

VOL.26 No.2
平成15年 6 月20日発行
I S S N 0285—9262

日本看護研究学会雑誌

(Journal of Japanese Society of Nursing Research)

VOL.26 NO.2

日本看護研究学会

看護ケアの質向上に貢献する、時宜を得た出版

看護成果分類(NOC)

【新刊】

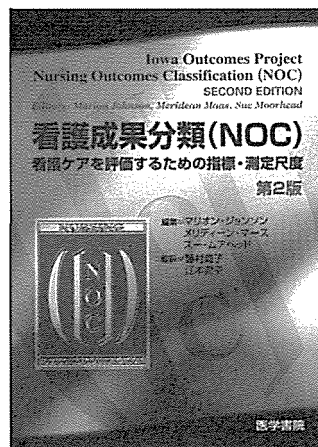
看護ケアを評価するための指標・測定尺度

第2版

編集 マリオン・ジョンソン
メリディーン・マース
スー・ムアヘッド

監訳 藤村龍子 東海大学健康科学部教授
江本愛子 三育学院短期大学名誉教授

NANDA看護診断、NIC(看護介入分類)と並んで看護の標準言語体系の1つ、NOC(看護成果分類)の体系化がさらに進んだ。第2版では、成果分類のタキソノミーが確立し、成果ラベルと成果指標にコード番号が付された。また、新しい成果ラベルが70追加された。看護介入の効果の測定と看護過程のシステム化に欠かせない1冊。



●A5 頁644 2003年
定価(本体6,000円+税)
[ISBN-4-260-33270-8]

目次

- Part 1 看護成果分類の背景と活用
第1章 成果の開発と意義
第2章 看護感受性患者成果に関する研究の第I期と第II期
第3章 現在の分類法と今後の開発
第4章 看護成果分類の利用と応用
- Part 2 看護成果分類のタキソノミー
- Part 3 成果

- Part 4 看護成果分類のリンケージ
ゴードンの健康パターンと看護成果分類のリンケージ
NANDA看護診断と看護成果分類のリンケージ
- Part 5 付録
付録A 看護成果分類のケースマネジメントへの活用
付録B ケア計画の実例
付録C 看護成果分類の適用
付録D 新しい成果と改定された成果
付録E 看護成果分類の提案の要綱

看護診断・成果・介入 NANDA, NOC, NICのリンケージ

監訳 藤村龍子 東海大学健康科学部教授
訳 江本愛子 三育学院短期大学名誉教授／中木高夫 日本赤十字看護大学教授

看護の標準言語体系、ついに登場！NANDAが開発を進めてきた看護診断と、アイオワ大学を中心に開発されてきた看護の成果(NOC)と看護介入(NIC)がリンケージされ、看護の標準言語の最初の体系が完成した。診断・成果(目標)・介入が結びつけられたことで、標準的なケアプランとして、個別のケアプランの作成に役立つ。看護診断はNANDAの最新の分類法で配列した。

【目次】 第1部 用語とその応用／第1章 用語 第2章 NANDA-NOC-NICのリンケージ 第3章《NANDA-NOC-NICのリンケージ》の活用 第2部 NANDA-NOC-NICのリンケージ 第3部 付録/A. 看護成果分類(NOC)のラベルと定義(260の成果) B. 看護介入分類(NIC)のラベルと定義(486の介入)

●A5 頁484 2002年
定価(本体4,000円+税)
[ISBN-4-260-33223-6]

関連書



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

要 旨

本研究では、看護職の患者に対する言語的対応測定尺度を岩村・小柳らのファシリテータ発言分類15項目（1984）に対応する発言例を用いて作成し、その信頼性・妥当性の検討を行った。

33項目からなる文章例を用いた質問紙により、K病院看護師243名に調査した。

因子分析（プロマックス法）の結果、固有値1.5以上の4つの因子が抽出された。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Ⅲ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。

言語的対応測定尺度における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・質問）」、「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（ $\alpha = .703 \sim .843$ ）と内的整合性が示された。

言語的対応測定尺度における4つの下位尺度と日本語版SSI尺度6領域の内、「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。

Abstract

In this study, the author designed the Verbal Communication Skills Inventory (VCSI) to study the scale's reliability and validity.

The words were used in designing the 33 questionnaires on 15 types of Category System of Facilitator's Speech that were made by Iwamura and Oyanagi (1984).

The answers of 243 nurses in K hospital to these 33 questions were processed using four factor analyses (principle factor analysis promax solution) to extract significant 33 items to design the VCSI.

The fourth factor analysis help the author extract four stable factors ("The other and self-disclosure", "Evaluation for the other's speaks and behaves", "Expression for listening attentively (reaction/question)" and "Confirmation for the other's speaks, behaves and feelings").

Each α coefficient was between .703 to .843, indicating high internal consistency and reliability.

It is highly correlated with four factors resulted from the correlation with "Social expressivity" and "Social sensitivity" of the Japanese SSI, confirming the validity of the constituent concept.

会 告 (1)

日本看護研究学会選挙管理委員長について

平成14年12月20日付けの会告により公示された、日本看護研究学会評議員選出のために、本学会会則第17条及び評議員選出規程第6項に従って、平成15年4月20日付けの会告(1)の通り委員を委嘱し、規程6項2)により委員長を下記の通り委嘱しました。

日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 茅 島 江 子

平成15年6月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

会 告 (2)

選出する評議員定数について

平成15年度に施行する日本看護研究学会評議員選出選挙において、選出する評議員の定数は、本学会会則第17条及び評議員選出規程第2項に従って、下記の通りとします。

地区別評議員定数

北海道	8名	東北	11名	関東	12名	東京	23名
東海	26名	近畿北陸	31名	中国四国	22名	九州	17名
						合 計	150名

平成15年6月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

告 (3)

評議員選挙の投票締切日について

本学会会則17条及び評議員選出規程第7項に従って、評議員選出選挙の投票締切日を下記の通りとします。

記

投票締切日 平成15年10月1日

(投票締切日消印の投票封筒の到着をもって締切りとする。)

平成15年6月20日

日本看護研究学会
選挙管理委員会

委員長 茅 島 江 子

会 告 (4)

平成14年度総会において、日本看護研究学会ホームページを開設することが承認され、平成15年5月20日開設致しましたのでお知らせ致します。

尚、ホームページアドレスは、下記の通りです。

記

<http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/>

(～(チルダ) がなくても開けます)

又は、<http://jsnr.umin.jp/>

平成15年6月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

会 告 (5)

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程・細則および募集要項に基づいて、平成15年度学会賞の対象者を推薦して下さい。

平成15年 6 月20日

日本看護研究学会

理事長 川 村 佐和子

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程

(趣旨)

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

(種類)

第2条 表彰および若手研究者の育成のために次の2つの賞を設ける。

- 1) 日本看護研究学会賞 (以下、学会賞)
- 2) 日本看護研究学会奨励賞 (以下、奨励賞)

(審査対象)

第3条 審査対象は次のとおりとする。

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

(資格)

第4条 各賞は次の各号に該当する者に授与する。

- 1) 学会賞
 - (1) 15年以上日本看護研究学会会員であること。
- 2) 奨励賞
 - (1) 3年以上日本看護研究学会会員であること。
 - (2) 推薦時に45歳未満であること。
 - (3) 前条2号(1)の論文の筆頭者、または前条2号(2)の筆頭発表者であること。

(推薦)

第5条 各賞に対する推薦は、次のとおりとする。

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

(受賞者数)

第6条 各賞の授賞者数は、次のとおりとする。

- 1) 学会賞は毎年度1名以内。
- 2) 奨励賞は毎年度1名以内。

(選考)

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

(決定)

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

(表彰等)

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

(規程の改正)

第10条 本規程の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この規程は、平成13年4月1日から施行する。

日本看護研究学会 学会賞および奨励賞に関する規程細則

(趣旨)

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

(選考基準)

第2条 各賞の選考は、次のとおりとする。

1) 学会賞

- (1) 論文の内容が、看護学または看護実践において有益で顕著な貢献が認められること。
- (2) 本学会の学術活動に顕著な貢献が認められること。

2) 奨励賞

- (1) 研究方法や成果に独自性があり、看護実践への示唆が大きく、十分な論理性を備えていること。

(推薦方法)

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

(申請手続)

第4条 各賞候補者の申請は、次のとおりとする。

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

(選考委員会)

第5条 各賞の選考委員会は、次のとおりとする。

- 1) 委員会は、理事長が理事の中から指名した5名によって構成する。なお委員長は、委員の互選とする。

2) 選考委員会の委員は、原則として被推薦者または推薦者の所属する所属機関および共同研究者以外から選出する。

3) 選考委員会は4月に設置する。

第6条 選考委員会は、提出された申請書類等を審査し、委員会の合議で各賞候補者を選考する。

第7条 選考委員会は、11月末日までに各賞候補者を選出し、推薦書を添えて理事長に報告する。

第8条 選考委員会は、候補者の選考経過および結果を本学会雑誌1号で報告する。

(その他)

第9条 副賞の内容については、当該年度の理事会において決定する。

第10条 提出書類(論文別冊を含む)は、返却しない。

(細則の改正)

第11条 本細則の改定は、理事会の議を経て行う。

附則

(施行期日)

この細則は、平成13年4月1日から施行する。

平成15年度学会賞募集要項

日本看護研究学会学会賞・奨励賞選考委員会

1. 応募方法・応募資格

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

2. 応募締切日

平成15年9月30日必着

3. 選考方法

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

4. 学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 竹 尾 恵 子（国立看護大学校大学校長）

委 員 石 垣 靖 子（医療法人東札幌病院副院長，看護部長）

〃 小 田 正 枝（西南女学院大学保健福祉学部教授）

〃 七 田 恵 子（日本赤十字武蔵野短期大学教授）

〃 松 岡 緑（九州大学医学部保健学科教授）

（アイウエオ順）

5. 学会賞の交付

規程第9条，細則第9条により行う。

6. 応募書類は細則第10条により返却しない。

7. 学会賞申請書送付先

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会

学会賞・奨励賞選考委員会

委員長 竹 尾 恵 子

会 告 (6)

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ください。<http://www.congre.co.jp/29kango>)

平成15年 5 月 1 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

9:00~9:40 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 (大阪大学大学院)

9:50~11:40 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: 阿曾 洋子 (大阪大学大学院)

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 (愛知県立看護大学)

佐山 静恵 (獨協医科大学附属病院看護部)

11:00~12:40 実演交流会①「すぐに役立つ正しい臨床技術」

司会: 泉 キヨ子 (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)

11:50~12:40 奨学会研究発表

司会：三上 れつ（慶應義塾大学看護医療学部）

「重症・救急患者家族のニーズ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）

11:50~12:40 ポスター発表①

13:20~15:10 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（慶應義塾大学看護医療学部）

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（大阪大学附属病院看護部）

川村 治子（杏林大学保健学部看護学科）

15:20~16:20 ポスター発表②

15:20~16:20 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（神戸市立看護大学短期大学部）

16:30~18:00 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（筑波大学）

「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

9:00~9:50 ポスター発表③

9:00~9:50 実演交流会③

司会：尾崎フサ子（新潟大学医学部保健学科）

「看護療法としての正しいマッサージ手法」

小坂橋喜久代（群馬大学医学部保健学科）

10:00~11:50 シンポジウム

「未来を見つめるナースング・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（東京大学大学院，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（東京医科歯科大学大学院，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）

12：20～13：10 総会

13：20～14：20 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）

14：30～15：30 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（京都大学）

「先端医療の倫理と決断」 前■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（東京医科歯科大学附属病院）

14：30～15：30 ポスター発表④

14：30～15：30 実演交流会④

司会：楊箸 隆哉（信州大学医学部保健学科）

「研究成果に基づき清拭技術の臨床応用」

松田たみ子（自治医科大学）

15：40～17：00 市民公開シンポジウム

「患者と共に進める医療改革」

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）

「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，ナースとして」 菊地 素子
（大阪大学附属病院看護部）

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。学術集会とは別に申し込みが必要です。

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」（含パソコン演習）

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（大阪大学大学院）

7月25日 12:00～13:15 ランチョンセミナー（無料・軽食付）を予定しています。

<参加申し込み方法>

前述のホームページをご覧くださいお申し込み下さい。

<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15年6月23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

* 尚、子育て中の参加者の方には育児室（保育スタッフ在室）を会場内に用意しますのでご利用下さい（実費有料）。

* 展示ブースを無料で各看護大学の広報や入学案内用に準備します。ご希望の大学はお早めにFAX（06-6879-2550）にて事務局までご一報下さい。

学 会 賞 推 薦 書

日本看護研究学会理事長 殿

日本看護研究学会学会賞および奨励賞に関する規程第5条に則り，学会賞
の候補者を推薦いたします。

年 月 日

推 薦 者 氏 名 (年齢)	推 薦 者 所 属 (職名)
会員番号 (歳)	()
被 推 薦 者 氏 名 (年齢)	被 推 薦 者 所 属 (職名)
会員番号 (歳)	()
推薦理由	

学 会 賞 申 請 書

年 月 日

被 推 薦 者 氏 名（年齢・性別）	
本 学 会 会 員 歴	
本学会雑誌掲載論文リスト（筆頭論文のみ）	
No. 著者・共同研究者：論文題目， 卷（号）， 頁， 年	
主な研究論文についての推薦すべき点	
本学会の学術活動への貢献となった事項	

目 次

－ 原 著 －

対人関係能力としての看護学生のオープナー特性の検討	19
－一般大学・看護大学・看護専門学校生の学校間・学年間の比較－	
愛知医科大学看護学部 大 見 サキエ	

－ 研究報告 －

病院の看護師における頭髪の細菌叢の検討	35
－ I. 頭髪の細菌汚染の実態調査－	

順天堂医療短期大学看護学科	工 藤 綾 子
	稲 富 恵 子
島根医科大学看護学科	田中(高峰)道子
元順天堂大学附属浦安病院	新 保 佐知子
順天堂大学附属順天堂医院	小 林 弘 美
	平 山 喜美子
島根医科大学医学科	古 瀬 浩 介

妊娠前から出産後までの喫煙の実態と関連要因	51
岩手県立大学 藤 村 由希子	
山形大学 小 林 淳 子	

女子学生を対象とした MSQ (Menstrual Symptom Questionnaire) の予備的検討	63
－その因子構造ならびに身体的、心理社会的要因との関連を中心に－	
岡山県立大学保健福祉学部 難 波 茂 美	

日本のグループホームにおける痴呆性高齢者の情報収集と入居適応との関連	73
九州大学医学部保健学科看護学専攻	赤 司 千 波
前大分医科大学医学部看護学科	豊 澤 英 子
大分医科大学医学部看護学科	三重野 英 子
	桶 田 俊 光

脳卒中後遺症患者の口腔状態と全身状態の関連	89
弘前大学教育学部看護教育学科	河 野 元 子
	山 辺 英 彰
	富 澤 登志子
	水 谷 千 秋

第28回日本看護研究学会講演記事（2）

教育講演Ⅲ

生活援助技術の開発

～研究成果と実践への活用～ 101

筑波大学社会医学系 紙 屋 克 子

鼎 談

看護専門職を育てる効果的なシステム 115

山梨県立看護大学短期大学部 倉 田 トシ子

シンポジウム

実践・教育・研究のリンケージ

－看護職のさらなる発展を期して－ 119

山梨県立看護大学 大 島 弓 子

北里大学看護学部 岡 崎 寿美子

精神看護専門看護師（精神看護 CNS）としての

実践と教育，研究との連携 121

熊本大学医療技術短期大学部 宇佐美 しおり

ストーマケアナース（ET）と看護師との臨床でのリンケージ 124

東京女子医科大学看護学部 石 川 眞里子

人工内耳リハビリテーションにおける実践・教育・研究のリンケージ

－学際的専門職チームによる実践と教育の連携－ 128

東海大学健康科学部社会福祉学科 北 野 庸 子

社会のニーズに応える看護の実践

～米■における実践・教育・研究のリンケージ～ 132

三重大学医学部看護学科 佐 藤 芙佐子

CONTENTS

..... Original Paper

Nusing Students' Opener Characteristic as an Indicator of Interpersonal Relation Abilities

- Comparisons Between General University and Nursing Students' and Between Grades — 19

Aichi Medical University College of Nursing: Sakie Omi

..... Research Report

Evaluation of the Bacterial Flora in the Hair of Hospital Nurses

- I. Bacterial Contamination of Hair Under Normal Conditions— 35

Department of Nursing, Juntendo Medical

College of Nursing: Ayako Kudo

: Keiko Inatomi

School of Nursing, Shimane Medical University: Michiko Takamine Tanaka

Juntendo University Urayasu Hospital: Sachiko Shinbo

Juntendo Hospital: Hiromi Kobayashi

: Kimiko Hirayama

School of Medicine, Shimane Medical University: Kohusuke Huruse

The Actual State of Smoking among Women from before

- Pregnancy till a Postpartum Period and Related Factor 51

Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University: Yukiko Fujimura

Department of Nursing, Yamagata University

School of Medicine: Atsuko Kobayashi

A Preliminary Examination on the MSQ for Female Students:

Factor Structure and Relationships between Physical and

- Psychosocial Factors and the Symptoms 63

Faculty of Health and Welfare Science

Okayama Prefectural University: Shigemi Namba

Analysis of the Relationship between the Interview Questionnaire for Elderly Persons with Dementia and Their Adaptation to Living in a Group Home in Japan	73
--	----

Department of Nursing, School of Health Sciences,

Faculty of Medicine Kyushu University: Chinami Akashi

Former Oita Medical University School of Nursing: Eiko Toyosawa

Oita Medical University School of Nursing: Eiko Mieno

: Toshimitsu Okeda

Relationship between Oral and Physical Conditions in Patients with Postapoplectic Disorders	89
--	----

Department of Nursing Education,

Faculty of Education, Hirosaki University: Motoko Kawano

: Hideaki Yamabe

: Toshiko Tomisawa

: Chiaki Mizutani

対人関係能力としての看護学生のオープナー特性の検討

— 一般大学・看護大学・看護専門学校生の学校間・学年間の比較 —

Nusing Students' Opener Characteristic as an Indicator of Interpersonal Relation Abilities
— Comparisons Between General University and Nursing Students' and Between Grades —

大 見 サキエ

Sakie Omi

キーワード： オープナー特性，自己開示，他者意識，共感性，対人関係能力
opener characteristic, self-disclosure, consciousness of others,
sympathy, interpersonal relation abilities

I. はじめに

医療がどれほど進歩しようとも看護者に求められることは、看護に必要な知識・技術のみならず、看護者自身の資質や態度といわれる対人関係能力（以下、「対人関係能力」と記載する）である。対人関係能力についてPeplau¹⁾やTravelbee²⁾は、患者－看護者関係こそ看護そのものであると述べている。看護者が適切な対人関係能力を身につけることは、質のよい看護を提供することに他ならない。事実、看護基礎教育でも対人関係能力は養成すべき重要な能力とみなされており³⁾、この能力養成のためのカリキュラムの充実がはかられている。しかし、現状では対人関係能力を客観的に把握する妥当な評価基準がないため、これらのカリキュラムの有効性を判断することは困難である。看護師国家試験は、ある程度標準化された知識レベルの客観的評価と考えられるが、対人関係能力に関する評価は確定されていない。このような現状から、看護基礎教育で養成された看護学生の対人関係能力をいかに評価するかということが当面の課題であり、それに対応するための評価尺度の開発が必要であると考えらる。

対人関係能力については、これまで「共感性」⁴⁾、「思いやり」⁵⁾や「やさしさ」⁶⁾、「社会的スキル」⁷⁾などの他者への態度の側面から考察されてきた。最近では「自己開示 (self-disclosure)」^{8～13)}や「オープナー (opener)」^{14～17)}という視点から検討されてきている。自己開示とは「ある人が他の人に自分自身のことを話すこと」^{16, 17)}であり、オープナーとは「相手の自己開示を引き出しやすい人」¹⁵⁾（以下「オープナー」と記載する）である。自己開示の意義としては、自己への洞察、情動の発散、親密な人間関係の促進、不安の低減、ひいては精神の健康に寄与することなどが知られている^{9, 18)}。Jourard¹⁰⁾は「患者と看護者は率直に自分のことを話すことで真の意味での人間対人間の関係として、両者の関係が促進されるが、多くの看護者は専門職的（仮面的）態度で患者に接するために、患者との常同的人間関係の行動の型から抜け出せず患者の自己開示を疎外している。」として、患者と看護者相互の自己開示の重要性と看護における教育の必要性を述べている。実際、医療者の態度や患者の訴えそのものによって看護の質が左右される^{19, 20)}ことが多いため、なお一層患者の自己

開示を促進することは重要であり、対人関係において相手の自己開示を積極的に促すオープナー特性は看護者に必要な対人関係能力と思われる。小口²¹⁾は、サービス職に求められる人物像は「オープナー特性を持っていること」だと述べている。看護者のオープナー特性が高ければ高いほど、患者は自己開示を豊富に行い、看護者の仕事に対する意欲や動機づけや仕事への満足度が高い^{14, 15)}との報告もあることから、オープナー特性を高めることは対人関係能力を身に付けるために必要と考える。

オープナーの特性については「他者の反応を、敏感に感受し、くつろいだ気分させる、他者の話に興味を持って聞く、相手に話したいだけ十分話させる、視点取得を持っている、追跡質問をする、友人が多い」²²⁾「社会的不安が少なく、共感性が高く、外向的である」²³⁾「相手を和ませたり、相手に共感する能力がある」²⁴⁾「より相手を見つめる、注意深く、受容的である」²⁵⁾と報告されている。このことからオープナーの特性には少なくとも「自己開示」を促す態度、他者への「共感性」や他者への関心すなわち「他者意識」などの特性が含まれると思われる。共感性とは患者－看護者の援助的関係にとって重要な概念であり²⁶⁾、援助関係における共感性の有効性については多くの報告がある²⁷⁻³¹⁾。伊藤³²⁾は、看護者の共感性について「患者の情動体験を共有する体験である」と述べ、角田³³⁾は共感性を認知と情動の両面および共有機能と分離機能（自他の区別を認識）を含んだ概念としており、援助関係におけるその定義はまだ一定ではない。いずれにしても、患者－看護者間のラポールの形成に有効と考えられている。共感性が自他の区別を認識する概念とすることから、他者意識（consciousness of others）について辻³⁴⁾は「他者への注意・関心・意識が向けられること」と定義し、他者の気持ちや感情に意識や関心をむける「内的他者意識」と他者の外面に表れ

た特徴に注意や関心をむける「外的他者意識」、他者について空想をめぐらせたりする「空想的他者意識」の3つの下位概念を見出している。こうしたことから、看護者が患者に関心を向けることは、患者の豊富な情報を収集するばかりでなく、関心を向けられること自体が患者の安心感や信頼感の形成に繋がると考えられる。

オープナー特性を「自己開示や他者意識および共感性などの特性を含む対人関係能力である」と仮定すると、オープナー尺度は看護者に必要な対人関係能力を評価する尺度になるのではないかと考える。しかし、これまで対人関係能力の評価として検討された研究を調査した（医学中央雑誌、Pub - Med, CINAHL, 国外アソシエイト、最新看護索引等）が、オープナー尺度を用いた研究はほとんど行なわれていない。そこで、1) Millerら²²⁾のオープナー尺度が自己開示・他者意識・共感性の3つの特性と関連がある、2) オープナー尺度により測定されるオープナー特性が看護基礎教育によって高められるという仮説を、オープナー尺度と他の3つの特性の学年間・学校間の差で示すことによってオープナー尺度が対人関係能力の評価として活用可能であることを立証することを本研究の目的とした。

本研究では、オープナー尺度と前述した3つの尺度の関連性を確認するためにこれら4尺度で質問紙を作成し、看護基礎教育とオープナー特性の関連を確認するために2つの調査を行った。第1の調査は看護基礎教育と一般教育の差異の確認、第2の調査は看護基礎教育における学年成長の差異の確認を目的とした。以下にその方法を示す。

II. 研究方法

1. 調査対象

第1回調査は、看護基礎教育がオープナー特性を高めるかどうかを検証するために、一般大学・看護大学・看護専門学校の3種類の学校群の女子

学生を対象とし、カリキュラムの相違による結果を比較することにした。また、看護学生は教育年限と教育目的の相違から、看護大学生と看護専門学校生（以下、「看護学生」と記載する）を分けて調査した。看護学生には男子学生が極端に少ないので、男子学生は今回の調査からは除外した。対象は、特に一般大学生の選定にあたっては偏りがないように注意して依頼した。しかし、結果として調査の了解が得られた施設は、県内の文化系の私立大学（女子大学）1校、看護大学生としては同県内の私立看護大学1校、県外の■立看護大学2校、私立看護大学2校、公立看護大学1校の6校を、看護専門学校生として同県内の公立看護専門学校3校、私立1校の4校の計10施設であった。これらの1,312名の学生を対象とした。第2回調査は、少なくとも患者との接触体験のある看護学生として限定したため、新入年次生は基礎実習を終了しているものを対象として、了解の得られた看護専門学校2校の285名を対象とした。学年間の差を見るために、全て新入年次生と卒業年次生を対象とした。

2. 調査期間

第1回調査；卒業年次生：1998年12月～1999年1月；新入年次生：1999年4月～5月

第2回調査（新入年次生・卒業年次生）1999年9月

3. 質問紙の構成と内容

1) 質問紙の構成

質問紙は、調査主旨の説明文と倫理的配慮・連絡先などを記載したあとに、フェイスシート、各尺度の順で記載、構成した。フェイスシートと各尺度内容は、2)に示した。

2) フェイスシートおよび測定尺度

(1) フェイスシート

第1回調査では年齢・兄弟数・社会人経験の有無・ロールプレイングの経験の有無（看護学生のみ）について質問した。社会人経験の有無

については第1回調査で有意差がなかったため、第2回調査では除外した。

(2) オープナー尺度（Opener Scale）

第1回調査は、小口²⁴⁾が邦訳したものを、質問文をそろえる為に項目1, 2, 7, 8, 9の冒頭に「私は」を追加して使用した（表1）。各質問に対し自分がどの程度当てはまるかを「非常に当てはまる」（5点）、「少し当てはまる」（4点）、「どちらともいえない」（3点）、「あまり当てはまらない」（2点）、「全く当てはまらない」（1点）の5段階で評定を求めた。第2回調査は、対象の違いによる反応傾向の特徴を調査するために自己開示を引き出す相手を「知人」「親友」「患者」の三者に特定し、同様に5段階評定を求めた。

表1 オープナー尺度

項目	項 目 内 容	評 定
1	私は人からその人自身についての話を良く聞かされる。	5 4 3 2 1
2	私は人から聞き上手だといわれる。	5 4 3 2 1
3	私は人の言うことを素直に受け入れる。	5 4 3 2 1
4	人は私に秘密を打ち明け信頼してくれる。	5 4 3 2 1
5	人は私に気楽に心を開いてくれる。	5 4 3 2 1
6	私といくと相手はくつろいだ気分になれる。	5 4 3 2 1
7	私は人の話を聞くのが好きである。	5 4 3 2 1
8	私は人の悩みを聞くと同情してしまう。	5 4 3 2 1
9	私は人に何を考えているのか話すようにもかける。	5 4 3 2 1
10	私は人がその人自身の話をしている時、話の腰を斬るようなことはしない。	5 4 3 2 1

Miller ら：1983（小■邦訳，1989）

(3) 自己開示尺度（Self-Disclosure Scale）

本尺度は Miller ら²⁵⁾の尺度を著者が邦訳し、専門家の校閲を受けたもの（表2）を使用した。第1回調査では開示対象を先行研究²⁶⁾同様「同性の友人」に特定し、質問紙の内容についてどの程度まで話をするかを「良く話す」（5点）、「少しは話す」（4点）、「どちらともいえない」（3点）、「あまり話さない」（2点）、「全く話さない」（1点）の5段階で評定を求めた。第2

表2 自己開示尺度項目

項目	項目内容	評 定
1	自分の趣味のことについて	5 4 3 2 1
2	自分がしたことで現在罪悪感を感じている事柄について	5 4 3 2 1
3	自分が人前でしたくないと思っていることについて	5 4 3 2 1
4	自分が心ひそかに思っていることについて	5 4 3 2 1
5	自分自身の好きなおところと嫌いなおところについて	5 4 3 2 1
6	自分の人生で最も大切な事柄について	5 4 3 2 1
7	自分らしくさせている自分の本質について	5 4 3 2 1
8	自分が最も怖がっていることについて	5 4 3 2 1
9	自分がしたことでも今非常に誇りに思っていることについて	5 4 3 2 1
10	他人との親密な関係について	5 4 3 2 1

Miller ら 1983 (著者邦訳, 1999)

回調査では、本尺度とオープナー尺度との関係をより明確に捉えるために開示対象者を単に挨拶をする程度の「知人」と実習で出会った「患者」の二者に特定し、それぞれの対象についてどの程度話すかについて第1回目調査と同様に5段階で評定を求めた。

(4) 他者意識尺度 (Consciousness of others Scale)

本尺度は辻³⁴⁾が考案したもの(表3)で、内的他者意識7項目(項目1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), 外的他者意識4項目(項目8, 9, 10, 11), 空想的他者意識4項目(項目12, 13, 14, 15)の下位尺度に分けられ、各質問項目に自分がどの程度当てはまるかを「非常に当てはまる」(5点), 「かなり当てはまる」(4点), 「どちらともいえない」(3点), 「あまり当てはまらない」(2点), 「全く当てはまらない」(1点)の5段階で評定を求めた。

(5) 共感経験尺度 (Empathic Experience Scale Revised : 以下 EESR)

ここでは角田³⁵⁾の尺度を活用した。この尺度は共有経験尺度10項目 (Scale of Sharing Experience : 以下 SSE) と共有経験不全尺度10項目 (Scale of Insufficient Sharing Expe-

表3 他者意識尺度項目

項目	項目内容	評 定
1	他人のちょっとした表情の変化でも見逃さない。	5 4 3 2 1
2	他人の態度や表情を気をつけて見るようにしている。	5 4 3 2 1
3	他人の考えを絶えず読み取ろうとしている。	5 4 3 2 1
4	他人の言動に絶えず注意を払っている。	5 4 3 2 1
5	他人のちょっとした気分の変化でも敏感に感じてしまう。	5 4 3 2 1
6	他人の気持ちを理解するように常に心がけている。	5 4 3 2 1
7	他人の心の動きをいつも分析している。	5 4 3 2 1
8	他人の外見に気を取られやすい。	5 4 3 2 1
9	他人の服装や化粧などが気になる。	5 4 3 2 1
10	表面的な他人の印象に心を奪われやすい。	5 4 3 2 1
11	他人の体型やスタイルなどに関心がある。	5 4 3 2 1
12	他人のことにしばしばしばしば思いをめぐらす。	5 4 3 2 1
13	他人のことがいろいろ心に浮かぶ。	5 4 3 2 1
14	他人の事をあれこれと考えていることが多い。	5 4 3 2 1
15	他人のことをよく空想する。	5 4 3 2 1

辻 (1994)

rience : 以下 SISE) の下位尺度で構成されており、これら20項目を使用した。各質問項目は、人への肯定的・否定的な感情への共有経験の程度と、肯定的・否定的な感情を共有できなかったと認識する共有不全経験の程度を測定するもので「非常に当てはまる」(7点), 「かなり当てはまる」(6点), 「少し当てはまる」(5点), 「どちらともいえない」(4点), 「少ししか当てはまらない」(3点), 「あまり当てはまらない」(2点), 「全く当てはまらない」(1点)の7段階で評定を求めた。

4. データ収集方法

県内の調査施設については、施設長の一了解を得た後、調査対象者に対し著者が直接調査協力依頼の説明を行ったのち、同意を得てその場で記入してもらい、回収した。県外の調査施設については、協力の得られた施設の教員に同様に実施するように依頼した。

5. 倫理的配慮

無記名であること、個人的データとして全く取り扱わず統計的処理を行うため、プライバシーは厳守すること、問い合わせ先・連絡先などを文章化するとともに直接説明し、了解を得た。県外の調査に関しては同様に取り扱い頂くように依頼した。

6. データ分析方法

解析には統計ソフト SPSS for Windows 10.0 を用いた。各尺度の得点の分析は、学校群と学年の2元配置の分散分析にて行い、各項目の得点の分析は多変量解析を行い、有意水準は $p < .05$ 以下を採択した。■子分析は主■子法を使用した。また、オープナー尺度との関連をみるために、共感経験尺度の得点を類型化したものを活用した。類型化は角■に従い各学年の SSE 得点と SISE 得点の中央値を算出し、高得点群と低得点群に分け、両向型 (SSE 高・SISE 高)、共有型 (SSE 高・SISE 低)、不全型 (SSE 低・SISE 高)、両■型 (SSE 低・SISE 低) とした。

Ⅲ. 結 果

第1回調査では1,083名 (1,312名配付) 回収し、1,034名の有効回答が得られ、第2回調査では262名 (285名配付) 回収し、255名の有効回答が得られた (表4)。

1. 各尺度の得点分析

1) 第1回調査

(1) オープナー尺度

学校群間及び学年間の平均得点はほぼ同一で、学校群および学年の主効果および交互作用は認められなかった (表5)。

(2) 自己開示尺度

学校群間で平均得点に多少の変化はみられたが、学校群の主効果は認められず、学年の主効果が確認され [$F = (1, 1028) = 19.3, p < .01$], 卒業年次に高かった。多重比較の結果、看護大

表4 調査対象者数および回収率 (%)

調査時期	学 校 群	配 布 (人)	回 収 (人)	回収率 (%)	有 効 回答数
第1回調査 (卒業年次)	一般大学 (4年)	235	193	82.1	182
	看護大学 (4年)	216	185	85.6	177
	看護専門 (3年)	196	188	95.9	178
	合 計 (卒業年次)	647	566	87.5	537
(新入年次)	一般大学 (1年)	203	136	67	133
	看護大学 (1年)	235	165	70.2	162
	看護専門 (1年)	227	216	95.2	202
	合 計 (新入年次)	665	517	77.7	497
第2回調査	総合計 (全学生)	1,312	1,083	82.5	1,034
	看護専門 (3年)	136	123	90.4	120
	看護専門 (1年)	149	139	93.3	135
	合 計	285	262	91.9	255

表5 オープナー尺度平均得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門
新入年次生	35.16(3.89)	35.99(4.19)	35.40(4.36)
卒業年次生	35.69(4.98)	35.98(4.97)	35.26(4.65)

表6 自己開示尺度平均得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門
新入年次生	33.07(6.78)	32.49(7.44)	31.70(6.70)
卒業年次生	33.56(7.00)	35.25(6.69)	34.17(6.99)

学と看護専門学校が高く ($p < .05$), 交互作用はなかった (表6)。

(3) 他者意識尺度

①内的他者意識：学校群と学年の主効果はなく、交互作用が認められ [$F = (2, 1028) = 3.145, p < .05$], 卒業年次に一般大学・看護専門学校は高くなり、看護大学が低くなっていた (表7)。

対人関係能力としての看護学生のオープンナー性の検討

表7 内的他者意識尺度平均得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門
新入年次生	25.57(4.42)	26.93(4.37)	25.99(4.37)
卒業年次生	26.14(4.72)	26.19(4.58)	26.84(4.30)

表9 空想的他者意識尺度平均得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門
新入年次生	25.57(4.42)	26.93(4.37)	25.99(4.37)
卒業年次生	26.14(4.72)	26.19(4.58)	26.84(4.30)

表8 外的他者意識尺度平均得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門	全 学 校
新入年次生	14.68(2.86)	13.66(3.74)	14.27(3.39)	14.18(3.39)
卒業年次生	13.14(3.30)	12.93(3.27)	14.69(3.03)	13.58(3.29)=9.055*
全 学 年	13.79(3.21)	13.28(3.52)	14.17(3.23)	交互作用 F(2, 1028)=7.680**
主効果 F(2, 1028)=11.602**				

* $p < .05$, ** $p < .01$

表10 共有経験尺度得点 (SD) N=1034

	一般大学	看護大学	看護専門
新入年次生	44.89(8.73)	48.35(8.30)	45.74(8.89)
卒業年次生	45.43(9.11)	48.20(8.58)	48.21(8.38)
全 学 年	45.21(8.94)	48.27(8.46)	46.90(8.73)
主効果 F(2, 1028)=10.410**			

** $p < .01$

②外的他者意識：学校群と学年の主効果及び交互作用が認められ（表8），多重比較の結果では，新入年次では一般大学が看護大学より有意に高かった（ $p < .05$ ）。卒業年次では，看護専門学校が一般大学・看護大学より有意に高かった（ $p < .05$ ）。学年間の比較では，一般大学と看護大学が卒業年次に有意に低くなっていた（ $p < .05$ ）。

③空想的他者意識：学校群と学年の主効果はなかったが，交互作用が認められ [F=(2, 1028)=4.352, $p < .05$]，卒業年次に看護専門学校は高くなり，一般大学と看護大学は下降していた（表9）。

(4) 共感経験尺度

①共有経験尺度：学校群の主効果が認められたが，学年間および交互作用はなかった（表10）。

多重比較の結果，新入年次では看護大学が一般大学・看護専門学校より有意（ $p < .05$ ）に高く，卒業年次では一般大学より看護大学・看護専門学校が有意に高かった（ $p < .05$ ）。

②共有経験不全尺度：学校群と学年の主効果及び交互作用は認められなかった。

(5) オープナー尺度の項目について

学校群・学年の比較をするために，オープナー尺度1～10の各項目得点について2要因の多変量分散分析を行った結果，学年の主効果はなかったが，学校群の主効果と交互作用がともに認められた（ $p < .05$ ）。多重比較の結果，第8項目（「私は人の悩みを聞くと同情してしまう」）において，看護専門学校が一般大学より有意に高く，第10項目（「私は人がその人自身の話をしているとき，話の腰を折るようなことはしない」）において，看護大学が一般大学より有意に高かった。また，第3項目（「私は人のいうことを素直に受け入れる」），第5項目（「人は私に気楽に心を開いてくれる」）に交互作用がみられた。即ち第3項目について，看護専門学校は下降し，一般大学と看護大学は上昇した。第5項目について一般大学は上昇し，看護大学と看護専門学校は下降した。

表11 第2回調査オープナー尺度平均得点 (SD) N=255

	知 人	親 友	患 者	
新入年次生	31.17(5.83)	39.91(4.94)	27.19(9.19)	主効果 F(1,253)
卒業年次生	31.45(5.58)	40.60(4.84)	37.13(4.38)	=43.449**
全 学 年	31.30(5.70)	40.2 (4.89)	31.87(9.31)	
	主効果 F(2,252)=369.4**		交互作用 F(2,252)=67.487**	

** p<.01

表12 第2回調査自己開示尺度平均得点 (SD) N=255

	知 人	患 者	
新入年次生	26.70(7.66)	20.44(8.65)	主効果 n.s
卒業年次生	25.15(4.03)	24.33(7.64)	
全 学 年	25.97(8.35)	22.27(8.40)	交互作用 F(1,253)
	主効果 F(1,253)=34.015**		=20.139**

** p<.01

2) 第2回調査

(1) オープナー尺度

繰り返しの二元配置の分散分析の結果(表11)、「知人」、「親友」、「患者」3人の「対象者因子」の主効果 [Wilks の $\Lambda=0.254$, $F(2, 252)=369.488$, $p<.01$] と学年の主効果 [$F(1, 253)=43.449$, $p<.01$] 及び「対象者因子」と学年の交互作用が有意であった [Wilks の $\Lambda=0.651$, $F(2, 252)=67.487$, $p<.01$]。多重比較の結果、「親友」の得点が「知人」、「患者」の得点より有意に高く、「患者」は新入年次より卒業年次に有意に高くなっていた。

(2) 自己開示尺度

繰り返しの二元配置の分散分析を行った結果(表12)、「対象者因子」の主効果 [Wilks の $\Lambda=0.881$, $F(1, 253)=34.015$, $p<.01$] が有意で「知人」が「患者」より高く、学年の主効果は有意ではなかった。学年と「対象者因子」の交互作用は有意 [Wilks の $\Lambda=0.926$, $F(1, 253)=20.137$, $p<.01$] で、卒業年次に「患者」は上昇し、「知人」は下降していた。

(3) オープナー尺度項目について

「知人」、「親友」、「患者」の各項目を2要因の多変量分散分析を行った結果、学年の主効果が有意で [Wilks の $\Lambda=.496$, $F(30, 224)=7.597$, $p<.01$] あった。多重比較の結果、「知人」の第10項目(「私は人がその人自身の話をしている時、話の腰を折るようなことはしない」)において、卒業年次が新入年次より有意に低くなっていた ($p<.05$)。一方、「患者」の全ての項目においては、卒業年次が新入年次より有意に高くなっていた ($p<.01$)。

2. オープナー尺度の因子分析

1) 第1回調査

調査対象者全員(1,034名)について、バリマックス回転した結果、小■²⁴⁾と同様の2因子(第1因子=和ませ因子:項目1,4,5,6,9;第2因子=共感因子:項目2,3,7,8,10,信頼係数 $\alpha=.74$)が抽出され、同様に命名した(表13)。第1因子、第2因子得点の学校群・学年間の平均の差はなかった。しかし、学校群毎に見ると看護専門学校は卒業年次では第1因子と第2因子の項目の逆転が見られた(第1因子:項目3,7,8,9,10;第2因子:項目1,2,4,5,6)。

2) 第2回調査

第1回調査同様に分析したところ、「知人」、「親友」、「患者」の因子は、ほぼ第1回調査と同様の2因子であった [累積寄与率:知人=48.87 ($\alpha=.79$), 親友=42.35 ($\alpha=.72$), 患者=65.7 ($\alpha=.90$)]。

表13 オープナー尺度因子分析結果 (N=1034)

項目	項 目 内 容	1 因子	2 因子	共通性
5	人は私に気楽に心を開いてくれる。	0.812		0.672
4	人は私に秘密を打ち明け信頼してくれる。	0.627		0.469
6	私という相手はくつろいだ気分になれる。	0.621		0.402
1	私は人からその人自身についての話をよく聞かされる。	0.413		0.262
9	私は人に何を考えているのか話すようにもちかける。	0.302		0.127
7	私は人の話を聞くのが好きである。		0.609	0.402
2	私は人から聞き上手だといわれる		0.451	0.311
10	私は人がその人自身の話をしている時、話の腰を折る		0.417	0.177
	ようなことはしない			
3	私は人の言うことを素直に受け入れる。		0.377	0.166
8	私は人の悩みを聞くと同情してしまう。		0.333	0.131
固 有 値		1.884	1.233	
寄 与 率		18.84	12.332	
累積寄与率			31.17	

3. オープナー尺度と他の尺度との関係

1) オープナー尺度と自己開示尺度との関連

オープナー尺度得点の中位3分の1を除外した対象者について尺度間の関連を見るために、Pearsonの積率相関係数を算出した結果、自己開示尺度得点と中程度の正の相関が見られ、相関係数は「知人」が最も高く、学年の進行とともに高くなっていた。(表14)。

2) オープナー尺度と他者意識尺度・共感経験尺度との関連

上記と同様にオープナー尺度得点と各尺度との相関を検討したところ、内的他者意識尺度と共有経験尺度と中程度の正の相関がみられ、共有経験不全尺度とは低い負の相関が見られた(表15)。

3) 共感経験尺度の類型との関連

各学年のSSE得点とSISE得点の中央値(SSE: 48, SISE: 40)を基準とし類型化し、同じくオープナー尺度得点の中央値(35)を基準に高・低群として類型とのクロス集計(χ^2 検定)を行なっ

表14 オープナー尺度得点と自己開示尺度得点との相関係数(r)

	第1回調査		第2回調査	
	友 人	知 人	患 者	
新入年次	.299**	.517**	.392**	
本業年次	.392**	.452**	.463**	
全 学 年	.413**	.532**	.478**	

** $p < .01$

表15 オープナー尺度得点と他者意識・共感尺度得点との相関係数(r)

	内的 他者	外的 他者	空想的 他 者	共有 経験	共有経験 不 全
新入年次生	.331**	.104	.127	.361**	-.219*
卒業年次生	.371**	.094	.121*	.412**	-.207**
全学年学生	.429**	.114	.150*	.444**	-.242**

* $p < .05$, ** $p < .01$

表16 オープナー尺度と共感経験尺度類型との関係

	両向型	共有型	不全型	両貧型
オープンナー高群 (度数)	58	101	55	64
調整残差	1.9	6.3**	-5.7**	-1.8
オープンナー低群 (度数)	51	49	139	99
調整残差	-1.9	-6.3**	5.7**	1.8

** $p < .01$

た結果、有意差が見られた [$\chi^2(3) = 57.060$, $p < .01$] ので残差分析した結果、オープンナー高群に共有型が多く、オープンナー低群には不全型が多かった(表16)。

4. その他との関係

「年代別」、「社会人経験の有無」、「兄弟数」、「友人の数」の各質問毎にオープンナー得点の平均値の比較を行い(t検定)、さらにオープンナー尺度得点の高群と低群についてクロス集計(χ^2 検定)を試みたが、いずれもオープンナー尺度との明らかに有意な関係はなかった。しかし、第2回調査において、「患者」に対するオープンナー尺度得点について、ロールプレイングの経験「あり」群と「なし」群の平均値の比較を行なった結果、経験「あり」群($n=134$)が「なし」群($n=118$)より、オープンナー得点は有意に高く [$t(250) = 8.204$, $p < .001$]、同様に分析すると自己開示得点も高かった [$t(250) = 3.587$, $p < .001$]。

IV. 考 察

1. オープナー特性と3つの特性との関連

オープンナー特性と3つの特性(自己開示・共感性・他者意識)との間の関連が見出された。まず自己開示との関連についてみると、開示する対象が異なっても中程度の相関関係があることから、明らかに自己開示をしやすい人は相手の開示を引き出しやすい、すなわちオープンナーの程度が高いといえる。そして患者との関係においても患者へ

の自己開示が高い人は、患者からの自己開示を豊富に引き出しやすい人であるといえる。自己開示によってさらに相手の自己開示を引き出すという相互作用が進展することが指摘されている^{35, 36)}が、上述の結果はオープンナー特性と自己開示との関連を明確にした。「同性の友人」に対する自己開示尺度とオープンナー尺度との関連について、同様の尺度を使って実施した Miller ら²³⁾の研究では、低い関連が見られた。本研究においてオープンナー尺度と自己開示尺度と最も関連が認められたのは「知人」であり、次いで「患者」で「友人」が最も低かった。これは自己開示の相互性と人間関係の進展度に関係があるという結果²⁷⁾を支持しており、二者の関係が浅い場合、頻繁に相互作用が発生するというを示唆している。

次に他者意識との関連では、オープンナー特性と内的他者意識との関連が明らかとなった。他者への内的他者意識が高い人ほど患者の自己開示がより多く引き出されると推測される。さらに、共感性との関連では、オープンナー尺度は角田の「共有経験」尺度との関連が強くみられ、伊東³²⁾が述べる「情動体験を共有する」という共感性を測定していると考えられる。共感性を「共有経験」と定義するなら、共感性が高まるにつれオープンナー特性が高まるということが言える。しかし、本研究において最も望ましい共感性として設定した角田³⁴⁾の尺度の両向型との関連は少なかった($p < .10$)。このことから共感性の定義によってこの二つの関連が左右されるのではないかと考えられる。

オープンナー特性の高い人は低い人より好まれており、しかも友人が多い²²⁾ことから第2回調査の質問には「友人の数」を追加し検討したが、明らかな関連は見られなかった。また、「年代」や「社会人経験」、「兄弟数」によって対人関係能力に差があるのではないかと推測したが、本研究では明確には示されなかった。ロールプレイングは他者の視点を獲得する方法として看護基礎教育で

取り入れられてきているが、本調査でも卒業までにほとんどの看護学生がロールプレイングの体験をしていた。結果的にロールプレイングの体験とオープンナー特性および自己開示との関連が確認され、ロールプレイングの体験はオープンナー特性を高めたり、自己開示を高めたりするのに効果があるということが示唆された。ただし、方法とその効果との関連については、今後の検討が必要である。

2. オープナー特性の学年間・学校間の比較

第1回調査では、オープンナー尺度による学校群間および学年間の差はなく、一般大学生と看護学生の相違を見出すことはできなかった。しかしこのような結果になったのは、開示を引き出す対象を特定せず尺度を活用したからではないかと考えられた。そこで第2回調査ではオープンナーの相手となる対象を特定した。看護専門学校生のみの調査であったが、結果として対象者それぞれに対するオープンナー特性に差があり、そのうち「親友」が最も高く、小口²⁴⁾が述べるように相手が変わると開示を引き出す程度も変化し、相手と親密であるほど相手からより多くの開示を引き出していた。一方、「知人」と「親友」に対する学年間の差がないのは、その時点の相手との関係を示していると考えられ、当然の結果といえる。また、「患者」に対して卒業年次には明らかに高くなっていることから、看護学生は臨床実習で患者との接触経験の少ない新入年次生より、援助体験のある卒業年次生の方が、開示を引き出す傾向が高くなっていた。これは「患者」に対するオープンナー特性が高まっていると考えられ、三上³⁹⁾も縦断的研究で看護学生の1学年と2学年の学年間の差を見出しており、オープンナー尺度が教育効果を測定しうる尺度であることを示唆している。

次にオープンナー尺度の因子構造について検討すると、オープンナー尺度は「他人への反応の認知」「他人の話への関心」「対人技能」の三つのカテゴ

リーを含むものとして考案されており、一因子構造であった²⁹⁾が、本研究では小口²⁴⁾や中江²⁵⁾の研究同様2因子構造であった。因子構造が異なった背景には、対象者の文化的背景の違いによるものと思われたが、今回の結果だけでは明確な理由は述べられない。いずれにしても日本人を対象としたオープンナー尺度は人を和ませたり、その人に共感したりする能力を測定する尺度であることが再確認された。第1回調査における看護専門学校生については、因子構造が変化しており、後述するように教育による共感性への影響が強いと考えられる。また、項目別でも第1回調査における各項目のうち2項目（項目8・9）が一般大学生より看護学生は高くなっていることから、看護学生は卒業時にはより共感性を高め、聞き手としてのスキルを磨いている²⁹⁾といえる。

3. その他の特性の学年間・学校間の比較

1) 自己開示

第1回調査の「同性の友人」に対する自己開示得点（表6）は一般大学生と比較して差はなかったが、看護学生は卒業年次には明らかに高くなっており、Jourard⁸⁾の結果を支持した。第2回調査では、開示する対象として「知人」が「患者」より高く、親密なほど自己開示する傾向があり、遠藤ら¹¹⁾の結果を支持した。学年間の結果には明らかな差は認められなかったが、卒業年次に「知人」へは下降、「患者」へは上昇傾向となり、対象と学年の交互作用が有意であったことから「患者」という対象には、徐々に自己開示を高めていくと推測される。一方、「知人」に対する自己開示の程度はほとんど変化なく、これは二者間の関係が変化しないということを示唆している。看護学生の自己開示が高まることは、積極的に人間関係を形成しようとする傾向があるといわれている³⁹⁾が、そのことが本研究でも当てはまるのではないと思われる。さらに、遠藤ら¹¹⁾・小口²⁴⁾は積極的開示意向を持つ看護学生ほど患者の開示を

正確に認知し、それに即応した自己開示ができるようになると述べている。本研究でもその相互性のプロセスは明確にしていなかったが、結果的に看護学生のオープナー特性が高まっていることは明らかとなった。

なお、Balzer¹²⁾や Deering¹³⁾は看護者自身の自己開示の有効性、すなわち看護者という役割関係から開放されリラックスして自分の考えを述べることで患者に対しより親密感を感じることができ、それによって患者の孤独感を軽減させることができると指摘している。また、その一方で看護者の過度の自己開示は患者に負担となり、患者を遠ざけてしまう危険性があること、逆に患者が看護者のプライバシーに立ち入るなどの問題もあることから、自己開示の活用についてはその効果と限界を知り、慎重に行う必要があると述べている。

2) 共感性

概して共感性は、卒業年次では一般大学生より、看護学生が高かった(表10)。看護大学生は学年間の明らかな相違はなかったが、看護専門学校生では明らかに高くなっていた。共有不全経験については、今回[■]の結果では教育背景や学年の影響は明らかには示されなかったが、今後の詳細な検討が必要である。一般大学生は、対人関係を特に意識する教育が極力少ないと思われる文化系の学生としたため、予想通り看護学生より共感性が低い結果となった。一般大学生は門脇⁴⁰⁾が述べた青年像と一致し、かれらは他者との共有経験が乏しく、他者の感情を共有できず、自他の区別がつかない未熟な人間関係にあるといえる。一方、看護学生の共有経験が高いことは望ましい事ではあるが、必ずしも安定した共感性を持っているとはいえない。それは、相手の感情を共有はするが、「女子学生は互いの個性の自覚が浅く、友人との密着した関係を持ちやすく心理的距離を置きにくい。」という報告⁴¹⁾のように心理的距離を取りにくい傾向から患者との関係に没入しやすく、客観的判断

ができない可能性があるからである。そう言う意味で共感性は角田³⁹⁾の述べている両向型が望ましいと考える。そうはいっても共感性の発達の側面⁴²⁾を考慮すると、発達途上にある看護学生は、経験を積むたびにより高いレベルの共感性へと発達すると思われる。それがひいてはオープナー特性をより高めることになると考えられる。

3) 他者意識

内的他者意識は一般大学生や看護専門学校生は学年とともに高くなっていたが、看護大学生は不変であった。一方、看護専門学校生は高くなっており、これは臨床実習で顔色、化粧、服装、活気などの外的な側面の観察をするように訓練されたことによると考えられる。また空想的他者意識も同様の傾向を示した。看護学生は一般大学生より他者への関心が高まり、特に内的他者意識や外的他者意識が高まると予測したが、大きな変化は見られず教育の効果が反映されているとはいえなかった。しかし、看護専門学校については他者意識全般に変化がみられ、さらに詳しい検討が必要と思われる。調査対象となった施設の看護大学で人間関係論やカウンセリングの科目を必修として位置付けているところは1校、選択科目として位置付けているところが3校、他の授業科目に含めているところが2校であり、看護専門学校は4校全てが必修科目として位置づけられ、1単位30時間の設定であった。看護大学生と看護専門学校生については教育年限や目的、学生の特長など入学時点から相違する側面もあるが、上記の科目の時間数や臨床実習の時間数の相違も否定できない。

以上のように対人関係能力として設定したオープナー特性を中心とする各特性について、概して学年間・学校間の差が見られたといえる。これは特に臨床実習という経験が大きく影響していると考えられる。今や臨床現場では現実的実践能力(特に対人関係能力)が求められており⁴³⁾、看護が生身の患者に対する援助である限り、患者を対

象とする臨床実習という貴重な体験によって学生は豊かな対人関係能力が養成されるであろうということが示唆された。

V. 結 論

オープナー尺度は、自己開示、内的他者意識、共有経験と関連があることから、これらの要素を含む尺度であることが示唆された。第1回調査において開示を引き出す対象を特定せずオープナー尺度を活用した場合、一般大学生と看護学生の相違とそれぞれの学年間の差はなかった。しかし、項目別では看護学生が一般大学生より共感や聞き取りのスキルが高くなっていた。また、第2回調査で開示を引き出す対象を限定し調査した場合、看護専門学校生は「患者」に対するオープナー尺度得点が卒業年次が高くなっていた。このことからオープナー特性は看護教育によって高められているということが確認された。また、自己開示や共感性・他者意識について概して看護学生は一般大学生より高いことが明らかとなった。本研究の結果に基づく限り、オープナー尺度は、自己開示や共感性（特に共有型）、内的他者意識を含む対人関係能力を表す評価尺度として活用可能であることが示唆された。

VI. 今後の課題

第2回調査は、調査時期や調査対象との関係か

ら、看護大学生を対象とできなかったため、看護学生一般の特徴と言いがたく、今後看護大学生への調査が必要である。また、オープナー尺度にはいくつかの問題が残されている。即ち、自己認知の程度によって変化する尺度であること、尺度項目が10項目と少なく■子寄与率が低いこと、国外で作成された尺度であり文化的背景を考慮する必要があること、他者意識や共感性とより一層相関を高くする必要があることなどである。また、自己開示についてはその問題と限界についても検討されている⁴⁰⁾が、今回はその点については特に検討しなかった。今後はこれらを考慮した「患者」を対象とした看護学生向けあるいは臨床看護者向けのオープナー尺度の作成を行い、さらに対人関係能力の評価が可能となるような尺度の開発が課題である。

謝 辞

本研究にご協力くださいました方々に心よりお礼申し上げます。さらに論文をまとめるにあたりご指導を頂きました金城学院大学大学院人間生活学研究科の鹿野輝三教授、広島国際大学の小野寺孝義教授に深謝いたします。

本研究の一部は第26回■本看護研究学会学術集会（2000年、千葉）において報告した。

要 旨

本研究は看護者の対人関係能力を「オープナー特性」という視点から検討するために、オープナー尺度と「自己開示」「他者意識」「共感性」との関連を調べ、さらにオープナー尺度が評価尺度として活用可能かを検討した。方法として一般大学生との比較及び学年間の差を見るために、4種類の測定尺度を使用して質問紙調査を2回実施した。第1回調査（一般大学生・看護大学生・看護専門学校生：有効回答1034名）は、オープナー特性の各学校及び学年間の明らかな相違はなかったが、自己開示や共感性は一般大学生より看護学生が高く、卒業年次も高まっていた。第2回調査（看護専門学校生：有効回答255名）では、「患者」に対するオープナー特

性や自己開示は卒業時高くなっており、看護教育の効果と推測された。オープンナー特性と自己開示、他者意識、共感性との関連が確認され、オープンナー尺度が対人関係能力の評価として活用できることが示唆された。

Abstract

The relationship was investigated between opener characteristics and “self-disclosure”, “consciousness of others” and “sympathy,” which are considered to constitute part of interpersonal relation abilities, and whether an opener scale can be used as an effective scale to evaluate interpersonal relation abilities. To compare general university students and nursing students, as well as the differences between grades, two surveys were conducted with questionnaires using four different measurement standards. In the first survey (students of all groups; no.1034), there was no significant difference in the degree of opener between the three groups (general university students, nursing university students and nursing vocational college students), but the degree of self-disclosure and sympathy among nursing students was higher than that among university students, and at graduation the level of these traits among students had increased. In the second survey (students of the nursing vocational college; no.255), degree of opener and self-disclosure to patients higher, suggesting the effectiveness of nursing education. Additionally opener characteristic was found to be related to “self-disclosure”, “consciousness of others” and “sympathy”. The present results suggest that the opener characteristic can be used in evaluating interpersonal relation abilities.

文 献

- 1) Peplau, Hildegard. E. ; 稲田八重子・小林 富美栄他訳：ペプロウ人間関係の看護論，15－16，医学書院，東京，2001
- 2) Travelbee, Joyce. ; 長谷川浩・藤枝知子訳：トラベルビー人間対人間の看護，4－5，医学書院，東京，1999
- 3) 樋口康子：カリキュラムの弾力化を必要とする看護学教育，大学と学生，364，13－19，1995
- 4) 白石裕子：看護学生と教育系学生における共感性の比較，－共感性尺度を使用して－，看護教育，37(9)，734－738，1996
- 5) 一戸妙子，川合育子，他：看護の思いやり行動モデルの作成，看護教育，36(5)，400－404，1995
- 6) 大谷和代，木村久美子：職業的能力としてのやさしさの育成－看護学生のやさしさ概念と行動についての調査からの一考察－，看護教育，36(5)，405－410，1995
- 7) 千葉京子：看護における社会的スキル尺度作成の試み，第16回看護科学学会学術集会講演集，16(2)，272－273，1996
- 8) Jourard, S. M.: Self-disclosure scores and grades in nursing college, Journal of Applied Psychology, 45, 244－247, 1961
- 9) Jourard, S. M.; 岡堂哲雄訳：透明なる自己，29－39，誠信書房，東京，1974
- 10) Jourard, S. M.; 岡堂哲雄訳：透明なる自己，221－247，誠信書房，東京，1974
- 11) 遠藤公久・堀 洋道：開示状況における開示意向とパーソナリティおよび対人適応との関連，－女子看護学生の場合－，教育相談研究，29，7－11，1991
- 12) Balzer-Riley, J. W.: Communications in

- Nursing: Communicating Assertively Responsibly In Nursing: a guidebook, 139-152, Mosby-Year Book, St. Louis. 1996
- 13) Deering, C. G.: To Speak or not To Speak?, The American Journal of Nursing, 99(1), 34-39, 1999
 - 14) 田尾雅夫: ヒューマンサービスの組織, 161-168, 法津文化社, 京都, 1997
 - 15) 原田理恵: 看護婦と患者の人間関係 - 自己開示の働きについて -, 京都府立大学人間科学部1990年度卒業論文, 12, 1990
 - 16) Jourard, S. M.: A Study of Self-Disclosure, Scientific American, 198(5), 77-82, 1958
 - 17) 榎本博明: 自己開示の心理学的研究, i-iv, 北大路書房, 京都, 1997
 - 18) 榎本博明: 自己開示の心理学的研究, 111-118, 北大路書房, 京都, 1997
 - 19) 三浦秀子, 南 裕子, 他: シンポジウム「看護は時代を変えられるか - 看護教育に期待すること -」, 看護, 51(4), 57-75, 1999
 - 20) 高橋 学: 医療場面における対人援助の視点と方法 - コミュニケーションスキルを中心として -, 看護教育の研究, 16, 30-58, 1999
 - 21) 小口孝司: サービス職種従事者のパーソナリティ, JIL 調査研究報告書, 62, 158-173, 1995
 - 22) Miller, L. C., Berg, J. H., et al.: Openers, Individuals elicit intimate self-disclosure, Journal of Personality and Social Psychology, 44(6), 1234-1244, 1983
 - 23) Purvis, J. A., Hopper, C. H., et al.: The "Opener", Skilled User of Facial Expression and Speech Pattern, Personality and Social Psychology Bulletin, 10(1), 61-66, 1984
 - 24) 小口孝司: 自己開示の受け手に関する研究 - オープナースケール, (R-JSDQ) と (SMI) を用いて -, 立教大学社会学部研究紀要応用社会学研究, 31, 49-64, 1989
 - 25) 中江須美子: オープナーの性差についての検討, 日本グループダイナミクス学会第41回大会発表論文集, 180-181, 1993
 - 26) Reynolds, W. J.: Empathy: a crucial component of the helping relationship, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 363-370, 1999
 - 27) Baillie, L.: Empathy in the nurse patient relationship, Nursing Standard, Official newspaper of the Royal College of Nursing, 9(20), 29-32, 1995
 - 28) Olson, J. K.: Relationship Between Nurse-Expressed Empathy, Patient-Perceived Empathy and Patient Distress, Image, Journal of Nursing Scholarship, 27(4), 317-322, 1995
 - 29) Balzer-Riley, J. W.: Communications in Nursing, Communicating Assertively Responsibly In Nursing, 111-137, Mosby-Year Book, St. Louis, 1996
 - 30) Mackay, R. C., Hughes, J. R., & Caver, E. J.: Empathy in the Helping Relationship, 65-77, Springer Publishing Company, New York, 1990
 - 31) Pike, A. W.: On the Nature and Place of Empathy in Clinical Nursing Practice, Journal of Professional Nursing, 6(4), 235-241, 1990
 - 32) 伊藤祐紀子: 「共感」に基づく患者 - 看護者援助関係の検討, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 6, 115-121, 1999
 - 33) 角田 豊: 共感経験尺度改訂版 (SSER) の作成と共感性の類型化の試み, 教育心理学研究, 42(2), 193-200, 1994
 - 34) 辻平治郎: 自己意識と他者意識, 165-178, 北大路書房, 京都, 1994
 - 35) 榎本博明: 自己開示の心理学的研究, 161-

- 180, 北大路書房, 京都, 1997
- 36) Jourard, S. M.: Self-disclosure, An Experimental Analysis of The Transparent Self, 19-27, New York Wiley-Interscience, New York, 1971
- 37) 榎本博明: 自己開示の心理学的研究, 176-179, 北大路書房, 京都, 1997
- 38) 三上れつ, 小松万喜子: 看護学生の対人関係スキルに関する基礎的研究, 第20回日本看護科学学会学術集会講演集, 258, 2000
- 39) 山口恵美子, 安部泰子: 看護学生のアサーション(主体的人間関係の結び方)についての心理的傾向 - 課程別・学年別の質問紙調査を通して -, 日本看護研究学会雑誌, 22(3), 239, 1999
- 40) 門脇厚司: 日本人の人間関係に見られる特徴と変容, 青少年問題, 46(1), 32-35, 1999
- 41) 長沼恭子, 落合良行: 同性の友達とのつきあいかたから見た青年期の友人関係, 青年心理学研究, 10, 38-47, 1998
- 42) 斎藤耕二: 青年期における共感性の発達(2), 白百合女子大学研究紀要, 34, 173-186, 1998
- 43) 村本淳子, 森和夫: 看護婦の職業能力と養成カリキュラムの課題 - 看護職に求められる職業能力の実態調査から -, 産業教育学研究, 28(2), 9-16, 1998
- 44) Servellen, G. V.: Communication skills for the health care professional: Concepts and techniques: chapter 8 "The impact and limitations of Self-disclosure", 133-146, Aspen Publishers, Gaithersburg, Md., 1997

〔平成13年10月30日受 付〕
〔平成15年3月17日採用決定〕

病院の看護師における頭髮の細菌叢の検討

— I. 頭髮の細菌汚染の実態調査 —

Evaluation of the Bacterial Flora in the Hair of Hospital Nurses
— I. Bacterial Contamination of Hair Under Normal Conditions —

工 藤 綾 子¹⁾ 田 中 (高峰) 道 子²⁾ 稲 富 恵 子¹⁾
Ayako Kudo Michiko Takamine Tanaka Keiko Inatomi

新 保 佐 知 子³⁾ 小 林 弘 美⁴⁾ 平 山 喜 美 子⁴⁾ 古 瀬 浩 介⁵⁾
Sachiko Shinbo Hiromi Kobayashi Kimiko Hirayama Kohusuke Huruse

キーワード： 看護師，病院，頭髮，細菌叢
nurse, hospital, hair, bacterial flora

I. はじめに

感染の成立要因は、病院内・外の変化により様々に変化する。今日、医学の進歩や社会の高齢化に伴って易感染患者が増加しており、院内感染対策はますます重要性を増している。中でも、免疫力が低下している患者の日見感染に対しては、きめ細かな感染防止対策が求められている。

院内感染防止を目的としてナースキャップの細菌汚染を調査した研究¹⁾があり、最近ナースキャップを廃止する病院も増えつつある^{2)~7)}。しかし、看護師がナースキャップを着用しないで看護業務に従事することは、看護師の頭髮全体が落下細菌や塵埃などの影響を直接受けることにつながると共に、頭髮の脱落、手が頭髮に触れるなどの機会を増やす可能性もある。その結果、頭髮や手指が、

院内感染の伝播経路となる危険性を高めてしまうのではないかと考えた。そこで我々は、院内感染防止の面から頭髮への対処法を検討する資料にしたいと考え、最初に看護師の頭髮の細菌汚染の実態を把握することを計画した。

先行研究としては、医療従事者を対象に頭髮に付着する細菌の実態を調査した論文が3件、いずれも英国で1965年～1977年に報告されていた^{8)~10)}。国内の論文では、看護師を対象に、頭髮の細菌汚染と洗髪時の手指やその時に使用したタオルに付着する細菌との関連を調査したものがあり、それは1994年に報告（但し、学会報告のみ）されていた¹¹⁾。

そこで我々は、現状に即した院内感染防止対策の検討に資するため、病院に勤務する看護師を対

1) 順天堂医療短期大学看護学科 Department of Nursing, Juntendo Medical College of Nursing

2) 島根医科大学看護学科 School of Nursing, Shimane Medical University

3) 元順天堂大学附属浦安病院 Juntendo University Urayasu Hospital

4) 順天堂大学附属順天堂医院 Juntendo Hospital

5) 島根医科大学医学科 School of Medicine, Shimane Medical University

象に頭髪に付着する細菌の実態と、洗髪日、髪型、洗髪・整髪の方法、勤務場所、業務内容などが頭髪の細菌汚染にどのように影響しているかを調査した。

II. 方 法

1. 調査対象

J病院（1020床の特定機能病院）に勤務する看護師で、3箇所の外科系病棟及び3箇所の内科系病棟において、日勤業務に従事している看護師120名。なお、調査にあたっては、事前に研究目的を説明し、看護師の同意を得て行った。

2. 調査方法

頭髪の細菌汚染（以後、頭髪汚染と略記）の調査は、「通常条件下」と「指定条件下」で実施した。「通常条件下」とは、調査日を予告せず、洗髪・整髪の方法を指定しない条件下の調査であり、「指定条件下」とは、調査日を予告し、洗髪・整髪方法などを指定した条件下の調査である。また、「通常条件下」と「指定条件下」の対象者には、頭髪の手入れなどに関するアンケート調査を実施した。

1) 「通常条件下」での調査方法

- (1) 調査日は、内科系病棟の看護師は「シーツ交換日」と「非シーツ交換日」、外科系病棟の看護師は「非シーツ交換日」のみとした。
- (2) 調査時間は、『就業前』は午前7時30分～8時、『就業後』は午後4時～4時30分とした。
- (3) 試料採取の部位と方法は、予備実験の結果から手指や落下細菌などで最も汚染されやすい頭頂部～側頭部に、普通寒天平板培地（10cm²のフードスタンプ、ニッスイ）を軽く押し当てた。フードスタンプ1個の面積が狭く1回のスタンプでは付着細菌が少ないために、1個のスタンプで場所をずらして3回押し当てた。『就業前』は左頭頂部～側頭部とし、『就業後』は右頭頂部～側頭部とした（■1）。尚、予備実験では、



就業前：左頭頂部～側頭部
就業後：右頭頂部～側頭部

図1 試料採取部位

『就業前』の頭頂部～側頭部の細菌数や菌種に左右差は認められなかった。

2) 「指定条件下」での調査方法

(1) 指定条件の内容

- ①調査日の前夜に洗髪する。
- ②洗髪は2度洗いでリンスまたはトリートメントは1度洗いにし洗髪後の整髪料は使用しない。
- ③就寝時は枕に付着した細菌の影響を考慮して洗濯した清潔なバスタオルで枕を被う。

なお、調査期間中に使用するヘアブラシは、新しいヘアブラシに紫外線を照射して、対象者に配布した。

- (2) 調査日、調査時間、試料採取部位と方法などは、「通常条件下」と同様に行った。

3) 細菌の分離・同定

- (1) 試料採取後の寒天平板培地は、35℃で48時間培養した。
- (2) ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌は、自動細菌同定装置（バイテックAMSⅢ、日本ビオメリュー・バイテック製）で判定した。
- (3) ブドウ球菌は、カタラーゼテスト、コアグラゼテストによって判定した。
- (4) グラム陽性桿菌は、形態、カタラーゼテストによって、また糸状菌と酵母様真菌は形態で判定した。

4) アンケート調査の内容と方法

- (1) 「通常条件下」の対象者には、勤務場所、業務内容、髪型（髪の長さ；ショート、セミロング、

ロング), 洗髪日, 整髪料使用の有無に関して, 「指定条件下」の対象者には, 勤務場所, 業務内容, 髪型(髪の長さ)に関して調査した。髪の長さは, 耳朶までの長さをショート, 肩までの長さをセミロング, それより長い髪をロングとした。

(2) アンケート用紙は, 『就業前』の試料採取時に被検者に配布し, 『就業後』の試料採取時に回収した。

3. 調査期間

1997年8月5日～8月21日

4. 調査結果の統計処理

データ分析には, Statistical Package for the Social Science (SPSS) 10.0J for Windows を用いた。1つの群内での『就業前』と『就業後』の平均値の差の検定は, paired-*t* 検定を行い, 異なる群間での平均値の差の検定は, unpaired-*t* 検定と一元配置の分散分析を行い, 多重比較には Bonferroni を用いた。有意水準は0.05未満とした。

III. 結 果

120名中, アンケートへの回答が無効の者(3名)を除外し, 117名を対象に集計した。そのうち, 「通常条件下」の対象者が59名, 「指定条件下」の対象者が58名であった。

1. 「通常条件下」と「指定条件下」の 頭髪汚染度 (表1)

1) 『就業前』の頭髪汚染度における「通常条件下」と「指定条件下」の比較

「通常条件下」では平均65cfu/10cm²(2～613cfu/10cm²), 「指定条件下」では平均79cfu/10cm²(2～437cfu/10cm²)であり, 有意差は認められなかった。

2) 『就業後』の頭髪汚染度における「通常条件下」と「指定条件下」の比較

「通常条件下」では平均72cfu/10cm²(1～644

表1 看護師の頭髪の細菌汚染度

		cfu/10cm ²	
通常条件下(N=59)		指定条件下(N=58)	
平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前 65	±102.8	79	±95.5
就業後 72	±105.9	54	±72.6

* $P < 0.05$

cfu/10cm²), 「指定条件下」では平均54cfu/10cm²(3～366cfu/10cm²)であり, 有意差は認められなかった。

3) 頭髪汚染度の『就業前』と『就業後』の比較

「通常条件下」では, 『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かったが, 有意差は認められなかった。「指定条件下」では, 『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも有意に低かった($p < 0.05$)。

2. 「通常条件下」の洗髪日と整髪料使用の状況 (表2)

洗髪日は, 「調査の前日」が44名(75%)で最も多く, 「調査当日」が12名(20%), 「調査の前々日」が3名(5%)であった。

調査当日の朝に, 頭髪の乱れを整える(あるいは, 髪のがくずれないように固定する)目的で整髪料を使用している人(以後, 〈整髪料使用群〉と略記)は, 37名(63%), 整髪料を使用していない人(以後, 〈整髪料非使用群〉と略記)は22名(37%)であった。尚, 使用されていた整髪料の種類は, ムースやワックスが最も多く32名(86%), クリームやスプレーなどが5名(14%)であった。

〈整髪料使用群〉の洗髪日は, 「調査の前日」が24名(65%)で最も多く, 「調査当日」が11名

表2 洗髪日と整髪料使用の状況(通常条件下)

		人数(%)	
		整髪料使用群	整髪料非使用群
		合計	
当日に洗髪	11(30)	1(5)	12(20)
前日に洗髪	24(65)	20(90)	44(75)
前々日に洗髪	2(5)	1(5)	3(5)
合 計	37(63)	22(37)	59(100)

(30%),「調査の前々日」が2名(5%)であった。一方、〈整髪料非使用群〉の洗髪日は、ほとんどが「調査の前日」であった。

3. 「通常条件下」の整髪料使用による頭髪汚染度(表3)

「指定条件下」に合わせて、「調査の前日」に洗髪した44名を対象にした。

〈整髪料使用群〉は、『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも有意に高かった($p < 0.05$)。〈整髪料非使用群〉は、「指定条件下；整髪料非使用」と同様に『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低かったが、有意差は認められなかった。

表3 整髪料使用による頭髪の細菌汚染度(通常条件下)

		cfu/10cm ²			
		調査の前日に洗髪			
		整髪料使用群(N=24)		整髪料非使用群(N=20)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前		50	±68.5	66	±30.1
就業後		74	±95.9	45	±45.8

* $P < 0.05$

められなかった。

就業前・後ともに、〈整髪料使用群〉と〈整髪料非使用群〉との間に、有意差は認められなかった。

4. 「通常条件下」の洗髪日による頭髪汚染度(表4)

「通常条件下」における〈整髪料非使用群〉は、9割が「前日の洗髪」であったので、洗髪日による頭髪汚染度は、〈整髪料使用群〉と比較した。

就業前・後ともに「調査当日」の頭髪汚染度が最も高く、次ぎに「調査の前日」、「調査の前々日」の順であったが、有意差は認められなかった。

5. 髪型による頭髪汚染度(表5)

1) 「通常条件下」における〈整髪料使用群〉場合

(1) 就業前・後における髪型別の比較

就業前・後ともに、ロングとセミロングの頭髪汚染度がショートのそれよりも高かったが、いずれの間にも有意差は認められなかった。

表4 洗髪日による頭髪の細菌汚染度(通常条件下；整髪料使用群)

		cfu/10cm ²					
		調査当日(N=11)		調査の前日(N=24)		調査の前々日(N=2)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前		106	±112.3	50	±68.5	14	±17.0
就業後		132	±182.8	74	±95.9	10	±0.7

* $P < 0.05$

表5 髪型による頭髪の細菌汚染度

		cfu/10cm ²					
通常条件下(調査の前日に洗髪)		ショート(N=10)		セミロング(N=6)		ロング(N=8)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
整髪料使用群	就業前	25	±26.5	88	±94.3	53	±77.6
	就業後	40	±35.8	82	±102.7	110	±133.8
		ショート(N=9)		セミロング(N=4)		ロング(N=7)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
整髪料非使用群	就業前	40	±34.0	8	±2.2	132	±218.5
	就業後	37	±27.7	37	±25.4	61	±69.5
指定条件下(調査の前日に洗髪)		ショート(N=18)		セミロング(N=29)		ロング(N=11)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
整髪料非使用	就業前	43	±39.8	106	±123.1	68	±48.0
	就業後	36	±31.5	62	±85.5	62	±84.0

* $P < 0.05$

(2) 髪型別の『就業前』と『就業後』の比較

セミロングの『就業後』の頭髪汚染度は、『就業前』のそれよりもやや低く、ロングとショートは『就業後』の頭髪汚染度は、『就業前』のそれよりも高かったが、いずれも有意差は認められなかった。

2) 「通常条件下」の〈整髪料非使用群〉の場合

(1) 就業前・後における髪型別の比較

『就業前』においては、ロングの頭髪汚染度が最も高く、セミロングの頭髪汚染度が最も低かったが、いずれの間にも有意差は認められなかった。『就業後』においては、ショートとセミロングの頭髪汚染度が同じで、ロングの頭髪汚染度がショートとセミロングのそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) 髪型別の『就業前』と『就業後』の比較

セミロングは『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高く、ショートとロングは『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低かった。しかし、いずれも有意差は認められなかった。

3) 「指定条件下；整髪料非使用」の場合

(1) 就業前・後における髪型別の比較

『就業前』においては、セミロングの頭髪汚染度が最も高く、次にロングで、ショートは頭髪汚染度が最も低かったが、いずれの間にも有意差は認められなかった。

『就業後』においては、ロングとセミロングの頭髪汚染度が同じで、ショートはそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) 髪型別の『就業前』と『就業後』の比較

いずれの髪型も『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低く、セミロングは有意に低かった ($p < 0.05$)。

6. シーツ交換作業による頭髪汚染度

「通常条件下」における内科系病棟の対象39名については、〈整髪料使用群〉、〈整髪料非使用群〉に分けて表6に示し、「指定条件下；整髪料非使用」における内科系病棟の対象39名については表7に示した。

1) 「通常条件下」の〈整髪料使用群〉の場合 (表6)

(1) シーツ交換作業の実施者と非実施者の比較

就業前・後ともに、実施者の頭髪汚染度は、非実施者のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) シーツ交換作業による『就業前』と『就業後』の比較

非実施者では、『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりもわずかに高く、実施者では有意に高かった ($p < 0.05$)。

2) 「通常条件下」の〈整髪料非使用群〉の場合 (表6)

(1) シーツ交換作業の実施者と非実施者の比較

就業前・後ともに、実施者の頭髪汚染度は、非実施者のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) シーツ交換作業による『就業前』と『就業後』の比較

実施者は、『就業後』の頭髪汚染度が『就業

表6 シーツ交換作業による頭髪の細菌汚染度 (通常条件下)

		cfu/10cm ²							
整髪料使用群				整髪料非使用群					
実施者(N=12)		非実施者(N=11)		実施者(N=9)		非実施者(N=7)			
平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
就業前	88 ±115.3	44	±41.4	117	±191.2	12	± 7.2		
就業後	148 ±194.4 *	51	±38.4	53	± 65.1	28	±19.9		

* $P < 0.05$

表7 シーツ交換作業による頭髪の細菌汚染度(指定条件下)

		cfu/10cm ²			
		整髪料非使用			
		実施者(N=19)		非実施者(N=20)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前		61	±61.6	110	±128.9
就業後		53	±88.9	60	±79.4

前』のそれよりも低かったが、有意差は認められなかった。非実施者は、『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

3)「指定条件下；整髪料非使用」の場合(表7)

(1) シーツ交換作業の実施者と非実施者の比較

就業前・後ともに、非実施者の頭髪汚染度は、実施者のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) シーツ交換作業による『就業前』と『就業後』の比較

実施者、非実施者ともに、『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低かったが、有意差は認められなかった。

7. 病棟別の頭髪汚染度

「通常条件下」は、外科系病棟の条件(非シーツ交換日)に合わせて、内科系病棟の非シーツ交換日で比較し、〈整髪料使用群〉と〈整髪料非使用群〉に分けて表8に示した。

「指定条件下；整髪料非使用」は、外科系病棟の条件(非シーツ交換日)に合わせて、内科系病棟の非シーツ交換日で比較し表9に示した。

1)「通常条件下」の場合(表8)

(1) 就業前・後における病棟別の比較

〈整髪料使用群〉の場合、就業前・後ともに、

表9 病棟別の頭髪の細菌汚染度(指定条件下；非シーツ交換■)

		cfu/10cm ²			
		整髪料非使用			
		内科系病棟(N=20)		外科系病棟(N=19)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前		110	±128.9	66	±77.7
就業後		60	±79.4	49	±59.4

外科系病棟の頭髪汚染度が内科系病棟のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

〈整髪料非使用群〉の場合、就業前・後ともに、外科系病棟の頭髪汚染度が内科系病棟のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) 病棟別の『就業前』と『就業後』の比較

〈整髪料使用群〉の場合、外科系、内科系病棟のいずれも『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

〈整髪料非使用群〉の場合、外科系、内科系病棟のいずれも『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

2)「指定条件下；整髪料非使用」の場合(表9)

(1) 就業前・後における病棟別の比較

就業前・後ともに、外科系病棟の頭髪汚染度が内科系病棟のそれよりも低かったが、有意差は認められなかった。

(2) 病棟別の『就業前』と『就業後』の比較

外科系、内科系病棟のいずれも『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低かったが、有意差は認められなかった。

表8 病棟別の頭髪の細菌汚染度(通常条件下；非シーツ交換■)

		cfu/10cm ²							
		整髪料使用群				整髪料非使用群			
		内科系(N=11)		外科系(N=14)		内科系(N=7)		外科系(N=6)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
就業前		44	±41.4	62	±82.9	12	±7.2	44	±44.3
就業後		51	±38.4	64	±81.7	28	±19.91	55	±30.0

病院の看護師における頭髮の細菌叢の検討

表10 頭髮から分離された菌種とプレート数

プレート数 (%)

菌 種	条 件 時 間	通常条件下 N=59		指定条件下 N=58	
		就業前	就業後	就業前	就業後
グラム陽性球菌		45(76.3)	46(78.0)	47(81.0)	45(77.6)
<i>Staphylococcus</i> spp.		32(54.2)	28(47.5)	38(65.5)	31(53.4)
<i>S.aureus</i> (MRSA*を含む)		3(5.1)	3(5.1)	7(12.0)	5(8.6)
<i>S.epidermidis</i> 他 CNS*		29(49.2)	25(42.4)	33(56.9)	31(53.5)
<i>Micrococcus</i> spp.		33(55.9)	28(47.5)	29(48.3)	34(58.6)
<i>Streptococcus</i> spp.		9(15.3)	12(20.3)	1(1.7)	2(3.4)
グラム陽性桿菌		56(94.9)	58(98.3)	51(87.9)	57(98.3)
<i>Bacillus</i> spp.(<i>cereus</i> 他)		43(71.2)	54(91.5)	40(69.0)	48(82.8)
<i>Corynebacterium</i> spp.		44(74.6)	39(66.1)	29(50.0)	33(56.9)
菌名不明		2(3.4)	0	12(20.7)	12(20.7)
グラム陰性桿菌		26(44.1)	28(47.5)	27(46.6)	22(37.9)
グラム陰性球菌		0	0	0	0
真菌		22(37.3)	17(28.8)	13(22.4)	17(29.3)

*MRSA(methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) : メチシリン耐性黄色ブドウ球菌

*CNS(coagulase-negative staphylococci) : コアグラウゼ陰性ブドウ球菌

表11 頭髮から分離された菌種とコロニー数

cfu/10cm² (%)

菌 種	条 件 時 間	通常条件下 N=59		指定条件下 N=58	
		就業前	就業後	就業前	就業後
グラム陽性球菌		1,564(41.1)	1,853(43.6)	1,281(27.4)	793(25.4)
<i>Staphylococcus</i> spp.		452(11.9)	448(10.6)	787(16.8)	406(13.0)
<i>S.aureus</i>		24(0.6)	0	25(0.5)	4(0.1)
MRSA*		11(0.3)	23(0.5)	253(5.4)	53(1.7)
<i>S.epidermidis</i> 他 CNS*		386(10.2)	307(7.2)	425(9.1)	71(2.3)
CNS(MRS)*		31(0.8)	118(2.8)	84(1.8)	375(12.0)
<i>Micrococcus</i> spp.		794(20.9)	1,004(23.6)	485(10.4)	12(0.4)
<i>Streptococcus</i> spp.		318(8.4)	401(9.4)	9(1.2)	0
グラム陽性桿菌		1,810(47.5)	1,969(46.4)	2,807(60.0)	1,908(61.0)
<i>Bacillus</i> spp.(<i>cereus</i> 他)		419(11.0)	778(18.3)	407(8.7)	682(21.8)
<i>Corynebacterium</i> spp.		1,290(33.9)	1,191(28.0)	1,276(27.3)	593(19.0)
菌名不明		101(2.7)	0	1,124(24.0)	633(20.2)
グラム陰性桿菌		275(7.2)	307(7.2)	536(11.5)	300(9.6)
<i>Pseudomonas</i> spp.		28(0.7)	47(1.1)	225(4.8)	72(2.3)
<i>Stenotrophomonas</i> spp.		0	0	2(0.1)	0
<i>Agrobacterium</i> spp.		77(2.0)	11(0.3)	30(0.6)	0
<i>Flavobacterium</i> spp.		33(0.9)	0	51(1.1)	0
<i>Comamonas</i> spp.		0	0	20(0.4)	0
非発酵菌* で菌名不明		137(3.6)	249(5.9)	13(2.9)	226(7.2)
<i>Kingella</i> spp.		0	0	0	2(0.1)
菌名不明		0	0	73(1.6)	0
真菌		159(4.2)	119(2.8)	55(1.2)	127(4.1)
糸状菌		4(0.1)	0	11(0.2)	9(0.3)
酵母様真菌 <i>Candida</i> spp.		122(3.2)	30(0.7)	18(0.4)	83(2.7)
<i>Rhodotorula</i> spp.		0	0	3(0.1)	0
菌名不明		33(0.9)	89(2.1)	23(0.5)	35(1.1)
計		3,808	4,248	4,679	3,128

*MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) : メチシリン耐性黄色ブドウ球菌

*CNS (coagulase-negative staphylococci) : コアグラウゼ陰性ブドウ球菌

*CNS (MRS; methicillin-resistant staphylococci) : メチシリン耐性のコアグラウゼ陰性ブドウ球菌

*非発酵菌 : ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌

8. 頭髪から分離された菌種

1) 頭髪から分離された菌種とプレート数(表10)
 一個のスタンプ上に一個のコロニー(1菌種)が認められれば、そのプレートは当該菌種陽性と判定し、その合計を表10に示した。

「通常条件下」、「指定条件下」で、就業前・後ともに最も多くのプレートから分離された菌種は、グラム陽性桿菌(88~98%)で、そのほとんどが *Bacillus* spp. と *Corynebacterium* spp. であった。次いで多かったのがグラム陽性球菌(76~81%)で、そのほとんどが *Staphylococcus* spp. と *Micrococcus* spp. であった。

2) 頭髪から分離された菌種とコロニー数(表11)
 一個のスタンプに認められた菌種毎のコロニー数の合計を表11に示した。

「通常条件下」、「指定条件下」で、就業前・後ともに最も多く分離された菌種は、プレート数の結果と同様にグラム陽性桿菌で、次にグラム陽性球菌であった。■和見感染の原因菌 [*S.aureus*, MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), グラム陰性桿菌, *Candida* spp.] は、『就業前』、『就業後』において総コロニー数の8~18%を占め、それに CNS (coagulase-negative staphylococci) を含めると、その割合は19~29%であった。MRSA は、「通常条件下」、「指定条

件下」とともに、就業前・後(2~5プレート)から分離され、総コロニー数の0.3~5.4%を占めていた。

3) 頭髪から分離された菌種のプレート当たりの平均コロニー数(表12)

分離された菌種を病棟別、シート交換作業別に比較するために、「通常条件下」の〈整髪料使用群〉において、プレート当たりの平均コロニー数を求め表12に示した。

(1) 内科系病棟におけるシート交換作業による菌種別の頭髪汚染度

就業前・後ともに、すべての菌種で、実施者の頭髪汚染度は非実施者のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

真菌以外の菌種では、実施者、非実施者ともに、『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かったが、有意差は認められなかった。

(2) 病棟別での菌種別の頭髪汚染度

内科系病棟のシート交換非実施者と外科系病棟(シート交換非実施者)で比較した。

グラム陽性球菌とグラム陽性桿菌による頭髪汚染度は、就業前・後ともに、外科系病棟が内科系病棟よりも高かったが、有意差は認められなかった。

表12 頭髪から分離された菌種のプレート当たりの平均コロニー数(通常条件下の整髪料使用群)

		cfu/10cmf					
		内科系病棟				外科系病棟	
		シート交換実施者(N=12)		シート交換非実施者(N=11)		シート交換非実施者(N=14)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
グラム陽性球菌	就業前	33	± 79.5	15	± 26.0	30	± 56.3
	就業後	74	± 116.4	19	± 25.4	28	± 50.1
グラム陽性桿菌	就業前	41	± 46.5	22	± 32.0	23	± 31.1
	就業後	58	± 78.4	27	± 24.4	32	± 34.5
グラム陰性桿菌	就業前	10	± 30.6	4	± 8.9	4	± 7.5
	就業後	12	± 21.4	4	± 7.6	3	± 9.8
真 菌	就業前	4	± 8.7	3	± 5.5	4	± 10.7
	就業後	4	± 14.4	0.4	± 0.5	0.3	± 0.8

グラム陰性桿菌と真菌による頭髪汚染度は、就業前・後ともに、両系病棟ではほぼ同じであった。

外科系病棟では、すべての菌種において、『就業前』と『就業後』の間に有意差は認められなかった。

IV. 考 察

1. 頭髪汚染度について

今回の調査では1枚のプレートを3回スタンプしているので、平均コロニー数を他のデータと比較する場合には、得られた値を1/3にする必要がある。従って、『就業前』は「通常条件下」で22cfu/10cm²、「指定条件下」で26cfu/10cm²、『就業後』は「通常条件下」で24cfu/10cm²、「指定条件下」で18cfu/10cm²となる。

これらの値は、Cozanitisら(1977)¹⁰⁾が集中治療室(ICU)のスタッフ50人の頭髪汚染度を調査した結果(平均13cfu/10cm²)を上回っていた。ICUに比べて一般病棟は人の数や動きが多いことにより、塵埃とともに落下細菌が付着する機会も多くなると考えられる。ICUのスタッフと患者のプレートから最も多く検出された菌種は、ヒトの皮膚、口腔、鼻腔、尿道などに常在するCNSであった。我々が調査した一般病棟では、自然界に広く分布する*Micrococcus* spp., *Bacillus* spp., そして、ヒトの皮膚、口腔、鼻腔、尿道などに常在する*Corynebacterium* spp., CNSなどが最も多く検出された。これらのことも、ICUに比べて一般病棟は、人の数や動きが多いことを裏付けていると考えられる。しかし、以上の点を確かめるためには、今回の条件に合わせてICUを調査する必要がある。

また、今回の頭髪の汚染度は、高峰ら(1993)¹¹⁾が調査したナースキャップの細菌汚染度(平均6.4cfu/10cm²)を約3~4倍上回っていた。この結果についても、病院環境の違いが細菌汚染度に

影響する点を考慮する必要があるが、頭髪の場合はリンス剤に含まれる成分、頭皮からの分泌物、発汗、体温などが合わさって、菌の増殖、定着に適した条件を作り出しているのではないかと考えられる。

『就業前』から頭髪汚染度が高い理由としては、Furuta¹²⁾が「頭髪の付着菌数はシャワーにより減少しなかった」と報告し、児玉ら¹³⁾が「洗髪時に滅菌した手袋やタオルを使用した結果、洗髪後の頭髪の付着菌は激減したことから、手指およびタオルに付着している多数の菌が頭髪へ移行する」と述べていることを考慮すると、通常の洗髪法では頭皮・頭髪に付着した細菌が落ちにくいこと、さらに洗髪後に、手やタオルに付着していた細菌が頭髪に付着するためと考えられる。その他の理由としては、洗髪により一旦減少した菌が、頭髪に残っている水分、リンス剤の成分、適度の体温などの好条件によって再び増殖すること、前回の洗髪の場合は就寝時の寝具類に付着していた菌により汚染すること、朝の整髪時にブラシや手指に付着していた菌により汚染すること等も考えられる。

いずれにしても、通常の生活では頭髪には細菌が常在しており、しかも、前記のような種々の条件が個人により異なるために、頭髪汚染度の個人差が大きいと考えられる。

2. 整髪料使用による頭髪汚染度について

高峰ら¹¹⁾の調査結果では、整髪料を使用している看護師のナースキャップの平均コロニー数(7.4cfu/10cm²)は、整髪料を使用していない看護師のそれ(5.4cfu/10cm²)よりも高い傾向を示していた。今回の調査結果でも、〈整髪料使用群〉の『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも高かった。これらの結果から、整髪料を使用すると頭髪に付着した細菌が頭髪の表面に保持されやすいこと、新たに細菌が付着しやすいことなどが考えられる。

一方、「指定条件下」の調査対象であった看護師からは、「整髪料を使用していないため、髪が落ち着かない」との発言があった。そして、〈整髪料非使用群〉の『就業後』の頭髪汚染度が『就業前』のそれよりも低かったことから、整髪料を使用していないと髪が乱れやすく、そのために頭髪に付着した菌が振り落とされやすいのではないかと考えられる。

3. 洗髪日による頭髪汚染度について

「調査当日」に洗髪した看護師の頭髪汚染度が、「調査の前日」に洗髪した看護師のそれよりも高い傾向を示したのは、朝のシャンプー後の保湿効果が整髪料によって保持されることにより、菌の増殖に好条件をもたらしていたからではないかと考えられる。しかし、前記1.で述べたように、頭髪汚染度には種々の要因が影響するために、洗髪日による違いが明らかにならなかったのではないかと考えられる。

4. 髪型による頭髪汚染度について

1) ショートとロングの頭髪汚染度の場合

〈整髪料使用群〉及び〈整髪料非使用群〉の就業前・後ともに、ロングの頭髪汚染度は、ショートのそれよりも高い傾向を示した。ロングの場合は髪を束ねることで、①保湿・保温効果があり、菌の増殖、定着に適した条件を作り出している、②頭髪に付着した細菌が保持されやすい、③髪を束ねる時に手指による髪への接触が多い、等の条件が合わさるために、ショートよりも頭髪汚染度が高くなるのではないかと考えられる。

〈整髪料非使用群〉では、『就業前』のロングの頭髪汚染度が著明に高く、個人差も大きかった。この原因としては、前記の3つの条件に加えて、整髪料を使用していないと束ねていても髪が乱れやすく、手が頭髪に触れる機会も自然と多くなり、その結果、手から頭髪へ、逆に頭髪から手に細菌が移行している可能性もあるので、これらの諸条件が個人によって大きく異なるためではないかと

考えられる。

2) セミロングの頭髪汚染度の場合

『就業前』のセミロングの頭髪汚染度は、「通常条件下」の〈整髪料使用群〉ではショートやロングに比べて高いが、〈整髪料非使用群〉では逆にショートやロングよりも低く、「指定条件下；整髪料非使用」では逆に高かった。このように、『就業前』から頭髪汚染度が一定しなかった。

セミロングの場合、髪を束ねていないために乱れやすく、手が頭髪に触れる機会も自然と多くなり、その結果、手から頭髪へ、逆に頭髪から手に細菌が移行している可能性があるために、頭髪汚染度が一定しなかったのではなかと考えられる。

5. シーツ交換作業による頭髪汚染度について

シーツ交換作業の実施者の頭髪汚染度は、非実施者のそれに比べて『就業前』から高い傾向を示したので、両者における病棟別（3個所の内科系病棟）、洗髪日別、髪型別の人数を調べた。その結果、いずれもほぼ同じ割合であったことから、それらとは別の個人的な要因が考えられた。

そこで、個別に頭髪汚染度を見た結果、実施者の中の3名が『就業前』から著明に高く、A氏は378cfu/10cm²、B氏は244cfu/10cm²、C氏は151cfu/10cm²であった。3名は、別々の病棟に勤務しており、洗髪日と髪型の背景、および頭髪から分離された菌種は、表13に示す通りであった。3名の『就業前』の頭髪から分離された細菌は、いずれも自然界やヒトの常在菌であるので、頭髪汚染度が『就業前』に著明に高かった理由としては、洗髪時の手指やタオル、就寝時の寝具類、整髪時のブラシや手指等による汚染が影響したのではないかと推察される。

整髪料を使用している場合は、シーツ交換作業によって頭髪汚染度が高くなることが明らかになった。菌種の面から見た場合、シーツ交換作業の実施者においては、『就業後』のグラム陽性球菌の平均コロニー数は『就業前』の約2倍であり（表

病院の看護師における頭髮の細菌叢の検討

表13 洗髪日と髪型の背景および『就業前』の頭髮から分離された菌種

背 景	調 査 対 象	cfu/10cm ²		
		A 氏	B 氏	C 氏
	洗 髪 日	調査当日	調査の前日	調査当日
	髪 型	ロング	ロング	ショート
分離菌	グラム陽性球菌			
	<i>Micrococcus</i> spp.	130	57	19
	<i>Streptococcus</i> spp.	150	0	0
	グラム陽性桿菌			
	<i>Bacillus</i> spp.	7	24	5
	<i>Corynebacterium</i> spp.	84	133	20
	グラム陰性桿菌			
	<i>Agrobacterium</i> spp.	0	0	77
	<i>Flavobacterium</i> spp.	0	0	30
	非発酵菌* で菌名不明	7	0	0
真菌				
	<i>Candida</i> spp.	0	30	0

* 非発酵菌：ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌

表14 シーツ交換作業によるグラム陽性球菌の就業前後の変化

	cfu/10cm ²			
	実施者(N=12)		非実施者(N=11)	
	就業前	就業後	就業前	就業後
MRSA*	0	1.3	0.3	0.5
CNS* (MRS* を含む)	1.8	14	6.1	12.5
<i>Micrococcus</i> spp.	18.3	37.1	9	3
<i>Streptococcus</i> spp.	12.5	21.9	0.1	3.2

* MRSA; methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

* CNS; coagulase-negative staphylococci

* MRS; methicillin-resistant staphylococci

12),『就業後』のCNSの平均コロニー数は『就業前』のそれよりも約8倍多かった(表14)。高峰ら¹³⁾が調査したシーツからは、CNSが最も多く分離されていた。このことは、シーツ交換作業によってCNSによる汚染が高くなるという今回の結果を支持している。

一方、整髪料を使用していない場合は、シーツ交換の作業中に頭髮に付着した細菌が再び振り落とされる可能性があると考えられる。

これらの結果から、シーツ交換作業の際にヘアカバー(三角布など)で頭髮を保護することは、院内感染防止に意義のある対処法の一つであると言える。

6. 病棟別の頭髮汚染度

1)「通常条件下」の〈整髪料使用群〉の場合

就業前・後ともに、外科系病棟に勤務する看護師の頭髮汚染度が内科系病棟に勤務する看護師のそれよりも高い傾向を示した。外科系病棟は内科系病棟比べて、「調査当日の洗髪」の看護師が2倍多かった。また、髪型別では、外科系病棟がショート3名、セミロング5名、ロング6名、内科系病棟がショート5名、セミロング1名、ロング5名であった。外科系病棟はセミロングの人数が多く、しかも、3名から『就業前』に多数の菌(105cfu/10cm², 221cfu/10cm², 267cfu/10cm²)が分離されていた。

このように、セミロングの人数の違い、洗髪日

の違いなどが頭髪汚染度に影響し、外科系病棟の頭髪汚染度を『就業前』から高くしていたのではないかと考えられる。

2) 「通常条件下」の〈整髪料非使用群〉の場合

洗髪日は1名のみ「調査の当日」で、他は「調査の前日」であった。髪型別では、外科系病棟がショート1名、セミロング2名、ロング3名であった。内科系病棟がショート4名、セミロング2名、ロング1名であった。すなわち、頭髪汚染度が一定しないセミロングは両病棟で同数であったが、外科系病棟には細菌が保持されやすいロングが多く、しかもロングの2名から『就業前』に多数の菌(107cfu/10cm², 84cfu/10cm²)が分離されていたために、内科系病棟よりも『就業前』から高い傾向を示したのではないかと考えられる。

3) 「指定条件下；整髪料非使用」の場合

「指定条件下」では「通常条件下」とは逆に、内科系病棟の頭髪汚染度が『就業前』から高い傾向を示した。洗髪日は全員が「調査の前日」の条件であった。髪型は、内科系病棟がショート7名、セミロング4名、ロング9名、外科系病棟がショート4名、セミロング10名、ロング5名であった。内科系病棟のロング5名からは、『就業前』に多数の菌(160~437cfu/10cm²)が分離されていた。すなわち、「通常条件下」とは逆に、内科系病棟に細菌が保持されやすいロングが多かったことによるのではないかと考えられる。

上記1), 2), 3)のいずれの条件においても、洗髪日や髪型による頭髪汚染度の影響が関係するために、病棟による頭髪汚染度の違いが明らかにならなかったと考えられる。

7. 頭髪から分離された菌種について

Noble (1966) の調査結果⁹⁾では、病院に關係のない人からは、黄色ブドウ球菌 (*S.aureus*) が全プレート数の約10%から分離されていた。Summurs ら (1965) の調査結果⁸⁾では、一般病院における入院患者、外来患者、看護師及びその

他の医療従事者から最も高い頻度で、グラム陽性球菌の *S.aureus* が分離されており、その分離頻度は入院患者が全プレート数の40.3%、外来患者が37%、看護師及びその他の医療従事者が27.4%であった。我々の調査結果では、*S.aureus* (MRSAを含む) は全プレート数の5~12%を占めており、Summurs らの結果に比べて少なかった。

1940年代後半~1960年代中頃までは、細菌による感染症の原因菌の中で *S.aureus* が最も多かった。しかし、1959年にメチシリンが開発され、以後、次々と合成ペニシリンやセフェム系の抗生物質が開発されたことで、1960年代後半には *S.aureus* による感染症は減少し、代わってグラム陰性桿菌による感染症が増えてきた。わが国¹⁴⁾の2施設(大学附属病院)における¹⁵⁾膿液からの分離菌の年次推移(1956~1979年)によると、1960年代からグラム陽性菌の分離率が減少するとともに、グラム陰性菌の分離率が増加し、1960年代後半に両者の分離率が逆転していた¹⁴⁾。ところが、第二世代および第三世代セフェム剤の使用頻度が高くなってきた1980年代以降は、グラム陰性桿菌がしだいに減少し、*S.aureus* が再び増加し始めた。賀来ら¹⁵⁾が調査した大学附属病院の結果によると、1972年からの10年間は、*S.aureus* が全検体数に占める割合は3~4%であったが、1991年には10.8%に増加していた。

以上のように、細菌による感染症が治療薬によって変遷し、それに伴って病院内の細菌叢も変化することから、頭髪から分離された *S.aureus* の分離率が1965年と今¹⁶⁾とでは大きく違っていただのではないかと考えられる。

また、病院内には易感染者が増え、日和見感染による感染症が院内感染の重要課題になっているが、その原因菌 (*S.aureus*, MRSA, グラム陰性桿菌, *Candida* spp.) と、多剤耐性やバンコマイシン耐性の報告で注目されるようになった CNS は、頭髪から分離された総コロニー数の19~29%

を占めていた。

従って、菌種の面からも看護師の頭髪が院内感染の媒体となると考えられるので、院内感染防止策としては、頭髪への対処法を検討すると共に、洗髪時の手指やタオル、就寝時の寝具類、整髪時のブラシや手指などの清潔保持に心がけるよう指導することも今後の課題であろう。

V. 結 論

1. 看護師の頭髪の細菌汚染度は個人差が大きいですが、菌の分離頻度では、グラム陽性桿菌が88～98%のプレートで分離され、そのほとんどが *Bacillus* spp. と *Corynebacterium* spp. であった。プレート当たりの平均コロニー数は31～48 cfu/10cm²であった。

次いで、グラム陽性球菌が76～81%のプレートで分離され、そのほとんどが *Staphylococcus* spp. と *Micrococcus* spp. であった。プレート当たりの平均コロニー数は14～31cfu/10cm²であった。

2. 日和見感染の原因菌 (*S.aureus*, MRSA, グラム陰性桿菌, *Candida* spp.) のプレート当たりの平均コロニー数は6～14cfu/10cm²で、総コロニー数の8～18%を占めていた。MRSA は、「通常条件下」、「指定条件下」ともに、就業前・後(2～5プレート)から分離され、総コロニー数の0.3～5.4%を占めていた。

3. 整髪料を使用している場合は、『就業後』の頭髪の細菌汚染度が、『就業前』のそれよりも有意に高く、頭髪に付着した細菌が頭髪の表面に保持されるだけでなく、新たに細菌が付着する可能性が示唆された。

一方、整髪料を使用していない場合は、『就業後』の頭髪の細菌汚染度が、『就業前』のそれよりも有意に低く、頭髪に付着した細菌が振り落とされる可能性が示唆された。

4. 洗髪日は、「調査の前日」が最も多く全体の

約8割を占め、約2割が「調査当日」に洗髪していた。そして、「調査当日」に洗髪した看護師の頭髪の細菌汚染度が、「調査の前日」に洗髪した看護師のそれよりも高い傾向を示したが、有意差は認められなかった。

5. 整髪料使用、非使用に関わらず、ロングの頭髪の細菌汚染度はショートのそれよりも高い傾向を示した。また、ショート、ロングともに整髪料を使用している場合は頭髪に付着した細菌が頭髪の表面に保持されやすく、整髪料を使用していない場合は頭髪に付着した細菌が振り落とされやすい傾向を示していた。整髪料を使用していないセミロング場合は、特に頭髪に付着した細菌が振り落とされやすいことが示唆された。

6. 整髪料を使用している場合は、シーツ交換作業によって頭髪の細菌汚染度が高められることが明らかになった。

7. 内科系、外科系病棟による頭髪の細菌汚染度の違いは、洗髪日や髪型の影響があるために明らかにならなかった。

VI. 今後の課題

「通常条件下」の調査結果から、整髪料を使用している看護師が約6割を占めていた。しかも、〈整髪料使用群〉の結果で、シーツ交換作業による頭髪汚染度への影響が明らかになった。しかし、〈整髪料使用群〉の髪型別の頭髪汚染度については調査数が少なく、また病棟別の頭髪汚染度については洗髪日や髪型が関連していたために、髪型や勤務場所による頭髪汚染度への影響を明らかにすることはできなかった。今回の「指定条件下」では、整髪料を使用しないことを条件に調査したので、次は整髪料使用の有無別で再調査を行い、髪型や勤務場所による頭髪汚染度への影響なども再検討する必要がある。

謝 辞

本研究の調査にあたってご協力いただきましたJ病院の看護師の皆様へ深く感謝し、心より御礼申し上げます。

付 記

本研究は平成9～11年度の私学研究助成金により「感染看護の教育に関する研究」の一環として行った。本論文の一部は、第24回日本看護研究学会において報告した。

要 旨

病院に勤務する看護師を対象に、頭髪に付着する細菌の実態をスタンプ法を用いて調査した。その結果、就業前・後ともに最も多く分離された菌種はグラム陽性桿菌で、次いで多かったのがグラム陽性球菌であった。日和見感染の原因菌(*S.aureus*, MRSA, グラム陰性桿菌, *Candida* spp.)は、総コロニー数の8～18%を占めていた。また、整髪料を使用している場合は、『就業後』の頭髪の細菌汚染度が、『就業前』のそれよりも有意に高く、頭髪に付着した細菌が頭髪の表面に保持されるだけでなく、新たに細菌が付着する可能性が示唆された。さらに、シーツ交換作業によって頭髪の細菌汚染度が高められることが明らかになった。一方、整髪料を使用していない場合は、『就業後』の頭髪の細菌汚染度が、『就業前』のそれよりも有意に低く、頭髪に付着した細菌が振り落とされる可能性が示唆された。

Abstract

A survey was conducted on the status of bacterial contamination of the hair of nurses working under normal conditions at a hospital using the conventional stamp method. The bacterial species most frequently isolated both before and after work were gram-positive bacilli, followed by gram-positive cocci. Causative agents (*S.aureus*, MRSA, gram-negative bacilli, and *Candida* spp.) of opportunistic infections occupied 8-18% of the total colonies. The use of hair dressings tended to result in greater bacterial contamination of the hair after work than before work, suggesting the possibility of retaining bacteria on the surface of the hair with hair dressings. Moreover, greater bacterial contamination of the hair occurred while changing bedsheets. By contrast, hair without hair dressing was less contaminated with bacteria after work than before work, suggesting the possibility of bacteria falling from the surface of the hair.

引用文献

- 1) 高峰道子, 小野敏子, 他: ナース・キャップの細菌汚染の実態調査, 看護, 45(13), 173-184, 1993
- 2) クリニカルスタディ編集部: ナースキャップについてどう思う?, 19(10), 74-75, 1998
- 3) 大坪よしこ: ナースキャップは看護婦の象徴?, Nurse date, 17(10), 53-55, 1996
- 4) 鈴木妙子, 島田陽子, 他: ナースキャップをはずす試み, 看護学雑誌, 58(1), 48-51, 1994
- 5) 村尾郁子: キャップのないユニホームー当院における試みー, 看護, 38(11), 19-23, 1986
- 6) 柏倉淑子, 横田三枝, 他: 患者とナースキャップをはずした看護婦, 看護学雑誌, 61(3), 290-

- 294, 1997
- 7) 根本希代子, 河野由香, 他: ナースキャップ廃止に向けての意識調査 -着用を自由化して-, 日本看護学会論文集, 第29回看護総会, 82-84, 1998
- 8) Summers, M. M. Lynch, P. F. et al.: Hair as a reservoir of staphylococci, J. clin. Path., 18, 13-15, 1965
- 9) Noble, W. C.: Staphylococcus aureus on the hair, J. clin. Path., 19, 570-572, 1966
- 10) Cozanitis, D. A. Makela, P. et al.: Microorganisms in the Hair of Staff and Patients in an Intensive Care Unit, Anaesthesist, 26, 578-580, 1977
- 11) 児玉裕文, 松崎美和子, 他: 病院(院内)感染と対策(第6報) -頭髪への菌の付着と離脱-, 日本環境感染学会, 9(1), 86, 1994
- 12) Furuta, K.: Effect of Washing with Soap on Reduction of Bacteria Contaminating Human Body Surface, Jpn. Poult. Sci., 26(3), 137-141, 1989.
- 13) 高峰道子, 小野敏子, 他: 病院における寝具類の交換基準の研究, 看護, 46(2), 203-213, 1994
- 14) 上田 泰: 感染症学 -基礎と臨床-, メジカルビュー社, 87-88, 1982
- 15) 賀来満夫: 臨床検査材料からの MRSA の分離頻度, 医学のあゆみ, 166(5), 266, 1993

〔平成13年10月26日受付〕
〔平成14年12月18日採用決定〕

妊娠前から出産後までの喫煙の実態と関連要因

The Actual State of Smoking among Women from
before Pregnancy till a Postpartum Period and Related Factor

藤村 由希子* 小林 淳子**
Yukiko Fujimura Atsuko Kobayashi

キーワード：喫煙，妊娠，産後，母性意識
smoking, pregnancy, postpartum, maternal attitudes

I. はじめに

わが国の成人の喫煙率は、男性53.5%，女性13.7%と報告されている¹⁾。その中でも全出産数の95%以上を占める20歳代から30歳代女性の喫煙率の増加は著しく、20歳代では24.1%，30歳代では19.7%である²⁾。

「健やか親子21」では、「妊娠中の喫煙，育児期間中の両親の自宅での喫煙を2010年までになくす」と目標を定めている³⁾。そこで、妊娠と喫煙をキーワードに1996年から2001年の研究を医学中央雑誌から検索したところ、52編が抽出された。内容は、主に「喫煙が胎児へ及ぼす影響」^{4)～6)}と「妊婦の喫煙に影響する環境要因」^{7)～8)}の二つに整理された。同様に産後と喫煙をキーワードに検索したところ、2編^{9)～10)}のみであった。出産後の母親の喫煙は新生児の肺炎、喘息の増加や乳幼児突然死候群（SIDS）の発症のリスクが高まることに加え、ニコチンが母乳中に分泌され、新生児に不穏、不眠、嘔吐などの症状が出現することもある^{11)～12)}。また、中学生とその両親について調査したものでは、喫煙をしている中学生の両親の喫煙率は喫煙していない親も含めた中学生全体

の親の喫煙率に比べると、父親が1.2倍、母親では1.9倍と、母親の喫煙率が高いことが指摘されている¹³⁾。女性の喫煙は妊娠中だけではなく出産後も子どもへの影響は大きいにもかかわらず、国内では妊娠から出産後までを通しての喫煙や出産後の喫煙に着目した先行研究は数少ない現状にある。

そこで本研究は次の2点を目的とした。第一に、妊娠前から出産後までを通じた女性の喫煙の実態を把握すること、第二に、喫煙に関連する要因を明らかにすることである。要因の中には、女性の禁煙の難しさは、主婦・母などの多くの役割に由来している¹⁴⁾という報告があるにもかかわらず、喫煙と女性特有の心理に関する先行研究は■本ではみあたらないことから、女性の中でも出産後であることに着目し、母親としての意識も含めて検討した。

II. 研究方法

1. 対象者および方法

東北地区4県11市町村で実施する1歳6か月児健診に訪れた母親1110名を対象に質問紙調査を行った。健診を受けに来た母親に調査の主旨を説明し、

* 岩手県立大学 Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

** 山形大学 Department of Nursing, Yamagata University School of Medicine

協力の同意が得られた場合に質問紙を手渡しした。健診終了後自宅で記載し、同封の返信用封筒に密封して直接研究者あてに郵送する方法で回収した。454名（回収率40.9%）から質問紙を回収した。妊娠中の喫煙状況が記載されていない5名を除き449名を有効回答とした（有効回答率40.5%）。調査期間は2001年7月から8月であった。

2. 質問紙の概要

1) 対象者全員に対する質問項目

(1)基本属性：年齢、就労、子どもの人数、妊娠中の異常と内容、調査時点での妊娠、(2)喫煙環境：未成年の頃と現在の同居家族の喫煙、家族以外の身近な人の喫煙（妊娠前からの友人・育児中の母親仲間・職場の人・その他）、(3)喫煙に関する知識（能動・受動喫煙が健康へ及ぼす影響、妊娠継続への影響、胎児・乳幼児の健康へ及ぼす影響など計11項目で、「その通りだと思う」、「わからない」、「そう思わない」の3者択一）、(4)喫煙経験、(5)母役割達成感：土肥が作成した「母役割達成感尺度」¹⁵⁾を使用した。内容は母親が子どもとの人間関係や自己の成長の点で満足している程度を10項目で測定するものである。「よくあてはまる」から「ほとんどあてはまらない」の5段階評定で、得点は50点が最高得点となり、高得点ほど達成感が強いことを示す。(6)母性意識：大日向が作成した「母性意識尺度」¹⁶⁾を使用した。内容は自分自身が母親であることを積極的・肯定的にとらえる意識6項目と、消極的・否定的にとらえる意識6項目を「その通りである」から「違う」までの4段階評定で測定するものである。得点はそれぞれ1点から4点の範囲となり、高得点ほどそれぞれ積極的・肯定的意識、消極的・否定的意識が高いことを示す。

2) 喫煙経験者に対する追加項目

(1)喫煙歴：喫煙開始年齢、喫煙継続年数、1日の喫煙本数、(2)妊娠中の喫煙歴：妊娠中の喫煙、妊娠前の1日の喫煙本数、妊娠中の1日の喫煙本

数、(3)出産後の喫煙

3) 調査時点での喫煙者に対する追加項目

(1)出産後の喫煙理由、喫煙開始時期

3. 倫理的配慮：

喫煙する女性には罪悪感がともなうことを考慮し、質問紙を配布する際に母子の健康に役立たせたいという主旨が理解されるよう説明をした。質問紙の授受は強制ではないこと、調査を断ってもその後提供される公的サービスには全く影響しないことを付け加えた。さらに質問紙には、無記名回収で個人は特定されないこと、プライバシーの保護・確保に努めることを明記した。

4. 分析方法

2群間の平均値の差には t 検定を、正規性が棄却された項目にはMann-Whitneyの U 検定を用い、出現率の差と分布の均斉性には χ^2 検定、出産後の喫煙に関わる危険因子にはロジスティック回帰分析を用いた。計算にはSPSS10.0J for windowsを使用した。危険率は5%以下を「有意」とし、10%以下を「傾向有り」とした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

年齢は20歳から45歳にわたり平均30.5（標準偏差±4.4）歳、子どもの数は1.6（±0.8）人、初産婦は226名（50.3%）であった。核家族は281名（62.6%）で、有職者は182名（40.5%）であった。妊娠中に何か異常を指摘された者は138名（30.7%）で、そのうち貧血が74名（53.6%）、体重増加の注意をうけた者が14名（10.1%）であった。

未成年の頃同居家族に喫煙者がいた者は334名（74.4%）で、父親が283名（63.0%）と最も高率で母親は43名（9.6%）であった。現在の同居家族に喫煙者がいると回答した者は310名（69.0%）で、夫が289名（64.4%）と最も高率であった。家族以外で身近な人に喫煙者がいると回答した者は281名（62.6%）で、結婚前からの友人が152名

(33.8%)であった。これまでに喫煙経験が一度もないと回答した者は215名(47.9%), 遊びも含めて一度でも喫煙したことがある者234名(52.1%)であった。喫煙開始年齢は8歳から26歳にわたり, 18.3(±3.0)歳で, 1年以上喫煙を継続していた181名の喫煙継続年数は7.9(±4.7)年であった。

母役割達成感の得点は44.5(±4.7)点で, 内的一貫性を示す α 係数は0.9であった。

また, 母性意識の得点は, 積極的・肯定的意識が3.1(±0.5)点, 消極的・否定意識は2.2(±0.5)点で, α 係数はそれぞれ0.8, 0.7であった。

喫煙に関する知識で, 正解率が高かったのは「妊娠中の喫煙が赤ちゃんの健康を害する」, 「出産後の母親の喫煙が赤ちゃんの健康を害する」の2項目で, 428名(95.3%)が正解していた。最も低かったのは「母親がたばこを吸っている家庭の子どもは吸わない家庭の子どもより, 未成年のうちに喫煙することが多い」で正解したのは186名(41.4%)であった(表1)。

喫煙経験のある234名中, 今回の妊娠前に禁煙をした者は109名(46.6%), 妊娠判明時に喫煙をしていた者は125名(53.4%)であった。

2. 出産後の喫煙の実態

調査時点の喫煙者は85名(18.9%)であった。

1) 出産後に喫煙をした理由

「発散するものが欲しかった」51名(60.0%), 「吸いたくてたまらなかった」40名(47.1%), 「妊娠が終了したから」27名(31.8%), 「たばこを吸っていても大丈夫なお母さんがいるから」7名(8.2%), その他9名(断乳したから4名, 仕事復帰1名)であった。

2) 出産後に喫煙を開始した時期

全体では, 1か月以内に39名(45.0%)が喫煙を開始していた(図1)。妊娠中禁煙していた者46名では2から4か月以内に26名(56.5%)が, 妊娠中も継続して喫煙していた者39名では退院し

表1 喫煙に関する質問項目と正解者数

項 目	正解者数(%)
①妊娠中の喫煙が赤ちゃんの健康を害する	428(95.3)
②出産後の喫煙が赤ちゃんの健康を害する	428(95.3)
③喫煙が健康を害する	415(92.4)
④夫の喫煙が妻の健康を害する	404(89.9)
⑤妊娠中の喫煙は「完全にやめなければならない」	388(86.4)
⑥喫煙している母親の母乳中にはニコチンが含まれている	359(79.9)
⑦喫煙者は吸わない人よりも肺がんになりやすい	349(77.7)
⑧妊娠中にたばこを吸うと吸わない妊婦よりも早産になりやすい	344(76.6)
⑨禁煙をサポートするために, ニコチンパッチやニコチンガムがある	336(74.8)
⑩喫煙者の母親の子供はすわない母親の子供よりSIDS(乳幼児突然死症候群)になりやすい	287(63.9)
⑪母親がたばこを吸っている家庭の子供は吸わない家庭の子供より, 未成年のうちに喫煙することが多い	186(41.4)

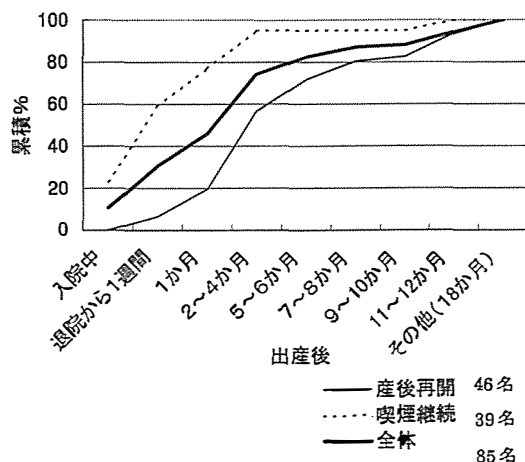


図1 出産後に喫煙を開始した時期 (n=85)

てから1週間以内のうちに23名(59.0%)が喫煙を開始していた。

3. 妊娠前から出産後までの喫煙行動の分類

喫煙経験の有無と喫煙歴からみると, 妊娠前から出産後までを通した喫煙行動は以下の9つに分類された(図2)。

1) 今までに一度も喫煙をした経験がない者(非

妊娠前から出産後までの喫煙の実態と関連要因

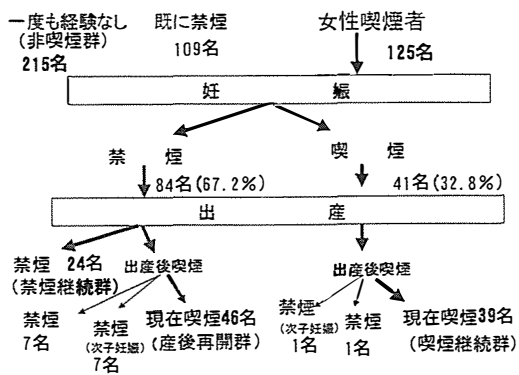


図2 妊娠前から出産後までの喫煙行動の分類

喫煙群) 215名 (47.9%)。

2) 遊びも含めて喫煙した経験があるが、今回の妊娠前には喫煙をやめていた者109名 (24.3%)。

3) 妊娠判明後禁煙し、出産後も禁煙を継続している者 (禁煙継続群) 24名 (5.3%)。

4) 妊娠判明後禁煙し、出産後一度喫煙を開始したが、調査時点までに禁煙した者7名 (1.6%)。

5) 妊娠判明後禁煙し、出産後一度喫煙を開始したが、調査時点では次子妊娠中のため禁煙している者7名 (1.6%)。

6) 妊娠判明後禁煙したが、出産後喫煙を再開している者 (産後再開群) 46名 (10.2%)。

7) 妊娠中喫煙していたが、出産後に禁煙している者1名 (0.2%)。

8) 妊娠中喫煙しており、出産後も喫煙していたが次子出産のため禁煙している者1名 (0.2%)。

9) 妊娠中喫煙していて、出産後も喫煙を継続している者 (喫煙継続群) 39名 (8.7%)。

4. 妊娠前から出産後までの喫煙に関連する要因

9つの分類の中から妊娠前から出産後までの喫煙、禁煙行動を分析するために、ある程度一貫性

表2 現在喫煙群における妊娠前の喫煙に関連する要因の検討
—非喫煙群と禁煙継続群の比較—

関 連 要 因			非 喫 煙 群 (n=215)	禁 煙 継 続 群 (n=24)	
年齢			31.5±4.4	28.7±4.7	** 平均±標準偏差
妊娠歴	初産婦		106 (49.3)	15 (62.5)	n (%)
	経産婦		109 (50.7)	9 (37.5)	
妊娠経過	妊娠中の異常	あり	64 (29.8)	6 (25.0)	
		なし	151 (70.2)	18 (75.0)	
仕事		あり	94 (43.7)	11 (45.8)	
		なし	121 (56.3)	13 (54.2)	
喫煙環境					
父親の喫煙		あり	127 (59.1)	18 (75.0)	
		なし	88 (41.0)	6 (25.0)	
実母の喫煙		あり	17 (7.9)	2 (18.2)	
		なし	198 (92.1)	22 (91.7)	
夫の喫煙		あり	118 (54.9)	14 (58.3)	
		なし	97 (45.1)	10 (41.7)	
結婚前からの友人の喫煙		あり	40 (18.8)	11 (45.8)	**
		なし	173 (81.2)	13 (44.2)	
育児中の母親仲間の喫煙		あり	12 (5.6)	1 (4.2)	
		なし	203 (94.4)	23 (95.8)	
母役割達成感			44.8±4.3	44.6±4.7	平均±標準偏差
母性意識	積極的・肯定的意識		3.2±0.5	3.2±0.5	
	消極的・否定的意識		2.1±0.1	2.0±0.6	

年齢、母役割達成感、母性意識：t検定
妊娠歴、妊娠経過、仕事、喫煙環境：χ²検定

**p<0.01

妊娠前から出産後までの喫煙の実態と関連要因

がみられ、統計解析の有効数を満たす4群を取り上げて比較した。すなわち非喫煙群（今までに一度も喫煙をした経験がない者）、禁煙継続群（妊娠判明後禁煙し、出産後も禁煙を継続している者）、産後再開群（妊娠判明後禁煙したが、出産後喫煙を再開している者）、喫煙継続群（妊娠中喫煙していて、出産後も喫煙を継続している者）である。

1）現在喫煙をしていない群の中で、妊娠前の喫

煙に関連する要因を検討するための比較—非喫煙群215名と禁煙継続群24名の比較—（表2）

禁煙継続群は非喫煙群よりも年齢が有意に若く（ $p<0.01$ ）、結婚前からの友人に喫煙者がいた者が有意に高率であった（ $p<0.01$ ）。

2）現在喫煙をしている群の中で、妊娠中の喫煙に関連する要因の検討をするための比較—産後再開群46名と喫煙継続群39名の比較—（表3）

表3 現在喫煙群における妊娠中の喫煙に関連する要因の検討—産後再開群と喫煙継続群との比較—

関 連 要 因			産 後 再 開 群 (n=46)	禁 煙 継 続 群 (n=39)	
年齢			27.9±3.4	28.5±3.7	
妊娠歴	初産婦		27 (58.7)	15 (38.4)	† n (%)
	経産婦		19 (41.3)	24 (61.6)	
妊娠経過 妊娠中の異常	あり		8 (17.4)	15 (38.5)	*
	なし		38 (82.6)	24 (61.5)	
体重増加の指摘	あり		1 (2.2)	6 (15.4)	*
	なし		45 (97.8)	33 (84.6)	
仕事	あり		17 (37.0)	15 (38.5)	
	なし		29 (63.0)	24 (61.5)	
知識 喫煙が胎児へ及ぼす影響					*
	正 解		44 (95.7)	31 (79.5)	
	不正解		2 (4.3)	8 (20.5)	
喫煙環境	父親の喫煙	あり	31 (67.4)	27 (69.2)	
		なし	15 (32.6)	12 (30.8)	
	母親の喫煙	あり	8 (17.4)	8 (20.5)	
		なし	38 (82.6)	31 (79.5)	
	夫の喫煙	あり	40 (87.0)	33 (84.6)	
		なし	6 (13.0)	6 (15.4)	
結婚前からの友人の喫煙	あり		31 (67.4)	28 (71.8)	
	なし		15 (32.6)	11 (28.2)	
育児中の母親仲間の喫煙	あり		14 (30.4)	9 (23.1)	
	なし		32 (69.6)	30 (76.9)	
妊娠前の喫煙本数			10 (3-20)	15 (3-30)	† 中央値 (範囲)
母役割達成感			44.3±4.9	45.3±3.6	平均±標準偏差
母性意識	積極的・肯定的意識		3.2±0.6	3.2±0.5	
	消極的・否定的意識		2.4±0.5	2.3±0.5	

年齢、母性意識、母役割達成感: t検定

妊娠前の喫煙本数: Mann-Whitner U検定

体重増加の指摘: Fisherの直接法

妊娠歴、妊娠経過、仕事、知識、喫煙環境: χ^2

† $p<0.1$ * $p<0.05$

喫煙継続群は産後再開群よりも経産婦が高率であった ($p<0.1$)。また、妊娠中に異常を指摘されたものが有意に高率で ($p<0.05$)、その中でも体重増加の注意をうけた者が有意に高率であった ($p<0.05$)。知識では、「妊娠中の喫煙が赤ちゃんの健康を害する」の項目で有意差があり、喫煙継続群は正解者が低率であった ($p<0.05$)。さらに妊娠前の喫煙本数が多い傾向であった ($p<0.1$)。

3) 妊娠を契機に禁煙した群の中で出産後の喫煙再開に関連する要因を検討するための比較—禁煙継続群24名と産後再開群46名の比較—(表4)

産後再開群は禁煙継続群よりも、夫が喫煙者 ($p<0.01$)、育児中の母親仲間に喫煙者

($p<0.05$) がいる者が有意に高率で、さらに、結婚前からの友人に喫煙者が高率にいる傾向であった ($p<0.1$)。知識では「喫煙が健康を害する」項目で有意差があり、産後再開群は正解者が有意に低率であった ($p<0.05$)。さらに母性意識の消極的・否定的意識(以下 消極的・否定的母性意識)が産後再開群で高得点であった ($p<0.1$)。

4) 出産後の母親の喫煙に関連する要因の検討—現在喫煙をしていない群、つまり現在非喫煙群239名(非喫煙者群+禁煙継続群)と現在喫煙している群、つまり現在喫煙群85名(産後再開群+喫煙

継続群)の比較—

現在喫煙群は現在非喫煙群よりも妊娠中に体重増加の注意をうけている者が有意に高率であった ($p<0.05$)。また、実母の喫煙が有意に高率で、($p<0.01$)、夫の喫煙 ($p<0.001$)、結婚前からの友人の喫煙 ($p<0.001$)、育児中の母親仲間の喫煙 ($p<0.001$) も有意に高率であった。母性意識では現在喫煙群は消極的・否定的母性意識が有意に高得点であった ($p<0.001$) (表5)。さらに、知識では「喫煙者は吸わない人よりも肺がんになりやすい」($p<0.05$)、「喫煙が健康を害する」($p<0.01$) など、現在喫煙群は11項目中8項目で正解者が有意に低率であった。しかし、「喫煙している母親の母乳中にはニコチンが含まれる」では、逆に現在喫煙群の正解者が高率で ($p<0.01$)、「ニコチンパッチやニコチンガムがあることを知っていますか」でも現在喫煙群の方が「知っている」と回答した率が高くなった ($p<0.05$)。

さらに出産後の喫煙に関与する要因を検討するために、現在非喫煙群と現在喫煙群の間で有意差があった要因を独立変数、喫煙の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った(表6)。その結果、有意となった要因は、「結婚前からの友人の喫煙」、「育児中の母親仲間の喫煙」、「夫の

表4 妊娠を契機に禁煙した群における出産後の喫煙再開に関連する要因の検討—禁煙継続群と産後再開群の比較—

関 連 要 因			禁 煙 継 続 群 (n=24)	産 後 再 開 群 (n=46)	
喫煙環境	夫の喫煙	あり	14 (58.3)	40 (87.0)	** n (%)
		なし	10 (41.7)	5 (10.8)	
	結婚前からの友人の喫煙	あり	11 (45.8)	31 (67.4)	†
		なし	13 (44.2)	15 (32.6)	
	育児期の母仲間の喫煙	あり	1 (4.2)	14 (30.4)	•
		なし	23 (95.8)	32 (69.6)	
知識	喫煙と健康	正解	24 (100.0)	37 (80.4)	• n (%)
		不正解	0 (0.0)	9 (19.6)	
	母性意識	消極的・否定的意識		2.1±0.6	2.4±0.5
喫煙環境(夫, 友人) : χ^2 検定			†p<0.1	†p<0.05	**p<0.01
喫煙環境(母仲間), 知識 : Fisher の直接法					
母性意識 : t 検定					

妊娠前から出産後までの喫煙の実態と関連要因

表5 出産後の母親の喫煙に関連する要因の検討
ー現在非喫煙群と現在喫煙群との比較1ー

関 連 要 因			現 在 非 喫 煙 群 (n=239)	現 在 禁 煙 群 (n=85)	
妊娠経過	体重増加の指摘	あり	7 (2.9)	7 (8.2)	* n(%)
		なし	232 (97.1)	78 (91.8)	
喫煙環境	実母の喫煙	あり	19 (8.0)	16 (18.8)	** n(%)
		なし	220 (92.0)	69 (81.2)	
	夫の喫煙	あり	132 (55.2)	73 (86.9)	***
		なし	107 (44.8)	11 (13.1)	
	結婚前からの友人の喫煙	あり	51 (21.5)	59 (69.4)	***
		なし	186 (78.5)	26 (30.6)	
	育児中の母親の仲間の喫煙	あり	13 (5.5)	23 (27.1)	***
		なし	224 (93.7)	62 (72.9)	
母性意識	消極的・否定的意識		2.1±0.5	2.3±0.5	*** 平均±標準偏差

妊娠経過, 喫煙環境: χ^2 検定, 母性意識: t 検定 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表6 出産後の母親の喫煙に関与する要因の検討

変 数	■ 帰 係 数	オッズ比 [95%信頼区間]
友人の喫煙の有無	1.8 ***	6.2 [3.3-11.8]
母親仲間の喫煙の有無	1.7 ***	5.6 [2.3-13.9]
夫の喫煙の有無	1.4 **	4.2 [1.9- 9.3]
消極的・否定的母性意識	0.1 **	1.2 [1.1- 1.3]

ロジスティック■帰分析 **p<0.01 ***p<0.001

喫煙」,「消極的・否定的母性意識」であった。

IV. 考 察

1. 対象者の概要

実家での父親の喫煙率や夫の喫煙率が高いことから,多くの対象者が未成年の頃から現在にいたるまで受動喫煙にさらされている現状が明らかとなった。また喫煙開始年齢が未成年であったことから,未成年にとってたばこがいかに身近な存在であったかをうかがい知ることができた。

喫煙に関する知識では,喫煙が自分や胎児,新生児へ何らかの影響があるという知識はある一方で,「肺がんになりやすい」,「早産になりやすい」,「SIDSになりやすい」という具体的な項目になると正解率が低下する傾向にあった。

母役割達成感の得点は,土肥の報告とほぼ一致

した⁷⁾。また,積極的・肯定的母性意識は大田向の報告⁸⁾と同様であったが,消極的・否定的母性意識では,本調査の方がやや高くなった。

2. 妊娠判明から出産後までの喫煙行動

今回の調査では,妊娠判明時に喫煙していた者の67%が,妊娠を契機に禁煙へと行動変容しており,この結果は先行研究とほぼ一致した^{7), 18), 19)}。Lois ら²⁰⁾の報告によると妊娠中に禁煙できた者の約95%は公式的なプログラムやカウンセリングを必要とせず,自分自身で完全に禁煙できている。一方成人に対する禁煙サポートの成績をみると,禁煙率は指導後6か月から1年の時点で10~20%前後¹⁷⁾である。本調査結果と先行研究の知見から,妊娠を契機とした禁煙率が成人の禁煙率よりは高いことは明らかである。

しかし,妊娠を契機に禁煙した者のうち71%が

産後に喫煙を再開しており、そのうちの56%は産後2から4か月に再開していた。今回の結果が妊娠は禁煙への動機づけとはなっても、出産後までの持続した行動変容にはつながりにくいことを示しており、一度禁煙した妊婦に対しても出産後まで継続した禁煙教育の必要性があることを示唆する。出産後の喫煙状況を把握するには、出産直後だけではなく、長期的に追っていく必要がある。また、妊娠した女性に禁煙支援をした場合、早産児や低出生体重児が生まれる可能性が低くなる²¹⁾ことから、医療従事者は禁煙支援の必要性を認識するとともに、計画的に禁煙支援を実施していくことが急務であると考ええる。

3. 妊娠前から出産後の喫煙に関連する要因の検討

1) 現在喫煙をしていない群の中で妊娠前の喫煙に関連する要因：非喫煙群と禁煙継続群の比較

喫煙経験の無い非喫煙群よりも喫煙経験のある禁煙継続群において年齢が若かった本調査の結果は、20から30歳代は年齢が若くなるほど喫煙率が高くなる²²⁾という先行結果と一致した。また妊娠前の友人の喫煙が有意に高率を示した本調査結果と、喫煙のきっかけには好奇心のほか、友人の喫煙が影響している^{13), 14)}という先行結果から、妊娠前の喫煙には友人の喫煙に関連していたと考える。

2) 現在喫煙群における妊娠中の喫煙に関連する要因：産後再開群と喫煙継続群との比較

妊娠中の喫煙継続者には経産婦が高率であった本調査結果は先行研究^{7), 23)}と一致した。また、喫煙継続群の方が体重増加の指摘を受けている者が多かった結果は、喫煙者のライフスタイルとして、全般に健康上好ましくない生活習慣の特徴がうかがわれ²⁴⁾、喫煙継続者は喫煙や体重という生活習慣の自己管理が不十分であると考えられる。妊娠前の喫煙本数が10本以上²⁵⁾あるいは11本以上²³⁾であると妊娠中は喫煙を継続すると報告され

ており、本調査でも同様の傾向が認められた。妊娠前の喫煙本数が多いことがニコチン依存、たばこ依存に結びつき、妊娠というきっかけがあっても禁煙を困難にしていると考ええる。さらに、妊娠中の喫煙が胎児に与える影響に関する知識、認識の不足が、妊娠中の喫煙に関連していることが確認できた。

3) 妊娠を契機に禁煙した群における出産後の喫煙再開に関連する要因：禁煙継続群と産後再開群との比較

出産後の喫煙再開には夫や母親仲間や友人の喫煙が関連していた。先行調査では夫の喫煙が妊娠中の母親の喫煙に関連していた^{26), 27)}と報告している。本研究結果と先行調査の知見から夫の喫煙は妊娠中だけではなく、出産後の喫煙にまで大きく影響を及ぼしていることが明らかとなった。このことから、本人の努力だけではなく、夫も共に禁煙しなければ継続した禁煙は困難であると考ええる。また、育児中の母親の喫煙に関する知識・情報の発信源は「友人や出産経験者」である⁸⁾ことから、身近な人の喫煙が喫煙再開に影響することは明らかである。

4) 出産後の母親の喫煙に関連する要因：現在喫煙群と現在非喫煙群との比較

ここで新たに追加されたのは「実母の喫煙」であった。父親よりも母親の喫煙の影響は未成年の喫煙経験²⁸⁾だけではなく、出産後の喫煙にも影響を及ぼしていることが明らかとなった。これは小さい頃から母親の姿がモデルとなり養育される過程の中で観察学習をした可能性が考えられる。また、妊娠中と同様に、喫煙に関して正しい知識や認識がないことが、出産後の喫煙の原因になっていた。一方「母乳中にニコチンが含まれる」、「ニコチンパッチ、ニコチンガム」の2項目については、現在喫煙群の方が正解者率が高かった。現在喫煙群でも、「出産後の母親の喫煙が赤ちゃんの健康を害する」ことの知識はあったことから、母

としての「授乳」と自分の「喫煙」との間で、具体的な知識を得ようと努めていたとも考えられる。

ロジスティック回帰分析の結果、喫煙者である友人の存在が出産後の喫煙に最も関与していた。これは妊娠前の喫煙や出産後の喫煙再開にも関与する要因となっており、今回取り上げた要因の中で喫煙に最も強く影響していた。また母親仲間や夫の喫煙も出産後の喫煙に関与していた本調査結果と、喫煙者は非喫煙者よりも他者からの統制を受けやすい傾向がある²⁰⁾という報告から、喫煙には身近な人的環境の影響が強く現れると考える。すなわち、本人だけの禁煙教育には限界があり、夫が喫煙者であるならば、夫も含めた禁煙支援が必要である。加えて幼少期からの防煙教育を継続し未成年あるいは成人しても喫煙環境にさらされることがなく健康に妊娠、出産、育児を継続できるように社会全体で防煙環境を構築していく必要性がある。

また女性の中でも出産後の母親、つまり育児中の母親の喫煙という点に着目して、母役割達感と母性意識を取り上げた。本研究では喫煙者は消極的・否定的母性意識が高かった。大日向¹⁶⁾は、この意識は育児に専念することによる行動上の制約や世の中から取り残されることに対する焦燥感があると高得点を示すと述べている。また、喫煙をしている母親達はストレスがあるから喫煙すると述べ²⁵⁾、女性の喫煙者は孤独、悲しみ、怒り、欲求不満などに対応するのを助けるために喫煙する¹⁴⁾という報告があることから、喫煙は育児で生じたストレスやネガティブな意識を解消するためのコーピングとして使われている可能性がある。ストレスがあった時の対処行動として積極的対処行動と消極的対処行動³⁰⁾がある。ネガティブな意識やストレスに対して喫煙に頼らず、積極的な対処行動ができるように支援していく必要がある。本人だけではなく、夫や身近な人たちを含めた禁煙支援をしていくのはもちろんのこと、出産後の

母親達が孤独にならないような育児支援の場をつくり、サポート体制を一層充実させることもまた、母親の喫煙を減らすための一助となると推察する。

今回の調査では、分析対象の一部に喫煙を継続している女性を含めたため、その数には限界があった。そのため、今後も継続して調査を行っていく必要がある。さらに、今回の結果を踏まえ、実際に妊産婦へ禁煙支援を行っていき、その効果について検討していく必要があると考える。

V. 結 論

妊娠前から出産後までの女性の喫煙の実態と関連要因の検討を行った結果、以下の結果を得た。

1. 妊娠前から出産後までの女性の喫煙行動は一樣ではなく、9つに分類された。
2. 現在喫煙していない群の中で妊娠前の喫煙に関連した要因は「年齢が若い」、「友人の喫煙」であった。
3. 現在喫煙している群の中で妊娠中の喫煙に関連した要因は「経産婦」、「妊娠中に体重増加の指摘を受けた」、「妊娠前の喫煙本数が多い」、「喫煙が胎児に及ぼす影響の知識の不足」であった。
4. 妊娠を契機に禁煙した群の中で出産後の喫煙再開に関連した要因は「夫の喫煙」、「母親仲間の喫煙」、「友人の喫煙」、「能動喫煙に関する知識の不足」、「消極的・否定的母性意識」であった。
5. 出産後の母親の喫煙には、「友人の喫煙」、「母親仲間の喫煙」、「夫の喫煙」、「母性意識の消極的・否定的意識」が関与していた。

妊娠前にすでに喫煙は開始され、妊娠を機会に禁煙した妊婦でも出産後に喫煙を再開することが明らかとなり、禁煙支援は妊娠前の防煙教育から出産後まで継続して行っていく必要があることが示唆された。また禁煙支援は、夫や友人なども含め支援していく必要がある。さら

に、育児について話し合える場などの提供を工夫し、育児によるストレスやネガティブな意識を積極的な対処行動でコーピングできるような支援が必要になってくると考える。

謝 辞

本研究にあたり、快くご協力いただきました市

町村役場、保健センターの皆様をはじめ、調査にご協力いただきましたお母様方に心より感謝申し上げます。

本研究は平成13年度科学研究費（課題番号13672441）の助成を受けたものの一部をまとめたものである。本研究の一部は第28回日本看護研究学会学術集会で発表した。

要 旨

この調査の目的は妊娠前から出産後までの女性の喫煙の実態を把握すること、女性の喫煙に関連する要因について母性意識も含めて検討することである。1歳6か月児健診に訪れた母親で研究の同意が得られた1110名を対象に質問紙調査を行った。有効回答数は449名であった（有効回答率40.5%）。妊娠前、妊娠中、出産後の喫煙行動は9つに分類され、そのうち非喫煙群（215名）、禁煙継続群（24名）、産後再開群（46名）、喫煙継続群（39名）を分析対象とした。ロジスティック回帰分析の結果、出産後の喫煙に関連する要因で有意となったのは「結婚前からの友人の喫煙」、「育児中の母親仲間の喫煙」、「夫の喫煙」、「消極的・否定的母性意識」であった。出産後の母親に禁煙をすすめるためには、本人だけではなく友人や夫もふくめた禁煙支援が必要である。また、消極的・否定的な母性意識を抱かないように育児支援の場を提供していくなどの必要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the actual condition of women's smoking before pregnancy, during pregnancy and postpartum, and also to examine the factors, which influence women to smoke, including maternal attitudes. Questionnaires were distributed to 1110 women who came for their child's 18-month regular checkup. The participants approved of the purpose of this study. Among them 449 (40.5%) returned the answer sheets. The smoking behavior of the subjects before pregnancy, during pregnancy and postpartum was divided into nine patterns. The analysis was targeted to nonsmoking (215), had quit smoking (24), resumed smoking (46) and continuation of smoking (39). The following results were obtained: The factors influencing postpartum women's smoking were, friend's smoking, mother's friend's smoking, husband's smoking and passive or negative attitudes toward maternity. The study suggests that: Medical workers need to continuously advise expecting mothers not to smoke from before pregnancy, through to the postpartum, and child rearing stage. Also those around her, husband, friends, relatives etc, should also be cautioned. Postpartum support centers could be established where people could receive information and advice as well as discuss issues about child rearing.

文 献

- 1) 厚生統計協会：健康に関連する問題。国民衛生の動向，48(9)，86-87，2001.
- 2) 日本たばこ産業株式会社：2000年全国たばこ喫煙者率調査，News Release 2001，2001.
- 3) 財団法人母性衛生研究会：月刊母子保健一健やか親子21検討会報告書の概要，500，2000.
- 4) 中村 敬：妊娠中の喫煙と周産期異常，母子保健情報，68-71，1998.
- 5) 田村一郎：喫煙ならびに受動喫煙に関する研究，弘前医学，50，53-62，1998.
- 6) 西村由美：低体重児出生に関する実態調査 佐賀県における全調査，厚生指標，43(7)，15-21，1996.
- 7) 車谷典男，須崎千鶴，他：妊娠にともなう妊婦本人と妊婦周辺の喫煙行動の変容，厚生指標，43(13)，28-34，1996.
- 8) 外間登美子：母親の喫煙に関する調査成績（第2報），母性衛生，37(2)，236-238，1996.
- 9) 小林美穂子，門間雪枝，他：妊娠・産褥期の喫煙行動に関する実態調査，栃木母性衛生，26，37-40，1999.
- 10) 松尾留美，阿部美由紀，他：喫煙指導に関する調査（第2報）褥婦の意識，母性衛生，40(3)，116，1999.
- 11) 厚生省編：健康と喫煙－喫煙と健康問題に関する報告書（第2版），124-137，1999.
- 12) 厚生省：乳幼児突然死症候群（SIDS）対策に関する検討会報告，平成9年度厚生省心身障害研究，5-7，1997.
- 13) 川島ひろこ，塩土貞子，他：たばこを吸わない世代作り，厚生指標，40(4)，20-27，1993.
- 14) 小林友美子，斎藤麗子訳：WOMEN AND TOBACCO－女性とたばこ－，73-94，財団法人結核予防会，東京，1993.
- 15) 堀 洋道，山本真理子，他：心理尺度フェイラー人間と社会を測る－，365-367，垣内出版株式会社，東京，1992.
- 16) 大日向雅美：母性の研究，375-652，川島書店，東京，1992.
- 17) 厚生省老人保健福祉局老人保健課：禁煙サポートの意義，喫煙者個別健康教育マニュアル，30-34，2000.
- 18) 加藤英世，水野浩継，他：妊婦の喫煙行動と意識，保健の科学，30(2)，119-125，1988.
- 19) 高橋聖亥，新井晴美，他：「妊娠と嗜好」に関する調査（第1報）－妊娠を契機とした飲酒・喫煙行動等の変化について－，母性衛生，32(1)，109-114，1991.
- 20) Lois A. Fingerhut, Joel C. Kleinman, etc: Smoking Before, During, and After Pregnancy, AJPH, 80(5), 541-544, 1990.
- 21) Daniel H. Ershoff, Virginia P. Quinn, etc: Pregnancy and medical cost outcomes of a Self-help prenatal smoking cessation program in a HMO, Public Health Reports, 105(4), 340-347, 1990.
- 22) 川畑徹朗，中村正和，他：青少年の喫煙・飲酒行動－Japan Know Your Body Studyの結果より－，日本公衆衛生雑誌，38，885-899，1991.
- 23) 岸 麗子，秋田恵一，他：妊婦の喫煙・飲酒率および関連要因，日本医事新報，3355，30-34，1987.
- 24) 厚生省編：健康と喫煙－喫煙と健康問題に関する報告書（第2版），198-199，1999.
- 25) 水谷喜代子，潤間久江，他：妊婦の喫煙行動の変容に影響を及ぼす因子に関する研究，母性衛生，33(1)，91-97，1992.
- 26) 吉留隆子，井之上さつき，他：喫煙に関する調査－妊産婦および夫の意識とその指導について－，母性衛生，29(3)，283-287，1988.
- 27) C. Haslam, E. S. Draper, etc: The pregnant smoker: a preliminary investigation of the

- social and psychological influences, J Public Health Medicine, 19(2), 187-192, 1997.
- 28) 箕輪真澄：こどもの喫煙とその影響，からだの科学，183，49-55，1995.
- 29) 藤村由希子，小林淳子：産後の喫煙行動に関連する要因の探索，北日本看護学会抄録集，105，2001.
- 30) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，7-8，メヂカルフレンド社，東京，2000.
- 〔平成14年4月10日受付〕
〔平成14年12月18日採用決定〕

女子学生を対象とした MSQ (Menstrual Symptom Questionnaire) の予備的検討

—その因子構造ならびに身体的、心理社会的要因との関連を中心に—

A Preliminary Examination on the MSQ for Female Students:
Factor Structure and Relationships between Physical and
Psychosocial Factors and the Symptoms

難波 茂 美
Shigemi Namba

キーワード： 月経周辺期症状，心理社会的要因，身体的要因，女子学生，
ソーシャルサポート
perimenstrual symptom, psychosocial factor, physical factor,
female students, social support

I. はじめに

わが国[■]の女性の多くは月経周期に伴いなんらかの精神的症状や身体的症状を有しているが、これらの症状は、月経随伴症状、月経不定愁訴、PMSなどと様々な名称と呼ばれとり扱われてきた。欧米ではこれらの症状診断のために、これまで多くの調査票や質問紙が開発され使用されている。たとえば、Halbreich & Endicott¹⁾の月経前期診断表 (Premenstrual Assessment Form) や Moos²⁾の Menstrual Distress Questionnaire (以下 MDQ と略称) などがわが国[■]に紹介されているが、それらは記述に煩雑さを伴ったり質問項目が多かったりするため、どれも一般的に広く使用されていない³⁾。

一方 Steege & Blumenthal⁴⁾の Menstrual Symptom Questionnaire (以下 MSQ と略称) は 23項目という適当な項目数からなり月経時における女性のストレス状況を調査するものであるが、

普及には至っていない。この質問紙をみると Halbreich らの月経前期診断表 (Premenstrual Assessment Form) から 17項目が抽出され、加えて米[■]精神医学協会の精神障害の診断および統計上の手引き⁵⁾より黄体期後期不機嫌性障害 (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder: LLPDD) の定義に含まれる項目から 6項目追加され全体で 6下位尺度より構成されているが、開発者である Steege & Blumenthal は研究の中で使用してはいないものの、論文で MSQ についての構造の確認や信頼性・妥当性について触れてはいない。

MSQ を使用したわが国[■]の研究に目を転じると、白川⁶⁾が MSQ を日本語に翻訳し月経周期の症候パターンを調査しており、新小田⁷⁾は月経症者へのリラクゼーショントレーニング効果を測る目的で MSQ を使用しているが、両者とも MSQ 尺度自体の検討を行っていない。

一方これらの質問紙で捉えようとする月経に伴

う症状については、これまで身体的要因のみだけでなく心理社会的要因の影響も検討されている。中でもストレスとの関連の研究^{8)~14)}が多く、それらのほとんどが日常的なネガティブライフイベントというストレスをうけることで症状が悪化すると報告されている。また家族関係認識との関連の調査¹⁵⁾や、生活習慣との関連¹⁶⁾、タイプ A¹⁷⁾、神経症傾向¹⁸⁾、性役割指向性¹⁹⁾といった性格特性^{16), 19), 20), 21)}、ソーシャル・サポートとの関連²²⁾の研究も行われ、症状との関連性が報告されている。

ソーシャル・サポートとは、人が健康であり続けられるための1つの資源であるが、その人の対人関係のありようが日常生活のストレスを和らげるといわれている。ソーシャル・サポートと月経周期に伴う症状との関連研究²³⁾を取りあげると、ストレスとの3者の関連をふまえてわずかに散見されるにとどまっている。それは症状に身体的な要因がその多くを占め、主に心理的な構成要素であるサポートでは症状緩和にその効果は期待できないと推察されるからかもしれない。しかし、前述したように心理社会的要因の症状への影響は皆無とはいえない。たとえば難波²³⁾は、女子学生を対象に周囲からのサポートに満足することが日常生活ストレスへの認知を低め、そのことが症状緩和に影響を及ぼすとしてサポートの間接的な効果を報告している。

そこで本研究では、女子学生を対象として MSQ について予備的な検討を行うことを第一の目的とし、MSQ で測定された症状と心理社会的な指標、ここでは女子学生の生活要因、家族や友人からのソーシャル・サポート、症状に関連する月経についての内容の3者の関連について検討することを第二の目的とした。ただし、月経に伴う症状については松本³⁾が指摘するように月経前期(黄体期)に出現し「月経開始と共に減退ないし消失する」ものと「月経中続く」ものがありこれら症状と現れる時期について識者間で一致したも

のがない。よって本研究では月経前期(黄体期)と月経中の症状をすべて含めたものを月経周辺期症状として定義することにした。

II. 研究方法

1. 調査対象者

4年制大学的女子学生160人と高等専門学校生74人合計234人から回答を得た。

2. 調査時期と手続き

2001年6月~7月、各クラスの講義の最終時間に調査の目的を説明し、倫理面として調査は自由参加であること、不参加による不利益はないこと、無記名であること、内容は数値的に取り扱われプライバシーは必ず守られることなどをインフォームド・コンセントとして説明を行い、一斉に配布しその時回収を行った(回収率99.1%)。

3. 調査内容

質問紙には、年齢、生活要因として住居形態、ソーシャル・サポート指標として学校内外の親友数、サークル加入の有無、恋人の有無、両親との連絡程度を問うた。また、症状に関連する月経について一般的な内容(周期性、持続日数、規則性、現在の時期、与薬の有無)と以下の2尺度から構成した。

1) MSQ (Menstrual Symptom Questionnaire)

Steege & Blumenthal が、うつ (Depression)、不安 (Anxiety)、気分不安定性 (Mood lability)、身体症状 (Somatic symptom)、対処能力 (Coping skills) 痛み (Pain) の6因子23項目より構成していたものを、今回は白川の日本語翻訳版 MSQ を一部修正し使用した。各項目に対してオリジナルと同様「1:全くそうではない~6:きわめてそうである」の6段階で回答を得た。高得点ほど症状が重いことを示すようにした。

2) 精神健康尺度

一般精神健康調査票 (General Health Questionnaire, 以下 GHQ と略称) の日本版²⁴⁾を用い、

4 下位尺度 (“身体的症状” “不眠と不安” “社会的活動障害” “うつ状態”) 各 7 項目, 合計 28 項目を 4 件法として各項目ごとにあてはまるものを 1 つ選択させた。ここでは高得点ほど不健康を示すようにした。

Ⅲ. 結 果

本研究の分析対象者である女子学生の属性ならびに生活環境や月経の内容, ソーシャル・サポート指標について表 1 に示した。対象者の月経に関する内容はこれまでの報告^{25), 26)} とほぼ一致し, 平均的な日本の女子学生の集団と考えられる。

1. MSQ の項目の選定と因子構造

大学生と専門学校生の総計 234 人のうち月経周期を変化させるための与薬を行っているもの, ならびに質問紙に記載もれのあるものを除外した 229 人を分析対象とした。また, 月経周期症状の報

告を行う時, 調査時点で被調査者が月経前期 (黄体期) であるのか, 月経中にあるのか, その他の時期であるのかにより, 随伴症状への評価が即時的報告となったり回顧的報告となるため, 評価に差異がでることが考えられる。そこで, 今回の分析対象に対して前述の 3 時期における各項目での比較を行ったが, 各項目での得点間に有意な差はなかった ($F(2,224) = .09 \sim 1.46$, n.s.)。よって, 本研究では全対象者 229 人で以下の分析を行った。

はじめに各項目について被調査者の回答の傾向が著しく偏っている項目は弁別力がないとして, MSQ 項目対象からははずすことにした。その除外される項目の基準は, 70% の被調査者が同一の回答をした項目, すなわち 229 人の全分析者の中 160 人が同一回答を選択していた項目とした。その結果, 18, 22 の 2 項目が除外された。以下からは 21 項目で分析を行った。欧米での MSQ は 6 因子構

表 1 対象者の属性, ソーシャル・サポート, 月経の内容 N=229

平均年齢*	19.18 (1.01)	初経平均年齢*	12.09 (1.07)
住居形態		月経の有無	
自宅	97 (42.40)	毎月ある	198 (86.5)
一人住まい	130 (56.80)	2～3ヶ月に1回	14 (6.1)
		その他	16 (7.0)
サークル加入		月経周期	
有り	119 (52.00)	25日未満	29 (12.7)
無し	97 (42.40)	26～35日	169 (73.8)
		36日以上	30 (13.1)
恋人		月経持続日数	
有り	85 (37.10)	3日以内	3 (1.3)
無し	135 (59.00)	4～7日以内	212 (92.6)
		8日以上	14 (6.1)
両親との連絡頻度		月経規則性	
1. めったにない	9 (3.90)	一定	41 (17.9)
2. ときどきある	82 (35.80)	大体一定	134 (58.5)
3. かなりある	20 (8.70)	不規則	54 (23.6)
4. 非常によくある	18 (7.90)		
学校内友人数*	5.14 (4.19)	調 査 時	
n=188 レンジ 0-20		月経中	38 (16.6)
学校外友人数*	5.74 (4.49)	月経開始前10日以内	79 (34.5)
n=193 レンジ 0-20		その他の時期	110 (48.0)

注 1) 欠損値があるため () 内の合計は必ずしも 100% にならない。

注 2) * の数値は平均値 (標準偏差), 他の数値は人 (%) を表す。

造をしているが日本版での MSQ が欧米のそれと同じ因子構造として確認されるかは未知であった。また、欧米では MSQ の 1 項目が 2 ～ 3 の因子に負荷した 6 因子構造をなしており、このことは因子間に相関があることが予想されたため、因子分析は主因子解で初期回転はバリマックス回転ついで斜交プロマックス回転を行った。そして因子の解釈可能性や固有値の大きさなどを考慮した上で、項目削除の基準を a) 因子負荷量の絶対値が .40 に満たない b) 二つ以上の因子に絶対値 .40 以上の負荷をもつとし、2 ～ 6 因子を指定して分析を繰り返した。その結果、最適解としてバリマックス回転の 4 因子解を得ることができた (表 2 参照)。分析を繰り返す途中で、項目 No. 3, 9, 10, 11, 16, 23 の 6 項目は削除され、MSQ は最終的に全体で 15 項目となった (以下簡易版 MSQ と

称略)。第 I 因子としては、「何事にも興味がもてなくなる」「集中できない」「一人になりたい」などの内容からなっていた。これらは抑うつ的な感情や行動と関連した事柄であると解釈され「抑うつ傾向」とした。第 II 因子は「激怒したり、カンシャクをおこしたり不機嫌になったりする」「ささいなことで口げんかしたり、小言をいったりする」「ささいなことに対し、いつもより感情が激しく表れる」などの内容が含まれ、感情の起伏の激しさをコントロールできていない事柄であり「感情不安定」と解釈した。第 III 因子は「腹部に一定した重苦しさや不快感、痛みを感じる」「周期的な激しい腹痛を感じる」の内容が含まれ「痛み」因子と解釈した。第 IV 因子は「忘れっぽくなる」「身体がむくんでいて感じる」「特定のもの(甘いもの、辛いもの)がほしくなる」など

表 2 MSQ の 4 因子分析

項 目 内 容	I	II	III	IV	共通性
I 抑うつ傾向 (固有値 : 2.96) $\alpha = .86$					
20 何事にも興味がもてなくなる	.754	.184	.099	.070	.617
21 集中できない	.661	.246	.316	.240	.655
17 何をしても面倒くさく、話すのさえおっくうになる	.641	.370	.200	.120	.600
4 何かを依頼されても、うまくできないと感じる	.591	.364	.099	.262	.561
5 一人になりたい	.575	.196	.055	.176	.403
19 悲観的になる	.554	.353	.014	.263	.501
II 感情不安定 (固有値 : 2.83) $\alpha = .89$					
15 激怒したり、カンシャクをおこしたり不機嫌になったりする	.340	.811	.082	.161	.806
13 ささいなことで口げんかしたり、小言をいったりする	.206	.769	.078	.271	.714
6 ささいなことに対し、いつもより感情が激しく表れる	.370	.752	.177	.179	.766
1 一日の間に気分が激しく変化する	.299	.631	.146	.153	.532
III 痛み (固有値 : 1.77) $\alpha = .87$					
7 腹部に一定した重苦しさや不快感、痛みを感じる	.129	.157	.929	.016	.904
8 周期的な激しい腹痛を感じる	.157	.095	.788	.093	.664
IV 非日常性 (固有値 : 1.33) $\alpha = .59$					
14 忘れっぽくなる	.345	.099	-.133	.595	.500
12 身体がむくんでいて感じる	.078	.166	.202	.585	.416
2 特定のもの(甘いもの、辛いもの)がほしくなる	.120	.163	.032	.478	.270
寄与率	19.791	18.924	11.815	8.871	
累積寄与率	19.791	38.715	50.53	59.401	

が含まれ、日ごろと異なった事柄を体験する内容であり“非日常性”と解釈した。

2. 信頼性の検討

選択された15項目について項目分析のために G-P 分析を行った。全分析対象者229人の上下25%における上位群と下位群の間においてすべての項目に有意差が認められた(すべて $p<.001$)。また、各項目の上下位群間の平均値の有意差のない項目を確認したところ、これらはすべて先の因子分析で除外された項目に含まれていた。また、第1因子の α 係数は.86、順次第Ⅱ～Ⅳ因子の α 係数は.89、.87、.59であった。次に各項目と修正尺度得点間の相関である修正尺度-項目間相関をもとめたところ第Ⅳ因子において.47～.51というやや低い値であったが、他の第1～第3因子においては.83～.89が得られた。

3. 妥当性の検討

MSQの質問項目は、前述のとおり Halbreichらの月経前期診断表(Premenstrual Assessment Form)から17項目が抽出され、加えて米■精神医学協会の精神障害の診断および統計上の手引き(1987)より黄体期後期不機嫌性障害(Late Luteal Phase Dysphoric Disorder: LLPDD)の定義に含まれる項目から6項目抽出されている。Steege & Blumenthalは上記17項目を単一尺度として、Duke University Medical Center PMS Clinicに通院している婦人50人に調査を行い高い支持を得ている項目であると説明している。今回は、これら23項目から被調査者の回答の傾向が著しく偏っている項目をはずし、因子分析により因

子負荷量の小さな項目や他因子にも負荷量の高い項目は削除されるという一連の手続きにより、簡易版MSQは高い内容妥当性を持っていると考えられる。また、簡易版MSQの基準連関妥当性を示す1つの指標としてGHQとの相関係数をもとめ検討を行った。簡易版MSQとGHQとの相関係数は表3に示すように、ほとんどの下位尺度間に中から弱い有意な相関係数が認められた。以上のことより簡易版MSQは、基準連関妥当性が備わっていると思われる。

4. 簡易版MSQの特徴

1) 簡易版MSQとソーシャル・サポート指標、月経に関する内容との関連

まず学校内外の友人数のデーターのうち、はずれ値を除外した上で、簡易版MSQとソーシャル・サポート指標としてサークルの加入の有無や学校内外の友人数、恋人の有無と月経に関する内容との関連をみた(表4参照)。サークル加入の有無ということが“抑うつ傾向”“感情不安定”“痛み”というMSQの4因子中3因子と負に有意に関連し、次に初経年齢が“痛み”“非日常性”という2因子と負に有意な関連を示した。また、恋人の有無と月経周期が“感情不安定”にそれぞれ正と負に有意に関連していた。

2) 簡易版MSQに影響する要因

簡易版MSQに影響する要因について明らかにするために背景要因を独立変数、MSQ総得点ならびに下位尺度得点を従属変数として重回帰分析をおこなった。表4で扱った変数間での多重共線性を避けるため変数間相関を考慮して従属変数を

表3 MSQとGHQの下位尺度間相関係数

	MSQ総得点	I 抑うつ傾向	Ⅲ感情不安定	Ⅲ痛み	Ⅳ非■常性
GHQ 総得点	.52**	.54**	.43**	.19**	.31**
身体的症状	.41**	.40**	.30**	.23**	.27**
不眠と不安	.48**	.46**	.42**	.23**	.25**
社会的活動障害	.21**	.26**	.17	.01	.09
うつ状態	.41**	.44**	.33**	.07	.27**

** $p<.01$

表4 MSQ と他の指標との相関係数

	I 抑うつ傾向	II 感情不安定	III 痛み	IV 非日常性	MSQ総得点
年齢	.00	.00	-.05	-.03	-.02
住居形態	.07	-.02	.06	.01	.03
サークル加入の有無	-.14 *	-.21 **	-.14 *	.09	-.20 **
恋人の有無	.08	.21 **	.05	.04	.14 *
学校内友人数	.00	.03	.02	.02	.01
学校外友人数	.09	.12	.14	.07	.14
連絡頻度 ^{a)}	.00	-.05	.10	-.13	-.02
初経年齢	-.03	.00	-.18 **	-.14 *	-.09
月経周期 ^{b)}	-.06	-.13 *	-.03	-.10	-.11
月経日数 ^{b)}	.07	.02	-.04	.00	.03
月経の規則性 ^{b)}	.05	-.06	-.02	-.01	.00

a) 連絡頻度は“1めったにない-4. 非常にある”の回答を, '0. ほとんどない, 1. よくある'に分類し分析した。

b) 月経周期は, 25日未満とそれ以上, 日数は7日以内とそれ以上, 規則性については一定と大体一定として, それぞれ2群に分類し分析した。

**p<.01, *p<.05

表5 重回帰分析によるMSQ症状の予測

	MSQ総得点		I 抑うつ傾向		II 感情不安定		III 痛み		IV 非日常性	
	β	r	β	r	β	r	β	r	β	r
月経周期	-.14 *	-.11	-.08	-.06	-.15 *	-.13 *	-.05	-.03	-.12	-.10
初経年齢	-.08	-.09	-.01	-.03	.00	.00	-.20 **	-.18 **	-.15 *	-.14 *
サークル加入の有1: 無0	-.17 *	-.20 **	-.13	-.14 *	-.19 **	-.21 **	-.11	-.14 *	-.05	-.09
恋人の有1: 無0	.12	.14 *	.06	.08	.18 **	.21 **	.06	.05	.06	.04
R	.27 **		.17		.31 ***		.24 *		.21	
R ²	.07		.03		.10		.06		.04	

注1) Rは重相関係数, R²決定係数

**p<.01, *p<.05

選択した。その結果を表5に示す。“感情不安定”では月経周期とサークルの加入の有無ならびに恋人の有無が影響し, “痛み”と“非日常性”では初経年齢がそれぞれに影響を及ぼしていた。また, 簡易版MSQ全体では, 月経周期とサークルの加入の有無への有意な寄与が認められた。

IV. 考 察

本研究は女子学生を対象にMSQの予備的検討することおよび, MSQとソーシャル・サポート指標, 月経に関する内容との関連について検討することを目的とした。

オリジナルなMSQと比較すると, 簡易版MSQ

では23項目中8項目削除され15項目の簡易版MSQとなった。もともとオリジナルなMSQは1項目が2~3因子に負荷していたが, 本研究では下位尺度が各々クリアな尺度になることを求めたことと対象が女子学生としたため項目数の減数が起こったと考える。また因子分析の結果では, “抑うつ傾向”“感情不安定”“痛み”“非日常性”の4因子が抽出され, 妥当性が確認された。信頼性においては第Iから第III因子では納得のいく信頼性係数が得られ, 特に第III因子の“痛み”においては2項目という少ない項目数であったにもかかわらず高い信頼性が得られた。しかし第IV因子である“非日常性”の内的整合性はやや満足

値ではなかった。

ここで抽出された4因子の質問項目内容をみると、第Ⅰ、第Ⅱ因子の“抑うつ傾向”“感情不安定”は、主に月経による心理的側面の変化を尋ねる内容から構成され、第Ⅲ、第Ⅳ因子である“痛み”“非日常性”は主に身体的側面の変化を問う内容から構成されていると言え、月経時の症状はこの両側面から問うことの妥当性が示されたと考える。またこのことは、オリジナルの尺度開発者である Steege & Blumenthal がクリニックに継続して通院している婦人への予備調査でも高い支持をえている項目であることから当然といえる。

一方簡易版 MSQ と月経に関する内容、ソーシャル・サポート指標との関連において、相関分析結果から症状と有意な関連があったのは初経年齢、月経周期という身体的側面と、サークル加入の有無や恋人の有無であるソーシャル・サポートという心理社会的側面の両側面であった。また症状予測のための重回帰分析結果から、“感情不安定”という心理的側面での症状には、個人の月経周期の長さやサークルへの加入の有無、また恋人の有無という身体的および心理社会的側面の両側面が影響し、“痛み”や“非日常性”という身体的側面の症状に対しては、個人の初経年齢という身体的側面が影響することが明らかとなった。MSQ 全体でみると身体的および心理社会的側面の両側面が影響することが確認された。

心理社会的側面からの要因をみると、学生はサークルに加入していることで“感情不安定”とはなりにくいことを示している。このことは Seideman²⁷⁾ の報告と同様に、サークルにおける Peer グループの症状に対するプラスの効果が示されたといえる。しかし、恋人の存在については、恋人がいない学生の方が“感情不安定”になりにくいことが明らかとなった。このことは、本研究においては恋人との親密性、連絡頻度、持続性

などネットワークの特徴は明らかでないため推測の域ではあるが、本対象者の学生において恋人の存在は症状へのサポート緩和の効果はないと推察される。

次に、身体的側面としての要因として、月経周期が短い学生ほど“感情不安定”であり、年齢が若くして月経を迎えた学生ほど、“痛み”や“非日常性”といった症状がひどいと自覚されていることが明らかとなった。この結果は痛みへの影響要因を調査した Haow^ら²⁸⁾ の結果と一致している。この月経周期や初経年齢は学生個人の身体的特性である。そこで症状への緩和策として考えられることは、これまで報告されているように魚、卵、フルーツを多く摂取するなどの食生活^{29), 30)}の改善を行ったり、リラクゼーション³¹⁾、エアロビックス³²⁾や部活動といった適度なスポーツをとりいれる³³⁾など積極的なセルフケアや専門家による教育プログラム^{30), 31)}を使った介入をすることであろう。

最後に今後の課題としては、簡易版 MSQ の下位尺度である“非日常性”の信頼性係数がやや低値であったことより、今後この下位尺度項目の追加作成と精選を行うことも必要である。また、今回は MSQ の予備的検討を女子学生を対象として行ったものであり、月経に伴う症状は年齢による強度等の差異も報告³⁴⁾されているため、日本女性において簡便に使用できるようになるには、多くの年代層の女性にも検討をおこない一般化をはかることが必要であるといえる。

V. 謝 辞

本研究の調査に快く協力してくださいました学生の皆様に心より感謝いたします。

本研究の一部は、第28回日本看護研究学会において報告した。

要 旨

女子学生229人を対象に、Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ) の因子構造、信頼性、妥当性を予備的に検討し、検討された MSQ と心理社会的要因 (ソーシャル・サポート等) および身体的要因 (月経周期等) との関連を調査することを目的とした。MSQ の因子分析により 4 因子が抽出され、第 I 因子より順に“抑うつ傾向”“感情不安定”“痛み”“非■常性”と解釈され累積寄与率は59.4%であった。また、妥当性が確認され第IV因子を除く第 I ～Ⅲ因子では高い内的整合性が認められ、最終的に簡易版 MSQ は15項目となった。心理社会的および身体的要因との関連において、月経周期の長さ、サークル加入の有無、恋人の有無が“感情不安定”に影響を及ぼし、初経年齢が“痛み”や“非■常性”に影響を及ぼすことが示された。すなわち簡易版 MSQ により測定される症状は身体的および心理社会的側面からの影響を受けることが確認された。最後にこれらの症状への緩和策と今後の課題が討論された。

Abstract

The aims of this preliminary examination were to assess factor structure, validity and reliability of the Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ) comprising 23 items with female students (N=229), and associations between MSQ subscales and psychosocial (e.g., social support) and physical factors (e.g., menstruation). Factor analysis of the MSQ yielded 4 factors: tendency to depression, pain, perceived lability, and non-dailiness, and accounted for 59.4% of variance as cumulative contribution ratio. Validity was determined and the first, second, and third factors had highly adequate internally consistent reliability, but not the fourth. Finally, a new simplified set of the MSQ was developed by selecting 15 items. Results indicated that girls who joined no club activities, had boy friends, and had shorter menstrual cycles experienced much lability, and that girls who had younger menarches felt much pain and non-dailiness. It may be concluded that physical and psychosomatic aspects had much influence on these symptoms. The issues of neutralizing measures against these symptoms and future research directions were discussed.

VI. 引用文献

- 1) Halbreich, U. J., Endicott, J. et al.: The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65: 46-65, 1982.
- 2) Moos, R. H.: The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30: 853-867, 1968.
- 3) 松本清一, 伊野■法子: 第 1 章 婦人科学から PMS, 松本清一 (監修): PMS の研究, 1 - 21, 文光堂, 東京, 1996.
- 4) Steege, J. F., Blumenthal, J. A.: The effects of aerobic exercise on premenstrual symptoms in middle-aged women: A preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 127-133, 1993.
- 5) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Dis-*

- orders, 3rd ed. Revised, Psychiatric Association Washington, DC, 1987.
- 6) 白川智子: 月経周期が及ぼす心身への影響に関する考察, 岡山大学教育学部卒業研究論文 (未刊行), 1-35, 1994.
- 7) 新小田弥樹: 月経症者へのリラクセーショントレーニング効果, 岡山大学教育学部卒業研究論文 (未刊行), 1-29, 1997.
- 8) 川瀬良美, 森 和代他: 月経周期の発達からみた女性の性成熟 (その 2) - 生育過程における心理的ストレスの影響, 思春期学, 16(2): 182-193, 1998.
- 9) Mitchell, E. S., Woods, N. F., et al.: Differentiation of women with three perimenstrual symptom patterns, Nursing Research, 43(1): 25-30, 1994.
- 10) 野田洋子: 月経の経験と社会的要因, 思春期学, 3(3): 176-180, 1995.
- 11) Schmidt, P. J., Grover, G. N. et al.: State-dependent alterations in the perception of life events in menstrual-related mood disorders, American Journal Psychiatry, 147(2): 230-234, 1990.
- 12) Wilcoxon, L. A., Schrader, S. L. et al.: Daily self-reports on activities, life events, moods, and somatic changes during the menstrual cycle, 38(6): 399-417, 1976.
- 13) Woods, N. F.: Relationship of socialization and stress to perimenstrual symptoms, disability, and menstrual attitudes, Nursing Research, 34(3): 145-149, 1985.
- 14) Woods, N. F., Most, A. et al.: Major life events, daily stressors, and perimenstrual symptoms, Nursing Research, 34: 263-267, 1985.
- 15) 割田勝子, 江上由実子他: 性周期に関わる諸問題と家族関係認識との関連性第 2 報-月経随伴症状と家族関係-, 母性衛生 32(3): 359-367, 1991.
- 16) 丸山知子, 稲葉佳江: 看護学生の月経と生活習慣との関連に関する検討, 母性衛生, 34(1): 43-47, 1993.
- 17) Dinning, W. D., Guptill, A. M.: Jenkins type A scores in the relation of stress and premenstrual symptoms, Psychological Reports, 70: 1152-1154, 1992.
- 18) 木村昭代, 茅島江子, 前原澄子: 性周期に伴う愁訴について-思春期から性成熟期における検討-, 母性衛生, 27(1): 104-110, 1986.
- 19) Harding, L.: The reporting of premenstrual symptoms and treatments: Differences between anxiety patients and non-patients, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 7: 147-159, 1989.
- 20) Heilbrun, A. B. Jr., Frank, M. E.: Self-preoccupation and general stress level as sensitizing factors in premenstrual and menstrual distress. Journal of Psychosomatic Research, 33: 571-577, 1989.
- 21) Picone, L., Kirkby, R. J.: Relationship between anxiety and premenstrual syndrome, Psychological Reports, 67: 43-48, 1990.
- 22) Jodan, J., Meckler, J. R.: The relationship between life change events, social supports, and dysmenorrhea. Research in Nursing and Health, 5: 73-79, 1982.
- 23) 難波茂美: 看護系女子大生の日常生活ストレスと月経随伴症状ならびにソーシャル・サポートとの関連について, 母性衛生, 41(2): 235-241, 2000.
- 24) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本語版 GHQ 精神的健康調査票手引き, 日本文化科学社, 1985.
- 25) 川瀬良美: 心理学から見た月経の発達とその問題点, 日本思春期学会 20 周年記念誌: 216-

- 220, 2001.
- 26) 村岡光恵, 熊谷万紀子他: 思春期における月経随伴症候群—特に月経困難症を中心に—日本思春期学会20周年記念誌: 77—81, 2001.
- 27) Sideman, R. Y.: Effects of a premenstrual syndrome education program on premenstrual symptomatology. *Health Care for Women International*, 11: 491—501, 1990.
- 28) Haow, S. D. et al: A longitudinal study of risk factors of the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal Obstetric Gynecology*, 103: 1134—1142, 1996.
- 29) Balbi, C. et al: Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age, *European Journal of Obstetric Gynecology & Reproductive Biology*, 91: 143—148, 2000.
- 30) 高村寿子, 兵頭慶子, 赤石沢京子, 田中たえ子: 第6章 健康教育・体育・保健管理からみた PMS, 松本清一 (監修): *PMS の研究* 107—124, 文光堂, 東京, 1996.
- 31) Wilson, C. A.: A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency —A model program for prevention, detection and treatment. *Journal Adolescent Health Care*, 10: 317—322, 1989.

〔平成14年5月1日受付〕
〔平成15年2月25日採用決定〕

日本のグループホームにおける 痴呆性高齢者の情報収集と入居適応との関連

Analysis of the Relationship between the Interview Questionnaire
for Elderly Persons with Dementia and Their Adaptation
to Living in a Group Home in Japan

赤 司 千 波* 豊 澤 英 子** 三重野 英 子***
Chinami Akashi Eiko Toyosawa Eiko Mieno

桶 田 俊 光***
Toshimitsu Okeda

キーワード： 痴呆性高齢者，グループホーム，情報収集，適応，ストレス
elderly person with dementia, group home,
interview questionnaire, adaptation, stress

I. 緒 言

自宅での生活が困難となった痴呆性高齢者の多くは、これまでは主に医療施設や介護施設において集中的対応を受けながら生活してきた。住み慣れた家から離れて施設に入居し、集中的な療養を受けることとなり、軽度から中等度痴呆性高齢者では、これまで維持されていた生活機能をも奪われる状態に陥る者も少なくなかった^{1), 2)}。記憶障害や見当識障害があり、不安と混乱の中で生活している痴呆性高齢者にとって、療養の場であるはずの施設という環境がストレスとなり、痴呆症状や周辺症状が悪化する場合があり、そのような場合、他施設への転居を求められ、転居したことでさらに症状の悪化を招いていた³⁾。これまでの施設における痴呆性高齢者の療養生活を見つめ直し、より適切な生活環境での暮らしが

できる居場所として試行錯誤しながら構築されてきたのが、痴呆対応型共同生活介護（グループホーム、以後 GH と略）である。

小規模で家庭的な環境の GH では、痴呆性高齢者が残存機能を十分に発揮し、家事や趣味を楽しむという生活リハビリテーションが可能である。すなわち自立を支援できるケアを行うことにより、痴呆症状がやわらぎ、また症状の悪化も遅らせることが確認されてきた^{2), 4), 5)}。しかし、このような GH においてさえも入居当初においては、生活環境の変化により記憶や見当識の障害を招き、不安や混乱を生じ、入居適応が困難になることも少なくない。生活環境の変化に対する精神的ストレスは、精神症状を悪化させる要因の一つ^{6), 7), 8), 9), 10), 11)}とされている。したがって、精神的ストレスをできるだけ最小に抑えるためには、個々

* 九州大学医学部保健学科看護学専攻 Department of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine Kyushu University

** 前大分医科大学医学部看護学科 Former Oita Medical University School of Nursing

*** 大分医科大学医学部看護学科 Oita Medical University School of Nursing

の痴呆性高齢者について十分な情報収集を行い、ケアプランを立案し、入居適応の支援を実施することが不可欠である。すなわち、個々の痴呆性高齢者に関する情報を活かした入居適応の支援が、GHでの暮らしを早期に安定させ、ひいてはGHの他入居者の安定をもたらすと言われている⁸⁾。

GHでは生活リハビリテーション中心の個別的なケアを実践することが重要視されるため、情報収集に関しては、健康状態や痴呆状態はもちろんのこと、生活歴や生活習慣、性格などの個別的な情報が必要である。しかし、入居前・入居時の情報収集やアセスメント、ケアプラン、ケアの手法は、GHにおいては未だ確立されていない³⁾。また、これまでのGHに関する先行研究に関しては、ケア効果^{12), 13)}、生活空間の重要性¹⁴⁾、情報収集の必要性を指摘した報告¹⁵⁾はあるが、入居初期の情報収集に関する研究報告はみあたらない。したがって、このような我が国におけるGHの現状において、入居適応に関する情報収集やケア方法の検討は重要な課題の1つと考えられる。

そこで、痴呆性高齢者がGHの環境の変化に早期に適応できるための情報収集のあり方を検討するために、全国のGHにおける情報収集を担当している職員（以後、情報収集担当者として略）を対象として郵送法による質問紙調査を行い、下記の点を明らかにする。

1. 痴呆性高齢者に関する入居前・入居時の情報収集の状況（情報収集の内容、情報収集の方法、入居適応支援に対する情報収集の有効性）を明らかにする。
2. 痴呆性高齢者の入居適応支援と入居適応状態を明らかにする。
3. 上記の結果に基づき、情報収集の状況と入居適応との関連を検討する。

II. 用語の操作的定義

1. 情報収集

GHの職員（看護職や介護職など）が面接・観察・調査・検査（測定）・添書・かかりつけ医の意見書などによって必要な情報を入居前・入居時に収集すること^{16), 17), 18)}。ここでいう入居時とは、初期のケアプランの立案との兼ね合いから、入居後1週間以内をいう。

2. 精神的ストレス

GHに入居することによって、新しい環境に対する不安・混乱が生じ、心身に負荷のかかった状態になり、帰宅要求、不安・焦燥、被害妄想などの心理的危機状態の行動をとること^{9), 10), 11)}。ここでは1週間以内に発現したものをさす。1週間以内とした理由は、①入居が1週間以上経過すると入居による精神的ストレスであるかどうかの区別が困難になること、②前後の対象の変化を比較研究する場合には、入居1週間以内のデータを基にしていること¹³⁾による。

3. 入居適応

環境の変化に対する精神的ストレスが生じない、あるいは生じたストレスが軽減・消失し、安心・安定した入居生活が送れるようになること。ここでは、入居後3週間の時点で適応状態をみる。入居後3週間の時点とした理由は、①多くの痴呆性高齢者の問題行動は1週間から1ヶ月の間で目途がつく¹⁹⁾、②痴呆度をみきわめるのに1～4週間の観察を要している²⁰⁾、③GHのケア効果の報告において入居2週間ごろより手続き記憶（技能、習性、条件反射など）が改善する²¹⁾（このことは予備調査においても同様であった）ことなどによる。

III. 研究方法

1. 調査対象

調査対象者は、痴呆性高齢者のGHに勤務する職員である。対象となる職員の選定は、GHに入居する痴呆性高齢者の入居前・入居時の情報収集

担当の中から1名という条件でグループホーム長（以後GH長と略）に依頼した。また、評価の対象となる痴呆性高齢者（以後事例と略）の選定は、介護保険の審査を受けて4月以降に入居し、3週間以上経過している者の中から1名という条件でGH長に依頼した。介護保険下で各施設は多忙を極めてしていると判断したため、情報収集担当者と事例は各々1名とした。さらに、対象とした施設は痴呆対応型共同生活介護事業の居宅介護サービス事業としての指定を受け、登録されている全国590か所の全てのGHである。施設の把握は介護保険開始後3ヶ月以上たった2000年7月14日の時点で、社会福祉・医療事業■のホームページ²²⁾で行った。

回収数は、590施設のうち244施設（回収率41.4%）であり、事例となる痴呆性高齢者に該当する施設が156施設、該当しない施設が88施設であった。156施設のうち、事例の入居日が条件を満たさない29施設と欠損値が多い4施設を除いた123施設（20.8%）を分析対象とした。

2. 調査方法

1) 予備調査

調査内容及び測定用具作成のために、「日本版

在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン」²³⁾と、「高齢者ケアプラン策定指針」²⁴⁾を参考に作成した6領域・33項目からなる測定用具を用い、2000年4月～5月と7月の2回、合計9施設に対して予備調査を行った。また、痴呆症の専門医、GHの職員（情報収集担当者を含む）とそれらの結果を検討・修正し、本研究に用いる測定用具は5領域・26項目とした。

2) 調査内容

調査内容は表1に示すように、施設、情報収集担当者、事例についての3部構成とした。

対象（施設、情報収集担当者、事例）の属性の他に情報収集の状況（情報収集の内容、情報収集の方法、入居適応支援に対する情報収集の有効性）、入居適応支援の内容、入居適応の状態について調査した。

事例に関する情報収集の内容については、5領域26項目の情報収集について「情報収集を行った」、「行っていない」の選択肢で回答を求めた。回答者が、26項目の情報以外に行った情報収集については自由記述とした。情報収集の方法に関しては、入居前・入居時の情報収集にあたってのアセスメ

表1. 調査内容

構成項目	調査項目	調査内容
施設	属性	開設年月日、運営主体
情報収集担当者	属性	年齢、性別、GHの勤務経験年数
	属性	年齢、性別、痴呆症の分類、入居日
	情報収集の内容	身体的状態（8項目）、心理的状态（4項目）、社会的（3項目） 痴呆の状態（4項目）、生活歴（7項目）およびその他（自由記述）
	情報収集の方法	アセスメントツール使用の有無とその種類
	情報収集の有効性	入居適応支援に対する情報収集26項目の有効性（3段階評価）、その他に有効であった情報（自由記述）
事例	入居適応支援	ケアプラン立案の有無、入居適応支援の内容9項目に関する実行の有無とその他の支援（自由記述）
	入居適応状態	試験通所の経験の有無、試験通所時の精神的ストレス出現の有無 試験通所時の精神的ストレスの具体的な状態（7項目より複数選択） 試験入居の経験の有無、試験入居時の精神的ストレス出現の有無 試験入居時の精神的ストレスの具体的な状態（7項目より複数選択） 入居時の精神的ストレス出現の有無 入居時の精神的ストレスの具体的な状態（7項目より複数選択） 主なストレスの3週間後（3段階評価）と調査（段階評価）における状態

ントツール使用の有無とその種類について尋ねた。入居適応の支援に対する情報収集の有効性については、「非常に有効」、「ある程度有効」、「有効ではない」の3段階評価で回答を求めた。26項目の情報以外に入居適応の支援に有効だったと判断した情報収集については自由記述とした。

入居適応支援に関しては、ケアプランの立案の有無と入居適応支援の内容について尋ねた。入居適応支援の内容については、予備調査と文献に基づいて設定した9項目に関して、「支援を行った」、「行っていない」の選択肢で回答を求めた。9項目以外に行った支援については自由記述とした。

入居適応の状態に関しては、入居1週間以内に精神的ストレスが「出現した」、「出現しなかった」の選択肢で回答を求めた。精神的ストレスが出現した高齢者については、さらに出現したストレスの具体的な状態について尋ねた。具体的なストレスの状態が、予め予備調査と文献より抽出した7項目（帰宅要求、不安・焦燥、睡眠障害、被害妄想、失禁、食欲不振、他入居者とのトラブル）に該当するか否かを尋ねた（複数回答）。これら7項目以外のストレスについては自由記述とした。また、入居後3週間の時点では、入居時に出現した精神的ストレスのうち、主なものが「軽減・消失した」、「同じ状態」、「増強した」の3段階評価とし、調査時点（調査票記入時）では、「あり」、「なし」の2段階評価で回答を求めた（図1）。

なお、予備調査において試験通所や試験入居の

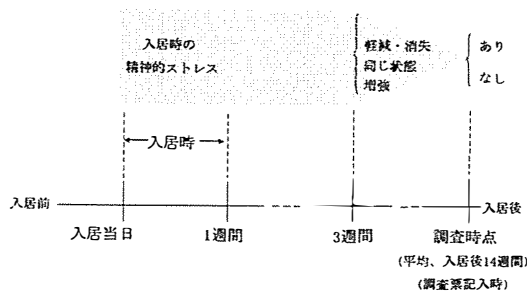


図1. 入居時の精神的ストレスの出現状況

後に本格的に入居する例があったことから、試験通所や試験入居の有無が入居時の精神的ストレスの有無に影響することが考えられた。そこで、試験通所・試験入居時の精神的ストレスについても入居時と同様に、7項目について尋ねると共に自由記述で回答を求めた。

3) 調査方法

質問紙はGH長宛に郵送し、同封した封筒にて返送を依頼した。また、事例となる痴呆性高齢者が入居していない施設の場合は、施設と情報収集担当者に関する項目について回答を依頼した。調査期間は2000年7月31日～9月18日であった。

3. 分析方法

統計パッケージSPSS (statistical package for the social sciences) Version10.0を用いた。統計的検定にはFisherの直接確率検定を用い、有意水準は5%とした。

1) 情報収集の状況及び入居適応支援については度数と比率で示し、自由記述は同じ内容ごとに分類した。なお、入居適応支援に対する情報収集の有効性については、26項目ごとに度数と比率で示した。

2) 入居適応状態については、試験通所時・試験入居時・入居時に出現した精神的ストレス7項目について度数と比率で示した。また、入居後3週間の時点と調査時点（平均入居後14週間）における精神的ストレスの状態についても度数と比率で示した。入居時の精神的ストレスと試験通所・試験入居の経験の有無との関連は χ^2 検定を行った。入居後3週間の時点でのストレスと調査時点でのストレスとの関連についても χ^2 検定を行った。

3) 情報収集の状況と入居適応との関連については、入居時の精神的ストレスの有無と入居前・入居時の情報の収集状況、アセスメント使用の有無、ケアプランの立案の有無、入居適応支援に対する情報収集の有効性とのそれぞれの項目間で χ^2 検定を行った。情報収集の有効性に関しては、「非

常に有効」と「それ以外（ある程度有効と有効ではないを含む）」の2群として分析を行った。

4. 倫理的配慮

調査施設及び調査対象者には、研究目的、研究方法、プライバシー保護について説明すると共に、研究結果は統計的に処理し、個々が特定されないことを明示した文章を同封し、研究協力を依頼した。

IV. 研究結果

1. 調査対象（施設、職員、事例）の属性

分析対象123施設の属性を表2に示した。開設1年未満が87施設（70.7%）、1年以上2年未満が15施設（12.2%）で全体の約8割を占めており、比較的GH運営の経験の浅い施設が多かった。運営主体は社会福祉法人50施設（40.7%）と医療法人42施設（34.2%）とで全体の約4分の3を占めていた。

表2. 対象施設の属性 (n=123)

項目	施設数 (%)
開設期間	
1年未満	87 (70.7)
1年以上2年未満	15 (12.2)
2年以上3年未満	13 (10.6)
3年以上4年未満	1 (0.8)
4年以上5年未満	1 (0.8)
5年以上	4 (3.3)
無回答	2 (1.6)
運営主体	
社会福祉法人	50 (40.7)
医療法人	42 (34.2)
営利企業	19 (15.4)
NPO法人	9 (7.3)
その他	3 (2.4)

調査対象者となる情報収集担当者123人の属性は表3に示すように、平均年齢は41.0±11.8歳（19～65歳）であった。性別は男性37人（30.1%）、女性86人（69.9%）であった。GH勤務経験年数は半年未満の者が73人（59.3%）であった。

事例となる痴呆性高齢者123人の属性を表4に示す。平均年齢は81.3±5.8歳（63～94歳）、性別は男性17人（13.8%）、女性106人（86.2%）、平

表3. 情報収集担当者の属性 (n=123)

項目	人数 (%)
年齢	
平均値±SD	41.0±11.8歳
最小値～最大値	19～65歳
性別	
男性	37 (30.1)
女性	86 (69.9)
グループホーム	
0～6ヶ月	73 (59.4)
経験月数	
7～12ヶ月	14 (11.4)
13～18ヶ月	10 (8.1)
19～24ヶ月	11 (8.9)
25ヶ月以上	12 (9.8)
無回答	3 (2.4)

表4. 事例の属性 (n=123)

項目	人数 (%)
年齢	
平均値±SD	81.3±5.8歳
最小値～最大値	63～94歳
無回答	3 (2.4)
性別	
男性	17 (13.8)
女性	106 (86.2)
入居期間	
平均値±SD	93.7±40.9日
最小値～最大値	21～152日
無回答	5 (4.1)
痴呆の分類	
脳血管性痴呆	49 (39.8)
アルツハイマー型老年痴呆	42 (34.2)
混合型痴呆	10 (8.1)
その他	9 (7.3)
不明	9 (7.3)
無回答	4 (3.3)

均入居日数は93.7±40.9日（21～152日）であった。痴呆症の分類では、脳血管性痴呆が49人（39.8%）、アルツハイマー型痴呆が42人（34.2%）であり、それらを合わせたものが全体の約4分の3を占めていた。

2. 入居前・入居時の情報収集の状況

1) 情報収集の内容

5領域26項目の情報収集が行われた状況を表5に示した。身体的状態の領域に関しては、対象者の80%以上が既往歴・疾病の治療状況、食生活、日常生活活動能力、加齢と疾病による身体の状態、コミュニケーション能力、排便・排尿パターン、24時間の活動状況、睡眠パターンの8項目全てを

情報収集していた。既往歴・疾病の治療状況、食生活については情報収集している割合が95.9%と最も高かった。

心理的状态の領域の4項目に関しては、性格が89.4%と最もよく情報収集されていたが、GHの生活に対する希望と生きがいについてはそれぞれ64.2%、ストレスに対する反応とその対処法は54.5%の情報収集率であった。

社会的状態の領域の3項目に関する情報収集の状況は、最近の人間関係が88.6%、生活環境の推

移・現状が69.1%、家庭での役割・立場が65.0%であった。

痴呆の状態の領域における4項目に関しては、問題行動の有無とその対処方法が92.7%と最も情報収集されており、痴呆の現病歴については88.6%であり、知的機能障害の程度は87.0%、痴呆症の治療状況は68.3%の情報収集率であった。

生活歴の領域の7項目に関する情報収集の状況は、趣味・関心が94.3%、生活習慣が90.2%、生い立ちに関することが79.7%、職歴が75.6%、主な出来事(死別や離別の経験、楽しい出来事など)が72.4%、名前の呼び方が50.4%、学歴が49.6%であった。

26項目以外に入居前・入居時に行っている情報収集について自由記述をした者は23人であった。その主な内容は「家族歴を聞く」「キーパーソンを把握しておく」「現在までの家族関係を尋ねる」「痴呆テストを行う」「家族の考え・要望を聞く」「家族の協力度・態度を把握する」「家族の負担内容・負担感を把握する」などであった。

2) 情報収集の方法(情報収集のための様式)

情報収集を行う際、所定の様式(アセスメントツール)を用いているGHは123施設中105施設(85.3%)であり、表6に示すように、独自に作成した様式を用いている施設が81施設(77.0%)

表6. 所定の様式(アセスメントツール)の種類
(n=105)

種 類	施設数 (%)
自施設作成の様式	81 (77.0)
包括的自立支援	10 (9.5)
MDS-HC	5 (4.7)
日本社会福祉会方式	2 (1.9)
日本訪問看護振興財団方式	2 (1.9)
日本介護福祉会方式	1 (1.0)
KOMIチャート	1 (1.0)
竹内式	1 (1.0)
全社共フェイスシート	1 (1.0)
その他	1 (1.0)
合 計	105 (100.0)

表5. 入居前・入居時における26項目の情報の収集状況
(n=123)

情報収集の領域・項目	回答カテゴリー	
	行った 人数 (%)	行っていない 人数 (%)
1. 身体的状態		
既往歴・疾病の治療状況	118 (95.9)	5 (4.1)
食生活	118 (95.9)	5 (4.1)
日常生活活動能力(ADL)	115 (93.5)	8 (6.5)
加齢と疾病による身体の状態	111 (90.2)	12 (9.8)
コミュニケーション能力	109 (88.6)	14 (11.4)
排便・排尿パターン	109 (88.6)	14 (11.4)
24時間の活動状況	100 (81.3)	23 (18.7)
睡眠パターン	99 (80.5)	24 (19.5)
2. 心理的状态		
性 格	110 (89.4)	13 (10.6)
グループホームの生活に対する希望	79 (64.2)	44 (35.8)
生きがい	79 (64.2)	44 (35.8)
ストレスに対する反応とその対処法	67 (54.5)	56 (45.5)
3. 社会的状態		
最近の人間関係	109 (88.6)	14 (11.4)
生活環境の推移・現状	85 (69.1)	38 (30.9)
家庭での役割・立場	80 (65.0)	43 (35.0)
4. 痴呆の状態		
問題行動の有無とその対処法	114 (92.7)	9 (7.3)
痴呆症の現病歴	109 (88.6)	14 (11.4)
知的機能障害の程度	107 (87.0)	16 (13.0)
痴呆症の治療状況	84 (68.3)	39 (31.7)
5. 生活歴		
趣味・関心	116 (94.3)	7 (5.7)
生活習慣	111 (90.2)	12 (9.8)
生い立ちに関すること	98 (79.7)	25 (20.2)
職 歴	93 (75.6)	30 (24.4)
主な出来事	89 (72.4)	34 (27.6)
名前の呼び方	62 (50.4)	61 (49.6)
学 歴	61 (49.6)	62 (50.4)

と最も多かった。

3) 入居適応支援に対する情報収集の有効性

入居前・入居時に収集された情報5領域26項目が入居適応の支援に有効であったかどうかについて、情報収集担当者に対して3段階評価で回答を求めた。その結果は表7に示すように、全ての項目が入居適応の支援に「非常に有効」あるいは「ある程度有効」と答えていた。「非常に有効である」とした回答は、趣味・関心が66.4%と最も多

く、次いで生活習慣が65.8%、性格が61.8%、生い立ちに関することが57.1%であり、生活歴の領域に関する項目が高い比率を示していた。一方、「有効ではない」とした回答が最も多かったのは、学歴の21.3%であり、次いで家庭での役割・立場が10.0%、職歴が8.6%、名前の呼び方が8.1%などであった。

入居適応の支援に有効なその他の情報収集として、自由記述した者は15人であった。その主な内

表7. 入居適応支援に対する情報収集の有効性

情報収集の領域・項目 (回答施設数)	回答カテゴリー		
	非常に有効	ある程度有効 人 数 (%)	有効ではない
1. 身体的状態			
既往歴・疾病の治療状況 (118)	59 (50.0)	57 (48.3)	2 (1.7)
食生活 (118)	59 (50.0)	54 (45.8)	5 (4.2)
日常生活活動能力 (ADL) (115)	57 (49.6)	55 (47.8)	3 (2.6)
加齢と疾病による身体の状態 (111)	51 (45.9)	58 (52.3)	2 (1.8)
コミュニケーション能力 (109)	58 (53.2)	50 (45.9)	1 (0.9)
排便・排尿パターン (109)	55 (50.5)	47 (43.1)	7 (6.4)
24時間の活動状況 (100)	48 (48.0)	48 (48.0)	4 (4.0)
睡眠パターン (99)	47 (47.5)	47 (47.5)	5 (5.1)
2. 心理的状态			
性 格 (110)	68 (61.8)	39 (35.5)	3 (2.7)
グループホームの生活に対する希望 (79)	30 (38.0)	44 (55.7)	5 (6.3)
生きがい (79)	44 (55.7)	33 (41.8)	2 (2.5)
ストレスに対する反応とその対処法 (67)	33 (49.3)	29 (43.3)	5 (7.5)
3. 社会的状態			
最近の人間関係 (109)	57 (52.3)	49 (45.0)	3 (2.8)
生活環境の推移・現状 (85)	34 (40.0)	46 (54.1)	5 (5.9)
家庭での役割・立場 (80)	33 (41.3)	39 (48.8)	8 (10.0)
4. 痴呆の状態			
問題行動の有無とその対処法 (114)	65 (57.0)	43 (37.7)	6 (5.3)
痴呆症の現病歴 (109)	53 (48.6)	52 (47.7)	4 (3.7)
知的機能障害の程度 (107)	57 (53.3)	47 (43.9)	3 (2.8)
痴呆症の治療状況 (84)	41 (48.8)	40 (47.6)	3 (3.6)
5. 生活歴			
趣味・関心 (116)	77 (66.4)	35 (30.2)	4 (3.4)
生活習慣 (111)	73 (65.8)	35 (31.5)	3 (2.7)
生い立ちに関すること (98)	56 (57.1)	37 (37.8)	5 (5.1)
職 歴 (93)	46 (49.5)	39 (41.9)	8 (8.6)
主な出来事 (89)	46 (51.7)	39 (43.8)	4 (4.5)
名前の呼び方 (62)	31 (50.0)	26 (41.9)	5 (8.1)
学 歴 (61)	19 (31.3)	29 (47.5)	13 (21.3)

容は「痴呆スケールを使用する」「家族歴を聞く」「配偶者に関する情報収集を行う」「入居理由を本人にどう説明したか及び本人はその時どう反応したかを家族に尋ねる」「価値観を聞く」などであった。

3. 入居適応支援

ケアプランを立案している GH は106施設 (86.2%) であった。環境の変化に適応できるように具体的にどのような支援を行っているかについては表8に示すように、「話し相手となり孤立させない」「他入居者との関係作りを行う」「社会生活参加を行う」などであり、中でも「話し相手となり孤立させない」という支援が最も多かった。その他の内容としては、「家事における役割をもたせる」など残存機能を活かした支援及びカラオケ・絵画など趣味活動への支援に関するものであった。

表8. 入居適応支援の内容 (n=123)

支援内容	施設数
話し相手となり孤立させない	104
他入居者との関係作りを行う	90
社会生活参加を行う	49
園芸療法	45
音楽療法	34
瞑想療法	29
同一職員がケアを行う	26
化粧療法	19
演劇療法	6
その他	32

注) 複数回答

4. 入居適応状態

1) 試験通所・試験入居時の精神的ストレス

試験通所を経験した者は123人中25人(20.3%)であり、その際に帰宅要求、不安・焦燥などの環境の変化によるストレスが生じた者は8人(32.0%)であった。また、試験入居を経験した者は17人(13.8%)であり、そのうち7人(41.2%)に試験通所と同様に帰宅要求や不安・焦燥などのストレスが生じていた。なお、試験通所の際に精神的ストレスを生じた8人の内、試験入居の際にも精神的ストレスを生じた者は4人であった。

2) 入居時の精神的ストレス

入居時に精神的ストレスが生じた者は123人中69人(56.1%)であり、帰宅要求が55人(79.7%)、不安・焦燥が37人(53.6%)、睡眠障害が15人(21.7%)、被害妄想が14人(20.3%)、他入居者とのトラブルが12人(17.4%)、失禁が10人(14.5%)、食欲不振が3人(4.3%)であった。自由記述には、徘徊が3人(4.3%)、暴力行為、外に出て行くこと、爪こすり、顔さすりがそれぞれ1人(1.4%)と記されていた。試験通所時、試験入居時及び入居時のそれぞれに最も多かった精神的ストレスは帰宅要求であり、次いで不安・焦燥であった(複数回答, 表9)。なお、入居時の精神的ストレスと事例の属性(年齢, 性別, 痴呆症の分類)との関連は認められなかった。

表9. 試験通所時・試験入居時・入居時に生じた精神的ストレス

時期	試験通所時 (n=8)	試験入居時 (n=7)	入居時 (n=69)
精神的ストレス			
帰宅要求	7 (87.5)	7 (100.0)	55 (79.7)
不安・焦燥	5 (62.5)	5 (71.4)	37 (53.5)
睡眠障害	1 (12.5)	0 (0.0)	15 (21.7)
被害妄想	2 (25.0)	1 (14.3)	14 (20.3)
他入居者とのトラブル	2 (25.0)	1 (14.3)	12 (17.4)
失禁	2 (25.0)	0 (0.0)	10 (14.5)
徘徊	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.3)
食欲不振	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.3)
暴力行為	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
外に出て行くこと	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
爪こすり	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
顔さすり	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
不明	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)

注) 複数回答, () は比率

入居時に精神的ストレスを生じた69人について、入居適応の状態を明らかにするために指標としたストレスの主なものが、入居後3週間の時点と調査時点ではどのような状態にあったかをみた。その結果、入居後3週間の時点ではストレスが「軽減あるいは消失した者」が69人中52人(75.4%)、「入居時と同じあるいは増強した者」が17人(24.6%)であった。

％), 調査時点においては「ストレスのない者」が40人 (58.0%), 「ストレスが持続している者」が29人 (42.0%) であった。それらの関連についてさらにみると, 表10に示すように, 入居後3週間の時点でストレスが軽減あるいは消失した者52人の内37人 (71.2%) は調査時点においてもストレスのない者であった。また, 入居時と同じあるいは増強した者17人の内14人 (82.4%) は, 調査時点においてもストレスが持続している者であった。入居後3週間の時点と調査時点でのそれぞれのストレスの状態は有意な関係にあり, 入居後3週間の時点でストレスが同じあるいは増強した者は, 調査時点においてもストレスが持続している者が多く, またストレスが軽減あるいは消失した者は, 調査時点においてもストレスのない者が多かった ($p<0.001$)。

表10. 入居後3週間と調査時における精神的ストレスとの関連 人数 (%)

	調査時点での精神的ストレス		合計
	なし	あり	
入居後3週間での精神的ストレス			
軽減・消失した	37(71.2)	15(28.8)	52(100.0)
同じ状態・増強した	3(17.6)	14(82.4)	17(100.0)
合計	40(58.0)	29(42.0)	69(100.0)

$p<0.001$

3) 入居時の精神的ストレスと試験通所・試験入居との関連

試験通所・試験入居の経験の有無と入居時の精神的ストレスとの間には有意な関連は認められなかった。一方, 試験通所・試験入居時の精神的ストレスと入居時の精神的ストレスとの関連をみると, 試験通所時に精神的ストレスを生じた8人は, そのすべての者が入居時にもストレスを生じていた。また, 試験通所時に精神的ストレスを生じていなかった17人の内11人は, 入居時にもストレスを生じていなかった。試験入居時に精神的ストレスを生じた7人のすべてが, 同様に入居時にもス

トレスを生じ, 生じていなかった10人のすべてが入居時にもストレスを生じていなかった。

5. 情報収集の状況と入居適応との関連

1) 情報収集26項目と入居時の精神的ストレスとの関連

入居前・入居時の情報の収集状況と入居時の精神的ストレスとの間には, すべての項目間で有意な関連は認められなかった。また, 入居適応の支援に対する情報収集の有効性と入居時の精神的ストレスとの関連についても同様の結果であった (表11)。

2) アセスメントツール・ケアプランと入居時の精神的ストレスとの関連

アセスメントツールの使用の有無と入居時の精神的ストレスとの間には関連は認められなかった (表12, $p=0.199$)。また, ケアプランの立案の有無と入居時の精神的ストレスとの関連についても同様に有意な関連は認められなかった (表13, $p=0.055$)。

V. 考 察

1. 入居前・入居時の情報収集の状況

1) 情報収集の内容

身体的状態の領域における8項目に関しては, 全体的に高い割合で情報収集が行われていた。痴呆性高齢者は程度の差こそあれ何らかの疾患を抱えており, 複数の疾患をもつ場合も少なくない。本調査においても, 痴呆性高齢者の約8割が介護老人保健施設や一般病院などを利用していた。このため, 身体的な医療管理に必要な情報として, 加齢に伴う身体の変化をはじめとし, 既往歴や疾病の治療状況, 日常生活状況及び残存機能の情報をほとんどの施設が収集していたものと考えられる。

心理的状态の領域における4項目に関しては, 全体の約5割から9割の施設で情報収集が行われていた。最も情報収集を行った割合が高かった性

日本のグループホームにおける痴呆性高齢者の情報収集と入居適応との関連

表11. 入居適応支援に対する情報収集の有効性と入居時の精神的ストレスとの関連

			精神的ストレス		P値
			なし	あり	
1. 身体的状態	(■答施設数)				
既往歴・疾病の治療状況	(118)	非常に有効 それ以外	23 30	36 29	0.267
食生活	(118)	非常に有効 それ以外	27 26	32 33	1.000
日常生活活動能力 (ADL)	(115)	非常に有効 それ以外	22 29	35 29	0.262
加齢と疾病による身体の状態	(111)	非常に有効 それ以外	23 26	28 34	1.000
コミュニケーション能力	(109)	非常に有効 それ以外	21 27	37 24	0.086
排便・排尿パターン	(109)	非常に有効 それ以外	26 23	29 31	0.701
24時間の活動状況	(100)	非常に有効 それ以外	20 23	28 29	0.842
睡眠パターン	(99)	非常に有効 それ以外	22 19	25 33	0.316
2. 心理的状态					
性格	(110)	非常に有効 それ以外	28 20	40 22	0.556
グループホームの生活に対する希望	(79)	非常に有効 それ以外	17 22	13 27	0.359
生きがい	(79)	非常に有効 それ以外	19 13	25 22	0.649
ストレスに対する反応とその対処法	(67)	非常に有効 それ以外	12 13	21 21	1.000
3. 社会的状態					
最近の人間関係	(109)	非常に有効 それ以外	26 21	31 31	0.699
生活環境の推移・現状	(85)	非常に有効 それ以外	17 19	17 32	0.270
家庭での役割・立場	(80)	非常に有効 それ以外	14 19	19 28	1.000
4. 痴呆の状態					
問題行動の有無とその対処法	(114)	非常に有効 それ以外	29 22	36 27	1.000
痴呆症の現病歴	(109)	非常に有効 それ以外	21 25	32 31	0.699
知的機能障害の程度	(107)	非常に有効 それ以外	25 22	32 28	1.000
痴呆症の治療状況	(84)	非常に有効 それ以外	17 17	24 26	1.000
5. 生活歴					
趣味・関心	(116)	非常に有効 それ以外	33 20	43 20	0.559
生活習慣	(111)	非常に有効 それ以外	33 17	40 21	1.000
生い立ちに関すること	(98)	非常に有効 それ以外	25 20	31 22	0.839
職 歴	(93)	非常に有効 それ以外	21 20	25 27	0.836
主な出来事	(89)	非常に有効 それ以外	18 22	28 21	0.291
名前の呼び方	(62)	非常に有効 それ以外	13 16	18 15	0.611
学 歴	(61)	非常に有効 それ以外	10 17	9 25	0.415

注) 「それ以外」は「ある程度有効」と「有効ではない」を含む。

表12. アセスメントツールの使用と入居時の精神的ストレスとの関連 人数 (%)

	入居時の精神的ストレス		合 計
	な し	あ り	
アセスメントツール			
使用なし	5 (27.8)	13 (72.2)	18 (100.0)
使用あり	49 (46.7)	56 (53.3)	105 (100.0)
合 計	54 (43.9)	69 (56.1)	123 (100.0)

n. s.

表13. ケアプランの立案と入居時の精神的ストレスとの関連 人数 (%)

	入居時の精神的ストレス		合 計
	な し	あ り	
ケアプラン			
立案なし	3 (20.0)	12 (80.0)	15 (100.0)
立案あり	50 (47.2)	56 (52.8)	106 (100.0)
合 計	53 (43.8)	68 (56.2)	121 (100.0)

p=0.055

格に関する情報は、痴呆性高齢者の発症以前の性格を把握することにより職員や他入居者との摩擦を防ぎ、環境の変化に適切な対応手段を講じるために必要^{26), 26), 27)}と考えられる。一方、ストレスに対する反応とその対処法に関する情報を収集している割合は低かったが、急激な環境の変化と不適切な対応は大きなストレスとなる²³⁾ことから、これらの情報を収集することはストレスの回避につながり、たとえストレスを生じることがあったとしても効果的に対処するための有効な情報となり得るのではないだろうか。

社会的状態の領域における3項目に関しては、全体の約6割から9割の施設で情報収集を行っていた。これらの情報は、痴呆性高齢者のおかれている現状の把握や住み慣れた家庭的な環境作りに活かされ、安心してくつろぐことのできる人間関係と生活空間作りに有効である^{10), 27), 28)}ことから重要と考えられる。

痴呆状態の領域における4項目に関しては、全体の約7割から9割の施設で情報収集を行っていた。中でも問題行動の有無とその対処法の項目に

ついては、情報収集が行われた割合が高いことからGHのケアにとって重要な情報であることがわかる。問題行動といわれているものの裏には意味のある目的が隠されている²⁹⁾。その意味を理解し、不安や混乱を取り除き、安心できる居場所作りを行うことがGHのケアにおける最も重要な役割である。また、痴呆症の経過や現在の状況を理解するために必要なこれらの医学的情報は、潜在能力の見極め、長期の生活計画の立案、予後などに必要と考えられる。

生活歴の領域7項目において、名前の呼び方と学歴の2項目以外に関しては、全体の5割から9割の施設で情報収集を行っていた。例えば、趣味・関心の情報は、痴呆性高齢者の精神的な安定を目的として趣味または嗜好に応じた活動を支援するための有効な情報の1つであることから、最も高い割合を示していたと考えられる。また、名前の呼び方については約5割が情報収集を行っていた。室伏³⁰⁾は「痴呆性高齢者はよく憶えている過去の状況に生きている部分が多く、それが生きる拠り所や生きがいになっている」と述べている。予備調査において、情報収集担当者が「本人が呼ばれていた名前や大切な人の名前を職員が把握したうえで関わることで、本人の安定につながる」ことを指摘しており、他の情報と同様に収集する必要があるのではないだろうか。また、学歴についても情報収集を行っていた施設は約5割であったが、学歴の高い痴呆性高齢者は、知的機能がある程度保持され、知的欠損を補う能力が勝れている^{31), 32), 33)}ともいわれていることから、潜在能力及び残存能力を引き出すための情報収集として活用できると考えられる。

2) 情報収集の方法

GHの職員は、不安と混乱の中で生きている痴呆性高齢者が安心できる居場所や立ち直っていく基盤をつくるために、個々に関する複数の情報すなわち、本人・家族との面接から得られる情報、

生活状況の観察から得られる情報、各関係機関からの記録から得られる情報などを総合的に判断しなければならない。その中でもとくに本人をよく知る家族や知人からこれまでの生き方、考え方、性格、生活習慣などの情報を収集して分析し、痴呆性高齢者の現状をよく理解することが重要である。本人や家族が隠したがる情報にはその後の援助に重要となる要素があることから、家族との信頼関係を築きながら段階的に情報収集を行っている³⁴⁾ ことが必要不可欠である。

高齢者のアセスメントは、一般的に①残された能力の発見、②特定の障害の鑑別、③特定の目的、例えば集団作業、調査、施設入所の選定、④変化の持続監視、⑤診断と予後のために行なわれており³⁵⁾、また我が国で用いられているアセスメントツールは、スクリーニング・アセスメント機能とフォーカス・アセスメント機能に分類できる³⁶⁾。本調査においてアセスメントツール使用の評価をみたところ、アセスメントツール使用の有無と入居時の精神的ストレスとの関連は認められなかった。その理由として、調査対象施設のアセスメントツールの内容は明らかではないが、①情報収集担当者の約6割がGHに勤務して半年未満であり、GHでの痴呆介護の勤務経験が比較的浅い職員であったこと、②開設1年未満のGHが約7割と比較的新しい施設であったことが考えられる。このことより、使用したアセスメントツールに関して、入居適応の支援に反映されるような項目の設定が十分ではなかったか、あるいはアセスメントツールが有効に利用されていなかったと推測される。また、ケアプランの立案の有無との関連も認められなかった。ケアプランの時期、内容、立案担当者の資格・職種については本調査では明らかではなく、入居適応に焦点をあてたケアプランの実践について明らかにしていく必要がある。

2. 入居適応状態

入居時に精神的ストレスを生じた者は約半数以

上を占めており、入居に伴う不安や混乱を生じる痴呆性高齢者が少なくなかった。入居時の精神的ストレスの具体的な内容として、帰宅要求が最も多く、次いで不安・焦燥、睡眠障害、被害妄想、他入居者とのトラブルなどであった。上位2つの帰宅要求と不安・焦燥は、試験通所や試験入居の際のストレスと同様であったことから、とくにこの2点に焦点をあてた情報収集が重要と考えられる。

試験通所や試験入居時に精神的ストレスを生じていた者は、そのすべての者が入居時にも精神的ストレスを生じていた。試験通所や試験入居の経験者が各々25人、17人と少なく、統計学的関連についてはさらに検証が必要である。しかし、今回の結果より、試験通所や試験入居時に精神的ストレスを生じる者は、入居時にも生じる確率が高くなると予測される。したがって、入居時の精神的ストレスの予防あるいは軽減のためには、とくに試験通所や試験入居時に精神的ストレスを生じた痴呆性高齢者に関しては、それらの情報を活かしたケアプランの立案を行い、予防的ケアと早期の介入を行う必要がある。

入居後3週間の時点と調査時点とのストレスの状態が有意な関係にあったことより、入居後3週間という期間は入居適応に重要な期間であり、たとえ入居時に精神的ストレスを生じる者があっても、情報収集を活かした入居適応の支援を適切に行うことによって、入居時の精神的ストレスの長期化を防止できる可能性が示唆された。

一方、今回の調査において、「ストレスに対する反応とその対処法」の情報収集率が他の項目に比べて非常に低い値となっていたことは、GHにおいて入居時のストレスに関する情報収集の必要性についての認識が十分ではなかったことが考えられる。これらのことから、ストレスに注目したアセスメントツールの開発と活用、ケアプランを充実させるための方策³⁷⁾が重要な課題といえる。

3. 入居適応支援に対する情報収集の有効性

情報収集担当者の少なくとも約8割以上が、入居前・入居時に行なわれた情報収集26項目を入居適応の支援に有効としていた。非常に有効であるとした回答が半数以上を占めていた情報収集のうち、高い割合を示していた項目は趣味・関心、生活習慣、性格、生い立ちに関することであり、生活歴の領域に関する項目が他領域の項目に比べ多いことがわかった。このことから、情報収集担当者がGHの入居適応の支援において、生活歴を把握した上での関わり方が重要と認識していることが明らかになった。

入居時の精神的ストレスと、入居前・入居時の情報収集の状況及び入居適応支援に対する情報収集の有効性との関連は認められなかった。また、アセスメントツールの使用やケアプラン立案の有無との関連も認められなかった。要■のひとつとして、介護保険開始直後の多忙な状況下において、入居支援のための計画的な情報収集が十分に行われていなかったことが考えられる。情報収集の時期、方法、内容、情報収集担当者の資格・職種などについてさらに明らかにしていく必要がある。

入居適応の支援に対して有効とした情報26項目の内、精神的ストレスと有意に関連したものは認められなかった。しかし、身体的状態におけるコミュニケーション能力に関しては、情報収集担当者が入居適応支援として、コミュニケーション能力を活かした関わり（話し相手となり孤立させない、他入居者との関係作りを行う）を最も実践していると回答していたことから、入居支援にとって有効な情報になり得るといえる。痴呆性高齢者の言動を受容し、理解することはその人を受けとめる対応の基本となり、よいコミュニケーションをつくる窓口となる³⁸⁾。したがって、ケア提供者は、意識的に残されたコミュニケーション能力に見合った関わりを続け、痴呆性高齢者の言動や感情の変化を捉えて、援助に活かすことが重要であ

る³⁹⁾。コミュニケーション能力に関する情報収集の有効性についてさらに検証していく必要があると考えられる。

4. 本研究の限界と今後の展望

今回、研究者が作成した5領域・26項目の測定用具を用いて、GHにおける情報収集担当者を対象に痴呆性高齢者に関する情報収集の状況と入居適応支援に対する情報収集の有効性を測定した。しかし、回収率が約41%、有効回答率が約21%と低率であったことから、得られた知見を一般化することはできない。介護保険開始後5～6ヶ月の時期における調査であり、前者については制度の移行による現状の多忙さが相当なものであったこと、後者については事例に該当する高齢者が入居していない施設が多かったことによるものと考えられる。分析対象が少ないものの、本研究は介護保険開始直後のGHにおける入居前・入居時の情報収集の状況と入居適応状態を明らかにできた点において価値があるといえる。

今回の調査においては、精神的ストレスの軽減・消失に有効な情報収集項目、ケアプランや入居適応支援の実践が精神的ストレスに及ぼす効果について明らかにすることはできなかった。また、調査対象と事例の選定条件など、調査方法の検討が課題と考えられた。したがって、今後は研究対象を拡大し、方法論の妥当性を高めることにより、GHにおける情報収集の状況についてさらに明らかにしていきたい。

VI. 結 語

本研究は、痴呆性高齢者がGHでの環境の変化に早期に適応できるための情報収集のあり方を検討するために、全■のGHにおける情報収集担当者を対象として郵送法による質問紙調査を行った。その結果、得られた知見は以下の通りであった。

1) 入居前・入居時に行われていた情報収集(5領域・26項目)の中で最も割合が高かった項目は

既往歴・疾病の治療状況、食生活であり、次いで趣味・関心、日常生活活動能力（ADL）、問題行動の有無とその対処法であった。最も低かった項目は学歴であり、次いで名前の呼び方、ストレスに対する反応とその対処法であった。

2) 事例123人中、入居時に精神的ストレスを生じた者は69人(56%)であった。

3) 試験通所・試験入居時に精神的ストレスを生じた者は(各々8人, 7人)、そのすべての者が入居時にも精神的ストレスを生じていた。

4) 入居後3週間の時点で入居時の精神的ストレスが軽減・消失した者は、同じあるいは増強していた者に比べ、調査時点(平均、入居後14週間)において精神的ストレスを生じていない者が有意に多かった。(p<0.001)

5) 入居適応の支援に対する情報収集の有効性に関しては、26項目全てにおいて非常に有効あるいはある程度有効とする回答が約80%以上であった。

謝 辞

本研究にあたり、予備調査及び本調査にご協力頂きました全国のGHの施設長ならびに職員の皆様に心から感謝いたします。また、統計学的なご助言を頂きました大分医科大学情報科学江島伸興教授に心より感謝いたします。

付 記

本研究は第24回日本看護研究学会(2001、金沢市)において報告した。

要 旨

本研究は、痴呆性高齢者がグループホーム（GH）での環境の変化に早期に適応するための情報収集のあり方を検討するために、全国のGHにおける情報収集担当者を対象に郵送法による質問紙調査を行った。調査期間は2000年7月～9月であった（配布数590施設、回収数244名、分析対象数123名）。情報収集の測定用具として、参考文献と予備調査に基づいて作成した5領域26項目を用いた。入居適応の状態は、入居時の精神的ストレスの有無を指標とし、そのストレスの主なものが入居後3週間の時点と調査時点（平均、入居後14週間）にどのような状態にあったかを分析した。統計学的分析はFisherの直接確率検定を用いた。その結果、①5領域26項目の情報収集は入居適応の支援に有用であることが明らかになった。②入居後3週間の時点と調査時点での入居時のストレスは有意な関係にあった（p<0.001）。

Abstract

The purpose of this study was to identify the relationship between the 26 questions of a first interview questionnaire for elderly persons with dementia and their adaptation to living in a group home in Japan. Of 590 group homes in Japan, caregivers who worked for 123 group homes participated in this survey. Based on this initial questionnaire, the "main stress syndrome" of each elderly person during the first admission was determined. Adaptation levels at three weeks and at fourteen weeks after admission were assessed and graded as better, the same or worse. The results of statistical analysis using the Fisher exact test were as follows:

1. Caregivers judged that all 26 questions of the first interview questionnaire were helpful in determining the level of support needed to help elderly persons with dementia adapt to their living in a group home.
2. The "main stress syndrome" as determined at three weeks after admission significantly correlated with that at fourteen weeks after admission ($p<0.001$).

VII. 文 献

- 1) 千葉和夫, 野村豊子, 他: 高齢者グループホームケアその理論と実際ー, 22-33, メディカルフレンド社, 東京, 1999.
- 2) 山井和則: グループホームの基礎知識, 2-9, リヨン社, 東京, 2000.
- 3) 外山 義, 小宮英美, 他: グループホーム読本ー痴呆性高齢者ケアの切り札ー, 1-40, ミネルヴァ書房, 京都, 2000.
- 4) Lana Annersted: Group-Living Care, An Alternative for the Demented Elderly, Dementia & Geriatric Cognitive Disorders, 8(2), 136-42, 1997.
- 5) 今村(稲庭)千弥子, 外山 義, 他: グループホームのすすめー今痴呆性老人は何を求めているかー, 29-70, 朝日カルチャーセンター, 東京, 1994.
- 6) 後藤秀昭: 環境の変化に伴う不穏状態の理解とケア, 痴呆介護, 創刊号, 1(1), 24-27, 2000.
- 7) 林崎光弘, 末永民生, 他: グループホームケアの理念と技術, 35-45, バオバブ社, 東京, 1999.
- 8) 永田久美子: グループホームケアの現状と展望, 看護, 51(8), 24-31, 1999.
- 9) 小阪憲司: 老年期痴呆の増悪因子としてのストレス, 老年期痴呆, 4(2), 81-86, 1990.
- 10) 新福尚武: 環境の変化, 老年期痴呆, 4(2), 73-79, 1990.
- 11) 五島シズ: 入院による環境への適応過程とその対応, 看護MOOK 20, 金原出版, 東京, 128-132, 1986.
- 12) 稲庭千弥子: 痴呆性老人のグループホームー精神医療から考えるー, 日精協誌, 15(10), 32-41, 1996.
- 13) 徳浪香奈子, 小林小百合, 小山幸代: 高齢者グループホーム入居者の精神機能 日常生活動作自立度, 生活健康度の変化(第二報), ー入居直後から12ヶ月までー, 日本看護研究学会雑誌, 22(3), 182, 1999.
- 14) 青山治美, 永田久美子: 痴呆性高齢者グループホームの生活空間とケア, 日本老年看護学会抄録集, 103, 1999.
- 15) 岡屋恵久子: 痴呆性老人への看護ーグループホームにおけるケアの実践からー, Quality Nursing, 3(10), 46-54, 1997.
- 16) R. アルファロールフィーヴァ(Rosalinda Alfaro-LeFevre, MSN, RN) 著, 江本愛子監訳: 基本から学ぶ看護過程と看護診断(3), 33-34, 医学書院, 東京, 1996.
- 17) 江川隆子: 事例で学ぶ看護過程, 56-58, 照林社, 東京, 1996.
- 18) 黒田祐子: 理論を生かした看護ケア, 91, 照林社, 東京, 1996.
- 19) 前掲書 5), 117-127.
- 20) 片山哲二: 痴呆の見つけ方と痴呆度の簡単な評価法, 日本医事新報, No40, 24-27, 1997.
- 21) 中島紀恵, 北川公子, 他: 痴呆性老人のグループホーム作りに関する一考察, 日本看護科学会誌, 15(3), 223, 1995.
- 22) <http://www.wam.go.jp>, 2000年7月14日.
- 23) 財団法人日本訪看護振興財団: 日本版在宅ケ

- アにおけるアセスメントとケアプラン, 1999.
- 24) 厚生省老人保健福祉局, 高齢者ケアプラン策定指針, 1999.
- 25) 柄澤昭秀: 痴呆とライフスタイル, GERO-NTOLOGY, 6(4), 55-61, 1994.
- 26) 松田晋哉, 筒井由香, 他: 地域高齢者の生きがい形成に関連する要因の重要度の分析, 日本公衛誌, No8, 704-712, 1998.
- 27) 小宮英美: 痴呆性高齢者ケアグループホームで立ち直る人々, 153-175, 中公新書, 東京, 1999.
- 28) 外山 義: 痴呆性高齢者グループホーム, 老年精神医学雑誌, 10(5), 542-543, 1999.
- 29) 雨宮克彦: 福祉施設でのアプローチ-医師の視点から-, GERONTOLOGY, 7(4), 359-366.
- 30) 室伏君士: 痴呆性老人に対するメンタルケア, 128-140, 老年期痴呆の医療と看護, 金剛出版, 東京, 1990.
- 31) 小川栄一, 柿木昇治, 他: 生活環境要因が知的評価スケールに及ぼす影響, 精神医学, 41(11), 1185-1190, 1999.
- 32) Kaplan and sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 7th edition (4), 1994, 104, 井上令一/■宮滋子
- 監訳: 臨床精神医学テキスト-DSM-IV診断基準の臨床への展開-, 医学書院 MYW, 東京, 1999.
- 33) 高間淳子, 旭 俊臣, 他: 痴呆性老人の症状・ADL・介護・生活環境の関連, 老年精神医学雑誌, 10(6), 737-738, 1999.
- 34) 長谷川和夫, 賀集竹子: 老人心理へのアプローチ, 1版, 5刷, 86-93, 医学書院, 東京, 1980.
- 35) ウナ・ホールデン, ロバート・ウッズ: リアリティ・オリエンテーションによるアプローチ, 川島みどり訳: 痴呆老人のアセスメントとケア, 42-45, 医学書院, 東京, 1994.
- 36) 森山美智子: 高齢者のアセスメントを整理する, 訪問看護と介護, 2(4), 235-244, 1997.
- 37) 須藤典子, 田村文子, 他: 痴呆老人の入院初期における看護記録の検討-アセスメントの視点から-, 日本精神科看護学会誌 老年期精神科看護平成7年, 46-49, 1995.
- 38) 室伏君士: 老年期痴呆患者に対する看護のあり方, 日精協誌 10(10), 94-105, 1991.
- 39) 山本広美, 佐藤広美, 他: 痴呆性老人の言動や感情の変化を引き出す看護援助, 日本看護学会論文集老年看護 (29), 105-107, 1998.

〔平成14年4月8日受付〕
〔平成15年3月7日採用決定〕

脳卒中後遺症患者の口腔状態と全身状態の関連

Relationship between Oral and Physical Conditions in
Patients with Postapoplectic Disorders

河野元子 山辺英彰 富澤登志子
Motoko Kawano Hideaki Yamabe Toshiko Tomisawa

水谷千秋
Chiaki Mizutani

キーワード：脳卒中，口腔ケア，ADL，栄養，残存歯数
stroke, oral care, ADL, nutrition,
number of residual teeth

I. 緒言

口腔は、人間が生命を維持し社会生活を営むための重要な機能を持っている。そのため、80歳まで20本以上の健康な歯を守ろうという運動が行われ、また口腔ケアを充実させ、口腔を清潔に保つことが大切である。脳卒中後遺症患者は運動障害や口腔内の知覚異常により、歯磨きが十分にできなかったり、食物残渣による不快感が自覚できないなど、口腔内を清潔に保つことが困難である。そのため、口腔内が不良になりやすく、食欲が低下し栄養状態が悪くなる可能性があり、先行研究では、高齢者を対象としたもので、残存歯数と日常生活動作（以下ADL）には関係があるとの報告¹⁾やADLのレベルが口腔内に影響を及ぼすという報告²⁾³⁾、また咬合支持の有無が栄養状態に関与しているとの報告⁴⁾⁵⁾がある。しかし、脳卒中後遺症患者を対象として、残存歯数や口腔衛生状態とADLや栄養状態との関係を研究したものは見あたらない。そこで本研究では、脳卒中後遺

症患者の口腔状態が全身の健康に影響を及ぼすか明らかにする目的で、口腔内の実態調査を行い、全身状態との関係について検討した。

II. 研究対象

平成12年7月14日から24日までに、黎明郷リハビリテーション病院において、脳卒中後遺症によるリハビリテーションが目的で入院していた患者のうち、経口摂取が可能で、調査に協力が得られた71名（男性34名、女性37名）を対象とした。平均年齢は 66.4 ± 11.2 歳（男性 65.1 ± 10.2 歳、女性 67.7 ± 12.0 歳）であった。原疾患は脳梗塞37名（52.1%）、脳出血30名（42.3%）、クモ膜下出血4名（5.6%）であり、平均罹病期間 10.86 ± 13.37 か月であった。脳卒中後遺症の種類は右片麻痺31名（43.6%）、左片麻痺33名（46.5%）、両側麻痺1名（1.4%）、麻痺なし6名（8.5%）であった。

Ⅲ. 研究方法

対象患者のうち、研究の目的・方法を説明し了解の得られた患者に対し、質問紙を用いた面接調査と口腔内の視診を行った。

調査内容は、口腔に関する項目として、残存歯数、義歯の有無、口腔保清状態、口腔内愁訴、口腔粘膜異常、舌苔、口臭、口渇感、咀嚼感、味覚、嚥下困難についての11項目を調査した。口腔ケアに関する項目では、口腔清掃介助有無、清掃方法、清掃回数を調査した。また、全身状態に関する項目として、ADL、栄養状態（身長・体重、血液生化学検査データ）を調査した。

1. 口腔状態

残存歯数は、義歯使用者には義歯を外してもらい、本数を調べ、金井ら¹⁾の分類を参考に「0～9歯」群、「10～19歯」群、「20歯以上」群の3群に分類した。また、食事時の義歯使用の有無により「義歯あり」群、「義歯なし」群とした。口腔保清状態については、斉藤ら²⁾が用いた口腔清掃状態の判断基準を参考に、歯垢の沈着があっても清掃が行き届いている者を良好群、食物残渣等の停滞がみられる者を不良群の2群に分類した。口腔粘膜異常、舌苔、口臭については、視診、問診などにより有無の2群に分類した。口腔内愁訴、口渇感、咀嚼感、味覚、嚥下困難については、対象者の自覚により有無の2群に分類した。

2. 口腔ケア

口腔清掃介助有無については、準備も自分でできる者を自立群、看護者が口腔清掃用具を準備のみ行う者と全介助の者を要介助群とし、2群に分類した。

3. 全身状態

全身状態はADLと栄養状態で評価した。ADLは、Barthel Indexに基づいて、毎月1回病棟で評価されているものを用いた。これは、日常生活動作である食事や整容、トイレ動作などの10項目を点数化し、0～100点で表し、評価するもので

ある。栄養状態の指標として、体格指数と血液生化学検査データを用いた。体格指数は、Body Mass Index（以下BMI）を対象の身長と体重より算出した。血液生化学検査データの血液総蛋白量（以下TP）、血清アルブミン値（以下ALB）は毎月1回行われる検査結果を用いた。

4. 統計処理

統計処理は、Stat View 5.0を使用し、有意水準は5%とした。口腔に関する項目として11項目調査したが、その中で残存歯数、義歯の有無、口腔保清状態と口腔ケア、全身状態との関連について分散分析、 χ^2 検定を行った。

Ⅳ. 結 果

1. 口腔状態

口腔状態については、表1に示すとおりで、残存歯数は平均12.1本であった。また、口腔保清状態の良好群は71名中41名（57.7%）であった。口

表1 口腔状態

調査項目		n=71 (%)
1. 残存歯数	平均数	12.1本
	0～9歯	34 (47.9)
	10～19歯	15 (21.1)
	20歯以上	22 (31.0)
2. 義 歯	あり 0～9歯	31 (85.7)
	あり 10～19歯	11
	なし	7 (14.3)
3. 口腔保清状態	良好群	41 (57.7)
	不良群	30 (42.3)
4. 口腔内愁訴	あり	27 (38.0)
	なし	44 (62.0)
5. 口腔粘膜異常	あり	37 (52.1)
	なし	34 (47.9)
6. 舌苔	あり	26 (36.6)
	なし	45 (63.4)
7. 口臭	あり	14 (38.0)
	なし	57 (80.3)
8. 口渇感	あり	27 (38.0)
	なし	44 (62.0)
9. 咀嚼感	噛めている	54 (76.1)
	噛めていない	17 (23.9)
10. 味覚	味わっている	53 (74.6)
	味わっていない	17 (24.0)
	無回答	1 (1.4)
11. 嚥下困難	あり	13 (18.3)
	なし	58 (81.7)

腔内愁訴内容については、図1に示すとおりで、歯や義歯に関するものが29例中19例（65.5%）であった。口腔粘膜異常の内容については、図2に示すとおりで、発赤や腫脹に関するものが54例中29例（53.7%）で、歯周病が示唆された。残存歯数と口腔保清状態、義歯と口腔保清状態の間には有意な関係はみられなかった。

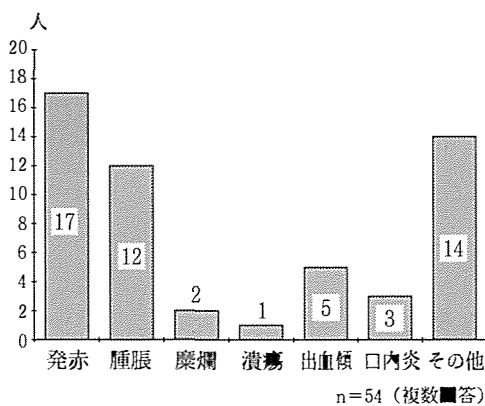
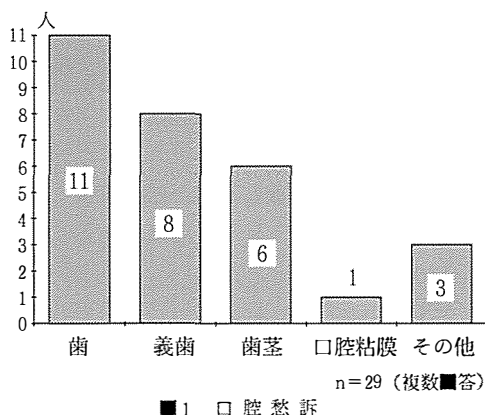


図2 口腔粘膜の状態

2. 口腔ケア

口腔ケアについては、表2に示すとおりで、口腔清掃の自立群は71名中56名（78.9%）であった。また、清掃方法は自立群では、ブラッシングが56名中42名（75.0%）、要介助群では洗口のみが15名中10名（66.7%）であった。

3. 口腔状態と口腔ケア

残存歯数3群と清掃方法を比較したところ、残存歯数が10歯以上の群ではブラッシングが多く、

表2 口腔ケア

調査項目		n=71 (%)
1. 口腔清掃介助有無	自立群	56 (78.9)
	要介助群	15 (21.1)
2. 清掃方法	自立群 ブラッシング	42 (75.0)
	洗口のみ	14 (25.0)
	要介助群 ブラッシング	4 (26.7)
	洗口のみ	10 (66.7)
	不明	1 (6.7)
3. 清掃回数	0回	1 (1.4)
	1回	13 (18.3)
	2回	21 (29.6)
	3回以上	35 (49.3)
	不明	1 (1.4)

0～9歯群では洗口のみが多く、有意な差がみられた（ $P<0.05$ ，図3）。しかし、口腔清掃介助有無や清掃回数については、残存歯数3群の間に差はみられなかった。また、口腔保清状態と口腔清掃介助有無の関係では、要介助群に口腔保清が不良の者が多く、有意な差がみられた（ $P<0.05$ ，図4）。しかし、清掃方法や清掃回数については、口腔保清状態の間に差はみられなかった。

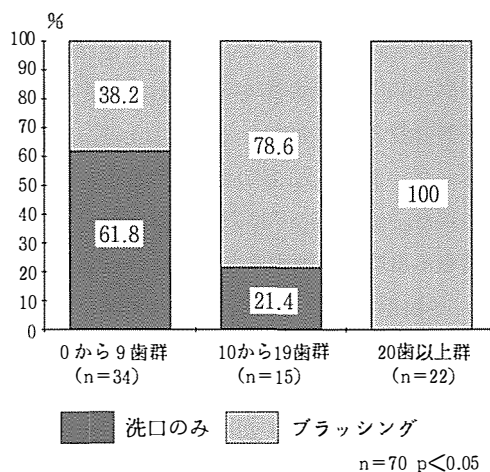


図3 残存歯数と清掃方法の関係

4. 全身状態

ADL得点については、平均 64.44 ± 30.15 点であった。才藤ら²⁾のADL得点評価をもとに65点以上を自立群、60点以下を要介助群とすると、自立群が46名（63.4%）、要介助群は25名（36.6%）であった。BMIについては、平均 21.63 ± 3.10 で

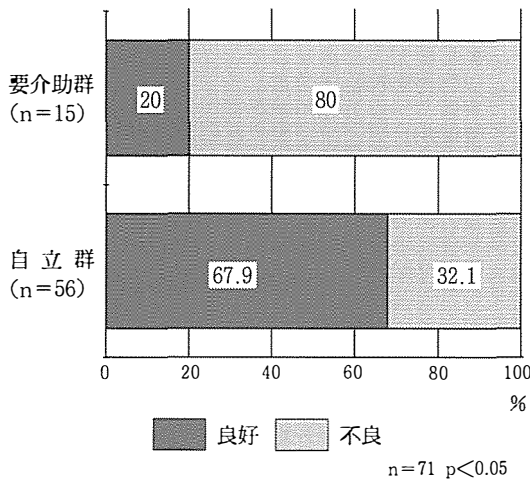


図4 口腔保清状態と要介助の関係

あった。日本肥満学会による基準をもとに18.5未満を低体重（やせ）、18.5以上25未満を普通体重、25以上を肥満とすると、低体重は11名（15.5%）、普通体重は46名（64.8%）、肥満は12名（16.9%）、不明の者が2名（2.8%）であった。

血液生化学検査データのうち、TPの平均値は 6.56 ± 0.48 g/dlであった。値が6.5 g/dl以上を良好群、6.5 g/dl未満を不良群に分類すると、良好群は27名（38.0%）、不良群は44名（62.0%）であった。また、ALBの平均値は 3.99 ± 0.34 g/dlであった。値が3.5 g/dl以上を良好群、3.5 g/dl未満を不良群に分類すると、良好群は65名（91.5%）、不良群は6名（8.5%）であった。

5. 残存歯数と全身状態の関係

残存歯数3群とADL得点を比較したところ、0～9歯群では 53.67 ± 30.46 点、20歯以上群では 79.09 ± 25.85 点であり、20歯以上の群の方が有意に得点が高かった（ $P < 0.05$ ，図5）。残存歯数3群とALB値を比較したところ、平均値はそれぞれ0～9歯群 3.83 ± 0.41 g/dl、10～19歯群 4.06 ± 0.40 g/dl、20歯以上群 4.18 ± 0.26 g/dlであり、10～19歯群、20歯以上群が0～9歯群と比較して有意に値が高かった（ $P < 0.05$ ，図6）。BMIとTPについては、残存歯数別3群の間に有意な差

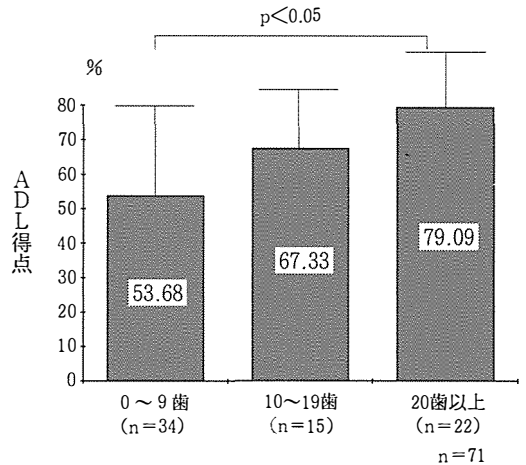


図5 残存歯数とADL得点の関係

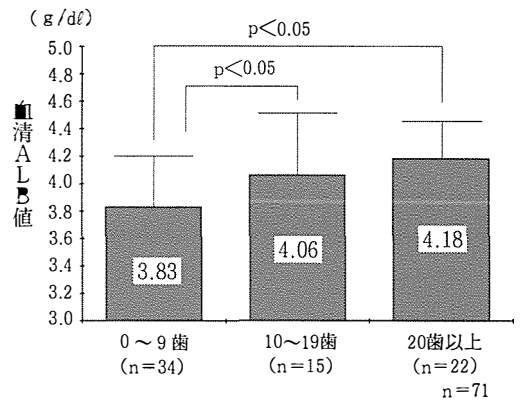


図6 残存歯数とALB値の関係

はみられなかった。

6. 義歯の有無と全身状態の関係

義歯の有無0～9歯群とADL得点を比較したところ、義歯あり群では 57.26 ± 29.35 点、義歯なし群では 16.67 ± 11.55 点であり、義歯あり群が有意に得点が高かった（ $P < 0.05$ ，図7）。BMI、TP、ALBについては、義歯の有無で有意な差はみられなかった。義歯の有無10～19歯群では、ADLや栄養状態との間に有意な差はみられなかった。

7. 口腔保清状態と全身状態の関係

ADL、BMI、TP、ALBについて、口腔保清状態が良好群と不良群の間には、有意な差はみられなかった。

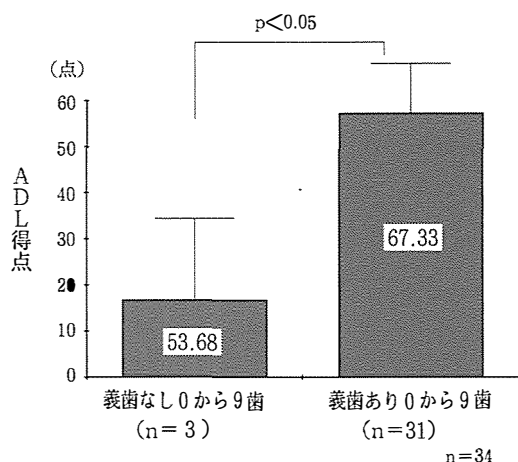


図7 義歯の有無とADL得点の関係

V. 考 察

本研究では、脳卒中後遺症患者の口腔状態が全身のADLと栄養状態に影響を及ぼすか明らかにするために、口腔の実態調査を行い、ADLや栄養状態との関係について検討した。

1. 口腔状態

口腔内の実態調査で、残存歯数は平均12.1本であった。金ら³⁾の報告では平均10.9本であり、本研究の方がやや多い結果であった。このような差は、金ら³⁾の研究対象者が特別養護老人ホームに入所している片麻痺患者であるため、平均年齢が79.1歳であり、本研究の平均66歳と比べると年齢層が高いためと考えられる。

残存歯数と口腔ケアについては、歯が多い群は歯磨きを行っている割合が多かった。

義歯の使用については、義歯が必要であると思われた対象者49名のうち、義歯を使用していた者は42名(85.7%)であった。加藤⁸⁾は脳血管障害者は急性期に義歯を外され、入院中に顎堤の吸収をきたし、義歯が不適合となり、義歯を使用しなくなる場合が多いと述べている。そのため、使用率は低いのではないかと考えられた。しかし、道重ら⁹⁾の脳血管障害者や脊髄損傷患者を対象とした義歯使用率57.5%と比較してみると、本研究では

使用率が高かったことが窺える。これは、本研究を行った病院施設に歯科が併設されているため、義歯に限らず口腔内に異常をきたせば、すぐに受診できる環境にあったからと考えられる。

口腔保清状態では、不良群は42.3%であった。斉藤ら⁶⁾の報告では、不良な症例が71.6%であり、比較すると本研究では良好な者が多かったといえる。斉藤ら⁶⁾は、不良な者が多い理由として、リハビリにて口腔清掃が可能になっても口腔内の自覚の低下が改善しないためではないかと述べている。本研究の場合では、対象者の平均年齢が、斉藤ら⁶⁾の71.6歳に比べ年齢が低いため、口腔清掃に対する認識が高く、口腔内が良好の者が比較的多かったと考えられる。

口腔保清状態と口腔ケアについては、清掃介助が必要な群に口腔保清状態が不良の者が多くみられた。これは、看護者が患者に声かけや準備のみを行っただけでは、十分に口腔清掃ができない患者がいることを示唆している。

口腔内愁訴については、あると答えた者が38.0%で、歯や義歯に関する愁訴が多くみられた。植田ら¹⁰⁾の報告では、愁訴を訴えた者は約75%と多く、内容については義歯に関する愁訴が46.2%であった。植田ら¹⁰⁾の研究では、入院直後の患者を対象としているため愁訴が多かったと考えられる。本研究では、入院してから歯科治療を受けている者もあり、治療により口腔内の愁訴が改善したため、比較的少なかったと考えられる。愁訴内容については、小山ら¹¹⁾が脳卒中急性期より看護婦が口腔内の観察を行っても、歯科的知識が不足しているため、歯への関心が低いと報告している。このことから、看護者が口腔観察をしても、義歯や歯については視覚的に問題であると判断しにくいと、義歯や歯に関するものが多くなると考えられる。

口腔粘膜異常については、異常がみられた者が52.1%であり、発赤、腫張に関するものが多かつ

た。粘膜異常が多かったのかどうかは、比較する文献がないため明らかではない。しかし、道重ら⁹⁾の報告では、有歯者に発赤、腫張が多くみられており、脳卒中後遺症患者は歯周病を起こしやすい状態にあると考えられる。

舌苔がみられた者は36.6%、口臭については19.1%、口渇感があった者は38.0%であった。老人保健施設に入所している老人を対象とした鈴木ら¹²⁾の報告では、舌苔52.2%、口臭35.4%、口渇感46.2%であり、これらと比較すると、本研究の方が口腔内のトラブルが少ない。脳卒中後遺症患者は、運動障害のために口腔清掃が十分行えず、舌苔や口臭が多くみられるのではないかと考えていたが、今回の調査では比較的少ない結果であった。これは、本研究対象者が口腔に対する関心が高く、清掃を全く行わない者がほとんどいなかったためと考えられる。

咀嚼において噛めていないと感じていた者は、23.9%、味覚において味わっていないと答えた者は、24.0%、嚥下困難を自覚していた者は18.3%であった。脳卒中後遺症患者は、運動障害や知覚異常をきたしているために咀嚼感や味覚、嚥下困難など多くみられるのではないかと考えていた。しかし、本研究の結果では、口腔機能の低下を自覚している者は少なかったと思われる。これは、対象者に片麻痺患者が多く、健側で咀嚼や味を感じることができたこと、また義歯の使用率が高かったこと、誤嚥の危険のある者は胃瘻による食事摂取のため、対象から外したことなどが考えられる。

2. 残存歯数と全身状態の関係

残存歯数とADLの関係では、0～9歯群と20歯以上の間にはADL得点に差がみられ、残存歯数が多い群ほど、ADL得点が高かった。金井ら¹⁾は、老人病院入院患者を対象とした研究であるが、残存歯数が多いほどADLは高いと報告しており、同様の結果が得られた。金井ら¹⁾も述べているように、ADLが高いから残存歯数が多い

のか、残存歯数が多いからADLが高いのかは明らかでない。對馬ら¹³⁾は慢性期脳卒中後遺症患者のADL自立度を決定づけている要因として、廃用症候群、痴呆、年齢、発症回数、病因、麻痺型があると述べ、残存歯については考慮していない。しかし、本研究を通して、歯の本数が多いことも、ADL自立度の一要因になるとも考えられる。

残存歯数とALB値の関係では、0～9歯群と10～19歯群、20歯以上群の間にはALB値に有意な差がみられ、残存歯数が10歯以上の群ほどALB値が高かった。高齢者を対象とした寺岡ら⁵⁾の報告では、無歯顎群は有歯顎群に比べ、生命予後に関与する血清ALB値がやや低くなるとある。本研究では、無歯顎群と有歯顎群に分類したわけではないが、同様の結果が得られたと思われる。これは、歯があることで蛋白質を多く含む肉類を摂取できることが大きく関与していると考えられる。

3. 義歯の有無と全身状態の関係

義歯の有無0～9歯群とADLの関係では、義歯あり群が有意にADL得点が高かった。金井ら¹⁾は、残存歯数が少なくても義歯の使用により、ADLは高くなると報告している。本研究では残存歯数が0～9歯群については、同様の結果であった。これは、寺岡ら⁵⁾が咬合支持域が少ない群ほど平衡機能が低下し、握力も減少すると報告している。このことから、咬合支持がない者ほど身体活動性が低下し、ADLが低下するため、義歯の有無で差がみられたのではないかと考えられる。しかし、本研究では、義歯の有無10～19歯群では義歯を補うことで、ADL得点が高くなるとはいえなかった。これは、対象者数が少ないためさらに検討する必要があるが、ある程度の残存歯数により、咬合支持域がそれほど変わらず、義歯の有無は関係ないことを示唆しているとも考えられる。

義歯の有無とALB値の関係では、本研究では0～9歯群、10～19歯群とも有意な差はみられなかった。糸田ら⁹⁾の報告では、咬合支持のある群

はALB値が有意に高くなると報告している。しかし、今回は同様の結果は得られなかった。これは、対象者数が少なかったことや義歯不適合により咀嚼が十分できず、食事摂取量が減少しがちな者がいたためと考えられる。

4. 口腔保清状態と全身状態の関係

口腔保清状態とADLの関係では、有意な差がみられなかった。片麻痺患者を対象とした新谷ら¹⁴⁾の研究では、ADL得点が高いものほど口腔保清状態が良好であると報告している。しかし、その一方でリハビリ目的の老人を対象とした斉藤ら⁶⁾の研究では、ADLが高いからといって口腔保清が良好であるとは限らないと報告している。本研究では、後者の結果と同様であった。これは、ADLが高い者でも、■頃から歯磨きの習慣がなく、洗口のみで済ませてしまったり、歯磨きしても利き手交換をしたことにより、十分磨けていないためと考えられる。

口腔保清状態と栄養状態については、口腔保清状態が不良であると食欲が低下し、栄養状態が不良になるのではないかと考えていた。しかし、本研究では直接口腔保清の不良が栄養状態に結びつくことはなかった。

以上のことから、脳卒中後遺症患者は罹病後、歯や義歯、歯周病の口腔内異常をきたしやすく、歯科治療により改善されていると考えられた。しかしながら本研究では対象患者の入院以前の口腔内の状態や歯の清潔に関する知識、歯科治療の有

無による違いを調査したものではなく、この点についてはさらに検討が必要であろう。また、口腔状態と全身状態の関係では、残存歯数や義歯の有無によりADLやALB値に影響を及ぼす可能性があること、ADLが高いからといって口腔保清が良好とは限らないことが明らかになった。看護ケアにおいて口腔内異常については比較的関心の薄い領域であると思われるが、全身状態にも影響を及ぼすことは明らかであり、また、口腔内の保清は歯を多く残すことにつながり十分に患者の■腔内に注意することが必要であろう。

VI. 結 語

1. 口腔内愁訴では、歯や義歯に関するものが多かった。
2. 口腔粘膜異常では、発赤・腫張が多く、歯周病が示唆された。
3. 残存歯数が20歯以上の群では、ADL得点が0～9歯群に比べて有意に高かった。
4. 残存歯数が10歯以上の群では、ALB値が0～9歯群に比べて有意に高く、歯の多い者は栄養状態が良好であった。
5. 残存歯数が0～9歯群では、義歯の使用有無によって、ADL得点に有意な差がみられ、義歯を使用する者は得点が高かった。
6. ADL得点が高いからといって、口腔保清状態が良好であるとは限らなかった。
7. 口腔保清状態は栄養状態を反映しなかった。

要 旨

口腔は、人間が生命を維持し社会生活を営むための重要な機能を持っている。脳卒中後遺症患者は、様々な障害により、口腔内が不良になりやすい。そのため、食欲が低下し栄養状態が悪くなる可能性があると考えられる。そこで本研究では、脳卒中後遺症患者の口腔状態が全身状態（ADLと栄養状態）に及ぼす影響を明らかにする目的で、脳卒中後遺症患者71名を対象に、口腔内の実態調査を行い、ADLや栄養状態との関係について検討した。その結果、実態調査では歯や義歯に関する愁訴が多く、また歯周病が示唆される例が多かった。全身状態との

関係では、残存歯数が多い群はADL得点やALB値が高く、残存歯数が0～9歯群では義歯の使用群でADL得点が高かった。また、ADLが高いからといって、口腔保清が良好とは限らないこと、保清状態は栄養状態を反映しないことが明らかとなった。以上より、残存歯数や義歯の使用の有無が、ADLやALB値に影響を及ぼす可能性があることが示唆された。

Abstract

The mouth and teeth are important organs for human life. The oral condition is apt to get worse because of various disorders in postapoplectic patients. As a result, there is a possibility that they become malnutrition owing to the decline of appetite. The aim of this study is to find out whether the oral condition influences physical health or not in postapoplectic patients. The subjects consisted of 71 patients with postapoplectic disorders. Oral condition, activities of daily living (ADL) and nutritional state were evaluated. The results were as follows. There were a lot of complaints on teeth and artificial teeth. There were a lot of cases suggesting the periodontitis. The score of ADL and the serum albumin level were significantly higher in the group having many teeth than in the group having few teeth. In the group having from 0 to 9 teeth, the score of ADL was significantly higher in the group using artificial teeth than in the group without them. The patients with the higher score of ADL did not always keep the oral cavity clean. The oral cleanness did not reflect the nutritional state. It was concluded that the number of teeth and the use of artificial teeth may influence the score of ADL and the serum albumin level in postapoplectic patients.

VII. 文 献

- 1) 金井康子, 溝川信子, 他: 老人病院入院患者の口腔内状況とADLの関係, 老年歯科医学, 12(2), 94-99, 1997.
- 2) 上林豊彦, 中野 公, 他: 要介護高齢者の口腔内実態調査-第1報 特別養護老人ホームと老人保健施設との比較-, 老年歯科医学, 11(3), 203-209, 1997.
- 3) 金 容善, 渋谷 徹, 他: 特別養護老人ホームにおける歯科診療-第1報 全身状態と口腔内状況との関連について-, 老年歯科医学, 11(1), 52-61, 1996.
- 4) 糸田昌隆, 長砂 孝, 他: 高齢者口腔内状況がリハビリテーション訓練におよぼす影響について 第1報 咬合支持の食事摂取量と理学療法訓練への影響, 第3回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会講演抄録, 1, 123, 1997.
- 5) 寺岡加代, 柴田 博, 他: 高齢者の咀嚼能力と身体状況との関連性について, 老年歯科医学, 11(3), 169-173, 1997.
- 6) 斉藤 裕, 加藤譲治, 他: リハビリテーションを中心とした医療施設における老人患者の口腔症状(その1), 老年歯科医学, 3(1), 34-40, 1989.
- 7) 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.
- 8) 加藤武彦: 口腔機能の回復が全身の回復にいかに関与するか, 看護技術, 43(7), 65-70, 1997.
- 9) 道重文子, 吉永純子: 長期療養患者の口腔の状態と問題点-口腔内洗浄方法の開発のため-, 日本看護研究学会雑誌, 21(3), 305, 1998.

- 10) 植田耕一郎, 江澤敏光, 他: リハビリテーション専門病院における歯科的需要について, 総合リハビリテーション, 20(12), 1241-1246, 1992.
- 11) 小山祐司, 出江紳一, 他: 急性期脳卒中患者の口腔衛生に対する医師・看護婦の関心, 総合リハビリテーション, 24(7), 659-662, 1996.
- 12) 鈴木智子, 湯浅美千代, 他: 老人保健施設における老人の口腔の機能とセルフケアの実態—観察と対象者の自覚との相違に焦点をあてて—, 第28回日本看護学会集録・老人看護, 214-216, 1997.
- 13) 對馬 均, 小野洋一, 他: 慢性期脳卒中患者の病院内ADL自立度に影響を及ぼす諸要因, 弘前大学医療技術短期大学部紀要, 11, 58-70, 1987.
- 14) 新谷 悟, 松村智弘, 他: 片麻痺患者の口腔衛生について, 総合リハビリテーション, 22(5), 395-398, 1994.

〔平成14年4月2日受付〕
〔平成15年4月1日採用決定〕

◆事故を予測しセーフティ・マネジメントを考えるための決定版！
単なる事故分析にとどまらない具体論を提示！

看護事故を予防する

その視点とアセスメント事例集

土屋八千代・宮岡 久子
山田 静子・鈴木 俊夫／編著

B5判・146頁
定価（本体2,800円＋税）
ISBN4-263-23416-2



おもな内容

総論 1 患者事故の背景と現状
事故の背景として看護基礎教育に関わる問題を指定規則の変遷と臨床の現状から指摘するとともに、臨床における事故の背景と原因を考察。

総論 2 看護事故防止対策

基礎教育として「安全教育」「倫理教育の見直し」、臨床現場における取り組みとして「医療安全管理体制」「医療現場におけるリスクマネジメント」を提言。

各論 1 臨地実習で起こりうる看護事故とその予防

「母性・小児看護」では実習で実施する技術について、「成人・老年看護」では実習で受け持った

患者の危険性を予測するポイントとその回避についての視点を提示。

各論 2 臨床現場で起こりうる看護事故とその予防

臨床現場で起こりやすい事故を場面ごとに紹介し、予測と対応を提示。

各論 3 現場で起こりうる看護事故およびヒヤリ・ハット集

「転倒・転落」「与薬」「ME・機器」「熱傷」「検査」「患者誤認」「輸血」「カテーテル類」「小児」の各項目ごとに整理。

コラム 医療・看護事故 MEMO、関連情報へのアクセス

◆看護中心の看護倫理のあり方を多角的に追求！

ケアの質を
高める

看護倫理

ジレンマを解決するために

岡崎寿美子・小島 恭子／編著
猪又 克子・城戸 滋里
近藤まゆみ・田村 京子／著

B5判・112頁
定価（本体2,400円＋税）
ISBN4-263-22995-9



- 本書では、医療現場に山積する倫理的問題と看護業務で直面するジレンマについて、看護者がどう主体的に関わっていけばよいのか、問題解決モデルも提示しながら、その具体的取り組みを提示した。
- さらに、看護の倫理的問題を臨床現場での身近な事柄として把握し、日本人の生き方に秘められているものに適合した「患者中心に考える倫理」を、看護ケア管理の面から追求し実践の場で生かせるよう記述すると同時に、看護研究を行う上で必要な倫理的配慮をめぐり解説。

おもな目次

1. 看護の倫理
2. ケアに必要な看護者の倫理
3. 患者中心の看護倫理を実践するために
4. 看護部門で取り組む倫理的課題
5. 看護倫理問題解決モデル
6. 看護研究と倫理
7. 出生前診断（胎児診断）における倫理

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



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

●直送ご希望の場合は、医歯薬出版発行図書通信販売代行店の㈱東京メール・サービス☎03-5976-0631 までうけたまわっております。

第 28 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

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

生活援助技術の開発 ～研究成果と実践への活用～

筑波大学社会医学系 紙 屋 克 子

本日は、私の臨床経験から発しました2つの問題意識すなわち、意識障害の看護と生活支援技術の開発、ならびにその成果の日常看護実践への活用と臨床看護研究の取り組みについてお話する機会をいただきありがとうございます。

私が看護の技術、とりわけ生活支援に関心を持つようになったのは、1973年、脳神経外科看護の国際学会に出席しました折、褥瘡の予防が話題になりました。既に褥瘡は「看護婦の恥」と言われておりましたが、現場で褥瘡を予防するということは、当時の人員配置では大変難しい状況でした。2人夜勤なら体位変換も楽にできるけれど1人夜勤では難しいと言うのです。私は1968年に臨床看護師となったわけですが、その当時勤務していた大学の附属病院でも、2人夜勤をしていたのは循環器外科と脳神経外科などの数科だけで、他の病棟の多くは1人夜勤でした。ところがアメリカのナースは、「今どきまだそんな話をしているのですか。褥瘡をつくろうものなら、すぐ裁判になってしまう」と言うので、「これは大変！何とか、1人でも簡単にできる技術を開発しなければいけない」と考えました。最初は生活支援という大きなテーマではなく、体位変換の技術がメインだったのです。

意識的に技術開発に取り組んでみますと、体位変換の技術は意外と簡単に開発できました。その気になれば、技術開発はこんなに簡単にできるのかと思ったのですが、それは甘い考えで、体位変

換以外の「起こして座らせる」技術など、負担の少ない技術の開発までには長い道のりがありました。ともかく、国際学会でのやりとりが、看護の生活支援技術に関心を持つきっかけになりました。

また、1973年に国際学会で発表した意識障害の看護は、海外のナースからは大変注目していただきましたが、日本では広まりませんでした。その理由はデータが少ないことと、現場の人員不足でした。「とにかくやってみて、成果を出しましょう」という提案では、忙しい看護の現場ではなかなか取り組んでももらえないと痛感しました。技術もそうですが、目的やプロセスそして成果についてはどのような根拠にもとづいて説明できるか、また解釈するか、ということが必要だということに気がつきました。

たとえば言葉の説明で他者が理解できる、あるいは文章で書くことができるということは、そこに法則（性）の存在を意味することになります。また紙屋だけができるというのではなく、私書いたもの、発した言葉どおりにやれば、だれでも再現できる。この法則性と再現性ということが重要なのだということにも気づきました。それがNursing Biomechanicsと今のところ表現している新しい研究領域の提唱です。

Nursing Biomechanicsという聞きなれない言葉を皆様に理解していただくために、エピソードを1つご紹介したいと思います。65歳の女性が脳血管障害で麻痺が後遺しました。幸いにも1カ月

半ぐらいのリハビリテーションプログラムで、肩まで手が上がるようになりました。

ある日のラウンドで、朝食をとっている彼女に「順調な回復ぶりですよ良かったですね」と声をかけると彼女は手をとめて、「何が順調なものですか」と非常に厳しい表情を見せました。いつもは大変重症の患者さんたちを見なれているものですから、「あなたのような人を順調と言わなければ、一体だれを順調と言えよいのでしょうか」という言葉をぐっと呑み込み「どうされました」とたずねました。彼女は「看護婦さんがこのスプーンを持ってきてくれました」とスウェーデン製の自助具を示し、「これからは自分でできることは、できるだけ自分でしましょう、それがリハビリですから」と言われたそうです。看護者の常套句ですね。

「看護婦さんの言うとおりに、私だって頑張っていますよ。でも、途中で手がだるくなってしまう」と言うのです。手がだるくなるとスプーンを口元まで運ぶことができない、そこで顔を下げる。また手がだるくなるので顔を下げて食べる。そして彼女は、「これを見てください」と言い、テーブルの上に置いてあるお皿に直接顔をつけて、食べ物を口の中にかき込んだのです。「皿に顔をつけて食べるのは動物の食べ方でしょう。犬や猫と同じじゃないですか。こんなみじめな思いをするくらいなら、あのときいっそ死んだ方がよかった」と、おしゃったのです。順調な回復ぶりと思っていたのに、「死んだ方がよかった」なんて言わせるような看護をしていたのだと驚かされました。

すぐナースステーションにとってかえして、事おてんまつを話しますと、全員のナースが「気がつきませんでした。そんな思いで毎日お食事をしていたなんて、本当に申しわけなかった」と口をそろえて言いました。

ところが方針を出す段階で、意見が2つに分かれたのです。1つは、「1カ月半で、手が肩まで

上がるほど、回復したのだから、焦らずに、もっと筋力がついてからスプーンを渡してもよかったのではないか」というグループ。もう1つは、「人間の体は、用・不用の原則に支配されているのだから、使ってこそ人間の機能は向上する。だからやっぱり頑張っていたただなくてはいけない」とリハビリ看護の原則を主張するグループです。しかし、昼食までには方針を決めなければなりませんから、両者いろいろディスカッションして歩み寄り、疲れるまでは患者さんに頑張っていただけ、疲れたあとは、介助しましょうと、出された方針は、かなりシンプルなものでした。

数日後、リハビリ看護の原則を主張したグループのナースが「あの方針は間違っていました」と言うので、理由をたずねると「患者さんはすぐ疲れてしまい、結果としてはほとんど全介助をしているに等しい」との説明です。これでは確かにリハビリ看護の原則を主張するグループとしては、納得いかない結果でしょう。

リハビリ室で肩まで手が上がるのに、なぜ食べるという行為だけで手が「だるい」のかといろいろ考えてみましたが、理由がわかりません。そういうときのアプローチの1つとして、可能であれば患者さんと同じことをやってみるのも非常にわかりやすいアプローチです。私も患者さんと同じように、このスプーンで食べてみましたところ、障害のない私の手がたった7回でだるくなったのです。

皆様の施設、病院などで普通食、あるいは常食と呼ばれる食事を全量摂取するために、箸の上げおろしが何回必要かを、数えたことがおありですか？学生、臨床ナースの皆様の中でも、およそ何回と答えられた人は、これまでにいらっしゃいませんでした。実は私もそのときまで、食事を全量摂取するための箸の上げおろしの回数など、数えたこともありませんでした。

私の手の動きをごらんになって、**既に**お気づき

と思うのですが、箸の場合、日本人は肘を下げて食べております。ところが、麻痺の患者さんにこのようなスプーンを渡せば、ほとんど例外なく上から握ります。オーバーグリップをすると肘を下げたままではスプーンがこぼれますから、必ず肘を上げるわけです。お箸で食べるときに使われる筋肉は、主として上腕二頭筋と腕橈骨筋ですが、スプーンを持って肘を上げて食べるためには、肩を上げるための僧帽筋、肩を広げるための三角筋、伸展筋である上腕三頭筋、そして上腕二頭筋と腕橈骨筋が使われます。箸のときには主として2つの筋群ですむ行為が、麻痺の患者さんに異文化の道具であるスプーンを持たせると、後頭部から肩、腕にかかる筋群を総動員して初めて口に食べ物を運ぶことができるようになるわけです。

このように、生活というものはその国の文化の影響を非常に強く受けています。つまり文化が生活行動を規定し、使われる筋肉や関節も決定されていくということになります。

文化が生活行動に大きな影響を与えることに配慮しながら、心理的内面への配慮も重要になります。通常、問題のない成人は食事のマナーや習慣に従って行動をとるわけですが、テーブルの上に置いたお皿から直接食べ物を口の中にかき込むことは致しません。もし子供がそういう行動をとれば母親は「お行儀が悪いですよ」と注意するでしょう。また日本人は、丁寧なおじぎよりも深く頭を下げることに對して、ネガティブに反応いたします。土下座をするとか、深く頭を下げて謝罪をするというのは、ある意味では非常に惨めだったり屈辱的な経験になるわけです。強いられた行動をとらざるを得ないときには、人間の心理というものにネガティブに働くということに思いをめぐらす必要があります。生活行動をとるということ、またケアの提供についてはそこに生理学的、解剖学的、運動力学的な解釈を加え、心理などへの知見を統合して、初めて生活支援が展開されるので

はないかと思います。看護師による専門的ケアとは、食べられない人の口もとにただ食べ物を運んであげるということではないのです。

看護者は決して言葉で強いわけではありませんが、異文化の道具を無批判に渡してしまったことで、日本人が食事のときに使ってこなかった筋肉を使うことを強いる結果になりました。

こうした体験から新しい技術の開発には、ただ体位変換だけではなく、生活そのものを科学的に支援するという視点や考え方が重要であり、そういう研究領域が必要だと考えたのです。生活行動を起こすということは身体の動きが必要ですから、どうしても運動力学的な考え方が基盤になければなりません。Nursing Biomechanicsとは、生活行動の獲得と自立に焦点を当てた、生活支援技術に限定して、その方法と理論を確立しようとする新しい研究領域を指しており、そのめざすところは看護・介護の目的に照らして、解剖学・生理学・病態学・発達理論・運動力学などを基礎（理論背景）に、文化や心理に関する知見を統合して、生活支援技術の開発および体系化を図ることにあります。

医学領域における解剖学、生理学などの学問は、主として診断・治療のために体系づけられてきたものです。それらを看護の目的、看護活動を展開するために、病気のステージを理解した上で活用し、個別のケアを実施する。すなわち生活の確立、自立を促進するためには運動力学的な考え方、人間の発達理論、文化や心理に関する知見を統合して、看護技術、生活支援技術というものを確立したいと考えるようになりました。

〔スライド使用〕

これは看護科学学会の学術用語委員会の看護技術の定義ですが、その中で特に注目したいのは実施者の看護の心と技術の習得レベルを反映するというくだりで、私が Nursing Biomechanics で取り上げようとしているのも、こうした視点からの

生活支援技術なのです。これまで開発した技術は、看護界よりは介護の領域でいち早く取り入れられました。高齢社会を迎えて介護問題が社会化されると、長い歴史、伝統、学問としての先駆性、そういった看護の成果が高齢社会で期待されるのは当然であります。しかしながら、これまでの研究は、専ら理論に少し偏り過ぎてきたのではないかと思います。特に生活に関する支援技術というのは、これまでの方法が踏襲され、まだ経験的な域を脱していない部分があります。腰が痛ければ「仕方がない」と諦めず「もっと新しい方法はないだろうか、あるいは身体負担を軽減する改良点はないか」と考えてみたいのです。新しく開発した技術も「この方法は楽ですよ」20年ほど前から提案させていただきましたが、それだけでは看護界は取り入れてくださらなかったのです。教育の現場で学問としてそれを取り入れるためには、やはり科学的な装いというものが要ということなのでしょう。

そこで、実験的な評価方法も取り入れてみました。ベッド上で排泄を介助する時、今までは患者さんの腰臀部を持ち上げるわけですが、この場合の看護師の筋電図と、新しく開発した技術（持ち上げずに、患者のひざをできるだけ高く立て、ひざ頭を足元に回転させると腰臀部が挙上する：トルク）を実施した時の看護師の筋電図を比較してみました。（スライド）

被験筋は、左右の腕橈骨筋、上腕二頭筋、三角筋、僧帽筋で、腰臀部を持ち上げて便器を入れるのに、従来法では大体5秒ぐらいかかっています。新しく開発された技術（持ち上げずに腰臀部が挙上する）では、三角筋が、片方だけ、しかも1秒と少ししか活動しておりません。筋群の活動が大きければ負担が大きい、というわけではありませんが、とりあえず視覚的に比較していただいても、従来の技術より新しい技術の方が身体負担が少ないということをご理解いただけたと思います。

そのほかの評価方法ではグローブスキャンシステムなども取り入れ（工業系で用いられるネジとネジの間の密着度が均等かどうかを圧で測定する非常に精密なものを転用したもの）手にかかる圧を重さに換算して、さまざまな技術の負担を比較しているところです。

従来の体位変換では、両方の手におよそ7kgぐらいの重さがかかっていたのですが、新しい技術ですと3kgぐらいです。排泄の介助では大体15～16kgの重さが看護師の手に負担としてかかり、それが5秒間ぐらい続くわけですが、新しい技術では片手だけに3kgの負担が1秒間ということになります。このように、客観的な指標を用いることで他の研究領域の人に理解されるものにすることができるようです。また、実験的手法を取り入れることで、体が楽だという主観的な感覚を客観化することができます。

今回、とくに要請されたものの■に、お布団の技術があります。「いま、なぜお布団の技術なんですか」と思われるでしょうが、まだまだ布団で就寝している高齢者が多いということがわかったからです。

技術は開発されても、それらをどう評価するかということは、まだ随分おくられていることは既に述べました。人■の高齢化に伴う介護負担の問題で、在宅で介護・看護を継続するためには、まず第1に介護者が健康でなければいけないということで、多くの人は、介護者の負担を軽減しようと考えたわけです。そこで慢性的な疲労の問題、とくに腰痛問題の解決のための研究が進んできたわけです。

寝たきりで全介助を要している方の約2割は、まだ布団での就寝スタイルをとって介護を受けているのですが、ベッドにおける技術の開発は、1980年ごろから積極的に行って参りましたけれど、布団での介護技術というのは、十分な開発状況ではなく、その評価はほとんど行われておりません。

もし**布団**の介護技術というものが開発され、その評価が確実なものとなれば、就寝スタイルの**選択**の幅が広がります。「やっぱり日本人は畳がいいな」と、お年寄りならその思いも強いのではないかと思います。☆☆☆

このスライドは起き上がりを介助する技術の比較をしているところですが、一般家庭介護書に記載されている技術と、理学療法や介護領域のテキストに記載されている技術、そしてカーブを描きながら起こす新しい技術とを比較いたしました。筋電図、心拍数など、さまざまなデータを総合的に分析した結果から、新しい技術が負担が少ないということがわかりいただけたと思います。これまで看護が築いてきた成果をもとに技術を開発し、客観的な評価方法の導入によって、新しい看護へのチャレンジも可能となるのではないのでしょうか。人が足りないから新しい看護への挑戦ができないと言っていたのでは、何も変えることができません。近年の急速な医療の発展に伴い、重篤で複雑な状況に置かれている患者さんの看護を展開する中でこそ、看護の専門性や主体性を発揮していきたいものです。そこで、こうして開発された技術が、どのような看護の成果に結実したかということ、これから意識障害の患者さんの看護を通してお話しさせていただきます。

遷延性意識障害、俗に植物状態とか植物人間と呼ばれる方々の最大の問題点は、効果的な治療と看護の方法が国際的にも確立していないことです。このような状態は、家族にとりましては、コミュニケーションや愛情交流のすべがないということで非常に大きな悲嘆の原因になっております。もちろん介護による身体的、そして経済的にも大きな負担となり、最近では尊厳死や臓器移植のドナーと考えてもよいのではないかとという論議もあって、脳死の患者さんとの区別が重要であり、医療の進歩、QOLの向上、社会の価値観の変化に伴い遷延性の意識障害患者の問題は、新しい医学的、倫

表1 遷延性意識障害患者における問題の背景

1. 効果的治療と看護の方法が確立していない
2. 家族にとっても精神的、身体的、経済的に負担となる
3. 尊厳死や臓器移植論議の対象となりやすく、脳死との区別が必要である
4. 医療の進歩、社会の価値観の変化に伴い、新たな医学的、社会的、倫理的問題として、拡大する傾向にある

理的問題として拡大する傾向にあります（表1）。

植物状態、あるいは植物人間という言葉が臨床で広く用いられるようになったのは1972年、JennettとPlumが「ランセット」に persistent vegetative states と、報告したことに始まると言われております。

1976年には日本脳神経外科学会が、植物状態の診断に混乱があるとして、以下の6項目を診断基準としました。自分で動けない、口から食べられない、尿管が失禁状態にある、追視はするが認識しない、簡単な命令に応ずることもあるがそれ以上の意思疎通ができない、声は出すが意味ある発言ができない。これら6項目を満たす状態が、いかなる医療の努力によってもほとんど改善することなく、満3カ月以上経過したものを植物状態の診断基準としたのです（表2）。

表2 鈴木、兎玉による診断基準（1976）

- ①自力で移動ができない、
- ②自力で摂取ができない、
- ③尿管失禁状態にある、
- ④目は物を追うが、認識はできない、
- ⑤「手を握れ」、「■を開け」などの簡単な命令には応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通ができない、
- ⑥声は出すが、意味のある発言はできない、
- ⑦以上の6項目を満たす状態が、いかなる医療の努力によってもほとんど改善することなく、満3ヶ月以上経過したもの、

ところが、この診断基準が出て意識障害の看護は、若干足を引っ張られることになります。なぜならば、日本のナースは、医師の診断に影響を受けやすく、ときには医師の診断に看護活動が大きく拘束される場合があります。それまで、人格のある一人の社会復帰すべき対象者と患者さんを見ていた看護師が、「植物状態で、意識の回復は極めて難しい」という診断が下されますと、そこから消極的な生体管理に看護方針を変えてしまう、ということがしばしばありました。植物状態の診断は、あくまでも医師の臨床経験や研究のエビデンスに基づいているのです。こういうCT画像の患者さん、あるいは脳にこのような障害を受けた人は、これまでは意識を回復していない。そういう臨床経験や研究の積み重ねを根拠にした予後判定であるわけです。こうした状況の■で、何とか突破口を開き、医師の診断の影響から脱け出すことを考えなければなりません。「植物状態と医師が診断したのに、これ以上何ができるの」という状況があったからです。

ところが同じ1976年、世界脳神経外科学会の神経外傷分科会が、意識障害とは、脳の認知統合機能が低下し、身体内外の変化や刺激に対して反応性が低下したことであり、外界との意味ある連絡が絶たれている状態と定義しました。この定義を読んだとき、1つの突破口が見えたような気がしました。意識障害が脳の機能と反応の低下であるならば、これらを向上させればよいわけです。そこで、意識障害の患者さんを看護的にとらえてみようと考え、1991年の日本看護研究学会で「脳の機能を障害する何らかの原因によって、食事・排泄・会話によるコミュニケーションなどの生活行為を■ら確立することができず、全介助を必要としている『重複生活行動障害者』と看護的に規定し、提案させていただきました（表3）。

「生活行動に障害がある人」すなわち食事の問題、嚥下の問題、排泄の障害、コミュニケーション

表3 遷延性意識障害患者の看護学上の定義

脳の高次機能を障害する何らかの原因によって、 自らの意思と能力では、食事、排泄、会話によるコ ミュニケーションなどの生活行為を確立することが できず、全介助を必要とする 『重複生活行動障害者』	（紙屋、1991）
--	-----------

ンに問題のある患者さんの看護というのは、それぞれの専門領域において看護の方法が既に確立しているものもあるわけです。意識障害ではないが、個々の問題については既に看護の方法と理論があるならば、看護の第一義の機能は生活の支援ですから、意識障害を生活行動に障害を有する人と別の表現で考えることが新しい看護の突破口になるのではないかと考えたのです。たとえば嚥下に問題がある、排せつに問題がある、会話によるコミュニケーションが成立しないというように分解して、それぞれに獲得すべき看護の目標を掲げ、具体策を積み重ねて、階段を1つずつ上っていくわけです。あるとき患者さんが口から食べ、トイレに歩いていき、私たちと会話をする。それらは1つ1つの看護目標が達成された姿ですが、表現を変えれば「意識が回復した状態」と言うことができるわけです。医師たちが■際的にも、意識回復の治療法がない、と言っているときに、看護師が「意識回復」と大上段に振りかぶって目標を掲げても、その目標に到達する方法が見えなければ、スタッフはその新しい取り組みにチャレンジしないからです。

こうして意識障害の患者さんの看護に1つの道が開けたわけですが、さらに実践者の背■を押してくれた考え方と、理論をご紹介します。このスライドはペンフィールドとラスマッセンらによる有名な実験で、運動系と知覚系の脳の支配領域、すなわち刺激の投射領域をあらわしております（図1）。ラインの長いものは、脳が多くの刺激を受け取っている部分です。例えば足の

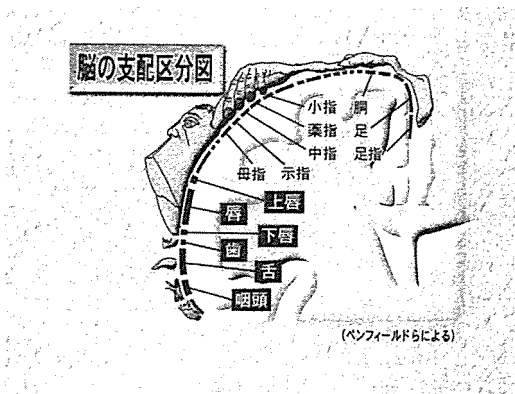


図 1

ラインが長いのは、人間が2足歩行を獲得したことによって、立っているという刺激を脳がキャッチするための必要性からでしょう。また、身体の中で一番表面積が大きな部分は躯幹ですが、脳が躯幹から受け取る刺激は全体と比較しても非常に少なく、それに引き換え、指のラインは小指、薬指、中指等、1本1本の指が躯幹に匹敵し、母指に至っては躯幹を凌駕しております。そして指全体はこのような広い領域を有し、まさに“指は飛び出した脳である”と言われる所以でしょう。■口腔領域も非常に大きいことがわかります。

そこで、この刺激の投射領域のラインの長いものを生活刺激として提供すれば、患者さんにはもっと多くの変化が起きるのではないかと考えました。それが立位や座位をとらせ、口から食べさせるという看護展開につながっていったのです。

寝たきりの方や意識障害の方を想起して下さい。寝かせておいたのでは足の裏への刺激や、アキレス腱などに力が加わりませんから、脳に効果的刺激が入りません。全介助をすれば指を使うことがなく、経管栄養では広い口腔領域から刺激が入らないわけです。これでは回復が難しいのも当然ではないでしょうか。加えて、意識障害患者の看護には、脳の特性というものを理解しておく必要があります。

脳の特性には可塑性・代償性のほかに最大の特

徴として学習性があげられます。学習には2つのスタイルがあり、1つは認知性の記憶学習で、俗に頭の学習と言われるものです。これは覚えたり判断したりする学習で、主に大脳が担当し、もう1つの身体学習と言われる運動性の記憶学習は小脳、脳幹が担当し、それぞれに特徴を持っています(表4)。

表4 脳の記憶学習

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知性記憶(頭の学習記憶) - 大脳 2. 運動性記憶(身体学習記憶) - 小脳, 脳幹 <ol style="list-style-type: none"> 1) 努力によって意図的再生が可能 2) 非意図的に過去の事象がしばしば再生される 3) 学習の転位がある |
|---|

大脳の学習は時間の経過によって忘れ、忘れるとなかなか思い出すことができません。ところが、身体学習はこれと異なり、10歳のときに竹馬に乗った40歳の男性は30年間もの時間的経過があるにもかかわらず、ほんの少しの練習で、かつて乗れた人は必ず乗ります。「苦った杵柄」で感覚がよみがえってくるわけですが、これが運動学習の特徴です。つまり大脳の学習は忘れると再獲得は困難ですが、身体学習は努力によって意図的再生が可能だということです。しかしながら、運動学習というのは自分の身体を動かして習熟しなければならず、スポーツが上手になるためには、たくさんの練習を必要とし、10回よりは100回、100回よりは500回練習した人が上手になるわけです。身体学習の最大の特徴は、回数をこなすことによって、考えずに身体が目的にかなった反応や行動を起こすということなのです。なぜ脳の身体学習が重要かといいますと、この学習は意図的に努力すると再生できるということであり、さらには非意図的に、つまり無意識のうちに学習行為が再生されることがあるということです。■常生活の中でも無意識のうちに取る行動があり、例としては、受話器を握って「ありがとうございました」と言

いながらおじぎをしている人を目にすることがあると思います。なぜ目の前にいない人にお辞儀をするのでしょうか。日本人が感謝の気持ちをあらわすときには、お辞儀をするのはマナーであり、「ありがとう」という言葉を発した途端に、無意識のうちに身体学習としても確立したお辞儀をしてしまうのです。

既に確立した身体の学習は、日常生活でも無意識のうちにやるところから、意識のレベルが低くても、毎日繰り返し、習慣として確立した身体学習である食べる・歩くといった行為は、同じ環境と条件のもとで刺激を与え続けるなら、患者さんがその行為を再獲得するのではないかと考えたわけです。また生活行動と体位との関係からいうと、寝かせたままでは変化を期待することはできません。一方、生活行動はそれにふさわしい習慣化された体位、あるいは姿勢をとるということです。食べるときには食べる姿勢があり、習慣化された体位や姿勢は、患者さんにとっては逆に生活行動獲得への準備となりますので、看護の領域でも姿勢はもっと注目されてもよいと思うのですが。

(スライド)

身体学習の例を case で見ていただきます。この方は27歳の保母さんで、心肺停止状態で運ばれ、蘇生術が行われました。脳幹挫傷と脳内血腫が認められ、血腫除去術の術後、ご家族には「現代医学の最高のプレゼントは、命を助けたことです。それ以上のことは何も期待しないでいただきたい」という内容の説明がなされました。しかしそれはドクターの医学的見解で、看護師には看護師としての意識障害患者さんのとらえ方がありますので、具体的な看護プログラムを作成し実践しました。

4 カ月ぐらいたったとき、看護師は温浴刺激運動時の患者さんの右手と左手が胸と局所を覆うように置かれているのを見て、意識回復の可能性を確信しました。意識のレベルは低いのですが、この反応はおそらく羞恥心のあらわれであろうと考

えたのです。「先生！やりましたよ」と若い受け持ちナースが写真を見せたところ、ドクターは「何の意味もないよ。ただの偶然でしょう」と取り合わなかったそうです。そして、患者さんに変化が起きなければドクターの見解が正しいことになります。次のスライドは患者さんを支えて立位をとらせ「手を挙げてください」と声をかけ、言葉が理解できるかを確認しているところです。言葉は脳の最高の機能ですから「私のように右手を挙げてください」と声をかけ、同じように行動すれば、大脳が学習を開始したということになります。学習は模倣から始まりますので、意識の回復を客観的に評価できるのですが、この段階では残念なことにまだ応じません。ところが同じ日には自分で食事をしています。この症例こそ、生活行動が身体学習である証左といえるでしょう。

さらに5 カ月後、意識を回復した彼女は大変美しい女性でした。顔にも少し麻痺が残っているのですが、この程度でしたら看護師のマッサージで十分、解消できます。看護師・保健師が保育園に同行して職場復帰のトレーニングを行い、保母の仕事に復帰しました。

1990年の症例ですが1992年に結婚されて、2 児に恵まれ「現代医学の最高のプレゼントは生命を助けたことで、それ以上のことは何も期待しないでいただきたい」とドクターに言われた方が、看護の活動によって彼女はいま、命を産み育む幸せなお母さんと主婦をしております。

意識障害患者さんの看護を困難にする要因の1 つに廃用症候群があります。

長期臥床患者の廃用症候群(表5)は、むしろ動かさないこと(低運動性)による結果と考えた方が、看護活動のやり方が変わるのではないかと考えております。手足の拘縮は変形を伴うので、誰にでもわかるのですが、これまで長い間、見落とされてきたのは、僧帽筋の短縮です。神経・筋は、短縮する方向から支配されますので、指が曲

表5 長期臥床による廃用症候群（低運動性症候群）

局所的におこるもの	全身的に起こるもの
1. 筋の廃用萎縮	1. 起立性低血圧
2. 骨多孔症	2. 肺下性肺炎, 尿路感染, 尿路結石, 敗血症
3. 筋の拘縮	3. 食欲不振, やせ, 便秘
4. 異所性化骨	4. 低蛋白血症
5. 褥瘡	5. 精神機能の低下
6. 腰痛, 背痛	老年ぼけ, うつ状態,
7. 末梢循環障害	痴呆の進行
8. 静脈血栓症	

がり、各関節が曲がり、身体全体がどんどん小さくなっていくのが拘縮の結果です。これらは視覚的にも一目瞭然でわかるのですが、僧帽筋の短縮は座位にしなければ確認できず見落とされがちです。それ以外にも咬筋の短縮は、開口が制限され経口摂取ができなくなります。このように見えにくい拘縮は、看護ケアの提供を困難にするとともに自立支援を難しいものにします。僧帽筋の短縮は項部後屈位拘縮を引き起こし、気道伸展位と同じ状態になりますから、この拘縮を見落として食事を介助するのは「どうぞ肺炎になってください」と言いながら食べさせるのと同じ結果になります。このような患者さんの状況をきちんと査定できなければ、プロフェッションとは言えないでしょう。また、このような現象が起きているということを、新しい職域であります介護の方たち、あるいは在宅のご家族に看護の成果としてお伝えしていくのも専門職の役割ではないかと思えます。

前任地の病院の看護活動が1992年、NHK テレビで紹介されました折、意識障害の経口摂取訓練を素人の看護師がやっているのは危険、あるいは鼻導カテーテルが入ったまま訓練しているのはいけないなどと、ある病院のSTの方から抗議の手紙が来ました。ドクターの中にも気管カニューレを抜いて、意識状態がよくなってから経口摂取の訓練をしたらどうかということと言われる方がいます。先ほどからスライドで見ていただきましたように、経口摂取の訓練は意識回復への非常に重

要な取り組みであり、脳への効果的の刺激になりますから、これらのチューブ類を抜いてから経口摂取の訓練、というわけにはいかないのです。

長期臥床患者あるいは意識障害のある方の食べ物を誤嚥しやすい状況というのは、嚥下それ自体の障害を除くと、多くは項部後屈位拘縮の見落としを指摘することができます。この項部後屈位拘縮を起こさせないためには、早くから座位をとるとよろしいのですが、現実の取り組みはそう簡単ではないようです。そこで一つの解決策・克服方法として、安全にそして身体に負担なく患者さんを起こすことができるようになれば、状況は変わってくるのではないかと考えます。摂食嚥下の問題では、重症心身障害児・者への取り組みなどで多くの成果をあげてきた歯科領域にも専門家がいらっしゃるのですが、歯科衛生士・歯科医師の方々と臨床看護職との連携はまだ十分とれておりません。過去、研修会で歯科医と同席する機会があり、以前から私が食事介助時の安全で効果的の体位として、まず座位をとり、胃の形をきちんと生理的に整えて、食べ物が湾曲にたまるようにすること。次に、軽い前傾姿勢および頭部の前屈・後屈をフリーにする条件をつくること。また座ったときには、ソール（足底）を床につけるという指摘をしてきたのですが、そのことについて専門的見地からの解釈を展開されました。摂食時の、口と咽頭における前後の位置関係、随意的に飲みこむときの頭部の前・後屈の動きの必要性などは、少しの知識があれば嚥下時の姿勢がファーラー位やセミファーラー位では、非常に危険であることが理解できます。

摂食・嚥下の専門家として著名な先生が、ある施設の看護師がファーラー位の高齢者に寒天寄せを食べさせているのを見て、「あつ、この人、いま、溺れてはるわ」と指摘されたそうです。食品は口中で溶けて水分になり、前屈・後屈が自由にならない姿勢のため、飲み込むことも出すこともできない状態にあるのをごらんになり「溺れてる」

と言う表現になったのです。その一言は、本当に強烈でした。看護職には、生活支援のプロフェッショナルとして解決し、追求しなければいけないさまざまな課題があることを痛感いたしました。

最後に、最近の実践例をご紹介します。この方は27歳の男性で、第一子に重い肝障害があったため、生体肝移植のドナーとなったお父さんです。第一子の治療費のこともあり、自身の術創がいえると同時に職場に復帰するわけですが、1998年10月、他県で事故に遭い、植物状態と言われる状況になりました。人工呼吸器の補助を必要としなくなった段階で居住区の大学病院に移送され、1年半の治療・経過観察を経て関連病院に転出していたものです。2000年4月、転出先の副院長から手紙が来ました。「最近右の親指がわずかに動くのですが、単なる自動運動なのか、それともサインを送ってきているのか判断ができないので患者さんを見てほしい」という相談内容で、早速病院に出かけてみますと、ベッドには除皮質硬直（両手は屈曲・両下肢は伸展位の状態）の若い男性が横たわっておりまして。

私は彼のための特別な看護を週2回実施するプログラムを組ませていただき「彼は意識を回復します」と告げました。彼は大学病院でもリハビリを受けておりましたが、除皮質硬直は解除されず、ケアの提供を著しく困難にしているだけでなく、彼の若い妻からも「この辛そうな姿は、かわいそうで見ると忍びない」と訴えられました。ところが、その病院の看護チームは、主要な看護プログラムの1つである温浴刺激運動は、人員不足のため実施できないと伝えてきたので、彼の計画は私と大学院生で行うことになりました。新しい看護プログラムを実施してみますと、2回目に肘関節が伸び、3回目には手指の伸展が確認されました。握っていた指が伸びると彼はじゃんけんに応じ、しかも看護者が出した後からゆっくりと形を作り、必ず後出し勝ちをするのです。また、偶然手が開

いたのではなく、確実に彼が勝つ意図のもとに、後から出しているということを確認するためにはチョキを出させる必要があります。指を3本つけて2本立てる形は、3歳以下の子にはつくることができませんので、彼がこの形を作ればその意思を客観的に確認できるわけです。そこで今度はパーを出してみますと、思ったとおり彼はゆっくりとチョキを出したのです。

さらに4回目には肩関節の可動域が拡大し、5回目の訪院時には3桁の加減算の問題を彼に問うと、指で正確に答えを出しました。彼の子は3歳になり、とても元気でやんちゃな男の子に育っていたのですが、「パパって呼んであげて」とお願いしても、物心がついたときの父は、すでに物言わぬ人でしたから、お母さんの後ろからちょっと父親をのぞき見るのです。その男の子の名前を仮に、直樹君としましょう。「ナオ君ナオ君、325足す1は幾らだ」と尋ねます。すると「わかんない」としおらしく言うので、「じゃ、ナオ君のパパに聞いてみよう。ナオ君のパパ、ナオ君のパパ、325足す1は幾らですか」と尋ねますと、彼がゆっくりと指でその答えを示します。「すっごい、当たり。やっぱりナオ君のパパだ」と言うと、ちょっとうれしそうに、にこっと笑顔を見せます。こうして彼のお子さん、妻も巻き込んで看護を進めました。

浴槽に入れて全身を温めながら数種類のエクササイズを行い、その後は腹臥位をとり、下肢の屈曲反射を誘発します。この新しいプログラムは意識障害の患者さんだけでなく、さまざまな拘縮の解除にも役立つことが確認されました。

スライドは嚥下反射の確立をストローで確認しているところです。ストローが使えるということは、軟口蓋と喉頭蓋が反射を起こして誤嚥せず、安全に嚥下ができるということを客観的に評価することができます。さらに患者さんは、飲み込むと次の食べ物を入れる合図として、自分でピスト

ルを鳴らしてくれるようになりました。こうして40分ぐらいかかった食事介助が、20分ぐらいで全量摂取できるようになりました。

看護を開始して38日にトーキングエイドを持っていき使用方法を説明し「いま、一番食べたいものは何でしょう」と聞きますと彼はゆっくりキーを押し、さらに文字から音声への変換キーを押したのです。すると器械からは「ビール」と声が出てきたのです。周囲の者は皆、笑いだしてしまいましたが、驚いたことに、その声を聞いた3歳の男の子が両手を振り上げて、「ビール！ビールビールビール！ビール！」と大声で叫びながら父親の周りをぐるぐる駆け回ったのです。するとその興奮が患者さんにも伝わり、見る見る顔面が紅潮して「ふふっ」という笑い声がもれたので、私たち看護師も大変感動いたしました。その後、筆談で意思表示も可能になりましたが、彼は操作の早いトーキングエイドを好んで用いていました。

このような看護はどこでも、誰にでもできるわけではありません。できない理由はいろいろあるのですが、まず設備の問題があります。例えばこのスライドは、前任地の病院のおふろですが、看護師数名が一緒に入ることができる大きい浴槽です。私が今、フィールドにしているほとんどの病院には、このように大きな浴槽のある浴室がなく、中に看護師が入ってエクササイズができないので、ちょっともどかしさを感じることがあります。そして最大の問題は、人員の配置が少ないということです。これらの原■の大もとには、やはり看護行為が経済評価されていないということがあると思います。看護行為の多くは現状の診療報酬のもとでは入院に伴う基本サービスの一部と位置づけられ、何を行っても行わなくても、病院に入ってくる収入は同じ、ということになります。このスライドは、ターミナルの患者さんに対してアンビューバッグで呼吸を確保しながらおふろに入れているところですが、患者さんは笑っていらっしま

すね。ターミナルの患者さんとそのご家族の気持ちに添い、意識障害の患者さんに変化を起こそうとして看護をすれば、このスライドのように資格を持っている看護師や保健師などの職員4～5名が必要になるのです。これらの看護行為が、病院の収蓋に1円たりとも貢献しなければ、ただ働きをさせるために、これだけの職員を雇うオーナーがいるでしょうか。私は看護行為が正当な経済評価を受けるよう主張したいと考えています。

ところで、数年前のことですが厚労省の診療報酬委員会に呼ばれて、意識障害看護の経済評価について、お話しさせていただきましたところ、全委員が「この看護には、お金をささなければいけない」と評価してくださったのですが「しかし、札幌の小さな病院の看護師さんしかできないのでは、お金は出せない」とも言うわけです。全■のどこの病院の看護師さんでも、この看護ができなければ診療報酬の制度に乗せることはできないということでした。でも、最近では特定機能病院のように医療行為の評価方法にもいろいろの考え方がありますから、全■津々浦々、医院の看護職までこの看護ができなければいけないということではないと思います。患者さんも限定された状況の対象ですから、どこにでもいらっしゃるわけではなく、特別の場で行う特別の看護として、時代の変化や社会のニーズに応じて看護の評価をわかりやすく訴えていく必要があるとも思います。

札幌で医師・法学部の教授あるいは弁護士、福祉職などさまざまな人々と勉強会をしておりましたとき、今日のようにスライドを見せて「この看護行為はすべて無償の行為です。ここにお金を出すのが惜しいですか」なんて大見えを切ってしまったのです。すると法学部の教授が間髪入れず答えられました。「惜しくありません。僕たちは知らなかっただけです、看護師さんたちがこんな素晴らしい仕事をする人たちだということ。なぜあなた方看護職は、資格を持っている看護師がベッ

ドサイドに立ったとき、日本の国民がどのような看護を受けられるのか、あなたの方の■から話し、あなたの方の行動でそれを示してこなかったのですか。国民の多くは知りませんよ」とおっしゃいました。そして「もしもこのことを国民が知ったとき、だれがお金を出し惜しむでしょうか」と続けられたのです。

その言葉を聞いたとき、私は人が足りない、理解が薄い、評価が低いと確かに不平・不満を言ってきましたが、これが、プロの行う看護だというものを知りやすく国民に知らせる努力をしてきたかどうかと、深く反省をしたのでした。NHKから看護活動の取材申し込みがあったときも、院内では反対の意見の方が圧倒的に多かったのですが、とりあえず看護を社会の人々にわかっていただけのではないかと考えました。そして看護に対する正当な経済評価をこれからも堂々と要求していきたいと思い、番組の製作に協力することにしました。

最後に在宅の意識障害の患者さんについても触れたいと思います。これまで、意識障害の患者さんの在宅における実態調査は行われておりません。介護負担の問題とかファミリーの心理的なストレスについては、アンケートを中心とする調査が行われていますが、在宅で意識障害の患者さんはどういう状況にいらっしゃるか、ということが調査されることはなかったのです。家に伺って絶句いたしました。スライドの患者さんは非常に強い体幹の変形と拘縮があります。20歳の男性で、173センチで体重は33kg、栄養所要総カロリーが1000キロカロリーでした。これでは何かあれば命の危険につながるということで、主治医にカロリーアップをお願いするよう、ご家族に説明しました。その結果、「僕はいいよ、だけれども体重がふえると、困るのはお母さんでしょう」との回答が返ってきました。医師に全く他意はなくむしろ、お母さんのことを考えて言っているのですが、こ

ういう何気ない言葉が家族を深く傷つけているということに、われわれも含めて医療職は気がついていないのです。そこで訪問看護ステーションの看護師・保健師さんたちがお母さんと一緒に交渉すると、すぐ1850キロカロリーにしてくれたそうです。その後、患者さんはふっくらとして、肺炎などで入退院を繰り返すことがなくなったということです。看護の役割をとおして、看護者はいま、国民の信頼と期待にこたえていく活動を展開しなければならないと、つくづく考えさせられた事例でした。

最近、長期の意識障害から回復した後、失語症がないのにもかかわらず、会話によるコミュニケーションがとれない人がいるという相談を多く受けるようになりました。茨城県だけでなく東京・神戸・大阪にも話せない人がいらっしやるので、5年間ぐらい疑問に思い検討を続けていましたところ、発声・発語ができない患者さんには、多くの共通点があるということが解りました。そこで、この共通点を克服すれば、声が出たり話したりできるのではないかと考え、承諾してくださった3人の患者さんとそのご家族に来ていただき、大浴場のある施設を借りて1泊2日の合宿をしました。

スライドでは関節の角度を温浴刺激の前後で測定しております。特に注目する結果は、全員の肺活量が測定不能という状況にあったことです。看護者は対象者が食べているとか、嚥下しているという安心して、こうした発声の条件としての基本的で重要な事実を見落としてきたようです。手の協調運動、■腔領域の査定とエクササイズ等、新しく開発した一連のプログラムを実施しましたところ、32歳の男性は16年ぶりに「はい」と声が出ました。さきほどの27歳の男性は、翌朝「おはよう」と妻に挨拶し、もう1人の50代の男性は1年半ぶりに「上を向いて歩こう」を1番から2番まで歌うことができたのです。この結果には、関心を持って参加されていた40人以上の歯科医師、看

護師・保険師、栄養士の方たちも、みな大変驚き、感激したものでした。新しい看護へのチャレンジがこのように1つ1つの扉をあけていくのではないかと実感しました。

合宿当日は5月11～12日で、とくに12日は看護の日・母の日でした。患者さんの介護をしていらっしゃるの、みんな女性で母親と奥さんだったので、患者さんから花束を渡し、それぞれの方法で感謝の気持ちを伝えました。27才の男性は、その日は直筆で若い奥さんにスライドのような手紙を書きました。「おれ、頑張って歩いて帰るから、マーも頑張れよ（マーは妻の名前です）先の方に大きな幸せが待っていることを信じて」事例で紹介した男の子と3人の生活があるということを信じて頑張ってくれとのメッセージでした。彼は、自分が意識のないときを含めて、肝移植をした男の子を育てながら、毎日病院に通ってくれた奥さんに感謝の気持ちを手紙に託したです。もし彼が意識障害として扱われ、横たわっていたなら、このような彼らの思いをわれわれは知ることができなかったであろうと思います。

最後に、20世紀の後半はQOLの時代でしたが、21世紀の看護はなにを目指すべきでしょう。このスライドは、私の友人が海外の活動から帰ってきて、いろいろ写真を見せてくれたときのものです。私は一枚の写真を手にとり「よかった、この人はこれから病気がよくなるのでしょうか」と言いますと、彼女は「いいえ、死ぬ人よ」と言うのです。「どうして死にゆく人が、これほど穏やかに微笑んでいられるの」と聞きますと、友人いわく「1人の人間として扱われ、看護を受けているから」そういう看護をしていたところ、つまり彼女が看護活動をしていたところは、マザーテレサの施設でした。マザーはつねづね「医療で助けられなくても、人間らしく死なせてあげられる」と話されていたそうです。

スライドは、ドイツのある都市のビルディング

の壁に掲げられている文字ですが、Die Würde des Menschen ist unantastbar これはドイツ基本法第1条の「人間の尊厳は不可侵なり」と書かれています。民族が異なろうと、肌の色が違うとしても、人間の尊厳は侵してはならないという意味でしょう。まさに21世紀は、QOLから人間の尊厳が問われる時代になろうかと思います。看護は間違いなく人間の尊厳を護りぬいてゆく職業の一つではありますが、大切なことは、どのような手法（手段）を持って、この人間の尊厳を護り抜くか、ということだと思のです。

最後に申し述べたいことは、決して物がなければ実験ができないとか、研究できないということではないのですが、かといって熱い思いだけでも看護はできないのです。意識障害の看護も、その思いだけでは患者さんに変化を起こすことはできません。かといって先に科学ありきということでもなく、看護実践の現場には厳然とした事実が、患者さんとの間に繰り広げられているわけです。たとえば急性期の看護目標として、患者の四肢拘縮予防は、ADLの向上を妨げるというだけではなく、患者の表現手段を奪わないということで重要な意義があります。こうした事実や現象と向かい合い、看護が築き上げてきた経験の知と、技術をもって看護を展開し、また活用できる他の学問領域の法則や理論を患者さんの生活の自立、健康の促進のために活用して、専門職としての力を発揮したいものです。私たちの周りには取り組もうと思えばたくさん問題・課題があり、また使おうと思えばさまざまな知識も道具もあるのですが、どういう目的のためにそれらを使おうとするのか条件の克服と共に、一番大切な課題ではないかと思います。

臨床での看護実践とその成果について、科学的視点からとらえなおしてお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございます。

看護専門職を育てる効果的なシステム

司会者

山梨県立看護大学短期大学部 倉 田 トシ子

はじめに

組織は人なりと言うが医療機関においても人材の有無が、その組織の良否を決定していると言っても過言ではない。医療需要者の看護に対する期待は高まるばかりであり、今後も人材育成は医療施設の大きな課題となるであろう。個々の看護職が自己の職業の専門性について十分な認識を持つことは勿論のこと、組織としても人材づくりの環境を整備していくことが必須である。

今日的テーマである『看護専門職を育てる効果的なシステム』について、高嶋妙子氏（日本看護協会看護職能理事）、竹股喜代子氏（亀田総合病院看護部長）、田中由紀子氏（横浜市民病院看護部長）の3氏から貴重な意見を聞くことができた。ジェネラル看護職が持つ専門性とそれを育む施設内環境の重要性、そしてジェネラルな看護実践の中に必要とされる、より高い専門性を持ったスペシャリストのあり方について、鼎談の場で自由な発言を得た。

1. ジェネラル看護職とその育成システム

看護職は■家資格であり、免許を取得した時点から看護専門職である。■民からは専門職にふさわしい能力を期待されている。看護職の■後教育に関して、看護管理職が教育計画をシステム化して実施することが重要であるが、個々の看護職が自己教育し成長することも専門職には求められている。3氏のジェネラル看護職の専門性について

のとらえ方とその育成システムについて紹介する。

高嶋氏は「ジェネラリストとしての看護職が専門職として存在するかは『自立』と考える。『自立』とは看護独自の領域にあって、誰かの判断を受けたものを実践するのではなく、自己の職業としてそれを判断できることである。

組織の重要な部分に人材がいなければ専門職は育成されない。多くの医療機関で専門職を育てるシステムはできているが、そのシステムを動かす人材が存在するか、否かが重要である。さらに自立した看護職を育てていくためには、育てあう“風土”が大事と考える。“風土”とは誰かに押しつけられたものではなく、個々の看護職が持っている気質をどう引き出していくかを相互に支え合うものである。また、職業や医療の質を向上させるために、個々の看護職が自己を組織にどう貢献できるかといった、基盤となる考えが存在することが、望ましい“風土”だとも言える。」と述べた。

竹股氏は「医療の現場は医師もコメディカルも高度に専門化された専門職業集団の集まりである。今後の医療には、狭義の専門性の部分も必要だが、ジェネラリストとして幅広い部分をカバーできる看護が重要になってくる。専門職集団の隙間をきちっと埋めていく役割がジェネラル看護職の専門性ではないか。

地方都市で先駆的医療を行ってきた病院の看護管理者として、人材育成のシステムを構築してき

た経験から、そこに働く看護職の個々人が医療需要者の立場になって考え、医療の質の向上を目指して一体となって行動できる組織であるか、否かが専門職を育てる鍵を握っていると常々考えてきた。医療の進歩や社会情勢の変化に対応できる看護職を育成するには連帯感がある組織であることが条件になる。」と発言した。

田中氏は「看護専門職は『自律』して働くこと。専門職であれば自分のやっている仕事の内容を考え、判断し、責任がとれることが必須条件である。これからの高度医療においては看護の分野が『自律』していないと『チーム医療』は行えない。

ジェネラル看護職の育成システムについては、システムが優先すると個が育たない。個々人を看護専門職として底上げするためには、各人が持っている能力に目を向けなければならない。システム作りと個を育てることは相互作用であって、看護管理者は自分が持っている部署を十分に評価していく必要がある。

“風土”はその組織を構成している人たちが、さまざまな要素から形成していくものである。看護の質について常に真剣にディスカッションし、システムを作る過程で、個を育てることを大事にしてきたそのことが、“風土”形成につながっていく。“風土”は日々の仕事や看護実践の積み上げの結果でもある。よりよい“風土”の維持のためには、看護管理者や病院全体の組織のあり様が関係してくる。」と述べた。

2. より専門性の高い看護職とその育成

看護大学院の増加、あるいは日本看護協会での認定看護師の教育を受けて特定の分野で高い専門性を持った看護師が臨床で活躍するようになってきた。しかし、未だ認定を受けた専門看護師、認定看護師は少なく、病院を始め保健医療福祉機関の要請には応じられない状況にある。公立病院として最も早く専門看護師を導入した病院の看護管

理者である田中氏の発言は以下の通りである。

「医師にとっても特定の分野で、専門性の高い看護職がチーム内にいることは有益である。特に急性期や救命救急の分野で専門性を持った看護職、WOCなどは医療チームにとって必要な存在である。できれば複数の配置が望ましい。

専門の資格を取得した者の処遇で重要なことは、専門性を生かせる領域に配置するとともに、一定の領域に止まらず病院全体に影響を及ぼすことができる場を提供することである。実際に重症集中の専門性を持った者はICU・CCU・NICUに配置している。しかし、未だ人数の不足や積み重ねの不足から、ローテーションを含めたさまざまな課題がこれから出てくると考えられる。現在言えることは専門の資格を持った者であっても、最初は一年目であり、経験を積み重ねる中で専門性が発揮されていくことである。看護部の組織の中に専門看護師、認定看護師を育てていくシステムを作らなければ、彼らの資格を生かすことができない。月一回のCNS定例会では業務報告、業務遂行上の課題、より成果をあげるために看護部としてどのような支援ができるかなどについて意見交換している。

認定看護師や専門看護師の配置が、診療報酬で規定されていることには疑問がある。医療の中で看護職の高い専門性が必要とされているのであれば、診療報酬ではなく、看護実践の中で人材育成として考えられなければならない。」

竹股氏も田中氏と同様に認定看護師、専門看護師の配置が診療報酬で規定されていることに疑問を持ち、次のように述べた。

「行政主導の専門看護職の配置は、看護職の立場からは納得ができない。専門性を高めることは看護のレベルアップではあるが、専門看護職の存在が病院収入のためであっては、専門性育成の目的が看護実践から離れてしまう。しかし、実際には看護現場の必要から、スタッフを専門的資格を

取得するための研修に出している。そして彼らは研修終了後、看護部の期待に添う役割を果たしている。こうしてキャリアを積んでいく先輩を見て、多くの看護実践を通してさまざまな事例を経験した人たちが彼らに続くことを願っている。」

一方、高嶋氏は専門資格の認定を行っている日本看護協会の職能理事として、本件に関して以下の通り発言した。

「診療報酬で点数化されているから専門看護師や認定看護師を導入するのではなく、ジェネラルを超える部分を実践できる人として、より専門性の高い看護職を配置したい。医師を二人にするよりも、少し分担したら専門看護師、認定看護師を導入すれば十分対応できる、といったことは病院自体が求めていることではないか。専門性の高い看護職が活躍するための環境整備など、これから手がけなければならない事柄は多い。

現在の専門看護師、認定看護師の認定は日本看護協会が行っている。職能別体が認定を行う以上、ただ資格を与えればいいのではない、という認定のあり方が今後の課題になりそうだ。実例として、“家族看護”を専門領域として専攻し、大学院を出てきた人がいた。その人が一般病院の中で経験を積むために、小児病棟に配置された。看護管理者は家族である患者の母親に対して大学院で学んだ“家族看護”が実践できる場を提供したのだが、本人は患者の家族には関心があるが、子どもは嫌

いだ、といったことがあった。こうしたことは決して少なくはなく、今後も起きる可能性が大にある。

専門性の高い知識・技術をいかに習得しても、それを発揮できるようにするためには、実践あるのみである。まだまだ先駆者である専門資格を持った看護職には、多くの事例にぶつかりながら苦労して、専門性をより高めて欲しい。期待も含めて今後の課題は、専門看護師や認定看護師が自身の意識の中に、日々の実践を通して、より高い専門性を獲得していく気構えを持つことと、看護の組織が彼らに専門性を発揮できる場と状況を提供できるか、どうかであろう。」

おわりに

医療の需要者から看護への期待は、看護実践に関しては勿論のこと、看護職の人間性に至るまで、ますます高まるばかりである。一方、医療費抑制の施策として入院日数の削減や、占床率の向上など、看護職の働く場は厳しさが増している。こうした中で看護職として誇りを持ち、個々人が看護実践できることが望ましい。ジェネラルな看護職が精一杯実践しても、それを超える看護については、さらに高度な知識・技術を習得した、専門看護師や認定看護師の援助が必要である。

この鼎談を通して3氏から多くの示唆を得られたことを感謝している。

実践・教育・研究のリンケージ

－看護職のさらなる発展を期して－

司会者 山梨県立看護大学 大 島 弓 子
北里大学看護学部 岡 崎 寿美子

昨今の医療を取りまく環境は、医療経済の逼迫や高度な医療の発展、疾病構造の変化、生活や生き方の多様性に応じた健康ニーズの増加など、ますます変化が顕著になってきている。このような社会の変化に対応し、かつ、質の高い看護ケアを提供する看護職への期待も高まってきている。

この質の高い看護ケアを提供する看護職の育成のためには、研究に裏づけられた質の高い看護教育が必要であり、また、この看護職の提供する看護実践も研究に裏づけられることでさらに質の高い実践に結びつく。さらに研究は、これらの看護実践や教育の中で開発され、そして発展する。変化の著しい医療を取りまく環境に適切な対応をしていくためには、このように看護実践と看護教育と研究が、密接に関連し合っていくこと、つまり、実践・教育・研究のリンケージが必須な事柄であろうと思われる。

この実践・教育・研究のリンケージは看護職では長年、目標に掲げられているものでもある。しかし、言葉で言うには簡単であるが、具体化し実現させていくには様々な困難さがあり、一朝一夕には成し得ない現状でもあると思われる。

また、この実践・教育・研究のリンケージは、看護職のみならず隣接する他の領域でも、その専門性を有効に実践していくためには重要であろうと考えられる。さらに、看護職はこれらの他職種の方々とともに複合的なリンケージをとりながら、変化する社会の健康ニーズへ対応していくことも必

要であろう。

この様に多くのニーズがある中で、看護の実践・教育・研究のリンケージに対応した現実の在り様はどのようなものであるのか、また、どのような課題があり、今後の具体的な方策はどう考えるかなどについて、広く意見交換できることをねらいとして、今回、このシンポジウムを行った。

それぞれの場で実際的に取り組んでいる4人のシンポジストから、リンケージの現状、課題、そして今後の方向性について、実際の活動からの発言とシンポジスト間での討議を行い、その後、会場の参加者との討論を行った。

4人のリンケージの視点と発言は以下のものであった。

1) 宇佐美しおり氏(熊本大学医療技術短期大学部)からは、精神看護CNSとしての実践と看護基礎教育・研究に携わる立場からの実際が報告され、現実として起きている困難さが多々あること、そして実践・教育・研究の三者を常に行っていくことへの課題提起もされた。

2) 石川真里子氏(東京女子医科大学看護学部)からは、石川氏自身のストーマケアナースとしての活動と、臨床の看護師と実践の場でどのようなリンケージを成立させているかの実際が示され、また、どう努力工夫をしているかについて、さらには現状での具体的な課題とその対応もあげられた。

3) 北野庸子氏(東海大学健康科学部社会福祉学科)からは、人工内耳リハビリテーションにおける実践・教育・研究のリンケージについて具体的な実践と、それを活用した教育の有用性、また研究へとつなげていく在り様とそれらの困難さ、課題があげられた。

4) 佐藤芙佐子氏(三重大学医学部看護学科)からは、米国における実践・教育・研究のリンケージについて、ユニフィケーションモデルの紹介と共にその三者のリンケージ、あるいは統合がどのように組織的に実践されているかを具体的に紹介された。また、それらがどのように米国における医療、看護の現状へ反映され効果が得られているか、課題は何かについても具体的に説明された。

質の高い看護実践、よりよい人材の育成、活きた研究の推進を具体的にしていくために、専門職としてナース同士や他職のリンケージ、教育と実践の場におけるリンケージ、組織的に行うリンケージの在り方や課題など多様なリンケージについて、シンポジスト間、会場の参加者と共に活発に討議が行われた。

実践・教育・研究のリンケージには、個人の中でそれが行われるリンケージと、システム内で機能するリンケージなど相違した切り口があること

も取り上げられた。また、リンケージをしなくてはという思いにとらわれ、活動することが多過ぎるため体力に限界を感じることもあり、この三者のそれぞれの役割分化でもよいのではないかの意見も出された。一方、リンケージを成立させるために三者のバランスをうまくとることの必要性があるとの意見も出された。リンケージが円滑に出来るために、全体のシステムが整っていることが不可欠であることや、それを整えるために管理者を交えた組織作りの重要性もあげられた。さらに、有機的なリンケージをすることにより上がる成果、例えば、研究のための研究をするのではなく、研究が実践に活かされるなどを示すことの必要性も上げられた。

看護を囲む状況は、いろいろな意味で厳しさが増し、変化の度合いも激しくなっている今、個の中での在り様、個とシステム、システムとシステムというように多角的かつ多様な側面でリンケージは存在している。また、それら全体も有機的にリンケージしていくために、具体的に時に戦略的に、そして、思考しているだけではなく、実際に行っていくこと、これが重要である。これらのことが、このシンポジウムを通して改めて考えさせられた。

精神看護専門看護師（精神看護 CNS）としての 実践と教育，研究との連携

熊本大学医療技術短期大学部 宇佐美 しおり

平成5年度に日本看護協会による精神看護専門看護師の認定が始まり現在11名の精神看護専門看護師（以後精神看護 CNS と呼ぶ）が認定されてきている。精神看護専門看護師は、サブスペシャリティとしてリエゾン精神看護専門看護師（以後リエゾンナースと呼ぶ）と精神疾患患者へのケアを基盤とする精神看護専門看護師（以後、狭義の精神看護 CNS と呼ぶ）にわけられる。現在、11名中7名のリエゾンナースと4名の狭義の精神看護専門看護師が認定され、常勤、非常勤を問わず活動している。ここでは、精神看護 CNS としての実践と教育，研究との連携について述べていく。

著者は、平成10年度に精神看護専門看護師としての認定を受け、現在私立精神病院の菊陽病院にて非常勤で精神看護 CNS として勤務を行っている。また熊本大学病院は実習病院であるため、精神看護 CNS の資格をいかして、リエゾニックな活動を行わせていただいている。一方短大の教員として常勤で仕事をしている。その中で、実践，教育，研究の連携の実態と課題について述べる。

I. 精神看護 CNS の活動の実態

精神看護 CNS は、ケアの質向上のために、病棟でケア困難な患者への直接ケア，コンサルテーション，教育，研究，調整という機能をもつ。組織図の中では、看護部長を直属の上司とし、スタッフポジションで仕事をしている。看護部長には定期的に活動の報告をし、課題などについて検討を

行っている。

ケア困難な患者への直接ケアとしては、境界型人格障害，演技性人格障害患者への看護ケア，また大学病院では心疾患でパニック発作をおこす患者や代謝性疾患で薬物治療をうけ混乱している患者への危機介入，精神状態が中等度の患者へのリラクゼーションなどを行っている。またコンサルテーションでは境界型人格障害患者や摂食障害患者へのケア方法や慢性疲労症候群で他患者および家族とトラブルをおこす患者へのケア方法，などケースを中心としたコンサルテーションを行っている。この場合，スタッフのニーズによっては患者さんへの直接ケアとコンサルテーションを同時に行っている。さらに受け持ちナースがケースを通して臨床能力を高めたり自分のケア方法を確認しながら自分への自信を高めていくコンサルティ中心のコンサルテーション，病棟スタッフを混乱させたり操作性の高い人格障害や長期入院患者へのケアプログラムに関するコンサルテーション，また様々な機能や多様な回復の過程をたどる患者が同じ病棟の中でふえる中，病棟運営やスタッフ能力の開発に関する管理者自身のマネジメントやリーダーシップを確認したり新たな方法を探索する管理者中心のコンサルテーション，を実施している。また教育では公的な院内教育とその場，その時の状況で実践することで役割モデルとなれるよう非公式の教育を行っている。さらに，医師・看護師など医療チーム間が何らかの理由でならば

らになっていたり、治療方針が明確でなく、そのことが患者に多大な悪影響を及ぼしているような場合、病棟の受け持ち看護師や病棟師長に依頼され、チームの調整に入ったりしている。これらの機能は単独で用いられることはなく、どの機能も平行して実施していくのが、専門看護師である。これらの機能のある状況を通して説明してみたい。

著者は、教育の場で常勤で仕事をしている一方、菊陽病院と1週間に最低8時間、急性期治療病棟と慢性期病棟での専門看護師としての機能を期待された。病院、看護部が専門看護師に何を期待しているのか、専門看護師自体何ができるのか、については何度も話しあいをもった。その中で、病院の機能分化を促すため、急性期治療病棟のケアの充実、慢性期病棟を■復期病棟に変化させていくことを助けてほしいと期待された。従い、急性期治療病棟では、まず何からスタートするか、を病棟師長と何度も話しあった。その中で、病棟を拡散させる人格障害患者への看護ケアの方法についてケースをうけもち、病棟のうけもち看護師とともに具体的なケアを展開し、また病棟全体が人格障害の患者さんにふりまわされていたため、認知・行動療法の一環として怒りのコントロールグループ（生活コントロールグループと呼んでいる）を開始した。すなわち生活を調整したり工夫したりすることでどのように怒りをコントロールしていくことができるのか、を患者同士が話しあい、破壊的な行動から建設的な行動へと変化していくプロセスを援助していくこととした。また慢性期病棟では、実態の把握、すなわち何人の患者が退院できるのか、またどの患者が病棟での生活の質を高めるための働きかけが必要なのかを、精神状態、セルフケア、これまでの安定したセルフケアの状況、今後の生活の場、患者さん・家族の希望という視点で、受け持ち看護師に記載してもらい、ケースの検討を病棟全体で行った。そしてどの患

者たちからスタートするのか、どのようなプログラムと個別ケアを実施するのかを話しあった。そして同時に病棟全体の雰囲気作り、すなわち今まで長期入院で永久在住と考えられていた患者・家族の意識変革を行うための雰囲気作り、患者同士のミーティング、退院にむけてのケースカンファレンスを実施した。

このような動きを1年半おこなっているが、少しずつ、人格障害患者へのケア方法がわかるようになった、生活コントロールグループへ参加することにより患者さんの思いがよりわかるようになった、今後の生活が具体的にイメージできるようになった、長期入院の患者への退院へむけてのアプローチがわかるようになった、スタッフの雰囲気が少しかわってきた、などの意見がきかれるようになった。

しかし、1週間に8時間の勤務である。そのため、スタッフが困っているその時にかかわれないことが、実際的には課題である。すなわち、頭ではわかっているけれども行動がかわるためには時間がかかるので、その場でかかわれないことは変化への障害となる。しかし興奮がまださめぬところで、かかわりにくかった状況を語ってもらい一緒に振り返ったり今後の対応を考えていく中で、再度自分のケア方法を見直す機会となっているようである。一方看護学生はCNSがかかわっている状況に出会うことがあるが、看護学生にはこのような状況はあまり理解できないようである。では大学院生であればこの状況が理解できるのだろうか。それもやや困難なようである。しかし大学院生の場合には、このような状況に出会うと専門看護師の動きがナースを支えることに貢献していたり、様々な看護師の機能がケアを改善することを学習するようである。今後は、専門看護師としての意図的なアセスメントや動きおよび根拠をわかりやすく語りながら、基礎教育や大学院教育の中で学生たちが学んだ知識を現場の中で結びつけていけ

るよう助けていければと考えている。

さらに現在，回転ドア現象を抑制するため，再燃を抑制し，精神障害者の地域生活をより長く維持していくための急性期ケアプロトコルの開発，アサーティブケアマネジメントの開発を研究の中で行いながら専門看護師として動きながら，データの蓄積を行い，病棟スタッフと実施し，その評価を行っている。すなわち，専門看護師としてのアクションリサーチを病棟，病院の同意を得て，実施しているという状況である。

今後の課題としては，精神看護 CNS が活動しやすくなるような場の開拓（精神看護 CNS が定着していくためにどのような施設や管理者の要因が必要なのか），精神看護 CNS に必要な知識と技術，精神看護 CNS の臨床能力をさらに高めるための卒後支援体制の充実，精神看護 CNS が診療報酬の中で評価されるような研究の実施を行っていくことで，実践，教育，研究の連携をはかりたいと考えている。

「実践・教育・研究のリンケージ」

ストーマケアナース（ET）と看護師との臨床でのリンケージ

東京女子医科大学看護学部 石川 眞里子

保健・医療・福祉の領域におけるめまぐるしい変化と共に、多岐にわたった看護ニーズが求められています。その中で看護職の役割は拡大し、ジェネラリストとしての役割が多様になってきている一方で、さらに質の向上を図る上でのスペシャリストに対する期待も大きくなっています。また、これらの領域では多くの職種が専門分化し、クライアントを取り巻く関連する職種の連携が叫ばれ、「連携」という言葉は重要なキーワードとなっています。

看護職の間での連携としては、看護教育と臨床の「ユニフィケーションシステム」という組織的かつ統合的な連携の成果が示されつつあります。そこでは、教育と臨床の管理者を同一人物にした上で、同時に責任を持って組織を動かしていく必要が述べられておりますが、関連する施設でないと難しい点など問題が山積しているともいわれています。結局は適した役割を担える人材の起用が鍵を握っていることは否めません。

看護教育および臨床の看護の質を上げるという目標を達成するためには、それぞれの持てる力を提供し合いながら相互に高め合える関係になることは、連携においては不可欠と言えます。そこで、連携における関係性の保ち方として「リンケージ」のあり方を探ることが今回のテーマと考え、私の私見を述べさせていただきます。

私は現在、東京女子医科大学看護学部にも所属していますが、国立成育医療センターの前身である国立小児病院において小児のETナースとして現

在まで臨床に携わっています。成育医療センターでは非常勤のETナースの立場であり、臨床看護師との連携は不可欠です。その実際を振り返り、リンケージのあり方についてこの機会に考えたいと思います。

1. ETナースの位置づけと役割

ETナースはストーマ医師や看護師、他の関連する職種と協調し、ストーマを保有する人（オストメイト）や排泄機能障害者のリハビリテーションを推進する役割を持ちます。

わが国におけるストーマリハビリテーションは、1975年に大腸肛門病学会の中に「人工肛門装具研究委員会」が発足したことがその始まりと言われています。大腸癌手術に伴うストーマ造設が直腸・膀胱機能障害をもたらすとして、その医学的リハビリテーションの推進が成人外科から始まっています。日本で最初のETは外科医（1976年）であり、看護師の第1号は1979年に誕生しています。お二人は1961年に開校された米国クリーブランドクリニックのETスクールにて資格を修得されています。このETスクールが開校されて以来、徐々に世界各国でETスクールが誕生しています。このようなETスクールの存在は、その領域の理念や学問体系にのっとったカリキュラムが構築されている点で専門性が明確であり、ストーマ医療と患者の福祉に大きく貢献しています。

また、日本におけるストーマリハビリテーションでは1980年から現在に至るまで、大腸肛門病学

会、日本泌尿器科学会、日本看護協会の共催によるストーマリハビリテーション講習会が年に2～1回開催されて来たことがその発展に寄与しています。これは、医師・看護師への知識の普及によるボトムアップと、リーダーの輩出という点での功績が大きく、一気にストーマリハビリテーションの先進国に発展する起爆剤になったとも穴澤は述べています。

ストーマリハビリテーションに含まれる領域では、ストーマ・排泄管理、ストーマ合併症対策をはじめ、排尿障害、性機能障害などへの対策、生活指導、精神心理的サポート、医療社会的サポートなど、広範な領域が含まれています。また、ストーマ・排泄管理におけるスキンケアの理論は創傷管理に活かされ、褥瘡ケアとその予防は在宅ケアへ発展し、分化が見られています。

一方で小児のストーマリハビリテーションは、小児外科・小児泌尿器科および小児看護を基盤にしたストーマリハビリテーションの領域として1985年から日本小児ストーマ研究会の準備が始まったことがスタートです。ストーマ・排泄機能障害を抱える子どもおよび家族に対し、新生児期から青年期・成人期に至るまでトータルなケアを継続的に行之、その生活の支援をしています。

2. ET ナースとしての臨床での仕事の内容

定例のストーマ外来および病棟のストーマ回診を月2回行い、状況に応じて臨時の外来を行っています。外来ではストーマ医師と共に診察する中で合併症の早期発見と対応をし、ストーマを持ったことによる生活の支障が起きていないかを確認し、快適な生活ができるような支援をしています。

小児のストーマを造設する疾患は先天性疾患が殆どであり、新生児期に緊急にストーマを造設することが多いので、家族の危機的状況に対する看護が重要です。ストーマケアを通して、家族のストーマの受け入れや疾患の治療に対する不安な気

持ちや育児への心配などを聴いた上で説明の補足や情報提供をし、不安の軽減を図ります。また、乳児期には発育・発達が目覚ましく、体位や活動の変化によりストーマ装具の種類の変更を余儀なくされます。スキントラブルも発生し易く、原因をアセスメントし、ケア上の工夫や新たな方法を説明し、自宅でケアが継続できるよう指導をします。家族はストーマケアを安心してできるようになると、さらに先のことが考えられるようになりますので、情報を適宜提供していきます。

また、病棟でのケアは医師・看護師からの相談や家族の希望により、依頼や連絡をもらうようになっています。その日の受け持ちナースやリーダーナース、あるいは医師から情報を得て、ベットサイドに行き、家族からの情報を得てケアをします。

3. 事例を通した看護師との連携

事例は低出生体重児で臍帯ヘルニア、腹壁破裂の術後に自然腸瘻が発生し、そのケアを通して看護師と連携をとっています。低出生体重児であるためスキンケアが難しく、既存の小児用装具が適用できないことや自然腸瘻であるために管理困難といえました。装具の交換頻度が多くなり、家庭の経済に与える影響も生じるなど問題が山積していました。それに伴いケアがうまくいかない不満やジレンマが看護師に見られるようになり、一貫したケアが継続されていないことも起こってきました。この事例から、ET ナースと看護師の両者の関係性やET ナースの活用の仕方の理解により、そのリンケージのあり方が違っていると思われるしました。

関係性が良好に図れている場合には、まずこちらのコンサルテーションを待っている姿勢が看護師にあり、笑顔での対応や、困った内容を積極的に相談されます。このような時は看護師のニーズが明らかであり、困っていることに応えるかたちで、一緒にケアをすることでモデルを示し、その

Table 1. 事例紹介 (2歳6ヶ月) 男児

臍帯ヘルニア・腹壁破裂, 低肺形成・呼吸不全 (呼吸器使用), 出生時 BW1354 g (在胎31週) ・生後29日: 臍帯ヘルニア破裂皮膚閉鎖術 (1回目) ・2M: 創部離開。左下腹部に腸瘻が自然形成。 ・3M: 離開閉鎖。腸瘻27×16mm。 びらん軽度 BW1600 g ・9M: 腸瘻37×28mm。全周にびらん5mm。 W3700 g ・1Y3M: 腸瘻閉鎖術施行 (2回目) ・1Y4M: 創部感染, 腸瘻再形成 (空腸瘻)。 腸瘻3×5mm。全周びらん30mm。瘻痕あり。 ・1Y6M: 腸瘻5×5mm。全周びらん30mm。瘻痕。 ・2Y1M: 腸瘻5×5mm。 全周びらん10×13mm変化なし。 皮膚の瘻痕あり固い。色素沈着。 2日毎交換 ・2Y6M: 腸瘻5×5mm。全周びらん13×13mm。 瘻痕固い。
--

理論となることなどの説明をすることへと発展します。

また, ET ナースからすれば, 日常の情報を看護師から得ることも多く, そのような情報交換をすることで, チームワークが図りやすくなります。治療方針などが医師と看護師で情報が共有されていない時には, ET ナースの立場から医師に確認すると, きちんとした説明が得られる場合があります, 情報を共有し易いことがあります。このようにお互いの関係性を図れた上で, 看護師に ET の活用の仕方が理解されていると同じゴールに向かえると思われま

す。一方で, 突然の訪問をして看護師に困っていることが明確にされていない段階やケアの状況が把握されていない時には, 関係性をとりにくいことがあります。医師からのコンサルテーションの依頼が先行していたり, ET ナースだけで経過観察や, 本人・家族との関係づくりなどの目的で病棟へ訪室するような時など, 予測されていない時に病棟を訪室する場合には, 関係性をとることも難

しくなります。

また, 看護師が困った時にすぐに相談に応じられないことがあると不満が生じたり, 頼りにならないなどの思いも湧いてきたりします。看護師がケアに悪戦苦闘して改善が得られれば相談は不要となっていたり, コンサルテーションを依頼しても状況が改善していないと不信にも繋がります。看護者間でケアの評価に対する見解の不一致, あるいは ET ナースに対して自分の見解の違いを伝えられない不満なども考えられます。

これらは, 適時に対応できない体制, 情報不足, コミュニケーション不足や ET ナースの役割が理解されていないことなど, チーム医療を薦める上での問題でもあります。

4. ET ナースと看護師のリンケージを図る

ET ナースが臨床で看護師とリンケージを図るには, 以下のような対応が必要と考えました。

1) 専門家としての理念と技を示すこと

看護職同士といってもその専門性は何かということは, なかなか理解されにくいと思います。それには臨床で専門家のケアは患者にとって有効であり, 実際に役立つことを証明することが重要と考えます。いつでも患者ケアや相談に応じられる体制を整えること, モデルとなるケアを看護者に示し知識・技術の普及をしていくこと, 最新の知識や情報を持ちストーマリハビリテーションについての動向を見てリーダーとして発言していくことが必要と考えます。

2) 臨床の場で教育的な関わりをすること

臨床では看護者の移動も多く, そのケアの質の維持・向上は大きな課題です。ベッドサイドでケアをする看護師に対して常に教育的な関わりをしていくこと, つまりジェネラリストを現場で育ていく姿勢が大切だと思います。また, 講習会・学会などの情報を提供し, 他施設の状況を知り学ぶ仲間との交流を図る機会に触れられるように環

境調整していくことが、自立した意識の高い看護者を育てていくことに繋がると思います。

3) 看護者同士の情報交換の意義を理解してもらう

専門家がいれば万全かという点では他職種の専門家との連携と同様の問題が生じます。ベッドサイドでは常に様々な問題が発生しており、看護師は患者の生活の流れを知っているが故に様々な場の調整をしていたり、生活全体を見て多くの情報を持っています。看護師からの情報を得た上で専門的ケアがあること、また退院後の生活についても看護が継続されるのでそのリンケージは重要で

す。責任ある看護実践をするためには、リンケージの意義を認識する必要があります。

臨床と専門家におけるリンケージの目的は看護の質の向上にあります。看護ケアの質をどのように高めていくかは教育のあり方によるところが大きいのですが、現場で実践者のケアモデルを見て学ぶことは効果的な学習と言えます。専門家が配属されることで看護全体の質の向上が期待できると思われませんが、専門家のみではその目標達成は難しく、臨床の看護師や病院幹部の方々とのリンケージにより、行動を起こしていくことが目標への一番の近道ではないかと思います。

「実践・教育・研究のリンケージ」

人工内耳リハビリテーションにおける実践・教育・研究のリンケージ
ー学際的専門職チームによる実践と教育の連携ー

東海大学健康科学部社会福祉学科 北 野 庸 子

I. はじめに

1970年代後半から人工内耳の埋め込み手術が人に対して行われて以来、人工内耳の装用者数は着実に増加し、現在、世界の人工内耳装用者は6万人、日本では2500人を越えている。しかし最先端医療の人工内耳が提供する聴覚は人間の耳が持つ機能とは比較にならず、術後のリハビリテーションが装用効果に大きく影響する。東海大学病院では1993年から人工内耳の埋め込み手術を始め、2002年現在、患者数は100名（内、小児患者は57名）である。本稿では人工内耳リハビリテーションでの学際的専門職チームによる医療、療育、福祉の連携と、このような学際的臨床実践が教育、研究活動に与える影響について述べる。

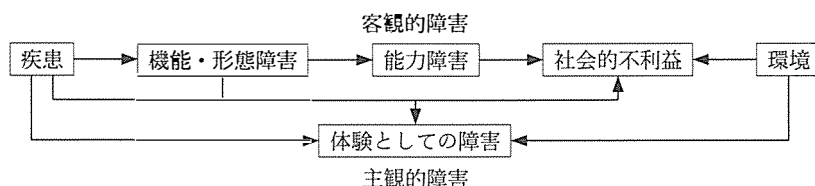
II. 聴覚障害と人工内耳

聴覚障害によって引き起こされる問題は言葉が聞こえない、あるいは聞きづらいことによって生じるコミュニケーション障害であり、この問題が言語や情動、認知、社会心理的な側面で2次的障害を生み出す。人工内耳が市場に出る前は、戦後

急速にポータブル化された補聴器によって聞こえの保障をしたが、重度の聴覚障害者、ろう者においては補聴器の活用には限界があった。この限界を超えるものとして開発された人工内耳は、蝸牛内に電極を挿入し、電気刺激を直接聴神経に送ることで音感覚を生み出す機器で、基本的にどの装用者にも40dB前後の最小可聴閾値を提供する。しかし聴取能力には個人差があり、また騒音下では急に聞こえが悪くなるなど「人工内耳を装用しても聴覚障害者」である現実は残り、挿入手術後のリハビリテーションは重要な役割をもつ。

III. 学際的専門職チームによるアプローチ

上田（2000）によると全人間の復権としてのリハビリテーションは相互依存的かつ相互独立的な障害の4つの階層、すなわち①機能・形態障害、②能力障害、③社会的不利益、④体験としての障害に対応していく必要があるという。この4階層に基づいて人工内耳リハビリテーションの臨床実践について述べる。



1. 「機能・形態障害」に対する機能回復（治療的）アプローチ

術前の医学的検索，埋め込み手術，術後の人工内耳の医療的管理は医師が担当する。術前の医学的検索としては聴力検査，CT，MRI，全身状態の諸検査を行う。挿入手術は3泊4日の入院で行うが，これは日本の中でも最短の入院期間である。また東海大学病院で手術を受けた小児症例の中には蝸牛奇形症例の割合が高い。他の医療機関によっては奇形例に対する手術を控えるところもあるが，このような奇形例も個人差はあるが装用効果が得られている（内藤他，2000）。

2. 「能力障害」に対する実用能力向上（代償的）アプローチ

術後の主たる対応は，マッピングと聴覚学習を促進するための聴能言語指導で，言語聴覚士，ろう教育者が担当する。マッピングとは，電極から送られる電気刺激を個々の装用者の状態に合わせて調整する作業で，各電極について最小可聴閾値（Tレベル）と最大快適レベル（Cレベル）を求めマップを作製する（内藤他，2002）。この作業は術後，数ヶ月継続され，マップが作製された後も定期的に聞こえの状態をフォローする。

マッピングと同時に聴能指導が行われる。人工内耳の電極から送られる電気刺激によって生じる音感覚は当然，健聴者が聞く音とも，また補聴器で聞く音とも異なる特殊な音である。そのため成人装用者は，この特殊な音を手がかりに音声コミュニケーションを再学習することになるが，先天ろうの小児の場合は「世の中の音に気づき反応する」ことから始めなければならない。そのため子どもの言葉を育てるために養育者（母親）には長い時間と努力が求められ，装用児と母親だけでなく家族全体を含めた援助が必要となる（北野他，2001）。また装用児が在籍する特殊教育機関（ろう学校，難聴幼児通園施設）と病院が連携して各ケースに

関する療育的課題と医療的課題の調整が行われる。

3. 「社会的不利益」に対する環境変改善的アプローチ

リハビリテーションは代償的アプローチといわれるように，機能・形態的障害によって生じる能力障害は，多くの場合完全な回復を達成することはない（上田，1987）。そして「人工内耳を装用しても難聴者」であることから，環境条件を整備しないとさまざまな社会的不利益が生じてくる。環境条件の改善は物的環境改善とともに人的環境の改善である。特に聴覚障害が主として人とのコミュニケーション障害であることから，人々の障害にたいする理解と聴覚障害者への対応を向上させることは重要で，人工内耳リハビリテーションでは以下のような活動をしている。

- ・毎年，3月3日の「耳の日」に装用希望者や一般の人々に対して人工内耳に関する情報提供の会を開催する。専門的情報に加えて，装用児やその親，また成人装用者が体験に基づいた情報提供をする。
- ・ろう学校や難聴幼児通園施設の教師，また医療機関の言語聴覚士を対象とした人工内耳のワークショップや研究会の開催。
- ・メディアに対する人工内耳の情報提供や装用者への情報保障のアピールなど。

4. 「体験としての障害」に対する社会・心理的アプローチ

「体験としての障害」は，機能・形態的障害，能力障害，そして社会的な不利益と相互依存적でありながら相対的に独立する主観的障害であり当事者の障害受容と関わる。例えば，成人装用者の人工内耳への満足度は，決して人工内耳を装用したことで得られる客観的聴取能と比例していない。このような装用者の社会・心理的問題に対して装用者の会（自助グループ）は大きな力を持ち，ソー

ソーシャルワーカーはこの活動を支援する。「共通体験をもつ人々（患者さんたち）は援助者の立場になることができる」（キャンベル，1995）と言われるが，装用者や装用児の親たちの間に交わされる「経験による知恵の共有」が彼らに日常的課題解決の方策を教え，さらに自分の経験を同じような経験をもつ人々の中で相対化することで，新たな選択肢を得て，主体的に自己決定をしながら前向きに進むあり方を促進する。自助グループ活動は，専門職による専門的援助と対立するものではなく相互に補い合う役割をもつ。

以上，人工内耳リハビリテーションにおける実践を障害の4つの階層という枠組みで整理した。これらの専門領域の活動は相互に独立しているが有機的に連携し，これを運営する学際的専門職チームは日常的な情報交換とともに，月1回の連絡会を開いて各ケースの統合的な方針が決められる。

IV. 実践・教育・研究のリンケージ

人工内耳リハビリテーションは学際的チームによる臨床実践が基本であるが，この臨床実践に教育，研究活動が以下に示すようにリンクしている。

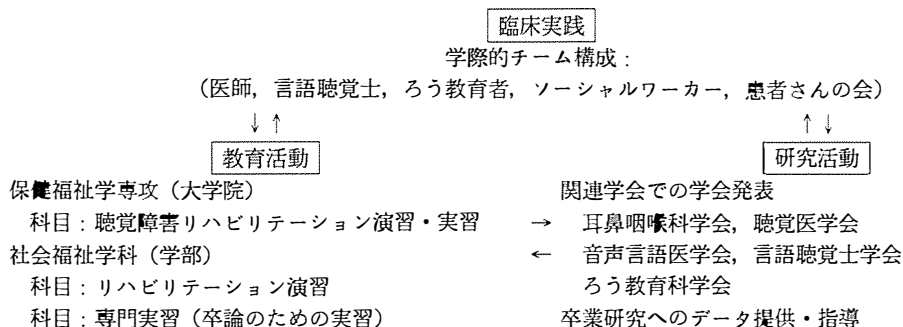
教育活動としては，健康科学研究科保健福祉学専攻の科目である「聴覚障害リハビリテーション」の演習の一部と実習が人工内耳リハビリテーションの臨床実践をベースに行われる。また社会福祉学科の科目である「リハビリテーション演習」では，学際的チームの専門職や人工内耳装用者，ま

た装用児をもつ親をゲストスピーカーとして授業に招き，話を聴く機会をもっている。さらに全国5ヶ所の言語聴覚士を養成する大学および専門学校から臨床実習を受け入れ，チームの実践を経験する機会を提供する。以下は実習生の感想をもとに整理した内容である。

- ・聴覚障害がもたらす問題は多面的であり，医療，言語聴覚，心理，福祉などの専門援助ができる専門職チームが必要であることを知る。
- ・「自分の役割は何か？ ソーシャルワーカーとしては？ 言語聴覚士としては？」など，自分の専門領域が他領域との関係で認識され，その専門性を高めようとする。
- ・他領域の実践を身近に見たり聴いたりすることで（「耳学問」），「自分是他領域のことを基本的には知らない」ことを自覚し，他領域の専門性への信頼をもつ。同時に，チーム間で得られた知識によって，患者が他領域の援助を必要としていることを敏感に察知して他領域の援助を求められるので患者を専門職間の狭間におとさない。
- ・患者さんの自助グループを知ること，リハビリテーションにおける実用的能力向上，すなわち患者さんが「障害と共に生きるための日常的知識や知恵を身につける」ことの重要性を知る。

V. おわりに

近年，医療や教育，福祉などの対人援助の領域



ではチームアプローチの重要性が指摘されている。しかし実際には専門職間の上下関係や領域争いが生じることも多く、チーム運営は名ばかりで実態を伴わないこともある。学際的チームを構成していくためには、これまで専門職として自己形成してきた専門家やこれから専門職となる学生が新たな資質を身につける必要があり、上記の意見の中には学際的チーム構成員としての資質について示唆しているものがあると考える。

引用文献

- Campbell, R. (1995) : ターナー老人医療クリニックの実践から, ミシガン大学老年学セミナー運営委員会(編), 一高齢者ケアはチームで-, ミネルヴァ書房, pp. 21-67.
- 北野庸子, 内藤 明 (2001) : 人工内耳装用児聴覚学習と援助システムー東海大学における6年間の経験から-, ろう教育科学会 第43回大会資料集, pp. 26-29.
- 内藤 明, 北野庸子 (2000) : 人工内耳装用児におけるマップの特徴ー正常蝸牛例と内耳奇形例の差異について-, Audiology Japan, Vol. 42, No. 5, pp. 115-119.
- 内藤 明, 北野庸子 (2002) : N24における神経反応テレメトリー (NRT) の有用性, ろう教育科学会 43 (4), pp. 211-218.
- 上田 敏 (1987) : リハビリテーションの思想, 医学書院, pp. 20-43.
- 上田 敏 (2000) : リハビリテーションの思想 第2版, 医学書院, pp. 92-94.

社会のニーズに応える看護の実践

～米国における実践・教育・研究のリンケージ～

三重大学医学部看護学科 佐藤 美佐子

看護専門職は実践を通して社会のニーズに応えることがその使命である。社会のニーズに応える看護の実践は、提供するケアの質保証と維持・向上により可能となる。これを支えるには看護の実践者としての高い専門職者の資質、教育、実践の科学としての発展、即ち研究的裏付けが必須である。現今の医療現場の変化の中で、看護システムもそれに密着した変革がせまられている。それはとりも直さず、専門職としての看護が、実践・教育・研究の三つの領域の連携（リンケージ）による相乗効果を反映した実践となることである。そのことが、保健医療サービスの成果を左右することに繋がる。

I. 米国における看護実践を高めた要因

米国では、1970年代からこれら三領域の連携の重要性が指摘され、教育、実践と研究において看護管理組織レベルでのユニフィケーションモデル（ロチェスター大学、ラッシュ大学）が導入された。また、看護基礎教育の大学化や高度看護教育の普及によるクリニカル・ナース・スペシャリスト（CNS）やナース・プラクティショナー（NP）等の専門看護師の養成にともない、実践の拡大・高度化が進められた。臨床の場では、実践能力評価による看護実践モデルの改善と看護専門性の拡大が進められた。また、それに伴い専門看護領域における学会の設立により、さらなる専門性の

確立が進んだ。これらの努力によって、看護職が臨床実践能力を高め、多大の成果を上げてきた事はいくつもの報告事例に示されている。

米国において1980年代以降、急速に発展した高度看護実践の背景には専門看護師の活躍と看護管理体制・サポートシステム、及びチーム医療による協調・協働の実践の裏付けが大きいと考える。一方、近年の医療改革、すなわち、患者中心の医療へのシフト、効率化の推進、医療機関機能評価による認定システムの導入、学際的チーム医療の導入、医療技術の高度化、研究データの根拠に基づく実践の拡充などが、看護実践の場に更なる変革を余儀なくしている。看護職団体がそれに対処する方策をたてチャレンジし続けていると言える。

米国で早くから教育・実践・研究の連携の重要性を提唱したL・クリスマン博士は、看護の専門職としての確立には、即ち、実践の科学・アートの発展には、そのコアとなる実践（含管理、コンサルテーション）・教育・研究のすべてを統合する事が必須不可欠であるとしている。

II. 看護実践・教育・研究の連携の枠組み

このような背景をもとに、筆者の米国における臨床経験及びそれに関連した諸情報に基づき、米国における実践・教育・研究の連携について考えてみる。

連携には、いわゆる教育機関と実践施設間の完

全または機能的側面（のみ）のユニフィケーションモデルによる連携、また実践施設／組織内での連携、および各看護師個人の専門職者としての三領域の内的連携の形がある。

ここでは、特に施設内また看護師個々の「看護実践＝連携のおきる場」のプロセスに焦点をおいて検討したい。これらの連携をシステム概念枠組みにより検討する（図参照）。*

1. 先行する構造要因として、①レベル化された看護実践者（例えば、クリニカルラダーによる実践モデル）、②専門看護師（CNS）、③教育・研究者、④看護管理者、と⑤組織・環境のサポートシステムが上げられる。特に強調したいのは人的資源としての①②および④の特性・能力の重要性である。③では、通常施設内に、看護研究部があり、部長に高度教育を修了した看護研究の専門家を配置している。効率的・効果的な連携になるためには、個々の実践者の能力の育成と評価は大切となる。

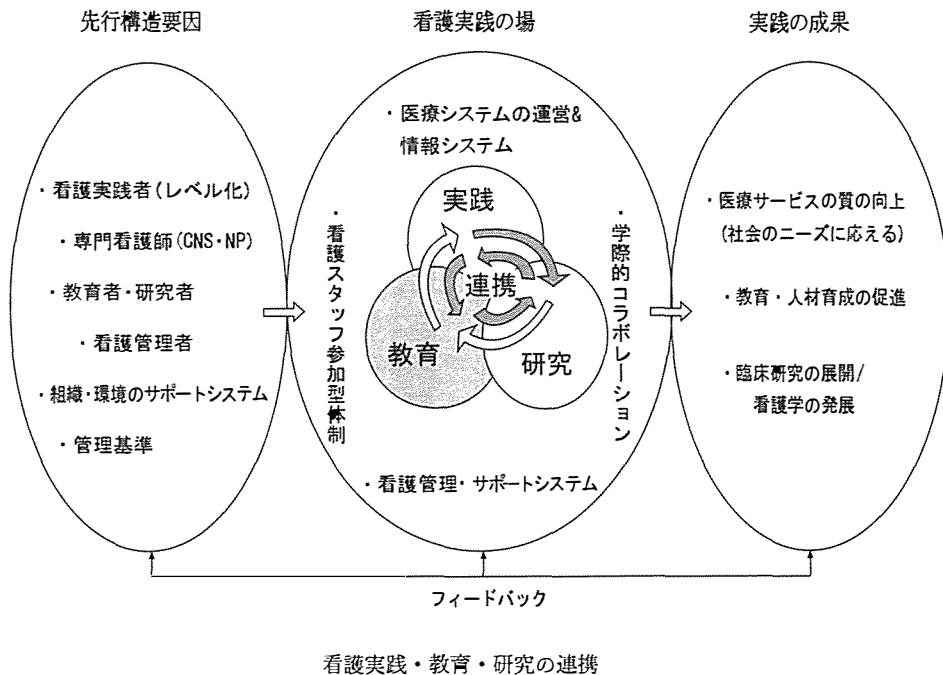
2. 看護実践の場（プロセス）において看護の実践・教育・研究は包括的に連携される。

各々の連携統合とシステムの刷新により、患者・家族・地域を中心においた看護の提供を目標としている。

1) 「実践の場」：この連携による実践の場こそは、①医療サービスの質の向上を最優先とする実践の場、②専門職実践者・看護教育者の育成の場、および③看護の実践知を顕在化、また理論の還元化を図る場となっている。

2) 場の連携を支える要素：①医療システムの運営と情報システム、②看護スタッフ参加型体制：各スタッフが参画する「セルフ・ガバナンス」によって、専門職者として、各々が自律した自己決定権・参画権を行使して実践の質向上と組織・スタッフの専門職者としての看護実践者の集団的自立を促し、実践管理への権利を認めている。このことによって、管理者側からのみの決定権の行使に頼らない体制が採用されている。

③学際的コラボレーション：医療における各専



門職領域の専門化が進む中で、学際的協調・協働無くしてチーム医療による包括的な患者サービスは不可能なものとなって来ている。例えば、最近とみに必要になっている EBM の要となる大規模治験の成功の鍵は専門看護師にかかっていると言っても過言ではない。

④看護管理・組織・環境のサポート体制：有効・効率的成果を出すためにはこの体制によるサポートは欠かせない。上記の①～③を含めて、■つを統合して連携の場の成果をはかる。特に、この場において高い臨床実践能力の保持者としての専門看護師（CNS）の導入は必須である。CNS の導入は、スタッフのメンター、プリセプター（特に、CNS 養成のため）、教育者、また専門看護師教育の良き役割モデルの提供である。また、多くは高度教育修了者（MSN など）を保持している管理者／マネージャーは、その教育背景のため実践・教育・研究を統合する能力を一専門者の中に持ちあわせている。実践教育を向上させる面においては、人材育成のシステムの開発、例えば、卒後・継続教育、キャリア開発への支援・企画の充実である。また実践能力評価（クリニカルラダーの導入）による人事考課のシステムの活用などである。よって、実践の場での臨床研究の重要性を理解しており、管理者としてこれらを推奨し、また自らも管理範疇における根拠に基づいた実践を擁護する人である。

3. 実践の成果として①医療サービスの質の向上、②教育・人材の育成の促進、③臨床研究の展開、すなわち看護科学の構築、が成り立って行く。

よって、これらシステム化された実践・教育・研究の連携を促進させる要因として自律・自立した専門性の高い看護師の管理システムへの参加型体制、学際的実践型のサポート、と③管理・組織のサポート体制が強調されていることを上げたい。この様にみえてくると、今後益々効率よく、根拠に基づいた、患者（家族）中心の看護サービスを考

える上で連携は重要である。

Ⅲ. 連携の現状と今後の課題

米■では、1990年代に入ってさらに深刻化してきた慢性的な看護師・看護教師の不足、看護学専攻の志望者の減少、さらに高まる医療費削減への圧力などにより、新たな教育・実践・研究の連携の必要性が増大して、様々な方略が施行されている。それらは、リンケージ、ユニフィケーション、パートナーシップ、コラボレーション、またはインテグレーションなどの言葉で表現され、多様なシステムを構築して、実践・教育・研究の連携統合を試みた報告がされている。例えば、大学の教育現場と地域看護体制との連携、看護系大学院の教官を中心とした実践・教育・研究の連携による地域医療への参加（これは、大学院生の専門看護教育実習に最適な場を提供）、また教育機関（専門看護者の教育・看護学の探求の機関、看護実践への新研究方法開拓等の場）と看護実践の機関（大学付属病院での専門者の育成・実践の維持・向上、管理体制・育成方略の改善など）が連携して、それぞれの機関の管理・指導レベルでの協同参画管理、臨床実践の情報共有による看護共同研究等の促進などである。

上述した連携、またユニフィケーションに影響する問題及び課題として、①看護師の老齢化と不足、②看護教育者の老齢化と不足、③医療費削減への圧力、④人的・医療資源の有効資料の必須化、⑤高度医療と患者中心の医療の要求、⑥情報化の加速化、と⑦チーム医療と他職者の教育の高度化などがある。今後、如何に限られた人的・物的資源の有効活用するシステムの刷新により、実践・教育・研究の成果を上げ、効率化を■っていくかである。この統合、連携、刷新による変革の重要性を数々の職能団体・学会が提唱している現状である。

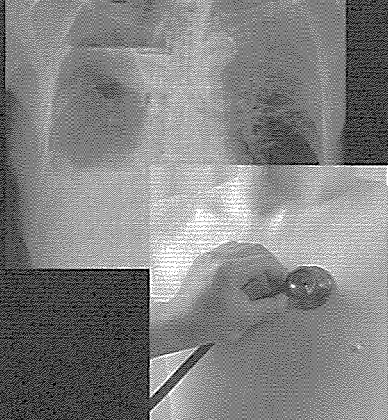
まとめとして、社会のニーズに応える看護には、

激しい医療変革の中で、看護の専門職として変革し続ける事が必須である。そのために、上述してきた連携の重要性は疑う余地もなく、これまで以上に実践能力・生涯教育・研究による根拠を全て統合することが個々の専門職者の中に、そして看護システムに求められている。

我が国の医療現場も米国と同様な「待ったなしの変革」が迫られている状況になりつつある。将来の社会のニーズに密着した看護の提供には、遅

れている専門看護師の育成と臨床現場への積極的導入や個々の臨床看護師の専門性を育てるシステムが大切になる。またこれらをサポートする変革型看護管理システムを含めた刷新により、成果に直結する「実践の場での連携」が求められていると考える。米国の看護実践・教育・研究の連携の実際から学びながら、日本の看護事情を考慮に入れた連携の実践モデルの構築が求められる。

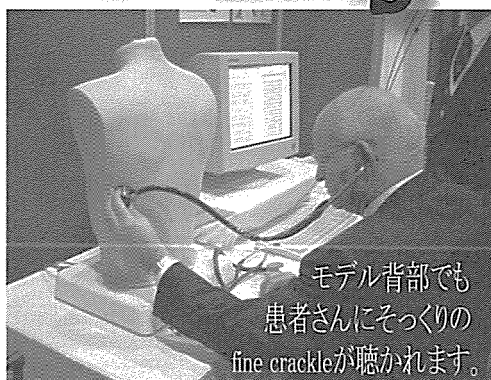
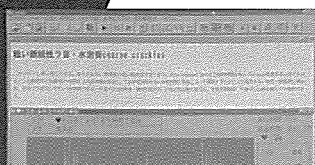
MEDICAL EDUCATION SIMULATORS What's NEW?



特願2000-332437号

呼吸音聴診シミュレータ ミスターラング Mr. Lung

監修・指導
産業医科大学 呼吸器科
教授 城戸優光
講師 吉井千春



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

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

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

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



株式
会社

京都科学

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

e-mail: kyoiku@kyotokagaku.co.jp

第988回

運営審議会の概要（平成15年2月24日）

第988回運営審議会は、平成15年2月24日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

次の報告について、担当委員長等から説明があり、対外報告として了承しました。

- メカニクス・構造研究連絡委員会地震工学専門委員会報告「地震防災の技術と科学の質的向上と国際競争力強化(案)」について

2 平成16(2004)年度に共同主催する国際会議について

次の会議について閣議請議の候補とすることとした。

- (1) 第18回国際音響学会議
- (2) 第1回環太平洋蛋白質科学国際会議
- (3) 第9回技術者継続教育国際会議
- (4) 第20回国際家政学会議
- (5) 第16回国際解剖学会議
- (6) 第9回分子磁性国際会議
- (7) 第18回世界社会精神医学会
- (8) 第19回国際宗教学宗教史会議世界大会

3 平成14年度代表派遣の変更等について

- (1) アメリカ地域学会（2月27日～3月1日、リオリコノアメリカ合衆国）→派遣者の変更

4 国内会議の後援について

次の国内会議に対し、日本学術会議の後援名義を使用することを了承しました。

- (1) 第40回日本電熱シンポジウム
日時：平成15年5月28日～30日
場所：広島国際会議場

5 国際会議の後援について

次の国際会議に対し、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。

- 第3回太陽光発電世界会議
(3rd World Conference on Photovoltaic Energy Conversion)

日時：平成15年5月11日～5月18日

場所：大阪国際会議場

第989回

運営審議会の概要（平成15年3月17日）

第989回運営審議会は、平成15年3月17日（月）に開催され、次のような審議がありました。

1 対外報告

次の報告について、担当委員長等から説明があり、対外報告として了承しました。

- ヒューマン・セキュリティの構築特別委員会報告「安全で安心なヒューマン・ライフへの道」について
- 原子力工学研究連絡委員会、エネルギー・資源工学研究連絡委員会核工学専門委員会報告「人類社会に調和した原子力学の再構築」について
- 核科学総合研究連絡委員会、原子力工学研究連絡委員会、エネルギー資源工学研究連絡委員会核工学専門委員会報告「国立大学法人における放射性同位元素・放射線発生装置・核燃料物資などの管理について」について
- 社会・産業と材料研究連絡委員会報告「物資・材料研究開発に関わる国家戦略確立の必要性について」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。

- 日本学術会議の在り方に関する委員会

3 運営審議会附置委員会の設置について

次の運営審議会附置委員会の設置について、原案のとおり了承しました。

- 日本学術会議改革推進委員会

4 第19期会長等互選のための資料について

原案のとおり了承しました。

5 日本学術会議の概要とその活動（第19期会員のために）について

原案のとおり了承しました。

6 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。

- 日本感性工学会

7 平成17（2005）年度開催国際会議の共同主催候補について

次の会議について共同主催候補とすることとしました。

- (1) 2005年IEEE回路とシステムに関する国際会議
- (2) 世界一般医・家庭医学会2005年アジア太平洋学会議
- (3) 量子エレクトロニクス国際会議2005及びレーザー・エレクトロ-opticsに関する環太平洋会議2005
- (4) 第9回国際哺乳類学会議
- (5) 第39回国際応用動物行動学会議
- (6) 第18回国際心身医学会
- (7) 第16回国際地盤工学会議
- (8) 第56回国際宇宙会議福岡大会

8 平成15年度代表派遣実施計画について

会長からの提案により、審議結果に基づき、原案のとおり了承しました。

9 平成15年度代表派遣について（4, 5, 6月分）

次の会議に代表派遣することを了承しました。

- (1) 第18回ヒマラヤ・カラコルム・チベット ワークショップ（4月2日～4日、アスコナ／スイス）
- (2) ヨーロッパ地球物理学会・アメリカ地球物理連合・ヨーロッパ地球科学連合同会議（4月6日～11日、ニース／フランス）
- (3) 第6回UNESCO/IUPAC共同主催「高分子と材料科学」に関する国際会議（4月14日～17日、ステレンボッシュ／南アフリカ）
- (4) 国際木材学会大会（2003）（4月21日～24日、太田／韓国）
- (5) 第2回ヨーロッパ法曹大会（5月1日～4日、アテネ／ギリシア）
- (6) CLIVAR研究推進委員会（5月6日～9日、ヴィクトリア／カナダ）
- (7) 第4回平和博物館国際会議（5月9日～13日、ディスクムイデ／ベルギー）
- (8) チュルゴ（1727-1781）（5月7日～10日、シャトー・

ド・ラントウイユ／フランス）

- (9) 米国胸部学会国際会議2003（5月16日～21日、シアトル／アメリカ合衆国）
- (10) 国際シンポジウム飼料作物と芝草の分子育種（5月18日～22日、ダラス／アメリカ合衆国）
- (11) 第4回東アジア生物物理学シンポジウム（5月20日～23日、台北／台湾）
- (12) 国際人権ネットワーク第6回隔年総会（5月21日～23日、アスコナ／スイス）
- (13) 国際経済史協会（IEHA）理事会（5月22日～25日、パリ／フランス）
- (14) 微量元素の生物地球化学に関する第7回国際会議（6月15日～19日、ウプサラ／スウェーデン）
- (15) IGBP第3回コンGRESS及び各国代表者会議（6月18日～27日、バンフ／カナダ）
- (16) 第9回法律人工知能国際学会（6月24日～28日、エディンバラ／連合王国）
- (17) 第15回国際レーザー医学会世界会議（6月25日～27日、ミュンヘン／ドイツ）
- (18) 2003GLOBEC SSC科学委員会（6月18日～24日、バンフ／カナダ）
- (19) 管理会計士協会（IMA）第84回年次大会（6月22日～25日、ナッシュビル／アメリカ合衆国）
- (20) 世界政治学会大会（6月29日～7月4日、ダーバン／南アフリカ）
- (21) 国際歯科学研究学会第81回大会（6月25日～28日、イエテボリ／スウェーデン）

10 平成15年度地域振興フォーラム実施要綱（案）について

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

11 第2回産学官連携推進会議の開催について

原案のとおり了承しました。

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投 稿 者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリー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、■表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー2部（査読用）を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 内布 敦子 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付（締め切り）

原稿の受付は年4回（4月、7月、10月、1月、各月の10日）とし、各回ごとに受理手続きを行う。

5. 投稿の採否

寄稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで寄稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，12頁以下（400字詰原稿用紙45枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，あらかじめ著者より申し受けて有料で印刷する。料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

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

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

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

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

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

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、別刷部数を明記する。
- 2) 本文は原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。
- 3) 英文抄録は200語以内A4判の用紙にダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後の一括して引用番号順に整理して記載する。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号）著者名：表題、雑誌名、巻（号）、始ページー終ページ、発行年（西暦）

ー例ー

- 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ー終ページ、出版社、出版地、発行年（西暦）

ー例ー

- 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）

ー例ー

- 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。

◆ 編集委員会からお知らせ ◆

1. 日本看護研究学会雑誌へのご投稿ありがとうございます。

これから投稿なさる会員みなさまに以下の点をご留意いただきますようお願いいたします。

学会雑誌巻末の日本看護研究学会 投稿表紙に必要事項をご記入いただき、本文中には、著者名は記入なさらないようお願いいたします。

2. 追加訂正について

学会雑誌26巻1号（平成15年4月20日発行）55－65頁 掲載論文に下記の追加訂正がありましたことをお知らせいたします。

記

原著題名 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
「要旨」「Abstract」が抜けておりました。26巻2号に差し込みましたので、上記論文に追加していただきますようお願いいたします。

平成15年6月20日

日本看護研究学会編集委員会

委員長 内 布 敦 子

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・2号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

会費 7,000円

郵便振込 ■座番号 00100-6-37136

加入者名 日本看護研究学会事務局

お振込みの際、会員番号は必ずご記入下さい。

会員番号は、封筒のラベルに明記してありますのでご確認ください。

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

あ-266 藍 朋子 か-068 梶田美和子 こ-332 小越 尚子 つ-134 筒井 智恵

は-328 長谷川宏美 ま-262 丸山 巳奈 ま-327 松本佳保里 や-329 山内 学

4. 平成15年6月20日 日本看護学会のホームページが開設されました。

ホームページのアドレス <http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/>

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。

記

開所曜日 月・火・木・金

電話 043-221-2331

開所時間 9:00~15:00

FAX 043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第26巻 2号

平成15年5月20日 印刷

平成15年6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）前神戸市看護大学

委員 深井 喜代子（理事）岡山大学医学部保健学科

東 玲子（評議員）山口大学医学部保健学科

成田 伸（評議員）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）筑波大学社会医学系

横手 芳恵（会員）岡山県立大学保健福祉学部看護学科

若村 智子（会員）兵庫県立看護大学

発行所 日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

ホームページアドレス

<http://plaza.umin.ac.jp/~jsnr/>

発行責任者 川村 佐和子

印刷所 （株）正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

（アイウエオ順）

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

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として 年度より入会を申し込みます。

ふりがな 氏 名	①		専門区分	看護学・医学・その他（ ）	
			生 年	西暦	年 月
所 属				地 区 割	
	TEL	FAX			
送付先住所 自宅・所属	〒				
自 宅	TEL	FAX			
推薦者氏名	印	会員番号		—	
推薦者所属					
理事会承認年月日	年 月 日				
事務局 記入欄	年度入会 会員番号 —				
	受付日		巻 号 ~		
	通知番号		送付日 月 日		

地 区 名		都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道
2	東 北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
3	関 東	千葉、茨城、栃木、群馬、新潟
4	東 京	東京、埼玉、山梨、長野
5	東 海	神奈川、岐阜、静岡、愛知、三重
6	近畿・北陸	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、福井、富山、石川
7	中国・四国	島根、鳥取、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知
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○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿送付年月日	____年 ____月 ____日		
和 文 題 目			
英 文 題 目			
キーワード (5 語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原 稿 枚 数			
本文: 枚	■: 枚	表: 枚	写真: 点
著 者			
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)	
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名			
住所: 〒 _____			
氏名: _____			
Tel: _____		Fax: _____	E-mail: _____
別刷希望部数	和文抄録文字数	英文抄録使用語数	
部	字	語	

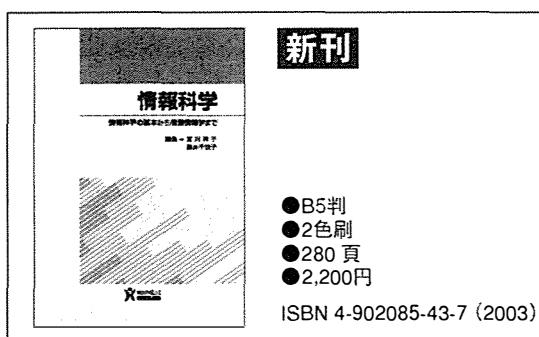
* 受付年月日: 年 ____月 ____日

情報科学

—情報科学の基本から看護情報学まで—

慶應義塾大学看護医療学部専任講師
慶應義塾大学看護医療学部専任講師

宮川 祥子
藤井千枝子 編集



★情報の氾濫，情報開示などが日常生活の中でごくあたりまえなこととなり，情報管理，情報の利用は不可欠なものとなりつつあります。看護職として必要な事項を，情報科学に対する基本的な知識，またツールとしてのコンピュータの知識を基に，看護情報学として，さらにその応用についてわかりやすく，具体的に解説しています。

◆情報科学の基本を情報科学のエキスパートが解説し，看護情報学は情報処理教育経験のある看護職が，その実践では，両者の協力のもとで解説しています。

主要目次

Part 1 情報科学の基礎

- 第1章 意志決定と情報
- 第2章 コンピュータと「情報処理」
- 第3章 データを分析する
- 第4章 情報を統合する
- 第5章 情報を表現する

Part 2 情報科学と看護情報学

- 第6章 看護の情報と意思決定
- 第7章 看護と情報システム
 - 1 看護診断
 - 2 関連図
 - 3 看護実践の標準化
 - 4 看護用語の標準化
 - 5 看護支援システム
 - 6 看護記録
 - 7 診療記録と看護記録の統合
 - 8 院内情報システム
 - 9 医療のガイドライン
 - 10 保健統計

第8章 情報を利用する

- 1 看護における情報の基盤
- 2 看護理論と看護業務基準
- 3 思考と判断
- 4 間違った情報の利用を防ぐ
- 5 情報の守秘と情報の開示
- 6 利用目的に合った情報システムのデザイン
- 7 ヒューマンインターフェイス

第9章 情報を獲得する

- 1 情報を獲得する「人」
- 2 患者の主観的な情報の獲得
- 3 客観的な情報の獲得
- 4 看護管理に関する情報の獲得
- 5 知識の獲得
- 6 既知の情報の獲得

Part 3 看護情報学の実践

- 第10章 医療情報学
- 第11章 院内情報システムのデザインと実践例
- 第12章 病院内でのコミュニケーションと情報共有
- 第13章 感染情報システム
- 第14章 工学と看護
- 第15章 看護情報学への応用
- 第16章 インターネットを使った学習と研究

参考資料

付録：用語の解説

 NOUVELLE
HIROKAWA

ヌーヴェルヒロカワ

◆消費税が加算されます。

東京都千代田区九段北1-12-14 〒102-0073
TEL03-3237-0221 (代) FAX03-3237-0223