VOL.25 No.4 平成14年9月20日発行 ISSN 0285—9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.25 NO. 4

日本看護研究学会

看護研究ガイドマップ

新刊

ハイブリッドCD-ROM付

川口孝泰 兵庫県立看護大学助教授

複雑怪奇(?)な看護研究の世界。何も持たずにそこに入って行けば、迷ってしまうのが必然。そうならないためには、研究の意味や方法が1つひとつ具体的に示された本書が参考になる。付属のCD-ROMを使えば、研究事例や問題の関連も一目瞭然。研究をするあなたの「位置」をこのガイドマップで確かめながら進んでください。



[目次]

Section 1 看護研究を始める前に

- 1 研究とは
- 2 知識の源泉
- 3 科学的な方法とは

Section 2 研究の種類と研究計画

- 1 研究デザイン
- 2 文献検討
- 3 研究計画の立て方

Section 3 データ収集

- 1 標本抽出(サンプリング)
- 2 データの形
- 3 データの種類
- 4 観察法

5 面接法

- 6 質問紙法
- 7 質問の形式
- 8 その他のデータ収集法
- 9 信頼性と妥当性

Section 4 データ分析

- 1 量的データの分析
- 2 質的データの分析

Section 5 プレゼンテーション

- 1 プレゼンテーションの要素
- 2 研究成果の発表
- 3 論文の構成
- 4 図表の効果的活用

Section 6 研究倫理

- 1 研究倫理のための規定
- 2 倫理評価チェック項目
- 3 倫理審査の必要書類

●B5 頁192 図152 2002年 定価(本体2,800円+税)

送料実費 [ISBN4-260-33231-7]

関連書

看護研究コンパクトガイド

上野栄一

看護研究のA to Zを網羅した、頼りになる1冊

本書は、看護研究の用語について、また研究方法などのエッセンスについて、図表やチャートを用いてコンパクトに、そして平易に解説している。研究の題材を決めるところから研究内容を発表するところまでの流れにそって、基礎から応用までの知識を網羅している。コンパクトながら研究に際しての強いサポーターとなってくれる1冊。

●A5 頁120 2002年 定価(本体1.500円+税)送料実費 [ISBN4-260-33186-8]





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14年度日本看護研究学会総会に於いて、会則第10条により、永年の本学会に対す る功績を称えて、木場冨喜氏、富﨑和子氏、内海 滉氏、伊藤暁子氏、佐々木光雄氏、 石川稔生氏を平成15年度より名誉会員に決定いたしましたので、お知らせいたします。

平成14年8月8日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

告 (2)

平成14年度日本看護研究学会総会の決議により、会則の一部が下記のとおり改正さ れました。

記

第2章 目的及び事業 第4条(事業)

- 現行 1)学術集会の開催
 - 2) 学術講演会の開催
 - 3) 学会誌の発行
 - 4) 奨学会事業
 - 5) 関係学術■体との連絡,提携
 - 6) その他, 目的達成に必要な活動

改正 1) 学術集会の開催

- 2) 学術講演会の開催
- 3) 学会誌の発行
- 4) 奨学会事業
- 5) 学会賞•奨励賞事業
- 6) 関係学術■体との連絡, 提携
- 7) その他, 目的達成に必要な活動

第3章 会員及び替助会員 第6条(会員)

- 現行 会員とは、看護学を研究する者で本会の目的に賛同し、評議員の推薦を経て、所定の手続き と会費を納入を完了した者をいう。
- 改正 会員とは,看護学を研究する者で本会の目的に賛同し,評議員の推薦並びに理事会の承認を 経て、会費納入を完了した者をいう。

改正に伴い、入会申込み用紙の様式及び手続き方法が一部変更になりましたので、留意事項 をご確認の上、お申し込み下さい。

また、新しい入会申込用紙は、25巻4号巻末にとじこみとなっております。

平成14年8月8日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

会 告 (3)

平成14年度日本看護研究学会総会に於いて,第30回(平成16年度)学術集会会長は, 国立看護大学校 竹尾惠子氏に決定いたしました。

平成14年8月8日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

会 告 (4)

第29回日本看護研究学会学術集会を下記の要領により、大阪市において、平成15年7月24日(木)、25(金)にわたって開催いたしますのでお知らせいたします。

平成14年9月20日

第29回日本看護研究学会学術集会会長 早 川 和 生 (大阪大学)

期 日 平成15年7月24日(木), 25日(金)

場 所 大阪国際会議場

〒530-0005 大阪市北区中之島 5 丁目 3 番51号 (総合案内) TEL 06-4803-5555

学術集会 事務局

学術集会参加申し込み関係等:

〒565-0871 吹田市山田丘1-7

大阪大学医学部保健学科地域看護学講座内 第29回日本看護研究学会学術集会事務局 TEL & FAX: 06-6879-2557

日本看護研究学会入会申し込み関係・その他:

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会事務局

TEL: 043-221-2331 FAX: 043-221-2332

日本看護研究学会雑誌 Vol. 25 No. 4 2002

会 告 (5)

平成14年度奨学会研究に下記の研究が選ばれ決定しました。

記

山 勢 博 彰 氏 山口大学医学部保健学科

「重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発 |

平成14年8月8日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

会 告 (6)

日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成15年度奨学研究の募集を行います。 応募される方は、規程、及び次頁募集要項に覚って申請してください。 (第1回公告)

平成14年9月20日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

日本看護研究学会奨学会規程

第1条(名称)

本会を日本看護研究学会奨学会(研究奨学会と略す)とする。

第2条(目的)

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

第3条(資金)

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

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条(対象)

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

- 2) ■本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。
- 3) 原則として、本人の単独研究であること。
- 4)推薦の手続きや様式は別に定める。
- 5) 奨学金は対象研究課題の1年間の研究費用に充当するものとして贈る。
- 6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

第5条(義 務)

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

第6条(罰金)

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

第7条(委員会)

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

会 告 (7)

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する次頁規程・細則および募集要項に基づいて、平成14年度学会賞の対象者を推薦して下さい。(2回公告)

平成14年9月20日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

第1条 この規程は、本学会の学術領域において優れた業績があったと認められる者の表彰および 若手研究者の育成に関し必要な事項を定める。

(種類)

- 第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。
 - 1) 日本看護研究学会賞(以下, 学会賞)
 - 2) 日本看護研究学会奨励賞(以下、奨励賞)

(審查対象)

- 第3条 審査対象は次のとおりとする。
 - 1) 学会賞
 - (1) 過去に本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献した者。
 - (2) 本学会の学術活動に貢献した者。
 - 2) 奨励賞
 - (1) 推薦年度を含む過去3年間に本学会誌に優れた論文を発表した者。
 - (2) 当該年度に本学会学術集会で優れた研究発表をした者。

(資格)

- 第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。
 - 1) 学会賞
 - (1) 15年以上日本看護研究学会会員であること。
 - 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条 2号(1)の論文の筆頭者、または前条 2号(2)の筆頭発表者であること。

(推薦)

- 第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。
 - 1) 学会賞については、日本看護研究学会会員の推薦によるものとする。
 - 2) 奨励賞については、理事長が委嘱した選考委員会によって推薦される。

(受賞者数)

- 第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。
 - 1) 学会賞は毎年度1名以内。
 - 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

日本看護研究学会奨学会 平成15年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上,鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛 (後記) に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は返信用切手80円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3)機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。
- 2. 応募資格
 - 1)日本看護研究学会会員として3年以上の研究活動を継続している者。
 - 2) 日本看護研究学会学術集会において1回以上の発表をしている者。
 - 3) 原則として本人の単独研究であること。
- 3. 応募期間

平成14年11月1日から平成15年1月20日の間に必着のこと。

4 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 三 上 れ つ (慶應義塾大学看護医療学部)

委員黒田裕子(阪神高齢者・障害者支援ネットワーク)

新 道 幸 惠 (青森県立保健大学健康科学部)

中 野 正 孝 (三重大学医学部看護学科)

森 恵 美(千葉大学看護学部)

6. 奨学金の交付

選考された者には1年間20万円以内の奨学金を交付する。

- 7. 応募書類は返却しない。
- 8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 三 上 れ つ

- (註1) 審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、 本奨学会研究によるものであることを明らかにする必要がある。
- (註2) 奨学研究の成果は、次年度公刊される業績報告に基づいて奨学会委員会が検討、確認し 理事長に報告するが、必要と認めた場合には指導、助言を行い、又は罰則(日本看護研究 学会奨学会規程第6条)を適用することがある。

よって委員会を設ける。

- 2) 委員会に委員長を置き, 本会を総括する。
- 3)委員会は次の事項を掌務する。
 - ① 基金の財産管理及び日本看護研究学会理事長への会計報告
 - ② 奨学金授与者の選考、決定及び理事長への報告
 - ③ 授与者の義務履行の確認,及び不履行の査問,罰則適用の決定及び理事長への報告
 - ④ 奨学金授与者の選考及び授与者の義務履行については、別に定める。

第8条

委員会より報告を受けた事項は、日本看護研究学会理事長が総会に報告する。 第9条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。 第10条

本規程は昭和54年9月24日より発効する。

付 則

- 1)昭和59年7月22日 一部改正(会計年度の期日変更)実施する。
- 2) 平成6年7月29日 一部改正(会則全面改正に伴い)実施する。
- 3) 平成8年7月27日 一部改正実施する。
- 4) 平成11年7月30日 一部改正実施する。

平成14年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞•奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

日本看護研究会学会賞および奨励賞に関する規程・細則により、学会雑誌2号に綴じ込みの所 定の用紙により申請する。(A4に拡大コピーして下さい。)

2. 応募締切日

平成14年9月30日必着

3. 選考方法

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会(以下学会賞・奨励賞選考委員会と略す)は、規程、細則に基づいて審査を行い、理事長に報告するとともに結果を本学会誌1号で報告する。

4. 学会賞·奨励賞選考委員会

委員長 竹 尾 惠 子(国立看護大学校大学校長)

委 員 石 垣 靖 子 (医療法人東札幌病院副院長、看護部長)

″ 小 ■ 正 枝(西南友学院大学保健福祉学部教授)

" 七 ■ 惠 子(日本赤十字武蔵野短期大学教授)

" 松 岡 緑(佐賀医科大学医学部看護学科教授)

(アイウエオ順)

5. 学会賞の交付

規程第9条、細則第9条により行う。

- 6. 応募書類は細則第10条により返却しない。
- 7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央医亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞•奨励賞選考委員会

委員長 竹尾惠子

- 2) 選考委員会の委員は,原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同**研** 究者以外から選出する。
- 3) 選考委員会は4月に設置する。

第6条 選考委員会は、提出された申請書類等を審査し、委員会の合議で各賞候補者を選考する。 第7条 選考委員会は、11月末日までに各賞候補者を選出し、推薦書を添えて理事長に報告する。 第8条 選考委員会は、候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別冊を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

第1条 この編則は、日本看護研究学会賞および奨励賞に関する規程において、学会賞および奨励 當の候補者選定に関する必要な事項などについて定める。

(選考某準)

- 第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。
 - 1) 学会賞
 - (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
 - (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。
 - 2) 奨励賞
 - (1) 研究方法や成果に独自性があり、看護実践への示唆が大きく、十分な論理性を備えていること。

(推薦方法)

第3条 学会賞候補者の推薦依頼は、毎年度の本学会雑誌2号において行う。学会賞推薦書は毎年 度本学会雑誌2号に綴じ込むものとする。奨励賞は、夏事長から委嘱された選考委員会に よって推薦される。

(申請手続)

- 第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。
 - 1) 学会賞:本学会員の推薦によるものとし、次の書類を添えて9月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 学会賞推薦書・申請書(所定の用紙) …… 6 通
 - (2) 申請論文の別冊またはコピー……6通
 - (3) 共著の場合は共著他者の同意書…………6通
 - 2) 奨励賞: 理事長から委嘱された選考委員会による推薦とし、選考委員会は、次の書類を添えて11月末日までに理事長に申請する。
 - (1) 奨励賞推薦書・申請書(所定の用紙) …………2 通
 - (2) 申請論文または講演抄録の別冊またはコピー……2通
 - (3) 共著・共同発表の場合は共著・共同発表他者の同意書………2通

(選考委員会)

- 第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。
 - 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。 なお委員長は、委員の 互選とする。

(選考)

第7条 毎年1回,理事長が委嘱した委員によって構成された選考**委**員会で各賞の候補者を審査選 考する。

(決定)

第8条 前条により選出された候補者については、理事会の議を経て授賞者を決定する。

(表彰等)

第9条 各賞の授賞者には、賞牌および副賞を毎年総会時に授与する。なお学会賞受賞者は、表彰 式が実施される学術集会会期中に記念講演を行う。

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

目 次

_	原	荖	_

慢性閉塞性肺疾患患者の機能障害ならびにストレス認知と精神的	的健康	きとの	関係		17
岡山大学医学部保健学科	森	本	美智	聖子	
岡山県立大学保健福祉学部	中	嶋	和	夫	
	高	井	研		
地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化					33
名古屋大学医学部保健学科	江.	藤	真	紀	
藤田保健衛生大学心理学教室	久值	呆田		新	
末梢血好中球の活性酸素産生能からみた高齢者の易感染性の原因	【につ	いて			53
大阪大学医学部保健学科		井	文	恵	
	江	部	知	子	
	土	肥	義	胤	
神戸大学医学部附属病院)11		真絲	己子	
総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要因に関	目する	研究		********	61
琉球大学医学部保健学科	桐	山	雅	子	
	砂]]]	洋	子	
	奥	平	貴	代	
	平	安	綾	子	
	大	湾	知	子	
研究報告 —					
精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーと					
ストレス反応との関連について					73
宮城大学看護学部看護学科•					
東北学院大学人間情報学研究科博士後期課程	Ш	崎	登記	よ子	
東北大学医学部附属病院	齌		<u>_</u>		
	岩	田	真	澄	
技術・実践報告 —					
話し合い学習法 (LT■) の看護教育への適用					85
県立長崎シーボルト大学看護栄養学部看護学科				淳	
	市	丸		子	
	山	本	富一	上江	

CONTENTS

······ Original Paper ······		
The relationships among impairment, stress cognition	and mental	
health of patients with Chronic Obstructive Pulmonary		17
Faculty of Health Science, Okayama University		
Medical School:	Michiko Morimoto	
Faculty of Health and Welfare Science,		
Okayama Prefectural University:	Ka z uo Nakajima	
:	Kenichi Takai	
Characteristics of Accidental Falls in the Elderly and		
Their Daily-Life Environment and Habits		33
School of Health Sciences, Nagoya University:	Maki Eto	
Psychology, Fujita Health University:	Arata Kubota	
Investigation of the Reason for the Compromised State	e of	
Elderly Persons, Concerning to the Production of Read	ctive	
Oxygen Intermediates on Neutrophils		53
School of Allied Health Sciences, Osaka University		
Medical School, Osaka:	Fumie Shirai	
:	Tomoko Ebe	
:	Yoshitane Dohi	
Operation Unit, Kobe University Hospital, Kobe:	Makiko Kawaguchi	
A study of Stress and Related Factors in Middle Mana	ager of	
Nurse Working at General Hospitals		61
School of Health Science, Faculty of Medicine,		
University of the Ryukyu:	Masako Kiriyama	
:	Yoko Sunagawa	
:	Takayo Okudaira	
:	Ayako Hirayasu	
:	Tomoko Oowan	

······ Research Report ······	
The Relation between Work-related Environment Stressors and	
Stress Reaction of Psychiatric Ward Nurses	··· 73
Department of Nursing, Miyagi University School	
of Nursing. Graduate School of Human	
Informatics, Tohoku Gakuin University: Toshiko Yamazaki	
Tohoku University Hospital: Humiko Sai	
: Masumi Iwata	
······ Technical Report ······	
An Application of the Learning Through Discussion	
to the Nursing Education	85
Department of Nursing Faculty of Narsing and	
Nutvition Siebold University of Nagasaki: Jun Noda	

: Noriko Ichimaru : Fujie Yamamoto

辛ら一い床ずれ・病臭の解消に!

特許

エアー噴出型

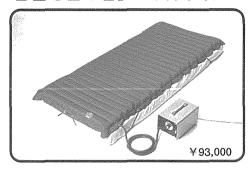
サンケンマット。

大臣賞 受賞品

にまる。 治療に パイジニア 噴気型の パイジニア

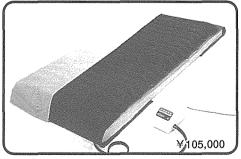
特許:エアー噴出型

サンケンマット ギャヂタイプ



特許:エアー噴出・波動型(エアーセルタイプ)

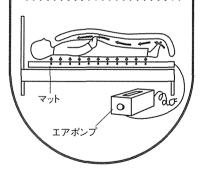
● でピーライグ 電子機能が自動調節



(製品についてのお問い合せは、お気軽にお電話下さい。)



- ●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

327 And

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

慢性閉塞性肺疾患患者の機能障害ならびに ストレス認知と精神的健康との関係

The relationships among impairment, stress cognition and mental health of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

森 本 美智子1) 中 嶋 和 夫2) 高 井 研 一2)

Michiko Morimoto Kazuo Nakajima Kenichi Takai

キーワード: 慢性閉塞性肺疾患, ストレス認知, 精神的健康, 共分散構造分析 Chronic Obstructive Pulmonary Disease, stress cognition, mental health, covariance structural analysis

I. 緒 言

慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) の有病率は増加傾向 にあり1)、また高齢者人口の増加に伴いその患者 数の増大が懸念されている^{2) 3)}。COPD 患者は機 能障害として呼吸困難を共通の特徴とし、そのた めに彼らの活動能力は低下することが報告されて いる4)5)。さらに呼吸困難や活動能力の低下は、 彼らの日常生活の制限を引き起こし、自立を妨げ ることにとどまらず, 他方では心理的ストレスの 誘因となり、抑うつ、焦燥、思考の緩慢や集中力 の低下など精神的健康を阻害し、最終的には生活 の質 (Quality of Life; QOL) に影響を与える とされている5-91。COPD患者が抑うつに陥りや すいことは従来から指摘されており、COPD患 者の約半数は抑うつであるとの報告もある⑩。そ こで COPD 患者が抑うつに至る過程を解明する ために、呼吸困難感ならびに閉塞性障害と抑うつ の関連が検討されている18-130。しかし、呼吸困難 感ならびに閉塞性障害などの機能障害と抑うつと

の関連は弱いか、または関連しないとの報告^{11) 12)}であり、COPD 患者がなぜ抑うつに陥るのか、その過程は十分に説明できていない。そこで、Lazarus ら¹⁴⁾の「ストレス認知理論」を用いて、機能障害と抑うつとの関連性を検討しようとする試みがなされている^{13) 15)}。しかしこれらの研究は、ストレス認知そのものを測定していなかったり、機能障害や精神的健康として用いられている指標が関連性を検討するには妥当とはいえないなどの問題点を有している。

本研究は、Lazarusのストレス認知を参考として、COPD患者のストレス反応の発現に先行するネガティブな認知を明らかにし、機能障害あるいはストレス認知がどのように精神的健康に関連しているのか、また息苦しさと活動制限に対するどのようなストレス認知が精神的健康により関与しているのかを検討することを冒的とした。

¹⁾ 岡山大学医学部保健学科 Faculty of Health Science, Okayama University Medical School

²⁾ 岡山県立大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

Ⅱ. 方 法

1 調査対象および調査方法

調査対象として、まず、肺気腫または慢性気管 支炎と診断され、岡山県内の総合病院4か所、呼 吸器専門医の開業医院2か所、愛媛県内の総合病 院1か所に通院しており、 肺機能検査によって閉 塞性障害をきたしていると認められている患者で、 他の疾患や合併症に罹患していない者、明らかな 精神症状をきたしていない者、精神病薬を内服し ていない者、炭酸ガス分圧上昇により認識レベル が低下していない者、気管切開が行われていない 者,181名を選定した。ついで、本人の同意を依 頼文書にて確認し、166名の同意を得た。この166 名に対して直接自記式質問紙を配布し、1か月以 内に質問紙を回収した。自己記入が困難な者に対 しては、同じ質問紙を用いて直接法によって同答 を得た。調査期間は、2000年1月から同年9月の 9か月であった。

本研究では、COPD 患者の機能障害、ストレ ス認知、精神的健康の関連性をより厳密に検討す るために、質問紙に対する回答を得た166名の集 計対象としての適正を再検討した。 COPD は 1999年に日本呼吸器学会 COPD ガイドライン³⁾ により基準が定義され、気流閉塞を伴う肺気腫や 慢性気管支炎が対象疾患とされているが、166名 のなかに薬物治療により気流閉塞が改善され、調 査時の FEV₁₀%predicted が70%以上であった慢 性気管支炎患者が42名認められた。また、COPD 以外の原因によって活動制限をきたしている患者 が9名含まれていた。さらに、在宅酸素を使用し ているなど明らかな閉塞性障害を認めるものの調 査時1か月以内の肺機能測定値が得られず機能障 害の項目に欠損を有した11名、ストレス認知の項 目に欠損を有した15名、精神的健康の項目に欠損 を有した3名が存在した。これら80名を除外した 86名を変数間の関係での集計対象とした。ただし、 ストレス認知の因子構造モデル構築にあたっては、

より多くの対象で因子構造を検討するために、検討に支障をきたさない、明らかな閉塞障害を認めるものの調査時1か月以内の肺機能測定値が得られず機能障害の項目に欠損を有した11名、精神的健康の項目に欠損を有した3名の14名を対象として加え、計100名を対象とした。

2. 調査内容

調査内容は、属性、機能障害、ストレス認知、精神的健康で構成した。機能障害については、呼吸機能のうち閉塞性換気障害の程度を測定する努力性肺活量、1秒量、FEV1.6%predictedを用いた。これらの測定値は、調査時1か月以内に肺機能検査が行われている者についてはその測定値を用い、それ以外の者については調査時に測定した値を用いた。息切れの程度はFletcher-Hugh-Jonesの指標で判定した。得点化については、息切れの程度が軽いほど得点が高くなるように得点化した。

ストレス認知はLazarus ら^はの「ストレス認知 理論」を参考に、本研究ではその概念を「COPD 患者が疾病によって引き起こされる息苦しさ、活 動制限の状況に対して抱いているネガティブな (emotion) 認知」と定義した。さらに、Lazarus®が認知に関連したネガティブな emotion と LT anger, fright, anxiety, guilt, shame, sadness, envy, jealousy, disgust 090 esti ていることを勘案しつつ, その定義を考慮し, 息 苦しさあるいは活動制限の状況下で定義に相当す ると考えられるネガティブな認知28項目を独自に ワーディングし配置した。回答は、「現在の気持 ち」を「はい」「時々そう思う」「いいえ」の3件 法で尋ね,「1点:はい, 時々そう思う」「0点: いいえ」とし、息苦しさと活動制限に対するスト レス認知が高いほど得点が高くなるように得点化 した。

精神的健康は、General Health Questionnaire 12項目短縮版^{ID}(以下、「GHQ-12」と略す)で測 定した。「GHQ-12」は精神的健康状態の評価に際して感度,特異度を有していることが報告され¹⁸⁾,我が■でも精神的健康の測定指標として用いられている尺度である。得点化については,0,1,2,3,の Likert スコアリング¹⁷⁾ を用い,精神的健康が影響を受けているほど得点が高くなるように得点化した。

3. 分析方法

統計解析は、貧属変数を精神的健康とし、機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知が精神的健康に影響するとする因果関係モデルを設定し、そのモデルのデータへの適合度と要素間の関係性を共分散構造分析¹⁹⁾を用い検討した。この統計方法は、理論的な仮説に基づき組み立てられたモデルを実際のデータに当てはめ、そのデータへの適合度の検定を通してモデルの妥当性を検証するとともに構成概念間の関係ならびに寄与率の検討を同時に行えることを特徴としている。

前記解析に先立ち、COPD 患者の息苦しさと 活動制限に対するストレス認知についてはその因 子構造モデルが開発されていないことから、探索 的因子分析を基礎とする因子構造モデルの構築を 試みた。次いで、開発された因子構造モデルの構 成概念妥当性の検証を目的に、共分散構造分析に よる確証的因子分析を行った。なお、因子構造モ デルの構築に先立ち前述の28項目のなかから、識 別性の高い項目を得るために「はい」「時々そう 思う」あるいは「いいえ」の■答頻度に着目し、 極端に偏りのみられる通過率85%を超える項目を 削除した。さらに内部一貫性を高めるための項目 を除く合計点との相関係数 Corrected Item-Total Correlation (以下,「CITC」と略す) が0.3以下 の項目を削除した。最後に、前記分析で残った項 目を主成分分析に投入し,第一主成分の負荷量が 0.3以下の項目を削除した。その後、前記分析過 程で残ったすべての項目を用い、最尤解を基礎とする斜交■転(プロマックス法)で因子解を求めた。このときの因子の抽出は、■有値1以上の条件で行った。因子構造は、探索的因子分析で得られた潜在変数を第一次因子とする二次因子モデルとして設定し、共分散構造分析を用いて観測データへの適合度を検討した。なお、共分散構造分析で検証された項目を測定尺度とみなしたときの信頼性は、Cronbach のα信頼性係数で検討した。

因果関係モデルは、精神的健康を貧属変数とし、機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知の各因子を独立変数とした重■帰モデルと、機能障害および息苦しさと活動制限に対するストレス認知が精神的健康に直接影響すると同時に、機能障害が息苦しさと活動制限に対するストレス認知を通して間接的に影響するとする逐次モデルを設定し、モデルのデータへの適合度を共分散構造分析を用い比較検討した。なお逐次モデルの息苦しさと活動制限に対するストレス認知は、二次因子モデルを用いた。モデルの検討を行ったうえで、適合度の優れた方を関係性のモデルとして採用し、変数間の関係についてパス係数で検討した。

以上の統計解析には、統計ソフト「SPSS Version10.0J for Windows」と「AMOS Version 4.0」を使用した。なお、適合度の判定²¹⁾には、 χ^2 検定、Amos の最小化基準値として χ^2 / of 比、説明力の程度の指標として Goodness of Fit Index (以下、「GFI」と略す)ならびに Root Mean Square Error of Approximation (以下、「RMSEA」と略す)、Normed Fit Index と違いケース数が少ない場合に適合を過小評価することがないとされている Comparative Fit Index (以下、「CFI」と略す)、安定性の程度の指標としては Adjusted Good of Fit Index (AGFI)を採用し、本研究ではサンプル数を考慮したうえで適合度を評価した。なお、標準化係数(以下、「パス

係数」と略す) の有意性は棄却比 Critical Ratio (以下,「CR値」と略す)で判断し、その絶対値 が1.96(5%有意水準)以上を有したものを統計 学的に有意とした²¹⁾。本研究では、「GHQ-12 | の因子構造モデルの検討にあたって, 観測変数間 の残差共分散を設定した。ただし、関係性の検討 にあたっては、影響力の強さを過大評価しないた めモデルに残差共分散を設定しないこととし、精 神的健康については「GHQ-12の合計得点」を観 測変数として用いた。

Ⅲ. 結 果

1 集計対象の背景

集計対象者の背景は、表1に示すとおりであっ た。変数間の関係を検討した86名は、男性77名 (89.5%), 女性 9名 (10.5%) で, 年齢は53-89 歳,平均年齢70.1歳(標準偏差7.3歳)であった。 傷病名は、肺気腫74名(86%)、慢性気管支炎12 名(14%),診断後の経過年数の範囲は0.1-41.3 年で、平均は7.8年(標準偏差8.4年)であった。 病期はⅠ期(軽症-中等症)33名(38.4%),Ⅱ 期(重症)21名(24.4%), Ⅲ期(最重症)32名

表1 集計対象者の背景

	カテゴリー	ストレス認知 因 子構造検討サンプル(n = 100)	変雑間の関係検討サンプル (n=86)
性別			
	男性	88 (88.0)	77 (89.5)
	女 性	12 (12.0)	9 (10.5)
年齢(歳)		$70.3\pm7.4 (53-89)$	$70.1\pm7.3 (53-89)$
傷病名			
	肺気腫	87 (87.0)	74 (86.0)
	慢性気管支炎	13 (13.0)	12 (14.0)
診断後の経過年数(年)	$7.7 \pm 8.3 \ (0.1 - 41.3)$	7.8±8.4 (0.1-41.3) *
病期			
	I 期(70≥FEV:0%predicted≥50		33 (38.4)
	II期 (50>FEVto%predicted≥3		21 (24.4)
	Ⅲ期 (35>FEV:%predicted)	33 (33.0)	32 (37.2)
	不明(測定できず)	11 (11.0)	
肺機能検査値(リッ			
	FVC(努力制肺活量)	$1.94 \pm 0.69 \ (0.69 - 4.08)$	$1.95 \pm 0.70 \ (0.69 - 4.08)$
	FEV ₁₀ (1秒量)	$0.98\pm0.36 \ (0.29-1.75)$	$0.98 \pm 0.36 \ (0.29 - 1.75)$
息切れの程度。	4-		
	I度	9 (9.0)	7 (8.1)
	Ⅱ度	34 (34.0)	31 (36.1)
	Ⅲ度	36 (36.0)	32 (37.2)
	IV度	14 (14.0)	10 (11.6)
	V度	7 (7.0)	6 (7.0)
在宅酸素使用の有無		()	
	使用している	29 (29.0)	20 (23.3)
Blockett Shit (Notice)	使用していない	71 (71.0)	66 (76.7)
肺容量減少術施行の			
	受けている	12 (12.0)	12 (14.0)
111 ALE 149IN	受けていない	88 (88.0)	74 (86.0)
世帯構成	315 de	15 (15 0)	
	単身	15 (15.0)	13 (15.1)
	同居	84 (84.0)	72 (83.7)
ZT (TI also as after fine	不明	1 (1.0)	1 (1.2)
配偶者の有無	de la	00 (00 0)	F: (00.0)
	あり	80 (80.0)	71 (82.6)
that allows the first	なし	20 (20.0)	15 (17.4)
就業の有無	-£ DMG	10 (10 0)	10 (10 0)
	有職	19 (19.0)	16 (18.6)
	無職	78 (78.0)	68 (79.1)
	不明	3 (3.0)	2 (2.3)

^{†:}平均士標準偏差(範囲)

a:FEVis%bpredicted:標準予測式使用 但し、I 期には標準予測式でFEVis%predicted>70でも日本肺生理委員会予測式使用により FEVis%predited≤7●の基準を満たすもの(FEVis%predicted 予測式:男性:90.87-0.189×年齢,助成:93.60-0.229×年齢)を含む b:Fletcher-Hugh-Jonesの分類

(37.2%) であった。在宅酸素の使用者は20名 (23.3%) で,肺容量減少手術(Volume Reduction Surgery; VRS)を受けていた者は12名 (14%) であった。

2. 息苦しさと活動制限に対するストレス認知の回答傾向と因子構造モデルの検討

ストレス認知に関する28項目の回答分布は、対象とした100名で「はい」の度数が13.0-54.0%の範圍にあった。息苦しさや活動制限に対して心配(不安)の回答が多く、恥に対する回答は少ない傾向を示した(表2)。「はい」「時々そう思う」あるいは「いいえ」に通過率85%以上の偏りのある回答項目はなかった。また、CITCはすべて0.3以上であった。加えて主成分分析でも、削除条件に該当する項目はなかった。

そこで、28項目すべてを用い探索的因子分析を行ったところ、第 I 因子から第 VI因子の 6 ■子が抽出された(表 3)。項目19、25は絶対値 1 以上の因子負荷量であったが、斜交回転の場合、絶対値が 1 を超えることがあるため28項目での分析結果を採用した。因子の解釈にあたって、複数の因子に0.3以上の高い負荷量をもつ項目 9、10、12、14、18、23の 6 項目を除外し、さらに内容的に他の項目と整合性を持たない各因子の項目 5、8、13、24、27、28の 6 項目を除外した。なお、因子の解釈にあたって第 I 因子の項目3 は内容的に項目 4 と重複しており因子負荷量の高い項目 4 を採用し、項目 3 は因子から除外した。第 V 因子は、3 項目のうち 2 項目が0.288と他の因子に比較的高い因子負荷を持っており、内容的にも解釈する

表2 息苦しさと活動制限に対するストレス認知に関する質問項目と回答分布(n=100) 人数(%)

## 22 mm	選 摂 腹			
質問項目	はい	時々そう思う	いいえ	
χ01. 少し動くと息苦しくなるので驚いている	34 (34.0)	27 (27.0)	39 (39.0)	
χO2. 思うように動けなくて ■ 惑している	41 (41.0)	22 (22.0)	37 (37.0)	
χ03. これから先息苦しさが増すのではないか心配になる	52 (52.0)	29 (29.0)	19 (19.0)	
χ04. いつ息苦しくなるかと思うと心配になる	38 (38.0)	34 (34.0)	28 (28.0)	
χ05. これから先思うように動けなくなるのではないか心配になる	54 (54.0)	27 (27.0)	19 (19.0)	
χ06. 息苦しさが増すことを考えると恐ろしく感じる	40 (40.0)	30 (30.0)	30 (30.0)	
χ07. いつ息苦しくなるかと思うと怖い感じがする	36 (36.0)	25 (25.0)	39 (39.0)	
χ08. 思うように動けなくなることを考えると怖い感じがする	44 (44.0)	28 (28.0)	28 (28.0)	
χ09. 息苦しさがあって悲しくなることがある	32 (32.0)	25 (25.0)	43 (43.0)	
χ10. 思うように動けなくて悲しくなることがある	34 (34.0)	28 (28.0)	38 (38.0)	
χ11. いつも息苦しさがあって情けなく感じる	32 (32.0)	21 (21.0)	47 (47.0)	
χ12. 思うように動けなくて情けなく感じる	41 (41.0)	26 (26.0)	33 (33.0)	
χ13. 思うように動けなくて仲間はずれにされているようでさびしく感じる	13 (13.0)	14 (14.0)	73 (73.0)	
χ14. 思うように動けない自分の体を裏れに感じる	28 (28.0)	19 (19.0)	53 (53.0)	
χ15. 思うように動けなくてわびしい感じがする	31 (31.0)	20 (20.0)	49 (49.0)	
χ16. 他の人と同じように動けなくで悔しくなることがある	39 (39.0)	28 (28.0)	33 (33.0)	
χ17. 思うように動けないこの体がうらめしく感じる	36 (36.0)	28 (28.0)	36 (36.0)	
χ18. 息苦しさに腹が立つことがある	34 (34.0)	19 (19.0)	47 (47.0)	
χ19. 他の人と同じように動けない自分の体に腹が立つことがある	38 (38.0)	21 (21.0)	41 (41.0)	
χ20. 以前のように思うように動けなくて腹が立つことがある	39 (39.0)	21 (21.0)	40 (40.0)	
χ21. 息苦しさがあってイライラすることがある	31 (31.0)	28 (28.0)	41 (41.0)	
χ22. 思うように動けなくてイライラすることがある	34 (34.0)	32 (32.0)	34 (34.0)	
χ23. 他の人と同じように動けなくてイライラすることがある	34 (34.0)	25 (25.0)	41 (41.0)	
χ24. 息苦しさのことを考えると鱳な気分になる	41 (41.0)	21 (21.0)	38 (38.0)	
χ25. 息苦しさがあって人前に出るのは恥ずかしい感じがする	21 (21.0)	15 (15.0)	64 (64.0)	
χ26. 思うように動けない体で人前に出るのは恥ずかしい感じがする	22 (22.0)	14 (14.0)	64 (64.0)	
χ27. 息苦しさで迷惑をかけて申し訳ないと感じる	35 (35.0)	24 (24.0)	41 (41.0)	
χ28. 他の人の世話になって動くのは心苦しい感じがする	49 (49.0)	25 (25.0)	26 (26.0)	

得点化については「はい」「時々そう思う」が1点、「いいえ」が0点となる

表3 息苦しさと活動制限に対するストレス認知の探索的因子分析の結果 (n=100)

66 BG AT 17		因子負荷量				
質問項目	第 I 因子	第≣因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第V因子	第VI因子
x07. いつ息苦しくなるかと思うと怖い感じがする x06. 息苦しさが増すことを考えると思ろしく感じる x08. 思うように動けなくなることを考えると怖い感じがする x01. 少し動くと息苦しくなるので驚いている	.976 .889 .855 .791			134	119	
x04. いつ息苦しくなるかと思うと心配になる x ●5. これから先思うように動けなくなるのではないか心配になる x 03. これから先息苦しさが増すのではないか心配になる x ●2. 思うように動けなくて困惑している	.768 .529 506 451	.123 .227 .123		.248 .291		
χ 09. 息苦しさがあって悲しくなることがある χ10. 思うように動けなくて悲しくなることがある	.422	.317		.321		
χ19. 他の人と同じように動けない自分の体に腹が立つことがある χ20. 以前のように思うように動けなくて腹が立つことがある χ17. 思うように動けないこの体がうらめしく感じる χ16. 他の人と同じように動けなくて悔しくなることがある		1.049 .810 .780 .515			.255	.218
χ24. 息苦しさのことを考えると嫌な気分になる χ28. 他の人の世話になって動くのは心苦しい感じがする		.359 .314	•	.287		
χ 25. 息苦しさがあって人前に出るのは恥ずかしい感じがする χ 26. 思うように動けない体で人前にでるのは恥ずかしい感じがする χ 13. 思うように動けなくて仲間はずれにされているようでさびし			1.001 .991 .352			
x15. 思うように動けなくてわびしい感じがする x12. 思うように動けなくて情けなく感じる x11. いつも息苦しさがあって情けなく感じる		.347	:	.737 .729 .707	•	
x14. 思うように動けない自分の体を哀れに感じる x22. 思うように動けなくてイライラすることがある x21. 息苦しさがあってイライラすることがある x23. 他の人と同じように動けなくてイライラすることがある		.341		.207	.838 .788 .575	
x27. 息苦しさで迷惑をかけて申し訳ないと感じる x18. 息苦しさに腹が立つことがある			.288		.428	.732
X16. 息苦じさに腹が立つことがある 分散 (%) 累積 (%)	47,180	.551 10.402 57.582	5.976 63.558	4.334 67.892	3.858 71.750	3.639 75.389

探索的因子分析; 最尤法 斜交■転(プロマックス法) 固有値1.0以上

ことが■難であったため除外した。第VI因子は、 複数の因子に高い負荷量をもつ項目としてすでに 除外したため因子として成り立たなかった。

第I因子は所属する項目1,4,6,7の4項目から「息苦しさの出現に対する心配・恐怖」の因子と解釈できた。第Ⅱ因子は所属する16,17,19,20の4項目から「活動制限に対する苛立ち」の因子と解釈できた。第Ⅲ因子は所属する項目25,26の2項目から「他者に対する恥ずかしさ」の因子と解釈でき,第Ⅳ因子は所属する項目11,15の2項目から「障害に対する情けなさ」の因子と解釈できた。以上から4因子12項目からなる「息苦しさと活動制限に対するストレス認知」因子構造モデルを構築した。

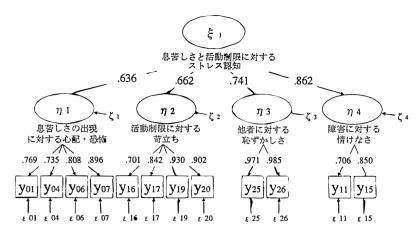


図1 息苦しさと活動制限に対するストレス認知の因子構造モデル (標準化係数)

n=100, χ^2 =56.606, df=50, p=.242, χ^2 /df=1.132 GF1=.915, AGF1=.867, CF1=.922, RMSEA=.037 CR値はすべて1.96以上

AGFI=0.867, CFI=0.992, RMSEA=0.037と、AGFI は0.9を下回ったが統計学的許容水準を満たすものであった。また、このときパス係数はいずれも正値で CR 値はすべて1.96以上であった。12項■の Cronbach のα信頼性係数は0.903であった。以上より、12項■からなる「息苦しさと活動制限に対するストレス認知」の構成概念妥当性ならびに信頼性が認められた。

3. 「GHQ-12」の構成概念妥当性ならびに信頼 性の検討

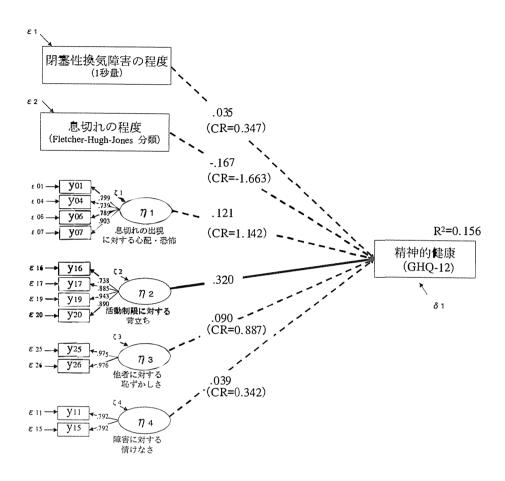
「GHQ-12」の構成概念妥当性は,因子構造モデルのデータへの適合度を,共分散構造分析で検討した。 1 因子12項 モデルの適合度は, χ^2 = 139.028,df=54,p=0.000, χ^2/df =2.575,GFI=0.783,AGFI=0.687,CFI=0.817,RMSE A=0.136で,統計学的な許容水準に達していなかった。ただしパス係数は CR 値がすべて1.96以上で,異常解は認められなかった。そこで,修正指標にもとづき観測変数に 4 つの残差共分散を設定した結果, χ^2 =86.654,df=50,p=0.001, χ^2/df =1.733,GFI=0.857,AGFI=0.778,

CFI=0.921, RMSEA=0.093と適合度は改善された。なお、12項■の Cronbach の α 信頼性係数は0.820であった。これらの結果から「GHQ-12」は、合計得点を観測変数として用いることで本研究の関係性の検討に使用可能と判断した。

4. 機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知と精神的健康との関係の検討

精神的健康を**後**属変数とする重回帰モデルと逐次モデルを設定し、共分散構造分析で比較検討した。精神的健康については、「GHQ-12」の合計得点を観測変数として用いた。その結果、モデルの適合度は、重回帰モデルが $\chi^2=236.389$ 、df=89、p=0.000、 $\chi^2/df=2.656$ 、GFI=0.695、AGFI=0.589、CFI=0.827、RMSEA=0.140であった(図 2)。逐次モデルは、

 $\chi^2 = 105.430$, df = 85, p = 0.066, $\chi^2 / df = 1.240$, GFI = 0.863, AGFI = 0.807, CFI = 0.976, RMSEA = 0.053であった(図 3)。適合度から,逐次モデルが GFI, AGFI は0.9を下回っていたが, CFI は0.9以上, RMSEA は0.08以下で統計学的な許容水準を満たしており,関係性の検討モ



■2 機能障害,息苦しさと活動制限に対するストレス認知,精神的健康との関係の重回帰 モデルによる分析結果 (標準化係数)

n=86. χ^2 =236.389, df=89, p=.000. χ^2/df =2.656 GFI=.695, AGFI=.589, CFI=.827. RMSEA=.140

デルとしてより優れていると判断した。

逐次モデルで、機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知と精神的健康との関係をみると、閉塞性換気障害の程度ならびに息切れの程度とストレス認知の精神的健康への寄与率は24.4%であった。機能障害のストレス認知に対するパス係数(重相関係数)は、閉塞性換気障害の程度(1秒量)が-0.319(CR=-2.538)、息切れの程度が-0.272(CR=-2.193)機能障害

の精神的健康に対するパス係数は、閉塞性換気障害の程度(1秒量)が0.043(CR=0.368)、息切れの程度が-0.098(CR=-0.859)で、ストレス認知の精神的健康に対するパス係数は0.464(CR=3.268)であった。すなわち、精神的健康に対してストレス認知は統計学的に有意であったが、機能障害(閉塞性換気障害の程度(1秒量)ならびに息切れの程度)は CR 値が±1.96未満で棄却され、統計学的に有意な関連は認められなかっ

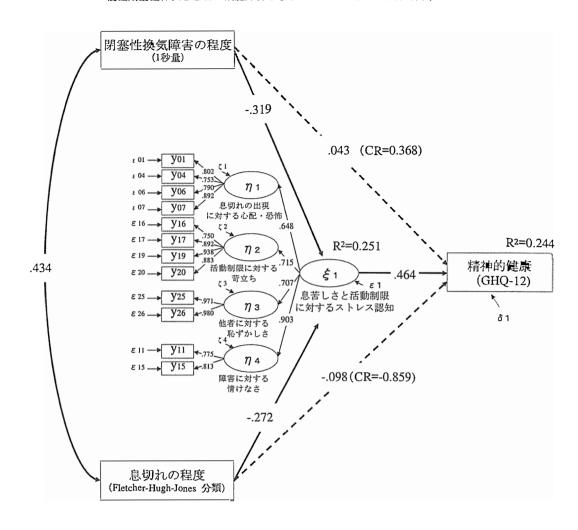


図3 機能障害,息蓄しさと活動制限に対するストレス認知,精神的健康との 関係の逐次モデルによる分析結果 (標準化係数)

n=86, χ^2 =105.430, df=85, p=.066, χ^2/df =1.240 GFI=.863, AGFI=.807, CFI=.976, RMSEA=.053

た。これは、閉塞性換気障害の程度(1秒量)、 息切れの程度は息苦しさと活動制限に対するスト レス認知には直接関連しているものの精神的健康 には直接関連しないことを示す結果で、閉塞性換 気障害の程度(1秒量)ならびに息切れの程度は ストレス認知をとおして間接的に精神的健康に関 連していることを示唆する結果であった。

Ⅳ. 考 察

後来、COP■患者に抑うつが多いことが報告されてきた6010。COP■患者にとって不可逆的な機能障害による息苦しさや活動制限は、慢性的なストレッサーとなるものと想定できるが、ストレッサーに対するネガティブな認知を扱った研究は数少ない。また、機能障害から抑うつに至るプロセスは詳細に解明されておらず、抑うつを予防する

ための介入に何が必要かを言及するには至っていない。そこで本研究は、COPD患者を対象に、精神的な健康管理に関連した看護学的な介入指針を得ることをねらいとして、機能障害と精神的健康の関係に息苦しさと活動制限に対するストレス認知を加え、その関連性を検討することを目的に行った。

1. ストレス認知に関する測定指標について

従来 COPD 患者の感情や情動状態を把握する 指標としては、65語の形容調から成る Profile of Mood States が Negative Mood として用いられ ている^{6) 8) 15)}。Lazarus¹⁴⁾ は、出来事が自分自身 の心身の状態にとってどのような意味をもつかと いう判断がさまざまな情動を引き起こすとしてい るが、情動語自体は、情動体験を離れた記述であ り、個人と環境との間の関係の変化をどのように 評価しているかという認知的内容を明らかにでき ないとしている。したがって、本研究では、 COPD 患者のストレス認知を測定するために、 ストレス認知の概念をLazarusら中の業績を参考 に定義し、息苦しさや活動制限の状況をどのよう に評価しているのかが、アイテムに反映されるよ うに考慮したうえで息苦しさと活動制限に対する ストレス認知の測定尺度を検討した。また従来, 測定尺度の因子構造モデルの妥当性は探索的因子 分析のみで検討されることが多かったが,今回, 探索的因子分析にみられる因子抽出とその解釈の 恣意性あるいは曖昧さをできるだけ払拭するため に,因子構造モデルを構築し,その構成概念妥当 性を確証的因子分析により検討した。

Cohen ら²³⁾ は、ネガティブな感情について、ストレスフルな経験が非常に強いと、自然と持続的な恐怖や悲しみが起こると指摘している。 Lazarus^{16) 22)} は Coping の資源が不確かであると評価すると不安感情が生じ、加えて Coping の資源について助けがない、希望がないと評価すると悲しみや鬱の感情が生じると述べている。また、

ネガティブな情動特性の中で、不安は出来事の不 確実性から生じるあるいは実存的な脅威としての 情動であり、恐怖は直接的な不可抗力な出来事に 対する脅威としての情動であるとしている。怒り は、自分自身に対して処する腹立ちであり、恥は 自己の観念にそって行動できなくなったことを示 し、悲しさは不可逆性の喪失体験をしていること を示すとしている。今回因子構造モデル構築で抽 出したストレス認知の4因子は「息切れの出現に 対する心配・恐怖 | 「活動制限に対する苛立ち | 「他者に対する恥ずかしさ」「障害に対する情けな さ」であるが、「息切れの出現に対する心配・恐 怖 | の因子から、COPD 患者が息切れに対して どのように対処すればよいかわからない、あるい は過去に激しい息切れを体験し、今後の出現に対 してどのように対処すればよいかわからないと評 価し、 息切れを安寧を脅かす脅威として評価して いることが推定できる。また、「障害に対する情 けなさ」の因子からは、患者が息切れには対処で きない、希望がないと評価し、既に安寧が阻害さ れており、息切れをより強いストレスと評価して いることが推察される。ただし、脅威は予想的対 処が可能であり10,また一度行われた評価や生起 した情動は絶対的なものではなく、息切れに対す る対応の仕方や息切れを予防する方法を指導する ことによって個人の Coping 資源を変化させ、息 切れに対する評価を変化させることが可能である と考えられる。また、Leidy ら²⁴⁾の報告によると COPD 患者は、もっとやりたいという望みをもっ ているとき腹立たしさの感情が湧き上がってくる と述べている。したがって、「活動制限に対する 苛立ち」の因子から、望んだり欲求している状況 があるにもかかわらず、それが活動制限によって 達成できないと評価している場合、患者は自分自 身を責め、怒りとしての情動を生じさせると推定 できる。さらに、症状が重くなってコントロール できなくなったと評価していると失望感が生じ

る³⁰ と報告されていることから、「障害に対する情けなさ」から、患者が活動制限をコントロールできないと評価している状況と推定できる。このことは、「息苦しさと活動制限に対するストレス認知」から COPD 患者が息苦しさや活動制限に対して、状況や Coping 資源をどのように評価しているかを推定することが可能であった。

2. 機能障害ならびにストレス認知と精神的健康との関係について

従来より COPD 患者の機能障害と抑うつの関 連性は数多く検討されているが、たとえば Anderson¹³⁾ の研究に代表されるように、FEV₁₅% と抑うつとの関連性を支持する報告はほとんど見 当たらない。さらに、Light¹⁰⁾の比較的小さなサ ンプルであるが、中等度から重症の COPD 患者 を対象とした研究においてでさえ、機能障害と抑 うつの間に有意な関係があったのは拡散能力のみ で、閉塞性換気障害の程度の測定値(FVC, FEV₁₀, FEV₁₀%) とガス交換能はともに有意に 関係しなかったと報告している。 また、 Malher ら^mや三嶋ら^mは、呼吸**国**難と精神的健康の間に は関連性を認めているが、閉塞性換気障害と精神 的健康との間には関連性を認めなかったと報告し ている。本研究でも、閉塞性換気障害の指標であ る1秒量と精神的健康の間には有意な関係は認め なかった。しかし本研究では、息切れの程度と精 神的健康の間にも有意な関係は認められず、 Malher ら^{ID} や三嶋ら^{ID} の報告と異なる結果であっ た。Malher ら^m は息切れの程度の指標として、 Baseline Dyspnea Index を用い,三嶋らণ は, Visual-Analog Scale を用いて評価している。ま た、精神的健康状態については、 Malher ら¹¹⁾ は Medical Outcomes Survey Short-Form 36-Item Health Survey の Mental Health を,三嶋ら៉ は Hospital Anxiety and Depressin を用いており、 関係性の検討に用いた尺度が異なり、結果の相違 を詳細に検討することには限界がある。本研究の 結果は、其分散構造分析を用いて「GHQ-12」の本データに対する構成概念妥当性を確認し、信頼性を検討したうえで関係性の検討を行ない、因果関係モデルに対しても適合度を検討し、今■用いたモデルが統計学的に許容できる範囲であることを確認して得られたものである。

McSweeny * や Prigatano * は、抑うつなど精 神状態をグループ化した2群に、肺機能による有 意差はなかったとし、COPD 患者の抑うつ状態 や生活の質を検討するうえで、心理社会的な要因 を加えて検討することをすすめている。そこで 「ストレス認知理論」 ** を枠組みとして用い、 COPD患者の機能障害から精神的健康の阻害あ るいは生活の質の低下に至る関係を解明する試み がなされている^{8) [3) [5)}。Lee ら⁸⁾は、機能的状態 で COPD 患者の適応状態をみることができると し、Negative Mood を Psychological well-being の変数として用い、機能障害ならびに Coping 資 源との関係を検討し、Negative Mood は、機能 障害、Coping資源や機能的状態と有意に関連し ているが、機能的状態を従属変数としたとき機能 的状態の変動を説明するのは機能障害で, Negative Mood は関連なかったと報告している。 またSmall¹⁵は、症状や診断、治療、介護者との 関係などに対する不確実性を用いて,機能障害に よって引き起こされる症状と抑うつとの関連を検 討し, 抑うつを説明するのは不確実性よりも症状 の方であったと報告している。これらの結果は, ストレッサーそのものがストレス反応とより強く 関連することを意味し、ストレッサーに対する認 知は、個々人のストレス反応とより密接に関連す るとするLazuras ら[®]の指摘とは異なっている。 しかし、Lee ら⁸⁾が用いた機能的状態の指標は、 日常活動や行動の変化を測定する Sickness Impact Profile であり、また Negative Mood も Profile of Mood States である。また、Small¹⁵⁾ が用いた症状には、 麦労が含まれており、

Small¹⁵⁾ 自身も述べているが、疲労は機能障害と いうよりも不安等による心理的状態に近い。また、 Anderson ら¹³⁾ は自尊心 (self-esteem) をポジティ ブな自己評価の変数として用い、パス解析で検討 しているが、ストレス認知そのものは、その因果 関係モデルにおいて除外している。 そして, COPD 患者は客観的データとしては類似してい るにもかかわらず患者個人の経験という点でかな りの違いがあると述べている。今回我々は、息苦 しさと活動制限に対するストレス認知を変数とし て加えて、機能障害、ストレス認知、精神的健康 のそれぞれの関連性を検討した。 そして, Anderson ら¹³⁾ と同様、機能障害は精神的健康と 直接的には関連性がないという結果であった。た だし、機能障害はストレス認知と関連があり、ス トレス認知は精神的健康と関連があるという結果 を得た。このことは、閉塞性換気障害や息切れの 程度などの機能障害そのものよりも、息苦しさや 活動制限の状況をどのように認知しているかとい うストレス認知がストレス反応としての精神的健 康により直接的に関連していることを示している。 すなわち、機能障害の程度によって精神的健康の 阻害を予測することは困難であり、疾病の重症度 にかかわらず、COPD 患者の息苦しさや活動制 限の状況をどのように認知しているかというスト レス認知に焦点を当てる必要性があることを示唆 している。また、COPD は進行性の不可逆的機 能障害をもつ疾患であるが、機能障害により身体 的健康は損なわれたとしても、ストレス認知から ストレッサーをどのように評価しているのかを把 握することによって、Coping 資源を強化する方 策を考えるなど、精神的健康を維持あるいは向上 させる援助が可能であることを裏づけるものと推 察される。

ストレス認知の下位因子のうち「活動制限に対する 青立ち」は、患者が何かを望んだり欲求している状態で、それが活動制限によって達成できな

いと評価している場合に、生じる認知である。患 者が何を望み欲求しているかを知り、どのように そのことを考えればうまくいくか、評価の歪みは ないのか、患者の望んでいる事柄を達成するため の方策や目標の修正など、ストレス認知に援助者 が焦点をあてて援助することが、精神的健康を維 持あるいは向上させるために有効であることを意 味している。これらの知見は、COPD 患者の精 神的な側面における健康管理において、個々人の ストレス認知の把握が重要な課題となることを示 唆するものである。ストレス認知は、個人と環境 との認識から生じると考えられるが、機能障害の 程度が精神的健康に直接的に関連していないとい う結果は、一度行われた評価や生起した情動は必 ずしも絶対的なものではないことを意味している。 したがって、息苦しさや活動制限に対して対処能 力や支援があると個人が評価できているのかどう か等、状況によって変化するストレス認知を把握 しながら援助することが、結果的に COPD 患者 の精神的健康の維持あるいは向上への介入となっ ていくものと考える。

V. 結 論

本研究は、COPD 患者の機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知と精神的健康との関係を検討した。その結果、閉塞性換気障害の指標である1秒量ならびに息切れの程度は、ストレス認知との関連は認められたが、精神的健康の間では有意な関連を認めなかった。精神的健康に対して直接効果をもつのはストレス認知であった。この結果は、閉塞性換気障害や息切れの程度そのものより、息苦しさや活動制限の状況をどのように認知しているかというストレス認知がストレス反応としての精神的健康に密接に関連していることを示すものである。以上の結果は、COPD患者の精神的健康を保つ方策を検討するうえで、閉塞性換気障害の程度や息切れの程度に関わらず、

個々人のストレス認知に着目することの必要性を 示唆するものである。今回の結果は、横断的アプローチによって得られたものであり、どの程度の ストレス認知の持続が精神的健康に影響を及ぼす のかについては検討していない。今後は、さらに 測定尺度を検討し、縦断的アプローチによって機 能障害やストレス認知の変化が精神的健康にどの ように影響するのかの検討が必要と考える。

謝辞

本研究を行うにあたり、使く調査に応じ多くの質問にお答えいただきました患者の皆様方に心よりお礼を申し上げます。また、今回の研究の場を提供いただき、ご協力いただきました先生方をはじめスタッフの皆様に謹んで感謝の意を表します。

要 旨

本研究は、COPD患者に対する看護学的な介入指針を得ることをねらいとし、機能障害ならびに息苦しさと活動制限に対するストレス認知と精神的健康との関係を検討した。対象は、慢性閉塞性肺疾患の基準を満たした86名とし、質問紙による自記式調査で行った。統計解析は、従属変数を精神的健康とする逐次モデルを設定し、モデルのデータへの適合度について共分散構造分析を用い検討した。その結果、前記モデルはデータに適合し、精神的健康に対して直接効果をもつのはストレス認知で、重相関係数0.464、寄与率24.4%であった。 1 秒量ならびに息切れの程度は精神的健康に有意な関係を示さなかった。以上の結果は、COPD患者の精神的な健康管理においてストレス認知に着目して援助することの重要性を示唆するものと判断された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate relationships among impairment, stress cognition and mental health in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), in order to develop supportive nursing interventions. Eighty six patients with COPD responded to a self-administered questionnaire. A recursive model with mental health as the dependent variable was constructed, and the appropriateness of the model to the data was determined by covariance structural analysis. The data indicated an acceptable fit to the model. The results revealed that stress cognition had a direct effect on mental health (multiple correlation coefficient 0.464, contribution rate 24.4%). However, no significant relation was found among the degree of FEV₁₀, breathlessness and mental health. These results suggested that nurses must understand the stress cognition of individual patients with COPD in order to maintain patient mental health.

煉 文

- 1)厚生省大臣官房統計情報部編:平成8年患者調查,245,厚生統計協会,1999.
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編:平成8年人■動態統計,96-101厚生統計協会,1998.
- 3) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン作成委

慢性閉塞性肺疾患患者の機能障害ならびにストレス認知と精神的健康との関係

- 員会編: COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と医療ためのガイドライン,メディカルビュー社,1-3,1999.
- 4) 木田厚瑞,後藤英世,他:高齢者における在 宅酸素療法が Quality of Life に与える影響に 関する研究,社会老年学,37,63-72,1992.
- 5) 斉藤指志, 合田 晶, 他:在宅酸素療法患者の QOL 一全国アンケート調査結果一,厚生省特定疾患呼吸不全調査報告班1993年度研究報告書,64-71,1993.
- 6) McSweeny, A.J., et al.: Life Quality of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Arch Intern Med, 142(3), 473-478, 1982.
- 7) Prigatano, P.P., Wright, E.C., et al.: Quality of Life and Its Predictors in Patients With Mild Hypoxemia and Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Arch Intern Med. 144, 1613-1619, 1984.
- 8) Lee, R.N., Graydon, J.E., et al.: Effects of Psychological Well-Being, Physical Status, and Social Support on Oxygen-Dependent COPD Patients' Level of Functioning, Research Nursing & Health, 14, 323-328, 1991.
- 9) Hoang, T.H., Guillemin, F., et al.: Health-Related Quality of Life in Long Term Oxygen Treated Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients, Lung, 175, 63-71, 1997.
- 10) Light, R.W., Merrill, E.J., et al.: Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with COPD, Chest, 87(1), 35-38, 1985.
- 11) Mahler, D.A., Faryniarz, K., et al.: Impact of Dyspnea and Physiologic Function on General Health Status in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chest, 102(2), 395-401, 1992.
- 12) 三嶋理晃, 他:在宅療養中の COPD 患者に

- おける呼吸■難感 精神状態および身体的状態の相互関係について,厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班平成6年度研究報告書,188-190,1995.
- 13) Anderson, K.L.: The Effect of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Research in Nursing & Health, 18, 547 556, 1995.
- 14) Lazarus, R.S. and Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping, Springer, 1984. (紀村寛, 春木 豊, 織田正美監訳: ストレスの心理学, 14-51, 実務教育出版, 東京1998.)
- 15) Small, S.P., Graydon, J.E.: Perceived uncertainty, physical symptoms, and negative mood in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease, Heart & Lung, 21(6), 568-574, 1992.
- 16) Lazarus, R.S.: FROM PSYCHOLOGICAL STRESS TO THE EMOTIONS A History of Changing Outlooks, Annu. Rev. Psychol, 44, 1-21, 1993.
- 17) McDowell, I., Claire. Newell, M.A.: Measuring Health — A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press, 225-236, New York, 1996.
- 18) Politi, P.L., Piccinelli, M., et al.: Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire amang young males in Italy, Acta Psychiatr Scand, 90, 432-437, 1994.
- 19) 豊田秀樹: 共分散構造分析 [応用偏], 29-32, 朝倉書店, 東京, 1998.
- 20) 服部 環:テストの内部一貫性を大きくする ための項目選択技法,教育心理学研究,39,195-203,1991.
- 21) 山本嘉一郎, 小野寺孝義: Amos による共分 散構造分析と解析事例, 36-43, ナカニシヤ出

慢性閉塞性肺疾患患者の機能障害ならびにストレス認知と精神的健康との関係

版, 京都, 1999.

- 22) Lazarus, R.S. and Smith, C.A. Knowledge and Appraisal in the Cognition-Emotion Relationship. COGNITION AND EMOTION, 2(4), 281-300, 1988.
- 23) Cohen, S., Kessler, R.C., et al.: A Measuring Stress A guide for Health and Social Scientists, 177 193, Oxford University

Press, New York, 1995.

24) Leidy, N.K., Haase, J.E.: Functional Status from the Patient's Perspective: The Challenge of Preserving Personal Integrity. Research in Nursing & Health, 22, 67-77, 1999.

> 平成13年4月11**■**受 付 平成14年3月12**■**採用決定

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性 およびその後の変化

Characteristics of Accidental Falls in the Elderly and Their Daily-Life Environment and Habits

> 江 藤 真 紀¹' 久保■ 新²' Maki Eto Arata Kubota

キーワード: 生活環境, 生活習慣, 転倒特性, 転倒後の生活, 行動様式の変化 daily-life environment and habits, life style, accidental fall, post-fall changes, behavioral patterns

I. はじめに

全人口に対する高齢者の割合が7%から14%に 増えるまで欧米諸■が100年前後かかるところを、 日本は24年で到達し、2020年にはなんと26.9%と いう今までに経験していない高い高齢者比率の時 代がやってくると推計されているい。米国では寝 たきり高齢者を減少させるための対策を早くから 講じており、予防に力を入れてきた。その成果と して、高齢者人口は増加しているにもかかわらず 要介護高齢者はこの10年間で120万人も減少して いる。米国は医療費や介護量をいかに抑制するか を考えた末、「予防」に力を注ぐことでその結果 として活力ある社会を保とうと努力している。健 康な高齢者が増えることで, 医療費や介護量が抑 制されるだけでなく、彼らが豊かな老後を送るこ とにより、その社会全体の活力も上向いていくと 考えられる。

日本の場合,2025年に寝たきり高齢者は230万人に達すると予測され,社会や高齢者ケアの現場

に種々の試練と問題を投げかけている。医療費の 配分, 医療・保健・福祉施設の整備と配分, 介護 マンパワーの育成教育、在宅医療、介護保険の導 入、継続看護と看護職などコメディカルへの大き な期待があげられる。寝たきり高齢者を減少させ るとともにいかに寝たきりにさせないか、あるい は寝たきりにならないためにはどうしたらいいの かを早急に検討しなくてはならない。高齢者が寝 たきりになる原因の第二位には転倒による大腿骨 頸部骨折があり2, 転倒を未然に防ぐためには, 転倒発生プロセスの解明が急務である。しかしな がら、骨粗鬆症対策は、1994年から高齢者保健福 祉推進の十ヶ年戦略の見直し (新ゴールドプラン) を行い強化・充実が図られつつあるが、 転倒対策 はそれに比べるとまだ極めて不充分であるという 現実がある。

そこで本研究は、"生活"に焦点を当て、今までの転倒研究ではあまり注目をされていない高齢者の生活と転倒との関連性を続計的に検討し、追

²⁾ 藤园保健衛生大学心理学教室 Psychology, Fujita Health University

究した。本研究を今後の転倒対策の足がかりにし たいと考えている。

Ⅱ.目的

本研究は高齢者の転倒に着目し、転倒の実態を 把握することでその要因を明確にし、転倒発生プ ロセスの解明およびその予防対策へ発展させるこ とを目的に実施した。今回は、地域で暮らす高齢 者の転倒に関連すると思われる■常生活環境や生 活習慣と、転倒経験者には転倒時の状況(転倒特 性)と転倒後の生活行動の変化について聞き取り 調査を行い、その関連性を検討した。なお、本研 究は江藤ら (2000)3) の調査と同時に実施された ものであり、江藤ら (2000)³⁾ が転倒の身体的・ 心理的要因に関する結果と考察をとりまとめたも のであるのに対し、本論文は特に転倒と生活環境 や生活習慣との関連を報告する。転倒はほとんど の場合、複数の要因が絡み合って発生する。その ため、その発生プロセスは科学的根拠を明確にし た上で解明されるまでに至っていない。転倒発生 プロセスを解明するためには、発生要因を細かく 分析し、その結果を類似した要因ごとに分類し、 あるいは関連づけて考える必要がある。

Ⅲ 方 法

本研究では、転倒の定義を「故意によらず、足 底以外の身体部分が地面あるいは床につくこ と」、とした。本論文は、性別にこだわらず一般 的な地域高齢者全般の生活環境・習慣の実態を把 握し、さらにそれが転倒時の状況や転倒後の変化 にどう影響をしているのかを分析した。これは、 地域高齢者の生活環境・習慣と転倒との関連性を 大づかみにすることでその概要を把握するためで ある。

1. 調査対象

対象は、愛知県大府市査住の65歳以上の一般家

庭で生活している健康な高齢者316名で、男性154名,女性162名であった。また、大府市は名古屋市の南南東に位置する農村地域であり、調査時の人口動態は、人口総数73,354人、65歳以上の高齢者数は7,038人で、大府市全人口の9.6%であった。

2. 調査内容とその方法

調査は1996年8月~9月の2ヶ月間に、市内にある公民館で実施した。対象者には事前に連絡をし、各自で最寄りの公民館に出向いてもらった。調査方法の詳細や妥当性については、江藤ら(2000)³ と同様で、各人には老人クラブの代表者を通じ、文章にて事前に目程や調査目的・方法・内容、場所、調査所要時間を連絡し、同意の得られた方に協力をいただいた。面接に使用をした調査票には氏名は記入せず、ID 番号でデータ入力をした。各人には、データは本研究目的以外には使用することはないことを説明し、了解を得た。

1) 転倒時の状況と転倒後の変化

転倒時の状況とその後の変化に関する項目は、 転倒した季節、時間帯、転倒時状況(物的・動作・ 身体・心理)など11項目(表1)である。また、 転倒後の生活習慣の変化に関する項目は、転倒後 の履物の変化、転倒後の杖の使用、転倒後の外出 回数、歩行量の変化、体調の変化、転倒後の運動 開始の有無など7項目についてである(表2)。

2) 生活環境

生活環境に関する項目は、家族構成、住宅形態、 自室位置、自室構造、トイレ様式、寝具様式、自 宅内の清り止めの有無、自宅内の手すりの有無、 転倒しそうな場所の有無など12項目である(表3)。

3) 生活習慣

生活習慣に関する項目は、運動の有無、普段の履物、外出回数など9項目である(表4)。

なお、転倒経験の有無については芳賀ら $(1996)^{5}$ に基づいて、過去1年間の追想法にて聞き取りを行った。

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

表 1 転倒時の状況に関する項目

項目	選択肢
転倒した季節	春夏秋冬
転倒時の天候	晴 曇 雨 雪
転倒回数	年1回 年2~4回 年5回以上
転倒した時間帯	午前中 午後 夜間
室内での転倒場所	昇り階段 降り階段 居間 玄関
	敷居 台所 勝手■ 廊下 浴室
	トイレ 洗面所 浴室 寝室
	エスカレーター 乗り物内
屋外での転倒場所	アスファルトの道路
	アスファルト以外の道路 上り坂
	下り坂 庭 公園 横断歩道
	昇り階段 降り階段
転倒時の物的状況	
	滑りやすい 物を持つ
	引っかかりあり 服装 狭い
	濡れていた
転倒時の動作状況	足のもつれ ふらつき 滑った
	つまずいた 踏み外した
dem bridge to a star of the beautiful to beautiful to be a star of the beautiful to be a star of	引っかかった
転倒時の身体状況	体調不調 力が抜けた めまい
	気が遠くなった 寝ぼけ
# Trunt a 2 mm/ big	酔っていた バラン スを崩した
転倒時の心理状況	焦っていた ぼんやりしていた
	他に気がいっていた いらいら
お毎年の聞とゆ	うきうき
転倒時の履き物	靴 ぞうり・げた (サン ダル含む)
	ハイヒール スリッパ 長靴
	靴下 ストッキング 裸足

表 2 転倒後の変化に関する項目

項目	選	択 肢
転倒後の歩行困難の有無	ある	ない
転倒後の杖使用の有無	ある	ない
転倒後の外出回数の変化	ある	ない
転倒後の歩行量の変化	ある	ない
転倒後の体調の変化	ある	ない
転倒後の履き物の変化	ある	ない
転倒後の積極的運動の開始	ある	ない

表3 生活環境に関する項目

項目	選択肢
家族構成	独り暮らし 夫婦二人
	二世代同居 三世代同居
住居形態	一戸建て 集合住宅
自室位置	一階 二階 三階以上
自室様式	洋洋室 和室
トイレ様式	洋式 和式
寝具様式	ベッド 布置
転倒しそうな場所の有無	ある ない
室内の転倒しそうな場所	昇り階段 降り階段 居間
(転倒しそうな場所があ	玄関 敷居 台所 勝手■
る場合のみ)	廊下 浴室 トイレ
	洗面所 寝室
	エスカレーター 乗り物内
屋外の転倒しそうな場所	アスファルトの道路
(転倒しそうな場所があ	アスファルト以外の道路
る場合のみ)	上り坂 下り坂 庭 公園
	横断歩道 昇り階段
	降り階段
自宅内の滑り止めの有無	ある ない
自宅内の手すりの有無	ある ない
手すりの使用の有無	使用する 使用しない
(手すりがある場合のみ)	

3. 分析方法

Abacus Concepts 社の統計解析用ソフト Stat-View を用いた。各項目間の関連性は χ^2 検定と χ^2 値による分割表分析,また項目間に有意な関連があった場合は,分割表分析の post hoc セル寄与率によりその有意な関連性をもたらしている主な要因を把握した。分割表分析(contingency table analysis)とは,定性的な変数(本研究では様々な質間項目)間の統計的な関連の度合いを明らかにするための手法である。本研究のように,主に扱われている変数が,定量的変数(例えば,身体的な特性,身長・体重・歩行数など)ではなく,定性的な変数であることが多い内容の場合,有効な分析手段であると考える。分割表分析では,

表 4 生活習慣に関する項目

項 目	選 択 肢
体力の有無	ある ない
運動習慣の有無	ある ない
運動頻度(運動習慣が	毎日 週4~5回
ある場合のみ)	週2~3回 週1回
外出回数	毎日 週4~5回
	週2~3回 週1回
	ほとんどなし
室内での普段の履き物	スリッパ 靴下
	ストッキング 裸足
■外での普段の履き物	靴
	ぞうり・げた (サンダル含む)
	ハイヒール 長靴
目が覚めたときのふら	ある ない
つきの有無	
椅子からの立位でのふ	ある ない
らつきの有無	
夜中の目覚めの有無	ある ない
夜中のトイレの有無	ある ない

ある二つの定性的変数間の関連が統計的に有意であるかを知ることができると同時に、post hocセル寄与率によって、その関連の有意性が、具体的にどのような細目(質問項目における選択肢)に回答が集中した(また逆に少ない)ことによってもたらされたものであるかを推定することができる。

また、江藤ら(2000)³⁾ と同様に、論文中の「有意な関連性がある」いう表現は、その棄却率(p値)が5%以下のものを指す。但し、本研究の探索研究的要素を考慮して、10%以下についても棄却率を示した。

Ⅳ. 結 果

対象群の年齢は72.5±4.9歳であり、転倒経験者は全体の31.6%の100名であった。また、転倒経験者の年齢は72.9±4.9歳、非転倒経験者は72.3±5.0歳であり、年齢の有意差はなかった³¹。方

法に述べた高齢者における転倒経験者の特性、転 倒後の生活行動様式の変化、生活環境、生活習慣 などに関する質問項目間にどのような相互関係 (相関性) があるかを検討した結果を以下に示す。

1. 転倒時の状況と転倒後の変化(転倒と直接的 関連のある項目)

1) 転倒時の状況(表5)

転倒時の状況を示す項目の中で、他項目と有意 (p<0.0001~0.1) に関連した項目で post hoc セル寄与率から特徴のある結果が得られらたものは、転倒した季節、転倒時の天候、転倒した時間帯、室内での転倒場所、転倒時の動作状況、転倒時の身体状況、転倒時の心理状況であった。

これらの post hoc セル寄与率から分かったことは、季節が春夏ではふらついた、つまずいたなど、秋冬では足がもつれた、ふらついた、滑ったなどで転倒していたことである。また、天候では、晴天日に転倒した人は、普段の外出回数も多く、何かにひっかかって転倒し、転倒後歩行困難になっていた。しかし、雨天日だと、外出回数は晴天時に比べて極端に少なく、滑ったり路面が濡れたりしていることにより転倒していた。また、曇では、段差や凹凸で転倒し、雪では掴まるところがなくて、転倒していたことが分かった。

時間帯からは、午前の場合は、物を持っていた、引っかかりがあった、午後は滑った、バランスを崩した、夜間は掴まる所がなかった、寝ぼけていた、酔っていたなどで転倒していた。また、転倒した場所が玄関・浴室だと転倒後は外出回数の減少があり、居間だと外出回数の減少はなかった。転倒後の歩行量が減少していたのは、玄関・廊下・浴室で転倒した者であった。

転倒時の動作・身体・心理状況では、ふらついて転倒した人は転倒後に歩行困難や杖の使用が生じ、外出回数・歩行量が減少していた。また、体調不良や酔っていて転倒した人は、転倒後に運動

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

表 5 転倒時の状況と有意に関連していた項目および post hoc セル寄与率

	有意に関連していた項目	post hoc セル寄与率の高かった選択肢の組み合わせ
転倒した季節	目が覚めた時のふらつき。 運動習慣の有無…	春夏(ふらついた・つまずいた・踏み外した・ぼんや
	転倒時動作状況。 転倒時心理状況…	り・いらいら) *
		秋冬(足のもつれ・ふらついた・滑った・焦っていた・
		うきうき)
転倒時の天候	外出回数 転倒時物的状況 :	晴(普段4~5回/週外出,ひっかかって転倒,歩行
	転倒後步行圖難。	■難あり)
		雨(普段1回/月外出,滑った・濡れていて転倒)
		曇 (段差・凹凸で転倒)
		雪 (つかまる所なく転倒)
転倒した時間帯	転倒時物的状況。 転倒時身体状況。	午前中(物を持つ・引っかかり・気が遠くなって転倒)
		午後(滑った・力抜けた・バランス崩し転倒)
		夜間(つかまる所なし・濡れていた・寝ぼけ・体調不
		良・酔っていて転倒)
室内での転倒場所	目が覚めた時のふらつき * 椅子からの立位 *	玄関・浴室(転倒後外出圓数減)
	転倒後外出回数 転倒後步行量 :	居間(転倒後外出回数減)
		玄関・浴室・廊下(転倒後歩行量減)
屋外での転倒場所	該当項目なし	該当なし
転倒時の履物	該当項目なし	該当なし
転倒時の物的状況	寝具様式 * 転倒時天候・・ 転倒した時間帯 *	段差・凹凸 (ベッド, 曇で転倒)
		滑った(午後に雨で転倒)
転倒時の動作状況	転倒した季節 転倒後歩行■難 転倒後杖使用・	ふらつき(転倒後歩行■難, 転倒後杖使用, 転倒後外
	転倒後外出回数: 転倒後步行量:	出回数・歩行量減)
	転倒後運動開始有無*	足のもつれ(転倒後運動開始)
転倒時の身体状況	家族構成・ 住居形態・・ 自室位置・ トイレ様式 5	体調不良・酔い(転倒後運動開始・非開始について暖
	転倒しそうな場所。 転倒した時間帯	睐な回答)
	転倒後運動開始有無。	
転倒時の心理状況	転倒しそうな場所。 椅子からの立位:	焦っていた(転倒後外出回数・歩行量減、転倒後履物
	夜中の冒覚め・ 転倒した季節・・ 転倒後外出回数・	変化、秋冬に転倒、夜中に目は覚めない)
	転倒後步行量 転倒後履物変化	ぼんやり(転倒しそうな場所あり、春夏に転倒、夜中
	転倒後運動開始有無·	に目が覚める)
		他に気(転倒しそうな場所なし、椅子からの立位でふ
		らつく)
		いらいら(春夏に転倒)
		うきうき (夜中に目が覚める, 秋冬に転倒)

いらいらして転倒している事例が多い。

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

を開始したか否かについて曖昧な回答をしていた。 焦って転倒した人は、転倒後の外出回数・歩行量 が減少し、普段の履物を変化させていた。

2) 転倒後の生活行動様式の変化(表6)

転倒後の変化を示す項目の中で,他項目と有意 (p<0.0001~0.1) に関連した項目で, post hoc

セル寄与率から特徴のある結果が得られたものは、 転倒後の歩行困難、転倒後の杖の使用、転倒後の 外出回数の変化、転倒後の歩行量の変化、転倒後 の体調の変化、転倒後の履物の変化、転倒後の積 極的運動開始の有無であった。

これらの post hoc セル寄与率から分かったこ

表 6 転倒後の変化と有意に関連していた項目および post hoc セル寄与率

	有意に関連していた項目	post hoc セル寄与率の高かった選択肢の組み合わせ
転倒後の歩行困難	トイレ様式。 普段の外出回数・・	あり(週1回外出,ふらつきあり,晴で転倒,スリッ
の有無	目が覚めた時のふらつき。 転倒時天候 5	パ・靴下で転倒、ふらつき・つまずきで転倒、杖使用、
	転倒時動作状況・・・ 転倒時履物・・・ 転倒後杖使用・・・	転倒後歩行量減,転倒後体調不良)*
	転倒後外出回数 [§] 転倒後歩行量 [•] 転倒後体調変化 [•]	なし(週2~3回外出、ふらつきなし、雪でハイヒー
		ルやぞうり・げたで滑った・踏み外して転倒)
転倒後の杖使用の	運動習慣の有無。 転倒時動作状況・ 転倒時履物。	あり(運動習慣あり、スリッパでふらつき・引っかか
有無	転倒後步行困難・・	りで転倒, 転倒後歩行困難あり)
転倒後の外出回数	屋外での普段の履物・ 目が覚めた時のふらつき・・	滅少 (足のもつれ・ふらつき・焦り・いらいらで転倒。
の変化	室内の転倒場所。 転倒時動作状況・	転倒後歩行困難あり・歩行量減・体調不良)
	転倒時心理状況: 転倒後歩行困難 転倒後歩行量	変化なし(つまずき・ぼんやりで転倒,転倒後特に変
	転倒後体調変化 転倒後履物変化	化なし)
	転倒後運動開始有無:	
転倒後の歩行量の	屋外での普段の履物・ 目が覚めた時のふらつき・・	減少(玄関・廊下でいらいら・他に気・ふらついて転
変化	室内の転倒場所・・・転倒時動作状況・	倒, 転倒後歩行困難あり・外出回数減・体調変化あり)
	転倒時心理状況: 転倒後步行困難:	変化なし(昇り階段・居間でぼんやりし滑って転倒、
	転倒後外出回数: 転倒後体調変化:	転倒後履物の変化なし)
	転倒後履物変化' 転倒後運動開始有無'	
転倒後の体調の変	転倒後步行困難。 転倒後外出回数変化。	悪化(転倒後歩行困難あり・外出回数と歩行量の減)
化	転倒後步行量変化, 転倒後履物変化,	変化なし(転倒後履物変化なし)
	転倒後運動開始有無*	
転倒後の履物の変	転倒時心理状況: 転倒後外出回数変化:	変化あり(特簣的結果なし)
化	転倒後步行量変化, 転倒後体調変化,	変化なし(他に気で転倒、転倒後外出回数・歩行量・
	転倒後運動開始有無*	体調変化なし, 転倒後運動開始せず)
転倒後の積極的運	転倒時物的状況: 転倒時動作状況:	開始(いらいらし足がもつれて転倒)
動開始有無	転倒時心理状況· 転倒時身体状況 §	開始せず(他に気・引っかかりがありバランスを崩す・
	転倒後外出回数: 転倒後歩行量: 転倒後体調変化:	めまいで転倒、転倒後外出回数・歩行量・体調の変化
	転倒後履物変化*	なし, 転倒後履物変化なし)

有意性 *p<0.01 **p<0.05 §p<0.1

※例)転倒後に歩行困難があると、外出は週に1回、晴れた目にスリッパや靴下を履いていて転倒。また、ふらついたりつまずいたりして転倒し、転倒後は杖を使用。歩行量が減り、体調不調にもなっていた事例が多い。

とは、転倒後に歩行困難になったと訴えている場合は、外出は週1回程度であり、目が覚めたときにふらつき、晴れた日に転倒していたことであった。また、スリッパや靴下を履き、ふらついたりつまずいたりして転倒しており、杖を使用するようになっていた。転倒後に歩行量も減少し、体調不良にもなっていた。逆に転倒後に歩行困難がない場合は、週に2~3回外出し、目が覚めたときのふらつきもなかった。また雪の時にハイヒールやぞうり・げたを履き、滑ったり踏み外したりして転倒していたが、転倒後の杖の使用は認められなかった。

転倒後の歩行量も転倒が原因で減少したという 人はなく、体調も変化していなかった。さらに、 転倒後に杖を使うようになっている人は、運動習 慣があるが、転倒時はスリッパを履き、 ふらつい たりなにかに引っかかったりしており、転倒後の 歩行困難を訴えていた。転倒後の外出回数の変化 をみると、転倒後に外出回数が減った場合は、転 倒時に足がもつれた・ふらついた・焦っていた・ いらいらしていたことが分かった。また、転倒後 に歩行困難を訴えていたり、歩かなくなっていた り、体調不良になっていたことが分かった。逆に 転倒後の外出回数に変化がない場合は、つまずい たりぼんやりして転倒していた。さらに、転倒後 に歩行量が減っている場合は、玄関や廊下でいら いら・他に気がいっていたり、ふらついたりして 転倒していたことが分かった。また、転倒後に歩 行困難があり,外出回数も減り,体調の変化も訴 えていた。逆に転倒後に歩行量が変化していない 場合は、降り階段・居間でぼんやりして滑ったこ とで転倒していた。また、転倒後に履物は特に変 えていないことが分かった。

転倒後の体調の変化をみると、体調が悪くなったと答えている場合は、転倒後の歩行困難や外出回数・歩行量の減少があった。体調に変化はないと答えている場合は、転倒後の履物に変化はなかっ

た。また、履物を変えていないと、他に気がいっていて転倒し、転倒後の外出回数や歩行量・体調も変化しておらず、積極的に運動も開始していなかったことが分かった。

転倒後に積極的に運動を開始したと答えている場合は、いらいらして足がもつれて転倒していたことが分かった。逆に運動を開始していない場合は、他に気がいっていたり、ひっかかりがありつまずいたりしてバランスを崩した、あるいはめまいで転倒していた。また、転倒後の外出回数や歩行量・体調に変化はなく、履物も変えていなかったことが分かった。

転倒経験者の特性と転倒後の変化の結果から、 夏の晴天日に、玄関や浴室・廊下で体調不良や足がもつれて転倒している可能性が高いことが分かった。また、転倒した時間帯が遅いほど、転倒による後遺症を残していた。さらに、転倒後の生活水準が深刻になった者とそうでない者では、例えば転倒後の外出回数が減った者は足がもつれた・ふらついたことで転倒し、減っていなかった者はつまずく・ぼんやりしていたことで転倒したなど、転倒時の状況(直接的な転倒のきっかけ)などに若干の差が見受けられることが分かる。

2. 生活環境と関連する項目(表7)

生活環境項目の中で、他項目と有意 (p<0.0001~0.1) な関連性を示し、その post hoc セル寄与率に特徴的な結果が得られたものは、家族構成、住居形態、自室位置、トイレ様式、寝具様式、転倒しそうな場所の有無、室内の転倒しそうな場所、自宅内の滑り止めの有無、自宅内の手すりの有無、手すりの使用の有無であった。

家族構成では、独り暮らしの場合は、集合住宅に住み、自宅内に滑り止めや手すりが備え付けられておらず、二世代同居の場合は、めまいがきっかけで転倒していた。独り暮らしと二世代同居の場合は統計的に有意な関連はなかったものの、転

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

表7 生活環境項目と有意に関連していた項目および post hoc セル寄与率

	有意に関連していた項目	post hoc セル寄与率の高かった選択肢の組み合わせ
家族構成	転倒経験の有無。 住居形態。 運動頻度。	独り暮らし(集合住宅、滑り止め・手すりなし)*
	滑り止めの有無。 手すりの有無。	二世代(めまい)夫婦二人(毎日運動,体調不良)
	転倒時身体状況・	三世代(毎日運動)
住居形態	家族構成 8 自室位置・ 室内の履き物・・	一戸建て(自室一階、普段はスリッパか靴下)
	手すりの使用。 転倒時身体状況・・	集合住宅(室内は裸足、手すりを使う、気が遠くなっ
		て転倒)
自室位置	転倒経験の有無。 住居形態・ 自室様式・	自室は二階(転倒経験少,運動習慣あり,椅子からの
	運動頻度・・ 滑り止めの有無。 手すりの有無。	立位でふらつかない、滑り止め・手すりあり、酔って
	椅子からの立位・・ 屋外の転倒しそうな場所 *	転倒)
	転倒時身体状況・	
自室様式	自室位置。	特徴的結果なし
トイレ様式	運動の有無。 転倒しそうな場所の有無。	和式(運動なし、転倒しそうな場所あり、降り階段で
	滑り止めの有無。 転倒時身体状況。	転倒, 転倒後步行困難)
	屋外の転倒場所・・ 転倒後歩行困難。	洋式トイレ(庭で転倒)
寝具様式	転倒経験の有無・・ 室内の転倒しそうな場所・・	ベッド(玄関・浴室で転倒しそう、手すり未使用、転
	手すりの有無。手すりの使用。 椅子からの立位。	倒経験あり、椅子からの立位でふらつく、夜間に目覚
	夜中の目覚め、 夜中のトイレ、 転倒時物的状況 5	めトイレへ行く、転倒経験あり、段差・凹凸で転倒)
		布団(昇り階段と敷居で転倒しそう)
転倒しそうな場所	転倒経験の有無・トイレ様式。 手すりの有無・・	あり(冬に転倒、体調不良・めまい、焦っていた・ぼ
の有無	手すりの使用・・ 目が覚めたときのふらつき・	んやり)
	椅子からの立位。 夜中の目覚めい 転倒した季節い	なし(ふらつきなし、夜中の目覚めなし、夏に転倒、
	転倒時身体状況。 転倒時心理状況。	寝ぼけ・バランスを崩した、他に気)
	運動習慣の有無。	
室内の転倒しそう	寝具様式・・ 目が覚めたときのふらつき*	勝手口(目が覚めたときふらつく)
な場所		
屋外の転倒しそう	自室位置 [§]	特徴的結果なし
な場所		
自宅内の滑り止め	家族構成 * 自室位置 * トイレ様式 *	あり(二世代・三世代同居、自室は二階、洋式トイレ、
の有無	手すりの有無・ 転倒時動作状況。	手すりあり、引っかかりで転倒)
		なし(独り暮らし、自室は一階、和式トイレ、手すり
	,	なし、ふらついて転倒)
自宅内の手すりの		あり(二世代同居、自室は二階、ベッド、滑り止めあ
有無	運動の有無。 転倒しそうな場所の有無・・	り、体力あり、運動習慣あり、夏に転倒)
	滑り止めの有無・ 転倒した季節・ 転倒後歩行困難・	なし(独りか夫婦二人暮らし、自室は一階、布団、体
	転倒後步行量 ⁸	力なし,運動なし,秋に転倒,転倒後歩行困難,歩行
		量減少)
	家族構成・・ 寝具様式 転倒しそうな場所の有無・・	使用(二世代同居、転倒しそうな場所あり)
無		未使用(夫婦二人、ベッド)

有意性 *p<0.01 **p<0.05 \$p<0.1

※例)独り暮らしの場合は、集合住宅に住み、家内に滑り止めや 手すりが備え付けられていないという事例が多い。 倒傾向が高い結果となった。また、夫婦二人暮ら しの場合は、毎日運動するが、転倒後体調不良と なっており、三世代同居の場合は、毎日運動して いることが分かった。夫婦二人暮らしと三世代同 居の場合は、転倒傾向が低い結果となった。

住居形態で一戸建ての場合は、自室は一階、普段室内ではスリッパか靴下を履いていた。集合住宅の場合は、室内では普段は裸足、手すりを使用している、転倒時は気が遠くなっていたことが分かった。また、二階に自室があると、転倒経験が少なく、運動習慣がある、椅子からの立位でふらつきが少ないことが分かった。さらに、自宅内の滑り止めや手すりが備えられており、転倒した場合は酔っていた、が多かった。

トイレ様式では、和式トイレの場合は、日頃から運動をしておらず、転倒しそうと思う場所が多く、降り階段で実際に転倒し、転倒後歩行困難になっていた。一方、洋式トイレの場合は、庭で転倒していた。

寝具様式では、ベッドを使用している場合の室内での転倒しそうな場所は、玄関と浴室で、自宅内に手すりはあるが使用しない、椅子からの立位時ふらつく、であった。また、夜中に目が覚めトイレへも行っていた。さらに、転倒経験が多く、段差・■凸で滑って転倒していた。一方、布団を使用している場合は、室内の転倒しそうな場所は昇り階段と敷屋であった。

転倒しそうな場所があると答えた場合、転倒した季節は冬で、転倒時の身体状況は体調不良とめまい、転倒時の心理状況は焦っていたとぼんやりしていたであった。逆に転倒しそうな場所がないと答えた場合は、目が覚めたときや椅子からの立位でふらつくことはなく、夜中は目が覚めることはないという結果であった。また、転倒した季節は夏で、転倒時の状況は身体的には寝ぼけていた・バランスを崩した、心理的には他に気がいっていたことが分かった。また、室内の転倒しそうな場

所が勝手■の場合に、目が覚めたときのふらつき を訴えていた。

自宅内に滑り止めが備えられている場合は、二世代か三世代同居で、自分の部屋は二階にあった。またトイレは洋式で、階段や廊下に手すりも設置されていた。転倒時の状況からは何らかの引っかかりがあって転んでいたことが分かった。逆に滑り止めが備えられていない場合は、独り暮らしで自分の部屋は一階にあり、トイレは和式、手すりも備わっていなかった。また転倒時はふらついていたことが分かった。

さらに, 自宅内に手すりが備わっている場合は, 二世代同居で,自室は二階にあり,ベッドを使用 し、自宅内に滑り止めも設置されていることが分 かった。また、自分で体力はあると思っており、 運動も行っていた。転倒した季節は夏であった。 逆に手すりが備わっていない場合は、独り暮らし か夫婦二人暮らしで、自室は一階にあり布■を使 用していた。また、自分で体力はないと思ってお り、運動もしていなかった。転倒した季節は秋で、 転倒後に歩行困難になっていたり、歩行量の減少 が生じたりしていた。その手すりの使用の有無を みてみると, 手すりを使用している人は, 二世代 同居の場合で転倒しそうな場所があると訴えてい る者であった。逆に手すりを使用していない人は、 夫婦二人暮らしで、ベッドを使用している者であ ることが分かった。

上記の分析結果から、生活環境から推測できる 転倒しやすい高齢者像の一例を示すと、集合住宅 に独りで住んでいるか住宅形態に関係なく二世代 で世帯形成し、和式トイレとベッドを使用してい る。また、転倒しそうな場所があると認識してい る者は、冬に転倒し、体調不良やめまい、ぼんや りしていたなど、内因的要因がきっかけとなって いる。住宅環境からみてみると、自宅内に滑り止 めが設置されていると引っかかりという外因的要 因(環境要因)で、設置されていないとふらつい て転倒という内圏的要圏で転倒し、さらに、手すりが備えられていないと、転倒後に歩行困難や歩行量の低下が生じる、ということがあった。

3. 生活習慣と関連する項目(表8)

生活習慣項目の中で,他項目と有意(p<0.0001 ~0.1)な関連性を示し,その post hoc セル寄与率に特徴的な結果が得られたものは,運動習慣の有無,外出回数,屋外での普段の履物,目が覚めたときのふらつきの有無,椅子からの立位でのふらつきの有無,夜中に目が覚めるかどうかであった。

運動習慣がある場合は、毎日外出していることが分かった。また、転倒しそうな場所はないと訴え、自宅内に手すりも備えられていた。実際に転倒した季節は春で、転倒後には杖を使用するようになっていた。一方、運動習慣がない場合は、転倒経験があり、転倒した季節は秋であったことが分かった。

外出回数からは、毎日外出している場合は、自分は体力があると思っていたり運動習慣があることが分かった。また、週4~5回の外出であれば晴れた日に転倒しており、週1回の外出であれば、転倒後の歩行困難を訴えていた。さらに少ない月1回の外出の場合は、雨の日に転倒していることが分かった。

屋外での履物をみると、普段の履物が靴の場合は、目が覚めたときにふらつきがあると訴えていた。また、当然であるが、靴を履いて転倒していたことが分かった。さらに、転倒後の外出回数は減少し、歩くことも少なくなっていた。普段ぞうりやげたを履いている人は、目が覚めたときにふらつくことはなく、転倒した場合は、裸足であったこと(裸足でぞうりやげたを履いていた)が分かった。また、転倒後の外出回数や歩行量は転倒前と変化はなく、転倒後は履物に気を使っていなかった。普段ハイヒールや長靴を履いている人は、

年5回以上の転倒経験があることが分かった。

目が覚めたときにふらつきがある場合は、椅子 からの立位でもふらつき, 夜中に目が覚め, トイ レへ行っていた。また、転倒経験もあり、室内で の転倒場所は昇り階段, 廊下, 寝室であった。さ らに転倒後に歩行困難や外出回数・歩行量の減少 を訴えていた。それとは逆に目が覚めたときのふ らつきがないと思っている場合は、椅子からの立 位でふらつきはなく、夜間に覚醒したりトイレへ 行くこともなく, 転倒経験との関連も統計的には 認められなかった。また、転倒した場合の天候は 曇で、室内の転倒場所が居間であったことも分かっ た。さらに、ふらつきの有無があるともないとも 思っていない者が転倒した時の天候は雪だった。 椅子からの立ち上がりでふらつくと、目が覚めた ときにふらついたり, 夜中に目が覚めたりしてい た。また、室内の転倒場所は、廊下と浴室であり、 転倒時の心理状況は他に気がいっていた、であっ た。逆に椅子からの立ち上がりでふらつかない場 合は室内の転倒場所は居間で, 転倒時の心理状況 はぼんやりしていた, であった。

<u>夜中に目が覚める</u>人は、夜中にトイレへ行っており、転倒時の心理状況はぼんやり・うきうき、であった。また、目が覚めない人は、目が覚めたときにふらつきはなく、転倒時の心理状況は焦っていた、であった。

これらのことから推測できる転倒しやすい高齢者の生活習慣の一例は、普段あまり外出せず、朝、目が覚めるときにふらつきがある。外出するときは靴を履き、転倒し、転倒後は外出回数や歩行量が減少する。椅子から立ち上がるときふらつくことがあったり、夜中に目が覚めることもある、というものである。

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

表8 生活習慣項目と有意に関連していた項目および post hoc セル寄与率

	有意に関連していた項目	post hoc セル寄与率の高かった運択肢の組み合わせ
体力の有無	該当項目なし	該当なし
運動習慣の有無	トイレ様式* 外出回数・・ 転倒しそうな場所の有無* 手すりの有無* 転倒経験の有無・ 転倒した季節・・ 転倒後の杖使用*	あり(毎日外出,転倒しそうな場所なし,手すりあり,春に転倒,転倒後杖使用)*なし(転倒経験あり,秋に転倒)
運動頻度	家族構成。 自室位置:	毎日(夫婦二人・三世代同居)
外出回数	体力の有無・ 運動習慣の有無・ 転倒時の天候 [®] 転倒後歩行困難・・	毎日(体力あり、運動習慣あり) 週4~5回(晴で転倒) 週1回(転倒後歩行困難) 月1回(雨で転倒)
室内での普段の履 き物	住居形態・・	スリッパ・靴下 (一戸建て)
屋外での普段の履 き物	目が覚めた時のふらつき・・ 転倒回数・・ 転倒時履物・ 転倒後外出回数・ 歩行量変化・ 履物の変化・	靴(ふらつきあり、靴で転倒、転倒後外出回数・歩行量減) ぞうり・げた(ふらつきなし、裸足で転倒、転倒後外出回数・歩行量変化なし) ハイヒール・長靴(年5回以上転倒)
目が覚めた時のふ らつきの有無	転倒しそうな場所の有無・室内の転倒しそうな場所。 屋外での限物・・椅子からの立位・ 夜中の目覚め・ 夜中のトイレ・・転倒経験の有無・・ 転倒した季節。 転倒時天候。室内の転倒場所。 転倒後歩行困難。 外出回数の変化・・歩行量の変化・・	ふらつきあり(椅子からの立位でふらつく、夜中に目覚めトイレへ行く、転倒経験あり、昇り階段・廊下・ 寝室で転倒、転倒後歩行困難・外出回数と歩行量減) ふらつきなし(椅子からの立位でふらつきなし、夜中 に目覚めずトイレも行かず、統計的に転倒経験なし、 曇で転倒、居間で転倒) どちらでもない(雪で転倒)
	自室位置・・ 寝具様式。 転倒しそうな場所の有無。 目が覚めた時のふらつき・ 夜中の冒覚め・ 転倒時天候・・ 室内での転倒場所。 転倒時心理状況・・	あり(目が覚めた時ふらつく、夜中に目が覚める、魔下・浴室で転倒、他に気)なし(居間で転倒、ぼんやりしていて転倒)
夜中の目覚め	寝具様式・ 転倒しそうな場所の有無・ 椅子からの立位・ 目が覚めた時のふらつき・ 夜中のトイレ・ 転倒時心理状況・・	覚める(夜中にトイレ, ぼんやり・うきうきで転倒) 覚めない(目が覚めた時ふらつきなし, 焦っていて転 倒)
夜中のトイレ	寝具様式・・ 目が覚めた時のふらつき・・	トイレへ行く(夜中に目が覚める)

有意性 *p < 0.01 **p < 0.05 \$p < 0.1 ※例)運動習慣がある場合は、毎日外出し、転倒しそうな場所も なく家内に手すりが備え付けられている。転倒した季節は 春で、転倒後は杖を使うようになっている事例が多い。

V. 考 察

本研究は、定性的変数をより客観的に評価する ために、分割表分析とその post hoc セル寄与率 という統計手法を用いた。関連の有意性が統計的 に保証されることの科学的意味は大きいと考える。 主観的に、ある項目Aと他の項目Bが関連してい ると推測できる場合でも、それが統計的に客観化 されなくては、科学的なアプローチとは言いがた いし、また、その関連性に再現性があることも保 証できないが、分割表分析は、この保証を与える ものであると言える。一方, post hoc セル寄与 率の高さから、ある細目(選択肢)が期待値より 大きく偏ることを見ることによって、その細目が 有意な関連性の主な原因になっていることが数量 的に明示されるものの、この数値は関連の有意性 分析に伴って生じる付随的データであるため、関 連の有意性を保証するというより、その関連の原 因を探索的に知る上で使用すべきものである。こ のような意味では、研究・調査対象となる現象や 過程が一般に定性的でかつ多変数(多要因)であ り、また、学問的に関連の有意性を確定するだけ でなく、今後の実践をも模索すべき看護学研究に とっては、分割表分析は、極めて有効な分析手段 の一つと考えられ、今後の広範な適用が期待でき ると思われる。

本報告では、結果を記述する際に、まず、有意な関連がどの項目間にあったかを述べ、更に、そのような関連の有意性をもたらしたであろう、転倒の状況や生活習慣、転倒後の生活習慣の変化に関する細目を述べることによって、転倒の状況や転倒者像を浮き上がらせようと試みた。その結果、極めて明瞭とは言えないものの、転倒状況や転倒者像がかなりの程度示されたと考えられる。本報告の各項における転倒状況や転倒者像は必ずしも単一ではない。つまり、高齢者の転倒には、何種類かのサブ・カテゴリーがあると思われる。例えば、日頃、運動をよくし活動的である人が転倒す

る場合と、日頃から多少の運動不安を抱えている人が転倒する場合では、転倒の仕方や場所、あるいは傷害の度合いが微妙に異なっていることが、post hoc セル寄与率による記述から推定されるのである。こうした幾つかのサブ・カテゴリーは、高齢者における転倒のメカニズムとその対策が一通りではなく、多角的なものであることを示しているであろう。

以下に、こうした関連性とその細目から浮かび上がる転倒者像と転倒の状況、それぞれの場合に考えうる予防策について考察する。

1. 転倒時の状況と転倒後の変化

1) 転倒時の状況

新野ら(1995)6)は、季節による転倒の有意な 差はないものの、夏、ついで春に転倒する割合が 高くなっていると報告している。本研究でも季節 と転倒との間に有意な差は認められなかったが、 新野らと同様に夏に転倒している割合が高く, つ いで春冬であった。また春夏に転倒するとふらつ いた、つまずいた、踏み外した、ぼんやりしてい た、いらいらしていた状況にあり、秋冬では足が もつれた, ふらついた, 滑った, 焦っていた, う きうきしていた状態であった。これらから考えら れることは、秋冬では外気温が下がっているため に末梢血流量が低下し、四肢が思うように動かな いために足がもつれたり、ふらついたり、滑った りした可能性である。Campbell (1988) は女性 の冬の転倒原因は、寒いために活動量が減少し、 それが運動能力低下につながると主張しているり。 これは本研究結果と類似しているが、今回は性別 を考慮せずに検討したため, 現段階ではこれ以上 何とも言えない。また、春夏での転倒から考えら れることは、閉じこもりがちだった寒い冬から暖 かい春になったことで、活動量が増加し、転倒す る機会までも増加させてしまったということであ る。

転倒時の天候から考えられることは、晴れた日 は外出回数が多いために転倒する機会も多くなっ ており、雨の日は外出回数も少ないが地面や床が 濡れているために転倒するという様子である。ま た、曇の日に段差や凹凸で転倒するのは薄暗くて 視覚的に空間を認識しづらく、姿勢保持のための 視覚的枠組みが不明瞭になって転倒したというこ とも考えておかねばならない。一般的にヒトの姿 勢制御機構は、主に前庭・視覚・深部知覚からの 入力によりコントロールされている⁸。 Pvvkkö ら (1988) (1988) は、高齢者の姿勢制御は視覚に依存す る割合が高いと述べており、これは加齢により神 経・筋肉の退行変性が進行するために、視覚にお ける依存度が高くなると考えられている。また, 加齢による視力低下や視野狭窄も重なり、視覚情 報量をさらに減少させている可能性も否定できな い。上記の理画から、加齢や天候による視界の悪 さが認知機能の低下を発生させ、危険の認知や判 断を誤らせている可能性が充分に考えられる。

転倒した時間帯の post hoc セル寄与率から、午前中の転倒は物を持っていたり、引っかかりがあったり、気が遠くなっていたことから発生し、午後では滑りやすい、力が抜けた、バランスを崩した、夜間は掴まるところがなかった、濡れていた、寝ぼけていた、体調不良、酔っていたことで発生していることが分かった。転倒した時間帯が遅くなるに連れ、転んだ原因がより内因的なものになっていることが分かる。要するに時間帯が早いほど、外因的かつ直接的な原因で転倒している。早い時間帯の転倒を予防するには生活環境面の改善を、遅い時間帯の転倒を予防するには止活環境面の改善が必要であると考える。

室内での転倒場所からは、玄関や浴室、廊下での転倒ではその後の外出回数の減少があり、居間での転倒はその後の外出回数などには変化は認められなかった。玄関・浴室・廊下での転倒が及ぼす影響は、転んだ床面が硬かったり突起物がある

ことで、外傷の危険性が高く、その外傷も重症に なりやすいと考える。そして重症になればなるほ ど、その後遺症も重いために転倒後に外出回数が 減ってしまったのではないだろうか。一方、居間 で転倒した場合は床面が畳やカーペットだったこ と,空間が広いために突起物が少ないことなどが 考えられ, 転倒しても傷害は軽く, 転倒後の生活 にも影響を及ぼしていないことが推測できる。 Northridge (1995)¹⁰⁾ は高齢者の転倒における危 険な環境として、物が乱雑に置かれている場所を あげている。このことからも硬い床面や突起物, 空間の程度には十分な注意を払う必要があると言 える。また、安村ら(1991)**) によれば、転倒発 生場所は玄関や居間が多いとあり、本研究でも室 内での転倒場所として玄関・浴室・廊下が統計的 に浮上してきた。室内では玄関・浴室・廊下での 転倒発生が多いということになる。

転倒時の動作状況からは、ふらついて転倒した 場合に転倒後の杖の使用や歩行困難、外出回数や 歩行量の減少を訴えていたことが分かった。この ことから、ふらついて転倒すると転倒による後遺症が重く、予後が悪いことが明らかになった。ま た、足がもつれて転倒した場合は転倒後積極的に 運動を開始しており、高齢者自身の意識の変化が 伺える。これは、高齢者自らが体力不足や運動不 足を転倒により認識し、再度、転倒しないための 予防行動だと考える。もしこの推測が正しければ、 高齢者が行動変容することで、転倒を予防するた めの一つの方略を考えることが可能になるであろ う。

転倒時の心理状況と有意に関連した項目のすべてに其通していたものは「焦っていた」であった。 焦っていて転倒した場合は、転倒後の外出回数や 歩行量は減少していた。これは焦って転倒すると 傷害が重いために活動量が低下した結果だと考え られる。しかしここで注目したいのは、高齢者自 身の転倒後に履物を変えようという意識が発生し ていることである。転倒をきっかけに転倒を繰り返さないように自ら行動を変化させている。この意識の変化ついては今後も検討を重ねる必要があるであろう。

2) 転倒後の生活行動様式の変化

転倒後に歩行困難になっている人は、普段から 目が覚めたときにふらつきがあり、スリッパや靴 下で転倒し、転倒後に杖を使用するようになり、 外出■数・歩行量も減少し、体調不良も起こして いた。このことから、日常的に不調を自覚しなが ら過ごし、スリッパや靴下で転倒すると後遺症を 残すほどの重い傷害を受け、転倒後の外出■数・ 歩行量に影響を及ぼしていることが推測できる。 逆に転倒後に歩行困難がない場合は、ぞうり・げ たを履き転倒していたものの、杖も使うようには なっていなかった。これはスリッパや靴下と違い、 履き慣れたぞうりやげたであれば転倒しても傷害 を受けない転び方を自然に学んでいることで、転 倒による後遺症等を残していないことが考えられ る。このことからも生活習慣と高齢者に悪影響を 及ぼす転倒とが密接に絡んでいるとも考えられる。

また、転倒後の生活行動様式の変化から転倒の要因についてみてみると、転倒後に外出■数が減っている場合は足がもつれていたり、ふらついていたり、焦っていたりと内因的要因がきっかけとなっている。また、歩行困難や歩行量減少、体調不良を訴えており、このことからも転倒時に重い傷害を負ってしまったことが考えられる。一方、転倒後の外出■数に変化がない場合は、つまずきなどの外因的要因がきっかけとなり、後遺症も残っていなかった。これらのことから内因的要因による転倒の方が外因的要因に比べ、転倒による後遺症が重症化していると考えられる。

また、転倒をきっかけに履物を変化させたり、 積極的に運動を開始している場合、他に気がいっ ていて転倒していたり、ひっかかりやバランスを 崩していることが原因になっていた。転倒をきっ かけに転倒しにくい履物に変えた、あるいは転倒しないために体力づくりを目的とした運動を開始しているのではないかと考えたが、転倒のきっかけとなった「足がもつれた」、「焦った」以外には統計的に転倒経験と有意な関連は認められなかった。

2. 生活環境と関連する項目

近年、高齢者と住居環境の関係についての評価がその分野で活発に研究されている。高齢者向けに配慮された住宅設計・改造や福祉機器活用などがそうである。住宅のバリアフリー化、シルバーマンション、ケアハウスなどがその一例である。にも関わらず、年間約4,600名の高齢者が住宅内事故で死亡している¹²。その原因の中には、急な階段からの転落、段差等での転倒など建築条件が関与している場合が少なくない。児玉(1996)¹³によれば、住む家屋により高齢期の生活が左右されることが日本の住宅問題の大きな課題という。

本研究では生活環境とした12の質問項目と高齢者の転倒との関連を追究した。その結果から高齢者にとって転倒に結びつきにくい生活環境は,一戸建てに三世代同居をし,自室は二階,トイレは洋式,寝具は布置を使うということであった。これは,三世代同居以外の家族構成では,転倒傾向が高かったり,自宅内に滑り止め・手すりが設置されていなかったり,転倒後に体調不良になっていたことによる。また集合住宅では転倒時の身体状況と,和式トイレでは転倒場所と,ベッド使用者では室内の転倒場所などと有意な関連があった。

興味深いことは、一般的に高齢者の居室は段差の少ない一階が適切であると考えられているが、 我々の研究結果である転倒との関連で考えると、 自室は一階よりも二階の方が転倒が少ないことが 分かった。これは対象の高齢者が一般的日常生活 を営んでいる健康人であったこと、二階へ移動す る階段は敷居などの小さな段差と違い視覚から認

識しやすいある程度大きな段差であること、階段 昇降により活動量が増していることなどが考えら れ、対象の健康状態によっては、一概に居室は一 階が適切とは言えないと思われる。また見玉 (1998) は、高齢者は自分の使い慣れた家や家具・ 道具を使うことを勧めているい。これは本研究結 果では、一戸建てが集合住宅よりも転倒に結びつ きにくい環境であったことに関連があるかもしれ ない。一戸建ての場合は、持ち家である可能性が 高いため、家内環境にも慣れ親しんでいる。家財 道具の配置や段差の場所・程度、浴室やトイレの 使い勝手が把握されているために、転倒する危険 性も少なくなってくるのではないだろうか。また、 自宅内の滑り止めや手すりは持ち家だと設置しや すい。さらに、二世代同居・三世代同居の場合に 滑り止めや手すりが設置されていることが分かっ たが、これは高齢者と同居を始める時に住宅を新 築あるいは改築した際に配慮された結果ではない かと考えられる。この滑り止めや手すりの設置も 転倒を未然に防ぐ手段につながっていると推測で きる。

また、高齢者自身が自宅内に転倒しそうな場所があると認識していると、転倒時に体調不良やめまいがあって、転倒しそうな場所がない場合には他に気がいっていたなどの原因よりも内因的な心身の不調が原因になっていると考えられる。しかし、これは逆に体調が日頃すぐれぬ者は転びやすい場所を不安がり、体調の良好な者は、そうした場所を余り気にしていないということである可能性もある。つまり後者は「思わぬ所で転んだ」のであろう。よって高齢者が転倒しそうな場所と認識するか否かによらず居住空間を明確にし、改善を図る必要性があると考えられる。

本研究は、転倒時の状況と転倒後の変化について面接時に、〈転倒時〉あるいは〈転倒後〉という経時を考慮して聞き取りを行った。しかし、生活環境・習慣については、例えば、転倒がきっか

けで手すりを備え付けたのかどうか、つまり、手すりの備えと時間的前後関係や因果関係を把握するような質問形式にはなっていない。転倒する前から手すりがあったのか、転倒したから手すりを付けたのかは定かではない。だが、手すりの有無と転倒時の状況や転倒後の変化に関する項目との関連性を分析してみると、明らかに手すりのない方が、転倒に結びつきやすい(あるいは転倒に結びついている)ことが伺えた。転倒が手すりの有無を左右する因子になっているかどうかという課題は残されているが、少なくとも転倒に手すりの有無が関連しているということは考えられる。

3. 生活習慣と関連する項目

日頃から運動習慣がある場合は、類似のことと 思われるが、毎日外出していたり、転倒しそうな 場所がなかったり、自宅内に手すりが備わってい たりと, 日常的に活動量も多く, 運動習慣がない 場合より健康に結びつきやすい環境で生活してい ることが分かった。ただし、運動習慣があると、 統計的には春に転倒し、かつ転倒後に杖を使用し ているようになっていた。これは運動中の転倒が 重い傷害につながった可能性を示しているのかも しれない。新野ら(1995)がは、高齢者の転倒は 春が多いと報告している。本研究結果の運動習慣 と転倒した季節との関係でもこのことが伺える。 これは室内にこもりがちだった寒い冬から心身其 に活動しやすい、または開放的になりがちな暖か い春になったことで、運動量や外出回数が増え、 活動量が急激に増加したことによるのではないだ ろうか。活動量が増加すれば転倒する機会も増え るため、その結果として統計的に春の転倒が浮き 彫りになった可能性が考えられる。

また、外出回数が多ければ多いほど、運動習慣があったり、体力も保持できていると高齢者本人も認識しており、より健康的な生活を送っていることが推測できる。さらに、外出回数が多い人ほ

ど、転倒してもそれがきっかけで心身の不調を訴えることも少なかった。転倒を予防し、または転倒しても何らかの後遺症を残さないためにも、高齢者には可能な限り外出を勧めることが重要であると考えられる。

運動習慣と外出回数には相互に類似している点があるように見受けられる。活動的(運動習慣がある,外出回数が多い)な人は、春の晴天日,そうでない人は秋の雨天日で転倒していると読み替えることができる。

これに関連して、屋外での普段の履物と転倒と の関連を考えると、普段、靴を履いて転倒した人 は、日常的にふらつきを訴え、転倒後に歩行量減 少など生活にマイナスの変化をきたしていた。そ れとは逆にぞうりやげたを履いている場合は、転 倒してもその後の生活に支障を来すような結果は 得られなかった。これは調査対象の居住地域が農 村部に限局されていたために、若い頃から日常的 にぞうりやげたを履いていた習慣があったと推測 でき、靴に比べてぞうり・げたに慣れ親しんでい るために、転倒してもさほどの後遺症を残さない 可能性があるとも考えられる。また、長靴でも転 倒を繰り返しているが、転倒後に心身や行動に目 立った変化は認められなかった。これも農村部と いう地域性が長靴を履くという当たり前の日常習 慣を作っているために、 長靴に慣れ親しんでいる という点で、転倒しても大きな後遺症を残すほど の傷害を受けていないと推察できる。さらに、履 物の特徴を考えてみると、靴に比べてぞうりやげ たなどは、その底が薄く作られていたり裸足で履 くことが多い。そのため地面の感触が足裏の感覚 に伝わりやすいということもあるのではないであ ろうか。■凸の程度や段差などの地面の状態変化 を足裏がより直接的に捉えるか否かで、転倒の発 生自体や転倒しても後遺症を残さないような転び 方をするなど、即座の対処行動が違ってくる可能 性も充分あり得るだろう。

身体面では、目が覚めたときや椅子から立ち上がる時にふらついている者の場合、ふらついていない者に比べて転倒後に様々な変化が起こっている。これは普段の生活の中でふらつきを感じる者が転倒によって何らかの後遺症を残したために、転倒後の外出回数や歩行量が減少したり、歩行困難を訴えていることと推測できる。post hocセル寄与率からみて、転倒した場所が昇り階段や廊下、寝室、浴室という結果が出たため、脈面が堅い、突起物があるということなどから外傷の危険性が高く、しかも重い受傷が考えられる。後って、日頃の「ふらつき」(平衡感覚の乱れというものであるのかは不明)が大きな問題点であることは、否定できない点である。

VI. まとめ

本研究は、高齢者をとりまく生活環境や生活習 慣から高齢者の転倒の特性とその後の変化につい て検討した。

その結果、転倒時の状況から、夏の晴れた日に 転ぶ可能性が高く、転ぶ時間帯が遅くなるほど、 より内因的なきっかけで転倒していることが分かっ た。玄関や浴室・廊下でふらついたり、足がもつ れたり、体調不調だったり、焦っていたりして転 倒する可能性が高く、またこれらの場所での転倒 は高齢者に何らかの後遺症を残していた。そして それが原因となって、歩行量の減少や歩行困難な どの悪影響を起こしている可能性も十分に考えら れた。

また、高齢者がより最適な生活ができる環境の一例も推察された。それは、住居は一戸建て、三世代で同居し、自室は二階に設ける、トイレは洋式、寝具は布団という内容であった。また、住居内の環境としては、高齢者が転んでしまいそうと感じるような場所(勝手口など)を極力少なくするかまたは安全に配慮すること、自宅内に滑り止めや手すりを備えることなどがあげられる。高齢

者の転倒は環境の様々な要因と関連するという報告もあり^{(1) [5] [6]}, 今後さらに検討を進める必要があるであろう。

また、生活習慣からは運動習慣があり、その頻 度が高いこと、外出回数が多いこと、外出時は履 き慣れた履物を履くこと、そして普段から熟睡し、 立ちくらみなどがない状態が転倒に結びつきにく い生活を送る条件になっていることも裏付けられ た。

高齢者が転倒し、何らかの後遺症を残した場合、日常生活動作(ADL: Activities of Daily Living)の量が減少することで、生活の質(QOL: Quality of Life)までも低下してしまい、最終的には寝たきり状態へとつながる可能性は高い。一度転倒した高齢者が、再び転倒することを恐れ、行動範囲が縮小されることで活動が消極的・依存的になるといった報告がいくつかある『プロローラー』。このことからも高齢者が今まで培ってきた生活習慣を十分

に異解・把握した上で、高齢者の個人的特性に合った適切な環境で生活できるように、家族の援助と 社会的支援を考えていく必要がある。

この研究で残された課題として、男女別での生活環境・習慣と転倒との関連や転倒特性、転倒後の変化のより詳細な分析、今回の調査では実施していない生活環境場面の認識能力に関することや室内の順度・彩度と転倒との関連などがあげられる。

謝辞

本研究を実施するにあたり, 調査にご協力いた だいた大府市老人クラブの皆様に厚く御礼を申し 上げます。

付 記

本論文の一部は,第24回日本看護研究学会(1998年,弘前市)において報告した。

要旨

転倒とその状況や転倒後の変化、生活環境・習慣との関連性を検討するため、316名の高齢者を対象に調査を行った。質問項目間の質的な関連をみる分割表分析の結果、転倒時状況では、1.夏の晴天日に玄関、浴室、廊下で体調不良や足がもつれて転倒していた。2.転倒の時間帯が遅いほど内因的なきっかけで転倒し、後遺症を残していた。転倒後の変化では、3.ふらついて転倒した者は、転倒後に歩行困難や杖の使用を強いられ、外出回数・歩行量が減少していた。4.転倒につながりにくい環境は、転倒しそうと思う場所がないこと、自室は二階、寝具は和式であった。5.転倒につながりにくい生活習慣としては運動頻度が高いこと等が確認された。生活環境・習慣は転倒の発生に関わるだけでなく、転倒時状況をも左右し、その後の生活変化にも影響を与えており、高齢者の転倒を考える上で、生活環境・習慣が重要な要因であることが数量的にも示せたと考える。

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

Abstract

To prevent accidental falls in the elderly, we analyze the relationships among accidental falls, falling situations, daily-life environment and habits of 316 elderly Japanese. The changes in life-style after falls were also investigated. From the results of the contingency table analysis used to examine qualitative relationships among questionaire items, accidental falls in the elderly mainly occurred and in summer, and on fine days. Main entrance, bathroom and hallway were the main places falls occurred, and most reasons for falls were fallers' poor health conditions and unsteady walking. Interestingly, falls in the night occurred mainly due to the fallers' iternal causes (e.g. drunk, lost physical and psychological power, and poor health condition), and led to physical sequelae in most cases. The least accidental falls were observed in the cases that the elderly perceived their living environment safe. Having own rooms in upstairs, Japaneses-styled bedding and enough physical exercise were effective in preventing falls. Most elderly, who fell down due to dizzy feeling or tottering, came to have a walking difficulty or to need a stick after the fall, and decreased going out or walking. The results of our study quantitatively demonstrated that daily-life environment and habits are important factors for accidental falls in the elderly.

汝 献

- 財■法人厚生統計協会,厚生の指標 国民衛 生の動向,第47巻第9号,39,2000
- 2) 稲垣俊明: アルツハイマー型老年痴呆と寝た きり, 老年期痴呆, 9, 255-262, 1995
- 3) 江藤真紀, 久保田新:在宅健常高齢者の転倒 に影響する身体的要因と心理的要因, 日本看護 研究学会雑誌, 23(4), 43-58, 2000
- 4) 金川克子: 老人の転倒予防に関する看護ケア の研究―入院老人の転倒発生時の特徴について の検討―, 日本看護科学学会誌, 9(3), 40-41, 1989
- 5) 芳賀 博:在宅老人の転倒に関する調査法の 検討,日本公衆衛生学会誌,43(11),983-988, 1996
- 6)新野直明他:農村部在宅高齢者を対象とした 転倒調査―季節別にみた転倒者の割合と転倒発 生状況―,日本公衆衛生学会誌,42(11),975-981,1995
- 7) Campbell, A.J., et al.: Falls, elderly woman

- and the cold, Gerontology, 34, 205-208, 1988
- 8) Diener H.C., Dichgan J:On the role of vestibular, visual and somato sensory information for dynamic postural control in humans. In Pompeiano D. & Allum J. H. J, ed., Prog Brain Res, 76, 253-262 Elsevier, Amsterdam, 1988
- 9) Pyykkö I., Aalto H., Hytonen M., et al: Effect of age on postural control. In B. Amblard, A. Berthoz and F. Clarac, ed., Posture & gait: development, adaptation and modulation, 95-102, Elsevier, Amsterdam, 1988
- 10) Northridge, M. E., et al: Home Hazards and Falls in the Elderly: The Role of Health and Functional Status. American Journal of Public Health, 85(4), 509-515. 1995
- 11) 安村誠司他:地域在宅高齢者における転倒発 生率と転倒状況,日本公衆衛生学会誌,38(9), 735-742,1991

地域高齢者の生活環境・習慣と転倒特性およびその後の変化

- 12) 児玉桂子編:高齢者居住環境の評価と計画, 16,中央法規出版,東京,1998
- 13) 児玉桂子:新老年学第2版 住宅・地域環境 の高齢社会対応,1495-1497,東京大学出版会, 東京,1996
- 14) 児玉桂子編:高齢者居住環境の評価と計画,216,中央法規出版,東京,1998
- 15) Perry B. C.: Falling among the elderly: A review of the methods and conclusions of epidemiologic studies, J Am Geriatr Soc. 30, 367-371, 1982
- 16) Tideiksaar R: Falling in old age: Its prevention and treatment, New York, Springer, 1989

- 17) Vellas B., et al: Prospective studyof restriction of activity in old people after falls, Age Ageing, 16, 189-193, 1987
- 18) Kane R. L., Evans J. R., Macfadyen D.: Improving the Health of Older People, A World View. New York, Oxford University Press, 296-315, 1990
- 19) Nevitt M.C., et al: Risk Factors for recurrent nonsyncopal falls, JAMA, 261, 2663 2668, 1989

[平成13年7月2日受 付] [平成14年3月12日採用決定

末梢血好中球の活性酸素産生能からみた 高齢者の易感染性の原因について

Investigation of the Reason for the Compromised State of Elderly Persons, Concerning to the Production of Reactive Oxygen Intermediates on Neutrophils

自 井 文 恵¹〉 川 ■ 真紀子²〉 江 都 知 子¹〉

Fumie Shirai Makiko Kawaguchi Tomoko Ebe

土 肥 義 胤¹⁾
Yoshitane Dohi

キーワード: 易感染宿主,高齢者,好中球,活性酸素,緑膿菌 compromised host, elderly person, neutrophil, reactive oxygen intermediates, Pseudomonas aeruginosa

I. 緒 言

高齢者は、黄色ブドウ球菌や緑膿菌などによる日和見感染を受けやすい易感染宿主であり、その感染は重篤になりやすい¹⁾。このことは、病院に入院中の高齢者だけではなく、在宅で療養生活を送る高齢者にとっても問題となる。従って、高齢者が易感染状態に陥るメカニズムを追究することは、患者の感染対策を考える上で重要である。

易感染状態は、一般に、末梢血白血球の数の減少により判断されるが、個々の白血球の持つ機能が正常か否か、がその本質であると推察される。体内に侵入した細菌に対する感染防御の第一次的役割を担うのは白血球のうちの好中球であり²⁾、細菌に特異的な抗体の産生及び細胞性免疫に関わる特異的免疫は、その成立に数週間以上の時間を要すため、細菌感染への関与は低いと考えられる。よって日和見感染の発症には、好中球の機能が大

きく関与すると推察され、好中球の殺菌能力を知ることは意義深いと考えられる。

好中球は細菌を貪食し、スーパーオキサイドや 過酸化水素などの活性酸素で殺菌を行う³¹゚゚。一 方、好中球に食された細菌は、過酸化水素を分解 する酵素であるカタラーゼを産生することで、好 中球による殺菌に抵抗する⁵゚。従って、宿主の好 中球の活性酸素産生能力は日和見感染の成立可否 に関係していることが示唆される。

本研究は、高齢者における好中球の活性酸素産生能力、及び、好中球内での細菌の消長から好中球の殺菌能力を測定し、高齢者の易感染性の知見を得ることを目的として行った。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象

A病院の整形外科に入院,及び, 通院中の男性

- 1) 大阪大学医学部保健学科 School of Allied Health Sciences, Osaka University Medical School, Osaka
- 2) 神戸大学医学部附属病院 Operation Unit, Kobe University Hospital, Kobe

患者15名(70歳以上,平均年齢 76.3歳)を対象とした。糖尿病などの内科的疾患はなく,骨折,事故により入院をした者であり,手術より2週間以上が経過し,退院間近の回復期にある者,腰痛で通院中の者を対象とした。採血に際し,熱発,倦怠感などの感染を疑う所見のないこと,抗生剤,ステロイド剤の服薬がないことを主治医及び検査データから確認した。コントロールとして青年男性10名(20歳代,平均年齢23.2歳)を被験者にした。

患者及び被験者には、研究目的を十分に説明し、 同意を得た上で採血を行った。また、検体はすべ て番号により処理し、患者に関する個人情報が院 外へ漏れることがないよう配慮した。

2. 末梢血白血球数の測定方法

採血は、抗血液凝固剤へパリンナトリウム注射液(武田工業薬品株式会社、大阪)を血液1mlに対し10単位加え行った。採血への食事の影響を避けるため、朝食摂取から3時間後に採血を行った。血液の一部を、チュルク試薬(片山化学工業株式会社、大阪)と混和し赤血球を破壊し、白血球数を測定した。

3. 好中球の精製方法

ヘパリン採血末梢血を、5%デキストラン溶液(Amarsham Pharmacia Biotech AB, Uppsale, Sweden)と混和し37℃に30分間静置し、赤血球を沈澱させた。。上清部を、20℃で400xg、15分間遠心し、白血球を沈澱させた。この沈澱細胞を75%、70%、60%のパーコル溶液(Amarsham Pharmacia Biotech AB, Uppsale, Sweden)に重層し、20℃で800xg、15分間遠心する密度勾配遠心法により、残存する赤血球を除き、多形核白血球層と単核球層に分離した70。多形核白血球層を遠心洗浄により採取し、ギムザ染色を行い80、98%以上が多形核白血球であることを確認し、実

験に供した。

4. 好中球の過酸化水素及びスーパーオキサイド 産生量測定方法

過酸化水素量はスコポレチン法により測定し た⁹⁾。 蛍光物質であるスコポレチン (Sigma Chemical Co., St. Louis-Missouri, USA) は, 西洋ワサビ・ペルオキシダーゼ (HPO, Sigma Chemical Co., St. Louis-Missouri, USA) の存 在下で過酸化水素により酸化されて、蛍光を失っ た物質に変化するので、蛍光発光量から、存在し た過酸化水素量を算定することができる。過酸化 水素(三菱瓦斯化学株式会社、東京)の増量に伴 い、スコポレチンの蛍光強度が直線的に減少する 0~4 nanomole において, 好中球の産生する 過酸化水素量を測定した。 スーパーオキサイド は, superoxide dismutase (SOD, Cu, Zn型, 和 光純薬工業株式会社,大阪)の添加により過酸化 水素に変換されるので、添加により増加した過酸 化水素量から、スーパーオキサイドの量を算定し た。蛍光強度は、励起波長366nm, 発光波長460 nmにて測定した(分光蛍光光度計: RF-1500, Shimadzu Co. Ltd., Kyoto).

5. 好中球内の生細菌数の測定方法

好中球に菌を貪食させ,経時的に好中球内に生 残している菌数を測定した。対数増殖期にある緑 膿菌をあらかじめ新鮮自己血清20%で37℃10分間 オプソニン化し、好中球1個に対し菌1個の割合 で混和し、37℃で10分間食菌させた。食菌されな かった菌は好中球を遠心洗浄(400xg 10分間, 4回) することにより除去した。その後、好中球 をゲンタマイシン 5 µg/ml (Sigma Chemical Co., St. Louis-Missouri, USA), 10%非确化自 己血清を含む Dulbecco's Modified Eagle medium 培地(DMEM, 日水製薬株式会社, 東京) に置 き換え、37℃ CO₂インキュベーターで培養した。 経時的に好中球をくみ出し、1% Nonidet P40 (岩井化学薬晶株式会社, 東京) で好中球を破壊 し、細胞内に生残する細菌を普通寒天培地(日水 製薬株式会社,東京)に塗布し37℃で18時間培養 し、形成されたコロニー数 (cfu: colony forming unit) から生残菌数を測定した。

5 μg/ml の濃度のゲンタマイシンを添加した 培養液中では、緑膿菌の生菌数は対数的に減少し、 2 時間で99%死滅した。また、食菌後の好中球の 外部に付着した菌を数える可能性を避けるため、 生菌数の測定は食菌 2 時間後から行った。

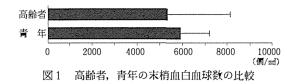
6. 統計学的処理

統計には、t-検定を用いた。

Ⅲ. 結果

1. 末梢血中の白血球数の比較

末梢血白血球数について比較したところ、1 ㎡ 当たり、高齢者 5,340±2,786個、青年 5,923±1,261個であり、両群に有意な差はみられなかった(図1)。また、精製した多形核白血球のギムザ染色では、好中球の占める割合は85~94%であったが、高齢者と青年の間に有意な差はなかった。



2. 好中球の過酸化水素及びスーパーオキサイド 産生量の比較

刺激を加えていない好中球の産生する過酸化水素及びスーパーオキサイド量は、図 2 に示すとおりであった。高齢者の好中球の過酸化水素産生量は細胞 2×10^6 個当り 0.194 ± 0.129 nanomole、スーパーオキサイド産生量は 0.137 ± 0.105 nanomole であり、青年においてはそれぞれ 0.521 ± 0.374 nanomole、 0.741 ± 0.530 nanomole であり、両群に有意な差は見られなかった。

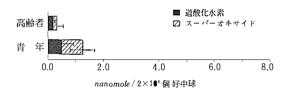


図2 高齢者,青年の好中球の非刺激状態での過酸化 水素及びスーパーオキサイド産生量の比較

好中球に黄色ブドゥ球菌の死菌を食菌させ、活性化した状態で産生する過酸化水素及びスーパーオキサイド量を測定した結果は、図3に示すとおりであった。高齢者の好中球の過酸化水素産生量は細胞 2×10^4 個当り 0.997 ± 0.029 nanomole、スーパーオキサイド産生量は 0.310 ± 0.109 nanomole であり、青年においてはそれぞれ 3.307 ± 0.665

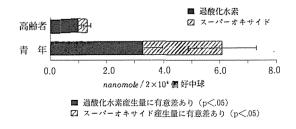


図3 高齢者,青年の好中球の食菌刺激後の過酸化水 素及びスーパーオキサイド産生量の比較

nanomole, 2.765 ± 0.946 nanomole であった。つまり、高齢者の好中球の産生量は有意に少なく、過酸化水素産生量は青年の約3分の1, スーパーオキサイド産生量は青年の約10分の1 であった (p<.05)。

入院患者と通院患者の好中球の活性酸素産生量は、刺激を加えていない状態と活性化した状態で有意な差はなかった。

3. 好中球に食菌させた緑膿菌の好中球内生残菌 数の比較

好中球に緑膿菌を食菌させ経時的に好中球を破壊し、好中球内に生残する菌数を測定した。その結果、図4に示すように、高齢者の好中球内では食菌後2時間以降10時間まで緑膿菌は対数的に増加した。一方、青年の好中球内ではその増殖は抑制された。

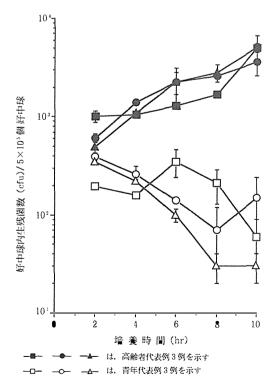


図4 高齢者,青年の好中球内での緑膿菌生菌数 の変化

Ⅳ. 考 察

易感染宿主と言われている高齢者の好中球の殺菌能力を活性酸素産生能と細胞内生残菌数から測定した。高齢者の末梢血白血球数は、青年と比べ有意な差はみられなかった(図1)。また、高齢者の末梢血白血球数については、院内での検査結果と同様の値を示していた。このことは、高齢者においては、末梢血白血球の数のみが易感染性の指標とはならないことを意味していると推察された。

好中球が細菌を貪食すると, まず, 細胞の膜上 で NADPH oxidase の会合がおこり、酸素からスー パーオキサイドが産生されると報告されてい る^{12) 13)}。 さらにスーパーオキサイドは SOD により 過酸化水素に変換されるい。スーパーオキサイド や過酸化水素は、低分子性の殺菌物質であり、好 中球はこれら活性酸素により貪食した細菌を殺菌 することが報告されている3340。高齢者の好中球 が細菌を貪食することで活性化し産生する過酸化 水素量は青年のそれの約3分の1、スーパーオキ サイド量は約10分の1であった(図3)。高齢者 については入院患者と通院患者の好中球の活性酸 素産生量に有意な差はみられず、両者とも低い産 生量であった。さらに、多形核白血球に占める好 中球の割合については高齢者と青年の値に差はな く、つまり、高齢者の好中球は数的には問題はな いが順、個々の好中球の活性酸素産生能が極端に 低下していることを示しており、特に、スーパー オキサイドの産生量が低下しているということは, NADPH oxidase の活性が低下している可能性が 推察された。このことは、精製した好中球に緑膿 菌を食菌させ、細胞内に生残した菌数を測定した 結果(図4)とも相関し、入院患者、通院患者と も高齢者においては, 好中球内で緑膿菌の増殖が 見られた。つまり、高齢者の好中球は数的には問 題がないが、個々の細胞の活性酸素の産生能の低 下が起■し、貪食した緑膿菌を殺菌できなかった

と推察される。データには示していないが、30歳から50歳代の成人について同様に好中球の機能を測定したところ、活性酸素産生量は20歳代青年とほぼ等しく、緑膿菌の細胞内生残量も青年と同等であった。つまり、70歳以上の高齢者の好中球の機能は、20歳から50歳の成人とは明らかに異なり、好中球の機能低下は高齢者に限った現象であることがわかった。従って、高齢者における易感染性のメカニズムの少なくとも一つは、好中球のスーパーオキサイドや過酸化水素などの活性酸素産生能の低下であることが示唆された。

活性酸素は細菌の感染防御に有効であり、この 産生量が低下しているということは、ブドウ球菌 や緑膿菌などのカタラーゼ活性を有する細菌に対 しての抵抗力の低下を示すものと考えられる。黄 色ブドウ球菌は、手指や鼻腔の常在菌であり、緑 膿菌は流しなどの水まわりからも検出され、日常 生活において暴露される頻度の高い細菌である。 常在細菌や病原性の弱い細菌であっても、活性酸 素産生能の低下した高齢者が感染を起こした場合、 容易に感染を起こすと考えられる。細菌感染は、 一般に繰り返し起こり、特異的な抗体の産生や細 胞性免疫に関わる特異リンパ球が関与していると は考えにくい。よって好中球の果たす役割が大き いと考えられる。好中球の機能には、走化性、粘 着能などの指標があり、高齢者においてはこれら の機能も低下しているとの報告もある¹⁶。 著者らはこれらについては調べていないが、今後検討すべき課題であり、総合的に高齢者の好中球の機能について検討する必要があると思われる。

今回の我々の研究結果から,高齢者の易感染性のメカニズムは,末梢血白血球数のみを指標にするのではなく,好中球の殺菌能力の低下も考慮し,感染対策を行うことが重要であると考えられた。

V. 結 論

高齢者の好中球の機能を20歳代青年と比較した。その結果、高齢者の末梢血白血球数は青年と比較し有意な差は見られず、極端な数の減少は見られなかった。しかし、高齢者については、好中球個々の過酸化水素産生量が、青年のそれの約3分の1、スーパーオキサイド産生量は約10分の1に相当した。また、好中球に緑膿菌を感染させたところ、高齢者の好中球内で緑膿菌は殺菌されることなく増殖した。つまり、好中球の殺菌能力の低下が、高齢者の易感染性を示す一つの原因であることが強く示唆された。

VI. 謝 辞

本研究に際し、採血に御協力頂きました、A病院の大原重和先生、看護師の方々に心から感謝いたします。

要 旨

高齢者は易感染宿主と言われており日和見感染を受けやすい。感染に対する防御には好中球の果たす役割が大きい。そこで、70歳以上の高齢者(平均年齢76.3歳)と20歳代の青年(平均年齢23.2歳)について、好中球の殺菌機能を測定した。その結果、末梢血白血球数については、高齢者と青年との間に有意な差は見られなかった。しかし、好中球の産生する殺菌物質である活性酸素産生量については、過酸化水素産生量が、高齢者の好中球は青年のそれの約3分の1、スーパーオキサイド産生量は約10分の1であり、高齢者の好中球は有意に低い産生量であった。さらに、好中球に緑膿菌を食菌させ細胞内に生残する菌数を測定したところ、高齢者の好中球内で緑膿菌は殺菌されることなく増殖した。従って、高齢者における易感染性のメカ

末梢血好中球の活性酸素産生能からみた高齢者の易感染性の原量について

ニズムの少なくとも一つは、好中球のスーパーオキサイドや過酸化水素などの活性酸素産生能 の低下であることが示唆された。

Abstract

Elderly persons have a tendency to be easily infected by various opportunistic pathogens. However, the reasons are still unclear. Therefore, we tried to elucidate the differences in function of peripheral blood neutrophils between elderly and young adults. There was no significant difference in their leukocyte counts. However, we found there were clear differences in the production of reactive oxygen intermediates by purified neutrophils between them. That is, those of elderly persons (over 70, av. 76.3 years old) produced only one third amount of hydrogen peroxide, and only one 10th of superoxide by young adults (av. 23.2 y.o.). Furthermore, *Pseudomonas aeruginosa* grew in the neutrophils of every elderly person, but not in those of any young ones. These results indicated that lower capability of neutrophils on the production of reactive oxygen intermediates would be a reason for the compromised state of elderly persons.

油 文

- 1) 宮崎修一: 緑膿菌による病院感染とその対策, 治療, 82(2), 511-517, 2000
- 2) 北原光夫: 感染症マニュアル,228-249,医学書院,東京,1993
- 3) 吉町真一: 生体防御機構,戸町細菌学(天児和暢他編),212-223,南山堂,東京,1999
- 4) Miller, R.A. Britigan, B.E. et al.: Role of oxidants in microbial phathophysiology, Clin. Microbiol. Rev., 10(1), 1-18, 1997
- 5)吉田真一: 感染成立における病原体側因子, 戸町細菌学(天児和暢他編), 199-212, 南山 堂, 東京, 1999
- 6) Boyum, A.: Isolation of leukocytes from human blood. Further observations. Methylcellulose, dextran, and ficoll as erythrocyteaggregating agents, Scand. J. Clin. Lab. Invest. Suppl., 9731-9750, 1968
- 7) Pertoft, H. Johnsson, A. et al.: Separation of human monocytes on density gradients of Percoll, J. Immunol. Methods, 33(3), 221-

229, 1980

- 8) 丹羽欣正: ギムザ染色, 染色法のすべて(月刊 MEDICAL TECHNOLOGY 別冊) 200-202, 医歯薬出版株式会社,東京,1990
- 9) Andreae, W. A.: A sensitive method for the estimation of hydrogen peroxide in biological materials, Nature, 175(4463), 859 — 860, 1995
- Root, R.K. Metcalf, J. et al.: H₂O₂ release from human granulocytes during phagocytosis.
 Documentation, quantitation, and some regulating factors, J. Clin. Invest., 55, 945 — 955, 1975
- 11) Root, R.K. Metcalf, J.A.: H₂ O₂ release from human granulocytes during phagocytosis. Relationship to superoxide anion formation and cellular catabolism of H₂O₂: Studies with normal and cytochalasin B-treated cells, J. Clin. Invest., 60, 1266-1279, 1977
- 12) Chanock, S.J. Benna, J.El. et al.: The respiratory burst oxidase, J. Biol. Chem., 269

末梢直好中球の活性酸素産生能からみた高齢者の易感染性の原因について

- (40), 24519 24522, 1994
- 13) DeLeo, F.R. Allen, LA.H. et al.: NADPH oxidase activation and assembly during phagocytosis, J. Immunol., 163, 6732-6740, 1999
- 14) Makino, R. Tanaka, T. etal: Stoichiometric conversion of oxygen to superoxide anion during the respiratory burst in neutrophils, J. Biol. Chem., 261(25), 11444-11447, 1986
- 15) Wenisch, C. Patruta, S. et al.: Effect of age on human neutrophil function, J. Leukoc. Boil., 67(1), 40-45, 2000
- 16) Corberand, J. Ngyen, F. et al.: Polymorphonuclear functions and aging in humans, J. Am. Geriatr. Soc., 29(9), 391-397, 1981

平成13年10月9日受 付 平成14年5月5日採用決定

総合病院に勤務する看護中間管理職者の ストレスと関連要因に関する研究

A study of Stress and Related Factors in Middle Manager of Nurse Working at General Hospitals

桐山雅子、砂川洋子 奧平貴代 Masako Kiriyama Yoko Sunagawa Takayo Okudaira

> 平安綾子 大湾知子 Avako Hiravasu Tomoko Oowan

キーワード: ストレス,看護中間管理職者,師長,主任 Stress, Middle manager of nurse, Head nurse, Assistant head nurse

1. はじめに

看護中間管理職である師長および主任は、病院 組織において看護部の理念に基づき担当看護単位 (患者に医療を提供する場として最小の基礎的単 位)の管理者としての役割を担っている1)。現代 社会の医療サービスに対する質的要求の高まりは、 看護業務を複雑・高度化させており2)、スタッフ ナースの専門的指導や育成を担う看護中間管理職 者のストレスをも高めているのではないかと考え られる。

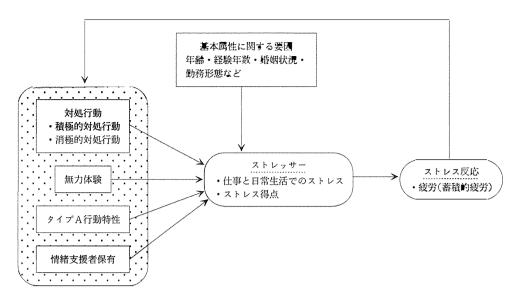
この看護中間管理職者のストレスに関する先行研究では、相馬ら³³の報告によると管理・指導的立場にある40歳代では他の年代層より強いストレスを感じていたや、師長は自己の能力や適性・人間関係・人員不是で悩んでいる⁴³との報告などがあるものの、いずれも標本数が少なく、看護管中間理職者に焦点を当てたストレス研究の数は少ない状況にある。質の高いケアを提供するためには、看護師の心の健康状態を良好に保つことが重要で

あり、看護の管理・指導的立場にある師長や主任 といった看護管中間理職者自身の心の健康状態も 良好であることが求められると考える。

そこで、今回、A県内の医療施設に勤務する看護中間管理職者を対象にストレス調査を行い、看護中間管理職者が何に対して負担や煩わしさを感じているのかを明らかにすると同時に、ストレスの感じ方や対処行動は、個人の性格やこれまでの無力体験などが影響する50等の先行研究で明らかにされている関連要因も含めた検討を行った。

Ⅱ. 概念枠組み

看護中間管理職者のストレスとその関連要因についての実状を明らかにするため、神経症発症の背景に関するパスダイアグラム50を参考に、ストレスとその関連要因に関する概念枠組みを作成した(■1)。看護中間管理職者のストレスは、職場や目常生活に関するストレッサーから成り、その程度をストレス得点で表す。ストレッサーに対



■1. ストレスとその関連要因に関する概念枠組み

する反応として蓄積的疲労を看護中間管理職者の ストレス反応とした。ストレス認知には、年齢や 経験年数などの基本的属性に関する要因、タイプ A行動特性、対処行動、無力体験、情緒支援者保 有が関連していることを先行研究により仮説とし て立て検証する。

Ⅲ. 研究目的

本研究では、看護中間管理職者のストレスとその関連要因について実状を明らかにすることを目的とする。

IV. 研究方法

1. 調査対象: A県内の病床数300床以上の総合病院(13施設)に勤務する,師長147名,副師長(係長)または主任(以下,主任とする)247名の合計394名であり,回収数は333名(84.5%),有効回答は317名(80.5%)であった。なお,有効回答317名のうち男性は12名と少数であり,またストレスの感じ方や対処行動に性差があると考えられたため,今回は女性305名(師長121名,主任

184名)を分析対象とした。また、本研究では、 各担当部署において管理・指導的立場にある看護 師長および主任(副師長や係長も含む)を看護中 間管理職者として用語の規定を行った。

- 2. 調査期間: 2000年4月5日~5月1日
- 3. 調査方法: 無記名による自己記入式のアンケート調査。調査票は看護部を通して各部署へ配布され、調査票記入後は添付した封筒に入れ密封をし、各部署毎に師長が看護部へ提出するか、各自で看護部にある回収箱に投入してもらった。
- 4. 倫理的配慮:調査をするにあたり、①研究の主旨を説明し同意の得られた方を対象とすること、②調査票回答中の途中中断が可能であること、③統計処理の際、個人名や施設名が特定されないように配慮すること等を記した文を添付した。
- 5. 調査内容:基本属性、ストレッサー、宗像ら⁵⁾の情緒的支援者保有尺度、積極的対処行動尺度、消極的対処行動尺度、無力体験尺度、タイプA行動特性尺度、越河ら⁶⁾の蓄積的疲労徴候インデックス(The Cumulative Fatigue Symptoms Index 以下 CFSI と略す)より構成されている。

● 各尺度について

<ストレッサ**ー**>

三木ら"の「看護師のストレッサー尺度」や近澤ら"の「ストレス認知スケール」、宗像らの"「日常いらだち事尺度」などを参考にして調査者が作成し、仕事や日常生活に関する52項目から構成されている。今回は、ストレスを「負担になる・煩わしいと感じるもの」として、「全く感じていない」~「大いに感じている」の4件法で評定し、それぞれ1~4点と得点化し、合計点をストレス得点とした。Cronbachのα係数は、94であった。

<情緒支援者保有尺度>

情緒支援者保有尺度は、「会うと落ちつき安心できる人」・「気持ちの通じあう人」などの存在を問う10項目から構成され、「いる」と答えた場合を1点、「いない」を0点として加算し、合計点を情緒支援者保有得点とした。 Cronbach 0 α 係数は .80であった。

<積極的対処行動尺度>

積極的対処行動尺度は、「信頼できる人に相談する」・「新しいことに取り組む前に見通しや計画を立ててみる」など学びと充実感のある過程をつくることに効果的な行動としてあげられる12項目に対し「たいていそうする」を 3 点、「しばしばそうする」を 2 点、「そうしない」を 1 点として加算し、合計点を積極的対処行動得点とした。 Cronbach の α 係数は .95 であった。

<消極的対処行動尺度>

消極的対処行動尺度は、「何でも一人でやろうとする」・「買い物などをして気を晴らす」などストレスの軽減に効果的でない消極的な行動としてあげられる22項目に対して「かなりそうである」を3点、「まあまあそうである」を2点、「そうでない」を1点として加算し、合計点を消極的対処行動得点とした。Cronbachの

 α 係数は .98であった。

<無力体験尺度>

無力体験尺度は、過去における無力体験を問うものである。「これまで、あなたが直面した問題はそれなりに解決できたと思うことが多いですか」の問いに対し、「解決できたと思うことはめったにない」を 2 点、「まあまあ解決できた」を 1 点、それ以外を 0 点とする。また、「これまで、あなたが直面した問題は事前に予測できなかったことが多いですか」の問いに対しては、「予測できなかったことが多い」を 2 点、「ときどき予測できた」を 1 点、「予測できた」を 1 点、「ときどき予測できた」を 1 点、「予測できた」を 1 点、「ときどきあった」、「ほとんどない」を 1 点として加算し、合計点を無力体験得点とした。 1 にのからない。

<タイプA行動特性尺度>

タイプA行動特性は虚血性心疾患発症の危険 因子・イライラを募らせやすい性格特性として 知られている。タイプA行動特性尺度は,「人 と話すとき,急がさずにはいられない」・「一度 に 2つのことをやろうとする」などの 7 項目に 対して日頃の行動がどの程度当てはまるのかを 問うものであり,「いつもそうである」を 4 点,「だいたいそうである」を 3 点,「ときどきそうである」を 2 点,「めったにそんなことはない」を 1 点として加算し,合計点を 9 2 であった。

<CFSI (The Cumulative Fatigue Symptoms Index)>

労働・生活による心身負担の主観的評価尺度 として開発されたものであり、質問項目は81項 目、8つの特性群に分類されている。NF1 (気力の減退)、NF5-1 (不安感)、NF5-2 (抑うつ感)の3つの特性は、おもに精神的

総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要因に関する研究

側面の負荷を、NF2-1(一般的疲労感)、NF2-2(身体不調)、NF6(慢性疲労)の3つの特性は、おもに身体的側面の負荷を、NF3(イライラの状態)、NF4(労働意欲の低下)の2つの特性は労働生活から生じる社会的側面の負荷を表している。なお、評定方法は、自分の近ごろのことで「あてはまる」を1点、「あてはまらない」0点として8つの特性群別に平均訴え率を求めレーダーチャート化し、越河ら 6 の医療職女性の基準パターンと比較する。今回は改訂版を使用し、Cronbach の α 係数は.99であった。

○平均訴え率の算出方法

平均訴え率 = {当該特性における訴え総数/(各特性の項目数×対象者人数)} × 100

● 分析方法について

師長と主任では役割が異なるため、それぞれに 分けて分析した。

等分散の比較にはF検定を、2群間の平均値の差の比較には対応のない t 検定を用いた。等分散の比較において有意差が認められたものに関しては、ノンパラメトリック分析における Mann-Whitney のU 検定を用いた。 3 群間以上の比較には、一元配置分散分析を用い、尺度間の関連では、Pearson の相関係数を用いた。なお、いずれも p<0.05を有意差ありとし、これらの統計処理には主として 0.05を有意差ありと、尺度の信頼性の分析には 0.05 を用いた。

V. 結 果

1. 基本属性

- 1)対象者の年齢:師長の97.5%は40歳代~50歳代であり、主任では30歳代~40歳代が89%であった(表1)。
- 2) 婚姻状況:師長の77%, 主任の64%が既婚者 であった(表2)。

- 3) 勤務形態: 師長の92%が「夜勤なし」であり, 主任は三交替制勤務が73%と最も多くなってい た(表3)。
- 4) 現在の勤務診療科での経験年数,職位経験年数は表4,5に示した。

			表1	. 年	齡		(%)
年	縮層	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	不明	3-1-
韴	長	0 (0)	3 (2.5)	67 (55.4)	51 (42,1)	0 (0)	121 (100)
主	任	1 (0.5)	57 (31)	107 (58)	18 (10)	1 (0.5)	184 (100)
全	体	(0.3)	60 (19.7)	174 (57)	69 (22.6)	1 (0.3)	305 (100)

	表 2. 婚姻状況								
		未婚	未婚 既婚 離・死別 不明						
師	長	22 (18)	93 (77)	6 (5)	0 (0)	121 (100)			
丰	f T.	55 (30)	118 (64)	10 (5)	1 (1)	184 (100)			
全	体	77 (25,3)	211 (69.2)	16 (5.2)	1 (0.3)	305 (100)			

		(%)				
		夜勤なし	二交替制	三交替制	その他	計
師	長	111 (92)	1 (1)	0 (0)	9 (7)	121 (100)
主	任	31 (17)	9 (5)	134 (73)	10 (5)	184 (100)
全	体	142 (47)	10 (3)	134 (44)	19 (6)	305 (100)

表4. 現在勤務している診療科での経験年数(%)

		1年未満	1~2年	3~4年	5~9年	10年以上	不明	計
師	長	15 (12)	39 (32)	30 (24)	25 (21)	9 (7)	3 (4)	121 (100)
主	任	14 (8)	45 (24)	37 (20)	55 (30)	31 (17)	2 (1)	184 (100)
全	体	29 (9.5)	84 (27.5)	67 (22)	80 (26)	40 (13)	5 (2)	305 (100)

(96)

表 5. 現在の職位での経験年数

		1年未満	1~2年	3~4年	5~9年	10年以上	不明	ā†
師	長	4 (3)	20 (17)	18 (15)	41 (34)	38 (32)	0 (0)	121 (100)
ŧ	任	9 (5)	39 (21)	33 (18)	74 (40)	26 (14)	3 (2)	184 (100)
±	体	13 (4)	59 (19)	51 (17)	115 (38)	64 (21)	3 (1)	305 (100)

2. ストレッサーとストレス得点

ストレス得点の平均値は、師長では142.0±21.4点、主任では140.4±19.0点であった。ストレッサー尺度の各項目の平均値上位10項目を表6に示した。師長・主任の両者において順位に違いはみられるものの、「医療事故に対し注意を払うこと」、「スタッフの不足・欠員補充がない」、「威圧感の

ある医師と話し合う時」などの項目が高くなっていた。また、主任では「スタッフからの信頼にこたえること」、「上司とスタッフの板挟みになる時」、「仕事時間外での看護研究や学習」などの項目も高くなっていた。続いて、各項目で職位別に有意差がみられたものを表7に示した。師長では「医療事故に対し注意を払うこと」、「勤務計画表(月間・週間)を立てること」、「仕事上の問題や悩みを上司に伝えなければならない時」、「立てられた勤務計画の変更」、「上司から仕事上のことで過少評価されたり、注意されること」、「病棟(外来)やナースステーションの音や雰囲気」(p<.05~.001)の項目において、主任に比べ有意に高くなっていた。また、主任においては「スタッフからの信頼にこたえること」、「仕事以外の時間

表6. 職位別にみたストレッサー(上位10項目)

(占)

			(点)
	師 長 (N=121)		主 任 (N=184)
1.	医療事故に対し注意を払うこと 3.60±0.63	1.	威圧感のある医師と話し合う時 3.35±0.70
2.	スタッフの不足・欠員補充がない 3.21±0.85	2.	超過勤務をすること 3.33±0.75
3.	威圧感のある医師と話し合う時 3.20±0.80	3.	スタッフ不足・欠員補充がない 3.29±0.83
4.	超過勤務をすること 3.18±0.81	4.	医療事故に対し注意を払うこと 3.28±0.89
5.	業務外整理や雑用をすること 3.15±0.81	5.	業務外整理や雑用をすること 3.20±0.77
6.	スタッフの病休や休暇 3.14±0.74	6.	スタッフからの信頼にこたえること 3.12±0.77
7.	患者や家族の苦情に対応すること 3.10±0.74	7.	多くの会議や集まりへの参加 ······ 3.11±0.70
8.	講義を担当すること 3.08±0.86	8.	上司とスタッフの複挟みになる時 3.10±€.77
9.	指導に 従 わないスタッフへの対応 3.05±0.74	9.	仕事時間外での看護研究や学習 3.09±0.77
10.	自分の仕事が医師に理解されない時 ······ 3.04±0.77	10.	医師に暴言を吐かれる時 3.08±0.77

Mean ±S. D

表7. 職位別にみたストレッサー(職位別での比較)

(点)

ストレス内容の項目	師長(N=121)	主任(N=184)
医療事故に対し注意を払うこと	3.60±0.63 · ·	3.28±0.89
勤務計画表(月間・週間)を立てること	2.98 ± 0.87 ···	2.52 ± 1.03
仕事上の問題や悩みを上司に伝えなければならない時	2.94 ± 0.83 · ·	2.67 ± 0.80
立てられた勤務計画の変更	2.89±0.78 · ·	2.62 ± 0.92
上司から仕事上のことで過少評価されたり、注意されること	2.82 ± 0.83 *	2.62 ± 0.82
病棟(外来)やナースステーションの音や雰囲気	2.59 ± 0.74 •	2.41 ± 0.74
スタッフからの信頼にこたえること	2.86 ± 0.85	3.12±0.77··
仕事以外の時間に看護研究や仕事上必要な学習をすること	2.75 ± 0.74	3.10±0.77 · ·
スタッフの卒貸教育を担当すること	2.81 ± 0.81	3.06 ± 0.68 *
スタッフの相反する意見や考えを聞き入れること	2.76 ± 0.85	3.02 ± 0.76 · ·
スタッフへの適切な指導・助言を行わなければならない時	2.79 ± 0.84	3.01 ± 0.74 *
カンファレンス(会議)を進めたり、まとめたりすること	2.55 ± 0.81	2.89 ± 0.76 · · ·

Mean ±S. D

t 検定: 'p<.05, ''p<.01, '''p<.001

に看護研究や仕事上必要な学習をすること」,「スタッフの本後教育を担当すること」,「スタッフの相反する意見や考えを聞き入れること」,「スタッフへの適切な指導・助言を行わなければならない時」,「カンファレンス(会議)を進めたり,まとめたりすること」(p<.05~.001)が師長に比べ有意に高くなっていた。

3. 蓄積的疲労徴候(CFSI) について

今回の対象者の結果を、越河ら 6 の医療職女性 データと比較してみた。今回の平均訴え率は、8 つの特性群すべてにおいて越河らの平均訴え率を 上回っており、特にNF1(気力の減退)35.0%、NF5-1(不安感)31.0%が突出していた(図2)。また職位別にみると、師長・主任ともにNF6(慢性疲労)が突出し、また、主任が師長に比べ8つの特性群すべてにおいて高い傾向を示していた(図3)。そこで、各特性群別に1項目あたりの平均値を比較してみたところ、NF1(気力の減退)において、師長 2 0.8点であり、主任が師長に比べ有意に高くなっていた(p 2 0.05)。

4. ストレス得点と基本属性

ストレス得点と基本属性について t 検定および 分散分析を行った(表 8)。師長では、全ての項

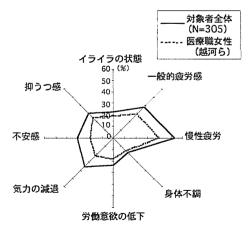


図2. CFSI の平均訴え率 (護河らのデータとの比較)

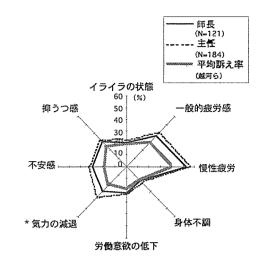


図3. 職位別にみた平均訴え率

表8. ストレス得点と基本属性

(占)

		(点)			
	師長(N=121)	主任(N=184)			
年齢層					
~30歳代	137.0 ± 2.0	135.6±3.2			
40歳代	143.4 ± 3.1	144.2 ± 2.2			
50歳代	140.2 ± 3.8	143.4 ± 6.4			
婚姻状況					
未婚	142.6 ± 2.7	143.2 ± 2.1			
既婚	146.1 ± 5.3	134.4 ± 3.5			
離・死別	124.6 ± 5.5	145.0 ± 16.9			
現在の勤務診療科					
内科系病棟	144.3 ± 4.7	137.0 ± 3.7			
外科系病棟	138.5 ± 5.9	141.8 ± 3.6			
混合病棟	151.8 ± 4.9	139.6 ± 4.8			
外来	133.4 ± 6.5	143.6±4.6			
手術室	136.0 ± 7.8	139.0 ± 4.8			
その他	143.9 ± 5.8	142.7 ± 5.4			
勤務診療科経験年数					
1年未満	144.1 ± 6.0	146.8±2.8			
1~2年	135.7 ± 5.9	140.6±2.7—.			
3~4年	141.8 ± 4.4	151.9±4.8			
5~9年	146.2 ± 3.7	134.5±4.0 - · · ·			
10年以上	140.7 ± 8.6	131.4±4.2			
職賃経験年数					
1年未満	142.2 ± 6.7	116.6±8.7			
1~2年	132.4 ± 9.2	133.3±4.1 — · ·			
3~4年	143.4 ± 6.5	144.1±4.1 — ··			
5~9年	143.1 ± 3.7	143.0±2.8			
10年以上	140.7 ± 8.6	144.0±4.1			
勤務形態					
夜勤なし	141.6 ± 2.4	138.9 ± 5.4			
二交替制	111.0	139.7 ± 8.3			
三交替制	該当者なし	140.1 ± 2.1			
その他	151.0±7.4	150.4±5.8			

Mean±S.D 分散分析: 'p<.05, ··p<.01, ···p<.001

目において有意差はみられなかったものの、混合 病棟勤務者においてストレス得点が高い傾向を示した。また、主任においては、診療科経験年数 (p<.05) と職位経験年数 (p<.01) の項目において有意差がみられ、ストレス得点が最も高くなっていたのは、診療科経験年数 $3 \sim 4$ 年の者151.9 ± 4.8 点、職位経験年数 $3 \sim 4$ 年の者144.1 ± 4.1 点となっていた。

5. ストレス得点と各尺度間との関連

師長では、『ストレス得点』と「無力体験得点」(r=.305, p<.01)・「溶極的対処行動得点」(r=.319, p<.01)・「タイプA行動得点」(r=.244, p<.05)・「CFSI全特性群」(r=.299~.480, p<.05~.001)との間に有意な正の相関がみられ、「情緒支援者保有得点」(r=-.261, p<.05)との間に有意な負の相関がみられた。主任においては、『ストレス得点』と「消極的対処行動得点」(r=.317, p<.01)・「タイプ A行動得点」(r=.317, p<.01)・「CFSI(一般的表労感・身体不調を除く) 6 つの特性群」(r=.251~.402, p<.05~.001)との間に有意な正の相関がみられた(表9)。

表9. ストレス得点と各尺度との関連

		師長	主任
情緒	支援者保有得点	261 ·	129
積極	的対処行動得点	.071	.064
消極	的対処行動得点	.319 • •	317
無力	体験得点	.305 ••	117
タイ	プA行動得点	.244 *	.317**
気力の減退 一般的疲労 身体不調 イラロ状態	.336 • •	278**	
	.299 • •	.191	
	.480 • • •	.204	
	362 • •	.300 • •	
労	労働意欲の低下	.377 • • •	.251 *
微	不安感	.395 • • •	323 • •
候	抑うつ感	361 **	402 * * * *
	慢性疲労	.326 **	.342**

'p<.05, "p<.01, "p<.001

VI. 考 察

1. ストレッサーについて

今■の調査におけるストレッサーの上位10項目 は、師長と主任の両者において順位に違いはみら れるものの「医療事故に対し注意を払うこと」、 「スタッフの不足・欠員補充がない」,「威圧感の ある医師と話し合う時」,「超過勤務をすること」 など、主に仕事に関する項目であった。塚本らり は、全■の病院看護師のストレッサーとして記述 された内容の90%は職務遂行上の問題であり、 「看護ケアの内容に関連するもの」41.2%, 残業 や多忙などの「業務に関連したもの」28.1%、患 者・ 医師・ 同僚などとの「仕事上の対人関係に関 連したもの」が24.1%であったと報告している。 今■の結果は、この看護師の調査と比べると看護 ケアに関する項目よりも業務や対人関係に関する 項目が高くなっており、担当看護単位での管理・ 調整業務などを担う看護中間管理職のストレス認 知は、スタッフナースとは異なっていることが明 らかとなった。また、看護中間管理職といっても 師長と師長補佐である主任では担当する業務の内 容が異なるため、古庄ら100の師長および主任の業 務分類を参考に、職位別に有意差のみられた項目 をみてみると、師長においては「医療事故に対し 注意を払うこと」、「勤務計画表(月間・週間)を 立てること」、「病棟(外来)やナースステーショ ンの音や雰囲気 | などの各ユニットの業務や人事、 安全管理に関する項目や、「仕事上の問題や悩み を上司に伝えなければならない時」、「上司から仕 事上のことで過少評価されたり、注意されること」 など上司である看護部への報告などに関する項目 が有意に高くなっていた。特に「医療事故に対し 注意を払うこと」の項目得点は最も高く、■内で の医療事故の頻発やその安全対策に対する喚起, 調査の時期が新人を迎える時期と重なっていたこ となども影響していると考えられた。

主任においては「スタッフからの信頼にこたえ

ること」、「スタッフの本後教育を担当すること」、 「スタッフの相反する意見や考えを聞き入れるこ と1,「スタッフへの適切な指導・助言を行わなけ ればならない時」などスタッフの指導や教育に関 すること、「仕事以外の時間に看護研究や仕事上 必要な学習をすること」、「カンファレンス(会議) を進めたり、まとめたりすること」などスタッフ ナースのリーダーとしての役割に関する項目が有 意に高く、超過勤務や時間外での仕事など業務量 に関する項目も高い傾向を示した。主任は、日々 スタッフと共に交替制勤務で看護業務を行いなが ら師長補佐の役割を担っており、主任としての役 割や業務量の多さが主任の負担感を生じさせてい る。また、周囲からのリーダー的役割への期待と 自己のリーダー像への理想と現実の狭間で悩みな がら職務を遂行していることも予想され、その対 応策については、主任の要望を含めた検討が必要 であると考えられる。

2. ストレス得点と基本属性との関連について

看護中間管理職者のストレス得点と基本属性と の関連では、主任において職位や勤務する診療科 での経験年数が3~4年の者のストレス得点が他 の者に比べて有意に高く、職位経験年数が1年未 満の者は他の者に比べて有意に低い傾向を示した。 診療科の配置転換や昇進は交替制勤務と並んでス トレスを高める要因である。新しい環境に適応す るために努力するものの、なかなか思うように適 応できずに悩んだり、これまでの努力や自分の能 力が評価されたという前向きな意味合いをもつ昇 進も、次第にその責任の重さや自己の能力不足な どの悩みにつながり、ストレスを高めていること が予想される。近年のストレスとバーンアウトに 関する研究では、職位や看護の経験年数、勤務体 制、勤務形態などの状況要因を重視する傾向にあ り¹¹, 主任においては、ストレス軽減のための援 助を,職位や勤務診療科での経験年数といった状 況要因を考慮した上で行っていく必要性があると 示唆された。

ストレス得点については独自に作成したもの用 いて調査したため、今回の看護中間管理職者のス トレスの程度を、職場集■のストレスや労働負担 の評価尺度である CFSI を用い比較検討した。 そ の結果,今回の対象は越河ら60の医療職友性デー タと比較すると、全ての特性群において平均訴え 率が高く、とくに「不安感」・「気力の減退」・「慢 性疲労」の特性群において10%以上逸脱しており、 仕事に追われ、精神的にかなりの負荷をうけ、意 志画での減衰(へばり)が強い状況にあることが うかがえた。また、職位別にみると主任が師長に 比べ全特性群において平均訴え率は高く、とくに 「気力の減退」の特性群では有意差が認められた。 主任はスタッフナースのモデルとなるべく、指導 的な役割を果たすことを期待されているスタッフ でもあり10, 日々の患者管理や看護ケアの調整役 などの業務を中心に交替制勤務もこなさなければ ならず、この過重で不規則な勤務形態の状況など が、師長に比べてより心身の疲労を惹起している と考えられる。このようなストレスの高まりは、 健康障害のみならず看護ケアの質の低下や仕事上 のミスを誘発することも示唆されている30。今回 の結果を踏まえ,看護中間管理職者がさらされて いるストレスについて職場全体で把握し、主任の 業務を可能な範囲でスタッフナースがサポートす るといった対応策を早急に考えていく必要性があ ると考える。

3. ストレス得点と各尺度間での関連について

今回の調査では、師長と主任の両者において『ストレス得点』と「積極的対処行動」には関連がみられなかったものの、「消極的対処行動得点」との間に有意な正の相関がみられ、消極的対処行動はストレスの増強要因となることが示された。 宗像50 は、積極的な対処行動は問題解決の際に必要以上のストレスやストレスに伴う過剰な緊張や抑うつ、過剰な興奮を軽減することができるが、

消極的な対処行動はストレスの軽減に効果がないばかりか、問題解決の失敗、自信の喪失、無力感を伴いストレスを慢性化させやすくなると述べている。消極的対処行動上位項目において、「感情的に巻き込まれない」、「人の意見と食い違うのは好きではない」など自分を抑圧する行動や、「物事を終えるのに時間が是りない」、「取りかかる前に色々と心配する」といった過剰な不安から生じた行動などが師長と主任の両者で高くなっており、これらの行動パターンを減らすことがストレスの軽減につながるのではないかということが示唆された。

無力体験尺度では、「これまで直面した問題はそれなりに解決できたと思うことはめったにない」の項目において主任が師長に比べ有意に高くなっていた。藤田¹³⁾によると、無力体験のこの項目を選ぶ者は、苦しいと感じている現状を誰かから助けてもらいたいという欲求があり、その背景には自分なりに現状を打破した経験(Self mastery)の乏しさが影響していると述べている。職場において個人の感情表現をしやすい環境作りや学びの機会を提供するといったことの重要性を看護管理者が十分認識し、組織として支援に取り組んでいくことが必要である。

『ストレス得点』と各尺度との関連において、師長にのみ「情緒支援者保有得点」との間に有意な負の相関がみられ、情緒支援者の保有が師長のストレスの軽減要■となることが示されたが、主任のストレスの軽減要■については、有意な関連性は見られなかった。積極的な対処行動と情緒的支援者を持つこととの間には深い結びつきがあり、情緒的支援者を多く持つことは風った時に必要な支援が得られるため、積極的な問題対処ができるといわれているが。また、稲岡崎は、交替制勤務者は常昌勤者より家族や友人との交流機会を失い、情緒的に支えてくれる人や問題解決に向け相談にのってくれる人が少なくなりがちであり、看護師

の夜間勤務という勤務形態が関連していると述べている。今回対象となった主任の73%は交替制勤務をしており、情緒支援者保有得点においても師長と主任の間で大きな差はみられなかった。主任にとっては情緒支援者の数というよりも、問題が生じているその時に解決を導くような情緒支援者が存在していること、即ちタイミングや質の重要性も示唆され、今後さらに検討していく必要性があると考える。

以上,本調査における看護管中間理職者は,仕事に追われ,精神的にかなりの負荷をうけ,意志面での減嚢(へばり)が強い状況にあることが明らかとなった。また,師長と主任ではストレスの内容も異なっており,安定した質の高い看護サービスを提供するためにも,それぞれの立場に応じた組織でのメンタルヘルス支援への取り組みの必要性が示唆された。今後の研究課題として,看護管中間理職の役割・機能,権限などの組織論の観点をも含めた分析が必要であると考える。

Ⅷ. まとめ

- 1. 師長のストレッサーでは、各ユニットの業務 や人事、安全管理に関する項目、上司である看 護部への報告などに関する項目が有意に高くなっ ていた。主任においては、スタッフの指導や教 育、スタッフナースのリーダーとしての役割に 関する項目が有意に高く、超過勤務や時間外で の仕事など業務量に関する項目も高い傾向を示 した。
- 2. 看護中間管理職者のストレス得点と基本属性 との関連では、主任において職位や勤務する診 療科での経験年数が3~4年の者のストレス得 点が他の者に比べて有意に高く、職位経験年数 が1年未満の者は他の者に比べて有意に低い傾 向を示した。
- 3. 師長の「ストレス得点」は,消極的対処行動 得点,無力体験得点,タイプA行動得点,CFSI

総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要例に関する研究

全特性群との間で有意な正の相関が、情緒支援 者保有得点との間で有意な負の相関がみられた。 一方、主任の「ストレス得点」は、消極的対処 行動得点、タイプA行動得点、CFSIの6つの 特性群(一般疲労感と身体不調を除く)との間 に有意な正の相関がみられた。

(付記)本論文は、平成12年度琉球大学大学院保健学研究科の修士論文に加筆・修正したものである。

要 旨

本研究では、看護中間管理職者のストレスとその関連要因について実状を明らかにするため、A県内の病床類300床以上の総合病院13施設に勤務する看護中間管理職者305名(師長121名、副師長(係長)または主任(以下、主任とする)184名)に調査を行い、職位別に分析した。その結果、看護中間管理職者のストレスは職位によって違いがみられ、両者において消極的対処行動・タイプA行動・蓄積的疲労がストレスの増強要因となっていることが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this study is to define the sources of stress and other related factors. Questionnaires were distributed to 305 middle managers working at 13 general hospitals. The data were divided in two: head nurses (N=121) and assistant head nurses (N=184). Significant differences were found between head nurses and assistant head nurses in their sources of stress; and negative coping behavior, Type A behavior, the Cumulative Fatigue Symptoms Index (CFSI) were elevate factor of the stress score in the two groups.

引用・参考文献

- 1)稲田美和編:看護管理その1-看護管理とは何か-,日本看護協会出版会,東京,1995.
- 2) 青柳美恵子,草刈涼子,他:「蓄積的疲労徴候調査」からみた看護職員の労働負担に関する考察-S■立大学病院における年度当初の実態調査から-,日本看護研究学会雑誌,20(3),282,1997.
- 3) 相馬朝江,小山千加代,他:看護職とストレス-文献考察を中心として-,臨床看護,26(2),239-242,2000.
- 4)大阪府公立病院協議会総師長部会:婦長の職務意識調査,看護管理,3(5),334-337,1993.
- 5) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 1996.

- 6) 越河六郎,藤井 亀,他:労働負担の主観的 評価法に関する研究(1) - CFSI (蓄積的疲労徴 候インデックス)改訂の概要-,労働科学,68 (10),489-502,1992.
- 7) 三木明子,原谷隆史,他:看護婦のストレッサーと業務上の事故及び病気欠勤の検討,第29 ■日本看護学会集録,看護管理,156-158, 2000.
- 8) 近澤範子:看護婦のBurnout に関する要因分析 ストレス認知・コーピングおよびBurnoutの関係-,看護研究,21(2),37-51,1998.
- 9) 塚本尚子:看護婦のストレス・コーピングと 仕事適応,東京都立医療技術短期大学紀要,第 11号,83-89,1998.

総合病院に勤務する看護中間管理職者のストレスと関連要因に関する研究

- 10) 古庄冨美子、小島恭子: 看護管理その2-看 1995.
- 11) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と 実際-心理的アプローチ,56,誠信書房,東京, 1996.
- 12) 多田徹佑, 孤嶋圭子, 緬川政宏: 婦長・主任 のホントの仕事, 医学書院, 東京, 1999.
- 13) 藤田和夫:日本看護協会調査研究報告 究一, 日本看護協会出版会, 東京, 1988.
- 14) 稲岡文曜:看護婦の健康問題-夜間勤務・三 交替制勤務と健康障害-,教育と医学,35(8),

769 - 776, 1987.

- 護管理の実際-, 日本看護協会出版会、東京, 15) 労働省労働基準局:事業場における労働者の 心の健康づくりのための指針, 2000.
 - 16) 保坂 隆:ナースのストレス,南山堂,東京, 1998.
 - 17) 日本看護協会出版会:看護職のストレスマネー ジメント,看護, Vol.53, No.10, 2001.
 - 18) 森日出男 編:看護管理とリーダーシップ, 中央法規出版,東京,1985.
- (No.54) 看護職員の心身健康に関する研 19) 岡部恵子: 岡部恵子の心くばりの看護管理, 日総研出版,東京,2000.

(平成13年8月20日受 平成14年6月28日採用決定





株式 **方** ** http://www.kyotokagaku.co.jp e-mail:kyoiku@kyotokagaku.co.jp

一研究報告一

精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーと ストレス反応との関連について

The Relation between Work-related Environment Stressors and Stress Reaction of Psychiatric Ward Nurses

山崎登志子1) 齋 二美子2) 岩田真澄2)

Toshiko Yamazaki Humiko Sai Masumi Iwata

キーワード: 看護師, 精神科病棟, 職場環境ストレッサー, ストレス反応 nurses, psychiatric wards, work-related environment stressors, stress reaction

I はじめに

現在我が■では医療の進歩に伴い,後期高齢者が増加し疾病構造も変化してきている。それに伴って,在宅看護はもとより病院施設の中でも疾病を抱えながらいかに冒常生活を快適に過ごせるかという Quality of life の向上が強調され,看護師の役割は診療の補助業務中心から療養上の世話を重視される方向に変化してきている。また一方では,医療の高度化により重症患者が増加しており,様々なモニター類の管理やきめ細かな観察がさらに重要になっている。このように看護師に求められる役割はますます多様化し看護業務は複雑になり,これらの変化は看護師の精神的健康に影響を与えていると思われる。

病院で働く看護師の精神的健康に関連する要園として職場環境ストレッサーが指摘されている。職場環境ストレッサーとして自律性の欠如¹¹,役割葛藤や役割の曖昧さ²⁾⁻⁵⁾,対人関係上の葛藤^{6),7)}といったヒューマンサービス**後**事者に特

徴づけられる職場状況要園8), 交代制勤務や超過 勤務といった労働条件33.100, 夜勤に伴う社会的閉 鎖100 などがあげられ、これらは病院で働く看護師 に共通のストレッサーと考えられている。しかし 精神的健康を損なった状態とされるバーンアウト の発生率やその傾向は所属によって異なるとさ れ11)、12)、その壓ഥについては明らかになってはい ない。患者への直接的なケアに関する項目が看護 師のストレッサーとして抽出されており 7), 13), 14), 中でもバーンアウトにはケアにおける不全感や患 者の死体験が関連するとされている"。所属毎に みると精神科病棟¹⁵⁾⁻¹⁸⁾や ICU¹⁹⁾ においてバーンア ウトの発生率が高いとされ、精神科病棟で働く看 護師は患者からの暴力等精神科特有のストレス がio, またICUでは救急事態の可能性や無意味な 延命などの患者ケアがバーンアウトの要■になっ ているとの報告があるい。これらのことから看護 師の職場環境ストレッサーの中でも患者ケア遂行 によって生じるストレッサーが所属の精神的健康

¹⁾ 宮城大学看護学部看護学科•東北学院大学人間情報学研究科博士後期課程 Department of Nursing, Miyagi University School of Nursing. Graduate School of Human Informatics, Tohoku Gakuin University

²⁾ 東北大学医学部附属病院 Tohoku University Hospital

を特徴づけていることが考えられる。

そこで今回,患者と看護師との関係性の構築が難しく患者へのケアがストレッサーとなる可能性が高いと思われる精神科病棟に着目し,精神科病棟のストレッサーの特徴を理解し,さらにそのストレッサーとストレス反応との関連について考察することを目的として調査を行った。調査1では間、ストレス反応との関連について探るために引題は回答が得られな明問した。しかし,定量的調査では質問という限界がある。質問項目以外にも重要な関が隠されている可能性が考えられ,調査1を補完しそこで把握できないストレッサーの内容やストレス反応に至るメカニズムについて理解を深めるために、調査2では半構成的直接調査を行った。

Ⅱ 調 査 1

1. 月的

精神科病棟における職場環境ストレッサーを明らかにするために精神科病棟に特徴的なストレッサーを特定し、それとストレス反応との関連について検討する。

2. 方法

1) 対象者

職場環境や労働条件をなるべく統一しようと考え、東北6県の大学病院精神科病棟に調査を依頼した。そこに勤務する看護職132名のうち有効回答が得られた112名を対象とした。精神科における職場環境ストレッサーの特徴をつかむことが目的の一つであるため、看護師と准看護師両方を対象とした。そのためここでは看護職という表現を用いる。病院別所属の特徴を表1に示す。

表丨	病院別精神科病棟の特徴

etention tide that etellia and board

	A病院	B病院	C病院	 D病院	E病院	F病院
ベッド数			and a second control of the second control o			
閉鎖病棟	41	78	0	40	0	37
開放病棟	0	0	36	34	40	14
看護職数	()内は分析対象	者				
看護師(女)	15(14)	19(13)	11(11)	18(15)	16(16)	14(14
看護師(男)	2(2)	8(8)	8(3)	10(6)	0	3(3
准看護師	0	4(4)	2(1)	1(1)	0	1(1)
合 計	17(16)	31(25)	21(15)	29(22)	16(16)	18(18
看護体系	2.5:1	2.5:1	2.5:1	2.5:1	2.5:1	2.5:
看護方式	受持, モジュール	チーム	受持	受持	受持	受持・チーム
医師数	14	22	6	31	13	1
平均套院日数						
H9年	125.1	125	79	75.7	88.7	116.
調査時の患者の特徴	()内は全体に占と	める割合				
精神分裂病	11(29.7)	37(47.4)	9(33.3)	30(47.6)	6(21.4)	14(40.0
感情障害	13(35.1)	19(24.4)	10(37.0)	23(36.5)	7(25.0)	4(11.4
神経性障害	11(29.7)	5(6.4)	2(7.4)	7(11.1)	11(39.3)	12(34.8
てんかん	1(2.7)	2(2.6)	0	0	0	2(6.7
薬物依存	0	5(6.4)	0	0	0	2(6.7
その他	1(2.7)	10(12.8)	6(22.2)	3(4.8)	4(14.3)	1(2.9
うち、身体合併症あり	5(13.5)	8(10.3)	2(7.4)	5(7.9)	4(14.3)	2(6.7
合 計	37	78	27	63	28	35

2) 手続き

各病院の看護部を通して調査を依頼し、各精神 科病棟に質問紙を郵送した。質問紙は無記名で回答を求め、各自が密封後病棟単位で返送を依頼した。

3) 質問紙の構成

(1) 精神科ストレッサー

予備調査として精神科病棟に勤務する看護職に普段感じるストレス場面を記述してもらい、その中から先行研究をもとにで29項目を選出し精神科における職場環境ストレッサー(以下精神科ストレッサー)とした。それぞれの項目でストレスと感じる頻度と強度について5段階評定を求めた。得点が高いほどストレスと感じていることを示す。

(2) ストレス反応

ストレス反応の指標として Maslach らが作成し 目尾が 翻訳 修正した ⁸⁾ The Maslach Burnout Inventory を使用した。このスケールは脱人格化,個人的達成感の減少,情緒的消耗感という3つの下位尺度,計17項目で構成されている。5段階評定で回答を求め,下位尺度各々の得点が高いほどバーンアウト傾向が強い。

脱人格化とは、サービスを受ける人たちに対する無情な人間性を欠くような感情や行動をさす。個人的達成感の減少とは、やるべきことを成し遂げたという達成の充実感がなくなっていく気分を示す。情緒的消耗感とは、心身ともに 変れきったという感情を示す²⁰。

3. 結果

1)対象者の特徴

対象者の平均年齢は38.9歳(SD=±10.9),平均看護職経験年数は16.6年(SD=±10.7)であった。年齢と看護職経験年数とはほぼ同様の分布を示していたため,ここでは看護職経験年数の分布を示す(図1)。看護職経験21年以上が39.8%と一番多く,次いで1~5年が23.4%であった。

平均精神科経験年数は7.5年($SD=\pm 7.7$)であった。分布は精神科経験年数 $1\sim 5$ 年が56.6%,次いで $6\sim 10$ 年が18.6%であり,経験年数が増すほど人数は減少していた(図2)。

これらの事から、対象者の特徴として、看護職 としての経験は豊富であるが精神科病棟での経験 は少ない者が多いことが何われる。

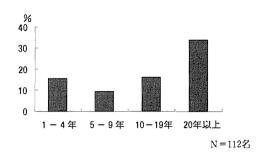


図1 対象者の看護職経験年数

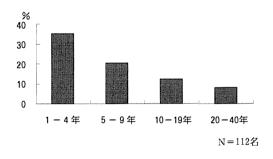


図2 対象者の精神科経験年数

2)精神科ストレッサー

精神科ストレッサーの各項目について頻度,強度の評定値を合計した。この得点をもとに29項目について因子分析(主因子法,Varimax回転)を行った(表 2)。 固有値 1 以上で 7 因子が抽出され,累積寄与率は70.9%であった。

第1因子は拒食や拒薬,診断不明である,重度の精神障害を持つ、身体合併症を持つ等,看護を遂行する上で難しいと感じる場面10項目で構成されており、「看護介入の困難さ」と名づけた。第

表 2 精神科ストレッサーと因子負荷量

因 子 看護場面	1	2	3	4	5	6	7
拒食状態にある患者看護	0.83	0.08	0.14	0.23	0.00	0.04	0.04
た良仏感にのる忠石有政 診断不明の患者の看護	0.73	0.08	-0.08	0.23	0.14	0.04	0.04
診断不明の患者の看護 拒薬する患者の看護	0.73	0.09	-0.08 0.03	0.13	0.14	0.13	0.13
無為・自閉状態にある患者看護	0.68	0.13	0.03 ●.09	0.24	0.16	0.13	0.14
無局・日別状態にのる思有自設 食べ叶きを繰り返す	0.66	0.22		0.10	0.22	0.01	0.29
,	0.64	ž.	0.11		0.11		
重度精神障害の患者看護	TOTAL PARTY OF	0.17	0.23	-0.11		●.10 0.00	-0.02
患者が指示を守らない。	0.63	0.27	-0.02	0.15	0.27	0.22	0.05
身体合併症を持つ患者の看護	0.61	0.21	0.11	-0.13	0.20	0.28	0.06
迷惑行為を繰り返す	0.61	0.27	0.15	0.30	0.04	0.15	0.06
患者が他人を操作する	0.44	0.34	0.19	0.28	0.17	0.33	0.04
言葉による暴力経験	0.37	0.65	-0.04	0.14	0.03	0.14	0.23
患者からの看護者役割否定	0.07	0.64	0.19	€.26	0.10	0.22	0.08
患者が逸脱した要求をする	0.38	0.58	-0.06	0.15	0.26	0.06	0.01
暴力経験	0.11	0.53	0.29	-0.13	0.01	0.09	0.22
患者からの拒否	0.07	0.53	0.22	0.40	0.21	0.11	-0.05
妄想の対象になる	0.19	0,50	0.39	0.06	0.06	0.02	0.18
自殺企■された経験	-0.07	0.10	0.84	0.11	0.12	0.08	0.09
自傷行為をされた経験	0.07	0.20	0.78	0.16	0.10	0.11	0.11
ヒステリー発作を繰り返す	0.29	0.23	0.18	0.73	0.12	0.06	0.13
心気的訴えを繰り返す	0.47	0.17	0.14	0.71	0.08	0.13	-0.03
患者の生活環境の問題	0.31	-0.07	0.13	0.27	0.71	0.20	-0.05
患者家族からの医療者不信	0.24	0.31	0.14	0.25	0.62	0.03	0.22
家族が精神障害者である	0.33	0.29	0.11	-0.13	0.62	0.00	0.04
医者との意見の相違	0.27	0.08	0.12	0.12	-0.02	0.75	0.20
医者からの不当な命令	0.16	0.22	0.09	0.05	0.15	0.72	0.03
看護者間での意見の相違	0.13	0.29	0.18	0.01	0.02	0.11	0.73
上司との意見の相違	0.19	0.18	0.39	0.08	0.06	0.41	0.61
固 有 値	10.74	2.76	1.66	1.62	1.48	1.31	1.00
寄 与 率 (%)	37.03	9.51	5.71	5.59	5.10	4.50	3.45
累積寄与率(%)	37.03	46.54	52.25	57.84	62.94	67.44	70.89

因子抽出法:主因子法 圓転: kaiser の正規化を伴うバリマックス法

第1因子:看護介入の困難さ 第2因子:看護者への患者の否定的行動化 第3因子:患者の自殺・自傷の体験 第4因子:患者の感情への巻き込まれ

第5因子:患者の生活背景への関わり

第6因子: 医師との軋轢 第7因子: 看護者間の軋轢

2因子は暴力的な言動や拒否や否定、妄想の対象になるなど、患者から看護職に向けられたどちらかといえば否定的な経験6項目で構成されており、「看護者への患者の否定的行動化」とした。第3因子は患者の自殺自傷行為の経験からなる2項目であり、「患者の自殺・自傷の体験」とした。第4因子はヒステリー発作や心気的訴えといった患者の感情を受け止めることの難しさを示す2項目からなっており、「患者の感情への巻き込まれ」とした。第5因子は患者の家族や生活背景に対す

る援助の難しさに関する3項目で構成されており、「患者の生活背景への関わり」とした。第6因子は医師との意見の違いからくる葛藤を示す2項目であり、「医師との軋轢」とした。第7因子は看護職同士の意見の相違からくる葛藤2項目で、「看護者間の軋轢」と名づけた。

 精神科ストレッサーとバーンアウト傾向との 関連

精神科ストレッサーの各カテゴリーを説明変数 としバーンアウトの下位項目ごとに重回帰分析を

	脱人格化		個人的達	成感の減少	情緒的消耗感	
	ß	r	β	r	β	r
看護介入の困難さ	0.38**	0.38	n.s	-0.01	0.48***	0.48 ***
看護者への患者の否定的行動化	n.s	0.31 **	n.s	0.03	n.s	0.42 ***
患者の自殺・自傷の体験	n.s	0.10	n.s	0.06	n.s	0.16
患者の感情への巻き込まれ	n.s	0.29**	n.s	0.01	n.s	0.32**
患者の生活背景への関わり	n.s	0.18	n.s	-0.11	n.s	0.21
医師との軋轢	n.s	0.07	n.s	0.20	n.s	0.20
看護者間の軋轢	n.s	0.27**	n.s	0.10	n.s	0.36**
R	€.38**		n.s		0.48***	
R²	0.14		n.s		0.23	

表3 精神科ストレッサーとバーンアウト傾向との関係

重回帰分析

...p<.001 ...p<.01

β = 標準偏圓帰係数

r=相関係数

R = 重相関係数

R*=決定係数

行った結果,「看護介入の困難さ」は脱人格化, 情緒的消耗感に対し他の要因に比べ相対的に強い 影響が感じられた(表3)。

4. 考察

1)精神科ストレッサー

精神科病棟に勤務する看護職の職場環境ストレッ サーとして、「看護介入の困難さ」、「看護者への 患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、 [患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背景 への関わり |、「医師との軋轢 |、「看護者間の軋轢 | の7因子が抽出された。第1因子である「看護介入 の困難さ」の内容をみるど、1つは診断不明の患 者, 重症患者, 合併症のある患者のケア場面で生 じており、これはどの所属の看護師においても共 通するものと思われる。しかし、もう1つは拒食・ 拒薬,**無**為自閉,食べて吐くを繰り返す,指示を 守らない、迷惑行為などといった主に看護師のニー ズと患者のニーズが一致しない場合に生じており, 意思疎通の困難なことが多い精神障害者のケア遂 行上生じるストレスであると考えられる。入院し ている精神障害者の多くは、自分に生じている間 題を客観的に認識することが難しく、それによっ て他人から見ると問題行動と感じる対処方法をと る傾向がある。「看護者への患者の否定的行動化」

「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背景への関わり」という要因も、このような精神障害者へのケア過程で生じていると考えられる。患者への直接的なケアは、精神科に限らず看護師のストレッサーとして一般的に抽出されている 77. 155. 140。しかし、精神科病棟では一般的にみられる患者ケア遂行上のストレッサーの他、精神障害者へのケア遂行上に関するストレッサーが所属の精神的健康を特徴づけていると推測される。

医療者間の葛藤は、看護師のストレッサーの一つとして指摘されており ^{73, 130, 140}, これも精神科に **ए**らず看護師に共通するストレッサーと考えられる。しかし精神障害者のケアを行う際、看護師の 個別的な関係性がより重要な意味をもち、ケア目標をチームで統一し難いという見状をふまえると、精神障害者へのケアの特徴が医療者間の軋轢をさらに強めている**可能**性が考えられる。

藤原ら[∞] は職務ストレッサーとして患者ケアに 関するものと対人関係に関するものの2つを抽出 している。今■の結果から精神科病棟におけるストレッサーとしてこの2つのストレッサーがさら に7つに分類され、さらにこれらのストレッサー は精神障害者へのケア遂行に関連することが示唆 された。

2)精神科ストレッサーとストレス反応との関連 バーンアウトとは「長期間人を援助していく過 程で生じる過度の心身の疲労と感情の枯渇を主と する症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの 要失である」とされる²¹⁾。今回の結果では精神科 ストレッサーの中で、「看護介入の困難さ」はバー ンアウトの下位尺度である「脱人格化」「情緒的 消耗感」への影響が他の要因に比べ強い印象であっ た。ケアにおける不全感が脱人格化、情緒的消耗 感に関連していると言われているプ。患者との関 わりの中で看護介入の難しい場面に遭遇しその状 態が持続することで、不全感を感じ心身に疲労を 感じたり患者に対する暖かみのある感情や態度を 損ねていくと考えられる。また、「看護介入の困 難さ」は看護職に共通する患者ケア遂行上生じる ものと精神障害者へのケア遂行上生じるものとの 両面を持っていると考えられた。精神科病棟勤務 者にバーンアウト状態に陥っている者が多いとさ れるが15,22, 一般的なケア遂行上生じるストレッ サーに精神障害をもつ人々へのアプローチの困難 さが加わり、精神科病棟で働く看護師のバーンア ウト傾向を強めていると考えられる。

Ⅲ 調査2

1. 月的

調査1で擅出されなかった精神科ストレッサーを探り、それらのストレッサーも含めてストレス 反応との関連について考察する。

2. 方法

1) 対象者

宮城県S市内にある大規模総合病院の精神科病棟に勤務する看護師で、同意の得られた5名を対象とした(平均年齢:32歳、SD=±7)。ここでは機能や役割を統一するため、女性のみに焦点を当てた。

2) 精神科病棟の特徴

対象病院の精神科病棟は閉鎖病棟と開放病棟の2つを持ち、ベッド数は74床、看護職数は27人であった。平均時間外労働は1日に30~60分、夜勤回数は8~10回、1日の入退院数は2~3名であった。看護体制は部屋別受け持ち制とチームナーシングの併用であった。

3) 質問項目

半構成的な質問紙をもとに個別に面接を行った。 質問内容は、経験年数等の個人属性を尋ねた後、 仕事上感じているストレスについて自由に口述し てもらった。その後先行研究をもとに¹³⁰、「対人 関係の葛藤」、「病棟の管理」、「患者への直接的な ケア」、「知識・技術の不足」、「職場の物理的環境」、 「報酬の不足」、「私生活上の出来事」についてス トレスと感じている程度を「とても少ない」~ 「とても多い」の5段階評定で質問し、さらにプ ライバシーを尊重しながらできるだけ具体的にそ の内容を口述してもらった。

また、個人特性を把握するため MPI (モーズレイ性格検査)のN尺度(神経症傾向尺度)を含んだ質問紙を配布し、その場で回収を行った。

4) 分析手順

面接した内容は内容分析の手法™に**後**って以下 の手順で分析を行った。

- (1) 語られた内容を録音したテープとメモをもとに個別に書きおこし、その内容を対象者に提示し確認を求めた。
- (2) 自由回答した内容,および7項目の提示したストレッサーに対し「やや多い」、「とても多い」と答えた時の具体的ストレス内容を加え,精神科ストレッサーとして統合した。
- (3) 書きおこしたものを単文ごとに区切り、複数の評定者の合意下で調査1から導き出された項目をもとにカテゴリー化を行った。その中で共通していると思われる内容をサブカテゴリーとして分類した。

(4) 以上の各カテゴリーの中から「怖かった」, 「いらいらしている」などの表現をストレッサー に伴う感情として取り出し,ストレス反応の指標とした。

3. 結果

1)対象者の神経症的特性

N得点は3~15点, 平均10.2点(S**D**=±4.5) であり,全員に神経症的傾向はみられなかった。 2)導き出された精神科ストレッサーとストレス 反応

先に抽出された「看護介入の困難さ」、「看護者への患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背景への関わり」、「医師との軋轢」、「看護者間の軋轢」という7要因の他、新たに「知識・技術の不足」、「多忙さ」、「物理的環境の不備」、「職位の変化」の4つがストレッサーとして考えられた。

「看護介入の困難さ」は、患者になかなか理解 してもらえないという理解不足、その時々によっ て生活面の援助の必要性が変化したり, 長期化す ることによる見通しの困難さ, 拒薬によってケア が滞るというサブカテゴリーからなっていた。そ こからケア能力に対する自信の喪失や、無力感が 生じていた (表4)。「看護者への患者の否定的行 動化」は患者からの暴言や暴力体験であり、そこ から精神的ダメージを受けたり患者への恐怖心を 感じており、自分に油断があると思ったり、患者 を受けつけなくなったり、距離をとろうとする行 動に移行していた。「患者の自殺・自傷の経験」 はリストカットといった行為に,「患者の感情へ の巻き込まれ」は心気的な訴えに対処する際に生 じるストレスであった。「患者の生活背景への関 わり」は家族との対応の際に生じていた。これら 3つのストレス状況に伴う感情表現はみられなかっ た。「医師との軋轢」は治療方針の不確定さから 生じる曖昧な指示や、患者に対する認識の相違か らなり、その結果医師に方針を教えてもらえない、

意見を聞いてくれないといった気持ちが生じてい た。「看護者間の軋轢」は同僚から仕事中個人的 な相談事をもちこまれる、意見の相違や職場の方 針の相違、同僚のやる気のなさ、知識・技術のレ ベルの相違や性格の相違といったサブカテゴリー からなっていた。それらが原因であきらめの気持 ちが出現したり、気を使ったり、いやな気持ちに なったりしていた。「知識・技術の不足」は身体 的な面での知識・技術の不足とコミュニケーショ ン技術の不足の2面がみられ、身体的ケア技術や 精神科以外の知識不足に対する不安や焦り、戸惑 いを感じていた。「多忙さ」は十分な休息がとれ ない勤務体制や人手不足、仕事の中断や集中的な ケアの必要性、本来の業務以外に時間がとられる ことであり、それらによって表労感が蓄積したり、 仕事に専念できないいらだちや精神的負担を感じ ていた。「物理的環境の不備」は病棟などの構造 上の不便さや不潔さからなり、それが原因で常に いらいらした感じを抱いていた。「職位の変化」 は看護師自身の地位が変化し役割が拡大したこと への戸惑いが生じていた。

4. 考察

神経症的性格特性とバーンアウトとの関連が指摘されており^{12), 18)} 性格特性を考慮に入れ考えていく必要があるが、今回の対象者は全員顕著な神経症的傾向がみられなかったことから、今回は性格特性については触れずに考察をすすめていく。

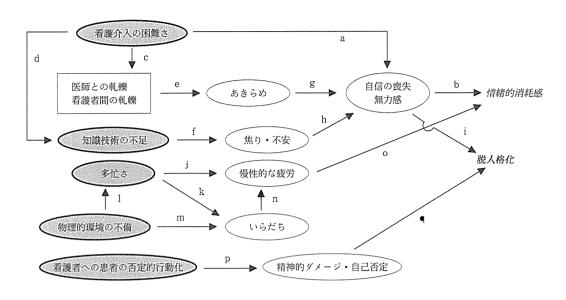
1)精神科ストレッサー

精神科病棟勤務者が感じているストレッサーとして、調査1で抽出された7要因の他に個別面接により「知識・技術の不足」、「多忙さ」、「職場の物理的環境」、「職位の変化」の4つが抽出された。労働条件や業務内容、物理的環境といった職場環境ストレッサーが看護師の精神的健康に関連するとされる・^{3,1,10)-13)}が、精神的健康にはこれらの要因より対人関係要因、個人要因に起因する²²⁾との指摘もある。今回の結果から対人関係要因、患者

	カテゴリー	サブカテゴリー	ストレッサーに伴う感情
1	看護介入の困難さ	理解不足 見通しの困難さ 拒薬	自分の力不足と感じる。 無力さを感じる。 ケアに自信がなくなる。 何をしてよいかわからない。
2	看護者への患者の否定的行動化	暴力体験	ショックだった。 こちらに油断があると思った。 傷つけられる。 怖かった。 生理的に受けつけられなくなっていた。 量低限の対応しかしない。
3	患者の自殺・自傷の経験	リストカット行為	
4	感情への巻き込まれ	心気的訴え	
5	生活背景への関わり	家族への対応	
6	医師との軋轢	曖昧な指示 患者認識の 相 遊	教えてもらえない。 聞いてくれない。
7	看護者間の軋機	同僚からの福談 意見の福進 職場の方針の福進 同僚のやる気のなさ 知識技術レベルの福達 性格の福進	どうしようもない。 とても気を使った。 頼り切れなかった。 勉強しなくてはという感じになってきた。 ついていけない感じだった。 いやだった。 むっとした。 スタッフにもっとレベルの高いものを求めたかった。 どうしてこんなミスするんだろうと思う。 不機嫌なときは気を使う。
8	知識・技術の不足	身体的知識・技術の不足 コミュニケーション技術の不足	焦りがあった。 不安な時がある。 どうしようと思ってしまう。 漠然とした不安があった。 どうアドバイスしたら良いかわからないことが多い。
9	多忙さ	勤務条件 人手不足 仕事の中断 集中ケア 納得できない仕事	疲れがとれない。 仕事が中断される。 仕事に集中できない。 患者ケアがなかなかできない。 神経を使う。 本来の仕事ではないのではと思う。
10	物理的環境の不備	構造上の不備	常にいらいらしている。
	職位の変化	地位の変化	何をすればよいのかわからなかった。

ケア以外の職場環境要因も精神的健康に関連していると考えられる。

また、これらの要因は精神科に限らず看護師に 共通するものと思われるが、「知識・技術の不足」 において精神科に特徴的な点が見いだされた。コ ミュニケーションは精神科における重要な看護技 術であり、サブカテゴリーである「コミュニケー ション技術の不足」は他の所属で見いだされる患者ケアに対する知識・技術の不足 (1) 130 の側面ととらえることができる。また、もう一つのサブカテゴリーである「身体的知識・技術の不足」では、別の所属との格差がでるのではという不安が含まれていた。病院内における他の所属では身体的知識・技術の提供が看護の中心的役割になっている



■3 ストレッサーとストレス反応との関連

ことが多い。また、看護教育の中でもコミュニケーション技術は看護行為に共通するものとして総論的に扱われ、身体面への援助技術は特に重要視されている傾向がある。このような背景から、コミュニケーション技術が中心となる精神科病棟ではその難しさを痛感する一方で、身体面への援助技術能力が衰退していくという焦りが生じるものと考えられる。

定量的方法に質的調査を補足した今■の研究方法によって、精神科病棟における職場環境ストレッサーを深めることができたと思われる。

2)精神科病棟ストレッサーとストレス反応との関連

「看護介入の困難さ」は看護師としての自信の 喪失や無力感を生じさせていた(図3, 2)。日 嶋ら¹⁸⁾ は精神科病棟では,無力体験が目常いらだ ちごとに関連しバーンアウトの要因になっている と指摘している。日嶋らの使用したバーンアウト スケールは調査1で使用したスケールの情緒的消 耗感と高い相関を示すとされ,「看護介入の困難 さ」から導き出されたケアに対する自信の喪失や 無力感が情緒的消耗感につながっていく可能性が 考えられる(図3,b)。

「看護介入の困難さ」には患者の見通しがつき にくいことやその時々によって変化する患者の言 動によるとまどいなどが含まれる。荻野やは精神 科勤務者が精神障害者との関わりの中で、医師と 看護師との患者像の捉え方の相違を感じたり、自 分のとらえた患者像について根拠のある説明がで きなかったりする中でジレンマを感じると述べて いる。精神障害者特有のケアの予測困難さが、指 示の曖昧さや患者の捉え方の相違となり「医師と の軋轢」や「看護者間の軋轢」、「知識・技術の不 \mathbb{Z} 」感につながり(図3, $\mathbf{c} \cdot \mathbf{d}$), どうしようも ないというあきらめや何とかしなければといった 焦り・漠然とした不安につながると考えられる (図3, e•f)。調査1において「看護介入の困難 さ」が他の要因に比べ脱人格化、情緒的消耗感へ の影響が強い印象であった。あきらめや焦り・不 安が自信の喪失や無力感といったストレス反応を 導き脱人格化や情緒的消耗感を生じる可能性が考 えられる (図3, g•h•i•b)。

「知識・技術の不足」には急変時や緊急入院時に対応できるか、また他の所属転科時にケアができないのでは、という身体的ケア技術や精神科以外の知識不足が含まれていた。精神科勤務者のモチベーションには精神障害者に対する偏見が関連しているとされる。精神的ケアの重要性を認識しながらも、他の医療従事者の精神障害者に対する偏見をどこかで感じ、自分の身体的ケア技術面の不足に対する不安や焦りが増幅されると考えられる。

「多忙さ」は慢性的な疲労感を導き出していた(図 3 、j)。特に,電話による仕事の中断,事務手続きやメッセンジャー業務,身体的ケア等本来行うべき精神的ケア以外に時間が割かれることで,ケアに集中できないいらだちが生じていた(図 3 、k)。さらに,「物理的環境の不備」が,ケア遂行がスムーズに進まない要因として多忙感(図 3 、1)やいらだちの感情を強めており(図 3 、m 、m 、これらが慢性的疲労となり情緒的消耗感に関連していると考えられた(図 3 、m • o)。

理由もなくたたかれたり個人的な中傷をされるといった「看護者への患者の否定的行動化」から、看護師はショックや怖いといった精神的ダメージやこちらに油断があるといった自己否定を感じていた(図3, p)。患者に最低限の対応しかしない、距離をとるといった行動は看護師が自分自身を守るための対処行動ではあるが、患者にとっては人間性を欠く感情や対応となり、バーンアウトスケールのサブカテゴリーである脱人格化につながっていくと考えられる(図3, q)。

今回は職場環境要因を中心に取り上げたが、年齢や婚姻の有無等の個人特性やコーピング様式等も精神的健康に関連する要因とされている。今回の面接調査は5例であったが、今後データを蓄積し他の要因との関連についてもさらに検討していく必要があると思われる。

IV 結 論

- (1) 調査1では、因子分析により精神科病棟に勤務する看護職の職場環境ストレッサーとして、「看護介入の困難さ」、「看護者への患者の否定的行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背景への関わり」、「医師との軋轢」、「看護者間の軋轢」の7因子が抽出された。その中で「看護介入の困難さ」、「看護者個人への患者の行動化」、「患者の自殺・自傷の経験」、「患者の感情への巻き込まれ」、「患者の生活背景への関わり」の5因子は、精神障害者のケア遂行に伴うストレッサーと考えられた。特に「看護介入の困難さ」は他の要因に比べバーンアウトの下位尺度である「脱人格化」、「情緒的消耗感」への影響が強い印象であった。
- (2) 調査2では、調査1の7要因の他に「知識・技術の不足」、「多忙さ」、「物理的環境の不備」、「職位の変化」の4つが新たに見いだされ、中でも「知識・技術の不足」には精神障害者のケアに関連したストレッサーが含まれていると考えられた。

また、精神科病棟では「看護介入の困難さ」・「知識・技術の不足」が自信の喪失や無力感を生じさせること、「多忙さ」・「物理的環境の不備」が慢性的疲労に関連していること、「看護者への患者の否定的行動化」が精神的ダメージを与えていることが考えられ、これらが精神的健康に影響している可能性が示唆された。

強 雄

本研究の実施に協力していただいた東北大学医学部附属病院の佐藤さくら様,論文に関するご指導をしていただいた東北学院大学大学院人間情報学研究科の大山正博先生,大江篤志先生,堀毛裕子先生,片瀬一男先生,並びに調査にご協力いただいた看護職の皆様に心よりお礼を申し上げます。

要旨

本研究の目的は精神科病棟の職場環境ストレッサーを理解し、その中で患者ケアの特徴から生じるストレッサーが看護師の精神的健康に関連しているかどうかについて検討することである。調査1では、6病院の精神科病棟に勤務する看護職112名を対象としたアンケート調査を行った。その結果、7項目のストレッサーが抽出され、さらに患者ケアの特徴から生じるストレッサーがバーンアウト傾向に関連していると考えられた。また、調査2では、同一病院の精神科病棟に勤務する5名を対象として半構成的面接調査を行った。その結果、4項目の職場環境ストレッサーが新たに追加された。これらのストレッサーとストレス反応との関連について検討し、精神科病棟におけるストレス反応発生のメカニズムを仮説的に提示した。

Abstract

The purpose of this research was to examine work-related environmental stressors in psychiatric wards, particularly those aspects of patient care relating to nurses' mental health. A survey was conducted by questionnaire among nurses (n=112) working in the psychiatric wards of six hospitals (Investigation 1). As a result of Investigation 1, seven items were extracted as stressors for nurses who work in psychiatric wards, these stressors, features of the care of mentally handicapped persons, contributed to the nurses' tendency to burnout. Additionally, in Investigation 2, a semi-written interview survey was completed by five nurses who work in the psychiatric ward of the same hospital. As a result, four additional work-related environment stressors were determined. The relation of stressors and stress reactions was investigated in order to develop a hypothesis concerning the mechanism through which stress reactions are generated in psychiatric wards.

V 文 献

- 1) Cherniss, C.: Staff Burnout -Job Stress in the Human Services-, California, Sage Publication, 79-111, 1987.
- 2) 田尾雅夫: ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定,京都府立大学学新報告「人文」,39,99-112,1987.
- 3) 増田真也: **在**宅福祉サービス専門職における バーンアウトの形成要因に関する研究, 健康心 理学研究, 8(2), 20-29, 1995.
- 4) Clifton, E.B, Mieko, I.: Role Conflict and Role Ambiguity as Predictors of Burnout Among Staff Caring for Elderly Dementia Patients, Journal of Gerontological Social

Work, 26, 101-115, 1996.

- 5) Rizzo, J.R., House, R.J. et al.: Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations, Administrative Science Quarterly, 15, 150-163, 1970.
- 6) Pamela, G., James, G.A.: Stress Among Hospital Nursing Staff: Its Causes and Effects, Social Science and Medicine, 15A, 639-647, 1981.
- 7) 久保真人、田尾雅夫:看護婦におけるバーン アウトーストレスとバーンアウトとの関係ー、 実験社会心理学研究、34(1)、33-43、1994.
- 8) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と 実際-心理学的アプローチー, 誠信書房, 1997.

精神科病棟における看護師の職場環境ストレッサーとストレス反応との関連について

- 9) Miller, L., Reesor, K.et al.: Nursing Burnout, Employee Assistance Quarterly, 10(4), 29-52, 1995.
- 10) 宮崎和子: 看護職のバーンアウト症候群は職業病か, 看護管理, 7(11), 859-865, 1997.
- 11) 土屠健郎: 燃えつき症候群, 23-91, 金剛出版, 1988.
- 12) 山崎登志子:看護職のバーンアウト傾向に関する研究-The Maslach Burnout Inventory と対人関係との関連-,東北学院大学大学院人間情報学研究科修士論文,1997.
- 13) Susan, M.S.: ストレスの知覚-1800人のナースは語るー, ナースとストレス, 伊藤幸子ら訳, 51-78, 医学書院, 1985.
- 14) 新名興恵, 荻野佳代子, 他:■立病院看護職員のストレスに関する研究(I)−看護職員用ストレッサー・スケールの開発−、日本心理学会発表論集, 62, 946, 1998.
- 15) 稲岡文昭, 川野雅資, 他:看護者の BURN OUT と社会的環境及び行動特性との関連についての研究——般医, 精神科医との比較を通して一, 日本看護科学会誌, 6(3), 50-60, 1986.
- 16) 佐藤洋子, 大森蔚子, 他:精神科看護者が受けるストレスー意識調査から解決法を模索する一, 日本看護学会集録(看護管理), 19, 240-242, 1988.
- 17) 藤田和夫:20代看護婦の心身健康に影響を及 ぼすリスクファクターの検討(1) - 意欲の減 退と燃え尽き症状-,日本看護学会収録集(看

護管理), 19, 227-239, 1988.

- 18) 田嶋長子, 古崎すみえ:看護婦の精神保健に 関する研究(II) -精神科看護者の燃え尽き症 候群-,福井県立短期大学部論集,1,75-86, 1994.
- 19) 池田美千代, 嶋田晴美, 他: ICU CCU 混合 病棟で働く看護婦のストレスの実体について, 日本看護学会収録集(看護管理), 23, 199 – 201, 1992.
- 20) 藤原千恵子, 本田郁美, 他:新人看護婦の職務ストレスに関する研究-職務ストレッサー尺度の開発と影響要因の分析-,日本看護研究学会雑誌.24(1),77-88,2001.
- 21) Maslach, C., Jackson, S. E.: The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behavior, 2, 99-113, 1981.
- 22) 稲岡文昭, 松野かほる, 他:看護婦にみられる Burn Out とその要因に関する研究, 看護, 36(4), 81-104, 1984.
- 23) クラウス・クレッペンドルフ著 三上俊治他 訳:メッセージ分析の技法-内容分析への招待-, 67-78, 勁草書房、1997.
- 24) 荻野美智子: 急性期病棟で働く者のジレンマー個人としての自分と看護婦としての自分とのはざまでー、日本精神保健看護学会誌. 8(1), 51-56, 1999.

[平成13年7月11日受 付] [平成14年4月28日採用決定]

-技術·実践報告-

話し合い学習法(LTD)の看護教育への適用

An Application of the Learning Through Discussion to the Nursing Education

野田 市丸訓子 山 本 富七江 淳 Noriko Ichimaru Jun Noda Fuiie Yamamoto

キーワード: 話し合い学習法,看護教育,看護大学生 learning through discussion, nursing education, nursing college students

I. はじめに

大部分の大学生は受け身的な講義形態には慣れ ているが、集団討論での学習法を知らないことが 多いという指摘がある1)。また、大学生には応用 能力と柔軟性が求められるといわれており、看護 大学生には授業で伝えられる知識・技術が限られ ているためそれらを発展させるために自主的に学 ぶことができる能力も必要である。話し合い学習 法 (Learning Through Discussion;以下LTD と略す) は、1962年にアメリカの William F. Hill が提唱した協同学習法である²⁾。この学習法 は, 学習者が能動的に学習に関与し, 討議を通し て教材の理解を深めることを意図しており、 小グ ループによる討論を中心としている。その構成要 素は個別学習(予習)と集団学習(ミーティング) である。LTD に期待する学習成果としては、教 材内容の学習・認知的学習の促進(読書教材の個 人学習),分析的思考や批判的思考スキルの獲得 (問題解決能力),対人関係スキルの発達(望まし い集団の形成と維持/態度の変化と発達) が挙げ られる。そこで、受け身の学習ではなく自主的に 学ぶ姿勢を持ち、学習に興味を持つことを目的と

して、本学1年生の基礎看護学の授業に、LTD を取り入れた。本研究では LTD 導入による学生 の評価および反応から、 LTD の看護大学生への 適用に際して今後考慮すべき主要な因子について 検討した。なお、学生には、評価票は教育研究の 資料とする旨をあらかじめ説明し、協力を求めた。

Ⅱ. 研究方法

1. 対 象

S大学看護学科1年生58名。

2. 調査方法

1) ディスカッション・スキル調査

LTD の導入に先立ち、LTD のグループ編成の ための参考データを得る目的で、安永ら3)のディ スカッション・スキルの調査(運用能力)を施行 した。この調査は、ディスカッション・スキルの 運用能力についての質問25項目からなり、「場の 進行と対処」「積極的関与と自己主張」「他者への 配慮と理解」「雰囲気作り」の4因子で構成され ている。この評価は「できない」から「できる」 までの7段階尺度である。

県立長崎シーボルト大学看護栄養学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition Siebold University of Nagasaki

2) グループ編成

ディスカッション・スキル調査における個人の 運用能力得点に基づき、各グループの平均点に差 がないように考慮して、6名ずつの10グループを 編成した。

3) LTD の実施

① 実施時期と回数

1999年5月から6月(1年次前期)にかけて 6回実施した。

② LTD の導入

学生にはLTDの概要、教材、LTD過程プラン(予習の内容・ミーティングの内容)、ミーティング上の注意点、各ステップの注意事項、メンバーの役割について説明した。個別学習である予習の内容と集団学習としてのミーティングの内容については表1に示す。

表 1 LTD 話し合い学習法の予習内容とミーティング の内容

予 習 内 容	ステッフ	ミーティングの内容	時間(分)
教材を読む	1	導入	2~4
語彙を調べる	2	語彙の定義と説明	3∼ 4
著者の主張をまとめる	3	全体的な主張の討論	5 ∼ 6
話題をまとめる	4	話題の選定と討論	10~12
他の知識と関連づける	5	他の知識との関連づけ	15 ~ 16
自己と関連づける	6	自己との関連づけ	10~12
著者の主張を評価する	7	著者の主張の評価	3 ~ 4
リハーサルをする	8	ミーティングの評価	7 ∼ 8
		計	60

③ 教材

使用文献は、フロレンス・ナイチンゲール著「看護覚え書き」(第5版、湯槇ます他訳、現代社、1998)および、ヴァージニア・ヘンダーソン著「看護の基本となるもの」(改訳版、湯槇ます他訳、『本看護協会出版会、1999)である。各回の教材は、1回目「看護覚え書き」"変化"、3回目「看護覚え書き」"病人の観察-1"、4回目「看護覚え書き」"病人の観察-2"、5回目「看

護の基本となるもの」"看護師の独自の機能すなわち基本的看護ケア", 6回目「看護の基本となるもの」"患者の飲食を助ける", である。

④ 実施内容

学生は前もって与えられた教材についてステップに沿って予習ノートを作成し、その予習ノートをもとに討議を進めた。討議は学生の自主的な運営に任された。教員はミーティングを観察したが、討議内容や運営方法に関する意見を述べることや評価を行うことは意図的に行わないようにした。討議終了後、学生は、「集団ミーティングの評価」、「LTD過程プランの評価」、「集団ミーティングに対する貢献度」の3種の評価票を用いて評価を行った。「集団ミーティングの評価」は自己評価であり、「集団ミーティングに対する貢献度」なグループメンバー全員が横互に他の5名に対して行う他者評価である。

「集団ミーティングの評価」は、以下の5つの評価項目〈満足度、愉快度、習得度、参加態度、貢献度〉および自由記述の意見欄からなる。満足度、愉快度、習得度、参加態度については5段階、貢献度については7段階尺度の評価である。「LTD過程プランの評価」は以下の7つの評価項目〈用語の定義、全体的な主張、話題の選定と討論、知識の統合、自己への適用、主張の評価、ミーティングの評価〉からなり、それぞれ5段階尺度の評価である。「集団ミーティングに対する貢献度」は、グループメンバーそれぞれのミーティングに対する貢献度」は、グループメンバーそれぞれのミーティングに対する貢献度」は、グループメンバーそれぞれのミーティングに対する貢献度についての7段階の尺度の評価である。

学生の予習ノートは、6回のLTD終了後、その内容について教員が把握するため提出を求めた。

Ⅲ. 分析方法

まず、「集団ミーティングの評価」(27点満点)、「LTD 過程プランの評価」(35点満点)、「集団ミー

話し合い学習法(LTD)の看護教育への適用

ティングに対する貢献度」(7点満点)の3種の評価票それぞれについて得点化し、その合計を「LTDの評価」(計69点満点)とした。なお、「集■ミーティングに対する貢献度」は他者評価でありミーティングの参加人数に左右されるため、それぞれのメンバーから受けた評価の平均点としてとらえた。次に、各評価票毎に、グループ毎の差、実施回毎の差を検定した。さらに、それぞれの評価票の相関をみた。差の検定には一元配置分散分析、多重比較検定には Bonferroni を、相関にはピアソンの相関係数を用いた。

IV. 結 果

1. ディスカッション・スキル

学生個人のディスカッション・スキルの運用能力 (得点範囲; 25-175) の得点平均および SD は 106.9±19.9、最高162、最低65であり、各グループの得点平均は最高110.5、最低102.7であった。また、グループ編成は、グループ間差が出ないように配慮したため、グループの平均値にはほとんど差はないが、グループによっては各メンバー間の得点差が大きいグループと小さいグループがある。最高得点者と最低得点者の得点差が最も大きいのは 1 グループの97点(平均得点および SD は 106.2±32.4)、最も小さいのは 7 グループの17点(平均得点および SD は 106.2±32.4)、最も小さいのは 7 グループの17点(平均得点および SD は 105.4±6.6)であった。

2. LTD の評価

1) LTD 得点

評価得点

学生個人のLTD 得点 (得点範圍; 78-414) の平均および SD は283.0±29.8, 最高354.6, 最低209.5であった。LTD 得点とディスカッションスキルには相関はなかった (r=0.18)。

② グループ間比較

4 グループが最も高く、その平均と SD は 327.2±18.8であり、2、3、8、9 グループ

より有意に高かった。 2 グループが最も低く,その平均と SD は 245.2 ± 19.6 であり, 1 , 4 , 5 , 7 , 10 グループよりも有意に低いという結果であった(p<0.05)。

③ 同数間比較

回数間の差は全体ではみられなかった。しかし、グループ毎にみてみると、1回目をのぞくすべての回において 4 グループが 2 グループよりも有意に高得点を示していた(p<0.01)(図1)。

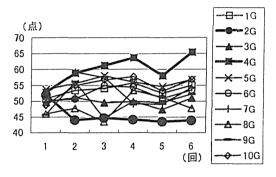


図1 LTD 得点~■数間比較

2) 集団ミーティングの評価

評価得点

集■ミーティングの評価については「貢献度」の評価尺度が7段階、それ以外の「満足度」「愉快度」「習得度」「参加態度」の評価尺度が5段階であったことから、それぞれの満点を100%としたときの獲得点数を得点率として捉

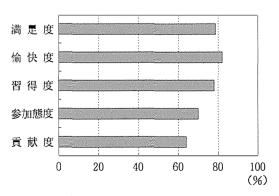


図2 集■ミーティングの評価~項目間比較

えた。集団ミーティングの評価全体の平均得点率は76%であった。項目毎にみてみると、満足度81%、愉快度84%、習得度80%、参加態度72%、貢献度66%であった(図 2)。

② グループ間比較

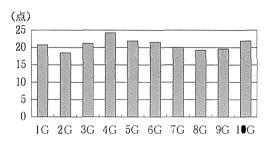


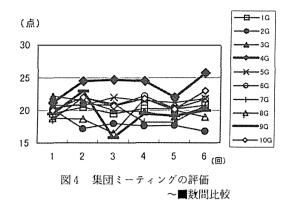
図3 集団ミーティングの評価~グループ間比較

③ 回数間比較

グループ毎の回数間の差は、全体ではみられなかったが、グループ毎では、4 グループと9 グループにおいて有意差がみられた。4 グループでは6回目が1回目および5回目より有意に高く(p<0.01)、9 グループでは2回目が1、3、4、5回目より有意に低かった(p<0.01)(図4)。

④ 項目間比較

満足度・愉快度・習得度は、参加態度・貢献 度よりも有意に高い得点率であった(p<0.01)。 各項目の得点の推移を回数を遣ってみてみると、 項目間の得点も、全体的な項目間差と同様に、 すべての回において満足度・愉快度・習得度が、 参加態度・貢献度よりも高い得点率を示してい た(図5)。そこで、以上の結果を、満足度・愉



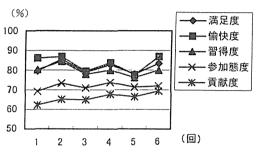


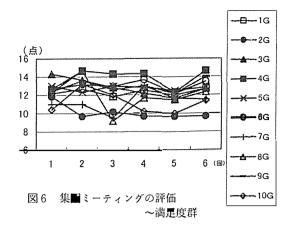
図5 集団ミーティングの評価 ~項目間比較

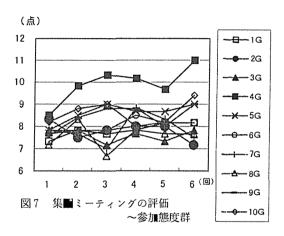
快度・習得度(以下満足度群とする)と参加態度・貢献度(以下参加態度群とする)に分けて検討した。その結果、グループ間で差を見ると4グループが高いという傾向は全体でみたときと同様であった。また、回数間の差は全体ではみられなかったが、グループ毎でみたときに満足度群で3、4、7、9グループで有意差があり(p<0.01)、いずれのグループも5回目が低いという結果であった。一方、参加態度群では有意差はみられなかった(図6、7)。

3) LTD 過程プランの評価

① 評価得点

話し合い学習法 (LTD) の看護教育への適用





ングの評価76%であった(図8)。

② グループ間比較

グループ間には有意に差があり、4グループ が2, 3, 6, 8, 9 グループより高く, 2 グ μ ループが 1、 4、 5、 7、 10 グループより低い という結果であった (p<0.01) (図9)。 回毎 にみると、1回目だけはどのグループにも差は みられなかったが、残りの2~6回目は、それ ぞれグループ間差がみられた。

③ 回数間比較

全体では差はみられなかったが、グループ毎 にみると4グループと9グループで有意差があ り、いずれのグループも1回目が低いという結 果であった(図10)。

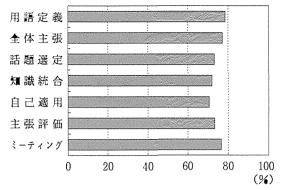


図8 LTD 過程プランの評価~項目間比較

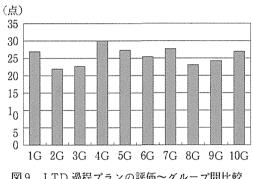
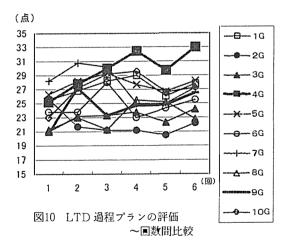
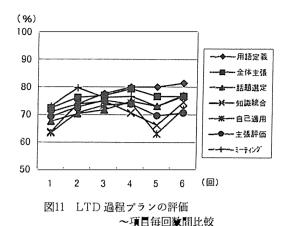


図9 LTD 過程プランの評価~グループ間比較



④ 項目毎比較

項目毎の差をみてみると、グループ間には差 は見られないが、回数間では第5回目において 有意差がみられており(p<0.01),「開語の定



義」が高く、「自己への適用」が低いという結果であった(■11)。

4) 集団ミーティングに対する貢献度(他者評価)

① 評価得点

集団ミーティングに対する貢献度は、グループメンバーから受けた他者評価の平均得点であるが、全体の得点平均(得点範囲1-7)および SD は、 6.11 ± 0.57 、最高6.9、最低4.2であった。

② グループ間比較

全体では差がみられなかったが、回数毎にみると1回目以外は毎回見られており、ここでも他の評価と同様 2 グループが低いという結果であった(P<0.05)。

③ 回数間比較

回数間の差は全体でもグループ毎にもみられなかった。

④ 自己評価との相関

「集団ミーティングの評価」中の「貢献度」の得点がミーティングへの貢献度の自己評価であるが、個人の6回分の得点平均(得点範囲1-7)およびSDは、 4.62 ± 0.71 、最高6.2、最低2.8であった。この自己評価得点と、他者評価である「集団ミーティングに対する貢献度」得点とを比較すると、相関がみられた(r=0.51)。回数毎にみると、 $1\sim5$ 回目においては相関が

みられ (それぞれr=0.49, r=0.52, r=0.47, r=0.46, r=0.45), 6回目においては弱い相関がみられた (r=0.38)。

5) 各評価票間の相関

各評価票間の相関を表 2 に示す。ディスカッション・スキルと各評価票間の相関は弱いが、各評価票間においては相関が見られた。

表 2 評価票間の相関

	ディス カッショ ン・スキ ル	集団ミー ティの 所 価	LTD過 程プラ の評 価	集団ミー ティ対す に対度 貢献度
ディスカッション・スキル				
集団ミーティングの評価	0.35			
LTD 過程プランの評価	0.14	0.59		
集団ミーティングに対す る貢献度	0.20	0.66	0.68	

3. 予習ノート

ステップによっては空欄がみられたが,毎回, 全員が予習を実施していた。

V. 考 察

1. 評価得点

「集団ミーティングの評価」において、満足度・愉快度・習得度の得点率が8割に達していた。学生から提出された予習ノートをみると、記載の不十分なものもみられたが、全員が毎回予習を実施していた。予習をすることで参加者全員がそれぞれ教材に対する考えを持って討議に参加することができるため、それがグループ討議に対する意識づけとなり、その結果、討議の進行が円滑になり満足感を得られ、集団に対する高い評価につながったと考えられる。これは個別学習と集団学習の併用による効果であることが示唆された。一方、満足度・愉快度・習得度が、参加態度・貢献度より有意に高い得点率を示していた。満足度・愉快度・習得度は集団に対しての評価項目であり、参加態度・貢献度は自己に対しての評価項目であること

から、自己の集団への寄与に対する評価は低いが、 集団全体に対する評価は高いことがわかる。その 理由として、本調査の対象が1年次前期であった ことから、集団に十分になじんでいない時期であ ることや討議に慣れていないこと、他者への遠慮 があることが客観的な評価を難しくしており、結 果に影響したのではないかと考えられる。

「LTD過程プランの評価」において、全ての項目(各ステップに対応している)で7割の平均得点率が獲得できていた。このことから、どのステップにおいても同じように理解が得られているととらえられる。この学習法による予習は、教材を読む視点を示し、精読することを求めていること、またその視点は討議のステップに対応しているため、予習の効果が現れていると推測される。

2. グループ間の差

LTD 得点の推移を回数を追ってグループ毎にみてみると、全体としての特徴は明らかではなかったが、第1回目をのぞく全ての回において4グループが2グループよりも有意に高得点を示していた(p<0.01)。また、「LTD 過程プランの評価」において、1回目だけにグループ間差がみられなかった。これらのことから、回数を重ねることで形成されていくグループの雰囲気がその差に影響を及ぼしているのではないかと考えられる。

また、同じ教材でもグループによって「難しかった」という意見と「内容が深まった」という意見 の違いが自由記述の意見欄に見られており、これはグループによる認知領域に関わる受け止め方の 違いにも関連しているのではないかと推測された。

3. 回数間の差

回数間差がみられているという点に着目し、教材の内容を検討してみると、そこには教材の違いが影響していることが考えられた。「集団ミーティングの評価」において、2回目および6回目が高

値であったが、これは、これらの教材が具体的で 学生の生活経験からも理解しやすいものであり, 他の回の教材は概念的・抽象的であったためであ ると思われた。「LTD 過程プランの評価」におい て、第1回目が低値であったが、これは、初めて のLTD の体験であり、予習や討論の要領がうま くつかめずにいたことが原因であると考えられる。 また、教材が「看護覚え書き」の"序章"であっ たことから、抽象度が高い教材であったというこ とも関連しているのではないかと推察される。 また、「LTD 過程プランの評価」において特に 『自己への適用』が低かった第5回目は、自由記 述欄にも、『他の知識との関連づけが、 経験も勉 強の積み重ねも少ないので少し話題が乏しくなり がちだった。』『ここは、実習をしたあとでやった 方が、もっと、深く理解できるだろうと思った。』 『まだ実習をしていないので、知識・自己との関 連づけがよくわからない。実習後によめばもっと いろいろな感想、疑問がでてくるのではないかと 思う。』『看護師に対する知識があまりないので関 連づけるのが難しい。』といった意見が見られて いた。この回において「自己への適用」が低いと いうことは、看護についての専門知識や実習経験 が少ないことが影響していると思われ、第5回目 の教材がこの時期の学生にはまだ適当ではなかっ たことが示唆された。

4. 評価の相関

グループ編成は、個人のディスカッション・スキルの得点に基づき、各グループの平均点に差がないように考慮して行ったが、ディスカッション・スキルとLTD得点に相関は見られず、結果にはグループ間の差がでていた。個人がグループとなると、個人の成績に関係なく、グループ間に得点差が見られている。個人がそのグループの雰囲気の車でお互いの影響を受けながら、学習を進めていっていることがうかがわれ、そこにはディスカッ

ション・スキルの他に、LTD に関与する要因が あることが示唆された。

また、「自己評価」と「他者評価」に相関が見 られたことから、自己についての客観的な評価が なされていると考えられる。

5. 全体的考察

LTD の看護大学生への適用に際して今後考慮 すべき主要な因子について検討した結果, 今回の 調査においてLTD の得点率に影響を及ぼしてい たのは、与えられた教材についての自己の理解度 や経験と、グループ編成ではないかと考えられた。 本学習法を看護の初学者に適用するには、学生の 知識・経験をふまえて、LTD の実施の時期にそっ た教材の選定をすることが考慮すべき因子である と考えられる。 ディスカッションスキル以外に、 グループ討議に影響を及ぼす因子について探求し ていくことが今後の課題である。

VI まとめ

- ① LTD において大切な要素であるといわれて いる教材の選定に当たっては、学生の知識・経 験を考慮し、LTD の実施の時期にそった教材 の選定をするすることが必要であるといえる。
- ② グループ間によって得点差がみられており、 今回グループ編成に用いたディスカッション・ スキルの他にグループ討議に影響を及ぼす要因 があることが示唆された。
- ③ 「集団ミーティングの評価」および「LTD 過程プランの評価」の得点率がいづれも7割を 越えていたのは、個々人が予習をしてグループ 討議に挑むという本学習法の特徴による効果で あると考えられた。

本研究の一部は第26回日本看護研究学会におい て発表した。

要 旨

学生が学習に興味を持ち、自主的に学ぶ姿勢を持つことを目的として、基礎看護学の授業に 小グループによる討論を中心とした LTD 話し合い学習法を取り入れた。看護大学生を対象に、 6回のLTD話し合い学習法を実施し、その後学生の反応や評価を分析し、LTD話し合い学習 法の看護大学生への適用に際して考慮すべき因子を検討した。今回の調査において,LTD 話 し合い学習法の構成要素である個別学習と集団学習の効果が示唆された。また、学生の評価に 影響を与えているのは、与えられた教材についての学生自身の理解度や経験とグループ編成で あるという結果が得られた。つまり、本学習法の看護教育への適用において、看護学の初学者 に対しては、対象者の知識・経験を踏まえて、実施時期に滑った教材の選定をすることが重要 な要素であるといえる。

文 献

- 1)安永 悟,藤川真子:ディスカッション・イ メージ尺度の再検討,久留米大学文学部紀要, 人間科学科編, 12·13, 34-41, 1998
- 2) Rabow, J., Charness, M.A. et al.: William 3) 安永 悟, 江島かおる, 他:ディスカッショ
- F. Hill's Learning through Discussion. California: Sage. 丸野俊一·安永 悟 (共 訳): 討論で学習を深めるには-LTD 話し合い 学習法-, ナカニシヤ出版, 1996

話し合い学習法 (LTD) の看護教育への適用

- ン・スキル尺度の開発,久留米大学文学都紀要, への適用 授業の概要と評価 ,久留米大学文 人間科学科編, 12.13, 43-58, 1998
- 学文学部紀要, 人間科学科編, 14, 63-73, 1999
- 5) 安永 悟:LTD 話し合い学習法の大学教育
- 学部紀要, 人間科学科編, 15, 45-75, 1999
- 4) 安永 悟, ■原定房, 他:ディスカッション・ 6) 安永 悟: LTD 話し合い学習法の導入-参 スキル運用能力と思考動機との関係,久留米大 加者の評価と指導上の注意点-,久留米大学文 学部紀要, 人間科学科編, 7.8, 49-69, 1995

(平成13年10月10日受 付) 平成14年5月7日採用決定 ●科学的な根拠に基づく看護教育・看護実践・看護研究に欠かせないテキスト!

ヘルス・ケア・ワークを支える

言語の人間工学

●編集

大河原干鶴子 /日本人間工学会看護人間工学部会名誉会長 \ 元杏林大学保健学部保健学科教授

酒井 一博 (労働科学研究所常務理事)

- ■B5判・224頁
- ■定価(本体2,800円+税) ISBN4-263-23380-8



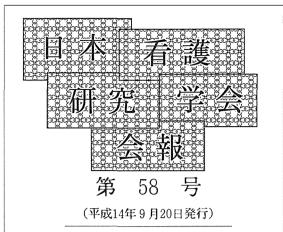
● 本書のねらい

- ◎看護の質的向上を促し患者のQOLを支える看護を提供するための技術(ソフトウェア)と環境・設備(ハードウェア)の両面から、臨床での活用に結びつく実証的な内容を盛り込んだ書。
- ◎日本人間工学会看護人間工学部会のメンバーを中心に、人間工学の学際的特徴を生かして工学、労働科学、デザイン分野の研究成果も取り入れながら、フローチャートやイラストなどを駆使してわかりやすく解説。
- ◎安全で安楽な看護を提供するための技術をめぐって、看護の人間工学的視点から客観的データを踏まえて探究し、"看護の人間工学"の現状と今後の展望が理解できるよう構成。

全主要目次

- I 看護の人間工学とは 看護の人間 工学の芽生 F.ナイチンゲール 看護の人間 工学とは 学際的な学問としての人間 工学 今後 の展望
- **Ⅱ入院患者の日常生活行動と看**護 病院内生活行動の実態 生活行動の拡大支援 病室・病 棟環境の改善に向けて 入院患者の生活行動援助に対する看護師の行動実態と病棟環境
- Ⅲ患者の生活自立に向けた看護技術・支援機器の見直し 病棟環境の調整 安楽な体位と体 位変換 移乗・移送 日常生活行動への援助
- IV看護の安全と人間工学 人間 工学からみた看護の安全∱刺しの防止に向けての取り組み 医療事故調査法の検討
- V看護管理における人間工学 看護管理学と人間 工学工程分析と作業設計 看護と情報シ ステム





日本看護研究学会事務局

目 次

第29回日本看護研究学会学術集会の開催の前に	1
第28回日本看護研究学会学術集会を終えて	2
第28回日本看護研究学会学術集会に参加して	3
第28回日本看護研究学会学術集会印象記	4
第29回日本看護研究学会学術集会会務報告	6

第29回日本看護研究学会学術集会の開催の前に

第29回日本看護研究学会学術集会会 長 早 川 種 生 (大阪大学医学部保健学科)

第29回日本看護研究学会学術集会を2003年7月24日(木),25日(金)に大阪市において開催させて頂くことになりました。

ご存知のように、本学会は1975年に発足し、看護学全体を網羅する学会として最も長い歴史を持ち、看護学の発展に多大な貢献をして参りました。会員数も約4,500名となり、日本学術会議に登録されている看護系学会の中で最大規模の学会へと発展してきています。このような伝統ある学会の学術集会長をお引き受けすることになり、改めて身の引き締まる思いです。

メインテーマは「看護イノベーション:激動する社会を生きる」で、社会全体が変革の時代 に入った現状を踏まえ、看護学の視座を将来に向けて明確に保持しつつ、社会変革の波を看護 発展のスプリングボードとしていかに利用していくのかを会員の皆様と大いにディスカッショ ンしていきたいと思っています。

今回は特別講演,教育講演,シンポジウム,一般演題の他に、ヤングナース・フォーラムやイブニング・フォーラムを企画し、新進気鏡の若手会員に活躍いただこうと計画しています。 ポスター発表は特に重要視していきたいと思っています。

大阪は町人文化の町であり、実証の精神、開放的な気風、しかも高度の思索を導ぶ志が継承 されている町です。本学会の「責任ある知の権威を目指しつつ常に新しい飛躍を計る」特徴と も連なるものがあるように思います。

会員の皆様の日頃のご研鑚の成果や臨床での新しい看護実践方手技などを気軽に持ち寄って いただき、多数の方々がご参加いただけますよう心よりお待ちしています。

第28回日本看護研究学会学術集会を終えて

北里大学看護学部 池 田 明 子

去る8月8日、9日の2日間、パシフィコ横浜において第28回の学術集会を無事終了することが出来ました。お陰さまで参加者も1,800名を越え、大きな会場を皆様の熱気で埋め尽くすほどの実りある集会となりました。猛暑の中、ご参集下さいました方々ならびにご協力頂きました関係者の皆様方に心より御礼申し上げます。

思えば2年前、学術集会の会長を仰せつかり、最初に直面した難題が会場探しでした。パシフィコ横浜は、サッカーWC (2002) の関係で、例年の開催時期には全く空いていないこと、県民ホール等の会場も同様であることが判明し、慌ててあちこち当たってみましたが適切な場所は見当たりませんでした。結局、パシフィコ横浜で日程を2週間近くも遅らせて実施するしかないと決断するまでに数ヶ月を要してしまいました。

企画の段階では、前回、前々回と21世紀に大きく羽ばたくテーマが続きましたので、今回は21世紀を着実に歩むために、「実践の拠りどころとなる研究」を、「研究のための研究に終わることなく、実践に役立つ研究」をということで、メインテーマとしては「リンケージ」というキーワードが浮かび上がってきました。プログラム内容も、あまり目新しさを追うことなく、三本の教育講演「倫理的課題」「質的研究の方法論」「生活援助技術の開発」と交流セッションの「コンピュータの活用」など、前回の金沢で問題提起されたことを引き継ぐ形で組み入れてみました。学術集会で継続的に取り組むテーマがあってもよいのではとの企画でしたが、実際に参加者の問題意識も深まり、それなりの成果が上げられたのではないかと期待しております。さらにメインテーマにそった鼎談やシンポジウムなどによって、実践・教育・研究のリンケージについての共通理解が深まり、次への発展の地固めが多少なりとも出来たとすれば望外の幸せです。

今回の応募演題は312題でしたが、出来るだけ多くの方に発表の機会を提供するという本学会の趣旨からも、査読は発表内容よりも対象への倫理的配慮に関する記載を重視して行いました。その結果、何らかの加筆・修正を求められた演題が3割近くありました。臨床に密着した研究が増えるほど倫理的配慮の必要性は高まってきますので、今後は演題募集要項、抄録の記

載要領等にもその点を明示するよう次期会長に申し送りました。

当日の会場の運営は、北里大学看護学部の教員・卒業生を中心に近隣の大学教員有志の方々を含めた50名程の実行委員とそれを補佐する約50名のボランティア(大学院生・学部生等)によって行われました。全体的には大きな混乱もなく落ち着いた雰囲気で学会の運営が出来ましたのも、一重に参加者の皆様のご協力と多くの裏方さんたちの奮闘協力に支えられた結果と改めて感謝の気持ちで一杯です。

最後になりましたが、本学術集会は神奈川県での初めての開催であり、神奈川県衛生部、神 奈川県看護協会からも多大なご支援・ご協力を頂きました。改めて厚く御礼申し上げます。

第28回 □本看護研究学会学術集会に参加して

千葉大学医学部附属病院 花 島 具 子

真夏の晴天のもと、文明開化の地横浜で開催された標記学術集会に参加しました。池園明子 先生の会長講演「看護実践・教育における対人関係論の活用 -40年間の歩みをふりかえって-」 が行われた国立大ホールは、早朝にも拘わらず参加者でいっぱいの盛況でした。

1960年代から今日までを、対人関係論の導入期、浸透期、拡散期、対人関係技能の教育・訓練期の4期に分け講演くださいました。講の最後に、遺言だとして「看護過程を単に問題解決の過程としてのみとらえるのではなく、相互関係であることにも注言すること」「精神看護を看護師育成の基本として位置づけよ」と提起されました。我が病院でも1985年頃より新人研修に看護遭遇場面の再構成を取り入れたり、リーダー研修では対人関係技能の訓練に力を入れていることに意味を与えられました。そして、我が看護部でも意見の分かれている「精神看護は基礎か、専門か」の課題を整理する手だてをいただきました。

養老孟司先生の特別講演「脳化社会とエコロジー」は、やはり「看護観の育成」の研修教材として「脳と心 - 驚異の小宇宙 人体Ⅱ 秘められた復元力『発達と再生』」のビデオを使用している私どもには興味深いものでした。はかりしれない脳のはたらきや、人のかかわりの影響も考えれば「ああすればこうなる」の研究手法への警告ともとれました。

グレッグ 美鈴先生の教育講演は昨年のシンポジウムのテーマでもあった「看護研究における倫理的課題」でした。コロラド大学の倫理審査委員会の審査状況や研究同意書の内容を具体的におうかがいし、「看護研究のための倫理チェックリスト」を昨年作り上げた我が病院ですが、研究対象への倫理的配慮がまだまだ甘いことを知らされました。臨床における看護研究の推進のためにも、対象の「不利を受けない権利」「完全な情報公開の権利」「自己決定の権利」

「プライバシー・匿名・機密確保の権利」が守られるしくみをシステムとして立ち上げる必要性を痛感した次第です。

一般演題は、大学間の研究者の連携によるものや、臨床と教育の場の連携によるものが増えたように思います。臨床にいる者は事象の具体や詳細な説明を、教育の場にいる者は事象の擅象化・概念化を、それぞれ相補的に行えばより真実が明らかにできるのではないかと考えています。それにしても312題もの演題がそして1、857名もの参加者が全国からよく集まったと感心しています。熊本、弘前、徳島、千葉の教育学部特別教科(看護)教員養成課程協議会に起源を発する本学会はオープンで「何でもあり」が特徴なのでしょうが、それこそが、強制された偏向教育ではなく、看護研究者や教育者や看護者の自然な成長を促したのだと信じています。

「パシフィコ横浜」というすばらしい会場で、一般演題、会長講演、特別講演、教育講演 3 題、交流セッション、シンポジウムと多彩なそして贅沢なプログラムを準備いただいた学会長 はじめ学術集会委員の皆様に心から感謝車し上げます。

第28■日本看護研究学会学術集会印象記

日本赤十字武蔵野短期大学 専攻科地域看護学専攻 中 川 禮 子

「夏は看研学会」が合言葉になるほどに定着した日本看護研究学会の第28■学術集会は8月8・9の両日、パシフィコ横浜にて開催されました。異常気象か、地球温暖化の影響かと心配されるほどに酷暑の続く最中に、1,800名を越す皆さんが参加されたのは驚きでした。大勢の参加者が一つの建物の中でメインホールや各分科会場等への移動が極めてスムーズにできたこと更に十分な交流が計られたことは有難いことでした。

課題は印象記ですが以下は,管見記ということでお許しをいただきたいと存じます。

今■のテーマは「リンケージ」というまさに時宜を得たものであったし、企画内容も充実していてテーマにそったものであったと思います。

第1日目,池園明子先生は「会長講演」で、対人関係論を中心に精神看護の専門家として研究・実践・教育に40年間かかわって来られた経緯と薀蓄が淡々と語られ、随所で感動を覚えたことでした。

「看護専門職を育てる効果的なシステム」と題する鼎談は専門職を育てて行く原動力は何か、 専門職を生かしていく環境づくりなどについて、三人の看護部長さん達がそれぞれの病院の特 徴を生かしながら取り組んでおられることを蓄心談もまじえて具体的に述べられ、実践の場の 実状を学ぶ機会となりました。

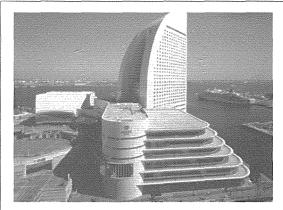
第2 ■目の木下康仁先生の「教育講演 II 」では、社会学的手法と看護との違いを知り、知識が整理され、難解なグランデッド・セオリーが身近になったと思います。

紙屋克子先生の「教育講演Ⅲ」では、先生ご自身の看護実践の成果が述べられ、取り組む姿勢の大切さをあらためて学んだことでした。

最後のシンポジウムでは、フロアの質問を受けて、リンケージの意味を実践・教育・研究を それぞれの担当者間でリンクするだけでなく、個人が自分自身のなかで統合していく意味もあ るという幅のある説明が印象的でした。

312席に及ぶ一般演題全てを論じることは不可能ですが、臨床部門からの発表が多く、テーマの範圍が広いことなどを瞥見し、エネルギッシュな看護界の底力を感じました。看護の研究の底上げと向上をめざした本学会の初期のねらいと伝統が脈々と伝わっていると強く感じました。

本学会は看護学の分野では最も歴史が古く、会員数も最大規模であるだけでなく、つとに学 術学会として登録されているということです。本学会の今後の更なる発展を期待したいと思い ます。



会場全景 パシフィコ横浜



川村佐和子理事長の挨拶



会長講演 池田 明子



特別講演 養老 孟司先生



教育講演 I グレッグ美鈴先生



鼎 談 「看護専門職を育てる効果的なシステム」



教育講演Ⅱ 木下 康仁先生



教育講演Ⅲ 紙屋 克子先生



シンポジウム 「実践・教育・研究のリンケージ」



参加者の表情



総 会



懇親会の一コマ

第28回日本看護研究学会学術集会会務報告

1. 会 期: 平成14年8月8日(木)・9日(金)

2. 場 所:横浜市 パシフィコ横浜

3. 参加者: 総数 1,857名 内訳: 会員 1,163名 非会員 600名 学生 94名

4. 内 容: 一般演題 310題(口演 221題 示説 89題) 9 会場65群

特別講演1 題教育講演3 題

会長講演

鼎談1 題シンポジウム1 題交流セッション4 題

5. 会計報告

収	入	(円)	支	H	(円)
参加費	****	16,651,000	会場費		7,697,550
本部補助金		400,000	設営費		7,116,133
学術集会準備費借入		2,000,000	当日運営費		1,322,429
公的補助金	F 1000000000000000000000000000000000000	50,000	講師等旅費・謝金・記念品		1,130,000
神奈川県看護協会			会議費		930,852
展示・広告・賛助		3,000,000	印刷費		829,413
懇親会費		462,000	通信費		325,214
預金利子		201	事務費		720,610
			懇親会費		491,000
			学術集会準備費返金		2,000,000
合 計	in the state of th	22,563,201	合 計	İ	22,563,201

以上報告します。 平成14年8月20日

第28回日本看護研究学会学術集会 会長池田明子

日本看護研究学会 東海地区会員 各 位

> 第7回日本看護研究学会東海地方会 学術集会会長 大西文子 日本看護研究学会東海地方会会長 山口桂子

第7回日本看護研究学会東海地方会学術集会のお知らせ

- 1. 学術集会全体テーマ: 「健康障害をもつ人の在宅看護」
- 2. 日時: 平成 15 年 1 月 25 日(七) 9 時 30 分 16 時
- 3. 場所:藤田保健衛生大学(TEL 0562-93-2511)

医学部 1 号館 5 階 500 人ホール

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽が窪 1-98

名鉄名古屋本線「前後」駅下車、名鉄バス「藤田保健衛生大学病院行き」に乗り換え、

終点で下車(あわせて名古屋駅から約35分)

4. プログラム

午前 総会・一般演題発表

午後 基調講演

「がん治療患者の障害と QOL」 渋谷優子氏(藤田保健衛生大学)

シンポジウム

「がん治療患者が快適な社会生活を送るために、各立場からの問題 提起!生活するためのサポートを中心に!

シンポジスト(現在交渉中)

- 1. 患者の立場から 2. 医師の立場から 3. 看護師の立場から
- 4. 在宅ケアの立場から 5. 社会福祉関係の立場から
- 5. 一般演題募集要項
 - 1) 締め切り 平成 14 年 11 月 11 日 (月) 必着
 - 2) 応募資格 日本看護研究学会の会員に限ります
 - 3) 方法 以下の3点を一括して、下記地方会事務局に送付して下さい
 - ①演題発表申込書(同封のもの) 1枚
 - ②抄録原稿 3部(書式は裏面参照・折らないで下さい)
 - ③ 「 製はがき 1 枚 (表に発表者の住所・氏名を記入し、裏は白紙) *後日、採用および発表形態(口演・示説)を通知します
- 6. 参加申し込み
 - 1) 締め切り 平成14年12月16日(月)
 - 2) 参加費 会員 3,000 円 非会員 4,000 円

郵便振込先 郵便振替:00860-5-57417

加入者名 日本看護研究学会東海地方会事務局

会員の方は、通信欄に会員番号を記入して下さい。

★当日参加も可能です。参加費は当日お支払い下さい。抄録集は当日お渡しします。

【お問い合わせ・応募先】

日本看護研究学会東海地方会 事務局

〒463-8502 名古屋市守山区大字上志段味東谷 愛知県立看護大学 藤井徹也

電話: 052-736-1401(代表)内線 305 FAX: 052-736-1415(代表) E-mail: fujij@aichi-nurs.ac.jp

日本看護研究学会 近畿・北陸/中国・四国地方会 第16回学術集会のご案内

- 1. 開催日時 平成15年3月16日(日)
- 2. 学会会場 ユニティ「UNITY」(大学共同利用施設)

〒651-2103 神戸市西区学園西町1丁目1-1 ユニバープラザ2F

神戸市営地下鉄「学園都市駅」南隣

http://www1.kci.ne.ip/~unitv/index.html にアクセス・駐車場の詳細があります。

- 3. テーマ 「見えないケアから見えるケアへ」
- 4. プログラム

8:30~ 受付

9:00~ 開会

9:10~11:25 口演発表

11:30~ 総会

13:00~14:00 特別講演

「高齢者ケアを疑う一衣食住の視点から」

講師:三浦 研先生(京都大学大学院工学研究科環境地球工学専攻)

14:10~16:00 ワークショップ

A「看護実践と知的所有権」 川口孝泰 (兵庫県立看護大学)

B「在宅高齢者の生活リズムと療養環境」 宮島朝子(兵庫県立看護大学)

16:00~ 閉会

5. 懇親会

日時:3月15日(土) 18:00~20:00

会場:シーサイドホテル舞子ビラ神戸「葵の間」 TEL 078-706-3711(代) JR.神戸線「舞子駅」 山陽電鉄「舞子公園駅」「霞ヶ斤駅」より徒歩7分

交通のアクセス等は、http://www.majkovilla.co.jp/でも見ることができます。

会費:6000円

- 6. 参加申し込み方法
 - 1) 参加申し込み方法

郵便払込先 口座番号 00950-7-179130

加入者氏名 第16回日本看護研究学会地方会

払込票兼受領証をもって領収書にかえせて頂きます。1月20日までに参加費を振り込まれた方には、2月上旬に抄録集をお送りいたします。

2) 参加費

事前振込 会員 5000 円 非会員 6000 円 学生 1000 円 (大学院生は除く) 当日参加 会員・非会員を問わず 6000 円

3) その他

非会員・学生の方は、郵便局備え付けの振込票の通信欄に非会員・学生と明示した上で、 氏名(ふりがな)・所属先(学生の方は学校名)・住所と懇親会参加希望の有無を書き添え て、合計金額を払込ください。一度払い込まれた参加費・懇親会費は返却できませんので ご了承ください。

【問い合せ先】

第16回学術集会実行委員長 宮島朝子(兵庫県立看護大学)

事務局 兵庫県立看護大学(担当: 若村智子)

〒673-8588 明石市北王子町 13-71

TEL/FAX : 078-925-9425 E-mail: tomoko_wakamura@cnas-hyogo.ac.jp

第7回日本看護研究学会九州地方会のご案内

第7回日本看護研究学会九州地方会 会長 河合 千恵子 学術集会会長 延近 久子

本会は平成8年にスタートし、熊本大学、鹿児島純心女子大学、久留米大学、佐賀医科大学、宮崎県立大学、大分医科大学の持廻りで、各大学の実行委員長の個性が活かされて 学会運営がされて来たと聞いています。

本会は九州地方会(会員数 550 名)として、看護学の教育・研究・実践の進歩発展に寄与することを設立主旨としていますが、初心の研究者の登龍門としても位置づけられ、学生部会(卒業研究・修士論文の発表)も加えられていますので、多くの方々に発表の機会を提供したいと思っています。

今回は学術講演会をシンポジウムに変更し、「看護倫理と教育・研究」について情報交換をしたいと考え、シンポジスト等の交渉を重ねているところです。多様な視点で問題提起・ 現状分析を行い、今後の方向性を探ってみたいと思っています。

本学は、北九州市の小倉に近い場所で、昔の工業地帯から学園都市に変貌を遂げた明るい環境にあります。年度末の多忙な時期ですが、北九州市の文化やグルメに触れ、楽しい骨休みの一時にして頂きたく、お待ちしています。

なお、学会の詳細・募集**要**領につきましては9月下旬にお知らせしますのでよろしくお 願いします。

第7回日本看護研究学会九州地方会のお知らせ

·期日: 平成15年3月15日(十)9:30~16:00

·会場:產業医科大学 6号館

・内容:総会およびシンポジウム(午前)、研究発表会(午後) 研究発表会終了後に懇親会を予定

・問い合わせ先: 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号 産業医科大学 産業保健学部 第2看護学講座 第7回日本看護研究学会九州地方会事務局 TEL: 093-691-7268 (延近研究室)

093-691-7177(第2看護学講座資料室)

FAX: 093-691-7178

連 営 審 議 会 報 告

第974回

運営審議会の概要 (平成14年4月4日)

第974回運営審議会は、平成14年4月4日(木)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。

- ・教育体系の再構築特別委員会報告「21世紀の高等教育 が直面する課題」について
- ・物理学研究連絡委員会物性物理専門委員会報告「中性 子科学研究体制の整備に関する提言 | について

2 第137回総会提案事項

次の案件について、総会に提案することについて了承し ました。

- ・ 運営審議会附置ITを活用した科学能力に関する国際会 議実行委員会の設置の承認について
- 3 日本学術会議の自己評価に関する ガイドライン(案)について

運営審議会附置第18期評価委員会委員長からの提案により、審議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

4 広報協力学術■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。

- ・東アジア近代史学会
- ビジネスモデル学会
- ・日本臨床エンブリオロジスト研究会
- ・日本測量協会

5 平成14年度各地区会議事業計画について

運営審議会附置広報委員会委員長からの提案により、審 議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

6 平成14年度代表派遣について (7月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 法と社会学会大会(5月28日~6月1日、バンクーバー/カナダ)
- (2) 第14回ロシアにおける化学熱力学国際会議 (7月1日 ~5日、セントピーターズブルグ/ロシア)
- (3) アメリカ・オランダ国際法学会2002年次ハーグ合同

会議(7月4日~6日、ハーグ/オランダ)

- (4) 第16回比較法学会世界大会(7月14日~20日、ブリスペン/オーストラリア)
- (5) アジア不動産学会2002年度年次大会(7月4日~6日、 ソウル/韓国)
- (6) 2002年国際薬理学連合執行委員会及び第14回世界薬理学会議(7月6日~12日、サンフランシスコ/アメリカ合衆国)
- (7) 第1回国際古生物学会議(7月6日~10日、シドニー/ オーストラリア)
- (8) 第16回国際堆積学会議(7月8日~12日、オクランド パーク/南アフリカ)
- (9) 経営学会国際連合第6回世界大会(7月10日~13日、 ゴールドコースト/オーストラリア)
- (10) 第10回国際セラミックス会議及び第3回新材料討論会 (7月14日~19日、フィレンツェ/イタリア)
- (11) 国際政治心理学会第25回年次総会(7月15日~20日、 ベルリン/ドイツ)
- (12)第27回南極研究科学委員会総会(7月15日~26日、 上海/中国)
- (13) 国際自動制御連盟理事会及び関連会議(7月18日~23 日、バルセロナ/スペイン)
- (14)国際経済史協会(IEHA)第13回総会及び理事会(7 月21日~26日、ブエノスアイレス/アルゼンチン)
- (15) 国際経済史協会 (IEHA) 第13回総会 (7月22日~26 日、ブエノスアイレス/アルゼンチン)
- (16)第10回溶解現象に関する国際シンポジウム(7月22日~26日、バルナ/ブルガリア)
- (17) 国際農業工学会2002年総会・理事会及び関連会議(7 月26日~31日、シカゴ/アメリカ合衆国)
- (18) 国際微生物連合第10回細菌学応用微生物学会議(7月 27日~8月1日、パリノフランス)
- (19) 第17回IUPAC化学熱力学国際学会(7月28日~8月2日、ロストーク/ロシア)

7 平成14年度代表派遣の変更について

(1) 第14回国際社会防衛会議(5月17日~19日、リスボン/ポルトガル)派遣者の変更

第975回

運営審議会の概要 (平成14年4月16日)

第975回運営審議会は、平成14年4月16日(火)に開催

92 学術の動向 2002.6

運 営 審 議 会 報 告

され、次のような審議がありました。

1 精神障害者との共生特別委員会の設置の 承認について

特別委員会の設置について、総会への承認を求めること を了承しました。

2 「関連研究連絡委員会の指定及び推薦人の 数の指定について」(昭和59年9月13日第646回 運営審議会決定)の一部改正について

会長からの提案により、審議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

3 平成14年度地域振興フォーラム実施要綱 (案) について

広報委員会委員長からの提案により、審議結果に基づき、 原案のとおり了承しました。

4 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。

○ シンポジウム「子どものIT環境に人間工学の視点を!」

日時:平成14年6月2日 場所:広島国際大学

5 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、学術基盤情報常置委員会の審議 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976回

運営審議会の概要 (平成14年4月17日)

第976回運営審議会は、平成14年4月17日(水)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。

運 営 審 議 会 報 告

第977回

運営審議会の概要 (平成14年5月20日)

第977回運営審議会は、平成14年5月20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。

- 精神医学研究連絡委員会、生理学研究連絡委員会、呼吸器学研究連絡委員会、環境保健学研究連絡委員会及び行動科学研究連絡委員会報告「護眠学の創設と研究推進の提言」について
- 原子力工学研究連絡委員会、エネルギー・資源工学研究連絡委員会核工学専門委員会及び核科学総合研究連絡委員会原子力基礎研究専門委員会報告「日本原子力研究所と核燃料サイクル開発機構の統合と我が国における原子力研究体制について」について

また、工学共通基盤研究連絡委員会光学専門委員会報告 「光科学・技術の将来のあり方」については、担当委員長 から説明がありましたが、対外報告として了承されません でした。

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 広報協力学術団体に準ずる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。

· 日本分類学会連合

4 平成14年度代表派遣について (8月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 国際地理学連合地域会議(8月4日~7日、ダーバン/ 南アフリカ)
- (2) 国際地図学協会理事会(8月4日~7日、ダーバン/南アフリカ)
- (3) 第19回国際靈長類学会大会(8月4日~9日、北京/中国)
- (4) 第10回IUPAC植物防疫化学国際会議(8月4日~9日、 バーゼル/スイス)
- (5) 第19回国際結晶学連合会議および総会(8月6日~15日、ジュネーブ/スイス)
- (6) アメリカ経営学会2002年年次大会(8月9日~14日、 デンバー/アメリカ合衆国)

- (7) 第28回国際軍事史学会大会(8月11日~16日、ノーフォーク/アメリカ合衆国)
- (8) 第28回国際動物遺伝学会議(8月11日~15日、ゲッチンゲン/ドイツ)
- (9) 第26回国際園芸学会議(8月11日~17日、トロント/ カナダ)
- (10) 第14回世界医事法会議(8月11日~15日、マーストリヒト/オランダ)
- (11) アメリカ政治学会第98回年次大会(8月29日~9月1日、 ボストン/アメリカ合衆国)
- (12) 第17回世界土壌科学会議(8月14日~21日、バンコック/タイ)
- (13) 国際数学連合総会(8月17日~18日、上海/中国)
- (14) 国際電波科学連合第27回総会(8月17日~24日、マーストリヒト/オランダ)
- (15) ゴールドシュミット2002国際会議(8月18日~23日、 ダボス/スイス)
- (16) 第7回世界応用家畜遺伝学会議(8月19日~23日、モンベリエル/フランス)
- (17) 第6回ヨーロッパ経営史会議(8月22日~24日、ヘルシンキ/フィンランド)
- (18) 第15回国際計算統計学コンプスタット会議(8月24日 ~28日、ベルリン/ドイツ)
- (19) 第42回国際地域学会ヨーロッパ大会(8月27日~31日、 ドルトムント/ドイツ)
- (20) 第29回歐州人工臟器学会(8月29日~9月1日、ウイ~ ン/オーストリア)
- (21) 第62回国際薬学会議(8月31日~9月5日、ニース/フランス)

5 平成14年度代表派遣の変更について

(3) アメリカ・オランダ国際法学会2002年次ハーグ合同会議(7月4日~6日、ハーグ/オランダ)→派遣計画の取消し

6 地区会議構成員の追加について

第4部長からの提案により、審議結果に基づき、地区会 議構成員の追加をすることを了承しました。

7 委員候補者及び参与員候補者の推薦について

会長からの提案により、第2部及び学術基盤情報常置委員会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。

学術の動向 2002.7 103

運 営 審 議 会 報 告

第978回

運営審議会の概要 (平成14年6月24日)

第978回運営審議会は、平成14年6月24日(月)に開催され、次のような審議がありました。

1 農業・森林の多面的機能に関する特別委員会 の廃止について

次の特別委員会の廃止について、原案のとおり了承しま した。

- 農業・森林の多面的機能に関する特別委員会
- 2 価値観の転換と新しいライフスタイル特別委 員会の廃止について

次の特別委員会の廃止について、原案のとおり了承しま した。

- 価値観の転換と新しいライフスタイル特別委員会
- 3 臨時(特別)委員会の設置について

次の特別委員会の設置について、原案のとおり了承しま した。

- 文明誌の構築特別委員会
- 4 平成14年度代表派遣について(9月分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 第13回国際経済学協会(IEA)世界大会(9月9日~13 日、リスボン/ポルトガル)
- (2) 発展途上国科学技術委員会総会・理事会及び関連会 議(9月18日~28日、リオデジャネイロ/ブラジル)
- (3) 第27回国際科学会議総会(9月23日~28日、リオデジャネイロ/ブラジル)
- (4) 労働法社会保障学会第7回ヨーロッパ地域会議(9月4日~6日、ストックホルム/スウェーデン)
- (5) 第64回ドイツ法曹大会(9月15日~21日、ベルリン/ ドイツ)
- (6) 第18回国際鉱物学連合総会(9月1日~6日、エディン バラ/連合王国)

5 平成14年度代表派遣の変更について

- (1) 第15回国連システム学術会議(6月21日~22日、リスボン/ポルトガル)→派遣計画の取消し
- (2) 第19回国際結晶学連合会議および総会(8月6日~15 日、ジュネーブ/スイス)派遣者の変更
- (3) 第29回欧州人工臓器学会(8月29日~9月1日→8月28日~31日、ウイーン/オーストリア)

6 本会議の代表指名について

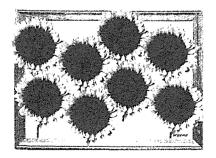
会長からの提案により、国際経済史協会(IEHA)第13 回総会における投票権を行使する者を指名することを了承 しました。

7 委員候補者の推薦について

会長からの提案により、学術基盤情報常置委員会の審議 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。

8 平成15年度科学研究費補助金 (二段審査に係るもの) の審査委員候補者の推薦について

会長からの提案により、学術体制常置委員会の審議結果 に基づき、委員候補者を推薦することを了承しました。



日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II: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液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、各回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採査は、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。

		Armonia	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独	創	性	Ō	0	0		1
萌	茅	性		0	0		
発	展	性		0	0	0	
技	術 的 有	用性			0	0	
学	析的価値性•	有用性	0	0		0	
信	頼	性	0			0	
完	成	度	0				

[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 ■×刷り上がり 頁数×部数 (50部を単位とする)。ただし本会より**執**筆を**依**頼したものについてはこの**限**りでは ない。

8. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、晒種59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙(学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用) に,原稿の種類,和・英(JAMAの書式)の論文題名,およびキーワード(5語以内)著者氏名,所属団体・部署とその英訳,原稿枚数,別刷部数を明記する。
- 2) 本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、書式はA4判の用紙に文字数800字(40字詰め20行)、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数(本文のみ)を記すこと。
- 3) 英文抄録は200語以内A4判の用紙にダブルスペースで印字する(原著論文,研究報告のみ)。
- 4)和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつ A 4 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、〇〇他とする。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) - 예 –

- 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。

この要項は、曜和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14年度総会に於いて、会則第3章第6条が一部改正となり、入会申込み用紙の様式(25巻4号掲載)と手続き方法が変更となりました。入会申込みの留意事項をご確認の上、お申し込み下さい。
- 2. 平成14年度会費のご案内について

平成13年度会費を納入した方で、平成14年度から「退会」のお申し出のない方には、引き続き会員を継続なさるものとして、平成14年度発行、学会誌を25巻1号からお送りいたしております。お早めにお振込み下さい。

記

会 費 7,000 |

支払い方法 郵便振込

口座番号 00100-6-37136 加入者名 日本看護研究学会事務局

お振込みの際、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 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るようお願い致します。

- 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。 い-579 五十嵐恵子 い-611 伊藤麻美子 お-601 小川 宣子 し-125 志水 友加 し-225 清水 初子 す-086 菅沼 澄江 す-166 杉田 塩 た-586 竹内亜希子 な-317 永島 妙子 に-119 新実夕香理 は-306 林 博美 ほ-099 本多 綾子 も-136 森 浩美
- 5. 事務局事務の吉川菜穂子さんが都合により、9月末日で退職することになり、6月から新しく 牛島明代さん、水嶋由美子さんが後任の事務を担当することになりました。よろしくお願い致し ます。

事務所の開所曜日と開所時間について

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。

äС

開所曜日 月・火・木・金

電 話 043-221-2331

開所時間 9:00~15:00

FAX 043-221-2332

日本看護研究学会雜誌

第25巻 4号

平成14年8月20日 印刷 平成14年9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

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)自治医科大学看護学科

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

(アイウエオ順)

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 川 村 佐種子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町 1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。

- 1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。ただし、学生である以前に本学会会員である場合はこの限りではありません。
- 2. 入会年度について: 学術集会で発表なさる方は、演題申込時点で発表者および共同研究者共に会員であることが必要です。
- 3. 人会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印の上、下記申込書に必要事項を楷書でご記入の上、事務局(〒260-0856 千葉市中央区 亥鼻1-2-10 日本看護研究学会) 宛に郵送して下さい。
- 4. 理事会の承認の後にその旨通知を致しますので、人会金3.00円と年会費7.000円、合計10.00円を郵便振替 00100-6-37136 日本看護研究学会事務局宛に送金して下さい。
- 5. 専門区分の記入について:専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚, その他の場合は, () 内に専門の研究分野を記入して下さい。
- 6. 送付先について:送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
- 7. 地区の指定について:勤務先又は、自宅住所のいずれかに○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区にいた します。
- 8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。

...... (きりとり線).....

入 会 申 込 書

日本看護研究学会理事長 殿 **貴会の趣旨に替同し会員として** 年度より入会を申し込みます。

申込年月日 年 月 日

			Į NOZĄCO C	·····································			,				
S. 1	つ が	な		(EI)	専門	区分	看護学・と	医学・	その他()	
氏		名		(4)	生	年	西曆		年	月	
所		属						Jt.	山区 割		
771		11-9	TEL	FAX	***********************	***************************************			地区名	都道府	県 名
送付	先住	所	₹					1	北海道	北海道	
自宅	• 所	属			mana andre andre and and			2	東北		žti fA
自		宅	TEL	FAX						water 1971-1971 1971-1971-1971-1971-1971-1971-1971-1971	**************************************
推薦	省氏	名	E	[] 会員番号				3	関 東		
					***************************************		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	4	東 京	東京,埼玉,山梨,長野	,
	者所							5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三	Ф
理事会	承認年	月日	年 月 日		•			6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良,	,和歌山,福井,富山,石川
事	務	周	年度入会 会員番号					7	中国・四国		海良 禾田 巫郷 真知
			受付日	*	Š	号~	-		A-FM - CAFM	aute, mar, milli, leau, illi-i	。 此即, 百川, 交及, 同川
記	入	幱	通知番号	送付日		月	E	8	九 州	福岡,佐賀,長崎,熊本,大分,	,宮崎,鹿児島,沖縄

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に〇			(a.カテニ ・実践報告								ゴリ ーⅢ) ひ他(2. 研	究報告	
						714			- 547					
原稿送付	平月 日	_	年		月		<u>日</u>							
					和	文	題	目						
					英	文	題	月						
キーワード(5語以内,日本語/英語)														
1.	/		2.			/			3.		/			
4.	/		5.			/								
					原	稿	枚	数						
本文:	枚	<u>.</u>	<u></u> :		枚	<u> </u>	麦	:		枚	写真:		点	
					著			者						
会員番号	氏	名	(日本語)	/口	ーマ	字)			彭	「属	(日本語/	/英語)		
								0.000						
	l		連	絡	先	住	所	•	氏名	1				
住所:〒														
氏名:_					_									
Tel:	<u>Tel</u> : <u>E-mail</u> :													
別 刷 希 望 部 数														
部														
			_											

*受付年月日: 年 月 日

事例を用いた高齢者の看護過程の展開

─ セルフケア看護モデルを使って ─

広島■際大学保健医療学部·看護学科助教授 岩瀬 緑 福井 医科 大学 看護 学科 教授 宮崎 徳子 編集 富城大学 看護学 部教授 山田紀代美 B5判 240頁

- ★21世紀を迎え、ますます高齢化が進み、疾病構造の変化や厳しい社会情報の中で、介護保険の導入、在宅ケアの推進などの施策が遂行され、サービスが「量」から「質」へと転換しています。そこで本書は、高齢者のQOL、健康レベルおよびライフスタイルを考慮し、急性期、慢性期、終末期、地域のカテゴリー別に、事例を用いて看護過程の展開をしています。
- ◆基礎的知識として、高齢者の自立支援に必要な看護理論とセルフケア看護モデルについてわかりやすく解説し、さらに看護過程に繋がるようにその適応についても解説しています.











Part 1 基本的な考え方

第1章 看護理論とセルフケア看護モデル

第2章 セルフケア看護モデル概説

第3章 セルフケア看護モデルの適応

Part 2 事例展開

内 容 -

- I. 事例展開にあたって
- Ⅱ. 事例のプロフィール
 - 1)身体的側面
 - 2) 心理·社会的側面
 - 3) 普遍的セルフケア
- Ⅲ. 健康逸脱に関する知識
- Ⅳ. アセスメント―表形式
- V. ケアプラン―表形式
- VI. 解說

第4章 急性期における事例

- 1. 急性期における老年看護の現状と将来展望
- 2. セルフイメージの変容に混乱している事例 一人工順門造設による手術後の急性的変化とセル フイメージの変容に混乱している事例(大腸がん)
- 3. 手術を受け慢性期に移行する事例 一急性期心筋梗塞症で冠状動脈バイパス手術療 法(A-Cバイパス手術)を受けた患者の事例

第5章 慢性期における事例

- 1. 慢性期における老年看護の現状と将来展望
- 2. 慢性呼吸不全を持ちながら在宅へ希望をつなぐ 事例
- 3. 手術によって■常生活動作の拡大を■る事例 一慢性関節リウマチによる股関節の人工関節置 換術

第6章 終末期における事例

- 1. 終末期における老年看護の現状と将来展望
- 2. 疼痛コントロールによって安楽な死へ向かう事 例
 - 一肺がん

第7章 地域における事例

- 1. 介護老人保健施設における老人医療の現状と将 来展望
- 2. 在宅介護支援の現状と将来展望
- 3. 病院から老人保健施設そして家庭に帰る事例 一脳梗塞
- 4. 多くの問題行動をもちつつ家庭で生活する痴呆 老人の事例
 - 一多**発性**脳梗塞による痴呆性老人の在宅に関する看護ケア

付録 用語の解説

□ 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



廣川書店

Hirokawa Publishing Company