VOL.26 №.1 平成15年 4 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.26 NO. 1

日本看護研究学会



学生から臨床家まで 看護職待望の一冊。

○最新の看護·医療用語と 看護ケアを詳解!

自発産支空間差して現れることが多いので、再生間 経過点しまけれている。エリング、日本部 経過点しまけれている。エリング、自然的 は他のはドインの、エリング、 には、一般では、一般では、一般では、 一般では、一般では、一般では、 のでは、一般では、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をは、 を表し、表情に、をし、 を表し、表情に、をし、 を表し、 のでは、 ので

- ○わかりやすい解説と図表・写真!

では、アンジェクトのからにいる。
アンジェイト・ストーニッグのまたにいる
は、日本語の質能の1、moments man アイワネには
は、日本語の質能の1、moments man アイワネには
は、日本語の質能の1、moments man アイワネによる
のであった。 では、1、moments では、アイフィッティの立てた
のであった。 では、1、moments では、アイフィッティのなどは、1、moments では、アイフィッティントで運動を表す。
アーティントで運動を表す。 このでは、1、moments では、1、moments では、1、m

S -Shoin Nur ഗ щ. \mathfrak{M} 1. C tiona



[総編集]
和田 攻
東京大学医学部名誉教授
南 裕子
兵庫県立看護大学長
小峰光博

昭和大学医学部教授

●A5判上製 3,186頁 定価(本体12,000円+税) [ISBN4-260-33241-4]





金井和子先生のご逝去を悼んで

愛知県立看護大学学長 (前 日本看護研究学会理事長) 草 刈 淳 子

平成14年10月7日午後3時5分,金井和子先生が逝去されました。享年67才でした。つい7月下旬の日本看護系大学協議会の帰り、かつてのセンターの3人(金井先生と群馬大の斉藤やよいさんと私)が久しぶりに出会って青森空港までご一緒したのでしたのに……。

金井先生が本学会に入会されたのは、昭和53 (1978) 年に厚牛省看護研修センターから、千葉 大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程の内 科看護学の助教授として赴任されてからです。昭 和57 (1982) 年から平成13 (2001) 年までの長き にわたり、評議員をなさり、特に昭和61 (1986) 年から平成9 (1997) 年度までは監事として、本 研究学会のお目付役を果たしてくださいました。 学会発足当初からつい最近まで、役職者が会員よ り会費を多く払うという形で運営されてきた本学 会も、ようやく我が国で最も長い歴史をもち、会 員数が最大となる学会に育った陰には、多くの方々 のお力の他に、すでになくなられた千葉大学看護 学部附属看護実践研究指導センターの老人看護研 究部の土屋教授と共に、助教授であられた金井先 生の陰のお力も大きかったのではないかと思われ ます。

1982年のセンター発足と共に教育学部から看護 学部へ配置換えとなった最初の年の文部省国公私 立大学病院看護管理者講習会では、全国から集まっ た70人程の大学病院の看護婦長達を前に、40代前 半であった3研究部門の鵜澤、金井、草刈各助教 授達のなんと初々しかったことか! センターで の受講者のなかには、今日全国の大学病院の看護 部長・副院長として活躍なさっている方々が沢山 おられます。平成8年、大分看護科学大学へ教授 として赴任なさり、また、14年度からは広島県立 保健福祉大学に学科長として移られ多忙を極めて おられたのでしょう。体重管理については何度も ご患皆申し上げたのですが、その度に「おいしい ものが食べられたら早く死んでもいいの。」と、 あの巨体の細い目でニコニコされ、いつも根負け したのでした。グルメで有名な方でしたから、お いしいもののご相伴に預かった方も多いことでしょ う。この夏も海外旅行を楽しまれたとのこと。先 生としては十分人生をエンジョイなさったのかも しれません。どうぞ、ゆっくりおやすみ下さい。 そして、これまで通り、日本看護研究学会の発展 を見届けてください。心よりご冥福を祈ります。

会 告 (1)

日本看護研究学会選挙管理委員会について

平成14年12月20日付けの会告(1)により公示された、日本看護研究学会評議員選出のために、本学会会則第17条(評議員の選出)及び評議員規程第6項(選挙管理委員会)に従って、下記の3名の選挙管理委員を委嘱し、選挙管理委員会を組織しました。

日本看護研究学会選挙管理委員会

委員 茅島 江子 氏

委員 倉田トシ子 氏 委員 楊箸 隆哉 氏

任期は、平成15年度選挙に関する業務の完了までとする。

平成15年 4 月20日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

会 告 (2)

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞の規程,細則に基づいた選考の結果,平成 14年度奨励賞の授賞者が下記の通り決定しました。

平成15年4月20日

日本看護研究学会 理事長 川 村 佐和子

記

授賞者氏名 : 深田 順子氏

対象論文: 在宅高齢者のための嚥下障害リスク評価に関する尺度開発

Development of Dysphagia Risk Assessment Scale for Elderly

Living at Home

日本看護研究学会雑誌25巻1号 pp.87-99, 2002

共同著者名 : 鎌倉やよい 北池 正 野尻 雅美

授賞者所属 : 愛知県立看護大学

職 名:講師

会 告 (3)

第29回日本看護研究学会学術集会を、大阪国際会議場にて開催いたします。

日程,プログラムは下記に示すとおりです。全国から多くの皆様がご参加下さることを心からお待ち申し上げます。(尚,最新の情報は学術集会のホームページをご覧下さい。http://www.congre.co.jp/29kango)

平成15年4月20日

第29回日本看護研究学会学術集会会長 早 川 和 生

記

会 期 2003年7月24日(木), 25日(金)

会 場 大阪国際会議場

〒530-0005 大阪市北区中ノ島5丁目3番51号

メインテーマ:看護イノベーション:激動する社会を創造的に生きる

第1日目 7月24日(木) 9:00~18:00

9:00~ 会長講演:

「ヒューマンポテンシャルへの畏敬」

司会:池田 明子(北里大学看護学部)

早川 和生 (大阪大学医学部保健学科)

9:50~ パネルディスカッション

「看護職の機能拡大は飛躍の起爆剤か、パンドラの箱か」

司会:阿曽 洋子(大阪大学医学部保健学科)

本山 裕子(市立豊中病院看護部)

村松 静子(在宅看護研究センター)

國井 治子(日本看護協会)

濱口 恵子(静岡県立がんセンター看護部)

大島 弓子(山梨県立看護大学)

佐山 静恵 (獨協医科大学病院看護部)

11:00~ 実演交流会①「すぐに役立つ正しい臨床技術」

司会:泉 キョ子(金沢大学医学部保健学科)

「正しいETナーシング技術」

大村 裕子 (東京オストミー・センター)

11:50~ 奨学会研究発表 司会:三上 れつ (慶応義塾大学看護医療学部)

「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 |

山勢 博彰(山口大学医学部保健学科)

11:50~ ポスター発表①

13:20~ 鼎談

「医療過誤とリスク・マネジメント:看護職の責務」

司会: 久常 節子(慶応大学看護医療学部)

新道 幸恵(青森県立保健大学)

堂前美佐子 (弁護士,看護師)

八田かずよ(大阪大学病院看護部)

川村 治子(杏林大学保健学部看護学科)

15:20~ ポスター発表②

15:20~ 実演交流会②

司会: 種池 礼子(京都府立医科大学医学部看護学科)

「経管栄養・血圧測定・ボディメカニズムの盲点」

平田 雅子(神戸市看護大学短期大学部)

16:30~ イブニングフォーラム

「看護起業家の夢:その可能性と課題」

司会:川口孝泰(兵庫県立看護大学)

「起業してわかったキーポイント」 江口 博美 (Kid's Power代表)

「看護経営学の視点から」 勝原裕美子(兵庫県立看護大学)

「新産業創造のアドバイザーとして」 野村 興一 (新産業創造研究機構)

第2日目 7月25日(木) 9:00~17:00

9:00~ ポスター発表③

9:00~ 実演交流会(3)

司会:尾崎フサ子(新潟大学医学部保健学科)

「看護療法としてのリラクゼーション法の活用」

小板橋喜久代(群馬大学医学部保健学科)

10:00~ シンポジウム

「未来を見つめるナーシング・アカデミー:21世紀ストラテジー|

司会:草刈 淳子(愛知県立看護大学)

川島みどり(健和会臨床看護研究所)

村嶋 幸代(東京大学,日本看護科学学会)

田島 桂子(広島県立保健福祉大学,日本看護学教育学会)

島内 節(東京医科歯科大学、日本在宅ケア学会)

藤村 龍子(東海大学,日本看護診断学会)

川村佐和子(東京都立保健科学大学, 日本看護研究学会)

12:20~ 総 会

13:20~ 特別講演

「歴史に学ぶ専門職の栄枯盛衰:変革期の社会を生きる知恵」

司会:前原 澄子(三重県立看護大学)

清水 忠彦(近畿大学名誉教授)

14:30~ ヤングナースフォーラム

「新しい看護領域を担うナース達」

司会:川野 雅資(三重県立看護大学)

道重 文子(徳島大学医学部保健学科)

「在宅療養者の居住空間デザイン」 宮島 朝子(兵庫県立看護大学)

-「先端医療の倫理と決断 | 前田ひとみ(宮崎医科大学医学部看護学科)

「病院リサーチナースの重要性」 伊豆上智子(東京医科歯科大学病院)

14:30~ ポスター発表④

14:30~ 実演交流会④

司会:楊箸 隆哉(信州大学医学部保健学科)

「研究成果に基づく清拭技術の臨床応用」

松田たみこ (三重県立看護大学)

15:40~ 市民公開シンポジウム

「患者と其に進める医療改革」

司会:津田 紀子(神戸大学医学部保健学科)

石垣 靖子(東札幌病院副院長)

「薬害エイズをもたらした HIV 医療の改革」

若生 治友(ネットワーク医療と人権)

「ささえあい医療人権センターの視点」 辻本 好子(コムル)

「患者として、看護師として」 菊池 素子(大阪大学病院看護部)

閉 会

尚、学術集会の前日にプレカンファレンスセミナーを開催予定です。

7月23日 13:00~ プレカンファレンスセミナー

コース① 「質的研究入門:その手順と重要ポイント」

アドバイザー:黒田 裕子(日本赤十字看護大学)

泊 祐子(滋賀医科大学)

コース② 「量的研究入門:データのまとめ方から研究発表まで」

アドバイザー: 中野 正孝 (三重大学医学部看護学科)

大野ゆう子 (大阪大学医学部保健学科)

7月25日 12:00~ ランチョンセミナー (無料) を予定しています。

【学術集会参加費前払い込みのご案内】

学術集会および懇親会参加費は郵便局にて事前払い込みをお願いいたします。

<参加申し込み方法>

第29■学術集会参加事前払い込み用紙は、平成15年4月20日発行の第26巻1号に同封の振込み用紙をご利用下さい。尚、振込先は第29■日本看護研究学会 00960-6-189618 です

<参加費>

平成15年6月22日(日)まで

会 員:9,000円

非会員:9,000円(但し学術集会雑誌代金は含まない)

学 生:2,000円(但し学術集会雑誌代金は含まない)

懇親会:6,000円

*大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

平成14年7月1日(月)以降

会 員:10,000円

非会員:10,000円(但し学術集会雑誌代金は含まない)

学 生: 3,000円(但し学術集会雑誌代金は含まない)

懇親会: 6,000円

*大学院生は、会員または非会員のいずれかでお申し込み下さい。

辛ら一い床ずれ・病臭の解消に!

特許 エアー暗出型

大臣賞 受賞品

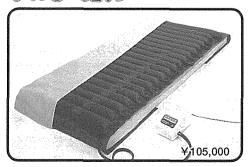
特許:エアー噴出型

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)

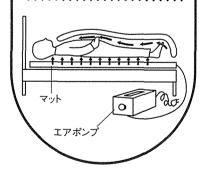
● いどーライグ 電子機能が自動調節



(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、
- ●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

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

目 次

第28回日本看護研究学会講演記事(1)

会長講演						
看護実践・教育における対人関係論の活用						
~40年間の歩みを振り返って~						15
北里	大学看護学部	池		明	子	
教育講演 I						
看護研究における倫麗的課題						
-質的研究を中心に-						
岐阜	県立看護大学	グリ	1 " !	ブー		
W. 소설# 25 m						
教育講演Ⅱ						
質的研究の方法論を聞う						0.4
~グランデッド・セオリーに焦点を当てて~						31
立教	大学社会学部	不	٢	康	1	
- 原 著 -						
	L					45
日本語版 SDLRS の開発 — 信頼性と妥当性の検討 旭川医科大学医				種		45
旭川区代八子区	于即有设于行	12. [iii]		典		
				貞		
				陽		
				由身		
		ßüſ		修		
		浜		めく		
看護職における言語的応答能力測定尺度の作成と						
その信頼性・妥当性の検討						55
香川県立	医療短期大学	淘	江	七泊	每子	
	ler de					0=
高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味:構成要素の			********		***********	67
東京医科歯科大学大学院倮健衛生学研究科		******	4-4	عدر	عبد	
ケアシステム開発学	·博士俊期課程		柯	件	猆	
筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確	かさ				******	70
夏安相性側糸使に近ぶ石の _個 気体験にありる小帽 香川医科大学医						1 0

- 研究報告 -

看護学生の臨地実習における					
「リハビリテーション看護の役割」に対する認識					91
聖隷クリストファー大学	風	置	たる	ま代	
元東邦大学医療短期大学	岩	城	馨	子	
無菌室入室中の急性骨髄性自直病患者における QOL の変化とそ	の要	因		•••••	101
広島大学医学部保健学科	藤	井	宝	恵	
	宮	腰	由約	己子	
放射線影響研究所	児	玉	和	紀	
具大学看護学部	圌	田	浩	佑	
脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因					111
九州大学医学部保健学科	篠	原	純	子	
財■法人放射線影響研究所	児	玉	和	紀	
マツダ病院	迫	田	勝	明	
	金	久	重	子	
	Ŧ	本	文	子	
我が国における60歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence の 実態と関連要因の探索		*******		*******	123
昭和大学保健医療学部					
	亚	吹	登什	弋子	
東京大学大学院医学系研究科	Ш	田		牧	
前昭和大学医療短期大学看護学科	熊	倉	美種	恵子	
看護教員養成課程修了者の看護研究への取り組みと関連要因					137
埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科	細	田	泰	子	
	水	野	舞	子	
	新	村	洋	未	
	小里	爭寺	杜	紀	
	宮	地	文	子	
資料一					
精神障害者小規模作業所通所者の Quality of Lifeに関する研究 - 生活満是度に焦点をあてて -		*******		***********	147
千葉大学看護学部精神看護学教育研究分野	片	Ш	聡	子	
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学	#	谷	由	佳	
	佐	藤	干	史	
東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科精神保健看護学		下	和	代	

CONTENTS

······ Original Paper ······		
Development of Japanese - SDLRS for Application Asahikawa Medical College, School of Nursing:	Kazuyo Matsuura Noriko Abe Sadako Yoshimura Yoko Kannari Yumiko Masuda Shuko Abe Megumi Hama	45
Design of Verbal Communication Skills Inventory of and Study of its Reliability and Validity		55
Kagawa Prefectual College of Health Sciences:	Namiko Yurie	
The Meaning of Self-care in Elderly CAPD Patients:		
Searching Components Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Allied Health Sciences Department of Gerontological Nursing Health Care System Doctoral Program:		67
Amyotrophic Lateral Sclerosis Patient Uncertainty Department of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa Medical University:		79
······ Research Report ·····		
The Recognition of "the Role of Rehabilitation Nursi		91
Seirei Christopher College:		91
Formerly College of Health Professions,	,	
Toho University:	Keiko Iwaki	
Factors contributing to the change of quality of life myelocytic leukemia during the treatment in bioclean Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine,		
Hiroshima University:		
	Yukiko MIYAKOSHI	
Radiation Effects Research Foundation: Faculty of Nursing, Kure University:		
,:,,,, ·		

The important factors related to the level of Self-Es among stroke patients	
School of Health Sciences, Faculty of Medicine,	111
Kyushu University:	Junko Shinohara
Radiation Etfects Research Foundation:	
Ma z da Hospital:	Katsuaki Sakoda
:	Shigeko Kanehisa
:	Ayako Hyakumoto
The situation and related factors of Sense of Cohere	ence
among active elderly over sixty years old in Japan	123
Showa University School of Nursing and	
Rehabilitation Sciences:	Asami Hongo
:	Toyoko Hirabuki
The Graduate School of Medicine,	
The University of Tokyo:	Maki Yamada
Showa University colledge of Medicine Sciences,	
deoartment of Nursing:	Mioko Kumakura
Efforts in nursing research by people who have completed the nursing teaching staff development	
course, and related factors	137
Department of Nursing, School of Health and	
Social Services Saitama Prefectural University:	
	Tomoko Mizuno
	Hiromi Shinmura
	Toki Onodera
:	Fumiko Miyaji
····· Material ·····	
A study on the quality of life in visitors to small-sc mentally handicapped persons focusing on the life sa Psychiatric Nursing Department of Nursing,	•
	Satoko Katayama
Analytical Health Science, Graduate School of Allied	
Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University:	Yuka Kanoya
	Chifumi Sato
Mental Health Psychiatric Nursing, Graduate School of	
Allied Health Sciences, Tokyo Medical and	
Dental University:	Kazuyo Kusaka

第 28 回

日本看護研究学会学術集会

講 演 記 事 (1)

平成14年8月8日(木)・9日(金)

会 長 池 田 明 子

於 パシフィコ横浜 (国立大ホール・国際会議センター) 横浜市西区みなとみらい1-1-1

◆会長講演◆

看護実践・教育における対人関係論の活用

~40年間の歩みを振り返って~

北里大学看護学部 池 🗎 明 子

I. はじめに

私は北里大学看護学部の教員として17年目になります。それ以前は北里大学病院で約5年間,東京都や国の機関で10数年間,卒後教育に携わってきました。この約40年間に私が「対人関係の看護論」をどのように活用し,どのような課題に取り組んできたかについてご紹介し,今後の活用の方向性を探るために、いくつかの問題提起をさせて頂けたらと願っております。

<個人史との関連>

この40年間 (1960年~2000年) の歩みを10年ご とに4期に分けてみました。機械的な区分のよう ですが、私の個人史と重ねますと1960年代は20代、 70年代は30代、80年代は40代、90年代は50代に相 当し、そして2000年代の現在は60代に入っていま す。

まず1960年代は、「対人関係論の導入期」ですが、これは私の学生時代から国立公衆衛生院で卒後教育に従事し始めるまでの時期に相当します。

次の70年代は、「卒後教育への普及期」で、国立公衆衛生院と東京都精神医学総合研究所に勤務しながら、精力的に厚生省や看護協会の研修などに携わっていた時期です。

次の80年代は、「対人関係論の拡散期」で、北 里大学病院で院内教育を担当しながら看護学部の 開設にも関わり、対人関係論の活用に関する危機 感を抱いていた時期です。

最後の90年代は、「対人関係技能の教育・訓練

期」で、看護学部で学部生や大学院生、実習指導 者などを対象に教育・訓練法の開発を試みた時期 です。

以下,各年代別に多少の時代背景を加えながら,私の対人関係論の活用の歩みを紹介させていただきます。たぶん,会場には60年代,70年代にはまだ看護の世界にいらっしゃらなかった方が多いかと思われますので,80年代,90年代に比重を置いてお話したいと思います。

Ⅱ. 対人関係論の導入期(1960年代)

1. ヘンダーソンおよびオーランドの看護論

わが国における対人関係論の幕開けは、何と言ってもヴァージニア・ヘンダーソンの「看護の基本となるもの」」いわゆる「ニード論」に始まります。これは1961年のICN(国際看護協会)で看護の定義として採択され、世界各国で翻訳出版されました。ほんの小さなパンフレットですが、この時のICN大会に参加された東大衛生看護学科の湯慎ます先生が大切な宝物のように紹介して下さったことが、まだ学生だった私にも強烈な印象として残っています。

ただし、この当時は、「大学で何を勉強しているの?」「看護婦さんになるのに何でわざわざ大学まで行かなければならないの?」と問われても返答に窮することが多く、悔しい思いをしていた私にとっては、簡単に説明できる知識を得た喜びという程度にすぎませんでした。

「看護独自の機能とは、ある人間に手助けをして〜」に始まり、「その本人が一定の強さと知識とを持っていれば、助けを必要としないはずのものである。」つまり、「患者の基本的なニードを満たす」といっても、満たすのはあくまでもその人自身であり、看護者はその手助けをするだけである。そのためには、「まずその人自身が手助けを必要としているかどうかを把握しなければならない」という患者の自立への援助の視点まで私が到達するまでに至ったのは、実はずっと何年か先のことです。

このヘンダーソンの「ニード論」に続いて、1964年にオーランドの「看護の探究〜ダイナミックな人間関係をもとにした方法」²⁾が翻訳出版されたことは、日本の看護への対人関係論の導入としては実にタイムリーでした。看護する過程で患者と看護者との間に生じる相互作用に注目し、「看護過程(ナーシング・プロセス)」という概念を最初に用いたのもオーランドでした。

オーランドは、「プロセスレコード」による看 護過程の教育・訓練方法を開発し、10年がかりで その有効性を検証した結果について、「看護過程 の教育訓練」³⁾として出版しました。(1977年に翻 訳出版させて頂いたこの本は、あまり活用されて いないかもしれませんが、研究書として意養のあ るものです。)

2. 指定規則の改正~新カリキュラムへの影響

さて、このようにしてヘンダーソンやオーランドの看護論を知識として学び大変勇気づけられた私でしたが、それを実際に活用できるようになったのは、1968年の看護婦等養成所指定規則の改正という看護教育の質的転換期に入ってからのことでした。戦後20年を経て、初めての大きな改正で、それまで医学に依存していた看護教育から脱皮して、「看護教育は看護職の手で」という旗印を掲げて、看護教育の体系化に向けてのスタートが切

られました。

私はこの看護教育の大変革期に国立公衆衛生院に査籍し、看護教員養成課程(保助看合同1年コース)を担当させていただきました。全国の看護教員の人たちと新カリキュラムについて検討する機会が得られ、当時は地方からの研修生は寮に漕まり込んでいましたので、文字通り夜を徹してのディスカッションになることもしばしばでした。このように大変恵まれた環境で卒後教育のキャリア開発への第一歩を踏み出すことができたことに心から感謝しております。

この新カリキュラムの土台となる「看護学総論」の中に、ヘンダーソンのニード論やオーランドの 看護者・患者関係論が導入され、看護の概念が明 確化されることになります。

Ⅲ. 対人関係論の普及期(1970年代)

先に述べました1968年の指定規則の改正により、看護教育も学校教育としての土台が■まり、以前のように卒業したら即戦力として役立つような、いわゆる徒弟制度的な現場での訓練から、将来の実践の基盤を作る「基礎教育」としての性格づけが明確になりました。そして、当然のことながら、「基礎教育」で不十分なところは卒後の教育に求められるようになり、その結果、教育婦長制の導入、院内教育プログラムの整備が進められました。看護協会にも卒後教育部が設置され、職能■体としての取り組みが強化されました。

1. 卒後教育の立脚点〜自立への援助の視点の明確化.

「ヘンダーソンからオーランド, そしてウィー デンバックへ」

~ウィーデンバック著「臨床看護の本質」⁴⁾を 訳し終えて~

これは私が初めて書いた対人関係論らしきものです。雑誌「総合看護」の1970年に掲載されまし

た。学生時代から10余年も看護アイデンティティを模索し続けた結果、ようやく自分の看護観の拠り所となるものに出会えた感動が素朴に表現されています。患者の自立への援助の視点も明確化されました。

このウィーデンバックの看護論との出会いがは、私の看護職としての成長・発達段階にマッチしており、まさに探し求めていたものに出会えたという感じでした。学生時代にヘンダーソンの「ニード論」により、看護独自の機能に関心を向けることができ、卒業直後にオーランドの「相互作用論」に出会い、お互いに影響し合う関係の中で行われる看護を意識づけられた私でしたが、ウィーデンバックの看護論との出会いによって、ようやく自分なりに「患者の自立への援助」の視点を明確にすることが出来ました。そして、ウィーデンバックの看護論のキーワードとも言える"Needfor-help"(患者の援助へのニード)の見極め、"Helping Art"(援助者として自分を役立てる技)を実践の中で活用できるまでになりました。

2. 卒後教育への貢献

この時期の私は、時間的にも自由のきく研究機関に身を置いていたこともあって、かなり精力的に幅広く卒後教育に関わることができました。年齢的にも30代の働き盛りで、看護職としてのキャリア開発の発展途上にありました。

国立公衆衛生院では教員養成課程を担当する傍ら,厚生省国立療養所の幹部看護婦研修会でリーダーシップ育成を企画,担当させていただきました。毎年,全国の療養所の婦長さん20~30名を対象とする2週間ほどの宿泊研修で,臨床実習やグループトレーニングを組み入れ,当時としては斬新な試みでした。

この研修は、次の職場でも継続し、北里大学病院に移るまでの10数年間の長きにわたり関わらせていただきました。ちょうど、国立の結核療養所

が疾病構造の変化に伴い,重症心身障害・筋ジストロフィー,神経難病,精神障害などの施設へと大きく体質変換を追られ,看護のリーダーシップが問われていた時期でした。国の政策レベルでの研修に継続的に関わらせていただけたことで,大きく視野も拡大し,人間的な成長を促される機会となりました。

次に東京都の精神医学総合研究所では、看護協会の卒後教育部から、2週間の精神科看護ゼミ、6ヶ月のリーダーシップ研修の企画・実施を委託され、研究室スタッフの総力をあげて取り組みました。これらの研修会は、いずれも対人関係論の有効性を検証する上でも大変貴重な場となりました。

ただし、後に述べるように、ペプロウの対人関係論を基盤にした「精神看護の専門性」を展開できるようになるまでには、さらに10年以上の年月が必要でした。

IV. 対人関係論の拡散期(1980年代)

1980年代は対人関係論の拡散期と名付けました。 私も40歳代に入り、職場は北里大学病院に移りま した。80年代後半からは病院と兼務しながら看護 学部開設準備にあたり、ほぼ完成年度までこの状 況が続きました。

1. 看護過程の定義に対する疑問

北里大学病院で院内教育を担当する中で、対人 関係論の活用の限界・危機感のようなものを感じ はじめました。看護過程を単に問題解決の過程と 捉える傾向が強く、オーランドの提唱した看護過 程=対人関係の過程という概念が抜け落ちてしま う危険性です。特に、新人教育を担当する中で、 看護基礎教育における看護過程のとらえ方への疑 問が強まっていきました。

そんな頃、ヘンダーソンも看護過程の定義に危惧の念を抱いていることを知って、100万の味方

を得た思いでした。

- *「ザ・ナーシング・プロセス~この呼び**省**は これでよいのだろうか?」⁶⁾
- *「再び看護過程について」?)

このヘンダーソンの提言に意を強くして、「看 護過程」として問題解決の過程ばかりが強調され すぎると、患者との相互作用(お互いに影響しあ う関係)の中で行われるべき看護の側面が薄れて しまう危険性について、機会あるごとに問題提起 してみましたが、これと言った反論もない代わり に、強力な支持も得られないといった状態でした。 問題解決過程としての看護過程のとらえ方が既に 定着してしまって、疑問を挟む余地もなくなって いるのかと愕然としたのが昨日のことのようによ みがえります。

2. 対人関係技能の教育・訓練の必要性

1987年に改定された ICN の看護の定義 ()には、1961年のヘンダーソンの定義に加えて、「看護とは現にある、あるいはこれから起こるであろう健康上の問題に対する人間の反応をアセスメントし、それに対処することである」という ANA(アメリカ看護協会)の定義が組み込まれました。この定義には、当時 ANA の会長であったペプロウ先生の対人関係論 () (1) が影響していたようです。

人間の反応、特に心理社会的側面をアセスメントできるようになるには、単なる知識だけでなく、対人関係の技能の訓練が必要であることを再認識させられました。

V. 対人関係技能の教育・訓練期(1990年代)

1. 人間的成熟と個性の発揮

私も50代に入り、ようやく人生における成熟期の課題に取り組める年代に到達しました。職場も卒後教育の場から大学に移り、コミュニケーション技能や対人関係・精神看護に関する科目を担当

するようになり、以前にも増して痛感させられたのは、対人関係の技の教育・訓練には、当然のことながら「人格の成熟を伴う」ということです。 看護者としての本当の個性が発揮されるのも、対人関係の技が磨き上げられ人間としての幅が広がることによって、はじめて可能になるということです。

養老孟司先生がある随筆で「個性など発揮しないでもいい。他人を理解することが重要」と過激(?)な発言をされていました。確かに「個性の尊重」「個性の発揮」と言っても、そのためには、まず個性を発揮できるような表現手段を身につける必要があります。スポーツの世界でも、野球のイチロー選手やサッカーの中間選手のような強烈な個性は、恵まれた素質(個体差)に加えて、絶えざる努力とじっくり磨き上げられた技によって光輝いているわけです。

看護者の個性の発揮と対人関係の技にも通じる ものがあるのではないかと思います。

2. 対人関係の技を身をもって示せるモデルの存在

<ライフサイクルにおける成長・発達課題と看 護職としての成熟度>

エリクソンの「ライフサイクルにおける発達課題」 にも示されているように20歳前後の学生たちは、まだ青年期の発達課題としての〈アイデンティティの確立〉の段階にあり、成人期の課題である〈愛〉の力を育みながら、看護職に求められる〈世話(ケア)〉の力を自然に発揮できるまでにはまだ大分年月がかかります。

この青年期の発達課題と専門職としての課題と のギャップをどこまで埋められるかは、一重に教 育の力にかかっているとも言えます。教育とは 「相手の可能性を最大限に引き出す働き」ですか ら、基礎教育から卒後の教育へ相手の成長・発達 段階に即して、決して背伸びをさせることなく、 気長に関わっていく必要があります。そのためには、まず相手の可能性を信じて待てること。私はこれを「未知の可能性信仰」と名付けていますが、信じて待てるためには、自己流の信仰(特定の宗教ではない)の力を支えにしています。

< 看護職としての成熟度と看護実践能力の習熟度>

パトリシア・ベナーの看護モデル®でも、看護の実践能力は初心者のレベルから、新人、一人前、中堅、エキスパートまで、段階を追って実践能力を習熟させていくことが示されています。

このベナーのモデルは既に20年も前に聖路加看 護大学の公開講座などで日本にも紹介されていま したが、私がこのモデルを活用できるようになっ たのは、看護学部で基礎教育のレベルから卒後の 教育を考える必要が出てきたからです。

看護の実践能力の開発は、青年期の学生を対象に、初心者のレベルから始まるのが一般的ですが、青年期の発達課題である自己の「アイデンティティの確立」の度合いと密接に関連する「対人関係の技能の習熟度」は、非常に個人差がありますので、当然のことながら、画一的な教育訓練には限界があります。この個別性のある実践能力の習熟過程をサポートするのは、単なる知識や理論だけでなく(ただ言葉で伝えるだけでなく)「対人関係の技を身をもって示せるモデルの存在」が必要不可欠であることを、教員としての経験を通して政めて痛感させられています。

3. 対人関係技能の教育・訓練の実際(北里大学の実例)

 人に教師が関わっています。

教師の中には、学生に「再構成」を書かせて記録の一部として提出させている人が多いようですが、書かせっ放しではほとんど効果が期待できませんし、貴重な実習時間を書くために浪費するのは勿体ないことです。教師のコメントも学生と向き合って反応を確認しながらではないと有効でないばかりか、時には学生を傷つける結果にもなりかねません。学生は教師との人格的な触れ合いを通して、対人関係の技能を学んで行きます。この体験を通して教師もより成熟していくことができるわけです。

臨地実習以外では、看護研究指導やゼミの参加者などごく限られた学生にはなりますが、交流分析・人生脚本分析などの方法でかなり深く家族関係や生育歴にまで遡って関わりながら、対人関係の技能の訓練をしています。年間数名の学生ではありますが、振り返ってみるとこれまで50~60名の学生との、深い人格的な触れ合いを持ってきたことになります。

<実習指導者の学生との関わりの「再構成 |>

学生にとって教師との関わりに劣らず重要なものが、実習指導者との関わりです。北里では神奈川県との共催で毎年、実習指導者研修会を実施しています。毎週1回ずつ約半年間の長期にわたる研修ですが、その中で指導者と学生との関わりについて「再構成」による訓練を試みています。精神看護学研究室の教員と訓練を受けた大学院生が総出で関わっています。この研修会の参加者は、ベナーのモデルで言えば、中堅レベルに達している人たちが多いので、この「再構成」の訓練は、教育的役割だけでなく、看護実践能力の習熟度を高める上でも役立っているようです。

<大学院修士課程での CNS 育成>

大学院修士課程における精神看護の専門看護師 (CNS) 育成は、当然のことながら個別指導による対人関係技能の教育・訓練が中心になります。

教師の実践能力・対人関係の技が聞われるところです。この10年間で精神看護学専攻の修了者は約30名になりますが,修了者の3分の2は大学の教員になっております。この現状には,教員への社会的な要請が強いことと,臨床においてCNSのポストがまだ少ないことが反映しています。現在のところ,対人関係論の活用について一番身近で検証の可能性を期待できるのは,この大学院でのCNS育成なのですが,そうした事情もあって大学院の2年間の教育でどこまで実践能力を高められたか,検証するデータがまだ少ないのが残念です。

とはいえ、精神看護学を担当する教員の不足は まだまだ続きそうですので、CNS コースの修了 者が教員になっていく現状も当分はやむを得ない かとも思っています。

4. 精神看護学を担当する人材育成の必要性

こうした現状を踏まえた上で、対人関係論を有効に活用するためにはどうしたらいいのか。それには基礎教育における精神看護学の位置づけの明確化と担当教員の育成が急務であろうと考えます。

幸い1997年の指定規則の改正で、遅ればせながら基礎教育の中に精神看護の科目が設定されたことにより、専門分野としての基盤が確保され、教員育成の必要性も急速に高まっています。思えば、前回の指定規則の改正では精神看護の科目が独立できず、そのことが「このままでは看護教育にとっても重大なひづみが生じるのではないか」との危機感を強め、1992年の「精神保健看護学会」設立の大きな推進力となったように思います。お陰さまで「精神保健看護学会」も今年で12回を数えるまでになり、会員全体で精神看護学の専門性を高める努力を重ねております。この学会において毎回、「再構成」の活用に関するワークショップを継続し、多くの参加者とともに「再構成」の有効な活用について検討する場としてきました。

VI おわりに

<対人関係論の活用に関する日米の隔たり>

米■では、精神看護学の先駆者であるペプロウ 先生の功績もあって、既に半世紀も前にどの分野 よりも先駆けて、大学院での精神看護の CNS 育 成が始まっています。日本ではほんの 5 年前に看 護基礎教育の中に精神看護学の科目が設定され、 専門分野としての基盤が確保されたばかりです。 この対人関係論の活用に関する日米の歴史の違い を十分に考慮しながら、日本での今後の発展の方 向性を検討していく必要があるのではないでしょ うか。

思えば30年ほど前、1970年代の「本後教育への対人関係論の普及期」に、先に紹介しました看護協会の「精神科ゼミ」でペプロウ先生の対人関係論を十分に活用できなかった理由の一つが、この時代背景の違いにあったように思います。当時の精神科は、看護管理者の間でも一般科とは違う特殊な科としてのイメージが強く、精神科ゼミの修了者を評して「精神科に置いておくのは勿体ないような人です」と言われるのを耳にする度に、本人はほめ言葉のつもりなのでしょうが、聞かされた私の方はがっかりして「精神看護の専門性など理解してもらうのはまだまだだな」という感じを味わったことが思い出されます。

<対人関係の技と精神看護の専門性>

対人関係に障害をもつ人々を対象とする精神看護の分野では、患者との関わりにおいても高度な対人関係の技が求められます。精神看護の実践の中で対人関係の技を磨くことが出来れば、その技は他の看護分野でも活用できるものとして一般化できる。つまり、精神看護の専門性を高めることにより、対人関係の技の活用範■を広げることが出来るわけです。

例えば、「病気じゃないから入院の必要ない」 と離棟する患者さんを捕まえたり、興奮して暴れ る患者さんを揮さえることが出来ても、それだけ ではそこでしか通用しない特殊技能に過ぎません。 しかし興奮している患者さんを落ち着かせたり、 保護室や身体拘束など行動制限の厳しい患者さん のセルフケアを支える技能は、精神科以外の領域 でも必要とされる専門的な技と言えます。

専門看護師の育成においても、限られた場でしか通用しない特殊技能から、看護職に必要不可欠な対人関係の技へと一般化できる能力を身につける必要があるのではないかと考えております。

以上,会長講演の場をお借りして,21世紀の看護を担う若い方々に,私の拙い歩みをお話させて頂くことが出来ました幸せに心から感謝致します。

引用文献

- 1) V. ヘンダーソン (湯槇ます・小玉香津子訳): 看護の基本となるもの. 『本看護協会出版会. 1961
- 2) I. J. オーランド (稲田八重子訳): 看護の 探究~ダイナミックな人間関係をもとにした方 法. メヂカルフレンド社. 1964
- 3) I. J. オーランド (池園明子他訳): 看護過程の教育訓練~評価的研究の試み、現代社、

1977.

- 4) E. ウィーデンバック(外口玉子・池田明子 訳): 臨床看護の本質~患者援助の技術. 現代 社. 1969
 - 5) 池田明子: アーネスト・ウィーデンバック, 現代看護の探求者たち. 147-196, 日本看護協 会出版会. 1981
 - 6) 小玉香津子訳: ヘンダーソン論文集. 日本看 護協会出版会. 1982

 - 8) 林滋子編:看護の定義と概念、日本看護協会 出版会、1989
 - 9) H. E. ペプロウ (稲田八重子訳): 人間関係 の看護論、医学書院、1973.
 - 10) 池田明子他訳:ペプロウ看護論~看護実践に おける対人関係理論. 医学書院. 1996
- 11) E. H. エリクソン(村瀬孝雄・近藤邦夫訳): ライフサイクル,その完績. みすず書房. 1989
 - 12) 井都俊子他訳:ベナー看護論~達人ナースの 卓越性とパワー. 医学書院. 1992年

◆教育讃演Ⅰ◆

看護研究における倫理的課題 一質的研究を中心に一

岐阜県立看護大学 グレッグ 美鈴

I. はじめに

私は、看護職者がどのように職業的アイデンティ ティを確立し、それが看護の質にどのような影響 を及ぼすかに興味を持っている。対象者や研究方 法は異なっているが、職業的アイデンティティ自 体は、10数年来の研究テーマである。現在の所属 大学や研究を実施している機関に倫理審査委員会 はないので、コロラド大学の倫理審査委員会を通っ た方法を踏襲している。そのことで、倫理的に問 題のない研究をしていると思っていた。しかし昨 年のこの学会で「実践と研究における看護倫理」 のワークショップに誘われ、その準備をする過程 で、問題なくやっていると思っていた自分の研究 の倫理的課題に気づくことになった。これまでの 研究の倫理的手続きと、教育者・研究者として3 年目の私が経験した最近の研究における参加観察 と

直接の

倫理的

ジレンマについて

述べる。

Ⅱ. 今までの研究の倫理的手続き

私が博士課程の学生として経験した倫理的手続きは、コロラド多施設倫理審査委員会(Colorado Multiple Institutional Review Board: 通称 COMIRB)によるものである。これには、コロラド大学とその周辺のこども病院など、1大学・5病院が加入している。成人部、小児部、ハイリスク部の3部から成り、審査メンバーは約80名である。最低5名による審査が行われ、連邦政府以外から研究助成金を受けている研究の場合は、\$

1,500 (約18万円) の審査費用が必要となる。学生の研究やパイロットスタディには審査費用はかからない。

審査の種類は、正規審査、簡易審査、審査免除 の3種類である。何らかの介入を行う研究、プラ シーボを使ったり、FDA 未許可の薬物を使うよ うな研究, さらに易被害性集団 (子ども, 受刑者, 胎児・妊婦, 昏睡患者, 学生・雇用関係にある人 など)を対象とする研究は、正規審査の対象とな る。簡易審査は、人間に対して最小限のリスクが 予想される場合で、治療や診断のためのデータや 標本の使用、個人や集団の認知・アイデンティティ・ 文化的信念を調べる研究などに適用される。審査 免除は、対象者が明らかにならない既存のデータ、 書類、記録、標本を使う研究に適用されるが、 COMIRB によって審査不要と判定されなければ ならない。簡易審査と審査免除の研究には、審査 費用は不要である。学校でよく行われるケースス タディは、連邦政府の定義する研究に当てはまら ないので、申請の必要はない。連邦政府は研究を 「普遍的な知識体系に貢献する系統的調査」と定 義している。ケーススタディは、「1患者の回顧 的な分析であり、系統的調査ではないしので、ケー ススタディ研究という用語を使わない限り、審査 は不要となる。

1998年に、博士課程の学生として倫理審査委員会に申請した研究は、「日本の看護職者の職業的アイデンティティ」がテーマであった。研究参加

者は、保健師、助産師、看護師15~20名であり、 方法はグラウンデッド・セオリーを用い、データ 産出法は面接と参加観察で、理論的メモの作成と メンバーチェッキングを行うというもので、研究 期間は1年であった。質的研究を倫理審査委員会 に申請するときの問題として、研究参加者数が研究実施前に特定できないことがある。また倫理審 査委員会のメンバーに質的研究を理解している人が少ないため、厳密でない研究方法と見られている1・2)という問題もある。コロラド大学看護学部の博士論文は、圧倒的に質的研究が多く、グラウンデッド・セオリーで理論的サンプリングをする 場合も、これまでの研究が15~20名程度で終了しているという実績から、研究参加者数が特定できないことも問題にはならなかった。

私が受けたのは簡易審査で、提出書類は、何故簡易審査の対象となるかという「カバーレター」、研究場所、対象者数、年齢、特定集量(子ども、妊婦、受刑者など)関与の有無を記入した「研究計画申請申込書」、「研究計画書」、「研究同意書」であった。現在では、これ以外に履歴書と免許証のコピーが必要になっている。まず看護学部の事前審査委員会で審査を受け、必要であればこの段階で修正し、事前審査コメントとともに書類がCOMIRBへ送られる。結果は、承認、若干の修正が必要、延期、拒否の4種類である。承認された場合は、研究同意書にCOMIRB委員長のサインが入り、必ずこのサイン入りの同意書を使用しなければならない。このサインなしには、プレテストも実施できない。

研究同意書は、企画の記述、研究への参加方法、不快と危険、利益、資金源、対象者の費用、参加の取り消し、問い合わせ先、秘密性、承諾の10項目について書くように決められていた。承諾の項目には、「この依頼用紙の説明を受けました。利益と危険を含めて、何が起こるかを承知した上でこの研究に参加します。研究への参加は、いつで

も中止できることを理解しています。この同意書のコピーを受け取ります。」と書き、研究参加者がこれを読み終わった後、全てのページにイニシャルを入れ、最後にサインをしてもらう。説明者および調査者もサインをして、2部作成し、1部を研究参加者に渡す。これは面接用の研究同意書で、現在の研究でも同様のものを使用している。契約社会のアメリカと日本は違うから、同じ研究同意書を使用するのはおかしいという意見もあるかもしれない。しかし研究者の姿勢として、研究参加者の権利を守ることを大切にするのは、日本もアメリカも同じはずで、研究同意書はそれを表すものであると考えている。

私の研究は約2週間で許可されたが、現在では 審査期間が長くなり、審査の種類によるが2ヶ月 程度が必要になっている。審査の際に、継続審査 のサイクル(12・9・6・3ヶ月)が決定される。 継続審査の時期が来るとCOMIRBより書類が送 られてきて、研究の状況(データ収集中、分析中 など)や研究参加者数の変更、研究中の問題の有 無を届けるようになっている。この届けをしない と、研究は終了させられる。

参加観察については、「参加観察のお願い」という説明文を作成した。これには、研究者の身分、研究目的、データ産出法(その場に自然に加わり、看護師の仕事を妨げない)、メモの作成(観察事項と主観的な感想)、出版時の匿名性、連絡先を記入した。申請時に、日本では施設が研究同意書にサインをすることは一般的ではないと説明し、説明文を渡すことを研究同意書の使用に替えたいとリクェストし、承認された。アメリカで作成された研究同意書を使い、研究場からサインを得ることで誤解が生じた台湾のケースが文献で報告されており30、研究を実施する■以外で作成された研究同意書を使う際には気をつける必要がある。

現在では、人間を対象とした研究をする人は、 COMIRB に研究を申請する前に、3時間の講義 を受け、■立衛生研究所(NIH)のオンラインコースを受講し、試験に合格して証明書を受け取らなければならないことになっている。この証明書がなければ、研究の申請はできない。

Ⅲ、最近の研究における倫理的ジレンマ

博士論文では、看護職者が職業的アイデンティティを確立するプロセスを探求した40が、看護実践との関係が充分に明らかにされていないという限界があった。そこで大学に就職してから、病棟での参加観察を計画した。博士課程の学生のときは、自分が看護師や通訳として働いたことのある病院、友人が働いている病院を選択したが、大学に就職して、それまで全く知らなかった病院へ行くことになった。スタッフや患者が自分に慣れてくれるための時間はもちろんのこと、私自身がフィールドに慣れるための時間が必要という、今までとは異なる環境で参加観察を開始した。

1. 参加観察のジレンマ:看護師として受け入れられること vs. 研究者として受け入れられること

看護部長に研究目的などを記載した文書を渡し、 口頭で依頼するという博士論文のときと同じ方法 で参加観察を開始した。その内容は、1ヶ月に2 回程度、病棟師長が選んでくれた1人の看護師と 一緒に日勤帯でケアをし、ケアしている看護師と それ以外の人との相互行為を観察するというもの だった。病棟のスタッフと一緒に基本的ケアを実 施する中で、自分が1人の看護師として受け入れ られていることを感じていた。さまざまな相談を 受けたり、ときには愚痴を聞く役になったり、そ のことは看護師として非常に嬉しい状況だった。 しかし同時にそれは、研究者として受け入れられ ていないことを意味するのではないかと考えるよ うになった。つまり研究を目的として病棟にいる ことをわかっていない人もいるのではないかと思 うようになった。参加観察を開始するにあたっては、COMIRBを通ったときと同じ手続きを踏んでいたし、面接を受けてくれた看護師には、病棟にいる目的も文書で説明したので、他のスタッフに隠しているという意識は全くなかった。改めて自分が病棟にいる理由をスタッフに説明することも考えたが、フィールドに入ってから時間が経ちすぎていて今更という気持ちや、スタッフとの関係を悪くするのではないかという心配、そして今目の前にある自然な状況が破壊されるのではないかという思いなどがあり、なかなか改めて説明するという勇気がなかった。

参加観察について悩んでいたときに出会った文 献で、もう一度きちんと説明をしようと思うよう になった。その文献5)では、「ある領域では、あ る程度欺くことは受け入れられる。対象者は危害 を加えられるべきではないが、実際的な観点から 考えると、ある程度の偽装は実社会のなかでも起 こっているのだから、フィールドワークでも生じ るだろう。もし研究者が研究者自身の活動に完全 に正直になった場合、対象になる人たちは、望ま しくないと思う態度や行為を隠すだろう。つまり 不誠実になる。結果として研究者は、誠実なデー タを得るために不誠実にならざるを得ない。」と いうようなことが書かれていた。学生時代に受け た社会心理学の授業で、教授が自分の学生時代に 偽患者になって精神科病棟で観察したことを話し、 今でもこの研究の必要性は正当化できると言い切っ たことも思い出した。私は、看護が良くなってほ しいと思って研究をしているのだから、自分と同 じ看護師を欺いてまで誠実なデータを得る必要は ないと思った。また昨年のワークショップで実践 をしている看護師さんから、「私たちは研究者が 観察しているからといって何も困ることはない。 私たちは自分が行っているケアに自信を持ってい る。参加観察の目的をもう一度説明すべきだ。」 というアドヴァイスももらった。

結局、病棟師長に相談して時間を提供してもらい、病棟にいる目的、フィールドノートの作成、許可なくデータを使わないことなどを説明した。それ以降も、特に参加観察環境として変化はなかったが、どのようにフィールドに入るべきだったかを考えさせられた。

私はコロラド大学の博士課程の学生と教員、同 窓会のメーリングリストに登録をしているので、 参加観察をどのように実施しているかを尋ねた。 数名から返答があり、研究開始前に各々の看護師 に研究目的などを書いたメモを配る、あるいはナー スステーションに研究目的や参加観察について説 明したビラを貼るというものが多かった。誰かに 話したから,それが伝わっているはずという考え 方を捨てるべきだというアドヴァイスもあった。 フィールドに入るための許可をもらうこととは別 に、研究参加者になる人に研究を周知する方法を 考えるべきであった。データ収集を開始する直前 の博士課程の学生は、自分が使用する予定の4種 類の研究同意書を送ってくれた。それは地域看護 センターに関する研究のためのもので、成人患者 用,10代の患者用,医療覚事者用,看護管理者用 があり、看護管理者用には参加観察の内容が詳し く書かれていた。例えば「患者カルテを見たり分 析したりしない。クリニック職員の評価をしない。 クリニックではその場の状況,壁のポスター,1 ■の患者の流れを観察する。クリニックの年間報 告書の閲覧を実施する。」などで、実施する内容 では、看護部長が研究に協力するのに必要な時間 が記載されていた。私は依頼時に「基本的ケアを 実施する中で看護師とその他の人々の相互行為を 観察し、フィールドノートを記載する。フィール ドノートは病棟では書かずに、その場に自然に参 加することで看護師の仕事を妨げないようにする。」 という説明をしたのみであった。自分の参加観察 においても, どのようなことをするのか, どのよ うなことをしないのかを開始前に明らかにすべき

であった。

看護師に関する研究では、通常看護師はクライ エントより観察者の存在に敏感であり、観察され ることで自分たちのケアを評価されるという脅威 がある。したがって短期間の観察では、観察され ているという事実のためにデータをゆがめる可能 性があるので、データを集め始める前に、看護師 やクライエントが研究者の存在に慣れる必要があ るがと指摘されている。私の研究では、場に慣れ るための期間と具体的なデータ収集の時期を区切 れず、研究者としての役割を明確にしきれなかっ たという反省がある。研究者が場に慣れ、フィー ルドの人たちが研究者に慣れるための期間におい ても、研究者としての役割を明確にすることは難 しいと思う。しかし研究のために病棟にいるとい うことは、研究者として受け入れられなければな らないということである。

2. 参加観察のジレンマ:看護師として介入する こと vs. 研究者として介入しないこと

参加観察を実施する中で、看護師であるために 生じるジレンマがある。目の前で展開される状況 がわかりすぎるために、手を出すこと、口を出す ことになる。看護に対する看護師の信念や、その 信念がケアの提供に及ぼす影響に焦点を当てた研 究では、研究者による介入は望ましくないし、妥 当性に深刻な脅威を及ぼすものとなる?。研究者 としては、結果の確実性を高めるために介入をし ないことが必要となる。しかし研究に脅威を与え ることがわかっていたとしても、看護師として可 能な介入を控えることは研究者としての倫理の問題がある。

上記の文献を読んで思い出した場面がある。目 動が始まってすぐに亡くなった患者さんの死後の 処置に受け持ち看護師と一緒に行ったとき,家族 は入院のタイミングや主治医の対応への不満を繰 り返し述べた。一緒にいた看護師は,真剣に話を 聞いていたが何も言わないので、私は家族が今までやってきたことを後悔してほしくないと思ったし、この場で看護師として発言することが重要だと感じた。そこで私は、「自宅療養をしたかったこれで、入院のタイミングも私は良かったと思う」という発言をした。その後、家族の話は主治医の不満ではなく、生前の患者さんの思い出話に変わった。私は1人の看護師として必要なケアをしたと思うが、研究者としては参加観察の状況を壊してしまっている。看護師の発言をもっと待つべきだったかもしれない。また自分が介入した後で、その状況をどう捉えていたかを看護師に聞くことも必要だったと思う。

看護師として介入するかどうかについては、もっ と深刻なケースも考えられる。例えば参加観察中 に、明らかに不必要と思われる抑制が実施される のを見たらどうするか。看護師であるからこそ, 参加観察の場面で気づいてしまうことはたくさん ある。あらゆるケースを想定することは不可能で あるが、基本的に自分はどのように行動するかを 考えておく必要がある。おそらく私は,看護師と しての介入を選ぶだろうと思う。このことで大切 なことは、そのようにして収集したデータの限界 に気づいていることだろう。研究者としての役割 と看護師としての役割を切り替える必要があるが、 それに規則はないので、どうすることが望ましい のかを各研究者が考えるしかないが。どこまで研 究者として介入せず、どこから看護師として介入 すべきなのかは非常に難しいと思う。看護師とし て介入することで研究をあきらめるのでない限り, この問題は避けられない。

看護師を対象とした参加観察に患者の同意は必要かという質問を受けたことがある。結論から言うと、基本的には不要だと考えている。私の研究では、フィールドノートに患者の具体的情報は記述しておらず、それらは研究データに含まれてい

ない。看護師のあらゆるケア場面を対象に参加観察をする場合、その場面に登場する全ての人から同意書を取ることは現実的に不可能であるし、また必要とも思わない。しかし、参加観察の対象になる場面が、研究される人を脅かす領域とされている性的な問題や死別を取り巻く事柄などの個人的な経験に深く関わる場合が、例えば堕胎手術のような場面は、看護師を観察するからと言って、患者の許可を得なくても良いということにはならないだろう。

3. 面接での倫理的ジレンマ:研究者として行動 すること vs. 看護師として行動すること

私はこれまで数十人の看護職者の面接を行った。 話の内容に感動して私自身が涙ぐんでしまうこと はしばしばあったが、一度だけ被面接者が泣き出 したことがあった。他の質問の時と同じように何 の躊躇もなく話し出されたが、それは自分のケア が原因で患者が亡くなったと本人が思っているケー スだった。面接の中断はしなかったが、研究参加 者が話したいと思う部分だけを聞くこととし,質 問は一切しなかった。「私がその場の看護師であ れば、全く同じことをしたと思うし、看護師とし てあなたの辛さが痛いほどわかる」ことを伝えた。 研究者としては、 もっと知りたいことがあったが、 看護師として必要な援助をしたことに満足してい た。しかしデータ分析を開始して、充分なデータ がないことが残念に思えたと同時に、自分の判断 は正しかったのだろうかと考えるようになった。 面接を受けている人たちが何らかの■難な状況に いるとき、看護師としてケアしようとするのはご く自然なことであるが、その反応の仕方によって、 被面接者がさらに状況を明らかにしようとするこ とを思いとどまらせたり、面接の方向を変えてし まったりする™と指摘されている。私の反応が被 面接者の話に影響を与えたことは否定できない。 例えば「そんなに辛い体験をしても, 看護師を続 けてきたことは偉いと思う。」という私の発言は、 研究参加者の仕事を辞めたかったという葛藤を話 すことを思いとどまらせてしまったかもしれない。

前述のメーリングリストにアドヴァイスを依頼したところ、2つの助言を得た。1つは、面接中に研究参加者が泣き出すようなことがあれば、面接を中断し、数目待って面接を継続したいかどうか聞くというもので、もう1つは、面接を中断し研究データとして扱わないというものであった。面接を中断すべきだったかどうかを考えたとき、この研究参加者は家庭の事情で退職が予定されていて、数年前の辛い出来事を1つの区切りとして話したかったのではないかと感じたことを思い出した。面接の中断と言うよりは、録音の中止は提案すべきだったと思う。そして落ち着いたところで、研究を継続したいかどうかを聞くべきだった。

面接によって生じる倫理的ジレンマは予測が難しいが、研究者は微妙な出来事や利害の衝突の危険性に気づいている必要があるい。これは本当に難しいことだと思う。どのように対応すべきかといったマニュアルは存在しないし、面接で話される内容も予測できない。研究参加者が秘密を話そうとするとき、それを研究の一部として良いのでなければ、話すことを思いとどまってもらうべきだいという主張はもっともであるが、その秘密を話すこと自体が研究参加者に意味があるなら、研究者としてではなく看護師として話を聞きたいとなるは思う。質的研究における研究同意は、常に進行形で考えなければならないと学んできたが、面接前に研究参加の同意を得ても、それでは充分でないことを実感する経験だった。

この面接の中断,あるいはデータとして扱わないことには,もう1つの倫理的問題があると思う。もし全ての面接で同様のことが起り,研究者の判断によって面接が中断されている場合,研究参加を依頼し,それに同意をしてサインをもらっているのに研究が成立しなくなる。そのことに倫理的

問題はないのだろうか。この疑問は、博士課程の学生が送ってくれた研究同意書の一文で解決された。私はこれまで、研究参加の取り消しとして「あなたは、いつでもこの研究への参加を取り消されても、特別な利益あるいは不利益をもたらすことはありません。」という文章を使用していた。博士課程の学生が送ってくれた研究同意書には、次の一文が追加されていた。「調査者が研究への参加を取り消して頂くことが望ましいと判断した場合には、研究を中断することもあります。」というものだった。現在では、この一文を追加した研究同意書を使用している。

その他に面接結果の扱いで気をつけていることは、引用がその個人を特定する恐れがある場合には、出版前に本人の許可を得ることである。また発言そのものを概念とする場合にも、本人の許可が必要だと考えている。

Ⅳ. おわりに

研究をするときには、それを実施することとまとめることで頭がいっぱいになってしまう。大きな問題が起こらない限り、倫理的な問題を含めて、研究プロセスを振り返ることがないように思う。昨年、今年とこの学会から研究倫理について考える機会をもらって、文献を読み、自分が実施してきたことを振り返ることで、今まで気づいていなかった自分の研究の倫理的課題が見えてきた。その中では、自分自身の研究者としてのあり方を反省することが多く、辛い思いもしたが、そのことは自分の学びになると信じている。研究結果だけを重視するのではなく、研究プロセスを見直すことの大切さを学んだと思う。

倫理的な問題は、本当に難しいと思う。複雑な看護現象の研究を妨げるような厳しすぎる倫理モデルに覚うことには問題があると思っている。しかしどのような倫理的問題も、ある程度の正当性

看護研究における倫理的課題

を持って正反対の立場を擁護することができる。 倫理コードやガイドラインは、研究中に生じる倫理的ジレンマを解決してくれるものではない。10 年以上先輩である人からのメールに次のように書かれていた。「自信は経験について来る。自分の直感を信じ、研究を継続することで、自分自身が納得できるアプローチを確立することができる。」このことばを信じて、1つ1つの出来事をしっかり考え、問題にぶつかったときには同りの人と対話をすることで、自分自身の倫理ガイドラインを持てるようになりたいと思っている。

文 献

- 1) Herdman, E.: Reflections on "making somebody angry", Qualitative Health Research, 10(5), 691-702, 2000.
- 2) Ramcharan, P., & Cutcliffe, J. R.: Judging the ethics of qualitative research: Considering the 'ethics as process model', Health and Social Care in the Community, 9 (6), 358—366, 2001.
- 3) Wang, C. H., & Huch, M. H.: Protecting human research subjects: An international perspective, Nursing Science Quarterly, 13 (4), 293-298, 2000.
- 4) Gregg, F. M. & Magilvy, J. K.: Professional identity of Japanese nurses: Bonding

- into nursing. Nursing and Health Sciences, 3(1), 47-55, 2001.
- 5) Punch, M: Politics and ethics in qualitative research, In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S (Eds.): Handbook of qualitative research, 83-97, Sage, 1994.
- Field, P. A.: Doing fieldwork in your own culture, In Morse, J. M. (Ed.): Qualitative Nursing Research, 91-104, Sage, 1991.
- 7) 前掲書6).
- 8) Roper, J. M. & Shapira, J.: Ethnography in nursing research, Sage, 2000.
- 9) Lee, R. M. & Renzetti, C. M.: The problem of researching sensitive topics: an overview and introduction, In Renzetti, C. M. & Lee, R. M. (Eds.), The problems of researching sensitive topics, Sage, 1993.
- 10) Lipson, J. G.: The use of self in ethnographic research, In Morse, J. M. (Ed.): Qualitative Nursing Research, 73-89, Sage, 1991.
- 11) Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D.: Ethics in qualitative research, Journal of Nursing Scholarship, 33 (1), 93-96, 2001.
- 12) Munhall, P. L.: Ethical considerations in qualitative research, Western Journal of Nursing Research, 10 (2), 150-162, 1988.

◆教育講演Ⅱ◆

質的研究の方法論を問う

~グランデッド・セオリーに焦点を当てて~

立教大学社会学部 木 下 康 仁

1. 基本的な視点

質的研究あるいはグラウンデッド・セオリー云々という以前に、まずもって確認しておかなければいけない3点について簡単に触れておきます。1つは、そもそも研究とは何のための活動なのかという、研究活動の目的をめぐる問題です。研究が当然のようにするものになってしまったり、場合にければいけないものになってしまったり、場合によっては苦しみながらするものになったりするのでは、これはもう悲喜劇としか言いようがないわけでして、研究とは大変ですけれども社会性のある非常にクリエィティブな作業です。

ただ、個々の研究の目的を考えるときに、科学 の発展とか人類の幸福のためであるといった大き なとらえ方をする必要はありません。研究一般に ついてではなく, むしろ個々の具体的な研究につ いて、それが何のための活動であるのかを問うの です。そのためには、適切な問い - research question のことですが-が立てられているかど うか、つまり、探求に値するだけの意義のある問 題が発見できているかどうかを検討するのです。 研究の結果を問う前にまず問いの適切さ、意義を 問うべきであります。自分が研究する場合もそう ですし、他者の研究について評価や査読をすると きにも, そもそもその研究が何を明らかにしよう としたのかを評価することが目的の確認になりま す。適切な問いを立てることによって、その研究 は社会的現実との間に位置づけられるのです。こ

れは当然のことのように思われるかもしれませんが、研究活動が一般的になったために「方法」と「結果」に注意が向けられ、「問い」自体を評価することは非常に希薄になっていると考えておりますので、最初にこの点をあげました。

2点目は、これはわれわれ自分を振り返るとわかりやすいと思いますが、リアリティ感をもって社会的現象が理解できるのは、その人、その人のものの見方がベースにあって成り立っているということです。認識論であったり、あるいは特有の理論的な立場(perspective)であったりするのですが、これは一朝一夕に身につくものではありません。それなりの時間と学習努力が必要で、例えばこの訓練を一番システマチックに行うのが大学院になるでしょう。

問題を「発見」し、それを探求していく作業と努力がない限り、理解できた、わかった、という経験も当然あり得ないわけでして、この重要さを強調しておきます。通常、登量的研究法であるとかは、その人の認識論に基づいて位置づけられています。だから、極端に言えば、多変量解析をもっぱらしているのであれば生データを行列表にまで落として初めて自分としては現実に対面することができるという立場もあれば、対照的に、そもそも人間の複雑な現象を数値に置きかえられること自体不可能かつ無謀であり、現象の複雑さをそのままに理解できるよう詳しいデータとその解釈こそがリアリティをもた

らすという立場があり、われわれはこの両極端の 間のどこかに自分の立場をもつわけです。

3点目は、実際の個々の研究においてはやはり 具体的な方法を用いるわけで、そのとき何を使う のかという技法とテクニックが問題になるレベル です。

改めて言わなくても皆さんご存じのことですが、 あえてこの3点を提起したのは、質的なデータを 使って研究するときには、それぞれの研究におい てここに挙げた3点を確認できなければならない し、他の人にも伝えられなければいけないからで す。自分の研究に対して意識的 (reflective: 内 省的)になるということであり、そうすれば言語 化もできます。自分の経験を振り返ってみれば、 当たり前のことが実はいかに大変か理解できるで しょう。とりわけ、解釈という作業は、技術とか テクニックの面だけで成り立つものではそもそも ありません。データから意味を読み取る側の人間 の問題意識がどのくらいしっかりと組み立てられ ているかによって、解釈の結果は大きく異なりま す。質的な研究においては、この3点が個別の研 究の中で常に問われてくるということ, 換言する と、質的研究への批判に対してここが最大の防御 壁となることをまず確認しておきたいと思います。

2.「質的研究」のまぎらわしさ

ここ数年、質的研究についての関心が非常に高まりを見せてきていて、とりわけ最近ですと、社会学、あるいは看護は言うに及ばずだと思いますけれども、ソーシャルワーク、介護、臨床心理、それから教育学での活動がとくに活発なようです。ただ、質的研究という言い方自体にまぎらわしさがあります。質的研究という表現は数量的研究を準拠点にして用いられている。数量的な研究の枠組みの中での質的な研究の伝統的な位置づけは研究がまだ十分なされていない問題や社会現象に関して、探索的、問題発掘的な調査が必要なときに

用いられるべき研究法となります。数量的方法が 展開できる準備として仮説形成などが期待されて いる場合です。これは貧属的(あるいは、残余的) 規定です。

一方、近年の質的研究法への関心の高まりは別のところに端を発しています。高度なデータ解析法が駆使されても、その結果が現実の問題や現象を説明するには不十分であるという、現在の高度化した数量的研究への批判あるいは優界認識から始まっている流れがある。とくに実践的課題に取り組んでいる研究者はこのタイプが多いと思います。少し先走りして言えば、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、必要に応じてGTAと略記)、とくに私が提案する修正版の独自性は、実践との関連性を重視しているので、この部分の要請に応えうると考えています。

さて、どちらの方向からの質的研究への関心で あれ、そこで問題になるのは質的研究という捉え 方は数量的研究との対比で、言わば外側から定義 がされているということです。質的研究の中身, 内側からの説明にはなかなかならない。 つまり, では質的研究とは何かという問いに対して, 明確 な理解が困難な状況があります。質的研究の重要 性を主張している人たちにしても実際のところは かなり幅があり、数量的研究方法の認識論に近い 立場を取る人たちから、そういう立場とは原理的 に櫃入れないような立場の人たちまでが含まれて いると言えます。したがって、最大公約数的に言 えば、質的研究とは質的データ(通常は面接記録 や観察記録など言語化されたデータ)を用いた研 究であり、その分析法は一般にコーディングの仕 方をめぐって多岐にわたる、となるでしょう。ち なみに、この中にはコンピューターを用いた分析 (CAQDAS: Computer-Assisted Analysis of Qualitative Data と総称され、すでに数種類の ソフトが活用されている)も当然含まれます。

社会学においては、質的研究は伝統的な位置づ

けの意味で社会調査のひとつの方法とされている。 しかし、現在、さまざまな研究領域で質的研究の 個別的方法とされているエスノグラフィー、フィー ルドワーク、参与観察であるとか、あるいは理論 的立場も含むものとしてのエスノメソドロジー、 シンボリック相互作用論、現象学的社会学、構築 主義などは、社会学の中では個別に成立し、それ ぞれが独自の系譜と理論的な基盤をもって成立し ているので、とりたててそれらをひっくるめて言 うために、質的研究という表現を持ち出す必然性 はないわけです。

したがいまして、ここで我々が気をつけなくてはいけないのは、質的研究一般について語るということはむずかしいということです。質的研究の重要性を数量的研究法との対比で理解するときには意味があるけれども、実際に自分がリサーチをするときにどの方法が適切なのかという話になると、むしろそこは個別的な研究方法をそれぞれについて学ぶことが必要になってきます。

近年の質的研究に対する関心状況は、とりあえずこのようにまとめられるかと思います。その中でGTAは、どこに位置しているのかについて少し触れておきます。というのは、GTAはグレーザーとストラウスによって1960年代に提起されたときから「質的研究法」と説明されてきたこともあり、質的研究法といえばGTAのことだと思っている人がいるかもしれません。GTAはひとつの質的研究法ではありますが、すでに述べたように質的研究法にはいろいろなものが含まれます。これが一点目です。

もう一点は、最初に提示されたときからGTAにはある種のわかりにくさがつきまとっていたということです。そのわかりにくさとは、言い換えればGTAのユニークさでもあるのですが、現在に至るまでなぜそうなのかが十分理解されていないと思っています。すなわち、数量的認識論と非常に親和的な見方が組み込まれていながら、もう

一方では、シンボリック相互作用論のようなデータの解釈を重視する、あるいはその解釈を言葉によって名づけていくという~これが概念化の作業なわけですけれども~2つの側面があって、通常であればこの2つは相入れる性質のものではないにもかかわらず GTA では分析過程に両方が組み込まれているのはなぜか、という問題です。

私の解釈は、数量的な認識論との親和性はグレーザーから、象徴的相互作用論の影響はストラウスからもたらされたものであり、データを解釈して概念化をするところでストラウスの貢献があり、質的データを用いながらも数量的研究と同等の厳密さで分析が行える方法を考案しようとしたところにグレーザーの貢献があると考えています。したがって、GTAは最初から数量的研究と質的研究のちょうど接点に位置していたのであり、これ自体非常にユニークですが、反面危ういバランスで成立していたとも言えるのです。

グラウンデッド・セオリーとはどんな 理論か

グラウンデッド・セオリーとは、第一に、継続的比較分析法による質的研究で生成された理論と言えます。比較分析自体はとりたててどうということはないですが、GTA はこれを絶妙な形で組み込んで分析方法にしているところに特徴があります。 2 点目は、データに密着した分析から独自の概念をつくって、それらによって統合的に構成された説明図が分析結果として提示されるグラウンデッド・セオリーに当たるということです。

次に、社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明、ここがやっぱりキーワードなりますが、人間行動の予測と説明に関するものであって、同時に、研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内における説明力にすぐれた理論である。修正版 GTAでは方法論的限定という考え方をするのですが、

グラウンデッド・セオリーが対象とするのは、通常思われているよりは限定された狭い範囲になります。限られているけれどもその範囲内に関しては、人間の行動の予測と説明について十分な内容であるということです。強調したいのは、予測でして、人間の行動の何らかの変化と多様性を説明できるということであり、この点はとくに研究結果であるグラウンデッド・セオリーの実践的活用と当然深く関係してきます。

もう一点、これは最近余り強調されなくなっていますが、私はやっぱり欠くわけにはいかない重要な要素と考えていますが、グラウンデッド・セオリーは実践的な活用のための理論であるということです。提示された研究結果は応用されて、つまり、データが収集された現場と同じような社会的な場に戻されて、試されることによってその出来ばえが評価されるべきであるとする立場です。応用が検証であるという視点と、それから、応用する人間、~これは通常実務者が想定されるわけですけれども~、応用者が必要な修正を行うことで目的に適った活用ができることです。だから、提示されたものをただ機械的に当てはめるという意味での応用ということでは最初からないわけです。

今回は詳しく触れる余裕はありませんが、グラウンデッド・セオリーの理論特性としての4項目、すなわち、現実との適合性(fitness)、理解しやすさ(understanding)、一般性(generality)、コントロール(control)は、具体的場にいる応用者その人がその状況特性を考慮に入れつつ必要な調整や修正をおこなって「応用」できるためのものです。だから、理論のレベルは応用者による主体的な関与の余地を組み込んでいるのです。この「余地」の意味を理解できないと、結果であるグラウンデッド・セオリーの評価は適切にできないと言っても良い。

最初の本である『The Discovery of Grounded

Theory(データ対話型理論の発見)』では非常に明確に提示されているのですが、この点はその後余り強調されなくなったように思います。初期段階ではグレーザーとストラウスは研究者の役割とそれを応用する側の役割を明確に分けていて、前者は社会学者、後者は実務者を想定し、両者の関係というか責任を対等なものと規定していました。応用する側は、自分の場の諸特性を熟知しているし、そこで何が重要な問題であるかを判断できるので、必要な修正を施しながら提示されたグラウンデッド・セオリーを活用していけるであろうという前提的立場にたっていました。したがって、応用する側と理論をつくった側とは半々の責任関係となる。この立場は現在においても非常に重要な意味を持っていると思います。

4. グラウンデッド・セオリー・アプロー チの4タイプ

現在、GTAは4つに分化した形になっており ます。時間の流れに沿って分かれるのですが、言 うまでもなく最も重要なのがオリジナル版で, 1960年代にグレーザーとストラウスが提示したも のです。ただ、『The Discovery--』の本は内容的 には明確に社会学を意識したものであって、彼ら が提唱する質的な研究の意義を社会学の研究展開 の文脈の中で議論しているところに特徴がありま す。GTA の基本となる重要な考え、研究につい ての前提的立場などはだいたい論じられているの ですが、具体的な分析方法とその説明は十分とは 言えません。それゆえ、彼らはその後単著の形で それぞれにこの部分を明らかにしようとしたので す。オリジナル版の特徴は、GTA を新しい研究 法として大きく確立するところにみられるのであ り、また、先ほど述べた GTA 特有のわかりにく さがありました。

このわかりにくさは私にとっても不思議な印象として残っていたのですが,これが理解できるよ

うになったのが1990年代始めの展開であったと言えます。その契機は1990年にストラウスとコービンの其著で刊行された『Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technique (質的研究の基礎)』で、便宜的にこれをストラウス・コービン版と呼びます。

一方, この本に対してグレーザーが1992年に対抗出版した『Basics of Grounded Theory Analysis: Emergence vs. Forcing』と, それ以前にグレーザーが単著で発表していた著作(『Theoretical Sensitivity』 1978)を合わせて, グレーザー版と呼びます。

先ほど述べたように、ものの見方、認識論にあ たる部分は研究者によってだいたい■まっている ものなので、~通常、大学院時代にその基盤を形 成するものです~、グレーザーとストラウスに関 してはわかります。数量的研究法をもっぱら用い ている人が質的,解釈的研究を行っても,その逆 であっても, 使用する方法論が違ってもこの部分 がぶれるということはまずない。ところが、スト ラウス・コービンの著作を読んだ限りでは、記述 内容の基本にあるはずの認識論的な立場がいまひ とつよくわからないという印象をもっています。 つまり、本来、ぶれることはないだろうと思うと ころがぶれているのは、一体なぜだろうという疑 問であります。それはまたグレーザーが、なぜ感 情むき出しのような形で対抗本を出したのかとい う疑問とも関係してきます。これも読まれるとわ かりますが、グレーザーの名誉のためにはもう少 し時間をおいて、トーンダウンというか感情をお さえてから出版した方がいいような記述が多い。 しかし、なのになぜ彼はそうした対抗本を出した のかを考えると、グレーザーにしてみると、 GTA のかけがえのない何かが脅かされてしまう ような、そんなものを感じたのではないかという 気がいたします。

いずれにしてもストラウス・コービンとグレー

ザーの間で抜き差しならない対立が起きてしまったのです。結果、どちらが本物かという正統性をめぐる混乱状況となり、その後ストラウスが死去したこともあってデッドロックとなっています。 GTAにとってはなんとも不幸な展開ではありますが、私自身はこうした状況が起きたことによって、当初からモヤモヤとしていた部分がみえてきて、みえてきたことによってオリジナル版に立ち返りその善さを活かす形で、そして、もう少し実践的な展開ができる方法に考えられないものかという思いに至りました。それが修正版と呼んでいるものでして、4タイプのひとつと考えています。

では、修正版の基本特性は何かというとまず、 grounded on data, データに基づいた分析であ ること, 実証性~論理実証主義の実証 (positivism) ではなく経験的 (empirical) の意味ですが ~であるということで、この2つはグレーザーか ら学ぶべきものです。次に、深い解釈とその意味 を凝縮表現、つまり名付けることの重要性はスト ラウスから学ぶべきことであって, 応用が検証と いう点は彼ら2人がオリジナル版で強調している ものです。さらに、グレーザーとストラウスがそ れぞれに、また、ストラウスとコービンも、分析 方法を示しているのですが、私には複雑になりす ぎてしまい理解をむずかしいものにしていると思 われるので、エッセンスに絞って分析方法を簡略 化し独自の技法を取り入れました。これが、修正 版です。

5. どんな研究に適しているか

GTAが適している研究についてですが、まず、ヒューマンサービス領域が挙げられます。この方法が強みとしているものと合致しやすいからです。そこでは当然人間の社会的相互作用としてサービスが提供されるとともに、現実に問題となっていることが何であるかということがわかりやすいし、その解決に、つまり実践的に研究結果を戻してい

くということが可能であるし、また期待もされている。

もう一点は、研究対象としている現象がプロセ ス的な特性をもっている場合です。これが結構重 要でして、先ほど人間の行動の予測と説明という 言い方をしましたが, 人間と人間が一定の社会的 状況下、条件下でやりとりをするヒューマンサー ビスにおいては、健康問題であれ、生活援助の場 合であれ、教育であれ、サービスを提供する側と そのサービスを受ける側という相互的関係が、何 らかの形で始まって展開していって, 所定の目的 が達成されていったり、いなかったりというよう に現象そのものはプロセス的な性格をもっていま す。簡単に言えば、ヒューマンサービス領域では 現象そのものがプロセス的性格をもっている場合 が一般的であるので、分析を成功させやすいので す。ただ、後述するように、現象のプロセス自体 が研究対象になるということではなく、プロセス 的特性をもつ現象を背景におきながら研究のテー マを設定すると理解してください。

6. 分析上の最重要点

次に、実際に分析する上で重要な点について述べます。やはり、データの解釈が一番重要です。解釈とは意味を読み取ることで、簡単にできる作業ではそもそもありません。質的なデータを一定の手順で進めていけば解釈になるかというと、そうではない。読み取る側の人間がいろいろ試行錯誤をしながらひとつの見方を採用していくという流れがあります。

そのダイナミズムをうまく表現したのがアブダクション(abduction)という言葉で、これは KJ法をつくった川喜■二郎氏も強調しているのですが、帰納的な方法(induction)や演繹的な方法(deduction)と違って、アイデアが自分の中で着想される、発想されることを指していて、ひらめきと言ってもよいでしょう。ここで重要な

ことは、そうした着想、つまり、ある程度の事柄をまとめて説明できるほどに意味が凝縮したアイデアは、データを見ていきなり出てくるということはまずない。解釈という行為はデータを単に整理してまとめていけばできることではなくて、意味を読み取るという、その読み取る側、解釈する人間の側に試行錯誤の作業があって成り立つと言えます。

実際の分析に当たっては、 理論の生成よりも grounded on data が優位であるということです。 GTA はデータに密着した分析から理論を生成す る研究法として紹介されたり理解されたりしてい るのですが、優先順位からすると理論をつくると いうことは最初にはこない。最初にくるのは、デー タに基づいた分析であるということです。 つまり, そうした分析の結果としてまとまるのが独自の理 論であるという、そういう順序関係になります。 だから、第一原則はgrounded on data の分析と なります。言い換えると、そこさえ絶対外れない ように分析していけば一応の形で分析はまとまる ということです。逆にここがぐらついてしまうと, どのようなコーディング法を使って分析してもグ ラウンデッド・セオリーとは異なる可能性が高く なります。

第二原則は、生のデータよりも生成した概念が優位であるということです。概念ができたら、そのデータは捨ててもよい。では、データを最重要視すると言いながら、なぜデータを捨ててもよいのでしょうか。これは、なぜデータより概念が優位になるのかと同じ問題です。概念をつくったら、後に論文で例示用に使うデータ部分を除けばデータは捨ててもいいということの意味は、そこで生成された概念は、その概念が着想されるもとにあったデータの当該部分を具体例として説明できるからです。Grounded on data の分析をすることによって、安心してデータを捨てられるのです。言うまでもなく、捨てるといってもゴミ箱に本当に

捨ててしまいなさいと言っているわけではなく、 データから分離して、視点をデータから生成した 概念へと切り替えることを強調しているのです。 ですから、先ほど述べた、意味を読み取る行為と しての解釈が重要なのは、この分離が分析者によっ て一定の確信をもってできるかどうかに関係して くるからです。この点を意識するために、データ を捨てるという言い方をします。

もう少し説明すると、質的データをどのように扱うにせよ、コーディングの基本特性とはデータを解釈してコード(code)に置き換えていくということと、コードは元のデータとの関係がたどれる(retrieval)ようにしておくことの2点に集約される。どのタイプのGTAであっても、あるいは他の質的研究法であっても、この部分は其通しているのであって、その具体的なやり方に関して違いが見られるのである。例えば、逐語化した面接データの頁の右側に欄外スペースをとり、データからコード化(一次コード)したものを記入し、さらにコード間の関係から新たなコード(二次コード)にまとめていく形があります。このやり方では、頁は横方向に広がっていきますが、上で述べた2つの基本特性は確保されています。

修正版 GTA では基本特性はむろんおさえているが、コーディングの方式は独自のものをもっています。この部分は後述するので、ここでは、解釈を重視することでデータとの分離を明確化すること、生成した概念と概念の関係から分析結果をまとめることを確認しておきます。したがって、この方法では度数的な結果表示というのはそもそも成り立たないのです。類型化してどのタイプが何人であるとか、頻度がどのくらいだったかということは分析結果の中には入ってこない。

7. 研究テーマの設定と分析テーマの設定

さて、次に実際に研究をしていく流れに沿って 説明します。まず、研究テーマを設定します。こ れは通常、博士論文や修士論文の研究計画書や、 助成金の申請書と同じことですが、修正版 GTA では一般的意味以上の重要性をおいています。研 究の評価と関わってくるからです。

ストラウスらのモノグラフを読まれた方はおわかりのように、結果として提示されるグラウンデッド・セオリーは読み物のように読めるし、その領域に詳しい人から見れば、すでにわかっていることをあれこれ羅列的にまとめたもののように思えてしまう。そんなことはすでに知られていることではないか、これで分析結果と言えるのかといった反応も珍しくない。投稿論文の査読でこのような指摘を受けると、人によってはギクッとしてもうだめではないかと落ち込んでしまう。

もちろん批判に耐えられない出来栄えの場合も なくはないでしょうが、GTA による分析であれ ばこれは当然のことなのである。Grounded on data, データに密着した分析であるから、すで に理解されていることがいろいろと組み合わさっ て出てくるのは当然であって、そのことは分析が 適切に行われたひとつの証左と言えます。なぜな ら、データに基づかない解釈を、勝手にしていな いからです。ただ、それだけでは十分ではない。 そこで重要となるのが、その研究が何を明らかに しようとしたのか、その意義は何であったのか、 そして既知の事柄を含みつつも, 分析結果である グラウンデッド・セオリーはどのような新しい, オリジナルな知見を提示できているのかを示せる ものでなくてはならない。冒頭で問いの適切さを 積極的に評価すべきだと述べたが、そのことはこ こと関係しているのである。つまり、こうした点 を明確に示すためには、 胃いが適切であり、かつ、 結果もヒューマンサービス領域であれば経験的知 識の再編成に寄与できる内容であることが求めら れる。

ところで、研究テーマは比較的大きかったり、 意義の点が強調されたりするため、そのままデー タ分析のテーマになりにくい場合がある。とくに データに密着した分析, つまり, データに即して 解釈が進められるためにはテーマを絞り込む必要 がでてくる。それを, 分析テーマと呼ぶのだが, 分析が軌道に乗るかどうかを大きく左右するのが この作業である。

分析テーマの設定には、最初は「~プロセスの研究」というようにプロセスの文字をわざわざ入れてみるとよい。分析で明らかにしようとするのは断面的なことではなく、何らかの動きをもった現象(社会的相互作用における人間行動の予測と説明をめぐって)であるわけだから、それが何かはもちろん始めはわからないのだが、なんらかの"動き"を明らかにしようとしていることをこうして意識化しておくことが大事なのである。なかなか説明しにくい点であるが、grounded on dataの分析のためにはデータとテーマとの距離の確認が大事であり、その調整はデータをテーマに合わせるのではなく、~これが、グレーザーがもっとも減めていることである~、テーマを再調整するのである。

8. 分析ポイントとデータの質

修正版 GTA では分析テーマとともに分析ポイントを決めるのであるが、分析ポイントとはデータの解釈のときに特定の人間に焦点をおくということです。通常はインタビュー対象者となります。この後、修正版ではデータの切片化はしないという話をしますが、切片化せずにデータを解釈するのは先ほどから言っているようにかなり重労働であり、解釈を推進させるために分析ポイントを設定する。ただ、どの場合であってもひとりの人間に焦点をおかなくてはならないのではなく、最初はそうした方が分析を確実にしやすいと言う意味である。特定の人ではなく、二者間の相互作用自体に焦点をおく場合もある。

分析ポイントを決めるのは、研究目的と密接な

ことだから、ごく自然に行われる。必ず誰かひとりの人間に限定しなくてはならない理由はないが、最初はひとりに絞った方が解釈は順調に進みやすい。これにより分析の焦点がはっきりするから、分析から生成する概念がその人の行為や認識や感情、それらに影響を与える背景要因といった形で一定の幅におさまってくる。しかも、こうして分析された結果は他の人にとっても理解しやすいし、実践に応用する場合にも、例えば患者に焦点をおいた結果は患者と関わるナースにも理解しやすいので、GTA の特性を活かすことにつながる。

データについて少し触れておくと, 分析もさる ことながら自分のデータが十分なのか心配する人 が結構います。データがちゃんとしていないと分 析もできないのではないかと考えるからです。し かし、GTA はオリジナル版から一貫してデータ に関しては非常に柔軟な立場をとっています。簡 単に言えば、データについてそんなに心配する必 要はない。面接であれば、主要な質間項目を準備 しておきそれらについて相手がだいたい 1 時間か ら2時間ぐらい自由に、自分のペースで話してく れれば大きな問題はないと考えてよいでしょう。 むろん、研究目的や対象者の特性によってはもっ と限られた形でのデータになることもある。 GTA ではデータの分析と並行してデータ収集を していったり、あるいは、数人分のデータがまと めて収集されている場合にはその中で、理論的サ ンプリングにより次の分析データを決めていくの で、仮にデータに不十分な部分があったとしても それが分析上重要であれば、いずれどこかで確認 できるということです。

先ほど、grounded on data の分析が最重要で、次に解釈から概念を生成したら今度は概念が重要でデータは捨ててよいという話をしたのであるが、分析は概念を中心に進められる。その際、生成した概念に基づいて対極と類似の両方向での比較により新たなデータが求められていくのであるから、

収集すべきデータは自ずからみえてくるのである。 だから、データ自体についてあまり神経質になる 必要はない。

9. 概念の生成法

では、分析の一番中心となる概念のつくり方について次ぎに説明します。グレーザーやストラウスらはデータと概念の間に、コード、プロパティーなどの用語段階を入れていますが、それぞれの判断がむずかしく複雑な作業となるので、修正版ではデータの解釈から直接概念を生成することにしています。先ほど述べた、データから概念をつくり、そしてデータを捨てるという、まさにその作業に分析者のエネルギーを集中するのです。これは解釈重視のコーディング法で、後述するようにコーディングを段階的に進めるのではなく、概念の説明力、説明範■に応じて上下両方向への包括関係に調整していくのです。

データの解釈にあたって重要なのは、簡単に概 念を創らないことです。ひとつの解釈ではなく, データをみながら幾通りかの解釈を検討する。そ うすることで、概念の独自性がはっきりします。 詳しくは分析ワークシートのところで述べるが、 必ず記入しておく。簡単に概念をつくると、概念 の意味の検討が十分でないままに、そこでデータ から分離してしまうからです。コーディングのむ ずかしさでもあるが、一次処理的にコード(概念 と呼ばないとして)に置き換えても、そこから先 はデータではなくコードからさらに解釈を進める ので、grounded on data というには不十分になっ てしまう。だから、説明力もはっきりしないよう な形にデータが置きかえられてしまう。平板なも のがたくさんできてしまう。そういうコード(概 念)を幾らつくっても、その概念によって何かを 説明的に組み立てていくということはむずかしい。

むしろ、簡単に創らず、ひとつの概念が現象の多様性を一定程度説明できることを確認して、概念化した方が有効であると考えています。実際起こり得る事柄の多様性をひとつの概念が説明できなければ、分析力は余りないと考えるしかないわけです。

次に、修正版ではデータの切片化はしません。 データの切片化というのは、私の解釈ではグレー ザーのそもそもの間題意識, つまり, 質的データ を使いながらも独量的な方法と同じ厳密さで分析 し、それによってデータに基づいた理論を構築し ていくという彼の問題意識を具体化する技法と言 えます。つまり、分析の厳密さを担保するために 導入された方式だと思います。これはこれでコー ディングのひとつのやり方である。しかし、デー タを一語,一文節,一行と細分化してその意味を 検討する作業は、ショットガン(散弾銃)を撃つ ようなもので、当然解釈が拡散してします。拡散 したところから関連性をたどりながら収斂化させ るわけですが、そこの切り替えを行うのは相当大 変な作業で、ここを突破できないと失速してしま うでしょう。どうしていいかも、どうなるのかも わからず、途方にくれてしまいます。

修正版 GTA が強調するのは切片化の方向での厳密さの重視ではなく、研究者の問題意識に忠実に、データをコンテキストでみていき、そこに反映されている人間の認識や行為、そしてそれに関わる要量や条件などをていねいに検討していくやり方です。したがって、データを見ていくときに、ある切片から概念を創ることもあれば、1ページ、2ページにわたって述べられている事柄をひとつの意味として解釈することもあります。

考えるわけですが、その概念によって説明できるかもしれない他の場合を推測するときに、ざっと全体に目を通しておけば他にどのような具体例があるかを確認しやすいからです。

最初はデータのある具体的な箇所に着目し、それを一つの具体例とし、それ以外の場合をも説明できるであろう概念を創るのであり、その概念が有効かどうかはその後にデータをみていくときにどのくらいヴァリエーション、つまり他の具体例があるかによって判断されます。と同時に、たらな最初の概念であっても、その概念と関係しそうなのはどんな概念なのかも推測的に考えます。概念と概念の関係というのは、カテゴリーのレルを考えるということで、その先には最終的に明らかになるであろう、あるプロセスがイメージされ始める。つまり、「データ→概念生成」が主作業であるが、「概念→カテゴリー?」をも同時に考えてみる。こうした推測的、包括的思考を駆使していきます。

10. 分析ワークシートの作成

生成した概念は必ず分析ワークシートに記入していきます。1概念、1ワークシートであるから、概念の数だけワークシートもあることになる。ワークシートには、概念名、その定義、具体例であるヴァリエーション、そして理論的メモの項目があります。概念は単語かそれに近いものとなるので、そのときに解釈した意味はきちんと記録しておかないと忘れてしまったり、あいまいになったりするので、定義の形で短文にしておく。それにより、解釈の密度は一貫して維持していけるわけです。

最初に概念を創ったときにワークシートのフォーマットを用意し、それぞれの項目に記入していく。ヴァリエーションの欄には、当然、その概念生成の元になったデータの一部分が最初に記入されます。そして、定義とはならなかった他の解釈案が理論的メモの欄に入ります。この欄には、他にさ

まざまな疑問、アイデアなどを記入していきます。 分析を始めた段階では理論的メモはたくさんのこ とが入るわけで、言うまでもなく、まだ分析がど の方向に、どのように収斂していくか分からない ので、いろいろな場合が考えられるからです。ま た、反対例や類似例についても、どんどん記入し ていきます。

そして、概念を創るたびにワークシートを創り、 創ったら同時並行でそれぞれの概念ごとにヴァリ エーションや反対例を追加記入していきます。で きた概念すべてについて、この同時並行作業を進 めます。当然、概念と概念の関係についてもアイ デアが浮かぶので、そうしたことも理論的メモ欄 に書いていく。

ところで、理論的メモはワークシートの関連だけではなく、別にもうひとつ作っておき、そこには概念レベルとは違うアイデアを書き記しておく。分析ワークシートに話を戻すと、個々の概念の有望さはヴァリエーションをみて判断します。データをみていっても具体例があまり出てこなければ、その概念は見込みがないと判断し、対照的に、ある程度の多様性がそろってくると大丈夫ではないかとみるし、たくさんありすぎるようだとその概念をふたつに分けて概念化した方がよいかどうかを検討する。

複数の関連しあった概念のまとまりをカテゴリーと呼びますが、こうした方法で概念をだいたい10個か15個ぐらいまで創っていけば、概念相互の関係がだんだん見え始めてくる。概念と概念の関係がわかるということは、なんらかの動きを説明できる可能性があるということです。ここで重要なのは、データの解釈から生成される概念はどれるのではなくて、その中にはカテゴリー候補になるような概念も混ざっている場合が少なくないという点です。これは修正版 GTA の特徴で、順々に段階的にコーディングを進める方式と大きく異なり

ます。

換言すると、データからコードをつくり、次に コードから概念をつくっていくコーディング方式 では分析者は分析作業を外化して手順重視で進め るのに対して、修正版は grounded on data の原 則をぎりぎりまで維持しながら分析者自身におけ る解釈作業を重視する。そして、データから直接 概念を生成するので中間に構成要素の段階をおか ない。その方が説明力に優れた概念を生成でき、 また、そうした概念関係によって説得力のあるグ ラウンデッド・セオリーを提示できると考えるか らである。修正版の方式だと概念にバラッキが出 るのだが、上で述べたようにカテゴリー候補のも のをその方向で検討をし、一方、最初に概念とし て生成されたものがその後他の概念に吸収されて いくこともあるので、両方向での調整を進めてい ۲,

11. 分析全体の流れ

分析作業の全体を示したのが、図1のようになります。分析テーマと分析ポイントに照らして、データのある部分に着目しそれをひとつの具体例とし、かつ、他の場合をも説明できそうな概念を

考える。まず、ひとつ目の概念である。このひとつ目の作業が非常に大事で、時間がかかるものです。その理由は単に慣れていないということだけではなく、このときに分析テーマが研究者の問題意識を反映したものになっているかどうか、また、それとデータがgrounded on data の分析に適した距離にあるかどうか、解釈の深さがその研究者の場合どの程度になるかなどといったことを同時に見極めなくてはならないからです。スーパーバイズが有効なのは、このためである。だから、このときモデルとなる概念を創っておくと、その後自分で分析をするときに参考にできる。

まずひとつ目の概念を創る。データを見ながら、別の箇所に着目してふたつ目の概念を創る。3つ目、4つ目…と同じ作業が続いていきます。では、次々に新しい概念を創るだけでよいかというと、すでに説明したように、ひとたび創ったらその完成度をあげていかなくてはならない。つまり、新たに概念生成をしながら、すでに創った概念についてはヴァリエーション(具体例)をチェックしていく。しかも、ただ同じ例をみるのではなく、反対例もないかどうかみていく。どこに着眼していくかは、理論的メモで自分の考えを記録してお

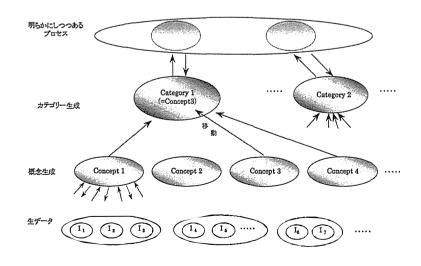


図1 分析のまとめ方

く。データをみながら、また、必要に応じてデータの追加収集をしながら、こうした作業をすべて 同時並行で行っていく。複雑でむずかしそうに思われるかもしれないが、概念ごとにワークシート にまとめていくので安心してできるし、分析が軌道に乗れば次々にいろいろなアイデアや概念相互 の関係が浮かぶようになっていく。ここまでの作業が、いわゆるオープンコーディングにあたる。

したがって、概念の関連であるカテゴリーはデータ全体に対して一通り概念生成を終えてから創られるのではなく、個別の概念生成をしていく中で浮上してくる。概念の相互関連がみえてくるし、先ほど指摘したように概念の中にすでにカテゴリー的な説明力をもっているものもある。図で「移動」としているのが、その例である。その場合には定義を含めワークシートをカテゴリーに適した内容に修正する。

この図ではあえてコアカテゴリー、分析結果全体をまとめる中核概念は入れてないのですが、コアカテゴリーでまとまる場合が望ましいには違いないが、必ずそうでなくてはならないのではなく、いくつかのカテゴリーの関係で結果をまとめる場合もあることを示すためにこのようにしてあります。カテゴリーを考えていくときに、図の下から上への方向と、上からの方向の両方から検討する。上下の方向の違いはあるが、ひとつを単位に推測的、包括的な思考である点では両者は同じである。

分析の終了に関して言われていることが、理論 的飽和化である。オリジナル版で提示されたもの で、今述べてきたような形で分析結果がまとまっ ていき、新たに重要な概念が生成されなくなった り、理論的サンプリングで新たにデータ収集して 確認すべき問題点がなくなったときをもって、飽 和化したと判断する。つまり、分析結果を構成す る概念が網羅的になって、相互の関係が確かめら れたときと言える。分析結果が内側から論理的必 然性をもってまとまってくることを指すのですが、

現実にはそれをきちんとやり切るのはむずかしい。 グレーザーやストラウスは内発的意味で理論的 飽和化を説明しているのだが、論理的必然性と言っ ても、範囲を広げていけばどんどん広がる話であ るし、その意味でこの概念自体相対的でもある。 したがって、研究者はどこかでデータの範囲を限 定的に設定する必要がある。データの範囲とか、 取り上げる対象者に関してどこかで限定を入れざ るを得ない。繰り返すと、修正版 GTA では理論 的飽和化を二つの点から考えるわけで、一方では 分析結果から立ち上がってくる部分の完成度とい う側面があり、それが本来の意味なわけです。そ れに加えて、結果のまとまりが論理的密度をもっ て成立し得るデータの範囲の調整も行うのであり、 このバランスで理論的飽和化を判断してよいとい う立場である。喩えで言えば絵を描くときに最初 用意したキャンバスに完成された絵を仕上げる場 合もあるし、絵の出来栄えによってはそれに適し た大きさのキャンバスにすることもあるというこ とです。

実際のところその方が研究論文のサイズに合い やすい。広げれば大きくなる性質のことであるか ら、全部をまとめようとすれば誇張ではなく単行 本のサイズが必要になってします。ただ、研究論 文で扱えるのはかなりコンパクトな内容となるの で、せっかく創った概念やカテゴリーなど分析結 果で残ってしまう部分がでてくる。これらは、最 初の論文と関連させて, 第二論文へと発展させて いく。ひとつの研究で最低ふたつの論文を書くこ とを強調している意味がこれである。ふたつ書く 意味は、字数制限という現実的な理由だけでなく、 GTA の分析とは論理的な判断で分析をまとめて いくのであるから相互に密接に関連しつつも独立 して成り立つ論文を書くことで分析者が判断に要 請される論理性と相対性を身につけることができ るからである。例えば博士論文であれば、いくつ かの関連論文を中心にして構成することになる。

この考え方でいくと最初の論文は比較的まとめやすいはずです。そこで切り落としてしまった部分を中心にふたつ目を書いて初めて、恐らくグレーザーたちが当初考えた理論的飽和化に近いところまで作業したことになるのではないかと考えています。

なお、分析結果を確認するために論文執筆に入る前にストーリーラインを書く。これは、分析結果を生成した概念とカテゴリーだけで簡潔に文章化することです。これも非常に重要な作業で、分析結果として自分が理解したことと、それを記述することとは実は同じではないからである。書くこと自体も解釈であり、最後の分析であると言える。自分の中では結果ははっきりしていても、いざ書いてみると論点があいまいであったり、重複が多くなったりといった問題は少なくない。論理的密度を維持して記述するには、結果を文章確認するのが有効なのでありストーリーラインはそのための作業である。

また、読者への配慮として結果を図で示すこと も有効である。

12. 方法論的批判への対応

最後に、方法論に関してよく提起される批判と 疑問について簡単に触れておきます。

これはGTAに限らず質的研究一般について指摘されることですが、論文を読んだり発表を聞いても、どうしてその結果が導かれたのかがわからない、データから都合のよい部分を恣意的に選び抜いたのではないか、あるいは典型例だけをつかっているのではないか、といったことや、あるいは、分析結果と相容れないデータ、例外となる部分は捨象したのではないかというものである。すべてもっともな批判、疑問である。

これまで説明してきたように、GTA とくに修 正版での分析作業は grounded on data の原則に のっとり体系的に行われる。しかも、データの解 釈、概念生成、カテゴリー生成のすべてにわたり 継続的に比較法を組み込んでいる。ここで重要な のは類似比較ではなく, 対極比較, 反対例の方で ある。自分の解釈に対して、そして、データの中 の具体例に対して、常に反対の場合を想定し、デー タでその有無を確認していく。その結果をワーク シートの理論的メモ欄に記入していくのである。 面レベルにおいて反対の場合を継続的に検討して いくことは、現象の取り得る最大幅と解釈が許容 される最大幅を確認することになるから, 研究者 が意識せずに一定方向に解釈を進める危険をチェッ クすることができる。同時に、この点が重要なの だが、この方法により例外を排除するのではなく、 逆に例外を取り込みながら分析を進めることがで きるのである。なぜなら、対極例があればそこか ら新たな概念生成をするし、検討の結果対極例が 見つからなければ自分の概念の有効性を確認でき るからである。前者の場合には分かりやすいが、 後者では確認の意味がわかるように論文において はその例示を含めこのことを説明した方がよい。

適切に評価してもらう上でのもうひとつのむずかしさは、論文を書く側と読む側とで順序が逆になるという問題である。「データ→概念→カテゴリー→プロセス(結論)」という分析をまとめるまでの流れはすでに明らかにしてきたが、論文では結論が最初に示され、それを構成するカテゴリー、ついで各カテゴリーを構成する概念、概念が現実のどのようなことを示すかを理解しやすいようにデータの例示部分という流れとなる。そのため読む側は例示部分でしかデータがわからないから、上で挙げたような疑問をもってしまう。

この問題は査読とも関連して投稿者を悩ませるのだが、分析過程を説明する余裕は論文ではないし、またそれができたとしても今度は分析結果の記述と重複がひどくなるから論文のまとまりが崩れる危険が出てくる。質的研究の評価法の確立が必要なのだが、そのためには個別の研究法におい

質的研究の方法論を問う

て分析方法の体系化がなされなくてはならないだ ろう。

参考文献

- Glaser, Barney. 1978 Theoretical Sensitivity:

 Advances in the Methodology of Grounded
 Theory. The Sociology Press, California
- Glaser, Barney. 1992 Basics of Grounded Theory Analysis: Emergence vs. Forcing. The Sociology Press, California.
- Glaser, Barney and A. L. Strauss 1967 The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. (『データ対話型 理論の発見』後藤他訳,新曜社, 1996)
- 木下康仁 1999 グラウンデッド・セオリー・ア プローチ: 質的実証研究の再生, 弘文堂.
- Anselm Strauss & Juliet Corbin, 1990 Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques (『質的研究の基礎』南監訳、医学書院、1999)

日本語版 SDLRS の開発 — 信頼性と妥当性の検討

Development of Japanese - SDLRS for Application

松浦和代 阿部與子 良村貞子 神成陽子 Kazuyo Matsuura Noriko Abe Sadako Yoshimura Yoko Kannari

> 升 **由** 由美子 阿 部 **修** 子 浜 めぐみ Yumiko Masuda Shuko Abe Megumi Hama

I. 緒 言

急激に増加する医療関連情報や、情報開示・リ スクマネージメント・在宅ケアへのシフト化など に伴って多様化する医療ニーズは、看護学教育の あり方に多くの課題を投げかけている。変貌する 社会情勢に対応するために、看護学教育に期待さ れる学習内容は膨大なものとなりつつあるが、授 業枠の拡大はほぼ限度に達している。したがって、 **従来の教育方法によってこれらを履修させること** はもはや困難であり、教育方略の質的変換を■ら ざるを得ない。目下の課題としては、履修すべき 学習内容を精選し、コア・カリキュラムを作成す ることが優先事項に挙げられているい。と同時に、 平成13年3月に提示された医学教育モデル・コア・ カリキュラムが示唆するように2),「学生が生涯 にわたり自ら課題を探求し、問題を解決していく 能力を身につけられるような主体性の高い学習方 法への積極的な転換」が、看護学教育においても 重視される。

こうした転換期に結ばれつつある新たな学生像は、Guglielminoが a highly self-directed lear-

ner と述べた概念に類似性を見出すことができる。 A highly self-directed learner とは,自己決定型学習の能力やそのレディネス(準備性)が高い学習者をいう。Guglielmino は,彼らは「学習者としての高い自己概念をもつ・学習の機会を求める・主導性と自立性がある・学習責任を受容する・学習を好む・創造性がある・基礎学習能力を活用できる・積極的な展望を抱く」などの特性があるとし,Self-Directed Learning Readiness Scale(自己決定型学習のレディネス尺度,以下,SDLRS)を開発した³)。

SDLRSに関する研究報告は多く、年齢、性格特性、教育年数、自己概念、計画遂行力、創造力や管理能力との関連性から分析が行われ、青年期・成人期の教育評価に広く活用されている⁴-6′。 SDLRSは現在までに、スペイン語版、フランス語版、中国語版、韓国語版が作成されており、平均得点・標準偏差については国際比較が可能となっている。

我々は、看護学教育の成果を評価する上で、 SDLRS が1つの有益な視点を提供するのでない かと考えた。本研究の目的は、看護学教育における SDLRS の将来的な活用に向けて、1) SDLRS の日本語版を作成、2) 日本語版 SDLRS の平均 得点と標準偏差および教育背景別比較、3) 日本語版 SDLRS の信頼性と妥当性の検討、である。

II. 日本語版 SDLRS の作成

1. SDLRS の使用許可について

1977年に開発された SDLRS はその後バリェーションを増し、子供版 SDLRS (SDLRS-E)、読解力の低い人やノンネイティブ用の成人版 SDLRS (SDLRS-ABE)、結果を即時フィードバックする成人版 SDLRS (SDLRS-S) が開発されている。そのため1977年に作成された SDLRS は、現在、一般成人版 SDLRS (SDLRS-A、通称 SDLRS)と呼ばれている?'。

今回翻訳をおこなったのは、一般成人版 SDLRS である。1998年 3 月に、著作権を有する Guglielmino & Associates からその翻訳と使用許可を得た。

2. SDLRS の翻訳

米国居住経験をもつ看護系大学教官3名が,個別に翻訳を行った。翻訳対比表を作成し相違点を検討した。全員の倉意を得て翻訳を終了した。その後,看護教育学の専門家4名が内容的妥当性を点検した。反訳は英語専門学校の講師2名に依頼した。反訳結果を,米国人1名とバイリンガルの日本人1名が点検した。

第1回目のパイロットスタディは,看護系大学の学生25名を対象に実施した。第2回目のパイロットスタディは,義務教育修了レベルの標準的な読解力をもつ人に対しても使用が可能かを確認する目的で,旭川市内にある私立高校の1年生47名を対象に実施した。文章表現に若干の修正を加え,日本語版 SDLRS を完成した。。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者

対象は18~25歳の学生とした。本研究においては、高等教育を受ける一般的な年齢層を想定したため、年齢に上限を設定した。北海道内国立大学2校、公立大学1校、私立大学3校および看護専修学校6校の計12校を候補とした。候補校の各代表者に研究の主旨を■頭で説明し協力を依頼した。内諾後あらためて文書を送付し、全12校から同意を得た。

2. 手続き

平成13年1月に、国立大学生512名、公立大学生101名、私立大学生780名および看護専修学校生663名の計2056名に調査票を配布した。12校中11校は配布・回収とも集画法によった。残る1校は配布を集団法とし、回収を個別郵送法によった。

3. 倫理的配慮

学生への倫理的配慮として,調査票の配布時に, 参加は自由意志であり成績評価とは無関係である ことを伝えた。回答は匿名とした。

4. 測定用具

1) 日本語版 SDLRS

日本語版 SDLRS は自己決定型学習のレディネスを測定する質問紙であり、SDLRS と同様、58項目から構成されている。58項目中17項目が反転項目である。回答は各項目の内容が、自分に「全くあてはまらない」から「いつでもあてはまる」までの5段階で評定を求める。得点範■は58~290点であり、得点が高いほど自己決定型学習に対するレディネスが高いと評価される⁹)。

2) 一般性セルフ・エフィカシー尺度

学業的な側面においてセルフ・エフィカシーは、課題遂行能力の判断を意味すると考えられている。そこで、SDLRSが測定する自己決定型学習のレディネスの関連構成概念として、セルフ・エフィカシーを選択した。

一般性セルフ・エフィカシー尺度(以下、GSES)は坂野ら(1986)¹⁰⁾ が開発した自記式質問紙で、個人が日常生活の中で示す一般的な自己効力感の強度を測定する。16項目から構成され、回答は2件法による。得点範囲は0~16点であり、得点が高いほど一般性セルフ・エフィカシーは高いと評価される。信頼性と妥当性は確保されている。

3) 個人特性に関する調査票

個人特性に関する項目として,性別・年齢・ 学校名・専攻・学年について記入を求めた。

5. 分析方法

得点の差の検定は、F検定と t 検定によった。 尺度の信頼性は、Cronbach の α 係数から内的 整合性をみた。妥当性は、M子分析によって尺度 の構成概念妥当性を、そして GSES との相関から 基準関連妥当性を検討した。統計ソフトは SPSS Ver. 10. 0 J for Windows を使用した。

IV. 結 果

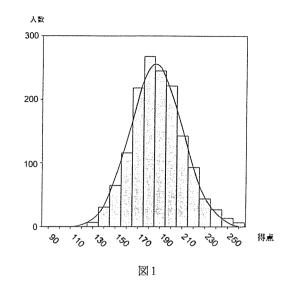
1. 対象者

1801名から回答が得られ、回収率は87.6%であった。欠損値のあった234名と年齢が26歳以上であった48名を除外し、1519名を分析対象とした(有効回答率84.3%)。

対象者は男性332名・女性1187名, 平均年齢は20.13 (SD1.26) 歳であった。大学生は937名, 看護専修学校生は582名であった。大学生の専攻は,看護学323名,教育学180名,人文社会学150名,法学142名,医学68名,医療福祉学49名と観光学25名に大別された。

2. 日本語版 SDLRS の得点

対象者の日本語版 SDLRS に対する回答の得点 分布を図示した(図1)。全体の平均値は187.30 (SD 23.66) 点であった。最大値は264点,最小値 は88点であった。25パーセンタイル値は171.00点, 50パーセンタイル値は186.00点,75パーセンタイ



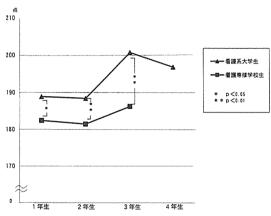


図2 看護系大学生と看護専修学校生の 日本語版 SDLRS 得点: 学年別比較

ル値は202.00点となった。

対象者の一般特性別にみた平均値と標準偏差を表1に示した。性別では、男性188.37点、女性187.00点であった。男性の得点がやや高かったが、有意の差はみられなかった。年齢別にみると、18歳の平均値が最も低く182.21点、25歳が最も高く203.29点であった。18歳から22歳までの平均値は直線的な増加傾向を示した。学年別の比較においても、年齢と同様に直線的な増加傾向を示した。

3. 教育背景別にみた日本語版 SDLRS の得点 大学生全体の平均値は189.88点であった(表1)。

日本語版 SDLRS の開発-信頼性と妥当性の検討

表 1 対象者の一般特性と日本語版 SDLRS 得点 (n=1519)

	人	平均値	SD	最大値	最小値
全	本 1519	187.30	23.66	264	88
性					
男	生 332	188.37	23.98	258	132
女	生 1187	187.00	23.57	264	88
年 齢 (歳)				
18	67	182.21	21.08	235	137
19	496	184.57	23.68	258	88
20	432	185.09	22.85	250	102
21	305	190.07	23.14	259	116
22	163	198.54	24.34	264	126
23	34	198.03	26.48	239	143
24	15	194.87	24.12	247	155
25	7	203.29	25.04	248	178
学	丰				
1 4	手 588	185.35	24.01	258	88
2 4	手 420	184.86	22.40	254	127
3 4	手 411	190.88	23.02	259	102
4 4	手 100	194.30	26.40	264	127
教育背景	룑				
大 :	学 937	189.88	23.74	264	116
看護専修学権	交 582	183.15	22.95	257	88
専 攻	· .				
看 護	学 323	191.33	22.32	264	125
教育	学 180	190.23	23.92	256	116
人文・社会	学 150	191.11	26.25	259	141
法	学 142	183.21	25.69	256	132
	学 68	194.43	18.79	236	154
医療福祉	学 49	192.57	21.84	244	148
観光	学 25	181.28	21.89	223	132

注)*専攻は大学生のみの集計である。

最大値は264点,最小値は116点であった。これを 専攻別にみると,平均値が最も高かったのは医学 194.43点であり,最も低かったのは観光学181.28 点であった。

看護学専攻の大学生(以下,看護系大学生)の 平均値は191.33点,看護専修学校生の平均値は 183.15点であり,有意の差があった(p<0.01)。 これら2群の平均値は,1年生から3年生までの 学年別比較においても有意な群間差を認めた(■ 2)。

4. 信頼性と妥当性の検討

1) 信頼性の検討

Cronbach の α 係数は0.914であった(表 2)。

下位尺度のα係数は、0.891~0.611であった。

2) 基準関連妥当性の検討

GSES の平均 値は6.81 (SD3.80) 点,最大値は16点,最小値は0点であった。 日本語版 SDLRS の得点と GSES の得点間の相関係数は0.460であった (p<0.01)。

3) 構成概念妥当性の検討

主因子法によるバリマックス回転を行った。固有値1.00以上で7因子を抽出した。累積寄与率は31.53%であった。各因子を特徴づける項目として,因子負荷量.30以上の項目を採択した(表2)。第1因子は「学習への愛着」(16項目),第11因子は「基礎 学習技法の活用能力」(11項目),第11因

日本語版 SDLRS の開発-信頼性と妥当性の検討

表2 日本語版SDLRSの因子分析結果(n=1519)

項 目			抽	出	因	子		
<u>ч</u> =	I	II	Ш	IV	V	VI	VII	共通性
Ι. 学習への愛着(16項目 α = .891)								
47. 学習は楽しい。	.759	.210	.002	.009	.195	.003	.004	.689
5. 学ぶことが好きだ。	.686	.217	.007	.007	.191	.007	.008	.628
46. 学べば学ぶほど,世界はおもしろくなる。	.686	.002	.160	.004	.005	.184	.007	.564
1. 生きている限り、学ぶことを楽しみたい。	.682	.009	.008	.008	.005	.125	.008	.552
49. ひとりの人間として成長し続けることができるように、もっと学びたい。	.634	.634	.003	.255	.001	.008	.190	.536
45. 新しいことを学びたいという強い欲求をもっている。	.611	.004	.006	.009	.180	.370	.009	.583
52. どんなに年老いても新しいことを学ぶだろう。	.577	.001	.162	.114	.008	.235	.008	.487
31. もう学習しなくてよくなったら,うれしいだろう。	.567	.174	001	.351	.007	112	006	.511
53、常に学習するのは退雇だ。	.480	.107	.008	.313	.107	007	.004	.418
32. 他の人達ほど私は学習に興味をもっていない。	.445	.243	.001	.240	.148	104	.117	.405
54. 学習は人生の道具である。	.377	.002	.174	005	003	.003	.009	.303
55. 毎年, 自分で新しいことをいくつか学ぶ。	.363	.191	.108	.004	.006	.258	.006	.301
17. 学びたいことがたくさんあるので、一日がもう何時間か長ければよいのにと思う。	.349	004	.008	001	.259	.008	.009	.319
28. 問題について答えを探し出すことをとても楽しむ。	347	.164	.002	.105	.305	.182	007	.451
41. 問題を調べる過程は楽しい。	.345	.217	.002	.201	.244	.132	.002	1
43. 考えを討論するのは楽しい。	.333	.009	.125	.159	.115	.214	.228	1
43. ろんを約点するのは来じい。 ■. 基礎学習技法の活用能力(11 項目 α = .663)		.000	.140	.103	,110	.214	.240	,021
	.202	.647	002	004	.107	.002	.006	.503
11. 他の多くの人達よりもうまく自己学習ができる。		.567	.002	.002	.009			1
57. クラスの車でも自分一人の時でも、効果的な学習ができる。	.188	10,000,000				.128	.001	.415
9. 自分一人ではうまく学習できない。	.003	.511	.126	.162	.003	.003	.005	.337
4. 学びたいことがある場合、その学習方法をみつけることができる。	.121	.500	.005	.003	.223	.006	.113	i
6. 私は、新しい学習課題にとりかかるには、少し時間がかかる。	004	.401	005	.190	.004	.003	.004	.246
33. 基本的な学習方法には,なんの問題もない。	.002	.398	003	127	.008	.006	.005	.201
51. 学び方を学ぶことが、私には重要だ。	.176	-,395	.196	128	.133	005	003	i
19. 私は、読んだことを理解するのが苦手である。	.006	.392	.004	.248	002	.004	.008	.328
10. ある情報を知る必要があれば,私はその情報をどこで得られるのかがわかる。	.111	.343	.009	001	.140	.008	.004	1
21. 何か学習する必要があれば、自分でわかる。	.006	.330	.276	005	.169	.009	.008	
12. もし、私にすばらしい考えがあったとしても、自分にその考えを実現する計画を立てられるとは思わない。	.005	.305	.004	.163	.130	.144	.229	.260
Ⅲ. 学習に対する自己責任の受容(5項目 α=.632)								
50. 自分の学習に責任を負うのは、自分であり他人ではない。	.160	.003	.732	004	.005	.006	.003	.577
15、自分が学ぶことについて責任を負うのは、自分以外の何者でもない。	.150	.006	.610	002	.122	.005	.002	.463
20. もし, 私が学習しなくても, 自分のせいではない。	.002	004	.504	.007	002	003	.004	.299
56. 学習は、人生にそれほど変化をもたらさない。。	.248	.007	.321	.006	.003	002	.002	.261
35. その分野の知識がある人達に、誤りを指摘されるのを私は好まない。	.118	004	.307	.231	005	160	.005	.222
IV. 探究心 (5項目 α=.611)								
44. うまくいくかどうかわからない学習状況は好きではない。	.145	.007	.005	.597	.001	.008	002	.406
48. いつも新しい方法を試すよりは,よく知られた学習方法どおりやる方がよい。。	.005	008	004	.532	003	.195	002	.344
29. 正解がひとつではない問題には取り組みたくない。	.242	.003	.105	.418	.003	.001	.114	.303
22. もし、テストでよい点を取れるくらいに理解できていれば、多少疑問が残っていても気にしない。	.138	003	.003	.416	.286	002	.007	.297
3. わからないことがある時には、それを避ける。	.009	.156	.131	.333	.229	.005	.115	.309
V. 学習における主体性 (4項目 α=.660)					4.366			
27. 知る必要があることは、ほぼ何でも勉強することができる。	.260	.301	.001	r.002	.477	.135	.008	.442
18. 学習しようと決めたことがあれば、たとえどんなに忙しくても、そのための時間をつくることができる。	.194	.296	.007	.002	.437	.004	.102	.349
40. 自分がするべきだと思うことを実行できる。	.116	.331	.141	001	.412	.152	.267	.450
14. 自分が興味を持っていることであれば、むずかしい勉強も苦にならない。	.271	.189	.186	.003	.366	.122	004	.350
VI. エネルギッシュな自己イメージ (3項目 $\alpha = .651$)						3,583		İ
30. 私は、何事にも好奇心がおう盛だ。	.238	.142	.008	.005	.147	.612	.122	.535
36. 私は、何をするにもユニークな方法を考え出すのが得慮だ。	.008	.165			.001	.555	.120	I
34. 結果の見通しがつかない場合でも、私は新しいことをやってみるのが好きだ。	.192		.008	.255	.217	C-1356	.001	i
VII. 将来に対する前向きな姿勢 (5項目 α=.668)		1						
37. 将来について考えることが好きだ。	.156	.009	.135	005	.005	.224	.453	.356
38. 自分が知るべきことをみつけようとする点で、すぐれている。	.207	.309	005	.001	.008	.278	.362	.1
26. 自分が勉強していることと自分の長期的な目標を結びつけるようにしている。	.259	.227	.009	008	.174	.001	.353	1
39. 困難なことは私にとってチャレンジであり、ストップサインではないと考える。	.301	.135	.217	.208	.278	.180	.332	1
2. 自分が何を学びたいか知っている。	.180		.135	.004	.104	.005	.312	:3
2. 自分が何とするたべが知らている。 週子 自荷量2乗和	5.82		2.20	1.96	1.93	1.92	1.18	`
寄与率(%)	10.04	1	3.79	3.37	i	3.30	2.04	1
			19.50		1.			
累積寄与率(%)	10.04	10.71	19.50	22.81	20.19	23.43	01.00	ı

差)*反転項目

子は「学習に対する自己責任の受容」(5項目), 第IV因子は「探究心」(5項目),第V因子は「学習における主体性」(4項目),第VI因子は「エネルギッシュな自己イメージ」(3項目),第VI因子は「将来に対する前向きな姿勢」(5項目)と命名した。

SDLRS 58項目のうち、これらの因子行列には 属さなかったのは9項目であった。それらは, 「7. 教師は、教室でいつも学生全員に何をする のかを的確に伝えてほしい*。」「8.『自分とは誰 であり、どこから来て、そしてどこへ夫っていく のか』について考えることが、全ての教育の中心 であるべきだと思う。」「13. 体験のひとつとして, 学習内容や学習方法を決める時に参加してみたい。」 「16. 自分の学習がうまくいっているかいないか, を言うことができる。| 「23. ■書館は退屈な場所 だと思う。。」「24. 常に新しいことを学んでいる 人達を、とても素晴らしいと思う。」「25. 新しい **話題について学ぶには、いろいろな方法があると** 思う。」「42. グループで学習する時, リーダーに なる。」「58. 常に学習する人はリーダーになる。」 であった(*は反転項目を示す)。

V. 考 察

1. 日本語版 SDLRS の平均得点

対象者の日本語版 SDLRS の平均得点は187.30 点であった。平均得点と個人特性とのクロス集計 では有意の差がみられた項目はなかったが、年齢 や学年進行に伴って得点は高くなる傾向が示され た。また、大学生では専攻別に若干の得点差が認 められた。

一方,看護系大学生と看護専修学校生の平均得点には有意の差が認められた。2群間の学年別比較においても有意の差が認められ、このことから専攻が同じであっても教育背景の違いによって自己決定型学習のレディネスは影響を受けることが示唆された。

SDLRS の平均得点は、米国の成人で214 (SD

25.59) 点と報告されている¹⁰。また大学生の得点については多くの報告があり、Longら(1983)¹² は米国の大学生136名を対象に調査を行い、SDLRS の平均得点は227.82点であったこと、自人学生の平均得点は223.34点で黒人学生の232.84点よりも有意に低かったことを報告している。Herbeson(1991)¹³ は、米国の大学3年生から修士課程の学生99名を対象にSDLRS得点を求め、大学生で218.12点、大学院生で237.66点であったことを報告している。Jones(1992)¹⁴⁾ による芸術学専攻の大学生149名の調査では、233.4点であった。看護学生を対象とする研究もあり、Crook(1985)¹⁵⁾ は63名を対象として222.3点、Barnesら(2000)¹⁶⁾ は90名を調査し234.68点と報告している。

先行研究に比較すると、本調査における日本語版 SDLRS の平均得点は187.30点と低く、30点以上の得点差が認められる。この差が、単に教育文化的な背景の相違や日本人の国民性を反映した結果とは考えにくい。現時点ではその理由を考察できないが、もし国際間比較を行うのであれば、よくコントロールされた同規模調査が必要となろう。

2. 日本語版 SDLRS の信頼性と妥当性

日本語版 SDLRS の信頼性に関しては、Cronbach の α 係数が0.914と大きく、内的整合性は高いことが示された。日本語版 SDLRS の信頼性については、助産師課程の学生51名を対象とした再テスト法によっても検討を行っている。初回テストの平均得点は201.96(SD 21.88)点、再テストでは203.26(SD 20.80)点であり、テスト間の相関係数は0.858(p<0.001)と安定性は高かった 17 。これらの結果から、日本語版 SDLRS は高い信頼性を有することが確認された。

妥当性に関しては、前述の通り翻訳手順に慎重を期しており、内容的妥当性は確保されている。 また日本語版 SDLRS 得点と GSES 得点との間には有意な相関があり、基準関連妥当性が確認された。

さらに本調査では日本語版 SDLRS の構成概念

妥当性をみた。SDLRS は現在58項目からなる尺 度だが、1977年の開発当初には41項目であった。 Guglielmino は米国人307名を対象に41項目の因 子分析を行い, 8因子を抽出している®。それら は, Factor I: Self concept as an effective learner, Factor II: Openness to learning opportunities, Factor III: Initiative and independence in learning, FactorIV: Acceptance of responsibility in learning, Factor V: Love of learning, Factor VI: Creativity, Factor VII: Ability to use basic study skills and problem-solving skills, Factor WI: Positive orientation to the future, と命名された。その後、SDLRS は質問項目数を 増し改訂を経て現在の58項目となったが、因子数 や各因子を構成する質問項目の詳細に関する再考 察は行われていない。 SDLRS は Guglielmino 自 身による妥当性の検証が試みられないまま一般化 されたという経緯があり、Field (1985・1990)^{1 930} は SDLRS の大きな問題として、尺度開発の方法 や現58項目の構成概念妥当性に関する検討が不足 している点を指摘している。

先に述べたように日本語版 SDLRS では7因子 が抽出された。日本語版 SDLRS の第 I 因子「学 習への愛着」は、学習を好み生涯にわたって学び 続けたいという個人の好みや熱意を示す項目群で あり、SDLRSのFactor V: Love of learning に相当すると考えられる。第Ⅱ因子「基礎学習技 法の活用能力」は基本的な学習能力の自己評価に 関する項目群から構成されており、Factor Ⅵ: Ability to use basic study skills and problemsolving skills に重複する内容と解釈した。第Ⅲ 因子「学習に対する自己責任の受容」はFactor IV: Acceptance of responsibility in learning に、また第VII因子「将来に対する前向きな姿勢」 はFactorVII: Positive orientation to the future に相当する内容と解釈できる。だが第IV因子「探 究心」,第V因子「学習における主体性」,第Ⅵ因 子「エネルギッシュな自己イメージ」に関しては、SDLRS に類似の Factor を見出せない。 日本語版 SDLRS の因子構造については、SDLRS 58項目の因子構造が明らかにされていないために、現時点ではこれ以上の討議は困難と判断した。

以上を総括すると、日本語版 SDLRS の信頼性 と妥当性を複数の側面から検証した結果、構成概 念妥当性については検討課題が残されたが、それ 以外の点からは充分に使用可能な尺度と評価する。 SDLRS は58項目の合計点から自己決定型学習の レディネスを評価する尺度であることを理解し、 日本語版 SDLRS に関しても項目数・項目順序を 同様に使用する必要がある。本調査によって得ら れた資料を基に、今後、看護学教育における自己 決定型学習のレディネスと学習到達度に関する研究を進める予定である。

VI. 結 論

日本語版 SDLRS を作成し、18~25歳の学生を対象に信頼性と妥当性の検討を行った。1519名のデータを分析した結果、平均値は187.30 (SD23.66) 点であった。これを学生の専攻別にみると、医学は194.43点で最も高く、看護学は191.33点であった。看護学専攻の大学生と看護学校生の得点(平均183.15点)には有意の差があった。

尺度の信頼性は Cronbach の a 係数が0.914であった。妥当性は,因子分析によって構成概念妥当性を,GSES との相関から基準関連妥当性を検討した。その結果,日本語版 SDLRS の信頼性と妥当性が示され,今後,看護学教育においても充分に使用可能な尺度であることが確認された。

本研究は平成11・12年度科学研究費基盤研究 (C)(2)課題番号11672317の助成を受けて行った。 SDLRS および日本語版 SDLRS の使用に際しては, Guglielmino & Associates (734 Marble Way, Boca Raton, Florida 33432 USA Tel: 561-392-0379) にその許可を求める必要がある。

要 旨

Guglielmino(1977)が開発した Self-Directed Learning Readiness Scale(SDLRS)が、看護学生の自己決定型学習のレディネスを査定する上で有効と考え、翻訳許可を得た。研究の目的は、1)日本語版 SDLRS の作成、2)平均得点の算出、3)信頼性と妥当性の検討である。対象は18~25歳の学生とした。調査票は日本語版 SDLRS と一般性セルフ・エフィカシー尺度(GSES)をから構成した。北海道内の大学 6 校と看護専修学校 6 校の学生2056名に配布し、1801名の回答を得た(回収率87.6%)。欠損値のあるデータなどを除き、1519名のデータを分析した。平均得点は187.30(SD 23.66)点であった。Cronbach の α 係数は0.914であった。基準関連妥当性は GSES との相関から検討した(r=0.460、p<0.01)。因子分析により 7 因子が抽出された。結論として、日本語版 SDLRS の信頼性と妥当性が確認され、使用可能な尺度であることが示された。

Abstract

The purpose of this study was to develop a Japanese version of Self-Directed Learning Readiness Scale (SDLRS) developed by Guglielmino in 1977, examine its validity and reliability, and establish it as a tool for assessing nursing students' readiness for self-directed learning. The Japanese-SDLRS was developed by translation, back-translation, and then subjected to field study proof.

The participants were students, age 18 to 25. A questionnaire packet included demographic characteristics, the Japanese-SDLRS and the General Self Efficacy Scales (GSES). The questionnaire packet was sent to 2056 students of six universities and six vocational nursing schools, in Hokkaido prefecture. The return rate was 87.6%. 1519 completed questionnaires was analyzed.

The Japanese-SDLRS mean was 187.30 (SD 23.66).

A reliability coefficient of 0.914 using Cronbach's alpha indicated a high internal consistency for the Japanese-SDLRS. The correlation coefficient between the Japanese-SDLRS and the GSES for concurrent validity was significant (r=0.460, p<0.01). A factor analysis was conducted of the Japanese-SDLRS results, extracting seven factors.

In conclusion, results indicate that the Japanese-SDLRS is valid and reliable.

VII. 文 献

- 1) 正木治恵: 文部科学省より 新しい世紀の看 護教育への期待, 日本看護学教育学会第11回学 術集会講演集, 54, 日本看護教育学会, 2001
- 2) 医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議編:21世紀における医学・歯学教育の改善方策について-学部教育の再構築のために-(別冊),2001
- 3) Guglielmino, L. M.: Development of the Self-Directed Learning Readiness Scale, Doctoral Dissertation, University of Georgia, 1977
- 4) Johnson, J. A., Sample, J. A., & Jones, Q. J.: Self-Directed Learning and Personality Type in Adult Degree Students, Psychology, A Journal of Human Behavior,

25(1), 32-36, 1988

- 5) Long, H.B., Agyekum, S.K.: Teacher Rating in the Validation of Guglielmino's Self-Directed Learning Readiness Scale, Higher Education, 709-715, 1984
- 6) Herbeson E.: Self-Directed Learning and Level of Education, Australian Journal of Adult and Community Education, 31(3), 1991
- 7) Guglielmino, L. M.: SDLRS-A, Ver. 1, Guglielmino & Associates, Florida, 1998.
- 8) 松浦和代:第2章日本語版 SDLRS の作成, 阿部典子(編):日本語版 SDLRS の開発と看 護教育への応用,平成11・12年度科学研究費補 助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書,7-11,2001
- 9) 前掲書8), 23-27
- 10) 坂野雄二,東條光彦:一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み,行動療法研究,12(1),73-82,1986
- 11) Confessore, G. J.: Human behavior as a construct for assessing Guglielmino's Self-Directed Learning Readiness Scale: Pragmatism revised. In Long and Associates (Eds.), Self-Directed Learning, 140-146, Oklahoma Research Center for Continuing Professional and Higher Education of the University of Oklahoma. 1991
- 12) Long, H. B., Agyekum, S. K.: Guglielmino's Self-Directed Learning Readiness Scale: A Validation Study, Higher Education, 12, 77— 87, 1983
- 13) Herbeson, E.: Self-Directed Learning and Level of Education, Australian Journal of Adult and Community Education, 31(3),

196 - 201.1991

- 14) Jones, J. E.: Validation Study of the Self-Directed Learning Readiness Scale with University and Community Art Students, in Self-Directed Learning: Application and Research, 131-145, In Long and Associates (Eds.), Oklahoma Research Center for Continuing Professional and Higher Education of the University of Oklahoma. 1992
- 15) Crook, J.: A Validation Study of a Self-Directed Learning Readiness Scale, Journal of Nursing Education, 24(7), 274-279. 1985
- 16) Barnes, K. L., Morris, S. S.: A correlation between instructor ratings and nursing student self-directed learning readiness scores, 151-163, In Huey and Associates (Eds.), Practice & Theory in Self-Directed Learning, Motrora, University Press, 2000
- 17) 松浦和代, 山内まゆみ, 野村紀子:日本語版 SDLRS の再テスト法による信頼性の検討, 医 学と生物学, 143(6), 167-170, 2001
- 18) 前掲書3)
- 19) Field, L.: An investigation into the structure, validity, and reliability of Guglielmino's Self-Directed Learning Readiness Scale, Adult Education Quarterly, 39(3), 125-139, 1985
- 20) Field, L.: Guglielmino's Self-Directed Learning Readiness Scale: Should it continue to be used?, Adult Education Quarterly, 41(2), 100-103, 1990

平成13年9月28日受 付 平成14年9月10日採用決定

一原 著一

看護職における言語的応答能力測定尺度の 作成とその信頼性・妥当性の検討

Design of Verbal Communication Skills Inventory of Nursing and Study of its Reliability and Validity

淘 江 七海子 Namiko Yurie

キーワード: 看護職, 測定尺度, 言語的応答能力 Nurse, Inventory, Verbal Communication Skills

はじめに

コミュニケーション技術は看護実践における基本的共通技術であり、その基礎的知識技術の習得は、看護基礎教育の課題である。また、患者・看護師関係の進展は、看護の援助過程において看護援助課題を達成するために欠かすことができない要因といえる1~3)。

看護師のコミュニケーション能力には、一般的 コミュニケーション能力に加えて専門的コミュニ ケーション能力が必要と考える。

一般的コミュニケーション能力については、菊池らが社会的スキル(対人スキル)測定尺度として「人当たりの良さ」「KISS-18」「社会的スキル尺度」「SSI」などを紹介している。

一方、患者・看護師関係におけるコミュニケーション技法としては、「コミュニケーションを促進する技法と障害を及ぼす技法」⁵¹ や「治療的技法と非治療的技法」など^{6~81} の分類が見られるが、コミュニケーション技法をどの程度意識的に活用しているかを測定する尺度は開発されていない。一戸ら^{5,101} は、マイクロカウンセリング技法を用

いた質問紙により,看護職のコミュニケーション 傾向を調査している。

現在、著者ら^{11.12} は看護基礎教育におけるコミュニケーション能力育成のため、CAI 教材を試作し、教材評価にとりくんでいる。教員による評価¹⁵¹ や学生による評価¹⁶¹ では学習意欲などの情意領域や発言数の増加などの認知領域において効果があることがわかった。しかし、操作性や音声の改善点および内容充実や教材数の増加を望む意見がだされた。これらは教育内容よりも CAI に対する関心度が高いことが示唆されたに過ぎない。今後、本教材の精神運動領域の評価尺度、すなわち本教材を使用することにより、専門職としての適切な言語的応答が身につくかどうかを明確にする必要がある。

本研究は、看護場面における患者への言語的応答能力測定の手がかりとなる尺度開発に取り組む ものであり、開発された尺度が教材評価に活用で きることを目的とするものである。

ここで言う「言語的応答」とは、患者の話をよく聴かなければならない時に用いる看護職の言葉

かけを中心にした言語的コミュニケーションを指す。

I. 研究目的

看護職のコミュニケーション能力のうち傾聴を必要とする場面での言語的応答能力測定のための尺度として、岩村ら¹⁵⁰の作成したファシリテータ発言分類法15項目に対応した文章表現を試み「言語的応答測定尺度」(Verbal Communication Skills Inventory 以後 VCSI と略す)を作成し、その尺度の信頼性と妥当性を検討する。

Ⅱ. 研究方法

1) 言語的応答の測定尺度の作成

稲間のコミュニケーションを促進する技法などがでいる技法を適切に使用することは、患者とのコミュニケーションを発展させることができると考える。本研究においては、看護師・患者間の専門的コミュニケーションにおける言語的応答を考えていく上で、カウンセラーの言語的行動を測定するためのカウンセラー応答カテゴリーシステムに着目した。このカテゴリーシステムはHill Clara E (1978) 167 が12のカウンセステムはHill Clara E (1978) 167 が12のカウンセ

リングセッションでの3866のカウンセラー応答評価を3人の審査員でおこない、高い一致率であった14カテゴリーを導き出している。14カテゴリーとは、① Minimal encourager ② Approval-reassurance ③ Information ④ Direct guidance ⑤ Closed question ⑥ Open question ⑦ Restatement ⑧ Reflection ⑨ Nonverbal referent ⑩ Interpretation ⑪ Confrontation ⑬ Silence ⑭ Other である。

Hill.C.E. (1978) のカウンセラー発言をもとに翻案・作成したものが、岩村らのファシリテーター発言分類法®である。これはエンカウンターグループの全プロセスを逐語化し、2人のファシリテータ(エンカウンターグループの指導者のことで集■においてカウンセラー的役割を果たす人をさす)の発言分類・分析を試みたもので、Hill.C.E.の③ Silence を除外し、④ Other の Disapproval criticism を独立させ、② Approval-reassurance ⑫ Self-disclosure ④ Other で処理されていた「感想」の項目を新たに設け15カテゴリーとした。15発言カテゴリーは ①受容 ②感想 ③肯定④情報 ⑤提案 ⑥限定的質問 ⑦説明の要求 ⑧明確化 ⑨感情の反射 ⑩非言語行動への言及

Table. 1 岩村らのファシリテータ発言分類カテゴリー

カテゴリー	内
1. 受 容	発言に対する比較 的軽 \ 意味での理解,同意
2. 感 想	発言,メンバー,話題,プロセスなどに対する感想や意見
3. 肯 定	発言や提案への同意,同調,質問への肯定の回答
4.情 報	知識、事実、利用できるもの、理論などの形で情報を提供しようとするもの
5. 提 案	提案,助言,要請,指示。回答は必ずしも求めない"
6.限定的質問	「はい」「いいえ」など短い答えを求める質問
7.説 明の要求	感情表明や状況説明,感想,意見などを求める質問"
8.明 確 化	発言やプロセスの繰り返しや要約
9.感情の反射	発言やプロセスの繰り返しや要約だが、その中に込められている感情や感想にウエイトがおかれる
10. 非言語行動への言及	姿勢,表情,声の調子,言葉にはされていない場の雰囲気など,非言語行動へ指摘や質問
11. 解 釈	別々の発言の関連性や発言とパーソナリテーの関係を指摘する
12. 対 決	発言や行動の矛盾を指摘したり、認識の相違を示す
13. 否 定	発言や提案への不同意,批判,質問への否定の回答
14. 自 己 開 示	自分自身の感情や体験や生活を開示する
15. その他	挨拶や謝罪のことば。意味不明,分類不能の発言

看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討

Table. 2 ファシリテータ発言分類と質問項目

カテゴリ	ı – [文 意平 例	質問番号
		1)あなたは…を心配しているのですね	11
明確	化	2) あなたは…と(言って)いるのですね	2
		3) あなたが(言った)のは…ということですね	21
		4) 相手の話しを聞いているというサインとしての感嘆詞(へえ, ほー, フーンなど)	14
受 第	容	5) 沈黙, うなずく	6
		6) …はよくわかります	3
-t		7) 私もそのように感じることがあります	19
	己	8) 私もそのような体験をしたことがあります	36
開示	9) 私の場合は…です	10	
İ		10)(うれしい)と思っているようですね(相手の感情をとらえる)	26
感情の 反 射		11)(うれしい)と感じているようですね(相手の感情をとらえる)	12
х ;	สบ	12) (怒って) いるようですね (相手の感情をとらえる)	8
	Ì	13) そんなことを (言ったら) ダメですよ	15
否 定		14) そんな必要はありません	45
	Ī	15)そんな心配をしても意味がありません	16
	ĺ	16) あなたはそんなことを言いますがあなたが言っていることはおかしいですよ	33
付言	决	17) でもあなたは…ということを言っていたじゃないですか	18
	Ī	18) あなたの今やっていることは、いつも言っていることと違いますね	1
	Ì	19) あなたは…したいと考えていますね	20
¥ \$	釈	20) あなたが言ったことは…と考えられます	31
ĺ	21) …は…ということです	22	
	Ì	22) このように (考え) たらどうですか?	41
提案	案	23) 私はあなたが…した方がいいと思います	24
	Ī	24) …しましょう	13
		25) あなたは…しますか?	27
限定的 質 問		26) あなたは…と…のどちらが(好き)ですか?	9
=1		27) あなたは…が(好き)ですか?	28
	Ì	28) それは残念でしたね	39
支 ?	想	29) 私はあなたが(言った)ことについて…のように思います	4
	Ī	30) 私はあなたに…ということを言いたいのです	30
y nr		31) そのことをもう少し話してくれませんか?	44
说明(更	が水	32) どうしてそう思うのですか?	32
<i>z</i> ,	7	33) そのことをどう感じているのですか?	34
		34) あなたが…だということは(婦長)に伝えています	23
青	報	35) …するためには…という方法があります	35
	Ì	36) いつ (どこで・だれが・なにを・どのように・なぜ) …があります	5
言	語	37) (霞えて) いるようですね (相手の状態をとらえる)	29
9行!	動[38) あなたは(急いで)いるようにみえます(相手の状態をとらえる)	40
言	及	39) (寒い) のですね (相手の状態をとらえる)	37
肯定	40) そのとおりです	25	
	定	41) そうですね	7
		42) それはいいですね	17
	- Annahaman	43) ありがとう・すみません	42
そのも	他	44) あいさつ(こんにちは・おはよう)	43
	-	45) 微笑む	38

削除した項目(*1: 図子分析前, *2: プロマックス第1回, *3: プロマックス第2回)

①解釈②対決③否定迎自己開示⑤その他であり、各カテゴリーを Table 1. に示すように定義している。

(1) 質間紙原案作成・修正

ファシリテーター発言分類法の15カテゴリーにそれぞれに対応する発言例60個(1項目につき4個)を作成するにあたって、一戸ら・木立らの研究・100と著者らの研究で看護師が記述した発言例 で 150を参考にしながら、3名の教員によるブレインストーミングをおこなった。

作成した60発言例を各カテゴリーの発言例として適切かどうかについて、臨床心理士有資格者(ファシリテータ発言分類を試みた研究者)のスーパーヴァイズを受けて、もう一度3名の教員で協議し、45個(1項目3個)に修正した。

(2) 内容分析

研究者以外の看護教員 7名に質問紙原案を修正した45個を提示し、ファシリテーター発言分類15項目のうちのどれに該当するかの分類作業をしてもらった。スコット式による平均一致率は74.5%(66.7~85.7%)であり、一致率の低かった 2発言「沈黙、うなずく」を「相手の話が途切れたとき、沈黙して待つ」に、「へえ、はあ、フーンなどの感嘆詞」を「相手の話しを聞いているというサインとしての感嘆詞(へえ、はあ、フーン)」に表現を修正した(Table. 2)。

2) 調査の実施

調査対象・期間

平成13年11月28日~同年12月4日

K病院看護師243名,回収数234名(回収率96.3%)有効回答数228名(有効回答率97.4%)であった。

(2) 研究の手続き

作成した質聞紙に、経験年数、職歴、学歴等の 属性を聞うフェイスシートを加えて質聞紙とした。 手続きとしては、調査の主旨・データ処理方法 を明記した文書を添えてK病院看護部に依頼し、 師長会においての周知後、無記名留め置き法で1 週間後に回収箱に投函してもらった。

教示文は「あなたは患者の話をよく聴かなければならない時、次にあげる言葉を使いますか。5 段階(とても良く使う~ほとんど使わない)で答えてください。」とした。

(3) 分析方法

VCSI における45質間項目の評定は、使用の程度について「とてもよく使う」~「ほとんど使わない」の5件法とし、「とてもよく使う」を5点、「ほとんど使わない」を1点として合計点を算出した。

併存的妥当性を検討する目的で日本語版 SSI 尺度 19 を用いた。評定は「あてはまる」~「あてはまらない」の 5 件法とし,「あてはまる」を 5 点,「あてはまらない」を 1 点とした。 さらに逆転項目については「あてはまらない」を 5 点,「あてはまる」を 1 点として,合計点を算出した。

「日本語版 SSI (Social Skills Inventory)」と は、Riggio (1986)²⁰⁾が、社会的スキルを一般的 なコミュニケーション能力として位置付け、その 個人差を測定する自己報告方式の質問紙 SSI の日 本語版である。日本語版は榧野 (1987)2 いにより 邦訳して作成されたものであり、予備調査(203 名)を行ない、回答に偏りのある項目は表現を改 めている。その本調査(1987)では、大学生(男 子97名,女子97名)を対象に回答を得て,信頼性 (各下位尺度の Cronbach's $\alpha = .70 \sim .87$) および 妥当性(1988新性格検査および会話行動につい ての自己報告との関連による)が確認されている。 菊池4)は、下位尺度各15項目、全90項目からなる 尺度である SSI についてコミュニケーション能力 の概念枠組みを提出した尺度として重要であると 述べている。

本研究における日本語版 SSI の Cronbach α 係数は.899であった。

分析は統計解析用ソフト SPSS 10.0 j を用いた。

Ⅲ. 結 果

1) 研究対象の属性

対象の内訳は、Table 3に示すとおりである。 女性223名 (97.8%), 年代別では, 20代が28.9 %, 30代が32.5%, 40代が22.8%, 50代以上が15.8 %であった。

経験年数では、3~10年が29.4%、10~19年が 33.8%, 20年以上が28.1%であった。また、専門 学歴では、3年制課程が45.2%、2年制課程が53.9 %であり、一般学歴では、高校卒業が211名 (92.5 %)であった。職位では、スタッフが89.5%であっ た。

2) VCSI (Verbal communication Skills Inventory) の因子構造

(1) 因子分析を行う前の操作基準

45項目の記述統計において平均値が1.5未満ま たは4.5以上のであった1項目について、項目別 平均値 土標準偏差を検討した結果, 削除対象とし た。また、 歪度±1.0以上と尖度±3.0以上さらに GP (GoodPoor) 法による有意差について検討 した結果、3項目が削除対象となった。4項目 (質問番号 6.33.38.43) を削除後、41項目で因 子分析を行った。(削除項目: Table 2 * 印)

(2) 因子抽出までのプロセス

主因子法による回転無しの因子分析を行った。 共通性は、365~.670であった。 固有値が1.5以上、 累積寄与率50%および因子のスクリープロットに より固有値が急に小さくなる直前の因子などを総 合して、4因子を予測した。

因子間に相関が低いことを前提とするバリマッ クス回転では、妥当な因子抽出が難しかった。そ こで、因子間の相関を考えて、41項目で4因子数 によるプロマックス回転を実施した。因子分析で 寄与率は、Table 4に示した。 は、因子負荷量、3以下のものを削除することを 基準とした。

Table 3 対象の属性 n = 228

項	Ħ					人	数	%
44-	₽il		5	月			4	1.8
性別		女					223	97.8
		20			代	-	66	28.9
		30			代		74	32.5
年	齢	40			代		52	22.8
		50			代		34	14.9
		60			代		2	0.9
		1	年	未	満		2	0.9
	験	1	~ 3	年末	€満_		18	7.9
経		3	~	10	年		67	29.4
		10	~	20	年		77	33.8
		20	年	以	上		64	28.1
		大			学	L.	1	0.4
専門	学歷	3	£	F	制	daviana	103	45.2
		2	ŕ	F	制	reduction of the	123	53.9
		大			学		6	2.6
一般	学歷	高			校		211	92.5
		そ	C	D	他		10	4.4
		部			長		2	0.9
職	Д.	婦			長		11	4.8
Hax	位	主			任		11	4.8
		ス	タ	ッ	フ		204	89.5

第1回・第2回プロマックス回転により、基準 と照らしてさらに8項目(質問番号3.4.10.20. 23. 29. 32. 42) が削除され、33項目となった。 (削除項目: Table 2 *印)

3回目の因子分析では、全項目が因子負荷量 .3以上で項目の安定した4因子が抽出された。4 つの因子構造はTable 4に示す。

(3) 4因子の因子構造

第1因子は11項目で「相手および自己の開示」。 第Ⅱ因子は8項目で「相手の言動に対する評価」, 第Ⅲ因子は9項目で「傾聴していることを示す表 現(反応・質問)」,第Ⅳ因子は5項目で「相手の 言動や気持ちの確認」と名付けた。

第I因子から第IV因子の下位尺度による累積寄 与率44.7%であった。それぞれの因子の固有値と

因子間の相関については、第Ⅰ因子と第Ⅱ因子 でr=.303, 第I因子と第II因子でr=.535, 第I

看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討

Table 4 VCSI の 因 子 構 造

抽出出				子			
質 問 項 目 (全体α=.893)	mean	SD	I	П	Ш	IV	共通性
I 相手および自己の開示 (α=.843)							
36. 私もそのような体験をしたことがあります	3.23	0.94	0.672				0.487
35するためには…という方法があります	3.26	0.85	0.668		0.127	-0.248	0.558
19. 私もそのように感じることがあります	3.27	0.83	0.664				0.513
26. (うれしい) と思っているようですね (相手の感情をとらえる)	3.07	0.87	0.587		-0.145	0.352	0.576
40. あなたは(急いで)いるようにみえます (相手の状態をとらえる)	2.76	0.93	0.571			0.106	0.474
34. そのことをどう感じているのですか?	2.99	0.99	0.543	0.132	_		0.466
44. そのことをもう少し話してくれませんか?	3.25	0.96	0.533			-0.104	0.344
37. (寒い) のですね (相手の状態をとらえる)	3.62	0.88	0.500	-0.173		0.125	0.439
39. それは残念でしたね	3.08	0.96	0.492			4	0.372
41. このように(考え)たらどうですか?	3.01	0.95	0.484	0.244	0.194	-0.221	0.475
17. それはいいですね	3.45	1.00	0.364	-0.163	0.200		0.405
II 相手の言動に対する評価 (α = .796)							
16. そんな心配をしても意味がありません	1.97	1.09		0.607			0.462
30. 私はあなたに…ということを言いたいのです	2.22	0.89	0.181	0.607		0.138	0.530
18. でもあなたは…ということを言っていたじゃない ですか	2.17	0.92	0.000	0.606			0.446
45. そんな必要はありません	1.89	0.86	0.174	0.600		-0.254	0.496
1. あなたの今やっていることは、いつも言っている ことと違いますね	1.63	0.74	-0.114	0.538	-0.151	0.233	0.368
31. あなたが言ったことは…と考えられます	2.38	0.84	0.243	0.506			0.513
15. そんなことを(言ったら)ダメですよ	2.01	0.89		0.468		and the same of th	0.332
24. 私はあなたが…した方がいいと思います	2.65	0.86	and an an an an an an an an an an an an an	0.409	0.340		0.432
Ⅲ 傾聴しているという表現(反応・質問)(α=.774)							
27. あなたは…しますか?	3.35	0.81	0.133	-0.104	0.596		0.574
5. いつ(どこで・だれが・なにを・どのように・なぜ)…があります	3.30	0.89		0.111	0.572	0.127	0.436
28. あなたは…が(好き)ですか?	3.18	0.91	0.208	-0.104	0.531		0.641
7. そうですね	4.07	0.73	0.129	-0.292	0.463	0.130	0.472
13しましょう	3.43	0.93		0.254	0.461		0.375
9. あなたは…と…のどちらが(好き)ですか?	2.72	0.99	-0.237	0.326	0.446	0.106	0.353
14. 相手の話しを聞いているというサインとしての感 嘆詞(へえ,ホー,フーンなど)	3.90	0.96	0.137		0.421		●.341
22は…ということです	2.87	0.93		0.320	0.408		0.501
25. そのとおりです	3.13	0.88	0.254		0.372		0.381
IV 相手の言動や気持の確認 (α=.703)							1
11. あなたは…を心配しているのですね	3.35	0.86			0.239	1 1	
2. あなたは…と(言って)いるのですね	2.72	1.06	-0.119		0.146	0.539	0.406
12. (うれしい) と感じているようですね (相手の感情をとらえる)	3.05		0.440	0.102	-0.152		0.598
8. (怒って) いるようですね (相手の感情をとらえる)	2.63	0.96		0.322		0.471	0.397
21. あなたが(言った)のは…ということですね	3.34	0.84	0.162		0.295	0.368	0.501
固有值			7.902	3.140	1.931	1.773	
寄与率(%)		ĺ	23.945	5.515	5.853	5.373	
累積寄与率(%)			23.945	33.46	39.313	44.686	

^() 内は, Cronbach のα係数を示す。

Table 5 因子間の相関係数

因 子	I	П	Ш
I			
П	0.303		
Ш	0.535	0.173	
IV	0.418	0.136	0.226

因子と第IV因子でr=.418と有意な正の相関があった(Table 5)。

3) 尺度の信頼性の検討

因子擅出以前のGP分析により項目分析をし、 信頼性を高めるために削除対象項目を検討したが、 さらに以下のことを検討した。

(1) Cronbach α 係数による内的整合性の検討 33項目全体の α = .893で、4 つの下値尺度においては、第 I 因子 α = .843、第 II 因子 α = .796、第 II 因子 α = .774、第 IV 因子 α = .703であった。 (Table 4)。

(2) 再検査法

ーヶ月あとに49名(再検査に同意が得られた人には第1回と第2回のデータ照合のために生年月日を番号として記入してもらった)に再検査を実施した。第1回目と第2回目の相関については、r=.524で、1%水準で有意な相関が確認できた。

4) 構成概念の妥当性の検討

(1) VCSI 尺度 4 因子と日本語版 SSI 6 領域の相関(Pearson の相関係数)

VCSI 尺度第 I 因子である「相手および自己の 開示」と SSI 尺度領域 2 「情緒的感受性」(r= .217)・領域 4 「社会的表現性」(r=.261)・領域 5 「社会的感受性」(r=.173) との間に 1 %水準で有意な相関があった。VCSI 尺度第 III 因子である「傾聴していることを示す表現(反応・質問)」とSSI 尺度領域 4「社会的表現性」(r=.184)・領域 5 「社会的感受性」(r=.223)との間に,また、VCSI尺度第IV因子である「相手の言動や気持ちの確認」とSSI尺度領域 5 「社会的感受性」(r=.225)との間に 1 %水準で有意な相関を示した。

また、5%水準でみると、VCSI 尺度第 I 因子「相手および自己の開示」と SSI 尺度領域 1 「情緒的表現性」(r=.148)・領域 3 「情緒的コントロール」(r=.140)との間に、VCSI 尺度第 II 因子「相手の言動に対する評価」と SSI 尺度領域 1 「情緒的表現性」(r=.142)・領域 3 「情緒的コントロール」(r=.160)・領域 6 「社会的コントロール」(r=.133)との間に、さらに、VCSI 尺度第 IV因子「相手の言動や気持ちの確認」と SSI 尺度領域 4 「社会的表現性」(r=.150)・領域 6 「社会的コントロール」(r=.152)との間に有意な相関があった。(Table 6)

Ⅳ. 考 察

1) VCSI の因子構造とコミュニケーション技法

第 I 因子「相手および自己の開示」は第 I 因子「傾聴していることを示す表現(反応・質問)」と、第 IV 因子「相手の言動や気持ちの確認」と、やや低いが第 I 因子「相手の言動に対する評価」との有意な相関が認められ、第 I 因子が看護職の言語的応答能力としての代表的な尺度といえる。しか

Table 6 VCSI 尺度 4 因子と日本語版 SSI 6 領域との関連 n=228

						11 220
因子領域	領域 1	領域 2	領域 3	領域 4	領域 5	領域 6
第I因子	0.148*	0.217**	0.14*	0.261**	0.173**	0.101
第Ⅱ因子	0.142*	0.098	0.16*	0.059	-0.009	0.133*
第Ⅲ因子	0.043	0.101	0.031	0.184**	0.223**	0.029
第IV因子	0.025	0.129	0.057	0.15*	0.225**	0.152*

* 5 %水準 * 1 %水準

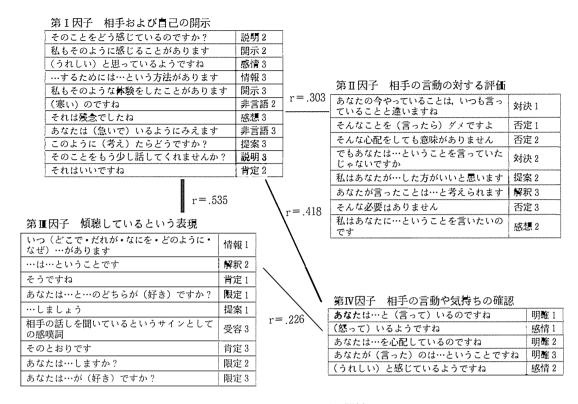


Fig. 1. VCSI/4因子の関係

し、第Ⅱ因子「相手の言動に対する評価」は、他 の3つの因子ともに相関係数が小さく、独立した 因子であると解釈できる(Fig. 1)。また、第Ⅱ 因子「相手の言動に対する評価」に分類された8 項目は、Table 4 の項目別平均値および偏差値の データからもすべて3.00以下で、他の3因子の項 ■に比べ、話をよく聴くための言語的応答として はあまり使われていないことがわかる。第Ⅱ因子 にはカテゴリーとして「否定」「対決」「解釈」が 含まれている。これらのカテゴリーは、稲岡5)が 「コミュニケーションに障害を及ぼす技法」とし て提示している「患者の話す内容・考え・行動を 否認・拒絶する」や J. S. Hays らの「非治療的技 法」としてあげている19技法のうち、「拒否」「不 同意|「挑戦」「外因の指摘」「否定」「解釈」らに 該当するといえる。この発言項目を頻繁に使うこ とはあまり好ましくないと推察できる。

しかし、看護場面とくに話を聞かなければならない時に、どの因子のどのカテゴリーをどの位の 頻度で用いることが妥当であるかについては今後 検証していきたい。

2) 尺度の信頼性と妥当性

尺度の信頼性については、GP分析、Cronbach α係数および再検査法により検討した。

言語的応答測定尺度における尺度全体の Cronbach 係数 $\alpha=.893$ で、4 つの下位尺度においては Cronbach's=.703~.84が得られた。内的整合性の確認のためには、 $\alpha=.8$ 以上されていることから考えるとやや低い α 係数ではあるが、内的整合性は認められたと考える。また、VCSI 尺度33項目の因子構造としては、①相手および自己の開示(第 I 因子)②相手の言動に対する評価(第 II 因子)③傾聴しているという表現(反応・

看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討



Fig. 2. Riggio の社会的スキルの概念枠組み (菊池編:社会的スキルの心理学 p194より引用)

質問)(第Ⅲ圖子)④相手の言動や気持ちの確認 (第IV圖子)という4つの概念を測定する内容領 域を含んでいると言える。

次に、日本語版 SSI 尺度 6 領域との相関を検討した。日本語 SSI は、前述したように、Riggioが、一般的コミュニケーション能力を主張性や非言語表出性などの「表現性」、其感性や非言語解読能力などの「感受性」、セルフモニタリング傾向などの「表出のコントロール能力」という3種類の能力を取り上げている。それらを非言語的伝達を主とする「情緒的」と言語的伝達を主とする「社会的」に分けることで6つの基本的能力で構成されると理論化した(Fig. 2)ものを基盤にしている。

VCSI 尺度が言語的応答能力測定尺度として妥 当であるためには、SSI尺度6領域のうち、言語 的情報を媒介とした知識や社会的規範を解読する 「社会的感受性」や同じく言語的情報を媒介とし た表現やその流暢さや会話のきっかけをつくる 「社会的表現性」の2つの社会的スキルとの相関 が必要と思われる。「社会的感受性」「社会的表現 性」の領域は第Ⅰ配子・第Ⅲ配子および第Ⅳ配子 との相関が高いことからVCSI尺度が言語的伝達 能力を測定する手がかりとなりうることがわかっ た。しかし、言語的応答能力は非言語的情報を媒 介として他者の情緒状態や信念や態度や地位を解 読する「情緒的感受性」や同じく非言語的な情報 を媒介として愛情や態度や地位を伝える「情緒的 表現性」や表現を制御する「情緒的コントロール」 さらに、言語的情報を媒介として表現を制御する

「社会的コントロール」などの社会的スキルに支えられている必要がある。すなわち、社会的スキルが優れているか否かはSSI尺度の6領域がバランスよく獲得していることで決まるとRiggoが述べているが、VCSI尺度は、SSI尺度の言語的情報を媒介とする表現性や感受性との関連が高いことから、専門的コミュニケーション技法としての言語的応答に対する意識を測定する尺度として活用できることが明らかになった。

3) 尺度の安定性

本研究で作成した「言語的応答測定尺度」は、再検査法によって安定性が検証された。VCSI尺度の質問項目作成にあたっては、岩村・小柳ら(1984)のファシリテータ発言分類により、分類項目を表現する文章例で構成した。前記した尺度作成のプロセスをたどることにより、測定が安定したものと思われる。

今■の調査では、看護職の言語的応答能力測定 尺度を用いて、自己申告でしかも文章例を使用し ている頻度について■答を求めるものであった。 この結果は応答能力を身につける1ステップとし て、看護場面での言語的応答に関する意識を反映 しているにすぎないことを認識しておかねばなら ない。今後■子分析により抽出された4 ■子のど の発言をどの位使用することで相手の話を聴くこ とが可能なのかを検証していくことと同時に、実 際の応答場面の分析などにより、言語的応答能力 の測定方法を明らかにしていきたい。

結 論

- 1.33項目からなる文章例を用いた言語的応答測 定尺度が作成できた。
- 2. 言語的応答測定尺度の因子分析の結果, **■**有 値1.5以上の4つの因子が抽出された。
- 3. 抽出された4因子は第I因子「相手および自己の開示」,第II因子「相手の言動に対する評価」,第II因子「傾聴しているという表現(反応・質問)」,第IV因子「相手の言動や気持ちの確認」と命名された。
- 4. 言語的応答測定尺度における 4 つの下位尺度 「相手および自己の開示」,「相手の言動に対する評価」,「傾聴しているという表現(反応・質 間)」,「相手の言動や気持ちの確認」について,いずれも高い信頼性($\alpha=.703\sim.843$)が示された。
- 5. 言語的応答測定尺度における4つの下位尺度 得点と日本語版SSI得点6領域との間では、「社 会的表現性」「社会的感受性」に有意な相関が 認められ、概念的妥当性があることが確認され た。

謝辞

言語的応答測定尺度作成については、鳴門教育 大学学校教育学部教育臨床講座教授田中雄三先生 にご指導いただきました。心より感謝致しします。

引用文献

- 1) 正木治恵:慢性病患者の看護援助の構造化の 試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して-その1,看護研究,26(7),49-76,1993.
- 2) 正木治恵:慢性病患者の看護援助の構造化の 試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して-その2,看護研究,27(1),49-74,1994.
- 3) 正木治恵:慢性病患者の看護援助の構造化の 試み-糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して-その3,看護研究,27(4),81-95,1994.

- 4) **菊**池章夫・堀毛一也: 社会的スキルの心理学, 192-200, 川島書店, 東京, 1994.
- 5) 稲間文曜:第3章看護とコミュニケーション, 小林冨美枝監:看護実践の基礎,87-110,文 光堂,東京,1990.
- 6) J. S. Hays & K. H. larson 著, 日本赤十字 社医療センター看護研究会訳:看護実践と言葉ー 患者との相互作用ー, 15-59, メジカルフレン ド社, 東京, 1975.
- 7) Eleanor C. Hein 著, 助川尚子訳:看護と コミュニケーションー看護**面接**におけるコミュ ニケーション技法ー,48-82,メデイカル・サ イエンス・インターナショナル,東京,1983.
- 8) Allen. E. Ivey 著, 福原真知子・椙山喜代子 ほか訳:マイクロカウンセリング "学ぶー使 うー教える"技法の統合:その理論と実際, 7-11, 川島書店, 東京, 1985.
- 9) 一戸とも子,木立るり子ほか:マイクロカウンセリング技法からみた看護学生のコミュニケーション(その1) -卒業時点の学生の傾向から-,日本看護学教育学会誌,8(1),41-49,1998.
- 10) 木立るり子、五十嵐世津子ほか:マイクロカウンセリング技法からみた看護職者のコミュニケーション-卒業時点の看護学生との比較から一、日本看護学教育学会誌、9(4)、9-19、2000.
- 11) 淘江七海子, 真嶋由貴恵, 小柳晴生: コンピュータ支援教授学習法による患者への言語的応答プログラムの開発, 第26回日本看護学会(看護教育), 1995.8. (東京都)
- 12) 細原正子, 舟越和代, 堀美紀子, 淘江七海子, 真嶋 由貴恵, 松下文夫:自己学習用看護 CAI 教材の評価-情意・認知領域における分析-香 川県立医療短期大学紀要第3巻, 99-106, 2002.
- 13) 細原正子, 淘江七海子ほか:看護 CAI 教材 (言語的応答訓練プログラム) の評価, 第14回 日本看護研究学会 - 近畿・北陸/中国・四国地 方会 - 学術集会, 200.3.(京都市)

看護職における言語的応答能力測定尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討

- 14) 堀美紀子, 舟越和代, 淘江七海子, 白石裕子, 細原正子, 真嶋由貴恵, 松下文夫: 看護 CAI 教材による学習効果-言語的応答訓練プログラ ムー, 第21 国日本看護科学学会学術集会, 2001. 12.2. (神戸市)
- 15) Hill. Clara. E.,: Development of Counselor Verbal Response Category System, Journal of Counseling Psychology, 25(5), 461-468, 1978.
- 16) 岩村 聡・小柳晴生:ファシリテーター発言 分類法作成の試み、広島大学総合科学部紀要Ⅲ、 8、95-113、1984。
- 17) 淘江七海子: 糖尿病患者教育場面における看 護婦の発言内容の分類と対応の適切さの検討ー 記述的■答にもとづく分析ー, 臨床看護研究の 進歩, 9, 93-101, 1997.

- 18) 白石裕子, 淘江七海子: 看護学生の言語的応答能力の育成を目指して, 香川県立中央病院医学雑誌、(19), 38-44, 2000.
- 19) 堀 洋道・山本真理子ほか (編): 人間と社 会を測る心理尺度ファイル, 245-251, 垣内出版, 東京, 1994.
- 20) Riggio. R. E,.: Assessment of Basic Social Skills, Journal of Personality & Social Psychology, 51, 649-660, 1986.
- 21) 棚野 潤:社会的技能研究の統合的アプローチ(1) SSI の信頼性と妥当性の検討ー, 関西大学大学院人間科学社会学心理学研究, 31, 1 16, 1988.

[平成14年3月30日受 付] [平成14年10月28日採用決定

高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味:構成要素の探索

The Meaning of Self-care in Elderly CAPD Patients: Searching Components

> 三 村 洋 美 Nadami Mimura

キーワード: セルフケア, 連続携行式腹膜灌流, 高齢者 Self care, CAPD, Elderly

I. はじめに

わが■の透析患者は1999年末で19万7000人を超 え、そのうち8800人が連続携行式腹膜灌流(以下 CAPD という) で透析を行っている¹⁾。透析患者 全体の高齢化が進み、平均透析導入年齢が63歳と なり、1999年の CAPD 導入患者数は1170人で、 そのうち138人が75歳以上である。 CAPD は在宅 でバック交換を行えば、月に2■程度の通院で家 庭での生活ができ、血液を体外の透析装置に循環 させる血液透析に比べて循環器系の負担が少ない 治療法である2)が、高齢者は身体機能の低下によっ てセルフケアが難しいという考えから積極的導入 は「60歳以下が望ましい」3)とされている。しか し高齢者が CAPD をすることは十分可能であり、 高齢者への CAPD の指導は手技の工夫をし、教 育を繰り返すことで治療法の理解やバック交換の 手技の習得ができる存在であり、患者の年齢を積 極的適応の基準にするのではない4)という見解も ある。

Dorothea E. Orem⁵⁾は、セルフケアを「人が 生命や健康、そして幸福を維持していくうえで自 分のために活動をおこし、やり遂げること」であるといっている。セルフケアは目標を意図的に達成しようとする行為(意図的行為)であり、この行為には段階を追って遂行する態度が必要となる。意図的行為に携わる人は、まず状況から与えられる考えを持つといわれている。これがその人の状況に対する見かた(意味)であり、セルフケアという意図的行為の前提条件となり、意味を持つことでセルフケアを行うことができる。また、セルフケアは患者自身によって行われるため、セルフケアは患者自身によって行われるため、セルフケアは患者自身によって行われるため、セルフケアは患者自身によって行われるため、セルフケアは患者自身によって行われるため、セルフケアは、より重要であるりといわれている。

今後、高齢腎不全患者の増加にともない高齢透析患者の看護の要請が増大すると考える。それにともない、高齢腎不全患者が透析療法の様式を自ら選択でき、セルフケアに向けての専門的な看護を受けられる場の要請も増大すると考える。本研究はこれまでに明らかにされていない CAPD 患者のセルフケア能力に焦点をあて、積極的選択と

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科高齢者看護・ケアシステム開発学博士後期課程

Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Allied Health Sciences Department of Gerontological Nursing Health Care System Doctoral Program

されていない高齢 CAPD 患者の内的体験の構成 要素を明らかにする。研究結果は、高齢者が積極 的選択として CAPD を行うことが可能であるこ とを提案し、高齢 CAPD 患者のセルフケアを促 す看護に寄与できると考える。

Ⅱ. 用語の定義

- 1. CAPD のセルフケア: 腎機能を維持し、自らの生命、生活を維持していくために、必要な知識をもち CAPD を自分でやり遂げること。
- 2. 意味:自らの体験の中でどのように観るかという見かた(自らの捉え方)。

Ⅲ、研究目的

高齢 CAPD 患者がセルフケアにどのような意味を持っているのか、その意味の構成要素を明らかにする。

IV. 研究方法

1. デザイン

本研究は、帰納法的・質的因子探索型研究とし、 Klaus Krippendorff の手法⁷⁾を参考にして内容 分析を行った。

2. 研究対象者

- 1) 現在70歳以上でCAPD導入が65歳以上の患者
- 2) CAPD導入教育を終了し、在宅において自分で CAPD をしている患者

上記の2項目を満たしている者,すなわち臨床で一般的にCAPDのセルフケアが難しいといわれている年齢であるが,実際にセルフケアをしている者とした。A病院透析センター責任者に選定を依頼し,紹介をうけた18名の中でデータ収集が可能であった15名(女性9名・男性6名で平均年齢76.8歳)であった(表1)。

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	CAPD 継続期間	家 族 構 成
Α	71歳	女性	4ヶ月	夫と息子夫婦と同居
В	72歳	女性	2年7ヶ月	夫と息子夫婦と孫二人と 同居
С	84歳	女性	4年4ヶ月	一人暮らし,息子夫婦と 孫夫婦曾孫一人が同敷地 にいる
D	76歳	男性	9ヶ月	妻と二人暮らし
Ε	73歳	女性	1年6ヶ月	一人暮し
F	85歳	男性	1年6ヶ月	妻と娘と孫一人と同居
G	82歳	男性	2ヶ月半	妻と二人暮らし
Н	81歳	女性	2年7ヶ月	息子夫婦と孫夫婦と孫二 人と同居
I	77歳	男性	1年2ヶ月	妻と二人暮らし
J	75歳	友性	1年6ヶ月	娘夫婦と三人の孫と同居
K	79歳	女性	1年6ヶ月	一人暮し,息子夫婦と曾 孫一人が同敷地にいる
L	75歳	女性	4年	夫と二人暮らし
M	75歳	男性	2ヶ月半	妻と二人暮らし
N	77歳	女性	3ヶ月	息子夫婦と孫一人と同居
0	71歳	男性	1年	妻と次男と三人暮らし

3. 研究素材

研究対象者15名の面接の内容を録音したテープ とフィールド記録より作成した逐語記録420枚 (1枚1600字詰め)を使用した。

4. データ収集方法

1) 倫理的配慮

研究への協力依頼書を提示し対象者の権利の擁 護に関する事柄を読んで確認を行い,説明後に署 名により承諾を得た。

2)面接方法

面接場所は対象者の希望に従い、15名中14名は CAPD 外来受診時に CAPD 外来の待ち時間に患者控え室の空室を使用しプライバシーが守れる環境で行った。1名は自宅での面接を希望した。面接は1名の対象者に3回から4回、1回の面接時間は30分から1時間30分であった。また面接内容をテープに録音することの承蓋を得て、全ての対象者の面接内容を録音した。また、録音ではわかりにくい表情や態度はフィールド記録に残した。

1回目の面接では、オレムのセルフケアエージェンシー10パワーコンポーネンツを参考に研究者自身が作成した半構成的質問項目(表 2)を用い、2回目以降は前回の面接内容の逐語記録を提示して、自由に話ができるように面接を行った。面接は新たな内容が出なくなった時に終了した。

3) 面接期間

1999年3月1日から6月30日までの4ヶ月。

4) データの分析方法

録音した面接の内容をフィールド記録と照らし 合わせて逐語記録に書き起こし、以下の手順で内 容分析をおこなった。

- (1) 逐語記録の中より CAPD をすることをどのように思っているのか、CAPD をすることにどのように取り組んでいるのか、について話している箇所を対象者の言葉を損なわないように文脈に智意しながら1 意味単位で抽出し素データとした。
- (2) 素データとして抽出したものを1文章1意味 の分析単位に分けコード化を行った。
- (3) 半数の対象者のコードから、同じ意味を述べているものを類型化することを繰り返した。
- (4) 残りの対象者のコードをこれまでに類型化したものと比較しながら既存の類型に分類し、既存の類型に分類できない場合は新たな類型を作り出した。また類型化は素データと文脈の整合性を確認しながらすすめた。
- (5) 類型化を繰り返し、サブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーを類型化してカテゴリーとしてネーミングを行った。最後にカテゴリー間を比較分析しテーマを導いた。

5) データ及び分析の信用性

面接予定でない日でも会った時には必ず状態や 調子について尋ね、対象者の話を積極的に聴く態 度を示し、何でも相談できる雰■気をつくった。 対象者から生活や体調について相談を受けること がしばしばあったが、研究者が独自に答えられな

表2 半構成的質問項目

1	生活で用心したり注意していることは何ですか。
2	工夫していることは何ですか。
3	これからどのようなことが起こると予想してい ますか。どうしてそう思うのですか。
4	CAPD をはじめて苦労したことは何ですか。 どのようにしてそれを克服しましたか。
5	CAPD を続けていくことをどう感じますか。
6	今後どのようにしていこうと思っていますか。
7	今の自分はどのような人間か教えてください。 どのような能力があると思いますか。
8	CAPD をして変ったと思うことは何ですか。
9	文えてくれている人はだれですか。どのような助けを受けていますか。あなたはその人にとってどのような存在ですか。
10	困っていること、もっと情報がほしいと思って いることがありますか。

いことはCAPD患者に指導しているエキスパートの看護者と相談し答えるようにした。以上のような関係づくりをし、対象者の内的体験をあるがままに語ってもらえるように努力した。対象者の面接を1名当たり3回から4回としたのは、より深い内的体験を引き出すことを目的とし設定した。また、2回目以降の面接は2週間毎の受診日の時に前回の面接の逐語記録を対象者に提示し、研究者の解釈が対象者の内的体験と合致しているか確認をした。

分析手順にそってコード化からコードの類型化の段階をエキスパートの看護者と、コードの類型化からカテゴリーのネーミングの段階を CAPD の研究を行っている看護研究者と検討を行いながらすすめた。

最後に信用性を高めるために CAPD の継続期間が異なっており、多くのデータを表した 4名 (B・J・K・N)を選び、それぞれに面接し本研究の結果を提示して彼らの内的体験をあらわしているかを考えてもらった。 4名は彼らの内的体験が結果で表現されていると証言した。

本研究の全過程を通じてスーパーバイザーから 指導をうけた。

V. 結 果

CAPD セルフケアの意味を内容分析した結果, 23サブカテゴリー, 8カテゴリーに分類され3つのテーマが抽出された(表3)。以下にテーマ毎に生データから説明する(以下, 素データを「」, サブカテゴリーを〈〉, カテゴリーを【】, テーマを『』であらわす)。

1.『獲得した取り組み』

このテーマはセルフケアをする体験の中で得た 自分なりの取り組みである。カテゴリー【経験を 積み重ねる】・【制限をとりこんだ生活がある】・ 【より健康な感覚がある】で構成されていた。

【経験を積み重ねる】は自分なりの工夫によっ て、身体を守り、検査結果・排液の状態・症状の 観察をし、身体の状態を評価する経験を積み重ね て管理が身につくことである。サブカテゴリーは <自分なりの管理をしている><経験によって管 理が身についている>で構成されていた。自分な りの管理の方法について「毎日の排液の結果はど うか出口部はどうか自分なりの注意をしないとい けない。」(対象者F,以下対象者を省略する)と 自分なりの工夫で身体を守り、排液の状態と出口 部感染の症状を観察して評価していることを話し た。そして「最初は、排液が少ないと気になりま したが、今では、次に出るわと思って、そしたら その次には出ます。」(B)と最初は気になってい たが経験をすることで、その管理方法がわかって きて上手く管理ができるようになっていた。また 「まずは苦労したのは機械操作です。失敗ばかり してやっとできるようになりました。」(A・B・ F)と失敗を繰り返して身に付けたことを語った。

【制限をとりこんだ生活がある】は CAPD を始める前のように思うように動けない・すぐに入浴ができない・自由に遠出できないというように、今までしていた日常生活が制限されているが、制限のある生活を普通の生活・当たり前の生活・習

表 3 高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味の構成要素

7-7	カテゴリー	サブカテゴリー
獲	1. 経験を積み 重ねる	1) 自分なりの管理をしている 2) 経験によって管理が身についている
得した取り	2. 制限をとり こんだ生活が ある	3) 日常生活が制限される 4) 制限をとりこんだ日常生活がある 5) 今の生活の状態でよい
組み	3. より健康な 感覚がある	6) より健康になる 7) ささやかな楽しみがある 8) 有意義な時間がある
状	4. 時間にとら われる	9) 時間におわれる 10) 自由時間がつぶされる
況の	5. 不快な症状 とともにあ る	11) 不快な身体症状がある 12) 身体症状の変化が気になる
理解	6. 加齢によっ てできなく なる	13) 加齢にともなって身体が衰えていく 14) 自分でできなくなり人にしてもらう
力の源	7. 支えがある	15) 家族の支えがある 16) 理解してくれる友人がいる 17) 信頼する医師がいる 18) 一緒に考える看護者がいる
となる支え	8. 残された日々 には限りが ある	19) 人生に満足し一日一日を大切に生きる 20) 日々には限りがある 21) 自分のために生きる 22) 人のために生きる 23) 生きることで役立つ

慣として日常生活の中にとりこみ,この生活を維持することである。サブカテゴリーは〈日常生活が制限される〉〈制限をとりこんだ日常生活がある〉〈今の生活の状態でよい〉で構成されていた。日常生活で「苦労するのはお風呂ですね。」(E)「入浴にも制限があるし,いろいろなことをしないといけない。」(F)とバスコートを貼っての入浴となり,以前のように思った時にすぐに入浴することができないと感じていた。「旅行なんか自由勝手にできないと、すべて制約を受けてくる。」(F)と CAPD をする前と同じように旅行できないことを話した。これらは CAPD をすることによって日常生活が制限されることであった。しかし,日常生活の制限を感じながらも「上手に時間

のコントロールをすれば結局、旅行もできるなー と思いました。…生活の中に(CAPDが)割り 込んできたというだけでね。透析に生活が入るの ではなくて、生活の中に透析が入る。」(E)とい うように CAPD は自分でコントロールできるも のであり、 CAPD によって日常生活が制限され ても、それをとりこんだ生活ができると考えてい た。そして、CAPDをすることについて「面倒 くさいとも何とも思わない。これが仕事だと思っ てな。」(L)「ご飯食べるのと一緒で。」(D・G) というように CAPD をすることは当然のことで あり、日常生活の一部として生活にとりこんでい た。これから先の生活について話す中で「今のレ ベルだけは持った状態で生きたいなと思う。」(M) 「別に変わったことをしていこうとは思いません。 現状維持していけたらね。」(I)というように今 の生活以上の状態は望まず、今の生活の状態でい ることがよいと考えていた。

【より健康な感覚がある】はCAPDすること で症状が改善した, CAPD を始める前に比べ健 康になったと感じる。そして CAPD を始める前 にしていた活動にいきいきと取り組むことを始め、 有意義な時間がもてると認識することをいう。サ ブカテゴリーは<より健康になる><ささやかな 楽しみがある><有意義な時間がある>で構成さ れていた。「身体のだるさがなくなって健康になっ た。」(E)「それ(CAPD)だけしたら健康と同 じだからなー。」(D) と CAPD をして症状が改 善され、CAPDしている今の状態が自分にとっ ては健康な状態であると感じ、「透析をすること で腎臓について知識も広くなった。」(F)「身体 を大切にする方法が分かった。」(M) と CAPD を始めたことで以前より健康についての知識が増 えていた。そして「私もデパートに買い物に行こ うかなーと思うのです。」(A)「透析ができる所 があれば旅行に行って楽しもうか。」(D)とCAPD によって制限を受けてできなくなったことにもう 一度取り組もうとしていた。これは、以前ならできて当然のことであったが、今ではこれらができることがささやかな楽しみと感じられていた。CAPDの時間については制限をされる一方、「CAPDの時間が自由で休める時間。」(B)「透析している時間は自由に考えられる時間だ。」(F)と言うようにCAPDしている時間は自分の自由に使える時間であった。決まった時間にCAPDを行うことで「規則正しいということが一番変わってきましたね、今の方が規則正しい。」(J)「前は不規則に食事を食べていたが、今は透析が終わってから規則的に食べている。」(O)と、生活全体が規則正しくなり、時間の使い方が変わったことを語った。

2. 『状況の理解』

このテーマはセルフケアをしている体験の中での自分の置かれた状況の壓解である。カテゴリー 【時間にとらわれる】・【不慎な症状とともにある】・【加齢によってできなくなる】で構成されていた。

【時間にとらわれる】は1日4から5回しなけ ればならない CAPD の時間に追われている感じ、 CAPDするために自由時間がつぶされてしまう 感じにとらわれることである。サブカテゴリーは <時間におわれる><自由時間がつぶされる>で 構成されていた。「そういう時間で頭がいっぱいっ ていうのはありますけどね。」(K)と、CAPDは 1日に4回から5回、約4時間毎に行わなければ ならず、何をしていても CAPD の時間を気にし ており時間に追われている感じが常にあった。ま た、CAPD するのに要する時間が「正味1時間 かかりますでしょう,で5時間は何か他のことが できたのに、できない時間でしょう。」(E) のよ うに CAPD をする間は何もできず、時間がつぶ される感じを持っており、自らの時間に対する状 況を重解していた。

【不快な症状とともにある】は、病気によって生じた症状・CAPDをしたために新たに生じた症状が、不快な身体症状として存在し、その身体症状の変化を常に気にしていることをいう。サブカテゴリーは《不快な身体症状がある》《身体症状の変化が気になる》で構成されている。「ここから管をだしてすることは苦痛だな。」(D・O)と言うように CAPD している限り逃れられないカテーテル留置の不快があった。カテーテルの出口部周圓が「バスコートにまけて、カサブタみたいになってきている。」(A)と自分の身体の変化を確認していた。

【加齢によってできなくなる】は加齢にともなっ て体力が衰え,動作も鈍くなり,思考力・記憶力 が低下していく。そして、何時の日か自分ででき なくなり人にしてもらうしかないと感じることで ある。サブカテゴリーは≪加齢にともなって身体 が衰えていく><自分でできなくなり人にしても らうようになる>で構成されている。「行動につ いても歩く速度も鈍くなってくるし、態度は緩慢 になってくるし、それから思考力もどうしても衰 えてきますからな。」(F)と加齢することで身体 的に衰えていくことを実感しており、加齢によっ て今以上に衰えるであろうことも予測していた。 そして「痴呆は怖いよー。自分で透析ができなく なくなるから。」(H) と自分で CAPD をするこ とができなくなることを恐れていた。しかし、 「いつまでも、自分でできるわけではないから、 いつか人の世話にならないといけないな。」(H) と自分でできなくなる日が来た時には、人にして もらうようになるだろうと考えていた。

3. 『力の源となる支え』

このテーマはセルフケアに取り組むことを駆り立てる原動力になっているものである。カテゴリー【支えがある】・【残された日々には限りがある】で構成されていた。

【支えがある】は家族の直接的・精神的援助と 友人の精神的援助、信頼する医師から医療を受け ること、看護者に相談しアドバイスを受けること によって支えられていることをいう。サブカテゴ リーは<家族の支えがある><理解してくれる友 人がいる><信頼する医師がいる><一緒に考え る看護者がいる>で構成されていた。「忙しくし ていて時間を忘れていると孫が透析の時間だと教 えてくれる。| (H) と家族の実際の手助けや「手 助けじゃなくて、家族が**和**気藹々と**毎**日を過ごせ ることが支え。」(H)と家族が幸せに暮らしてい ることが精神的に支えになっていた。そして「医 療的なことは先生に聞けばわかる。|(F)という ように、信頼する主治医の存在があった。「困っ たときには病院に電話して看護婦さんに聞いてみ る。|(J)「排液を捨てる場所が無くて…どうし たらいいか看護婦さんが一緒に考えてくれてなん とかなってね。」(M)「いつも闲ったことは看護 婦さんが一緒に考えてくれるので安心です。」(A) というように困った時すぐに電話で相談に乗って くれたり、どうしたらよいか困っている時に一緒 に考えてくれる看護者の存在にも支えられていた。 しかし看護者に「もっと心の悩みを聞いてほしい。」 (F) とも語っていた。

【残された日々には限りがある】はこれまでの自分の人生に納得し、残された日々をまっとうすることであり、そして生きることは自分のため、また人のためでもあるという自分の信念から生じたものである。サブカテゴリーは〈人生に満足し1日1日を大切に生きる〉〈日々には限りがある〉〈自分のために生きる〉〈人のために生きる〉〈生きることで役立つ〉で構成されていた。「悩みましたよ、私が透析するなんてね。でもこれも私の人生だと思ってね。大切に生きるわ。」(A)「こんな病気になってしまって悩んで悩んでこまできました。今ではこれをこれをと思い残していうようなことはありません。」(G)「自分

では今が幸せだと思います。」(F)というように CAPD になったことに悩みながら自分の人生に ついて考えたことを語った。これまでの自分の生 活に満足しており、今の自分は幸せだと感じてい た。また、「若い人と比べて、こっちは年をとる と残された時間いうのが限られているからな。」 (F) というように、生命に限りがあり自分たち に残された日々が少ないと知って CAPD に取り 組んでいた。 CAPD をして生きることについて 「今を一生懸命楽しく生きたらよろしい。」(B) 「今は自分の好きな歌が歌えたら、 それでいい なー。|(G)といい、自分のために生きようとし ていた。そして「やはり、私が死んだらみんな悲 しむだろうなーと思いますよ。」(B)「女房がい るから生きているのでしょうかね。」(I) と, 自 分の存在を必要としている人のために生きたいと 思っていた。「透析して生きていることが何かの 役に立つのじゃないかなと思うんだ。」(D)「自 分のくだらない話が医療技術や介護に1つでも参 考になったら幸いだと思っています。」(F)と CAPD して生きていく自分の体験が、これから の透析医療に役立つことを望んでいた。

VI. 考 察

1. 高齢CAPD患者のセルフケアの意味について 高齢 CAPD 患者が、そのセルフケアに持つ意 味は『獲得した取り組み』『状況の理解』『力の源 となる支え』の3つのテーマで成り立っている。 以下にテーマごとに考察する。

1)『獲得した取り組み』について

このテーマは【経験を積み重ねる】・【制限をとりこんだ生活がある】・【より健康な感覚がある】のカテゴリーで成り立っている。これは CAPD のセルフケアの体験の中で新たに獲得した自分なりのものである。この感覚によってひときわ自分らしい生活への取り組みができていると思われる。

【経験を積み重ねる】ことは、失敗を繰り返し

ながらセルフケアを身につけ、生活を支配している感覚を持つことによってセルフケアを獲得することであると考えられる。高齢慢性疾患患者のセルフケア能力獲得のプロセスはセルフケアの取得から統合、そして成功のパターニングである®といわれている。高齢 CAPD 患者は器械操作の失敗や排液方法での苦労を繰り返しており、その中から自分らしい管理の方法を見つけているといえる。高齢者はこれまでの人生の経験から自分の生活に対して支配の感覚を持っている®といわれている。そのため彼らが苦労を繰り返しながらもCAPDのセルフケアを獲得し、一旦セルフケアを学習した後は、自分が生活を支配している感覚を持て、CAPDのセルフケアに取り組めていると考えられる。

【制限をとりこんだ生活がある】ことは制限の 中で自由をみつけ、CAPD のある生活を習慣と することであると考えられる。 高齢 CAPD 患者 には、CAPD 導入後自由にできなくなったこと がいくつかある。しかし、彼らは制限のある生活 によって自由を失ったのではなく、その制限の中 での自由を見つけていると思われる。人間の行為 は必ずしも自由に選択されたものではない、ある 状況に身を置くことによって選択されるものであ り、「人間は原理的に自由でも、原理的に不自由 でもない。 | 100 といわれている。 すなわち、 自由と は置かれた状況によって規定されるものであると いえる。その気になれば時間の繰り合わせをして 旅行もできると考え、CAPD を楽しんで行って いると語っている。これは、CAPD のある状況 の中で自由を選択しているといえる。また、長く 慢性疾患を持って生活している人は,自分の身体 機能を維持していくために諸々の習慣を発達させ る^{III}といわれている。高齢 CAPD 患者は自然と CAPDのある生活は当たり前の生活であり、習 慣として考えるようになっている。彼らが現状の 維持で十分であると語っているのは,自分自身の

状態をよく知っていて、現状が自分にとって良い 状態であると考えているからであろう。

【より健康な感覚がある】ことは、高齢 CAPD 患者なりの健康の捉えかたと、敏感な感受性によっ て獲得できていると思われる。病気をただ単に治 すべきものと考えるのではなく、病気とともに生 きる中に真の健康的な生き方がある20といわれて いる。彼らは CAPD をすることで身体症状が改 善し、わずかでも健康を取り戻したと感じ、健康 に対する知識が増えることで健康を実感している。 また、彼らが腎臓病は完全に治癒するものではな いと捉え、自分にとって良い状態が健康だと考え ているため、今の状態が病気を持っていても健康 であると考えることができていると思われる。時 間の感覚についても、CAPDをする時間は自由 で休める時間である, 規則正しく健康的な生活に なったと考えている。これは【時間にとらわれ る】という状況を知っているから新たな時間の感 覚を見つけることができる。そして買い物にいく、 近くに旅行にいくというような CAPD 導入前に は当然として行っていた日常生活の出来事にも感 受性が高まりささやかな楽しみを感じている。が ん患者が自分の命が限られていると知るから、今 まで日常で気づかなかったものを喜びや幸せとし て意識して生きるようになるいといわれているの と同じく高齢 CAPD 患者も残された人生は限ら れていると知っていることで、日常生活のささや かな出来事に喜びや楽しみを感じているといえる。 しかし、がん患者が積極的に生きる意味として喜 びや幸せを見つけるのに比べ、 高齢 CAPD 患者 は静かに人生の流れるままに身を任せていうよう に見える。これは高齢者が人生周期の当然の帰結 として死を考えているゆからであると思われる。 高齢 CAPD 患者は支配の感覚を持ってセルフケ アに取り組み、置かれた状況の中で自由を見つけ、 CAPD のセルフケアを習慣とする。 Merleau-Ponty は習慣が獲得されるのは身体が新しい意味

によって浸透されるときである¹⁵⁾といっており、 高齢CAPD患者もまたセルフケアの意味をみつけ ることで、そのセルフケアを習慣として自分らし い生活を獲得しているといえる。病気を持って生 きる中で健康的な生き方を見つけているのである。 2)『状況の理解』について

このテーマは【時間にとらわれる】・【不快な症状とともにある】・【加齢によってできなくなる】のカテゴリーで成り立っている。高齢 CAPD 患者は CAPD 導入前の状況と今の状況を比べ、今の状況を知り、将来を考えている。これによって自分の置かれた状況を理解していると考えられる。

【時間にとらわれる】は1日4回から5回,約4時間毎にCAPDを行わなければならないために起こっていた。これは自分が生きるためには行わなければならないことであり,CAPD導入前の時間の感覚とはかなりのずれが生じていると考えられる。彼らは,これから自分の好きなことをして余生を送ろうと考える時期に予測していた老後の生活とは違うCAPDをしなければならない生活となっている。時間の感覚についての状況を的確に理解し,過去・現在・未来を繋げて自分の人生を連続的に捉えなおすことを行う100ことで,高齢CAPD患者は自分の存在の価値を見いだすことができていると思われる。

【不快な症状とともにある】は、高齢 CAPD 患者が、病気とともに生きることで、不快な症状は、身体とともにあると考えることができると思われる。これは、CAPD 導入前と今の身体の状態とを比較することで、身体の変化に気づき、その変化に注意を払っていることであった。全員が自分の出■部の状態を詳細に説明でき、浮腫の程度や尿量にも敏感でかすかな変化も気にしており、自分の身体の変化について話すことができる。人は身体症状から病気だと実感する™といわれているように、不快な症状によって病気である自分を自覚する。そして病気は生涯にわたって治癒する

ことはなく,不快な症状のある身体こそが自分の 身体であると考え,一生つき合っていくものとし て受け止めることができていると考えられる。

【加齢によってできなくなる】は、今は自分で CAPD のセルフケアができているが、これから 先、できなくなると考えることである。過去と現 在を比べ、自分が加齢していることを自覚し、老 いを受け入れ、現在の状況から将来について予測 し、自分でできる限りは CAPD を続ける決意を しているように思われる。高齢期には体力や知覚 などさまざまなものが失われ自分が弱い存在だと 思い知らされており!

高齢者は加齢することで具 合が悪くなる、弱くなると考えている自分に気づ いている¹⁹⁾といわれている。 CAPD の機械操作 がなかなか覚えられなかったと話しているように、 導入間もない頃から、加齢による身体変化を自覚 していたように思われる。彼らは、 CAPD をし なければならない状況について、いつの日か自分 でCAPD ができなくなり、人に世話をしてもら うようになるだろうと考えている。その日までは、 自分で CAPD に取り組むことを決意しているよ うである。未来は自分自身が以前に感じていた未 来より、今、考える未来は、はるかに曖昧でよく 分からない不確かなものになることいわれている が、高齢者のある種の強さである自律的精神よっ て何時どうなるか分からない不安, そして何時か くる死の恐怖に打ち勝ち、窶えていく自分と向か い合い、死に立ち向かおうとするがといわれてい る。高齢 CAPD 患者が、未来に対して不確かさ を持ちながらも自分でできる限り CAPD を行お うとするのは、自立的精神という強さを持ってい るからであると思われる。

以上のように、高齢 CAPD 患者は自分の状況を大変よく知っている。自分がこの世界に存在するためには未来や過去へ逃げるのではなく、現在を「耐え通す」ことであると Heidegger はいっている²²。彼らは人生を継続しているものとして捉

え、今の自分の置かれた状況と向かい合って生きている。これは長い人生の経験をもった高齢者の持つ能力である。

3) 『力の源となる支え』について

このテーマは【支えがある】・【残された日々は限りがある】で成り立っている。これはセルフケアの原動力として、セルフケアをすることを駆り立てるものである。【支えがある】は自分と他者との間の信頼や愛という相互関係によって生じるものであり、【残された日々は限りがある】は自分の中での内省によって、自分の人生に折り合いをつけようとすることで彼らの信念から生じるものであると思われる。

【支えがある】では多くの対象者が家族に支え られていると語っている。手伝ってくれるという ような直接的な支えよりも、むしろ精神的な支え によってセルフケアに取り組もうという気持ちに なったようである。家族を愛し家族から愛される という関係によって自分の存在の確かさを感じて いると思われる。また親密の能力と孤独への欲求 とのバランスをとる³³ことによって、高齢 CAPD 患者は、愛する相手や愛される相手と相互性を持っ て関わっているともいえる。医療者との関係につ いては、医師には自分の身体を任せてもよいとい う信頼があった。医師との関係がよい患者はコン プライアンスがよい²⁴⁾といわれており、高齢CAPD 患者のセルフケアは医師との関係のよさに支えら れていると考えられる。看護者とは、 CAPD を することについて困った時やトラブルがあった時 に、まず相談をする相手として関係を持っていた が、彼らは CAPD に関することを相談するだけ ではなく、自分の人生においての苦悩を相談した いと語っていた。このことは、看護者が病気を持 つ人の日常生活だけに焦点を当てるのではなく, 高齢 CAPD 患者の人生全体を理解し、彼らの体 験を知って援助を行うことの重要性を示唆してい る。

【残された目々は限りがある】は自分自身を見 つめ、内省する中で生じている。過去から現在ま での自分について失敗や挫折を認め、そのことと 折り合いをつけることによって「英知」を持つ™ といわれている。彼らは今が幸せだといい、予測 もしていなかった CAPD を行わなければならな い生活を含んだこれまでの人生について自分自身 を満足させることができている。これは、彼らは 何故,自分が CAPD をしなければならないのか, こんなはずではなかったと苦悩を繰り返す中から 「英知」を得て、自分が納得できるような生き方 を見つけだしたと考えられる。苦悩は、人間を豊 かにし強くさせるものであるがといわれているよ うに高齢 CAPD 患者は苦悩を繰り返しながらも 生き生きと、CAPD のセルフケアに取り組んで いるように思われる。また、高齢者はこれまでの 経験を統合し、若い世代の生殖性を強化する役割 をはたし、人類の未来について考える***といわれ ている。彼らは自分の CAPD の経験を若い世代 に伝え、それが将来に役立つことを望んでいる。 これは生殖性の究極の形であり、英知を輝かす高 齢者であるから、できることであると思われる。

2. 実践への示唆

CAPDのセルフケアを行っている高齢者の内的世界を明らかにした本研究は、高齢 CAPD 患者がセルフケアを上手く行っていくための指標として臨床に還元できると考える。また高齢者もCAPDの積極的選択の可能性があることを提案できる。

3. 本研究の限界と課題

本研究はO県内のA病院の受診患者を対象者として限定しているため、すべての高齢 CAPD 患者に一般化することは控える必要がある。データ収集に関しては、信用性の高いデータを収集できるように考慮したが、本研究方法では研究者の対

象者と相互作用を行う能力や観察能力によって得られるデータが限定される可能性がある。またデータ分析のすべての過程においてスーパーヴィジョンを受けたが研究者の主観や先入観が入り込んでいる可能性を否定できない。

今後の課題としては、継続期間の違いによって それぞれのテーマへの重みの違いと関係性につい ても検討を行う。次に対象者を○県A病院だけで なく、他の地域の高齢 CAPD 患者に拡大し、今 ■の研究であらわれたテーマやカテゴリーと比較 する必要性がある。

Ⅵ. 結 論

研究の結果、以下の知見が得られた。

- 1. 高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味として 『獲得した取り組み』『状況の理解』『力の源と なる支え』の3つのテーマが抽出できた。
- 2. 『獲得した取り組み』は、 CAPD のセルフケ アを習慣として自分らしい生活を獲得している ことであった。
- 3. 『状況の理解』は、CAPD のセルフケアをしている自分の置かれた状況をよく知り、その状況を受け入れてセルフケアをすることであった。
- 4. 『力の源となる支え』は、CAPD のセルフケアをしようという気持ちを支え、セルフケアを 継続させるものであった。

謝辞

本研究にこころよく協力してくださり、貴重な体験を語ってくださった高齢 CAPD 患者の皆様に感謝いたしますとともに、皆様の素晴らしい能力に心より敬意を表します。また、本研究の指導をしてくださいました渡辺文子教授に深謝いたします。

なお、本論文は平成12年度岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科の修士論文の1 都に加筆訂正を 行ったものである。

要 旨

高齢 CAPD 患者(70歳以上)が自分で CAPDを行う体験の中でセルフケアをどのように 観るかという見かた(意味)を明らかにすることを目的とし、15名を対象として帰納法的・質 的因子探索型研究を行った。

その結果、高齢 CAPD 患者のセルフケアの意味の構成要素として8つのカテゴリーを含む 3つのテーマ『獲得した取り組み』・『状況の理解』・『力の源となる支え』が創出された。3つ のテーマには高齢者の持つ能力が関係しており、セルフケアを行うためには、これらが効果的 に働いていると考えられた。

高齢 CAPD 患者の体験の中でのセルフケアの意味を明らかにしたことは、セルフケアを支持し促進させる援助へ貢献できると考える。また、高齢者も CAPD の積極的適応の可能性があることを提案し、彼らの体験を知り精神的な援助を含むセルフケアに向けての援助をすることに示唆を与えることができる。

Abstract

The purpose of this study was to search for the meaning of self-care in elderly CAPD patients. This study was qualitative research, and subjects were 15 elderly CAPD patients. The result, the components of the meaning of a self-care in the elderly CAPD patients was three themes, which includes 8 categories, "Getting one's own way", "Understanding of a situation" and "Supports as origin of power". Three themes are related to the capability of elderly, and these will work effectively in elderly to perform a self-care. This result contributes to the assistance that supports and promotes a self-care. Moreover, it suggests elderly people may become positive selection of CAPD, and we must assist self-care that includes understanding their experience and mental of elderly CAPD patients.

垭. 文 献

- 中川成之輔:心血管系の問題,太田和夫,中 川成之輔,川口良人編: CAPD の臨床改訂第 2版,183-185,南江堂,東京,1994.
- 3) 川口良人: CAPD の適応,患者選択および 評価,太田和夫,中川成之輔,川口良人編: CAPD の臨床 改訂第2版,47-50,南江堂, 東京,1994.
- 4) 三上裕子: 超高齢透析患者と CAPD, 腹膜 透析, 16(12), 45-50, 2000.

- 5) Dorothea E.Orem 小野寺杜紀訳: オレム 看護論 第3版, 102-111, 医学書院, 東京, 1995.
- 6) Hunngelmann J.: Components of self-care abilities of older persons with chronic disease, Diss Abs Int., 45, 1731B, 1984.
- 7) Klaus Krippendorff 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳:メッセージ分析の技法, 勁草書房, 東京, 1989.
- 8) 前掲6).
- 9) Ella Kick: Patient Teaching for Elders, Nursing Clinics of North America, 24(3), 681-686, 1989.

高齢 CAP ▶ 患者のセルフケアの意味:構成要素の探索

- 10) Patricia Benner, Judith Wrubel 難波卓志訳:ベナー 現象学的人間論と看護, 26-30,医学書院,東京, 1999.
- 11) 前掲 10).
- 12) 上野 竈:患者に対する精神的援助に関する 研究-現象学的方法による"病気の和解"の方 途を探って、132-138、風間書房、東京、1994.
- 13) 片平好重: がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに関する研究. 死の臨床, 18(9), 41-47, 1995.
- 14) Barbara M. Newman, Philip R. Newman 福富護訳:新版生涯発達心理学 エリクソンに よる人間の一生とその可能性. 17-21, 川島書 房. 東京, 1988.
- 15) 竹原 弘:意味の現象学 フッサールからメルロ=ポンティまで, 9-10, ミネルヴァ書房, 京都, 1994.
- 16) Henri Bergson 平井啓之訳:時間と自由, 182-200, 白水社, 東京, 1889.
- 17) J.H.van den Berg 早坂泰次郎、上野麢訳: 病床の心理学, 41-43, 現代社, 東京, 1975.
- 18) 岡本祐子: 申年からのアイデンティティ発達 の心理学 成人期・老年期の心の発達と共に生 きることの意味、150、ナカニシヤ出版、京都、

1997.

- 19) Erik H. Erikson 朝長正徳, 朝長梨枝子訳: 老年期, 66, みすず書房, 東京, 1990.
- 20) 前掲 19), 76.
- 21) 土屠健郎: 老年期の死生観, 長谷川和夫, 那須学一編: HANDBOOK 老年, 266-273. 岩崎学術出版, 東京, 1975.
- 22) Rudiger Safranski 山本尤訳:ハイデガー, 217-255, 法政大学出版,東京, Rudiger Safranski, 1996.
- 23) 前掲 19), 111.
- 24) Gene A. Kallenberg, John C. Beck 小泉 明監訳: 老年病患者のケア, 森本兼爨編: プライマリ・ケア, 家庭および地域包括医療の実践, 249-289, HBJ出版局, 東京, 1987.
- 25) 福島 章: ライフサイクルと人間の意識, ハイメ・カスタニエダ, 長島正編: ライフサイクルと人間の意識, 5-48, 金子書房, 東京, 1989.
- 26) Viktor E. Frankl 霜山徳爾訳: 死と愛 実存分析入門, 119-131, みすず書房, 東京, 1985. 27) 前掲 19), 78-79.

平成14年1月9日受 付 平成14年11月14日採用決定

筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確かさ

Amyotrophic Lateral Sclerosis Patient Uncertainty

金正貴美

Takami Kinsho

キーワード: 筋萎縮性側索硬化症, 病気体験, 不確かさ Amyotrophic lateral sclerosis, Illness experience, Uncertainty

I. はじめに

筋萎縮性側索硬化症(以下 ALS と略す)は,運動神経系が選択的に障害され急速に進行する神経変性疾患である。症状が身体に出現する度に,当たり前として持ち得ていた筋力・運動・コミュニケーション・呼吸等が奪われ病気の進行を気づかされる。ALS 患者は身体が変化し日常生活が行えず,怒りや絶望を抱き,先の見通しが立たず生きる意味を問い続けることが報告されているい。また医療者側もその援助の方向性を求めて苦悩している。このように ALS 患者の病気体験において,状況を解釈もしくは意味づけできず,予後を捉える事ができない不確かな認知的状態を,ありのままに捉えて明らかにすることは重要な課題である。

病気を持つ患者が体験する不確かさの重要性は、Mishel³)や Newman⁴)により指摘されている。 Mishel³)は、短期間の不確かさと、慢性疾患における持続的な不確かさは異なるとし、不確かさの再概念化を行った。そして不確かさは、今までの自分が置いていた価値が崩れることで、新しい意味や価値を獲得していくことができる重要な体

験であることを強調した。しかしその反面,不確かさは認知地図が形成されていないために状況の理解が断片的であり,不安や鬱の感情を抱くことが報告されている5-9)。

Tea-Sook Kim¹⁰⁾ は、どのくらい長く生きられるのか、未来への不確かさや回復の見込みがないことへの意味は、ALS 患者の関心事であると述べている。また ALS 患者の苦悩を癒す心理的条件や病を意味づけるプロセスは見出されている^{11.12)}。このように ALS 患者は病気が進行することで、喪失や未来の不確かさを体験している。それは病を意味づけ、超越の段階に至った患者も、病気が進行する限り例外ではないといえる。さらに先行研究で ALS 等の進行性運動障害患者が不確かさを体験していることには触れられているが、不確かさの要素を明確にしたものや、どのように認知されるのかその構造を明らかにした研究は見当たらなかった¹³⁻¹⁵⁾。

そこで、本研究ではALS患者の病気体験から、不確かさの要素と不確かさが認知される構造を明らかにすることを目的とした。医療者がALS患者の不確かさを理解することでALS患者との相

香川医科大学医学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa Medical University

互作用が深まり、ALS患者は不確かさを抱きながらも、少しずつ状況を解釈し表現しながら今を主体的に生き抜くことができると考える。

本研究では不確かさを扱っている文献を検討し³-5.16-30,慢性的疾患における持続的な不確かさに着目した。Mishel 19 は,不確かさは大きな混乱の間にゆっくりと現実の新しい視点が形成される体験であり,新しい価値体系をつくり,人生に新しい見通しを導く力であると述べた。またSelder 20 が述べたように,不確かさは現実の新しい視点と過去の視点との相互作用が生まれる重要な体験であることをふまえ,以下のように定義をした。

不確かさ:非平衡状態である状況で生じ、その状況を解釈する、もしくは意味づけや価値をおくことが▼難な認知的状態

Ⅱ. 研究方法

病気を持つ患者が体験する不確かさは、状況の 理解が断片的であるため、患者自身が不確かさを 抱いていることを自覚しにくく、他者にも理解さ れにくい側面があるといえる。それゆえ体験して いる人の表現(言語的・非言語的)から知る以外 には、理解することは難しい。よって現象を包括 的に捉え人間の経験を浮き彫りにできる質的帰納 法的手法による研究を行うこととした。

1. 対象者

M病院に入院中または外来通院しており、 ① ALS と診断された者、②運動障害の進行を自 覚していること、③病名・予後の説明が行われて いること、④侵襲的人工呼吸器を装着していない ことの条件を満たしている患者を対象とした。

2. 調査方法

データ収集は、面接と参加観察と記録物より行った。面接は、不確かさの文献検討及び ALS 患者の病気体験に関する文献を整理し、半構成的質問紙を作成して行った。対象者に病気になってから

の出来事や変化、そのときの気持ち、先の見通しについて自然に語ってもらった。その中で対象者が何に関心を持ち、どのように状況を捉えようとしているのかに重点をおき会話を進めた。面接内容は対象者の許可を得てテープに録音もしくはノートに筆記した。研究者は、対象者に看護師であることと研究目的について説明し、参加者としての観察者という立場をとった。病院や自宅での療養場面や医師による診療場面で、態度や表情など非言語的側面を観察した。記録物は対象者の同意を得た上で、対象者の日記をデータとして扱った。面接期間は、平成12年1月から7月であった。

会話が聞き取り可能である対象者は面接を行い、面接回数は1-2回で時間は60分から120分であった。会話を聞き取ることが難しい対象者には筆記や、文字艦を使用し、1ヶ月程かけ面接を行った。対象者の話を繰り返し、その度研究者が間違って受け取っていないか確かめた。

3. 倫理的配慮

主治医より、研究者は大学院生であり、以前神経内科病棟の看護師をしていたことが、患者に話された。またALSを患っている人の病気になってからの気持ちを調査する研究であることが説明された。そこで患者に面接の協力が得られるかどうか確認された。その後、研究者が具体的に研究内容や意義及び面接項目について説明し、同意を得られた患者を対象者とした。また対象者に面接における拒否や中断の自動の保障をし、研究への参加と診療は影響しないことを説明した。面接の時間は対象者の心身の状況により調節した。

4. 分析方法

- 1) 患者の態度や表情や行動等,病気になってからの内的外的出来事を認知している部分を逐語録や記録物より抜き出し,意味のまとまりによってデータを区切って分析した。
- 2) 何度も逐語録を読み、出来事に対してどのように捉えているのか、ニュアンスを損なわない

ようにコード化した。省略された言葉は、何故 省略されたのか、その時観察された態度や文脈 より検討した。出来事を表現しようとして例え たり、言い表そうとしてできずに途切れたりし たことにも注目した。参加観察した内容につい ては、コード化する際の補助とし、何度もその 場面において対象者の表情や行動など思い出せ るようにした。

- 3) 特徴(運動障害の進行度・病気への姿勢)を 留意し、類似したコードを含む場面を集め、比 較をし、類似している場合はサブカテゴリー化 した。その際、他の状況におかれている人と比 較し特徴が表われるように心がけた。
- 4)全てのケースにおいてサブカテゴリーの類似しているものを集め比較をし、カテゴリー化を行った。この過程で何度も逐語録に戻り内容を吟味しながらカテゴリー化を進めた。
- 5) カテゴリーを何に対する不確かさかというこ

とで類別し領域をネーミングした。さらに不確かさが何故生じているのか,カテゴリー毎に見直し、意味の其通性を探し、不確かさが認知される構造を導き出した。

5. 真実性の確保

本研究における厳密性は、Guba&Licoln³⁰の提唱した真実性(trustworthiness)を参考にした。信用可能性を高めるために、分析のプロセスは、スーパーバイザーである指導教官と ALS 看護経験者を含む 4 名に、系統的に週に 1 ■ずつ提示し検討を重ねた。さらに神経難病看護の専門家に 2 − 3 週間毎に分析結果を提示し評価を受けながら検討した。さらに主治医と神経内科の医師に結果を提示し、ALS 患者が抱いている内容であると評価された。また member checking については、対象者が病による変化で危機的状況に陥りやすいため、研究者が対象者に結果を提示する機会をなかなか捉えられず、行わなかった。

表1 対象者の概要

						赚	下	移	動	呼 吸	運動障害 進行度*	面接 場所	転 帰
						胃	癭	車相		呼吸困難	П	病棟 自宅	死亡
						胃	瘻	常床	時上	呼吸困難	Ш	病棟	死亡
						かり 多り	きが ハ	車相	行	なし	П	自宅	自宅療養
D	男						込み 自由	車相	行	時に呼吸 困難感あり	П	自宅	自宅療養
E	男					胃	瘻	常床	時上	時に呼吸 困難感あり	1	病棟	自宅療養
F	女					自	曲	步	行	なし	I	外来	自宅療養
G	男	60代	3年 3ヶ月	全 面介 助	きで	腎	獲	常床	時上	呼吸困難あり	Ш	病棟 自宅	侵襲的 人工呼吸 器装着
Н	男	60代	7年	部 分 助	発音	自	由	車相	等子	なし	П	自宅	自宅療養
Ι	女	60代	2年 5ヶ月	なし	発音	自	由	步	行	なし	I	外来	自宅療養
J	男	50代	2年	部 分 介 助	やや聞きづら いが発音	むt 多t	せが い	杖步	行	時に呼吸 困難感あり	I	外来 自宅	自宅療養

* 運動障害進行度(林, 1986): I ··· 要素的運動障害期

Ⅱ… 機能的運動障害期

Ⅲ… 残存機能維持期

Ⅲ 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、すべてALS患者であり、男性7人、女性3人、計10人であった。平均年齢が59.7歳であり、最小年齢43歳、最高年齢68歳であった。対象者の平均罹病期間は4.6年であり、最短期間は1年2ヶ月、最長期間は15年であった。いずれの対象者も罹病期間の長短にかかわらず、症状が進行する体験をしていた。運動障害進行度(林³³)でみると、I期は3人、II期は4人、II期は3人であった。対象者の概要は表1に示す。

2. ALS 患者の病気体験における不確かさの構成要素

データを分析した結果、ALS 患者の不確かさは32サブカテゴリーが抽出され、これらは、4領域にわたる9カテゴリーとして導かれた(表2)。対象者の罹病期間と運動障害進行度をみると、罹病期間が短くても運動障害の進行が早く重症である対象者もいた。またいずれの対象者も症状が進行している体験をしていた。そのため罹病期間ではなく運動障害の進行度を重視し、進行度別に不確かさを分類すると、初期である Stage I 要素的運動障害期から6カテゴリーの不確かさが見られ、

表2 ALS 患者の不確かさ

サブカテゴリー (32)	カテゴリー (9)	
日常生活上で遭遇した感覚の違種感		
症状の原因や機序が不明瞭	症状になじめない	
起こった変化やその感覚を表現できない		
体のコントロール感覚のなさ		
動かせない周围が気になる	↑ コントロール感覚を取 ↓ り戻せない	
時間と空間をあやつれない	り失せない	
今の生活や動作を保ちにくい	No.	
できなくなることの不可逆性	今の生活状態でいるこ	
唐場所の不特定さ	との揺らぎ	
気力を持ち続ける事の限界	The state of the s	
どうして病気になったのか答えが出ず納得できない	中部ではますいもよって	
今迄の自分の人生はもうおしまい	→ 未整理な事に対する思 → いの留まり	
病気になって失ったことへの心の整理が出来ないままでいる	- (100 H & 9	
今の位置(病気の進行の有無及びその速度)がつかみきれない		
どのくらいの時間でどうなるか見込めない	病気の先行きの見込め	
治る可能性があるかもしれない	なさ	
自分の先行きの漠然さ		
病気である自分を人に見せたくない	一州老にまりよったはと	
自分の動きが人には分からない	│ 他者に表出する気持ち │ の減退	
自分の気持ちは人には分からない	- Spinke	
もう貢献できず情けない	The second secon	
家族との以前のつながり感の薄れ	家族を巻き込む事への	
助け合うバランスが崩れ迷惑を掛ける事が増える	不本意さ	
自分の生が家族を犠牲にする	Common and	
家族を体を動かす手段としての同一視	家族とのつながり感の	
自分の気持ちを家族に表現する事の戸惑い	薄れ	
家族の自分に対する気持ちが特に気になる	1440	
生と死への思いの行き来	-	
命がどうこう以上に苦しくて今を耐えられない	,	
人間とは何なのか見出せない	」生を問う手応えのなさ	
生の選択が家族によって左右される		
なんのために生きるのか見出せない	Temporare	

筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確かさ

表 3	浦動	陪宝	の推	行度	でる	t- K	確か	+
77.3	144 471	Dis -	() Th:	1 1 155	(0	/ //	102 //2	~

運動障害段階	Stage I 要素的 運動障害期 (I・F・J)	StageⅡ 機能的 運動障害期 (D・C・H・A)	StageⅢ 残存 機能維持期 (E·G·B)
症状になじめない			
コントロール感覚を取り戻せない			
今の生活状態でいることの揺らぎ			
未整理な事に対する思いの留まり			
病気の先行きの見込めなさ			
他者に表出する気持ちの減退			
家族を巻き込む事への不本意さ	Actor Control		
家族とのつながり感の薄れ	And the second s		
生を問う手応えのなさ	and and a second		

1) 《身体の変化》領域

(1) 【症状になじめない】とは、運動神経系が障害されることにより、腱反射亢進・筋緊張・筋萎縮・筋線維性攣縮・筋緊張性の低下、腱反射の減弱等が生じる変化を普段の生活動作を行う中で気づき、症状の原■を探し身体感覚を言葉で表現しようとするもできない認知的状態として明らかになった。

感じたの。もうトラックのハンドルはすごく重かった。自分がちょっとね上を見ようと思ってもね、ああしんどいああしんどい(ケース C, stage II)」「どういう状態でそうなるのかよく分からんのじゃけど…中略…だから歌なんかよう歌わんし、のどの筋肉がのうなっりょんかな…中略…時々息苦しくなる。喉の肉がなくなったら細くなるのかな。(ケース D, stage II)」

「急激に痩せてきて、何をしてもすぐに疲れを

「ただこの病気は、恐ろしい病気というのをあると思ったな。自分の感覚が鋭って判断力とかなんとかいうのはできるわけよ。なっ、それだけに言葉ができなくなったり体が動かなくなると、自分の表現ができんとかいうのが、このつらさというのは、なんぼ頭がようてもだめなんじゃと。(ケース H. stage II)」

(2) 【コントロール感覚を取り戻せない】は、上

位運動ニューロンと下位運動ニューロンの障害により、筋肉を協調して作業する事が難しくなった。そのため思うように身体を動かすことができなくなり、コントロール感覚を確かめたり、身体を動かすことでコントロール感覚を取り戻そうとするができず、動かせない周囲が気になる認知的状態として明らかにできた。

「こっちがよういうことをきかん (右手を動かす)。 左の方がどっちもいいんです。今のところね。右のほうが。…中断…うしろにまわりにくい (右腕を後ろに置す)。いうことをきかない (右手の手先を動かす)。」(ケース I , stage I)

「あえて言いたいのは、この病気の人はその特にね、特に、うん、神経質なんじゃ、うん、気になるいうんかね、それができんもんだから、べたっとこうなったままで、いうたらそれはもう、情けないというか、その精神的なストレスというか、私は大変なものじゃろうと思うよ。」(ケース H、Stage II)

2) 《時間経過の変化》領域

(1) 【今の生活状態でいることの揺らぎ】は、症状の出現が生活動作・生活レベルに変化を及ぼすにつれて、気力を持ち続けられなくなった。さらに生活動作が低下することで、先の自分の居場所が不明確になった。このように症状の出現が起こる事で今の生活状態が変化し揺らぐ事を提えた認知的状態であることが明らかにできた。

筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確かさ

「リズムが決まっているから、なんかの拍子で崩れたらいけんがなというものすご心配があるんな。(f-z H, stage II)」

「この病気になったことがすごくつらかった。足が悪い。手が悪い。それだけなら良いが,これからずーっと悪くなっていきます。 …中略 …家に帰っても,しんどいから病院へいくことでしょう。救急車でいくとどこか病院へ放り込む。家に帰っても家におるのは少ないと思う。(ケース A,stage II)」

(2) 【未整理な事に対する思いの留まり】は、病気になった理由について納得できず、病気の進行に従って失うものが増え、未整理な事に対する思いが留まっており、そのため自分の人生は終わったと思うものの、これからの人生のつながりも見出せずにいる認知的状態として明らかにできた。

「なんでこんな病気になるんでしょうかね。原 圏が分からんから。(ケース I,stage I)」 別の人生が始まっていると思いますか? とのインタビュアーの問いに対して,「いや,そうは思わない。 もうおしまいやと思うだけ。(ケース D.stage II)」と答えた。

(3) 【病気の先行きの見込めなさ】は、新たに病気をもった自分の行く先を設計しようとしていた。今自分は病気の経過の中でどの位置にいるのだろうかという疑問や、治る可能性があるかもしれないという思いを持ち続けていることもあり、自分の先行きが漠然としている認知的状態として明らかにできた。

「今ごろよう痰が詰まるんよ。痰が出るいうからな、それだけが心配だけで。(r-zD, stageII)」「どれくらいでどうなるか分からんから。J(r-zI, stageII)

「だんだんね, だんだんね, そうなるんかなと思うんですよ。だんだんでもね, そうなるんかな, どうなるのかね。」(ケースF, stage I)

- 3) 《他者や家族との関係の変化》領域
- (1) 【他者に表出する気持ちの減退】は、社会の中で他者と交流をする際、病気である自分をさ

らしたくなく引きこもりたい思いがあった。そ して自分の動きが相手に理解されにくく、病気 を持つ自分の気持ちは人には分からないという 内向的な認知的状態として明らかにできた。

車椅子で自宅のベッドとトイレという限られた空間で過ごしている中で、「2週間にいっぺんあの病院に来てくれっていうことやから。あとは全然もう自分出る気がせんから。またこの家から出ようかという気ないから、自分から会おうと思わんし。(ケースD、stageII)」

「それがな、体が動かなくなる、人にはわかってもらえないところがある。なったら全然違うんじゃ。(f-zH, stage II)」

発病し15年経ったことを振り返る中で、「今でもね、相談できる人はいないのね。この病気にかかった人のみしか気持ちは分かり得ない(ケースC, stage II)」

(2) 【家族を巻き込む事への不本意さ】は、病気の進行につれて自分のことが自分でできなくなり、家族と助け合うバランスが崩れ、迷惑をかけ貢献もできず情けないという思いや、自分の生が大切な家族を意思に反して苦しめるという思いがあった。その一方で家族を、体を動かす手段として同一視する事で生活や身体を少しでも安楽にしようとする思いがあり、家族を巻き込む事で不本意となる認知的状態として明らかにできた。

「もうなんにもしてやることもできない…中断… ただ情けない。私は廃人以上の存在だと思う(ケースG、stageⅢ)」と文字盤にまぶたでつづった。

「お互いが助け合いながらの介護であれば納得できます。」「その人達にとっては迷惑そのもの。 (r-x + r)」

「ちょっとここ言うたら、ちょこちょこいろうて (触って) くれるわけ。いろうてくれて結局は元の元に戻るようになるんだけど、いろうて (触って) くれることでね、気持ちが安定するんよ。気持ちが安定するわけ。 (r-z), (r-z)

(3) 【家族とのつながり感の薄れ】は、病気の進行に連れてコミュニケーションが難しくなり、

家族とのつながり感が薄れていた。又自分の気持ちを表現する事で家族をかえって苦しめるのではと遠慮したり、家族に貢献できず伝える言葉が見つからないことで家族に自分の気持ちを表現する事に戸惑いを感じていた。そのため家族の自分に対する気持ちが特に気になっており、家族との相互作用が受動的である認知的状態として明らかにできた。

「病気が進むにつれて言葉が伝わらず、家内に食い違いがあまりにも多い(と、文字盤を使っての瞬きによる会話が途切れうーっと泣き出す。)…中断…家族の自分に対する気持ちが特に気になる」(ケース G、stage Ⅲ)

「特にこの病気になるとそういうこの観察力というのかな、自分が動けんもんじゃから、人の気持ちとかいうのを、ものすごく気になるんじゃ。」 (r-z H, stage II)

4) 《存在意味》の領域

(1) 【生を問う手応えのなさ】は、生きたい気持ちと死にたい気持ちが共存しており、苦しくて今を耐えられず、生きる意味を問うが手応えが得られない認知的状態として明らかにできた。

「そこで首をつろうと思ったり、今なら首がつれるが。生きたくないと思ったり、生きてみたいなと思ったり、死にたいと思ったり。…中断…寝たきりになったら、みじめや。病院に入院しとるときはみじめやった。回りにそういう人をたくさんみて、こんな風になるんやなと思ったら、そうなったら、もう人間消滅や。ほらヤクザの映画で『おまえら人間じゃねー』っていうのがあるやろ、あれや。(ケース D、toto = 10

「なんの(香打ちをする),ほんまわしはなんの ために生きとかないけんのじゃろうかと思ってな。 (ケースH, stage II)」

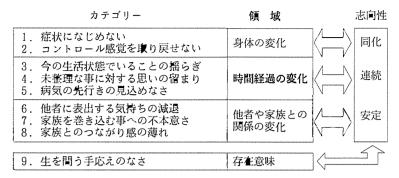
3. 志向性の作用

不確かさが何故認知されたのかについて, カテゴリー毎に見直し, 意味の共通性を探し分析を行った。その結果, 意味の共通性として, 病による変化を統合へと作用する志向性が明らかになった。 志向性とは, 意識を何かに向かわせる働きである。

《身体の変化》領域において、ALS 患者は身体 に以前と違う感覚があることに気づき, 知識と照 らし合わせ、さらに身体変化を言葉で表現しよう として統合させようとしていた。このように身体 変化を自分に取り込もうとする、同化の志向性が 見いだされた。また《時間経過の変化》の領域で は、病気になった理由や病気になって失った事に 思いを留まらせ、病状が進行する以前の状態と比 較したり、現在から未来を思い描く事によって、 病気になった新たな時間経過として過去・現在・ 未来をつなげる連続の志向性が抽出された。さら に《他者や家族との関係の変化》領域では、家族 に迷惑を掛けたくないと思いながら体を動かす手 段として家族を同一視し、家族とのつながりが薄 れながら他者に表出する気持ちが減退するといっ たように、人との関係が以前と変化し不均衡で気 持ちの交流が得られにくいものの、このまま安定 を求めようとする安定の志向性が抽出された。 《存在意味》の領域では、 苦しみの体験が増え、 生きる意味を問うも, 手応えが得られなかった。 そこで病気によって起こった変化を振り返って考 えようとしていた。このように《身体の変化》 《時間経過の変化》《他者や家族との関係の変 化》に向けて意味を問い直す志向性がみられた。

4. ALS患者の不確かさの構造(図1)

病気が慢性的に進行するにつれて、【症状になじめない】や【コントロール感覚を取り戻せない】という不確かさを抱くが、身体の変化を自分のものとして同化しえず、人間とは何なのか、その答えの得られないことを表現していた。また病気をもった自分の人生を考える際にも、【未整理な事に対する思いの留まり】や【病気の先行きの見込めなさ】という不確かさのために、生と死へ行き来する思いを抱き、存在意味への問いへと意識を深めていた。 さらに人との関係においても【家族を巻き込む事への不本意さ】の迷惑をかけたくないという思いを抱き、生きる意味への問



■1 ALS患者の不確かさの構造

いを生じさせていた。

しかしながら【生を問う手応えのなさ】は、再び《身体の変化》・《時間経過の変化》・《他者や家族との関係の変化》領域において、それぞれ同化・連続・安定へと統合しようとする志向性により、意味の問い直しをすることとなった。このように、図1の通り、ALS 患者は不確かさを認知することで、意味を問い続けるという慢性的な連鎖を体験していることが明らかになった。

Ⅳ. 考 察

1. 病による変化を統合する中で生じる不確かさ本研究結果によって、新たな身体変化を認知する際に、状況を解釈できず表現できない不確かさが明らかになった。不確かさの認知は、今迄にない感覚であるために解釈できず、純粋に感じたまま言葉で表現できないために生じたといえる。そして身体変化へのこだわりが意識化されたものといえる。Wiener & Dodd *** は、身体のコントロール感の要失に伴う不確かさをアイデンティティと同じようなものだと述べている。自分のものとして同化することは、自分に一貫性をもたせることができ、また新たな変化による不確かさの認知に対応する事ができると考えられる。

また《他者や家族との関係の変化》の領域において、Stage I 要素的運動障害期から【他者に表出する気持ちの減退】、Stage II 機能的運動障害

期から【家族を巻き込む事への不本意さ】【家族 とのつながり感の薄れ】を抱いていたことが示さ れた。対象者はこれらの不確かさを語る時に、涙 を流しつらそうな表情を見せていた。不確かさを 解決する過程として Life transition 理論を発表 した Selder²²⁾は、人は他人であるかのように感じ、 起こっている環境や他の人とのつながりを切り離 されたように感じるかも知れず、ちぐはぐとした コミュニケーションを体験すると述べている。 Selder²²の述べた関係性で生じる体験は、本研究 のALS患者が抱いた【他者に表出する気持ちの 減退】【家族とのつながり感の薄れ】の不確かさ と類似しており、人生の移行期で意味を見出す過 程にある不確かさとして結果を支持することがで きる。また家族を巻き込みたくないが頼らざるを 得ない【家族を巻き込む事への不本意さ】は、進 行性運動障害ゆえの不確かさとして新たに抽出さ れたと考えられる。

2. 慢性的不確かさにおける志向性

不確かさの慢性化について、Mishel®は、患者が病気の出来事を解釈する際に認知地図が形成されなければ慢性化されると述べている。さらに不確かさの発生について、濱■¾により、事柄がはっきりしているか曖昧であるかといった、状況の解釈の際に、不確かさは生じる事が報告されていた。今回の研究結果では志向性があることで不確かさは認知されていた。志向性は病で起こった

変化を統合へと、向かわせる性質を持っている。これらより、状況を解釈できず不確かさを認知しても、志向性があることで、認知地置が形成できる場合もあるし、形成できずに不確かさをより意識化させる場合もあるといえる。このことより志向性の概念の位置づけは、不確かさが慢性化することを、より具体的に示すものである。今回の研究はALS患者のみを対象にした研究ではあるが、志向性の導入によって不確かさの概念に新たな知見を加える事ができたと考えられる。

慢性的不確かさはMishel²⁰により,人生において新しい価値体系を作ることのできる見通しを導く力であり,現実の新しい視点がカオスの中でゆっくりと導かれる観点も示されている。今回の研究で明らかになった志向性は,不確かさがなぜ人生における新しい見通しを導く力となるのか,その疑問に答えるものである。志向性は不確かさを認知させ,今迄の意味づけや価値では状況を解釈することに限界がある事を悟らせる方向に導く。このことより志向性は,カオスの中で,ゆっくりと今迄の意味づけや価値を崩壊させ現実の新しい視点が導き出されるプロセスを進める力をもつといえるのではないだろうか。

3. 不確かさを体験している ALS 患者への看護 の示唆

ALS患者が抱く不確かさは、病による変化を統合するように志向性が作用し、統合し得ない場合生じる認知的状態であることが明らかとなった。そのため、統合への志向性に着目して、ALS患者の語りの中で病によって起こった変化を統合へと再構成されるよう援助をしていく必要がある。まず身体の変化の領域では、身体の変化を自分の言葉で表現し、提え直せるようにする。時間経過の変化の領域では、病気になってからの経過を振り変化の領域では、病気になってからの経過を振り返り、今後を見定めるようにする。他者や家族との関係の変化の領域では、本研究のALS患者は【他者に表出する気持ちの減退】の不確かさを体

験していた。Newman⁴⁾ はより新しい秩序を創発できる相互作用のパターンとして他者との開かれたコミュニケーションやケアリング関係を挙げている。よってまず援助者はALS患者の体験を理解し、ALS患者と互いに開かれたコミュニケーションをおこなうことが必要である。そしてALS患者が人との関係において安定できるように、人と共に生きる感覚を持つよう導く援助が示唆された。

V. おわりに

本研究はALS患者の病気体験から、不確かさの要素と不確かさが認知される構造を明らかにしたものである。面接の際に、対象者が病気体験を語ることそのものが、曖昧な状況を整理する作用をもつといえ、不確かさでの志向性を促進させたことを否めない。

今後の研究課題は、進行性神経変性疾患患者の 症例を重ねて、不確かさや不確かさが認知される 構造を精選させることである。さらに不確かさが 看護介入によってどのように変化していくのかそ のプロセスを明らかにする必要があると考えられる。

VI. 謝 辞

この研究を行うにあたり、ALSという病気と 共に今を生き抜くすさまじさと病による変化を自 分の言葉で語る事の重要さを教えて下さいました 対象者の皆様に心よりお礼を申し上げます。また 研究にご理解下さった医療スタッフの皆様に深く お礼申し上げます。また研究を進めるプロセスに おいて、一貫して根気強く御指導下さいました渡 辺文子教授、神経難病患者の病気体験に関して様々 な角度で見る事を鋭く御指導下さいました横手芳 恵教授に感謝いたします。

なお本研究は2001年に提出した岡山県立大学大学院の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものです。なお、第27回日本看護研究学会学術集会にて本研究の一部を発表しました。

要 旨

本研究は筋萎縮性側索硬化症患者(以下 ALS 患者と略す)の病気体験における不確かさとその構造を探求した。10人の ALS 患者を対象に、病気体験や予後についての思いに関する半構成的質問紙による面接及び参加観察を行い、得たデータを質的帰納的に分析した。分析の結果 ALS 患者の不確かさは、身体の変化の領域で【症状になじめない】【コントロール感覚を取り戻せない】、時間経過の変化の領域で【今の生活状態でいることの揺らぎ】【未整理な事に対する思いの留まり】【病気の先行きの見込めなさ】、他者や家族との関係の変化の領域で【他者に表出する気持ちの減退】【家族を巻き込む事への不本意さ】【家族とのつながり感の薄れ】、存在意味の領域で【生を問う手応えのなさ】の4領域9カテゴリーが抽出された。また ALS 患者が抱く不確かさは、病による変化を統合するように志向性が作用し、統合し得ない場合、生じる認知的状態であることが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate an amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patient's uncertainty of illness experience, prognosis, and structure, using qualitative research approach. Data were collected through semi-structured interviews and participant observations with 10 participants, and analyzed by inductive coding. 9 categories were identified: 1) difficulty getting used to the condition, 2) difficulty regaining self-control, 3) fluctuating perception of the present life, 4) stoppage in thinking about pending arrangements, (5) anxiety about the course of the illness, (6) reluctance to express one's feelings to others, 7) unwillingness to involve the family, 8) perception of fading familial relations, and 9) meaninglessness in asking about life. These were classified into 4 domains: change of physical conditions (1, 2); passage of time (3, 4, 5); relations with the family and others (6, 7, 8); and meaning of existence (9). Results also revealed that the uncertainty that ALS patients feel might be a state of cognition resulting from failure to integrate changes caused by the illness.

文 献

- 1) 川村博文:筋萎縮性側索硬化症患者の心理とコミュニケーション,理学療法,15(3),200-205,1998.
- 2) 杉本孝子: 生きている証を求めて, 看護学雑誌, 64(4), 295-298, 2000.
- 3) Mishel, M. H.: Uncertainty in illness, IMA-GE: Journal of Nursing Scholarship, 20, 225—232, 1988.
- 4) Newman, M. A.: Health as Expanding Consciousness, 2nd Ed, 1994, 手島恵訳, マーガレッ

- ト・ニューマン看護論-拡張する意識としての 健康-, 27-41, 医学書院, 東京, 1995.
- 5) Mishel, M. H., Hostetter, T. et al.: Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with gynecological cancer, Cancer Nursing, 7, 291-299, 1984.
- 6) Hilton, B. A.: The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer, Issues in Mental Health Nursing, 9, 217-238, 1988.
- 7) Webster, K. K., Christman, N. J.: Perceived uncertainty and coping post myocardial in-

筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確かさ

- farction, Western Journal of Nursing Research, 10, 384-400, 1988.
- 8) Richardson, J. l., Marks, G. et al.: Path model of complainer with cancer therapy, Health Psychology, 6, 183-207, 1987.
- 9) Wineman, N. M.: Adaptation to multiple sclerosis: The role of social support, functional disability and perceived uncertainty, Nursing Research, 39, 249-299, 1990.
- 10) Tea-Sook Kim.: Hope as a Mode Coping in Amyotrophic Lateral Sclerosis, Journal of Neuroscience Nursing, 21(6), 342-347, 1989.
- 11) 橋本朋広: 難病患者の苦悩の癒し 筋萎縮性 側索硬化症患者の事例を通して, 心理臨床学研 究, 15(5), 513-523, 1997.
- 12) 村岡宏子: 筋萎縮性側索硬化症患者における 病を意味づけるプロセスの発見, 日本看護科学 会誌, 19(3), 28-37, 1999.
- 13) Wiener, C.: The burden of rheumatoid arthritis: tolerating the uncertainty, Soc. Sci. & Med., 9, 97-104, 1975.
- 14) Lambert, V. A., Lambert, C. E.: Social support, hardness and psychological well-being in women with arthritis, Image: Journal of Nursing Scholarship, 21(3), 128-132, 1989.
- 15) Miller, C. M.: The lived experience of relapsing Multiple sclerosis: A Phenomenological study, Journal of neuroscience nursing, 29(5), 294-304, 1997.
- 16) Davis, F.:Uncertainty in medical prognosis clinical and functional, American Journal of Sociology, 66, 41-47, 1960.
- 17) Budner, S.: Intolerance of ambiguity as a personality variable, Journal of Personality, 30(1), 29-50, 1962.
- 18) McIntosh, J.: Processes of communication, information seeking and control associated

- with cancer, Social Science and Medicine, 8(4), 167-187, 1974.
- 19) Mishel, M. H.: Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory, Image: Journal of Nursing Scholarship, 22(4), 256-262, 1990.
- Mishel. M. H.: Uncertainty in chronic illness, Annu-Rev-Nurs-Res, 17, 269-294, 1999.
- 21) Mishel, M. H.: Living with chronic illness Living with uncertainty, Springer Publishing Company, Key aspect of caring for the chronically ill: Hospital and home, 46-58, New York, 1993.
- 22) Selder, F.: Life transition theory: The resolution of uncertainty, Nursing & Health care, 10(8), 437-451, 1989.
- 23) Weiz, R.: Uncertainty and the lives of persons with AIDS, Journal of Health and Social Behavior, 30, 270-281, 1989.
- 24) Forsyth, G. L., Delaney, K. D. et al.: Vying for a winning position: Management style of the chronically ill, Research in Nursing Health, 7, 181-188, 1989.
- 25) Lovey, B. J., Klaich, K.: Breast cancer: Demands of illness, Oncology Nursing Forum, 18, 75-80, 1991.
- 26) Gaskins, S., Brown, K.: Responses among individuals with human immunodeficiency virus infection, Applied Nursing Research, 5, 111-121, 1992.
- 27) Wiener, C., Dodd, M.: Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective, Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 7, 17—31, 1993.
- 28) Hilton, B. A.: The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer, Issues in Mental Health Nursing, 9, 217-238, 1988.

筋萎縮性側索硬化症患者の病気体験における不確かさ

- 29) Prigogine, I., Folkman, S.: ORDER OUT OF CHAOS: Man's New Dialogue with Nature, 1984, 伏見康治他訳, 混沌からの秩序, 242-276, みすず書房, 東京, 1987.
- 30) Lazarus, S., Folkman, S.: Stress, Appraisal, and Coping, 1984, 本明寛監訳, ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究, 85-90, 実務教育出版, 東京, 1991.
- 31) 鈴木真知子: 不確かさの概念分析, 日本看護 科学会誌, 18(1), 40-47, 1998.
- 32) Lincoln, Y. S., Guba, E. G.: Naturalistic

- inquiry, 289-331, SAGE, California, 1985.
- 33) 林 秀明: ALS (筋萎縮性側索硬化症) とその看護, 高橋和郎編: Clinical Nursing Guide7 新版神経難病, 61-73, メディカ出版, 大阪, 1997.
- 34) 濱■恵子:終末期がん患者がもつ不確かさ (Uncertainty), 千葉看護学会会誌, Vol. 1 No. 13,89-90,1996.

平成14年4月9日受 付 平成14年11月21日採用決定

-研究報告-

看護学生の臨地実習における 「リハビリテーション看護の役割 | に対する認識

The Recognition of "the Role of Rehabilitation Nursing" in the clinical practice of Nursing Students.

風 間 たま代*

岩 城 馨 子**

Tamayo Kazaoka

Keiko Iwaki

キーワード: 看護教育, 臨地実習, 批判的思考, 帰納的推論, 演繹的推論 nursing education, clinical practice, critical thinking, inductive reasoning, deductive reasoning

I. はじめに

近年リハビリテーション看護の専門的な知識と技術は看護の質の向上に役立つことが認識されるようになり、リハビリテーション看護教育の重要性が増しつつある1¹。私たちはリハビリテーション看護の教育を充実させるために、臨地実習方法を変更した。この際、知識と体験を結びつけた論型的推論を駆使し、批判的思考が育成される機会となるように実習方法を計画した。それによってリハビリテーション看護の体験を効果的に修得して欲しいと考えたからである。

批判的思考は臨床判断とともに、看護過程を進めるときのアセスメント、看護診断、看護介入、評価のすべての段階に必要なものであるとされている^{2) 3) 1)}。米■では批判的思考の看護における重要性が1992年頃から看護教育界で認知され、1996年には全米看護連盟(National League for Nursing: NLN)によって加盟する看護大学の研究や教育を評価する基準のひとつに挙げられるようになった。しかしながら、批判的思考が看護基礎教育の中で育成されるかということについて

は、されるともされないとも両方の評価が報告され^{5) 5) 7)}、評価が難しい。Ennis⁸⁾が批判的思考をはじめて定義して以来、いまだに定義が明確ではない⁹⁾のも一■である。

そのため近年、批判的思考を構成する概念から整理する試みがなされ、そのスキルのひとつとして論理的推論が挙げられていた100。私たちは、このような批判的思考を構成するひとつひとつの概念に対して研究を積み重ねていくことも、批判的思考を明確にし、教育活動における確かな評価に結びつけるひとつの方法になりうると考えた。推論に関する研究には、臨床判断にいたる推論や看護過程のステップについての報告110はみられるが、今回のようなひとつの認識を得るのに使われた推論についての研究はこれまでのところみあたらない

一方リハビリテーション看護の概念や理論については、厚生科学研究の「リハビリテーション看護の専門性確立のための看護援助分析」によってようやく方向性が示されつつあるものの、リハビリテーション看護に対する教育内容の基準につい

^{*} 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher College

^{**}元東邦大学医療短期大学 Formerly College of Health Professions, Toho University

ては本邦では未だに充分に明らかにされていないのが現状である「²⁰ ¹³ 。私たちは独自に文献検討と臨床場面からリハビリテーション看護の具体的な援助について16項目を考え、「リハビリテーション看護の役割」という構造図を作成し報告した「⁴⁰ 。今回のリハビリテーション看護についての認識は、この「リハビリテーション看護の役割」を基準にして、実習の中で認識することができたかを検討した。

今回の研究の目的は、この「リハビリテーション看護の役割」を基準にして、リハビリテーション看護についての認識を得るのに使われた推論を検討し、看護学生の批判的思考の一端を明らかにすることである。本研究の結果は、学生の批判的思考が育成されているかどうかの評価に応用したり、そのための教育方法の指針を作成するのに利用できると考えている。

Ⅱ. 対象と方法

1. 用語の操作的定義

- 1) 批判的思考:「思考能力と批判的思考を押し 進める態度」の両者から構成され、具体的な現 象を抽象化したり、情報から推論を押し進め、 証拠となるデータを集めながら、理性的かつ論 理的にものごとを判断してゆく能力¹⁵
- 2) 帰納的推論:個別的知識から一般的知識を導 く推論¹⁶
- 3) 演繹的推論:一般的知識を個別的に適用して 新しい個別的知識を導く推論¹⁷⁾

2. 対象

対象は、3年課程看護短期大学の3年次生で、今回の研究内容を説明し、成績評価とは別に研究にレポートを使うことについて承護を得た、'97年度の110人中108人(98%)と'99年度の100人中96人(96%)であった。

両年度ともに、学生は2年次に成人看護学(急

性期看護,回復期看護,慢性期看護)の講義を,各60時間,計180時間受講し、リハビリテーション看護に関しては回復期の中で講義を受けている。「回復期とは、疾病や外傷によって生命や身体機能を脅かされた患者が危機状態から脱し、その他の疾病や続発症を予防ながら、社会復帰に向けての日常生活動作(ADL)の自立を図っていく時期」と定義し、回復期の講義は「成人期にある人が種々の傷病から障害を被ったままの生活を余儀なくされた場合の身体的・精神的・社会的問題を把握し、障害の軽減および自立に向けた必要な基礎知識・技術・態度を習得すること」を目的として、成人期にある人のリハビリテーション看護が中心になっている。

3. 実習方法

実習方法は、'97年度は成人看護学(急性期・ 回復期) 7週間の全体実習のうちの1日で、大学 病院のリハビリテーション部で見学実習と理学療 法士による講義が1時間あり、終了後にグループ カンファレンスを1時間行った(表1)。'99年度 は、実習5週間の最終週に1週間の実習を行った。 1週間の内, 3日間リハビリテーション病院で実 習し、4日目に受け持った事例について3、4人 の小グループ学習を行い、5日目にその学習の内 容を実習グループで討論を行った。実習方法の変 更にあたっては、学生に批判的思考を育成するた めの教授方法!®としてあげられている①学習の方 向付け、②指導、③練習、④フィードバックを考 慮した。とりわけ、小グループの事例を全体でディ スカッションしたことでフィードバックを強化し、 一般病棟のあとにリハビリテーション病院実習を 設定したことで学習の方向付けを明確にした。

4. 方 法

1) レポート分析

'97年度と'99年度の実習終了後に「回復期にお

表1 実習方法の比較

	97 年 度	99 年 度	
期間	1日	5日	
概要	リハビリテーション訓練の見学 理学療法士の講義(1時間)	受け 持ち患者のケア (3日間) 小グループ (3~4人) 学習 (1日) グループ (10数人) 討議	
	最終日レポート	最終日レポート	
施設	T大学病院リハビリテーション部	T都リハビリテーション病院	

表2 推論の分類と視点

	帰納的推論	演繹的推論
定義	個別的知識 から般的知識 を導く	一般的知識 を個別的に適用し て新し い個別的知識 を導く
3段階連関理論 (庄司)	のぼる思考 個別的な経験を抽象化	おり る思考 一般的な知識 を具体化
看護の場面	実習で体験し たこと から患者の状態 を考察する推論	既存の知識 を実習での体験と 統合する推論
読みと る視点	患者の言葉、状態、態度を手が かり に患者の状態を、既存の知識 や体験 に結びつけ て認識 を深め ているか	既存の知識 を手が かね 患者の言 葉、状態、態度を分析して患者の状 態を考察し で認識 を深め ているか

ける看護の役割について」という層でレポートを学生に提出させた。研究者 2 名それぞれが、'97 年度と'99年度のレポートの内容に「リハビリテーション看護の役割」の具体的援助の16項目についての記述があるか否かを読みとった。

「リハビリテーション看護の役割」はリハビリテーション看護における具体的な援助を明らかにしたもので、16項目あり、私たちが学生に対する教育の基準としたものである。看護が関わる対象によって、「患者への援助」、「家族への援助」、「他職種との連絡調整」の三つのカテゴリーに分けられ、さらに身体的、精神的、社会的側面などのサブカテゴリーに分けられている。その項目と構造は、表3で結果とともに示した。

さらに、'99年度のレポートについては、記述があった項目について、項目に対する認識がどのような推論のもとになされたかを分類した。2名の研究者で結果を照合した一致率は95%以上で、残りは合議のうえで一致をはかった。

推論は、「知識のみ」・「帰納的推論」・「演繹的 推論」に分類した(表2)。分類に際しては、庄 司¹⁹の「認識の三段階連関理論」の、のぼる思考 (帰納的推論)とおりる思考(演繹的推論)の推 論を裏付けるキッカケ言葉も参考にした。

「知識のみ」は、単なる既存の知識を記述したことがらとした。記述の例は、「上田は、障害の受容について、ショック期・否認期……と述べており、患者の受容段階を見極めて関わる必要がある。」などである。

「帰納的推論」は、推論の方向は「のぼる思考」であり、個別的な経験を抽象化する推論である。看護の場面では、実習で体験したことから患者の状態を考察する推論と考えた。そこで、「患者の言葉、状態、態度を手がかりに患者の状態を、既存の知識や体験に結びつけて認識を深めているか」を読みとった。記述の例は、「受け持った患者は、介助者に『こうしたほうが痛くない』とか『ここを支えて欲しい』などと伝えていたことから、障害と付き合い自分なりに生活していこうとしていることが分かった。」などである。

「演繹的推論」とは、推論の方向は「おりる思 考」であり、それまでの学習や体験で得た知識を 有効に使う推論である。看護の場面では、既存の知識を実習の体験と統合する推論と考えた。そこで、「既存の知識を手がかりに、患者の言葉、状態、態度を分析して患者の状態を考察して認識を深めているか」を読みとった。記述の例は、「障害の受容過程の否認期や混乱期に今後の生活について話をすることは逆効果であり、見守る、話を聞くという態度で接すると学習したが、私の受け持った○さんは、脳梗塞で左麻痺があり■数が少なく訓練に積極的な態度が見られず混乱期にあるのではないかと考えた。そこで、見守る、ほめるという態度で接したところ○さんの態度が変わってきた。」などであり、自分から患者に積極的に情報収集する姿勢がうかがわれることで、知識を前提とした演繹的推論と分類した。

2)分析

- ① '97年度と'99年度ともに、その項目について 記述のあった学生数を認識数として、認識数を 項目別に比較した。検定にはx²検定を用いた。
- ② '99年度については、'97年度と記述の有無に違いがあった項目がどのような推論でなされたのかを検討するために、以下の手順で分析した。「リハビリテーション看護の役割」の三つのカテゴリー別に認識数の平均を算出し、使われた推論の割合(%)を算出して、Bartrettの検定を行ったあと一元配置分散分析によって比較し、主効果のあった項目についてScheffeの母平均の全群多重比較を行った。なお、この際に「患者への援助」と「家族への援助」の両方にまたがる社会的側面の援助の3項目は、記述の内容から「家族への援助」に含めた。

項目別の推論の使われ方をみるために、全認 識数に対する各推論の合計の割合と、項目毎の 推論の割合を比較した。検定は、認識数が30未 満の時は尋比率のF検定、30以上の時は尋比率 のZ検定で行った。

統計ソフトには Excel 統計を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. '97年度と'99年度の認識数の比較

'99年度の記述の方が'97年度よりも多かった項目は、「患者への援助」の身体的側面の「①全身状態を把握する」、「②原疾患などによる合併症の予防」、「⑥退院後の生活に向けての援助」で、精神的側面の「⑧精神的支援」あった(表 3)。

'97年度には全くみられなかった記述で、'99年度にはみられるようになったものは、「④日常生活援助(環境調整、ADL援助)」と、社会的側面のすべての項目、すなわち「⑩経済問題、社会資源の活用などの情報提供」、「⑪地域ネットワークとの連絡調整」、「⑫社会参加、社会復帰に向けての援助」であった。

'97年度の方に記述が多かった項目は、「⑨機能訓練などに対する意欲向上への援助」と「他職種との連絡調整」の中の「⑩情報提供」であった。

2. 推論の比較

推論をカテゴリー別に比較すると、「患者への援助」の帰納的推論の使われた割合は「家族への援助」と「他職種との連絡調整」よりも高かった (F=10.92, ともにp < 0.01)。演繹的推論はカテーゴリー間に差がみられなかった(表 4)。

推論の合計と全認識数に対する割合は、「知識のみ」が56件(8.2%)、「帰納的推論」が552件(81.1%)、「演繹的推論」が73件(10.7%)あった(表5)。この割合と項目別に使われた推論の割合を比較すると、帰納的推論が多く使われた項目は、「⑨機能訓練などに対する意欲向上への援助」で(Z=1.88, p<.05)、逆に少なかった項目は、「⑩経済的問題、社会資源の活用などの情報提供」(Z=2.57, p<.01)、「⑬退院後の生活についての相談、具体的な介護技術教育」(Z=1.71, p<.05)であった。

演繹的思考が多く使われていたのは,「⑦障害 受容への援助」(Z=2.96, p<.05),「⑩経済的問

看護学生の臨地実習における「リハビリテーション看護の役割」に対する認識

表3 '97年度と'99年度の認識数の比較

	カテゴ	IJ —	具体的援助項目	97年度 n=108	99年度 n=96
	身	ما در ما در در در در در در در در در در در در در	① 全身状態を把握する	13	29**
患	体	病態的 側 面	② 原疾患などによる合併症の予防	1	29**
者	的	bel littl	③ 廃用症候群の予防	37	24
~	. •	V-1: John A.F.	④ 日常生活援助(環境調整,ADL 援助)	0	67
	側	精神的 側 面	⑤ ADL の拡大,自立への援助	84	84
の	面	ты гы	⑥ 退院後の生活に向けての援助	22	72**
援			⑦ 障害受容への援助	64	51
助	精 神 的 側 面 ⑧ 精神的支援			58	86**
נעם			⑨ 機能訓練などに対する意欲向上への援助	63**	33
家			⑩ 経済的問題、社会資源の活用などの情報提供	0	44
家族へ	社会的	り 側 面	⑪ 地域ネットワークとの連絡調整	0	8
~			⑫ 社会参加、社会復帰に向けての援助	0	17
の援助	介護能力	りの向上	⑬ 退院後の生活についての相談,具体的な介護技術教育	37	45
助	精神的	り 側 面	⑭ 障害受容への援助,精神的支援	27	19
/tls 155	(A) 開新 (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A)			50**	9
1世年	他職種との連絡調整				64
			** p<.01 合計	519	681

表4 カテゴリー別の推論の割合

カテゴリー	帰納的推論		演繹的推論	
	85.2 ± 6.2		8.5 ± 5.8	
家族への援助		_ ** **	14.2±8.8	m±SD
他職種との 連絡調整	66.1±14.9		11.8±1.0	** p<.01

表5 '99年度の認識に使われた推論

	認識数	知識のみ	帰納的推論(%)	演繹的推論(%)
① 全身状態を把握する	29	1	26 (89.7)	2 (6.9)
② 原疾患などによる合併症の予防	29	2	25 (86.2)	2 (6.9)
③ 廃用症候群の予防	24	4	19 (79.2)	1 (4.2)
④	67	5	56 (83.6)	6 (9.0)
⑤ ADL の拡大, 自立への援助	84	6	74 (88.1)	4 (4.8°)
⑥ 退院後の生活に向けての援助	72	4	63 (87.5)	5 (6.9)
⑦ 障害受容への援助	51	2	37 (72.5)	12 (23.5*)
⑧ 精神的支援	86	5	74 (86.0)	7 (8.1)
⑨ 機能訓練などに対する意欲向上への援助	33	0	31 (93.9*)	2 (6.1)
④ 経済的問題、社会資源の活用などの情報提供	44	6	29 (65.9**)	9 (20.5°)
① 地域ネットワークとの連絡調整	8	2	6 (75.0)	0 (0.0)
② 社会参加, 社会復帰に向けての援助	17	3	12 (70.6)	2 (11.8)
⑬ 退院後の生活についての相談, 具体的な介護技術教育	45	5	32 (71.1°)	8 (17.8)
⑭ 障害受容への援助,精神的支援	19	1	14 (73.7)	4 (21.1)
⑤ 情報提供	9	3	5 (55.6)	1 (11.1)
⑩ 情報交換し、適切な援助計画の立案	64	7	49 (76.6)	8 (12.5)
合計 (%)	681	56 (8.2)	552 (81.1)	73 (10.7)
			* p<.05	**p<.01

題、社会資源の活用などの情報提供」(Z=2.09、p<.05)で、少なかったのは「⑤ ADLの拡大、自立への援助」(Z=1.76、p<.05)であった。したがって①では帰納的推論が全体で使われた割合よりも少なく、演繹的推論が多く使われていたことになる。

Ⅳ. 考 察

1. '97年度と'99年度の比較

'99年度の方に認識が多かった項目は、主に「患者への援助」の「身体的側面」と「精神的側面」のいくつかの項目であった。このことは学生が実習において患者と密接に関わったことによると考えられる。

'97年度には「家族への援助」と「患者への援 助」の両方に関係する「社会的側面」は、全く認 識されていなかった。滝ら≫は1日リハビリテー ション見学実習をした3年生に対する教育の効果 をみた調査で、「福祉制度など社会復帰への援助」 についての学生の認知が少なかったと報告してお り、「社会的側面」の援助は学生にとって実習の 中で認識しにくいカテゴリーであると考えられる。 また、石川ら20は、リハビリテーション教育担当 者へのアンケート調査で「社会資源・制度」につ いての教育は重要であると認識していても、あま り自信を持って教えていないと報告しており、教 える側にとっても不得手な項目であると考えられ る。それがわずかではあるが'99年度に社会的側 面への認識が広がったのは、リハビリテーション 専門病院で、ソーシャルワーカーがいたり、退院 後の生活に向けての援助の中で病棟看護師などか らの情報が豊富であったことによると考えられる。 また'97年度の実習においてこのカテゴリーへの 認識が低かった反省から、教師が意識的に関わっ たことも考えられる。

'97年度に認識が多かった項目は,「⑨機能訓練などに対する意欲向上への援助」と「⑮情報提供」

であった。これは、'97年度の実習が訓練器具の用途の説明を受けながらの訓練場面の見学であったことと、理学療法士による「看護師に期待すること」について1時間の講義があり、その印象が強かったからと考えられる。石鍋ら²²⁾は、看護師と他職種の連携のために定期的な話し合いの重要性をいずれの職種も指摘しているものの、なかなか実現できず職種間連携が不十分と考えていると報告しており、'99年度の実習中には「情報提供」の場面が経験できなかったために認識が少なかったと考えられる。

私たちは、リハビリテーション看護は急性期か ら退院後を含めた慢性期までのすべての病期に関 わり、すべての科で応用され、関わる対象も患者 のみならず患者の家族や他職種のスタッフとの関 係も重要であると考えている。学生にこのような 特徴を学ばせたいと考え、'97度も'99年度も「リ ハビリテーション看護の役割」を基準にして授業 と実習の中で学生に教授した。実習方法が時間的 にも施設の面でも充実してくれば、認識したこと が多かったのは当然の結果であったといえる。そ れをリハビリテーション実習の結果としてだけと らえるのは、問題があった。それまでの実習で認 識したことも含まれているからであった。また学 生の記述だけで認識の有無を判断することも問題 であった。しかし今回は認識のあったものについ て、その認識がそれまでの授業や実習の知識とど のように組み合わされて得られたかを知ることに よって、学生の認識の由来がわかり、そこに学生 の批判的思考の一端をうかがうことができると考 え、次の推論の検討を行った。

2. 推論

知識のみが記述され、体験に結びつかず、帰納的にも演繹的にも推論を展開していない認識が全記述の8.2%みられた。坂口ら²³は、臨地実習において学生がたどる思考過程を分析し、臨床にお

はる手がかりを患者の言葉だけに限定しその後の 思考過程の展開がみられない学生について、その 影響因子として自己開示のなさ、自己中心的な感情、知識を患者の状況を理解するために使わず自 分を守るために使用したことなどがあったと報告 している。また、成澤ら²⁴⁾ は、看護過程のアセス メントの段階でつまずく看護学生は看護の方向性 がなかったと報告している。したがって今回の知 識のみの記述に終わった学生が知識を使う思考に 結びつけられなかったのは、3日間の実習で患者 とのコミュニケーションが不足していたことや、 知識を使う方向性がわからなかったことなどの原 因が考えられる。

推論のカテゴリー別比較の結果、「患者への援助」の帰納的推論が使われた割合は「家族への援助」や「他職種との連絡調整」よりも大きかった。したがって'99年度で認識数が多かった「患者への援助」のなかの「①全身状態を把握する」や「②原疾患などによる合併症の予防」や「⑥退院後の生活に向けての援助」や「⑧精神的支援」などは、これまでの知識を生かした演繹的推論によるものというよりは、患者の言動からの帰納的推論によって得られた認識であることが示唆された。

とりわけ帰納的推論の割合が多かったのは、「⑨機能訓練などに対する意欲向上への援助」であった。実際にリハビリテーション訓練を行っている患者を受け持って、患者の言動から情報収集し解決を模索したことからこの認識を得たと考えられ、帰納的推論が実習の中で育成されつつあることがうかがえた。

帰納的推論の割合が少なかったのは、「⑩経済的問題、社会資源の活用などの情報提供」、「⑬退院後の生活についての相談、具体的な介護技術教育」であった。「家族への援助」のカテゴリーに含まれるこのような問題が、患者と学生の間で話されることは少ないだろうと考えられる項目であった。

杉山窓は、臨地実習において演繹的な思考を身 につけることで、よりよい成果が得られることを 報告したが、今回の結果では演繹的推論は学生に あまり使われてはいなかった。とりわけ演繹的推 論の割合が少なかったのは、「⑤ ADL の拡大、 自立への援助」であった。ADL の拡大や自立は 経験によって援助計画が立てられるものであり、 演繹的推論は経験のない学生にとっては難しいと 考えられる。これに対して「⑦障害受容への援助」 や「⑩経済的問題、社会資源の活用などの情報提 供」は、認識された中の20%前後に演繹的推論が 使われていた。一人の学生の経験からだけでは認 識が難しく、ある程度予備知識が必要な項目につ いて演繹的推論が学生にみられていたので、整理 された知識が前提となって専門病院の中で繰り返 し経験したり、2回のグループ学習の中で語られ たことがフィードバックとして効果があったこと などが考えられる。

今回、学生の認識としてとらえたものは、記述 にしても認識にしても整理されないものであった り、看護過程の各段階の断片的な体験や知識であっ た。学生の記述だけで学生の認識や推論を判断し てよいか、記述がないのはもともとわからなかっ たのか記述されなかっただけなのか、推論は記述 の表現法による違いではないかといった問題もあっ た。しかし、今回の研究では学生の認識にいたっ た推論を、できるだけ学生の記述を尊重しながら 検討した。その結果,実習後の学生のリハビリテー ション看護についての認識は実習中の患者の言動 から帰納的推論によって得られた認識が多く、そ れまでの知識を活用して専門病院で繰り返された 経験やグループ学習によるフィードバックから得 られた演繹的推論による認識は充分行われていな いことが分かった。

患者の情報を処理していく際の批判的思考は、 患者の言動から帰納的推論によって得られた認識 が新たな知識となり、その知識は次の段階で演繹 的推論に使われていく、この連鎖が繰り返されることによって育成されていると考えられる。アセスメントでは、「臨床推論テスト」でに応用されているような、はじめ情報から可能性をできる限りあげて広げていき(divergence)、今度は広げた考えをひとつに東ねていく(convergence)という過程に使われる推論もある。知識と体験を結ぶ帰納的・演繹的推論から看護診断での臨床推論まで、どの段階にも推論を用いた批判的思考が使われている。したがって多様な推論をさまざまな段階で論証を積み重ねていくことで、概念としても今ひとつわかりにくい批判的思考を解明し、評価し、育成のための教育に応用していくことが今後の課題である。

V. 結 語

'97年度と'99年度の「リハビリテーション看護の役割」に対する認識を比較すると、'99年度には「患者への援助」のカテゴリーに広がりがみられた。'99年度の「患者への援助」の帰納的推論の割合は、「家族への援助」や「他職種との連絡調整」よりも多かった。

カテゴリーや項目別の推論の比較によって、学

生の帰納的推論による認識は実習中の患者の言動から得られ、演繹的推論による認識は知識を活用して専門病院で繰り返された体験やグループ学習のフィードバックによって深められていることが示唆された。

今回の「リハビリテーション看護の役割」についての認識は帰納的推論によるものが多く、演繹的推論によるものは少なかった。

帰納的推論によって得られた認識が新たな知識となって次の演繹的推論に使われ認識を深めていく際に、批判的思考を構成するスキルとしての基礎的段階の推論が学生によって使われていることがわかった。

謝辞

実習方法を変更するに当たり, ご理解とご協力 を賜りました福嶋助教授と拝原教授に感謝いたし ます。

付 記

本論文の一部は,第26回日本看護研究学会学術 集会において報告した。

要 旨

この研究の目的は、実習方法を変更したことによるリハビリテーション看護についての看護学生の認識を、使われた推論によって検討することである。対象は、3年制看護短期大学の97年度の3年生108人と99年度の3年生96人であった。方法は、学生のレポートから、16項目ある「リハビリテーション看護の役割」についての認識を年度間で比較した。99年度の学生の認識を知識のみ、演繹的推論、帰納的推論に分類し、項目別、カテゴリー別に比較した。その結果、99年度は「患者への援助」と「家族への援助」の社会的側面への認識が広がった。推論の比較の結果、「患者への援助」の帰納的推論の割合は、「家族への援助」「他職種との連絡調整」よりも多かった。認識に使われた推論は、帰納的推論が81.1%、演繹的推論が10.7%であった。帰納的推論は「意欲向上への援助」の項目で多く使われ、演繹的推論は「障害受容」や「情報提供」の項目に多く使われていた。

Abstract

This study aims to examine the nursing student's recognition by reasoning which spread further after changing the clinical practice method to "the role of rehabilitation nursing". The subjects was 108 third-grade students of the year 1997 and 96 third-grade students of the year 1999 from a nursing junior college. From the descriptive reports of the students, the recognition of the 16 items of "the role of rehabilitation nursing" was compared by year. Moreover, the reasoning that led to such recognition, as for the students of 1999, was examined and compared to each category and item. The recognition was divided as follows: simply knowledge, deductive reasoning and inductive reasoning.

As a result, the recognition of the some items of "the aid to the patient" and the social aspects of "the aid to the family" was more in 1999 compared to 1997. And as a result of the comparison of the different categories, the percentage of inductive reasoning in "the aid to the patient" was higher than in "the aid to the family" or "the communication and adjustment with other occupations". Inductive reasoning represented 81.1% of the whole description while deductive reasoning was lower representing 10.7%. While inductive reasoning was more used in the item of "the aid to improvement to patient's will to rehabilitation", deductive reasoning was more used in the item of "acceptance of disability" and "information offer".

文 献

- 1) 石鍋圭子: リハビリ看護をどう教えるかーリハビリ看護に必要な基礎的能力とは-, Nurse eye, 7(7), 15-19, 1994
- 2)大谷英子,清水安子,他:最近の米園における看護教育の動向と臨床判断-大阪大学におけるゴードン博士の講演より-,看護教育,35(4),267-272,1994
- 3) Tanner, C. A.: プログラム効果の評価-臨 床上の意志決定をする際の実践能力の測定-, 臨床看護, 23(1), 63-76, 1990
- 4) Tanner, C. A., Patrick, K. P. et al.: Diagnostic reasoning strategies of nurses and nursing students, Nursing Research, 36(6), 358-363, 1987
- Kintgen-Andrews, J: Critical thinking and nursing education-Perplexities and insights,
 Nursing Education, 30(4), 152-157, 1991
- 6) 森山美知子: 批判的思考育成の方法, Quality Nursing, 2(10), 836-845, 1996

- 7) 大島弓子: 批判的思考育成のための事例学習 指導の実際, Quality Nursing, 2(10), 846 – 852, 1996
- 8) Ennis, R. H.: A taxonomy of critical thinking dispositions and abilities. In: Baron, J.B., Sternberg, J.J (Eds): Teaching thinking skill—Theory and practice—, 9—26, New York, Freeman, 1987
- 9) Pless, B.S., Clayton, G.M.: Clarifying the concept of critical thinking in nursing, Educational Inovations, 32(9), 425-428, 1993
- Scheffer, B. K., Rubenfeld, M. G.: A consensus statement on critical thinking in nursing, J. Nursing Education, 39(8), 352-359, 2000
- 大谷英子:批判的思考育成のための臨床指導の実際例, Quality Nursing, 2 (10), 867-882, 1996
- 12) 野々村典子:リハビリテーション看護の専門性に関するリサーチ,石鍋圭子(編):リハビ

看護学生の臨地実習における「リハビリテーション看護の役割」に対する認識

- リテーション専門看護, 186-193, 医歯薬出版, 東京, 2001
- 13) 坪井良子, 奥宮暁子, 他:看護教育カリキュラムにおけるリハビリテーション教育の変遷, 筑波大学リハビリテーション研究, 4(1), 23-31, 1995
- 14) 佐藤紀久江, 風岡たま代, 他:看護基礎教育におけるリハビリテーション看護についての一考察, 日本看護研究会雑誌, 24(4), 45-55, 2001
- 15) 前掲7) に同じ
- 16) 三宅和夫, 北原倫彦, 他: 教育心理学小辞典, 65. 有斐閣, 東京, 1991
- 17) 三宅和夫,北原倫彦,他:教育心理学小辞典, 25,有斐閣,東京,1991
- 18) 楠見孝:帰納的推論と批判的思考,市川伸一 (編):認知心理学4 思考,37-56,東京大学 出版会,東京,1996
- 19) 庄司和晃:認識の三段階連関理論,13-53.季節社、東京、2000
- 20) 滝盖栄, 河原田栄子, 他:成人老人看護学園 復期実習におけるリハビリテーションセンター 見学実習の認知領域の評価-教育目標の分類体 系を活用して-,日本赤十字愛知短期大学紀要,

- 5 (3), 311 318, 1998
- 21) 石川ふみよ:看護基礎教育におけるリハビリテーション看護教育の実態と課題,日本看護学教育学会誌、9(1)、35-42、1999
- 22) 石鍋圭子:リハビリテーション医療における 職種間連携の実体と看護婦の役割-各専門職種 を対象とした全■アンケート調査より-,リハ ビリテーション連携科学,1(1),141-149, 2000
- 23) 坂口千鶴,守田美奈子,他:臨地実習における看護学生の思考過程の明確化(第2報)学生の思考過程のパターンとその影響要量,日本赤十字看護大学紀要,12,20-33,1998
- 24) 成澤幸子, 倉島幸子, 他:看護過程展開技術 を高める教育技法の検討-成人看護学ゼミナー ルにおける学生の看護過程の分析から-, 日本 看護科学会誌, 17(3), 270-271, 1997
- 25) 杉山喜代子:看護実習における体験の反省的 思考の分析、日本看護科学会誌、17(3)、260~ 261.1997
- 26) 前掲3) に同じ

[平成13年10月9日受 付] 平成14年9月12日採用決定]

-研究報告-

無曹室入室中の急性骨髄性白血病患者 における QOL の変化とその要因

Factors contributing to the change of quality of life in patients with acute myelocytic leukemia during the treatment in bioclean rooms.

藤 芽 宝 恵¹⁾
Tomie Fujii

見 玉 種 紀²⁾ Kazunori Kodama

岡 田 浩 佑³⁾
Kosuke Okada

宮 腰 由紀子¹⁾ Yukiko Miyakoshi

キーワード: QOL, 無菌室, 急性骨髄性白血病, 身体症状 QOL, bioclean room, acute myelocytic leukemia, physical symptom

I. はじめに

急性骨髄性白血病Acute Myelocytic Leukemia (以下, AML)は、その治療方法の進展に伴い、「不治の病」の代表的存在から治癒が期待できる疾患の一つに数えられるようになった。そうした患者状況の変化による看護需要の高まりに応じて、看護方法の再検討も必要と考えられる。

AML の治療として一般的治療である化学療法は、大量の抗腫瘍薬投与を繰り返して白血病細胞を可能な限り減少させることを目的に行われるい。そのため高度の汎血球減少が2~3週間持続し、患者は抗腫瘍薬投与を受ける毎に無菌室へ入室することになるが、時にその在室期間が1ヶ月以上に及ぶこともある。無菌室内では、清浄な気流を吸入する位置での安静臥床、面会や行動範圍の制限、本や新聞の持ち込み禁止、加熱食のみの摂食といった、生活の多方面にわたる制限が課せられ、その上、抗菌剤の内服や清潔へのセルフケアも求

められる。

AMLの患者が、治療上の制限がある長期間の治療生活等に加えて、このような無菌室という限られた空間内での生活を、治療による副作用等が最も強く出現する時期に過ごさなければならない場合、Quality of life (以下、QOL)の著しい低下が予測される。つまり、限られた空間内という隔離環境は、社会からの分離と行動制限等の制約によって、拘禁反応やICU症候群がみられるほどのストレスの高い空間と言える^{23,33}。また、Schumacher、A.らのインタビューで、患者らは「長期間の治療は疾患への対処を困難にする」と述べておりい、治療経験の浅い者と豊富な者とでは、精神面や身体機能等が異なることが予想される。

このことは看護上の重要な問題と考えられるが、 無菌室内入室中の患者看護に関する既存の日本文献では、取り上げていたものが殆ど無く、早急な

¹⁾ 広島大学医学部保健学科 Institute of Health Sciences, Faculty of Medicine, Hiroshima University

²⁾ 放射線影響研究所 Radiation Effects Research Foundation

³⁾ 異大学看護学部 Faculty of Nursing, Kure University

検討が望まれる。欧米の文献では、そのほとんど が1970年代に発表されており5)~9), 1984年以降 は骨髄移植の場合に限定されていた。この状況は、 背景にある日本と欧米の治療中の管理方法や医療 制度上の差異などが影響していると考えられる。 欧米では化学療法を受けた患者は必ずしも無菌室 に入室しないが、日本では化学療法を受けた患者 が無菌室管理を受ける。日本の寛解率は欧米のそ れを上回っている***ことから、骨髄移植患者以外 でも無菌室管理が用いられている。一方、欧米の 無菌室管理下の患者支援は、医師、看護師以外の カウンセラー等の職種による高度の身体的・情緒 的支援の実施が確立されているが、日本では身体 的・情緒的支援は看護者に頼っている。これらの ことから、欧米での調査結果をそのまま我が■の 状況に当てはめるのは困難である。従って、日本 の現状に応じた看護のあり方についての検討が必 要と考えられる。

そこで今回我々は、30床余りの無菌室を有する施設の協力を得て、上記のように AML 患者が無菌室管理を必要とする治療を受ける際に生じる"QOLの低下"予防のための看護援助検討のために、無菌室入室患者の QOLの実態を調査した。調査に際し、無菌室へ長く在室することの影響を考慮し、それに対する在室週数の長短および入室回数の多少の影響分析から、無菌室入室中の AML 患者のQOL 低下に寄与する要因把握を行った。

Ⅱ. 方 法

一般にQOLとは、限定された時間の枠組みの中における、心理的、身体的、社会的経験の主観的評価を含んだ多くの特質からなる概念と理解されている。本研究におけるQOLの定義は、Hörnquist、J.O. (1982)の提唱した「QOLとは、身体的、精神的、社会的、活動的な物質的欲求や構造的欲求といった領域内にある欲求の満足の程

度である」^{III}(藤井訳)を用いることとした。そこで本研究には、これらの身体的、心理的、社会的特質を含む後述する QOL 調査票を使用することとした。

身体症状等の変化は在室週数、入室回数との関連で分析することとしたが、無菌室の入退室は好中球数の増減で決定されるため、一週間毎の調査が適切と判断し、血液検査データについても調査した。

1. 対象

調査対象は、H県内にあるH総合病院血液内科(30床)に入院中の成人 AML 患者に協力を求めた。 条件としては、面接可能な者で、次の条件を満たす者を分析対象に用いた。①再発・骨髄移植適用者・ターミナル期でない、②治療には化学療法のみを受けている、③水平層流式簡易無菌室(個室、NASA クラス100)内のみとする(水平層流式から垂直層流式簡易無菌室あるいは一般病室へ入院および移動となった場合は、その時点から除外)、④ WHOの Performance Status (以下、PS) 評価(表1)で PS. 4 未満である120。

表1 Performance Status (PS)

- 0:無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、 発病前と同等にふるまえる。
- 1:軽度の症状であり、肉体労働は制限を受けるが、 歩行、軽労働や坐業はできる。
- 2:歩行や身の回りことはできるが、時に少し介助のいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居していられる。
- 3:身の回りのある程度のことはできるが、しばしば 介助が必要であり、日中の50%以上は就寝してい る。
- 4:身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日 就床を必要とする。

2. 倫理的配慮

患者の調査参加に関しては、患者に本研究の目的、調査内容、調査時間、メリットとデメリット、

金銭的負担のないこと、プライバシーは厳守すること、不参加による不利益はないこと、調査途中での不参加も可能であること、また検査データを調べるためにカルテを開示してもらうことを告げ、同意の署名を得た。点滴等により筆記■難な者では、■頭にて同意を得た。

3. 調査票

調査票には、がん患者用に開発され、信頼性・ 妥当性ともに検討済みの QOL 調査票である TheEuropean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Module 日本語バージョン: EORTC QLQC-30J(以下, QOL 調査票)を用いた^{12)~14)}。 QOL 調査票の構成要素を表 2 に示したが、本調 査票では全体的な健康状態 (Global health status: 以下, GHS) が包括的 QOL に相当する。

今回, QOL調査票を用いるにあたって,プレテストにて対象者から答え難いと意見のあった調査項目の1,6,7,27番の設問を除外した。設問内容は次の通りで,1)重い買い物袋やスーツケースを運ぶなどの仕事に支障がありますか(身体機能),6)仕事をすることや目常生活に支障がありましたか(役割機能),7)趣味やレジャーをする

表 2 QOL 調査票の構成要素

全体的な健康	2 項目				
機能面	身	体	機	能	5項目
	役	割	機	能	2項目
	認	頖	機	能	2項目
	感	情	機	能	4項目
	社	会	機	能	2項目
症状面	疫			労	3項目
		気・	謳	吐	2項目
	食	欲	不	振	1項目
	疼			痛	2項目
	息	ţ	IJ	ħ	1項目
	睳	眠	章	害	1項目
	下			舸	1項目
	便			秘	1項目
財政的影響					1項目

のに支障がありましたか(役割機能)、27)身体 の調子や治療の実施が、あなたの社会的な活動の 動げになりましたか(社会機能)、であった。こ れは、特殊な環境下のため、対象者は想像して回 答するより他なく、無回答もあったことに拠る。 そのため現実を反映しないと判断し除外したとこ ろ、その後の調査では無回答はなかった。

また、設問30についてその内容は、30)この一週間、あなたの全体的な生活内容は質的にどの程度だったでしょうか、であり、対象者より設問の理解が■難との意見が出された。そのため、質問する際に、「無菌室内の生活は満足のいくものであったかどうか」と理解を促すための補足説明を行った。

4. 調査方法

調査票を用いた面接調査(読み上げ式)を一週 間毎に実施した。

また、検査項目として、カルテより体温(14時)、 血液検査項目である自血球数、赤血球数、ヘマト クリット値、ヘモグロビン値、血小板数、総蛋白 値、アルブミン値、CRP値、と芽球、桿状核球、 分葉核球、単球、リンパ球、好酸球、好塩基球の データを転記した。

調査期間は、平成11年4月から平成11年11月で あった。

5. 分析方法

在室期間の長短ならびに入室回数の多少による 影響を考慮し、在室週数別、入室回数別に GHS 等の変化について分析を行った。

- 1) 在室週数別にみた GHS 等の変化について
- ① GHS等の調査項目毎に悪化あるいは改善の 症例数をスコアにて比較検討した。悪化および 改善の判断は、スコアが0点~100点をとり、 GHSの標準偏差値が12点であることから、10 点以上のスコアの増減を「変化あり」と定め、

平均値を超える点とみなした。また、 GHS の スコアの変化と他の調査項目のスコアの変化に ついても関連性を分析した。

- ② 在室1週目と在室2週目におけるGHS等の 調査項目スコアを Wilcoxon 検定し、検査項目 はt-検定を行った。
- 2) 入室回数別にみた GHS 等の変化について 治療は初回寛解導入療法、地園め療法、維持・ 強化療法の3つに大別される。本施設の特色とし て、1年半におよぶ治療の中で methotrexate (以下、MTX) 大量療法は5回目の入院時, すな わち治療期間の中間にあたり、地面め療法と維持・ 強化療法との境目となる15,16。そこで、全ケース を中間の治療にあたるMTX療法を境とし、2~ 4回目入室群と5回目以上入室群の2群に分け、 GHS 等の調査項目スコアを Mann-Whitnev 検定 し、検査項目は t-検定を行った。いずれの検定 においても、有意水準は5%未満とし、データの 入力および分析には統計解析パッケージソフト SPSS (V. 9.0) と Excel 97 を用いた。

分析対象は次の条件を満たした21名であった。 まず、在室週数別の検討を行うにあたり、同一 者で継続調査の可能であったのは延べ13ケースで あった。対象者数は、同一者であっても治療内容 の差から, 在室週数や身体症状等が異なるため, 延べ人数で示した。また、1回目は入院初日から 治療が開始され、その後の治療とは内容に差があ ることから在室週数が異なるため、1回目入室3 ケースを除く残りの10ケースを対象とした。

続いて、入室回数別の検討を行うにあたり、今 回の調査では1回目入室3ケースを除く21ケース を対象とした。ここでは、1ケースにつき1デー タを使用した。データの区分として、2回目以降 は平均在室期間が2週間であるため、入室3週目 以降の情報を除外した。また、1回目入室は潰療 内容の差から在室期間が異なるため除外した。そ して、同一者で数回の面接を行ったケースがあっ

たが、入室回数の区分には、初回面接時の情報を 使用して区分した。1回の入室において、入室1 週目と2週目に面接を行うことができたケースに ついては、より環境に暴露されていると考えられ る入室2週目のデータを採用した。

Ⅲ、結 果

- 1. 在室週数別にみた GHS 等の変化
- 1) 在室週数別の対象者の属性

在室週数別の対象者は10ケースで、男性4名、 女性6名, 平均年齢は41.4歳であった。(表3)。 平均在室日数は14.7日で、2回目以降の入室はお よそ2週間の在室であった。

表 3 在室週数別の対象者の属性 (n=10)疾患 年 船 在室日数 入室回数 分類 (回) (日) M 3 30 22 攵 4 1 M 4 攵 34 15 7 3 M 4 女 34 14 8 M 4 女 34 11 4 9 男 5 M 2 62 17 3 男 6 M 2 62 17 4 男 M 3 2 7 35 13 8 M 3 女 39 8 7 女 M 2 41 13 9 10 M 4 男 43 4 17 mean±SD 41.4 ± 11.5 14.7 ± 3.9

2) GHS 等の改善および悪化のケース数の検 討(表4)

 5.7 ± 11.5

GHS等の調査項目毎に改善および悪化のケー ス数について検討した結果、改善傾向の多くみら れた項目は、感情機能と便秘であった。これに対 し、悪化傾向が多くみられた項目は、GHS、表 労、疼痛, 認知機能, 社会機能, 食欲不振であっ た。GHS悪化を示した5ケース中3ケースは、 発熱やその他の症状を理由とし、他の2ケースは、 無症状で経過しているものの、その理由は「2週 間以上の無菌室への入室はつらい」であった。一 方、改善傾向を示した2ケースでは、どちらも化

表 4 在室週数別の GHS 等の改善 および悪化のケース数 (n=10)

	改善数(ケース)	悪 化 数
GHS	2	5
身体機能	1	2
認知機能	2	4
感情機能	5	1
社会機能	0	4
疲 労	3	5
嘔気· 謳吐	1	3
食欲不振	3	4
疼 痛	0	5
息切れ	0	2
睡眠障害	1	3
下 痢	0	3
便 秘	4	2
財政的影響	1	2

学療法後の副作用は軽減しており、感染症状はみられなかった。従って、2回目以降の入室では入室2週目に発熱等の感染症状が発現しやすい傾向

にあった。

3) 在室週数別の検定結果(表5)

在室週数別の検定の結果を表5に示したが、検査項目については有意差のみられた項目と検討を要した項目のみを示した。表5より、好中球数は入室2週目に統計学的に有意に減少していた。それと同時期に、有意差はなかったものの発熱が出現し、CRP値は上昇傾向にあった。

2. 入室回数別にみた GHS 等の変化

1) 入室回数別の対象者の属性

入室回数別の対象者は21ケースで、その属性を表6に示す。前述の除外基準に沿って分類すると、2~4回目入室群10ケースと5回目以上入室群11ケースとなった。2~4回目入室群は、男性5名、女性5名で、平均年齢は45.8歳であった。5回目以上入室群は男性3名、女性8名で、平均年齢は

表5 在室週数別の検定結果

(n=10)

	mean±SD (点)								
**********	QOL 調査	£項目	在室1週目	在室2週目	Z値	p値			
***************************************	GHS		54.17±12.58	54.17±21.25	-0.256	0.798			
身	体 機	能能	95.00 ± 4.30	95.00 ± 5.83	0.000	1.000			
認	知 機	能能	93.33 ± 16.10	93.33 ± 8.61	0.000	1.000			
感	情 機	能能	88.33 ± 13.15	91.67 ± 8.78	-0.962	0.336			
社	会 機	能能	96.67 ± 10.54	90.00 ± 22.50	-1.414	0.157			
疲		労	7.78 ± 11.77	6.67 ± 7.77	0.000	1.000			
區	気 • 浸	謳 吐	1.67 ± 5.27	0.00 ± 0.00	1.000	0.317			
食	欲 不	、 振	10.00 ± 16.10	6.67 ± 21.08	-0.378	0.705			
疼		痛	1.67 ± 5.27	6.67 ± 8.61	-1.732	$0.083^{\scriptscriptstyle riangle}$			
息	切	れ	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.000	1.000			
睡	眠 障	害	20.00 ± 35.83	20.00 ± 28.11	0.000	1.000			
下		痢	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.000	1.000			
便		秘	26.67 ± 21.08	30.00 ± 29.19	-0.577	0.564			
財	政的	影響	$0.00\pm\ 0.00$	6.67 ± 14.05	-1.414	0.157			

_	mean	±SD	_			
検査項目	在室1週目	在室2週目	自由度	t 值	p 値	
白血球数 (×10³μℓ)	0.87±0.65	0.43±0.19	9	2.607	0.028*	
好 卓球 数(×10³μℓ)	0.25 ± 0.32	0.02 ± 0.07	9	2.280	0.049*	
CRP値 (mg/dl)	0.50 ± 1.19	2.72 ± 3.23	5	-2.373	0.064^{\triangle}	
体温 (℃)	36.75 ± 0.19	37.19 ± 0.86	9	-1.754	0.113	

 $(\Delta : p < 0.1, * : p < 0.05)$

無菌室入室中の急性骨髄性白血病患者における QOL の変化とその要■

43.5歳, であった。年齢の分布はほぼ同じであっ 査項目は有意差のみられた項目と検討を要した項

2) 入室回数別の検定結果(表7)

たが、5回目以上入室群には女性が多かった。 目を示した。表7より、自直球数に有意差がみら れ、5回目以上入室群で減少傾向にあったが、好 入室回数別の検定の結果を表7に示したが、検 中球数は平均値で見ると減少しているものの有意

表6 入室回数別の対象者の属性

	疾 患 分 類	性	年 歸 (歳)	入室日数 (回)	在室回数 (日)	採用した 週 目			疾 患 分 類	性	年 歸 (歳)	入室日数 (回)	在室回数 (日)	採用した 週 目
2~4	2~4回目入室群 5回目以上入室群													
1	М3	女	30	3	22	2		11	М3	男	49	7	11	1
2	M 2	男	58	3	14	2		12	M 2	女	35	10	14	1
3	M 2	男	62	3	17	2		13	M 4	男	52	8	14	1
4	M 2	女	29	4	16	2		14	M 4	女	34	7	15	2
5	M 2	女	61	4	13	1		15	M 0	女	41	10	12	1
6	M 4	女	49	3	9	1		16	M 5	男	27	13	27	2
7	М3	男	35	2	13	2		17	М3	女	39	7	8	2
8	M 0	女	65	3	16	2		18	M 2	女	41	9	13	2
9	M 5	男	26	2	15	2		19	M 5	女	32	13	16	1
10	M 4	男	43	4	17	2		20	М3	女	59	16	11	1
								21	М3	女	69	12	6 < *	1
				mear	±SD							mean	±SD	
n=1	0 男:女	=5:5	45.8±15.2	3.1±0.7	15.2±3.4			n=1	1 男:女	=3:8	43.5±12.6	10.2±3.0	33.7±5.1	

^{*:}在室6日目が調査終了日にあたりその後も入室中であったため正確な数値は不明

表 7	人	至	口	数	別	0)	検	疋	部	果	
-----	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	--

(n=21)

				mean±3					
QOL 調査項目			目	2~4回目入室群	U値		P値		
GHS		58.33±14.16	60.16±21.76	52.00		0.830			
身	体	機	能	89.17 ± 12.45	85.61 ± 15.85	49.50		0.686	
認	欠	機	能	91.67 ± 11.79	87.88 ± 16.82	50.00		0.692	
感	情	機	能	85.00 ± 10.97	93.94 ± 8.41	28.50		0.052^{\triangle}	
社	会	機	能	93.33 ± 14.05	75.76 ± 36.79	43.00		0.288	
疲			労	12.22 ± 16.10	14.14 ± 17.98	54.00		0.940	
	戾	· iii	吐	6.67 ± 14.05	1.52 ± 5.03	48.00		0.418	
食	欲	不	振	10.00 ± 22.50	15.15 ± 17.41	43.50		0.327	
疼			痛	13.33 ± 17.21	10.61 ± 30.07	39.00		0.177	
息	ţ	Ŋ	れ	0.00 ± 0.00	12.12 ± 22.47	40.00		0.083△	
垂	眠	障	害	13.33 ± 23.31	18.18 ± 31.14	51.50		0.767	
下			痢	20.00 ± 35.83	3.03 ± 10.05	42.50		0.199	
便	赵		秘	13.33 ± 23.31	21.21 ± 16.82	40.00		0.231	
財	政自	的 影	響	10.00 ± 16.10	12.12 ± 22.47	55.00		1.000	
				mean	±SD				
************	検す	奎項目	1	2~4回目入室群	5回目以上入室群	自由度	t 値	P 値	
白	血球数	(×10)³μ ()	0.70± 0.31	0.38± 0.30	19	2.423	0.026*	
好口	中球数	(×1	O³μ[)	0.13 ± 0.31	0.07 ± 0.10	19	0.623	0.541	
体温 (℃)		37.50 ± 1.04	36.81 ± 0.39	17	2.052	0.056^{\triangle}			

 $(\triangle : p < 0.1, * : p < 0.05)$

差はなかった。また、感情機能は、有意差はなかったものの5回目以上入室群に良好な傾向がみられた(p=0.052)。疲労は、 $\mathbf{1}$ 全く有意差はなかったが(p=0.940)、 $\mathbf{1}$ 2~4回目入室群の患者の訴えは発熱に伴った疲労の訴えが多く、5回目以上入室群では発熱の有無に関わらず疲労の訴えがみられた。

Ⅳ. 考 察

この度、無菌室入室中のAML患者に対して、無菌室内での生活の実態(QOL)について把握する目的で、QOL調査票を用いた直接調査を行い、以上の結果を得た。

今回用いた QOL 調査票は無菌室入室中の患者には十分であったと言い難く,無菌室入室者用の 尺度開発が求められるところであるが,ここでは 本結果について考察を行う。

在室週数別にみたGHS等の変化から、無菌室への2回目以降の入室では、入室2週目に発熱等の感染症状が発現しやすい。身体症状や感染症状の発現時期にQOLの低下が起こるので、症状の早期発見・早期対処をすることにより、患者のQOL低下防止が可能と考えられた。

入室回数別にみた GHS 等の変化から、白血球数は5回目以上入室群で有意に減少傾向にあった。しかし、好中球数は平均値で見ると減少しているものの有意差はなかった。これは本施設では、好中球数をもって患者の無菌室への入退室が決定されており、化学療法中および終了後に好中数が500/μℓ以下になるときが入室、骨髄造血能が回復し好中球数がほぼ100/μℓになるときが退室の基準™となるため、入室回数による好中球数の有意差が出なかったと考えられる。患者の易感染性には、好中球数の減少が関与しているため、入室回数別における差は少ないと理解できる。

また、有意差はなかったものの、感情機能は5 回目以上入室群で良好であったことから、入室回 数が増しても患者は無菌室に適応する能力を有することが示唆された。このことは、Holland、J.らの、患者は病気の重症度・異常な環境・および人格の違いにも関わらずよく適応する、との報告でしていた。Collins、C. や Gordon、A. M ら185.189 の報告によると、患者は家族等の精神的支援や電話による外都との連絡手段により社会的隔離は感じていなかった、と述べている。この観点から見ると、電話などの通信手段により社会的隔離感が軽減可能ならば、テレビ電話やインターネット等を用いた環境整備によっても患者のQOL低下防止は可能と考えられた。

疲労は発熱の有無に関わらず治療全体を通じて生じていた。入室回数の結果では、疲労に関しては全く有意差はみられていないものの、2~4回目入室群は発熱に伴う疲労の訴えが多く、5回目以上入室群は発熱の有無に関わらず疲労の訴えがあった。こうした MTX 治療前後で疲労が異なる背景には、治療内容の差が原因と考えられた。従って、症状がよくみられる治療前半には症状への対応が重要であり、また、治療後半には治療のダメージによる身体的疲労が考えられることから、前半とは異なる疲労への対応が必要と考えられた。但し、今回の結果では具体的な身体的疲労の内容が明確でないため、今後の検討課題と考えられた。

表4より GHS 悪化を示したケースでは発熱等の症状を理由とし、GHS 政善を示したケースでは身体症状が軽減していたことから、患者のGHS の変化には身体症状の有無が影響しているものと考えられた。ここで、GHS は包括的 QOLを示すことから、QOL と身体症状との関連性が示唆されたと思われる。しかし、更なる検討が必要である。既存の文献からは、Holland J. やLesko L. Mが示した、精神状態は身体的状態に最も影響されるとの報告である。と一致しており、身体的ケアによる身体的苦痛の緩和によって、精神的苦痛の緩和や、ひいては QOL 低下防止に繋

がるものと考えられた。従って、これらのことを 念頭に置いた、注意深いケアの展開が必要と考え られた。

今回の調査では、ケース数が少なく、確■たる結論を得るには限界があると考えられた。ケースが少数であったその理由としては、①患者に発熱等の身体的谐痛の強い場合に調査への協力が得られなかった、③水平層流式ではなく垂直層流式の無菌室入室となる場合があった、等により継続調査が困難なケースが多かったことに拠る。とはいえ、AML患者でしかも無菌室入室状態で21ケースものアンケート調査を行い、QOLを考察した報告は今までに例がない。今後はケース数を増やしたうえで、更なる分析を行い、看護援助に関する検討が必要であると考える。

また身体症状の強い患者について、主観的データによらずとも QOL やその他の症状等を評価できるツール開発も今後の課題と考えられた。さらに看護の貢献度を数量的に評価した研究や、質的分析を加味した研究を更に進め、包括的な QOL 低下防止の看護支援の検討をすすめていきたい。

V. 結 論

- 1) 無菌室へ2回目以降入室する場合には、入室2週目に発熱等の感染症状が発現しやすい。 よって、感染症状の早期発見・早期対処による 患者のQOL低下防止は可能ではないかと考え られた。
- 2) 感情機能は入室回数が増しても良好な傾向 にあり、患者は無菌室に適応する能力を有する と示唆された。
- 3) 疲労感は、発熱の有無に関わらず治療全体 を通じて生じており、異なる疲労への対応が必 要と考えられた。

謝辞

本研究において多大なるご協力を頂きました患者の皆様,広島赤十字・原爆病院看護部長 阿部 直美様ならびに師長 滝澤貞子様に深謝いたします。

なお当論文要旨は,第22回日本造血器細胞移植 学会総会(平成11年12月17日)において発表を行っ た。

要 旨

本研究は、無菌室に入室している21名の急性骨髄性白血病患者のQOLならびにその低下と、関連した要因について調査したものである。調査は在室週別・入室回数別にQOLの低下状況、症状の出現状況、身体機能、心理状態等について調査票を用いて調査した。その結果有意差はなかったものの、入室2週目に発熱等の感染症状が出現しやすい傾向であった。感情機能は5回目以上の入室では良好な傾向であった。ただし、疲労は治療期間通じてみられた。

よって、感染症状をコントロールすることにより、患者の QOL 低下をより防止できると考えられた。また入室回数が増えても感情機能が良好なことより、患者は無菌室に適応していくことが示唆された。

Abstract

We reported the QOL of 21 patients with acute myelocytic leukemia (AML), who were in bioclean rooms, and considered factors related to the decrease of patients' QOL. Whenever patients' entered the rooms, we investigated state of patients' QOL, appearance of symptoms, physical function and emotional function every week, using a questionnaire. The patients tended to have infection symptoms at two weeks after the entering.

On the other hand, most patients tended to keep emotional function well though the entering increased. However, we observed that most patients had fatigue during the treatment period.

The results indicate that it is possible for us to prevent impairment of patient's QOL more by the infection control, and that patients in the bioclean room can adapt themselves to the circumstance there.

VI. 参考文献

- 1) 平野正美:治療,山村雄一他監修:最新內科 学体系 第19巻 白血病 血液・造血器疾患2, 133-136,中山書店,東京,1992
- 2) 村田恵子, 草場ヒフミ他: 保護隔離環境における小児患者のストレス・対処行動とケア環境との関連性, 臨床看護研究の進歩, 9, 102-111, 1997
- 3) Kellerman, J., Rigler, **D**. et.al: Pediatric Cancer Patients in Reverse Isolation Utilizing Protected Environments., Journal of Pediatric Psychology, 1 (4), 21−25, 1976
- 4) Schumacher, A., Kessler, T. et.al: Quality of life in adults with acute myeloid leukemia receiving intensive and prolonged chemotherapy—a longitudinal study., Leukemia, 12, 586—592, 1998
- 5) Kohle, K., Simons, C. et al.: Psychological aspects in the treatment of leukemia patients in the isolated bed system "LifeIsland", Psychother Psychosom, 19, 85-91, 1971
- 6) Gordon, A.M.: Psychological adaptation to isolator therapy in acute leukeamia, Psychother Psychosom, 26, 132-139, 1975
- 7) Holland, J., Plumb, M. et al.: Psychologi-

- cal response of patients with acute leukemia to germ-free environments, CANCER, 40, 871-879, 1977
- Lesko, L. M: サイコオンコロジー①, Holland J. (編),河野博臣他監訳:がん患者 のための総合医療 保護環境 158-163,メディ サイエンス社,東京,1993
- 9) Lesko, L.M, Kern, J. et. al: Psychological aspects of patients in Geem-Free isolation: A review of child, adult, and patient management literature, Medical and Pediatric Oncology, 12, 43-49, 1984
- 10) Ohno, R., Kobayashi, T. et. al: Randomized Study of Individualized Induction Therapy with or without Vincristine, and of Maintenance—Intensification Therapy between 4 or 12 Courses in Adult Acute Myeloid Leukemia, CANCER, 71(12), 3888—3895, 1993
- 11) Hörnquist, J.O: The concept of quality of life, Scandinavian Journal of Social Medicine, 10, 57-61, 1982
- 12) 小林国彦, 武田文和: EORTC QLQ-30 日本語版, QOL調査と評価の手引き(漆崎一 郎監修). 11-15, 癌と化学療法社, 東京, 1995
- 13) Aaronson, N. K., Ahmedzai S. et al.: The

無菌室入室中の急性骨髄性自動病患者における QOL の変化とその要例

Euopean Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology, Journal of the National Cancer Institute, 85(5), 365 – 376, 1993

- 14) Kuchler, Th.: 癌における QOL 研究, Guggenmoos-Holzmann I., Bloomfield P.H.K. et al. (編), 漆崎一郎他監修: QOL ーその概念から応用までー, 115-127 シュプリンガー・フェラーク東京株式会社,東京, 1996
- 15) 許 泰一:急性骨髄性白血病 造血器腫瘍の 治療-どこまで治せるか-,第36回日本臨床血 液学会総会サテライトシンポジウム,3-13, 1994
- 16) 許 泰一:急性骨髄性白血病の治療,診断と 治療,84(3),419-425,1996
- 17) 許 泰一:血液疾患治療上における感染症の 合併とその対策. 臨床成人病, 26(7), 880-885,

1996

- 18) Collins, C., Upright, C. et al.: Reverse isolation: What patients perceive. Oncology Nursing Forum, 16(5), 675-679, 1989
- 19) Gordon, A.M: Psychological adaptation to isolator therapy in acute leukeamia, Psychother Psychosom, 26, 132-139, 1975
- 20) 板持由紀子, 岡崎和子他:白血病治療時の感染予防対策と看護-QOLの視点から-.癌治療とQOL part 2, 3(2), 16-18, 1997
- 21) Levine, A.S., Siegel, S.E. et al.: Protected environments and prophylactic antibiotics, New. Engl. J. Med., 288(10), 477-483, 1973
- 22) 日野原重明: QOL は何処より来て何処へ行くか, Quality of Life-医療新次元の創造-第1版(満代隆, 日野原重明編集). 1-25, 株式会社メディカルレビュー社, 東京, 1996

[平成14年1月10日受 付] [平成14年9月17日採用決定]

-研究報告-

脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因

The important factors related to the level of Self-Esteem among stroke patients

篠原純子* 児玉種紀** 追田勝明***
Junko Shinohara Kazunori Kodama Katsuaki Sakoda

キーワード: 自尊感情, 脳卒中, 看護 self-esteem, stroke, nursing

I. 緒 言

脳卒中を発症した患者の障害は、運動機能、行為、認知、コミュニケーションなど広範囲にわたる。福間市内 5 地域の 6 病院を退院した脳卒中発症者206名における回復状況の調査では、脳卒中発症から 3 年後52.9%の人が回復不十分で社会復帰できていない、6.8%の人が寝たきりという状態であった¹'。このように何らかの障害を持って生活することは、発症前と異なる生活・発症前と異なる自己を受け入れて生活することを意味する。したがって、障害によっては自己概念の変化や自尊感情の低下が生じる可能性がある。自尊感情は抑うつ²¹³¹ や Quality of life (QOL)⁴¹⁵¹ に関連するといわれており、自尊感情の低い患者への看護介入は精神的な健康やQOLの向上につながると考える。

しかし、脳卒中発症後の患者の自尊感情についての研究は■内外において数少ない^{6) 7) 6)}。 そこで本研究は脳卒中の中でも発症数が最も多い脳梗

塞に焦点を絞り、「脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連する要因は何か」を明らかにすることを目的とした。本研究を自尊感情の低い患者に対する看護介入への足がかりとしたい。

Ⅱ. 用語の定義

本研究ではRosenbergの自尊感情の定義を用いた。すなわち、自尊感情とは特別な対象(自己)に対する肯定的または否定的な態度であり、自尊感情が低いということは自己拒否、自己不満足、自己軽蔑を示し、自分が観察している自己に対して尊敬を欠いていることを意味している。9、100。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象

A病院(広島市近郊に位置する病床数300の総 合病院で脳卒中専門外来と脳血管治療の専門医を 有す)で入院治療を受けた脳梗塞患者(再発を含 む)のうち,発症後6ヶ月~3年半前後であり,

^{*} 九州大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kyushu University

^{**} 財団法人放射線影響研究所 Radiation Effects Research Foundation

^{***}マツダ病院 Mazda Hospital

かつ平成12年3月27日から6月30日の間に外来通院した45名を研究対象とした。あらかじめ対象からコミュニケーションに支障がある者(失語症・痴呆),精神科的疾患に罹患している者を除外した。加えて,面接時の心身的負担を考慮し,85歳以上である者も対象から除外した。45名のうち面接の同意が得られなかった2名と時間の都合等で本人と接することができなかった5名を除く38名(84.4%)に対し,質問紙を用いた面接調査を実施した。調査はプライバシー保護のために個室を使用し、外来受診の待ち時間中に行った。質問紙は対象者本人に記入してもらった。筆記が風難な対象者の場合は研究者が代筆した。面接調査の所要時間は1人30分程度であった。

2. 調査内容

1)対象者の背景

性別,年齢,発症年月日,脳梗塞分類,梗塞側, 再発の有無はカルテから情報を得た。職業の有無, 婚姻状況,家族形態,学歴(在学年数),運動障 害については面接時に情報を得た。

2) 自尊感情

自尊感情の測定にはRosenbergのSelf-Esteem⁹⁾ の日本語訳¹¹⁾ (表1)を用いた(Rosenberg の Self-Esteem は以後 RSE と略す)。 RSE は10項目からなり「そう」「ややそう」「ややちがう」「ちがう」の4段階で評価する。得点は10点~40

表 1 Rosenberg's Self-Esteem Scale 宗像訳

質問項目

- 1. だいたいにおいて自分に満足している。
- 2. 時々, 自分がてんでだめだと思う。
- 3. 自分には臭いところがたくさんあると思う。
- 4. たいていの人がやれる程度にはやれる。
- 5. 私には自慢するところがあまりないと思う。
- 6. 時々, まったく自分が役立たずだと感じる。
- 7. 少なくとも他人と同じくらいの価値にあると思う。
- 8. もう少し自分を尊敬できたらよいと思う。
- 9. だいたい自分は何をやってもうまくいかない人間のように思える。
- 10. すべて臭いほうに考えようとする。

点の値をとる。RSE 30点以上は高い自尊感情, 20点以下は低い自尊感情とみなされる¹²⁾。脳梗塞 発症後の患者に対する本尺度の信頼性・妥当性に ついては検証されている¹³⁾。

3) 関連要因

患者および高齢者を対象とした先行研究でRSE との関連が示唆された「職場復帰状況」「経済的 満足感」「主観的健康感」「社会的支援の程度」 「趣味・楽しみの有無」に「日常生活動作の障害 の程度」「生きがい」を加え、関連要因として調 査した。質問項目は大種¹¹⁰、野並¹⁵⁰、青木ら¹⁵⁰、 宗像¹⁷⁰の研究を参考に作成し、日常生活動作の障 害の程度には Barthel index ¹⁸⁰ ¹⁹⁰ ²⁰⁰ を用いた。

職場復帰状況は退院後の職場復帰(主婦の場合も含める),経済的満足感は家庭の経済状況に対する満足感,主観的健康感は全般的な健康状態・ 同年代の人と比べた健康状態・健康状態に対する満足感,社会的支援の程度は孤立していると感じる頻度・理解者の有無・心の支えに対する満足感・まわりの人たちにしてあげていることは十分と思うか,趣味と楽しみはその有無を調査した。これらの同答はすべて選択敗より選んでもらった。

生きがいは『「生きがい」や「生活のはり」「いきいきと生きているなあ」と感じることがありますか』と尋ね、生きがいが「ある」「ときどきある」と答えた人には仕事、職場仲間とのつながり、配偶者や家族とのつながり、子どもや孫の成長、地域・その他の団体活動への参加、趣味・スポーツ、趣味・スポーツの仲間とのつながり、人の世話・奉仕活動、宗教、その他のうち、生きがいとなっているものすべてに丸をつけてもらい、丸の数を1点として換算した。

Barthel index は脳卒中患者に広く適用され、 妥当性・信頼性も証明されている^{21) 22)}。 Barthel index は自立の機能を評価する尺度であり、食事、 移乗、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、着 替え、排便、排尿の10項目からなる。本研究では 柊山ら 33 の研究を参考に1点刻みの20点満点で表示した($0\sim20$ 点)。正門ら 20 は日本の脳卒中を発症した患者における Barthel index Score のもつ意味を報告している。その結果に基づくと20点では ADL が自立,17点では65%が自立歩行となる。

3. 倫理的配慮

研究の目的・手順を説明し、文書にて承諧を得た。希望すれば、いつでも研究への参加を辞退できることを伝えた。面接時にはプライバシーや心理的負担に配慮した。

4. 分析方法

統計解析には統計解析ソフト SPSS 10.0 Jを使用した。各設問における回答項目別の RSE 平均値を算出し、独立 2 群の t 検定・一元配置分散分析を用いて差の検定を行った。多重比較にはBonferroniの方法(等分散の場合)とTamhaneのT 2 の方法(等分散でない場合)を用いた。RSE と生きがい・Barthel index の関連はピアソンの積率相関を用いて検討した。つぎに、RSE を覚属変数、RSE と有意な関連の見られた要因を説明変数として重回帰式へ投入し、ステップワイズ法による重回帰分析を行った(F値確率は投入0.05、除外0.10)。すべて統計的有意水準は5%とした。

IV. 結 果

1. 分析対象者の背景

分析対象者は38名(男性26名,女性12名),平均年齢69±10歳(男性69±9歳,女性69±12歳),平均在院日数26.5±29.0日であった。38名の基本的背景を表2に示す。

2. 脳梗塞発症後の患者の RSE Score

RSE 平均値は27.4±6.2点(男性26.8±5.7点,

女性28.6±7.2点)であった。男女間で統計的に 有意な差はみられなかった(t=-0.820, n.s.)。 自尊感情20点以下の低自尊感情群は6名(男性4 名,女性2名),自尊感情30点以上の高自尊感情 群は16名(男性10名,女性6名)であった。年齢 と RSE の関連はみられなかった (r=0.040, n.s.)。 基本的背景では学歴と RSE に関連がみられた (表 2)。在学年数 9 年以下群16名 (24.5±5.4点) と14年以上群4名(24.3±4.9点)は、10~13年 群18名(30.6±5.7点)よりも有意に RSE 平均値 が低かった (F=5.980,P<0.01)。 女性において 在学年数10~13年群 5 名の RSE 平均値は35.2± 3.1点と特に高く、5名中4名は75歳以上であっ た。最終発作月数と RSE は負の相関傾向にあっ た (r=-0.311,P=0.057)。統計的に有意ではな いが最終発作から月数が経過していることは RSEが低いことと関連する傾向にあった。その 他の基本的背景と RSE に関連はみられなかった。

3. 脳梗塞発症後の患者の RSE と関連要因

1) 職場復帰状況

職場復帰状況と RSE に関連はみられなかった (表3)。職場復帰した11名のうち10名は65歳未満 であり、職場復帰していない11名のうち10名は65 歳以上であった。

2)経済的満足感

回答項目別の一元配置分散分析では経済的満足感とRSEに関連はみられなかった(表 4)。しかし、非常に満足している・まあまあ満足していると回答したものを満足群、どちらともいえない・あまり満足していない・まったく満足していないと回答したものを非満足群としてRSE平均値を比較すると、経済的非満足群29名(23.6±4.3点)は満足群9名(28.6±6.2点)よりもRSE平均値が有意に低かった(t=2.229、P<0.05)。つまり、経済的に満足していないことはRSEが低いことと関連していた。女性の経済的非満足群 2 名

脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要■

表2 38 名の基本的背景

**********	質問項	Ē	内	容	人数	%	RSE 平均値	標準偏差	検 定
	性	別	.男	性	26	68.4	26.8	5.7	
	注	נינ <i>ו</i>	女	性	12	31.6	28.6	7.2	t = -0.820, n.s.
背			あ	り	17	44.7	28.6	6.7	
	職	業	とき	どき	5	13.2	25.8	5.0	
			な	l	16	42.5	26.5	6.1	F = 0.671, n.s.
=			既	婚	31	81.6	26.9	5.9	
	婚姻状	(C)	死	别	3	7.9	35.3	3.2	
	妇 妈 1八	OL	別	居	2	5.3	28.5	4.9	
			離	婚	2	5.3	21.0	5.7	F = 2.799, n.s.
			独	居	1	2.6	25.0		
를	家族形態	夫 婦	のみ	17	44.7	28.7	6.3		
		二世代	弋同居	14	36.8	24.9	6.0		
			三世代	忧同居	6	15.8	29.8	5.5	F = 1.455, n.s.
	学 歴	9 年	以下	16	42.1	24.5	5.4	¬**	
		歷	10~	13 年	18	47.4	30.6	5.7 -	¬ * [']
			14年	以上	4	10.5	24.3	4.9 -	J F = 5.980, p < 0.0
			脳脈	1 栓	30	78.9	27.0	6.6	
	脳梗塞分	脳梗塞分類		医栓	3	7.9	28.0	3.5	
×			不	詳	5	13.2	29.0	5.3	F = 0.224, n.s.
Đ.			利き	手側	13	34.2	28.2	6.2	
Ę	梗 塞	側	非利き	き手側	8	21.1	24.4	8.0	
_	饮 垄	נייט	両	側	14	36.8	27.4	5.2	
Ð			不	明	3	7.9	32.0	2.0	F = 1.287, n.s.
† Î	再	発	な	L	23	60.5	27.8	5.7	
3	+'ታ	北	あ	り	15	39.5	26.7	7.0	t = 0.506, n.s.
旨			利き		4	10.5	26.5	9.0	
롱	運動障	害	非利き	き手側	13	34.2	28.4	6.1	
-	(調査時	•)	両	側	2	5.3	20.5	7.8	
			な	L	19	50.0	27.6	5.5	F = 0.972, n.s.

表3 職場復帰状況とRSE

職場復帰状況	人数	RSE 平均值	標準偏差
元の仕事にもどった	8	30.4	5.7
仕事をかわった	3	25.7	6.5
職場復帰していない	11	26.9	6.7
この病気になる前から無職	16	26.5	6.1

F = 0.821, n.s.

表4 経済的満足感とRSE

経済的満足感	人数	RSE 平均值	標準偏差	
非常に満足している	4	32.0	4.9	□ 満足群 29名
まあまあ満足している	25	28.0	6.3	$^{-1}$ 28.6 (SD 6.2)
どちらともいえない	4	23.3	4.0	MARINE .
あまり満足していない	3	22.7	6.7	非満足群9名
まったく満足していない	2	25.5	0.7	[⊥] 23.6 (SD4.3)

F = 1.662, n.s. T = -2.230, p<0.05

脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因

表5 主観的健康感とRSE

全般的な現在の健康状態	人数	RSE 平均値	標準偏差	
まったく健康	****	men	*****	
かなり健康	3	29.7	11.4	
ふつう	11	29.3	3.3 ¬	* *
あまり健康ではない	20	27.9	5.6	7 * *
まったく健康ではない	4	17.8	2.8	_
		F=4.982, p	<0.01	Tamhane
同年代の人と比べた健康状態				
よい	6	32.2	5.8 -	* *
だいたい同じ	15	29.1	5.3	¬*
悪い	14	23.9	5.8	
		F=5.689, p	0.01	Bonferoni
全般的な健康満足度				
非常に満足している		Minister		
まあまあ満足している	10	30.2	4.8	
どちらともいえない	5	25.2	6.1	
あまり満足していない	17	27.4	5.3	
まったく満足していない	6	24.5	9.5	
			***************************************	•

F = 1.377, n.s.

表6 社会的支援の程度と RSE

※ わからないと回答した群は分析対象から除外した

- · · · · · · · · · · · · · · · · ·	11.2.3 > 1.3	, 0,0
人数	RSE 平均値	標準偏差
22	28.8	6.9
15	25.3	4.6
1	26.0	antonyo
F = 1.48	81, n.s.	
25	26.3	5.9
12	29.6	6.6
	was	*****
1	28.0	
t = -1	.529, n.s.	
ķ		
9	29.3	6.5
21	27.4	6.5
4	25.3	3.1
4	24.8	6.2
F = 0.68	82, n.s.	
5げている	ことは十分と	に思うか
7	30.0	7.2
22	27.5	5.6
5	21.6	7.2
4	29.0	1.8
	人数 22 15 1 F=1.4 25 12 - 1 t=-1 9 21 4 4 F=0.6 5げている 7 22 5	22 28.8 15 25.3 1 26.0 F=1.481, n.s. 25 26.3 12 29.6 1 28.0 t=-1.529, n.s. 9 29.3 21 27.4 4 25.3 4 24.8 F=0.682, n.s. 5 げていることは十分と 7 30.0 22 27.5 5 21.6

F = 2.823, n.s.

の RSE 平均値は25.5±0.7点であったのに対し、 男性の経済的非満是群 7 名の RSE 平均値は23.0 ±4.8点と特に低かった。

3) 主観的健康感

主観的健康感とRSEには関連がみられた(表5)。 全般的な現在の健康状態がまったく健康でないと 回答した群4名(17.8±2.8点)はふつうと回答 した群11名 (29.3±3.3点)・あまり健康でないと 回答した群20名(27.9±5.6点)に比べて RSE 平 均値が有意に低かった (F=4.982, P<0.01)。同 年代の人と比べた現在の健康状態が悪いと回答し た群14名(23.9±5.8点)はだいたい同じと回答 した群15名 (29.1 ±5.3点)・よいと回答した群 6名(32.2±5.8点)に比べRSE 平均値が有意に 低かった (F=5.689, P<0.01)。特に男性におい て同年代の人と比べた健康状態が悪いと回答した 群 9 名の RSE 平均値は22.4±5.6点と低かった。 このように主観的健康感は RSE と関連し、健康 でないと感じることと RSE が低いことは関連し ていた。

表7 趣味・楽しみとRSE

※ わからないと■答した群は分析対象から除外した

趣味	人数	RSE 平均値	標準偏差
趣味あり	29	28.4	5.9
趣味なし	7	25.0	6.4
わからない	2	20.0	1.4
	t	=1.362, n.s.	
楽しみ			
楽しみあり	25	28.7	5.5
楽しみなし	9	23.7	7.3
わからない	4	27.5	5.7

t = 2.152, p<0.05

4) 社会的支援の程度

社会的支援のどの項目においても RSE との関連はみられなかった(表 6)。

5) 趣味や楽しみの有無

趣味の有無と RSE に関連はみられなかったが,楽しみの有無と RSE に関連がみられた(表 7)。楽しみなしと回答した群 9 名(23.7 \pm 7.3点)は楽しみありと回答した群25名(28.7 \pm 5.5点)に比べて RSE 平均値が有意に低かった(t=2.152, P<0.05)。つまり,楽しみがないことと RSE が低いことは関連していた。この傾向は女性において強かった。男性では楽しみなしと回答した群 7名の RSE 平均値は25.4 \pm 7.3点であったが,女性の楽しみなしと回答した群 2名の RSE 平均値は17.5 \pm 2.1点と極端に低くなっていた。

6) 日常生活動作の障害の程度

Barthel index(20点満点)は平均 19.4 ± 1.8 点であった。Barthel index と RSE に有意な正の相関がみられた(r=0.357,P<0.05)(図 1)。つまり,日常生活動作の障害が高度であることはRSE が低いことと関連していた。対象者382名のうち312は Barthel index 20点であり,Barthel index 19点以下の者は12名と少なかった。

7) 生きがい

生きがいの平均は 2.3 ± 1.7 (最小0~最大7) であり、生きがいと RSE の間に正の相関がみられた (r=0.497, P<0.01)(図2)。つまり、生

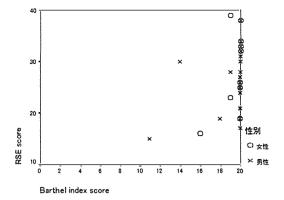


図1 Barthel index と RSE

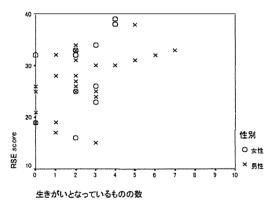
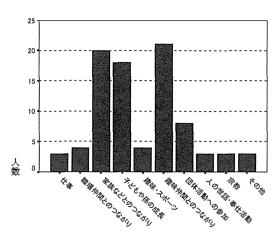


図2 生きがいと RSE

きがいとなっているものが多いことは RSE が高いことと関連していた。図 2 に示されるように、生きがいが 4 つ以上ある人には RSE が低い人はいなかった。生きがいの内容と生きがいであると答えた人数を図 3 に示す。配偶者や家族とのつながり(20名)、子どもや孫の成長(18名)、趣味・スポーツの仲間とのつながり(21名)に生きがいを感じている者が多かった。

4. 重回帰分析において脳梗塞発症後の患者の RSE と関連する要因

RSE を従属変数、t 検定・一元配置分散分析・ ピアソンの積率相関にて RSE と有意な関連の見



■3 生きがいの内容と人数

られた要因 (P<0.05) を説明変数として重回帰 式に投入した。すなわち「経済的満足感」「全般 的な現在の健康状態」「同年代の人と比べた健康 状態」「楽しみ」「日常生活動作の障害の程度」 「生きがい」「学歴」を重回帰式に投入した。投入 する際には説明変数をダミー化した。 つまり、全 般的な現在の健康状態がかなり健康・あまり健康 ではない・まったく健康ではない、同年代の人と 比べた健康状態がよい・悪いなどひとつひとつに 該当するか否かにより1,0データとして投入し た。連続量である日常生活動作の障害の程度は20 点であるか否か、生きがいは生きがいとなってい るものが4つ以上あるか否かにより1,0データ として投入した。これは,順序変数を連続量とみ なして重回帰式へ投入する方法では①ひとつの要 因内でも要因の程度によって RSE と関連する度 合いに差がある、②学歴は自尊感情と直線的な標 関でなくV字曲線を示す関係にある(量的変数と して投入できない)という問題に対処できないと 考えたためである。

その結果、RSE は決定係数0.694で「生きがいとなっているものが4つ以上あること(標準化係数 $\beta 0.503$)」「まったく健康でないと感じること($\beta - 0.306$)」「学歴が $10 \sim 13$ 年であること(β

0.277)」「楽しみがあること($\beta 0.257$)」の 4 要因により説明された(F=15.338, P<0.001)。まったく健康ではないと感じることは RSE が低いことと,生きがいとなっているものが 4 つ以上あること・在学年数が $10\sim13$ 年であること・楽しみがあることは RSE が高いことと関連する要因として示された。

V. 考 察

脳梗塞発症後の患者の自尊感情と職場復帰状況。 経済的満足感、主観的健康感、社会的支援の程度、 趣味・楽しみの有無, 日常生活動作の障害の程度, 生きがいの関連を調査した。その結果、脳梗塞発 症後の患者の RSE と関連した要因は、経済的満 足感, 主観的健康感 (全般的な現在の健康状態, 同年代の人と比べた健康状態),楽しみの有無, 日常生活動作の障害の程度、生きがいであった。 また、基本的背景のうち学歴(在学年数)が RSE と関連していた。 RSE を貧属変数、 RSE と有意 な関連のみられた要因(経済的満足感,全般的な 現在の健康状態,同年代の人と比べた健康状態, 楽しみ、日常生活動作の障害の程度、生きがい、 学歴)を説明変数として重回帰式に投入した。そ の結果,「生きがいとなっているものが4つ以上 あること (β0.503) | 「全般的な現在の健康状態 がまったく健康ではないと感じること(標準化係 数 β-0.306)」「在学年数が10~13年であること (β0.277)」「楽しみがあること (β0.257)」 が RSEに最も影響力を及ぼす要因として示された。 つまり、脳梗塞発症後の RSE には生きがい、主 観的健康感、学歴、楽しみが最も影響しているこ とが明らかになった。

多くのことに生きがいをもっていることは自尊感情が高いことと関連していた。本研究の生きがいは仕事、職場仲間とのつながり、配偶者や家族とのつながり、子どもや孫の成長、地域・その他の団体活動への参加、趣味・スポーツ、趣味・ス

ポーツの仲間とのつながり、人の世話・奉仕活動、 宗教、その他のうち、生きがいとなっているもの すべてに丸をつけてもらい丸の数を1点として換 算した。そのため、生きがいが社会的な活動範囲 を示していたと考えられる。高自尊感情者と低自 尊感情者では認知や行動の差異があるとされてい る窓。神田ら窓による造血器腫瘍の患者に対する 調査によると、RSE が低いことは感情や行動を 抑制しがちな内向型と関連していた。これらのこ とから、RSEが低いことは行動を抑制しがちな 内向型・社会的な活動範囲の狭さと関連し、RSE が高いことは外向型・社会的な活動範囲の広さと 関連すると考えられる。本研究において生きがい となっているものが多いことは社会的な活動範囲 が広いことを示し、RSEが高いことと関連した と推察された。これらのことから、 RSE が高け れば脳梗塞を発症したあとも活動的に生活する、 もしくは多くのことに生きがいを持って生活すれ ば脳梗塞発症後も自尊感情が高いと考えられた。

主観的健康感のうち、全般的な現在の健康状態 をまったく健康でないと感じること、 同年代の人 と比べて健康状態が悪いと感じることは RSE と 関連する要因として示された。 つまり、健康でな いと感じる人は「自分はだめだ」「自分にはとり えがない」と感じる傾向にあるといえる。特に全 般的な健康状態をまったく健康でないと感じてい る群 4 名の RSE 平均値は17.8±2.8点と低くなっ ていた。このことから主観的健康感は脳梗塞発症 後の患者の RSE と関連する重要な要因であると 考えられた。このような主観的健康感と RSE の 関連は60歳以上の男女を対象とした大和ら≒の結 果とも一致した。脳梗塞は高齢での発症が多く, 本研究の対象者の平均年齢は69±10歳であった。 これらのことから脳梗塞発症後の患者に限らず、 高齢者にとって主観的健康感は自己評価の重要な 基準となっていると推察された。しかし、健康状 態が悪化し自尊感情が低くなっているのか、自尊 感情が低いことが自分の健康状態を悪いと感じることに影響するのかは明らかではない。主観的健康感と客観的な健康評価が一致するかを含め、RSEと主観的健康感の関連については更なる検討が必要である。

学歴が10~13年の群(30.6±5.7点)に比べ14年以上(24.3±4.9点)・9年以下(24.5±5.4点)の群のRSEが有意に低くなっていた。このことから,在学年数が長くても短くても脳梗塞発症後に自尊感情が低下しやすいと推察された。大和ら¹⁴⁾の60歳以上の男女を対象とした研究では学歴(在学年数)とRSEの関連がみられていなかった。そのため学歴は脳梗塞患者に特有なRSEとの関連要因であると考えられた。しかし,学歴には年代の特徴があり,学歴10~13年と答えた女性5名中4名は75歳以上であった。つまり,75歳以上の女性において学歴10~13年であることは高学歴であることを意味する。これらのことから学歴とRSEの関連は学歴の意味合いを含めて更に検討する必要がある。

楽しみは RSE と関連する要因として示された。 楽しみは自尊感情を高める介入のポイントになり, 楽しみをもつように介入することによって自尊感 情は高まる,自尊感情が高まると楽しみをもつの ではないかと考えられた。男性では楽しみなしと 回答した群7名の RSE 平均値は25.4±7.3点であっ たのに対して,女性の楽しみなしと回答した群2 名の RSE 平均値は17.5±2.1点と極端に低くなっ ていた。このことから,楽しみは特に女性におい て重要な RSE の関連要因であると推察された。 しかし,女性の楽しみなしと回答した群は2名と 少ない。そのため,男女における傾向については 対象者を増して更に検討していく必要がある。

経済的満足感,Barthel index は影響力が大きくはないがRSEとの関連がみられた。経済的に満足していないこととRSEが低いことが関連していた。特に男性の経済的非満足群7名はRSE

平均値が23.0±4.8点と低かった。これは大和 ら4)の全国の老人を対象とした研究と同様の結果 である。経済的に満足していないことは自尊感情 が低いことと関連し、男性においてその傾向が強 い。このことから、経済的満足感は特に男性にお いて自己価値を判断する基準の1つとなっている と推察された。日常生活動作の障害が高度である ことと RSE が低いことは関連していた。 日常生 活動作に障害を持つことは他者の力を借りて生活 することを意味する。すなわち、日常生活動作の 障害は「自分はできる」と感じる部分に関与し、 自尊感情に影響したと考えられる。しかし、外来 通院中の脳梗塞患者は日常生活動作に障害のない 程度の後遺症を持つ者が多く, Barthel index 19 点以下の者は7名と少なかった。日常生活動作の 障害と RSE の関連については対象者を増やして 更なる検討が必要である。

脳梗塞発症後の患者の RSE と職場復帰状況, 社会的支援の程度, 趣味の有無との関連はみられ なかった。職場復帰していないと回答した群11名 (26.9±6.7点) は元の職場にもどったと回答した 群8名(30.4±5.7点)よりもRSE 平均値が低かっ たが統計的に有意な差ではなかった。その原因と して年齢(定年退職など)が関与していると考え られた。千葉ら8)は脳卒中発症後の職業の変化と RSEが低いことは関連すると報告している。自 尊感情が低い群に職業変化ありと答えた人が多かっ た (P<0.05)。しかし、千葉らの対象者の平均年 齢は63±12歳であった。一方、本研究の対象者の 平均年齢は69±10歳であり、職場復帰した11名中 10名は 65歳未満, 職場復帰していない11名中10 名は65歳以上であった。このことから、本研究の 対象者は脳梗塞を発症したことだけが職場復帰し ていない理由ではないと推察された。そのため、 職場復帰状況が RSE に関連しなかったと考えら れた。本研究において社会的支援の程度(孤立と 感じる頻度・理解者の有無・心の支えに対する満 足感・まわりの人たちにしてあげていることに対する満足感)はいずれも RSE と関連していなかった。ところが60歳以上の住民を対象とした大和らいの研究ではまわりの人たちにしてあげていることは十分だと思うかという項目は男女ともRSE に有意な影響を及ぼしていた(r=0.305, P<0.001)。このことから、脳梗塞を発症した患者にとって「まわりの人たちにしてあげていることがどうか」は自己価値を判断する重要な基準ではないという特徴があると推察された。趣味と RSE の関連はみられなかった。趣味があると回答した群は29名であった。しかし、生きがいの内容で趣味・スポーツを生きがいとした者は4名と少なかった。このため、趣味の有無は自己評価や生きがいには影響を及ぼさないと考えられた。

脳梗塞発症後も多くのことに生きがいをもち、 楽しみをもちながら生活することは自尊感情が高 いことと関連し、まったく健康でないと感じなが ら生活することは自尊感情が低いことと関連して いた。Crouch ら™は自尊感情低下の原因として 健康、仕事、人間関係の変化をあげている。大和 らいの60歳以上の男女を対象とした研究では健康 (主観的健康スケール得点), 仕事(職業の有無), 人間関係(身近な人たちへの援助に対する満足感、 社会統合スケール得点)の3つともRSEに関連 していた。これに対し、本研究では仕事、人間関 係よりも健康,生きがい,楽しみが RSE に影響 力を及ぼすことが明らかとなった。このことから、 脳梗塞を発症した患者にとって「仕事の有無やま わりの人との人間関係」よりも「毎日の生活がど うあるか」が RSE と関連すると考えられた。つ まり、本研究の結果は、脳梗塞を発症した患者に とって「社会に対して何をなすか」よりも「自分 自身がどう暮らせるかしが自己価値を判断する重 要な基準となっていることを示しているといえる。 脳梗塞を発症した患者にとっては健康・生きがい・ 楽しみが重要であり、それらが充実していること

が自分自身を「これでよい」と思うことにつなが ると考える。従って、毎日の生活を健康と感じ、 生きがいを持ち、楽しみを持って生活することで 自尊感情が高まると考えられた。そして,「健康 状態をよいと感じ、多くのことに生きがいを感じ、 楽しみを持てるように介入することによって自尊 感情は高まる」という仮説を導いた。しかし、本 研究は横断的研究であるため、因果関係は明らか でない。つぎのようにも考えられる。自尊感情が 高い人は問題に対して肯定的に物事を捉える傾向 にある。したがって、脳梗塞発症後も前向きに考 え,毎日の生活を健康と感じ,生きがいを持ち, 楽しみを持って生活する。これらを踏まえ、今後 は因果関係と自尊感情の変化を明らかにし、介入 方法を確立することが課題となる。また、学歴に 介入することはできないが、学歴は脳梗塞発症後 の自尊感情の高低に関連する一要因であることが 示唆された。

3. 本研究の限界

本調査は無作為抽出ではなく、脳梗塞発症後にある病院で入院潰療を受け、ある時期に外来通院していた患者38名に対して実施した調査である。従って、この結果は脳梗塞を発症した全国の患者を忠実に反映しているとはいえない。しかし、脳梗塞発症後外来通院している患者の自尊感情について、おおよその傾向を示している。また、RSEの関連要因には男女差があることが示唆されているがい、本研究の対象者数は男女差を明らかにするのに十分ではなかった。男女におけるRSEの関連要因の特徴については今後、検討していく必要がある。

Ⅵ. 結 論

脳梗塞発症後外来通院している患者の自尊感情 と職場復帰状況,経済的満足感,主観的健康感, 社会的支援の程度,趣味・楽しみの有無,日常生 活動作の障害の程度,生きがいなどの関連につい て検討し、以下の結果が得られた。

- 1. 脳梗塞発症後の患者の自尊感情には経済的満足感,主観的健康感,楽しみの有無,日常生活動作の障害の程度,生きがい,加えて学歴(在学年数)が関連していた。
- 2. RSE は決定係数0.649で「生きがいとなっているものが4つ以上あること(標準化係数 β 0.503)」「まったく健康ではないと感じること(β -0.306)」「楽しみがあること(β 0.257)」「在学年数が $10\sim13$ 年であること(β 0.277)」の4要因によって説明された(P<0.001)。
- 3. 本研究の結果から、「健康状態をよいと感じ、 多くのことに生きがいをもち、楽しみをもって 生活できるように介入することによって自尊感 情は高まる」という仮説を導いた。

謝辞

稿を終えるにあたり、面接調査にご協力いただきました対象者の方々、本研究に多大なご協力をいただいたA病院の脳神経外科外来スタッフの皆様をはじめ本研究に関わってくださった多くの方々に深甚の謝意を表します。

本論文は第27■日本看護研究学会学術集会(金 沢市,2001年7月)において発表し、平成12年度 広島大学医学系研究科保健学専攻の修士論文の一 部に加筆修正を加えたものです。

要 旨

本研究の目的は脳梗塞患者の自 尊感情と関連する要量は何かを明らかにすることであった。脳梗塞発症後 6 ヶ月~3 年半前後の外来通院患者38名(男性26名,女性12名)に対して調査を実施し、自 尊感情(Rosenberg's Self-Esteem Scale)と職場復帰状況、経済的満足感、主観的健康感、社会的支援の程度、趣味や楽しみの有無、目常生活動作の障害の程度、生きがいなどの関連を検討した。その結果、自 尊感情は決定係数0.694で「生きがいとなっているものが4つ以上あること(標準化係数 β 0.503)」「まったく健康ではないと感じること(β -0.306)」「楽しみがあること(β 0.257)」「在学年数が10~13年であること(β 0.277)」の 4 要量によって説明された。本研究の結果から「健康状態をよいと感じ、多くのことに生きがいをもち、楽しみをもって生活できるように介入することによって自尊感情は高まる」という仮説を導いた。

Abstract

There has been a question regarding what an important factor or factors related to Self-Esteem which will contribute to the better recovery would be among stroke patients who are visiting outpatient clinic of the general hospital. In order to examine this study question, the study was conducted and examined whether the level of Rosenberg's Self-Esteem related to subjective health, social support, returning to work, satisfaction with income, activity of daily livings, and the presence of hobby, pleasure, and something to live for. There were thirty-eight respondents (26 males and 12 females) to our requests and they all were enrolled to the study. Results indicated that the level of Self-Esteem showed positive association with the degree of subjective health, presence of pleasure and something to live for, and the length of education level achieved. In particular, those who had the length of education for 10 to 13 years showed higher level of Self-Esteem. From the data obtained above, we have set up the following hypothesis. When stroke patients feel healthier and have pleasure and several things to live for, the level of Self-Esteem may rise.

引用・参考文献

- 1) 佐渡島省三, 杉森宏, 他:脳卒中患者の退院 後の機能予後-発症3年2ヶ月後の福岡県にお ける調査-, 脳卒中, 17(2), 153-159, 1995
- 2) Westaway, M. Wolmrans, L.: Depression and Self-esteem: Rapid Screening for Depression in Black, Low Literacy, Hospitalized Tuberculosis Patients, Social Science & Medicine, 35(10), 1311-1315, 1992
- 3) Kaplan, HB. Pokorny, AD.: Self-Derogation and Psychosocial Adjustment, The Jour-

- nal of Nervous and Mental Disease, 149(5), 421-434, 1969
- 4) 中里寛治: 心理学から QOL へのアプローチ, 看護研究, 25(3), 193-201, 1992
- 5) 黒電裕子: クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的な側面, 看護研究, 25(2), 98-106, 1992
- 6) Chang, AM. Mackenzie, AE.: State selfesteem following stroke, Stroke, 29(11), 2325-2328, 1998
- 7) 藤原瑞穂,西岡江里子,他:脳血管障害患者

脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因

- における自尊感情の変化-1年間の追跡調査-, 作業療法,19(特別号),289,2000
- 8) 千葉さおり, 阿部佳恵, 他:家庭復帰した脳 血管障害患者の自尊感情と社会生活要因との関 連, 山形医学, 19(1), 35-45, 2001
- 9) Rosenberg, M.: Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Press, Princeton. 1965
- 10) 遠藤辰雄, 井上祥治, 他(編): セルフ・エスティームの心理学, 26-36, ナカニシヤ出版, 京都, 1992
- 11) 宗像恒次:健康のセルフケア行動,看護技術, 34(9), 12-17, 1988
- 12) 菅佐和子: SE (Self-Esteem) について,看 護研究, 17(2), 117-123, 1984
- 13) 篠原純子, 兒玉和紀, 他: 脳梗塞発症後の患者における Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性・ 妥当性, 九州大学医療技術短期大学部紀要, 29. 87-96, 2002
- 14) 大和三重,前田大作,他:日本の高齢者の自 尊感情とその要因分析,老年社会学、12,147-167,1990
- 15) 野並葉子: Rosenberg 自尊感情評価尺度と基本的信頼評価尺度からみた入院中の老人の基本的信頼, 日本看護科学会誌, 12(3), 70-71, 1992
- 16) 青木倬雄, 中村美泳子, 他: 赤羽根町における高齢者健康指標と疾病保育状況, 社会福祉資源利用状況との関連, 平成10年度厚生省老人保健事業推進費等助成金による循環器疾患患者の日常生活動作阻害要因・予後と今後予想される社会的負担事業報告書, (知日本循環器管理研究協議会, 98-107, 1999
- 17) 宗像恒次著: 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 127-128, 1998
- 18) Mahoney, FI. Barthel, DW.: Functional Evaluation; The Barthel Index, Maryland

- State Medical Journal, 14, 61-65, 1965
- 19) 大川嗣雄: 障害評価に対する最近の考え方-ADL評価と総合評価を中心に-,総合リハビリテーション,16(4),291-300,1988
- 20) 才藤栄一, 千野直一: 脳血管障害患者の身体 機能評価, 総合リハビリテーション, 17(7), 481-489, 1989
- 21) Wylie CM.: Measuring End Results of Rehabilitation of Patients with Stroke. Public Health Reports, 82(10), 893-898, 1967
- 22) Granger CV, Greer DS. et al.: Measurement of Outcomes of Care for Stroke Patients, Stroke, 6, 34-41, 1975
- 23) 核山幸志郎,上田一雄,他:循環器疾患患者の日常生活動作阻害要因・予後と今後予想される社会的負担,平成10年度厚生省老人保健事業推進費等助成金による循環器疾患患者の日常生活動作阻害要因・予後と今後予想される社会的負担事業報告書,(社)日本循環器管理研究協議会,9-39,1999
- 24) 正門画久, 永田雅章, 他:脳血管障害のリハビリテーションにおける ADL評価 Barthel index を用いて –, 総合リハビリテーション, 17(9), 689 694, 1989
- 25) 伊藤忠広:自尊心概念及び自尊心尺度の再検 討,東京大学教育学部紀要,34,207-215, 1994
- 26) 神田清子, 飯田前恵 他:がん化学療法を受けた造血器腫瘍患者の自尊感情およびその関連 因子,がん看護,1(3),242-247,1996
- 27) Crouch, MA. Straub, V.: Enhancement of self-esteem in adults. Family & Community Health, 6(2), 65-78, 1983

平成13年12月26日受 付 平成14年11月14日採用決定

-研究報告-

我が国における60歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence の実態と関連要因の探索

The situation and related factors of Sense of Coherence among active elderly over sixty years old in Japan

本 江 朝 美1)

山田 **牧**²⁾ Maki Yamada

Asami Hongo

熊 倉 美穂子3)

平 吹 登代子¹⁾ Toyoko Hirabuki

Mioko Kumakura

キーワード: 首尾一貫感覚,活動的高齢者,健康推進ライフスタイルII Sense of Coherence, active elderly, Health-Promoting Lifestyle Profile II

I. 緒 言

我が■は今や世界一の長寿■となったが、今後 も高齢化の推移は上昇を続け、平成37年(2025年) には寝たきり・痴呆性・虚弱の要介護等の高齢者 が520万人と急激な増加が見込まれている¹¹。これらは地域の活力低下や介護ニードの増加を予測 させ、経済社会と国民生活への影響を懸念させる。 したがって高齢期の延長に関して、寝たきり等の 要介護高齢者への支援のみならず、現在活動的な 高齢者が尚も積極的に生き、健やかに老いてゆく ことへの支援も重要な課題であろうと思われる。

この課題に応える能力として,近年首尾一貫感覚と訳されるSense of Coherence (以下 SOC とする)がヒューマンサービスの各分野で注目されてきている。この SOC は,イスラェルの医療社会学者である Aaron Antonovsky によってストレス下においても健康を保持している人の健康を

生成する原因への着目によって構築された健康生成論(salutogenesis)²⁾の卓核概念である。彼によると³⁾, SOC はその人に浸みわたったダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界)規模の志向性であるという。またAntonovskyは,健康と病気は連続しているとする「健康ー健康破綻の連続体」の健康観を提唱し,その軸上において人は常に健康破綻へと押し流す力,すなわち多様で偏在的なリスクファクターと遭遇し,自らの位置はこの力と戦って決定づけられるとしている。そしてその位置を維持しようとするか,もしくは位置を向上する見込みのある人をSOCが強いと予想することを提唱した⁴⁾。

SOCは、高齢者の生活能力や主観的健康状態、 QOLの予測因子⁵⁾⁻⁷⁾として、またコーピング能力の評価⁵⁾として検証されており、ストレッサー

¹⁾ 昭和大学保健医療学部 Showa University School of Nursing and Rehabilitation Sciences

²⁾ 東京大学大学院医学系研究科 The Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

³⁾ 前昭和大学医療短期大学看護学科 Showa University colledge of Medicine Sciences, decartment of Nursing

への緩衝効果^{*)-II)}や、主観的健康、well-being との関連においても実証されている^{I2)-IS}。また SOC によって"生物学的な寿命を全うするまで生き生きとした生活を送る (Lives of vitality)"^{IS} とされる理論的枠組みについても、Brooks によって人生後期のサクセスフル・エイジングの効果的な枠組みとして検証されている^{ID, IS}。

しかし、このように SOC と健康との関連は明 らかにされているものの、双方の直接的な関係が 存在するのか、あるいは健康行動を媒介とした間 接的な関係なのか、その因果関係についてはメカ ニズムも含めて証明されるには至っていない。直 接的な関係に関しては、Antonovsky によると SOCの強い人は生体の完全性への挑戦に直面し て免疫学的な能力を動員する可能性があるという。 免疫抑制傾向を有するパーソナリティとしてはタ イプA行動パターンでその存在が提唱されている が、それとは対照的な免疫増進傾向のパーソナリ ティとしての SOC の検討は、ナチュラルキラー (NK) 細胞活性に及ぼすストレスの影響に対す る緩衝効果"が報告されている。しかしまだ限ら れたものであり今後免疫学的のみならず神経内分 泌学的にも生理学的な基盤の検証が必要であろう。 一方間接的な関係においては、SOC を健康行動 関連指標として客観的健康状態との関連について 検討した結果、女子に直接的関与あるいは冒常生 活習慣を介する間接的関与が得られたとする報 告²⁰⁾があるが、SOCと健康行動そのものの関連 に言及する実証研究は僅かで20-240, 一致した見 解は得られていない。

このようにSOCに関する検討すべき課題はまだまだ山積の状態である。しかしAntonovskyの健康生成論は、病気よりむしろ健康に焦点をあてたヘルスプロモーションの基礎理論としてKichbushに高く評価されており ²⁵⁾ 、SOC スケールを用いた研究論文が既に二百数十本を超えていることからも、健康生成への問いは本来追求されるべ

き問題との認識が拡大しつつあるともいえる。我が国における SOC の実証研究はまだ始まったばかりであるが、高齢社会における高齢者自身の積極的な生き方が問われていく中で、今後 SOC を適用する妥当性を検討していくことが求められよう。しかしながら、我が国で SOC そのものの理論的検証がすすんでいないことからも、まずはSOC の実態を明らかにすること、とりわけ積極的に健やかに老いている高齢者の SOC の実態を把握することが必要である。

そこで本研究は、何らかの社会活動に週一回以上参加している60歳以上の高齢者を活動的高齢者と定義し、彼らのSOCの実態を把握するとともに、そのSOCの関連要因を健康行動としての健康推進ライフスタイル、生活状況の各要因から検討することを目的とした。

Ⅱ、研究方法

1. 対象と方法

本調査では、神奈川県Y市の某フィットネスクラブや某カルチャーセンターの施設でスポーツ、文芸などの社会活動に週一回以上参加している60歳以上の者を対象とした。文書による本調査目的と方法の説明に同意が得られた者に対して1999年8月に自記式質問紙調査を実施した。調査票は数回のプレテストによって内容面での妥当性を検討の後、所属する施設の受付けで配布し、次回活動時に受付に提出してもらった。

最終的に得られたサンプルは208票 (回収率60.1%), そのうち有効回答数は188票 (有効回答率90.4%), 性別では男性73名 (38.8%), 女性115名 (61.2%) であった。

2. 調査票の構成

調査票の内容は、以下のとおりである。

1) 属性変数

性,年齢(5歳刻み)

2) SOC

Antonovsky が提唱した SOC は、彼の作成した SOC 英語版スケール を によって測定可能とされ、開発された29項目及び13項目の縮約版の内的一貫性、信頼性、妥当性はすでに検証されている が。本研究では東京大学大学院医学系研究科健康社会学・アントノフスキー研究会によってすでに作成されている日本語版 SOC スケール縮約版(最終版) を 用いた。 SOC は、把握可能感覚(comprehensibility)、処理可能感覚(manageability)、有意味感覚(meaningfulness)の3つの下位概念から成る。把握可能感覚とは自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信であり、処理可能感覚とは、その刺激がもたらす要求に対応す

るための資源はいつでも得られるという確信である。また有意味感覚とは、そうした要求は挑戦であり、心身を投入し関わるに値するという確信である。この3要素は分けるのではなく一次元性の尺度で扱われるのが妥当とされており 20 、質問の13項目はそれぞれ5項目、4項目、4項目から成っている。スケールは7段階で置答するものであったが、プレテストで戸惑うとの指摘が多く5段階とした。それぞれの質問項目について1~5点の置答から選択してもらい、それらの合計点をSOCスコア(レンジ13~65点)とした。SOCはスコアが高いほど強いとされ、健康保持能力が高いとされている。本調査におけるSOC縮約版(5件法)の信頼性係数である Cronbach's α 係数は、0.84であった。質問項目については表1のとおり

表 1 SOC 13 項目スケール (5 件法) (n=188)

	質 間 項 目	M.±S.D.
有	あなたは、自分のまわりで起こっていることなどどうでもいい、という気持ちになることがありますか? まったくないとてもよくある	3.6±1.1
意味	今まであなたの人生は, 明確な目標や目的はまったくなかった しっかり持っていた	3.8±0.9
感	あなたが毎日していることは、 喜びと満足を与えてくれる つらく退屈である	3.9±0.8
覚	あなたは、日々の生活で行っていることに、ほとんど意味がない、と感じることがありますか? とてもよくある	3.9±0.9
把	あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか? 驚かされることは全くなかった いつも驚かされた	3.2±1.0
湿	あなたは,不慣れな状況の中にいて,どうすればよいのかわからないと感じることがありますか? とてもよくある	3.6±1.0
可能	あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか? とてもよくある	3.7±0.9
感	あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか? とてもよくある	3.5±0.9
覚	何かが起きたとき,ふつう,あなたは, そのことを過大に 評価したり,過小に評価してきた 適切な見方をしてきた	3.7±0.9
処	あなたは、あてにしていた人に、がっかりさせ られたことが あますか? まったくなかった い つも そうだった	3.2±1.0
理可	あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか? とてもよくある まったくない	3.7±1.1
能感	どんなに強い人でも、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることがあるものです。 あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか。 全くなかったよくあった	3.0±1.2
覚 	あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか? とてもよくある まったくない	3.8±0.9

我が置における60歳以上の活動的高齢者のSense of Coherenceの実態と関連要因の探索

表 2 健康推進ライフスタイルの状況 (n=188)

	質 問 項 目	M.±S.D.
	いつもと違った体の調子や症状が見られたら、医者や他の医療関係者に相談する	
	いつもと建った体の調子や症状が見られたら、医石や他の医療関係有に相談する	2.6 ± 1.0
健	健康の保持に関する内容のものを読んだり、テレビを見たりする	3.1 ± 0.9
康	医療関係者の説明がよく分からないときは、質問をする	2.9±0.9
-	主治医など医療関係者の助言に対して納得できない時には、他の専門家の意見も聞く	1.8±1.0
の	健康上の気がかりを,医療関係者と話し合う	2.2 ± 1.1
責	自分で自分のからだを月に1回以上、変わったところや危険な兆しがないか、調べる	2.4 ± 1.1
	自分の健康管理について,医療関係者から情報を得る	2.5 ± 1.1
任	自分の健康を保つための学習の場に参加する	2.0 ± 1.0
	必要な時には、指導やカウンセリングを求める	2.1±1.1
	計画的に運動をする	3.0 ± 1.1
身	週に3回以上,20分以上の強めの運動をする(速足,サイクリング,エアロビクス,階段昇降など)	2.6±1.2
体	適度にからだを動かす(週に5回以上,30~40分間続けて歩くなど)	3.0 ± 1.0
	空き時間には(気晴らしに),からだを動かす (水泳,ダンス,自転車に乗るなど)	2.7±1.2
的	週に3回以上,手足などを伸ばす運動(ストレッチ)をする	3.0±1.1
活		2.8±1.1
動	運動時に脈拍を調べる	2.2±1.2
	運動する時は、目標心拍数に達している	2.2±1.1
	脂肪, 飽和脂肪酸 (ラード, バターなどの動物性脂肪), コレステロールがいずれも低い食品を選ぶ	
	砂糖や砂糖を含む食品(お菓子)を控える	2.8 ± 0.9
栄	毎日、茶碗で軽く2~4杯程度のご飯を食べる(パン、麺類、シリアルでも良い)	3.3 ± 1.0
	毎日, 果物を2~4 皿分食べる (果物の種類や皿の大きさは問わない)	2.6±1.0
	毎日、小皿で3~5皿分程度の野菜を食べる	2.9 ± 0.9
	毎日、小皿と3~3m刃柱皮の野米を良べる 毎日、牛乳かヨーグルトかチーズのいずれかを2~3杯(皿)分とる	3.1 ± 1.0
	獣肉, 鶏肉, 乾燥豆, 卵, ナッツ類を食べることは、毎日ほんの2~3 皿に留めている	
養		2.7 ± 1.0
	包装された食品の栄養素、脂肪、塩分の含有量をラベルで確認する	2.4 ± 1.0
	朝食をとる	3.8±0.6
	自分が前向きに変化し成長していると感じる	2.6±1.0
精	我が人生には目的があると信じる	2.8±1.0
神	将来に期待する	2.5 ± 1.0
Œ	自分自身に満足し、幸せを感じる	2.9±0.8
の	人生の目標にむかって努力する	2.9±0.9
成	日常の中で、興味深いことや挑戦できることをみつける	2.8±0.9
	自分の人生において、大切なことは何かを確認する	2.5±1.0
長	自分を超える何らかの力に守られていると感じる	2.3 ± 1.1
***************************************	新しいことを経験したりチャレンジしたりしている	2.6±1.0
	自分の問題や心配事を親しい人に相談する	1.9 ± 0.8
対	他人の成功を快く誉める	3.3 ± 0.8
-	人と有意義で充実した関係を保っている	3.1 ± 0.9
人	親しい友人と一緒に過ごす時間をもつ	2.7 ± 0.9
	人に対して気遣う気持ちや好意,思いやりを,素直に表現する	3.3 ± 0.7
関	関心のある人と,連絡をとりあう	2.8 ± 0.9
جيدو	性的な満足を得る	1.7 ± 0.8
係	思いやりのある人々と連絡を取り合い結びついている	2.7 ± 1.0
	話し合いや妥協によって、人との摩擦を解決する	2.8±1.0
	十分な睡眠をとる	3.2 ± 1.0
ス	毎日、くつろぐ時間をとる	3.2±0.9
ト	自分の意のままにならないようなことが起きても、受け入れる	2.7 ± 0.8
レ	寝るとき楽しいことを考える	2.4 ± 1.0
ス	ストレスを自分なりの方法で処理する	3.0±0.9
管	仕事と遊びの時間のバランスをとる	2.6±1.0
理	毎日15~20分間、ゆったりとくつろいだり瞑想にふけったりする	2.4 ± 1.2
杜	変れないように自分のペースを守る	3.1±0.9
	The state of the s	3.2 - 0.0

である。

3)健康推進ライフスタイル

健康行動の評価については、Health Promotion Model³⁰⁾の検証に瀕用されている Susan Noble Waker らが開発し信頼性、妥当性も検証されて いる健康推進ライフスタイル(Health-Promoting Lifestyle Profile II: HPLP II (1996列を, 開 発者らの了承のもとで翻訳し、バイリンガルによ るバック・トランスレーションとプリテストを経 たものを用いた。回答形式は「生活の仕方や習慣 について、どのくらい行なったり感じたりしてい るか」に関する頻度を、52項目それぞれにおいて 「ほとんどない(1点)」「時々ある(2点)」「し ばしばある(3点)」「いつもある(4点)」の選 択肢から選んでもらい、その平均値を用いた。52 項目から成る HPLP II は「健康に対する責任」 「身体的活動」「栄養」「精神面の成長」「対人関係」 「ストレス管理」の6つのサブスケールから成っ ており、スコアが高いほど頻度が高い。このスケー ルは健康推進ライススタイルとして全体のスコア の平均を使うことの他、各サブスケールの平均値 を独自に用いても良いとされている。本調査にお ける6つのサブスケール間の相関係数は027~ 0.69 (全てcp < 0.01) であり、スケール全体の 信頼性係数である Cronbach's α係数は093, 各 サブスケールにおいては0.79, 0.87, 0.66, 0.87, 0.79,0.6であった。質問項目については表2の とおりである。

4) 生活状況

生活状況は、①高齢者に生じ易いと考えられる 生活上のストレッサーと、②人生経験によって SOCを形成するという汎抵抗資源(Generalized Resistance Resource; GRRs)として考えられ る内容を取り入れた。

① 生活上のストレッサー

「慢性的な疾患や障害」は、その有無で回答を求めた。「日常の活動制限」は「全く制限さ

れない(1点)」~「非常に制限される(4点)」の4段階から選択を求めた。「退職」,「配偶者との死別」,「家族との揉め事」は過去一年間における出来事の有無を求めた。「要介護家族負担」,「独居」,「医療機関受診」は見在での有無を求めた。「経済状態」は「経済的に日々の暮らしに困るということがありますか」の質問に,「大変困っている(1点)」~「大変余裕がある(5点)」の5段階から選択を求めた。「健康度自己評価」は,「自分の健康状態を身体的,精神的,社会的の様々な側面から全体的にみてどのように感じていますか」という問いに,「とても良い(1点)」~「良くない(4点)」の4段階から選択を求めた。

② 汎抵抗資源(Generalized Resistance Resource; GRRs)

汎抵抗資源とは、SOC と並ぶ健康生成理論 の申核概念で、疾病生成モデルが追求する「特 定の原因に対する特定の対策である特異的抵抗 資源 (SRR: Specific Resistance Resource)」 の対語である。汎抵抗資源のはたらきは、多様 で不特定なストレッサーに対して SOC を強め、 問題解決に効果的に働き、健康をもたらす方向 に作用するという個人・グループ・社会などに おける物理的なものから生物化学的なもの・認 識的・感情的・対人関係的なものまで広範囲に わたる特性や現象、関係などを含んでいる。ま た SOC を規定する汎抵抗資源のはたらきは、 健康を保持するためになくてはならないもので あるばかりでなく、汎抵抗資源の欠損がストレッ サーとなることもアントノフスキーによって指 摘されている33。

本調査における汎抵抗資源としては、趣味活動や社会活動への参加、生きがいとした。

「社会活動への参加頻度」に関しては、「ほぼ毎日」「週に一回以上」「月に一回以上」「半年に一回以上」「年に一回以上」「その他」から

表 3 性別・年齢別にみた S●C (n=188)

		人数	M.±S.D.	
性	男 性	73	48.1±7.6 -	(0.054)
T±	女 性	115	45.7±7.1 -	p<0.05°)
	60~64歳	84	45.2±6.8	
	65~69歳	64	47.3±7.6	
年齢	70~74歳	29	49.1±8.0	
	75~79歳	8	46.8±7.9	
	80~ 歳	3	45.7±6.5	
	全 体	188	46.6±7.4	

a) t 検定

選択を求めた。「生きがい」,「趣味活動」についてはその有無を求めた。

3. 分析方法

今回取り上げた変数すべてについてχ²検定, 単相関,さらにt検定を用いて予備解析した。次 に健康推進ライフスタイル各サブスケールの得点 をそれぞれの中央値で二分し,高位群・低位群と して取り扱った上で,高齢者に特に生じ易いと考 えられるストレッサーによるSOCへの影響を緩 衝するか否かを二元配置の分散分析によって検討 した。

SOCの関連要因については、性・年齢を統制し、個人属性や特性に関する各項目とSOCの偏相関分析を行なった結果有意であった項目と、性・年齢・配偶者との同居の有無・子どもとの同居の有無・慢性疾患の有無を独立変数に投入し、SOC

を従属変数とした重回帰分析を行なった。以上のすべての統計的分析には、SPSS (Ver9.0) を用いた。

Ⅲ. 結果

1. 性別 • 年齢別 SOC

全体の SOC スコアは、 46.6 ± 7.4 (レンジ $13\sim65$)であった。男性 48.1 ± 7.6 ,女性 45.7 ± 7.1 で、男性 は女性に比べ有意に高スコアであった(p<0.05)(表 3)。年齢との関連については特に認められなかった(r=.139,p=.057)。

2. 生活状況別 SOC

疾病や障害,過去一年以内の退職・配偶者の死亡・家族との揉め事,要介護家族負担,一人暮らし,医療機関の受診,生き甲斐の有無によるSOCでは,女性において疾患・障害がないもの,生き甲斐をもっているものほど SOC が有意に高かった(共に p<0.05)(表 4)。

SOC と生活状況、健康推進ライフスタイル との関連

性・年齢を調整し、生活状況に関する各項目および健康推進ライフスタイルと SOC の偏相関分析を行なった結果、疾患・障害の有無、経済状態、健康度自己評価および健康推進ライフスタイルの全項目で有意な相関がみられた(表 5)。

	有り M±S.D.	無 し M±S.D.	t 検定 男 女 全
独層の有無	$45.1\pm5.9 \ (n=20)$	46.8±7.6 (n=166)	
要介護家族の有無	$47.9\pm5.9 (n=10)$	$46.6\pm7.4 (n=173)$	
配偶者の死亡の有無	$43.3\pm5.8 \ (n=8)$	$46.5\pm7.4 (n=167)$	
家族との揉め事の有無	$47.3\pm8.4 (n=20)$	$46.4\pm7.1 (n=156)$	
退職の有無	$46.4\pm7.8 \ (n=39)$	$46.5\pm7.1 (n=138)$	
疾患・障害の有無	$45.6\pm7.0 \ (n=103)$	$47.9\pm7.7 (n = 57)$	* *
医療機関受診の有無	45.8±7.1 (n= 86)	$42.5\pm3.9 (n=4)$	
生き 目装の 有無	$50.0 \pm 7.4 \ (n = 175)$	$41.0\pm6.5 (n = 10)$	* *

表 4 各生活状況別にみた SOC (n=188)

^{*} p<0.05

表 5 S	DC との偏相関分析	介稿 果
項	B	偏相関係数*
疾患・障害の有無	(有=1, 無=0)	213*
退職の有無	(有=1, 無=0)	.029
配偶者の死	(有=1, 無=0)	100
家庭内の揉め事	(有=1, 無=0)	.073
要介護家族の有無	(有=1, 無=0)	.062
独居の有無	(有=1, 無=0)	052
経済状態(困ってい	いる<余裕がある)	.372***
生きがい	(有=1, 無=0)	.094
健康度自己評価	(良い<悪い)	445***
ß	建 康 責 任	.217*
	身体的活動	.241**
	※	.212*
ラ イフ *** スタイル**	青神的成長	.627***
	付 人 関 係	.427***
	ストレス管理	.428***

表5 S●Cとの偏相関分析結果

a) 年齢, 性を調整変数とした。

4. SOC に及ぼす生活上ストレッサーの影響に 対する健康推進ライフスタイルの交互作用

生活上のストレッサー(疾患の有無、過去一年間での退職・配偶者との死別・家族との揉め事の有無、要介護負担の有無、独居の有無)がSOCに及ぼす影響に対する健康推進ライフスタイルの交互作用を、健康推進ライフスタイルの6つの下位概念である「健康責任」「身体活動」「栄養」「精神的成長」「対人関係」「ストレス管理」で検討した。その結果「身体活動」と「精神的成長」で交互作用効果を認めた。

ライフスタイルとしての「身体活動」スコアが低い人は、疾患や障害をもつことで SOC が低値をとるのに対し、「身体活動」スコアが高い人では、疾患や障害の有無で SOC の差を生じることはなかった(p=0.02)(図1)。また、ライフスタイルとしての「精神的成長」スコアが低い人は、1年以内に退職を経験した者に SOC の低値を認めたが、「精神的成長」スコアの高い人では、1年以内に退職を経験した者の SOC がむしろ高値をとるという結果を得た(p=0.029)(図2)。

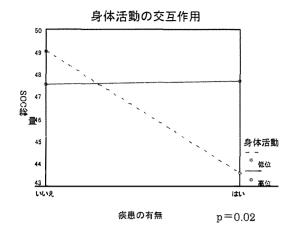


図1 SOC に及ぼす疾患の有無の影響に対する健康 推進ライフスタイル(身体活動)の交互作用効果

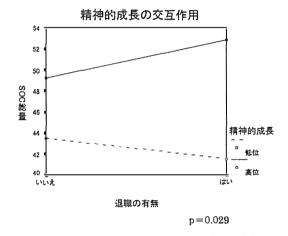


図2 SOCに及ぼす退職の有無の影響に対する健康推 進ライフスタイル(精神的成長)の交互作用効果

5. SOCの関連要因

SOCの関連要因は、偏相関係数で有意であった各項目と調整変数を独立変数に投入し、重回帰分析により検討した。調整変数は、性、年齢、配偶者との同居の有無、子どもとの同居の有無とした。

その結果、「健康責任」、「身体的活動」、「栄養」 の各健康推進ライフスタイル、及び疾患・障害の 有無については、重回帰分析で他の項目を同時に 投入することにより、有意性が消失した。高齢者 の SOC は、男性に強い人が多く、「精神的成長」

^{*}p<.05, **p<.01, ***p<.001

変	数名	標準化係数 (β)	標準化係数 (β)	標準化係数 (β)	標準化係数 (β)	標準化係数 (β)	標準化係数 (β)
性別(男	= 1, 女= 2)	17 *	13	17*	20**	27***	15*
年	齢 (低<高)	.05	.09	.08	.06	.07	.07
配偶 (はい=1	配偶者と同居 (はい=1, いいえ=0)		01	.02	- .04	.01	03
	`もと同居 ,いいえ=0)	05	05	- .05	07	08	06
疾! (有=	疾患・障害 (有=1, 無=0)		04	- .05	10	09	03
健康度自己	2評価(良<悪)	30***	- <u>.</u> 32***	32***	- .05	26***	28***
経済状	況 (太<余裕)	.26***	.27***	.27***	.16*	.25***	.23***
	健康責任	.10					
	身体活動		.05				
健康推進 ライフ	栄 養			.09			
スタイル	精神的成長				.50***		
	対人関係					.34***	
	ストレス管理						.18*
	R²	.30***	.30***	.31***	.45***	.42***	.31***

表6 SOCに関する重■帰分析結果

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

や「対人関係」、「ストレス管理」に関するライフスタイルが確立している人ほど強く、健康度自己評価が高い人ほど強く、経済状態が良好な人ほど強いという結果が得られた(表6)。

Ⅳ. 考察

1 我が国における活動的高齢者の SOC

高齢者の SOC についてレビューされた報告は、Judithの11件に及ぶ SOC スコア標準値比較の中では8研究ありが、SOC スコア(29項目7件法;レンジ29~203)の最高はアメリカの女性の独居高齢者158.9±22.9(n=128)で、最低はイスラエルの退職女性の145.0±23.4(n=368)であった。したがって本調査結果(13項目5件法;レンジ13~65)をそれらとスコア率によって比較してみると、アメリカ独居高齢女性の78.3%には及ばず、イスラエル退職女性の71.4%とほぼ同程度の71.7%(男性73.8%、女性70.3%)で比較的低い結果といえた。

 %, 女性67.0%) であったことから、活動的な高 齢者は一般成人よりも SOC が強い可能性がうか がえた。このことは、成人期から高齢期にかけて さらに SOC が強まるか、もしくは今回の調査対 象は既に強い SOC が形成されていた集団であっ たことによると考えられる。 SOC が高値であっ たことに関しては、高齢者の SOC は着中齢者の それよりも強いという報告5)と矛盾しない。しか しながら今回の対象は社会的活動に参加している 高齢者に限定しており、 SOC が強いほど社会活 動への参加度が高い30ことからも、むしろ予測さ れた結果であったと考えるのが妥当であろう。強 いSOCが社会的活動を選択させるのか、または 参加してきた経験が SOC を強めているのかにつ いては議論の余地を残すものの、社会的活動への 参加と SOC との関係は切り離せないことは確か であろう。

また、SOCが弱い群はストレスフルな生活出来事で更にSOCが弱められる一方、強い群ではストレスフルな生活出来事の影響を受けない³⁰⁰という報告があるように、今回の調査対象において

も半数以上が慢性的な疾病や障害を持ちつつ高い SOC スコアを得ていたことから、疾病や障害などのストレッサーに曝されながらも SOC が高値であったことは、既に強い SOC が形成されていなければ不可能なことだったのではないかと推察された。このことはまさにストレスに直面しても健康を保持しているという SOC の理論特性を支持する結果であり、30歳代以降 SOC は安定するという理論上の特性⁵⁵⁾と矛盾するものではなかった。

さらに本調査対象の特徴として、全員が何らかの社会活動をし、経済状態も大半(96.2%)が「ふつう」から「大変余裕がある」と答え良好であることが挙げられた。一般成人において経済状態の余裕があるほど SOC は強まっている³⁰ との報告もあり、活動的高齢者の SOC の背景に、恵まれた経済状態や社会活動の汎抵抗資源の存在が大きなウェイトを占めていることも示唆された。

以上より、活動的高齢者は、既に強い SOC が 形成されていたことと、恵まれた経済状態や社会 活動参加の機会という汎抵抗資源を保有している ことにより、慢性的な疾病や障害というストレッ サーに曝されながらも、 尚も強い SOC を維持し ていると推察された。

2. 活動的高齢者の SOC の関連要因

本調査結果より活動的高齢者のSOCは、男性ほど強く、全体的な健康の自己評価が高い人ほど強く、経済状態が良好な人ほど強く、精神的成長や対人関係の健康推進ライフスタイルがある人ほど強いことが明らかとなった。SOCが経済状態に関連し、慢性疾患や要介護家族の有無、子どもや配偶者との同居の有無、年齢については関連が認められなかったことは、高橋らの一般成人を対象とした重量帰分析結果(投入変数が一部異なる)2000と一致した。

健康推進ライフスタイルについては、HPLP Ⅱ

に関する研究はまだ僅か%のであるため対象条 件が異なり純粋に比較するに無理が生じるが, Alexaによる一般成人女性(n=712, 平均年齢 42.4 ± 15.4 歳) において、「全体」 2.69 ± 0.45 、 「健康責任 $|2.49\pm0.64$, 「身体的活動 $|2.34\pm0.71$, 「栄養 $| 2.60\pm0.59$, 「精神的成長」 $| 3.08\pm0.54$, 「対人関係」 2.99 ±0.58 「ストレス管理」 2.61 ± 0.55であった**のに対し、本調査対象は「全体」 2.74 ± 0.46 . 「健康責任 | 2.41 ± 0.63 , 「身体的活 動」2.70±0.82,「栄養」2.96±0.50,「精神的成 長」2.63±0.67,「対人関係」2.70±0.53,「スト レス管理」2.83±0.52であった。また、Walker の高齢者, 中年成人, 着年成人のHPLP (48項目, 6 領域) を比較した報告では, 高齢者 (55-88歳, n=97, 2.85±0.40) が,「全体」,「健康責任」, 「栄養」、「ストレス管理」において、 着年成人 (18-34歳, n=167, 2.63±0.40) や中年成人 (35-54 歳, n=188, 2.71±0.41) よりも高いスコアを有 していた***。これらから、本調査集団は社会活動 に参加している活動的な高齢者であるにも関わら ず、欧米との比較において、その健康推進ライフ スタイルは決して高くはなく、特に「身体的活動」、 「栄養」,「ストレス管理」の各側面には注意を向 けていても、「精神的成長」、「対人関係」におい ては脆弱であるという健康推進ライフスタイル像 が示唆された。これらの背景には、これまでの■ **民**の生活習慣への関心が、疾病予防の観点から 「栄養」「運動」 「ストレス管理」に向けられてい たことや欧米との文化的背景の違い等の関与が考 えられた。このような中で、 SOC が「精神的成 長」や「対人関係」の健康推進ライフスタイルと 関係が認められたということは、 SOC が健康行 動のなかでも特に心理的社会的な健康行動と関連 することを示唆し、さらに、過去一年以内の退職 の経験がSOCに及ぼす影響には、「精神的成長」 に関する健康行動が交互作用効果(p=0.029)を もたらすことが明らかとなったことから、 SOC と心理社会的な健康行動との関連の複雑な構造を 予見させる結果となった。

ただし、「精神的成長」や「対人関係」は、本 調査対象ではもっとも脆弱な健康推進ライフスタ イルであったことは先に述べたとおりである。自 己犠牲的行動様式をとることで親愛の情や仲間意 識を伝達し、直接親愛の情を示すことは人をだま す意■があるのではないかとかえって警戒された りすると言われている日本人の文化的特性を考え ると、「対人関係」の行動で表わされるような、 人に対して気遣う気持ちや好意、思いやりを素直 に表現することに, 文化的な抑制力が加わること が推測される。また「精神的成長」についても、 日本人は一般的に宗教心が弱いといわれている上 に、挑戦的で前向きに目的的に生きるより、むし ろ没個人的な相互依存関係を維持するための社会 規範を重視し、自己主張への罪意識すらあるとい う。したがって、日本人の文化的考察を加えた良 好な健康行動の概念についての議論も今後十分さ れることに期待しつつ、 SOC と心理社会的な健 康行動との関連を吟味していく必要があると考え られる。

疾患や障害の有無は、従来の医学生物モデルにおける健康評価として一般に受け入れられており、健康感への影響は大きいと考えられる。本調査でも疾患や障害の有無と健康度自己評価との明らかな関係を認める(p<0.001)とともに、疾患・障害の有無でSOCスコアの有意差を認めた(p<0.05)。しかしながら、重回帰分析で他の偏相関分析で有意差が認められた因子を同時投入したところ、疾患・障害の有無の有意差は消失した。このことは、精神的健康³³⁾ や主観的健康¹²⁾ とSOCは有意に関連しているというこれまでの報告もあるように、SOCが心理社会的変数の一つといえることのほか、従来の医学生物モデルによる健康評価とは異なる概念であると推察できた。

一方、生理的生化学的因子による客観的な指標

とSOCとの関連が一部報告されているが今回の 結果では、疾患や障害の有無が SOC へ及ぼす影 響については、高橋の報告と同様に認められなかっ た。むしろ疾患や障害が SOC へ及ぼす影響を 「身体活動」のライフスタイルが緩衝しており (p=0.020), ストレッサーを生きる糧にさえにし てしまうという SOC の興味深い知見を示すもの と思われた。しかし、健康行動(運動)とSOC との関連を実証した研究400は少なく、ライフスタ イルの遵守と SOC との関係が認められない4® も のから、SOC は健康によくない行動を回避す る物とするものなど、健康行動と SOC との関連 について一貫した結果は得られていない(5)。しか し、SOCと血圧や総コレステロール、BMIといっ た生理化学的因子との相関が小さいにも関わらず、 SOC が高値を示すものに、定期的運動実践者が 多く、逆に SOC が低いものに慢性心疾患の発症 が低いという報告®も有り、SOCと健康行動と が関連し合って健康に有利な影響をもたらすこと の可能性が示唆された。本研究では生理化学的因 子などの客観的な指標によらず疾患や障害の有無 のみからの検討なので、言い切るには限界がある ものの、今後健康行動と SOC の関係が直接的関 係を有するのか、もしくは疾患や障害や退職等の あらゆる生活上のストレッサーに対して、相互補 完的な作用を有するものなのか、それともSOC は生活上のストレスと負の関係をもつ切のか、そ れらの因果関係も含めて構造を分析することが求 められる。コミュニティを強くするものはコミュ ニティを構成する人々の把握可能、処理可能、意 味があるという感覚である可能性を指摘し、SO Cがヘルスプロモーションアプローチの戦略とな り得ると Kichbush が支持するように、高齢期 をどのように生きるかという重要な課題に対して、 SOC を取り入れた具体的な健康行動へのアプロー チは有効な健康支援となると思われる。しかし, 理論的にも実証的にも今後の更なる検討は必要で

あり、生理化学的因子など身体的側面も含めて SOCと健康行動との構造を分析する必要がある と考えられる。

V. 結 論

本研究では、我が国における60歳以上の週一国 以上何らかの社会活動に参加している活動的高齢 者の SOC の実態とその関連要因を検討し、以下 の結果が得られた。

- 1)活動的高齢者のSOCスコア標準値は、欧米 の高齢者に比べ比較的低く、日本人一般成人よ り高かった。
- 2)活動的高齢者のSOCは、健康度自己評価が 高く、経済状態が良く、「精神的成長」・「対人 関係」に関するライフスタイルが身についてい るほど、また女より男に、強い傾向が認められ た。
- 3) 慢性の疾病・障害,及び退職のストレッサー による SOC への影響に対して,「身体的活動」・

「精神的成長」に関するライフスタイルは緩衝効果を有していた。つまり、「身体活動」の習慣をもっていると、慢性疾患や障害があってもSOCが弱められることはなく、また「精神的成長」の習慣をもっていると、退職してもSOCが弱まるどころかむしろ強められる可能性が示唆された。

これらより活動的高齢者において、SOCと「精神的成長」や「対人関係」の心理社会的な健康行動との直接的な関連と、SOCと「精神的成長」・「身体的活動」の健康行動が生活上のストレッサーに対して相補い合いながら関与している構造が示唆された。今後さらに縦断的にも検討し詳細な構造が明らかにされることで、活動的高齢者に対する積極的な生き方への支援として、SOCを組み入れた面接の導入などが有効になると思われる。

要 旨

本研究は、我が国における60歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence (SOC) の実態とその関連要因を明らかにすることを目的とした。研究の目的に同意し協力が得られた60歳以上の何らかの社会活動に参加している188名を対象とし、首尾一貫感覚や健康推進ライフスタイル II の尺度と生活状況を質問項目に加えた自記式質問紙調査を行った。

その結果、我が国において活動的高齢者のSOCは、一般成人より高い得点を有し、健康度自己評価が高く、経済状態が良く、「精神的成長」・「対人関係」に関するライフスタイルが身についているほど、また女より男に、強い傾向が認められた。さらに、慢性の疾病・障害、及び退職のストレッサーによるSOCへの影響に対して、「身体的活動」・「精神的成長」に関するライフスタイルは緩衝効果を有していたことが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this study is to find out the situation and related factors of Sense of Coherence (SOC) among the active elderly in Japan. Participants of this study are 188 persons over 60-years-old who have participated in the social activities and who agreed with the purpose of the research.

我が国における60歳以上の活動的高齢者のSense of Coherenceの実態と関連要因の探索

We use the questionnaire which include the scale of SOC, Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II), socioeconomic status and other demographic background to determine the situation of SOC and the related factors.

The SOC score of the active elderly in Japan was significantly higher than the general adults. The result of the study suggests that sex, economic status and self estimation, spiritual growth and Interpersonal relations of HPLP II were related to the SOC score.

文 献

- 1)総務庁(編):高齢社会白書 平成11年版,67-77,大蔵省印刷局,東京,1999
- 2) Aaron Antonovsky: Health, Stress and Coping; New Perspective on Mental and Physical Well-Being, 182-197, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1979
- 3) Aaron Antonovsky: Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well, 15 32, Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 1987 (山崎喜比古, 吉井清子監訳, アントノフスキー著:健康の謎を解く-ストレス対処と健康保持のメカニズム, 19-39, 有信堂, 東京, 2001)
- 4) Aaron Antonovsky: The Sense of Coherence as a determinant health, 114-129, IN Behavioral health. J. D. Paparazzo (ed.) Wiley, 1984
- 5) Judith S. Lewis: Sense of Coherence and Strength Perspective with Older Persons, J Gerontol Soc Work, 26 (3/4), 99-112, 1996
- 6) Suominen S, Helenius H, et al.: Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults, J Psychosom Res, 50(2), 77-86, 2001
- 7) Motzer SU, Stewart BJ.: Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest, Res Nurs Health, 19(4),

287 - 298, 1996

- 8) Rodney M. Coe, James C. Romeis, et al.:
 Correlates of a Measure of Coping in Older
 Veterans: A Preliminary Report, J Community Health, 15(5), 287-296, 1990
- 9) Bonnie B. Nesbitt, Susan M. Heidrich: Sense of Coherence and Illness Appraisal in Older Women's Quality of Life, Res Nurs Health, 23(1), 25-34, 2000
- 10) Zhang J Vitaliano PP, et al.: Sense of coherence buffers relationships of chronic stress with fasting glucose levels, J Behav Med, 24(1), 33-55, 2001
- 11) 高山智子, 浅野祐子他: ストレスフルな生活 出来事が首尾一貫感覚と精神健康に及ぼす影響, 日公衛誌, 46(11), 965-976, 1999
- 12) Dahlin L, Cederblad M, et al.: Childhood vulnerability and adult invincibility, Acta Psychiatr Scand, 82(3), 228-232, 1990
- 13) Cederblad M, Hansson K: Sense of coher ence a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at risk group, Isr J Med Sci, 32 (3-4), 194-199, 1996
- 14) Nesbitt BJ, Heidrich SM: Sense of coherence and illness appraisal in older women's quality of life, Res Nurs Health, 23(1), 25—34, 2000
- 15) Soderberg S, Lundman B, et al.: Living with fibromyalgia: sense of coherence, perception of well-being, and stress in daily life,

Res Nurs Health, 20(6), 495-503, 1997

- 16) Aaron Antonovsky: Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well, 1-14, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987
- 17) Brooks, J. D.: A Salutogenic theory of successful aging, 67-110, Unpublished doctoral dissertation, Purdue University, West Lafayette, IN. 1991
- 18) Jeffry D.Brooks: Salutogenesis, Successful Aging, and the Advancement of Theory on Family Caregiving, Books: Stress, coping, and health in families ed. by H. I. Macubbin et al Sage Pub., 227-248, 1998
- 19) Lutgendorf SK, Vitaliano PP, et al.: Se nse of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in healthy older adults, Psycho Aging, 14(4), 552-563, 1999
- 20) 小川幸恵, 中村裕之他: 生活習慣病危険因子 に関わる Health locus of control, Sense of Coherence を中心とした心理社会的因子につい ての構造的分析, 日衛誌, 55, 597-606, 2001
- 21) Hassmen P, Koivula N, et al.: Physicale xercise and psychological well-being: a population study in Finland, Prev Med, 30(1), 17-25, 2000
- 22) Kark JD, Carmel S, et al: Psychosocial factors among members of religious and secular kibbutzim, Isr J Med Sci, 32 (3-4), 185-94, 1996
- 23) Kamwendo K, Hansson M, et al.: Relationships between adherence, sense of coherence, and knowledge in cardiac rehabilitation, Rehabil Nurs, 23(5), 240-5, 251, 1998
- 24) Gallagher TJ, Wagenfeld MO, et al.: Sense of coherence, coping and caregiver

- role overload, Soc Sci Med, 39(12), 1615 1622, 1994
- 25) I.Kichbusch: "Tribute to Antonovsky: What creates health?". Health Promotion International, 11(1), 5-6, 1996
- 26) Aaron Antonovsky: Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well, 189—194, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987
- 27) Aaron Antonovsky: The Structure and Properties of The Sense of Coherence Scale, Soc Sci Med, 36(6), 725-733, 1993
- 28) 山崎喜比古:健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC, Qual Nurs, 5(10), 81-88, 1999
- 29) Aaron Antonovsky: The Salutogenic model as a theory to guide health promotion Health Promotion International, Printed in Great Britain, 11(1), 11-18, 1996
- 30) 小画恵美子監訳, ノラ J. ペンダー著: ペンダー ベルスプロモーション看護論, 79-112, 『本看護協会, 東京, 1997
- 31) Susan Noble Walker, Diane M. Hill-Polerecky: Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile ■, College of Nursing University of Nebraska Medical Center, Unpublished manuscript
- 32) 山崎喜比古, 高橋幸枝, 他:健康保持要因 Sense of Coherence の研究(1) SOC 日本語版 スケールの開発と検討, 日公衛誌, 44(10), 243, 1997
- 33) 杉原陽子, 山崎喜比古, 他:健康保持要因 Sense of Coherence の研究(3) SOC が精神的 健康に与える効果の検討, 日公衛誌, 44(16), 308, 1997
- 34) 高山智子, 浅野祐子, 他:ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence:

我が置における60歳以上の活動的高齢者のSense of Coherenceの実態と関連要因の探索

- SOC) と精神健康に及ぼす影響, 日公衛誌, 46(11), 965-973, 1999
- 35) Aaron Antonovsky: Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well, 89-127, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1987
- 36) Betty J.Craft, Sister Carol Grasser: The Relationship of Reciprocity to Self Health Care in Older Women, J Women Aging, 10(2), 35-47, 1998
- 37) Roxane Larouche: Determinants of College Students' Health-Promoting Life Styles, Clin Excell Nurse Pract, 2(1), 35-44, 1998
- 38) Susan B. Fowler: Hope and a Health-Promoting Lifestyle in Persons with Parkinson's Disease, J Neurosci Nurs, 29(2), 111-116, 1997
- 39) Alexa K. Stuifbergen, Greg J. Roberts: Health Promotion Practices of Women With Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 78, December, s − 3 ~ s − 9, 1997
- 40) Nancy Alley, Carol Macnee: Health Promoting Lifestyles of Women Experiencing Crises, J Community Health Nurs, 15(2), 91-99, 1998
- 41) Susan Noble Walker, Kevin Volkan, et al.: Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged

- adult, correlates and patterns, Adv Nurs Sci, 11(1), 76-90, 1988
- 42) Hassmen P, Koivula N, et al.: Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland, Prev Med, 30(1), 17-25, 2000
- 43) Kamwendo K, Hansson M, et al.: Relationships between adherence, sense of coherence, and knowledge in cardiac rehabilitation, Rehabil Nurs, 23(5): 240-5, 251, 1998
- 44) Gallagher TJ, Wagenfeld MO, et al.: Sense of coherence, coping and caregiver role overload, Soc Sci Med, 39(12), 1615-1622, 1994
- 45) Kark JD, Carmel S, et al.: Psychosocial factors among members of religious and secular kibbutzim, Isr J Med Sci, 32(3-4), 185-194, 1996
- 46) Poppius E. Tenkanen L, et al.: The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study, Soc Sci Med. 49, 109-120, 1999
- 47) Flannery RB Jr, Flannery GJ: Sense of coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological inquiry, J Clin Psychol, 46(4), 415-420, 1990

平成14年1月10日受 付

看護教員養成課程修了者の看護研究 への取り組みと関連要因

Efforts in nursing research by people who have completed the nursing teaching staff development course, and related factors

> 細田秦子 水野智子 新村洋未 Tomoko Mizuno Yasuko Hosoda Hiromi Shinmura

> > 小野寺 杜 紀 宮 地 文 子 Toki Onodera Fumiko Miyaji

キーワード: 看護研究、職業的アイデンティティ, 看護教員養成課程 nursing research, professional identity, nursing teaching staff development course

I. はじめに

埼玉県看護教員養成講習会は、看護職として5 年以上の経験を有する者を対象に、質の高い看護 職の育成を目指して、20年以上にわたり実施され てきている。この講習会のカリキュラムには「研 究方法」という科目が組まれ、受講者は研究の基 礎知識に関する講義を受けた後、大学教員を指導 者とするゼミ形式の演習を通して、自己の研究テー マに基づく研究計画書の作成を行い、研究方法を 学習する。受講者は、看護教員養成課程修了後に は看護教員あるいは臨床の指導者として、それぞ れの実践に有効な看護研究を実施することが期待 されている。

看護教員養成課程のような半年から一年間の長 期研修は、職業的アイデンティティの形成、すな わち、職業的発達を直接的に支援する経験になっ ている1)と報告されている。看護の職業的アイデ ンティティは、看護師であることや看護師として 行動することの意味といった看護師の観念に関係 し²⁾, 看護理論と実践を関連づける1つの重要な 概念3)であると考えられている。また、看護実践 のためには、いくつかの事実の根底にあるより一 般的な体系性をもった知識(法則)や理論を看護 研究によってつくり上げていくことが必要であ る4)といわれている。したがって、看護教員養成 課程を修了した看護師の研究活動には、職業的ア イデンティティ並びに看護実践との関連があるも のと推察される。

しかしながら、看護教員養成課程修了者を対象 にした研究では、修了者の動向あるいは教育課程 の評価5)~12) に着目されてきたが、修了後の研究 活動に関連する要因を検討した報告は少ない。ま た、修了者の就業先として臨床と教育現場が大半 を占めていることが報告63,73,93,12)されているが、 修了後に臨床職あるいは教育職に就くことによっ て、どのような研究活動の傾向を示しているのか

埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University.

を明らかにした研究もわずかである。

そこで本研究では、1)看護教員養成課程修了者の特性、2)看護研究の実施に関連する要因、3)就業機関による看護研究に関する活動の傾向という諸点から、看護教員養成課程修了者の看護研究への取り組みとその関連要因を明らかにした。なお、看護研究については、具体的な「研究テーマ」と「研究成果の公表」、関連する活動として研究発表並びに研究に関する重要な情報交換の機会に資する「専門誌の講読」や「学会の所属」に焦点をあてた。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査対象および方法

1999年10月に、1989~1998年度の期間に埼玉県 看護教員養成講習会を修了した者512名のうち、 住所不明等を除く474名を対象に、自己記入式質 問紙(研究の趣旨説明を添えた無記名の質問紙) を郵送法によって配布し、280名(回収率59.1%) から回答が得られた。有効回答271名のうち、医 療機関(病院、診療所等)もしくは看護学校(看 護師等養成所)に所属する就業者248名(回答率 52.3%)を分析の対象とした。

2. 調査内容

1) 基本属性と職業的背景

性別, 年齢, 講習会の受講年度, 現在の就業 機関, 職位を調べた。

2) 看護の職業的アイデンティティ

看護職へのアイデンティティ尺度¹³を用いて 測定した。各項目ごとに「非常にそう思う」~ 「全くそう思わない」までの5段階評定を求め、 順に5~1点を与えて得点化した。合計得点が 高いほど看護職へのアイデンティティが高いこ とを示す。

3) 看護研究への取り組み

看護研究(個人研究あるいは共同研究)を

「実施している」もしくは「実施していない」と認識しているかを質問し、看護研究を「実施している」と回答した者には研究テーマ、研究成果の公表先の記述を求めた。専門誌の講読、学会の所属の状況について調査した。

4) 看護研究に関する受講評価と認識

看護教員養成講習会の看護研究に関する受講評価として「講習会で受講したことは看護研究に生かせている」、「講習会の受講科目(研究)は役立っている」という2項目の質問と、看護研究に関する認識として「専門分野の研究を行うことが必要である」という質問に対し、「非常にそう思う」~「全くそう思わない」までの5段階評定を求めた。

3. 分析方法

看護研究の実施に影響を及ぼす要因を検討するため、看護研究の実施の有無を従属変数とし、独立変数に受講年度、就業機関、職位、看護職へのアイデンティティ得点、専門誌の講読、学会の所属、看護研究に関する受講評価、認識を投入し、ロジスティック回帰分析を行った。統計処理にはSPSS for Windows 10.0 J を用いて、有意確率5%未満を有意とした。

看護研究のテーマについては、波多野®が示した「看護研究の分野」に沿って2名の研究者が独立して分類(一致率81.6%)後、就業機関別に区分した。研究成果の公表、専門誌の講読、学会の所属については、記述のあった研究成果の公表先専門誌名および学会名を就業機関別に区分した。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の特性

1) 基本属性と職業的背景

対象者の性別は、女性245名 (98.8%), 男性3名 (1.2%) であった。平均年齢は41.8±6.2歳であり、40歳代が最も多く42.3%を占め、次

いで30歳代39.5%であった。看護教員養成講習会の受講年度は,1989年~1993年度109名(44.0%),1994年~1998年度139名(56.0%)であった。

就業機関は,医療機関130名(52.4%),看護 学校118名(47.6%)であった。職位は医療機 関の看護師長以上,看護学校の教務主任以上の 管理職68名(27.4%),非管理職180名(72.6%) であった(表1)。

2) 職業的アイデンティティ

本研究における看護職へのアイデンティティ 尺度の Cronbach α 係数は0.91と確保されてい た。看護職へのアイデンティティ得点の平均値 は 46.22 ± 6.34 であり,項目別に見ると,「もっ と看護についての勉強がしたい」(平均値 4.22 ± 0.65)が最も高く,次いで「もっと看護の技 術を磨きたい」(平均値 4.20 ± 0.65)「看護の仕 事に誇りを持っている」(平均値 4.15 ± 0.70) の順であった(表 2)。

2. 看護研究の実施および関連要因とその影響

1)看護研究の実施状況, 関連活動, 受講評価お よび研究に対する認識

看護研究を「実施している」者は74名 (29.8 %),「実施していない」者は174名 (70.2%) であった。看護研究に関連する活動では、専門誌を「講読している」者は176名 (71.0%), 学会に「所属している」者は69名 (27.8%) であった。

看護研究に関する受講評価は、「講習会で受講したことは看護研究に生かせている」に対する肯定的回答が132名(53.2%)、「講習会の受講科目(研究)は役立っている」に対する肯定的回答が139名(56.0%)であった。看護研究に対する認識は、「専門分野の研究を行うことが必要である」に対する肯定的回答が215名(86.7%)であった(表3)。

表1	対	象	者	の	特	性	(n=248)

	項		人数	%
<基本属性>				
性別	女性		245	98.8
	男性		3	1.2
年齢	20歳代		2	0.8
	30歳代		98	39.5
	40歳代		105	42.3
	50歳代		33	13.3
	無回答		10	4.0
	平均	土標準偏差	4	1.8±6.2
受講年度	1989~199	93年度	109	44.0
	1994~199	98年度	139	56.0
<職業的背景>				_
就業機関	医療機関		130	52.4
	看護学校		118	47.6
職位	管理職	(看護師長)	59	23.8
		(教務主任)	9	3.6
	非管理職	(主任看護師)	43	17.3
		(看護師)	28	11.3
		(教員)	109	44.0

表 2 対象者の看護職へのアイデンティティ得点 (n=248)

項目	平均值	SD
1 将来看護婦(士)の仕事を長く		
続けたい	4.10	0.70
2 看護の仕事に私は適している	3.67	0.71
3 もう一度職業を選ぶとしたら,		
また看護の仕事を選ぶ	3.42	0.87
4 高校生に「看護婦(士)になり		
たいが」と相談されたら勧める	3.77	0.73
5 看護の仕事に誇りを持っている	4.15	0.70
6 もっと看護についての勉強がし		
たい	4.22	0.65
7 看護の道を選んだことに満足し	, !	
ている	4.04	0.76
8 看護婦(士)として仕事するこ		
とに自信がある	3.62	0.76
9 もっと看護の技術を磨きたい	4.20	0.65
10 私の子供が看護婦になりたいと		
言ったら勧める	3.60	0.83
11 仕事は私の能力を生かせる	3.66	0.75
12 看護に生きがいを感じている	3.79	0.78
合 計	46.22	6.34

2) 看護研究の実施への関連要因の影響

看護研究の実施の有無を養属変数としたロジスティック回帰分析によって,看護研究への関連要因の影響を検討した。その結果,埼玉県看

看護教員養咸課程修了者の看護研究への取り組みと関連要因

表 3 看護研究の実施状況、関連活動、受講評価および研究に対する認識

(n=248)

		人数	%
<実施状況>	している	74	29.8
看護研究の実施	していない	174	70.2
<関連活動>	しているしていない	176	71.0
専門誌の購読		72	29.0
学会の所属	している	69	27.8
	していない	179	72.2
< 受講評価>	肯定的回答	132	53.2
講習会で受講したことは看護研究に生かせている	否定的回答	116	46.8
講習会の受講科目(研究)は役立っている	肯定的回答	139	56.0
	否定的回答	109	44.0
<認識>	肯定的回答	215	86.7
専門分野の研究を行うことが必要である	否定的回答	33	13.3

注:〈受講評価〉と〈認識〉は、質問に「非常に~そう思う」と回答したものは肯定的 回答とし、「どちらともいえない~そう思わない」と回答したものは否定的回答とした。

表 4 看護研究の実施に関連する要因 - ロジスティック回帰分析 -

	В	オッズ比	95%信頼区間
受講年度(1=1989~1993年,0=1994~1998年)	0.97	2.63	1.38-5.02**
就業機関(1=医療機関,0=看護学校)	0.70	2.00	1.00-4.01*
職位(1=管理職, 0=非管理職)	0.14	1.15	0.55 - 2.43
看護職アイデンティティ高得点(1=49.0点以上,0=49.0点未満)	0.20	1.22	0.57 - 2.62
看護職アイデンティティ低得点(1=45.0点未満,0=45.0点以上)	0.24	1.27	0.58 - 2.75
専門誌の講読(1=している, 0=していない)	0.17	1.18	0.58 - 2.41
学会の所属(1=している, 0=していない)	0.83	2.30	1.19-4.46
講習会の受講評価(1=肯定的回答,0=否定的回答)	0.94	2.56	1.21-5.40
受講科目(研究)の評価(1=肯定的回答,0=否定的回答)	-0.07	0.93	0.44 - 1.96
専門分野の研究への認識(1=肯定的回答, 0=否定的回答)	1.08	2.93	0.92 - 9.39

* * : p<0.01 * : p<0.05

注:看護職アイデンティティについては,算出された総得点の上位25%(49.0点以上)を「看護職アイデンティティ高得点」,下位25%(45.0点未満)を「看護職アイデンティティ低得点」に区分した。

護教員養成講習会の受講年度が「1989年~1993年度」の者は「1994年~1998年度」の者より、 看護研究を実施している傾向がみられた(オッズ比、2.63;95%信頼区間1.38-5.02)。就業機関では、「医療機関」の就業者は「看護学校」の就業者と比べて、看護研究を実施していると認識していた(オッズ比、2.00;95%信頼区間 1.00-4.01)。また、学会に所属している者 (オッズ比, 2.30;95%信頼区間1.19-4.46)、 講習会の受講評価が肯定的な者(オッズ比, 2.56;95%信頼区間1.21-5.40) は看護研究を 実施している傾向が認められた。しかし、職位、 看護職アイデンティティ得点、専門誌の講読、 講習会の受講科目(研究)の評価、専門分野の 研究への認識は、看護研究の実施に関連する要 表5 看護研究のテーマの分類(就業機関別) ▼として有意ではなかった(表4)。

3. 就業機関による看護研究に関する活動の傾向

1) 看護研究のテーマと研究成果の公表

看護研究のテーマを波多野りが示した「看護 研究の分野」に沿って分類した結果、「看護管 理に関する研究]の40件と[看護技術に関する 研究]の38件によって全体の8割以上が占めら れ、「看護研究および看護実践の方法論的研究] は7件であった。

医療機関の就業者は研究テーマの総件数63件 で, [看護技術に関する研究] の細目「看護援 助に関する研究」21件が最多で、次は同じ分野 の細目「看護の対象に関する研究」 9件, 「看 護管理に関する研究〕の細目「看護方式・看護 体制・人員配置などに関する研究」8件の順で あった。一方、看護学校の就業者は研究テーマ の総件数29件で、[看護管理に関する研究]の 細目「看護婦の教育と確保に関する研究」19件 が最多で、次いで [看護技術に関する研究] の 細目「看護援助に関する研究」 4件、並びに 「看護の対象に関する研究」 4 件の順であった (表5)。

研究成果の公表先は、対象者の全体では「全 国的な学会」が45件と最も多く、日本看護学会、 全国自治体病院学会などで発表していた。医療 機関の就業者は、「全■的な学会」24件に次い で、「施設内」での発表20件が多かった。看護 学校の就業者は、看護研究テーマの総件数29件 のうち、21件が「全■的な学会 | において発表 されていた(表6)。

2) 看護研究の関連活動

講読している専門誌は、対象者全体では「看 護教育」が最多で54件、次いで「看護展望」、 「看護」の順であった。 医療機関の就業者は, 講読している専門誌の総件数164件で、「看護」

	件	数
看護研究の分野	医療機関	看護学校
1. 看護技術に関する研究		
1) 看護の対象に関する研究	9	4
2) 看護援助に関する研究	21	4
2. 看護管理に関する研究		
1) 看護者に関する研究	2	0
2) 看護方式・看護体制・人員		
配置などに関する研究	8	0
3) 看護婦の教育と確保に関す		
る研究	6	19
4) 保健医療体制に関する研究	2	0
5) 看護の機能および看護婦の		
役割に関する研究	2	1
3. 看護研究および看護実践の方		
法論的研究		
1) 看護の対象の理解のための		
測定道具と測定方法の研究	0	0
2) 看護援助のために用いられ		
る道具(看護道具)と使用法		
の研究	5	1
3) 看護の効果を測定するため		
の道具とその使用法の研究	1	0
4) 看護管理のための道具とそ		
の使用法の研究	0	0
4.1~3に分類できなかった研究	7	0
総件数	63	29

表 6 研究成果の公表先(就業機関別)

	件 数		
研究成果の公表先	医療機関	看護学校	
施設内	20	3	
県内・地区の研究会・学会	13	3	
全国的な学会	24	21	
専門誌	2	0	
その他	1	1	
未定	3	1	
総件数	63	29	

注:修士論文,認定論文はその他とした。

が最多で25件、次いで「看護展望」が24件であっ た。看護学校の就業者は総件数148件で,「看護 教育」42件が最も多く、次が「看護展望」の15 件であった(表7)。

所属している学会は,全体では対象者の大半

看護教員養成課程修了者の看護研究への取り組みと関連要因

表 7 購読している専門誌 (就業機関別)

専門誌名	件	数
専 門 誌 名 	医療機関	看護学校
看護教育	12	42
看護展望	24	15
看護	25	3
小児看護	6	8
教務と臨床指導	2	9
助産婦雑誌	6	5
看護実践の科学	8	3
看護管理	8	2
精神看護	5	5
がん看護	2	5
エキスパートナース	6	1
臨床看護	6	1
看護研究	2	4
Quality Nursing	0	5
看護技術	3	2
ターミナルケア	3	2
ナーシングトゥディ	4	1
月刊ナーシング	3	2
ナースデータ	4	1
オペナーシング	3	1
ナースマネージャー	4	0
看護学雑誌	1	3
消化器外科ナーシング	3	1
インターナショナルナーシングレビュー	1	2
ペリネイタルケア	2	1
主任アンド中堅	3	0
ネオネイタイケア	1	2
訪問看護と介護	1	1
トータルケアマネージメント	0	2
その他	16	19
総件数	164	148

注:1件以下の専門誌はその他とした。(ハートナーシング, ナースアイなど)

が所属していると推察される「日本看護学会」を除くと、「日本看護研究学会」、「日本看護学教育学会」「日本がん看護学会」がそれぞれ7件で最も多かった。医療機関の就業者は、所属している学会の総件数は53件で、「日本がん看護学会」の7件が最多で、次いで「日本号性衛生学会」「日本リハビリテーション学会」が4件ずつであった。看護学校の就業者は総件数40

表8 所属している学会(就業機関別)

学 会 名	件 数		
学 会 名	医療機関	看護学校	
日本看護研究学会	2	5	
日本看護学教育学会	1	6	
日本がん看護学会	7	0	
日本看護科学学会	2	3	
日本母性衛生学会	4	1	
日本リハビリテーション看護学会	4	0	
全国准看護婦教育協議会	0	4	
日本ストーマリハビリテーション学会	2	1	
日本思春期学会	2	1	
日本手術看護学会	1	1	
日本死の臨床研究会	1	1	
日本整形外科看護研究会	2	0	
日本集中治療医学会 看護部会	2	0	
日本小児看護研究学会	0	2	
日本サイコオンコロジー学会	0	2	
全国老人ケア研究集会	0	2	
その他	23	11	
総件数	53	40	

注:日本看護学会は記述の有無にかかわらず、対象者の大半が 所属していると推察されるため、分類から除いた。 1件以下の学会はその他とした。(日本看護福祉学会、日本 ▶●S 医療学会など)

件で、「日本看護学教育学会」の6件が最多で、次いで「日本看護研究学会」5件、「全国准看護婦教育協議会」4件の順であった(表8)。

Ⅳ. 考 察

1. 看護教員養成課程修了者の特性

本研究の対象者は、医療機関と看護学校にほぼ 半数ずつの割合で所属し、この傾向は他機関の看 護教員養成課程修了者の動向調査®においても同 様であり、看護教員養成課程修了者の就業機関は 医療機関と看護学校に大きく二分されることが示 唆された。また、医療機関の就業者の8割弱が看 護師長、主任であり、看護教員養成課程修了者は 医療機関と看護学校における管理と看護職の育成 に関する重要な役割を果たしていることが伺われ た。

看護職へのアイデンティティ得点は、同じ尺度

を用いて看護短期大学本業後7~12年の就業者を 測定した波多野ら130の研究結果と比較すると合計 得点の平均値が4.12点高く,本研究の対象者は経 験年数7~12年の就業者よりもさらに高い職業的 アイデンティティをもっていることが明らかになっ た。また、上位得点項目は、「もっと看護につい ての勉強がしたい」、「もっと看護の技術を磨きた い」、「看護の仕事に誇りを持っている」であり、 職業に対する向上心と誇りを高く持っていること が示唆された。こうした傾向は、Wood®が継続 専門教育の効果として、自信の増加、知識の改善、 自己認識の拡大、専門的問題への認識の高まりを もつと述べているように、継続専門教育として看 護教員養成講習会を受講した効果の現れではない かと考えられる。また、勝原®が Professionhood の1つの要素として「自己実現・自己成長」を明 らかにしているように、看護教員養成課程修了者 は職業が自身の生活や生き方に深く関わり、看護 専門職としての自己実現・自己成長を目指してい ることが推察される。

2. 看護研究の実施に関連する要因

看護研究を実施している者は全体の約30%を占めていた。看護研究の実施への関連要因については、表4に示したように看護教員養成課程修了後の経過年数の長さ、看護学校との比較で医療機関に就業していること、学会に所属していること、講習会の受講が看護研究に生かせていると評価していることが、看護研究の実施に影響しているという結果が示された。

この結果から、看護教員養成講習会の受講修了 後の期間が6~10年程度ある者の方が5年以下の 者より看護研究を実施している傾向にあったこと から、看護教員養成課程修了後の看護職としての 経験が重要であることが推察された。また、講習 会の受講評価が看護研究の実施に影響しているの は、単に「講習会の受講科目(研究)」に限らず、

看護教員養成課程全体を看護研究に生かせている と評価しているためと考えられる。こうした傾向 は、菊池がが研究意欲と看護専門職の自律性との 間には植関があることを明らかにしているように、 継続専門教育を受けたことによって看護専門職と しての実践と職業的アイデンティティの発達が促 進され、それらが看護研究への意欲と実施に結び ついていることが推察される。また、医療機関の 就業者は看護学校の就業者より看護研究を実施し ている割合が高いことが示唆されたが、医療機関 における研究成果の公表先の3割程度は施設内で 占められ、看護研究を実施するには職場環境の影 響が少なからずあることが考えられる。研究活動 における職場環境の問題として、看護研究経験者 の多くは時間的条件、身近に指導者が得られない こと、文献の入手が困難であることを指摘してい る場が、看護教員養成課程修了者が研究活動を推 進していくためには、研究に関するフォローアッ プ研修の実施、継続的な指導体制の確立、文献の 検索システムを含めた大学図書館の活用などといっ た支援体制の整備が望まれる。さらに、看護研究 に関連する活動については、学会の所属が看護研 究の実施に影響することが示唆された。この結果 は、研究分野に関連する学会に所属することによっ て、看護研究に有用な知見や発表の場を得られる ためであると推察された。したがって、看護教員 養成課程修了者の研究活動を支援するためには、 研究テーマに関連のある学会の情報を提供するこ とも有効であると考えられる。

3. 看護研究に関する活動への就業機関の影響

看護研究を実施している者の研究テーマは、 [看護管理に関する研究] と [看護技術に関する研究] が全体の8割以上を占めていた。医療機関の就業者は「看護援助に関する研究」を、看護学校の就業者は「看護婦の教育と確保に関する研究」を研究テーマに選択している傾向が示唆された。 これらの研究成果の公表は、医療機関の就業者は「施設内」、「県内・地区の研究会・学会」、「全国的な学会」における発表に大きく区分され、看護学校の就業者との比較では2億以上の件数になっていた。一方、看護学校の就業者は「全国的な学会」で発表を行っている者が大半であり、積極的に研究成果を公表している傾向が認められた。このような傾向は、研究活動と実践との密接な関係が指摘されている()ように、看護教員養成課程修了者は研究成果を公表し、実践に活用することを目指して、看護研究に取り組んでいることが推察された。

また、専門誌および学会の選択にも、就業機関の影響が見られた。すなわち、医療機関の就業者は臨床実践に関連する専門誌や学会を選択し、看護学校の就業者は教育実践に関連するものを選択する傾向が認められた。こうした傾向は、対象者の研究テーマにも就業機関の影響が認められ、その研究成果を公表する機会を得ることを目的にしているためであると推察された。また、専門職として研究を推進し、実践に研究成果を活用していくためには、たえず研究によって得られる最新の知識に「目を通している」ことが必要であるいといわれるように、自らの研究活動と実践に役立つ新しい知識を専門誌や学会から得ることも重要な選択の基準になっていると考えられる。

V. 結 論

看護教員養成課程修了者を対象に、看護研究への取り組みとその関連要因について検討し、以下のことが明らかになった。

- 1. 看護教員養成課程修了者は、経験年数7~ 12年の就業者より高い職業的アイデンティティ をもち、医療機関と看護学校に看護教員あるい は臨床の指導者として就業していることが示唆 された。
- 2. 看護研究の実施には、看護教員養成課程修 了後の経過年数の長さ、看護学校との比較で医 療機関に就業していること、学会に所属してい ること、講習会の受講が看護研究に生かせてい ると評価していることが、関連する要因として 示唆された。
- 3. 看護研究のテーマは、医療機関の就業者では「看護援助に関する研究」、看護学校の就業者では「看護婦の教育と確保に関する研究」が最多の件数を示していた。研究成果の公表先は「全国的な学会」が多くを占め、医療機関では「施設内」の発表機会も多いことが示唆された。また、専門誌の購読および学会の所属にも就業機関の影響が認められた。

新 辞

本研究の調査にご協力頂きました埼玉県看護教 員養成講習会修了者の皆様に深く感謝いたします。

付 記

本研究は、埼玉県立大学の平成11年度奨励研究 費の助成を受けて行いました。

本研究の一部は第26回日本看護研究学会学術集会,第31回日本看護学会-看護管理-にて発表致しました。

要旨

看護教員養成課程修了者の看護研究への取り組みとその関連要因を明らかにするため,看護教員養成課程修了者の特性,看護研究の実施に関連する要因,実施された看護研究および関連活動の傾向について検討した。対象者は1989~1998年度に埼玉県看護教員養成講習会を修了し,医療機関あるいは看護学校に就業している者248名であり,郵送法で自己記入式質問紙調査を行った。

その結果,看護教員養成課程修了者は経験年数7~12年の就業者より高い職業的アイデンティティをもち,看護教員あるいは臨床の指導者として就業していることが示された。また,看護研究の実施には,1)看護教員養成課程修了後の経過年数の長さ,2)看護学校との比較で医療機関に就業していること,3)学会に所属していること,4)看護教員養成講習会の受講が看護研究に生かせていると評価していることが影響していた。さらに,看護研究のテーマおよび研究に関連する活動の内容には就業機関の影響が認められた。

Abstract

The purpose of this research was to clarify the efforts in nursing research by people who have completed the nursing teaching staff development course, and related factors. As such, the characteristics of the people who have completed the nursing teaching staff development course, factors related to research on nursing, nursing research previously conducted, and the trend of related activities were examined. The subjects included 248 people who completed the Saitama Prefecture nursing teaching staff development course between 1989—1998 and are currently employed at a medical institution or nursing school. The survey was conducted by mailing a questionnaire to each subject.

The results revealed that workers who completed the nursing teaching staff development course have a higher professional identity than people with 7 to 12 years of work experience, and the subjects are currently working as nursing teaching staff or clinical instructors. Moreover, the results clarified four factors that had influence on conducting nursing research: the length of experience after finishing the nursing teaching staff development course, employment by a medical institution (compared with nursing school), being a member of an academic society, and their evaluation that participating in the nursing teaching staff development course is useful when conducting nursing research. In addition, the influence of the institution of employment was seen in the theme of nursing research and activities related to research.

引用文献

- 1) 鈴木純恵, 佐瀬真粧美, 他: 職業的発達から みた看護職の長期研修の意義-研修生感想文の 内容分析より-, 千葉大学看護学都紀要, 21, 91-95, 1999
- 2) M.S. Fagermoen: Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 25, 434-441, 1997
- 3) グレッグ美鈴:看護における1重要概念とし

看護教員養成課程修了者の看護研究への取り組みと関連要因

- ての看護婦の職業的アイデンティティ, Quality Nursing, 6(10), 53 (873) - 58 (878), 2000
- 4) 波多野梗子,小野寺杜紀:看護学概論,268-271,医学書院,東京,2001
- 5) 高島尚美,屋宜譜美子:看護教員養成教育に おける看護教育研究の概況と今後の課題-過去 2年間の分析-,神奈川県立看護教育大学校紀 要,20,10-18,1997
- 6) 箕浦とき子,上田規子,他:看護教員養成課程のカリキュラム評価-看護教員養成課程卒業生のアンケート調査から一,神奈川県立看護教育大学校紀要,20,38-47,1997
- 7) 佐藤みつ子,木下静香,他:看護教員養成講 座修了者の研修内容に対する認識とその要因, 東京都立医療技術短期大学紀要,9,169-179, 1996
- 8) 細田泰子,新村洋未,他:埼玉県看護教員養成講習会プログラムに関する受講生の評価,第 1回埼玉県健康福祉研究発表会抄録集,222-223,2000
- 9)前 隆代,箕浦とき子,他:看護教育学科 (看護教員養成教育)卒業生の動向(第2報), 神奈川県立看護教育大学校紀要,10,47-65, 1987
- 10) 前 隆代,箕浦とき子,他:看護教育学科 (看護教員養成教育)卒業生の動向(第1報), 神奈川県立看護教育大学校紀要,12,19-35, 1989.
- 11) 新村洋未, 細田泰子, 他: 埼玉県看護教員養

- 成講習会受講生の動向 過去10年間における分析 , 第1回埼玉県健康福祉研究発表会抄録集, 224-225, 2000
- 12) 坏千代子, 藤枝 斌, 他:看護教員養成講座 の社会的貢献度と今後の課題-講座修了生への 調査結果から-, 東京都立医療技術短期大学紀 要, 9, 181-189, 1996
- 13) 波多野梗子, 小野寺杜紀: 看護学生および看 護婦の職業的アイデンティティの変化, 日本看 護研究会雑誌, 16(4), 21-28, 1993
- 14) 波多野梗子,小野寺杜紀:看護学概論,272-277,医学書院,東京,2001
- 15) I. Wood: The effects of continuing Professional education on the clinical practice of nurses: a review of the literature, International Journal of Nursing Studies, 35, 125-131, 1998
- 16) 勝原裕美子: 日本の看護婦・士の Professionhood を構成する要素, 日本看護科学学誌, 19 (1), 42-48, 1999
- 17) 菊池昭江:看護専門職における自立性と研究 活動との関連, Quality Nursing, 6(4), 41-47, 2000
- 18) 倉ヶ市絵美佳,西田直子: K病院における看護研究活動に関する研究(第1報) -活動状況および環境条件を中心に-,日本看護研究会雑誌,22(3),92,1999

[平成13年11月5日受 付] |平成14年12月4日採用決定

一資 料一

精神障害者小規模作業所通所者の Quality of Lifeに関する研究 - 生活満足度に焦点をあてて -

A study on the quality of life in visitors to small-scale workshops for mentally handicapped persons focusing on the life satisfaction

> 片山 聡 子¹⁾ Satoko Katayama

叶谷曲佳²⁾ Yuka Kanoya

日下積代3)

佐藤干史2)

Kazuyo Kusaka

Chifumi Sato

キーワード: QOL, 精神障害者, 小規模作業所, 生活満足度, ソーシャルサポート quality of life, mentally handicapped persons, small-scale workshops, the life satisfaction, social support

I. はじめに

精神障害者小規模作業所(以下作業所とする) は地域で生活している精神障害者のための社会資源として1968年に設立されて以来,1980年代に急速に増加した¹⁾。その理由として1981年の国際障害者年を契機に障害者自身の地域で暮らしたいというニーズが広がったこと²⁾,1987年に制定された精神保健法制定に伴い小規模作業所運営助成事業が予算化されたことが挙げられる³⁾⁻⁵⁾。

作業所はデイケアよりも地域とのつながりが強いことが示されており⁶⁾, 働く場だけではなく, 生活指導, 仲間づくり, 健康管理や学習, リハビリテーションなどの総合的な援助活動, 地域社会 の啓発,ボランティア育成,家族会や患者会の拠点,在宅支援,グループホームの拠点など様々な機能が期待されている⁷⁾。これらを反映して,作業所を対象とした先行研究では通所者の作業所利用目的を明らかにする研究^{8) 97},通所による効果を明らかにする研究^{100 -130},通所者のwell-beingの実態を明らかにする研究^{100 -130},

しかし、1995年に策定された障害者プランやAnthonyららによれば、精神科リハビリテーションにおいては、当事者自身の評価する QOL が重要であるとされている。精神障害者の QOL を構成する要素については、Lehman^{15) 15)} による個人的特性、主観的 QOL と客観的 QOL から提える

Psychiatric Nursing Department of Nursing, Chiba University

2) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学

Analytical Health Science, Graduate School of Allied Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

3) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科精神保健看護学

Mental Health Psychiatric Nursing, Graduate School of Allied Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

¹⁾ 千葉大学看護学部精神看護学教育研究分野

モデルがある。また、本邦における精神障害者の QOLに関する先行研究では、金子らをはじめと して、QOLを主観的 QOLと客観的 QOLから捉 えたものが多く、主観的 QOLは満足感や幸福感 という対象者自身の体験から、客観的 QOLは個 人の体験そのものではなく、生活の状況や心身の 状態、対人関係、環境などから捉えて研究してい るものがある。

そしてこれらの先行研究から、地域で生活する精神障害者の QOL の評価に影響する要因として、年齢、収入の有無¹⁶¹、性別、罹病期間、婚姻歴¹⁷²による差が明らかにされている。しかし、これらの研究は、そのほとんどがデイケア通所者を対象としたものであり、 作業所通所者の QOL に関する研究はまだ見あたらない。

そこで、本研究では、作業所通所者のQOLに 焦点を当て、また、QOLの構成要素については、 個人的特性と主観的 QOLと客観的 QOLによっ て構成されると捉えて、まずはそれらの実態と QOLを構成する要素間の関係の仕方について明 らかにすることにした。これにより、作業所通所 者の QOLを高めるための援助を検討する際の基 本的資料を得られると考える。

Ⅱ.研究方法

1. 調査期間: 平成12年6月~9月

2. 対象者

研究者と関わりのある首都圏にある作業所及び紹介された作業所 9 カ所 中、同意の得られた 7 ヶ所を対象とした。作業所責任者に承諾を得た後に対象者を募った。対象者の選定基準として、1)過去 1 年間入院経験がなく現在通院治療を受けており、病状が安定している者、2) アンケートの 回答が可能であると作業所責任者が認めた者、3)研究参加への同意が得られた者、という条件をすべて満たす通所者とした。

3. 対象者に対する倫理的配慮

各作業所責任者に文書にて研究協力を依頼して 承諾を得た後、研究者が作業所の活動に参加し、 活動内容や対象者の日々の活動状況を把握し、職 員・通所者と信頼関係を築いた。研究参加に関し ては対象者へ研究目的・調査方法を文書と口頭で 説明した。1)研究参加は対象者の自由意志であ り、車断しても対象者には不利益にならないこと、 2)収集したデータは研究目的以外には使用せず、 保管も厳重に行うこと、3)研究結果は作業所お よび通所者に知らせることを説明した。

4. 調査方法

研究方法は調査用紙を用いて、対象者との面接 によって調査を行った。調査項目や使用した尺度 を以下に示す。

1) 個人的特性

年齢,性別,作業所通所期間,週当たりの作業所利用日数,居住状況,婚姻歷,学歷,就労経験,収入,作業所以外の活動参加,初診年齢,入院歴

2) 主観的 QOL

角谷が開発した生活満足度スケールを使用した。このスケールは地域で生活するデイケア通所者を対象に開発されたものであり、精神障害者のQOLに重要である身体的機能(5項目)、環境(7項目)、社会生活技能(6項目)、対人交流(4項目)、心理的機能(8項目)と生活全般(1項目)の6領域について満足度を尋ねる、合計31項目から構成されている。各項目はフェイススケールを使用した7段階評価でありー3点から+3点で得点化され、31項目合計得点(以後、生活満足度総得点と称す)の可能範囲は一93~+93点であり、得点が高いほど生活満足度が高いと判断する。

3) 客観的 QOL

(1) 作業所活動内容

主な作業内容(生産・サービス型、単純作業中心型)、運営への参画、作業所における地域との関わり、作業所利用目的について調査した。
(2) ソーシャルサポート

宗像によって作成された質問紙 $^{(6)}$ 30 を使用した。これは,成人対象に開発されたもので,「会うと落ち着き安心できる人」などの情緒的サポート10項目と「経済的に関っているとき頼りになる人」などの手段的サポート5項目から構成されている。採点方法は「いる」と回答した場合を1点として,サポートごとに加算したものを指標とし,情緒的サポート総得点の可能範囲は $0\sim10$ 点,手段的サポート総得点の可能範囲は $0\sim5$ 点であり,ソーシャルサポート総得点の可能範囲は $0\sim5$ 点である。

5. 分析方法

データ分析には、統計解析ソフト Stat View 5 を使用し、分析方法は Spearman の順位相関係数、Mann-Whitney のU検定を用いた。

Ⅲ. 結果

1. 対象作業所の概要(表1)

運営主体は家族会が2カ所,市民団体が5カ所であり、開設2~3年目の作業所が半数以上を占めた。主な作業内容は単純作業中心型が4カ所,生産・サービス型が3カ所であり、通所者が運営に参画している作業所は1カ所であった。また、2カ所以外は利用者と地域住民との関わる機会が多く、地域に開かれた作業所であった。また、すべての作業所が他の作業所、または地域の他の組織と連携をとっていた。

2. 作業所通所者の QOL の実態

1) 個人的特性(表2)

対象者は全通所者109名中, 58名(53.2%)で あった。平均直接所要時間は対象者1人当たり 23.9±12.6分であった。平均年齢は44.0±12.6歳 で, 男性が多く(65.5%), 学歴は高校卒業が最 も多く、24名(41.4%)であった。作業所平均通 所期間は27.0±35.1ヶ月、週当たりの作業所利用 ■数は平均4.1±1.1■であった。居住状況は家族 と同居している者が最も多く34名(58.6%)であ り,51名(87.9%)が未婚であった。51名(87.9 %) は就労経験があり、54名(93.1%)が現在通 所中の作業所から工賃収入を得ていた。工賃以外 の収入は32名(55.2%)が障害年金を,16名 (27.6%) が生活保護を受けていた。また、10名 (17.2%) の通所者がデイケアや患者会等の作業 所以外の活動に参加していた。初診年齢は平均 24.9±7.2歳であった。入院歴がある者は49名 (84.5%) であり、平均入院回数は2.9±3.2回であっ た。

2) 主観的 QOL: 生活満足度(表3)

生活満足度総得点は平均15.5±21.6点であり、最低点-33点、最高点+62点であった。最も得点が高かった項目は作業所に対する満足度を尋ねた所属場所の項目(1.4 ± 1.0)であった。また、安全・平和(1.3 ± 1.3)、食生活(1.1 ± 1.4)、自由・プライバシー(1.0 ± 1.3)、地域環境(1.0 ± 1.3)、医療(1.0 ± 1.3)の得点が高かった。一方、低かった項目は障害受容(-0.6 ± 1.3)、収入・財産(-0.3 ± 1.7)、異性との関係(-0.1 ± 1.3)、労働・学習能力(0.01 ± 1.3),自己肯定・自己価値観(0.1 ± 1.1)、全般的健康(0.1 ± 1.6)であった。

3)客観的QOL

(1) 業所活動内容

作業所の主な活動内容による分類では、単純作 業中心型 (n=23)、生産・サービス型 (n=35) であった。作業所運営への参画の有無では、参画

表1 作業所の概要

	表1 作 亲 所 切 概 安							
作業所	A	В	С	D	E	F	G	
開 設 年 数	7 年 目	2 年 目	3 年 目	1 年 目	2 年 目	3 年 目	13 年 目	
運 営 主 体	家 族 会	家 族 会	市民団体	市民団体	市民団体	市民団体	市民団体	
所 在 地	商 業 地(J市)	住宅地(J市)	商業地(J市)	住 宅 地 (K市)	商業地(K市)	住宅地(L区)	商業地(M区)	
職員数	常勤3名 非常勤2名	常勤1名 非常勤3名	常勤3名 非常勤2名		常勤1名	常勤4名 非常勤3名	常勤2名 非常勤2名	
職員の職種	精神保健福祉士1名 他福祉職	福祉職	福祉職	精神保健福祉士2名 看護婦2名	福祉職	看護婦4名,相談員1名 地域住民2名	届 AL 戦	
常時勤務職	4 名	2 名	3 名	2 名	1 名	5 名	2 名	
開所日数/	5 FI	5 FI	5 FI	4 FI	5 FI	5 El	5 El	
開所時間/	7 時間	7 時間	5 時間	6.5 時間	5時間	5 時間	5.5時間	
利用期限	5年	なし	なし	なし	なし	個別に設定	なし	
分 類	生産・サービス型	単純作業中心型	単純作業中心型	生産・サービス型	単純作業中心型	生産・サービス型	単純作業中心型	
主な作業内容	が販売はな大きな。 東子で、 東子で、 東子で、 東子で、 大きで、 大きで、 大きで、 大きで、 大きで、 大きで、 大きでが、 、 大きでが、 、 、 大きでが、 大きでが、 大きでが、 、 大きでが、 、 大きでが、 、 大きでが、 大きでが、 、 、 大きでが、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	単純作業として、ロウソク詰めや梱包を行うほか、公園清掃にも出かける。屋食は、同じJ市内の作業所のお弁当を注文出来る。	弁当や惣菜販売を行っているが、作業の中心は、割り箸の袋詰めや、シール貼りなどの単純作業である。昼食は1階の惣菜部門に注文して通所者が交代で取りに行く。	バンの製造の他,福祉 ショップとして店舗を 構え,バンや,日用品 等を販売している。 た,機関誌を発行した 地域への情報発信源と なっている。昼食は通 所者が1週間交代で作っ ている。	単純作業として割り箸の袋詰めの他、手芸品を製作している。昼屋には同じビルの弁当気知に注文し、隣接する知的障害者ワークホームと共に食べる。	単純作業としてCDの 袋詰めを請け負ってい るが、CDの納品が行っているが、CDの所者自主でっている。また、自主性 品の製作・販売、機関 語の発行・地域企業で の就労訓練を選っている。 通所者全員が、ている。 昼食は調理班が毎日作っている。	菓子箱の箱折り、部品の組立など、単純作業が中心で、通所者の間入かは、区の施設の清積作業をしている。昼食は給食となっており、同じ運営主体の作業所に本部から配達される。	
工質	あ り	あり	あり	ts L	あり	あり	あり	
通所者の運営 へ の 参 画	参画なし	参画なし	参画なし	参画なし	参画なし	運営委員会以外で通所 者が作業所全体の運営 に関わる委員会がある	参画なし	
作業所の地域 への開放性	地域住民と関わる機会 が多い	作業所内の人との関わ りのみ	作業所内の人との関わ りのみ	地域住民と関わる機会 が多い	地域住民と関わる機会 が多い	地域住民と関わる機会 が多い	地域住民と関わる機会 が多い	
登録者数	19 名	17 名	26 名	9 名	12 名	20 名	25 名	
昨年度新規登録者数	5 名	17 名	6 名	9 名	12 名	4 名	2名, 再登録2名	
昨年度退所状況	退所者なし	授産施設:1名	パート雇用:2名 病状悪化:1名	退所者なし	退所者なし	正規雇用:5名 家庭復帰:1名	退所者なし	
対 象 者	11 名	5 名	3 名	5 名	2 名	19 名	13 名	
調査できなかった 者	調査期間中に来所せず : 8 名	調査期間中に来所せず : 4名 退院直後で病 状不安定: 5名 来所 不定期・短時間のみで 面接の承諾が得られず: 3名	調査期間中に来所せず :9名 病状不安定で 作業所側が面接不可と 判断:5名 来所不定 期・短時間のみで面接 の承諾が得られず:7 名 入院中:1名 調 査期間中に系列作業所 へ転所:1名	調査期間中に来所せず :3名 本人の拒否: 1名	調査期間中に来所せず :7名 病状不安定で 作業所側が面接不可と 判断:1名 入院中: 1名	調査期間中に来所せず : 1 名	調査期間中に来所せず :6名 来所不定期・ 短時間のみで面接の承 諧が得られず:6名	
	8 名	12 名	23 名	4 名	9 %	1 名	12 名	

表2 対象者の個人的特性

		12 2	V1 =	х н	اا ره	9 / (म् राज (द
性	别	男				性	38 (65.5%)
(名)) [女				性	20 (34.5%)
平		均	ź	F		齢	44.0±12.6歳
	-	中学	• 8	常/	小学	校	9 (15.5%)
پدند.	E-1:	高		校		卒	24 (41.4%)
学 (名)	歷	短大	・大学	羊・大	(学)	完卒	14 (24.1%)
(13)	'	高杉	٠ څ	大 学	中	退	10 (17.3%)
		不				明	1 (1.7%)
平	均	通	所	期]	間	27.0±35.1カ月
平	均	利	用	В	l	数	4.1±1.1⊟
		単				身	15 (25.9%)
居住状	況	家	族	٢		居	34 (58.6%)
(名)		グル	, –	プォ	; –	4	7 (12.1%)
		共		自	Ē	宅	2 (3.4%)
105 1=	F -7:	既				婚	3 (5.2%)
婚姻		未				婚	51 (87.9%)
(名)	,	離			,	婚	4 (6.9%)
就労経	験	有				り	51 (87.9%)
(名))	無				L	7 (12.1%)
I.	賃	有				り	54 (93.1%)
(名))	無				L	4 (6.9%)
障害年	*	有				り	32 (55.2%)
受	縊	無				L	26 (44.8%)
生活係	護	有				り	16 (27.6%)
受	給	無				L	42 (72.4%)
入院紹	E 験	有				り	49 (84.5%)
(名)		無				L	9 (15.5%)
初	診	年	齢	平	Ž	均	24.9±7.2歳
入	院		数	4	į.	均	2.9±3.2■
総	_ <u></u> 入		院	期		間	4.2±6.4年
				-			

あり (n=19), 参画なし (n=39) であった。ま た、作業所の地域への開放性に関しては、作業所 内の人との関わりのみ (n=8), 地域住民との 関わりが多い (n=50) という結果であり、作業 所利用目的では、仕事をすることが目的(n=21)、 仕事をすること以外が目的(n=37)という結果 であった。

(2) ソーシャルサポート (表4,5)

ソーシャルサポート総得点は10.8±3.2点であっ た。また、情緒的サポート総得点は平均 7.2±2.4点であり、手段的サポート総得点は平均 3.7±1.3点であった。

情緒的サポート項目について、「いる」と回答 (「いる」、n=27、46.6%)。 した者が80%を超えていた項目は「会うと心が落

表3 生活満足度の結果

		n = 58
項 目	MEAN±SD	中央値(最小-最大)
I 生活 全般 (1項目)	0.8±1.3	1.0 (-2-+3)
Ⅱ 身体的機能(5項目)	2.3±4.7	3.0 (-10 - +11)
1 全般的健康	0.1 ± 1.6	0.0(-3-+3)
2 エネルギー・体力	0.2 ± 1.5	0.0 (-3 - +3)
3 睡眠・休養	0.7 ± 1.4	1.0 (-3 - +3)
4 性生活	0.2 ± 1.2	0.0(-3-+3)
5 食生活	1.1±1.4	1.0 (-3 - +3)
Ⅲ 環境 (7項目)	6.2 ± 6.3	6.5(-12-+21)
1 安全•平和	1.3±1.3	1.0 (-3 - +3)
2 自由・プライバシー	1.0 ± 1.3	1.0 (-3 - +3)
3 住居・居住環境	0.8 ± 1.6	1.0 (-3 - +3)
4 地域環境	1.0 ± 1.3	1.0 (-2 - +3)
5 所属場所	1.4 ± 1.0	2.0 (-2 - +3)
6 収入・財産	-0.3 ± 1.7	0.0(-3-+3)
7 医療	1.0±1.3	1.0 (-2-+3)
Ⅳ 社会生活 技能 6項目)	3.2 <u>±</u> 5.8	3.0 (-11 - +17)
1 身だしなみ	0.4 ± 1.3	0.0(-3-+3)
2 社会資源の利用	0.7 ± 1.5	1.0 (-2 - +3)
3 余暇の過ごし方	0.7 ± 1.3	1.0 (-3 - +3)
4 生活 管理	0.7 ± 1.4	1.0 (-3 - +3)
5 コミュニケーション能力	0.6 ± 1.2	1.0(-2-+3)
6 労働・学習能力	0.01±1.3	0.0 (-3 - +2)
V 対人交流 (4 項目)	1.1±4.3	0.5 (-6-+12)
1 家族 との関係	0.5 ± 1.6	0.0 (-3 - +3)
2 友人との交流	0.5 ± 1.5	1.0 (-3 - +3)
3 異性との関係	-0.1 ± 1.3	0.0 (-3 - +3)
4 一般の人との交流	0.2±1.4	0.0 (-3-+3)
VI 心理的機能(8項目)	2.0±5.9	2.0 (-11 - +14)
1 愛されている感じ	0.3 ± 1.2	0.0(-3-+3)
2 認められている感じ	0.3 ± 1.3	0.0 (-3 - +3)
3 役割達成水準	0.2 ± 1.3	0.0 (-2 - +2)
4 充実感・生き甲斐	0.5 ± 1.3	0.5 (-3 - +3)
5 喜び・楽しみ	0.6 ± 1.3	1.0 (-3 - +2)
6 自己肯定・自己価値観	0.1 ± 1.1	0.0 (-3 - +3)
7 自己信頼・自己決定	0.5 ± 1.3	0.0 (-3 - +3)
8 障害受容	-0.6 ± 1.3	0.0 (-3 - +3)
と 得 点	15.5±21.6	14.5 (-33-+62)

表4 ソーシャルサポート得点の結果

n = 58

	平均值	中央値(最大-最小)
情緒的サポート総得点	7.2±2.4	8 (0-10)
手段的サポート総得点	3.7 ± 1.3	4 (0- 5)
ソーサルサポート総得点	10.8 ± 3.2	11 (1-15)

ちつき安心できる人」であった (n=49, 84.5%)。 「いる」と回答した者より「いない」と回答した 者が多かった項目は「甘えられる人」であった

手段的サポート項目について、「いる」と回答

いる 人数(%) 48 (84.5) 46 (79.3) 45 (77.6)	いない 人数(%) 9 (15.5) 12 (20.7)
46 (79.3)	
(12 (20.7)
45 (77.6)	
	13 (22.4)
36 (62.1)	22 (37.6)
43 (74.1)	15 (25.9)
43 (74.1)	15 (25.9)
41 (70.7)	17 (29.3)
27 (46.6)	31 (53.4)
40 (69.0)	18 (31.0)
45 (77.6)	13 (22.4)
36 (62.1)	22 (37.9)
48 (82.8)	10 (17.2)
43 (74.1)	15 (25.9)
49 (84.5)	9 (15.5)
38 (65.5)	20 (34.5)
	43 (74.1) 43 (74.1) 41 (70.7) 27 (46.6) 40 (69.0) 45 (77.6) 36 (62.1) 48 (82.9) 43 (74.1) 49 (84.5)

した者が80%を超えていた項目は「わからないことがあるとよく教えてくれる人」(n=49, 84.5%), 「病気で寝込んだときに身の回りの世話をしてくれる人」(n=48, 82.8%) であった。手段的サポート項目では「いる」と回答した者より「いない」と回答した者が多かった項目はなかった。

情緒的サポート提供者については,「作業所職員」,「作業所通所メンバー」,「家族」,「作業所外の友人」,と回答した者が多かった(複数回答あり)。情緒的サポートのうち,半数以上の項目では,サポート提供者として家族と回答した者が多かった。作業所職員と回答した者が多かった項目は「冒頃評価し認めてくれる人」(n=24, 41.4%),「気持ちを敏感に察してくれる人」(n=18, 33.3%)であった。作業所通所メンバーと回答した者が多かった項目は「会うと心が落ちつき安心できる人」(n=20, 30.3%),「気持ちの通じ合う人」(n=19, 33.3)であり,「作業所外の友人」と回答した者が多かった項目は「お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人」であった(n=13, 27.1%)。

手段的サポート提供者の中で、「作業所職員」と回答した者が多かった項目は「わからないこと

があるとよく教えてくれる人」(n=35,55.6%) であり、その他の手段的サポート項目については 「家族」と回答した者が多かった(表6)。

3. QOL 構成要素間の関係

1) 生活満足度と個人的特性

生活満足度総得点と総入院期間には弱い負の相関($\rho=-0.305$, p<0.05)があった(表 7)。領域別生活満足度と総入院期間との間で有意な相関がみられたのは、身体的機能($\rho=-0.32$, p<0.05),食生活($\rho=-0.31$, p<0.05),環境($\rho=-0.43$, p<0.01)であった(表 8)。

項目別生活満足度と性別の関係については、 安全・平和 (p<0.01), 自由・プライバシー (p<0.05), 社会資源の利用 (p<0.01)におい て男性の得点が有意に高かった(表 9)。

項目別生活満足度と居住状況との関係については、生活全般(p<0.05)、住居・居住環境(p<0.01)において単身以外の群の得点が有意に高かった。自己信頼・自己決定では、単身群の得点が有意に高かった(p<0.01)(表10)。

2) 生活満足度と作業所の活動内容

表6 ソーシャルサポート提供者の内訳

	作業内		作業外					
情緒的サポート	職 員 (%)	メンバー (%)	家 族 (%)	近所の人 (%)	PSW (%)	友 人 (%)	宗教関係 (%)	アルバイト先 の上司 (%)
1. 会うと心が落ち着き安心できる人	18(27.3)	20(30.3)	14(21.2)	0	6(9.1)	7(10.6)	1(1.5)	0
2. 常日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人	18(33.3)	7(13.0)	17(31.5)	0	6(11.1)	5(9.3)	1(1.9)	0
3. あなたを日ごろ評価し、認めてくれる人	24(41.4)	7(12.1)	13(22.4)	1(1.7)	7(12.1)	5(8.6)	0	1(1.7)
4. あなたを信じてあなたの思うように させてくれる人	14(35.9)	3(7.7)	16(41.0)	0	3(7.7)	3(7.7)	0	0
5. あなたが成長し、成功することを喜んでくれる人	17(26.2)	9(13.8)	26(40.0)	2(3.1)	4(62)	4(6.2)	0	0
6. 個人的な気持ちや秘密を打ち明ける ことのできる人	11(21.6)	7(13.7)	17(33.3)	1(2.0)	4(78)	4(7.8)	0	0
7. お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人	8(16.7)	11(22.9)	12(25.0)	1(2.1)	3(6.3)	3(6.3)	0	0
8. 甘えられる人	6(20.7)	2(6.9)	17(58.6)	0	3(10.3)	3(10.3)	0	0
9. あなたの行動や考えに賛成し,支持 してくれる人	16(30.2)	6(11.3)	19(35.8)	1(1.9)	4(7.5)	4(7.5)	0	0
10. 気持ちの通じ合う人	10(17.5)	19(33.3)	13(22.8)	1(1.8)	3(5.3)	3(5.3)	0	0
	作業内		作業外					
手段的サポート	職 員 (%)	メンバー (%)	家 (%)	近所の人 (%)	PSW (%)	友 (%)	民生委員 (%)	アルバイト先 の上司 (%)
11. 経済的に困っているとき,頼りになる人	2(5.4)	1(2.7)	30(81.1)	0	4(10.8)	0	0	0
12. あなたが病気で寝込んだときに、身 の回りに世話をしてくれる人	7(13.7)	1(2.0)	33(64.7)	0	8(15.7)	1(2.0)	1(2.0)	0
13. 引越しをしなければならなくなった とき,手伝ってくれる人	6(12.2)	5(10.2)	28(57.1)	1(2.0)	5(10.2)	2(6.1)	0	1(2.0)
14. わからないことがあるとき教えてく れる人	35(55.6)	7(11.1)	10(15.9)	1(1.6)	7(11.1)	2(3.2)	0	1(1.6)
15. 家事をやったり、手伝ってくれる人	2(5.1)	1(2.6)	31(79.5)	0	2(5.1)	3(7.7)	0	0

表7 生活満足度と個人的特性の相関

n = 58

	年 齢	作業所 通所期間	作 業 所 利用日数	修学年数	初診年齢	工賃の額	入院■数	総入院期間
生活満足度合計得点	$\rho = 0.258$	$\rho = 0.072$	$\rho = 0.140$	$\rho = 0.031$	$\rho = 0.159$	$\rho = 0.204$	$\rho = -0.092$	$\rho = -0.305$ *

生活満足度と作業所の主な作業内容,作業所 運営への参画の有無,作業所の地域への開放性, 作業所利用目的との間には有意な差は見られな かった(表11)。

3)生活満足度とソーシャルサポート(表12) 生活満足度総得点はソーシャルサポート総得 点と強い正の相関があった。また、情緒的サポー トと手段的サポートに分けた場合には、生活満 足度総得点と情緒的サポート総得点に強い正の 相関があった。

次に、ソーシャルサポートと領域別生活満足度との関係については、情緒的サポート総得点は生活満足度の6つの領域中、生活全般以外の領域と有意な正の相関があった。特に、環境(ρ =0.495, p<0.001)、社会生活技能(ρ =0.586, p<0.001)、対人交流(ρ =0.583, p<0.001) の領域で有意な正の相関があった。

手段的サポート総得点は環境領域の住居・居

-1			. —	-de-		40	-	ff. L. 344	
表 8	/-	活溢	T	15	۲	統	٨	院則	PFI

-	_	5Ω

	総入り	完期間 一
項 目 -	ρ	p
I 生活全般(1項目)	-0.232	n.s.
Ⅱ 身体的機能(5項目)	-0.323	*
1 全般的健康	0.039	n.s.
2 エネルギー・体力	-0.230	n.s.
3 睡眠・休養	-0.316	*
4 性生活	-0.262	n.s.
5 食生活	-0.308	*
Ⅲ 環境(7項目)	-0.427	* *
1 安全・平和	-0.382	*
2 自由・プライバシー	-0.530	* * *
3 住居•居住環境	-0.385	*
4 地域環境	-0.373	*
5 所属場所	-0.261	n.s.
6 収入·財産	-0.068	n.s.
7 医療	-0.219	n.s.
IV 社会生活技能(6項目)	-0.168	n.s.
1 身だしなみ	-0.247	n.s.
2 社会資源の利用	-0.141	n.s.
3 余暇の過ごし方	-0.104	n.s.
4 生活管理	-0.072	n.s.
5 コミュニケーション能力	-0.078	n.s.
6 労働・学習能力	-0.141	n.s.
V 対人交流(4項目)	-0.341	*
1 家族との関係	-0.392	* *
2 友人との交流	-0.307	*
3 異性との関係	-0.100	n.s.
4 一般の人との交流	-0.242	n.s.
VI 心理的機能(8項目)	0.006	n.s.
1 愛されている感じ	0.003	n.s.
2 認められている感じ	-0.057	n.s.
3 役割達成水準	0.079	n.s.
4 充実感・生き甲斐	-0.029	n.s.
5 喜び・楽しみ	0.064	n.s.
6 自己肯定・自己価値観	-0.068	n.s.
7 自己信頼・自己決定	0.053	n.s.
8 障害受容	-0.053	n.s.
と と と と と と と と と と と と と と と と と と と	-0.305	*

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

住環境,対人交流の異性との関係に正の相関を示したが,心理的機能の自己信頼・自己決定には負の相関を示した。

手段的サポート提供者については、5項目中、4項目において家族が最も多くあがっており、「わからないことがあるとよく教えてくれる人」の項目のみ、職員が最も多くあがっていた。

Ⅳ. 考 察

1. 生活満足度と個人的特性との関係

生活満足度と個人的特性との関係については, 生活満足度総得点と総入院期間との間に有意な負 の相関があり、また、総入院期間と領域別生活満 足度との間では、身体的機能、環境、対人交流の 項目で有意な負の相関を示した。これは地域生活 を送っている精神分裂病患者の QOL を調査した Browne の結果と同様であり³²⁾,精神障害者は、 病状や入院環境の影響により自発性や自立性を発 揮する機会が乏しくなるためそれらを失い易く³⁰, また, 入院生活の中で社会的活動が低下しやすく, 近隣の人や友人との対人関係能力も低下していく ものと思われる。特に、思春期に発症して長期入 院を経験した精神障害者は、就労経験もなく社会 性の獲得が困難となり易い。本研究の対象者も初 診の平均年齢が24.9±7.2歳と20代前半であるこ とから、入院期間に影響を受けやすかったと思わ

ソーシャルサポート総得点は生活満足度総得点 と正の相関を示し、ソーシャルサポートが得られ ることは通所者にとって重要な要素であることが わかった。

居住状況と項目別生活満足度との関係では生活全般,住居・居住環境の項目で単身以外の群の得点が有意に高かった。一方,単身群は領域別生活満足度の自己信頼・自己決定の項目で有意に満足度が高かった。単身群は置々の生活の中で自分自身を信頼し、生活の様々な場面で必然的に自己決定せざるを得ない状況におかれている。このため、自己決定ができるという現状に対して満足していると考えられる。

2. 生活満足度と作業所の活動内容との関係

作業所通所者の主観的 well-being と作業所活動内容の関係を調査した丸山が示した「生産・サービス型の作業所に所属している通所者や運営に参

表9 項目別生活満足度と性別の関係

	表5 気日加土石画足及こ日加り民味						
		男性(n=38)	女性(n=20)	T T /-I-			
	項目	中夷値(最小-最大)	中央値(最小-最大)	· U値	p		
I	生活全般(1項目)	1.0(-2-+3)	1.0(-1-+2)	375.0	n.s.		
П	身体的機能(5項目)	3.0(-10-+11)	3.0(-8-+9)	369.5	n.s.		
1	全般的健康	0.0(-2-+3)	0.5(-3-+3)	360.0	n.s.		
2	エネルギー・体力	0.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	298.0	n.s.		
3	睡眠・休養	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	349.5	n.s.		
4	性生活	0.0(-2-+3)	0.0(-3-+2)	371.5	n.s.		
5	食生活	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	306.5	n.s.		
III	環境(7項目)	7.0(-12-+21)	5 (-9-+12)	270.5	n.s.		
1	安全・平和	2.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	202.0	* *		
2	自由・プライバシー	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	248.5	* *		
3	住居•居住環境	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	334.0	n.s.		
4	地域環境	1.0(-2-+3)	1.0(-2-+3)	353.0	n.s.		
5	所属場所	1.0(-2-+3)	2.0(0-+3)	362.0	n.s.		
6	収入・財産	0.0(-3-+3)	1.0(-3-+2)	289.5	n.s.		
7	医療	1.5(-2-+3)	1.0(-2-+3)	282.0	n.s.		
IV	社会生活技能(6項目)	3.0(-11-+17)	2.0(-9-+11)	299.5	n.s.		
1	身だしなみ	0.5(-2-+3)	0.0(-3-+2)	215.5	n.s.		
2	社会資源の利用	1.0(-2-+3)	0.0(-2-+2)	325.5	* *		
3	余暇の過ごし方	1.0(-2-+3)	0.5(-3-+2)	369.5	n.s.		
4	生活管理	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	325.5	n.s.		
5	コミュニケーション能力	1.0(-2-+3)	1.0(-2-+2)	342.5	n.s.		
6	労働・学習能力	0.0(-2-+2)	0.0(-3-+2)	299.5	n.s.		
<u>V</u>	対人交流(4項目)	0.0(-6-+12)	2.0(-5-+8)	362.0	n.s.		
1	家族との関係	1.0(-3-+3)	0.0(-3-+3)	299.0	n.s.		
2	友人との交流	0.5(-3-+3)	1.0(-2-+3)	328.5	n.s.		
3	異性との関係	0.0(-3-+3)	0.0(-2-+2)	286.5	n.s.		
4	一般の人との交流	0.0(-3-+3)	0.0(-2-+2)	377.0	n.s.		
<u>VI</u>	心理的機能(8項目)	1.5(-11-+14)	2.5(-7-+14)	352.0	n.s.		
1	愛されている感じ	0.0(-3-+3)	0.0(-1-+2)	344.0	n.s.		
2	認められている感じ	0.0(-3-+3)	0.5(-1-+2)	318.5	n.s.		
3	役割達成水準	0.0(-2-+2)	1.0(-2-+2)	292.5	n.s.		
4	充実感・生き甲斐	0.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	337.5	n.s.		
5	喜び・楽しみ	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+2)	376.0	n.s.		
6	自己肯定・自己価値観	0.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	355.0	n.s.		
7	自己信頼・自己決定	0.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	322.0	n.s.		
8	障害受容	0.5(-3-+3)	0.0(-3-+1)	371.0	n.s.		
	総得点	16.5(-28-+62)	13.0(-33-+44)	347.	n.s.		

^{*}p < 0.05 *p < 0.01

画している通所者の主観的 well-being の評価が高いという結果はより、生産・サービス型の作業所に通所している者や運営に参加している者の満足度が高いのではないかと予想した。しかし、両者の関係については有意差が見られなかった。これは、本研究の対象が無作為による抽出ではないこと、運営主体が全国精神障害者家族会連合会の調査では家族会立が66.1%を占めるいのに対し、本研究結果では家族会立よりも市民国体の方

が多かったという結果より、対象が全国の作業所 の傾向を反映していない可能性があり、本研究結 果のみで生活満足度と作業所の活動内容との関係 はないと断定することはできない。

n = 50

3. 生活満足度とソーシャルサポートとの関係

本研究における情緒的サポート総得点(7.2±2.4点)は掛川らの研究³⁰とほぼ同程度の得点であった。他の研究との比較では、看護学生を対象

精神障害者小規模作業所通所者のQuality of Lifeに関する研究

表10 項目別生活満足度と居住状況の関係

n = 58

				11	00
	項目	単 身(n=15) 中央値(最小-最大)	単身以外 (n=43) 中央値(最小−最大)	· U値	р
I	生活全般(1項目)	1.0(-2-+2)	1.0(-2-+3)	197.0	n.s.
$\overline{\Pi}$	身体的機能(5項目)	3.0(-10-+9)	3.0(-9-+11)	304.0	n.s.
1	全般的健康	0.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	282.5	n.s.
2	エネルギー・体力	0.0(-2-+2)	0.0(-3-+3)	312.5	n.s.
3	睡眠・休養	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	245.0	n.s.
4	性生活	0.0(-2-+2)	0.0(-3-+3)	247.5	n.s.
5	食生活	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	240.0	n.s.
Ш	環境(7項目)	5.0(-12-+11)	7.0(-9-+21)	265.0	n.s.
1	安全・平和	1.0(-3-+3)	1.0(-2-+3)	302.0	n.s.
2	自由・プライバシー	1.0(-3-+3)	1.0(-2-+3)	169.0	n.s.
3	住居•居住環境	0.0(-3-+3)	1.0(-3-+3)	271.0	* *
4	地域環境	1.0(-2-+2)	1.0(-2-+3)	253.5	n.s.
5	所属場所	1.0(-2-+2)	2.0(0-+3)	300.5	n.s.
6	収入・財産	0.0(-3-+2)	-1.0(-3-+3)	304.5	n.s.
7	医療	1.0(-2-+3)	1.0(-2-+3)	317.0	n.s.
IV	社会生活技能(6項目)	2.0(-11-+9)	3.0(-9-+17)	266.0	n.s.
1	身だしなみ	0.0(-3-+2)	0.0(-2-+3)	255.5	n.s.
2	社会資源の利用	1.0(-2-+3)	1.0(-2-+3)	313.5	* *
3	余暇の過ごし方	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	301.5	n.s.
4	生活管理	1.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	262.0	n.s.
5	コミュニケーション能力	0.0(-2-+2)	1.0(-2-+3)	258.0	n.s.
6	労働・学習能力	0.0(-2-+2)	0.0(-3-+2)	277.5	n.s.
<u>V</u> _	対人交流(4項目)	0.0(-6-+6)	2.0(-6-+12)	238.0	n.s.
1	家族との関係	0.0(-3-+2)	1.0(-3-+3)	240.0	n.s.
2	友人との交流	0.0(-2-+3)	1.0(-3-+3)	279.0	n.s.
3	異性との関係	0.0(-2-+1)	0.0(-3-+3)	278.5	n.s.
4	一般の人との交流	0.0(-2-+2)	0.0(-3-+3)	263.5	n.s.
<u>VI</u>	心理的機能(8項目)	1.0(-4-+14)	2.0(-11-+14)	268.0	n.s.
1	愛されている感じ	0.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	283.0	n.s.
2	認められている感じ	1.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	254.5	n.s.
3	役割達成水準	0.0(-2-+2)	0.0(-2-+2)	283.5	n.s.
4	充実感・生き甲斐	1.0(-2-+3)	0.0(-3-+3)	309.5	n.s.
5 6	喜び・楽しみ 自己肯定・自己価値観	$ 1.0(-2-+2) \\ 0.0(-2-+3) $	$1.0(-3-+2) \\ 0.0(-3-+2)$	307.5 257.5	n.s.
6 7	自己有足·自己価値観 自己信頼·自己決定	0.0(-2-+3) 2.0(-1-+3)	0.0(-3-+2) 0.0(-3-+3)	257.5 167.5	n.s. * *
<i>1</i> 8	日口信粮•日口伏足 障害受容	-1.0(-3-+2)	0.0(-3-+3) 0.0(-3-+3)	301.0	
	総得点	$\frac{-1.0(-3-+2)}{12.0(-28-+44)}$	8.0(-33-+3) 8.0(-33-+62)	274.0	n.s.
	心 诗 从	12.0(-20-+44)	0.0(-33-+02)	214.0	n.s.

^{*}p<0.05 **p<0.01

表11 生活満足度と作業所活動内容の関係

		生活満足度総得点	р
主な活動内容による分類	単純作業中心型(n=23) 生産・サービス型(n=35)	11(-28-60) 18(-33-62)	n.s.
作業所運営への参画の有無	運営への参画なし(n=39) 運営への参画あり(n=19)	18(-11-62) 13(-33-60)	n.s.
作業所の地域への開放性	作業所内の人との関わりのみ(n=8) 地域住民との関わりが多い(n=50)	7(-13-31) 15(-33-62)	n.s.
作業所利用目的	仕事をする(n=21) 仕事をする以外の目的(n=37)	10(-33-60) 21(-17-62)	n.s.

表12 生活満足度とソーシャルサポート得点の相関

	表12 生活	満足度とソー	シャル	サポート得	点の相関		n = 58
		ソーシャルサポー	- 卜総得点	情緒的サポー	- ト総得点	手段的サポー	- ト総得点
		ρ	p	ρ	<u>p</u>	ρ	р
I	生活全般(1項目)	0.225		0.250		0.059	
П	身体的機能(5項目)	0.368	* *	0.377	* *	0.158	
1	全般的健康	0.195		0.174		0.158	
2	エネルギー・体力	0.209		0.245		0.084	
3	睡眠•休養	0.149		0.216		-0.080	
4	性生活	0.326	*	0.323	*	0.171	
<u>5</u>	食生活	0.418	* *	0.397	* *	0.217	
<u>III</u>	環境(7項目)	0.432	* *	0.495	* * *	0.071	
1	安全・平和	0.296	*	0.312	*	0.071	
2	自由・プライバシー	0.298	*	0.402	* *	-0.068	
3	住居・居住環境	0.455	* * *	0.452	* * *	0.265	*
4	地域環境	0.405	* *	0.425	* *	0.139	
5	所属場所	0.236		0.181		0.213	
6	収入・財産	0.144		0.214		-0.104	
7_	医療	0.199		0.231		0.008	
IV	社会生活技能(6項目)	0.539	* * *	0.586	* * *	0.155	
1	身だしなみ	0.274	*	0.261	*	0.137	
2	社会資源の利用	0.177		0.247		-0.075	
3	余暇の過ごし方	0.354	* *	0.438	* *	0.037	
4	生活管理	0.482	* * *	0.530	* * *	0.148	
5	コミュニケーション能力	0.553	* * *	0.552	* * *	0.258	
6	労働・学習能力	0.525	* * *	0.569	* * *	0.196	
V	対人交流(4項目)	0.579	* * *	0.583	* * *	0.245	
1	家族との関係	0.403	* *	0.403	* *	0.139	
2	友人との交流	0.338	*	0.324	*	0.550	
3	異性との関係	0.190	* * *	0.456	* * *	0.335	*
4	一般の人との交流	0.504	* * *	0.548	* * *	0.144	***************************************
VI	心理的機能(8項目)	0.226		0.282	*	0.008	
1	愛されている感じ	0.151		0.205		-0.012	
2	認められている感じ	0.117		0. 18		-0.053	
3	役割達成水準	0.191		0. 17		0.155	
4	充実感・生き甲斐	0.164		0.192		0.046	
5	喜び・楽しみ	0.187		0.235		-0.004	
6	自己肯定・自己価値観	0.164		0.281	*	-0.105	
7	自己信頼・自己決定	-0.154		-0.054		-0.310	*
8	障害受容	0.251	-	0.217		0.171	
	総 得 点	0. 57	* * *	0.617	* * *	0.170	

^{*}p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

とした道重の研究結果では9.3±1.4点®, 高齢者を対象とした杉山らの研究結果では8.07±2.11点®であり、それらと比較して着干低いものの、ほぼ同程度のサポートを受けていることが分かった。

生活満足度総得点と情緒的サポート総得点との 関係については、情緒的サポート総得点が高いほ ど通所者の生活満足度総得点は有意に高かった。 この結果はデイケア通所中の精神障害者を対象と した掛川らの結果と同様であり³⁰,精神障害者の 生活満足度向上のためには情緒的サポートが重要 であることが明らかとなった。領域別生活満足度 と情緒的サポート総得点との関係においても,環 境,社会生活技能,対人交流の各領域と有意な正 の相関がみられたことから,情緒的サポートの充 実によってこれらの領域の満足度が高まることが 明らかとなった。

次に、情緒的サポート提供者については、家族、

作業所職員,作業所通所メンバー,作業所外の友人と回答した者が多かった。特に,情緒的サポートの半数以上の項目においては家族と回答した者が多く,精神障害者の情緒的サポート提供者として家族が重要な役割を果たしていることが示唆された。

家族以外のサポート提供者については冒頃評価し認めてくれる人、気持ちを察してくれる人の項目において、職員と回答した者が多かった。職員は作業所で共に作業に参加しながら、通所者一人の作業能力に合った作業を提供し、通所者に一人の作業能力に合った作業を提供し、通所者に応じるなど、通所者に合った援助を展開していた。宇佐美らの研究においてもが、作業所やデイケアに通所している精神障害者はサポート提供者として、デイケアや作業所などの職員を挙げており、サポート内容としては、頼れる、自分を認めてくれる、リラックスさせてもらえるなどに通所することで職員の支えを認識し、自分を認めてくれ、気持ちを察してくれる存在として作業所職員の重要性をとらえていると考えられる。

また、会うと心が落ちつき安心できる人、気持ちの通じ合う人の項目では、作業所通所メンバーと回答した者が多かった。作業所通所メンバーとは、同じ作業所に所属している連帯感があり、同じ病を持つ仲間として共に支え合い、遠慮なく気軽に話せる存在なのであろう。宇佐美らの研究でも *** 、同じ病気をもつ仲間からは一緒にいるとほっとする、お互いに話し合い分かりあえるなどといったサポートを受けていた。その他、お互いの考えや将来のことを話し合える人として、作業所外の友人と回答した者が多かった。通所者は作業所通所メンバーだけではなく、作業所外の友人とも交流するという、サポートの広がりがあった。

手段的サポートと項目別生活満足度の相関をみると、住居・居住環境と異性との関係の項目で正の相関があった。逆に、自己信頼・自己決定の項

目とは負の相関が自己信頼・自己決定の項目は 「自分自身を信頼し、自分で物事を判断すること が出来ますか」という問いであった。自立してい ると本人が認識し、満足している場合には手段的 サポート総得点が低く、サポートをあまり必要と していないためと思われた。

手段的サポート提供者については、家族と回答した者が多かった。手段的サポートも情緒的サポートと同様に家族が重要な提供者となっていた。藤井や川■の研究⁽³⁰⁾⁽³²⁾でも、サポート提供者としては家族が重要視されていた。また、わからないことがあるとよく教えてくれる人の項目では作業所職員と回答した者が多く、通所者の全体的な傾向としては作業所職員が情報を提供してくれる人であると認識していた。

4. 地域で生活する精神障害者にとっての作業所

項目別生活満足度で最も得点が高かった項目は 作業所に対する満足度を尋ねた所属場所の項目で あり、生活満足度とソーシャルサポートとの関係 については情緒的サポート得点が高いほど、通所 者の生活満足度は高くなるという正の相関が認め られたことから、対象となった作業所は通所者に とって重要な社会資源であることが示唆される。 また、生活満足度と入院総期間とは負の関連が見 られたことから、病院においては入院早期から地 域に患者を帰す看護援助が求められ、入院施設と 作業所との連携が重要である。本研究で対象となっ た作業所は地域の他の作業所や組織との連携をとっ ている地域への開放性が高い作業所であるが、 今 後はさらに入院施設との連携も行っていくことが 期待される。また、通所者の生活満足度総得点と 情緒的サポート総得点と正の相関が見られ、情緒 的サポートの充実が重要である。また、サポート 提供者としては、情緒的サポート、手段的サポー トのいずれも家族の占める割合が大きかった。こ れらのことから、家族と精神障害者との関係を改 善する援助が作業所においても重要である。

また、項目別生活満足度において、最も得点が低かったのは障害者として扱われることに対する満足度を問う項目であり、作業所は地域との結びつきが医療施設やデイケアより強く、ノーマライゼーションを地域に浸透させる働きかけも期待される。

V. 結 論

作業所通所者の生活満足度、最も得点が高かったのは作業所に対する満足度の項目であり、最も得点が低かったのは障害者として扱われることに対する満足度を問う項目であった。また、総入院期間が長いほど生活満足度が低く、情緒的サポー

ト得点が高いほど通所者の生活満足度は高いこと、 情緒的サポート、手段的サポートのいずれも家族 の占める割合が大きいことが明らかとなった。

VI. 謝 辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力いただいた作業所の所長はじめ、職員の皆様、通所者の皆様に深謝いたします。また、調査中、ご指導、ご助言をいただいた岐阜県立看護大学教授斎藤和子教授、千葉大学看護学部岩崎弥生教授はじめ、千葉大学看護学部精神看護学教育研究分野の皆様、またそのほかにご助言をいただいた諸先生に深謝いたします。

要 旨

精神障害者小規模作業所通所者の生活満足度と個人的特性,客観的QOLとの関係を明確にすることを目的に首都圏の精神障害者小規模作業所7ヵ所に通所する精神障害者58名を対象とし,面接調査を行った。その結果,以下のことが明らかになった。

作業所通所者の項目別生活満足度で、最も得点が高かったのは作業所に対する満足度の項目であり、最も得点が低かったのは障害者として扱われることに対する満足度であった。生活満足度総得点と総入院期間とは負の相関があり、生活満足度と情緒的サポート得点は正の相関があった。情緒的サポート、手段的サポートのいずれも家族の占める割合が大きかった。

調査結果から、地域で生活している精神障害者に対し、病院においては入院早期から地域に 患者を帰す援助、入院施設と作業所との連携、精神障害者と家族との関係を改善させる援助、 地域にノーマライゼーションを浸透させる働きかけが重要であることが示唆された。

Abstract

To clarify the relationship among life satisfaction, demographics and subjective QOL in mentally handicapped persons, an interview research was conducted in 58 subjects who had mental disorders and had been visiting to 7 small-scale workshops for mentally handicapped persons.

Among the QOL scales scored by the subjects, the life satisfaction for workshops obtained the highest score, and the life satisfaction for treatment as handicapped persons obtained the lowest score. There was a negative correlation between the QOL and the total length of hospital stays, and a positive correlation between the QOL and the score of emotional supports. Families were shown to play a major role in both of emotional

精神障害者小規模作業所通所者のQuality of Lifeに関する研究

supports and supports as means.

As a consequence, four factors were found to be important for mentally handicapped persons who lived in the community; the approach to return them from the early-stage hospitalization to the community, the cooperation between hospitalization facilities and workshops, the cares to improve the relationship between their families and them, and the action to be permeated the concept of normalization into the community.

VII. 文献

- 1)全国精神障害者家族会連合会:精神障害者が利用する作業所の実状と活動のあり方に関する調査研究 昭和61年度厚生科学研究報告書,全国精神障害者家族会連合会,3-78,1987.
- 2)谷中輝雄, 盲川武彦他編:地域看護学講座9 障害者・精神保健地域看護活動, 116-117, 医 学書院, 東京, 2000.
- 3)精神保健福祉研究会監修: 我が国の精神保健福祉平成11年度版(精神保健福祉ハンドブック), 55-56,厚健出版,東京,1999.
- 4) 国民衛生の動向, 119-125, 厚生統計協会, 東京, 2000.
- 5) 国民の福祉の動向, 177-178, 厚生統計協会, 東京, 1999.
- 6)村田信男,浅井邦彦:精神科デイケア,215, 医学書院、東京,1996.
- 7) 荒井元博:精神障害者の作業所の課題と今後 のあり方を考える, REVIEW, 4, 39, 1993.
- 8) 簗瀬 誠, 榎本貞保, 有村 環:通所者の認 識する精神障害者共同作業所の役割, 公衆衛生, 63(2), 136-142, 1999.
- 9)山崎登志子,久米和興:精神障害者小規模作業所への通所目的と自立援助についての一考察, 日本看護研究学会雑誌,23(4),19-29,2000.
- 10) 松岡克尚, 荒川義子:精神障害者共同作業所の機能分化に関する研究-大阪府下の作業所に対する調査を通して-, 関西学院大学社会学部 紀要, 67, 114, 1993.
- 11) 簗瀬 誠, 榎本貞保, 飯田真由美:精神障害 者共同作業所通所者の通所効果について, 保健

- の科学, 39(9), 645-649, 1997.
- 12) 野間恵子, 荒賀文子, 釘田妙子他:精神障害 者共同作業所の通所効果について-作業所通所 者の調査から-,日本公衆衛生雑誌,40(10), 945-952,1993.
- 13) 南 好子,松本光恵:精神障害者の社会復帰 に関する研究-小規模共同作業所の現状と問題-, 滋賀県立短期大学学術雑誌,44,82-88,1993.
- 14) 丸山由香:精神障害者地域共同作業所のあり 方と利用者の肯定的な自己生活評価との関連性 に関する研究,東京大学大学院医学系研究科健 康科学・看護学専攻修士論文,1-29,1998.
- Anthony, W. A., Cohen, M.R.& Farkas,
 M.D.:精神科リハビリテーション(高橋亨,
 浅井邦彦,高橋真美子訳),25,マイン,1993.
- 16) 角谷慶子:精神障害者の QOL の特徴とリハ ビリテーションプログラムによる治療介入後の 変化,京都府立医科大学雑誌,104(12),1425-1434,1996.
- 17) 水元由希子:精神障害者の主観的 QOL に関する要因 対人関係を中心にして , 札幌医科大学保健医療学部作業療法学科平成8年度卒業論文,1-13,1996.
- 18) 筒井真優美: 看護学における QOL の概念と 測定, 看護研究, 25(2), 153-156, 1992.
- 19) Kleinpell, R.M.: Concept analysis of quality of life, Dimentions of Critical Care Nursing, 10(4), 223-229, 1991.
- 20) 村田信男:地域精神保健 メンタルヘルスと リハビリテーション,22-24,医学書院,東京, 1993.

- 21) 萩原 勝:日本人のクオリティ・オブ・ライフ, 1-25, 至誠堂, 東京, 1978.
- 22) 金子 勇, 松本 光: クオリティ・オブ・ライフ, 29-37, 福村出版, 東京, 1986.
- 23) 中里東治: 心理学からの QOL へのアプローチ, 看護研究, 25(3), 13-16, 1992.
- 24) 小島蓉子: クオリティ・オブ・ライフ(QOL) と社会リハビリテーション, 総合リハビリテー ション, 12(4), 283-288, 1984.
- 25) 武藤正樹, 今中雌一: QOLの概念とその評価方法について, 老年精神医学雑誌, 4(9) 969-972, 1993.
- 26) 黒田裕子: クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その概念的な側面, 看護研究, 25(2), 98-104, 1992.
- 27) Lehman A.F.: The well-being of chronic mental patients, Archieve of General Psychiatry, 40, 369-373, 1983.
- 28) Lehman A.F.: A quality of life interview for the chronically mentally ill, evaluation and program planning, 11, 51-62, 1988.
- 29) 角谷慶子:精神障害者における QOL 測定の 試み-生活満是度スケールの開発-,京都肩立 医科大学雑誌,104(12),1413-1424,1995.
- 30) 宗像恒次:最新行動科学からみた健康と病気, 206,メデカルフレンド社,東京,1999.
- 31) 宗像恒次: 燃えつきおよびその関連尺度(桃 生寛和, 早野順一郎, 保坂 隆, 木村一博: タ イプA行動パターン), 230-231, 星和書店, 東京, 1993.

- 32) Browne, S., Roe, M., et al.: Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia, Acta psychiatr Scand, 94, 118-124, 1996.
- 33) 坂田三允, 遠藤淑美:精神科看護とリハビリテーション,68, 医学書院,東京,2000.
- 34) 掛川友里江,森 千鶴:精神科ディケア通所 者の満足度と情緒的サポートとの関連,日本看 護学会第30■地域看護,122-124,1999.
- 35) 道重文子, 多田曜栄, 他:看護学生の自尊感情およびソーシャル・サポートの経時的変化についての検討, 徳島大学医療技術短期大学部紀要, 5, 23-30, 1995.
- 36) 杉山善朗,竹川忠男,森山美知子:高齢者のストレス・コーピングに関する日米比較-心身健康と社会的サポートの条件ー,高齢者問題研究,8,81-91,1992.
- 37) 宇佐美しおり、住書亜矢子、郷良淳子他:精神障害者の地域生活の維持・促進に関連するソーシャルサポートネットワークの実態、兵庫県立看護大学紀要、7、59-70、2000.
- 38) 藤井達也: 「精神障害者」のソーシャル・サポート・ネットワーク, 早稲田大学大学院文学研究科紀要, 13, 59-70, 1986.
- 39) 川■優子: デイケア通所者のソーシャルサポート, 精神科看護, 36, 67-72, 1992.

平成14年1月7日受 付 平成14年12月4日採用決定

第985回

運営審議会の概要(平成14年11月26日)

第985回運営審議会は、平成14年11月26日(火)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、担当委員長等から説明があり、対外 報告として了承しました。

- 第7部報告「医療の安全に関する諸問題」について
- ・ 核科学総合研究連絡委員会核融合専門委員会報告「核 融合研究の新しいあり方について」について
- 平和問題研究連絡委員会報告「『平和学』の研究推進の 提言―日本の学術研究者等の自省――」について
- 荒廃した生活環境の先端技術による回復研究連絡委員会報告「遺棄化学兵器の廃棄技術に対する科学的リスク評価とリスク管理を目指して」について
- 地域医学研究連絡委員会報告「わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方」について

2 運営審議会附置委員会の廃止について

次の運営審議会附置委員会の廃止について、原案のとおり了承しました。

● ノーベル賞100周年記念国際フォーラム実行委員会

3 専門委員会の設置について

次の専門委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

社会環境工学研究連絡委員会「ヒートアイランド現象専門委員会」

4 広報協力学術団体の指定について

次の団体を指定することを了承しました。

- 日本RNA学会
- 服飾文化学会

5 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。

6 平成14年度代表派遣について (平成15年2月分)

- (1) 第8回太平洋地域新第三系国際会議(2月2日~9日、 チェンマイ/タイ)
- (2) 国際関係学会(ISA) 2003年次研究大会(2月25日~3

月1日、ポートランド/アメリカ合衆国)

7 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

(1) ITプログラム第 1 回「戦略的基盤ソフトウェアの開発」 シンボジウム

日時:平成14年12月12日

場所:学士会館

(2) 人間工学啓発のための講演会「モノづくりの人間工 学 — ユニバーサルデザイン実践ガイドライン他の紹 介 — I

日時:平成15年1月27日

場所:学士会館

(3) 日本がん看護学会第1回国際学術集会

日時:平成15年2月8日~10日

場所:大阪囯際会議場

日時:平成15年4月24日~25日

場所:大阪大学コンベンションセンター

(5) 地球惑星科学関連学会2003年合同大会

日時:平成15年5月26日~29日 場所:幕張メッセ国際会議場

学術の動向 2002.12 103

第986回

運営審議会の概要 (平成14年12月17日)

第986回運営審議会は、平成14年12月17日(火)に開催され、次のような審議がありました。

1 「持続可能な社会に向けた新しい科学と技術 国際会議実行委員会」の設置について

次の実行委員会の設置について、原案のとおり了承しま した。

2 平成13年度代表派遣について(平成15年3月 分・追加分)

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 第20回太平洋学術会議(3月17日~21日、バンコ ク/タイ)
- (2) WCRP合同科学委員会第24回総会(3月17日~3月22 日、レディング/イギリス)
- (3) アメリカ国際法学会2003年年次集会(4月2日~4月5日、ワシントンD.C./アメリカ合衆国)
- (4) 海洋における生物地球化学と生態系の解析計画に関する国際公開科学会議(1月7日~1月10日、パリ/フランス)
- (5) バングラデッシュ化学会年会第25周年記念大会(1月 11日~1月13日、ジャハンギルナガル/バングラデッ シュ)
- (6) 世界ホリスティック・ヘルス・サミット(1月12日~1 月17日、バンガロール/インド)
- (7) 第5回国際比較生理生化学会議(2月2日~2月7日、マウントブラー/オーストラリア)
- (8) 米国胸部外科学会第39回年次総会(2月2日~2月5日、 サンディエゴ/アメリカ合衆国)
- (9) IGCP科学理事会(2月3日~2月4日、パリ/フランス)
- (10)第10回レトロウィルスと日和見感染症に関する会議 (2月10日~2月14日、ボストン/アメリカ合衆国)
- (11) アメリカ地域学会(2月27日~3月1日、リオ・リコ/ アメリカ合衆国)
- (12) 第34回月惑星科学会議 (3月17日~3月21日、ヒューストン/アメリカ合衆国)

- (13) 宇宙空間研究委員会理事会(3月19日~3月20日、バリノフランス)
- (14) 経済学における幸福のパラドックスに関する会議(3 月21日~3月23日、ミラノ/イタリア)

3 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用する ことを了承しました。

(1) 第1回グリーン・サステイナブルケミストリーネットワーク(GSC)東京国際会議

日時:平成15年3月13日~平成15年3月15日

場所:早稲田大学国際会議場 (2) 平成14年度衝撃波シンポジウム

日時:平成15年3月13日~15日

場所:群馬大学工学部 総合研究棟

学術の動向 2003.1 103

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Ⅲ:その他)

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけで も早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総 説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

投稿者は、投稿時に上記論文種別のいずれかを申告する。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙(学会誌最終頁に綴じ込まれている)に必要事項を記入の上、本文、 図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー2 都(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 ■(4月,7月,10月,1月,各月の10日)とし、各■ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採香は、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。

		фицерация. 	原著論文	研究報告	技術•実践報告	総 説	資料・その他
独	創	性	0	0	0		
萌	芽	性		0	0		
発	展	性		0	0	0	
按	術的有	用性			0	0	
学術	f的価値性·	有用性	0	0	A STATE OF THE STA	0	
信	頼	性	0			0	
完	成	度	0		4		

〔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 門×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、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

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

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

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

- 1) 所定の表紙(学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして**使**用)に、原稿の種類、和・英(JAMAの書式)の論文題名、およびキーワード(5語以内)著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、別刷部数を明記する。
- 2) 本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、書式はA4判の用紙に文字数800字(40字詰め20行)、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数(本文のみ)を記すこと。
- 3) 英文抄録は200語以内 A 4 判の用紙にダブルスペースで印字する(原著論文, 研究報告のみ)。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出 された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の 右側余白に図表番号を失書きする。
- 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) - 例-

3) 研究太郎:看護基礎科学入門,23-52,研究学会出版,大阪,1995

③編集者の場合:

番号) 著者名:表題,編集者名(編):書名,始ページー終ページ,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、図表等の一切を含むものとする。

(1) 原著論文

12ページ

(2) 研究報告

12ページ

(3) 技術・実践報告 8ページ

(4) 総 説

8ページ

3. フロッピーディスク

原則として、原稿のフロッピーディスクを添付する。3.5インチフロッピーで MS-DOS 上のテキ ストファイルが望ましい。ラベルには著者,表題,使用機種,使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成15年度会費のご案内について

平成14年度会費をお納めの上、平成15年度から「退会 | 申し出のない会員各位に学会誌26巻1 号(平成15年4月20日発行)を送付致しております。

平成15年度会費未納の方は、お早めに下記の納入方法でお振り込み下さい。

記

7.000円 費

支払い方法 郵便振込

口座番号 00100-6-37136 加入者名 □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。

- 2. 送付先変更の場合は、お早めに会費振込用紙の通信欄、又は葉書、FAX (043-221-2332) で新 しい送付先をお知らせ下さい。楷書でお書き頂き、難しい呼び名の場合には、ふりがなを付記し て下さい。
- 3. 平成15年3月1日付けで会員登録データ照合について、平成15年3月15日までにご回答下さい ますようお願い致しましたが、まだご回答いただいていない会員がおります。まだの方は、至急 ご回答下さいますようお願いいたします。尚、多くのみな様から FAX をお送りいただきました ため、一時 FAX の受信が滞りご迷惑をおかけいたしました。
- 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。 か-049 河村 佳子 た-589 段 亜梅 は-317 濱 美沙緒
- 5.昨年6月から勤務の牛島さん,水嶋さんは出産のため退職することになりました。 事務局勤務 に新しく石井久美子さん、松岡真由美さんが入り、高橋成子さんと3名で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。

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

日本看護研究学会雜誌

第26巻 1号

平成15年3月20日 印刷 平成15年4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

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 責任者

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町 1-10-6



株式 **方者【科学** http://www.kyotokagaku.co.jp 会社 **方者【科学** e-mail:kyoiku@kyotokagaku.co.jp

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. 入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. 理事会承認後, その旨通知する際に入会金3,000円, 年会費7,000円, 合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日, 2週間以内にお振込み下さい。
- 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

5 4.	E O JEV	1=1 VC	負 同し 云貝 こし こ 一 一 十	及より八	Z & H		ひまり。			
ふ	り が	な		印	専門	区分	看護学・医	医学・	その他()
氏		名		(1)	生	年	面曆		年	月
所		属		****				4	也区割	
///) 	TEL	FAX					地区名	都 道 府 県 名
送允	十 先 住	所	₹					1	北海道	北海道
自宅	· 所	属							東北	青森,岩手,宮城,秋田,山形,福島
自		宅	TEL	FAX					来 北	同称, 石 于, 西 瓜, (八国, 山) , 他 母
	: .lr		rn-	A = 17. =			***************************************	3	関 東	千葉,茨城,栃木,群馬,新潟
推思	1 省氏	~	ED ED	会員番号				4	東 京	東京,埼玉,山梨,長野
推点	1 者 所	凮						5	東 海	神奈川,岐阜,静岡,愛知,三重
理事会	承認年	月日	年 月 日					6	近畿・北陸	
事	務		年度入会 会員番号	annum .						
1			受付日	老	}	号~	,	7	中国・四国	島根,鳥取,岡山,広島,山■,徳島,香川,愛媛,高知
記	入	欄	通知番号	送付日		月	В	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)										ゴリーⅢ) の他(2. 研	究報告)
原稿送付年	—— 月日		年	月		日						
		A	;	和 :	文	題	目					
				英 :	文	題	目					
		キー	ワード	(5語	以图	勺,	日本	語/	英語)			
1. 4.	//		2. 5.		/			3	•	/		
			J	原	稿	枚	数					
本文:	枚	<u></u> :		枚		表	:		枚	写真:		点
				著			者					
会員番号	氏	名(日本	語/ㅁ-	-マ5	字)			j	所 扂	く 日本語/	/英語)	
			連絡	失	住	丽	•	FF.				
冷 花 =				ی ر		///		1 \(\)	'			
住所: <u>〒</u> 氏名:												
Tel:			Fax:	_				_ <u>E</u>	C-mai	l:		
別刷希望部数												

*受付年月日: 年 月 日

ヌーヴェルヒロカワは、 日本看護研究学会の 益々のご発展を お祈り申し上げます。



看護学・医学書出版 ヌーヴェル ヒロカワ

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073 [編集] 電話 03 (3237) 0221 FAX 03 (3237) 0223 E-mail:editorial@nouvelle-h.co.jp [販売] 電話 042 (951) 1881 FAX 03 (3237) 0223

