーション療法の効果に関する認知の因子分析（最尤法、プロマックス回転）

項 目	第1因子	第2因子
32. 集中力が向上する	.905	-.105
33. 持続力が向上する	.849	-.107
31. 自発性が高まる	.715	4.585E-02
28. ルールを守るようになる	.581	2.673E-02
41. 生き生きと活気が満ちるようになる	.493	.197
26. 生活のリズムが改善する	.471	.114
35. 活動に対する興味関心が向上する	.456	.191
39. 体力が向上する	.440	.175
10. 活動を成し遂げたことにより自信が高まる	.377	.311
5. 現実検討能力が向上する	.360	.294
4. 精神病的症状が改善する	.322	.274
12. 他の患者との協調性が向上する	1.589E-02	.780
11. 患者同士の交流が増える	-6.210E-02	.763
13. 患者同士の人間関係がよくなる	-1.517E-02	.757
14. 患者-看護者関係が深まる	9.770E-02	.554
15. 帰属意識がもてるようになる	.270	.363

「項目15：帰属意識がもてるようになる」については因子の所属が不明なこと（第一因子の因子負荷量が0.270、第二因子の因子負荷量が0.363）から除外すると、第二因子は「関係性」の因子と解釈できた。

3. レクリエーション療法の効果に関する認知構造モデルの適合度

探索的因子分析から得られた「活動性」と「関係性」の因子を一次因子、「看護独自のレクリエーション療法効果の判断」を二次因子とする二次因子モデルを推定し（図1）、構成概念の一次元性を検討した。この因子構造モデルのデータへの適合度は、 χ^2/df 比が3.789、GFIが0.953、AGFIが0.93、RMSEAが0.06となっていた。このときの潜在変数から観測変数へのパス係数は、「活動性」では0.553～0.812、「関係性」では0.616～0.804の範囲にあり、C.R.はすべて1.96（5%有意水準）以上であった。二次因子から一次因子へのパス係数は、「活動性」が0.946、「関係性」が0.762であった。なお、上記解析に用いた12項目のクロンバック α 信頼性係数は0.893であり、「活動性」が0.863、「関係性」が0.815であった。

看護独自のレクリエーション療法効果の判断

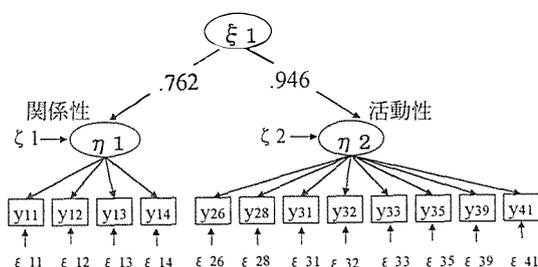


図1 レクリエーション療法の効果に関する認知構造モデル

4. レクリエーション療法の効果の認知と属性および背景との関連

次に、「看護独自のレクリエーション療法効果の判断」モデルを取り上げ、レクリエーション療

法の効果の認知に関する要因を属性と背景の関連で検討した。まず、レクリエーション療法の効果の認知と個人の属性との関連をみるため、年齢、性別、最終学歴、資格、職位、臨床実習指導役割の有無、レクリエーション指導資格の有無、精神科経験年数（通算）ならびに看護婦（士）経験年数（通算）とレクリエーション療法の効果の認知得点を t 検定と一元配置分散分析法で分析した。結果は、すべての属性に有意差がみられなかった。背景との関連をみるため、設置主体、病院の形態、勤務病棟、病棟の形態および病棟の看護方式とレクリエーション療法の効果の認知得点を分析した結果、効果の認知得点は設置主体により差があり、■立の病院に勤務する看護者が有意に高い認知得点を有していた（ $F = 2.253, p < 0.05$ ）。その他の背景には有意差がなかった。

IV. 考 察

1. レクリエーション療法の効果に関する認知構造について

本研究において、著者らは精神科看護者のレクリエーション療法の効果に関する認知（判断、評価）が、「関係性」と「活動性」の2因子から構造化されていることを明らかにした。「活動性」の因子には、■日常生活における能力障害の改善を観測する変数が、「関係性」の因子には対人関係能力の障害を改善する観測変数がそれぞれ集約されていた。このことは、精神科看護者が患者の「活動性」と「関係性」という2つの能力障害の改善をレクリエーション療法の効果として認知していることを示唆する結果と解釈された。

前記下位概念のうちの「関係性」に注目するならば、レクリエーション療法の効果の認知は、病院内の二者関係あるいは集団における他者との対人関係の質と量の改善を示す観測変数に集中していた。これら観測変数は精神科領域のレクリエーション療法に限らず、老人¹⁹⁾や慢性疾患患者²⁰⁾におけ

るレクリエーションの効果としても報告されているものである。ただし「患者－看護者関係が深まる」の観測変数は精神科におけるレクリエーション療法の効果に特有なものであり、これは患者の対人関係の障害を、治療的看護者－患者関係を基盤としながら看護者自身の自己活用により患者の行動改善に努力する精神科看護の独自性が反映されているものと推察された。つまり、精神科看護者はレクリエーション活動を単なる「娯楽や遊び」として捉えるのではなく、レクリエーション活動によって得られる看護者－患者関係の深まりが患者の行動改善を促進させるものという治療的な効果を意識してその活動を実践していると言えよう。ただし、Mobily²³⁾はレクリエーションの治療モデルとして患者の知覚メカニズムの変化を重視し、患者自身が責任と自主性を引き起こすパーソナルコントロールの認知の改善にレクリエーション療法の治療的意味を見いだしている。また従来の研究業績でも、「自己概念の変化」^{4, 5)}「ローカス・オブ・コントロールの向上」^{12, 13)}「自己効力の向上」⁹⁾「自尊心の向上」^{6, 10, 12)}といったパーソナルコントロールに関連したレクリエーション療法の効果研究が、米■を中心に報告されている。それに対し、わが国の精神科看護者のレクリエーション療法の効果の認知は、患者の対人関係の改善にその主たる効果を求め、患者個人内のパーソナルコントロールの認知の改善にあまり効果を意識していないことが懸念される。

わが■では、レクリエーション援助を専門的に行う人材として、1994年から福祉レクリエーション・ワーカーの養成が開始され²⁴⁾、社会福祉や医療・保健関係の領域を主な活動の場としてきた。このようにレクリエーション活動を専門的に援助する専門職が医療の場に台頭してきたが、「患者のレクリエーション活動を援助すること」を基本的看護の構成要素の一つに位置づけている Virginia Henderson²⁵⁾に従うならば、レクリエー

ション活動を看護介入手段の一方法として、看護者がそれを専門性として取り入れる必要がある。そのためには、本研究で明らかにされた「関係性」や「活動性」のみならず、「コントロールの認知」の観測変数を含む、より総合的なレクリエーション療法の効果測定尺度の開発が望まれ、他方においては、看護介入としてのレクリエーション療法の体系化が必要と言えよう。

2. レクリエーション療法の効果の認知に関連する要因について

本研究では、レクリエーション療法の効果の認知は個人的な属性による差はなく、看護者の所属施設により差があることが明らかになった。この結果は、本研究で明らかにされたレクリエーション療法の有効性に対する意識が、看護者の基本的な属性からの影響を受けにくいより普遍的なものと位置づけられると同時に、各々の機関で展開されているそれらレクリエーション療法の内容によって認識の程度が影響をうけることを意味しているものと推察された。現在、レクリエーション療法は治療構造が必ずしも明確でないということもあり診療報酬の対象として評価されておらず、そこに費やす時間も人的資源に対しても経済的な基盤があるわけではなく、病院が負担しているのが現状である²⁶⁾。従って、今後、レクリエーション療法を治療体系に組み込むためには、本研究で明らかにされた効果に関する看護領域における概念を重視しつつ、その内容がより客観的に測定できる尺度を開発すると同時に、他方においては、より効果的なレクリエーション療法を明らかにすることが重要と言えよう。

V. 結 論

精神科看護者のレクリエーション療法の効果の認知は、「活動性」と「関係性」の因子をもつ「看護独自のレクリエーション療法効果の判断」により構造化されることが明らかになった。した

がって、精神科におけるレクリエーション療法の効果が「活動性」と「関係性」の側面から評価できるより詳細な尺度開発の必要性が示唆された。

VI. 謝 辞

本研究の全国調査において、ご協力いただいた看護部長・総看護婦長はじめ多くの看護者の皆様に心より感謝いたします。

要 約

本研究においては、精神科看護者を対象に、精神科看護領域で展開されているレクリエーション療法の効果の認知構造について明らかにすることを目的とした。統計解析には、全国97施設において、レクリエーション療法に携わっている看護者730名のデータを用いた。レクリエーション療法の効果の認知は42の質問項目を用いて把握した。前記認知に関する因子を探索的因子分析で抽出した。抽出された「活動性」と「関係性」の因子を一次因子、「看護独自の効果判断モデル」を二次因子とする二次因子モデルはデータに十分適合していた。以上のことから、精神科におけるレクリエーション療法の効果が「活動性」と「関係性」の側面から評価できる尺度開発の必要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to clarify psychiatric nurses' perception of the effect of recreation therapy in psychiatric nursing. 730 subjects offering recreation therapy at 97 institutions all over the country completed a questionnaire comprising 42 questions regarding the effect of recreation therapy. The data obtained were analyzed using exploratory factor analysis. Three factors were identified, with "activity" and "relativeness" as first-order factors and "nurses' effectiveness evaluation" as a second-order factor. The second-order factor model was found to fit in with the data. The result suggests that it is necessary to develop a scale to evaluate the effect of recreation therapy using two first-order factors.

文 献

- 1) Florence Nightingale: Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not, Dover Publications, Inc., New York, 1969
- 2) Virginia Henderson: Basic Principles of Nursing Care, International Council of Nurses, Geneva, 1970. (湯植ます・小玉香津子訳): 改訂版・看護の基本となるもの, 日本看護協会出版会, 1974
- 3) 杉山恵理子, 小谷英文, 他: 治療実態からみた日本の集団精神療法の枠組と効果, 集団精神療法, 11(1), 45-56, 1995
- 4) G. D. Patrick: The Effects of Wheelchair Competition on Self-Concept and Acceptance of Disability in Novice Athletes, Therapeutic Recreation Journal. 20(4), 61-71, 1986
- 5) 國方弘子, 真鍋淳子, 他: レクリエーションによる精神科患者の自己知覚の変化について, Quality Nursing, 3(8), 57-61, 1997
- 6) J. R. MacMahon: The Psychological Benefits of Exercise and the Treatment of Delinquent Adolescents, Sports Medicine, 9(6),

- 344-351, 1990
- 7) 八木洋子, 笹尾ヨシエ, 他: 精神科病棟におけるレクリエーション療法の効果—心臓負荷度を尺度として—, 日本看護学会誌, 1(1), 28-35, 1991
- 8) 中島文恵, 越智香織, 他: 混合病棟における老人患者の遊びリテーションの効果, 日本看護学会集録集, 第23回老人看護, 160-162, 1992
- 9) G. D. Ellis, M. Maughan-Pritchett, et al.: Effects of Attribution Based Verbal Persuasion and Imagery on Self-Efficacy of Adolescents Diagnosed with Major Depression, Therapeutic Recreation Journal, 27(2), 83-97, 1993
- 10) R. J. Bosscher: Running and Mixed Physical Exercises with Depressed Psychiatric patients, International Journal of Sport Psychology, 4(2), 170-184, 1993
- 11) A. Ewert: Reduction of Trait Anxiety Through Participation in Outward Bound, Leisure Sciences, 10(2), 107-117, 1988
- 12) J. B. Mactavish, M. S. Searle: Older Individuals with Mental Retardation and the Effect of a Physical Activity Intervention on Selected Social Psychological Variables, Therapeutic Recreation Journal, 26(1), 38-47, 1992
- 13) G. Arimond, J. F. Petrick: Organized Baseball's Effect on Eight-Year-Old Boys' Perceived Locus of Control, Journal of Applied Recreation Research, 23(3), 203-223, 1998
- 14) 山田 孝: 高齢障害者に対する作業療法の効果に関する研究, 秋田医学, 22(1), 11-24, 1995
- 15) K. Pestle, J. Card, et al: Therapeutic Recreation in a Social-Learning Program: Effect Over Time on Appropriate Behaviors of Resident, 2(1), 10-19, 1993
- 16) 櫻井栄子, 水野敏子: 病棟レクリエーション活動の効果, 日本看護学会集録集, 第27回老人看護, 163-166, 1996
- 17) 坪井章雄: 高齢障害者におけるレクリエーションの効用, 作業療法, 15(6), 546-554, 1996
- 18) 山本嘉一郎, 小野寺孝義 編著: 共分散構造分析と解析事例, ナカニシヤ出版, 1999
- 19) 西田美奈子, 村山敏子, 他: 刺激の少ない老人患者の意欲と訓練効果を高める遊びリテーション, 日本看護学会集録集, 第28回老人看護, 159-162, 1997
- 20) 山田実穂, 渡邊喜美, 他: 慢性疾患患者の病棟内レクリエーションの意義, 日本看護学会集録集, 第23回成人看護Ⅱ, 119-122, 1992
- 21) K. E. Mobily: A Philosophical Analysis of Therapeutic Recreation: What Does It Mean to Say "We Can Be Therapeutic?" Part I, Therapeutic Recreation Journal, 19(1), 14-26, 1985
- 22) 浮田千枝子: 日本におけるレクリエーション・ワーカの養成, 作業療法ジャーナル, 28(11), 1088-1092, 三輪書店, 1994
- 23) 増野 肇: 入院集団精神療法, 日本精神病院協会雑誌, 13(3), 5-9, 1994

平成13年5月11日受 付
平成13年11月26日採用決定

地域消防団における若年男性の高尿酸血症と マルチプルリスクファクター症候群の関与

Hyperuricemia and Multiple Risk Factor Clustering Syndrome
among Young Males in a Community Fire Brigade

藤井千恵 榊原久孝
Chie Fujii Hisataka Sakakibara

キーワード：高尿酸血症，過体重，マルチプルリスクファクター症候群，若年男性，
地域保健活動
hyperuricemia, overweight, multiple risk factor clustering syndrome,
young males, community health service

I. 緒言

近年、人口の高齢化、生活習慣病の増加、医学・医療の進歩など保健医療を取り巻く環境は大きく変化している。疾病構造も感染症から高血圧症、脳卒中、心臓病、がん等の慢性疾患が中心となり、糖尿病、高脂血症などの疾病も増加している¹⁾。なかでも、痛風・高尿酸血症が動脈硬化との関連で新たな関心と呼び、患者数は高度経済成長とともに増加している^{2, 3)}。尿酸の産生過剰と排泄低下の両面で高尿酸血症が進むと、中性脂肪の増加、高血圧、糖尿病と相互に関連して動脈硬化、最終的に虚血性心疾患、脳血管障害の原因になる^{4, 5, 6)}。この痛風・高尿酸血症は慢性疾患であり、生活習慣病でもあり、食生活や運動習慣、肥満、飲酒、喫煙などの改善により予防可能な疾患である。

一方、生活習慣病の発症予防のためには、より若年期からの予防対策が必要であると指摘されている。平成10年の厚生省「国民栄養調査」では30歳代の男性の30%以上が肥満者（BMI \geq 25.0）で

あることが示されており¹⁾、肥満を中心とした若年男性の生活習慣病の増加が危惧されている。今回地域における若年男性の健康状態を明らかにする目的で、地域での若年男性からなる住民組織の消防団に注目し、その団員を対象とした健康診断と質問紙調査等を実施した。その結果、血清尿酸値の異常を示す者が25.8%と多く認められたため、高尿酸血症に焦点を当てて、その他の検査結果および生活習慣等との関連について解析した。

II. 研究方法

1. 対象

長野県M町消防団団員290名のうち平成10年10月4日の健康診断（血圧測定・血液検査）を受診し、かつ質問紙に回答した128名を対象とした。

対象者128名の年齢は、20～24歳11名（8.6%）、25～29歳57名（44.5%）、30～33歳60名（46.9%）であった。平均年齢は28.9（標準偏差3.2）歳であった。

2. 健康診断

解析に用いた健診項目は、尿酸（基準値 ≤ 7.0 mg/dl）、総コレステロール（ $150 \leq$ 基準値 ≤ 219 mg/dl）、中性脂肪（随時基準値 ≤ 240 mg/dl）、HDLコレステロール（ 40 mg/dl \leq 基準値）、血糖（随時基準値 ≤ 140 mg/dl）、ヘモグロビンA1c（ $4.3 \leq$ 基準値 $\leq 5.6\%$ ）、血清 γ -GTP（ $9 \leq$ 基準値 ≤ 75 IU/l）、血圧（収縮期血圧基準値 ≤ 139 mmHg、拡張期血圧基準値 ≤ 89 mmHg）である。血液および血清生化学検査の測定は各々の定法により行い、中性脂肪と血糖については随時採血による影響を考慮して検査機関が定めた基準値を用いた。

肥満については、身長と体重からBMIを算出し、健康への影響を考慮して肥満率 $\pm 10\%$ （ 19.8 kg/m² \leq 基準値 ≤ 24.2 kg/m²）を基準にして、 24.3 kg/m²以上を過体重として解析に用いた。

3. 質問紙調査

質問紙は自記式、記名式で平成10年9月の消防団の幹部会で配布し、分団ごとに団員に配られ、健診日に回収した。質問項目は、年齢、身長、体重、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、検査結果に対する関心について等である。

4. 解析方法

血液および血清生化学検査の有所見出現頻度、血圧、BMI、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、検査結果に対する関心について検討した。それぞれの項目と高尿酸血症との関連については χ^2 検定を行った。これらの項目全体と高尿酸血症との関連については多重ロジスティック回帰分析にて検討した。過体重と正常体重・やせの2群間での検査結果の平均値の比較は、t検定を用いて行った。統計パッケージソフトは、SPSS9.0Jを使用した。

III. 研究結果

血液および血清生化学検査の結果、高尿酸33名（25.8%）、高コレステロール11名（8.6%）、高中性脂肪32名（25.0%）、低HDLコレステロール5

名（3.9%）、高血糖7名（5.5%）、高ヘモグロビンA1c 7名（5.5%）、高 γ -GTP 10名（7.8%）であった。また、高血圧13名（10.2%）、過体重35名（27.3%）であった。

1. 血清尿酸

血清尿酸値が 7.0 mg/dl以下の者は95名（74.2%）（以下「正常尿酸群」という）であり、 7.1 mg/dl以上の者は33名（25.8%）（以下「高尿酸血症群」という）であった。高尿酸血症群のうち $7.1 \sim 7.5$ mg/dlは11名（8.6%）、 $7.6 \sim 8.0$ mg/dlは12名（9.4%）、 8.1 mg/dl以上は10名（7.8%）であった（表1）。

表1 年齢別血清尿酸

血清尿酸 (mg/dl)	年 齢			合 計
	20~24歳	25~29歳	30~33歳	
~6.0	1(9.0)	30(52.6)	23(38.3)	54(42.2)
6.1~6.5	2(18.2)	8(14.0)	10(16.7)	20(15.6)
6.6~7.0	3(27.3)	5(8.8)	13(21.7)	21(16.4)
7.1~7.5	2(18.2)	4(7.0)	5(8.3)	11(8.6)
7.6~8.0	0(0.0)	7(12.3)	5(8.3)	12(9.4)
8.1~	3(27.3)	3(5.3)	4(6.7)	10(7.8)
合 計	11(100.0)	57(100.0)	60(100.0)	128(100.0)

2. BMI

BMIが 19.8 kg/m²未満のやせは28名、 19.8 kg/m²以上 24.2 kg/m²以下の正常体重は65名、 24.3 kg/m²以上の過体重は35名（27.3%）であった（表2）。過体重者では高尿酸血症の頻度が42.9%であり、一方やせにおける高尿酸血症の頻度は7.1%であ

表2 BMIと血清尿酸

血清尿酸 (mg/dl)	BMI (kg/m ²)			合 計
	~19.7	19.8~24.2	24.3~	
~7.0	26(92.9)	49(75.4)	20(57.1)	95(74.2)
7.1~	2(7.1)	16(24.6)	15(42.9)	33(25.8)
合 計	28(100.0)	65(100.0)	35(100.0)	128(100.0)

($p < 0.01$)

り、有意差が認められた ($p < 0.01$)。

3. 運動習慣

余暇の過ごし方で、「よく動く（身体を動かすことが多い）」は58名、「どちらでもない」は33名、「動かない（じっとしていることが多い）」は34名であった（表3）。「よく動く」における高尿酸血症の頻度は25.9%、「動かない」における高尿酸血症の頻度では17.6%であり、「よく動く」者の方で高尿酸血症が多い傾向がみられるが、有意差はみられなかった。

表3 運動習慣と血清尿酸 名 (%)

血清尿酸 (mg/dℓ)	運動習慣			合計
	よく動く	どちらでもない	動かない	
~7.0	43(74.1)	23(69.7)	28(82.4)	94(75.2)
7.1~	15(25.9)	10(30.3)	6(17.6)	31(24.8)
合計	58(100.0)	33(100.0)	34(100.0)	125(100.0)

4. 飲酒習慣

飲酒習慣で「飲まない」は22名、「1~2回/週」は43名、「3~4回/週」は20名、「毎日飲む」は42名であった（表4）。「飲まない」における高尿酸血症の頻度は18.2%、「1~2回/週」における高尿酸血症の頻度は23.3%、「3~4回/週」における高尿酸血症の頻度は40.0%、「毎日飲む」における高尿酸血症の頻度は23.8%であり、飲酒者の方が高尿酸血症が多い傾向はみられたが、有意差はみられなかった。

表4 飲酒習慣と血清尿酸 名 (%)

血清尿酸 (mg/dℓ)	飲酒習慣			合計
	飲まない	1~2回/W	3~4回/W	
~7.0	18(81.8)	33(76.7)	12(60.0)	32(76.2)
7.1~	4(18.2)	10(23.3)	8(40.0)	10(23.8)
合計	22(100.0)	43(100.0)	20(100.0)	42(100.0)

5. 喫煙習慣

たばこを「吸わない」は45名、「吸う」は82名であった（表5）。「吸わない」における高尿酸血

症の頻度は20.0%、「吸う」における高尿酸血症の頻度では29.3%であり、有意差はみられなかった。

表5 喫煙習慣と血清尿酸 名 (%)

血清尿酸 (mg/dℓ)	喫煙習慣		合計
	吸わない	吸う	
~7.0	36(80.0)	58(70.7)	94(74.0)
7.1~	9(20.0)	24(29.3)	33(26.0)
合計	45(100.0)	82(100.0)	127(100.0)

6. 生活習慣要因の多重ロジスティック回帰分析

BMI, 運動習慣, 飲酒習慣, 喫煙習慣の各要因と高尿酸血症との関連を、多重ロジスティック回帰分析した結果では、高尿酸血症は過体重と有意な関連が認められた（オッズ比 2.81, 95%信頼区間 1.43-5.55, $p < 0.01$ ）（表6）。

表6 生活習慣要因の多重ロジスティック回帰分析

	オッズ比	95%信頼区間	p値
BMI	2.81	1.43-5.55	$p=0.003$
運動習慣	0.96	0.56-1.64	$p=0.876$
飲酒習慣	1.14	0.77-1.68	$p=0.520$
喫煙習慣	1.77	0.68-4.64	$p=0.244$

7. 過体重と血液データの平均値

過体重（35名）と正常体重・やせ（93名）との2群間で血液データの平均値を比較したところ、

表7 肥満度別血液データの平均値±標準偏差

	過体重群 (n=35)	正常体重群 (n=93)	p値
尿酸 (mg/dℓ)	6.9±1.1	6.1±1.2	$p=0.002$
総コレステロール (mg/dℓ)	190.6±38.8	171.1±26.1	$p=0.001$
中性脂肪 (mg/dℓ)	248.0±95.9	166.9±121.4	$p=0.001$
HDLコレステロール (mg/dℓ)	53.2±11.2	62.9±14.7	$p=0.001$
血糖 (mg/dℓ)	106.5±13.8	108.7±19.5	$p=0.539$
ヘモグロビンA1c (%)	5.2±0.2	5.2±0.3	$p=0.678$
γ-GTP (IU/ℓ)	53.6±48.3	30.9±24.4	$p=0.001$
収縮期血圧 (mmHg)	125.8±12.4	119.6±12.4	$p=0.013$
拡張期血圧 (mmHg)	79.3±9.3	74.0±8.8	$p=0.004$

過体重者では、尿酸 ($p<0.01$)、総コレステロール ($p<0.001$)、中性脂肪 ($p<0.001$)、 γ -GTP ($p<0.001$)、収縮期血圧 ($p<0.05$)、拡張期血圧 ($p<0.01$) が有意に高く、HDL コレステロール ($p<0.001$) は有意に低かった (表7)。

8. 血液および血清生化学検査, 血圧, 過体重における異常項目の数

高脂血症, 耐糖能異常, 高血圧, 過体重の4項目における異常検査項目数と高尿酸血症との関連について検討した結果, 4項目とも異常がない者では高尿酸血症は19.7%であったのに対し, 2項目以上に異常が認められた者では高尿酸血症は42.9% (オッズ比3.06, 95%信頼区間 1.15-8.15, $p<0.05$) であり, 有意に多かった。異常項目数が多い者ほど高尿酸血症も多くなる傾向がみられた ($p<0.05$) (表8)。

高尿酸血症群における異常項目数とその組み合わせをみると, 1項目の場合は, 高脂血症4名, 過体重3名, 耐糖能異常1名, 高血圧1名であった。2項目の場合は, 「過体重+高脂血症」8名, 「過体重+高血圧」1名であった。3項目の場合は, 「過体重+高脂血症+高血圧」3名であった。

表8 検査結果の異常項目数と高尿酸血症

異常項目数	対象者数	高尿酸血症	オッズ比	95%信頼区間	p値
なし	61	12(19.7%)	1.00	—	—
1項目	39	9(23.1%)	1.23	0.46-3.25	$p=0.88$
2項目以上	28	12(42.9%)	3.06	1.15-8.15	$p=0.04$

9. 検査結果に対する関心

毎年自分の血液検査結果をみることに「関心がある」は93名, 「関心がない」は32名であった (表9)。検査結果に対する「関心がある」者では高尿酸血症は19.4%であったのに対し, 「関心がない」者では高尿酸血症が40.6%認められ, 有意差がみられた ($p<0.05$)。

表9 検査結果に対する関心と血清尿酸

血清尿酸 (mg/dℓ)	関心		合計
	ある	ない	
~7.0	75(80.6)	19(59.4)	94(75.2)
7.1~	18(19.4)	13(40.6)	31(24.8)
合計	93(100.0)	32(100.0)	125(100.0)

($P<0.05$)

IV. 考 察

本研究で著者らは, 若年期からの生活習慣病予防対策の一環として, 若年男性の健康状態を明らかにする目的で, ある地域の消防団団員を対象に健康診断と質問紙調査等を実施した。その結果, 血清尿酸値の異常を示す者が25.8%認められ, 4人に1人が高尿酸血症であった。過体重も27.3%にみられた。その他にも高中性脂肪が25.0%に認められたが, これは今回の検査が空腹時検査ではなかった影響も考えられる。山中らは, 1993年度人間ドック受診者の男性の24.1%に高尿酸血症が認められたと報告している⁷⁾。今回の対象者は20~33歳の若年男性であったが, 7.1mg/dℓ以上の高尿酸血症が25.8%に認められ, 7.6mg/dℓ以上の高尿酸血症も17.2%あった。このような若年男性においても高尿酸血症など生活習慣病が現れており注意を要する。

高尿酸血症群ではBMI 24.3kg/m²以上の過体重の頻度が有意に高く, BMIが増加するほど高尿酸血症の頻度が高くなる傾向が認められた。そして多重ロジスティック回帰分析した結果でも, 高尿酸血症は過体重と有意な関連が認められた (オッズ比2.81, 95%信頼区間 1.43-5.55)。このように本研究では, 高尿酸血症はBMIとの間に有意な関連が示された。山崎も20歳からのBMI増加と尿酸の有所見出現率との間に有意な関連が認められたことを報告している⁸⁾。一方海外においても, Bonoraらは, 若年男性の高尿酸と強い関連がみられたのは, BMI, ウエストヒップ比

(WHR), 中性脂肪であったと述べている⁹⁾。また, Loenen らは, 65-79歳のオランダ老人男性の場合でも高尿酸の関連要因はBMIと飲酒であったと報告している¹⁰⁾。

本研究では, 過体重が27.3%に認められたが, 過体重者では, 尿酸, 総コレステロール, 中性脂肪, γ -GTP, 収縮期血圧, 拡張期血圧の平均値が正常体重・やせの者と比べて有意に高く, HDLコレステロールは有意に低い結果が得られた。この結果から, 過体重・肥満は, 若年男性においても高尿酸血症や他の生活習慣病の危険因子として存在することが認められた。また一方, 高脂血症, 耐糖能異常, 高血圧, 過体重の4項目のいずれかでも異常を示した者を検査異常者としてその異常項目数と高尿酸との関連について検討した結果, 異常項目数が多い者ほど高尿酸血症も多くなる傾向がみられた。この結果から高尿酸血症群は, 尿酸以外にも複数の項目について異常が合併している傾向が明らかで, 異常項目の組み合わせでは, 高尿酸血症に過体重と高脂血症を併せ持ったものがほとんどであり, 3項目以上の場合にはさらに高血圧を合併していた。

1988年 Reaven は, インスリン抵抗性を基盤に高インスリン血症, 耐糖能異常, 高VLDLトリグリセライド血症, 低HDLコレステロール血症, 高血圧を併せ持つ病態を syndrome X という名前で提唱し, 動脈硬化性疾患, 特に虚血性心疾患の基盤として重要であることを示した¹¹⁾。その後同様の病態概念として, 死の四重奏 (deadly quartet)¹²⁾, インスリン抵抗性症候群¹³⁾, syndrome X plus¹⁴⁾, 内臓脂肪症候群¹⁵⁾などが提唱されている。syndrome X plusは, syndrome Xに上半身肥満, 高尿酸血症, 活動性低下, 加齢が危険因子として加わった病態概念である。これらは肥満を基盤にした共通の病態として知られている。さらに松澤は, これらマルチプルリスクを有する群ではリスクファクターを持たない群に比べて動

脈硬化性疾患の発症危険率が高く, マルチプルリスクファクター症候群と呼んでいる¹⁵⁾。今■の結果でも高尿酸血症は過体重と有意に関連し, 高脂血症, 耐糖能異常, 高血圧の異常を併せ持つ人に高尿酸血症が多く認められ, 松本の報告と同様に高尿酸血症とマルチプルリスクファクター症候群の関与が示唆された¹⁵⁾。このように, 本研究の結果では, 高尿酸血症もそのバックグラウンドとして過体重・肥満を中心としたマルチプルリスクファクター症候群が存在していることが推測され, 20歳代であっても注意を要することを示している。

運動習慣については, 高尿酸血症群では運動習慣がある者の頻度が高く, 運動習慣がない者の頻度が低い傾向がみられたが, 有意差はなかった。本研究の対象者は消防団団員であるため, 全体的に消防訓練などで身体を動かす機会が多い特性を有している集団であることも影響していると考えられる。また, 今■高尿酸血症が高頻度に認められた一つの理由として, 山中らが報告している運動による高尿酸血症¹⁷⁾である可能性もあり, 生活習慣としての運動習慣と同時に, この点についても今後検討したいと考える。

アルコール摂取量と血清尿酸値との関連は, これまでも多くの研究で指摘されている¹⁸⁾。本研究でも, 飲酒者では高尿酸血症の頻度が高い傾向がみられた。消防団では訓練の後で飲酒する機会が多いことから, 対象者に対する適量飲酒学習の実施と共に今後の測定値の推移に注意する必要がある。

喫煙習慣については, 高尿酸血症・痛風の受診歴のある者では喫煙者率が高いという作■らの報告があるが^{19, 20, 21)}, 今■の研究でも高尿酸血症群の方が喫煙習慣のある者の頻度が正常尿酸群よりも高い傾向はみられた。また作■らは, 喫煙は動脈硬化を促進するため, 高血圧, 肥満, 高コレステロール血症, 高血糖, 高尿酸血症など動脈硬化のリスクを有する者は禁煙指導の対象になるとし

ており、今後の禁煙学習の参考にしたいと考える¹⁹⁾。

なお、今回の調査では食習慣、栄養、ストレスなどの生活習慣要因については検討していないので、今後これらの項目を追加し、さらに対象を増やした調査分析が必要と考える。

検査結果に対する関心について、関心がない人が25.6%あり、そのような人たちでは高尿酸血症が40.6%認められた。一方、検査結果を見るのに関心がある人では高尿酸血症は19.4%であり、有意差が認められた。検査結果に対する関心は、日頃からの自己の健康についての関心を示しているものと推測され、日常的な健康・生活習慣に対しての注意が大切なことを示唆していると言える。今回対象としたような20歳代や30歳代前半の男性では、健康についての関心がまだ低い可能性があるが、本研究の結果が示しているように、この年代であってもマルチプルリスクファクター症候群に対する注意が必要であり、このような若年男性に対する学習会の実施にあたって留意すべき点と考える。また、健康診断を受診した後で、さらに結果説明会にも参加する者は約60%であり、今後の説明会や学習会の内容および開催方法や個別的な支援について検討する必要がある。

今回の研究結果から、若年男性においても高尿酸血症や過体重・肥満が高頻度に認められ、その背景として過体重・肥満を基盤にしたマルチプルリスクファクター症候群が存在していることが考えられた。若年男性では健康に関する関心がまだ低い可能性があるが、若年期からの生活習慣病予防のために生活習慣全体の是正をめざした食事・運動習慣等に関する学習会や適切な生活習慣が継続できるような個別的な支援の展開などの地域保健活動が必要である。今後は、一人でも多くの方の意識変容と生活習慣の改善を促すように働きかける地域保健活動の展開を重要課題にしたいと考える²²⁾。

V. 結 語

若年期からの生活習慣病予防対策の必要性が認識されるなかで、若年男性の健康状態を明らかにする目的で、地域消防団の職員128名(20~33歳、平均28.9歳)を対象に健康診断と質問紙調査等を実施した。

その結果、血清尿酸値が7.1mg/dl以上の高尿酸血症は25.8%、BMI 24.3kg/m²以上の過体重が27.3%にみられた。高尿酸血症群では過体重の頻度が有意に高かった(p<0.01)。運動習慣のある者、飲酒習慣のある者、喫煙習慣のある者では、有意差はみられなかったが高尿酸血症が多い傾向があった。これらの生活習慣要因を多重ロジスティック回帰分析した結果でも、高尿酸血症は過体重と有意な関連が認められた(オッズ比 2.81, 95%信頼区間 1.43-5.55, p<0.01)。また過体重者では、尿酸、総コレステロール、中性脂肪、γ-GTP、収縮期血圧、拡張期血圧の平均値が正常体重者と比べて有意に高く、HDLコレステロールは有意に低い結果が得られた。高脂血症、耐糖能異常、高血圧、過体重の4項目における異常項目数と血清尿酸との関連について検討した結果では、異常項目が多い者では高尿酸血症も多い傾向がみられた(p<0.05)。検査結果に対する関心がない者では高尿酸血症が多く認められた(p<0.05)。今回の結果、若年男性においても高尿酸血症や過体重の頻度が高く認められ、高尿酸血症は過体重と有意な相関があり、マルチプルリスクファクター症候群の関与が考えられた。

これらの結果から、このような若年男性に対する生活習慣病予防のための学習会や個別支援を展開することは、重要な地域保健活動といえる。

謝 辞

本研究に多大なるご協力をいただきました、長野県M町消防団ならびにM町役場住民課の保健婦の皆様方に深謝いたします。

要 約

若年男性の健康状態を明らかにする目的で、地域消防団の団員128名（20～33歳，平均28.9歳）を対象に健康診断と質問紙調査等を実施した。血清尿酸値7.1mg/dℓ以上の高尿酸血症が25.8%，BMI 24.3kg/m²以上の過体重が27.3%にみられた。高尿酸血症群では過体重が多かった（ $p < 0.01$ ）。多重ロジスティック回帰分析でも，高尿酸血症は過体重と有意な関連が認められた（オッズ比 2.81，95%信頼区間 1.43–5.55， $p < 0.01$ ）。また過体重者では，尿酸，総コレステロール，中性脂肪， γ -GTP，収縮期血圧，拡張期血圧の平均値が正常体重者と比べて有意に高く，HDLコレステロールは有意に低い結果が得られた。高尿酸血症群では，高脂血症，耐糖能異常，高血圧，過体重の4項目における異常項目数も多い傾向があった（ $p < 0.05$ ）。検査結果に対する関心がない者では高尿酸血症が多く認められた（ $p < 0.05$ ）。今回の結果，若年男性においても高尿酸血症や過体重の頻度が高く認められ，高尿酸血症は過体重と有意な相関があり，マルチプルリスクファクター症候群の関与が考えられた。このような若年男性に対する生活習慣病予防のための学習会や個別支援を展開することは，重要な地域保健活動といえる。

Abstract

It has been recognized that preventive measures against lifestyle-related diseases are necessary from youth. To investigate health conditions and their relation to lifestyles in young males, 128 males aged 20–33 (mean ; 28.9) belonging to a community fire brigade were given health examinations and self-administered questionnaires. Hyperuricemia (serum uric acid $\geq 7.1\text{mg/dℓ}$) was found in 25.8% of them, and overweight (BMI $\geq 24.3\text{ kg/m}^2$) in 27.3%. The Hyperuricemia was significantly associated with overweight ($p < 0.01$), and tended to be frequently observed in persons with physical activity, drinking and smoking habits. Multiple logistic regression analysis revealed that overweight was independently correlated with hyperuricemia (OR 2.81, 95%CI 1.43–5.55, $p < 0.01$). Overweight persons had higher uric acid, total cholesterol, triglyceride, γ -GTP, blood pressure, and lower HDL-cholesterol than those with normal or lower weight. Fire brigade members with hyperuricemia were likely to have hyperlipidemia, glucose intolerance, hypertension, and overweight as well ($p < 0.05$). Hyperuricemia was encountered in 40.6% of persons with little concern about their own health examination results, against 19.4% in those with such concern ($p < 0.05$). The present findings suggest that attention should be paid to lifestyle-related diseases or multiple risk factor clustering syndrome in young males, and that it is important to take preventive measures against such diseases in young males as a community health service.

文 献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向，47 (9)，95–100，財団法人厚生統計協会，東京，2000
- 2) Nakamura, T. Tanaka, T. et al. : Epidemiology of hyperuricemia and gout in Japan, *Asian Med J*, 37, 658–664, 1994
- 3) 藤森 新, 伊藤 洋, 他 : 高尿酸血症・痛風の疫学と背景因子—高尿酸血症・痛風は増え続けているか—, *プリン・ピリミジン代謝*, 19,

- 123-133, 1995
- 4) Zimmet, P. Z. : Challenge in diabetes epidemiology from west to rest, *Diabetes Care*, 15(2), 232-252, 1992
- 5) Matsuzawa, Y. Shimomura, I. et al. : Pathophysiology and pathogenesis of visceral fat obesity, *Diabetes Res Clin Pract*, 24, 111-116, 1994
- 6) 松本美富士 : 高尿酸血症と肥満, *Modern Physician*, 16, 463-466, 1996
- 7) 山中 寿, 作山理子, 他 : 女性, 若年者における痛風-最近の傾向-, 高尿酸血症と痛風, 2, 23-29, 1994
- 8) 山崎富浩 : 若年男性を中心とした職域集団における生活習慣, 作業姿勢, および職種がBMI変化割合に与える影響, *日本公衛誌*, 42(12), 1042-1052, 1995
- 9) Bonora, E. Targher, G. et al. : Relationship of uric acid concentration to cardiovascular risk factors in young men. Role of obesity and central fat distribution. The Verona Young Men Atherosclerosis Risk Factors Study, *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 20(11), 975-980, 1996
- 10) Loenen, H. M. Eshuis, H. et al. : Serum uric acid correlates in elderly men and women with special reference to body composition and dietary intake (Dutch Nutrition Surveillance System), *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(12), 1297-1303, 1990
- 11) Reaven, G.M. : Role of insulin resistance in human diseases, *Diabetes*, 37, 1595-1607, 1988
- 12) Kaplan, N. M. : The deadly quartet, *Arch Intern Med*, 149, 1514-1520, 1989
- 13) DeFronzo, R. A. : Insulin resistance syndrome, *Diabetes Care*, 14, 173-194, 1991
- 14) Fujioka, S. Matsuzawa, Y. et al. : Contribution of intra-abdominal fat accumulation to the impairment of glucose and lipid metabolism, *Metabolism*, 36, 54-59, 1987
- 15) 松澤佑次 : 動脈硬化の新しい危険因子, *臨床成人病*, 30(2), 161-167, 2000
- 16) 松本美富士 : 痛風と Syndrome X の関連性, *臨床成人病*, 26(12), 1736-1741, 1996
- 17) Yamanaka, H. Kawagoe, Y. et al. : Accelerated purine nucleotide degradation by anaerobic but not by aerobic ergometer muscle exercise, *Metabolism*, 41, 364-369, 1992
- 18) 山中 寿 : 高尿酸血症, *JIM*, 6, 344-346, 1996
- 19) 作田英成, 山岸幸子, 他 : 健康障害因子としての喫煙 : 血圧, 肝機能, 血清脂質および血清尿酸値との関連, *防衛衛生*, 42(11), 459-464, 1995
- 20) 作田英成, 山岸幸子, 他 : 喫煙・飲酒習慣および肥満と隊員の健康 : 問診表の集計結果の分析, *防衛衛生*, 42(11), 465-472, 1995
- 21) 作田英成, 小澤広太郎, 他 : 青森駐屯地における成人病検診の現状 : 検診項目の選択, 検診の問題点および事後管理, *防衛衛生*, 42(11), 473-484, 1995
- 22) 小笹晃太郎, 東あかね, 他 : 喫煙, 飲酒, 食習慣, および運動習慣の保健行動モデル特性, *日本公衛誌*, 42(12), 1029-1041, 1995

〔平成13年8月24日受付〕
〔平成13年11月18日採査決定〕

日本健康科学学会 2002 シンポジウムのご案内

日本健康科学学会

会長 信川 益明

この度、日本健康科学学会では、2002 シンポジウムを下記のように開催いたします。

シンポジウムⅠ「保健・医療・福祉情報の共有と活用 ―より質の高いサービスを提供するために―」は、住民の望む保健・医療・福祉情報とその活用の状況を踏まえて、より質の高いサービスを提供するために、保健・医療・福祉情報の共有と活用のための連携体制を具体的にどのように構築していくか、このシステムを活用するための環境整備などについて発表および討議いただきます。

シンポジウムⅡ「保健・医療における保健機能食品等の活用」は、シンポジウムⅠ「保健・医療・福祉情報の共有と活用―より質の高いサービスを提供するために―」を受けて、保健・医療の連携体制づくりと活用として、保健機能食品等の活用に焦点をあて、食品の分類と表示、機能性、健康補助食品の利用方法、注意点を踏まえ、健康維持や食事療法にどのようにとり入れていくか、指導者の養成、医療経済効果などの課題について発表および討議いただきます。

本シンポジウムは、日本病院管理学会第 203 回例会、厚生科学研究「研究成果発表会（一般向け）」を兼ねて行われます。

プログラムをご参照の上、是非ともご参加下さいますようお願い申し上げます。

日 時：平成14年3月8日（金） 9:50～17:00

場 所：ホテルグランドヒル市ヶ谷 新館3階 瑠璃（東・中）の間（椅子席360名）

JR総武線・地下鉄有楽町線・南北線・新宿線「市ヶ谷駅」より徒歩3分

〒162-0845 新宿区市谷本村町 4-1 TEL:03-3268-0111

主 催：日本健康科学学会（組織委員長：信川益明会長）

共 催：日本病院管理学会、財団法人日本健康・栄養食品協会、財団法人長寿科学振興財団

協 賛：日本健康・栄養システム学会、日本救急医学会、日本医療情報学会、日本プライマリ・ケア学会

日本公衆衛生学会、社団法人病院管理研究協会、日本診療情報管理士協会、社団法人日本栄養士会

社団法人日本作業療法士協会、社団法人日本病院会、東京都病院協会、社団法人東京都医師会

社団法人武蔵野市医師会、社団法人三鷹市医師会、社団法人調布市医師会

社団法人府中市医師会、社団法人小金井市医師会、社団法人狛江市医師会

単位取得：日本医師会生涯教育制度の学術集会の認定（日本医師会員には参加シールを交付）

参加費用：・日本健康科学学会会員 2,000円

・共催・協賛団体の会員 3,000円（シンポジウム特集号代を含む）

・一般 4,000円（シンポジウム特集号代を含む）

・学生 1,000円（シンポジウム特集号代は別）

シンポジウム特集号代：2,000円（日本健康科学学会誌 Health Sciences 第18巻1号）

懇親会費：3,000円（新館3階 瑠璃（西））

申込方法：事前申し込みが必要です。

申し込み順に受け付けし、定員になり次第締め切らせていただきます。

シンポジウム事務局に申込用紙を請求し、必要事項をご記入のうえ FAX でお申し込み下さい。

問合せ先：参加申し込みについて

日本健康科学学会 2002 シンポジウム事務局

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3 株式会社へるす出版事業部内

TEL:03-3384-8037、FAX:03-3380-8627、E-mail health-sci@herusu-shuppan.co.jp

ますます増大する看護婦の 役割と責任を多角的に検討

日本の医療・看護に大きな影響を与えてきた
米国の看護婦制度の歴史的展開と、
看護婦が関与した医療過誤判例を
詳細に検討。在宅ケアやターミナル・
ケアなど、今後さらに拡大・深化するで
あろう我が国の看護婦の役割と法的責任に
関する議論に、基本的な視座を提供する。

アメリカにおける 医療過誤と 看護婦の責任

良村貞子 [旭川医科大学教授]

A5判・320頁・6000円

◆目次

- 第1章 看護婦実務法の発展
- 第2章 病院の形成過程と看護婦の雇用形態
- 第3章 看護婦の過失に関する判例の変遷
- 第4章 看護行為と医師の指示
- 第5章 専門看護婦と医療過誤
- 第6章 看護婦の法的責任の変遷——まとめにかえて——

●資料1

ニュー・ハンブシャ州登録看護婦・実務看護婦法

●資料2

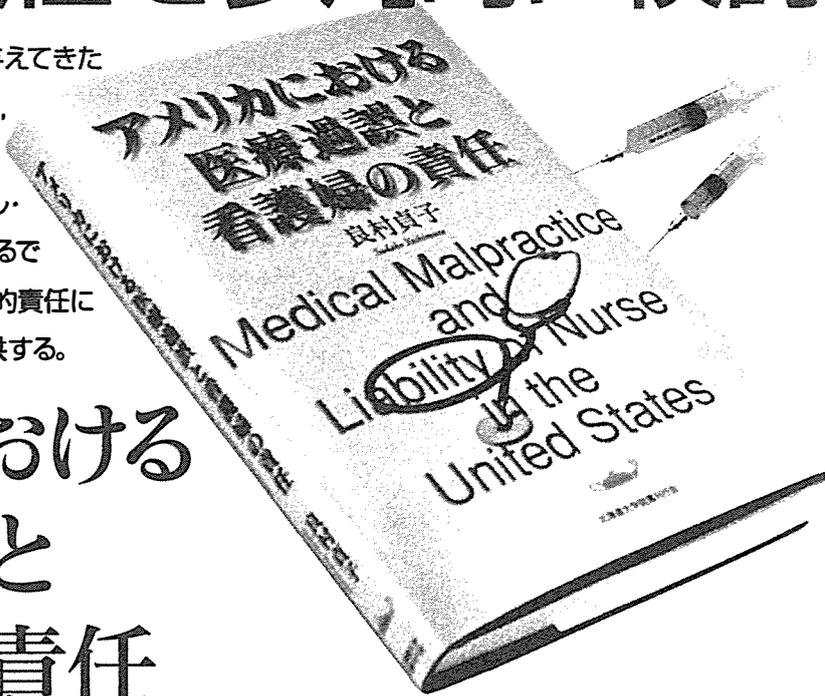
ウイスコンシン州登録看護婦および有資格実務看護婦の業務基準

●資料3

ウイスコンシン州高等プラクティス・ナース薬剤処方者の認定基準

●資料4

ウイスコンシン州有資格看護婦—助産婦法



産業医制度の研究

保原喜志夫 編著 A5判・396頁・5000円

年金保険の基本構造—アメリカ社会保障制度の展開と自由の理念—
菊池 馨実 著 A5判・566頁・8500円

医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究—
倉田 聡 著 A5判・384頁・7000円

医療保険と年金保険—フランス社会保障制度における自律と平等—
加藤 智章 著 A5判・474頁・8000円

壊血病とビタミンCの歴史—「権威主義」と「思いこみ」の科学史—
K. J. カーベントナー 著/北村二郎・川上倫子 訳 四六判・396頁・2800円

21世紀・新しい「いのち」像—現代科学・技術とのかかわり—
馬渡峻輔・木村 純 編著 四六判・292頁・1800円

今日の輸血

関口定美 監修/霧山龍志 著 四六判・168頁・1500円

輸血学—理論と展望—

池田久實 監修/霧山龍志 編 B5判・296頁・12000円

日本における作業療法教育の歴史

鈴木 明子 著 A5判・320頁・4000円

適応のしくみ—寒さの生理学—

伊藤 真次 著 四六判・264頁・1400円

増補版 エキノコックス—その正体と対策—

山下次郎 著/神谷正男 増補 四六判・292頁・2800円

食中毒の話

飯田 広夫 著 四六判・166頁・1000円 〈価格は消費税別〉



北海道大学図書刊行会

〒060-0809 札幌市北区北9条西8丁目 北海道大学構内 振替02730-1-17011
電話 011(747)2308 FAX 011(736)8605 <http://www.hup.gr.jp/>

第966回
運営審議会の概要

(平成13年10月15日)

第966回運営審議会は、平成13年10月15日(月)に開催され、次のような審議がありました。

- 「データベースに関して新たに提案されている知的所有権 (*sui generis right*) についての見解」(声明)(案)について

情報学研究連絡委員会学術データ情報専門委員会委員長からの提案があり、タイトル及び結論を修正の上、総会へ提案することを了承しました。

第967回
運営審議会の概要

(平成13年10月16日)

第967回運営審議会は、平成13年10月16日(火)に開催され、次のような審議がありました。

- 総会2日目以降の日程について

原案のとおり了承しました。

第968回
運営審議会の概要

(平成13年10月17日)

第968回運営審議会は、平成13年10月17日(水)に開催され、次のような審議がありました。

- 1 広報協力学術団体の指定について

次の団体を指定することを了承しました。

- ・日本国際観光学会
- ・海洋深層水利用研究会

- 2 学術刊行物の審査について

広報委員会の意見のとおり了承しました。

- 3 地球環境・人間生活にかかわる農業及び森林の多面的な機能の評価について

会長からの提案により、農業・森林の多面的機能に関する特別委員会の審議結果に基づき、農林水産大臣に対し答申することを了承しました。

第969回
運営審議会の概要
(平成13年11月26日)

第969回運営審議会は、平成13年11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。

- ・価値観の転換と新しいライフスタイル特別委員会報告「価値観の転換と新しいライフスタイルの確立に向けて」

2 平成13年度代表派遣の変更等について

- (1) カナダ国際法学会第30回年次大会(10月26日～10月28日→10月18日～10月20日、オタワ/カナダ)
- (2) 第9回アジア・オセアニア生化学者・分子生物学者連

合総会→アジア・オセアニア生化学者・分子生物学者連合評議員会特別委員会(11月5日～9日→11月10日～11月11日、ラホール/パキスタン→シンガポール)

- (3) 第14回国際社会防衛会議(11月22日～24日→平成14年3月予定、アブレス/ポルトガル)
- (4) 国際医学団体協議会(CIOMS)(12月12日～14日→平成14年2月27日～3月1日、ジュネーブ/スイス)
- (5) 第7回ユーラシア国際化学会議(11月10日～13日→平成14年3月9日～3月12日、カラチ/パキスタン)

3 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、化学研究連絡委員会物理化学専門委員会委員長、物理学研究連絡委員会物性物理専門委員会委員長、核科学総合研究連絡委員会委員長、生化学研究連絡委員会委員長及び海洋科学研究連絡委員会委員長の審議結果に基づき、委員候補者を推薦することを了承しました。

**第970回
運営審議会の概要**
(平成13年12月17日)

第970回運営審議会は、平成13年12月17日(月)に開催され、次のような審議がありました。

1 平成13年度代表派遣について
(平成14年3月分・追加分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) アメリカ国際法学会年次大会(3月13日～16日、ワシントンD.C./アメリカ合衆国)
- (2) 第23回気候変動国際会議協同研究計画のための合同科学委員会(3月18日～23日、ホバート/オーストラリア)
- (3) COSPAR(宇宙空間研究連絡委員会)役員会(3月21日～22日、パリ/フランス)
- (4) 国際関係学会(ISA)2002年次研究大会(3月24日～28日、ニューオリンズ/アメリカ合衆国)
- (5) アメリカ広告学会(3月25日～4月5日、ジャクソンビル/アメリカ合衆国)
- (6) 国際法協会第70回総会(4月2日～8日、ニューデリー/インド)
- (7) 平和問題に関する国際会議(12月27日～29日、ジャイバル/インド)
- (8) 化学における国際協力会議(1月5日～5日、ダッカ/バングラディシュ)
- (9) 第10回植物・動物・微生物ゲノム国際会議(1月12日～16日、サンディエゴ/アメリカ合衆国)
- (10) モンベルラン協会特別アジア地区会議(1月27日～30日、ゴア/インド)
- (11) ドイツ軍事史研究所主催コロキウム「戦争と社会(1939～45)」(2月15日～17日、ポツダム/ドイツ)
- (12) 国際純正応用物理学連合物理学における女性に関する国際会議(3月7日～9日、パリ/フランス)
- (13) 国際ビジネス応用研究会議(3月14日～19日、プエルト・バヤルタ/メキシコ)
- (14) 第3回幹細胞(生物学とテクノロジー)に関する会議(3月21日～23日、ロックヒル/アメリカ合衆国)
- (15) 日韓統計学会連絡会(平成14年3月下旬、ソウル/韓国)
- (16) イギリス実験生物学会大会2002(4月8日～10日、スワンジー/連合王国)

2 平成13年度代表派遣の変更等について

- (1) 第14回国際社会防衛会議(平成14年3月予定、アゼレス/ポルトガル)→派遣計画の取消し
- (2) アメリカ・アジア学会(平成14年3月予定、未定/アメリカ合衆国)→派遣計画の取消し

3 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

- (1) 人間工学啓発のための講演会
日時：平成14年1月18日
場所：学士会館203号室
- (2) 平成13年度衝撃波シンポジウム
日時：平成14年3月14日～16日
場所：独立行政法人 産業技術総合研究所つくばセンター共用講堂
- (3) 日本リウマチ対策開始50周年記念・リウマチ制圧10周年対策国際会議
日時：平成14年4月17日～19日
場所：ホテルオークラ、サンケイプラザ

■本看護研究学会雑誌投稿規程

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。

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 内布 敦子 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回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、毎回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規程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，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作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。

この規程は，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■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2.5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、■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。

この規程は、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。

事務局便り

1. 平成13年度も残り少なくなりました。

平成13年度会費をお納めいただき、平成14年度より「退会」お申出のない会員の方に、学会誌25巻1号をお送り致します。

平成14年度会費納入の未だの方は、お早めに下記の納入方法でお振込下さい。

2. 会費納入方法

記

会 費 7,000円
支払い方法 郵便振込
■ 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。

3. 送付先変更の場合は、お早めに会費振込用紙の通信欄、又は葉書、FAX(043-221-2332)で新しい送付先をお知らせ下さい。楷書でお書き頂き、難しい呼び名の場合には、ふりがなを付記して下さい。

4. 下記の方が住所不明です。ご存じの方は、本人、又は事務局までご連絡をお願い致します。

あ-273 雨宮雅美 お-325 荻野夏子 お-335 小川尚子 お-513 岡藤 忍
お-548 奥山貴弘 こ-250 上瀧清美 こ-309 今野理恵 さ-402 佐藤 晶
た-052 田口ヨウ子 て-041 出口禎子 な-290 中島かおり ま-196 前原美紀子
み-194 宮地由紀 み-244 宮田久美子 ゆ-013 幸松美智子 わ-094 和田加奈子

事務所の開所曜日と開所時間の変更について

平成13年4月1日より下記のように変更になりましたので、ご注意ください。
尚、下記開所日時以外のお問い合わせにつきましては、留守番電話、又は、FAXにてお願いいたします。

記

開所曜日 月・火・木・金 電 話 043-221-2331
開所時間 9:00~15:00 F A X 043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第25巻 1号

平成14年2月20日 印刷

平成14年3月20日 発行

会員無料配布

編集委員

委員長 内布 敦子(理事) 兵庫県立看護大学
副委員長 玄田 公子(理事) 神戸市看護大学
委員 深井喜代子(理事) 岡山大学医学部保健学科
東 玲子(評議員) 山口大学医学部保健学科
成田 伸(評議員) 広島大学医学部保健学科
平河 勝美(評議員) 神戸市看護大学
川口 孝泰(会 員) 兵庫県立看護大学
横手 芳恵(会 員) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科
若村 智子(会 員) 兵庫県立看護大学

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

川 村 佐和子

印刷所

(株) 正文社
〒260-0001 千葉市中央区郡町1-10-6
☎ 043-233-2235
FAX 043-231-5562

(アイウエオ順)

ケーススタディ精神看護診断ガイド

—事例を中心とした看護過程展開の実際—

県立長崎シーボルト大学看護栄養学部教授 岩瀬 信夫
日本赤十字広島看護大学教授 柴田 恭亮 編集
鹿児島大学医学部保健学科教授 堤 由美子

B5判 250頁 2,500円

★精神看護診断の考え方の基本となる活動、認知、生活、情動、対人関係、知覚、生理的、価値の8つのプロセスを解説しています。これらを基に、精神分裂病患者の急性期、回復期、退院、また気分障害、摂食障害、痴呆の患者を状態別にした16事例で看護過程を展開しています。

◆看護モデルを事例にあわせて、オレム-アンダーウッドのセルフケア理論、精神看護に関する人間の反応パターン(PND-IV-R)、NANDAのユニタリーパーソンフレームワークを単独で、または組み合わせて使いアセスメント、ケアプランをしています。

◆付録に精神看護に関する人間の反応パターン(PND-IV-R)、NANDAの最新の看護診断分類の一覧表を掲載しています。



目 次

I. 看護過程と精神看護診断

第1章 看護過程の中の精神看護診断

第2章 精神看護診断の基本

活動・認知・生活・情動・対人関係・知覚・生理的・価値プロセス

第3章 情報開示、インフォームドコンセントと看護診断

看護過程の展開/POS方式の採用/看護診断/医学診断/情報開示とインフォームドコンセント

II. 看護診断を使った事例展開

第4章 精神分裂病患者の急性期

- ケース：1 隔離室入室患者の看護
- ケース：2 緊張症状のある患者の看護
- ケース：3 対人恐怖症の患者の看護

第5章 精神分裂病患者の回復期

- ケース：4 精神分裂病患者の寛解過程におけるケアプラン
- ケース：5 精神分裂病が再燃した患者の看護

第6章 精神分裂病患者への退院に向けた援助

- ケース：6 精神分裂病慢性期の長期入院患者への看護
- ケース：7 家族への世代交代後の患者の社会復帰支援
- ケース：8 不安増強のためパニックになった患者と家族への援助

- ケース：9 入退院をくり返す患者への看護
- ケース：10 長期入院患者の社会復帰の取り組みへの援助

第7章 気分障害

- ケース：11 躁状態にある患者の看護
- ケース：12 抑うつ状態にある患者の看護
- ケース：13 うつ状態のため初入院した患者の看護

第8章 摂食障害

- ケース：14 摂食障害の患者の看護

第9章 痴呆

- ケース：15 痴呆老人のケアプラン
- ケース：16 アルツハイマー型痴呆患者のケアプラン

III. 診断類型の機能からみた看護診断

臨床で必要とされる看護診断のテキストと看護介入の問題

IV. これからの精神看護診断の展望

- 付録1 精神看護に関する人間の反応パターンの分類(PND-IV-R)
- 付録2 NANDA看護診断一定義と分類 2001-2002
- 付録3 用語解説



廣川書店

Hirokawa Publishing Company

☐ 消費税が加算されます。

113-0033 東京都文京区本郷3丁目27番14号

電話 03(3815)3652 FAX 03(3815)3650